



SESTRA
v diabetologii

1 | **20**
22
ROČNÍK 17



Pracovní den Sekce sester ČDS

při 58. diabetologických dnech
v Luhačovicích
29. dubna 2022

Publikace vyšla s laskavou finanční podporou
České diabetologické společnosti ČLS JEP



Partneři sborníku



Publikace je k dispozici také v elektronické podobě na www.kazuistiky.cz



Partneři časopisu:

Sekce sester České diabetologické společnosti
Diabetologická sekce České asociace sester

Vydavatel – poštovní kontakt:

Nakladatelství GEUM, s.r.o.
redakce Sestra v diabetologii
Mariánská 216, 470 01 Česká Lípa

e-mail: geum@geum.org

Inzertní oddělení:

tel.: +420 606 734 722
e-mail: slukova@geum.org

Redakce:

Mgr. Karel Vízner (šéfredaktor)
tel.: +420 721 639 079
e-mail: karelvizner@geum.org

Hana Musilová

e-mail: musilova@geum.org

Tisk:

Tiskárna Glos s.r.o.
e-mail: tiskarna@glos.cz

Internet:

www.geum.org
www.kazuistiky.cz
www.diapomocnik.cz

Toto suplementum časopisu Sestra v diabetologii vychází současně jako sborník abstrakt Pracovního dne Sekce sester ČDS při 58. diabetologických dnech v Luhačovicích.

Foto na obálce:

Shutterstock

Program

Pracovní den Sekce sester ČDS při 58. diabetologických dnech 29. dubna 2022

Pořadatel: Sekce sester České diabetologické společnosti ČLS JEP
Mediální partner: Nakladatelství GEUM, s.r.o.

Program:

8.25–8.30 **zahájení pracovního dne**
Renáta Říhánková

1. blok

Koordinátoři: Kateřina Čechová, Renáta Říhánková

8.30–8.40 **Volby do Sekce sester ČDS JEP 2022–2026**
Renáta Říhánková

8.40–9.10 **Nové léky za posledních 5 let**
Michal Krčma

9.10–9.30 **01 Vzdělávání a kompetence sester v diabetologii**
Pavla Kudlová, Kateřina Čechová

9.30–9.45 **02 Komplexní péče o nohy diabetiků v rámci České diabetologické společnosti**
Jana Výmolová

9.45–10.00 **03 Screening rizika syndromu diabetické nohy v diabetologické ambulanci**
Hana Tibenská, Jitka Danielová, Markéta Kopecká, Jan Durin, Marta Křížová, Michal Dubský, Veronika Wosková, Jitka Husáková, Radka Jarošíková, Robert Bém, Vladimíra Fejfarová

10.00–10.15 **04 S čím se můžeme setkat v diabetologické ambulanci na nohách diabetiků**
Jitka Husáková, Robert Bém, Vladimíra Fejfarová, Alexandra Jirkovská, Veronika Wosková, Radka Jarošíková, Michal Dubský

10.15–10.30 **diskuse**

10.30–10.45 **přestávka**

10.45–11.00 **05 Medtronic – minisympozium – MiniMed 780G – rady, tipy a triky z praxe**
Helena Tobrmanová

11.00–11.15 **06 Hybridní uzavřené smyčky z pohledu lékaře**
Klára Sochorová

11.15–11.30 **07 Hybridní uzavřené smyčky – edukace sestrou**
Hana Kůsová

11.30–11.45 **08 Jak mi Libre pomohlo uzdravit naší nejmladší holčičku**
Miroslava Šenbauerová

11.45–12.00 **diskuse**

12.00–13.00 **přestávka na oběd**

2. blok

Koordinátor: *Marek Hanza*
13.00–13.45 **řízená diskuse k posterům**

- P1 Bez odlehčení ani krok**
Michaela Fraňková, Gabriela Bastrová, Jarmila Šindelková, Milan Flekač
- P2 Moderní technologie selfmonitoringu glykemie**
Amália Papučová, Eva Kábrtová, Naďa Pavlíčková, Jan Šoupal
- P3 Monitorování teplot při skladování inzulínu v lednicích našich pacientů**
Andrea Nová, Martina Breburdová, Hana Kúsová, Miroslava Šenbauerová, Renáta Říhánková, Miroslava Tupá
- P4 Umějí diabetici odhadovat množství sacharidů v potravinách?**
Marek Hanza, Michal Vysokomýtský
- P5 Porovnanie liečebných možností u pacientov s diabetes mellitus na Slovensku a v Čechách**
Janka Bernátová, Júlia Demčáková, Vlasta Foliřová, Radomíra Kožnarová
- P6 Preventivní ošetření (06130) a ošetření diabetologické ulcerace sestrou (06131) v diabetologické ambulanci**
Hana Kúsová, Renáta Říhánková, Kamila Randličičová
Abbott minisymposium – Abbott váš partner pro edukaci pacientů (nejen s FreeStyle Libre)
Tomáš Kalina

13.45–14.00 **přestávka**

3. blok

Koordinátoři: *Jana Eliášová, Pavla Kudlová*

- 14.00–14.15 **MTE – minisymposium – Systém kontinuálního monitoringu glykemie POCTech CGM**
Petr Vrchota
- 14.15–14.30 **O9 Vliv psychiky na vnímání bolesti u pacienta**
Jiří Černochoch
- 14.30–14.45 **O10 Pozitivní vliv individualizace nemocniční stravy na hodnoty glykemie u těhotných žen s gestačním diabetem**
Lucie Guilleminot
- 14.45–15.00 **O11 Pacientské organizace a jejich místo v edukaci diabetiků**
Vlastimil Milata
- 15.00–15.15 **O12 Vplyv semaglutidu na redukciu telesnej hmotnosti v súbore 16 žien a 14 mužov – kohortná štúdia**
Linda Buková, Andrea Bukovská, Peter Galajda, Marián Mokáň
- 15.15–15.30 **diskuse**
- 15.30 **závěr pracovního dne**

Abstrakta jsou řazena podle programu, hledání je usnadněno přidělenými čísly.

01 Vzdělávání a kompetence sester v diabetologii

Pavla Kudlová¹, Kateřina Čechová²

¹Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně, Fakulta humanitních studií, Ústav zdravotnických věd, Zlín

²Klinika diabetologie, IKEM, Praha

Souhrn

Vzhledem k tomu, že se v České republice v současné době vyskytuje přibližně 1 milion osob s onemocněním diabetes mellitus (DM) (tj. 10 % z populace), je zřejmé, že se s pacientem s DM všeobecné sestry setkávají poměrně často. Požadavky na kvalitu ošetrovatelské péče se neustále zvyšují, proto se zvyšují i nároky na kvalifikační a systematické celoživotní vzdělávání všeobecných sester. Jak je tomu doposud?

