

OWRZODZENIE ŻYLNIE – PROBLEM NIE TYLKO OSÓB STARSZYCH. OPIS TRZECH PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Venous ulcer, not only the problem of elderly people. Description of three clinical cases



Paulina Mościcka^{1,2}, Justyna Cwajda-Białasik, Maria T. Szewczyk^{1,2}, Arkadiusz Jawień³

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

²Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2017; 11 (1): 5–12

Praca wptynęła: 6.11.2016; przyjęto do druku: 14.03.2017

Adres do korespondencji:

dr **Paulina Mościcka**, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, *Collegium Medicum* im. L. Rydygiera, ul. Komuny Paryskiej 6/12, 85-094 Bydgoszcz, e-mail: moscicka76@op.pl

Streszczenie

Długotrwała choroba prowadzi do poważnych powikłań, powoduje przykre dla chorego dolegliwości i objawy, w dużym stopniu upośledza jakość życia, prowadząc często do ograniczeń fizycznych i społecznych. Chorzy z owrzodzeniem żylnym z uwagi na poważny stopień zaawansowania choroby często rezygnują z aktywności zawodowej, społecznej i korzystają ze świadczeń rentowych. W niniejszej pracy zaprezentowano trzy opisy przypadków stosunkowo młodych chorych z owrzodzeniem żylnym (w wieku 50–52 lat). Pacjenci z powodu stopnia zaawansowania choroby zmuszeni byli zaprzestać podejmowania aktywności zawodowej i zacząć korzystać ze świadczeń rentowych. We wszystkich przypadkach podjęto działania związane z leczeniem przyczynowym, zastosowano kompresjoterapię oraz podjęto postępowanie miejscowe zgodne z założeniami strategii TIME.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żylnie, młody wiek chorych, kompresjoterapia, strategia TIME.

Przewlekła niewydolność żylna (PNŻ) jest jedną z częściej występujących chorób obwodowego układu żylnego. Dotyczy we wszystkich stadiach zaawansowania prawie połowy dorosłych Polaków, w tym 51% kobiet i 38% mężczyzn [1]. Długotrwała choroba prowadzi do poważnych powikłań, powoduje przykre dla chorego dolegliwości i objawy. Stanowi też poważny problem leczniczy i pielęgnacyjny, zwłaszcza w zaawansowanych stadiach i towarzyszących jej powikłaniach, spośród których najcięższe są rozległe owrzodzenia goleni. Przewlekła niewydolność żylna należy do chorób w dużym stopniu upośledzają-

Summary

Long-term disease leads to serious complications, causes unpleasant ailments and symptoms for the patient, to a large degree impairs the quality of life, reduces its comfort, and it often limits physical or social activity of the patient. Patients with venous ulcers are often forced to give up their professional and social activity, and to use disability benefits. The paper presents reports of three cases of relatively young patients with venous ulcers (from 50 to 52 years). As a result of the disease, patients were forced to resign from professional activity and start using disability benefits. In all presented cases, action related to the causal treatment has been taken and compression therapy has been used, as well as spot proceedings consistent with the strategy TIME.

Key words: venous ulcer, young age of the patient, compression therapy, strategy TIME.

cych jakość życia, zmniejszających jego komfort, a często także ograniczających fizyczną lub społeczną aktywność chorego [2]. Konieczność stosowania długotrwałej terapii wymaga podporządkowania się schematom leczenia, regularnego stosowania zaleceń lekarskich i pielęgniarstkich. Terapia skłania do częstych i koniecznych wizyt w poradniach, przychodniach i innych placówkach opieki medycznej lub skazuje na niepowodzenie stosowanej terapii i progresję patologii żylną. Chorzy z owrzodzeniem żylnym często zmuszeni są do rezygnacji z aktywności zawodowej, społecznej i korzystania ze świadczeń ren-

towych [3]. Terapia wymaga stosowania specjalistycznych opatrunków i materiałów uciskowych, a tylko część z nich jest refundowana. Choroba w zdecydowany sposób wpływa na sytuację finansową pacjentów. Dlatego chorzy z owrzodzeniem żylnym wymagają holistycznej opieki obejmującej ich wszechstronną diagnostykę i postępowanie ukierunkowane na eliminację możliwie wszystkich zaburzeń, w tym konsekwencji psychicznych i społecznych.

