



**Owrzodzenia żyłne  
goleni**  
metody leczenia i zasady  
postępowania terapeutycznego

**Miejscowe leczenie  
owrzodzeń żylnych goleni**

**Budowa i funkcje skóry**  
definicja rany

Wydawnictwo rekomendowane przez:



PÓLSKIE TOWARZYSTWO  
LECZENIA RAN



Otwórz się na możliwości™

## Spis treści

Owrodzenia żyłne goleni .....	4
Miejskowe leczenie owrodzeń żylnych goleni .....	6
Budowa i funkcje skóry, definicja rany .....	8
Model leczenia ran .....	10
Studia przypadków pielęgniarstwa .....	12
Zakupy opatrunków przez Internet .....	14
Podróże po dyżurze – WILNO .....	14
Jadło ≠ sadło .....	15
100% ConvaTec .....	16
Gabinety i profesjonalne poradnie leczenia ran .....	16



Bezpłatny magazyn.  
Ukazuje się co 3 miesiące od marca 2008 r.  
Redaktor naczelny:  
Piotr Martynus

Adres redakcji:  
ConvaTec Polska Sp. z o.o.  
Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa  
tel. (022) 579 66 50, fax (022) 579 66 44

Prenumerata:  
Bezpłatną prenumeratę można zamawiać,  
przesyłając pod adresem redakcji  
wypełniony kupon dołączony do numeru  
lub pobrać ze strony [www.mojarana.pl](http://www.mojarana.pl).

Wydawca:  
ConvaTec Polska Sp. z o.o.  
Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa  
tel. (022) 579 66 50, fax (022) 579 66 44

© 2009 Copyright by ConvaTec Polska Sp. z o.o.  
Wszelkie prawa zastrzeżone. Żadna część tego kwartalnika  
nie może być kopiowana ani odtwarzana w jakiegokolwiek formie  
i przy użyciu jakichkolwiek środków bez pisemnej zgody Wydawcy.

bezpłatna infolinia: 0 800 120 093  
e-mail: [dzial.pomocy@convatec.pl](mailto:dzial.pomocy@convatec.pl)  
[www.convatec.pl](http://www.convatec.pl)



## Słowo przewodnie

Droży Czytelniczy,

z wielką przyjemnością kreślę  
te parę słów na dobry początek  
„Inforanka”.



Od wielu lat aktywnie bierzemy udział w rozwoju  
leczenia ran na świecie i w Polsce. Osobiście  
wprowadzałam na polski rynek opatrunek  
Granuflex® – nasz „złoty standard” i do dziś  
najbardziej popularny opatrunek aktywny  
w Polsce. Był to rok 1995 i naprawdę niewiele  
osób znało się na tajnikach nowoczesnego  
leczenia ran. Trzeba przyznać też, że niewiele  
osób się tą tematyką interesowało.

Na szczęście (dla pacjentów) dziś świadomość  
i wiedza ta jest nieporównywalnie większa.  
Co więcej – temat leczenia ran budzi szerokie  
zainteresowanie, co zainspirowało naszą firmę  
do idei „Inforanka”, która się dziś właśnie  
ureczywistnia.

Zachęcając Państwa do współtworzenia naszego  
pisma, pozwolę sobie zacytować wybitnego  
polskiego mikrobiologa, Ludwika Hirszfelda:  
„Najlepszy mikroskop nie przyczyni się do rozwoju  
nauki, gdy go się trzyma w szafie”. Chcemy  
stworzyć forum, które między innymi pomoże  
„wyciągnąć z szafy” – cenne doświadczenia  
polskich lekarzy i pielęgniarek.

**Convalescence Technology** – misja zawarta  
w naszej nazwie zobowiązuje.

Pismo, które właśnie trzymają Państwo w rękach,  
to jeden ze sposobów, w jaki staramy się  
ją realizować.

Katarzyna Hammar  
Dyrektor Generalny ConvaTec  
w Regionie Europy Środkowo-Wschodniej



Szanowni Państwo,



nowoczesne leczenie ran wymaga nie tylko nowoczesnych technik diagnostycznych, nowoczesnych środków leczniczych, nowoczesnych materiałów opatrunkowych, lecz także nowoczesnych sposobów edukacji chorych i personelu medycznego zajmującego się tym problemem. Stąd z wielkim zadowoleniem witam nową inicjatywę firmy ConvaTec, którą jest wydawanie biuletynu-kwartalnika zatytułowanego „Inforanek”, który w przyszłości w połączeniu z aktywną stroną internetową będzie w sposób nowoczesny nie tylko edukował, informował, ale i dawał możliwość wymiany poglądów na temat stosowanych metod leczniczych, uzyskiwanych wyników leczenia oraz pojawiających się najnowszych wytycznych postępowania z różnymi rodzajami ran.

Polskie Towarzystwo Leczenia Ran obejmuje naukowym patronatem to nowe przedsięwzięcie i wyraża chęć budowania nowoczesnego, interdyscyplinarnego środowiska, które co kwartał będzie mogło przedstawić i przedyskutować jeden z czterech głównych tematów leczenia ran, a mianowicie: owrzodzenia goleni, oparzenia, zagadnienia dotyczące stopy cukrzycowej i odleżyn. Dużą rolę Towarzystwo postrzega również w tworzeniu właściwej atmosfery wokół spraw związanych z wprowadzaniem i popularyzowaniem nowych materiałów opatrunkowych, które w ostatnich latach zrewolucjonizowały leczenie ran.

Zachęcam wszystkich Państwa, członków i sympatyków PTLR, osób zajmujących się na co dzień leczeniem ran lub opiekujących się chorymi z przewlekłymi ranami oraz samych chorych do czynnego włączenia się w tworzenie tego kwartalnika i portalu internetowego. Tylko wspólny nasz wysiłek i zapał spowodują, że leczenie ran, nawet tych najbardziej zaniedbanych i trudno gojących się, wkroczy w nowy i nowoczesny okres rozwoju.

prof. Arkadiusz Jawień,  
Prezes Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran

Drodzy Czytelnicy,



oddajemy w Wasze ręce pierwszy, historyczny egzemplarz pisma, którego głównym celem jest szersze rozpropagowanie nowoczesnego i profesjonalnego podejścia do leczenia ran. Pozycję tę kierujemy przede wszystkim w stronę pielęgniarek, gdyż wiemy, że to właśnie ta grupa personelu medycznego ma bardzo istotny udział w procesie leczenia ran. Naszą ambicją jest, aby przekazywać naukowe informacje w sposób jak najbardziej przystępny, edukować i rozwijać Państwa wiedzę oraz umiejętności w powyższym zakresie.

W tym miejscu pragnę złożyć serdeczne podziękowania PTLR i osobiście profesorowi Arkadiuszowi Jawieniowi, który przyjął naszą inicjatywę w sposób bardzo otwarty, zapewniając wszelką merytoryczną pomoc w tym, jak i w kolejnych wydaniach „Inforanka”. Wdzięczny jestem każdemu z autorów artykułów wierząc, że ich wysiłek docenią Czytelnicy, a lektura będzie niezwykle interesująca.

Zdaję sobie sprawę, że czasu wolnego w trakcie wykonywania codziennych obowiązków jest „jak na lekarstwo”, aczkolwiek ufam, że część wydawnictwa poświęcona podróżom i odżywianiu również znajdzie swoich zwolenników.

