

PIELĘGNACJA SKÓRY – ISTOTNY ASPEKT OPIEKI NAD CHORYM Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ. OPIS DWÓCH PRZYPADKÓW KLINICZNYCH

Skin care as an important aspect of care for patients with chronic wounds. Description of two clinical cases



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

¹Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika 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 w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Katedra i Klinika Chirurgii Naczyniowej i Angiologii, Szpital Uniwersytecki nr 1 im. dr. A. Jurasza, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2020; 3: 99–105

Praca wptynęła: 18.08.2020; przyjęto do druku: 26.08.2020

Adres do korespondencji

dr Paulina Mościcka, Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Collegium Medicum w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz. e-mail: moscicka76@op.pl

Streszczenie

Proces gojenia rany przewlekłej jest złożony i wymaga podejmowania ukierunkowanych działań. W skład kompleksowego leczenia wchodzi wiele elementów, takich jak diagnostyka, leczenie przyczynowe, miejscowe, przeciwbakteryjne, a także dbałość o higienę otaczającej skóry. Skóra otaczająca ranę przewlekłą jest kolonizowana przez różnego rodzaju drobnoustroje chorobotwórcze, dlatego wymaga odpowiednich działań, w tym higieny i pielęgnacji. W pracy przedstawiono dwa opisy przypadków chorych z owrzodzeniem żylnym kończyny dolnej, u których skóra otaczająca rany wymagała szczególnej uwagi. Dzięki wdrożonym działaniom uzyskano znaczącą poprawę stanu klinicznego rany oraz skóry wokół owrzodzenia.

Słowa kluczowe: owrzodzenie żyłne, opieka kompleksowa, pielęgnacja skóry.

Summary

The process of healing a chronic wound is complex and requires specific measures. The complex treatment includes many elements, such as the following: diagnostics, causal, local, and antibacterial treatment, as well as care for hygiene of the surrounding skin. The skin surrounding a chronic wound is colonised by various pathogenic microorganisms and therefore requires specific actions, including hygiene and care. The paper presents two descriptions of cases of patients with venous ulceration of the lower limb, in which the skin surrounding the wounds required special care. The performed activities resulted in a significant improvement of the clinical condition of the wound and the skin surrounding the ulcer.

Key words: venous ulceration, complex care, skin care.

Wstęp

Patofizjologia procesu gojenia rany przewlekłej jest złożona i obciążona wpływem wielu czynników – zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Opieka nad chorym z owrzodzeniem wymaga więc podejmowania ukierunkowanych działań. Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi polskich [1, 2] i zachodnich [3] towarzystw naukowych pierwszoplanowym działaniem w leczeniu ran przewlekłych jest diagnostyka. Po jej przeprowadzeniu i wdrożeniu działań redukujących lub eliminujących podstawową przyczynę rozwoju rany, np. terapii kompresyj-

nej w przypadku owrzodzenia żylnego, rewaskularyzacji przy upośledzonym przepływie w naczyniach tętniczych czy redukcji ucisku w przypadku wystąpienia odleżyny, istotne jest właściwe postępowanie miejscowe. Wprowadzenie nowoczesnych sposobów leczenia oraz pielęgnowania różnego rodzaju ran przewlekłych przyczyniło się w dużym stopniu do pokonania przeszkód uniemożliwiających ich wygojenie. Strategia TIME (T – *tissue debridement*, opracowanie tkanek, I – *infection and inflammation control*, kontrola infekcji i zapalenia, M – *moisture balance*, równowaga wilgoci, E – *epidermization stimulation*, pobudzenie naskórkowania) jest fundamentalnym ele-

mentem postępowania miejscowego z raną przewlekłą [1, 4]. Chociaż wydawałoby się oczywiste, że należy dbać o czystość skóry, w praktyce pacjenci często unikają mycia kończyn z obawy przed np. zamoczeniem rany i koncentrują się wyłącznie na zabezpieczeniu owrzodzenia [5]. Aby zwiększyć skuteczność leczenia miejscowego, na podstawie dowodów i obecnej praktyki opracowano koncepcję higieny rany. Postuluje się w niej, aby w celu wspomaganego gojenia zwracać szczególną uwagę na mycie i oczyszczanie skóry oraz usuwanie biofilmu, wykorzystując strategię obejmującą: mycie (zarówno rany, jak i otaczającej ją skóry), oczyszczanie (w razie potrzeby wstępne, agresywne opracowanie rany, a także pielęgnacja), zadbanie o brzegi rany oraz dobór opatrunku [6].

