

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

Jakość życia a leczenie ran przewlekłych

Krasowski Grzegorz¹ | Małgorzata Olejniczak-Nowakowska²

¹ Krapkowickie Centrum Zdrowia

² Zakład Zdrowia Publicznego, Wydział Zdrowia Publicznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego

Wstęp

Przewlekłe owrzodzenia to ogromny problem medyczny i społeczny. Złożoność zagadnienia wyznacza potrzebę interdyscyplinarnych działań, które w konsekwencji powinny wpływać na poprawę jakości życia pacjentów z tym rozpoznaniem. Według definicji owrzodzenia są to rany, które nie goją się przez dłuższy czas, z reguły powyżej 6–8 tygodni. Są przyczyną przewlekłego bólu i istotnie obniżają sferę subiektywnych doświadczeń pacjenta. Wstydlivy aspekt schorzenia jest przyczyną społecznej izolacji chorych [1, 2]. Dodatkowo sama procedura zmiany opatrunku często jest przyczyną narastających dolegliwości. Uciążliwy, bolesny charakter schorzenia, jego przewlekłość i częste nawroty powodują obniżenie jakości życia pacjentów. Chorzy, którym nie udzielono właściwej pomocy, z rezygnacją koncentrują się na ukrywaniu schorzenia. Często dopiero silny ból lub wydzieliną z rany o bardzo nieprzyjemnym zapachu zmuszają pacjenta do aktywnego poszukiwania pomocy.

Jakość życia pacjentów z ranami przewlekłymi

Jakość życia, będąc przedmiotem zainteresowania wielu dziedzin, stała się popularna w drugiej połowie XX wieku również w medycynie i początkowo skupiała się na niepełnosprawności oraz schorzeniach przewlekłych [3]. Wraz z upływem czasu zaczęto uwzględniać także dodatkowe aspekty, takie jak stan emocjonalny i samoobsłu-

ga osoby chorej, jej aktywność społeczną czy zdolności poznawcze [4]. Aktualnie jakość życia jest zagadnieniem złożonym i interdyscyplinarnym. Pojęcie to odnosi się do powszechnie cytowanej definicji zdrowia, patronowanej przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), według której „zdrowie jest pełnym dobrostanem fizycznym, psychicznym i społecznym, a nie tylko brakiem choroby lub niedomagania” [3].

Uciążliwy, bolesny charakter schorzenia, jakim są owrzodzenia, ich przewlekłość i częste nawroty powodują obniżenie jakości życia pacjentów

Przedstawienie definicji zdrowia w szerszym ujęciu niż tylko brak choroby, wyodrębnienie się holistycznego modelu podejścia do pacjenta, który uwzględnia nie tylko wydłużenie życia, lecz także poprawę jego jakości, a także wzrost zainteresowania kosztami i korzyściami oraz efektami podjętego leczenia miały znaczny wpływ na rozwój tej koncepcji. Dodatkowo zauważono, iż nie zawsze poprawa wskaźników obiektywnych, np. parametrów fizjologicznych po przeprowadzonej interwencji, przekłada się na poprawę samopoczucia jednostki, jej normalne funkcjonowanie w rodzinie czy społeczeństwie. Należy więc uwzględnić także przy ocenie poprawy stanu pacjenta jego subiektywne odczucia, które mają przy określeniu jakości życia zasadnicze znaczenie [4].

Jakość życia określana jest przez pryzmat różnych obszarów życia, jednak jednym

z ważniejszych jej wyznaczników jest ogólnie rozumiane samopoczucie (ang. well-being), które jest rezultatem oceny własnego zdrowia, zarówno fizycznego, jak i psychicznego [4]. W związku z tym dążono do ugruntowania pojęcia jakości życia uwarunkowanej stanem zdrowia – HRQOL (ang. Health Related Quality of Life). Pierwszym badaczem, który zwrócił uwagę na sytuację człowieka chorego, był Karnofsky, twórca skali pomiaru jakości życia pacjentów, odnoszącej się do ich sprawności ruchowej. Jednak to Shipper i współpracownicy wprowadzili w 1990 roku to pojęcie na grunt nauk medycznych. Określili HRQOL jako „funkcjonalny efekt choroby i leczenia, subiektywnie lub obiektywnie odbierany przez pacjenta”. Dodatkowo określili, iż obejmuje ona cztery obszary:

- stan fizyczny i sprawność ruchową;
- stan psychiczny;
- sytuację społeczną i warunki ekonomiczne;
- doznania somatyczne [4].

