

PROFESJONALNIE O RANACH DLA SPECJALISTÓW

INFORANEK

PLUS

NUMER 1(7)/2017

ISSN 2353-9097

BIULETYN O BIOFILMIE

4



PSYCHOLOG RADZI

W DOMU NASI BLISCY CHCĄ MIEĆ MAMĘ, ŻONĘ, CÓRKĘ...

25



POLSKIE TOWARZYSTWO
LECZENIA RAN



ConvaTec

OD REDAKCJI

Drodzy czytelnicy,

Wiosna to symbol zmian. Przekazujemy w Państwa ręce kolejny numer naszego pisma. Zmiany w jego układzie są odpowiedzią na Państwa potrzeby. Artykuły zostały podzielone na kilka sekcji, by ułatwić Państwu wybór tego, co Was najbardziej interesuje.

AKTUALNOŚCI ZE ŚWIATA, pozwolą Państwu zapoznać się z nowinkami w leczeniu ran. Jennifer Hurlow w biuletynie poświęconym biofilmowi w ranach podkreśla fakt, że mikroby występujące w biofilmach są 100 do 1000 razy mniej podatne na działanie środków przeciwdrobnoustrojowych niż ich odpowiedniki planktonowe. Przedstawia także zarys strategii leczenia ran przewlekłych objętych procesem infekcyjnym wywołanym przez drobnoustroje w formie biofilmowej (biofilm-based wound care - BBWC) oraz rolę opatrunków AQUACEL® Ag + Extra™ w tej strategii.

W sekcji **INSPIRACJE** przedstawiamy wywiad z Mirosławą Młynarczuk, pielęgniarką z poradni leczenia stopy cukrzycowej. Mówi ona między innymi o tym, jak ważne jest podejście indywidualne do każdego pacjenta i jego edukacja.

W sekcji **GOJENIE RAN** znajdziecie Państwo artykuły poświęcone roli żywienia w leczeniu ran przewlekłych oraz opatrunkom chirurgicznym firmy ConvaTec i ich potwierdzonej badaniami skuteczności w zapobieganiu zakażeniu miejsca operowanego.

CIEKAWY PRZYPADKI to przegląd leczenia ran przewlekłych o różnych etiologiach. Wszystkie przedstawione przypadki potwierdzają konieczność holistycznego podejścia do leczenia ran. W sekcji **HISTORIE PACJENTÓW** przedstawiamy artykuł napisany przez mamę Krzysia chorego na EB (Epidermolysis Bullosa) – pęcherzowe odzielanie naskórka.

Prosimy o opinie na temat nowego układu i zawartości Inforanka.

W przypadku jakichkolwiek pytań, uwag lub sugestii proszę o kontakt na adres e-mail: malgorzata.budynek@convatec.com.

Życzę owocnej lektury.
Pozdrawiam serdecznie,

Małgorzata Budynek
Redaktor Naczelna



SPIS TREŚCI

OKIEM EKSPERTA

- Wybrane czynniki wewnętrzne i zewnętrzne wpływające na proces gojenia rany3

AKTUALNOŚCI

- Biuletyn o biofilmie.....4
- Aktualności ze świata.....5

INSPIRACJE

- Czasem musimy znaleźć ten jedyny powód, żeby przekonać pacjenta do działania.....6

GOJENIE RAN

- Intervencja żywieniowa u pacjentów z raną przewlekłą.....8
- Aquacel® Ag Surgical – skuteczna broń w zapobieganiu zakażeniom ran po zabiegach operacyjnych.....10

CIEKAWY PRZYPADKI

- Nie można zabierać pacjentom nadziei. Blaski i cienie leczenia miejscowego w Zespole Stopy Cukrzycowej.....13
- Leczenie odleżyn jest możliwe nawet w tzw. „beznadziejnych” przypadkach – Opis przypadku.....16
- Jeden pacjent, dwie rany – jedno rozwiązanie.....18
- Odeżyna u pacjentki z chorobą Alzheimera – Opis przypadku.....20
- Zaopatrzenie stomii powiklanej z użyciem opatrunków i sprzętu stomijnego.....22

HISTORIE PACJENTÓW

- Mama Krzysia z *Epidermolysis Bullosa*.....23

PSYCHOLOG RADZI

- W domu nasi bliscy chcą mieć mamę, żonę, córkę...
Psycholog radzi jak sobie radzić z obciążeniami psychicznymi w pracy w służbie zdrowia.....25

ADRESY SPECJALISTYCZNYCH CENTRÓW LECZENIA RAN.....26

GDZIE KUPIĆ OPATRUNKI?.....29

Bezpłatny magazyn. Ukazuje się dwa razy w roku.

Redaktor naczelny: Małgorzata Budynek
Redakcja: Karolina Burska, Małgorzata Chwiałkowska, Barbara Szulecka
Adres redakcji: ConvaTec Polska Sp. z o.o.
Al. Armii Ludowej 26,
00-609 Warszawa

Prenumerata: Bezpłatną prenumeratę można zamawiać, pobierając kupon prenumeraty ze strony www.mojarana.pl lub dzwoniąc pod bezpłatny numer infolinii 800 120 093
Wydawca: ConvaTec Polska Sp. z o.o.
Al. Armii Ludowej 26,
00-609 Warszawa
tel. (22) 579 66 50, faks (22) 579 66 44

© 2017 Copyright by ConvaTec Polska Sp. z o.o.
Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tego magazynu nie może być kopiowana ani odtwarzana w jakiegokolwiek formie i przy użyciu jakichkolwiek środków bez pisemnej zgody Wydawcy.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść artykułów sponsorowanych dostarczonych do redakcji oraz reklam zleconych przez reklamodawców.

Bezpłatna infolinia: **800 120 093**
E-mail: dzial.pomocy@convatec.com

www.convatec.pl
www.mojarana.pl

WYBRANE CZYNNIKI WEWNĘTRZNE I ZEWNĘTRZNE WPŁYWAJĄCE NA PROCES GOJENIA RANY

prof. dr hab. n. med. Maria T. Szewczyk

Kierownik Katedry Pielęgniarstwa Zabiegowego oraz Zakładu Pielęgniarstwa Chirurgicznego i Leczenia Ran Przewlekłych, CM w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Przez kolejne stulecia rany przewlekłe leczono na podstawie sumy bardziej lub mniej trafnych spostrzeżeń i doświadczeń ówczesnych lekarzy, sióstr zakonnych oraz pielęgniarek. Obecnie, pomimo dużego postępu w medycynie, rany przewlekłe nadal stanowią wyzwanie medyczne. Stwarzają również poważny problem zdrowotny, społeczny i ekonomiczny.

Wśród czynników wewnętrznych wpływających na proces gojenia należy wyróżnić: podeszły wiek chorego, choroby układu krążenia i metaboliczne zaburzające ukrwienie tkanek, zaburzenia stanu odżywienia, wyniszczenie, awitaminozy (wit. A, C), niedobory pierwiastków (Zn, Cu, Mg), leki stosowane ogólnie (sterydy, cytostatyki i antybiotyki) oraz promieniowanie jonizujące, cukrzycę a także złe warunki psychosocjalne.

Do czynników zewnętrznych zalicza się zakażenie rany, które wpływa niekorzystnie na łożysko rany. Metabolity i toksyny bakteryjne działają cytotoksycznie na komórki, są przyczyną destrukcji fibroblastów i komórek ziarniny, a co szczególnie ważne pozbawiają fibroblasty tlenu i składników odżywczych. Innym czynnikiem

zaburzającym może być ekspozycja na czynniki cytotoksyczne i leki stosowane miejscowo poprzez hamowanie wszystkich faz gojenia rany, koagulacja białek i blokada enzymów uczestniczących w procesie gojenia, uszkodzenie powstających struktur – ziarniny oraz komórek epithelium. Także obecność tkanek martwiczych powoduje zwiększone zapotrzebowanie na proces fagocytozy i wydłużenie fazy zapalnej procesu gojenia. Ponadto niewłaściwy mikroklimat w łożysku rany powoduje zaburzenia procesu gojenia, wydłużenie wszystkich faz procesu, rozrywanie włókien kolagenowych pod strupem, nadmierne wytwarzanie włókienka zwiększa ryzyko dodatkowego zanieczyszczenia i zakażenia rany. Niedostateczna dbałość o ranę, powtarzające się urazy powodują mechaniczne uszkodzenie, rozerwanie delikatnej i słabej struktury powstających tkanek.

CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ O LECZENIU RAN I POZNAĆ INNE PRZYPADKI?

POBIERZ BEZPŁATNIE WCZĘSNIEJSZE NUMERY INFORANEK ZE STRONY
www.mojarana.pl/Inforanek



BIULETYN O BIOFILMIE

Przeznaczony dla personelu medycznego, przygotowany przez ConvaTec

Witamy w kolejnym numerze Biuletynu o biofilmie, przygotowanego przez Jennifer Hurlow, GNP-BC, CWCN, CCCN – pielęgniarkę-specjalistkę w Leczeniu Ran. Jenny jest autorką wielu prac oraz regularnie wykłada podczas SAWC i EWMA, zasiada w zarządzie Stowarzyszenia AAWC. Wspólnie z Philipem Bowlerem i Danielem Metcalfem z ConvaTec otrzymała w tym roku nagrodę JWC WUWHS za wkład naukowy w dziedzinę Infekcji i Biofilmu.

W tym wydaniu, Jenny omawia cechy biofilmu w ranach i strategię zarządzania biofilmem.

STRATEGIE ZARZĄDZANIA BIOFILMEM

Jennifer Hurlow

Co najmniej 78% ran przewlekłych charakteryzuje się obecnością biofilmu, ściśle powiązanych z przewlekłym charakterem rany.¹ Biofilm to strukturalnie złożony, dynamiczny system, który wspomaga wzrost mikroorganizmów, chroniąc te komórki zarówno przed czynnikami antybakteryjnymi, jak i atakiem komórek odpornościowych.² Mikroby występujące w biofilmach są 100 do 1000 razy mniej podatne na działanie środków przeciwdrobnoustrojowych niż ich odpowiedniki planktonowe.³

Matryca biofilmu chroni mikroby poprzez zahamowanie dyfuzji antybiotyków, a także środków antyseptycznych takich jak srebro i jod. Ponadto komórki bakteryjne w głębszych warstwach struktury biofilmu funkcjonują w wolniejszym tempie metabolicznym, wykazując zwiększoną tolerancję na antybiotyki, zazwyczaj atakujące funkcję metaboliczną.⁵

Ostatnie badania wykazały, że w 75% próbkach z materiałem podejrzanym o obecność biofilmu, zebranych z przewlekłych, nie gojących się ran, pod mikroskopem o wysokiej rozdzielczości potwierdzono występowanie biofilmu. Stało się tak, pomimo wcześniejszego zastosowania nowoczesnych środków antyseptycznych, a także w niektórych przypadkach, antybiotyków systemowych.⁶ Biofilm może osiągnąć dojrzałość w ciągu 48-72 godzin⁷, ale jego tolerancja zaczyna

rosnąć natychmiast po przyłączeniu do powierzchni. Dlatego najbardziej efektywną sposobem działania w walce z tym prężnym przeciwnikiem jest nieprzerwane przerywanie i hamowanie powstawania nowych form biofilmu, stosując równocześnie kilka strategii. Zostały one określone jako oparta na bazie biofilmu opieka nad raną (biofilm-based wound care – BBWC).⁸ BBWC zaleca regularne usuwanie biofilmu przez oczyszczanie (debridement) w celu przerywania jego struktury i odsłonięcia bardziej wrażliwych bakterii znajdujących się wewnątrz. Jednakże, biorąc pod uwagę potencjalną szybkość odnawiania się biofilmu, takie oczyszczanie jest najbardziej skuteczne, kiedy wykonuje się je co 2-3 dni, co może stanowić wyzwanie w procedurach klinicznych. BBWC zachęca również do miejscowego stosowania opatrunków, aby powstrzymać przebudowę społeczności biofilmowych. Końcowym zaleceniem BBWC jest włączenie sprawdzonych środków przeciwbakteryjnych do protokołu pielęgnacji rany. AQUACEL® Ag + Extra™ to antybakteryjny opatrunek ze srebrem, zawierający dwie dodatkowe substancje działające synergicznie z jonami srebra, niszczące strukturę biofilmu i zabijające komórki biofilmowe. Opatrunek zatrzymuje pochłonięte komórki w strukturze opatrunku, zapewniając bezpieczną zmianę opatrunku.⁹ Ponadto, działanie to jest spotęgowane działaniem Technologii Hydrofiber™, która utrzymuje wilgotne środowisko, dzięki czemu wspomaga optymalnie proces gojenia. To połączone działanie prowadzi do poprawy stanu rany. W wielośrodkowym badaniu przeprowadzonym na 112 ranach nie wykazujących postępów w gojeniu lub pogarszających się, 78% tych ran wykazało poprawę stanu po zmianie opatrunku pierwotnego na AQUACEL® Ag+ Extra™.¹⁰

**CHCESZ WIEDZIEĆ WIĘCEJ
NA TEMAT LECZENIA RAN?**
SZUKASZ PORAD I MATERIAŁÓW

WEJDŹ NA
mojarana.pl

Piśmiennictwo

- Malone M, Bjarnsholt T, McBain A.J., James G.A., Stoodley P., Leaper D., Tachi M., Schultz G., Swanson T., Wolcott R.D. The Prevalence of Biofilms in Chronic Wounds: A Systematic Review and Meta-Analysis of Published Data. *J Wound Care* 2016; 27: 20-25. 2017 Jan 02.
- Hall-Stoodley L., Costerton JW, Stoodley P. Bacterial biofilms: from the Natural environment to infectious diseases. *Nature Reviews Microbiology* 2004; 2: 95-108.
- Olsen I. Biofilm-specific antibiotic tolerance and resistance. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* 2015; 34: 877.
- Song T, Duperthuy M, Wai SN. Sub-optimal treatment of bacterial biofilms. *Antibiotics (Basel)* 2016; 5: pii: E23.
- Gilbert P, Maira-Litran T, McBain A.J., Rickard A.H., Whyte F.W. The Physiology and Collective Recalcitrance of Microbial Biofilm Communities. *Adv Microb Physiol* 2002; 46:202-56.
- Hurlow J, Blanz E, Gaddy J.A. Clinical investigation of biofilm in non-healing wounds by high resolution microscopy techniques. *J Wound Care* 2016; 27: S11-S22.
- Wolcott RD, Rumbaugh KP, James G, Schultz G, Phillips P, Yang Q, Watters C, Stewart PS, Dowd SE. Biofilm maturity studies indicate sharp debridement opens a time- dependent therapeutic window. *J Wound Care* 2010; 19: 320-328.
- Rhoads DD, Wolcott RD, Percival S. Biofilms in Wounds: Management Strategies. *J Wound Care* 2008; 17: 502-508.
- Parsons D, Meredith K, Rowlands V, Short D, Metcalf D, Bowler P. Research Article: Enhanced Performance and Mode of Action of a Novel Antibiofilm Hydrofiber Wound Dressing. *BioMed Res Int* 2016; 2016; 7616471.
- Metcalf D, Parsons D, Bowler P. Clinical safety and effectiveness evaluation of a new antimicrobial wound dressing designed to manage exudate, infection and biofilm. *Int Wound J* 2016; doi: 10.1111/iwj.12590.

Walijscy naukowcy pracują nad inteligentnymi bandażami. Będą same powiadamiać o stanie rany

Aby kontrolować postępy gojenia się rany, musimy zazwyczaj zdjąć opatrunk. Nad rozwiązaniem tego problemu pracują walijscy naukowcy z uniwersytetu w Swansea.

Jak donosi BBC – w ciągu najbliższych 12 miesięcy stworzą inteligentny bandaż. Będzie on przysyłał informację o ranie przy pomocy technologii 5G.

Profesor Marc Clement z Instytutu Nauk o Życiu na Uniwersytecie Swansea mówi, że użycie nanotechnologii oraz technologii przysyłania danych pozwoli na monitorowanie stanu rany w czasie rzeczywistym. Pozwoli to lekarzom na dobranie indywidualnych sposobów terapii dostosowanych zarówno do specyfiki rany, jak i poziomu aktywności pacjenta. Podczas gdy w tradycyjnej medycynie lekarz widzi pacjenta np. raz na miesiąc, dzięki nowej technologii, będzie mógł być na bieżąco w każdym momencie. Informację o procesie gojenia będzie otrzymywał na swój telefon. Do tego potrzebna jest właśnie wysoka przepustowość łączności.

Nanosensory, które będą wbudowane w bandaż zostaną wydrukowane w technologii 3D. W ciągu najbliższych 12 miesięcy inteligentne bandaże mają zostać przetestowane w badaniach klinicznych.

źródło: <http://www.bbc.co.uk/news/uk-wales-south-west-wales-39590851>

W szybszym leczeniu ran ma pomóc największa jaszczurka świata

Badania naukowców z George Mason University w Stanach Zjednoczonych wskazują, że syntetyczny peptyd DRGN-1 wykazuje obiecujące właściwości w walce z zakażeniem bakteryjnym oraz biofilmem. Substancja jest wzorowana na peptydzie, który znaleziono we krwi największej jaszczurki świata – warana z indonezyjskiej wyspy Komodo.

Przeprowadzane na myszach badania wskazują, że DRGN-1 znakomicie sobie radzi z pałeczkami ropy błkitnej (*Pseudomonas aeruginosa*) oraz gronkowca złocistego (*Staphylococcus aureus*). Może to być niezwykle cenne odkrycie dla wszystkich, którzy zmagają się z antybiotykoopornymi zakażeniami. Badacze wskazują, że proces leczenia ran (zarówno niezakażonych jak i pokrytych biofilmem) dzięki użyciu DRGN-1 przebiegał znacznie szybciej niż przy tradycyjnych metodach leczenia. Badania opublikowano w kwietniowym numerze NPJ Biofilms and Microbiomes.

źródło: <https://www.nature.com/articles/s41522-017-0017-2?dom=icopyright&src=syn>

Pomoc w diagnozie bez wychodzenia z domu? Pomocze aplikacja ADA Personal Health Companion

W obecnych czasach niezwykle częste jest samodiagnozowanie się pacjentów. Korzystają oni z wyszukiwarki, forów (niekoniecznie specjalistycznych) oraz dyskusji w mediach społecznościowych. W odpowiedzi na potrzeby takich pacjentów powstała aplikacja ADA Personal Health Companion – pomoże ona w diagnozie w bardziej fachowy sposób.

Pracowało nad nią ponad 100 lekarzy, badaczy i inżynierów z Londynu i Berlina. Przez sześć lat dopracowywali narzędzie, które pomoże w rozpoznaniu choroby, choć oczywiście nie będzie diagnozą ostateczną – po tą trzeba się udać do specjalisty. ADA wykorzystuje najnowocześniejsze technologie – takie jak uczenie maszynowe oraz sztuczną inteligencję. Czyli krótko mówiąc – uczy się na kolejnych przypadkach.

Zadaje pacjentowi listę pytań i na tej podstawie stara się dotrzeć do możliwych źródeł problemu. W ten sposób pozwala na bardziej metodyczne, bo w oparciu o prawdziwe dane, działanie chorego. W ten sposób

pacjenci będą mogli podejmować bardziej racjonalne decyzje dotyczące swojego zdrowia. Aplikacja nie zastąpi jednak lekarza. Będzie za to rozszerzeniem możliwości.

źródło: <https://www.medicalnewsbulletin.com/artificial-intelligence-app-ada-personal-health-companion/>

W Brazylii do leczenia oparzeń lekarze wykorzystują skórę tilapii

Jak donosi portal Business Insider, naukowcy z Univesidad Federal do Ceará w mieście Fortaleza z powodzeniem stosują skórę tilapii w leczeniu ran poparzeniowych. Popularna ryba okazuje się znakomitym remedium na problemy, z którymi borykają się chorzy oraz brazylijskie szpitale.



źródło zdjęcia: Business Insider Video

Pomysł na wykorzystanie nietypowego środka terapii pojawił się jako odpowiedź na niedobory ludzkiej oraz świńskiej tkanki, które były stosowane w leczeniu oparzeń w publicznych ośrodkach zdrowia. Tilapia jest niezwykle popularną rybą słodkowodną. Duża i stale rosnąca liczba hodowli ułatwia dostęp do tego nietypowego środka leczniczego.

Wedle badań, które prowadzili naukowcy z Fortalezy, skóra tilapii ma zbliżoną do ludzkiej wilgotność. Podobnie z poziomem kolagenu i odpornością na choroby. Wyniki terapii wskazują na skrócenie o kilka dni okresu leczenia w porównaniu do tradycyjnych terapii. Kolejną korzyścią jest zmniejszenie bólu pacjenta oraz redukcja kosztów nawet o 75 procent.

źródło: <http://www.businessinsider.com/brazilian-doctors-using-tilapia-fish-skin-treat-burn-victims-burns-2017-5?IR=T>

źródło zdjęcia: Business Insider Video

Czy leczenie ran można spersonalizować? Obiecujące wyniki metody

Zespół naukowców pod kierunkiem Jean-François Cailhiera z kanadyjskiego Uniwersytetu University of Montreal Hospital Research Centre opracował nowatorską metodę modyfikacji konkretnych białych krwinek w taki sposób, aby przyspieszyć gojenie się ran. Odkryli, w jaki sposób działanie białka MFG-E8 aktywuje wystąpienie reakcji przeciwzapalnej w makrofagach. Bez niego procesy przebiegają znacznie wolniej.

Terapia polega na leczeniu pacjenta przy użyciu jego własnych komórek, które są aktywowane przy pomocy MFG-E8, a następnie wstrzykiwane z powrotem. Metoda immunoterapeutyczna, którą stosuje się w leczeniu nowotworów, tym razem znalazła zastosowanie w leczeniu ran. Obiecujące rezultaty na razie dotyczą badań przeprowadzonych na myszach.

– Użyliśmy komórek macierzystych pochodzących z mysiego szpiku kostnego w celu uzyskania makrofagów, które wcześniej poddawano in vivo z białkiem MFG-E8 przed ponownym wstrzyknięciem ich do myszy. Szybko zauważyliśmy przyspieszenie procesu gojenia – mówi profesor Cailhier na łamach news-medical.net.

Wstrzykiwanie samego białka może wywoływać niepożądane efekty, działa ono wtedy na cały organizm, również w narządach, które są oddległe od rany, we wszystkich komórkach, które są wrażliwe na działanie MFG-E8. Efektem może być powstawanie keloidów.

Metoda opracowana przez zespół naukowców z Montrealu, choć wymaga jeszcze kilku lat badań zanim będzie można ją wykorzystywać w leczeniu ludzi, wyznacza nowy kierunek w terapii ran. Personalizację, która zastąpi standardowe środki.

źródło: <http://www.news-medical.net/news/20170529/New-therapeutic-approach-could-save-diabetics-from-amputation-by-promoting-wound-healing.aspx>

CZASEM MUSIMY ZNALEŹĆ TEN JEDYNY POWÓD, ŻEBY PRZEKONAĆ PACJENTA DO DZIAŁANIA

o pracy z pacjentem z ZSC opowiada **Mirosława Młynarczuk**

Mirosława Młynarczuk jest na Mazowszu Wojewódzkim Konsultantem w dziedzinie Pielęgniarstwa Diabetologicznego. Pracuje również w zarządzie Polskiej Federacji Edukacji w Diabetologii. Jest członkiem-założycielem tej organizacji.

Jak to się stało, że zainteresowała się Pani tak trudną tematyką jak leczenie ran?

