Péče o diabetickou nohu v praxi

samotná lokální léčba nic neřeší

Hana Vlhová,
Ambulance pro léčbu chronických ran při chirurgickém oddělení Nemocnice v Bílovci, primář MUDr. Václav Kameníček
(Hana.Vlhova@seznam.cz)

Souhrn
Pacienti s diabetickými defekty tvoří nadpoloviční většinu klientů specializované ambulance pro léčbu chronických ran v Bílovci. Při prvním kontaktu s pacienty klademe hlavní důraz na vyšetření celkového stavu a odhalení příčiny poruchy hojení. Zejména při léčbě diabetiků shledáváme, že edukace pacienta a vybudování jeho aktivního postoje k léčbě jsou téměř stejně důležité jako kvalitní lokální ošetření rány.

Klíčová slova
chronické rány • diabetes • edukace

Na našem pracovišti se intenzivně věnujeme léčbě chronických ran již osmým rokem. Ambulance zaměřená na tuto problematiku vznikla v naší nemocnici v době, kdy se jednalo o její přežití v letech, kdy řada menších nemocnic zanikala. I v naší nemocnici byla zrušena porodnice a později i dětské oddělení. Právě bývalá dětská ambulance tehdy poskytla prostory nově vznikající ambulanci pro léčbu chronických ran

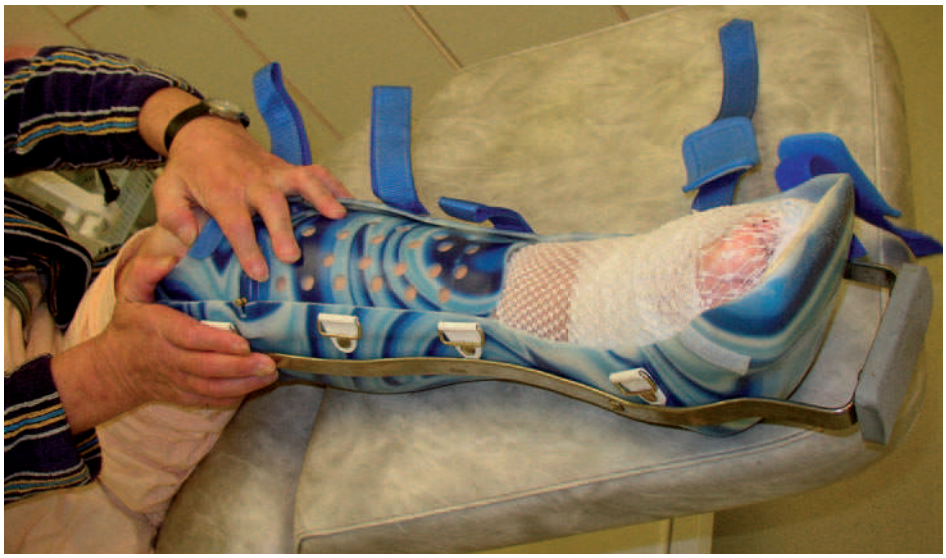
V současné době můžeme říci, že naše kartotéka zahrnuje nemocné s defekty nejrůznější etiologie. Jednoznačně převažující skupinou jsou ale diabetici – tvoří zhruba 60 % našich klientů. Mnohdy se jedná o nemocné v produktivním věku (40–50 let) a výjimkou nejsou ani 20letí diabetici. Stav těchto nemocných je někdy žalostný a je až zarážející, jak málo vědí o své základní chorobě, přesto že se s diabetem léčí někdy už řadu let. Výjimkou nejsou případy, kdy u nového pacienta s chronickou ranou objevíme do té doby neléčený diabetes.

Při prvním kontaktu s pacientem nás samozřejmě zajímá charakter defektu, ale daleko větší důraz klademe na celkový zdravotní stav a snažíme se odhalit příčinu poruchy hojení. Máme štěstí, že všechna základní vyšetření můžeme provést v rámci naší nemocnice, včetně dopplerovského vyšetření průchodnosti cév. Zjištění glykemie tedy patří k základnímu laboratornímu minimu a výsledek někdy bývá pro pacienta velkým překvapením. Pozornost věnujeme také aspektům psychosociálním. Musíme vědět, jaké má pacient podmínky k ošetřování rány doma a co je schopen sám zvládnout. Úrovni jeho vzdělání musíme přizpůsobit náš přístup při edukaci.