Opis przypadku

Kobieta w wieku 52 lat, została przyjęta do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych Szpitala Uniwersyteckiego nr 1 im. dr. A. Jurasza w Bydgoszczy z powodu owrzodzenia zlokalizowanego na kończynie dolnej lewej. Chora z powodu owrzodzenia od 10 lat korzysta ze świadczeń rentowych.

Badanie podmiotowe:

- rana powstała 15 lat temu w wyniku urazu i otwartej złamania kości podudzia,
- pacjentka była dwukrotnie hospitalizowana i podejmowano próby zamknięcia rany przeszczepem skóry, niestety bezskutecznie,
- chora do tej pory leczona doraźnie w różnych placówkach, m.in.: POZ, Poradni Dermatologicznej, Chirurgicznej,
- miejscowo stosowano maści z antybiotykiem, suche gaziki,
- pacjentka wcześniej nie stosowała terapii kompresyjnej,
- choroby współistniejące – nadciśnienie tętnicze,
- dolegliwości bólowe – 4 pkt w skali VAS.

Badanie przedmiotowe:

- wskaźnik kostka–ramię (WKR): kończyna dolna prawa – 1,05, kończyna dolna lewa – 1,17,
- wynik badania Duplex scan: niewielki 1-sekundowy refluks w ujściu żyły udowej, poza tym żyła udowa podatna cienkościenna; żyła podkolanowa, podatna, bez patologicznego refluksu; obustronnie spontaniczny dosercowy z zachowaną fazowością oddechową; ujścia i pnie żył odpiszczelowych i odstrzałkowych wydolne; na przyśrodkowej powierzchni 1/3 uda od żyły odpiszczelowej odchodzi żylakowato zmieniona obocznicza, która podąża po stronie przyśrodkowej kończyny do wysokości 1/2 goleni, gdzie uchodzi do żył głębokich przez niewydolny perforator Cocketta III; poza tym niewydolnych perforatorów nie wykazano; cech zakrzepicy nie wykazano.

Opis owrzodzenia i otaczającej go skóry

Rana była zlokalizowana na kończynie dolnej lewej w okolicy stawu skokowego, obejmowała łączną po-

wierzchnię 19,4 cm². Głębokość ubytku w najgłębszym do pomiaru miejscu wynosiła 0,3 cm². Powierzchnia rany była pokryta w 95% żółtą martwicą mocno przywartą do podłoża, 5% stanowiła niepełnowartościowa ziarnina, całe łożysko pokryte było połyskującą powłoką, tzw. biofilmem. Brzeg owrzodzenia, zwłaszcza jego górna krawędź, ostry, wyraźnie zaznaczony, pozostałe krawędzie rany zasłonięte przez stary zrogowaciały naskórek. Skóra wokół owrzodzenia była znacznie wysuszone, pergaminowa, z licznymi przebarwieniami.