Nieustannie pragniemy wychodzić naprzeciw Państwa oczekiwaniom w zakresie rozwoju tego pisma, dlatego też z prawdziwą przyjemnością przyjmujemy wszelkie uwagi czy komentarze, które mogą Państwo przesłać na adres mailowy: [patryk.martynus@convatec.com](mailto:patryk.martynus@convatec.com) lub w sposób tradycyjny, pocztą, na adres redakcji: ConvaTec Polska Sp. z o.o.

Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa  
tel. (022) 579 66 50, fax (022) 579 66 44

Kończąc, życzę interesującej lektury.

Patryk Martynus,  
Brand Manager, ConvaTec

# Owrzodzenia żyłne goleni



prof. Arkadiusz Jawień

*Problemy związane z leczeniem owrzodzeń żylnych kończyn dolnych dotyczą znacznej części społeczeństwa zarówno w Polsce, jak i na całym świecie.*

Prof. Arkadiusz Jawień, prezes PTLR, Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum w Bydgoszczy

Na podstawie danych pochodzących z badań prowadzonych w ostatnich latach określa się, że owrzodzenia żyłne goleni dotyczą ok. 0,11-0,32% populacji ogólnej i ok. 0,5-2% populacji osób dorosłych. W Polsce owrzodzenia czynne i wygojone łącznie występują aż u 3 % osób dorosłych! Częstość występowania owrzodzeń wzrasta wraz z wiekiem, dlatego szacuje się, że w populacjach starzejących się występowanie owrzodzeń będzie wzrastać.

Przyczyną owrzodzeń żylnych jest przewlekła niewydolność żylna, która może być **wrodzona, pierwotna lub wtórna**. Wrodzona niewydolność żylna występuje w postaci braku żył (aplazja), ich niedorozwoju (hipoplazja) lub nieprawidłowego rozwoju (angiodysplazja). Niewydolność pierwotna rozwija się m.in. w wyniku uwarunkowań genetycznych i działania różnych czynników środowiskowych związanych np. ze stylem życia (stojąca praca, otyłość, ciąża). Patogeneza żylaków pierwotnych nie została jeszcze dokładnie poznana. Wtórna niewydolność jest następstwem działania czynnika chorobotwórczego, którym zwykle jest zakrzepica żył (żylna choroba zakrzepowo-zatorowa), a sytuacją usposabiającą do jej wystąpienia może być np. unieruchomienie w czasie cho-

roby (opatrunki gipsowe, długotrwałe leżenie w łóżku itp.). Najczęściej jednak mamy do czynienia z etiologią pierwotną lub wtórną.

Czynnikiem sprawczym zaburzonego odżywienia tkanek w okolicy kostki przyśrodkowej jest podwyższone ciśnienie w układzie żylnym kończyn dolnych i uszkodzenie zastawek żylnych. Wysokie ciśnienie żyłne prowadzi do poszerzenia światła żył, uszkodzenia zastawek żylnych i pojawienia się refluksu (przepływu wstecznego) w żyłach kończyny dolnej. Takie zmiany w makrokrążeniu przenoszą się obwodowo do dużo mniejszych naczyń żylnych i doprowadzają do nadciśnienia w mikrokrążeniu, powodując początkowo obrzęki kończyn, przebarwienia skórne i w ostatecznym efekcie zmiany troficzne na skórze kończyn dolnych i owrzodzenia. (**ryc. 1**).

Najczęstszą kliniczną postacią pierwotnej niewydolności żylniej są **żylaki (zdj. 1)**. Definiuje się je



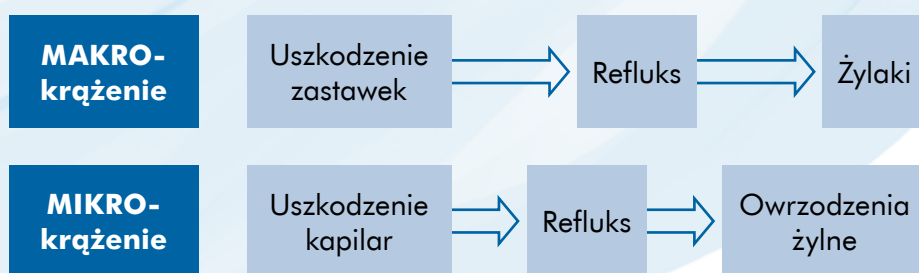
jako podskórne, poszerzone, kręte żyły o średnicy większej niż 3 mm, zlokalizowane w dorzeczu żyły odpiszczelowej i/lub odstrzałkowej. Długo utrzymujące i powiększające się na kończynie dolnej żylaki mogą prowadzić do pojawienia się w okolicy kostek **obrzęków (zdj. 2)**. Początkowo występują one pod koniec dnia, po dłuższym staniu, i ustępują po odpoczynku nocnym. Obrzęk może rozszerzać się ku dołowi – na stopę, oraz ku górze – na goleni, a w przypadku zakrzepicy żyły biodrowej obrzęk może obejmować nawet całą kończynę i biodro.

Kolejnym stadium przewlekłej niewydolności żylniej są ciemnobrązowe



Ryc. 1

## Patofizjologia przewlekłej niewydolności żylniej





**przebarwienia (zdj. 3)**, spowodowane wydostawaniem się krwi poza naczynia i odkładaniem się złogów żelaza, a także **wyprysk żylny (zdj. 4)**, manifestujący się rumieniowatym zapaleniem skóry, który może przechodzić w pęcherzykową, ścączką lub łuszczącą się wysypkę. Zmiany te zlokalizowane są najczęściej w okolicy żyłaków, ale mogą obejmować całą goleń. Zmiany troficzne skóry powodują przewlekłe zapalenie i włóknienie tkanki podskórnej i prowadzą do **lipodermatosclerosis (zdj. 5)**. Kaskada następujących po sobie zmian skórnych, do których prowadzi nadciśnienie żyłne, może powodować tzw. **zanik biały (zdj. 6)**. Charakteryzuje się on białawym i zanikowym obszarem skóry. Najczęściej otaczają go poszerzone włosniczki, czasami otaczają go przebarwienia (hiperpigmentacje), może przypominać bliznę po wcześniejszym wygojeniu.

**Owrzodzenie żyłne (zdj. 7)** jest końcowym i najcięższym stadium niewydolności żyłnej. Należy je określić jako ubytek skóry pełnej grubości, zwykle w okolicy kostek, który nie ma tendencji do samoistnego gojenia i jest podtrzymywany przez zaburzenia żyłne. Występujące zmiany analizuje się z uwzględnieniem trzech podkategorii:

■ **owrzodzenie żyłne czynne występujące po raz pierwszy**, opisywane jako trudno gojący się,

miejscowy ubytek tkanki skórnej (trwające > 4 tyg.), wymagający leczenia, spowodowany i podtrzymywany przez nadciśnienie żyłne;

■ **owrzodzenie żyłne czynne nawrotowe** pojawiające się po raz kolejny, mimo uzyskanego wcześniej efektu wyleczenia i pełnego wygojenia rany;

■ **owrzodzenie żyłne wygojone (zdj. 8)**, opisywane jako blizna po efektywnym leczeniu, w wyniku którego nastąpiło odtworzenie ciągłości skóry i zamknięcie rany.

