

Zastosowanie opatrunków specjalistycznych w powikłanej ranie pooperacyjnej i z trudną stomią

Małgorzata Pudło

Coloplast®
Professional

OPIS PRZYPADKU

Pacjent 63-letni został przyjęty do oddziału chirurgii naczyniowej w trybie pilnym z podejrzeniem pęknięcia tętniaka aorty brzusznej. Pacjent został poddany operacji wszczepienia protezy naczyniowej prostej, przy czym z uwagi na ciężki stan ogólny chorego przekazano do oddziału Intensywnej Opieki Medycznej na cztery doby. Pacjent kachektyczny, w badaniach laboratoryjnych stwierdzono hipoproteinemię z hipoalbuminemią i włączono żywienie parenteralne. W piątej dobie po zabiegu operacyjnym u pacjenta wystąpiły bóle brzucha, wymioty i wzdęcie jamy brzusznej. Wykonano laparotomię zwiadowczą i chemikolektomię z wyłonieniem stomii z powodu martwicy jelita grubego. W 2 dobie po zabiegu wykonano relaparotomię, gdyż doszło do ewentracji jelit. Dwa dni po zabiegu w badaniu przedmiotowym okolicy rany pooperacyjnej stwierdzono suchość i wiotkość skóry, niewielką ilość tkanki tłuszczowej. Rana zlokalizowana w linii pośrodkowej o długości około 5 cm, pokryta żółtym włóknikiem, głębokości około 0,3 mm. Ponadto stan zapalny obejmujący brzegi rany. Wysiłek obfity surowiczo-ropny. Dodatkowo w miejscu fałdu skórniego przebiegającego w pobliżu stomii, owrzodzenie. [Fig 1]. Stwierdzono niski potencjał do wygojenia rany z uwagi na trudne warunki anatomiczne oraz stan ogólny chorego.



Fig 1. Powikłana rana pooperacyjna w drugiej dobie po zabiegu.

PODJĘTE LECZENIE

Z uwagi na objawy infekcji w ranie pobrano posiew do badania mikrobiologicznego po uprzednim oczyszczeniu rany przy pomocy Płynu Ringera.

Wykonano konsultację pielęgniarską celem ustalenia postępowania z raną i opieki nad stomią. Zalecono zmianę opatrunków początkowo codziennie, następnie po zmniejszeniu wysięku co drugi dzień. Ponadto

oczyszczanie rany z biofilmu bakteryjnego i resztek martwych tkanek przy pomocy gazy nasączonej Płynem Ringera. Po wykonaniu debridementu dezynfekcja rany Octeniseptem przez 5 min. W obrębie ran pooperacyjnych zastosowano Purilon żel i opatrunek pierwotny Biatain Alginate Ag, których celem jest rozpuszczenie martwicy, wchłanianie wysięku oraz zapobieganie infekcji. Jako opatrunek wtórny zastosowano **opatrunek Biatain Non Adhesive** umocowany plastrem. Skórę wokół

rany zabezpieczono pastą Lasara (składniki: balsam Szastakowskiego i pasta cynkowa). Owrzodzenie w fałdzie skórny zabezpieczono **opatrunkiem Purilon żel** i **Biatain Alginate Ag**, następnie **opatrunek hydrokoloidowy: Comfeel Plus** [Fig 2,3].



Fig 2. Owrzodzenie w fałdzie zabezpieczone Purilon żel i Biatain Alginate Ag, jako opatrunek wtórny zastosowano Comfeel Plus. Brzeży rany pooperacyjnej zabezpieczono pastą Lasara.



Fig. 3. Rana pooperacyjna zabezpieczona Purilon żel i Biatain Alginate Ag.

Na skórę wokół stomii nałożono pastę stomijną i naklejono worek stomijny, który częściowo zachodził na wykonany opatrunek hydrokoloidowy. Worek wzmocniono dodatkowo półprścieniami w celu zwiększenia powierzchni przylegania worka.