W 1995 roku Wilson i Cleary zaproponowali model koncepcyjny HRQOL, który określa zarówno jej biologiczne, jak i psychologiczne aspekty. Według badaczy wpływ na nią mają obiektywnie istniejące cechy biologiczne, percepcja i ocena objawów przez pacjenta, ocena funkcjonowania w wymiarach fizycznym, psychicznym i społecznym oraz ogólna ocena zdrowia w różnych obszarach [5].

Prowadzone badania nad jakością życia uwarunkowaną stanem zdrowia mają na celu przede wszystkim zapoznanie się z samopoczuciem określonych grup czy poszczególnych pacjentów. Ale dodatkowo warto zauważyć, że pomiar jakości życia

! *Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.*

wykonywany przed rozpoczęciem leczenia, w trakcie oraz po jego zakończeniu stanowi bogate źródło informacji dotyczących skuteczności stosowanych metod. Dzięki ocenie i monitorowaniu poziomu zadowolenia pacjenta możliwa jest ciągła poprawa poziomu jakości życia, która stanowi kluczowy element rozwoju koncepcji w naukach medycznych. Dlatego też wskaźnik HRQOL powinien być postrzegany na równi z innymi medycznymi wskaźnikami zdrowia. Pomimo iż badacze nie są zgodni co do jednej, wspólnej definicji HRQOL, to jednogłośnie twierdzą, iż jej ocena powinna być dokonywana na podstawie wskaźników zarówno obiektywnych, jak i subiektywnych, tym samym w dwóch wymiarach: subiektywnym i obiektywnym oraz w różnych okresach życia: młodości, dojrzewania, w wieku średnim oraz starszym [3].

Kunsbeck do subiektywnych wskaźników zaliczył:

- psychiczne – nadzieja, depresja, poczucie godności;
- fizyczne – samopoczucie, ból, dolegliwość;
- społeczne – spędzanie wolnego czasu, praca zawodowa;
- międzyludzkie – konflikty, wsparcie społeczne.

Natomiast obiektywnymi komponentami według niego są:

- stan zdrowia – oparty o laboratoryjne badania;
- diagnoza lekarska;
- pozycja społeczno-ekonomiczna – dochód, mieszkanie, ilość i jakość kontaktów społecznych [4].

Według Sęk subiektywnie rozumiana jakość życia odnosi się do oceny i wartościowania życia jako całości, a także jego poszczególnych sfer. Idąc tym tokiem rozumowania, jakość życia może być mierzona poczuciem satysfakcji lub poziomem zadowolenia, w zależności od przyjętego charakteru i podejścia do oceny własnego życia. Obiektywnie pojęta jakość życia to warunki życia i działania jednostki obejmujące środowisko fizyczne, społeczno-kulturowe, materialne, a także struktura organizmu człowieka i poziom jego zdrowia [6].

Warunki obiektywne mogą wpływać na odczuwanie jakości życia korzystnie lub niekorzystnie, jednak wydaje się, iż to subiektywne wskaźniki są ważniejsze. Wiąże się to z faktem, iż dla jednych określona ilość posiadanych dóbr czy aktualny stan zdro-

wia mogą być źródłem satysfakcji i określania swojego poziomu jakości życia jako wysokiego, a dla innych już nie. Warto także podkreślić fakt, iż ocena obiektywna jakości życia opiera się jedynie na obiektywnych jego wyznacznikach, natomiast subiektywna zarówno na subiektywnych, jak i obiektywnych.

Porównując obiektywne i subiektywne wskaźniki jakości życia, można zauważyć, iż te pierwsze cechują się większą dostępnością, zwykle są precyzyjnie zdefiniowane, a tym samym łatwo na ich podstawie dokonać porównań na gruncie międzynarodowym. Jeśli chodzi o te drugie, to są one lepszym odzwierciedleniem wewnętrznego stanu zadowolenia czy satysfakcji jednostek, ich sytuacji życiowej, natomiast odczucia całego społeczeństwa już są w ten sposób bardzo trudno mierzalne [7].