Owrzodzenie żyłne goleni najczęściej występuje na przyśrodkowej powierzchni tuż powyżej kostki, w 1/3 dolnej części goleni, gdzie w pozycji stojącej w niewydolnych żyłach dochodzi do skumulowanego spływu krwi z trzech układów żylnych kończyny – powierzchownego, głębokiego i perforatorów. Zwykle ma ono owalny kształt i płaskie dno pokryte martwiczą tkanką, zlepanami włókniaka i jeśli towarzyszy mu zakażenie, również wydzielinę ropną. Otacza je przebarwiona, wysycona hemosyderyną skóra.

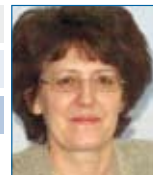
Liczne badania owrzodzeń żylnych goleni przeprowadzone w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej CM UMK w Bydgoszczy wskazują, że średnio czynne owrzodzenia trwają do 3 lat i 6 miesięcy. Wśród badanych byli chorzy posiadający owrzodzenia czynne nawet kilkadziesiąt lat! Trudności związane z ciągnącym się w czasie procesem

lecznym najczęściej były skutkiem nie zawsze właściwej terapii ogólnej, miejscowej, kompresyjnej czy też edukacyjnej. Długo trwające owrzodzenia powodują szereg problemów o charakterze nie tylko medycznym, zdrowotnym, ale również społecznym i ekonomicznym. Chorzy z powodu bólu, często dużej i brzydko pachnącej rany, ograniczają kontakty społeczne i rezygnują z aktywności zawodowej, przechodząc na niechciane renty. Choroba wiąże się z dużym wydatkiem finansowym chorego i drastycznie obniża jego jakość życia. Długa, często jeszcze mało skuteczna terapia pociąga za sobą ogromne koszty – leków, środków opatrunkowych, obciąża ponadto państwo kosztami długotrwałej absencji zawodowej i rent inwalidzkich. Badania prowadzone w naszej Klinice udowodniły, że po wdrożeniu kompleksowej opieki interdyscyplinarnej i zastosowaniu nowych metod leczniczych, w tym nowoczesnych opatrunków i kompresjoterapii, można wygoić aż 95% owrzodzeń żylnych.

W Polsce opieka nad tą grupą chorych nie jest zadowalająca. Jednak istnieją już dowody, że koncentracja opieki medycznej nad chorymi z owrzodzeniami w specjalistycznych poradniach jest skuteczna, a znaczącą rolę w tej opiece powinna spełniać pielęgniarka posiadająca odpowiednie wykształcenie i kompetencje.



# Miejscowe leczenie owrzodzeń żylnych goleni



dr hab. med.  
Maria T. Szewczyk

*Poradnia Leczenia Owrzodzeń Żyłnych  
Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium  
Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu, Zakład  
Pielęgniarstwa Chirurgicznego WNoZ Collegium  
Medicum w Bydgoszczy UMK w Toruniu.*

Dr hab. med. Maria T. Szewczyk

Konsekwencje nieleczonych lub leczonych niewłaściwie owrzodzeń żylnych nasuwają konieczność zorganizowania kompleksowej i wszechstronnej opieki nad chorym z owrzodzeniem żylnym. Celem jest doprowadzenie do możliwie szybkiego i efektywnego gojenia się rany. Wymaga to wielokierunkowej współpracy wyspecjalizowanych zespołów lekarskich i pielęgniarskich świadczących opiekę m.in. w oparciu o „Zalecenia specjalistycznej opieki pielęgniarskiej nad chorym z owrzodzeniem żylnym” – *Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne Nr 3 2007* – Autorzy: Maria T. Szewczyk, Arkadiusz Jawień i zespół ekspertów. Pierwszym i najważniejszym etapem

w procesie leczniczym jest diagnostyka, a następnie leczenie przyczynowe i miejscowe. W przypadku stwierdzenia żylnego etiologii owrzodzenia leczenie obejmuje działania zmniejszające obrzęk, obniżające ciśnienie i zastój krwi żylną oraz działania przeciwdziałające procesom zapalnym i zakrzepowym. Podejmowane interwencje, w zależności od stopnia zaawansowania patologii, mogą mieć charakter inwazyjny lub zachowawczy.

W leczeniu zachowawczym zasadniczą rolę odgrywa kompresjoterapia, polegająca na terapii indywidualnie dobraną siłą **zgodnie z zasadami w tym zakresie** za pomocą opatrunków uciskowych (**zdj. 1, 2, 3**). Są to odpowiednio dobrane pod względem stopnia ucisku bandaż i gotowe wyroby w formie podkolanówek, krótkich i długich pończoch oraz rajstop. Tylko profesjonalne stosowanie kompresji w dużym stopniu zmniejsza nadciśnienie żyłne w układzie powierzchownym, poprawia efektywność pompy mięśniowej, zmniejsza zastój żylny i przywraca właściwe

warunki hydrostatyczne dla odpływu krwi z naczyń, również z układu głębokiego. Podobne efekty przynosi masaż, zarówno sekwencyjny masaż pneumatyczny (**zdj. 4**), jak i ręczny, zmniejszający obrzęk i poprawiający powrót krwi żyłnej w kierunku dosercowym.

Przywrócenie lub poprawa krążenia w obrębie rany daje możliwość wdrożenia skutecznej i efektywnej terapii miejscowej.

Leczenie miejscowe, stosowane równolegle z kompresjoterapią warstwową i(lub) masażem, m.in. obejmuje: usuwanie martwicy i oczyszczanie rany oraz wilgotne leczenie rany.

## Usuwanie martwicy i oczyszczanie rany

Celem oczyszczania rany jest stworzenie optymalnych warunków do jej gojenia poprzez usunięcie tkanki martwiczej, ropy i nadmiaru wysięku oraz wszelkich zanieczyszczeń, zarówno w postaci ciał obcych, jak i mikroorganizmów. Zanieczyszczenia w ranie mogą być źródłem groźnej infekcji opóźniającej proces gojenia, np. martwica stanowi doskonałą pożywkę



dla bakterii. Dodatkowym czynnikiem sprzyjającym ich namnażaniu w ranie jest obniżona prężność tlenu i towarzysząca mu niska aktywność fagocytarna leukocytów. Niepowikłane zakażeniem owrzodzenie żyłne charakteryzuje się surowiczym, przejrzystym wysiękiem o jasno bursztynowej barwie. Natomiast wyraźna zmiana koloru najczęściej świadczy o zanieczyszczeniu mikrobiologicznym i/lub zakażeniu rany. Typowym objawem jest zmętnienie wysięku oraz zmiana jego barwy na kremową, żółtą lub mleczną. Niekiedy widać też domieszkę ropy, która w zależności od nasilenia filtracji w naczyniach mikrokrążenia, może być mniej lub bardziej „rozcieńczona” przez wysięk surowicy.

Postępowanie miejscowe z raną zakażoną:

- leczenie przeciwbakteryjne – nietoksyczny preparat antyseptyczny,
- opracowanie mechaniczne – gazik, pęseta, zastosowanie ultradźwięków, laseroterapii, systemu VAC,
- hydroterapia – nawodnienie rany,
- opatrunki absorpcyjne o właściwościach sekwestracyjnych i oczyszczających np.: piankowe, z hydrowłókien, zawierające Ag, z węglem aktywowanym, inne oczyszczające bez okluzji, dekstranomery.