K lokální péči o ránu využíváme všech dostupných prostředků, včetně metody vlhkého hojení, ale praxe nám jasně ukazuje, že pouze lokální terapie většinou problém nevyřeší. Zejména u diabetiků je, po kompenzaci základní choroby, edukace mnohdy stejně důležitá jako volba správného krytí rány. Pacientovi, který si často není vědom závažnosti a možných důsledků své choroby, musíme vše srozumitelně a důrazně vysvětlit a hlavně jej přimět k aktivnímu podílu na vlastní léčbě. Snažíme se, aby při léčbě pomáhali i rodinní příslušníci. Pacienty informujeme o cenách používaných léčebných prostředků, i když jsou hrazené. Při náležitém vysvětlení podstaty a významu každého léčebného kroku a potřebného přípravku, nemáme problém, aby si pacienti na léčbu finančně přispívali. Pokud je to jenom trochu možné, naším cílem je, aby se pacient stal při léčbě naším aktivní partnerem, nikoliv pouhým pasivním příjemcem péče.

Domníváme se, že cílená kvalitní edukace pacientů, která od sestry vyžaduje značnou komunikační dovednost a hodně času, přináší našemu zdravotnictví nemalé úspory. Tento názor však nesdílejí pojišťovny. Kód „edukace diabetika“ si mohou vykazovat výlučně podiatrické ambulance, a to pouze dvakrát do roka. Síť podiatrických ambulancí je u nás ale zatím nedostatečná a ambulance chronických ran, které o diabetiky často pečují, spadají do oboru chirurgie a tento kód si vykazovat nemohou. Jaký význam má v léčbě spolupráce poučeného pacienta ukazují dvě následující kasuistiky.

Pan Z. B., 57 let, léčený pro DM 10 let (z toho 4 roky na inzulinu) se na naší ambulanci poprvé objevil v 08/2005 s plantárním defektem na LDK a dekompenzovaným diabetem. Po úpravě léčby se glykemie sice stabilizovaly, ale hojení rány stagnovalo. Velký podíl na tom měla pacientova neochota ke spolupráci, na kontroly docházel nepravidelně a naše doporučení nerespektoval. Naposledy byl u nás 04/2007. Pak se nám ztratil z dohledu a opět se ukázal až 10. 7. 2007 s řádnou progresí defektu (obr. 2). Laboratoř ukazovala i zhoršení diabetu (glykemie 17,4 mmol/l, glykovaný hemoglobin HbA1c 8,5 %). Hospitalizace byla nevyhnutelná. V jejím počátku byla prioritní kompenzace celkového stavu. Spodinu defektu jsme kryli pouze betadinovými záložkami, okolí ošetřovali přístrojovou dermabrazí a celou plochu hydratovali Neuropadem a Oleogelem. Soustavné trpělivé ale náležitě důrazné (!) vysvětlování rizik jeho choroby, při kterém jsme nezastírali možnost amputace, ▸



Obr. 1 ***Ortéza k eliminaci tlaku u pana Z. B.***

Obr. 2 ***Progrese defektu u nespolupracujícího diabetika (10. 7. 2007), v léčbě od 08/2005***

Obr. 3 ***Zlepšení po 14 týdnech komplexní (!) léčby spolupracujícího pacienta (22. 10. 2007)***

Obr. 4 ***Nehojící se defekt u nepoznaného diabetu (21. 6. 2007)***

Obr. 5 ***Úplné zhojení po necelých 12 týdnech komplexní (!) léčby (3. 9. 2007)***

konečně pacienta přimělo ke změně postoje k jeho problému. Pochopil, jak důležité je odlehčení končetiny a naučil se používat berle. Koupil si také první balení Wobenzymu® a začal ho užívat v dávce 3 x 10 drg. Stav defektu se začal rychle zlepšovat a po 14 dnech bylo možné propuštění. Převazy pak zajišťovala rodina s pomocí agentury domácí péče – stále se užívaly záložky s betadinem 2x denně. Pokračoval v užívání Wobenzymu®, dávka se postupně snižovala na 3 x 5 drg. Po naší 3. intervenci se konečně dostavil na protetiku, kde mu byla zhotovena ortéza k eliminaci tlaku (obr. 1). Hojení rány úspěšně pokračovalo.

Při kontrole 10/2007 už byla hladina HbA1c 6,5 % glykemie se držely kolem 8 mmol/l. Obr. 3 ukazuje stav rány ke dni 22. 10. 2007. Wobenzym® v té době stále užíval 3 x 5 drg. Po předchozích dvou letech neúspěšné léčby se nám tedy podařilo při soustavném kontaktu s pacientem při hospitalizaci konečně nastartovat jeho spolupráci, která se podílela na rychlém zlepšení.