Postępowanie pielęgnacyjno-lecznicze

Z powierzchni rany pobrano materiał do badania mikrobiologicznego, na podstawie którego wyizolowano *Proteus mirabilis* 10⁴, *Staphylococcus aureus* 10⁵, *Pseudomonas aeruginosa* 10⁵. W pierwszym miesiącu terapii wizyty w Poradni Leczenia Ran Przewlekłych odbywały się co 2 dni. łożysko rany było systematycznie oczyszczane z tkanek martwych, resztek zrogowaciego naskórka i pozostałości wysięku. Ranę opracowywano w sposób mechaniczny, sięgając 1–2 mm w głąb żywej tkanki, aby zwiększyć prawdopodobieństwo usunięcia wszelkich struktur ułatwiających bakteriom wytwarzanie biofilmu. W celu eradykacji drobnoustrojów chorobotwórczych na powierzchnię rany stosowano antyseptyk o szerokim spektrum działania. Na powierzchnię rany aplikowano żel uwadniający martwicę Octenilin żel, który również ma właściwości antybakteryjne. Przez kolejne 4 tygodnie terapii po częściowym oddzieleniu się żółtej martwicy (tab. 1.) częstość wizyt w poradni ulegała stopniowej redukcji i wynosiła 2 razy w tygodniu. Z uwagi na zwiększoną produkcję wysięku stosowano Biatain® Non-adhesive. Przez następne dwa i pół tygodnia terapii rana stopniowo ograniczała produkcję wysięku, w związku z tym miejscowo zastosowano opatrunek hydrokoloidowy – Comfeel Podstawowy. W ostatnich dwóch tygodniach terapii wizyty w poradni odbywały się raz w tygodniu i na tym etapie procesu gojenia na ranę stosowano Granuflex Extra Thin. Przez cały czas trwania terapii u chorej stosowano kompresjoterapię dwuwarstwową, stosując ucisk 3. stopnia (40–50 mm Hg). Pacjentkę poddawano systematycznej edukacji m.in.: w zakresie stosowania terapii kompresyjnej, ćwiczeń usprawniających pracę stawu skokowego i pompy mięśniowej oraz odpowiedniej diety.

Uzyskany efekt

W trakcie prowadzonej terapii uzyskano znaczny postęp procesu gojenia. W pierwszym etapie łożysko rany uległo oczyszczeniu z tkanek martwych, co zainicjowało kolejne etapy procesu gojenia. Po 13 tygodniach intensywnej terapii uzyskano efekt w postaci wygojenia owrzodzenia.

Opis przypadku P.K.

Chory, 50 lat, zgłosił się do Poradni Leczenia Ran Leczenia z raną zlokalizowaną na kończynie dolnej lewej. Pacjent z zawodu jest piekarzem i od czasu powstania rany 3 miesiące przebywa na zwolnieniu lekarskim.

Badanie podmiotowe:

- rana powstała 3 miesiące wcześniej w wyniku użądlenia przez osę,

Tabela 1. Przebieg procesu gojenia

Tydzień terapii	Powierzchnia owrzodzenia w cm ²
1.	19,4 (ryc. 1.)
3.	18,75 (ryc. 2.)
5.	12,25 (ryc. 3.)
7.	5,50 (ryc. 4.)
11.	0,125 (ryc. 5.)



Ryc. 1. Pierwszy tydzień terapii



Ryc. 2. Trzeci tydzień terapii



Ryc. 3. Piąty tydzień terapii



Ryc. 4. Siódmy tydzień terapii



Ryc. 5. Jedenasty tydzień terapii

Tabela 2. Przebieg procesu gojenia

Tydzień terapii	Powierzchnia owrzodzenia w cm ²
1.	3,75 (ryc. 6.)
3.	2,95 (ryc. 7.)
5.	2,125 (ryc. 8.)
7.	0,25 (ryc. 9.)
11.	0 (ryc. 10.)

- do tej pory chory był leczony w Poradni Chirurgicznej,
- miejscowo stosowano antyseptyk, suchy gazik,
- pacjent wcześniej nie stosował terapii kompresyjnej,
- choroby współistniejące – blok Wenckebacha,
- nałogowy palacz tytoniu, chory wypalał ok. 20 papierosów dziennie,
- dolegliwości bólowe – 6 pkt w skali VAS.



Ryc. 6. Pierwszy tydzień terapii



Ryc. 7. Trzeci tydzień terapii



Ryc. 8. Piąty tydzień terapii



Ryc. 9. Siódmy tydzień terapii



Ryc. 10. Jedenasty tydzień terapii

Badanie przedmiotowe:

- u chorego w poradni wykonano badanie wskaźnik kostka–ramię (WKR): kończyna dolna prawa – 1,2, kończyna dolna lewa – 0,93,
- wynik badania dwuobrazowego (*duplex-scan*): żyłaki nasilone przez niewydolną żyłę odstrzałkową, refluks na obwodzie częściowo kieruje się do przodu w okolicę kostki przyśrodkowej; masywny refluks w żyłę udowej nad ujściem żyły odstrzałkowej.