Opis przypadku RK

Siedemdziesięcioletni chory został przyjęty do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych z powodu nieogojonego się owrzodzenia żylnego lewej kończyny dolnej.

Dane podmiotowe

Rana miała charakter nawrotowy – pierwsze owrzodzenie powstało ok. 10 lat wcześniej. Obecne owrzodzenie było czynne od trzech miesięcy. Do tej pory u chorego stosowano wyłącznie terapię miejscową w postaci maści z antybiotykami lub sterydami.

Pacjentowi zakazano mycia skóry. W efekcie kończyna przez miesiąc nie była myta.

Choroby współistniejące: nadciśnienie tętnicze, alergizacja w postaci wykwitów skórnych na całym ciele, stan po radioterapii z powodu raka stercza.

Pacjent ocenił swoje dolegliwości bólowe na 3 pkt w skali VAS. Ponadto uskarżał się na dokuczliwy świąd zmian na skórze.

Opis badania duplex scan

Refluks w górnej części żyły udowej wspólnej. Żyła głęboka uda i powierzchowna drożne, żyła podkolano-wa i w żyłach goleni bez refluksu. Niewydolne ujście żyły odpiszczelowej, refluks na całej długości. Żyła odstrzałkowa wydolna.

Badanie przedmiotowe

Wskaźnik kostka–ramię dla prawej kończyny wynosił 1,2, a dla lewej – 1,1.

Ocena zmian na skórze

Rana była zlokalizowana na lewej kończynie dolnej po stronie przyśrodkowej. Owrzodzenie o powierzchni 68 cm² było pokryte w 70% „podsuszoną” ziarniną,

20% stanowił wysuszony, twardy włóknik, a 10% łożyska rany pokryte było wysepkami naskórka. Brzeg rany był nieregularny, dość wyraźnie zarysowany, wałowaty, nieznacznie wydęty na zewnątrz. Rana wydzielala niewielką ilość żółtawej treści. Skóra otaczająca owrzodzenie była przebarwiona, z obrzękiem okolicznych tkanek, pokryta wysuszonym naskórkiem. Widoczne były zmiany na podeszwach i palcach stóp w postaci mocno złuszczonego się, twardego naskórka. Grube i sztywne oddzielające się płyty poprzez tarcie powodowały zadzieranie się wysuszonych warstw i powstawanie mikrourazów.

Wdrożone postępowanie

Z powierzchni rany pobrano materiał do badania mikrobiologicznego, z którego wyhodowano *Streptococcus* beta-hemolizujący grupy C+. Przez pierwsze dwa tygodnie terapii wizyty w poradni odbywały się co dwa dni. Każdorazowo skóra wokół owrzodzenia, na podeszwach stóp oraz na powierzchni rany była dokładnie myta i oczyszczana z pozostałości wcześniej nakładanych preparatów, resztek opatrunku, wysięku oraz złuszczonego naskórka. Do mycia rany oraz zanieczyszczonej i chorobowo zmienionej skóry stosowano Octenilin w płynie oraz niebieskie gąbki Wound Pad. W celu eradykacji drobnoustrojów chorobotwórczych na powierzchnię rany aplikowano antyseptyk o szerokim spektrum działania. Miejscowo stosowano opatrunki hydrokoloidowe. Skórę na palcach i podeszwach stóp zabezpieczano Octenicarem. Pacjenta wyedukowano w zakresie samodzielnej pielęgnacji stóp, tak aby pomiędzy wizytami wykonywał wszystkie czynności w sposób prawidłowy. Włączono leczenie przyczynowe w postaci terapii kompresyjnej (40–50 mm Hg) w formie specjalistycznych bandaży. Po siedmiu dniach terapii nie uzyskano oczekiwanego efektu pomimo przyrostu nowych wysepek naskórka, powierzchnia rany nadal była nadmiernie wysuszona. Zastosowano miejscowo opatrunki hydrożelowe Aqua Gel. Reszta postępowania nie uległa zmianie.