Wraz z trwaniem życia człowiek narażony jest na wpływ i ekspozycję różnych czynników, które mogą wpływać na zubożenie jakości życia, mimo dostępnych możliwości na rzecz jego wydłużania. Bardzo istotne jest badanie aspektów jakości życia ludzi w podeszłym wieku ze względu na postępujący w globalnym wymiarze proces demograficzny, jakim jest starzenie się społeczeństw. Długość życia wydłuża się dzięki postępowi techniki i nauki, głównie medycyny, znaczącej poprawie warunków sanitarno-bytowych i wzrastającej świadomości zdrowotnej ludności [8]. Odsetek ludzi star-

Wraz z trwaniem życia człowiek narażony jest na wpływ i ekspozycję różnych czynników, które mogą wpływać na zubożenie jakości życia. Bardzo istotne jest badanie aspektów jakości życia ludzi w podeszłym wieku ze względu na postępujący w globalnym wymiarze proces demograficzny, jakim jest starzenie się społeczeństw

szych systematycznie jednak wzrasta, czego przyczyną jest wydłużanie się średniej długości ludzkiego życia oraz spadek wskaźnika przyrostu naturalnego. Według statystyk co dziesiąty mieszkaniec Ziemi ma powyżej 60 lat, a w roku 2050 co piąta osoba będzie reprezentowała tę grupę wiekową [5].

W związku z tym, że ludzie starsi będą stanowić coraz większy procent społeczeństwa, istotne jest zwrócenie uwagi na powiązanie, jakie wyraźnie rysuje się pomiędzy jakością życia i starością oraz chorobami przewlekłymi, które mogą tę jakość obniżyć. W związku z tym ocena jakości życia osób z ranami przewlekłymi stanowi porównanie oczekiwań, jakie mają wobec swojego stanu a stanem rzeczywistym [9].

Na zadowolenie i satysfakcję z życia składają się wszystkie jego aspekty. Związane są nie tylko z dobrami materialnymi, obszarem zdrowia, lecz także z otoczeniem i spo-



- ! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.



Idealne warunki gojenia i naprawę uszkodzonych tkanek może zapewnić tylko własna skóra chorego, a w przypadku ran przewlekłych jej funkcje ochronne i regulacyjne są ograniczone. Stąd wynika konieczność zastosowania opatrunków dających ranie optymalną ochronę oraz korzystne warunki gojenia

wę uszkodzonych tkanek może zapewnić tylko własna skóra chorego. W przypadku ran przewlekłych działanie mediatorów zapalnych, rozwój miejscowego niedokrwienia (odpowiedzialnego za rozwój miejscowej martwicy), niestabilne, patologiczne środowisko mikrobiologiczne ograniczają funkcje ochronne i regulacyjne skóry. Stąd wynika konieczność zastosowania opatrunków dających ranie optymalną ochronę oraz korzystne warunki gojenia [2, 11].

łecznością, w której żyjemy. Wśród najważniejszych czynników wpływających na jakość życia wymienia się: stan zdrowia, rodzinę, postrzeganie samego siebie, pracę zawodową, komfort materialny i satysfakcjonujące relacje międzyludzkie [4].

W tym kontekście jakości życia chorzy z ranami przewlekłymi spotykają się z następującymi problemami:

- obniżona sprawność fizyczna, konieczność zmiany trybu życia, własnych upodobań oraz zmiany w otoczeniu rodzinnym i społecznym;
- obniżony komfort życia – obfity wysięk z rany, nieprzyjemny zapach, ból, bezsenność, depresja, niepokój, co powoduje utrudnione funkcjonowanie w domu, w pracy, w społeczności;
- pogorszenie relacji interpersonalnych, brak akceptacji, zagubienie, obniżona samoocena;
- niezdolność do pełnienia dotychczasowych ról społecznych (rola opiekunicza, materialno-zabezpieczająca), rezygnacja z zawodu, często także rezygnacja z pracy zarobkowej, izolacja społeczna.