Owrzodzenia mogą być oczyszczane chirurgicznie lub zachowawczo. O sposobie usuwania tkanek martwiczych decyduje ich lokalizacja, umiejscowienie i głębokość owrzodzenia, ilość wydzieliny oraz stan ogólny chorego. Duże znaczenie mają także rodzaj i rozległość objętych martwicą struktur (**zdj. 5**). Chirurgicznie, tj. za pomocą skalpela i nożyczek, opracowuje się tylko głębokie rany obejmujące warstwy podskórne. Tkanki martwiczne powierzchowne, sięgające skóry właściwej, mogą być usuwane chirurgicznie tylko w ekstremalnych i uzasadnionych sytuacjach. Zwykle oczyszczają się je wykorzystując szerokie spektrum



metod zachowawczych – oczyszczanie mechaniczne, enzymatyczne, uwodnienie owrzodzenia za pomocą opatrunków aktywnych oraz samoistne oczyszczanie autolityczne (**zdj. 6**).

Oczyszczanie mechaniczne, podobnie jak chirurgiczne opracowanie brzo- gów rany, daje natychmiastowy efekt usunięcia elementów martwicznych. Polega na przykład na przyłożeniu opatrunku do wilgotnej powierzchni oraz hydroterapii, czyli nawodnieniu rany roztworem soli fizjologicznej i usunięcie oddzielonej od rany martwicy, najlepiej pęsetą. Jest to jedna z najstarszych metod oczyszczania rany, (przy właściwym stosowaniu) nie dająca żadnych efektów ubocznych. **Natomiast mechaniczne oczyszczanie rany, rozumiane jako „szorowanie dna rany szczotką, jest przeciwwskazane”.**

Postępowanie – rana zakażona pokryta ropą i włóknikiem:

- hydroterapia – nawodnienie rany,
- opracowanie mechaniczne – gazik, pęseta, zastosowanie ultradźwięków, laseroterapii, systemu VAC,
- opracowanie enzymatyczne,
- opracowanie autolityczne – opatrunki interaktywne absorpcyjne i oczyszczające: piankowe, z hydrowłókien, z węglem aktywowanym (odór), alginianowo-wapniowe, hydrokoloidowe, inne opatrunki chłonne złożone i mieszane.

■ należy systematycznie oceniać wysięk z rany – zmniejszenie jego ilości, towarzyszące gojeniu rany i ograniczaniu się procesu zapalnego, świadczy o trafnym wyborze terapii i dobrej współpracy z chorym.

Działanie wzmacniające naturalną aktywność autolityczną można uzyskać przez zapewnienie wilgotnego środowiska w dnie rany za pomocą tzw. opatrunków aktywnych (**zdj. 7, 8**). Utrzymywany przez nie mikroklimat pobudza działanie enzymów proteolitycznych i fagocytów odpowiedzialnych za samoistny proces oczyszczania prawidłowo gojącej się rany. Brak lub niewielkie nasilenie tych procesów w początkowym okresie gojenia może być inicjowane i stymulowane także przez wprowadzenie do rany gotowych enzymów proteolitycznych i zastosowanie oczyszczania enzymatycznego. Oczyszczenie rany zmniejsza ryzyko infekcji, a także rozwoju lokalnego zakażenia. Nie powinno uszkadzać zdrowych tkanek ani być traumatyczne dla chorego. Stąd intensywne zabiegi oczyszczające, obejmujące każdorazową zmianę opatrunku, prowadzi się tylko w przypadku ran silnie zanieczyszczonych lub skażonych. Czyste, ziarninujące powierzchnie wymagają delikatnej hydroterapii, łagodnej dezynfekcji i właściwej ochrony zewnętrznej w postaci opatrunku stymulującego jednocześnie autolizę.

Piśmiennictwo u autorki. ■



# Budowa i funkcje skóry, definicja rany



dr n. med. Lidia Rajzer

Dr n. med. Lidia Rajzer, Katedra i Klinika Dermatologii Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie

## Skóra składa się z trzech warstw:

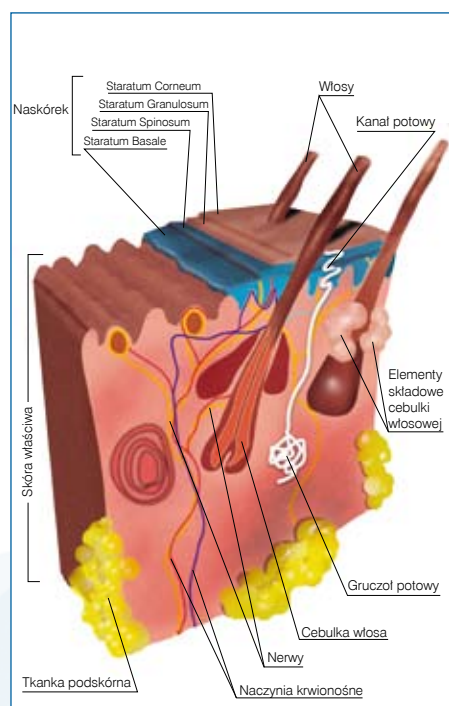
- naskórka
- skóry właściwej
- tkanki podskórnej.

Naskórek ma grubość ok. 0,05 mm, jest nieunaczyniony, w połowie zbudowany z komórek żywych, w połowie z obumarłych (zrogowaciałych) komórek warstw rogowaciejących.

Powierzchnia skóry jest pokryta płaszczem lipidowym, będącym zawieszoną olejowo-wodną (olej/woda lub woda/olej) i złuszczoną keratyną.

Naskórek złożony jest z czterech zasadniczych warstw:

- warstwy rogowej
- warstwy ziarnistej
- warstwy kolczystej
- warstwy podstawnej.



**Warstwa rogową** zawiera 10-15% wody. Wartości te wahają się zależnie od wilgotności i temperatury otoczenia. Warstwa ta zawiera białka keratynowe, które wiążąc wodę, nadają jej elastyczność. Decydującym mechanizmem prowadzącym do przesuszenia skóry jest zatem nie brak lipidów, lecz znacznie ważniejszy brak wody, sprawiający, że warstwa rogową staje się szorstką i kruchą.

Kliniczną siłę działania miejscowych preparatów determinuje ich rozpuszczalność w warstwie rogowej skóry. Na wchłanianie przez skórę ogromny wpływ mają chemiczne modyfikacje cząsteczki leku oraz podłoże, w jakim znajduje się substancja lecznicza.

Penetracja leków do skóry jest lepsza, jeśli stosuje się je w postaci maści lub żelu niż w formie kremu czy zawiesiny.

**Warstwa ziarnista** składa się z kilku warstw wrzecionowatych komórek, wypełnionych ziarnami keratohialiny (uczestniczy w produkcji białka keratynowego).

**Warstwa kolczysta** składa się z kilku rzędów wielobocznych komórek, pomiędzy nimi znajdują się przestrzenie wypełnione substancją mukopolisacharydowo-białkową (desmogleina), która cementuje przylegające do siebie desmosomy.

**Warstwa podstawna** zbudowana jest z komórek podstawnych, które łączą się z położoną niżej skórą właściwą za pomocą tzw. półdesmosomów. Komórki powstałe w wyniku podziału w warstwie podstawnej powoli się przesuwają w kierunku powierzchni skóry.

W obrębie warstwy podstawnej znajdują się ponadto melanocyty, komórki Langerhansa i komórki Merkela.