Po ponad trzech miesiącach systematycznej terapii owrzodzenie uległo wygojeniu, poprawił się również stan skóry na podeszwach stóp. Pacjent nie odczuwał już dokuczliwego świądu na skórze kończyn dolnych.

Uzyskany efekt

W czasie ponaddwumiesięcznej terapii stan skóry na podeszwach uległ znaczącej poprawie. Uzyskano zadowalający efekt w postaci łagodnej, delikatnej, dobrze natłuszczonej, nawilżonej skóry z zachowaną ciągliwością. Owrzodzenie znacznie ograniczyło swoją powierzchnię i doprowadzono do procesu epitelizacji.

W związku ze stosowaniem preparatu Octenicare nie zaobserwowano cech alergizacji na zmienionej

skórce stóp i palców. Chory zgłaszał mniejsze natężenie dolegliwości bólowych (1–2 pkt w skali VAS), a także mniej uporczywy świąd.

Opis przypadku ZM

Pięćdziesięcioletni chory został przyjęty do Poradni Leczenia Ran Przewlekłych z powodu nawrotowych owrzodzeń prawej kończyny dolnej.

Badanie podmiotowe

Chory od 8 lat korzystał ze świadczeń rentowych z powodu przebytej zakrzepicy żył głębokich i nawracających owrzodzeń prawej kończyny dolnej. Nie zgłaszał chorób współistniejących.

Przeptywy tętnicze były prawidłowe – wskaźnik kostka–ramię wynosił 1,0.

W badaniu duplex scan stwierdzono refluks w górnej części żyły udowej wspólnej. Żyła głęboka uda i powierzchowna były drożne, bez refluksu. W żyłę podkolanowej masywny refluks, w żyłach goleni nie stwierdzono patologii. Ujście żyły odpiszczelowej było niewydolne, występował refluks na całej długości. Żyła odstrażkowa wydolna.

Pierwsze owrzodzenie powstało w 2000 r., leczono je miejscowo za pomocą maści i kremów. W tym samym miejscu rana powstała po raz czwarty. Miejscowo stosowano opatrunki specjalistyczne i kompresjoterapię dwuwarstwową.

Obecne owrzodzenie powstało dwa miesiące wcześniej. Do tej pory chory samodzielnie zaopatrywał ranę i stosował opatrunki nieodpowiednio dobrane do jej stanu, w tym do ilości wysięku i fazy procesu gojenia. Z relacji pacjenta wynikało, że owrzodzenie zwiększyło swoją powierzchnię kilkakrotnie w stosunku do stanu wyjściowego.

Opis owrzodzenia i otaczającej skóry

Owrzodzenie było niejednorodne, zlokalizowane po zewnętrznej stronie kostki. Powierzchnia rany wynosiła 43,25 cm², z czego 20% stanowiła ziarnina, 70%

żółta martwica, a 10% mocno przywarta do brzegów sucha martwica. Brzegi rany były wyraźnie zarysowane, nierówne, nieco uniesione i wywinięte na zewnątrz. W dolnym biegunie rany była skóra rozpułchniona, wilgotna, o białawym zabarwieniu. Powierzchnia rany była płaska, w kilku miejscach pokryta żółtą, rozpułchną martwicą, słabo przywartą do podłoża. W łóżysku rany widoczne były trzy wyraźne wysepki naskórka o łącznej powierzchni 2,75 cm². Otaczająca ją skóra była wysuszona, z rozległą, wysyconą hemosyderozą. Tkanki otaczające ranę były obrzęknięte, bolesne, z wyraźnym odczynem zapalnym. Z owrzodzenia obficie sączyła się bezwonna, żółtoróżowa, mało klarowna wydzielina.