W trakcie trwania powszechnie dostępnego dla pacjenta schematu leczenia generowane są kolejne problemy:

- małe zainteresowanie środowiska medycznego, często połączone z niechęcią do udzielania pomocy;

- niechęć do przyjmowania pacjentów z ranami przewlekłymi w ramach leczenia stacjonarnego, przy równoczesnym braku procedur i adekwatnej refundacji w lecznictwie ambulatoryjnym;
- pomimo wprowadzenia refundacji na część opatrunków – nadal wysoki koszt jednostkowy zastosowanych nowoczesnych systemów leczenia ran przewlekłych;
- długi czas gojenia rany;
- chorzy są pozostawieni sami sobie;
- leczenie prowadzone głównie do postępowania objawowego: lek przeciwbólowy, tani, mało skuteczny opatrunek gazowy [10].

Co możemy zrobić?

Leczenie ran przewlekłych

Na prawidłową opiekę nad pacjentami z ranami przewlekłymi wpływa wiele czynników. Są to: właściwa organizacja opieki zdrowotnej, równoczesne wdrożenie leczenia miejscowego (opartego o reguły TIME) i leczenia przyczynowego, leczenie bólu, leczenie żywieniowe, wsparcie psychologiczne [11, 12]. Idealne warunki gojenia i napra-

Nowoczesny opatrunek

Uzyskanie w ranie takiego środowiska, jakie jest pod skórą, jest praktycznie niemożliwe. Możliwa jest jednak jego optymalizacja poprzez stosowanie odpowiednich opatrunków zapewniających właściwą wilgotność, temperaturę i stężenie mediatorów chemicznych sprzyjających gojeniu rany. Nowoczesny opatrunek stabilizuje wilgotność rany, sprzyja jej oczyszczeniu z tkanek martwiczych, stabilizuje środowisko mikrobiologiczne rany i sprzyja jej naskórkowaniu.

Nowoczesny opatrunek stabilizuje wilgotność rany, sprzyja jej oczyszczeniu z tkanek martwiczych, stabilizuje środowisko mikrobiologiczne rany i sprzyja jej naskórkowaniu, a także zapewnia odpowiedni komfort jego użytkowania

Komfort

Optymalny opatrunek powinien też zapewniać odpowiedni komfort jego użytkowania. Składa się na to wiele czynników. Po pierwsze, łatwe i bezbolesne usunięcie

! *Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.*

z rany oraz prosta aplikacja na ranę. Po założeniu jego noszenie nie powinno dostarczać dodatkowych dolegliwości. Ponadto istotna jest intymność noszenia opatrunku, łatwość odczytu ilości zgromadzonej wydzieliny, szczelność (zatrzymywanie wydzieliny i zapachu), stabilna pozycja w miejscu aplikacji.

Skuteczność i obniżenie kosztów terapii

Obecnie dążymy do długotrwałego utrzymania opatrunku na ranie, co daje stabilizację środowiska rany. Za każdym razem kierujemy się przede wszystkim zaleceniami producenta. Opatrunek utrzymujemy na ranie tak długo jak jest to możliwe, zmieniając go tak rzadko jak tylko jest to konieczne. Efektem takiego postępowania jest przyspieszenie procesu gojenia rany, przy równoczesnym obniżeniu kosztów terapii, poprzez mniejsze zaangażowanie personelu medycznego i zużycie mniejszej liczby opatrunków [12, 13]. Ważna jest również łatwość usunięcia i aplikacji nowoczesnego opatrunku, co wpływa na obniżenie dolegliwości pacjenta w trakcie jego zmiany i ułatwienie pracy personelowi medycznemu.

Bezpieczeństwo

Nowoczesny opatrunek zapewnia pacjentowi bezpieczeństwo. Składa się na to zabezpieczenie przed urazami mechanicznymi w okolicy rany, a także izolacja rany od niesprzyjającego gojeniu środowiska zewnętrznego. Istotne jest także bezpieczeństwo osób przebywających wraz z chorym. Używając nowoczesnych, skutecznych opatrunków, uzyskujemy izolację środowiska mikrobiologicznego rany.

