

Pro diabetika rozhodně není bota jako bota

Medical Tribune 4/2012

06.03.2012 15:16

Zdroj: Medical Tribune

Autor: Bc. Lea Voráčková, diabetologické centrum FN Hradec Králové, podiatrická ambulance

Pan XY vyhledal naše pracoviště sám bez doporučení lékaře. Důvodem byl nehojící se defekt po amputaci 2. prstu na LDK, která byla provedena před dvěma měsíci. Jakým způsobem byl defekt terapeuticky zvládnut, ukazuje následující kasuistika.

Pan XY je diabetik 2. typu, věk 62 let, výška 184 cm, váha 106 kg, BMI 31, kuřák 20 cg/den.

Na spádové chirurgii byl hospitalizován 13. 7. až 14. 8. 2011 pro flegmonu LDK, která se rozvinula během několika dnů. Primární byl „bolák“ na špičce 2. prstu LDK, úraz pacient vylučuje, vyvolávajícím momentem byl patrně otlak.

Výpis propouštěcí zprávy chirurgického pracoviště, kde byla provedena amputace:

OA: DM na inzulinu v posledních dvou letech, předtím několik let na PAD, obezita, hypercholesterolemie, jícnové varixy II. stupně, benigní hyperplazie prostaty.

FA: Fokusin 1–0–1, Zocor 40 mg 0–0–1, Ezetrol 1–0–0, Neurontin 1–0–0, Humulin R 12–7–12 j. s.c., Lantus 0–0–0–24 j. s.c.

AA: Alergie tetracyklin, Aulin, amoxicilin.

SA: Důchodce, dříve technik u dopravní firmy. Z výsledků vyšetření:

KO: v normě, CRP 136, jinak biochemie v normě;

UZ žilního systému DK: normální nález;

UZ tepen: bez známek významných stenóz tepen DK;

RTG levé nohy: není průkazná osteomyelitida.

Během hospitalizace 17. 7. 2011 provedena amputace 2. prstu LDK pro gangrénu v lokální anestezii. Pooperační hojení *per secundam*. 14. 8. 2011 dimise, defekt po amputaci bez zánětu, sekrece, známky granulace. Zajištěna sestra domácí péče, převazy každý den s Hyiodine. Při propuštění pacientovi doporučeno končetinu nepřetěžovat, neměl ale žádnou fixaci ani odlehčovací pomůcku, ani berle. Vzhledem k tomu, že pacientovým koníčkem je zavařování ovoce a zeleniny, měl po propuštění v době vrcholící sklizně doma dost napilno.

16. 9. 2011 – poprvé navštívil naše pracoviště, které si sám našel na internetu, protože nebyl spokojený s nepostupujícím hojením rány po amputaci.

Objektivně: otok LDK ke kolenu, bez zarudnutí, defekt v místě amputace 2. prstu 2,5 × 2 cm v centru defektu chobot do 0,5 cm směrem k plosce, na spodině rány nekróza (foto 1). Provedena exkochleace. Doporučili jsme pokračovat v každodenních převazech s Hyiodine cestou sestry domácí péče. Vysvětlili jsme pacientovi, že pro zdárný průběh hojení je nutné, aby na nohu nedošlapoval. Dostal poukaz na pooperační botu s předním odlehčením (foto 4) a doporučili jsme opatřit si francouzské hole, které, bohužel, jako diabetologická ambulance nemůžeme předepsat. Pro zvládnutí otoku a podporu hojení jsme doporučili koupit Wobenzym (volně prodejný lék pro systémovou enzymoterapii) a užívat jej v dávce 3 × 10 tbl. Pacienta jsme požádali, aby si krátce před další kontrolou udělal glykemický profil (hodnoty glykémie – 1 h před a 1 h po hlavních jídlech). Kompenzaci diabetu důsledně kontrolujeme, vzhledem k tomu, že je jedním ze základních předpokladů úspěšného hojení.

Při kontrole 21. 10. 2011 byla LDK již zcela bez otoku, defekt v místě amputační jizvy se zmenšil (1 × 1 cm), píštěl ještě nebyla uzavřená (0,5 cm do hloubky), ale bez sekrece, spodina rány byla ještě lehce povleklá (foto 2). Změnili jsme proto lokální ošetření rány: obklady Dermacyn Wound care, do rány Revamil Wound gel, krytý Revamilem Wound Dressing. Přípravky Revamil využívají antiseptický a hojivý efekt včelího medu, který byl známý již ve starověku. Před zahájením aplikace těchto přípravků si vždy ověřujeme, zda pacient není alergický na med. Převazy doporučeny dále obden,

nedošlapovat na LDK, stále používat pooperační botu a francouzské hole, pokračovat v užívání Wobenzymu.

Glykemický profil (9,5 ... 4,3 ... 3,5 ... 8,7 ... 8,7 ... 8,2 mmol/l) ukazoval hypoglykémii po snídani a před obědem, proto byla snížena ranní dávka inzulínu (Humulin R 10–8–10 j. s.c., Lantus 0–0–0–26 j. s.c.).

Při další kontrole 28. 11. 2011 byl defekt po amputaci 2. prstu LDK již výrazně zmenšený (1 × 0,3 cm), píštěl zhojena a spodina čistá. Doporučili jsme pokračovat v lokálním ošetření stejným způsobem (obden obklady Dermacyn Wound care, do rány Revamil Wound gel, krytý Revamilem Wound Dressing), nedošlapovat na nohu, používat pooperační botu do úplného zhojení. Wobenzym dále 3 × 5 tbl.

Glykemický profil i po předchozí úpravě dávky ukazoval dosti vysokou hodnotu glykémie ráno před snídání a po snídání naopak tendenci k hypoglykémii (10,8...3,3...5,7...9,7...8,6 mmol/l), proto byla opět upravena dávka inzulínu (Humulin R 16–10–12 j. s.c., Lantus 0–0–0–26 j. s.c.) a pacienta jsme poslali na konzultaci k nutriční terapeutce.

Z termínu další kontroly 13. 1. 2012 se pacient omluvil pro virové onemocnění, dostavil se až 3. 2. 2012 se zcela zhojenou ránou (foto 3). Pacientovi jsme dali doporučení ke správné péči o nohy diabetika, včetně hygieny, pravidelného promazávání pokožky s masážemi místa zhojeného defektu, kontrol stavu nohou a vhodného obouvání. Při vzniku defektu ihned kontaktovat naše pracoviště. Další kontrola plánována na 6/2012.

Závěr: defekt zhojen na našem pracovišti do 4 měsíců.

Kladný vliv na hojení mělo odlehčení tlaku na postižené místo. Pacient používal po celou dobu léčby pooperační botu s předním odlehčením. Je důležité ji nosit nejen při chůzi, ale i při sezení, kdy dochází k tlaku na postiženou část plosky.

Dobrá kompenzace diabetu je základem pro léčbu diabetických defektů. Významnou roli hraje nejen optimální dávkování a kombinace inzulínů, ale i skladba stravy. Nutriční terapeutka našim pacientům radí správnou kombinaci potravin podle glykemického indexu („rychlé“ a „pomalé“ cukry).

Správně zvolený krycí materiál a spolupráce se sestrami a domácí péčí zajišťuje odborné lokální ošetření v domácím prostředí.

Wobenzym využíváme jako účinnou podpůrnou léčbu, která ovlivňuje systémové poruchy, jež zpomalují hojení chronické rány (otok, zánět, porucha mikrocirkulace).