Byłam pielęgniarką zabiegową. Trafił kiedyś do nas na oddział pacjent ze wskazaniem do amputacji kończyny. Po godzinach zaczęłam zmieniać jego opatrunki i zobaczyłam efekty. Kiedy udało się uratować nogę, uwierzyłam, że mogę to robić.

No właśnie, pacjenci z Zespołem Stopy Cukrzycowej słyszą o konieczności amputacji, często traktują to jak wyrok...

Ale wcale tak nie musi być. Opowiem historię pacjenta, który trafił do nas z takim wskazaniem, a od tego momentu przeżył jeszcze 20 lat, dożył osiemdziesiątki i był zadowolony z życia. Ale ja wiedziałam, że noga żyje, że jest ukrwienie. Poprosiłam lekarza o nacięcie ropowicy, wypreparowanie chorych tkanek. Opracowałam ranę i nogę udało się uratować. Niezwykle ważne w takiej sytuacji jest oczyszczenie rany, podanie antybiotyku zgodnego z posiewem i właściwy opatrunek. Teraz jest mnóstwo możliwości. Jest system podciśnieniowy, dostępne są refundowane opatrunki, a nawet, choć akurat nierefundowana, terapia larwalna.

Ale ogromną siłą w gojeniu jest sytuacja, w której pacjent przejmuje odpowiedzialność za swoją ranę. Jeśli potrafi wziąć sprawę w swoje ręce, jest przekonany, że da sobie radę, proces przebiega pięknie. Pacjent, o którym mowa ćwiczył, współpracował, dzięki czemu jego wizyty w poradni były rzadkie.

A jaka jest w tym rola pielęgniarki? Jak przekonać pacjenta, że da sobie radę?

Po pierwsze musimy edukować pacjentów i ich rodziny. Od nas zależy właściwe przekazanie informacji, a od tego – efekt terapeutyczny.

Pacjenci często nawet nie wiedzą, gdzie się zgłosić, co robić. Nie mają pojęcia jak zachować aseptykę, jak nie uszkodzić rany. Dlatego duży nacisk kładę na edukację pacjenta i rodziny. Uczę takiego bandażowania, żeby nie było zbyt mocnego nacisku na naczynia. Pokazuję jak gazikiem dotykać rany, jak zakładać opatrunki. Tłumaczę, że jeśli będą potrafili to zrobić sami, nie będzie potrzeby jeździć co trzy dni do przychodni. Rodzina będzie mogła normalnie pracować, a pacjent nie będzie musiał czekać w kolejce. Inna sprawa, że często taka podróż przeciąża kończynę, już po założeniu opatrunku dochodzi do kolejnych urazów.

Ale oprócz edukacji jest też aspekt emocjonalny? Jak dotrzeć do ludzi, którzy przeżywają ogromną traumę?

Rzeczywiście, w trudnej sytuacji ludzie reagują różnie. Jedni lekceważą zagrożenie, twierdzą, że sobie poradzą. Inni z kolei są przewrażliwieni. Jednych trzeba pogłaskać, a z innymi rozmawiać stanowczo. Dlatego niezwykle ważny jest wywiad z pacjentem. To połowa sukcesu. Musimy znaleźć w pacjencie coś, co jest dla niego bardzo ważne. Jeśli mamy to coś w ręce, to znajdujemy czasem jedyne powody, żeby go przekonać do działania, a to czasem „być albo nie być”. Pamiętam taką historię. Wracałam znad morza i zatrzymałam się w Sierpcu w sklepie. Tam rozpoznał mnie pacjent, któremu wcześniej pomogłam wygoić owrzodzenie, ale ponieważ była to faza przewlekła ZSC, chodził bucie pneumatycznym. Wyglądał źle, więc namówiłam go, żeby jak najszybciej przyjechał do Warszawy do szpitala. Okazało się, że to był ostatni moment. Miał bardzo poważny stan septyczny. Jedynym ratunkiem mogła być amputacja. Miał 24 godziny na decyzję, ale pomimo, że to był stan zagrożenia życia, nie chciał się zgodzić. Ale znałam jego historię, wiedziałam, że ma silną relację z wnuczką. Przekonałam pacjenta właśnie tym, że potrzebują siebie nawzajem, że nawet z protezą, będzie mógł przekazywać wnukowi swoje motto życiowe. Udało się uratować pacjenta, do dziś dzwoni do mnie na święta, otworzył drugi sklep.

Metoda „na wnuczkę”?

Można tak ją nazwać. To był ostatni moment. Zabieg ratujący życie.

Tej nogi ostatecznie nie udało się uratować, a wie Pani ile do tej pory kończyn ocalała?

Oj, nie mam pojęcia, ale kilka lat temu robiłam w poradni raport. W ciągu roku mieliśmy 74 pacjentów ze wskazaniem amputacji, ale tylko w czterech przypadkach tak to się skończyło. To znaczy, że odsetek jest bardzo duży. Jeśli pacjent ma właściwe podejście, szuka leczenia, to naprawdę można pomóc pacjentowi. Mamy diagnostykę, pielęgniarki mają wiedzę, trzeba się tylko pochylić nad przypadkiem. Jeśli wszystkie elementy zagrają, to będzie to standard.

Wszystkie elementy czyli co?

Teraz cukrzyca jest pandemią. Brak jest profilaktyki, badań przesiewowych. Tak samo z edukacją, pacjenci często nie wiedzą, co mają robić. Moim zdaniem przy kontraktowaniu przez NFZ poradni diabetologicznej powinien być wymóg stworzenia stanowiska edukatora. Mamy dużo doświadczonych pielęgniarek, w ramach PFED organizujemy kursy, konferencje, jest wiele możliwości rozwijania się. Kiedyś było inaczej.

Kolejna sprawa to praca w zespole terapeutycznym. W zespole jesteśmy siłą. Sam lekarz niewiele może, sama pielęgniarka również. Nikt nie wie wszystkiego, a tak dajemy sobie wsparcie. Z dr Beatą Mroziakiewicz-Rakowską tworzymy taki zespół na Banacha. Ale proszę zwrócić uwagę, że rozmawiamy w klinice diabetologicznej, a nie chirurgicznej. Udało nam się wygospodarować pomieszczenie, mamy wyposażenie i możemy ratować najtrudniejsze przypadki.

A jakie były początki poradni ZSC?

W 2001 roku stworzyłam ją z dr Grzegorzem Rosińskim. Kiedy ją otwieraliśmy, pacjenci próbowali nocować w szpitalu, żeby się zapisać. Ochrona znajdowała ich chowających się w toaletach, byle tylko być pierwszym. Wszyscy chcieli tu trafić, bo „tu ratują nogi”. Przyjmowaliśmy po 18-tu pacjentów dziennie, często po godzinach. To pokazuje, jak była potrzebna.

A jak to wygląda teraz?

Teraz inaczej wyglądają zapisy i pacjentów możemy przyjąć mniej. Częściej niż kiedyś trafiają też do nas pacjenci w zaawansowanym stadium choroby. Więcej niż kiedyś jest osób, u których występuje tzw. rumowisko kości. Może wynika to z tego, że kiedyś tacy pacjenci byli kwalifikowani do amputacji. Skrócił się też czas pobytu na oddziale. Kiedyś to były 2-3 tygodnie. Teraz mam 7-10 dni. To znaczy, że muszę się jeszcze bardziej mobilizować, żeby pacjent i rodzina szybko zobaczyli efekty. Trzeba pokazać, że paznokcie, skóra, to wszystko może się zmienić przez opracowanie. Nawet przy najmniejszym zabiegu pacjent musi być zadowolony. Praca musi być estetycznie wykonana, bo dobra jakość pokazuje pacjentowi, że warto podjąć wysiłek, bo będą efekty.

Dziękuję za rozmowę

CZAS NA ZADBANIE o delikatną skórę wokół rany

USUWANIE PRZYLEPCA

Niltac™

Aerozol do usuwania przylepca Niltac™ przeznaczony jest do bezbolesnego usuwania przylepca.

KORZYŚCI:

- ułatwia **bezbolesne** i szybkie **usuwanie wszystkich przylepców medycznych oraz opatrunków**,
- **jest hypoalergiczny** – nie powoduje uczuleń,
- **nie szczypie** – można go stosować nawet na podrażnioną skórę,
- bardzo **szybko schnie** – daje możliwość założenia nowego opatrunku w szybkim czasie.

Aerozol do usuwania przylepca Niltac™ nie wpływa negatywnie na jakość przylegania opatrunków.¹



Pojemność 50 ml

OCHRONA SKÓRY

Sillesse™

Spray ochronny Sillesse™ na bazie silikonu, przeznaczony jest do stosowania jako dodatkowe zabezpieczenie skóry wokół rany.

KORZYŚCI:

- **zabezpiecza** delikatną skórę wokół rany przed szkodliwym działaniem wilgoci,
- dzięki nowoczesnej technologii silikonowej, **wygladza skórę** wokół rany tworząc mikroskopijną, cienką powłokę ochronną,
- **jest hypoalergiczny** – nie powoduje uczuleń,
- bardzo **szybko schnie** – daje możliwość założenia nowego opatrunku w szybkim czasie, zwiększa przyczepność opatrunków z przylepcem.



Pojemność 50 ml

INTERWENCJA ŻYWIENIOWA U PACJENTÓW Z RANĄ PRZEWLEKŁĄ

mgr Izabela Kuberka

Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, Wydział Nauk o Zdrowiu
Zakład Chorób Układu Nerwowego

Organizm człowieka do prawidłowego rozwoju i odbudowy tkanek potrzebuje odpowiednich substratów. Rzecz z pozoru oczywista. W praktyce, zaopatrując odleżyny i inne rany, często obserwujemy problemy w podaży pokarmów lub utrudnione wchłanianie składników odżywczych, co w konsekwencji prowadzi do stanów niedożywienia i wtórnie do braku gojenia. Dzieje się tak z różnych przyczyn, jednak u osób w wieku podeszłym dominują demencja i choroby neurologiczne [1]. Kolejnym ważnym aspektem są stany depresyjne spowodowane długotrwałym unieruchomieniem oraz brak edukacji rodzin pacjentów, którzy nie dokońca rozumieją, że powstałe odleżyny lub trudności w ich gojeniu można wiązać z niedoborami białka, cynku czy argininy.

Stan odżywienia wpływa w dużym stopniu zarówno na powstawanie ran jak i na cały proces gojenia. Patrząc na leczenie ran kompleksowo, nie możemy pominąć w żaden sposób oceny odżywienia pacjenta jak i wsparcia żywieniowego. Jest to jedna z części warunkująca prawidłowy przebieg procesu gojenia oraz uzyskania jak najlepszego rezultatu w jak najkrótszym czasie.

Proces gojenia się ran, opisywany w literaturze w dość skomplikowany sposób, odbywa się na poziomie humoralnym i komórkowym i jest związany z prawidłowym funkcjonowaniem układu immunologicznego. Pacjent z raną przewlekłą, to pacjent ze zwiększonym zapotrzebowaniem na składniki odżywcze, witaminy, mikroelementy, białko [2]. U osób w starszym wieku można się spodziewać zmniejszonej syntezy kolagenu. Dodatkowo u pacjentów ze współistniejącym niedożywieniem stan ten się pogłębia, prowadząc do spowolnienia gojenia rany, co potwierdza się również w badaniach Ceredy i współpracowników. Autorzy Molnar i współpracownicy sugerują, aby przyjąć założenie, że każdy pacjent geriatryczny z odleżyną jest niedożywiony do czasu udowodnienia, że tak nie jest.

Ocena odżywienia jest koniecznością ukierunkowaną na identyfikację niedożywienia w różnych stopniach. Wagę przywiązuje się do badań antropometrycznych, pomiaru tkanki tłuszczowej, obliczania niezamierzonej utraty masy ciała w czasie od 3 do 6 miesięcy oraz ustalenie ciężkości niedożywienia. Nie należy również zapominać o obowiązujących standardach dotyczących oceny ryzyka niedożywienia przy pomocy dostępnych skal np. NRS 2002, SGA, które ułatwiają wstępną ocenę stanu odżywienia pacjenta [3].

W wielu różnych publikacjach, zarówno polskich jak i anglojęzycznych, można zauważyć duży akcent stawiany na wsparcie żywieniowe w profilaktyce i leczeniu odleżyn. Podkreśla się duże znaczenie argininy w leczeniu niegojących się ran, również pooperacyjnych [4]. Owrzodzenia odleżynowe wymagają jednak bardziej zbilansowanego i wieloskładnikowego odżywienia. Obecnie pacjenci z raną przewlekłą mają możliwość korzystania z gotowych środków spożywczych specjalnego przeznaczenia medycznego, dedykowanych pacjentom z odleżyną lub inną raną przewlekłą np. Cubitan. Wykorzystanie w diecie białka, argininy, cynku, witaminy C i antyoksydantów wykazuje pozytywny wpływ na gojenie się odleżyn [5,6]. Połączenie tych składników ma duży wpływ na gojenie ran w każdej fazie, począwszy od zapalnej do okresu odbudowy. Musimy pamiętać o działaniu antyoksydacyjnym witaminy C, E i cynku, oraz istotnej roli argininy, która aktywuje makrofagi, przyspieszając w pierwszej fazie oczyszczenie rany, potem zaś jej lepsze dotlenienie. Białka kojarzone z odbudową rany, jak i poprawą funkcji układu odpornościowego to kolejny składnik, bez którego będzie trudno wygoić ranę. Tak więc, jeśli chcemy uzyskać optymalne warunki gojenia ran, biorąc pod uwagę tak ważną kompleksowość w ich leczeniu, po prostu wykorzystujemy możliwości wsparcia żywieniowego w praktyce.

W takim razie kogo wspierać żywieniowo? Odpowiedź jest prosta – prawie każdego. W swojej praktyce, mimo że często spotykam pacjentów powyżej 65 roku życia, to nie brakuje również pacjentów młodszych, często 30-40 latków z chorobami neurologicznymi np. stwardnieniem rozsianym, borykających się z odleżynami, jak również z niedożywieniem, czasem nawet wymagającym hospitalizacji czy wsparcia poradni żywieniowych.

I. Studium przypadku

Pacjent lat 92

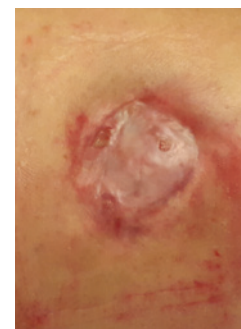
- Stan po udarze, pacjent leżący. Oleżyna IV stopnia okolicy krętarza prawego. Pacjent w momencie objęcia opieką żywiony przez PEG-a – dieta kuchenkowa miksowana, Nutrison, dodatkowo Protifar na zmianę z Cubitanem 1-2 razy dziennie. Ze względu na tendencję nawrotową owrzodzenia zalecono po wygojeniu kontynuację podaży Cubitanu 1 raz dziennie.
- Owrzodzenie zaopatrywano wyłącznie opatrunkami specjalistycznymi po uprzednim oczyszczeniu rany. Wdrożono również profilaktykę przeciwoleżynową.
- Dokumentacja fotograficzna obejmuje zakres leczenia od stanu po oczyszczeniu chirurgicznym do momentu zagojenia rany (okres 9 miesięcy).



Fot. 1. Stan po oczyszczeniu chirurgicznym z martwicy rozplywnej



Fot. 2. Gojenie prawidłowe – faza ziarninowania/naskórkowania



Fot. 3. Owrzodzenie wygojone. Tendencja nawrotowa

II. studium przypadku

Pacjentka lat 60

- Owrzodzenie odleżynowe/stopa cukrzycowa (powikłanie po 3-tygodniowym leczeniu złamania w opatrunku gipsowym). Cukrzyca od 15 lat, wyrównana metabolicznie. Pacjentka odroczonego zabiegu wszczepienia endoprotezy stawu kolanowego z powodu rozległej i zakażonej rany.
- W momencie objęcia opieką rana w fazie oczyszczania. Zastosowano oczyszczanie autolityczne, opatrunki przeciwbakteryjne, obuwie odciążające piętę. Wdrożenie leczenia metodą podciśnieniową, kontynuacja – opatrunki specjalistyczne.
- Wdrożono doustne wsparcie żywieniowe – Cubitan 2 razy dziennie przez 2 tygodnie, następnie 1 raz dziennie.
- Po wygojeniu pacjentka ponownie zakwalifikowana do wszczepienia endoprotezy.
- Dokumentacja fotograficzna obejmuje zakres leczenia od momentu oczyszczenia rany do wygojenia (okres 7 miesięcy).

Autor zdjęć: Izabela Kuberka



Fot. 1. Odleżyna w fazie oczyszczania



Fot. 2. Rana w trakcie terapii NPWT



Fot. 3. Gojenie prawidłowe, kontuacja leczenia opatrunkami specjalistycznymi



Fot. 4. Rana naskórkująca z minimalnym ubytkiem naskórka

Piśmiennictwo

- Ottawa: Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2016 Sep. Emerging Technologies for the Prevention of Pressure Ulcers in Acute Care Settings: A Review of Clinical and Cost-Effectiveness and Guidelines
- Cereda E i wsp.: A nutritional formula enriched with arginine, zinc, and antioxidants for the healing of pressure ulcers. A randomized trial. *Annals of Internal Medicine*, 2015; 162: 167-174. doi:10.7326/M14-0696
- Szewczyk M.T., Jawień A.: Leczenie Ran Przewlekłych. Wydawnictwo Lekarskie PZWL. Warszawa 2012.
- Masumoto KI, Nagata K, Oka Y, Kai H, Yamaguchi S, Wada M, Kusuda T, Hara T, Hirose S, Iwasaki A, Taguchi T. Successful treatment of an infected wound in infants by a combination of negative pressure wound therapy and arginine supplementation. *Nutrition*. 2011 Nov-Dec;27(11-12):1141-5. doi: 10.1016/j.nut.2011.01.006. Epub 2011 May 31.
- Schols JMI, Heyman H, Meijer EP. Nutritional support in the treatment and prevention of pressure ulcers: an overview of studies with an arginine enriched oral nutritional supplement. *J Tissue Viability*. 2009 Aug;18(3):72-9. doi: 10.1016/j.jtv.2009.03.002. Epub 2009 May 8.
- Kłęk S.: Rola leczenia żywieniowego w procesie leczenia ran. *Leczenie Ran* 2013. 10(4):95-99.

NUTRICIA
Cubitan

Przyspiesza gojenie ran i odleżyn¹



Dostępny
tylko w aptekach.

NOWOŚĆ

na 200 ml

kcal
248

arginyna
3 g

białko
18 g

witamina
i minerały

Cubitan to specjalistyczny
preparat odżywczy:

- wysokoenergetyczny
- wysokobiałkowy
- z arginina aby przyspieszyć gojenie ran²
- z witaminami i składnikami mineralnymi stymulującymi odbudowę tkanek^{3,4}

WSPARCIE ŻYWIENIOWE
W TERAPII PACJENTÓW
z odleżynami

Najczęściej
zalecane stosowanie:

1-3
BUTELKI DZIENNIE
14
DNI I WIĘCEJ

¹ van Anholt, et al. *Nutrition* 26 (2010) 867-872. ² M. B. Witte i A. Barbul. Arginine physiology and its implication for wound healing. *Wound Repair Regen*. 2003; 11: 419-23

³ A. B. Lansdown i wsp. Zinc in wound healing: theoretical, experimental, and clinical aspects. *Wound Repair Regen*. 2007; 15: 2-16. ⁴ H. Ciborowska i A. Rudnicka, Dietetyka. Żywnienie zdrowego i chorego człowieka. Wydanie III. PZWL, Warszawa 2007

Cubitan – dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego do postępowania dietetycznego w odleżynach i trudno gojących ranach. Dodatkowo grupą osób, które może odnieść korzyść ze stosowania preparatu Cubitan są pacjenci po udarze mózgu w fazie przewlekłej i rehabilitacji. Stosować pod nadzorem lekarza. CUB/25/08/2016

NUTRICIA Polska Sp. z o.o. ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa tel. 22 55 00 000 www.cubitan.pl

NUTRICIA
Neurology

AQUACEL® AG SURGICAL – SKUTECZNA BROŃ W ZAPOBIEGANIU ZAKAŻENIOM RAN PO ZABIEGACH OPERACYJNYCH

Małgorzata Budynek

Medical Affairs Manager ConvaTec Polska

Zakażenia miejsca operowanego (ZMO) należą do najczęściej występujących powikłań w oddziałach zabiegowych. Dotyczą około 35% populacji operowanych pacjentów. Następstwa ZMO obniżają jakość świadczonych usług, pogarszają sytuację zdrowotną pacjentów oraz powodują dodatkowe koszty^{1,2}. Zakażenie miejsca operowanego, z angielskiego Surgical Site Infection (SSI), definiowane jest jako obecność odczynu zapalnego, nacieku ropnego i wydzielin powstałych w wyniku obecności czynnika chorobotwórczego. Obecnie przyjmuje się, że jest to zakażenie występujące w ciągu do 30 lub 90 dni po zabiegu chirurgicznym w zależności od procedury operacyjnej.^{3,4}



Fot. 1. i 2. Powikłane rany pooperacyjne
(własność archiwum ConvaTec i Dorota Paczuska)

Autorzy zajmujący się problematyką zakażeń szpitalnych wskazują, że na zwiększoną liczbę ZMO i ciężkich zakażeń ma wpływ obecność wielu czynników, takich jak⁵:

- wykonywanie coraz bardziej złożonych operacji u osób w starszym wieku, obciążonych wieloma chorobami;
- rozwój transplantologii związanej ze stosowaniem immunosupresji;
- stosowanie różnego rodzaju implantów (siatki, protezy);
- operowanie chorych z obniżoną odpornością;
- powszechne stosowanie antybiotyków o szerokim zakresie działania, co w następstwie powoduje narastanie oporności drobnoustrojów.

Podział czynników zwiększających ryzyko⁶:

- zależne od pacjenta, w tym m.in.:
 - choroby przewlekłe i układowe zmniejszające skuteczność systemowej reakcji układu odpornościowego;
 - ogniska infekcji, w tym przewlekłe stany zapalne występujące u pacjenta;
- związane z polem operacyjnym, w tym m.in.:
 - zwiększające ryzyko endogennej kontaminacji, w wyniku np. otwarcia światła przewodu pokarmowego lub przeniesienia drobnoustrojów z okolicy skóry i błon śluzowych chorego;
 - zwiększające ryzyko egzogennej kontaminacji, związane m.in. z rozległą lub długotrwałą ekspozycją pola operacyjnego, nieprawidłową/niedostateczną pielęgnacją rany w okresie pooperacyjnym;
 - reoperacje;
 - działania lub zaniedbania upośledzające miejscową reakcję immunologiczną i wpływające na przebieg procesu gojenia rany (w wyniku np. nadmiernej traumatyzacji tkanek, obecności ciał obcych, krwiaka, drenażu);
 - związane z mikrobiologicznym czynnikiem infekcyjnym (gatunkiem drobnoustroju, stopniem wirulencji, wrażliwością na antybiotyki, źródłem pochodzenia i bezpośredniego skażenia).