Zcela jiný přístup k léčbě měla paní E. U., 69 let, bývalá zdravotní sestra. Objevila se u nás 21. 6. 2007 (obr. 4) s rozsáhlým defektem na plosce pravé DK. Vznikl z prostého otlaku po turistické vycházce, ze kterého se vyvinul absces. První návštěvě u nás předcházela hospitalizace na chirurgii v jiné nemocnici, kde absces incidovali se zavedením drénu. Pro známky infekce pacientka dostávala antibiotika, ale když byla léčba měsíc neúspěšná, vymohla si překlad k nám. Podle našeho obvyklého postupu jsme nejprve provedli základní vyšetření. Hodnota glykemie 24 mmol/l byla šokem nejen pro pacientku, ale i pro nás. Glykovaný hemoglobin HbA1c byl 14,3 %. U nás na lůžku byla ihned zahájena léčba diabetu inzulinem a ošetřování plantárního defektu. Vzhledem k bývalé profesi edukace nebyla problém a pacientka se na nás sama obracela s četnými dotazy, aby si ujasnila nově nastalou situaci. Ani pro zdravotníka není lehké octnout se najednou „na druhé straně barikády“. Od doby, kdy se sama o diabetu učila ve škole, se přece jenom hodně změnilo. Jak sama uvedla, nikdy by jí nenapadlo, že tato choroba postihne také ji. Ihned při zahájení léčby si koupila doporučený Wobenzym® a začala jej užívat v maximální dávce (3 x 10 drg). Lokálně jsme používali nejprve Flaminal gel, později jsme přešli na Atrauman Ag. Hojení jsme podporovali i magnetostimulací (Viofor), na kterou pacientka docházela na naši rehabilitaci. Hospitalizace trvala 2 týdny. Při léčbě inzulinem se rychle upravily glykemie a postupně klesal i glykovaný hemoglobin. Defekt se velmi pěkně hojil, na kontroly pacientka docházela každých 14 dní. Wobenzym® užívala stále v postupně se snižující dávce (3 x 7, 3 x 5, 3 x 3 drg). Obr. 5 ze dne 3. 9. 2007 ukazuje úplné vyhojení defektu po necelých 12 týdnech (!) komplexní léčby. Pacientka již byla převedena z inzulinu na perorální antidiabetika. Hodnota glykovaného hemoglobinu z 9. 10. 2007 byla 6,3 %.

U obou pacientů jsme v rámci komplexní léčby doporučili Wobenzym®. Tento kombinovaný enzymový přípravek s rutinem doporučujeme téměř u všech diabetiků a přesto, že není hrazený pojišťovnou, většina našich pacientů si jej kupuje. Při jeho užívání velmi záhy pozorují ústup otoků i zánětlivých změn. Chronické otoky, které diabetické defekty pravidelně doprovázejí, významně zhoršují prokrvení oblasti rány. Proto jejich redukce s sebou nese zlepšení mikrocirkulace a zrychlení procesu hojení. U diabetické nohy komplikované flegmonózním zánětem zlepšuje kombinace celkově podávaných antibiotik s Wobenzymem® průnik antibiotik do tkání a významně zrychluje ústup zánětu. Význam enzymoterapie v léčbě diabetiků nám potvrzují naše mnohaleté zkušenosti. ■

inzerce

Příchutě: Mild, Basic, Strong, Light, Sweet, Easy.
Chicory Dream jsou chutné kávovinové nápoje se sušeným mlékem a rostlinnou smetanou, obohacené sladovým výtažkem (zdroj vitaminů skupiny B a minerálních látek) a vysokým obsahem rozpustné vlákniny – inulinu. Nápoj lze připravit velmi snadno rozpuštěním v teplé vodě, bez nutnosti cedit. V nabídce je šest typů nápojů, které se liší formou slazení a poměrem mléčné a kávovinové složky.

Hlavní přednosti produktu:
■ chutný, výborně rozpustný kávovinový nápoj ■ obsahuje rozpustnou vlákninu inulin
■ varianta pro diabetiky – LIGHT – kávovina slazená sladidlem ■ rychlá příprava rozpuštěním v teplé vodě
■ s obsahem sušeného mléka ■ bez obsahu kofeinu ■ není třeba cedit
■ bez chemických konzervatntů a barviv.

AG FOODS Group a.s.,
Košíkov 72, Velká Bíteš, 595 01 Česká republika, tel. 800 NAPOJE (800 627 653)
fax: +420 566 503 012, pondělí až pátek od 7.00 do 17.30, www.agfoods.eu