

Z Marią Teresą Szewczyk rozmawia Ewa Kobus-Jandernal

EDUKOWAĆ, RADZIĆ, POMAGAĆ

Rany i ich leczenie to problem znany od zarania dziejów. Doniesienia na ten temat można znaleźć już w Starym i Nowym Testamencie. Na przestrzeni wieków doskonalono różne metody opatrywania ran, także w medycynie ludowej. Obecnie największym problemem są rany przewlekłe, trudno gojące, gojące się od ośmiu tygodni do kilku miesięcy, kilkunastu, a nawet kilkudziesięciu lat.

Z czyjej inicjatywy powstało Polskie Towarzystwo Leczenia Ran?

– Na pierwsze spotkanie nowo tworzonego Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran zostałam zaproszona. Trudno dzisiaj powiedzieć, kto wyszedł z inicjatywą, czy był to profesor

skompensować działania, by w jak najlepszy sposób pomóc chorym – to główny cel powołania Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran.

W jaki sposób zamierzacie działać? Do kogo chcecie trafić?

– Zamierzamy działać na rzecz chorych. Będziemy edukować, zapobiegać i leczyć. Naszym zadaniem będzie doskonalenie i wdrożenie nowoczesnych metod leczenia ran, a także promowanie działań profilaktycznych. Rany nie goją się, ponieważ nie zawsze są właściwie leczone. Przez wiele lat egzystowała jedna, prosta metoda: gazik i płytka. Rana jednak pozostawała mokra, wysięk nie był odbarczony. Obecnie znamy wiele skutecznych metod leczenia ran, a także dysponujemy dużą gamą opatrunków, które pochłaniają wydzielinę i nieprzyjemny zapach, zabezpieczają wilgoć, są skuteczne w leczeniu. Założenie na ranę dobrego opatrunku nie zapewnia jednak jej wyleczenia, do pełnego sukcesu potrzebna jest przede wszystkim specjalistyczna wiedza medyczna i doświadczenie zawodowe.

Czy już dysponujecie dostateczną wiedzą, czy też czeka Was jeszcze długi proces kształcenia?

– Pytanie odniosę raczej do własnej osoby. Oczywiście mam wiedzę i doświadczenie, np. w zakresie zachowawczego leczenia owrzodzeń żylnych, miejscowego leczenia rany i stosowania np. drenażu ułożeniowego lub kompresji. Czy to wystarczy? Nie, medycyna oraz pielęgniarstwo wciąż się rozwijają. Uczy to wielkiej pokory w przypadku podejmowanych działań i wobec podopiecznego. Jest to dziedzina nauki, która wymaga ciągłego dokształcania, doskonalenia, wymiany doświadczeń i traktowania każdego człowieka indywidualnie. Natomiast jako Towarzystwo będziemy organizować i brać udział w sympozjach, kongresach, zjazdach, podczas których prezentowane są najnowsze osiągnięcia. Europejskie Towarzystwo Leczenia Ran ma długą tradycję, organizuje zjazdy międzynarodowe, ma kilkunastoletnie doświadczenie w leczeniu trudno gojących się ran. Zapewne będziemy wymieniać doświadczenia, poznawać i opracowywać nowe metody.

Jaka jest przyczyna owrzodzeń żylnych i jakie są to rany?

– Najczęściej są to owrzodzenia żyłne goleń, odleżyny, rany stopy w przebiegu miażdżycy tętnic kończyn dolnych, cukrzycy, tzw. stopa



Fot. Ewa Kobus-Jandernal

▲ Fot. 1. Dr med. Maria Teresa Szewczyk.

dr med.