Podział ZMO przedstawia poniższa tabela

Typ ZMO	Zakres zakażenia
ZMO typu I (powierzchnowe)	obejmuje wyłącznie tkanki powierzchowne, tj. skórę i tkankę podskórną w miejscu cięcia
ZMO typu II (głębokie)	dotyczy infekcji tkanek głębokich, obejmujących i/lub przekraczających powięź mięśniową w okolicy nacięcia
ZMO typu III (narządowe / jam ciała)	może dotyczyć każdego innego miejsca niż okolica nacięcia, np. w obrębie narządu lub jamy ciała znajdujących się w bezpośrednim kontakcie z miejscem operowanym

Tab. 1. Podział ZMO (oparty na wytycznych IPSE/HELICS (Improving Patient Safety in Europe) oraz amerykańskiego CDC (Centres for Disease Control and Prevention))

KARDIOCHIRURGIA

ZMO po sternotomii (wskaźnik 0,5–30%), zwłaszcza w ich najgroźniejszej formie, czyli zapaleniu śródpiersia, są jedną z trzech najpoważniejszych komplikacji po operacjach serca.⁷ Do najczęstszych powikłań pooperacyjnych zabiegu kardiologicznego związanych z raną operacyjną należą: ciężkie krwawienia pooperacyjne, zakażenie rany powierzchowne, zakażenie rany głębokie, niestabilność mostka, przepukliny klatki piersiowej, płyn w worku osierdziowym, płyn w jamie opłucnej, powietrze w jamie opłucnej, tzw. odma.⁸ Kardiologia jest więc oddziałem, który powinien ogromny nacisk położyć na profilaktykę zakażeń miejsca operowanego i innych powikłań pooperacyjnych.

ORTOPEDIA

W każdej z dziedzin, którymi zajmuje się ortopedia i traumatologia, musimy liczyć się z wysokim ryzykiem ZMO. Dla przykładu, według badań, wskaźnik występowania ZMO po zabiegach ortopedycznych w zakresie kręgosłupa, w jednym oddziałów Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej w Krakowie wyniósł 2,74% (ZMO wystąpiło u 20 pacjentów). Jak wynika z analizy tej grupy, aż w 14 przypadkach było to głębokie zakażenie miejsca operowanego, w pięciu powierzchowne, a w jednym zakażenie organu (ropne zapalenie opon mózgowych).⁹

POŁOŻNICTWO I GINEKOLOGIA

Cesarskie cięcie jest najczęściej wykonywanym zabiegiem operacyjnym w ginekologii i położnictwie. Jak wykazują badania wielośrodkowe na dużych grupach pacjentek, wraz ze wzrostem liczby wykonywanych cięć cesarskich rośnie także potencjalne ryzyko powikłań pooperacyjnych. ZMO jest najczęstszym z nich. W konsekwencji dochodzi do zaburzeń w gojeniu się rany pooperacyjnej, a często także i jej rozejścia.¹⁰ W zależności od przyjętej definicji oraz okresu obserwacji, ZMO występuje u około 1,8% do nawet 9,8% wszystkich pacjentek po cesarskim cięciu. W następstwie tego wydłuża się czas hospitalizacji i wzrasta liczba powrotów pacjentek do szpitala.¹¹ Według Jenksa i wsp. ZMO po cesarskim cięciu wydłuża okres hospitalizacji o 4 dni, a jednocześnie generuje dodatkowy koszt w wysokości 3716 euro na jednego pacjenta.¹²

OPATRUNKI SPECJALISTYCZNE, A GOJENIE RANY POOPERACYJNEJ

Miejscowe powikłania najczęściej występują w ranach pooperacyjnych to:

- infekcja rany pooperacyjnej (SSI),
- rozejście się brzegów rany,
- martwica brzożna,
- powstawanie pęcherzy na skórze wokół rany,
- krwawienie z rany,
- ostra, miejscowa reakcja zapalna na elementy łączące brzegi rany,
- ból i dyskomfort pacjenta podczas ruchu,
- ból i trauma w czasie zmiany opatrunku.

Jaki powinien być opatrunek chirurgiczny? Opatrunek chirurgiczny powinien:¹³

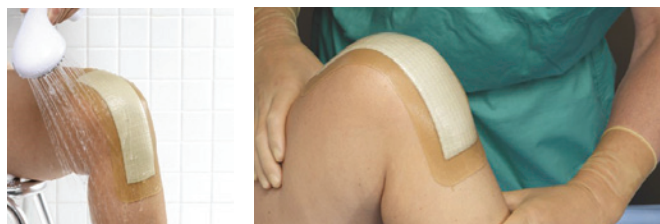
- być „wodoodporny” – umożliwiać wczesne kąpiele i korzystanie z natrysku,
- umożliwiać w miarę bezbolesne i proste zmiany,
- być barierą dla zewnętrznej kontaminacji bakteryjnej,
- zapobiegać jakimkolwiek możliwościom kontaminacji rany,
- zapewniać optymalne, wilgotne środowisko gojenia rany,
- być efektywnym kosztowo.

Opatrunki to także element profilaktyki ZMO. Istnieją badania wykazujące, że dobór opatrunku ma istotny wpływ:

- na efekt kliniczny,
- na czas opatrzywania, a co za tym idzie czy dojdzie do ZMO,¹⁴
- na to, czy powstaną pęcherze na skórze wokół rany pooperacyjnej,¹⁵
- może też wpływać na redukcję miejscowych czynników zapalnych.¹⁶

AQUACEL® Surgical i AQUACEL® Ag Surgical

Opatrunki chirurgiczne firmy ConvaTec to skuteczny i całościowy (oparty na jednym produkcie „single product”) sposób opatrzywania ran pooperacyjnych. Dzięki połączeniu technologii Hydrofiber™ i hydrokoloidu w jednym, łatwym w użyciu opatrunku, zapewniają: idealne przyleganie do dna rany, wchłanianie, zatrzymywanie i blokowanie wysięku w strukturach opatrunku oraz wysoką elastyczność.



Fot. 3. i 4. Opatrunek umożliwił kąpiel i zginanie kończyny w stawie (archiwum ConvaTec)

BADANIA POTWIERDZAJĄCE EFEKTYWNOŚĆ OPATRUNKÓW AQUACEL® Surgical i AQUACEL® Ag Surgical

KARDIOCHIRURGIA

W badaniu retrospektywnym, które zostało zaprezentowane podczas konferencji kardiologicznej Eastern Cardiothoracic Surgical Society Annual Meeting 2014¹⁷, autorzy stwierdzili, że **liczba głębokich zakażeń**

ran mostka zmniejszyła się z 3,4% przy użyciu standardowych opatrunków (17/504 przypadków) do 0% w grupie, w której stosowano AQUACEL® Ag Surgical (0/208 przypadków). Różnica ta była istotna statystycznie (P=0,012). Badanie obejmowało pacjentów w wieku 19-89 lat, hospitalizowanych z powodu operacji kardiologicznej w okresie od sierpnia 2009r. do czerwca 2013r. Zmiany w sposobie opatrzywania ran pooperacyjnych nastąpiły w maju 2011r. Wszystkie inne procedury pozostały bez zmian. Analizie poddano dane z okresów:

- W okresie od sierpnia 2009r. do maja 2011r.: 504 pacjentów po operacji kardiologicznej przecięcia mostka, zostało pokryte sterylnym, suchym opatrunkiem 10x10cm zamocowanym taśmą, zmienianym codziennie od pierwszego dnia po operacji.
- W okresie od maja 2011r. do sierpnia 2013r.: 208 pacjentów, również po operacji kardiologicznej przecięcia mostka. Na cięcie u tych pacjentów zastosowano AQUACEL® Ag Surgical i pozostawiono na 5-7 dni. W przypadku zabrudzeń opatrunek był zmieniany w sterylnych warunkach.

Grupa 208 pacjentów pozostawała pod obserwacją przez 30 dni po wypisaniu ze szpitala pod kątem objawów głębokiej bądź powierzchownej infekcji rany mostka. Obie grupy zostały porównane demograficznie i klinicznie w celu potwierdzenia porównywalności.

POŁOŻNICTWO

„Zmniejszenie ilości infekcji ran pooperacyjnych (SSI) po zabiegach cięcia cesarskiego” – to tytuł publikacji przedstawiającej wyniki badania/projektu, przeprowadzonego w Maidstone i Tunbridge Wells NHS Trust, którego wyniki zostały opublikowane w Nursing Standard, w 2011r.¹⁸ Liczba pacjentek, które zostały objęte badaniem to 2382 kobiety, które przeszły zabieg cesarskiego cięcia w Maidstone (A) oraz Tunbridge Wells NHS (B): 1032 w miejscu A, 1350 w miejscu B. Jednym z kluczowych aspektów projektu było włączenie do statystyk ZMO danych pochodzących od położnych środowiskowych po wypisie pacjentek do domu, gdyż w większości przypadków ZMO ujawnia się w czasie od 5 do 30 dni po zabiegu, a pacjentki wypisywane są ze szpitala już w 48 godzin po zabiegu cesarskiego cięcia. Monitorowanie danych było prowadzone przez okres dwóch lat w dwóch obszarach opieki położniczej:

1. szpital: stosowano proaktywny system kontroli infekcji w trakcie hospitalizacji,
2. opieka poszpitalna: położne środowiskowe zbierały dane o stanie ran pooperacyjnych po wypisie pacjentek ze szpitala (przez ok 10 dni).

Pacjentki były proszone o zwrot kwestionariuszy po upływie 30 dni od zabiegu operacyjnego (z podaniem informacji o wystąpieniu jakichkolwiek problemów z raną pooperacyjną).

Wskaźnik występowania ZMO w miejscowości A wynosił odpowiednio:

- 9% – w czerwcu 2008r.;
- 7,6% – średnia roczna (06.2008r. – 07.2009r.) po wprowadzeniu przedoperacyjnego golenia i opatrunków standardowych na minimum 48 godz.;
- 3,1% – średnia roczna (06.2009r. – 07.2010r.) po wprowadzeniu opatrunków „hydrofiber + hydrokoloid” na 5 dni;
- 1,3% – w okresie od października do grudnia 2010r. utrzymał tendencję spadkową.

Wskaźnik występowania ZMO w miejscowości B wynosił odpowiednio:

- 7,9% – w 2008r.;
- 7,1% – średnia roczna (06.2008r. – 07.2009r.) po wprowadzeniu przedoperacyjnego golenia i opatrunków standardowych na minimum 48 godz.;
- 5,9% – średnia roczna (06.2009r. – 07.2010r.) po wprowadzeniu opatrunku „pad + film” na minimum 48 godz.;

Poziom ten utrzymywał się pomimo wprowadzenia do standardu postępowania opatrunku.

Wniosek: Rezultaty sugerują, że kombinacja opatrunków „hydrofiber + hydrokoloid” pomaga w zredukowaniu wskaźnika ZMO po zabiegach cesarskiego cięcia, zwłaszcza gdy jest używany włącznie z przestrzeganiem zaleceń NICE.

Jako efekt przeprowadzonej ewaluacji postępowania z raną pooperacyjną, kombinacja opatrunków „hydrofiber + hydrokoloid” została wprowadzona jako standard w obu ośrodkach położniczych Maidstone and Tunbridge Wells NHS Trust.

ORTOPEDIA

W ortopedii ze względu na obawy związane z kosztami powikłań, ostatnie zmiany w praktyce klinicznej zwiększyły nacisk na protokoły ukierunkowane na wczesną mobilizację pacjenta oraz najwcześniejszy jak to możliwe wypis ze szpitala. W prospektywnym, klinicznym badaniu opublikowanym, w 2012r. (Hopper i wsp.)¹⁹, obejmującym pacjentów po zabiegach alloplastyki stawu kolanowego lub biodrowego, oceniano efektywność zabezpieczenia rany pooperacyjnej opatrunkiem specjalistycznym (AQUACEL® Surgical – 50 pacjentów), w porównaniu z opatrunkiem standardowym (MEPORE – 50 pacjentów) oraz szybkość wypisu pacjentów w obu grupach. Wskazaniem klinicznym do zmiany było przeciekanie opatrunku. Jeśli nie było konieczności wymiany opatrunku, pozostawał on na ranie do siedmiu dni po zabiegu. Monitorowano kliniczne efekty w postaci: czasu pozostawiania na ranie, ilości zmian opatrunków, występowania pęcherzy oraz długość hospitalizacji.

Rezultaty wykazały, że:

- specjalistyczny opatrunek (AQUACEL® Surgical) mógł dłużej pozostawiać na ranie aniżeli opatrunek tradycyjny (delikatny opatrunek wyspowy) – wymagał mniej zmian – różnica był istotna statystycznie;
- długość pobytu w szpitalu była krótsza w przypadku pacjentów, u których rana zabezpieczana była opatrunkiem AQUACEL® Surgical;
- przyniósł kliniczne korzyści w postaci wczesnej mobilizacji pacjentów i potencjalnego obniżenia kosztów hospitalizacji.

Mierzone wyniki	AQUACEL® SURGICAL (opatrunek specjalistyczny)	MEPORE® (opatrunek tradycyjny)	Znaczenie statystyczne (wartość p)
Czas pozostawiania na ranie (mediana)	7 dni	2 dni	p < 0,001 istotne statystycznie
Ilość zmian opatrunków (mediana)	0	3	p < 0,001 istotne statystycznie
% pacjentów, u których powstały pęcherze	4%	20%	p < 0,028 istotne statystycznie
Długość hospitalizacji (mediana)	4 (rozpiętość 1 do 7)	4 (rozpiętość 2 do 14)	p < 0,386 istotne statystycznie

Tab. 1. Porównanie uzyskanych wyników

W grupie pacjentów, których rany były zabezpieczone opatrunkiem Aquacel® Surgical, 75% zostało wypisanych do czterech dni, podczas gdy w grupie tradycyjnej trwało to do sześciu dni.

Wniosek: Stosowanie opatrunków Aquacel® Surgical u pacjentów po zabiegach alloplastyki stawu kolanowego lub biodrowego pozwala na wcześniejszą mobilizację pacjentów, zmniejsza ilość pęcherzy, skraca czas hospitalizacji, a tym samym wpływa na obniżenie jej kosztów.

CHIRURGIA JAMY BRZUSZNEJ

Obserwacja prowadzona była w klinice chirurgii KBC-a, Split w Chorwacji. Objęto nią pacjentów po operacjach brzusznych połączonych często z równoczesnym wyłonieniem stomii. Opatrunki zakładano na bloku operacyjnym. Utrzymywane były na ranie przez sześć dni, chyba, że ze względu na obfity wysięk, konieczna była wcześniejsza zmiana opatrunku.

Wyniki obserwacji:

- po początkowych trudnościach w aplikacji, dość szybko udało się dopasować opatrunek do wielkości rany;
- przed aplikacją trzeba dokładnie rozważyć wielkość opatrunku do długości cięcia;
- opatrunek wymaga dużej dokładności przy wklejaniu w zagłębieniach np. pachwin, aby dobrze przylegał i nie odklejał się;
- technika aplikacji opatrunku jest podobna do opatrunków konwencjonalnych, którymi w przypadku tej kliniki były tzw. „opatrunki wyspowe” (standardowe opatrunki chirurgiczne z wyspą materiału chłonnego w środkowej części włókniny przylepnej);
- na powierzchni opatrunku można było bez problemu zobaczyć zmianę zabarwienia w miejscach, gdzie wysięk docierał przez warstwę chłonną, pod warstwę hydrokoloidową;
- opatrunek pozwala na bezproblemowe zabezpieczenie stomii, nawet jeśli rana pooperacyjna jest w niedużej odległości od niej;
- większość pacjentów bardzo dobrze tolerowała opatrunek i podkreślała jego wygodę;
- tylko w jednym przypadku (obustronne przepukliny pachwinowe) na 20, konieczna była zmiana opatrunku przed upływem sześciu dni od operacji.

Wniosek: Opatrunki AQUACEL® Surgical świetnie sprawdzają się w przypadku ran po operacjach brzusznych, także w przypadku równoczesnego wyłonienia stomii. Pacjenci podkreślają wygodę i poczucie bezpieczeństwa przy poruszaniu.

PODSUMOWANIE

Przytoczone powyżej wyniki badań i obserwacji dowodzą, że opatrunki chirurgiczne AQUACEL® SURGICAL i AQUACEL® Ag SURGICAL:

- zmniejszają ryzyko powierzchniowego zakażenia miejsca operowanego (ZMO);
- zmniejszają tendencję do tworzenia się pęcherzy i strupów;
- zmniejszają częstość późnego wysięku w ranie operacyjnej;
- rzadziej wymagają zmiany, zmniejszając w ten sposób obciążenie personelu;
- są bardzo dobrze tolerowane przez pacjentów oraz komfortowe w użyciu dla personelu.

Z praktycznego punktu widzenia są one idealnym rozwiązaniem w opatrywaniu ran pooperacyjnych. Skuteczność ochrony przed ZMO jest szczególnie ważna, zwłaszcza w procedurach o zwiększonym ryzyku wystąpienia powikłań.

Piśmiennictwo

1. Różańska A, Bulanda M. Koszty zakażeń szpitalnych w świetle wybranych wyników badań z tego zakresu. *Zakażenia*. 2013;13(6): 24-26.
2. Bartoszewicz M, Rygiel A. Biofilm jako podstawowy mechanizm zakażenia miejsca operowanego – metody prewencji w leczeniu miejscowym. *Polish Surgery* 2006; 8, 3: 171-178.
3. CDC/NHSN Protocol Clarifications. Centers for Disease Control and Prevention. Dostępne na: 2013; <http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanu-19/9icurrent.pdf>.
4. Gospodarek E, Szopiński J, Mikucka A. Zakażenia miejsca operowanego – postaci kliniczne, czynniki ryzyka, profilaktyka, etiologia, diagnostyka. *Forum Zakażeń* 2013; 4: 275-282.
5. Szewczyk M i wsp. Zalecenia profilaktyki zakażeń miejsca operowanego i stosowania antybiotykoterapii w okresie przedoperacyjnej opieki pielęgniarstwa na oddziałach zabiegowych. *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne* 2/2015;39-55.
6. Bielecki K. *Zakażenia chirurgiczne*. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2007.
7. Jan W. Borowiec. Infekcje rany dostępu chirurgicznego w kardiologii – „Wizja Zero” *Kardiologia i Torakochirurgia Polska* 2010; 7 (4): 383-387.
8. Rogowski J. Opieka pooperacyjna w zabiegach kardiologicznych. *Choroby Serca i Naczyń* 2006, tom 3, nr 3, 115-122.
9. Rędzia A, Bulanda M i wsp. Zakażenia miejsca operowanego po zabiegach ortopedycznych w zakresie kręgosłupa. *Zakażenia* 2005;6.
10. Moson K. Rana po cięciu cesarskim – jak zmniejszyć ryzyko nieprawidłowego gojenia? *Post N Med* 2016; XXIX(7): 448-451.
11. Stanirowski P i wsp. Randomized Controlled Trial Evaluating Dialkylcarbamoyl Chloride Impregnated Dressings for the Prevention of Surgical Site Infections in Adult Women Undergoing Cesarean Section. *SURGICAL INFECTIONS* Volume XX, Number XX, 2016 Mary Ann Liebert, Inc. DOI: 10.1089/sur.2015.223.
12. Jenks PJ, Laurent M, McQuarry R, Watkins R. Clinical and economic burden of surgical site infection (SSI) and predicted financial consequences of elimination of SSI from an English hospital. *J Hosp Infect* 2014;86:24-33.
13. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. National Institute for Health and Clinical Excellence. *Surgical Site Infection Guideline*. <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG74FullGuideline.pdf>. October 2008. Accessed November 21, 2008.
14. Dillon JM, Clarke JV, Emmerson S, Kinninmonth AWG. The Jubilee method: a modern dressing design which reduces complications and is cost-effective following total hip and knee arthroplasty. Poster Presented at American Academy of Orthopaedic Surgeons Annual Meeting; February 14-16, 2007; San Diego, CA.
15. Gupta SK, Lee S, Moseley LG. Postoperative wound blistering: is there a link with dressing usage? *J Wound Care*. 2002;11(7):271-273.
16. Hoekstra MJ, Hermans MHE, Richters CD, Dutrieux RP. A histological comparison of acute inflammatory responses with a hydrofiber or tulle gauze dressing. *J Wound Care*. 2002;11(3):113-117.
17. Schubach S i wsp. AQUACEL® Ag Surgical Reduces Incidence of Deep Sternal Wound Infection Post-Cardiac Surger. Dostępne na <http://convec.com/media/13099683/winthroposter.pdf>.
18. Gregson H. Reducing surgical site infection following caesarean section. *Nursing Standard*, vol 25, no 50, 2011,pg. 35-40.
19. Hopper GP, Deakin AH, Crane EQ, Clarke JV. Enhancing patient recovery following lower limb arthroplasty with a modern wound dressing: a prospective, comparative audit. *J Wound Care*. 2012;21:200-203.

NIE MOŻNA ZABIERAĆ PACJENTOM NADZIEI. BLASKI I CIENIE LECZENIA MIEJSCOWEGO W ZESPOLE STOPY CUKRZYCOWEJ

mgr Anna Mirosz

Przewodnicząca Zespołu ds. profilaktyki i leczenia ran przewlekłych w SPZOZ w Mińsku Mazowieckim, Poradnia Chirurgii Ogólnej

W niniejszym artykule, na przykładzie jednej z pacjentek, postaram się odpowiedzieć na nurtujące wiele osób pytania:

- Czy warto „walczyć” o uratowanie stopy u pacjenta z Zespołem Stopy Cukrzycowej?
- Jaki wpływ mają na to wiedza i umiejętności pielęgniarek w poradniach oraz w środowisku domowym pacjenta?
- Jak wiedza i umiejętności pielęgniarek pracujących w poradniach oraz w domu pacjenta wpływają na poprawę jakości życia takich pacjentów?
- Czy wiedza pielęgniarska przyczynia się również do walki o uratowanie takiej kończyny?

Wraz ze wzrostem zachorowań na cukrzycę, wzrasta liczba pacjentów, u których występują powikłania tej choroby. Jednym z nich jest Zespół Stopy Cukrzycowej, czyli destrukcja (infekcja) tkanek głębokich w połączeniu z zaburzeniami neurologicznymi oraz chorobami naczyń obwodowych w różnym stopniu zaawansowania, w kończynach dolnych poniżej kostki. Dochodzi do nich na skutek długotrwałe utrzymującego się wysokiego poziomu cukru we krwi.

Wiadomym jest, jak trudno goją się rany w obrębie stóp u pacjentów chorych na cukrzycę.

Ze względu na wysokie ryzyko powikłań, pacjent chory na cukrzycę może stracić palec, stopę, kończynę a nawet życie nawet z powodu banalnego zadrapania, otarcia skóry stopy w niewygodnym bucie, czy też z powodu tzw. „odcisku”.

W poradni chirurgicznej, w której pracuję, każdy chory na cukrzycę pacjent, niezależnie od powodu z jakim się zgłosił, otrzymuje zalecenia codziennej kontroli poziomów cukru we krwi oraz wyglądu stóp. Jednak, jak wynika z moich obserwacji, część pacjentów trafia do poradni już z owrzodzeniem cukrzycowym stopy, gdyż nie zdaje sobie sprawy z zagrożenia.

Często zadaję sobie pytanie: dlaczego tak szybko podejmuje się decyzję o amputacji w przypadku owrzodzenia cukrzycowego? I nie potrafię znaleźć odpowiedzi.

Być może teraz, gdy powstał program wsparcia otwierania podstawowych poradni ambulatoryjnego leczenia pacjentów ze stopą cukrzycową, coś się zmieni. Zakłada on w latach 2016-2018 otwarcie jednego gabinetu referencyjnego oraz po osiem gabinetów podstawowych w każdym województwie.

Informacje na temat tego programu znajdują się na stronie Ministerstwa Zdrowia. Link do tej strony: <http://www.mz.gov.pl/zdrowie-i-profilaktyka/programy-zdrowotne/wykaz-programow/program-wsparcia-ambulatoryjnego-leczenia-zespołu-stopy-cukrzycowej/> Takim gabinetem referencyjnym w Województwie Mazowieckim jest Poradnia Leczenia Stopy Cukrzycowej w SP CSK, w Warszawie na ul. Banacha 1a.