Opis owrzodzenia i otaczającej go skóry

Rana zlokalizowana na kończynie dolnej lewej w okolicy kostki przyśrodkowej. Łączna powierzchnia owrzodzenia wynosiła 3,75 cm² (tab. 2.), głębokość ubytku w najgłębszym do pomiaru miejscu – 0,1 cm². Łóżysko rany pokryte było w większości (90%) żółtym, nieznacznie przywartym włóknikiem, pozostałą powierzchnię owrzodzenia stanowiła ziarnina. Brzegi rany wałowate, pokryte starym zrogowaciałym naskórkiem i pozostałościami nieusuniętego opatrunku. Skóra wokół owrzodzenia była znacznie wysuszona, pergaminowa, z masywną hemosyderozą i licznymi poszerzeniami żylnymi w okolicach podeszwy stopy.

Postępowanie pielęgnacyjno-lecznicze

W celu identyfikacji patogenów chorobotwórczych z powierzchni rany pobrano materiał do badania mikrobiologicznego, na podstawie którego wyizolowano *Staphylococcus aureus* 10³. Przez pierwsze dwa tygodnie terapii miejscowo stosowano Hydro Clin, wizyty w poradni odbywały się co 2–3 dni. W celu eradykacji drobnoustrojów chorobotwórczych stosowano antyseptyk o szerokim spektrum działania. Łóżysko rany było systematycznie oczyszczane z tkanek martwych i pozostałości wysięku. Zwrócono również uwagę na higienę i pielęgnację skóry wokół owrzodzenia i stosowano lawasepytkę. W celu nawilżenia i natłuszczenia skóry stosowano preparaty z grupy emolientów. Przez kolejne 3 tygodnie terapii stosowano HydroTac, wizyty w poradni odbywały się raz w tygodniu. W końcowym etapie stosowano cienki opatrunek hydrokoloidowy – Granuflex Extra Thin. Przez cały czas u chorego stosowano kompresjoterapię dwuwarstwową, stosując ucisk 3. stopnia (40–50 mm Hg). Chorego poddawano systematycznej edukacji w zakresie stosowania terapii kompresyjnej i konieczności jej utrzymania nawet po wygojeniu rany. Po uzyskaniu ciągłości skóry wykonano pomiar kończyny i zalecono podkolanówki kompresyjne (40–50 mm Hg).

Uzyskany efekt

W trakcie 7-tygodniowej terapii uzyskano znaczny postęp w procesie gojenia rany i w efekcie owrzodzenie uległo wygojeniu (tab. 2.).

Opis przypadku E.M.

Kobieta, 51 lat, została przyjęta do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych z powodu owrzodzeń obu kończyn dolnych. W opisie przypadku skoncentrowano się na ranie zlokalizowanej na kończynie dolnej prawej. Chora od roku korzysta z czasowych świadczeń rentowych z powodu niegojących się owrzodzeń.

Badanie podmiotowe:

- rany powstały w sierpniu 2015 r.,
- chora do tej pory była leczona w POZ,
- pacjentka moczyła kończyny wraz z owrzodzeniami w wodzie z szarym mydłem,
- miejscowo stosowane były suche gaziki,
- chora stosowała niewłaściwą terapię kompresyjną – bandaże nie spełniały wymaganych kryteriów, zakładany był tylko od kostki w kierunku proksymalnym,
- dolegliwości bólowe – 7 pkt w skali VAS.

Badanie przedmiotowe:

- wskaźnik kostka–ramię (WKR): kończyna dolna prawa – 1, kończyna dolna lewa – 0,83,
- wynik badania dwuobrazowego (*duplex-scan*): rozległe żyłaki obu kończyn dolnych; masywny refluks od ujścia żyły odpiszczelowej do obwodu.