V rámci kvalifikačního studia se všeobecné sestry s diabetologií (podoborem vnitřního lékařství, respektive endokrinologie) seznamují jen okrajově (souhrnně cca šest vyučovacích hodin) v rámci jiných předmětů, jako jsou klinická propedeutika, ošetrovatelské postupy, vnitřní lékařství, pediatrie, gynekologie a porodnictví aj. Pouze dvě fakulty v ČR mají předmět diabetologie zařazen navíc mezi povinně volitelné předměty formou semináře v rozsahu cca 10–15 kontaktních vyučovacích hodin. Smyslem předmětu je seznámit studenty s podoborem diabetologie (zejména s diagnostikou, sledováním a léčbou osob s DM, včetně komplikací), s ošetrovatelskou péčí a edukační činností sestry v diabetologii. Výuka slouží spíše jako vhled do dané problematiky. Vystává tedy otázka, zda jsou všeobecné sestry po absolvování kvalifikačního studia připraveny adekvátně pečovat o pacienty a odborně edukovat osoby s DM. Co se **postgraduálního studia** týče, v současnosti mohou všeobecné sestry získat způsobilost pro péči a edukaci diabetiků absolvováním zejména: **a) specializačního vzdělávání** v oboru Ošetrovatelská péče v interních oborech (Nařízení vlády č. 31/2010 Sb.) nebo **b) vzděláváním v certifikovaných kurzech (CK)**.

Rostoucí počet diabetiků, přetížené ambulance, opakované a delší hospitalizace pacientů s DM demonstrují potřebu péče založené na důkazech a také důležitost kontinuity při přechodu pacientů z ústavní péče do péče ambulantní. Je nutné zdravotní síť řídit, vyšetření, léčbu a péči koordinovat. Nicméně už v rámci primární péče je potřeba motivovat pacienty k větší zodpovědnosti za zdraví. Po vzoru úspěšných projektů v zahraničí by v českém zdravotním systému mohly fungovat nové pozice sester a programy, které by pojišťovně ušetřily značné peníze, snížily počty komplikací a s tím spojených readmisí.

Závěr

Přednáška poskytne informace týkající se vzdělávání všeobecných sester k zajištění bezpečné úrovně personálního obsazení a kvality poskytované ošetrovatelské péče diabetikům a na posílení postavení/kompetencí všeobecných sester.

02 Komplexní péče o nohy diabetiků v rámci České podiatrické společnosti z.s.

Jana Výmolová

Diabetologická a podiatrická ambulance, Vratimov

Syndrom diabetické nohy je závažný zdravotní problém, proto nohy diabetiků vyžadují komplexní péči. Takovou péči nabízí Česká podiatrická společnost, která sdružuje odborníky v péči o nohu z řad lékařů, fyzioterapeutů, zdravotních sester, pedikérů, protetiků, specializovaných prodejců a obuvníků a mnoho dalších odborníků v péči o nohu. Cílem společnosti je především podpora a rozvoj komplexní péče o nohu, odborný rozvoj členů, jejich informování a napomáhání při ochraně jejich zájmů. Česká podiatrická společnost zastřešuje obor podiatrie v České republice v rámci Světové podiatrické federace (FIP-IFP), jímž je členem.

Základní preventivní péči v prevenci syndromu diabetické nohy poskytuje pedikérka/pedikér, kteří nabízejí službu vhodnou pro diabetiky – přístrojovou pedikúru. V rámci pedikúry kvalifikovaná pedikérka odstraní hyperkeratózy zejména v oblasti prstů a pod hlavičkami metatarzů, které jsou rizikem vzniku rány u diabetiků s neuropatií. Pedikérka řeší i problémy, jako jsou zhrubělé, mykotické, zarůstající nehty. Zarůstající nehty upravuje i pomocí neinvazivních metod – orthonyxie, také včas rozpozná změny na chodidlech, nehtech a odešle diabetika k odbornému lékaři. Je schopná provést edukaci ohledně domácí péče o nohy, správného obouvání atd. V letošním roce už přispívá pět zdravotních pojišťoven z preventivního programu pro diabetiky na přístrojovou pedikúru. Aby zdravotní pojišťovny proplatily tuto službu, musí být pedikérka platnou členkou České podiatrické společnosti z.s. Pravidelnou odbornou pedikúrou a spoluprací odborníků v péči o nohy předejdeme možným zdravotním komplikacím u diabetiků.

03 Screening rizika syndromu diabetické nohy v diabetologické ambulanci

Hana Tibenská, Jitka Danielová,

Markéta Kopecká, Jan Durin, Marta Křížová,

Michal Dubský, Veronika Wosková,

Jitka Husáková, Radka Jarošíková, Robert Bém,

Vladimíra Fejfarová

Centrum diabetologie IKEM, Praha

Syndrom diabetické nohy (SDN) je jednou ze závažných chronických komplikací diabetu. Péče o pacienty s diabetem je velice náročná. Jako zdravotníci musíme dbát nejen na co nejlepší kompenzaci diabetu, ale také musíme myslet na komplikace, které se snažíme u pacientů s diabetes mellitus (DM) aktivně

vyhledávat. Proto by měli pacienti absolvovat pravidelně oční vyšetření, měli by mít sledované renální funkce a v neposlední řadě by měli jednou ročně podstoupit vyšetření rizika syndromu diabetické nohy (SDN).

Lékař diabetolog spolu s vyškolenou sestrou mohou provádět pravidelná screeningová vyšetření SDN, zahrnující pohled, pohmat, orientační vyšetření neuropatie pomocí monofilamentu, ladičky nebo biothesiometru a vyšetření kožních teplot na nohou diabetiků.

Již při příchodu pacienta do ambulance můžeme zhodnotit kvalitu jeho obutí. Po vyzutí zkontrolujeme, zdali obuv splňuje pravidla preventivního obutí a pohmatem zkontrolujeme vnitřek boty (případně stélky), stav podešve a opotřebenosti obuvi. Dále můžeme zhodnotit pohledem stav dolních končetin jako barvu, ochlupení, stav nehtů a kůže, případně přítomnost otoků dolních končetin a deformit. Pohledem lze ihned odhalit nedostačující péči o dolní končetiny, preulcerózní léze nebo již vzniklé defekty, deformity či jiné patologie.

Pohmatem by měl lékař zhodnotit stav periferních pulzací na arterii dorsalis pedis (ADP) a arterii tibialis posterior (ATP). V případě jakýchkoliv pochybností by mělo následovat cévní vyšetření v angiologické ambulanci. Také lze pohmatem zjistit hybnost nohou, zvláště důležité u pacientů s omezenou kloubní hybností a deformitami.