Poniżej przedstawiam historię „walki” o uratowanie stopy cukrzycowej zakwalifikowanej do amputacji.

Wyrok – AMPUTACJA

Kobieta lat 75 z cukrzycą typu 2, leczona insuliną.

Choroby współistniejące spowodowane w dużym stopniu cukrzycą:

- przewlekła choroba wieńcowa,
- nefropatia cukrzycowa (pacjentka dializowana trzy razy w tygodniu),
- neuropatia cukrzycowa.

Czynnikami utrudniającym proces gojenia rany był fakt, że pacjentka była dializowana z powodu nefropatii.

Rana przodostopia u pacjentki powstała w wyniku otarcia tej powierzchni w bucie. Doszło do rozwoju owrzodzenia w Zespole Stopy Cukrzycowej. Pacjentka z powodu rany była hospitalizowana w oddziale chirurgii w Mińsku Mazowieckim, gdzie po opracowaniu rany i po konsultacji, zapadł wyrok – amputacja. Pani H. nie wyraziła zgody na tak drastyczne rozwiązanie i została wypisana z oddziału do dalszego leczenia ambulatoryjnego.

Pierwsza wizyta Pani H. w poradni chirurgicznej nie wyglądała najlepiej, z powodu złego stanu psychicznego pacjentki. Diagnoza z jaką do nas przyszła była dla niej wielką tragedią. Wsparcie dla takich osób powinno płynąć zewsząd, a często jest zupełnie odwrotnie. Kobieta opowiadała z jakimi reakcjami innych osób spotykała się na co dzień w szpitalach. Słyszała, że zapach z rany jest nieprzyjemny, opatrunek źle wygląda, jest przesiąknięty, że powinna zgodzić się na amputację, bo i tak nikt jej nie uratuje tej stopy. Częstym problemem jest brak wsparcia ze strony personelu medycznego a także rodziny, znajomych.

Walka o stopę

Po zebraniu wywiadu postanowiliśmy „zawalczyć” i spróbować uratować tę stopę. Zdawaliśmy sobie sprawę, że czeka nas ciężka i żmudna praca, która może nie przynieść zadawalających efektów, ale nie poddaliśmy się. W ambulatoryjnym leczeniu owrzodzenia cukrzycowego niezwykle ważna jest współpraca pacjenta z personelem medycznym. Pacjent, jako członek Zespołu Terapeutycznego, podejmuje decyzje na temat leczenia i zobowiązuje się do przestrzegania zaleceń personelu. Udzieliłiśmy więc pacjentce szczegółowych wyjaśnień, wskazówek. Wy tłumaczyliśmy Pani H. dlaczego, w przypadku tak rozległej rany, tak ważne jest uregulowanie poziomów cukru we krwi. Przedstawiliśmy pacjentce plan leczenia miejscowego, ale nie zagwarantowaliśmy, że na pewno stopę uratujemy. Pacjentka wyraziła zgodę na zaproponowane rozwiązanie i wdrożenie leczenia miejscowego z wykorzystaniem opatrunków specjalistycznych.

Wygląd rany podczas pierwszej wizyty w poradni chirurgicznej (Fot. 1):

- rana owrzodzeniowa zajmująca całą powierzchnię przodostopia stopy prawej;
- głębokie owrzodzenie uwidaczniające ścięgna;
- na całej powierzchni zalegający włóknik i częściowo sucha martwica;
- rana z obfitym wysiękiem o nieprzyjemnym zapachu, świadcząca o toczącym się stanie zapalnym (infekcja);
- obrzęk stopy: stopa, palce i część podudzia;
- fatalny stan paznokci.

13.05.2016r. Początek leczenia opatrunkami specjalistycznymi (Fot. 1)**Zastosowane postępowanie:**

- lawaseptyka – NaCl 0,9 %;
- oczyszczenie mechaniczne rany za pomocą łyżeczki chirurgicznej;
- w celu rozpuszczenia/uwodnienia zalegającej martwicy suchej i rozplywnej zastosowano GranuGel® na całą powierzchnię rany;
- na GranuGel® w całym łóżysku rany zastosowano opatrunek z jonami srebra Aquacel® Ag+ Extra™;
- jako zabezpieczenie opatrunku pierwotnego zastosowano gazę jałową i bandaż.

Opatrunek pozostawiono na dwa dni.



Fot. 1. Stan rany z 13.05.2016 r. Początek leczenia opatrunkami specjalistycznymi



Fot. 2. Stan rany z 08.06.2016 r. Trzy tygodnie od zastosowania opatrunków specjalistycznych

08.06.2016r. Trzy tygodnie od zastosowania opatrunków specjalistycznych (Fot. 2)

Pacjentka ściśle współpracowała z nami i przestrzegała zaleconych wskazań:

- jak najmniej obciążać stopę (pacjentka podpierała się kulą podczas chodzenia, w miarę możliwości starała się leżeć w łóżku);
- kontrolować poziom cukru we krwi.

Przez dwa tygodnie kontynuowano zaplanowane leczenie za pomocą opatrunków specjalistycznych (pacjentka zgłaszała się do poradni co dwa dni).

Po kolejnych dwóch tygodniach zaobserwowano znaczną poprawę w procesie gojenia się rany, dlatego też zmieniono protokół postępowania – Aquacel® Ag+ Extra™ zastąpiono opatrunkiem bez srebra Aquacel® Extra™.

Zastosowano:

- lawaseptykę – roztwór NaCl 0,9%;
- skaryfikację brzegów rany za pomocą łyżeczki chirurgicznej;
- GranuGel® na włóknik w ranie;
- maść cholesterolową na skórę stopy;
- Aquacel® Extra™ na ranę;
- Aquacel® Foam jako opatrunek wtórny zabezpieczający;
- lekko zabandażowano stopę bandażem dzianym na życzenie pacjentki.

Przez kolejny miesiąc zmieniano opatrunki co dwa dni.

22.06.2016r. Pięć tygodni od zastosowania opatrunków specjalistycznych (Fot. 3)

Pacjentka, widząc postępy w gojeniu rany poczuła się znacznie lepiej psychicznie, widziała efekty i wierzyła, że stopa zostanie uratowana. Zaobserwowano dalszy znaczny postęp w gojeniu się owrzodzenia cukrzycowego.



Fot. 3. Stan rany 22.06.2016r. Pięć tygodni od zastosowania opatrunków specjalistycznych



Fot. 4. Stan rany na dzień 25.07.2016r.

Stan rany:

- w dniu rany widoczna zdrowa ziarnina;
- znaczne zmniejszenie ilości wysięku;
- obrzęk stopy, palców w dalszym ciągu się utrzymywał;

25.07.2016r. (Fot. 4)

Pacjentka nadal dializowana trzy razy w tygodniu.

Zastosowano:

- lawaseptykę;
- skaryfikację brzegów rany;
- zmieniono rodzaj opatrunku na Granuflex®, gdyż wysięk z rany był minimalny.

Zalecono zmianę opatrunków co trzy dni, a wizyty w poradni co dwa tygodnie. Taki model zmiany opatrunków był zaproponowany ze względu na wizyty pielęgniarki środowiskowej w domu pacjentki.

24.08.2016r. Trzy miesiące od zastosowania opatrunków specjalistycznych (Fot. 5)**Stan rany po trzech miesiącach stosowania opatrunków specjalistycznych:**

- rana zmniejszała swoją objętość naskórkując od brzegów;
- w dniu rany czysta, zdrowa ziarnina;
- palce i stopa nadal obrzęknięte.

Wizyty w poradni kontynuowano co dwa tygodnie, profesjonalna opieka pielęgniarek środowiskowych przyniosła znaczące efekty w procesie gojenia rany. Podczas zmian opatrunków zachowany był protokół postępowania czyli:

- lawaseptyka;
- skaryfikacja brzegów rany;
- opatrunek Granuflex®.

Podczas każdorazowej kontroli w poradni obserwowano postępy w gojeniu się rany. Samopoczucie pacjentki wciąż się poprawiało. W miejscu dializowania personel z niedowierzaniem obserwował postępy w gojeniu się rany.



Fot. 5. Stan 24.08.2016 r. Trzy miesiące od zastosowania opatrunków specjalistycznych



Fot. 6. Stan rany 21.09.2016 r.

21.09.2016r. (Fot. 6)

Stopa nie była już obrzęknięta. Napęczniały naskórek był bardzo delikatny, więc natłuszczano go maścią Linomag, pozostałą część skóry stopy pielęgnowano maścią cholesterolową, pamiętając zawsze o tym, żeby przestrzeń między palcami była sucha. Oczywiście, za każdym razem stosowano te same procedury zmiany opatrunku, łącznie ze skaryfikacją brzegów rany za pomocą łyżeczki chirurgicznej.

Po pięciu miesiącach gojenia się rany, zmieniono rodzaj opatrunku na Granuflex® Extra Thin.

12.10.2016r. Pięć miesięcy od zastosowania opatrunków specjalistycznych (Fot. 7)



Fot. 7. 12.10.2016 r. Pięć miesięcy od zastosowania opatrunków specjalistycznych

Pacjentka nadal przyjeżdżała na kontrolę co dwa tygodnie. Po odpowiednim przeszkoleniu sama już zmieniała sobie opatrunek.

Kiedy pani H. przyjechała na kontrolę w grudniu 2016 roku, była uśmiechnięta i wręcz rozpromieniona. Proszę ocenić czy miała powód do radości porównując Fot. 8 i 9.



Fot. 8. Początek leczenia 13.05.2016 r.



Fot. 9. Stan rany 8. 21.12.2016 r.

Najlepszy prezent

Był to najlepszy prezent gwiazdkowy dla personelu medycznego pracującego w poradni chirurgicznej w Mińsku Mazowieckim. Stopa zakwalifikowana do amputacji została uratowana. Stało się tak dzięki determinacji i współpracy personelu pielęgniarskiego i lekarzy z tej poradni oraz ze środowiska, jak również dzięki wiedzy i umiejętnościom w doborze odpowiedniego opatrunku do fazy gojenia się rany.

Wybór odpowiedniego jego rodzaju jest istotny. Na rynku jest wiele opatrunków różnych firm, dlatego personel medyczny powinien na bieżąco zapoznawać się z asortymentem.

Oczywiście pacjentka nadal musi dbać o stopę. Naskórek, który pokrył ranę jest jeszcze bardzo cienki i nie spełnia funkcji zdrowej skóry. Poinformowano o tym pacjentkę i nadal profilaktycznie stosuje opatrunek Granuflex® Extra Thin i specjalistyczne obuwie.

Przypadek Pani H. pokazuje, że warto walczyć o uratowanie każdej stopy cukrzycowej. Nie zawsze kończy się to tak jak u Pani H., ale nie można zabierać pacjentom nadziei bez podjęcia próby leczenia.

Autor zdjęć: Anna Mirosz

AQUACEL® Foam

Strażnik Twojej Skóry

Opatrunki AQUACEL® Foam mają wszystko czego potrzebujesz



ZABEZPIECZA



CHRONI



PIELĘGNUJE



 **ConvaTec**

LECZENIE ODLEŻYN JEST MOŻLIWE NAWET W TZW. „BEZNADZIEJNYCH” PRZYPADKACH – OPIS PRZYPADKU

spec. piel. Barbara Lemieszek

POZ Lublin

Pracuję w zawodzie pielęgniarki od 33 lat, początkowo na oddziale Intensywnej Opieki Kardiologicznej, a od 15 lat w POZ, jako pielęgniarka środowiskowa. Doskonale pamiętam początki mojej pracy i trudności w leczeniu odleżyn, pomimo prawidłowej pielęgnacji p/odleżynowej i stosowania dostępnych wówczas technik leczenia. Rany odleżynowe „wietrzone”, osuszane Pioktaniną i zabezpieczane opatrunkami z gazy, goiły się bardzo powoli. Zdaniem opinii publicznej duże, zakażone odleżyny były nie do wyleczenia.

Nowym doświadczeniem w pracy pielęgniarki okazał się dla mnie kontakt z pacjentami geriatrycznymi i niepełnosprawnymi w Domu Opieki w Londynie. Poznałam tam nowoczesny sprzęt stosowany w profilaktyce p/odleżynowej taki jak materace zmiennościśnieniowe, prześcierała poślizgowe, twistery, podkłady ślizgowe itp. Po raz pierwszy spotkałam się tam również z wykorzystaniem nowoczesnych opatrunków i środków rozpuszczających martwicę stosowanych przy leczeniu odleżyn i innych przewlekłych ran.

Po powrocie do Polski zaczęłam edukować moich pacjentów i ich rodziny jak polepszyć jakość opieki w warunkach domowych. Przedstawiłam jak ważna jest profilaktyka p/dleżynowa, stosowanie refundowanych materacy zmiennościśnieniowych zastępujących standardowe materace i poduszki oraz wszelkiego rodzaju kraczki pod piętę i pośladki. Przekonywałam pacjentów jak ważne w leczeniu ran jest stosowanie nowoczesnych opatrunków, które są refundowane. Najtrudniejsze było wytłumaczenie pacjentowi i jego opiekunom, że opatrunek można pozostawić na ranie kilka dni, że wizualnie na początku leczenia rana może wyglądać gorzej i to „gorzej oznacza lepiej”.

Od kilku lat, stosując opatrunki ConvaTec z powodzeniem wyleczyłam wiele odleżyn, owrzodzeń i stóp cukrzycowych.

Opis przypadku

Pacjenta, którego chciałam przedstawić poznałam w lutym 2016 roku. Jest nim młody, 33 letni, niepełnosprawny mężczyzna z przepukliną oponową – rzeniową, z porażeniem kończyn dolnych, poruszający się na wózku inwalidzkim.

Od czerwca 2015 roku leczony na Oddziale Chirurgicznym z powodu odleżyny pośladka prawego IV stopnia. Dwukrotnie wykonano nekrektomię i sekwestrektomię oraz zastosowano leczenie drenażem ssącym VAC. W związku z objawami zakażenia rany i anemią (Hemoglobina 8,9 g/dl) zalecany przeszczep okazał się w jego przypadku niemożliwy. Po miesięcznym pobycie w szpitalu, pacjent został wypisany do domu z zaleceniem kontynuacji leczenia w warunkach ambulatoryjnych.

W trakcie wizyty domowej u chorego, obejrzałam ranę. Odleżyna była bardzo głęboka i rozległa, z widoczną martwicą i objawami infekcji. Skóra wokół była zniszczona z powodu bardzo dużej ilości wysięku z rany (Fot. 1).

Dotychczasowe leczenie:

- Gaziki
- Antyseptyk zawierający octenidynę

Zamieniłam na:

- Laweseptyka (roztwór soli fizjologicznej);
- Antyseptyka (Octenisept);
- GranuGel® (w celu rozpuszczenia martwicy)
- Aquacel® Ag+ Extra™ (w celu zwalczania drobnoustrojów i zapobiegania odbudowie biofilmu oraz wypełnienia rany);
- Aquacel® Foam 17,5 x 17,5 cm (jako opatrunek wtórny)
- Codzienna zmiana opatrunków przez pierwsze 3 tygodnie (z powodu bardzo dużego wysięku rany).

Stan rany w dniu rozpoczęcia leczenia opatrunkami specjalistycznymi (Fot. 1)

Po 3 tygodniach od zastosowania powyższego protokołu leczenia stan rany uległ wyraźnej zmianie. Widocznie zmniejszyła się ilość tkanki martwiczej oraz wysięku, a także poprawiła się kondycja skóry wokół rany.

Na tym etapie kontynuowałam zastosowane leczenie:

- GranuGel® pokryty opatrunkiem Aquacel® Ag+ Extra™;
- Jako opatrunek wtórny - Aquacel® Foam 17,5 x 17,5 cm;
- Ze względu na zmniejszoną ilość wysięku zdecydowałam o zmianie opatrunku co drugi dzień.



Fot. 1. Stan rany w dniu rozpoczęcia leczenia opatrunkami specjalistycznymi



Fot. 2. Stan rany na początku kwietnia

Stan rany na początku kwietnia (Fot. 2)

Na początku kwietnia 2016 roku z powodu niedokrwistości, pomimo stałej suplementacji żelaza, pacjent został przyjęty na Oddział Internistyczny gdzie zmieniono zalecenia leczenia odleżyny na gaziki, żel i płyn na bazie octenidyny i zmianę opatrunku z gazy 1 raz dziennie.

Z takimi zaleceniami pacjent został wypisany do domu, co w rezultacie pogorszyło stan rany. Rana była głęboka, „rozepchana” gazikami, z dużą ilością cuchnącej wydzieliny.

Oceniając stan rany wznowiłam poprzednie leczenie:

- Laweseptyka (roztwór soli fizjologicznej);
- Antyseptyka (Octenisept);
- GranuGel® (w celu rozpuszczenia martwicy);
- Aquacel® Ag+Extra™ (w celu zwalczania drobnoustrojów i zapobiegania odbudowie biofilmu oraz wypełnieniu rany);
- Aquacel® Foam 17,5 x 17,5 cm (jako opatrunek wtórny);
- Codzienna zmiana opatrunków (z powodu bardzo dużego wysięku rany).

Stan rany po kolejnych 2 tygodniach od wznowienia wcześniejszego protokołu (Fot. 3)

Po dwóch tygodniach zmiana opatrunków co drugi dzień.

W czerwcu widoczny był już znaczny postęp w gojeniu. Odleżyna była płytsza, z widoczną ziarniną na dnie, brzegi obkurczyły się a powierzchnia rany zmniejszyła się.



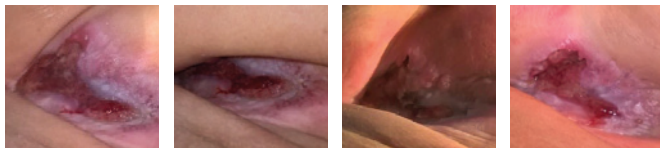
Fot. 3. Stan rany po kolejnych 2 tygodniach od wznowienia wcześniejszego protokołu



Fot. 4. Rana naskórkująca od brzegów i obkurczona

Kontynuacja leczenia:

- Laweseptyka (roztwór soli fizjologicznej);
- Antyseptyka (Octenisept);
- Aquacel® Ag+ Extra™ (w celu zwalczania drobnoustrojów i zapobiegania odbudowie biofilmu oraz wypełnienia rany);
- Aquacel® Foam 15 x 15 cm (jako opatrunek wtórny);
- Zmiana opatrunków co 3. Dzień.

Kolejne tygodnie przynosiły dalszą poprawę stanu rany (Fot. 5-9)

Fot. 5-8. Kolejne etapy gojenia się rany

Stan rany po 7 miesiącach leczenia :

- Rana oczyszczona
- Wypełniona świeżą ziarniną
- Skóra wokół odleżyny w dobrej kondycji

Kontynuacja leczenia:

- Laweseptyka (roztwór soli fizjologicznej);
- Antyseptyka (Octenisept);
- Aquacel® Ag+ Extra™ (ze względu na wysokie ryzyko zakażenia u pacjenta);
- GranuFlex® 10 x 10 cm (jako opatrunek wtórny);
- Zmiana opatrunków co 3-4 dni.

Przez cały okres leczenia edukowałam pacjenta i opiekunów jak zachować prawidłową higienę ciała (zaleciłam stosowanie „szarego mydła” w zamian za ogólnodostępne pachnące płyny). Zaleciłam dietę wysokobiałkową bogatą w witaminy i mikroelementy. Monitorowałam też ogólny stan zdrowia pacjenta: temperaturę ciała, wyniki morfologii i CRP.



Fot. 9. Rana już prawie wygojona

Po regularnym stosowaniu przez okres 7 miesięcy opatrunków specjalistycznych ConvaTec rana wypłynęła się, obkurczyła i rozpoczęła się regeneracja narastającego od brzegów naskórka. Poprawił się również ogólny stan zdrowia pacjenta, wyniki badań morfologii (Hemoglobina z 8,9 g/dl na 13,8 g/dl), CRP (z 70 mg/l na 27,2 mg/l). Na wizycie kontrolnej w Poradni Chirurgicznej pacjent usłyszał, że nie ma konieczności wykonania, wcześniej planowanego przeszczepu.



Fot. 10. Pełne wygojenie odleżyny



Fot. 11. GranuFlex® zabezpieczający bliznę

Pacjent z rodzicami ze wzruszeniem obejrzeli początkowe i obecne zdjęcia odleżyny.

Pielęgniarstwo to mój zawód, moja pasja i hobby. Cieszę się, że mogę pomagać ludziom, nie zawsze jest łatwo, ale zawsze warto.

Autor zdjęć: Barbara Lemieszek

GRANUGEL®



**Sterylny, przezroczysty, hydrokoloidowy żel,
wspomaga oczyszczanie rany z martwicy**

JEDEN PACJENT, DWIE RANY – JEDNO ROZWIĄZANIE

Beata Farkowska

pielęgniarka, Radom

W opiece długoterminowej często mam pacjentów, u których występuje więcej niż jedna rana. Są to osoby leżące, u których odleżyny powstają w bardzo szybkim tempie. Osoby, u których nie ma czasu na eksperymenty. Trzeba korzystać ze sprawdzonych rozwiązań.

Na polskim rynku polskim jest wiele firm produkujących opatrunki. Ja sprawdziłam i korzystam z najlepszych moim zdaniem rozwiązań, by dać komfort pacjentowi i nie dopuścić do pogłębienia rany. Opatrunki Aquacel® Ag+ Extra™ przekonały mnie od pierwszego zastosowania. Bardzo szybko działają na infekcję i często towarzyszący jej biofilm.

W mojej pracy znakomicie sprawdził się również opatrunek Aquacel® Foam, który zamyka środowisko rany, a także wchłania wysięk i zamyka go w swojej strukturze. Daje to komfort na co dzień moim pacjentom. W szczególności w przypadku odleżyn, gdy musimy dobrać taki opatrunek, który nie będzie podciekał, by pacjent nie leżał w przysłowiowej „kałuży”.

Najlepiej korzystać ze sprawdzonych rozwiązań.

Opis przypadku

Mężczyzna lat 72, trafił pod moją opiekę z powodu odleżyny w okolicy krzyżowo-lędźwiowej. Pacjent miał jeszcze jedną odleżynę na pięcie.

Pacjent leżący w łóżku od 18 miesięcy z powodu choroby Parkinsona, obciążony cukrzycą. Kontakt z chorym nielogiczny. Chory nie współpracuje z personelem.

Rana:

Odleżyna w okolicy krzyżowo-lędźwiowej III stopnia. Rana podkrwawiająca na brzegach. Widoczne objawy infekcji. Rana z zalegającą martwicą.



Fot. 1. Stan rany na dzień 26.08.2016 r.



Fot. 2. Aquacel® Ag+ Extra™ w ranie

Dotychczasowe leczenie:

- gaziki,
- antyseptyk

Zastosowano:

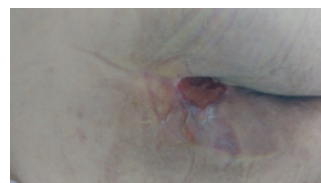
- standardowe oczyszczenie rany,
- antyseptyk,
- dla usunięcia martwicy zastosowano GranuGel®, który dzięki swym właściwościom nawilża i upłynnia martwicę, dzięki temu już po kilku dniach martwica schodzi,
- Aquacel® Ag + Extra™ - opatrunek hydrowłóknisty, który działa na infekcję i biofilm w ranie,
- Aquacel® Foam - dzięki swoim właściwościom chłonnym, wchłania wysięk i zamyka środowisko rany.