Opis owrzodzenia i otaczającej go skóry

Rana była zlokalizowana na kończynie dolnej prawej w okolicy kostki przyśrodkowej. Łączna powierzchnia owrzodzenia wynosiła 29,5 cm², głębokość ubytku w najgłębszym miejscu do pomiaru 0,4 cm². Łóżysko rany pokryte było w 70% miejscami hipertroficzną ziarniną, 20% powierzchni owrzodzenia stanowiła żółta martwica, a pozostałe 10% tkanki pokryte naskórkiem. Brzeg rany wyraźnie zarysowany, wtulony do wnętrza owrzodzenia, miejscami wysuszony i pokryty starym zrogowaciałym naskórkiem. W dolnym biegunie rany widoczne cechy maceracji. Skóra na kończynie dolnej znacznie przebarwiona z silnie wysyconą hemosyderozą.

Postępowanie pielęgnacyjno-lecznicze

Z łóżyska rany pobrano materiał do badania mikrobiologicznego, na podstawie którego wyizolowano *Morganella morganii* 10⁵, *Proteus mirabilis* 10⁵, *Streptococcus dysgalactia* 10³. Na podstawie uzyskanego wyniku chorej zalecono antybiotykoterapię celowaną. Przez pierwsze 2 tygodnie chora przyjeżdżała do poradni 3 razy w tygodniu. Łóżysko oraz brzegi rany były systematycznie oczyszczane w sposób mechaniczny m.in. z tkanek martwych i pozostałości wydzieliny. Ze względu na znaczną ilość wysięku stosowano opatrunki o dużych właściwościach absorpcyjnych Aquacel Foam Ag non adhesive. Skórę wokół owrzodzenia, która była narażona na kontakt z wysiękiem, zabezpieczono opatrunkiem maściowym Bactigras.

W celu eradykacji drobnoustrojów chorobotwórczych stosowano antyseptyk o szerokim spektrum działania. Zwrócono również uwagę na higienę i pielęgnację skóry otaczającej ranę poprzez stosowanie lawaseptyki, usuwanie zrogowaciałego naskórka, a na wysuszoną i zmienioną troficznie skórę stosowano emolient. Przez kolejne trzy tygodnie terapii stosowano również opatrunki piankowe, lecz niezawierające w swojej strukturze srebra – Aqucel Foam non adhesive. Z uwagi na zmniejszoną produkcję wysięku, częstotliwość zmian opatrunków uległa redukcji do 2 razy w tygodniu. Powierzchnię rany opracowywano w sposób mechaniczny, zwracając szczególną uwagę na brzegi owrzodzenia. Wraz z postępem procesu gojenia zmianie uległo również postępowanie miejscowe z raną. W ostatnim miesiącu terapii stosowano opatrunek hydrokolooidowy Granuflex Signal, częstotliwość zmian opatrunków w ostatnim tygodniu zredukowano do jednej w tygodniu. Przez cały czas trwania leczenia u chorej stosowano kompresjoterapię dwuwarstwową. Chora poddawana była systematycznej edukacji, m.in.: w zakresie utrzymania ciągłości w stosowaniu terapii kompresyjnej, podejmowania odpowiednich form aktywności fizycznej, zażywania diety bogatej w błonnik, spożywania min. 2–2,5 litra płynów dziennie.

Uzyskany efekt

Wdrożone postępowanie przyczynowe i miejscowe wpłynęło radykalnie na zainicjowanie postępu w procesie gojenia i w efekcie po dwóch i pół miesiącach terapii doprowadzono do wygojenia się rany (tab. 3.).

Omówienie

Owrzodzenia żyłne kończyn dolnych stanowią istotny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny. Długotrwały i złożony proces chorobowy wymaga z jednej strony zaangażowania ze strony chorego i jego rodziny, z drugiej zaś wiedzy i umiejętności ze strony personelu medycznego.