Konstrukcja nowoczesnego opatrunku

Nowoczesny opatrunek spełnia szereg funkcji i posiada złożoną, wielowarstwową budowę. Często posiada nietypowy kształt, dzięki czemu lepiej dopasowuje się do różnych elementów ludzkiego ciała. Przykła-

dem takiego opatrunku jest Allevyn™ Life. Składa się on z pięciu warstw, a każda z nich pełni inną funkcję. Wymieniając poszczególne warstwy poczynawszy od bezpośrednio przylegającej do rany na zewnątrz opatrunku, są to:

- silikonowa warstwa kontaktowa z raną – umożliwiająca bezbolesną i bezstresową zmianę opatrunku, a w razie potrzeby także zmianę jego położenia;
- hydrokomórkowa pianka – zapewniająca optymalne, wilgotne środowisko w ranie;
- wysoce chłonny wkład wiążący – zmniejsza ryzyko przeciekania opatrunku, chłonie wysięk również w przypadku nacisku i dodatkowo pochłania brzydkie zapachy z ran;
- warstwa maskująca wysięk – sprawia, że wydzielina z rany jest mniej widoczna i daje pacjentom poczucie czystości nawet po kilku dniach użytkowania. Dodatkowo warstwa ta zmniejsza ból w przypadku uderzenia się w ranę;
- folia – jest oddychająca, wodoszczelna i nie przepuszcza bakterii. Posiada szeroki przylepny pas, dzięki czemu pacjent może brać prysznic bez potrzeby zmiany opatrunku;
- substancje antybakteryjne – dodatkowe dołączenie substancji antybakteryjnych do opatrunku, jak na przykład srebra metalicznego, srebra jonowego lub innych, pozwala na doskonałą stabilizację środowiska mikrobiologicznego rany.

Poprawa jakości życia pacjentów z ranami przewlekłymi

Zastosowanie nowoczesnego podejścia do pacjentów z ranami przewlekłymi pozwala na rozwiązanie większości z problemów wymienionych w pierwszej części artykułu. Nowoczesny opatrunek pozwala na zmniejszenie odczuwanego bólu, zwłaszcza w trakcie zmiany opatrunku, izoluje nieprzyjemny zapach wydobywający się z rany, nie ogranicza ruchowo pacjenta, a wręcz daje mu poczucie bezpieczeństwa i zmniejszenie dolegliwości, wpływa na zwiększenie jego aktywności. Pozwala na zmniejszenie lęku, poczucia bezradności;

ogranicza bezsenność. Pacjenci nie odczuwają obniżonego komfortu życia, mogą dalej funkcjonować w rodzinie, pracy i w swoich grupach społecznych bez afiszowania się chorobą, bez konieczności zmian i zahamowania osobistego rozwoju z udziałem relacji międzyludzkich. Stosunkowo wysoki jednostkowy koszt opatrunku jest kompensowany możliwością jego długotrwałego użytkowania. W wyniku skrócenia czasu leczenia, w porównaniu do historycznych „gazikowych” opatrunków, sumaryczny koszt wyleczenia jest prawie trzykrotnie niższy. Możliwość samorealizacji przy widocznej, skutecznej terapii poprawia samoocenę pacjentów. Opatrunek w pełni izolujący środowisko rany, rzadko zmieniany, bezpieczny dla chorego i otoczenia nie wpływa na pogorszenie relacji interpersonalnych i brak akceptacji pacjenta w środowisku. Pozwala na kontynuację i rozwój kariery zawodowej bez konieczności rezygnacji z zawodu i pracy zarobkowej. Umożliwia to zachowanie funkcji materialno-opiekuńczej tak istotnej w dorosłym, rodzinnym życiu.

Stosunkowo wysoki jednostkowy koszt nowoczesnego opatrunku jest kompensowany możliwością jego długotrwałego użytkowania. W wyniku skrócenia czasu leczenia, w porównaniu do historycznych „gazikowych” opatrunków, sumaryczny koszt wyleczenia jest prawie trzykrotnie niższy

Połączenie wielu elementów: nowoczesnych opatrunków, nowoczesnych antyseptyków, nowoczesnego leczenia przyczynowego i miejscowego, leczenia bólu, leczenia żywieniowego, wsparcia psychologicznego, zmiany organizacyjnej sposobu leczenia pacjentów z ranami przewlekłymi (leczenie w miejscu zamieszkania pacjentów), pozwala również na minimalizację problemów medycznych związanych z leczeniem ran przewlekłych. Aktywizacja środowiska pielęgniarskiego i jego zaangażowanie w proces terapeutyczny, przesunięcie głównego miejsca leczenia w warunki domowe chorego skutkuje wzrostem zainteresowania środowiska medycznego pacjentami z ranami przewlekłymi. Wpływa na to również wzrost świadomości i zainteresowania problemem