W wymazie z rany wyhodowano *Staphylococcus aureus*. Na podstawie antybiogramu rozpoczęto antybiotykoterapię celowaną Vancomycin. Utrzymano żywienie pozajelitowe i stopniowo wdrażano żywienie doustne.

WYNIKI

Już po drugiej zmianie opatrunku dostrzeżono znaczącą poprawę stanu miejscowego, rana oczyściła się, zaczęła ziarninować. Owrzodzenie w fałdzie skórny wyraźnie się zmniejszyło. Kontynuowano zmianę opatrunków i aplikację worków stomijnych według wyżej wymienionej procedury do końca pobytu pacjenta w oddziale chirurgii naczyniowej. W dziesiątej dobie leczenia stan pacjenta poprawił się na tyle, że możliwe było rozpoczęcie rehabilitacji. Warto podkreślić, że dobrze umocowany worek stomijny, a także stabilny opatrunek umożliwił choremu podjęcie aktywności fizycznej i szybki powrót do sprawności. Należy wspomnieć również korzystnym wpływie rozmów motywujących pacjenta przekazywanemu przez personel pielęgniarski wykonujący czynności przy chorym, a tym samym spędzający z chorym dużo czasu.

W 14 dobie po zabiegu pacjenta w stanie ogólnym dobrym wypisano do domu. Dzięki wdrożeniu programu POP (Pooperacyjny Program Opieki nad Pacjentem Stomijnym) odbyły się dwie wizyty kontrolne w domu chorego. Proces gojenia oceniono jako bardzo dobry, kontynuowano stosowanie **opatrunków Purilon żel** i **Biatain Non Adhesive** w celu ochrony rany pooperacyjnej. [Fig 4, 5, 6]. W 24 dobie po ostatnim zabiegu, zdjęto szwy. Zalecono stosowanie Comfeel Plus na delikatną skórę wokół stomii oraz w miejscu wygojonego owrzodzenia w fałdzie skórny. Dzięki zastosowanym opatrunkom specjalistycznym zminimalizowano dolegliwości bólowe podczas aplikacji i usuwania opatrunku, a szybkie i efektywne gojenie rany powikłanej.



Fig. 4. Stan rany pooperacyjnej w dziesiątej dobie leczenia.



Fig 5. Stan miejscowy w 10 dobie: prawidłowo uformowana stomia, skóra wokół bez wykwitów patologicznych.



Fig 6. Założony worek stomijny.



Małgorzata Pućko

mgr pielęgniarstwa, specjalizacja pielęgniarstwo chirurgiczne.

Ukończyłam studia medyczne na kierunku pielęgniarstwo Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie. Po uzyskaniu dyplomu rozpoczęłam specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa chirurgicznego, którą z powodzeniem ukończyłam. Obok pracy zawodowej aktywnie udzielam się w zespołach problemowych zajmujących się leczeniem trudno gojących się ran i odleżyn, działających przy Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie a także w Szpitalu Wojewódzkim w Koszalinie. Jestem wykładownicą akademickim, uczestniczę w zjazdach i konferencjach naukowych o zasięgu krajowym i międzynarodowym. Ponad to autorką i współautorką wielu artykułów i prezentacji dotyczących pielęgnacji ran, odleżyn i stomii. Organizuję szkolenia i konferencje poświęcone opiece nad pacjentem z raną przewlekłą i trudną stomią. Jestem członkiem grupy tworzącej standardy dotyczące jakości życia pacjenta z wylonioną stomią. Biorę udział w badaniach krajowych i międzynarodowych poświęconych wyżej wymienionym tematom. Jestem pielęgniarką oddziałową w oddziale chirurgii naczyniowej, w zawodzie pracuję od 35 lat, przez wiele lat na chirurgii ogólnej, a od 9 lat – chirurgii naczyniowej. Od 18 lat zajmuję się pacjentami z wylonioną stomią, natomiast od 13 lat pacjentami z ranami przewlekłymi.