Z dostępnych badań epidemiologicznych [4, 5] wynika, że owrzodzenia żyłne u kobiet powstają przed 40. rokiem życia, ale zauważalny jest istotny wzrost zachorowalności po 40. roku życia. Z kolei u mężczyzn owrzodzenia powstają 10 lat później, tj. ok. 50. roku życia. W praktyce klinicznej spotyka się nawet chorych po 20. roku życia. W niniejszej pracy wiek chorych oscylował pomiędzy 50. a 52. rokiem życia i dwa opisy przypadków dotyczyły kobiet. W badaniu Szewczyk [6] przeprowadzonym wśród 40 chorych z owrzodzeniem żylnym, aż 86% stanowiły kobiety, wiek badanych dla kobiet wynosił 64 lata, a dla mężczyzn 42 lata.

W literaturze przedmiotu [7, 8] zwraca się uwagę na to, że obecność owrzodzenia żylnego zaburza funkcjonowanie chorych w życiu codziennym. W kilku ba-

daniach [9–11] wykazano, że chorzy odczuwają zmiany przede wszystkim w 2 sferach – fizycznej (obecność bólu, wysięku, nieprzyjemnego zapachu) oraz społeczno-społecznej (mniejsza wydolność chorych lub utrata pracy). Podkreśla się, że praca zawodowa staje się mniej wydajna, wiąże się ze stresem, obawami o przyszłość, wpływa na sytuację materialną chorych. Występowanie rany przewlekłej i związane z jej obecnością konsekwencje niejednokrotnie wymuszają na chorych zmianę pełnienia dotychczasowych ról społecznych. Pacjenci pomimo stosunkowo młodego wieku rezygnują z aktywności zawodowej i zmuszeni są do korzystania ze zwolnień lekarskich, świadczeń rehabilitacyjnych lub rentowych. W prezentowanej pracy, w pierwszym opisie przypadku 52-letnia kobieta od 10 lat przebywała na rencie inwalidzkiej z powodu niegojącego się od 15 lat owrzodzenia. Drugi opis przypadku dotyczył 50-letniego mężczyzny, który od 3 miesięcy przebywa na zwolnieniu lekarskim z powodu niegojącego się owrzodzenia. Chory pracuje jako piekarz, a obecność rany przewlekłej wyklucza go z aktywności zawodowej. Ostatni opis przypadku przedstawia 51-letnią kobietę, która z powodu owrzodzeń obu kończyn dolnych od roku korzysta ze świadczeń rentowych. Podobne problemy chorych związane z ich rezygnacją z aktywności zawodowej zostały zaprezentowane w pracy Chase i wsp. [12], w której autorka cytuje wypowiedzi chorych z owrzodzeniem. Wielu pacjentów zmuszonych jest do korzystania ze świadczeń dla niepełnosprawnych i zaprzestania wykonywania pracy. Jeden z chorych przyznał, że pracował wcześniej w sklepie spożywczym, ale w takim stanie nie może zajmować się produktami żywnościowymi. W innej pracy [13] przeprowadzonej wśród chorych leczonych z powodu przewlekłej niewydolności żyłnej w różnych fazach choroby w klasyfikacji CEAP (C₃, C₄, C₆) wykazano, że aż 17% pacjentów stanęło przed koniecznością przejścia na rentę i w opinii tych chorych bezpośrednią przyczyną utraty pracy była choroba i związane z nią zaburzenia. W badaniu [14] przeprowadzonym w ośrodku bydgoskim w grupie 50 chorych z owrzodzeniem żylnym wykazano, że 52% chorych korzystało ze świadczeń rentowych, a z osób, które były aktywne zawodowo (28%), większość (85,7%) zmuszona była okresowo zaprzestać pracy zawodowej z powodu złego samopoczucia i obecności rany przewlekłej.

