

Tab. 1. Stanovení rizika amputace dle WIFI klasifikace (6)

Komponenta	Skóre	Popis		
W rána (wound)	0	Bez ulcerací (ischemická klidová bolest)		
	1	Malá povrchová ulcerace distálního bérce nebo nohy bez gangrény		
	2	Hlubší ulcerace s odhalenou kostí, kloubem nebo šlachou ± gangrenózní změny omezené na prstce		
	3	Extenzivní hluboká ulcerace, ulcerace paty v celé hloubce ± zasažení kalcaneu ± extenzivní gangréna		
I ischemie (ischaemia)		ABI	Kotníkový tlak (mm Hg)	TBI nebo TcPO ₂
	0	≥ 0,80	> 100	≥ 60
	1	0,60–0,79	70–100	40–59
	2	0,40–0,59	50–70	30–39
FI infekce nohy (foot infection)	0	Bez symptomů či známek infekce		
	1	Lokální infekce zasahující jenom kůži a podkožní tkáň		
	2	Lokální infekce zasahující tkáň hlubší než kůže a podkoží		
	3	Systémová zánětlivá reakce		

ABI – index kotník/paže; TcPO₂ – transkutánní tenze kyslíku**Tab. 2.** Skórovací tabulky CLTI pomocí WIFI klasifikace (6)

Riziko amputace

	Ischemia – 0				Ischemia – 1				H	Ischemia – 2				Ischemia – 3			
W-0	VL	VL	L	M	VL	L	M	H		L	L	M	H	L	M	M	H
W-1	VL	VL	L	M	VL	L	M	H		L	M	H	H	M	M	H	H
W-2	L	L	M	H	M	M	H	H		M	H	H	H	H	H	H	H
W-3	M	M	H	H	H	H	H	H		H	H	H	H	H	H	H	H
	FL-0	FL-0	FL-1	FL-1	FL-2	FL-2	FL-3	FL-3		FL-0	FL-0	FL-1	FL-1	FL-2	FL-2	FL-3	FL-3

Nutnost revaskularizace

	Ischemia – 0				Ischemia – 1				H	Ischemia – 2				Ischemia – 3			
W-0	VL	VL	VL	VL	VL	L	L	M		L	L	M	M	M	H	H	H
W-1	VL	VL	VL	VL	L	M	M	M		H	H	H	H	H	H	H	H
W-2	VL	VL	VL	VL	M	M	H	H		H	H	H	H	H	H	H	H
W-3	VL	VL	VL	VL	M	M	M	H		H	H	H	H	H	H	H	H
	FL-0	FL-0	FL-1	FL-1	FL-2	FL-2	FL-3	FL-3		FL-0	FL-0	FL-1	FL-1	FL-2	FL-2	FL-3	FL-3

W – defekt; FI – infekce; VL – velmi nízké riziko; L – nízké riziko; M – střední riziko; H – vysoké riziko amputace

Klidová bolest a vznik defektu se projeví, až když klidová perfuze nestačí podporovat metabolismus tkání. Různé nevaskulární stavy mohou napodobovat ischemickou bolest (neuropatie, artrózy a dny) a je třeba je vyloučit. Bolest chodidla nebo palce u pacienta s chybějícími pulzami a abnormálním ABI by měla být považována za ischemickou bolest. Jedinci s diabetem mohou mít kvůli neuropatii necitlivost plosky a nemusí si být vědomi vzniku ran nebo vředů. Pacienti s CLTI často prosedí celou noc, stav zhoršuje i otok končetiny. Léčba bolesti je nezbytná pro zlepšení kvality života a funkce. Ischemická ulcerace se často nachází na prstech a nártách, u pacientů s diabetickou neuropatií mohou být postiženy i jiné oblasti. Gangréna se obvykle vyskytuje na přední části nohy. Svalová atrofie, vypadávání ochlupení na prstcích, dystrofické nehty

jsou často pozorovány právě u nemocných s CLTI. Diabetici s CLTI, mají často senzoričnou, motorickou neuropatii spojenou s brněním, necitlivostí a palčivou bolestí nohou a periferního edému. Přítomnost neuropatie je hlavním RF ztráty tkáně a měla by být pečlivě vyhledána a vyhodnocena pomocí ladičky (ztráta vnímání vibrací). Neuropatie vede k abnormální biomechanice a deformaci nohy (Charcotova osteoartropatie) s rozvojem neuropatických (neuroischemických) vředů v místech abnormálního tlaku (plosky) s možností vzniku osteomyelitidy. Mnoho diabetiků s CLTI má málo příznaků, ale už mají rozsáhlé defekty. To může souviset s přítomností neuropatie a ztráty pocitu bolesti. Teplota nohy může být nespolehlivou známkou kvůli arteriovenózním anastomózám, které mohou zapříčinit relativně vyšší teplotu nohy. Je tedy důležité u diabetiků diagnostikovat