Maria Teresa Szewczyk

kierownik Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego AM w Bydgoszczy, jedna z założycielek Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran

Arkadiusz Jawień, czy profesor Zbigniew Rybak. Na zachodzie Europy podobne towarzystwa działają od wielu lat, powstały zresztą także w krajach Europy Wschodniej, np. w Czechach, na Słowacji i Litwie. Także w Polsce zaistniała potrzeba społeczna, aby powołać podobne towarzystwo. Specjaliści oceniają, że jesteśmy opóźnieni w rozwiązywaniu problemów chorych z ranami w stosunku do naszych zachodnich sąsiadów co najmniej o 15 lat. Tam chorzy z trudno gojącymi się ranami są objęci kompleksową opieką lekarzy, pielęgniarek i rehabilitantów.

W grupie założycielskiej znalazło się około 30 wybitnych specjalistów, w tym między innymi z chirurgii, dermatologii, diabetologii, pielęgniarstwa, rehabilitacji. Zamierzamy

Wydaje się że, podobnie jak w krajach Unii Europejskiej, w najbliższym czasie będą powstawać specjalistyczne ośrodki leczenia ran i owrzodzeń żylnych, które zapewnią chorym kompleksową opiekę i będą dostępne dla wszystkich pacjentów, oczekujących takiego rodzaju pomocy.

cukrzyca i inne, np. oparzenia. Jeśli chodzi o rany kończyn dolnych, owrzodzenia goleni stanowią około 70% wszystkich ran. Przyczyną owrzodzenia żylnego jest przewlekła niewydolność żylna. Nie leczone żylaki i rozwój choroby żyłkowej prowadzą do bardzo ciężkich powikłań i nieodwracalnych zmian w układzie żylnym, a w konsekwencji do owrzodzenia żylnego. Przed podjęciem leczenia istotna jest wnikliwa ocena lekarza specjalisty w zakresie chirurgii naczyniowej oraz diagnozowanie m.in. układu żylnego, wykonanie badań specjalistycznych i podjęcie decyzji o leczeniu operacyjnym lub zachowawczym. Zarówno w leczeniu operacyjnym, jak i zachowawczym można wyróżnić kilka skutecznych metod leczenia owrzodzeń.

Jakie są najczęstsze objawy i utrudnienia związane z owrzodzeniem żylnym?

– U chorych zakwalifikowanych do leczenia zachowawczego, np. metodą kompresji warstwowej, najczęściej występuje silny ból rany i skóry otaczającej ranę. Dolegliwości bólowe mają różny charakter, a ból jest objawem niestałym. Na podstawie własnych doświadczeń mogę stwierdzić, że ból u chorych z owrzodzeniem zmniejsza się średnio po 3–4 tygodniach stosowania kompresoterapii. U chorych często występuje obrzęk żylny, nadmierna pigmentacja skóry, stwardnienie skóry, a także tkanki podskórnej, skóra jest delikatna i podatna na urazy. Poza tym rana zakażona i wydzielina z rany mają nieprzyjemny zapach. Powoduje to, że chorzy wycofują się z życia publicznego, ograniczają kontakty towarzyskie. Natomiast po wyleczeniu rany pozostają blizny, które czasami, gdy owrzodzenie znajdowało się wokolicy stawu skokowego, mogą powodować ograniczenie ruchomości stopy.

Jakie formy kompleksowej opieki istnieją w leczeniu owrzodzeń żylnych?

– W krajach zachodnioeuropejskich około 75% chorych zakwalifikowanych do leczenia zachowawczego leczy się ambulatoryjnie, natomiast 25% w szpitalu. Koszty leczenia ambulatoryjnego chorych z owrzodzeniem są zdecydowanie niższe w porównaniu z leczeniem zachowawczym w szpitalu. Leczeniem ran zajmuje się interdyscyplinarny zespół medyczny, który zapewnia kompleksową opiekę pielęgniarsko-lekarską, stosuje nowoczesne metody leczenia ran, w tym m.in. największe znaczenie przypisuje się kompresoterapii warstwowej.

A w Polsce?

– To niezwykle ważny problem medyczny i społeczny. Wydaje się że, podobnie jak w krajach Unii Europejskiej, w najbliższym

czasie będą powstawać specjalistyczne ośrodki leczenia ran i owrzodzeń żylnych, które zapewnią chorym kompleksową opiekę i będą dostępne dla wszystkich pacjentów, oczekujących takiego rodzaju pomocy. Równie ważne będzie zorganizowanie opieki domowej dla chorych w zaawansowanym wieku i z ograniczeniem ruchomości.