Wraz z towarzyszącymi chorobie objawami i następstwami owrzodzenia, takimi jak obrzęk, uczucie ciężkości nóg, dyskomfort, wysięki z rany, kolonizacja i zakażenie rany, występuje ból, który wraz z innymi objawami ogranicza wydolność funkcjonalną i fizyczną chorych [15]. Briggs, Nelson, Edwards i wsp. [10, 11] podają, że dotyczy on znacznej grupy chorych (17–65%) z owrzodzeniem żylnym i może wpływać na pracę, nastrój i jakość wypoczynku. W innym badaniu [16] przeprowadzonym w Kanadzie pomiędzy 2004 a 2008 r.

wśród 424 chorych z owrzodzeniem żylnym 87% chorych zgłaszało dolegliwości bólowe. Walsh w 1995 r. poddała analizie dane z wywiadów zebranych od 13 chorych z owrzodzeniem. Celem badania była ocena jakości życia osób z raną przewlekłą. Występowanie silnych, dokuczliwych dolegliwości bólowych było najczęściej podawanym przez chorych negatywnym doznaniem związanym z obecnością owrzodzenia. Badani chorzy twierdzili, że „dolegliwości bólowe są czasami nie do opanowania, a zażywanie środków przeciwbó-

Tabela 3. Przebieg procesu gojenia

Tydzień terapii	Powierzchnia owrzodzenia w cm ²
1.	29,50 (ryc. 11.)
3.	23,25 (ryc. 12.)
5.	17,25 (ryc. 13.)
7.	8,75 (ryc. 14.)
9.	1,5 (ryc. 15.)
Kontrola po 3 miesiącach	0 (ryc. 16.)



Ryc. 11. Pierwszy tydzień terapii



Ryc. 12. Czwarty tydzień terapii



Ryc. 13. Siódmy tydzień terapii



Ryc. 14. Dwunasty tydzień terapii



Ryc. 15. Czternasty tydzień terapii



Ryc. 16. Kontrola po 3 miesiącach

wych niewiele im pomaga” [7]. W prezentowanej pracy dolegliwości bólowe w pierwszym opisie przypadku występowały na poziomie 4 pkt w skali VAS, w drugim na poziomie 6 pkt, a w trzecim 7 pkt w skali numerycznej. Za brak reakcji na stosowane przeciwbólowe środki farmakologiczne często są odpowiedzialne zakończenia nerwowe, które ulegają zniszczeniu w wyniku długotrwałego lub często powtarzającego się ubytku tkanek [17]. Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran oraz Polskie Towarzystwo Leczenia Ran zaleca, by ocenę natężenia, przyczyn i konsekwencji bólu włączyć do całościowej oceny chorych z owrzodzeniem [18, 19]. Prowadzenie terapii bólu jest w przypadku chorych z owrzodzeniem żylnym szczególnie ważne, wpływa na dyscyplinę terapeutyczną w procesie leczenia. Regularna ocena bólu powinna skutkować planem postępowania leczniczego – miejscowego, uciskowego, przeciwbólowego (farmakologicznego i niefarmakologicznego), profilaktyki trzeciorzędowej, indywidualnie dobranym dla każdego chorego, z możliwością jego stałej modyfikacji [17, 19].

We wszystkich trzech opisywanych przypadkach owrzodzenie powstało w przebiegu lub przy współistniejącej przewlekłej niewydolności żyłnej. Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi kompresjoterapia jest złotym standardem w leczeniu zachowawczym owrzodzeń żylnych kończyn dolnych [18]. W każdym z prezentowanych przypadków podstawowym działaniem przyczynowym było zredukowanie nadciśnienia żylnego w kończynach dolnych poprzez zalecenie zastosowania terapii kompresyjnej. W dwóch przypadkach występowała niewydolność w układzie żył głębokich w związku z tym zastosowano kompresjoterapię o wartościach oscylujących pomiędzy 40–50 mm Hg, w ostatnim opisie przypadku niewydolność dotyczyła układu żył powierzchownych i stosowano 2. stopień ucisku (30–40 mm Hg).

Podsumowanie

Postępowanie miejscowe z owrzodzeniem oparte było na wytycznych EWMA i zaleceniach PTLR, tzn. było zgodne z wytycznymi strategii TIME. We wszystkich prezentowanych przypadkach stosowano postępowanie przeciwdrobnoustrojowe w postaci antyseptyki, opatrunki były dobrane zgodnie z fazą procesu gojenia, w zależności od ilości wysięku i stopnia zakażenia rany.