Wdrożone postępowanie

Z powierzchni rany pobrano materiał mikrobiologiczny w celu wyizolowania drobnoustrojów chorobotwórczych. Z posiewu wyhodowano *Staphylococcus aureus*+. Powierzchnia skóry na kończynach dolnych była dokładnie myta i oczyszczana z pozostałości zrogowaciałego naskórka, nieusuniętych resztek maści i kremów. Do higieny skóry stosowano Octenilin w płynie. Powierzchnię rany dokładnie myto przy użyciu lawaseptyku i specjalistycznych gąbek Wound Pad. Stosowano antyseptykę o szerokim spektrum działania. Łóżysko rany było systematycznie oczyszczane z pozostałości martwicy, wysięku oraz nieefektywnych tkanek. Brzegi rany były dokładnie opracowywane, tak aby stworzyć odpowiednie warunki do migracji młodego naskórka. Skórę wokół owrzodzenia wraz z jego brzegiem zabezpieczano Octenicarem. Przez pierwsze dwa tygodnie terapii miejscowo stosowano opatrunki absorpcyjne, a wizyty w poradni odbywały się co drugi dzień. Przez kolejne 10 tygodni aplikowano opatrunki hydrokoloidowe, a chory przyjeżdżał do poradni dwa razy w tygodniu. Na końcowym etapie terapii w celu ochrony nowo powstałego naskórka powierzchnię rany zabezpieczano cienkim hydrokoloidem. Przez cały czas trwania terapii stosowano kompresjoterapię z ciśnieniem o wartościach 40–50 mm Hg w okolicy kostki. Chory poddawany był systematycznej edukacji m.in.: w zakresie higieny skóry i rany, stosowania ćwiczeń poprawiających krążenie żyłne i stosowania terapii kompresyjnej.

Tabela 1. Przebieg procesu gojenia

Tydzień terapii	Powierzchnia owrzodzenia w cm ²
Pierwszy	68 (ryc. 1)
Trzeci	64,75 (ryc. 2)
Piąty	52,25 (ryc. 3)
Siódmy	45,50 (ryc. 4)
Jedenasty	20,75 (ryc. 5)
Piętnasty	0 (ryc. 6)

Tabela 2. Przebieg procesu gojenia

Tydzień terapii	Powierzchnia owrzodzenia w cm ²
Pierwszy	43,25 (ryc. 7)
Trzeci	29 (ryc. 8)
Piąty	24,25 (ryc. 9)
Dziewiąty	12,25 (ryc. 10)
Piętnasty	0,125 (ryc. 11)



Ryc. 1. Pierwszy tydzień terapii



Ryc. 2. Trzeci tydzień terapii



Ryc. 3. Piąty tydzień terapii



Ryc. 4. Dziewiąty tydzień terapii



Ryc. 5. Jedenasty tydzień terapii



Ryc. 6. Piętnasty tydzień terapii



Ryc. 7. Pierwszy tydzień terapii



Ryc. 8. Trzeci tydzień terapii



Ryc. 9. Piąty tydzień terapii



Ryc. 10. Dziewiąty tydzień terapii



Ryc. 11. Piętnasty tydzień terapii



Ryc. 12. Podrażnienie skóry



Ryc. 13. Nieoczyszczona skóra wokół owrzodzenia



Ryc. 14. Zrogowaciały naskórek na brzegach rany



Ryc. 15. Nieoczyszczona skóra wokół owrzodzenia

Uzyskany efekt

Wdrożone działania spowodowały, że powierzchnia ubytku stopniowo pokrywała się zdrową ziarniną. Brzeżgi owrzodzenia były prawidłowo odżywione, wyraźnie zarysowane, wtulone do wnętrza rany, z tendencją do obkurczania i naskórkowania. Skóra otaczająca ranę była czysta, pokryta delikatnym, nowo powstałym naskórkiem, bez odczynu zapalnego i obrzęku tkanek. Chory odczuwał mniejsze natężenie dolegliwości bólowych (1,5 pkt w skali VAS).

Omówienie

Rany przewlekłe kończyn dolnych stanowią poważne wyzwanie dla środowiska medycznego. Złożony proces ich gojenia najczęściej obciążony jest dodatkowo negatywnym wpływem wielu czynników utrudniających odzyskanie ciągłości tkanek.