Neuropatii vyšetřujeme monofilamenty – poruchu povrchového čítí, a ladičkou (biothesimetrem) – poruchu hlubokého čítí. Dalšími metodami můžeme rozlišit poruchu čítí ostrého a tupého nebo studeného a teplého. V případě zjištěné neuropatie by měl být pacient dostatečně a opakovaně edukován o pravidelné péči o dolní končetiny a vhodné obuvi.

Měření kožní povrchové teploty zjišťujeme teplotní rozdíl dvou stejných míst na dolních končetinách, k vyloučení aktivní Charcotovy osteoartropatie nebo její reaktivaci nebo hrozící defekt. Pokud zjistíme teplotní rozdíl, měli bychom aktivně pátrat po příčině tohoto rozdílu.

V ambulancích lze také doplnit vyšetření stran cév, nejlépe měření tlaků nad ADP/ATP dopplerem či oscilometricky, nebo doplnit vyšetření o další (palcové tlaky, TcPO₂...). Při návštěvě diabetologické ambulance by neměla chybět edukace nejen stran kompenzace DM a hladin zjištěných glykemií, ověření znalostí aplikace inzulínu a korekce dávek inzulínu, ale také by měla zahrnovat edukaci cílenou zejména na péči o dolní končetiny. Veškeré informace, které předáváme pacientovi, by měly být dostupné i v písemné formě. Na dosažení nejlepších výsledků je nutný vždy aktivní přístup pacienta.

04 S čím se můžeme setkat v diabetologické ambulanci na nohách diabetiků

Jitka Husáková^{1,2}, Robert Bém¹,
Vladimíra Fejfarová¹, Alexandra Jirkovská¹,
Veronika Wosková¹, Radka Jarošíková¹,
Michal Dubský^{1,2}

¹Centrum diabetologie, Institut klinické a experimentální medicíny, Praha

²1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy, Praha

Úvod

Pacienti s onemocněním diabetes mellitus (DM) jsou ohroženi velkým množstvím komplikací, ke kterým patří také syndrom diabetické nohy vznikající na podkladě mikro- a makrovaskulárních změn. V ambulancích lékaře se však můžeme setkat také s dalšími komplikacemi na dolních končetinách, které mohou, ale nemusí nutně souviset s DM.

Shrnutí

Lidé s diabetem přichází nejčastěji k lékaři s problematikou snížené citlivosti dolních končetin (DK) či neuropatickými bolestmi. Toto postižení senzomotorického systému je nutno náležitě vyšetřit a pacienta edukovat stran vysokého rizika vzniku defektů DK. Defekty pak tvoří další významnou část komplikací na DK diabetiků. Je nutno pamatovat na traumata dolních končetin, která se mohou projevit bolestivostí, otokem či zarudnutím nohy. Proto je nezbytné provést kontrolní vyšetření s RTG. Při otoku a zarudnutí musíme také pomyslet na Charcotovu osteoartropatii. Při této komplikaci můžeme pozorovat také deformity nohy, které mohou vést k asymetrickému zatížení nohy se zvýšením rizika otoku a defektu. Samotný otok DK může být spojen s lymfadenopatií, žilní insuficiencí či kardiální či renální dysfunkcí. U každého pacienta musí být vyšetřeno prokrvení dolních končetin a vyloučení ischemie. Pozdním projevem nedokrevnosti dolních končetin může být lividní zbarvení či nekróza částí nohy. Dále je nutné sledovat pigmentace, kožní změny či atypia defektů a myslet na nádorové postižení tkání DK. Nutné je také myslet na cizí tělesa a osteosyntetický materiál, které mohou činit lokální obtíže. Dalším častým problémem jsou plísňová postižení kůže a nehtů, jejich deformity a panaričia.

Závěr

U pacientů s diabetem je nutné při kontrolách dbát také na kontrolu DK, které jsou při běžných kontrolách často opomíjeny. Včasný záchyt komplikací a patologií na DK je zásadní pro jejich léčbu a snížení rizika rozvoje významných zdravotních obtíží či amputací. Preventivní kontrola ošetřovatelským personálem je časově nenáročná, avšak velmi významná.



KAZUISTIKY
v diabetologii

diabetologie.kazuistiky.cz

05 Medtronic – minisympozium – MiniMed 780G – rady, tipy a triky z praxe

Helena Tobrmanová

SmartGuard

Systém MiniMed 780G je vybaven technologií SmartGuard, která automaticky upravuje podávání inzulínu na základě hladiny glukózy senzoru – GS (hodnoty GS systém získává z vysílače Guardian 4 a senzoru Guardian 4). Jestliže funkce SmartGuard není aktivní, inzulínová pumpa MiniMed 780G pracuje v ručním režimu. Funkce SmartGuard používá informace o jídle (zadáva uživatel), hladině glukózy změřené senzorem (GS) a cílových hodnotách funkce SmartGuard (5,5 mmol/l, 6,1 mmol/l nebo 6,7 mmol/l) k řízení výdeje bazální dávky inzulínu. Tato funkce také může automaticky vydat korekční bolus, který má pomoci zkorigovat vysokou hodnotu GS. Aby mohla inzulínová pumpa MiniMed 780G používat funkci SmartGuard, musí být minimální výdej inzulínu osm jednotek za den a maximální výdej 250 jednotek za den. Funkce SmartGuard je vytvořena tak, aby maximalizovala dobu, kdy jsou hladiny glukózy v rozsahu 3,9 mmol/l až 10,0 mmol/l. Před aktivací potřebuje funkce SmartGuard 48hodinové období přípravy. Toto období přípravy začíná o půlnoci poté, co pumpa začne vydávat inzulín, a nevyžaduje použití senzoru. Během období přípravy pumpa sbírá a zpracovává data, která funkce SmartGuard později použije.

Bolusy v režimu SmartGuard

Vydej inzulínu k jídlu řízený funkcí SmartGuard vyžaduje přesná měření senzoru a přesné informace o sacharidech (zadáva manuálně uživatel).

Automatické korekce v režimu SmartGuard

Systém MiniMed 780G může automaticky vydat bolus s frekvencí každých pět minut, jestliže funkce SmartGuard stanoví, že je zapotřebí vydat korekční bolus, aby se maximalizoval čas strávený v cílovém rozsahu, tj. 3,9 mmol/l až 10,0 mmol/l. Protože se jedná o automatický bolus, není potřebná žádná akce. V základním okně se zobrazí čas podání bolusu automatické korekce.

Dočasný cíl 8,3 mmol/l v režimu SmartGuard

Dočasný cíl lze nastavit pro události, jako je např. cvičení, nebo jiná období, kdy je potřeba méně inzulínu. Při používání dočasného cíle pro období fyzické aktivity, zvažte nastavení začátku dočasného cíle na jednu až dvě hodiny před zahájením této fyzické aktivity. Dokud je aktivní dočasný cíl, nejsou vydávány bolusy automatické korekce.