Główne komórki, z których zbudowany jest naskórek, to w 90% keratynocyty.

**Przydatki skóry – włosy** rozmieszczone są z różną gęstością na całym ciele (z wyjątkiem dłoni i powierzchni podeszwowych stóp). Na skórze całego ciała znajduje się ok. 5 mln mieszków włosowych, z czego na całej głowie ok. 1 mln, na jej części owłosionej 100 000.

Mieszki włosowe wykształcają się w okresie życia płodowego i nie ma możliwości ich powstania w późniejszym okresie życia. Są one wrażliwe na czynniki zewnętrzne i wewnętrzne (zwłaszcza leki).

**Paznokcie** rosną z szybkością ok. 0,1 mm/dzień; całkowity odrost paznokci następuje w ciągu 3-4 miesięcy.

W skład budowy paznokcia wchodzi:

- obrąbek naskórkowy
- macierz paznokcia
- łożo płytki paznokciowej
- płytka paznokciowa.

## Gruczoły skóry to:

- gruczoły łojowe
- gruczoły potowe apokrynowe
- gruczoły potowe ekrynowe.

**Gruczoły łojowe** występują na skórze całego ciała z wyjątkiem powierzchni podeszwowych stóp i dłoni. Prawie zawsze są one związane z mieszkami włosowymi i wydzielają łój. Największe rozmiary osiągają w okolicy grzbietowej na plecach, a największej tych gruczołów znajduje się na twarzy. Wydzielina gruczołów łojowych w postaci delikatnej powłoki często jest widoczna na skórze młodych osób (łojotok).

**Gruczoły potowe apokrynowe** występują tylko w określonych miejscach ciała ludzkiego: w obrębie



pach, odbytu, narządów płciowych oraz pępek. Wydzielina początkowo pozbawiona jest zapachu, który pojawia się pod wpływem działania bakterii obecnych na skórze. Gruczoły apokrynowe uchodzą zawsze do mieszków włosowych i są wrażliwe na działanie hormonów androgennych.

**Gruczoły potowe ekrynowe** odgrywają bardzo ważną rolę w termoregulacji; w warunkach ekstremalnych mogą wydzielać do kilku litrów potu dziennie. Najwięcej gruczołów potowych ekrynowych znajduje się na czole, dłoniach i stopach. Aktywność zależy od regulacji nerwowej i ma ścisły związek z CUN. Najsilniejszymi bodźcami wywołującymi pocenie są wysoka temperatura, stres, ostre potrawy. Głównym składnikiem potu jest chlorek sodowy.

**Skórę właściwą** stanowi gęsto utkane podścielisko łącznotkankowe z niewielką liczbą komórek, w 75% złożone z kolagenu wytwarzanego przez fibroblasty.

Poza tzw. substancją podstawową, którą głównie stanowią glikozaminoglikany, skórę właściwą zaopatruje dobrze rozwinięty układ krwionośny i chłonny oraz układ nerwowy.

**Tkanka podskórna** jest grubą podściółką tłuszczową; prawie całkowicie zbudowaną z komórek tłuszczowych.

Skóra pełni w naszym organizmie wiele istotnych **funkcji**, wśród których najważniejsze to:

- ochrona fizyczna przed wpływami środowiska zewnętrznego
- ochrona cieplna dzięki owłosieniu, podskórnej tkance tłuszczowej, gruczołom potowym i układowi naczyniowemu
- ochrona przed utratą wody i wysychaniem, zabezpieczenie przed ucieczką substancji wewnątrzustrojowych (białko, elektrolity i inne składniki)



- funkcja resorpcyjna (wchłanianie poprzez skórę) i czuciowa
- uczestniczy w metabolizmie białek, lipidów, węglowodanów, witamin (rozpuszczalnych w tłuszczach i w wodzie)
- uczestniczy w procesach odpornościowych ustroju.

Jeżeli dojdzie do -15 % przerwania ciągłości skóry, a często również tkanek głębszych (najczęściej na skutek urazu), to mamy do czynienia z **raną**.

Generalnie rany możemy podzielić na **ostre** (goją się do 8 tygodni) i **przewlekłe**, które powstają zwykle na tle pierwotnych procesów chorobowych toczących się w skórze i tkance podskórnej, a zaburzeniu ulegają typowe fazy gojenia.

Najczęstsze rany przewlekłe to:

- owrzodzenia żylakowe
- owrzodzenia troficzne (odleżyny)
- owrzodzenia neuropatyczne
- owrzodzenia na tle niedokrwienia tętniczego
- owrzodzenia nowotworowe
- źle leczone rany ostre
- owrzodzenia w chorobach tkanki łącznej
- rany zakażone.

Generalnie dokonując oceny rany, musimy zwrócić uwagę na: **lokalizację, wymiary, dno, brzegi, otoczenie rany**.

Lokalizacja rany/ran pozwoli nam w pewnym stopniu ocenić etiologię rany, oczywiście musimy następnie dokonać dalszej diagnostyki.

Wymiary rany będą nam potrzebne do przygotowania odpowiednich metod leczenia, w tym opatrunków.

Dno rany zwykle pokryte jest **martwicą** suchą – kolor czarny lub rozplywną – kolor żółty (**zdj. 1**), którą będziemy starali się usunąć, by uzyskać **ziarninę** (**zdj. 2**).

Gdy martwica przybiera kolor ciemno-żółto-zielony i dodatkowo pojawia się nieprzyjemny zapach w otoczeniu, a wokół rany dostrzegamy cechy zapalenia, mamy do czynienia z raną zakażoną. Zmianom skórnym mogą towarzyszyć objawy ogólne w postaci podwyższonej temperatury, osłabienia, „ogólnego rozbitcia”.

Brzegi rany mogą być płaskie, wyniosłe lub przy bardzo głębokich ranach tzw. „podminowane”.

W otoczeniu rany mogą pojawić się cechy alergizacji, która jest skutkiem źle dobranej terapii lub alergenami stają się same patogeny. Do najczęstszych wykwitów skórnych mogących świadczyć o alergizacji zalicza się: rumień, pęcherzyki, grudki. Może pojawić się uporczywy świąd w otoczeniu rany lub całego ciała, gdy dojdzie do uogólnionych zmian alergicznych (wypryskowych).

W następnym numerze zostanie omówiony m.in. problem bólu, który może towarzyszyć ranom przewlekłym oraz etiologia wysięku, który w nadmiarze skutecznie opóźnia prawidłowe gojenie się ran.