Do czynników wewnętrznych naruszających integralność skóry zalicza się m.in.: wiek, choroby ogólnoustrojowe (np. cukrzycę), wyniszczające (np. stany nowotworowe, kacheksję), choroby układu krążenia (m.in. miażdżycę, przewlekłą niewydolność żylną), zaburzenia stanu odżywiania, odwodnienie, stany przebiegające z zaburzonym wydzielaniem potu i toju, zaburzenia czucia bólu i inne [7]. Najczęstszą przyczyną rozwoju ran na kończynach dolnych jest utrzymujące się nadciśnienie w układzie naczyń żylnych [1]. Długotrwały wpływ nadciśnienia żylnego inicjuje patologiczne zmiany zapalne tkanek, jest przyczyną zaburzeń odżywczych, niedotlenienia, w konsekwencji osłabienia funkcji ochronnej skóry. Wysokie ciśnienie hydrostatyczne uruchamia kaskadę złożonych procesów, które zmieniają fizjologiczną strukturę i czynność powierzchownych tkanek – głównie skóry. Powoduje to rozwój zmian troficznych, takich jak: obrzęki, przebarwienia, tzn. hemosyderoza, egzema, stwardnienia tłuszczowo-skróne, atrofia biała, a w konsekwencji powstanie owrzodzenia [1, 2, 7]. Wymienione patologie mają negatywny wpływ na gojenie owrzodzenia, szczególnie na proces naskórkowania, ale również predysponują do rozwoju nowych uszkodzeń skóry.

Zgodnie z obowiązującymi wytycznymi [1–3] pierwszym etapem postępowania jest zdiagnozowanie przyczyny rany i wdrożenie działań eliminujących lub redukujących czynnik sprawczy. W przedstawionych opisach przypadków po wykonaniu badań diagnostycznych, w tym ultrasonografii, oraz pomiaru wskaźnika kostka–ramię i potwierdzeniu obecności patologii w układzie naczyń żylnych oraz wykluczeniu patologii tętniczej wdrożona została terapia kompresyjna z adekwatnym stopniem ucisku.

Do czynników zewnętrznych utrudniających proces gojenia zalicza się przede wszystkim bodźce fizyczne, chemiczne lub biologiczne, które prowadzą do przerwa-

nia ciągłości skóry najczęściej w wyniku mechanicznego drażnienia (np. niewłaściwie założona kompresja, zbyt agresywnie usunięty zrogowaciały naskórek ze zmienionej troficznie skóry, samouszkodzenie w wyniku silnego pieczenia lub świądu) [8, 9], lub miejscowo stosowane leki [10], preparaty, które zamykają pory i działają na skórę destrukcyjnie [7]. Czynniki te mogą również osłabiać strukturę skóry i/lub stwarzać warunki do jej uszkodzenia. Proces zostaje dodatkowo zaburzony np. na skutek maceracji, gdy nadmiar wilgoci rozpułchnia delikatną strukturę chorobowo zmienionej skóry wokół owrzodzenia i powoduje jej płatowe oddzielanie się. Uszkodzenie rógowej warstwy skóry i zmiany jej pH znoszą jej funkcje ochronne i zwiększają ryzyko dodatkowych uszkodzeń [11]. Drażniący efekt mogą wywołać niewłaściwie stosowane kosmetyki i środki pielęgnacyjne, zwłaszcza detergenty. W wyniku działania środków drażniących na powierzchni skóry może wystąpić zaczerwienienie lub wysypka, a taki stan często wymaga konsultacji dermatologicznej (ryc. 12).

Kolejnym czynnikiem niekorzystnie wpływającym na przebieg terapii jest nieprawidłowa pielęgnacja skóry, nieumiejętne stosowanie środków do pielęgnacji skóry lub brak higieny skóry [2]. Chorzy często unikają kontaktu z wodą w obawie przed zamoczeniem rany. W związku z tym nie myją kończyn ani skóry wokół owrzodzenia, koncentrując się wyłącznie na zabezpieczeniu rany i położeniu opatrunku specjalistycznego. Na skórze i na powierzchni rany pozostają warstwy wcześniej nałożonych maści (ryc. 13), leków, a także biofilm, zrogowaciały naskórek (ryc. 14 i 15), resztki opatrunku, pozostałości wysięku i inne niekorzystne substancje. Tymczasem zgodnie z wytycznymi [1–3] pielęgnacja skóry jest integralną częścią opieki nad chorym z raną przewlekłą i jest tak samo ważna jak pielęgnacja samej rany. Oprócz biofilmu skóra wokół rany może zawierać zanieczyszczenia składające się z tłuszczów, fragmentów zrogowaciałych komórek, potu, w których znajdują się niewielkie ilości elektrolitów, mleczanu, mocznika i amoniaku [6].