Parametry v nastavení pumpy, které přímo ovlivňují funkci SmartGuard:

1. sacharidový poměr (1–200 g/j),
2. doba aktivního inzulínu (2–8 hodin),
3. cílová hodnota SmartGuard (5,5 / 6,1 / 6,7 mmol/l),
4. automatická korekce (ZAP/VYP).

Parametry v nastavení pumpy, které NEovlivňují funkci SmartGuard, ale pouze ruční režim:

1. nastavení bazálních profilů,
2. inzulínová citlivost,
3. cílová hodnota kalkulátoru Bolus Wizard.



06 Hybridní uzavřené smyčky z pohledu lékaře

Klára Sochorová

Centrum diabetologie, IKEM, Praha

Hybridní uzavřené okruhy jsou nejmodernějším způsobem léčby diabetu 1. typu. Automatická úprava bazální rychlosti inzulínu a aplikace automatických korekčních bolusů dokáží zvýšit čas strávený v cílovém rozmezí bez zvýšeného rizika hypoglykemií. Protože hybridní smyčka provádí téměř 300× za den výpočet potřebné dávky inzulínu samostatně, zátěž nemocí je u pacientů nižší než při manuálním režimu léčby diabetu. Pro úspěch této léčby je klíčová zejména edukace pacienta. Důležité je správně zvolit pumpu, senzor a algoritmus. Pacient musí být edukován o povinnostech, které z využití hybridního uzavřeného okruhu vyplývají – aplikace prandiálních bolusů, péče o senzor a o místo vpichu intravenózní kanyly. Použití hybridních smyček přináší i nové léčebné výzvy, protože může potřebovat jiný management některých situací (hypoglykemie, fyzická aktivita, nemoc), než na který byli pacienti dlouhodobě zvyklí. Pro spokojenost se systémem je zásadní realistické očekávání pacienta od smyčky a důvěra pacienta, lékaře i edukační sestry v systém hybridní uzavřené smyčky.

Podpořeno MZ ČR – RVO („Institut klinické a experimentální medicíny – IKEM, IČ 00023001“)

07 Hybridní uzavřené smyčky – edukace sestrou

Hana Kůsová

Diabetologické centrum, 1. interní klinika, FN Plzeň

Automatické hybridní uzavřené systémy podávání inzulínu představují spojení algoritmu v inzulínové pumpě, který reaguje na hodnoty ze senzoru a nastavení bolusů uživatelem. Účast pacienta s diabetem při této léčbě je stále významná. Aby léčba založená na spolupráci pumpy, senzoru a jeho uživatele byla úspěšná, musí jeho uživatel – pacient s diabetem – zvládat zásadní podmínky. Na přípravě pacienta se podílí tým složený z lékaře, sestry a nutričního terapeuta. V této prezentaci se budu věnovat edukaci sestrou před a při použití automatického hybridního systému.

Při prvotní edukaci pacient musí pochopit, že při dobře zavedené fungující kanyle a přesném senzoru pumpa dostává informace o vývoji glykemie a podaném množství inzulínu pumpou. Algoritmus vše vyhodnotí a může každých 5 minut reagovat a upravovat vydávání inzulínu, jak snížením či zastavením bazální dávky, tak zvýšením bazální dávky, popřípadě podáním mikrobolusu.

Edukace pacienta před spuštěním funkce automatického dávkování inzulínu:

- 1) Bezpečné vstřebání inzulínu – výběr vhodné kanyly, aplikace kanyl, výběr vhodného místa vpichu, systematické střídání míst, komplikace spojené s kanylami
- 2) Přesný senzor – kam zavádět, kdy kalibrovat, pohlídat výměnu senzoru, aby nebyl dlouhý výpadek
- 3) Nastavení kalkulátoru bolusů – vypočítání parametrů, vysvětlení, co jednotlivé parametry znamenají, kdy kalkulátor nebude dobře fungovat
- 4) Zadávání sacharidů před jídly – vysvětlení, že inzulín aplikovaný s jídlem nebo po jídle nestihne pokrýt vzestup glykemií po jídle

U většiny pacientů nově nasazených na inzulínovou pumpu se snažíme, aby se naučili pracovat s pumpou v ručním režimu zhruba 1–2 týdny, pak pacient přichází na spuštění automatického dávkování.

Edukace při spuštění automatické funkce v pumpě:

- 1) Co očekávat od automatického dávkování – méně času věnovanému korekcím, více času stráveného v cílových glykemiích, méně hypoglykemií
- 2) Nastavení parametrů potřebných k automatické funkci – kontrola nastavení kalkulátoru, nastavení cílové glykemie...
- 3) Při zapnutém automatickém dávkování zkusíme s pacientem nastavit bolus, zapnout různé režimy (sport, dočasný cíl...)
- 4) Co dělat při zvláštních situacích – nemoc, dovolená, založená nebo ucpaná kanyla
- 5) Hypoglykemie – potřeba dojídat méně sacharidů
- 6) Nezadávat do pumpy sacharidy potřebné na hypoglykemie nebo jako prevence hypoglykemie
- 7) Zastavení pumpy při odpojení

- 8) Fungování algoritmů – algoritmy se v inzulínových pumpách liší. Pacientovi postačí vědět, že má svoji cílovou glykemie, kterou může změnit buď dle doporučení lékaře, nebo v rámci změny režimu.

Celý proces se může zdát náročný pro obě strany, dle našich zkušeností však zaručí úspěch při léčbě touto novou technologií.

08 Jak mi Libre pomohlo uzdravit naší nejmladší holčičku

Miroslava Šenbauerová

Diabetologické centrum, 1. interní klinika, FN Plzeň

Akutně zjištěné onemocnění diabetes mellitus (DM) je vždy velký zásah do života spojený s obrovskou psychickou zátěží, a to jak pro pacienta, tak pro jeho nejbližší okolí.

Prezentace pojednává o prvozáchytu sekundárního DM u naší nejmladší holčičky, u níž byl ve 14 letech zjištěn hormonálně podmíněný diabetes mellitus a resumé lékaře znělo: nezbytné provedení hysterektomie. Prezentace zachycuje průběh glykemií v předoperačním a perioperačním období, zaznamenaných s pomocí systému Freestyle Libre, i s následným šťastným koncem – normalizací glykemií a naprostým vyléčením.

Některé životní situace se nám mohou zdát zpočátku neřešitelné, ale v průběhu času zjistíme, že s podporou dobrých pomocníků, jakými jsou například kontinuální monitoring nebo flash glucose monitoring, lze situaci zdárně zvládnout a situaci vyřešit k všeobecné spokojenosti.