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

samych pacjentów. Wprowadzenie nowoczesnych opatrunków, przy opisanych zmianach organizacyjnych, zmniejsza liczbę niezbędnych hospitalizacji i wizyt ambulatoryjnych. Doprowadza do wdrożenia nowoczesnej, skutecznej terapii, połączonej ze skróceniem czasu leczenia oraz obniżenia sumarycznego kosztu wyleczenia rany przewlekłej [12].

Piśmiennictwo

1. Krasowski G. Leczenie ran przewlekłych. Cz. I: Definicja, etiologia, epidemiologia, fizjologia i patofizjologia gojenia ran. *Med Prakt Chirurgia* 2013;4(110):63–73.
2. Skórkowska-Telichowska K, Bugajska-Prusak A, Pluciński P, Rybak Z, Szopa J. Fizjologia i patologia przewlekłe niegojących się owrzodzeń oraz sposoby ich miejscowego leczenia w świetle współczesnej wiedzy medycznej. *Dermatol Prakt* 2009;5:15–29.
3. Grzegorzczak J, Kwolek A, Bazarnik K, Szeliga E, Wolan A. Jakość życia osób mieszkających w domach pomocy społecznej i słuchaczy uniwersytetu trzeciego wieku. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2007;3:225–233.
4. Szewczyk M, Stachowska M, Talarska D. Ocena jakości życia osób w wieku podeszłym – przegląd piśmiennictwa. *Nowiny Lekarskie* 2012;81(1):96–100.
5. Heszen I, Sęk H. *Psychologia Zdrowia*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 2007, pp. 56–60.
6. Daszykowska J. Jakość życia w koncepcjach związanych ze zdrowiem. *Przegląd Medyczny Uniwersytetu Rzeszowskiego* 2006;2:122–128.
7. Łuszczak M. *Pomiar Jakości Życia w Skali Międzynarodowej*. Wydawnictwo Fundacja Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie, Kraków, 2013.
8. Piłkuła N. *Senior w Przestrzeni Społecznej*. Wydawnictwo Borgis, Warszawa, 2013.
9. Fidecki W, Wysokiński M, Wrońska I, Walas L, Sienkiewicz Z. Jakość życia osób starszych ze środowiska wiejskiego objętych opieką długoterminową. *Probl Hig Epidemiol* 2011;92(2):221–225.
10. Jawień A, Szewczyk MT. Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniami żylnymi goleni. *Pielęg Chir Angiol* 2007;3:26–28.
11. Jawień A, Szewczyk MT, Kaszuba A et al. Wytyczne ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. *Leczenie Ran* 2011;8(3):59–80.
12. Krasowski G. Leczenie ran przewlekłych – cz. II: Diagnostyka, leczenie przyczynowe i leczenie miejscowe ran. *Med Prakt Chirurgia* 2013;5(111):65–84.
13. Rybak Z, Franks PJ, Krasowski G, Kalemba J, Glinka M. Strategy for the treatment of chronic leg wounds: a new model in Poland. *Int Angiol* 2012;31(6):550–556.

! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

Opisy przypadków

Grzegorz Krasowski
Krapkowickie Centrum Zdrowia

Przypadek nr 1

Mężczyzna lat 71, poruszający się samodzielnie, został przyjęty do leczenia z powodu owrzodzenia żylnego, nawrotowego, leczonego obecnie od około 8 tygodni (Ryc. 1.1.). Rana nawróciła po raz drugi; pojawia się od 5 lat. Pacjent był dodatkowo leczony z powodu przewlekłej choroby żylną i niewydolności krążenia wieńcowego. Przebył operację stentowania naczyń wieńcowych w 2010 roku.