W pierwszym opisie przypadku zaprezentowano chorego z owrzodzeniem o etiologii żylną. Na skórze pacjenta, zwłaszcza na stopach po stronie podeszwy, występowały liczne zmiany skórne w postaci tłuszczającego się płatowo naskórka ze współwystępującym uporczywym świądem. Od czasu powstania rany (trzy miesiące wcześniej) chory stosował się do zaleceń i nie mył kończyn. W celu wyeliminowania świądu pacjent smarował skórę maścią z antybiotykiem lub sterydami, a powierzchnię rany zabezpieczał gazą. Jednym z objawów długotrwałe utrzymującego się nadciśnienia żylnego w kończynach dolnych jest obecność świądu, a także zwiększona podatność na alergizację. Po zastosowaniu terapii przyczynowej w postaci kompresjoterapii skórę chorego co dwa dni dokładnie myto z zastosowaniem Octenilinu w płynie i w sposób mechaniczny usuwano

zrogowaciały naskórek otaczający ranę i z okolicy stóp. Na zmienioną troficznie skórę aplikowano Octenicare, który zawiera w swoim składzie octenidynę, pantenol (wspomagający regenerację skóry i zwiększający jej elastyczność), bisabolol (środek przeciwzapalny) oraz wazelinę. Podjęte działania wpłynęły na uzyskanie znaczącej poprawy stanu skóry na goleni i na podszewie stóp.

Z kolei w drugim opisie przypadku skóra wokół owrzodzenia była pokryta starym, zrogowaciałym naskórkiem, który tworzył sztywny „pierścień” uniemożliwiający proces migracji nowego naskórka i tym samym obkurczanie się rany. Dodatkowo niewłaściwie dobrane opatrunki specjalistyczne nie absorbowały wysięku, który był przyczyną powstania maceracji skóry wokół owrzodzenia. U chorego wdrożono działania mające na celu usunięcie zrogowaciałego naskórka z brzegów rany i zabezpieczenie skóry przed niekorzystnym wpływem nadmiaru wilgoci. W początkowym stadium terapii wizyty odbywały się co drugi dzień. Powierzchnia rany i skóra na całej kończynie była dokładnie myta z zastosowaniem preparatu przeciwdrobnoustrojowego – Octenilinu w płynie. Łóżysko rany systematycznie oczyszczano w sposób mechaniczny przy użyciu pianek Schulke Wound Pad, usuwając pozostałości martwicy, resztki wysięku oraz możliwe do eliminacji powierzchniowe struktury biofilmu. Pianki Schulke Wound Pad są przeznaczone przez producentów przede wszystkim do zaopatrzenia ran o dużym (czerwony kolor), średnim (niebieski kolor) i małym (biały kolor) wysięku. Autorzy pracy wykorzystali je jednak także do obmywania/oczyszczania łóżyska rany i usuwania z jej powierzchni m.in. złepów martwicy czy resztek wysięku. Opatrunki mają zróżnicowaną strukturę: czerwona pianka posiada duże pory i chropowatą strukturę, niebieski opatrunek charakteryzuje się średnimi porami i lekko chropowatą strukturą, natomiast biała gąbka ma drobne pory i gładką powierzchnię. Dobór pianki jest uzależniony od stanu klinicznego, w tym m.in. od fazy procesu gojenia i ilości martwych tkanek.

Zgodnie z wytycznymi EWMA [12] systematyczne oczyszczanie rany (*debridement*) jest jednym z istotniejszych elementów w procesie terapeutycznym. Prawidłowe oczyszczanie łóżyska rany m.in.: zmniejsza ryzyko rozwoju infekcji, wspomaga proces autolizy, skraca czas procesu gojenia. W konsensusie *Wound hygiene* [6] zwrócono uwagę na konieczność prawidłowej higieny rany i skóry wokół owrzodzenia, która jest istotnym elementem postępowania miejscowego z raną przewlekłą. Higiena rany polega na usunięciu lub zminimalizowaniu w ranie wszystkich niepożądanych elementów, w tym biofilmu, obumarłych tkanek i innych zanieczyszczeń, a także usuwaniu wszelkich pozostałości biofilmu i zapobieganiu jego ponownemu tworzeniu się. Podobnie jak w przypadku wszystkich form higieny, cechą charakterystyczną higieny rany

jest powtarzalność: przy każdej zmianie opatrunku i ocenie rany należy ją umyć, opracować i zadbać o jej brzegi.