09 Vliv psychiky na léčbu bolesti

Jiří Černocho

Klinika ambulance diabetologie, IKEM Praha

Přednáška pojednává o vlivu psychiky na léčbu bolesti a o tom, kdy dobře vedený psychologický krok dovede omezit analgetika po zákrocích, zejména při pooperačních stavech. Různá onemocnění vyžadují různá analgetika a nemusí to být vždy jenom opiáty. Jiná analgetika po operacích klasických, jiná při amputacích, jiná při popáleninách atd. A tady by měla nastoupit psychologie. Je samozřejmé, že záleží na tom, jaké zázemí má nemocný v rodině, zejména u žen po ablacích, kdy mnohdy mají pocit, že ztrácí svou ženskost, u pacientů po transplantacích někdy nastupuje pocit sice záchrany života, ale i jakéhosi znetvoření atd.

Jeden příklad za všechny, kdy pacientka při „banálním“ zákroku na operačním sále klasickou metodou byla druhý den po operaci téměř soběstačná, sice s pomocí, ale na lůžku se o sebe dovedla postarat. Byla ve věku 76 let, pohybovala se o francouzských holích, ale nepotřebovala větší pomoc, než bylo nutné. Druhý den po operaci bylo vše v pořádku, ale třetí den začala mít údajně velké bolesti, nezabíraly ani opiáty a bylo to jen o tom, že se neměla komu „vypovídat“. A to je problém, který postihuje

většinu starých lidí. Proto se nebrání hospitalizaci a někdy ji i vyžadují. A další problém je, že sestra nebo i jiný zdravotnický pracovník NEMÁ čas s nemocnými hovořit. Když jsem se po službě k pacientce posadil s injekční stříkačkou, ve které byla placebo látka, a snažil se jí přimět k tomu, aby mi o sobě něco pověděla, setkal jsem se nejdříve s odmítavým postojem, ale to trvalo jenom chvíli a paní začala hovořit. Dozvěděl jsem se, že žije v domku, její známí jsou buď po smrti nebo v domovech důchodců nebo jiných zařízeních, manžel padl za Pražského povstání, syn v 17 letech tragicky zahynul, dcera se vdala do Švédska a ona je sama. Vrátila se vyprávěním do svého mládí, až jsme se dostali do současnosti. A když jsem odcházel, tak na otázku „Tak píchnete tu injekci?“ jsem dostal odpověď „Ani ne. Mně už skoro nic nebolí.“ A v komunikaci s pacienty vidím ten největší problém.

010 Pozitivní vliv individualizace nemocniční stravy na hodnoty glykemie u těhotných žen s gestačním diabetem

Lucie Guilleminot

Nutrilka s.r.o.

Gestační diabetes má svá specifika a vyžaduje větší pozornost z důvodu vlivu na zdravotní stav matky i nenarozeného dítěte. V graviditě se mimo jiné nedoporučuje konzumovat umělá sladidla často využívaná u netěhotných diabetiků, těhotné ženy dále trpí mnoha trávicími obtížemi, jako jsou například nauzea, emeze, meteorismus či obstipace. U gravidních pacientek pozorujeme vyšší compliance s dietním režimem vzhledem k motivaci zdravím dítěte, zároveň však často dochází ke zhoršení jejich hodnot glykemie během hospitalizace. Pomineme-li negativní vliv některých léků, jako jsou například kortikosteroidy, na hodnoty glykemie, je překvapivým faktorem u takových zhoršení často samotná nemocniční strava. Ženám s gestačním diabetem je při hospitalizaci indikována diabetická dieta, která však v pozorovaných případech přímo způsobila zhoršení hodnot glykemie ve srovnání s domácím měřením. U pěti sledovaných kazuistik došlo po individuální úpravě stravy (výměně nevhodných potravin za vhodné, přidání zeleniny atp.) k opětovnému návratu hodnot glykemie k hodnotám z domácího měření, a to i při pokračující hospitalizaci. Výsledkem řešení těchto kazuistik jsou konkrétní doporučení do praxe s minimálními náklady. Je zřejmé, že nemocniční strava nemůže zcela odpovídat domácím podmínkám. Není ekonomicky únosné nabízet tzv. večerní pečivo či takové množství čerstvé zeleniny, jaké se při edukaci diabetiků do domácího prostředí běžně doporučuje. V řadě nemocnic je však možná individualizace stravy za příplatek, v jiných by mohlo být řešením doplnění sortimentu existujících nemocničních bufetů či automatů formou doporučení pro jejich provozovatele a v neposlední řadě mají těhotné ženy možnost nechat si vhodné potraviny donést rodinou, k čemuž jim zcela jistě podmínky vytvořit lze.

Uvedená doporučení jsou plošně aplikovatelná. Individuální úprava stravy žen s gestačním diabetem by neměla být vnímána

jako rozmar gravidních žen, ale jako léčebné opatření s pozitivním vlivem na zdravotní stav matky i dítěte a s cílem předcházet zbytečnému nasazení medikace.

011 Role patientských organizací ve zdravotním systému a edukaci pacientů s diabetem

Vlastimila Milata

Diabetologická ambulance DIAHAZA s.r.o., Holešov

Role patientských organizací (PO), v našem případě těch, které sdružují osoby s diabetem, doznala za posledních pět let výrazných změn.

PO byly zahrnuty do procesu tvorby a připomínkování legislativy prostřednictvím Patientské rady ministra zdravotnictví a vytvořeného Oddělení podpory práv pacientů. Pacienti plně využili příležitosti k nastaveným možnostem a svým přístupem a aktivní komunikací se staly respektovanou součástí procesů zdravotního systému. Sdělení přináší informace o současné struktuře a procesech, ve kterých jsou pacienti zapojeni, ať už výhradně v působnosti resortu Ministerstva zdravotnictví, nebo meziresortu.

Ve spolupráci několika organizací se podařilo v oblasti obhajoby oprávněných zájmů pacientů s diabetem mít svého zástupce v Patientské radě ministra zdravotnictví, a to dokonce na pozici předsedy, v pracovních skupinách MZ, a mít respektované postavení při spolupráci s poskytovateli a plátcí zdravotní péče.

Tato spolupráce se projevila například při realizaci Edukačně-motivačního projektu (EMP) pro pacienty s diabetes mellitus 2. typu, na který ZPMV ČR svým klientům přispívá. První výsledky edukačního projektu ukazují, že návrat k takové formě edukačního procesu je více než efektivní. Spojením sil a vzájemnou úzkou komunikací se daří stanovovat priority a cíle, ke kterým by aktivity pacientů s diabetem měly směřovat. Nastavit informační minimum pro úspěšné zvládnutí života s DM a pro jeho implementaci využít všechny formy, které svými výsledky prokáží efektivitu. V EMP nejde jen o to informace sdělovat, ale ověřovat jejich správné pochopení a především motivovat k dodržování doporučení, které pomáhají významně snižovat riziko vzniku komplikací diabetu.

