

registrováno v ČR 36 podiatrických ambulancí), jejich počet prozatím není dostatečný, jelikož dle mezinárodních doporučení má být optimální počet obyvatel na 1 podiatrii do 100 000 (9). Již dle prostých výpočtů podle počtu obyvatel v jednotlivých krajích není jednoznačně pokrytí dostatečné. Nejlepšího dosahujeme v oblasti Vysočiny (1 podiatrie na 170 tisíc obyvatel), nejhoršího v Ústeckém kraji (1 podiatrie na 820 tisíc obyvatel; Obr. 1). Proto se domníváme, že podiatrická péče nemusí být plošně dostupná a k jejímu zmapování mělo posloužit výše uvedené dotazníkové šetření.

Dané šetření se zaměřilo na dva základní okruhy – na rozsah screeningu rizika SDN, následný scoring rizika a dispenzarizaci nemocných v riziku SDN a dále na problematiku aktivního SDN z pohledu ambulantních specialistů – diabetologů. Komplexní screening rizika SDN sestávající se z vyšetření přítomnosti neuropatie, zhodnocení kožních teplot, preventivního obouvání (výkon 13024) provádí většina respondentů do počtu 100 výkonů za 3 měsíce. Vzhledem k základním doporučením, kdy pacient by měl být na riziko SDN screenován 1x ročně a vzhledem k počtu nemocných, které kolegové dispenzarizují by tyto výkony měly být dělány v rozsahu 250–500 vyšetření za 3 měsíce. V tomto rozsahu jej provádí dle dotazníku necelých 11 % respondentů.

Ke scoringu rizika SDN (Tab. 2) patří i fyzikální vyšetření, které dle dotazníku provádí prakticky všichni dotazovaní, stav dolních končetin vyšetřují v průměru 1,6x ročně. Vyšetření periferní diabetické neuropatie včetně instrumentálního je prováděno v dostatečné míře. Ovšem za nedostatečné, podobně jako v podiatrických ambulancích, lze považovat screeningové vyšetření ICHDK. Dle základních doporučení nedostačuje k diagnóze ICHDK jen anamnéza a fyzikální vyšetření ve smyslu detekce přítomnosti periferních pulzací. Vždy má být doplněno instrumentální vyšetření, nejlépe kombinované – měření ABI a/nebo TBI s posouzením tvaru periferní křivky, nejlépe ultrasonografií (9). Alespoň nějakou formu neinvazivního vyšetření stavu tepen dolních končetin provádí jen 1/6 dotazovaných. Zdá se, že oproti multicentrické studii Alonsa a spol. jsme na tom lépe. V této španělské studii prokázali, že zdravotníci neuropatii vyšetřují pouze u 40 % nemocných, ICHDK detekují u 45,8 % pomocí periferních pulzací, ABI měří pouze u 10,1 % nemocných (10). Screening SDN je dle Alonsovy multicentrické studie jasně asociován s ekonomickými pobídkami pro daná centra (10). Z našich dat vyplývá, že je otázná, zdali pro scoring rizika SDN mají všichni opravdu dostatek informací, jelikož více než polovina dotazovaných uvádí, že jej řádně provádí. Lze toto předpokládat, pokud je ICHDK diagnostikována v kombinaci s angiologem.

Důležité je všechny nemocné v riziku SDN následně řádně dispenzarizovat. Jak vyplývá již z obecných doporučení (9), pacienty s velmi nízkým a nízkým rizikem SDN může dispenzarizovat jen ošetřující lékař. Ovšem pacienti se středním nebo vysokým rizikem by již měli být dispenzarizováni v rámci podiatrických ambulancí. Pacienty v riziku SDN dle dotazníků dispenzarizují kolegové, ve vybraných případech odesílají na podiatrii, předepisují v dostatečné míře preventivní obuv a doporučují i zdravotní pedikúru, ale jen polovina kolegů má kontakty na odborně vyškolené pedikéry. Ke zvýšení informovanosti bude sloužit nová úprava webových stránek, které by na www.diab.cz v Podiatrické

sekcí nebo přímo na stránkách www.podiatrie.cz měly přinést kontakty na kýžené odborníky znalé zásad zdravotní pedikúry.

