

Zásady léčby a prevence diabetické nohy

MUDr. Pavlína Piňhová;
prof. MUDr. Milan Kvapil, CSc.
Interní klinika 2. LF UK a FN Motol, Praha

Syndromem diabetické nohy označujeme postižení dolních končetin diabetiků distálně od kotníku se vznikem ulcerací, gangrén a v krajních případech i s nutností amputace končetiny. Jedná se o závažný medicínský i společenský problém a o jednu z nejdražších komplikací diabetu.

Klinicky dělíme syndrom diabetické nohy podle převládajícího patogenetického faktoru na nohu neuropatickou, ischemickou a neuroischemickou (smíšenou). Toto rozlišení je důležité pro odlišnosti v terapii jednotlivých skupin. Základním způsobem se od sebe liší léčba neuropatického defektu a ischemického defektu.

Léčba neuropatické ulcerace

1. Optimální kompenzace diabetu napomůže hojení defektu. Je jednoznačně indikováno převedení na intenzifikovanou inzulínovou terapii.
2. Odlehčení nohy, tj. odstranění tlaku na ulceraci, je jednou z nejdůležitějších terapeutických zásad! Indikujeme klid na lůžku, pohyb bez došlapu na postižené místo, tj. za pomoci pojízdného křesla, berlí, speciálně upravené sádrové fixace či poloviční boty.
3. Systematická a dlouhodobá léčba infekce představuje další nezbytnou podmínku pro hojení diabetických ulcerací.
4. Lokální léčba je zaměřena na systematické čištění rány, prováděné 1 až 3x týdně, skalpelem či ostrou lžičkou důsledně odstraňujeme hyperkeratózy a nekrotické tkáně, volbou vhodného krytí podporujeme granulaci a epitelizaci. Snažíme se dodržet zásadu vlhkého hojení, bráníme vysychání a kontaminaci rány.

Léčba ischemické ulcerace

1. V první řadě je nutné zlepšit krevní zásobení. Podle výsledku invazivního vyšetření (arteriografie) indikujeme cévní intervenci (perkutánní transluminální angioplastika) nebo cévní rekonstrukci (bypass). Vhodně a časně indikovanou cévní rekonstrukcí lze zachránit končetinu až v 90 %!
2. Mikrocirkulaci je možné příznivě ovlivnit infuzí prostaglandinů. Klasická vazodilatační infuze může podporovat v oblasti velkých cév **stealth** fenomén, proto se obecně nedoporučuje.
3. Snažíme se co nejlépe kompenzovat diabetes mellitus. Pokud ale stávající terapii glykémie vyhovuje, není jednoznačně indikován převod na inzulín (na rozdíl od léčby neuropatického defektu). Zakazujeme kouření, léčíme hypertenzi a dyslipidémii.

4. Amputace jsou indikovány při konzervativně nezvládnutelné progresi gangrény, při septickém stavu i přes agresivní antibiotickou léčbu a při nezvládnutelných bolestech, pokud není již možná cévní intervence.

Prevence vzniku ulcerace u rizikového pacienta

Základem prevence je pravidelná kontrola nohou a obuvi(!) při každé návštěvě diabetika u lékaře. Bylo prokázáno, že pokud přichází pacient do ordinace vyzutý, lékař mu zkontroluje nohy v 65-72 procentech případů, pokud zůstane obutý, proběhne kontrola nohou jen ve 12-19 procentech. Pacientům se zvýšeným rizikem ulcerace na noze je potřebné věnovat zvýšenou pozornost. Jedná se zejména o pacienty s diabetickou neuropatií, pozornost však je nutno věnovat i pacientům s ischemickou chorobou tepen dolních končetin a pacientům s již proběhlou a zhojenou ulcerací na noze. Nezbytnou součástí prevence tvoří edukace, protože až 80 % ulcerací je způsobeno vnějším traumatem. Pacienty je třeba soustavně poučovat o zásadách péče o nohy:

- Nohy denně prohlížet, vykoupat, pečlivě osušit, zejména v mezprstí, promazávat mastným nebo hydratačním krémem.
 - Důsledně odstraňovat hyperkeratózy, nejlépe pemzou, vyvarovat se použití ostrých nástrojů a keratolytik.
 - Nehty stříhat rovně a okraje dopilovat.
 - Chránit se před otlaky z bot (kamínky, shrnuté vložky a ponožky).
 - Chránit se před popálením (před koupelí vyzkoušet teplotu vody rukou nebo teploměrem, pozor na horké topení, termofory atd.).
 - Nechodit bez obuvi (pozor na střepy a ostré předměty, na rozpálený písek, horké asfaltové povrchy atd.).
 - Důsledně ošetřit každé poranění, přeléčit každou mykózu.
 - Při změně barvy kůže, vzniku puchýře či praskliny, neodkladně navštívit lékaře. POZOR! I v počátku minimální léze může vést k rozsáhlému poškození!
- Velmi důležitá, a pro pacienta s diabetem zásadní, je otázka výběru správné obuvi. Obuv by měla mít tuhou podrážku mezi patou a metatarzofalangeálními klouby, pružnou vložku, která tlumí nárazy a přizpůsobí se deformitám, podpatek maximálně 2 cm, rovný mediální okraj bránící vzniku vbočených palců a stlačení prstů, dostatek prostoru ve špičce, a měla by být z prodyšného materiálu.

Redakčně kráceno z www.edukafarm.cz