Opatrunki były zmieniane co drugi dzień, ze względu na obfity wysięk.

Stopniowo rana się oczyściła. Zaczęła ziarninować.

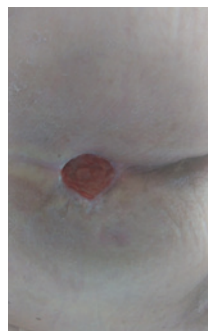


Fot. 3. Stan rany na dzień 8.09.2016 r. - niespełna dwa tygodnie nowego protokołu postępowania



Fot. 4. Stan rany na dzień 20.09.2016 r.

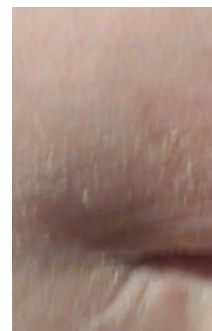
Zmieniono częstość zmiany opatrunków na co trzy dni, ze względu na mniejszy wysięk. Rana wypłynęła się i widać było naskórkowanie od jej brzegów (Fot.4.).



Fot. 5. Rana po kolejnym tygodniu, czyli 27.09.2016 r.



Fot. 6. Rana w dniu 4.10.2016 r. - widoczne obkurczenie rany i wypływanie rany.



Fot. 7. Pełne wygojenie się rany - grudzień 2016 r.

Ten sam pacjent – odleżyna na pięcie

Stan początkowy z dnia 18.07.2016r. przedstawia Fot. 8.

Zastosowano żel hydrokoloidowy GranuGel®, a jako opatrunek wtórny Granuflex®. Zmiana opatrunków co trzy dni.



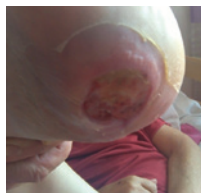
Fot. 8. Rana na pięcie 10.07.2016 r.



Fot. 9. 24.08.2016 r. Rana oczyszcza się. W dniu widoczna martwica rozplywna.

Rana stopniowo oczyszczała się i zdecydowano o zmianie postępowania.

Zastosowano: GranuGel® pokryty opatrunkiem Aquacel® Ag+ Extra™ i jako opatrunek wtórny Aquacel® Foam.



Fot. 10. Stan rany na dzień 8.09.2016 r.

Nadal zmiana opatrunków co trzy dni.

Odleżyna stopniowo oczyszczała się. W dniu rany uwidoczniła się żółta tkanka pokryta śluzem (Fot. 10).

Zaprzestano stosowania żelu GranuGel®. Nadal kontynuowano zabezpieczanie rany opatrunkiem Aquacel® Ag+ Extra™ i Aquacel® Foam. Zmiana opatrunków co trzy dni.

20.09.2016r. Stan rany uległ zdecydowanej poprawie. Rana została oczyszczona. Zaczęła się wypełniać. Zmniejszył się wysięk. (Fot. 11)

Zalecenie:

Dalsza kontynuacja stosowania opatrunku Aquacel® Ag+ Extra™ – ze względu na duże ryzyko infekcji oraz Aquacel® Foam w celu ochrony przed przeciekaniem. Zmiana opatrunku co trzy dni.



Fot. 11 i Fot. 12 Stan rany po dwóch miesiącach



27.09.2016r. Po kolejnym tygodniu widoczna poprawa. Rana prawie zupełnie wypełniona ziarniną, obkurczona i naskórkująca. Wysięk niewielki (Fot. 13). Zastosowano Granuflex® Extra Thin. W dniu 19.10.2016r. rana zupełnie się wygoiła (Fot.14).



Fot. 13. 27.09.2016 r. Rana prawie zupełnie wygojona.



Fot. 14 Stan na dzień 19.10.2016 r. Pełne wygojenie się rany

Podsumowanie

Odleżyny należą do ran przewlekłych. Przy braku odpowiedniej pielęgnacji, zmian pozycji i odciążania miejsca, na którym jest rana, trudno jest mówić o szansie na wygojenie. Odpowiednie zaplanowanie strategii postępowania, po ocenie stanu rany, jest kluczowym czynnikiem dla osiągnięcia sukcesu. Opatrunki są ważnym elementem składowym holistycznej opieki nad pacjentem, szczególnie w przypadku ran nie gojących się. W tym przypadku, dzięki zastosowaniu odpowiednio dobieranych do stanu rany opatrunków firmy ConvaTec, leczenie przyniosło oczekiwane efekty. Obie rany zagoiły się.

Autor zdjęć: Beata Farkowska

NA TRUDNO GOJĄCE SIĘ RANY

AQUACEL® Ag+Extra™



- Połączenie jonów srebra i 2 dodatkowych substancji **zwalcza 3 bariery gojenia ran: wysięk, infekcję, biofilm¹⁻³**
- Wysoka skuteczność antybakteryjna
- **Extra** chłonny, **Extra** wytrzymały¹⁻⁵

Referencje:

1. Physical Disruption of Biofilm by AQUACEL® Ag+ Wound Dressing. Scientific Background Report. WHR13850 MA232, 2013. Data on file, ConvaTec Inc. **2.** Antimicrobial activity and prevention of biofilm reformation by AQUACEL™ Ag+ EXTRA dressing. Scientific Background Report. WHR13857 MA236, 2013. Data on file, ConvaTec Inc. **3.** Antimicrobial activity against CA-MRSA and prevention of biofilm reformation by AQUACEL™ Ag+ EXTRA dressing. Scientific Background Report. WHR13875 MA239, 2013. Data on file, ConvaTec Inc. **4.** Harding K, Ivans N, Cains J, An opened randomized comparative study to evaluate the clinical and economic performance of two absorbent dressings in venous leg ulcers. Poster presented at EWMA; May 15-17 2013; Copenhagen, Denmark. **5.** Parsons D, Mustoe T, Seth A, A new anti-biofilm Hydrofiber™ dressing: an in vivo investigation. Poster presented at Wounds UK; Nov 11-13 2013; Harrogate, UK.

ODLEŻYNA U PACJENTKI Z CHOROBA ALZHEIMERA - OPIS PRZYPADKU

mgr Beata Pruśniewska

pielęgniarka środowiskowa, Warszawa

Opis przypadku

Pacjentka, lat 86, z odleżyną na pięcie lewej. Choroby współistniejące: choroba Alzheimera, nadciśnienie tętnicze, choroba niedokrwienna mięśnia sercowego, przewlekła niewydolność serca. Pozostaje pod opieką córki.

Pacjentka jest pod stałą opieką lekarza POZ. W połowie września 2015r. pacjentka hospitalizowana (10 dni). Po opuszczeniu szpitala od 25 września 2015r. została objęta opieką pielęgniarki środowiskowej. Pacjentka leżąca, objęta rehabilitacją domową.

W chwili objęcia opieki nad pacjentką, po opuszczeniu szpitala, na pięcie prawej widoczna była odleżyna w stopniu trudnym do oceny, zaczerwieniona, bez tkanki martwiczej z nienaruszonym pęcherzem wypełnionym płynem surowiczo-krwistym.

Zastosowano leczenie według zaleceń poszpitalnych:

- gaziki,
- antyseptyk zawierający octenidynę,
- Argosulfan w maści,
- materac zmiennociśnieniowy oraz podkładki z runa owczego pod pięty (zmniejszyły tarcie między ciałem pacjentki, a podłożem).

Odleżyna powstała szybko, objawy początkowo nie wskazywały na tak zaawansowaną zmianę na pięcie prawej z uwidocznioną martwicą, skóra wokół rany bardzo bolesna, tkliwa na dotyk. Po konsultacji z lekarzem POZ zastosowano IruXol mono, co nie przyniosło zadowalających efektów. Stan zmiany pogorszył się. Rana o wielkości 4x3 cm zainfekowana o kolorze zielonym, wydzielająca nieprzyjemny cuchnący zapach.

Zmiana protokołu postępowania od 01.12.2015 r.

- lewaseptyka (roztwór soli fizjologicznej),
- antyseptyka,
- zabezpieczenie brzegów zmiany w celu poprawy kondycji skóry,
- opatrunki:
 - GranuGel® (w celu rozpuszczenia pozostałej martwicy),
 - Aquacel® Ag+ Extra™ (opatrunek hydrowłóknisty o działaniu antybiofilmowym),
 - Aquacel® Foam (zamknięcie środowiska rany).

Zmiana opatrunku co drugi dzień.

Pacjentka unieruchomiona w łóżku ze względu na stan zdrowia. Fot. 1 przedstawia stan odleżyny po dwóch dniach od zastosowania opatrunków specjalistycznych w dniu 04.12.2015 r.



Fot. 1. 04.12.2015 r. – stan po dwóch dniach od zastosowaniu opatrunków ConvaTec



Fot. 2. 07.12.2015 r. – stan rany po kolejnych dniach zastosowania opatrunków ConvaTec

Rana drążąca, tunelowa, brzegi rany zmacerowane, w głębi rany zalegająca, gęsta wydzielina, obfity wysięk o nieprzyjemnym zapachu. Skóra wokół rany bolesna, tkliwa w dotyku, zaczerwieniona.

Zadecydowano o kontynuacji dotychczasowego protokołu postępowania.

W wyniku stosowania w/w opatrunków, z częstotliwością zmiany co drugi dzień, nastąpiło widoczne oczyszczenie rany, doszło do zmniejszenia średnicy tunelowej części rany oraz znaczne wypłylenie. Zmniejszyła się ilość wysięku, zapach z rany stał się mniej intensywny, poprawiła się kondycja skóry wokół rany.

W dalszym ciągu kontynuowano protokół postępowania, zmiana opatrunku co 2-3 dni.

Stan rany po 11 dniach od zastosowania opatrunków specjalistycznych pokazuje, w jak krótkim czasie doszło do oczyszczenia rany.

Dotychczasowy protokół postępowania miejscowego stosowano nadal przez kolejne dni. Stan rany pięty uległ dalszej, szybkiej poprawie. Ranę w większości powierzchni pokryła żywoczerwona ziarnina, rana bez cech infekcji, zmniejszyły się dolegliwości bólowe. Nieprzyjemny zapach, który towarzyszył przy zmianie opatrunków został znacznie ograniczony.



Fot. 3. Stan rany z dnia 11.12.2015 r. Rana bez cech infekcji z niewielką ilością włókniaka



Fot. 4. Stan rany z dnia 07.01.2016 r. rana obkurcza się i naskókuje

07.01.2016 r. Stan rany po miesiącu stosowania opatrunków ConvaTec. Widoczny postępujący proces gojenia zmiany odleżynowej. Systematyczna poprawa rany, nadal oczyszczanie rany z włókniaka, rana pokryta w większości ziarniną, następuje proces naskórkowania od brzegów rany. Znaczne zmniejszenie i obkurczenie odleżyny.

Po 1,5 miesiąca od zastosowania opatrunków ConvaTec rana wypełniła się ziarniną, znaczne wypłylenie z minimalną ilością wysięku bez cech infekcji. Widoczne naskórkowanie od brzegów rany, znaczne zmniejszenie się rany, skóra wokół rany biała. Stan rany zadowalający.



Fot. 5. 21.01.2016 r. Stan rany po 1,5 miesiąca od pierwszego zastosowania opatrunków specjalistycznych ConvaTec



Fot. 6. Stan rany z dnia 04.03.2016 r. Prawie pełne wygojenie rany. Trzy miesiące od pierwszego zastosowania opatrunków specjalistycznych ConvaTec

Zmieniono protokół postępowania. Z powodu dużych nierówności, które były związane zamykaniem rany, zastosowano Granuflex® – hydrokoloidowy opatrunek w celu ochrony świeżo powstałego naskórka.

Zmiana opatrunku co 3-4 dni.

Rana uległa dalszemu wypłyceciu, znacznie się zmniejszyła, wystąpiły drobne nierówności związane z gojeniem i zamykaniem rany.

Rana całkowicie wygoiła się po 4 miesiącach od zastosowania opatrunków ConvaTec.

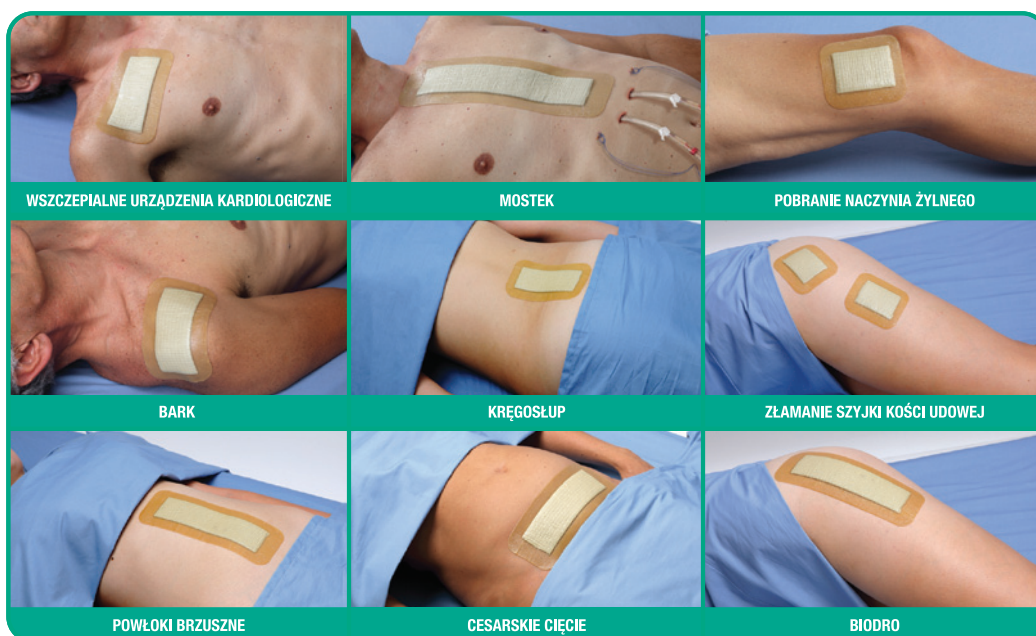
Podsumowanie

Leczenie i pielęgnacja ran przewlekłych wymaga dużej cierpliwości. Zdobyta wiedza na temat opatrunków specjalistycznych i umiejętność ich zastosowania daje większe szanse na wygojenie rany. Stosowanie opatrunków specjalistycznych jest praktyczne, wygodne i z dobrym efektem doprowadziło do zakończenia procesu leczenia.

Autor zdjęć: Beata Pruśniewska

SKUTECZNA OCHRONA RAN POOPERACYJNYCH

AQUACEL[®] Ag Surgical



WŁAŚCIWY OPATRUNEK MOŻE SPOWODOWAĆ RÓŻNICĘ



**Specjalny opatrunek na rany chirurgiczne
AQUACEL Ag Surgical oferuje szereg korzyści:**

- ✓ jest **wodoodporny**
- ✓ stanowi doskonałą **ochronę antybakteryjną**
- ✓ jest **elastyczny i komfortowy**, podąża za ruchem ciała
- ✓ jest przyjazny dla skóry, **nie powoduje podrażnień**

Więcej informacji w Instrukcji Użycia lub na stronie **mojarana.pl**

ZAOPATRZENIE STOMII POWIKŁANEJ Z UŻYCIEM OPATRUNKÓW I SPRZĘTU STOMIJNEGO

Magdalena Ciemna

Pielęgniarka Stomijna, Przedstawiciel Medyczny ChC, ConvaTec Polska

Moment wyłonienia stomii u każdego człowieka, bez względu na powód z jakiego została wykonana, jak również na wiek w jakim się znajduje dana osoba, oznacza nowy etap w życiu. W swojej kilkuletniej praktyce miałam do czynienia z ludźmi, którzy w różny sposób radzili sobie z akceptacją tej nowej rzeczywistości. Zwróciłam uwagę, i chyba nie jest to nic odkrywczego, że dużo łatwiej jest się pogodzić z tą zmianą, jeśli ma się odpowiednio dobrany sprzęt i zostanie się należycie wyedukowanym.

Z panią Jadwigą miałam okazję spotkać się tuż po wypisie ze szpitala. Była hospitalizowana z powodu guza zagięcia odbytniczno-esicznego. Była to bardzo ryzykowna operacja, ze względu na wiek, bowiem pani miała skończone 92 lata. Zabieg chirurgiczny powiódł się – wyłoniono stomię na zstępnicy, jednak w przebiegu pooperacyjnym wystąpiła martwica skóry i tkanki podskórnej w okolicy stomii. W trakcie pobytu na oddziale uzyskano częściowe wygojenie okolicy stomii. Gdy dotarłam na pierwszą wizytę stomia wyglądała tak jak na Fot. 1.

Pierwsza moja wizyta u pacjentki odbyła się w dniu 15 października 2016r. Żaden z proponowanych na oddziale sprzętów stomijnych nie spełniał swojej funkcji, ze względu na widoczną ranę, która obejmowała skórę i tkankę podskórną znajdującą się w sąsiedztwie stomii.



Fot. 1. 15.10.2016 r. Stan stomii i jej okolicy w trakcie pierwszej wizyty.



Fot. 2. 18.10.2016r. Znaczne wypływanie rany.

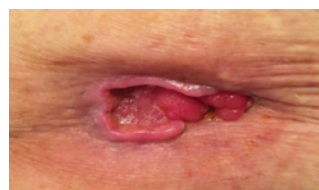
Postępowanie z raną i stomią

Rana wokół stomii wymagała zaopatrzenia gwarantującego możliwość przyklejenia sprzętu stomijnego. Ponieważ była dość głęboka (około 1 cm), po uprzednim przemyciu jej 0,9% roz. NaCl oraz dezynfekcji antyseptykiem z zawartością octenidyny, umieściłam w niej opatrunek Aquacel® Ag+ Extra™ – ze względu na jego właściwości (wysoka skuteczność antybakteryjna i antibiofilmowa oraz żelowanie przy zetknięciu z wysiękiem). Bardzo ważne jest tu działanie antybakteryjne ponieważ rana znajduje się w pobliżu stomii (jest nawet jej częścią, jak widać na zdjęciu), a środowisko kolostomii nie jest sterylne, co utrudnia proces gojenia. Jako opatrunek wtórny zastosowałam Granuflex® Extra Thin gdyż zapewnia odpowiednie, wilgotne środowisko w procesie gojenia rany i co było bardzo ważne w tym przypadku, jest cienki, miękki i elastyczny, a także pięknie współgra ze sprzętem stomijnym. Po takim zaopatrzeniu rany zastosowałam pastę uszczelniająco-gojącą Stomahesive, aby możliwie najlepiej zabezpieczyć śluzówkę jelita i zapobiec podciekaniu treści jelitowej do rany.

Na tak przygotowaną przetokę zastosowałam sprzęt dwuczęściowy Natura® płytka DuraHesive® Convex® z gotowym otworem 45/22 (ten rodzaj płytki doskonale zaopatruje stomie płaskie oraz wklęsłe, a ta do należała do tych drugich) oraz worek ileostomijny z filtrem i zapinką InvisiClose®, przezroczysty. Dzięki temu miałam mieć łatwiejszy

podgląd na to co dzieje się ze stomią. W przypadku sprzętu dwuczęściowego możemy w dowolnym momencie odłączyć worek od płytki, co jest ogromną zaletą. W wyniku przyjęcia takiego protokołu postępowania, rana wokół stomii uległa znacznemu wypłygnięciu (Fot. 2), a sama stomia stała się lepiej widoczna.

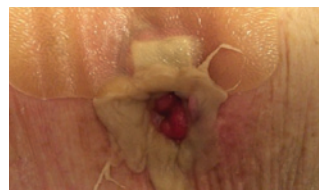
Poniżej przedstawiam krok po kroku sposób zaopatrzenia rany i stomii w dniu 25 października 2016 r. według przyjętego protokołu postępowania (Fot. 3–7).



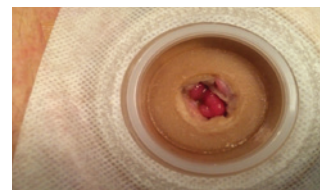
Fot. 3. Stan na 25.10.2016 r.



Fot. 4. Aplikacja opatrunku Aquacel® Ag+ Extra™



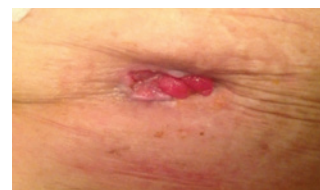
Fot. 5. Granuflex® Extra Thin jako opatrunek wtórny i pasta Stomahesive



Fot. 6. Stomia zabezpieczona płytką Natura DuraHesive Convex.



Fot. 7. Ostateczne zabezpieczenie stomii po dołączeniu worka stomijnego.



Fot. 8. 03.11.2016 r. Stan stomii po trzech tygodniach

Na ostatniej wizycie w dniu 3 listopada 2016 r. (Fot. 8), kiedy miałam okazję spotkać się z pacjentką, rana wyraźnie się zmniejszyła oraz dzięki procesowi ziarninowania wyraźnie ograniczył się – do ok. 3 mm – stopień jej głębokości. Zarówno pani Jadwiga jak i jej bliscy, którzy wspierają ją w zakresie pielęgnacji stomii byli zachwyceni – podczas hospitalizacji dano ramy czasowe dla postępu gojenia tej rany, określając je na minimum rok.

Jeśli chodzi o gojenie się rany, to jest to złożony i najczęściej długotrwały proces, jednak nie zapominajmy, że mamy do dyspozycji szeroką gamę opatrunków specjalistycznych, jak i sprzętu stomijnego, a także wykwalifikowane osoby, które w razie potrzeby mogą pomóc w pokonywaniu trudności jakie niesie za sobą fakt posiadania stomii.

Autor zdjęć: Magdalena Ciemna

MAMA KRZYSIA Z EPIEDRMOLLYSIS BULLOSA

Agnieszka Czupryn

Radom

26 maja 2015 r., w Dzień Mamy, nasz synek Krzys przywitał świat ogromnym krzykiem... Jeszcze nie wiedziałam, że już płakał z bólu. Otrzymał 10 punktów w skali Apgar, pomimo że urodził się o miesiąc za wcześnie. Niestety, po 10 minutach przyszła Pani Doktor i kazała mi podpisać zgodę na przewiezienie dziecka do Centrum Zdrowia Dziecka w Warszawie, bo pod opaską zsunęła się skóra z rączki i od ssaka poleciała krew z buzi. Zapytałam co się dzieje? Usłyszałam, że to może jakaś choroba skóry... Od razu zapytałam czy to EB?

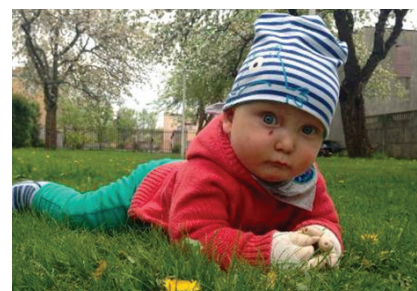
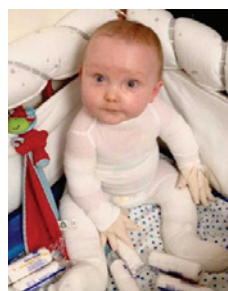


Znałam tę chorobę z telewizji, jak byłam w ciąży to była bardzo głośna zbiórka 6 mln zł dla Zuzi Machety, która cierpi na pęcherzowe oddzielanie naskórka. Widziałam o niej reportaż i płakałam cały czas, nie spodziewałam się, że za kilka dni sami będziemy mieli swojego Motylka. Tak właśnie nazywa się dzieci chore na EB – Motylki, bo ich skóra jest tak delikatna jak skrzydła motyla.

