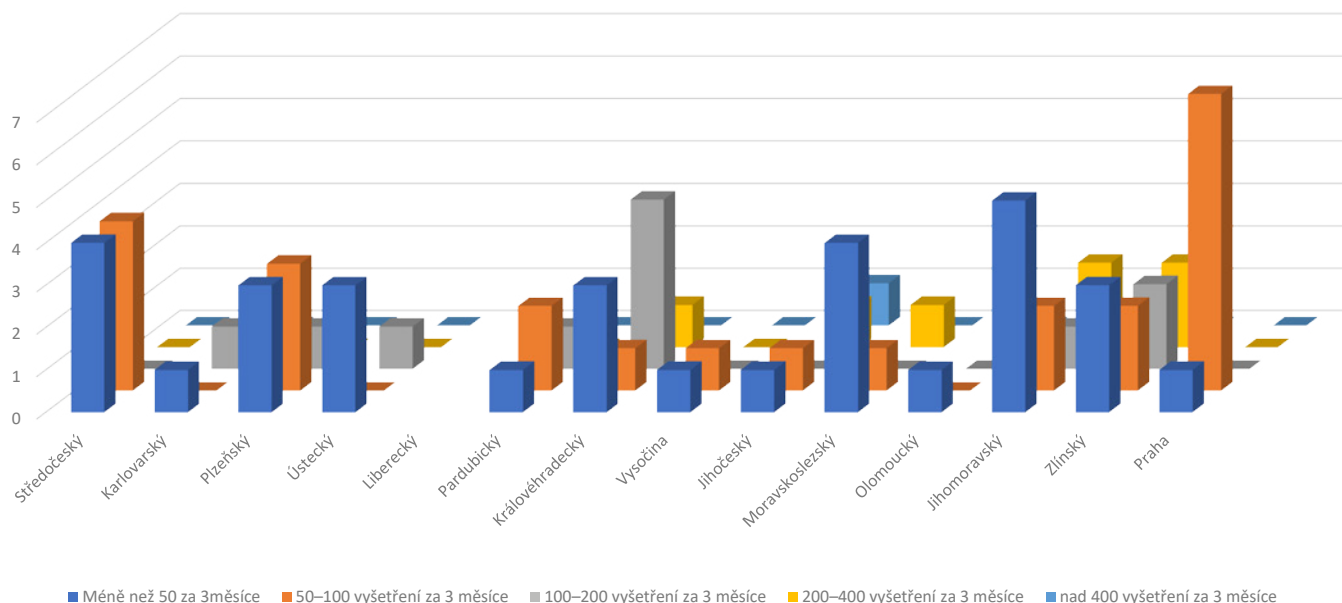


**Graf 1.** Provádění screeningu rizika SDN v rámci jednotlivých krajů**Tab. 2.** Scoring rizika SDN a doporučení další dispenzarizace

Kategorie	Riziko ulcerace	Charakteristiky	Frekvence kontrol	Kdo sleduje?
0	Velmi nízké	Bez ztráty protektivního čítí, bez ICHDK	1x ročně	Ošetřující lékař – diabetolog
1	Nízké	Ztráta protektivního čítí nebo ICHDK	Jednou za 6–12 měsíců	Ošetřující lékař – diabetolog / podiatr
2	Střední	Ztráta protektivního čítí + ICHDK nebo ztráta protektivního čítí + deformita nebo ICHDK + deformita	Jednou za 3–6 měsíců	podiatr
3	Vysoké	Ztráta protektivního čítí nebo ICHDK a jeden nebo více z následujících faktorů: <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dřívější diabetická ulcerace</li> <li>■ Nízká nebo vysoká amputace</li> <li>■ Renální selhání</li> </ul>	Každé 1–3 měsíce	podiatr

dotazovaných více než 3000 pacientů). Dolní končetiny kontroluje 98,7 % diabetologů, z toho 65,3 % diabetologů prohlíží nohy pacientů pravidelně, zbylých 34,7 % jen občasně. Pokud jsme se dotázali na četnost vyšetření – kontrolují kolegové nohy nemocných v průměru  $1,6 \pm 0,8$  x ročně.

Screening rizika SDN (výkon 13024) provádí v průběhu 3 měsíců u méně než 100 pacientů 74,3 % diabetologů, u 100–200 pacientů 14,9 % a u více než 200 pacientů 10,8 % diabetologů (Graf 1). Ve všech krajích je to obdobné. Lepší situace se zdá být v Královéhradeckém, Zlínském nebo Jihomoravském kraji. Pokud se zaměříme na rizikové faktory, na neuropatii, tu je schopno vyšetřit 77 % dotazovaných (z nich 81 % vyšetřuje ladičkou, 90 % monofilamenty, 3,4 % biothesiometrem a 12,1 % jinými prostředky – Tiphthermem, Neuropathic Disability Score), zbylí odesílají pacienty na neurologii.

Složitější je to se screeningem ischemické choroby dolních končetin (ICHDK). Tuto makrovaskulární komplikaci diabetu vyšetřuje pouze 47,3 % diabetologů, 48,6 % kolegů odesílá pacienty na angiologii, 4,1 % diabetologů nevyšetřuje ICHDK vůbec. Ze 36 diabetologů, kteří udávali, že aktivně ICHDK vyšetřují, 81 % stanovuje ICHDK pouze dle periferních pulzací, jen 16,7% dotazovaných měří indexy kotníků paže (ABI) oscilometricky, 22,2 % tužkovým Dopplerem a pouze 8,3% vyšetřuje palcové tlaky a palcové indexy (TBI) a 2,8 % transkutánní tenzi kyslíku. Celkově nějakou formu neinvazivní přístrojové diagnostiky ICHDK provádí pouze 17,1 % (13/76) dotazovaných.

Na základě vyhodnocených nálezů provádí scoring rizika SDN (Tab. 2) více než polovina dotazovaných (50,7 %), bohužel 1/5 ambulantních diabetologů uvedla, že neví, jak se scoring provádí. Pokud kolegové odhalí rizikového nemocného, většinou jej dispenzarizují sami nebo ve vybraných případech odesílají na podiatrii (64,4 %), ve 24,6 % případů pacienta odesílají ihned na podiatrii nebo na chirurgii (11 %). Mezi jednotlivými kraji se nezdá, že by byly přítomny významné rozdíly (Graf 2). Pacientům v riziku SDN doporučuje valná většina kolegů (93,4 %) zdravotní pedikúru, polovina dotazovaných má k dispozici kontakty na odborně vyškolené pedikéry (51,3 %). Většina z nich je má ve svém okolí (do 1–5 km). Příznivé je, že 100 % kolegů preskribuje preventivní diabetickou obuv.

Dotazy na nemocné se SDN odhalily, že přibližně 26 % kolegů dispenzarizuje do 20 pacientů se SDN, 41,1 % mezi 20–50 pacienty, 24,7 % mezi 50–100 pacienty a nad 100 nemocných se SDN sleduje 8,2 % respondentů. Pokud se dostaví na diabetologii pacient s novým SDN, 72,6 % diabetologů je schopno předepsat odlehčení, 60,3 % antibiotika, 47,9 % nějakou formu lokální terapie. Klíčové pro nás bylo zjištění, kam jsou pacienti s novým SDN odesíláni. **Pouze 52,1 % diabetologů odesílá nemocného s novým SDN na podiatrii, 39,7 % na chirurgii, zbylí jinam.** V rámci krajů se zdá, že nejčastěji posílají kolegové své pacienty s novým SDN na podiatrii v Praze, dále v Pardubickém a Královéhradeckém kraji (Graf 3). Nejčastěji dostávají