Dalším okruhem, který jsme se snažili dotazníkovým šetřením zmapovat, byla péče o nemocné s aktivním SDN. Principiálně je důležité co nejrychleji poslat pacienta s nově vzniklým SDN do nejbližší podiatrické ambulance, jelikož, jak se shodují i jiné studie, opožděné odeslání do podiatrické ambulance stojí za horší prognózou nemocných (11, 12). Jistě dochází u pozdě referovaných pacientů do podiatrických center k vyššímu počtu vysokých amputací nebo úmrtí oproti časné referovaným (21 % vs. 10,5 %). Studie Lina a spol. jasně doložila, že existuje korelace mezi prognózou pacientů a časovým oddálením reference do podiatrických center, zejména u nemocných se systémovou zánětlivou odpovědí organismu (SIRS) a ICHDK (12).

V ČR téměř 3/4 diabetologů jsou schopni u nemocného s aktivním SDN předepsat odlehčení, téměř 2/3 antibiotika, pokud je to indikované, a necelá polovina poradí i s lokálním krytím. **Ale zásadním zjištěním je, že pouze polovina diabetologů odesílá nemocné na podiatrie, pravděpodobně v důsledku jejich nedostatečného počtu v daném regionu a dlouhé čekací doby, kdy valná většina lékařů obdrží termín odeslání do 3 týdnů.** Zdá se, že jsme na tom lehce hůře, než uvádí starší studie Macfarlane a Jeffcoata. Ti zjistili, že časový rozestup mezi vytvořením ulcerace a diagnózou jsou zhruba 4 dny, a odstup mezi návštěvou specialisty a podiatra je většinou 15 dní (13). Přitom neefektivnější je poslat pacienta co nejpřímější cestou na podiatrii, bez vymezení kontrol dalšími specialisty (14).

Domníváme se, že dispenzarizace a léčba v jiných zařízeních kromě podiatrických ambulancí a specializovaných pracovišť nemusí vždy splňovat nároky na multidisciplinární přístup a nároky kladené na diagnostiku a léčbu pokročilého SDN. Nemáme mnoho srovnání, ale pravděpodobně obdobně neuspokojivá situace je např. ve Velké Británii, kde dle studie Guest a spol. pouze 22 % nemocných s nově zjištěnou diabetickou ulcerací je odesláno včas do podiatrických ambulancí, 5 % obdrží nějakou formu odlehčení, u 45 % nemocných je zahájena antibiotická terapie, i přestože infekce je jasně přítomna pouze u necelých 1/3 z nich, a pouze 13 % nemocných je cévně vyšetřeno (15).

Chápeme, že výše zmíněné výsledky mohou mít své limity, jelikož se jedná o dotazníkové šetření, kdy osloveni byli pouze ambulantní specialisté, z nichž odpovědělo necelých 60 %. Přesto se domníváme, že tato data jsou unikátní, zohledňují reálnou praxi a stav, v jakém se nyní podiatrická péče nachází. Rozhodně narážíme na limity počtu podiatrických ambulancí a ochotu podiatrii reálně provádět. Snažíme se zvyšovat počty podiatrických ambulancí, zaměřit se na nové možnosti

**Tab. 3.** Počet vykázaných výkonů 13024 VYŠETŘENÍ RIZIKA SYNDROMU DIABETICKÉ NOHY; zdroj: NRHZS 2015–2020 (kód vykazován od roku 2015) (7)

Rok	Počet osob*	Počet výkonů
2015	3 796	3 804
2016	6 332	6 334
2017	8 407	8 412
2018	12 283	12 307
2019	41 059	41 144
2020	89 416	89 624

\*Uveden je počet unikátních osob s vykázaným výkonem v daném roce.