

ERRATA

ERRATA DO ARTYKUŁU: POSTĘPOWANIE Z CHORYM Z ZESPOŁEM STOPY CUKRZYCOWEJ – WYTYCZNE POLSKIEGO TOWARZYSTWA LECZENIA RAN 2021: CZĘŚĆ 1

BEATA MROZIKIEWICZ-RAKOWSKA, ARKADIUSZ JAWIEŃ, MARIA T. SZEWCZYK, MACIEJ SOPATA,
ANNA KORZON-BURAKOWSKA, PIOTR DZIEMIDOK, DARIA GORCZYCA-SIUDAK, ANNA TOCHMAN-GAWDA,
ZBIGNIEW KRASIŃSKI, OLGIERD ROWIŃSKI, ZBIGNIEW GAŁĄZKA, SŁAWOMIR NAZAREWSKI, PIOTR SZOPIŃSKI,
TOMASZ OSTROWSKI, RADOSŁAW BILSKI, DOROTA ZOZULIŃSKA-ZIÓŁKIEWICZ, MACIEJ MAŁECKI, LESZEK CZUPRYNIAK,
KRZYSZTOF J. FILIPIAK, FILIP M. SZYMAŃSKI, SEBASTIAN BORYS, PIOTR LISZKOWSKI, PRZEMYSŁAW LIPIŃSKI,
JOLANTA MAŁYSZKO, TOMASZ STOMPÓR, ALEKSANDRA ARASZKIEWICZ, JAROSŁAW WOROŃ, ADAM WĘGRZYŃSKI,
MICHAŁ STANISZIC, MARCIN TUSIŃSKI, STANISŁAW KŁĘK, PIOTR WIERZBIŃSKI, MARCIN MAŁKA,
KRZYSZTOF CZAJKOWSKI, ANNA SOBIESZEK-KUNDRO, PAULINA MOŚCICKA, TOMASZ BANASIEWICZ,
ŁUKASZ KOŁODZIEJ, MARTA BAKOWSKA, IZABELA KUBERKA, JUSTYNA KAPUŚCIOK, IRENA SAMSON

Leczenie Ran 2021; 18 (3): 71-114.

W imieniu autorów pierwszej części wytycznych PTLR w zakresie postępowania z chorym z zespołem stopy cukrzycowej pragniemy podziękować wszystkim Czytelnikom za liczne komentarze i cenne uwagi, do których chcielibyśmy się ustosunkować w poniższym tekście:

1. Wartość wskaźnika ABI uznawana za krytyczną dla cech ukrwienia rany jest zmienna w zależności od gremium, która ją podaje. Według wytycznych międzynarodowej grupy IWGDF przyjmuje się wartość 0,5, podczas gdy według autorów klasyfikacji WiFi 0,4. Należy jednak pamiętać, że podstawą uznania konieczności interwencji naczyniowej u chorego jest suma wyników badań, w tym obrazowych z zastosowaniem substancji kontrastowych, stanu klinicznego chorego i możliwości reinterwencji naczyniowej w przypadku, gdy była już wcześniej przeprowadzana. Wskaźnik ABI jest dobrym nieinwazyjnym markerem ogólnie wskazującym na konieczność wdrożenia działań zabiegowych i pomaga w ustaleniu potrzeby reinterwencji naczyniowej. Ma także swoje ograniczenia, wynikające szczególnie u chorego z cukrzycą

z kalcyfikacji warstwy środkowej naczynia, co powoduje zawyżanie realnego wyniku.

2. W rozdziale poświęconym antybiotykoterapii na stronie 87 znajduje się stwierdzenie, że w przypadku owrzodzenia klinicznie niezakażonego stosujemy antybiotykoterapię, ale w przypadku podejrzenia krytycznej kolonizacji przy przedłużającym się i nieefektywnym leczeniu, w przypadku krytycznego niedokrwienia – do czasu wdrożenia procedury re-waskularyzacyjnej, a także u pacjentów leczonych immunosupresyjnie. Zasadniczo w przypadku braku ogólnoustrojowych cech zakażenia w większości przypadków niezakażonej rany nie włączamy systemowej antybiotykoterapii, od tej reguły jest jednak szereg wyjątków, które w tekście wymieniono. Generalnie decyzję o wdrożeniu antybiotykoterapii uzależniamy od klinicznych cech zakażenia w ranie w konfrontacji z ogólnoustrojowymi cechami zakażenia.
3. W tekście na stronie 84 znalazła się tabela 11 zawierająca zalecenia IDSA z 2004 r., podczas gdy na stronie 85 prezentujemy aktualną ich wersję pochodzącą z wytycznych IWGDF z 2019 r. (tabela 12).