Spoluautory projektu jsou edukátoři z patientských organizací DIAKAR z.ú. a DIAKTIV CZECH REPUBLIC z.s., absolventi VŠZaSP sv. Alžběty v Bratislavě, specializovaného studia soc. práce se zaměřením na edukaci osob s diabetem.

Mgr. Monika Kadeřábková

Mgr. Vlastimil Milata

Ing. Mgr. Edita Šimáčková

a diabetologická ambulance DIAHAZA s.r.o. v Holešově

MUDr. Jitka Hasalová

Bc. Jitka Vojáčková

Projekt je realizován za podpory MZČR a Promedica Institutu a.s.

012 Vplyv semaglutidu na redukciu telesnej hmotnosti v súbore 16 žien a 14 mužov – kohortná štúdia

Linda Buková¹, Andrea Bukovská², Peter Galajda³, Marián Mokáň³

¹Interná klinika, diabetologická ambulancia, FNsP FDR Banská Bystrica, Slovenská republika

²Nemocničná lekáreň UN Martin, Diabetologické edukačné centrum 1. internej kliniky JLF UK a UN Martin, Slovenská republika

³1. Interná klinika, JLF UK a UN Martin, Slovenská republika

Úvod

Vzhľadom na 45 a viac rizikových faktorov nadváhy a obezity môže byť pokles a trvalé udržanie telesnej hmotnosti zložitý.

Cieľ štúdie

Jedným z hlavných cieľov našej kohortnej štúdie bolo posúdiť vplyv semaglutidu na redukciu telesnej hmotnosti a kompenzáciu ochorenia diabetes mellitus (DM) 2. typu ako aj toleranciu lieku – výskyt dyspeptických potiaží.

Súbor pacientov a metodika

V prospektívnej kohortnej štúdii sme zahájili liečbu semaglutidom v súbore 52 ambulantných pacientov s DM 2. typu (28 mužov a 24 žien, s vekom v súbore žien 31–80 rokov, medián v súbore žien 60 rokov, s vekom v súbore mužov 29–66 rokov, medián v súbore mužov 57 rokov) v období september 2019 – september 2021. Medián BMI (kg/m²) v čase zahájenia liečby u žien bol 33,55 a u mužov 32,8. Medián HbA_{1c} DCCT (%) v čase zahájenia liečby bol u žien 7,95 a u mužov 8,65.

Štatistické metódy

Štatistické spracovanie sa vykonalo v databázovom programe Excel. Výsledky: 16 žien a 14 mužov splnilo indikačné kritériá pre pokračovanie liečby semaglutidom. V našom súbore za šesť mesiacov medián poklesu hmotnosti u žien bol 6 kg a u mužov 6 kg, medián poklesu HbA_{1c} DCCT u žien bol 1,4 % a u mužov 1,4 %, medián poklesu glykémie nalačno u žien bol 1,4 mmol/l a u mužov 1,8 mmol/l. 22 pacientov (8 žien a 14 mužov) nespĺnilo indikačné kritériá pre pokračovanie liečby semaglutidom. Z toho 13 pacientov predčasne ukončilo liečbu pre horný dyspeptický syndróm – hlavne pocit ťažoby na žalúdku a nutkanie na vracanie.

Záver

Toleranciu semaglutidu možno zlepšiť kombináciou s metformínom s predĺženým uvoľňovaním, ako aj úpravou stravovania. Aj vzhľadom k prebiehajúcej pandémie covid-19 sa najvhodnejšia ukázala individuálna edukácia s konkrétnym rozborom stra-

vovacích zvyklostí v rodine, a to času príjmu potravy, zloženia jedál, technológie prípravy a veľkosti porcií. Edukáciu bolo potrebné opakovať a dopĺňať pri každej kontrole pacienta, pretože počas užívania agonistov GLP-1 receptorov (GLP-1 RA) sa stravovacie zvyklosti a tolerancia liečby významne menila. Výhodou semaglutidu v liečbe DM 2. typu je tiež zníženie rizika KV príhod patogenetickým ovplyvnením aterosklerózy, ako aj redukcia novej a zhoršujúcej sa nefropatie, preto je dôležité zamerať edukáciu na zníženie výskytu horného dyspeptického syndrómu prítomného hlavne v úvode liečby.

Postery

P1 Bez odlehčení ani krok

Michaela Fraňková, Gabriela Bastrová, Jarmila Šindelková, Milan Flekač

3. interní klinika, VFN Praha

Léčba syndromu diabetické nohy je postavená na základných pilířích – lokální léčba, antimikrobiální terapie (pokud je rána infikována), léčba ischemie u ischemických defektů a odlehčení.

Odlehčení defektů je možné provádět několika způsoby – speciální obuví s odlehčenou přední nebo zadní částí nohy, snímatelnou sériově vyráběnou fixační ortézou Walker, individuálně zhotovenou sádrovou fixací nebo mechanickým vozíkem. Při odlehčení speciální obuví či ortézou se vždy doporučuje současně užívání podpažních nebo francouzských holí, zejména kvůli lepší stabilitě pacienta, ale i kvůli dalšímu omezení tlaku na ulceraci. Je velmi důležité správně a podrobně pacienta edukovat o nutnosti odlehčovat defekt pro včasné zhojení rány. Odlehčení končetiny s ulcerací je bohužel často opomíjenou a podceňovanou modalitou léčby syndromu diabetické nohy.

P2 Moderní technologie selfmonitoringu glykemie

Amália Papučová, Eva Kábrtová, Naďa Pavlíčková, Jan Šoupal

3. interní klinika, 1. LF UK a VFN Praha

Selfmonitoring je nedílnou součástí léčby pacientů s onemocněním diabetes mellitus (DM). V posledních letech dochází k velkému rozvoji technologií v diabetologii, které jsou využívány v selfmonitoringu především u pacientů s DM 1. typu.

Jedná se o chytré glukometry, chytrá pera, moderní inzulinové pumpy, ale především jsou perspektivní systémy pro kontinuální monitorování glykemie (CGM) – měření glykemie v reálném čase pomocí senzorů, které při správném používání zlepšuje kompenzaci diabetu, ale také významně mění kvalitu života našich pacientů.