Jak poważnym problemem w szpitalach jest występowanie odleżyn?

– Doniesienia na ten temat są różne. Zależą od szpitala i profilu leczenia oraz prowadzonego rejestru odleżyn. Na przykład ośrodki zajmujące się leczeniem osób przewlekle chorych lub w starszym wieku informują o wysokiej częstości ich występowania (30–35% szpitali w Anglii i Stanach Zjednoczonych). Trudno ocenić, jaki jest odsetek chorych z odleżynami hospitalizowanych w Polsce. W celu zmniejszenia ich liczby podejmowane są działania profilaktyczne. W pielęgniarstwie np. opracowano standardy postępowania u chorych z odleżynami. W wielu szpitalach prowadzona jest ocena ryzyka rozwoju odleżyn. Obecnie opracowano procedury rejestru chorych z odleżynami, które w najbliższym okresie zostaną wdrożone do praktyki.

Którzy chorzy są najbardziej narażeni na powstawanie odleżyn?

– To chorzy leżący, z porażeniem, niedowładem, z nietrzymaniem moczu i stolca, po operacjach wielonarządowych, amputacji kończyn dolnych, w starszym wieku, z miażdżycą uogólnioną oraz przewlekle chorzy. Najczęstszym miejscem występowania odleżyn są okolice kości krzyżowej, guzów kulszowych, krętarzy, potylicy, kostek i pięt.

Jak można zdefiniować odleżynę?

– Najogólniej, odleżyna to zmiany na skórze, powstałe na skutek stałego, długotrwałego ucisku, który powoduje zamknięcie naczyń doprowadzających krew do skóry, co w konsekwencji prowadzi do niedokrwienia, a następnie martwicy. Ponadto, stały ucisk może powodować mikrozakrzepy w naczyniach krwionośnych, a to z kolei – niedotlenienie najbardziej uciśniętej okolicy ciała.

Wyróżniamy V stopni odleżyn:

Stopień I – blednące zaczerwienienie. Poprzez ucisk palca można zauważyć blednięcie zaczerwienienia. Świadczy to o uszkodzeniu mikrokrążenia;

Stopień II – nieblednące zaczerwienienie spowodowane jest uszkodzeniem mikrokrążenia, zapaleniem tkanek i ich obrzękiem. Często występuje obrzęk, ból, mogą pojawić się pęcherze i przerwanie ciągłości naskórka;

Stopień III – uszkodzenie pełnej grubości skóry do granicy z tkanką podskórną. Brzeży

rany są dobrze odgraniczone, otoczone rumieniem. Dno rany może być wypełnione żółtą wydzieliną powstałą z rozpadających się tkanek;

Stopień IV – uszkodzenie dotyczy tkanki tłuszczowej podskórnej. Martwica spowodowana została zapaleniem i zakrzepicą małych naczyń krwionośnych. Brzeg rany odleżynowej jest odgraniczony, a martwica zajmuje warstwę skóry. Dno rany może być pokryte czarną martwicą;

Stopień V – martwica dotyczy powięzi i mięśni. W wyniku martwicy może dojść do odsłonięcia kości.

W jaki sposób należy prowadzić profilaktykę odleżyn?

– Ocena ryzyka rozwoju odleżyn prowadzona jest na podstawie zaadaptowanych z pielę-

tarcia i naciągania skóry (unikanie dodatkowych urazów), zmianę pozycji chorego powinny być zaangażowane cztery osoby, u dziecka natomiast preferuje się, by zmianę pozycji ciała wykonywać co 30 minut. Zaleca się unikanie wysokiego ułożenia w pozycji leżącej. Istotna jest również pielęgnacja skóry i utrzymanie ciała w czystości: mycie delikatnym środkiem myjącym o pH 5,5, delikatne masowanie, nacieranie i oklepywanie, unikanie zawilgocenia. Pościel powinna być naciągnięta, bez zagnieceń, podobnie bielizna osobista. Ważny jest sposób odżywiania chorego, między innymi dostarczanie dużej ilości płynów, białka i witamin.