Z poważaniem, Lidia Rajzer

# Model leczenia ran

Patryk Martynus



*Proces gojenia się ran jest niezwykle złożony i daleko idąca indywidualizacja leczenia jest wskazana w przypadku każdego pacjenta. Niemniej jednak, na ogólnym poziomie, można wypracować pewien uniwersalny schemat postępowania z pacjentem, który pomaga osiągać zadowalające wyniki leczenia ran przewlekłych, zarówno w sferze klinicznej, jak i w aspekcie jakości życia.*

Patryk Martynus, Brand Manager,  
ConvaTec, Warszawa

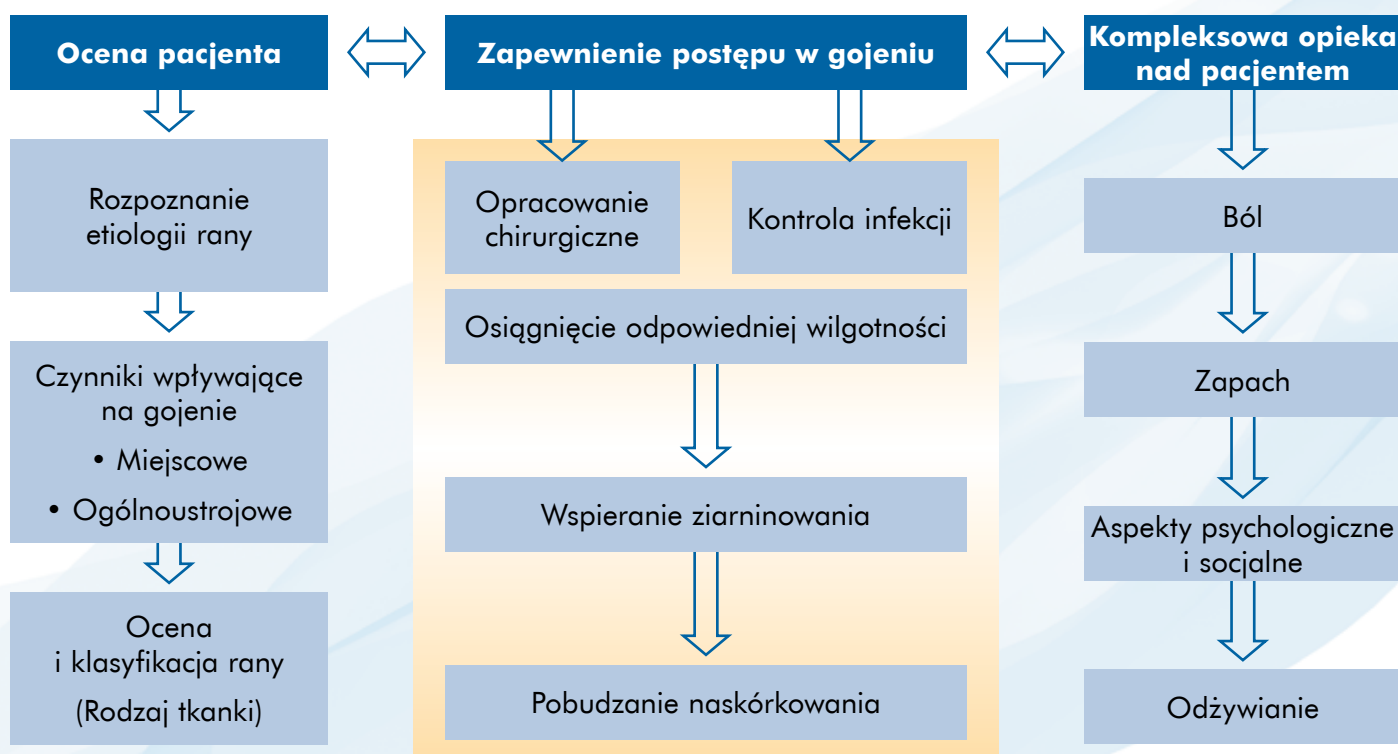
Firma ConvaTec opracowała i szeroko propaguje kompleksowy model leczenia ran. Zasadniczym celem zastosowania tego modelu jest holistyczne podejście do leczenia rany, uwzględniające

ocenę ogólnego stanu zdrowia pacjenta, obszaru lokalizacji rany, łożyska rany i etapu jej gojenia się, i wreszcie towarzyszących ranie symptomów, wpływających na jakość życia chorego. Kompleksowy model leczenia ran zaleca podjęcie działań w trzech kluczowych obszarach:

- ocenie stanu zdrowia pacjenta i identyfikacji czynników etiologicznych rany, np. niewydolności żylnej
- właściwym zaopatrzeniu rany, zapewniającym wilgotne środowisko gojenia, oraz doborze opatrunku w zależności od fazy gojenia i stanu łożyska rany
- otoczeniu pacjenta dodatkową opieką, szczególnie zaś na kontroli bólu i radzeniu sobie z nieprzyjemnym zapachem.

Zachęcenie pacjenta do szczerej wypowiedzi na temat dotychczasowych doświadczeń z raną, subiektywnej oceny opatrunku, problemów z wysiękiem, zapachem czy bólem będzie nieocenionym źródłem informacji, pomocnym w doborze optymalnego postępowania.

## Kompleksowe podejście do leczenia ran





# Zmiany **opatrunku** w niewłaściwym momencie mogą zmniejszać efektywność **gojenia** ran<sup>1</sup>



## Zbyt częste zmiany

- niwelują znamienne korzyści utrzymywania wilgotnego środowiska gojenia<sup>1</sup>

## Zbyt rzadkie zmiany

- prowadzą do przeciekania wysięku i brudzenia<sup>2</sup>
- zwiększają ryzyko maceracji skóry wokół rany<sup>2</sup>
- nasilają nieprzyjemny zapach, zwiększają ryzyko infekcji<sup>2</sup>

Opatrunek **GRANUFLEX**  
*Signal*

Czas na zmiany.  
Czas wygoić rany.



posiada sygnalizator  
który wskazuje optymalny moment zmiany opatrunku



posiada unikalną strukturę  
trzech różnych hydrokoloidów o udokumentowanej skuteczności w gojeniu ran<sup>1</sup>



jest półprzezroczysty  
co ułatwia jego założenie



jest cienki, elastyczny  
i łatwo dopasowuje się do rany



zapewnia komfort pacjenta  
w czasie terapii

umożliwia pacjentom  
samodzielne kontynuowanie terapii

ConvaTec Polska Sp. z o.o., Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa  
tel.: (022) 579 66 50, fax: (022) 579 66 44, e-mail: [dzial.pomocy@convatec.pl](mailto:dzial.pomocy@convatec.pl), [www.convatec.pl](http://www.convatec.pl)  
Bezpłatna linia informacyjna: 0-800 120 093



Elżbieta Tomaszewska, pielęgniarka,

Poradnia Medycyny Paliatywnej-Poradnia Leczenia Ran, Hospicjum Palium, os. Rusa 25A, Poznań.

**Pacjentka MK, kobieta lat 80.** Stan ogólny pacjentki średni, siedzi na wózku, wymaga pomocy osób drugih, cewnik w pęcherzu. Ostatni pobyt w szpitalu w okresie 13.02-21.03.2006 r. – Pacjentka trafiła do poradni z powodu łącznie 8 owrzodzeń o etiologii niedokrwiennej obu kończyn dolnych, otwartych od ponad dwóch lat.

### RANY:

- Łącznie 8 owrzodzeń okolicy grzbietu stopy i obu goleni. Rany z dnem pokrytym żółtą, rozplywną martwicą i zlepanami włókniaka, z nieprzyjemnym, intensywnym zapachem.
- Wysięk o charakterze mieszanym (surowiczo-ropnym), w ilości umiarkowanej.
- Skóra w okolicy ran na lewej kończynie dolnej zaczerwieniona, z niewielkim obrzękiem, ból podczas zmiany opatrunku /w skali VAS 5/.
- Dotychczas leczona: opatrunki z chloraminy, nadmanganianu potasu, krem z hydrokortyzonem i prednizolonem, okłady z kwasu bornego.
- Brak cech gojenia ran, wykonano fotografię /13.04.2006/.



- Wykonano badanie wskaźnika K/R – 0.3.

