

! 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.

Przewlekłe rany śródstopia w przebiegu zespołu stopy cukrzycowej

Monika Aleksy-Polipowska

Kamilańskie Centrum Medycyny Paliatywnej, Szpital św. Kamila w Tarnowskich Górach

Meżczyzna (lat 68), od wielu lat chorujący na cukrzycę typu I, leczony insuliną. Pacjent z licznymi obciążeniami kardiologicznymi i otyłością. W 2010 roku u chorego przeprowadzono amputację lewej stopy na wysokości śródstopia z powodu zespołu stopy cukrzycowej, a w marcu 2015 roku wykonano amputację kończyny dolnej prawej na wysokości uda, również z powodu ZSC.

Pacjent przebywa w domu. Porusza się na wózku inwalidzkim. Mieszkanie jest dostosowane do potrzeb osoby niepełnosprawnej.

Podczas wywiadu i badania stwierdzono:

1. Owrzodzenie na przednio-bocznej powierzchni stopy utrzymujące się od 4 lat (Ryc. 1).
2. Owrzodzenie na bocznej powierzchni kończyny dolnej lewej w okolicy kostki, obecne od kilku miesięcy (Ryc. 2).

Do chwili objęcia opieką pacjent był konsultowany przez wielu specjalistów, w wyniku czego stosował zbiorczo poniższe zalecenia:

- kąpiele w szarym mydle;
- przemywanie wodą utlenioną;
- na skórę wokół ran – Alantan® maść oraz Linomag® maść;
- przemywanie roztworem Braunol®;
- przymoczek z Rivanolu® i opatrunki gazowe;
- Iruzol® Mono oraz opatrunki antybakteryjne ze srebrem metalicznym, a jako opatrunki wierzchnie – opatrunki gazowe;
- maść z gentamycyną, maść z detreomycyną oraz opatrunki gazowe.

Ponadto pacjent po przebytych wielu seriach doustnej antybiotykoterapii (m.in. stosowano Davercin®, Metronidazol®, Cipronex®).

W dniu objęcia opieką pacjent zrezygnowany, o obniżonym nastroju.

Na pierwszej wizycie pouczono chorego o znaczeniu i konieczności odciążania kończyny.

Opis ran w dniu objęcia opieką:

- owrzodzenie w okolicy kostki – dno rany pokryte trudnym do usunięcia biofilmem. Rana o skąpym wysięku. Brzegi równe. Wokół rany skóra atopowa, silnie reagująca zaczerwienieniem i bólem na wszystkie opatrunki przylepne, niektóre rodzaje opatrunków zawierających jony srebra oraz na antyseptyk. Poziom bólu określony w skali VAS na 3/10 punktów;
- owrzodzenie na przednio-bocznej powierzchni stopy – utrzymujące się od 4 lat, o charakterze nawrotowym. Poziom bólu w okresie zaostrzeń określany na 6/10 punktów w skali VAS. Rana z mierzonym ropnym wysiękiem – okresowo tworzy tunel.

Zastosowane leczenie:

- lawaseptyka – Octenilin® płyn do irygacji ran;
- antyseptyka – początkowo stosowano Octenisept®, jednak zaobserwowano zaostrzenie zmian skórnych (rumień), wobec powyższego dokonano zmiany na Microdacyn® (stosowany do dnia dzisiejszego);
- oczyszczanie chirurgiczne rany;
- owrzodzenie w okolicy kostki – Granugel®;
- w okresie zaostrzeń – Metronidazol® 1% żel;
- na skórę atopową stosowano Linocholesterol® A+E (uzyskano najlepsze efekty);
- na ranę opatrunek UrgoTul® Ag/Silver, zewnątrznie opatrunki gazowe i mocowanie siatką lub opaską dzianą.

Efekty leczenia przedstawiono chronologicznie na Ryc. 3–8.

W czasie zaostrzenia rany umiejscowionej na przednio-bocznej powierzchni stopy

zalecano pacjentowi wykonanie zdjęcia RTG stopy i konsultację pielęgniarki podologicznej. Chory nie wyraził zgody na podjęcie tych działań.

Wnioski

1. Opatrunki UrgoTul® Ag/Silver włączono od 13.03.2017 roku. Opatrunek cechował się bardzo dobrym dopasowaniem do powierzchni oraz zapewniał bezbolesną aplikację.
2. Po włączeniu opatrunków UrgoTul® Ag/Silver zaobserwowano przyspieszenie gojenia się ran oraz widoczną redukcję powierzchni rany w okolicy kostki. Przeprowadzone leczenie spowodowało redukcję biofilmu, jego warstwa była zdecydowanie cieńsza i łatwiejsza do usunięcia. W okresie zaostrzeń do rany na przednio-bocznej powierzchni stopy stosowano opatrunek UrgoTul® Ag/Silver jako sączek. Poprawa stanu rany była widoczna.
3. Mimo że jako opatrunki wtórne zostały zastosowane kompresy gazowe, w ranie była zachowana optymalna wilgotność. Dzięki utrzymaniu właściwej wilgotności tkanka martwicza dała się z łatwością usunąć, a skóra wokół rany nie ulegała maceracji.
4. Podczas zmiany opatrunku UrgoTul® Ag/Silver w ranie z infekcją nie zaobserwowano nieprzyjemnego zapachu, pacjent zdecydowanie rzadziej zgłaszał objawy miejscowe.

- ! 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.



Ryc. 1. Owrzodzenie na przednio-bocznej powierzchni stopy – stan wyjściowy przed podjęciem leczenia (31.12.2016).



Ryc. 2. Owrzodzenie na bocznej powierzchni kończyny dolnej lewej w okolicy kostki, określane na kilka miesięcy – stan wyjściowy przed podjęciem leczenia (31.12.2016).



Ryc. 3. Stan rany w dniu 05.01.2017 roku.



Ryc. 4. Stan rany w dniu 04.02.2017 roku.



Ryc. 5. Stan rany w dniu 17.02.2017 roku.



Ryc. 6. Stan rany w dniu 18.05.2017 roku.



Ryc. 7A–B. Stan rany w dniu 27.06.2017 roku.



Ryc. 8A–B. Stan rany w dniu 24.08.2017 roku.