Płakałam cały czas, po raz trzeci byłam na porodówce i nie miałam dziecka obok siebie. Dwie noce byłam w pokoju z mamą, która karmiła swoje dzieciątko, a ja widziałam, ile rzeczy mnie znowu ominęło. Dostaliśmy wiadomość z CZD, że Krzysowi spada saturacja i musimy przyjechać. Bolało mnie wszystko – nawet oddech. Bezradność i przerażenie towarzyszyło nam cały czas. W CZD zobaczyliśmy naszego synka bez ubranka, polanego jakimś silikonem, jego rączki i nóżki były całe zabandażowane. Chciałam go pogłaskać, ale usłyszałam, że mam to zrobić delikatnie, bo mogę zrobić mu krzywdę. Trzymałam więc rękę nad jego czołem, nie mogłam też go karmić piersią, bo przez rany w buzi nie miał siły ssać. Miał ranę na policzku, nosku, w buzi, na rączkach i na stopkach. Nóżki były najgorsze, pamiętam czerwone smugi na białym prześcieradle. Gdy leżał bez opatrunków i każdy ruch zrywał jego skórę.

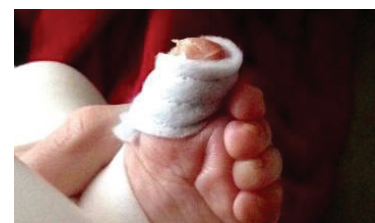
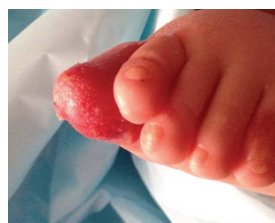
Trzy dni po cesarce zostałam ubrana w jałowy fartuch, jałowe rękawiczki i miałam igłą przebijać pęcherze, które tworzyły się nawet na ranach. Płakałam razem z Krzysiem. On dostawał morfinę i tramal, aby ukoić ból, a my z mężem patrzyliśmy, jak nasze dziecko cierpi i nie mogliśmy mu pomóc. Ja tylko zadawałam kolejny ból wbijając igłę w ranę. Podczas zmiany opatrunków byłam ja, mój mąż, doktor, dwie pielęgniarki i nasze myśli: czy tak ma wyglądać każda jego kąpiel? Czułam się jakby wybuchł we mnie granat, skuliłam się i płakałam z bezsilności. Każdą doktor, która podchodziła do nas pytała czy to EB? „Nie wiadomo, trzeba czekać na badania”. W tej niepewności żyliśmy dwa tygodnie, dopóki nie trafiliśmy do prof. Cezarego Kowalewskiego, który od razu stwierdził, że to jest postać dystroficzna EB. Niestety, tę diagnozę potwierdziły badania genetyczne. Po powrocie do domu pielęgnacja Krzysia zajmowała nam trzy godziny, ja zawiązywałam jego poranione stopki, a mój mąż karmił Krzysia tak, żeby tak bardzo nie płakał.

Nadal nie potrafimy się pogodzić z cierpieniem, które towarzyszy mu coraz częściej. Jest teraz na etapie raczkowania, co wiąże się z większymi urazami na jego delikatnym ciałku. Krzys ma założone opatrunki na całych nóżkach i na całych rączkach. Najważniejsze jest to, żeby opatrunki nie przyklejały się do ran, żeby nie zrywać podgojonego naskórka przy codziennej zmianie opatrunków. Specjaliści zalecają zmianę opatrunków, co kilka dni, ale niestety u Krzysia pojawiają się pęcherze pod opatrunkami i codziennie musimy sprawdzać czy wszystko jest dobrze.



Zdjęcia: archiwum autorki

Oprócz opatrunków, potrzebna jest ogromna ilość gazików włókninowych, sól fizjologiczna do przemywania ran, igły, maści, kremy, dermokosmetyki. Na to wszystko idzie kilka tysięcy złotych miesięcznie. Opatrunki częściowo są refundowane, ale te najdelikatniejsze są z dużą dopłatą – około 12 zł za sztukę. Każda wizyta u lekarza jest ogromnym stresem dla nas, gdyż lekarze nie znają tej choroby. Jest ona bardzo rzadka i musimy tłumaczyć co to jest EB. Nie wolno włożyć patyczka do buzi, żeby sprawdzić gardło, nie da się tak prosto pobrać krwi, bo nie można założyć ucisku. Znalazłam przychodnię, która otworzyła się na problem, lekarze współpracują z nami tak, aby Krzysowi nic złego się nie stało. Po wyjściu ze szpitala rodzice często zostają z tym sami. Muszą szukać informacji o chorobie, a wyszukane zdjęcia zapierają dech w piersiach. Brak paznokci, utrata rąk przez przykurcze, ciągłe rany, problemy z narządami wewnętrznymi i przełykiem, częste hospitalizacje, zakażenia...



Zdjęcia: archiwum autorki

Ból, niemoc, przerażenie, brak pomocy psychologa. Nikt nie jest w stanie pogodzić się z takim cierpieniem u dziecka. Rodzice potrzebują pomocy nie tylko finansowej, ale również wsparcia psychologa. Po układanie do tej pory życie nagle wywraca się do góry nogami. Starsze rodzeństwo cierpi, widząc rany, które pojawiają się od błahych czynności. To wszystko nawarstwia się każdego dnia, dochodzi zmęczenie, stres, emocje, które nam towarzyszą cały czas. Dziecko robi sobie ranę po zwykłym upadku, co powoduje, że Krzysia nie można spuścić z oka na sekundę, kontrolujemy każdy jego ruch. Nie wiem jak to będzie za kilka lat, może oswoimy się z tą chorobą, a może będzie wreszcie lek na tą najbardziej bolesną chorobę na świecie. Nigdy nie zapomnę jak urodził się Krzys. Ile bólu, strachu, przerażenia towarzyszyło nam

w pierwszych tygodniach jego życia, jak bardzo brakowało mi informacji jak radzić sobie z EB. Najwięcej informacji otrzymałam od kilku mam, za co jestem im ogromnie wdzięczna. Dzwoniłam zapłakana z zapytaniem, co mam teraz zrobić, bo na przykład ma pęcherz w buzi, nie może ssać butelki. Mamy przez telefon mówiły jak mam ulżyć Krzysowi. Dlatego założyłam zamkniętą grupę wsparcia na Facebooku „Motylem jestem – jak radzić sobie z EB”. Jest ona tylko i wyłącznie dla rodziców dzieci chorych na EB i samych chorych. Powstała w celu przekazywania cennych wskazówek dotyczących pielęgnacji, leków, opatrunków, nowości medycznych, lekarzy czy choćby rozwiązywania problemów, z którymi ktoś już się zmierzył i sobie poradził. Pomoc idzie od Motylków dla Motylków.

Lista najczęstszych błędów w pielęgnacji popełnianych w szpitalach po urodzeniu dziecka z EB, stworzona przez mamy dzieci dotkniętych chorobą:

- przyklejenie plastrów na skórę, co przyczynia się do powstania ran,
- zakładanie pulsoksymetru,
- nie przebijanie pęcherzy (nie przebite pęcherze rosną),
- jednocześnie zdejmowanie opatrunków z każdej kończyny, ruch dziecka powodował kolejne zderzenia naskórka,
- zakładanie sondy, gdy dziecko miało normalny odruch ssania, tylko przez pęcherze w buzi ssało wolniej,
- trzymanie dziecka w inkubatorze z bardzo wysoką temperaturą,
- nie ubranie dziecka nawet w pieluchę,
- pozawijanie dziecka w gaziki i bandaże, których później nie dało się odkleić,
- brak specjalnych opatrunków na oddziale,
- brak ostrożności przy kąpielach,
- zostawienie rodziców samych z chorobą po opuszczeniu szpitala,
- wkładanie dziecka do inkubatora w kaftaniku i w rożku, żeby było niby bardziej spokojne,
- wkładanie smoczka w celu uspokojenia dziecka,
- brak ostrożności przy badaniu okulistycznym, które jest bardzo inwazyjne.

Osoby które mają pierwszy kontakt z EB mogą skontaktować się z: **Fundacją EB Polska, Stowarzyszeniem Debra Kruchy Dotyk, profesorem Cezarym Kowalewskim który jest specjalistą od EB.**

Aerazol do usuwania przylepca Niltac®

- ✓ ułatwia bezbolesne i szybkie usuwanie przylepca
- ✓ jest hypoalergiczny – nie powoduje uczuleń
- ✓ nie szczypie, nie pozostawia tłustej warstwy na skórze
- ✓ jest bardzo prosty w użyciu – wygodne opakowanie ułatwia stosowanie produktu



W DOMU NASI BLISCY CHCĄ MIEĆ MAMĘ, ŻONĘ, CÓRKĘ... PSYCHOLOG RADZI JAK SOBIE RADZIĆ Z OBCIĄŻENIAMI PSYCHICZNYMI W PRACY W SŁUŻBIE ZDROWIA

Katarzyna Spiridonow

Katarzyna Spiridonow jest psychoterapeutką i trenerką rozwoju osobistego z 22-letnim doświadczeniem. Przez ten czas przeprowadziła dziesiątki warsztatów dla personelu medycznego wielu placówek służby zdrowia. Szkoliła zarówno pielęgniarki, salowe, lekarzy, techników medycznych jak i ordynatorów. W rozmowie z Inforankiem Plus dzieli się swoją wiedzą, mówi o psychologicznych aspektach pracy w służbie zdrowia.

Osoby pracujące w placówce medycznej są często narażone na mnóstwo negatywnych emocji, zarówno ze strony pacjentów, jak i ich rodzin. Jak sobie z tym radzić?

Trzeba zacząć od tego, żeby nie brać tych komunikatów do siebie personalnie. To, co najczęściej odbieramy jako atak, jest wyrazem frustracji, niezrozumienia sytuacji. Ludzie idąc do szpitala mają wrazenie, jakby wpadali do jakiejś czeluści, nie wiedzą jak się zachować, jakie zasady panują, dlaczego ktoś zachowuje się tak, a nie inaczej. Stąd się biorą agresywne reakcje – z pewnego rodzaju zagubienia.

No dobrze, ale jak ma sobie z emocjami radzić lekarz, pielęgniarka czy inne osoby narażone na takie reakcje?

Podobnie jak terapeuta, który w trakcie kształcenia musi nauczyć się dbać o własne emocje po to, żeby nie rozchorować się od nadmiaru cudzych. Pierwszym krokiem jest rozpoznanie tego, czego doświadczam, jakie stany wywołuje we mnie dane zachowanie. Jeśli rozumiemy, że pacjent lub jego rodzina tak naprawdę nie atakuje, ale pokazuje swoje emocje, łatwiej nam będzie znaleźć rozwiązanie problemu. W terapii nazywa się to kontenerowaniem. Cudze emocje należy przyjmując, przeanalizować je, spróbować zrozumieć, a dopiero na końcu reagować. W ten sposób nasze zachowania będą bardziej racjonalne, będziemy potrafili rozwiązać problem. Nie bierzemy cudzych emocji na swoje plecy.

A dlaczego to jest takie ważne?

Kontakt z silnymi emocjami, a takie mamy w pracy z pacjentem, może prowadzić do wypalenia zawodowego. A to już poważny problem, z którym najlepiej udać się do specjalisty. Jeśli każdy kłopot z pacjentem bierzemy do siebie, odbieramy jako porażkę, zwiększamy ryzyko wystąpienia wypalenia.

A po czym poznać, że jesteśmy zagrożeni wypaleniem?

Jeśli przez dłuższy czas czujemy się przeciążeni, idziemy do pracy z niechęcią i smutkiem, choć wcześniej siliśmy z zaangażowaniem, to ważny sygnał. Oczywiście, jeśli coś złego zdarzyło się w naszym życiu prywatnym, to mamy powód. Ale jeśli taki czynnik nie wystąpił, to trzeba się zastanowić, czy nie mamy objawów wypalenia. Takimi samymi objawami jest dystansowanie się, cynizm, to co inni widzą jako nadmierne wycofanie – na przykład ograniczanie kontaktu z pacjentem tylko do tego, co jest absolutnie konieczne. Takie tworzenie bariery emocjonalnej i fizycznej jest właśnie próbą radzenia sobie z nadmiarem emocji. A w takich zawodach jak pielęgniarka jest duże ryzyko wystąpienia wypalenia.

A dlaczego właśnie pielęgniarki?

To specyficzny zawód, odpowiedzialność za pacjenta jest w każdej minucie pracy. Wymagania wobec niej są z wielu stron jednocześnie. Bezpośrednią szefową jest oddziałowa, ale lekarze również wydają polecenia, mają oczekiwania. Podobnie pacjent i jego rodzina. A wynagrodzenie nie jest adekwatne do odpowiedzialności, oczekiwań i wysiłku. W tym zawodzie bardzo łatwo złapać poczucie krzywdy.

Jaki psychologiczny mechanizm za tym stoi?

Niemiecki psycholog Friedmann Von Thun w swojej książce „Sztuka rozmawiania” opisał model czterech płaszczyzn komunikacji. Mówiąc w skrócie, każdy z nas wykształcił specyficzny sposób w jaki interpretujemy komunikat. Wśród pielęgniarek bardzo często spotykam osoby, które mają tzw. ucho apelowo-relacyjne. To znaczy, że każdy komunikat odbierają tak, że ktoś czegoś od nich chce. Cały czas uważają, że są „od zrobienia czegoś”. Potem przenoszą to do domu. Jeśli mąż pyta: „czy jest ciasto?”, one słyszą rozkaz zrobienia go. A to wcale nie musi tego oznaczać. Trzeba pracować nad tym, że nie każdy komunikat znaczy, że ktoś czegoś ode mnie oczekuje. Takie poczucie, że każdy czegoś oczekuje, wzbudza emocje, z którymi sobie musimy radzić. Jeśli potrafimy zrozumieć, że zdanie, które wypowiada pacjent, jego rodzina, lekarz, tak naprawdę mówi coś o tej osobie, jej potrzebach, emocjach, sytuacji, to będzie łatwiej. Zarówno zadbać o siebie, jak i o dobrostan pacjenta.

Jak może wesprzeć psychicznie przewlekle chorego pacjenta?

Pacjent to nie tylko leżący na łóżku organ wymagający leczenia. Pragnie przede wszystkim ludzkiego traktowania. Większość z nich nie oczekuje trzymania za rękę, czy specjalnego traktowania. Jeśli coś robię, warto powiedzieć, co i dlaczego. To daje poczucie kontroli. Znowu wracamy do początku. Podczas hospitalizacji ludzie trafiają do nieznanego środowiska, nie wiedzą co im jest, kiedy będzie lekarz... Nie mają pewności, czy będą wyleczeni. Niektórzy tę niepewność znoszą pokornie, inni się złością i awanturują. Dlatego ludzkie traktowanie daje najlepsze wsparcie dla pacjenta. Zwyczajna uprzejmość, nie wymagająca dodatkowego czasu.

A jak można zadbać o swój dobry stan?

Podstawą jest wsparcie koleżeńskie. Pielęgniarki mogą same sobie dać najwięcej. Rozumieją problemy, wiedzą, jak wygląda praca. Zaufanie, stworzenie przestrzeni, w której można się wygadać w sytuacji pracy z trudnym pacjentem sprawia, że nie zabieramy tych problemów do domu. Dobrze to widać w przypadkach pacjentów przewlekle chorych. Część osób opiekujących się nimi wiąże się emocjonalnie z chorym. Jeśli pojawi się problem, to u kolegów, koleżanek łatwiej o zrozumienie niż w domu. Nie wynosimy tych emocji poza miejsce pracy. W domu nasi bliscy chcą mieć mamę, żonę, córkę, siostrę, a nie przeżywać ciężkie emocje z pracy.

ADRESY SPECJALISTYCZNYCH CENTRÓW LECZENIA RAN

woj. dolnośląskie

Jelenia Góra 58-500
Specjalistyczna Praktyka Lekarska
Chirurgia Ogólna i Naczyniowa
Gabinet Zabiegowy
ul. Groszowa 9
tel. 692 462 038
dr n. med. Tomasz Michalski
wt., pt. od godz. 15.00

Jelenia Góra 58-560
Poradnia Chirurgiczna
ul. Sprzymierzonych 4
tel. (75) 755 05 66

Legnica 59-220
Ośrodek Diagnostyki Leczenia i Pielęgnacji Ran Przewlekłych Costa Med.
ul. Złotoryjska 62
tel. (76) 753 02 48, 785 628 245

Legnica 59-220
Gabinet Lekarski
lek. med. Teresa Dziuk-Pustułka
ul. Tulipanowa 12
tel. 601 050 245
pn. i czw., godz.: 17.00-20.00

Wrocław 50-981
4 Wojskowy Szpital Kliniczny z Polikliniką
Poradnia Chirurgii Ogólnej
ul. Weigla 5
tel. (71) 721 05 55

Wrocław 51-318
NZOZ MULTIMEDICA
Poradnia Chirurgii Naczyniowej
ul. Zakrzowska 19a
dr n. med. Krzysztof Szecówka
tel. 601 740 110

Wrocław 51-124
Wojewódzki Szpital Specjalistyczny
Ośrodek Badawczo-Rozwojowy
Poradnia Chirurgii Ogólnej
ul. H. Kamieńskiego 73a
tel. (71) 327 05 03

Wrocław 50-312
Prywatna Praktyka Lekarska
ul. Żeromskiego 60 / 5a
tel. 887 950 713
dr hab. n. med. Adam Reich
poniedziałek 15.00- 18.00

woj. kujawsko-pomorskie

CatrisCare
Mobilny Gabinet Leczenia Ran
dr Katarzyna Malinowska
tel. 888 880 580

Bydgoszcz 85-094
Szpital Uniwersytecki nr 1
im. A. Jurasza
Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych
ul. Marii Curie-Skłodowskiej 9
tel. (52) 585 41 83 lub 88

Grudziądz 86-300
Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej DER-MED
ul. Waryńskiego 6
tel. (56) 451 71 40

Toruń 87-100
Prywatne Centrum Chirurgii Winczakiewicz-Borkiewicz
ul. Kołtąta 10a
tel. (56) 660 09 07

Toruń 87-100
Miejska Przychodnia Specjalistyczna
ul. Uniwersytecka 17
tel. (56) 611 99 51
Koordynator Poradni Chirurgii Urazowej
Cezary Jarek

Toruń 87-101
Centrum Medyczne OLK-MED
Poradnia Chirurgiczna
lek. med. Jacek Klebba
pl. 18 Stycznia 4
tel. (56) 622 66 66

Toruń 87-100
NZOZ Poradnia Chirurgiczna Manus
ul. Ligi Polskiej 1
tel. (56) 645 10 49
dr Maciej Rudzki, pielęgniarka
Andrzej Przewięźlikowski

Włocławek 87-800
NZOZ VIVA Centrum Medycyny Estetycznej
Poradnia Chirurgiczna, Poradnia Dermatologiczna
dr Jolanta Świętlikiewicz
ul. Promienna 5B
tel. (54) 230 90 17

woj. lubelskie

Chełm 22-100
SP WSS w Chełmie, Przychodnia Specjalistyczna
Poradnia Chirurgiczna z Poradnią Stomatologiczną
ul. Szpitalna 53 b
tel. (82) 562 31 40

Kraśnik 23-210
SP ZOZ w Kraśniku
Poradnia Dermatologiczna
al. Niepodległości 23
tel. (81) 82 54 864

Lublin 20-081
Poradnia Chirurgii Naczyniowej i Angiologii
ul. Staszica 11
tel. (81) 532 39 35

Lublin 20-954
SPSK4 w Lublinie, Poliklinika Poradnia Chirurgiczna
ul. Dr K. Jaczewskiego 8
tel. (81) 724 45 04

Łęczna 21-010
Przychodnia Specjalistyczna w Łęcznej,
Poradnia Chirurgiczna
ul. Krasnostawska 52
tel. (81) 752 62 00

Zamość 22-400
NZOZ MED-SPEC
Poradnia Chirurgiczna
ul. Kilińskiego 4
tel. (84) 677 51 36

woj. lubuskie

Gorzów Wlkp. 66-400
SP ZOZ Obwód Lecznictwa Kolejowego
ul. Dworcowa 4
tel. (95) 720 46 41
lek. med. Jarosław Hajduk

Zielona Góra 65-001
Agia-Medica
NZOZ
lek. med. Andrzej Guzera
ul. Wyszyńskiego 99
tel. 501 603 328

woj. łódzkie

Łódź 91-048
Centrum Stopy Przychodnia Leczenia Ran i Pielęgnacji Stóp
ul. Lutomiarska 65
tel. (42) 631 04 54

Łódź 90-553
NZOZ CERTUS
Poradnia Chorób Naczyń
ul. Kopernika 67/69
tel. (42) 639 88 22

Łódź 91-116
NZOZ MIKOMED
Poradnia Chorób Naczyń Obwodowych
ul. Traktorowa 13
tel. (42) 655 88 75

Łódź 90-030
Wojewódzki Specjalistyczny Szpital im. Pirogowa
Wojewódzki Ośrodek Diabetologii i Chorób Metabolicznych
Poradnia Leczenia Stopy Cukrzycowej
ul. Nowa 30/32
tel. (42) 674 90 80

Łódź 90-212
Argo Centrum Medyczne, Leczenie Ran Przewlekłych
ul. Sterlinga 27/29
tel. (42) 632 14 05

Łódź 94-074
NZOZ Mediab
Centrum Diabetologii
Gabinet Stopy Cukrzycowej
Poradnia Chirurgii Ogólnej
al. Wyszyńskiego 61
tel. (42) 259 07 77

Pabianice 95-200
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Pabianicach
Przychodnia Specjalistyczna
ul. Jana Pawła II 68
tel. (42) 225 36 98

Sieradz 98-200
ZDROWIE Wioletta Smosna
Specjalistyczne Leczenie Ran
al. Pokoju 7
tel. 603 480 322

woj. małopolskie

Bibice 32-087
Specjalistyczna Praktyka Lekarska
Paweł Barucha
ul. Graniczna 131
tel. 534 534 165
sob. 10.00-16.00
pok. nr 3
budynek Centrum Stomatologii

Kraków 30-009
Kriomed Gabinet Chirurgiczny
ul. Friedleina 8
tel. (12) 634 44 45
dr Adam Korczyński

Kraków 31-530
Poradnia Chirurgii Urazowo-Ortopedycznej
ul. Łazarza 14
tel. (12) 424 42 43

Kraków 31-261
NZOZ SPECJALISTA
Przychodnia Lekarska
ul. Rusznikarska 17
tel. (12) 423 30 45

Kraków 31-155
Specjalistyczny Gabinet Lekarski Alfa Medica
ul. Wielicka 44
tel. (12) 633 28 02
dr Marcin Graca
pon., pt. 9.00-19.00,
wt. i śr. 9.00-15.00

Kraków 31-135
Poradnia Chirurgii Ogólnej
ul. Batorego 3
tel. (12) 633 73 43
pon. 8.00-12.00
wt. i czw. 14.00-16.00

Kraków 31-909
Przychodnia Specjalistyczna Med-Skarpa
os. Na Skarpie 6
tel. 501 338 180
dr Wojciech Król

Kraków 30-693
Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych i Odleżyn
Szpital św. Rafała w Krakowie
ul. Bochenka 12
tel. (12) 629 88 00
dr n. med. Łukasz Strzępek

Kraków 30-693
Indywidualna Praktyka Lekarska
lek. med. Wojciech Pirowski
www.chirurgia.krakow.pl
ul. Jana Brożka 1
tel. 501 764 199