Często zdarza się, że przewlekłe chore z odleżyną po wypisaniu ze szpitala trafia do domu, dlatego ważna jest edukacja chorego i jego rodziny w zakresie stosowania profilaktyki, jak również przygotowanie wszystkich członków rodziny do podjęcia współpracy.

Jeżeli już doszło do odleżyn, to jak najskuteczniej je leczyć?

– W leczeniu odleżyn bardzo ważne są kompleksowe działania pielęgniarek, lekarzy i rodziny. Duże znaczenie przypisuje się ocenie stanu ogólnego i wyrównaniu niedoborów. Najczęściej odleżyny leczy się zachowawczo, chociaż w sytuacji ran odleżynowych IV i V stopnia chirurgiczne wycięcie martwicy i oczyszczenie rany przynosi dobre efekty. Konieczne jest realizowanie działań pielęgnacyjnych, o których była mowa wcześniej, oraz miejscowe leczenie rany odleżynowej. Opatrunki powinno się dostosować do stopnia odleżyny, jej wyglądu, wysięku, powierzchni, głębokości i ewentualnego zakażenia. Dobry opatrunek winien spełniać kryteria określone w końcu lat 70. przez Turnera: utrzymywać wysoką wilgotność pomiędzy raną a opatrunkiem, usuwać nadmiar wysięku i toksycznych komponentów, pozwalać na wymianę gazową między raną a otoczeniem, nieprzepuszczalny dla bakterii i innych mikroorganizmów, wolny od toksycznych cząstek i substancji, stanowić ochronę nowo powstałych tkanek i być łatwym do usunięcia z powierzchni rany bez spowodowania urazu. Jeżeli wolą chorego jest leżenie w domu, to najkorzystniejszym rozwiązaniem dla niego i jego rodziny będzie opracowanie indywidualnego programu. Pielęgniarka, lekarz i rehabilitant powinni uwzględnić stan zdrowia (świadomość, czynność zwieraczy cewki moczowej i odbytu oraz stan odżywienia), wiek i aktywność chorego w łóżku, na wózku, a następnie zaplanować rodzaj opatrunków w zależności od oceny rany. Istotne jest również, aby zaproponować choremu i wdroyć odpowiedni sprzęt i udogodnienia, środki pielęgnacyjne oraz rehabilitację. ■



Fot. Bwa Köbue-Jandermal

▲ Fot. 2. Chory z owrzodzeniem żylnym.

gniarstwa zachodniego, ogólnie znanych skal, takich jak skala Norton, Braden, Waterlow i inne. Wdrożenie oceny ryzyka rozwoju odleżyn przy użyciu skal pozwala na wyłonienie chorych narażonych na powstanie odleżyn i podjęcie intensywnych działań profilaktycznych, pielęgnacyjnych i leczniczych. Pielęgniarki, zgodnie z Ustawą o Zawodzie Pielęgniarki i Położnej, samodzielnie podejmują działania w tym zakresie, do III stopnia odleżyn włącznie, natomiast leczenie stanów zaawansowanych, ciężkich (tzn. odleżyn IV i V stopnia) leży w kompetencji lekarza.

Podjęcie profilaktyki ma na celu zmniejszenie ryzyka rozwoju odleżyn, dlatego ważna jest współpraca pacjenta i jego rodziny z pielęgniarką i lekarzem. Najważniejsze zalecenia profilaktyczne to: odpowiednio przystosowany sprzęt – materac zmiennościeniowy, podpórki, poduszki zmiennościeniowe, kółka pod piętę, krążki itp., zmiana pozycji ciała co 2–4 godziny, z uniknięciem tarcia. Aby uniknąć