

# DIBUCCELL ACTIVE W POSTĘPOWANIU Z RANĄ TRUDNO GOJĄCĄ SIĘ – ZESPÓŁ STOPY CUKRZYCOWEJ

## Doświadczenia własne

Mgr Marta Bakowska – specjalista pielęgniarstwa geriatrycznego,  
specjalista leczenia ran, edukator i promotor zdrowia

Specjalistyczny Ośrodek Leczenia Ran i Zespołu Stopy Cukrzycowej MAGMA – MED Rzeszów

### WSTĘP

Dżuma, epidemia XXI wieku – to coraz częściej pojawiające się określenia cukrzycy.

Powołując się na International Diabetes Federation (IDF), tą chorobą społeczną dotkniętych jest około 425 mln osób dorosłych, w tym aż 212 mln to chorzy niezdiagnozowani. Dane przedstawione przez International Diabetes Federation nie są optymistyczne. Szacuje ona 630 mln chorych w 2045 roku. Jako główny czynnik wskazuje się obecny tryb życia – między innymi brak aktywności fizycznej oraz złe nawyki żywieniowe.

Jednym, coraz częściej występującym powikłaniem jest zespół stopy cukrzycowej (ZSC). W Polsce aż u 10% pacjentów diabetologicznych diagnozuje się owrzodzenie w obrębie stopy.

Światowa Organizacja Zdrowia definiuje zespół stopy cukrzycowej jako zakażenie i/lub owrzodzenie, i/lub destrukcję tkanek głębokich stopy, w tym kości, spowodowane uszko-

dzeniem nerwów obwodowych i/lub naczyń krwionośnych stopy o różnym stopniu zaawansowania.

Złożoność, wielodyscyplinarny charakter choroby wymaga pracy w interdyscyplinarnym zespole terapeutycznym.

Zaangażowanie specjalistów z zakresu chirurgii, angiologii, epidemiologii, ortopedii, okulistyki, diabetologii, nefrologii, rehabilitacji, podologii oraz edukatora diabetologicznego, jak pokazują badania, może zmniejszyć ryzyko powstania powikłań nawet do 85%.

### OPIS PRZYPADKU

Pacjent 63 letni, z cukrzycą typu II (niewyrównaną), insulinozależną, leczony od 14 lat.

Zgłosił się do poradni celem leczenia rany po amputacji IV i V palca stopy prawej (zdj.1). Choroby współistniejące: przewlekła niewydolność serca, nadciśnienie tętnicze, miażdżycza uogólniona, retinopatia (utrata wzroku), stan po amputacji kończyny dolnej lewej, stan po rewaskularyzacji kończyny dolnej prawej.

**Protokół postępowania:** antyseptyk na ranę, łożysko rany – opatrunek włókninowy ze srebrem, opatrunek wtórny – superabsorbent. Bez względu na nakaz odciążenia stopy – wózek inwalidzki.

Brak stosowania się do zaleceń skutkowało kolejną mikro amputacją – II i III palca stopy prawej. Pomimo szybkiego zamknięcia rany po wykonanym zabiegu, wystąpiło niewielkie owrzodzenie w części podeszwy stopy.



Zdj. 1 Stan po amputacji IV i V palca stopy prawej

W początkowym etapie leczenia obserwowano postęp w gojeniu rany. Mimo zaangażowania w proces leczenia żony, barierą nie do przeskoczenia okazał się brak współpracy z pacjentem. Niestosowania diety - glikemia w granicach 140 – 350 ml/dl, obciążanie stopy oraz utrata wzroku, która spowodowała u chorego załamanie psychiczne, doprowadziły do dramatycznego pogorszenia stanu rany. Podczas konsultacji zdiagnozowano ropowicę części podeszwy stopy prawej (zdj.2). Pacjent hospitalizowa-

ny – w warunkach sali operacyjnej, oczyszczono ranę poprzez usunięcie martwych tkanek oraz zastosowano drenaż przewencyjny. Leczenie szpitalne, wsparcie psychologiczne oraz unormowany poziom cukru przyspieszyły proces gojenia. Łóżysko rany, poprzez systematyczne oczyszczanie chirurgiczne i autolityczne, przygotowano do aplikacji opatrunku DibuCell Active (zdj.3). Ważne by przy zastosowaniu wspomnianego opatrunku nie było widocznych cech infekcji. Opatrunek specjalistyczny nakłada-

my zawsze 0,5 cm poza brzegi rany, a w przypadku uzupełnienia w łożysku rany, postępowanie jest podobne (zdj.4).

W przypadku niewielkiego wysięku z rany, DibuCell Active możemy nawilżyć 0,9 % NaCl.

Przed aplikacją opatrunku wtórnego brzegi rany zabezpieczamy odpowiednim emolientem. W zależności od wielkości rany, stopnia wysięku możemy aplikować opatrunek piankowy lub superabsorbent (zdj.5).



Zdj. 2 Ropowica części podeszwy stopy prawej



Zdj. 3 Przygotowanie łożyska rany do aplikacji opatrunku



Zdj. 4 Nałożenie opatrunku na ranę



Zdj. 5 Aplikacja opatrunku wtórnego



Zdj. 6 Po usunięciu opatrunku wtórnego



Zdj. 7 Rana po przemyciu łożyska rany oraz pielęgnacji brzegów rany

Zaletą opatrunku DibuCell Aktive jest biodegradowalność w ranie (brak traumatyzacji przy wymianie oraz uszkodzenia nowo powstałych tkanek). Na uwagę zasługują inne istotne czynniki: łatwość aplikacji, skrócenie czasu leczenia, czy redukcja powikłań – u pacjenta nie doszło do zakażenia rany przez cały okres leczenia.

Kolejne zmiany opatrunku to przemycie łożyska rany (zdz. 6,7), pielęgnacja skóry wokół owrzodzenia i ewentualne uzupełnienie opatrun-

ku (zdz.8). Do oczyszczenia łożyska rany stosujemy lawaseptyk i/lub 0,9% NaCl.

Systematyczność wykonywania wyżej wymienionych czynności po 16 tygodniach skutkowało zmniejszeniem rany o 70% (zdz.9).

Jak wcześniej wspomniano dobór opatrunku zależy jest od wielkości rany oraz wysięku. W 16 tygodniu terapii superabsorbent zastąpiono adhezyjną pianką poliuretanową (zdz.10). Czynności pielęgnacyjne

stosowano przez cały czas leczenia, uzyskując systematyczne zamykanie się rany (zaj.11), by w 22 tygodniu wygoić owrzodzenie (zdz. 12).

## PODSUMOWANIE

Opatrunek DibuCell Active zastosowano (zgodnie z protokołem postępowania) na ranę **płaską, bez widocznych cech infekcji**. Każdorazowo przy zmianie opatrunku wtórego wykonano **czynności oczyszczające łożysko rany** - lawaseptyk, 0,9% NaCl. **Pielęgnacja brzegów rany**, podobnie jak w przypadku każdej rany trudno gojącej się, była istotnym elementem leczniczym. Opatrunek DibuCell Active, który stanowi rusztowanie dla migrujących komórek tkanki łącznej, był **uzupełniany**, w zależności od „pracy” rany. Na uwagę zasługuje fakt, że u pacjentów, u których wdrożono ten opatrunek, ocena łatwości opieki nad raną była bardzo wysoka.



Zdz. 8 Uzupełnienie opatrunku



Zdz.9 Rana po 16 tygodniach



Zdz. 10 Zastosowanie pianki poliuretanowej



Zdz. 11 Rana po 20 tygodniach



Zdz. 12 Wygojone owrzodzenie