Holistyczne, wielokierunkowe działania lekarsko-pielęgniarskie, oparte na najnowszych wytycznych oraz podejście do chorego (w tym zalecenia edukacyjne) z owrzodzeniem żylnym jest istotnym, elementem w opiece nad chorym, dodatkowo też realizacja zaleceń warunkuje sukces terapeutyczny w postaci wygojenia owrzodzenia, o ile zostaną spełnione warunki zaleceń.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Jawień A, Grzela T, Ochwat A. Prevalence of chronic venous insufficiency (CVI) in men and women of Poland. Multicenter cross-sectional study of 40095 patients. *Phlebology* 2003; 3: 110-122.
2. Szewczyk MT, Jawień A, Hildebrandt Z. Subiektywne postrzeganie stanu zdrowia chorych z przewlekłą niewydolnością żylną. Część I. *Przegląd Flebologiczny* 2005; 13: 175-181.
3. Małkowska A., Szewczyk M.T., Jawień A. Ocena stanu wiedzy chorych z raną przewlekłą kończyn dolnych. *Zakażenia* 2010; 1: 83-90.
4. Callam MJ, Ruckley CV, Harper DR. Chronic ulceration on the leg: extent of the problem and provision of care. *Br Med J (Clin Res Ed)* 1985; 290: 1588-1586.
5. Jawień A, Grzela T, Ochwat A. Prevalence of chronic venous insufficiency (CVI) in men and women of Poland. Multicenter cross-sectional study of 40095 patients. *Phlebology* 2003; 3: 110-122.
6. Szewczyk MT, Jawień A. Sytuacja zdrowotna chorych z owrzodzeniem żylnym. *Valentudinaria* 2002; 7: 44-49.
7. Walsh C. Living with a venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *J Adv Nurs* 1995; 22: 1092-1100.
8. Szewczyk MT, Mościcka P, Jawień A, et al. Quality of life in patients with leg ulcers or skin lesions – a pilot study. *Adv Dermatol Allergol* 2015; 6: 465-469.
9. Krasner D. Painful venous leg ulcer: a descriptive study of patients' experiences. *Ostomy Wound Manage* 1998; 44: 38-49.
10. Briggs M, Nelson EA. Topical agents or dressing for pain in venous leg ulcers. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 14: CD001177.
11. Edwards H, Courtney M, Finalyson K, et al. Chronic venous leg ulcers: effect of community nursing intervention on pain and healing. *Nurs Stand* 2005; 19: 47-54.
12. Chase S, Melloni M, Savege RB. A forever healing: the lived experience of venous disease. *J Vasc Nurs* 1997; 15: 75-78.
13. Szewczyk MT, Jawień A, Hildebrandt Z. Problemy chorych z przewlekłą niewydolnością żylną. Psychospołeczne konsekwencje choroby. Część II. *Przegl Fleb* 2005; 13: 99-107.
14. Szewczyk MT, Rogala J, Cwajda J i wsp. Psychologiczne i społeczne problemy chorych z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzeniem. *Postępow Dermatol Allergol* 2007; 24: 207-210.
15. Szewczyk MT, Jawień A. Zalecenia specjalistycznej opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym goleni. *Pielęg Chir Angiol* 2007; 3: 117.
16. Van Den Kerkhof EG, Hopman WM, Carley ME, et al. Leg ulcer nursing care in the community: a prospective cohort study of the symptom of pain. *BMC Nurs* 2013; 12: 3.
17. Wulf H., Baron R. The theory of pain. Position Document Pain at wound dressing changes. EWMA. Medical Education Partnership LTD. 2002; 8-11.
18. Jawień A, Szewczyk MT, Kaszuba A i wsp. Wytyczne Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. *Leczenie Ran* 2011; 8: 59-80.
19. Moffatt CJ, Franks PJ, Hollinworth H. Understanding wound pain and trauma: an international perspective. European Wound Management Association (EWMA) Position Document: Pain at wound dressing changes. London: MEP. Ltd, 2002: 2-7.