

# Krytí Amnioderm v léčbě syndromu diabetické nohy

MUDr. Veronika Wosková

IKEM, klinika diabetologie, Podiatrická ambulance

Pan Jaroslav Z. je 60letý diabetik 2. typu léčený na naší podiatrické ambulanci pro syndrom diabetické nohy. V anamnéze má hypertenzi, ischemickou chorobu srdeční provázenou fibrilací síní, prodělal cévní mozkovou příhodu, je léčen pro syndrom spánkové apnoe. V minulosti kouřil, poslední rok je exkuřák. Užívá antihypertenziva, diabetes je kontrolován dietou, je trvale antikoagulován.

V listopadu roku 2021 u pacienta proběhla výměna kyčelního kloubu na pravé dolní končetině (PDK). Ortopedický výkon byl komplikován pooperační infekcí vyžadující chirurgickou revizi rány. Následkem delší imobilizace došlo ke vzniku hlubokého defektu paty na operované končetině, pro který jsme převzali v lednu 2022 pacienta do péče podiatrické ambulance. Při vstupním vyšetření jsme zjistili hluboký defekt s nekrotickou spodinou a sondáží kosti na spodině (Obr.1). Rentgenové vyšetření potvrdilo osteomyelitidu patní kosti. Celkové známky infekce nebyly přítomny

klinicky ani laboratorně. Zahájili jsme standardní léčbu, tj. odlehčení rány, debridement, lokálně vzhledem k infekci a ischémii aplikovány pouze desinfekční roztoky. Za hospitalizace byla zahájena cílená parenterální antibiotická terapie a byla provedena úspěšná perkutánní transluminální angioplastika (PTA) tepen v oblasti stehna a bérce (3/22). K čištění spodiny rány jsme kromě pravidelného ostrého debridementu použili 1 dávku larvální terapie (Bioknife). V léčbě osteomyelitidy jsme nadále volili konzervativní postup v ambulantním režimu, tj. prolongované podávání antibiotik, odlehčení a systematická lokální péče o ránu.

(Obr. 2). Další léčba probíhala ambulantně. V intervalech 2–3 týdnů byl na podiatrické ambulanci opakovaně prováděn ostrý debridement, lokálně jsme aplikovali mastný tyl nebo silikonová krytí. Denní převazy rány v domácích podmínkách zajišťovala rodina ve spolupráci se sestrou domácí péče. Spodina



◆ Obr. 1: 1/22. 20. 1. 22 první ošetření. Defekt paty velikosti 8 x 3,5 cm, hloubka 2 cm, na spodině částečně odhalena překrytá kost, defekt jdoucí podél patní kosti, zápach z rány zevně na lat. – kotníku 1,1 x 0,4 cm s mírným hnisavým povlakem



◆ Obr. 2: 3/22. Lokální nález po provedení revaskularizace, cílené parenterální antibiotické léčbě a aplikaci larvální terapie.



◆ Obr. 3: 4/22. Defekt na patě o vel. 7,3 x 2,5 cm, hl. 1,4 cm



● Obr. 4: 5/5/22. První aplikace Amniodermu – defekt vel. 7 x 2 cm, hl. 1,4 cm



● Obr. 5: 16/5/22. 2. aplikace Amniodermu - defekt na patě o vel 6,5 x 2 cm, hl. 0,8 cm



● Obr. 6: 30/5/22. 3. aplikace Amniodermu – defekt paty o vel. 5,7 x 1,5 cm, hl. 0,8 cm



● Obr. 7: 13/6/22. 4. aplikace Amniodermu – defekt na patě o vel 6 x 1,5 cm, hl. 0,5 cm,



● Obr. 8–9: 27/6/22. 5. aplikace Amniodermu - defekt na patě o vel 4,8 x 0,8 cm, hl. 0,2 cm





rány se vyčistila, původní hluboký defekt se postupně vyplnil granulační tkání až s náznakem hypergranulací. Rentgenologický nález potvrdil známky hojení patní kosti. V této fázi léčby jsme zahájili aplikaci krytí Amnioderm. V období 5. 5.–27. 6. jsme provedli

celkem 5 aplikací s příznivým efektem na hojení (Obr. 4–9). K doepitelizování zbytkového defektu jsme použili mastný tyl, rána byla kompletně zhojena 8/22. Pro vysoké riziko recidivy zůstává pacient v trvalé dispenzarizaci podiatrické ambulance.



◆ Obr. 10: **7/22.** Dohojení defektu – vel. 3,8 x 1 cm – Mepitel krytí



◆ Obr. 11: **7/22.** Dohojení defektu na patě o vel. 2,3 x 0,5 cm, Bactigras krytí



◆ Obr. 12: **8/22.** Zhojeno.