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

Leczenie zakażonych owrzodzeń goleni – opis przypadku

Katarzyna Podraza | Danuta Tulikowska | Przemysław Lipiński

Pracownia Leczenia Ran Centrum Medycznego ARGO w Łodzi

Pacjentka (lat 66) zgłosiła się do Pracowni Leczenia Ran w lipcu 2017 roku z powodu owrzodzeń obu goleni, istniejących od 11 lat. Kobieta była otyła, z niewyrównaną cukrzycą typu 2 (HbA1C – 10,3), nadciśnieniem tętniczym, migotaniem przedsionków (leczona acenokumarolem). Z powodu owrzodzeń pozostawała pod opieką poradni dermatologicznej i była kilkakrotnie hospitalizowana na oddziale dermatologicznym. Leczona miejscowo maściami (m.in.: Argosulfan®, Bedicort®, Alantan®) oraz okładami z *Argentum nitricum*. Doustnie stosowała Venoruton® i Aflavic®. Pacjentka odbyła 30 sprężeń w Ośrodku Tlenoterapii Hiperbarycznej, bez istotnego efektu klinicznego.

Podczas pierwszej wizyty chora skarżyła się na silne bóle spoczynkowe obu goleni, nasilające się przy zmianie opatrunku. Natężenie bólu w skali wizualnej pacjentka oceniła na 6. W badaniu przedmiotowym stwierdzono żylaki obu kończyn dolnych i obrzęki obu goleni. Tętno wyczuwalne na tętnicach udowych i podkolanowych, poniżej niebadalne z powodu obrzęku. Nie zaobserwowano objawów niedokrwienia. Na obu goleniach płytkie, lecz rozległe owrzodzenia, pokryte resztkami maści i miejscami zielonkawym nalotem, obficie sączące cuchnącą wydzieliną. Wokół ran obecny był odczyn zapalny (Ryc. 1 i 2).

W trakcie pierwszej wizyty włączono antybiotykoterapię doustną empiryczną, którą kontynuowano po wykonaniu badania mikrobiologicznego. Wdrożono również leczenie przeciwbólowe oraz pentoksyfilinę. Pacjentce wydano skierowanie do diabetologa oraz na badanie USG Doppler naczyń kończyn dolnych.

W celu zminimalizowania bólu przy opatrywaniu rany, miejscowo zastosowano opatrunki siatkowe UrgoTul® oraz wilgotne okłady z Microdacynu®. Wobec braku klinicznych objawów niedokrwienia zdecydowano o rozpoczęciu kompresjoterapii dwuwarstwowej i przeprowadzono edukację chorej w tym zakresie. Co 3–4 dni wykonywano oczyszczenie rany w gabinecie pielęgniarskim i kontrolowano prawidłowość przeprowadzanej przez chorą kompresji.

Po zastosowaniu opisanego postępowania w ciągu około 10 dni uzyskano ustąpienie odczynu zapalnego, zmniejszenie ilości wysięku z ran i znaczne zmniejszenie dolegliwości bólowych oraz redukcję obrzęku. Ze względu na utrzymujące się pola żółto-zielonego nalotu niedającego się oddzielić mechanicznie, zastosowano UrgoClean®, opatrunek o właściwościach sprzyjających oczyszczaniu ran.

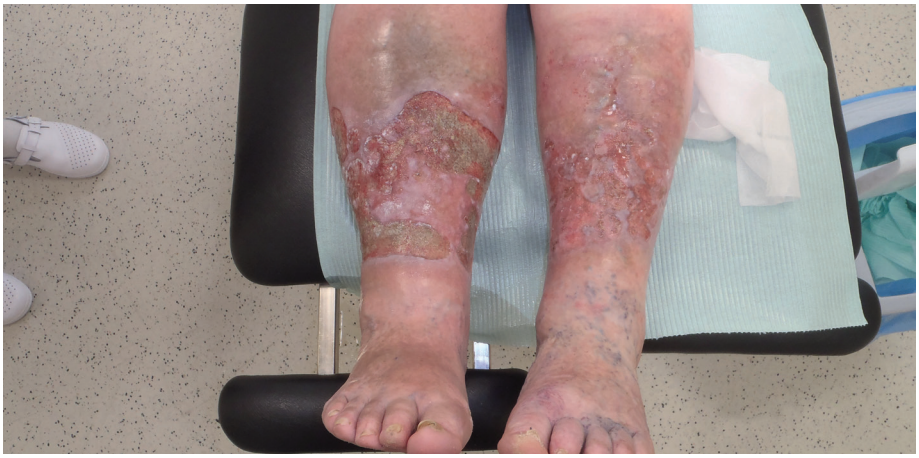
W przebiegu leczenia stan ran systematycznie poprawiał się, a ich powierzchnia zmniejszała. Obserwowano ziarninowanie dna i postępujące naskórkowanie od brzegów, bez objawów zakażenia. Zaproponowano chorej zmianę opatrunku na UrgoTul® Absorb z warstwą lipidową stymulującą gojenie. Jednakże ze względu na niechętną zmianie postawę pacjentki utrzymano stosowanie UrgoClean® – opatrunku, który kobieta obdarzyła zaufaniem (Ryc. 3).

Na początku grudnia, tj. po czterech i pół miesiącach leczenia, uzyskano całkowite wygojenie ran (Ryc. 4). W celu zapobiegania nawrotom zalecono zmianę kompresji dwuwarstwowej na podkolanówki uciskowe.

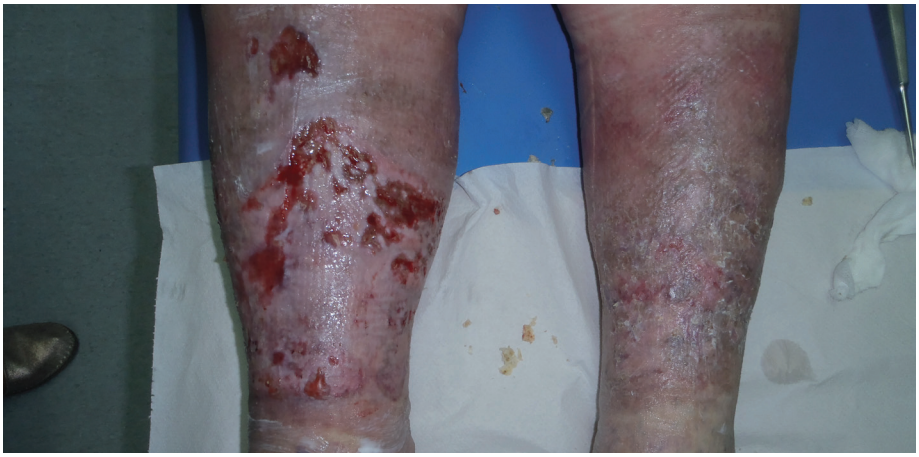
Ryc. 1. Stan ran z dnia 20 lipca 2017 roku.

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

Ryc. 2. Stan z dnia 20 lipca 2017 roku.



Ryc. 3. Stan z dnia 22 września 2017 roku.



Ryc. 4. Całkowite wygojenie ran – grudzień 2017 roku.