Představíme vám nejnovější zařízení CGM Eversense XL, které pomocí implantovaného senzoru slouží ke kontinuálnímu měření glykemie. Senzor má speciální silikonový prsteneček s malým množstvím dexasonu acetátu, který působí protizánětlivě a vydrží v provozu až 180 dní. Senzor se zavádí do paže pod kůži speciálními nástroji. Zavedení a vyjmutí senzoru je klasi-

fikováno jako malý zákrok a vyžaduje aseptický přístup. Provádět ho mohou pouze zdravotníci (lékaři), kteří absolvovali školení zaměřené na zavedení a vyjmutí senzoru CGM Eversense XL. Senzory byly pacienty velmi dobře tolerovány a nebyly zjištěny závažné komplikace.

P3 Monitorování teplot při skladování inzulínu v lednicích našich pacientů

Andrea Nová, Martina Breburdová,
Hana Kůsová, Miroslava Šenbauerová,
Renáta Říhánková, Miroslava Tupá
Diabetologické centrum, 1. interní klinika, FN Plzeň
Univerzita Karlova, Lékařská fakulta v Plzni

Úvod

Cílem léčby diabetu je dosažení cílových glykemií za použití aplikace inzulínu jak u pacientů s diabetem 1. typu, tak 2. typu. Aby inzulín náležitě působil, musí být správně aplikován a také skladován. V naší studii se zaměřujeme na skladování inzulínu v domácím prostředí. Zjišťujeme, zda je uchovávan v souladu s doporučením výrobce, tedy +2 °C až +8 °C. Skladování v nevhodných podmínkách může teoreticky ovlivnit degradaci inzulínu s potenciálními nežádoucími efekty.

Cíl

Objektivní zhodnocení teplot v chladničkách, ve kterých je inzulín našich pacientů uchován.

Metoda

V období od září 2020 do června 2021 jsme pacientům s diabetes mellitus 1. typu rozdali teplotní senzor. Šlo o jednoduché zařízení propojené přes Bluetooth s mobilním telefonem, kdy sami pacienti si stáhli aplikaci do mobilu, spárovali teploměr v aplikaci a mohli sledovat vývoj teploty. Po 14 dnech spolu se senzorem přinesli jedno inzulínové pero nebo lahvičku bolusového inzulínu jako vzorek pro zhodnocení změny koncentrace v naší biochemické laboratoři. Zároveň pacienti vyplňovali dotazníky, kde nás zajímalo, kde mají uložené inzulíny a zda ví, při jakých teplotách se skladuje.

Výsledky

Z celkem 21 rozdaných teploměrů jsme doposud takto mohli zhodnotit 9 pacientů. Nejnižší naměřená teplota -1 °C, nejvyšší naměřená teplota +15 °C, průměrná teplota 6,95 °C. V doporučeném rozmezí 2–8 °C byly inzulíny skladovány 69,8 % času. Nad 8 °C byly inzulíny skladovány 30,2 % času (obr. 1).

Ve 33 vyplněných dotaznících, jak by pacienti uchovávali inzulín doma, odpovědělo

67 % správně (teplota 2–8 °C), 13,5 % by skladovalo při teplotě 0–2 °C, 16 % by skladovalo při teplotě 8–12 °C, 13,5 % neví (obr. 2).

Obr. 1



Obr. 2



Závěr

Doporučení ke skladování inzulínu v současné době vede k uchování zásobního inzulínu v lednici bez další specifikace přesného umístění.

Dle pacientů je inzulín nejčastěji skladován ve dvířkách ledničky, tedy v místě nejvyšší teploty. V těchto místech je teplota pro skladování nevhodná. Při edukaci pacienta je třeba upozornit pacienty na uložení inzulínu mimo dveře lednice.

Zmíněné výsledky by mohly být impulzem pro firmu, která by vyráběla skladovací boxy na inzulín do chladniček s jednoduchým barevným ukazatelem doporučené teploty.

Tato publikace vznikla s podporou Grantové agentury Univerzity Karlovy (projekt č. 442220)

P4 Umějí diabetici odhadovat množství sacharidů v potravinách?

Marek Hanza, Michal Vysokomýtský
Oddělení klinické dietologie, 1. interní klinika, FN Plzeň

S využitím stále lepších technologií pacienti často podceňují důležitost správného výpočtu nebo odhadu množství sacharidů v potravinách a zejména nutnost jejich odvažování. Přes pravidelnou edukaci od nutričních terapeutů někteří i dlouholetí pacienti stále neumějí s výpočty dobře pracovat. Na rekondičním pobytu jsme chtěli vyzkoušet, zda pacienti umějí sacharidy odhadovat bez váhy na potraviny a zdali je s novými kalkulátory a pomůckami nutné sacharidové potraviny ještě stále odvažovat. Skupina pacientů dostala za úkol u dvaceti druhů potravin s různým množstvím nejdříve odhadnout sacharidy bez pomůček

a v druhém kole měli stejné potraviny a pomůcku v podobě kalorických tabulek. V první části byly mezi pacienty velké rozdíly bez ohledu na délku trvání diabetu i množství provedených edukací. Výsledky s pomocí kalorických tabulek vykazovaly zlepšení o 11 %. U třech pacientů došlo při využití kalorických tabulek ke zhoršení výsledku. Závěr malého průzkumu je, že i přes nejrozličnější aplikace, publikace a dostatečné edukace je pro přesné vypočítání sacharidů v jídlech nutné potraviny odvažovat.

P5 Porovnanie liečebných možností u pacientov s diabetes mellitus na Slovensku a v Čechách

Janka Bernátová, Júlia Demčáková,
Vlasta Folířová, Radomíra Kožnarová
Klinika diabetologie, IKEM, Praha

Naša prezentácia je zameraná, respektíve poukazuje na možnosti liečby u pacientov s ochorením diabetes mellitus (DM) a rozdiely v poskytovaní zdravotnej starostlivosti na Slovensku a v Čechách.

DM je chronické metabolické ochorenie s vysokou morbiditou a mortalitou a veľkým množstvom ďalších komplikácií. Cieľom akéhokoľvek zdravotníckeho personálu je u pacientov s diabetom týmto komplikáciám predchádzať a k tomu je nutná uspokojivá kompenzácia pacienta v priebehu života.

V Českej republike majú pacienti s DM 1. typu nárok na kontinuálny monitoring glykémii pri splnení indikačných kritérií. Napríklad vysoká variabilita glykémii, syndróm nerozpoznaných glykémii či plánovaná gravidita, ale tiež pacienti po transplantácii obličky k ochrane štepov.

Pacienti na Slovensku s DM 1. typu mali doposiaľ hradené len senzory k inzulínovým pumpám, títo pacienti si však museli hradiť vysielace sami. U pacientov s inzulínovými perami nemali nárok ani na uhradenie senzorov. Na Slovensku sa výrazne zmenila legislatíva až od januára 2022, kedy zdravotné poisťovne začali uhrádzať pomôcky kontinuálneho monitoringu glykémie (senzorov a vysieláčov) len pacientom, ktorí dokladovali 90 % používanie všetkých senzorov za celý rok. Významný rozdiel je tiež medzi jednotlivými druhmi predpísaných senzorov.

