

Tab. 1. IWGDF/IDSA klasifikace (1)

Klinický obraz	Závažnost infekce	
	Neinfikovaná	PEDIS
Žádné systémové nebo lokální symptomy nebo známky infekce		1
Infekce nohy* bez systémových projevů zahrnující ■ pouze kůži nebo podkožní tkáň (nikoli hlubší tkáň) a ■ erytém nepřesahuje > 2 cm** v okolí rány	Mírná	2
Infekce nohy* bez systémových projevů zahrnující: ■ erytém přesahující ≥ 2 cm* od okraje rány a/ nebo ■ postižení tkáň hlubší než kůže a podkoží (např. šlacha, sval, kloub, kost)	Středně závažná	3
Jakákoli infekce nohy* s přidruženými systémovými projevy syndromu systémové zánětlivé odpovědi [SIRS], charakterizovaná ≥ 2 z následujících známek: ■ Teplota > 38 °C nebo < 36 °C ■ Srdeční frekvence > 90 tepů/minutu ■ Rychlost dýchání > 20 dechů/minutu nebo PaCO ₂ < 4,3 kPa (32 mm Hg) ■ Počet leukocytů > 12 000/mm ³ nebo < 4 000 mm ³ nebo > 10 % nezralých forem	Závažná	4

*Infekce nohy znamená, že jsou přítomny alespoň dvě z těchto známek: lokální otok nebo indurace; erytém > 0,5 cm kolem rány; lokální brnění nebo bolest; lokální zvýšení teploty; nebo purulentní sekrece

šlach, plantární aponeurózy apod. K potvrzení diagnózy OM je možnost provedení kostní biopsie, která má i svá rizika, např. rozsev infekce do zatím nepostižených tkání (32). Vzorky z kostní biopsie se doporučuje odeslat jak na mikrobiologické, tak histologické vyšetření.

Klasifikace infekce u syndromu diabetické nohy

Většina v současnosti používaných klasifikací pro SDN zahrnuje zhodnocení infekce. Ta je však u některých klasifikací definována velice nespécificky, a proto se spíše doporučuje používat klasifikace, které mají infekci jasně definovanou a jsou validovány, že míra závažnosti infekce je spojena s větší pravděpodobností hospitalizace, s delším pobytem v nemocnici, či s větší pravděpodobností amputace. Tato kritéria splňují v podstatě 3 klasifikační systémy – IWGDF/IDSA – Tab. 1 (10), Wifl (wound, ischemia, foot infection = rána, ischemie, infekce nohou) (33) a SINBAD (Site, Ischemia, Neuropathy, Bacterial infection, Depth = lokalizace, ischemie, neuropatie, bakteriální infekce a hloubka) (34). Pro lékaře je relativně snadné tyto klasifikace používat, protože vyžadují pouze klinické vyšetření a standardní laboratorní a zobrazovací metody (35).

Terapie infekce u syndromu diabetické nohy

Léčba SDN je často obtížná a její úspěšnost velmi závisí na jejím včasném zahájení. Musí být komplexní, což vyžaduje spolupráci celé řady odborníků (1). U řady pacientů je vhodná hospitalizace, a to zejména u těch, kteří vyžadují intenzivnější sledování při progresi lokálních a systémových známek infekce; k urychlení diagnostiky (zobrazovací metody, ischémie apod.); podávání parenterální antibiotické terapie a při indikaci chirurgické léčby (Schéma 1).

Mezi nejdůležitější opatření při léčbě diabetických ulcerací včetně těch infikovaných je jejich maximální odlehčení (36). Bez odstranění tlaku na ulceraci je hojení velmi obtížné, prodlužuje se významně jeho délka a je vysoké riziko přechodu akutního defektu do chronického stadia. K odlehčení defektů je využívána celá řada opatření a pomůcek. Mezi tyto pomůcky patří terapeutická obuv, TCC, ortézy (RCC – removable contact cast) RWC – removable walking cast), které se používají

Schéma 1. Management péče o pacienta s podezřením na infekci v rámci syndromu diabetické nohy