Nowy Targ 34-300
Bona Medica
ul. Długa 129
tel. 601 483 943
środy 15.30-20.00

Skała 32-043
Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej
Poradnia Chirurgiczna
ul. Słomnicka 69
tel. (12) 389 10 05
pn. i wt., godz.: 15.00-18.00

Wadowice 34-100
Poradnia Chirurgiczna
ul. Podgórska 6
tel. 606 455 860
pn.-pt., godz.: 15.00-18.00
dr Wojciech Król

woj. mazowieckie

Nowy Dwór Mazowiecki 05-100
PZOZ Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna
Poradnia Chirurgiczna
ul. Padarewskiego 7
tel. (22) 775 20 37
- spec. chirurg
Andrzej Dobosiewicz

Ostrołęka 07-410
Centrum Leczenia Ran
al. Jana Pawła II 120A
tel. (29) 765 21 00

Warszawa 02-541
PODOS Klinika Leczenia Ran
ul. Narbutta 46/48
tel. (22) 462 34 96
www.podos.pl

Warszawa 02-034
Klinika Flebologii Sp. z o. o.
dr hab. n. med. Tomasz Grzela
ul. Wawelska 5
(budynek CMS) II p
tel. (22) 417 10 00, 735 998 880
www.klinikafebologii.pl

Warszawa 02-513
SZPZLO
ul. Madalińskiego 13
tel. (22) 541 70 57, 58

Warszawa 03-134
NZOZ Centrum Medyczne
Białoleka
ul. Książkowa 9
tel. (22) 889 51 76

Warszawa 03-416
Specjalistyczna
Przychodnia Lekarska
VITAMED Sp. z o.o.
ul. Wileńska 18
tel. (22) 473 89 37

Warszawa 02-097
Katedra i Klinika
Gastroenterologii
i Chorób Przemiany Materii
Warszawskiego
Uniwersytetu Medycznego,
Poradnia Stopy Cukrzycowej,
Poradnia Diabetologiczna
ul. Banacha 1a
tel. (22) 599 10 00

Warszawa 02-801
Szpital Lux-Med,
Gabinet Leczenia Ran
ul. Puławska 455
tel. (22) 431 20 59
spec. chirurg
Andrzej Opertowski,
mgr piel. Agnieszka Szewczyk

Warszawa 02-218
Centrum Stopy Przychodnia
Leczenia Ran i Pielęgnacji Stóp
ul. Kazimierzowska 69
tel. 506 066 399

Zielonka 05-220
Centrum Multi-Medica Sp. z o.o.
ul. Poniatowskiego 97
tel. (22) 786 81 91

woj. opolskie

Opole 45-594
Indywidualna Praktyka
Lekarska
ul. Obronców Stalingradu 61
tel. (77) 453 81 66
dr n. med. Grzegorz Krasowski

Strzelce Opolskie 47-100
NZOZ
CENTRO-MED Sp z o.o.
Poradnia Chirurgiczna
ul. Powstańców Śląskich 9
tel. (77) 461 29 10
wt. 9.00-15.00

woj. podkarpackie

Nowa Dęba 39-460
SP ZOZ Nowa Dęba
Poradnia Chirurgii Ogólnej
ul. M.C. Skłodowskiej 1a
tel. (15) 846 26 51

Jarosław 37-500
Centrum Opieki
Medycznej
w Jarosławiu
Poradnia Chirurgiczna
ul. 3 Maja 70
tel. (16) 6215421

Kolbuszowa 36-100
Przychodnia Rejonowa nr 1
Poradnia Chirurgiczna
i Specjalistyczna
ul. Grunwaldzka 4
tel. (17) 227 12 22

Przemysław 37-700
Prywatny Gabinet
Chirurgiczny
ul. Gen. Józefa Bema 6
tel. 511 048 163
lek. med. Piotr Stabiszewski

Rzeszów 35-241
Rzeszowskie Centrum Chirurgii
Naczyniowej i Endowaskularnej
PAKS IX American
Heart of Poland Sp. z o.o.
z siedzibą w Rzeszowie
ul. Ks. J. Jajłowego 10
tel. (17) 850 77 40

Rzeszów 35-036
NZOZ MAGMA-MED
Poradnia Chirurgii Ogólnej,
Leczenie ran w warunkach
ambulatoryjnych
oraz domowych
ul. Żwirki i Wigury 8
tel. (17) 862 25 05

woj. podlaskie

Białystok 15-054
NZOZ OMNI-MED
Zofia Stojak
ul. Mieszka I 8c, lok. 30
tel. (85) 732 63 11

Białystok 15-002
ZOZ Hospicjum Domowe
ul. Sienkiewicza 53,
pok. 109
tel. 693 278 231

Kolno 18-500
NZOZ OMNI-MED
Zofia Stojak
ul. Wojska Polskiego 69
tel. (85) 732 63 11

Łomża 18-400
NZOZ ARKA
Opieka Pielęgniarska
Puchalska, Zawadzka Sp.j.
ul. Fabryczna 9A/14
tel. 515 141 553

Łomża 18-400
NZOZ OMNI-MED
Zofia Stojak
ul. Kazańska 2/6
tel. (85) 732 63 11

Mońki 19-100
NZOZ
OMNI-MED
Zofia Stojak
al. Niepodległości 11B lok. A
tel. (85) 732 63 11

woj. pomorskie

Gdańsk 80-286
NZOZ
MORENA Sp. z o.o.
Poradnia Chirurgii
Ogólnej
dr n. med. Grzegorz Michalski,
spec. piel. chirurgicznego
Urszula Szekańska
ul. Jaśkowa Dolina 105
tel. (58) 347 92 64
wt. 17.00 - 19.00

Gdańsk 80-952
Regionalne Centrum
Diabetologii Uniwersyteckie
Centrum Kliniczne
Gabinet Stopy
Cukrzycowej
dr hab. n. med.
Anna Korzon-Burakowska
ul. Dębinki 7c
tel. (58) 349 26 05

Gdańsk 80-631
NZOZ Stogi
Poradnia Chirurgiczna
ul. Stryjewskiego 29
tel. (58) 304 22 60
dr n. med. Kamil Jankowski

Gdańsk 80-305
SP ZOZ Poradnia
Chirurgiczna
przy Szpitalu
Marynarki Wojennej,
ul. Polanki 117
tel. (58) 552 62 07
dr Natalia Gawrych
spec. piel. chirurgicznego
Violetta Wydra

Gdańsk 80-852
PULS-MEDIC Gdańsk
Wyjazdowa opieka
u pacjenta w domu
Leczenie Ran
Przewlekłych
ul. Dyrekcyjna 2-4
licencjat piel. Ewa Marchel
tel. 509 232 295
spec. opieki
długoterminowej
Barbara Wypustek
tel. 600 983 107

Gdynia 81-589
NZOZ Przychodnia
Dąbrowa-Dąbrówka
ul. Sojowa 22
dr Monika Beyer-Wróblewska
tel. (58) 669 20 36

Gdynia 81-363
MedAmi Poradnia Leczenia Ran
Centrum Usług Pielęgniarskich
Gabinet i pomoc wyjazdowa
u pacjenta w domu,
piel. Anna Pytel,
dr Natalia Gawrych
ul. Starowiejska 45/7
(windą III piętro)
tel. (58) 781 92 25,
e-mail: biuro@medami.pl,
www.medami.pl

Pruszcz Gdański 83-000
Indywidualna
Specjalistyczna
Praktyka Pielęgniarska
Sylvia Kiedrowska
Z DOJAZDEM
DO DOMU PACJENTA
tel. 692 858 123

Rumia 84-230
NZOZ NR 1 Rumia,
Poradnia Chirurgiczna
ul. Derdowskiego 23
dr n. med. Jarosław Litwin
tel. (58) 671 15 11

Sopot 81-756
SOPMED Centrum Medyczne
Poradnia Chirurgiczna
dr Andrzej Nowik
ul. Chrobrego 6/8
tel. (58) 555 26 26

woj. śląskie

Bielsko-Biała 43-302
Szpital Wojewódzki
w Bielsku-Białej
Poradnia Chirurgii
Ogólnej i Naczyniowej
al. Armii Krajowej 101
tel. (33) 810 21 35

Bytom 41-933
Poradnia Chirurgii
Ogólnej
i Naczyniowej
dr n. med. Krzysztof
Szczechowski
ul. Tetmajera 1
tel. (32) 286 52 71

Bytom 41-902
Poradnia Schorzeń Naczyń
al. Legionów 10
tel. (32) 396 44 27
pn.-czw., godz.: 7.15-12.00
pt., godz.: 10.30-13.00

Cieszyn 43-400
NZOZ Specjalista
Poradnia Pielęgnacji
i Leczenia Ran
Przewlekłych
ul. Sienkiewicza 1
tel. (33) 851 28 00

Czerwionka 44-230
Specjalista Chirurg
Artur Lejtmann
ul. Jana Pawła II 7c
tel. 606 960 532,
czw. 16.00-18.00

Częstochowa 42-202
Poradnia Chirurgiczna
ul. Mirowska 15
tel. (34) 370 21 40

Częstochowa 42-200
KOMED
Prywatne Centrum
Diagnostyczno-Lecnicze
Poradnia Chirurgii
Naczyniowej
ul. Sobieskiego 54
tel. (34) 324 61 54

Częstochowa 42-200
Wojewódzki Szpital
Specjalistyczny Poradnia
Chirurgiczna (pokój 216)
ul. Białska 104/118
tel. (34) 367 34 24
dr Bożena Karol

Jaworzno 43-602
PRO-FAMILIA-MED
Gabinet Chirurgii Ogólnej
dr Ryszard Maciejowski
ul. Jaworznicka 35
tel. (32) 616 22 37

Katowice 40-635
Poradnia Chirurgii Naczyń
PHU NAVIMED POL
dwa Sp. z o.o.
ul. Ziółowa 46
tel. (32) 202 40 25

Katowice 40-123
Poradnia Chirurgii Ogólnej
i Naczyniowej
dr n. med. Krzysztof
Szczechowski
ul. Czerwińskiego 10
tel. (32) 201 08 38

Katowice 40-132
Poradnia Chirurgiczna,
Porady z zakresu leczenia ran
ul. Wyszyńskiego 4
tel. (32) 355 87 16, wew. 101
godz. 8.00-12.30

Lędziny 43-143
NZOZ
w Lędzinach
Poradnia Chirurgii Ogólnej
ul. Pokoju 17
tel. (32) 326 73 74

Racibórz 47-400
NZOZ
Lecznica im. Św. Łazarza
ul. Chodkiewicza 23
tel. (32) 419 08 88

Ruda Śląska 41-709
(Nowy Bytom)
PRO-MEDICAL S.C.
Poradnia Stopy Cukrzycowej
ul. Niedurnego 50 D
tel. (32) 244 28 89

Rybnik 44-200
Specjalistyczna Praktyka
Lekarska
Krzysztof Paruzel
Chirurgia
ul. Reymonta 50
tel. 509 796 766

Siemianowice Śląskie 41-100
S.C. PARTNER
Specjalistyczna
Praktyka Lekarska
Al. Sportowców 1a
tel. 501 792 636
lek. med. Jan Kądziała
chirurg
codziennie w godz. 16.00-19.00

Wodzisław Śląski 44-300
Centrum Medyczne Medhouse
lek. med. Maciej Kubicz - chirurg
ul. Radlińska 68
tel. (32) 459 10 10

Wodzisław Śląski 44-300
ZOZ w Wodzisławiu Śląskim
Poradnia Chirurgii Ogólnej
ul. 26 Marca 164
tel. (32) 459 17 47 lub 62

Zabrze 41-800
NZOZ, Specjalistyczna
Pomoc Medyczna
MEDSERVICE
ul. Curie-Skłodowskiej 34
tel. (32) 271 02 64
pn., godz.: 10.00-15.00,
wt. i czw., godz.: 10.00-20.00

woj. świętokrzyskie

Kielce 25-729
NZOZ
SALWIKO-CHIRURGIA
Prywatny Gabinet Chirurgiczny
Jacek Salwowski
ul. Urzędnicza 16b
rejestracja tel. 661 090 540
pn.-pt., godz.: 15.00-20.00

Kielce 25-315
Centrum GAM-MED
Poradnia Dermatologiczna
dr T. Rostalski
ul. Starodomaszowska 15
tel. (41) 240 68 74

Kielce 25-316
Poradnia Chirurgiczna
przy Szpitalu Kieleckim
im. Św. Aleksandra Sp. z o.o.
ul. Kościuszki 25
tel. (41) 34 17 800

woj. warmińsko-mazurskie

Elbląg 82-300
Centrum Chirurgiczne
w Elblągu
ul. Królewiecka 146
tel. (55) 239 56 38

Elbląg 82-300
Elbląski Szpital Specjalistyczny
z Przychodnią, Gabinet
Chirurgiczny
ul. Komeńskiego 35
tel. (55) 239 45 02

Giżycko 11-500
Szpital Giżycki Sp. z o.o.
Poradnia Chirurgiczna
ul. Bohaterów Westerplatte 4
tel. (87) 428 54 51

Kętrzyn 11-400
NZOZ
S. Pleśkowicz, J. Gierasimiuk
Poradnia Chirurgiczna
ul. Krótka 4
tel. (89) 752 29 75
wt. godz.: 15.00-16.00,
czw. godz.: 15.00-16.00

Olsztyn 10-687
POLKARD Centrum
Stomatologiczno-Medyczne
Lekarzy Specjalistów
Poradnia Chirurgii Żył
Korczyński Dolnych
Krzysztof Pomorski
ul. Jaroszyka 3
tel. (89) 543 06 86
czw., godz.: 15.00-19.00

Ostróda 14-100
Powiatowy Zespół
Opieki Zdrowotnej
w Ostródzie S.A.
Centrum Zdrowia MEDICA
Poradnia Chirurgiczna
ul. Władysława Jagiełły 1
tel. (89) 646 06 15

woj. wielkopolskie

Czarnków 64-700
Poradnia Chirurgii Ogólnej
ul. Kościuszki 94
tel. (67) 352 81 09

Chodzież 64-800
Pielęgniarska Opieka
Z. Boeske i W. Boeske s.j.
Leczenie ran w gabinecie
i w domu pacjenta
ul. Żeromskiego 35u/8
tel. 501-394-428

Gniezno 62-200
Centrum Medyczne
Salomed
Leczenie ran również
w warunkach domowych
ul. Wolności 4a
tel. (61) 425 00 12

Kalisz 62-800
Specjalistyczny Gabinet
Chirurgiczny
lek. med. Sławomir Kaczmarek
ul. Korczak 46
wt. i czw., godz.: 16.30-20.00
rejestracja
tel. 604 771 549

Kępno 63-600
Niepubliczny Zakład
Podstawowej i Specjalistycznej
Opieki Zdrowotnej
MEDRA
ul. Wawrzyniaka 42
rejestracja
tel. (62) 791 33 00
pn. godz.: 9.00-15.00

Konin 62-510
Specjalistyczna
Praktyka
Pielęgniarska
Leczenie Ran
i Usługi Wyjazdowe
mgr piel. Sylwia Rogowska
tel. 665 077 701

Leszno 64-100
Specjalistyczna
Praktyka Lekarska
ul. Kiepur 8
tel. (65) 528 79 51
lek. med. Leszek Zuchowski

Oborniki 64-600
DANMED Specjalistyczne
Gabinety Lekarskie
Poradnia Chirurgiczna
Chirurgiczna
ul. Szpitalna 2a
tel. 691-833-133

Ostrów Wielkopolski 63-400
Specjalistyczny Gabinet
Chirurgiczny
ul. Konopnickiej 54
rejestracja
tel. 500 134 947
pon. godz.: 17.00-20.00

Ostrów Wielkopolski 63-400
Gabinet podologiczny
- specjalistyczna pielęgnacja stóp
ul. Limanowskiego 24
tel. 512 268 013
od godz. 16.00

Piła 64-920
Prywatny Gabinet Lekarski
lek. med. Wojciech Ptaszniak
ul. Łączna 49
tel. 607 224 699
wt. godz. 18.00 - 20.00

Piła 62-920
Poradnia BEA-MED,
Poradnia Chirurgii Ogólnej,
K. Dudzińska, W. Włodarczyk
ul. Matwiejewska 6
tel. (67) 215 50 55

Poznań 61-544
ANGIODIABETICA
ul. Przemysłowa 46 a, lok 3
tel. 669 693 693

Poznań 60-111
Poradnia Stopy Cukrzycowej
Art-Medica
ul. Rakoniewiecka 23 A
tel. (61) 830 00 25, 503 075 095
pn.-pt. godz. 9.00-20.00

Poznań 60-834
Poradnia Stopy Cukrzycowej
ul. Mickiewicza 2
tel. (61) 848 10 11
wt. 14.00-18.00,
śr. 10.00- 14.00,
czw. 11.00-13.00
wew. 228 lub 372

Poznań 61-245
SP SK nr 1 im. Przemienienia
Pańskiego Hospicjum Palium
Odleżyny i owrzodzenia goleni
os. Rusa 25a
tel. (61) 873 83 32
pon. i czw. 9.00-13.00

Słupca 62-400
Prywatna praktyka
w Centrum Medycznym Amika
ul. Warszawska 16
tel. (63) 277 17 77
lek. med. Mariusz Andrzejewski

Swarzędz 62-020
SK-MED Poradnia Leczenia Ran
ul. Księżycowa 14b/2
tel. 609 919 291
www.sk-med.pl
dr hab. n. med. Maciej Sopata

woj. zachodnio-pomorskie

Gryfino 74-100
NZOZ MEDYK
ul. Kościelna 35/6
tel. 607 034 316

Koszalin 75-452
Przychodnia Specjalistyczna
SPONDYLUS
ul. Jana Pawła II 21
tel. (94) 347 11 93

Koszalin 75-950
Specjalistyczny
Gabinet Chirurgiczny
ul. Zamenhofska 26
tel. (94) 340 59 00

Pyrzyce 74-200
NSZOZ MULTIMED
ul. Jana Pawła II 13
tel. (91) 577 71 92
pon. 9.00-14.00,
wt. 15.00- 19.00,
czw. 15.00-19.00,
pt. 8.00-12.00
lek. med. Robert Kosiński

Szczecin 70-720
Vascumed
dr n. med. Marcin Śledź
ul. Langiewicza 18/18
tel. 608 651 738

**JEŚLI CHCESZ, ABY TWÓJ ARTYKUŁ
CZY PRZYPADEK ZNALAZŁ SIĘ W INFORANKU PLUS**

PRZEŚLIJ GO NA ADRES REDAKCJI:
dzial.pomocy@convatec.com

PROFESJONALNIE O RANACH DLA SPECJALISTÓW
INFORANEK PLUS

GDZIE KUPIĆ OPATRUNKI?

Opatrunki specjalistyczne powinny być dostępne w każdej aptece, a szczególnie opatrunki refundowane, ponieważ apteka realizująca recepty na opatrunki refundowane ma obowiązek zapewnić ich dostęp. Niekiedy jednak apteki nie posiadają pełnego asortymentu opatrunków, co oznacza konieczność zamówienia i wydłużenia czasu ich zakupu. Dlatego też, ConvaTec na bieżąco monitoruje dostępność opatrunków w aptekach. Na liście poniżej znajdują Państwo apteki, w których dostępny jest pełen asortyment opatrunków ConvaTec.

woj. dolnośląskie

Głogów 62-200
Apteka Dr. Max
ul. Jedności Robotniczej 2
tel. (76) 835 32 22

Jelenia Góra 58-506
Apteka Centrum
ul. Letnia 2
tel. (75) 646 63 80

Legnica 59-220
Apteka Arnica
ul. Jaworzyńska 5
tel. (76) 862 94 42

Środa Śląska 55-300
PCZ POLSKA APTEKA NR 3
ul. Kolejowa 16A
tel. (71) 369 65 21

Wrocław 54-130
Apteka MALVA
ul. Horbaczewskiego 4/6
tel. (71) 351 61 25

Wrocław 54-434
Apteka LEGE ARTIS
- Nowodworska
ul. Gubińska 15
tel. (71) 357 99 05

Wrocław 50-525
Apteka LEGE ARTIS
ul. Joannitów 22
tel. (71) 367 10 50

Wrocław 51-124
Apteka św. Wojciecha
ul. Kamińskiego 73 A
tel. (71) 327 04 47

Wrocław 53-114
Apteka Przy Weigla
ul. Weigla 10
tel. (71) 790 38 70

Wrocław 50-349
PCZ POLSKA
APTEKA NR 2
ul. Sienkiewicza 58-60
tel. (71) 347 45 20

woj. kujawsko-pomorskie

Bydgoszcz 85-094
Apteka Alba I
ul. Curie-Skłodowskiej 1
tel. (52) 346 01 11

Bydgoszcz 85-021
Apteka Alba BIS
ul. Gdańska 140
tel. (52) 345 57 57

Bydgoszcz 85-790
Apteka Alba V
ul. Pielęgniarska 13
tel. (52) 343 98 28

Bydgoszcz 85-825
Apteka im. O. Klimuszki
ul. Wojska Polskiego 42
tel. (52) 345 16 66

Bydgoszcz 85-011
Apteka Piastowska
ul. Śniadeckich 51
tel. (52) 322 44 73

Bydgoszcz 85-642
Apteka
Pod Jemiołą
ul. Sułkowskiego 48
tel. (52) 341 26 81

Łochowo 86-065
Apteka
Żyć Zdrowo
ul. Porzeczkowa 20
tel. (52) 363 98 69

Toruń 87-100
EURO-APTEKA
ul. Św. Józefa 53/59
tel. (56) 564 33 68

Toruń 87-100
EURO-APTEKA
(przychodnia)
pl. 18 stycznia 4
tel. (56) 652 14 06

woj. lubelskie

Kraśnik 23-200
Apteka Centrum
Al. Niepodległości 11A
tel. (81) 825 80 45

Lublin 20-607
Apteka Esculap Sp. z o.o.
ul. Wallenroda 2e
tel. (81) 528 03 11

Lublin 20-094
Apteka
Millenium S.C.
R.W. Gargol
ul. Lubartowska 64/66
tel. (81) 747 35 32

Łęczna 21-010
Apteka Centrum Sp. j.
E. Gackiewicz i Wspólnicy
ul. Targowa 15-17
tel. (81) 752 26 14

Zamość 22-400
Apteka Vitamed Sp. z o.o.
ul. Prymasa S. Wyszyńskiego 3
tel. (84) 639 82 22

Zamość 22-400
Apteka Zamojska
ul. Piłsudskiego 35/49
tel. (84) 639 59 07

woj. lubuskie

Gorzów Wielkopolski 66-400
Apteka Dworcowa
ul. Dworcowa 2/3
tel. (95) 728 25 99

Sulecin 69-200
Apteka POLONEZ (przy Internarche)
ul. Poznańska 4
tel. 502 652 857

Żary 68-200
Apteka Targowa
ul. Lotników 16
tel. (68) 374 64 29

woj. łódzkie

Łódź 90-141
EURO-APTEKA Sp. z o.o.
ul. Narutowicza 96
tel. (42) 678 17 84

Łódź 94-238
Apteka Herba D. Dobrysiak-
-Kobylińska i wspólnicy Sp. j.
ul. Pługowa 51/53
tel. (42) 634 94 64

Łódź 93-035
Apteka Melissa
ul. Wólczańska 247
tel. (42) 646 07 17

Łódź 90-130
Apteka Melissa 24H
ul. Narutowicza 55
tel. (42) 307 02 09

Łódź 90-513
Apteka Melissa
ul. Struga 16
tel. (42) 636 36 31

Łódź 94-043
Apteka Olimpijska
ul. Olimpijska 7A
Tel. (42) 687 17 06

Łódź 94-042
Apteka Olimpijska
al. Wyszyńskiego 61
Tel. (42) 688 01 41

Łódź 90-004
Apteka Słoneczna
ul. Piotrkowska 191
tel. (42) 672 60 76

Pabianice 95-200
Apteka Fundacji Zdrowie
dla mieszkańców Pabianic
ul. Jana Pawła II 68
tel. (42) 215 46 18

Piotrków Trybunalski 97-300
Apteka
Pod Siódmkami s.c.
Danuta Sochaczewska,
Karolina Sochaczewska
ul. Wojska Polskiego 77
tel. (44) 733 95 17

Sieradz 98-200
Apteka Słoneczna
ul. Wincentego Wnuka 4
tel. (43) 678 05 42

Skierniewice 96-100
Apteka Słoneczna
ul. Rawska 15
tel. (46) 833 38 09

woj. małopolskie

Kraków 31-261
Apteka Hygieia
ul. Rusznikarska 14a
tel. (12) 632 66 50

Kraków 31-062
Apteka Krakowska
ul. Krakowska 35
tel. (12) 430 61 44

Kraków 31-926
Apteka Niezapominajka
os. Centrum B4
tel. (12) 643 79 39

Kraków 31-201
APTEKA ZIKO
ul. Bratysławska 2
tel. 801 003 330
tel. (12) 687 57 47 (z tel. kom.)