Ďalej je k uspokojivej kompenzácii veľmi významná edukácia ľudí s diabetom. V českej republike existuje systém vzdelávania edukačných sestier formou certifikovaných kurzov. Vďaka tomu dostane český pacient s DM dostatočnú edukáciu o svojom ochorení a pacient má aj zároveň psychickú podporu. Vzdelávanie pacientov prebieha buď individuálne, alebo formou edukačných kurzov (online alebo pobytovou formou v nemocnici či v rámci rekondičného pobytu).

V nemocniciach a ambulanciách sú poskytované rozšírené edukácie, kde má pacient možnosť lepšie DM a jeho liečbu pochopiť. Žiaľ na Slovensku táto podpora pacientom výrazne chýba, a tým sťažuje ich možnosti k docieleniu lepšej kompenzácie a kvalitnejšieho života s DM. Významná je taktiež kooperácia medzi slovenskými a českými lekármi, ktorá napomáha k zlepšeniu starostlivosti o diabetikov. Je potrebné túto spoluprácu podporovať a ďalej rozširovať v prospech pacientov.

P6 Preventivní ošetření (06130) a ošetření diabetologické ulcerace sestrou (06131) v diabetologické ambulanci

Hana Kůsová, Renáta Říhánková,
Kamila Randličičová
Diabetologické centrum, 1. interní klinika, FN Plzeň

Úvod

Včasný terapeutický zásah pomáhá zamezit rozvoji diabetických ulcerací, jejich komplikacím, a tím i snižuje náklady na dlouhodobou léčbu syndromu diabetické nohy. Tento zásah je plně v rukou sestry pracující na podiatrii. Po absolvování certifikovaného kurzu pro sestry v podiatrii má sestra možnost svoji práci uplatnit vůči pojišťovně vykázaním kódu 06130.

V případech, že pacient již defekt má a lékař rozhodne, že je potřeba provadět častější převazy podiatrickou sestrou, sestra provede samostatně speciální ošetření diabetické ulcerace a vykáže kód 06131.

Cíl

Ukázat v tomto sdělení práci sestry na podiatrii s možností vykázaní kódů 06130 a 06131.

Ošetření hyperkeratóz a preulcerativních lézí u diabetiků (06130) za 258 bodů

Provádíme u pacientů, kteří nemají porušenou integritu kůže. Jedná se o pacienty s velkým rizikem vzniku defektu:

- kteří akutně přijdou na ambulanci s tím, že objevili něco na noze a neví si s tím rady (prokrvácený nášlapek, prasklina, otlak...);
- docházejí pravidelně, protože mají deformity na nohou, které znemožňují jednoduchý zásah pedikérky, při ošetření hyperkeratóz hrozí porušení kožního krytu;
- po zhojení defektu, ošetření jizev.

Při první návštěvě začínáme prostudováním doporučení ošetřujícího lékaře, dále s pacientem, vysvětlením průběhu ošetření, prohlídkou nohou a obuvi. Následuje zhodnocení patologických změn na nohou – zjištění přítomnosti hyperkeratóz a preulcerativních lézí (např. patologické změny nehtů, ragády, puchýře).

Součástí ošetření je:

- 1) změkčení kůže přiložením gázy s inertním roztokem
- 2) snesení hyperkeratózy (mechanickým débridementem – skalpelem nebo bruskou)
- 3) ošetření patologických změn nehtů:
 - pokud je pacient bez ulcerace, provádí se před ošetřením změkčení nehtů pomocí lázně
 - kleštěmi se následně provádí snesení volného okraje nehtové ploténky
 - patřičnou pomůckou (tupou sondou) se vyšetří nehtové valy k ozřejmění zarůstání nehtové ploténky

- zabroušení nehtové ploténky pomocí brusky či jemného pilníku s patřičným tvarováním nehtu
 - 4) ošetření ragád, puchýřů: ošetření rány, dezinfekce a použití vhodného antiseptického roztoku či lokálního krytí
 - 5) poučení pacienta o domácím ošetření nohou
- Vykazujeme maximálně 6×/rok.

Speciální ošetření diabetické ulcerace (06131) za 273 bodů

Pro pacienty se syndromem diabetické nohy s písemnou indikací ošetřujícím lékařem.

Samotné ošetření: zhodnocení patologických změn na nohou – zjištění přítomnosti otoku, flegmóny, deformity, defigurace, písktělí, hyperkeratóz.

Ošetření spodiny ulcerace:

- 1) provedení débridementu ostrého nebo mechanického – lžičkou, gázou, lokálními prostředky, hydroterapií či jinými lokálními prostředky určenými k débridementu
- 2) v případě potřeby odběr stěru z hloubky ulcerace či odebrání tkáně

Ošetření okolní hyperkeratózy:

- 1) změkčení kůže přiložením gázy s inertním roztokem
- 2) snesení hyperkeratózy (mechanickým débridementem – skalpelem nebo bruskou)

Zhodnocení stavu ulcerace:

- 1) zhodnocení velikosti a stavu rány dle typu tkáně, sekrece, zá-
pachu, rozsahu ulcerace včetně její hloubky

- 2) v případě potřeby provedení sondáže
- 3) fotodokumentace
- 4) při progresi nálezů kontaktování ošetřujícího lékaře

Primární a sekundární krytí:

- 1) aplikace vhodného primárního a sekundárního krytí dle stavu rány, případně jiných terapeutik
- 2) adekvátní fixace krytí (např. obinadlem, náplastí) – poučení pacienta nebo pečovatele o domácí lokální péči o defekt, dodržení hygienických zásad převazu a péče o nohy v době hojení defektu, určení ošetřující osoby

V případě přítomnosti nové patologie ošetření nebude provedeno – pacient bude odeslán k ošetřujícímu lékaři.

Vykazujeme maximálně 12×/čtvrtletí.

Závěr

Role sestry v podiatrických ambulancích je jasně zakotvená. Sestry v rámci preventivního ošetření nohou a převazování defektů u pacientů se syndromem diabetické nohy pracovaly samostatně již dávno, před schválením těchto kódů. Díky vytvoření a schválení kódu 06130 a 06131 může sestra prokázat svůj podíl na léčbě pacienta a být tak silným partnerem v podiatrické péči. Zásluhou vedení Podiatrické sekce ČDS byly tyto kódy v posledním roce nasmlouvány i s nemocničními praxemi. Do té doby byly vykazovány jen sestrami z domácí péče.