W prezentowanym opisie przypadku brzegi rany były systematycznie oczyszczane w sposób mechaniczny i zabezpieczono je Octenicarem. W pierwszych dniach ranę zabezpieczano opatrunkiem absorpcyjnym o właściwościach przeciwbiofilmowych Aquacel Ag+ Extra, na kolejnych etapach w zależności od stanu klinicznego rany aplikowano różne rodzaje opatrunków. Po uzyskaniu poprawy stanu rany i zredukowaniu ilości wysięku częstotliwość wizyt w poradni ulegała stopniowej redukcji. W pracy innych autorów przedstawiono dwa opisy przypadków chorych ze zmianami skórnymi wokół ran przewlekłych, u których również zastosowano Octenicare i uzyskano bardzo zadowalający efekt [13].

W obu przypadkach chorzy byli systematycznie edukowani w zakresie mycia i pielęgnacji skóry. Wdrożone działania wpłynęły na uzyskanie efektu w postaci wygojenia rany, ale także na poprawę stanu skóry.

Podsumowanie

Na prawidłowy przebieg procesu gojenia rany ma wpływ wiele czynników – zarówno wewnętrznych, jak i zewnętrznych. Organizm odpowiada m.in. za mobilizację komórek naskórka, w tym keratynocytów, do migracji i napetzenia do wnętrza rany. Po stronie pacjenta i personelu pielęgniarskiego leżą natomiast dbałość o eliminację przyczyny rany, działania przeciwdrobnoustrojowe, w tym walka z biofilmem, dbałość o zachowanie mikrośrodowiska w ranie, usuwanie przeszkód z powierzchni rany i jej brzegów, a także dbałość o higienę skóry i jej pielęgnacja.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Jawień A, Szewczyk MT, Kaszuba A i wsp. Wytyczne Grupy Ekspertów w sprawie gojenia owrzodzeń żylnych goleni. *Leczenie Ran* 2011; 8: 59-80.
2. Szewczyk MT, Jawień A, Andruskiewicz A i wsp. Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem żylnym. *Pielęg Chir Angiol* 2007; 3: 95-138.
3. Franks PJ, Barker J, Collier M i wsp. Management of patients with venous leg ulcers. *J Wound Care* 2016; 25 (Supl. 6): S1-S67.
4. Szewczyk MT, Mościcka P, Hancke E i wsp. Zastosowanie strategii TIME w opracowaniu łóżyska rany – owrzodzenie żylnie goleni. *Założenia* 2006; 6: 86-88.
5. Flaherty E. The Views of Patients Living With Healed Venous Leg Ulcers. *Nurs Stand.* 2005; 19: 78, 80, 82-83 *passim*.
6. Murphy C, Atkin L, Swanson T i wsp. Defying hard-to-heal wounds with an early antibiofilm intervention strategy: wound hygiene. *J Wound Care* 2020; 29: (Supl. 3b): S1-S26.
7. Szewczyk MT, Jawień A, Cwajda J. Zaburzenia integralności skóry u chorych z przewlekłą niewydolnością żylną i owrzodzeniem. *Postępy Dermatol Alergol* 2005; 22: 141-147.

8. Wilson CL, Cameron J, Powell SM i wsp. High incidence of contact dermatitis in leg ulcers. *J Eur Acad Dermatol Venerol* 1988, 11: 9-12.
9. Mościcka P, Szewczyk MT, Cwajda-Białasik J i wsp. Owrzodzenia kończyn dolnych o etiologii tętniczej, mieszanej i innej. W: Leczenie ran przewlekłych, Szewczyk MT, Jawień A (red.). PZWL, Warszawa 2019: 89-107.
10. Wilkinson MP, Cartwright P, English JS. The significance of tixocortol-pivalate-positive patch test in leg ulcer patients. *Contact Dermatitis* 1990; 23: 120-121.
11. Szewczyk MT, Cwajda J, Jawień A. Utrzymanie integralności skóry. *Klinika Zakażeń* 2005; 3: 92-95.
12. Strohal R, Dissemond J, Jordan O'Brien J i wsp. EWMA document: Debridement. An updated overview and clarification of the principle role of debridement. *J Wound Care* 2013; 22: 5.
13. Callaghan R. Case study series: managing skin integrity – octenicare® repair creme. *Wounds UK* 2019; 15: 80-85.