### DIAGNOZA PIELĘGNIARSKA:

- Przerwanie ciągłości skóry w kilku miejscach obu podudzi na całej jej grubości.
- Ból związany ze zmianą opatrunku.
- Ocena stanu aktywności – skala Karnofskiego – 60.

### OPIEKA:

- Zastosowanie leczenia mającego na celu: oczyszczenie rany i zmniejszenie skażenia w ranie.
- Zastosowanie leków przeciwbólowych w celu zmniejszenia bólu.
- Zastosowanie środków mających poprawić stan skóry wokół rany.
- Higiena i codzienne badanie stóp.
- Profilaktyka przeciwoleżynowa.

### CEL:

- Oczyścić ranę.
- Zmniejszyć dolegliwości bólowe.
- Doprowadzić do zagojenia rany.
- Zapobiec ewentualnej infekcji.
- Poprawić jakość życia pacjentki.

### LECZENIE:

- Leczeniem z wyboru jest zastosowanie środka powodującego oczyszczanie rany – kompresy nasączone Octeniseptem, zmiana opatrunku 2-3 razy dziennie. Codzienna obserwacja rany ze względu na proces oczyszczania i ocenę infekcji rany.
- Pielęgnacja skóry wokół rany – maść z witaminą A.

### PRZEBIEG PROCESU GOJENIA SIĘ RANY:

- Po 2 tygodniach zaobserwowano znaczne oczyszczenie dna rany, jas-krawoczerwona, czysta ziarnina pokrywająca powierzchnię w 80%, na pozostałej powierzchni ciągle martwica rozplywna i włóknik. Utrzymano leczenie kompresami nasączonymi Octeniseptem 2 x dziennie. Z powodu

obrzęku i bolesności ran lewej nogi włączono antybiotyk doustnie: klindamycynę 3 x 300 mg.

- Po 4 tygodniach całkowite oczyszczenie rany, pokryta jaskrawoczerwoną ziarniną. Zmiana leczenia rany – przejście na opatrunek hydrokoloidowy Granuflex®, zmieniany co 3-4 dni.



- Druga fotografia /01.06.2006/ pokazuje znaczny postęp naskórkowania po zastosowaniu opatrunku Granuflex®.
- Leczenie opatrunkiem hydrokoloidowym Granuflex® kontynuowano do wyleczenia rany – fot. 3 /29.03.2007/.



### PORADY PRAKTYCZNE:

- Bardzo ważną jest edukacja pacjenta i jego rodziny z zakresu higieny i prowadzenia działań profilaktycznych, zapobiegających nawrotom i nowym owrzodzeniom.
- Rehabilitacja i próba uruchomienia chorej.



# Efektywna kontrola wysięku to klucz do sukcesu w procesie gojenia ran<sup>1</sup>



Nie powoduje maceracji  
i alergizacji skóry wokół  
rany<sup>2</sup>

Tworzy wilgotne  
środowisko gojenia<sup>2</sup>

Minimalizuje ból podczas  
zmiany opatrunku<sup>2</sup>

Pochłania i zatrzymuje  
wysięk<sup>2</sup>

Blokuje (sekwestruje)  
szkodliwe składniki  
wysięku w tym bakterie  
chorobotwórcze<sup>2</sup>

Zdjęcie ukazuje opatrunek Versiva®XC™ firmy ConvaTec, który oparty jest na technologii Hydrofiber®



**Opatrunki AQUACEL® i AQUACEL® Ag oparte są  
na opatentowanej technologii Hydrofiber®**

®/TM oznaczają zarejestrowane znaki towarowe ConvaTec Inc.

© Prawa autorskie ConvaTec 2009.

ConvaTec Polska Sp. z o.o., Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa  
tel.: (022) 579 66 50, fax: (022) 579 66 44  
e-mail: [dzial.pomocy@convatec.pl](mailto:dzial.pomocy@convatec.pl), [www.convatec.pl](http://www.convatec.pl)  
Bezpłatna linia informacyjna: 0-800 120 093

ConvaTec  Otwórz się na możliwości™

1. World Union of Healing Societies (WUWHS) Principles of best practice: Wound Exudate and the role of dressings: A consensus document. London MEP Ltd. 2007.

2. Robinson BJ. The use of a Hydrofiber® dressing in wound management. *Journal of Wound Care*. 2000; 9: 32-34.



## Zakupy opatrunków przez Internet

**Wychodząc naprzeciw oczekiwaniom naszych Pacjentów, pragniemy poinformować, że możliwe jest już złożenie zamówienia i zakup naszych opatrunków z dostawą pod wskazany adres.**

Powody, dla których warto dokonać zakupów u nas:

- prostota i wygoda zakupów,
- możliwość złożenia zamówienia 24 h/dobę,
- dostęp do szerokiej palety produktów,
- konkurencyjne ceny,
- zamówienia realizujemy z należytą starannością.

Nasz konsultant skontaktuje się z Państwem najpóźniej w ciągu 24 godzin (dni robocze) od momentu złożenia zamówienia na stronie [www.convatec.pl](http://www.convatec.pl) i wypełnienia odpowiedniego formularza. Wierzymy, że możliwość zakupów przez Internet będzie dla Państwa sporym udogodnieniem i spotka się z pozytywnym przyjęciem.



[www.convatec.pl/sklep](http://www.convatec.pl/sklep)

Formularz zamówienia

Konsultacja telefoniczna

Realizacja zamówienia pod wskazany adres

Płatność przy odbiorze lub za zaliczeniem pocztowym



## Podróże po dyżurze – WILNO

**Codzienna rzeczywistość, ale nie tylko ta zawodowa, pozwala nam odwiedzać miejsca, w których poznajemy nowe potrawy, uczymy się panujących obyczajów w wielu krajach świata, zatrzymujemy się na zawodowy nocleg, konferencję czy odpoczynek w różnorodnych miejscach.**

Patryk Martynus, Brand Manager, ConvaTec, Warszawa

Doświadczenia te klasyfikujemy według naszych doznań, po czym w niektóre miejsca chętnie wracamy, a za niektórymi smakami wręcz tęsknimy. Dlatego też w tym miejscu serwisu będziemy dzielili się z Państwem naszymi wrażeniami oraz postaramy się zachęcić do odwiedzania opisywanych miejsc. W bieżącym wydaniu zapraszamy na Litwę, do Wilna. To



niezwykle istotne historycznie dla Polski i Polaków miasto urzeka swoimi zabytkami i specyficznym, unikalnym, ale wszędzie obecnym, niepowtarzalnym klimatem.

Naszą wycieczkę rozpoczynamy od Ostrej Bramy, która kiedyś, ale i dzisiaj, prowadzi do miasta. Ostra Brama (zwana początkowo Miednicką – od drogi, która wiodła przez nią do Miednik, a dalej do Borysowa, Mińska, Moskwy) została zbudowana ok. 1514 r., podczas wznoszenia obronnego muru wokół miasta. Na bramie tej (jak i na innych bramach miejskich, nie tylko w Wilnie) średniowiecznym zwyczajem zawieszano obrazy Chrystusa, Matki Boskiej, świętych – wprost na murze.

Stąd droga prowadzi do wileńskiej starówki, która została wpisana na światową listę dziedzictwa kulturowego UNESCO.