Oceniono stan odżywienia w skali SGA (2 – nie wymagał leczenia żywieniowego), BMI – 24, albumina w surowicy – 4,1g%, limfocyty w normie. Ból oznaczono w skali numerycznej VAS (zakres: 0–10) na 4 punkty. Oceniono ryzyko infekcji rany w skali WAR (ang. Wounds At Risk) powyżej trzech punktów. Chory wymagał wdrożenia leczenia miejscowego. Pobrano posiew do badania mikrobiologicznego. W wykonanym badaniu UDP stwierdzono niewydolność perforatorów pod owrzodzeniem.

Ocena rany prawej goleni (Ryc. 1.1.): widoczna nierówna powierzchnia – ślady po kompresji bandażami; rana o wymiarach 3x5 cm, o nierównych brzegach; dno rany pokryte włóknikiem z ziarniną.

Przeprowadzone postępowanie

Leczenie przyczynowe	Leczenie miejscowe	Leczenie bólu
<ul style="list-style-type: none"> Pod kontrolą USG wykonano obliterację niewydolnych perforatorów pianą z 2% Aethoxysklerolem®, zabieg ten powtórzono po dwóch dniach; wdrożono kompresjoterapię w postaci wyrobów uciskowych w II klasie ucisku; podano doustne leki flebotropowe – przyjmowane regularnie; zlecono rehabilitację ruchową w zabezpieczeniu wyrobami uciskowymi – codziennie minimum przez 30 minut. 	<p>W postępowaniu miejscowym z raną zastosowano:</p> <ul style="list-style-type: none"> zmiany opatrunku co 3 dni; toaletę kończyny – umycie stopy i rany pod bieżącą wodą z dodatkiem mydła w płynie, osuszenie podudzia, natłuszczenie zdrowej skóry maścią (maść cholesterolowa); przemycie rany roztworem lawaseptyku (połączenie mechanicznego zmycia drobnoustrojów z antyseptyką i zmyciem biofilmu); dezynfekcję (2–3 prysnięcia preparatem antyseptycznym z atomizera); po zabezpieczeniu dna rany pokryto ją z zewnątrz opatrunkiem Allevyn™ Life w rozmiarze 15,4x15,4 cm. 	<p>W terapii bólu zastosowano doustnie paracetamol w dawce 500 mg co 6 godzin (dostępny bez recepty) oraz doraźnie w przypadku braku zniwelowania bólu paracetamolem ketoprofen w dawce 100 mg (dostępny na receptę z 50% odpłatnością).</p>

Po 12 dniach leczenia dno rany uległo oczyszczeniu z włóknika, pojawiło się brzeżne naskórkowanie (Ryc. 1.2.). Utrzymano dotychczasowy system stosowanych opatrunków. Po 19 dniach w dolnym biegunie rany zaobserwowano wyraźne naskórkowanie zamykające ranę (Ryc. 1.3.). Dolegliwości bólowe ograniczyły się w stopniu umożliwiającym zaprzestanie leczenia bólu (VAS-1). Poza tym utrzymano wcześniej stosowane leczenie. Po następnych 10 dniach (29. dzień leczenia) rana uległa prawie całkowitemu zamknięciu i znacznemu wypłyceniu (Ryc. 1.4., Ryc. 1.5.). Stosując dotychczasowe leczenie, po następnych 17 dniach (w 46. dniu leczenia) stwierdzono zamknięcie rany i zakończono leczenie miejscowe (Ryc. 1.6.).

W dalszym postępowaniu utrzymano zalecenia w zakresie leczenia przyczynowego: kompresjoterapię, rehabilitację ruchową i leczenie farmakologiczne. Miejscowo zlecono toaletę goleni (mycie pod bieżącą wodą), a po wysuszeniu natłuszczenie.



! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

Przypadek nr 2

Mężczyzna lat 77, operowany w oddziale chirurgicznym z powodu niedrożności przewodu pokarmowego i procesu nowotworowego trzustki. W siódmej dobie po zabiegu operacyjnym stwierdzono częściowe rozejście rany z ropieniem (Ryc. 2.1.).