Kraków 31-108
APTEKA ZIKO
ul. Retoryka 23
tel. 801 003 330
tel. (12) 687 57 47 (z tel. kom.)

Kraków 30-800
APTEKA ZIKO
ul. Aleksandry 11
tel. 801 003 330
tel. (12) 687 57 47

Kraków 31-146
APTEKA ZIKO
ul. Długa 88
tel. 801 003 330
tel. (12) 687 57 47

Kraków 30-611
APTEKA ZIKO
ul. Beskidzka 30 A
tel. 801 003 330
tel. (12) 687 57 47 (z tel. kom.)

Kraków 30-149
APTEKA ZIKO
ul. Balicka 14 A
tel. 801 003 330
tel. (12) 687 57 47 (z tel. kom.)

Kraków 31-625
APTEKA ZIKO
os. Piastów 60
tel. 801 003 330
tel. (12) 687 57 47 (z tel. kom.)

Kraków 31-952
APTEKA ZIKO
os. Uroczę 1
tel. 801 003 330
tel. (12) 687 57 47 (z tel. kom.)

Kraków 31-834
APTEKA ZIKO
os. Jagiellońskie 19
tel. 801 003 330
tel. (12) 687 57 47 (z tel. kom.)

Kraków 30-001
Apteka Trynitarz
ul. Trynitarz 4
tel. (12) 430 14 04

Myślenice 32-400
Apteka Esculap
ul. Żwirki i Wigury 14
tel. (12) 272 30 77

Niepołomice 32-005
Apteka Pod Figurką
ul. Bocheńska 15
tel. (12) 281 10 37

Nowy Targ 34-400
Apteka Hipokrates
ul. Krzywa 14
tel. (18) 264 03 15

Oświęcim 32-600
Apteka Libra
ul. Dąbrowskiego 11a
tel. (33) 844 43 41

Proszowice 32-100
Apteka Danuta Garlicka-Konrad,
Irena Szot Sp.j.
ul. Kopernika 34
tel. (12) 386 38 40

Tarnów 33-100
APTEKA ZIKO
ul. Wałowa 2
tel. 801 003 330
tel. (12) 687 57 47 (z tel. kom.)

Wadowice 34-100
Apteka Rodzinna
ul. Podgórska 6
tel. (33) 873 81 13

woj. mazowieckie

Janki 05-090
Apteka
pl. Szwedzki 3
tel. (22) 711 33 88

Konstancin-Jeziorna 05-510
Apteka
ul. Piłsudskiego 15
tel. (22) 756-46-06

Konstancin-Jeziorna 05-510
Apteka Przy Stocer
ul. Wierzejewskiego 12
tel. (22) 756 45 00

Kozienice 26-900
Apteka Gemini
ul. Warszawska 13
tel. (48) 614 22 55

Łomianki 05-092
Apteka S&S Laboratories
mgr farm. Dorota
Szczytnicka
ul. Warszawska 59
tel. (22) 751 31 08

Płock 09-402
Apteka Medicor
ul. Kolegialna 30
tel. (24) 262 48 24

Płock 09-402
Apteka Farmika Spółka Cywilna
mgr farm. Dorota Olżyńska-
Hołowiak, mgr farm. P. Hołowiak
al. Jachowicza 17
tel. (24) 266 89 33

Radom 26-200
Apteka FIT
ul. Tochtermana 1
tel. (48) 360 14 39

Siedlce 08-110
Apteka s.c. mgr Małgorzata
i Dariusz Chmielak
ul. Sienkiewicza 19
tel. (25) 633 66 55

Siedlce 08-110
Apteka Forum
ul. Rynkowa 4
tel. (25) 644 09 10

Warszawa 00-911
Apteka
ul. Koszykowa 78
tel. (22) 628 01 91

Warszawa 03-428
Apteka Blufarm
ul. Konopacka 20
tel. (22) 619 26 92

Warszawa 04-749
Apteka
Bursztynowa
ul. Bursztynowa 2
tel. (22) 473 54 60

Warszawa 02-634
Apteka Dbam o Zdrowie
ul. Racławicka 132 B
tel. (22) 856 97 25

Warszawa 04-008
Apteka Galena
ul. Waszyngtona 45/51
tel. (22) 871 85 35

Warszawa 04-359
Apteka Puri-Pharma
ul. Kobielska 11
tel. (22) 403 25 74

Warszawa 02-097
Apteka Na Banacha
mgr farm. Dorota Szczytnicka
ul. Banacha 1a
tel. (22) 599 10 33

Warszawa 03-476
Apteka Mediq
Cefarm Śląski
Sp. z o.o.
ul. Dąbrowszczaków 5a
tel. (22) 677 02 16

Warszawa 02-781
Apteka Juventa
ul. Roentgena 5
tel. (22) 855 18 25

Warszawa 00-697
APTEKA JPC, Galeria LIM
Al. Jerozolimskie 65/79
tel. (22) 630 55 30

Warszawa 03-242
Apteka
Gamma-Pharm
ul. Kondratowicza 8
tel. (22) 326 58 33

Warszawa 03-802
Apteka Wschodnia
ul. Lubelska 1
tel. (22) 818 65 13

Warszawa 00-378
Apteka Przy Dobrej
ul. Jaracza 10
tel. (22) 625 35 03

Warszawa 03-431
Apteka Orchis
ul. Śródkowa 30
tel. (22) 698 20 01

Warszawa 03-984
Apteka Twoja
ul. Fieldorfa 5
tel. (22) 740 51 32

Warszawa 04-844
Apteka
ul. Patriotów 110
tel. (22) 270 29 88

Warszawa 02-367
Apteka
ul. Grójecka 122
tel. (22) 823 70 40

Warszawa 03-401
Apteka Quantum Pharmacia
Al. Solidarności 67
tel. (22) 670 46 38

Warszawa 04-348
Apteka GŁÓWNA
ul. Garwolińska 16
tel. (22) 610 75 38

Warszawa 02-211
APTEKA ZIKO
ul. Kasprzaka 24/9
tel. 801 003 330

Warszawa 00-061
APTEKA ZIKO
ul. Marszałkowska 140
tel. 801 003 330

Warszawa 00-677
APTEKA ZIKO
ul. Koszykowa 50
tel. 801 003 330

Warszawa 01-771
APTEKA ZIKO
ul. Broniewskiego 29
tel. 801 003 330

Warszawa 02-620
APTEKA ZIKO
ul. Puławska 101
tel. 801 003 330

Warszawa 02-722
APTEKA ZIKO
Al. KEN 105
tel. 801 003 330

Warszawa 01-108
APTEKA ZIKO
Al. Jana Pawła II 45a
tel. 801 003 330

Wyszaków 07-202
Apteka VERA
ul. Sowińskiego 63
tel. (29) 742 49 63

Żyrardów 96-300
Apteka Pod Różą
ul. Limanowskiego 30
tel. (46) 855 44 90

woj. opolskie

Brzeg 49-300
Dolnośląska
Grupa Apteczna
Sp. z o.o. Apteka nr 9
ul. Łokietka 24a
tel. (77) 404 50 66

Krosno 38-400
Apteka MEDIC
ul. Wojska Polskiego 41
tel. (13) 420 05 50

Opole 45-066
Apteka Eskulap
ul. Reymonta 14
tel. (77) 441 86 77

Opole 45-221
Apteka Eskulap
ul. Chabrów 117
tel. (77) 458 21 90

woj. podkarpackie

Przemyśl 37-700
Apteka eMKa
ul. 3 Maja 18
tel. (16) 670 08 39

Rzeszów 35-045
Apteka M&G
ul. Hetmańska 23
tel. (17) 862 25 84

Rzeszów 35-068
Apteka
Akademia Zdrowia
ul. Jabłońskiego 5
tel. (17) 871 38 50

Strzyżów 38-100
Apteka
Pod Duchem Świętym
mgr Halina Chrzanowska
ul. Parkowa 1
tel. (17) 276 24 01

Sędziszów Małopolski 39-120
Apteka Prywatna
mgr farm. Danuta Sochacka
ul. Kościuszki 18 A
tel. (17) 221 65 36

woj. podlaskie

Białystok 15-540
Apteka Uniwersytecka
Fundacji Uniwersytetu
Medycznego
ul. Żurawia 14
tel. (85) 74 09 554

Białystok 15-430
Apteka "Rodzinna"
ul. Przejazd 2a/4
tel. (85) 744 04 00

Białystok 15-269
Apteka Uczelniana Fundacji
Uniwersytetu Medycznego
w Białymstoku
ul. Waszyngtona 15a
tel. (85) 745 06 98

woj. pomorskie

Chojnice 89-600
Apteka
Promedica
ul. Młodzieżowa 35
tel. (52) 569 17 11,
e-mail:
promedica@aptekachojnice.pl

Człuchów 77-300
Apteka Marzeń
ul. Królewska 2
tel. (59) 834 32 58

Gdańsk 80-305
Apteka
Wałowa
ul. Wałowa 27
tel. (58) 305 18 76

Gdańsk 80-172
Apteka
GEMINI
ul. Trzy Lipy 3
tel. (58) 600 80 77

Gdańsk 80-001
Apteka
MEDIQ
ul. Korzeniowskiego 13
tel. (58) 342 83 38

Gdańsk 80-305
Apteka Spacerowa
ul. Polanki 117
tel. (58) 552 65 20

Gdańsk 80-103
Apteka Mariacka Dom Leków
ul. Kartuska 5
tel. (58) 721 40 00

Gdańsk 80-214
Apteka
Uniwersytecka
ul. M. Smoluchowskiego 17
tel. (58) 349 17 30

Gdańsk 80-308
Apteka NOVA
ul. Polanki 7
tel. (58) 719 40 94

Gdynia 80-589
Apteka
Dbam o Zdrowie
ul. Sojowa 22
tel. (58) 629 09 99

Gdynia 81-065
Apteka Dom Leków
ul. Wejherowska 59
tel. (58) 623 02 21

Gdynia 81-350
Apteka Dyżurna
pl. Kaszubski 8
tel. (58) 620 58 58

Gdynia 81-596
Apteka Dom Leków
ul. Zapolskiej 1A
tel. (58) 629 14 40

Kartuzy 83-300
Apteka im. Św. Huberta
os. Wybickiego 3a
tel. (58) 681 45 60

Kościerzyna 86-400
Apteka MEDIQ
ul. Piechowskiego 36
tel. (58) 686 01 05

Lębork 84-300
Apteka GEMINI
al. Wolności 30
tel. (59) 863 42 05

Lębork 84-300
Apteka przy Browarze
Al. Wolności 40
tel. 59 86 22 766

Puck 84-100
Apteka przy Szpitalu
ul. Sobieskiego 1
tel. (58) 676 93 71

Rumia 84-230
Apteka Polska
ul. Dąbrowskiego 21
tel. (58) 679 40 16

Słupsk 76-200
Apteka Ratuszowa
ul. Tuwima 8
tel. (59) 842 49 57

Sopot 81-756
Apteka GEMINI
ul. Chrobrego 1
tel. (58) 555 93 37

Starogard Gdański 83-200
Apteka
Elżbietańska
ul. Hallera 21 b
tel. (58) 775 53 13

Starogard Gdański 83-200
Apteka GEMINI
ul. Lubichowska 14
tel. (58) 562 71 09

Wejherowo 84-200
Apteka Polska
ul. Kociewska 10
tel. (58) 672 77 44

woj. śląskie

Bielsko-Biała 43-316
Apteka
Pod Dębowncem
al. Armii Krajowej 132
tel. (33) 816 48 84

Będzin 42-500
Apteka Polska S.C.
ul. Modrzejowska 27
tel. (32) 761 94 52

Będzin 42-500
Apteka
Superjednostka
Certus Pharma
Zbigniew Urbanowicz
ul. Piłsudskiego 83
tel. (32) 733 61 12

Będzin 42-500
Apteka Superjednostka
Certus Pharma
Zbigniew Urbanowicz
ul. Żwirki i Wigury 16
tel. 784 000 414

Cieszyn 43-400
Apteka Medea
ul. Bielska 8
tel. (33) 852 13 45

Częstochowa 42-200
Apteka 4 Pory Roku
ul. Warszawska 2/14
tel. (34) 324 46 93

Częstochowa 42-200
Apteka
MEDICUS
al. NMP 16
tel. (34) 367 10 35

Dąbrowa Górnicza 41-300
Apteka Superjednostka
Certus Pharma
Zbigniew Urbanowicz
al. Tadeusza Kościuszki 19
tel. (32) 262 25 44

Gliwice 44-101
APTEKA ZIKO
pl. Piastów 10
tel. (12) 687 57 47

Gliwice 44-100
APTEKA ZIKO
ul. Zwycięstwa 3
tel. (12) 687 57 47

Jaworzno 43-600
Apteka Górnicza
ul. Gwarków 1
tel. (32) 615 17 40

Katowice 40-730
Apteka
Pod Bazyliką
ul. Panewnicka 27
tel. (32) 252 65 27

Lędziny 43-143
Apteka
Justo-Farm Sp.J.
ul. Pokoju 17
tel. 664 407 379

Racibórz 47-400
Apteka Pod Różami
ul. Opawska 33
tel. (32) 415 49 51

Racibórz 47-400
Apteka
Pod Różami
ul. Ogrodowa 40
tel. (32) 415 27 53

Racibórz 47-400
Apteka
ABC-Ocicka
ul. Ocicka 51a
tel. (32) 415 56 20

Sosnowiec 41-200
APTEKA ZIKO
ul. Modrzejowska 16
tel. 801 003 330

Tychy 43-100
Apteka
Dbam o Zdrowie
al. Bielska 107
tel. (32) 329 46 64

Wodzisław Śląski 44-300
Apteka
Eskulap
ul. 26 Marca 164
tel. (32) 455 55 99

Zabrze 41-808
Apteka
Defarm Sp. z o.o.
ul. Budowlana 30 A
tel. (32) 272 12 07

Zabrze 41-800
Apteka Optima
ul. Franciszkańska 19
tel. (32) 275 26 58

Zawiercie 42-400
Apteka Superjednostka
Certus Pharma
Zbigniew Urbanowicz
ul. Piłsudskiego 81 f
tel. (32) 678 37 10

Zawiercie 42-400
Apteka Superjednostka
Certus Pharma
Zbigniew Urbanowicz
ul. Obrońców Poczty Gdańskiej 20
tel. (32) 674 30 02

woj. warmińsko-mazurskie

Biskupiec 11-300
Apteka Utis
ul. Armii Krajowej 2a
tel. (89) 715 41 14

Elbląg 82-307
Apteka
Ogólnodostępna
ul. Komeńskiego 35
tel. (55) 239 45 64

Elbląg 82-300
Apteka w Elblągu
ul. Żeromskiego 2
tel. (55) 611 43 30

Elbląg 82-300
Apteka
Farmacja 24
ul. Królewicka 146
tel. (55) 221 00 31

Giżycko 11-500
Apteka
Parkowa
ul. Warszawska 29
tel. (87) 428 52 83

Olsztyn 10-291
Apteka Pod Gryfem
al. Wojska Polskiego 70
tel. (89) 526 57 47

Ostróda 14-100
SOPAT II Sp. z o.o.
Apteka Medical Center
ul. Kościuszki 2
tel. (89) 642 73 83

woj. wielkopolskie

Gniezno 62-200
Apteka
Św. Wawrzyńca
ul. Bednarski Rynek 2/3a
tel. (61) 425 48 89

Kalisz 62-800
Apteka Stylowa 3
ul. H. Sawickiej 1 A
tel. 515 168 476

Konin 62-510
Apteka MED-ALKO
al. 1 Maja 3
tel. (63) 242 01 70

Leszno 64-100
Apteka
Pod Wagą
ul. 55. Pułku Piechoty 30
tel. (65) 526 83 61

Poznań 61-848
Apteka Verbena
ul. Długa 1/2
tel. (61) 851 95 43

Poznań 61-866
Apteka Ludzie dla ludzi
ul. Garbary 5
tel. (61) 852 38 39

Poznań 61-845
Apteka Leków Gotowych
i Recepturowych
Galenica
ul. Strzelecka 2/6
tel. (61) 852 99 22

Poznań 61-567
Apteka Pod Koroną
ul. Górna Wilda 107
tel. (61) 833 10 61

Poznań 60-836
Apteka im. Adama
Mickiewicza
ul. Mickiewicza 22
tel. (61) 847 63 51

Poznań 66-446
Apteka Wielkopolska
ul. Dojazd 34
(szpital MSWiA)

Poznań 61-462
Apteka Wielkopolska
os. Kosmonautów 104
(Market Carrefour)
tel. (61) 670 40 42 wew. 6

Poznań 61-696
Apteka Wielkopolska
al. Solidarności 42
(DT Kaufland)
tel. (61) 670 40 42 wew. 5

Poznań 61-001
Apteka Wielkopolska
os. Zwycięstwa paw. 110
(przy stacji paliw BP)
tel. (61) 670 40 42 wew. 8

Poznań 61-485
Apteka
Wielkopolska
ul. 28 Czerwca 1956 r. 194
(Szpital HCP)
tel. (61) 670 40 42 wew. 3

Poznań 61-141
Apteka Wielkopolska
ul. Kórnicka 24 (NZOZ)
tel. (61) 670 40 42 wew. 2

Poznań 60-683
Apteka Wielkopolska
os. Marysiński 25 (NZOZ)
tel. (61) 670 40 42 wew. 9

Poznań 61-146
Apteka Wielkopolska
os. Piastowskie 17
(Pasaż BETA)
tel. (61) 670 40 42 wew. 1

Poznań 61-699
Apteka Wielkopolska
os. Wichrowe Wzgórze 121 A
(Pasaż Nowa)
tel. (61) 670 40 42 wew. 7

Poznań 60-533
Apteka
Wielkopolska
ul. Polna 40
(Pati i Maks)
tel. (61) 639 42 11

Poznań 61-696
Apteka
Wielkopolska
ul. Serbska 7
(TESCO EXTRA)
tel. (61) 639 42 11

Swarzędz 62-020
Zamkowa
ul. Zamkowa 17C
tel. (61) 651 17 57

woj. zachodnio-pomorskie

Goleniów 72-100
Apteka Przy Fontannie
ul. Szczecińska 1a
tel. (91) 418 91 27

Gryfino 74-100
Apteka
Centrum
ul. B. Chrobrego 30/38
tel. (91) 829 85 77

Koszalin 75-720
Apteka Polikliniki MSWiA
ul. Szpitalna 2
tel. (94) 347 16 56

Pyrzyce 74-200
Apteka
Novum
ul. 1 Maja 20
tel. (91) 570 41 48

Stargard Szczeciński 73-110
Apteka
Nowa
ul. Reja 5a
tel. (91) 577 50 86

Szczecin 71-455
Apteka
Arkonka
ul. Arkońska 51
tel. (91) 424 44 77

Szczecin 71-280
Apteka
Pogodna
ul. Mickiewicza 101
tel. 91 48 730 44

Świnoujście 72-600
Apteka
Novum
pl. Słowiański 5/5a
tel. (91) 321 33 70

AQUACEL[®] Foam

strażnik Twojej skóry



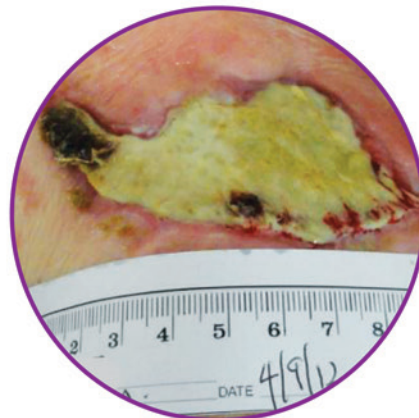
Niezależnie od potrzeb, zaufaj rodzinie opatrunków AQUACEL[®] Foam

Przed rozpoczęciem terapii

Chroni
skórę otaczającą
ranę

Zapobiega
uszkodzeniom
skóry

Pielęguje
Pomaga stworzyć
odpowiednie środowisko
wspierające proces
gojenia rany



Dzień 15



71-letni mężczyzna z odleżyną ⁽¹⁾

**Warstwa kontaktowa AQUACEL[®] w opatrunku
AQUACEL[®] Foam, wykonana w technologii Hydrofiber[™],
która:**

- **Absorbuje** wysięk i w kontakcie z nim przybiera postać miękkiego żelu, utrzymującego wilgotne środowisko rany
- **Blokuje** wysięk dzięki pionowemu wchłanianiu, redukuje ryzyko maceracji ^{2*}
- **Minimalizuje ból** podczas noszenia i zmiany opatrunku ³⁻⁸

* Jak wykazano *in vitro*

1. An Evaluation of AQUACEL Foam Dressing on 3 Pressure And Moisture Related Lesions, Poster presented at Wounds UK 2013 2. Waring MJ, Parsons D, Physico-chemical characterisation of carboxymethylated spun cellulose fibres. Biomaterials. 2001;22(9):903-912. 3. Armstrong SH, Brown DA, Hill E, Ruckley CV. A randomized trial of a new Hydrofiber dressing, AQUACEL, and an alginate in the treatment of exuding leg ulcers. Presented at: 5th European Conference on Advances in Wound Management; Harrogate, UK: November 1995. 4. Barnea Y, Amir A, Leshem D, et al. Clinical comparative study of Aquacel and paraffin gauze dressing for split skin donor site treatment. Ann Plast Surg. 2004 Aug;53(2):132-136. 5. Caruso DM, Foster KN, Blome Eberwein SA, et al. Randomized clinical study of Hydrofiber dressing with silver or silver sulfadiazine in the management of partial thickness burns. J Burn Care Res. 2006 May Jun;27(3):298-309. 6. Kogan L, Moldavsky M, Szvalb S, Govrin Yehudain J. Comparative study of Aquacel and Silverol treatment in burns. Ann Burns Fire Disasters. 2004;17(4):201-207. 7. Healthy Volunteer Study Report, Protocol CW 0207 11 A736. Data on File, ConvaTec Inc. 8. AQUACEL[™] foam Dressing – Waterproofness, Bacterial and Viral Barrier Testing. WHRI3538 MS069 Data on File, ConvaTec Inc. 9. WHRI3770 TA286 A Comparison of the In vitro Bio-Physical Performance Characteristics of Silicone Foam Dressings used in Wound Management. Data on file, ConvaTec.