Będąc w Wilnie, nie sposób pominąć zwiedzania katedry, której dolne części fundamentów pochodzą najprawdopodobniej z drugiej połowy XIII wieku. Kolejni królowie dokładali starań, aby uczynić to miejsce absolutnie wyjątkowym. Rozkochani byli w nim Zygmunt August, Zygmunt III Waza, a po jego śmierci Władysław IV. Wilno jest tak wyjątkowe, że na dogłębne poznanie go i zachwyt i tydzień pobytu mógłby nie wystarczyć, tym bardziej że konieczne należy udać się na historyczny cmentarz na Rossie, do Kościoła Św. Piotra i Pawła na Antokolu czy do pobliskich Trok.





**Nasze obecne życie zazwyczaj kompletnie zniewolone jest przez prędkość, zawrotny pęd życia, dążenie do realizacji kolejnych celów, wyzwań. Prędkość ta częstokroć odwraca naszą uwagę od szczegółów, detali, małych, codziennych radości, które stanowią o prawdziwym smaku życia – zapominamy o jednej z podstawowych wartości egzystencji, jaką jest zmysłowa przyjemność.**

Patryk Martynus, Brand Manager,  
ConvaTec, Warszawa

Jest to przyjemność, którą daje chwila wytchnienia, odpoczynku, spokoju, jaką daje czas spędzony wśród przyjaciół czy bliskich przy wspólnym posiłku; wreszcie przyjemność ze smakowania – zarówno dobrego jedzenia, jak i po prostu głębi i różnorodności życia.

Odkrywanie nowych smaków, wrażeń, które umykają w pędzie życia, a są tak ważną, jak najbardziej chyba ulotną

częścią naszej kultury materialnej. Czerpanie pełnymi garściami z kulinarnych rozkoszy wcale nie oznacza, że pragniemy propagować kulinarną rozpustę czy wręcz obżarstwo, prowadzące do największej choroby naszej cywilizacji, jaką jest otyłość. Wszak można w pełni cieszyć się poezją smaków, a jednocześnie trzymać linię. Tajemnicę jak to osiągnąć, zdradza Mireille Guiliano w książce „Francuzki nie tyją. Sekret jedzenia dla przyjemności”. Nie trzeba rezygnować ze swoich ulubionych smakołyków, nawet

jeśli są to ciastka z kremem lub pachnące i chrupiące, jeszcze ciepłe bułeczki prosto z pieca.

Jedz, co lubisz! Spożywanie posiłków ma być przyjemnością, a nie karą czy nudnym obowiązkiem. Jednak podstawową zasadą powinno być odpowiednio pielęgnowane, wręcz rytualne siadanie z bliskimi do stołu. Bez pośpiechu, bez dyskusji na drażliwe, nieprzyjemne tematy.

Dania przyrządzane w domu i serwowane wieczorem o podobnej godzinie, pozwolą Państwu wypracować stały nawyk tej wielkiej radości ze wspólnego spożywania posiłku. Ileż ważnych rzeczy tego świata odbywa się przy stole. Stół, wspólny posiłek budują poza tym nieśamowite, unikalne więzi.

Tu zamieszczać będziemy nasze sprawdzone kulinarne specjały i czekać będziemy na Państwa propozycje, które można przysyłać na adres: [patryk.martynus@convatec.com](mailto:patryk.martynus@convatec.com)



## Szpinak z ricottą w cieście francuskim

- Świeże liście szpinaku zblanszuj na patelni z masłem i wyciśniętym czosnkiem, zestaw do ostudzenia.
  - Wymieszaj z ricottą, posól i popieprz do smaku.
  - Przygotuj rulon ciasta francuskiego (dostępne są gotowe, mrożone) i wypełnij przygotowanym farszem ze szpinaku i ricotty.
  - Włóż do nagrzanego do 220 stopni piekarnika i zapiekaj ok. 30 minut.
  - W tym czasie obierz 2 pomidory, pokrój w kostkę, pokrój świeżą zieloną cebulkę i dodaj posiekaną natkę pietruszki i bazylię, wymieszaj wszystko z 4 łyżkami jogurtu naturalnego i 2 łyżkami łagodnego ketchupu.
  - W ten sposób powstanie smaczkowy dip do naszego zielonego księcia z serem w cieście francuskim.
- Palce lizać!

W tym miejscu „Inforanka” każdorazowo znajduje Państwo informacje o punktach, w których nasze produkty dostępne są w pełnym asortymencie. ConvaTec posiada w swojej ofercie produkty stomijne i opatrunki, oraz system Flexi-Seal® FMS.

W każdym momencie, aby zasięgnąć dalszej informacji, mogą Państwo

skorzystać z naszej bezpłatnej infolinii **0 800 120 093** oraz porozmawiać z konsultantem.

100% produktów firmy ConvaTec oferuje sklepy firmy Live +:

31-826 Kraków, os. Żłotej Jesieni 1

34-400 Nowy Targ, ul. Szpitalna 14

25-734 Kielce, ul. Artwińskiego 1

33-100 Tarnów, ul. M.B. Fatimskiej 17  
33-300 Nowy Sącz, ul. Batorego 77  
35-301 Rzeszów, ul. Lwowska 74 A  
37-700 Przemyśl, Pl. Dominikański 3.



## Gabinety i profesjonalne poradnie leczenia ran

W tym miejscu naszego kwartalnika chcielibyśmy z jednej strony przekazać informacje na temat miejsc, które w sposób specjalistyczny opiekują się pacjentami dotkniętymi problemami ran przewlekłych, z drugiej zaś zachęcić lekarzy do współpracy w zakresie tworzenia nowych, profesjonalnych gabinetów leczenia ran. Jeśli zatem profesjonalne leczenie ran przewlekłych jest dla Państwa interesującym tematem, zachęcamy do kontaktu z nami (patryk.martynus@convatec.com lub na nr infolinii 0-800 120 093). Doradzimy w powstaniu takiego gabinetu, zalecamy niezbędne wyposażenie do jego prowadzenia. Będziemy również informować o nowych miejscach w kolejnych wydaniach magazynu, jak i w niedalekiej przyszłości na stronach internetowych.

Poniżej miejsca profesjonalnego leczenia ran:

### **Stopa cukrzycowa i owrzodzenia kończyn dolnych Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej SEP-MED**

ul. Hoża 19, 00-521 Warszawa

tel. (022) 628 01 70

pon, śr i pt 16.00-18.00

### **Poradnia Leczenia Ran Przewlekłych, LUX MED S.A.**

ul. Wadowicka 6, 30-415 Kraków

tel. (012) 296 51 51, 296 52 50

wt 15.00-18.00, czw 15.00-20.00

### **Owrzodzenia goleni Poradnia Leczenia**

#### **Owrzodzeń Żyłnych Goleni**

przy Katedrze i Klinice Chirurgii  
Ogólnej CM UMK  
Szpital Wojewódzki im dr J. Bizuela  
ul. Ujejskiego 75

85-168 Bydgoszcz

tel. (052) 365 56 89

Czynna od poniedziałku do piątku  
w godzinach 7.00-14.00

### **Odleżyny i owrzodzenia goleni Poradnia Medycyny Paliatywnej/Leczenie Ran**

SPSK nr 1 im. Przemienienia  
Pańskiego, Hospicjum Palium  
os. Rusa 25 A

61-245 Poznań

tel. (061) 873 83 32

pon i pt 9.00-13.00



## Nikt nie musi cierpieć w samotności