W badaniu fizykalnym brzuch miękki bez dolegliwości, perystaltyka prawidłowa, w USG – bez przestrzeni płynowych w jamie brzusznej i w powłokach. Oceniono stan odżywienia w skali SGA (4 – chory wymagał leczenia żywieniowego), BMI – 22, albumina w surowicy – 2,5g%, limfocyty – 30% normy. Ból oznaczono w skali numerycznej VAS (zakres: 0–10) na 2 punkty. Oceniono ryzyko infekcji rany w skali WAR powyżej 3 punktów – konieczność wdrożenia leczenia miejscowego. Pobrano posiew do badania mikrobiologicznego.

Ocena rany pooperacyjnej z rozejściem (Ryc. 2.1.): dno rany z fragmentami martwicy i włóknikiem; brzegi nierówne z widoczną maceracją.

Przeprowadzone postępowanie	
Leczenie przyczynowe	Leczenie miejscowe
<ul style="list-style-type: none"> Leki przeciwzakrzepowe: nadroparyna 2850 UI/0,3 ml raz dziennie podskórnie (lek dostępny na receptę – w tym przypadku z uwagi na konieczność przewlekłej antykoagulacji z opłatą zryczałtowaną); postępowanie onkologiczne zależne od wyniku badania histopatologicznego usuniętego preparatu. 	<p>W postępowaniu miejscowym z raną zastosowano:</p> <ul style="list-style-type: none"> toaletę rany – umycie rany pod bieżącą wodą z dodatkiem mydła w płynie, osuszenie, natłuszczenie zdrowej skóry maścią (opcjonalnie maść cholesterolowa, wazelina, linomag); lawaseptykę – przemycie rany w celu usunięcia biofilmu; dezynfekcję – 2–3 prysnięcia preparatem antyseptycznym z atomizera; pokrycie rany opatrunkiem Allevyn™ Life o wymiarach 15,4x15,4 cm; zmianę opatrunku co 2 dni z powodu obecności obfitej wydzieliny.

Ponadto kontynuowano leczenie żywieniowe, pozabiegowo we wlewie dożylnym, obecnie w preparatach doustnych: Fresubin® powder 4x2 łyżeczki, Fresubin® energy 2x1 łyżeczka.

Wdrożono rehabilitację ruchową – ćwiczenia bierne i czynne w zabezpieczeniu pasem brzuszny.

Po 11 dniach leczenia rany (Ryc. 2.2.). Rana uległa wypłyceniu, jednak jej dno było pokryte włóknikiem z martwicą. Równocześnie zaobserwowano zmniejszenie ilości wydzieliny, co umożliwiło kontynuację dotychczasowego leczenia ze zmianą opatrunków co 3 dni.

Po 17 dniach leczenia dno rany uległo znacznemu oczyszczeniu (Ryc. 2.3.). Po następnych 7 dniach, czyli w 24. dobie leczenia (Ryc. 2.4.), zaobserwowano wyraźne naskórkowanie od dołu rany. Kontynuowano dotychczasowy system i częstotliwość zmian opatrunków, leczenie żywieniowe, rehabilitację ruchową i leczenie przyczynowe. W 31. dniu terapii wydzielina z rany uległa znacznemu ograniczeniu, a środkowy i górny biegun rany pokrył się strupem (Ryc. 2.5.).

Obserwowano dalej stopniowe obkurczanie się rany przy niewielkiej ilości wydzieliny: w 38. dobie leczenia (Ryc. 2.6.); w 41. dobie leczenia (Ryc. 2.7.); w 45. dobie leczenia (Ryc. 2.8.).

Po upływie następnego tygodnia (w 52. dniu leczenia) rana ograniczyła się do drobnej powierzchniowej zmiany o wymiarach 1x1 cm, umiejscowionej w górnym biegunie rany, z której usunięto strup (Ryc. 2.9.). Ranę uznano za wyleczoną i pacjenta zakwalifikowano do chemioterapii z powodu choroby podstawowej (nowotworu trzustki), zalecając utrzymanie toalety: mycia i natłuszczenia skóry.



JAKOŚĆ ŻYCIA PACJENTÓW Z RANAMI PRZEWLEKŁYMI

- ! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.



- ! Artykuł jest dostępny na zasadzie dozwolonego użytku osobistego. Dalsze rozpowszechnianie (w tym umieszczanie w sieci) jest zabronione i stanowi poważne naruszenie przepisów prawa autorskiego oraz grozi sankcjami prawnymi.

