ANNALES
UNIVERSITATIS MARIAE CURIE-SKŁODOWSKA
LUBLIN — POLONIA
VOL. XLVII, 1 SECTIO D 1992

Klinika Dermatologiczna. Akademia Medyczna w Lublinie
Kierownik: doc. dr hab. Barbara Toruniowa

Iwona JAZIENICKA, Barbara TORUNIOWA,
Dorota CZELEJ

Leczenie żylakowatych owrzodzeń podudzi opatrunkiem ze „sztucznej skóry"

The Topical Treatment of Crural Varicose with "Synthetic Skin" Dressings

Owrzodzenia podudzi powstają najczęściej w wyniku zaburzeń krążenia żylnego kończyn dolnych, mogą być powikłaniem żylaków lub zakrzepowego zapalenia żył. Duże znaczenie w patomechanizmie powstawania owrzodzeń mają żyły przeszywające kostki przyśrodkowej i kostki bocznej, przenoszące wysokie ciśnienie z głębokich do powierzchownych żył podudzia (5).

Zwiększone ciśnienie krwi w żyłach w czasie stania lub chodzenia, przenoszone do powierzchownych żył, doprowadza do rozciągnięcia łożyska kapilarów i rozszerzenia porów w *endothelium*. Prowadzi to do biernej filtracji fibrynogenu. Ten mankiet może stanowić barierę w przenikaniu tlenu i innych ważnych czynników odżywczych (3). Wskutek upośledzenia odżywiania tkanki podskórnej i skóry dochodzi do powstania miejscowego obrzeku i zastoju. Zaburzenia trofiki są przyczyną stanu zapalnego, a następnie tworzenia się owrzodzeń (5). Ze względu na częstość występowania, nawrotowy przebieg i trudności terapeutyczne owrzodzenia podudzi stanowią ważny problem społeczny. Opracowano wiele metod leczenia, jednak żadna z nich nie okazała się w pełni skuteczna i pozbawiona działań ubocznych (2).

Celem pracy jest przedstawienie prostego sposobu gojenia owrzodzeń za pomocą tzw. sztucznej skóry, czyli Codogardu, który jest poliamidem z pianką poliuretanową, produkcji Centralnego Ośrodka Badawczo-Rozwojowego Przemysłu Dziewiarskiego „Tricomed" w Łodzi.

MATERIAŁ I METODY

Leczenie przeprowadzono u 22 mężczyzn hospitalizowanych w Klinice Dermatologicznej AM w Lublinie. Byli to pacjenci w wieku 54—78 lat, średni wiek wynosił 66 lat. W większości (18) przypadków przebyli oni zakrzepowe zapalenie żył kilka lub kilkanaście lat temu. Wszyscy chorzy przed przyjęciem do kliniki leczyli się u lekarzy ogólnych, chirurgów i dermatologów różnymi metodami, jednak bez poprawy. Hospitalizowani byli ze względu na znaczne zaniedbanie, martwicę, bolesność i stan zapalny wokół owrzodzeń. Czas trwania owrzodzeń wahał się w granicach 2—10 lat, średnio wynosił 6 lat. Biorąc pod uwagę wielkość powierzchni owrzodzenia, chorych podzielono na 3 grupy (tab. 1).

Tab. 1. Podział owrzodzeń w zależności od wielkości
The classification of crural varicose dependent on the surface taken

Grupy	Powierzchnia owrzodzeń w cm²	Liczba chorych
I	do 2	12
II	2—10	8
III	powyżej 10	2
	Razem:	22

Przygotowanie do leczenia Codogardem trwało 2—3 tygodnie. W tym czasie stosowano leki przeciwzapalne, rozszerzające naczynia, przeciwzakrzepowe, w 5 przypadkach włączono leki nasercowe, aby poprawić ogólny stan krążenia. Miejscowo oczyszczano dno owrzodzeń przymoczkami z soli fizjologicznej, rzadziej stosowano maści z antybiotykami. Na oczyszczone dno owrzodzenia zakładano Codogard w postaci opatrunku w kształcie odbitki ubytku i skórę dookoła zabezpieczano pastą cynkową, całość bandażowano bandażem dzianym. Taki opatrunek zmieniano co 7 dni. Po każdorazowym zdjęciu Codogardu owrzodzenie przemywano solą fizjologiczną. Codogard stosowano w okresie od 4 tygodni do 3 miesięcy, średnio w ciągu 6 tygodni.

Leczenie rozpoczynano w Klinice i kontynuowano w warunkach ambulatoryjnych. Wyznaczeni pacjenci zgłaszali się do naszej Przychodni Przyklinicznej co 7 dni celem kontroli i zmiany opatrunku.

OMÓWIENIE WYNIKÓW

Czas leczenia Codogardem u przedstawionych chorych wynosił od 4 tygodni do 3 miesięcy, średnio 6 tygodni. Najlepsze wyniki zanotowano w grupie I, w której wygojenie owrzodzeń uzyskano u 9 pacjentów. Owrzodzenia nie przekraczające wielkości płytki paznokciowej już w pierwszych tygodniach wypełniały się ziarniną, brzegi ich stawały się gładkie i pokrywały się naskórkiem. W przypadku większych owrzodzeń (w grupach II i III) gojenie trwało proporcjonalnie dłużej, znacznie wolniej epitelizowały się brzegi owrzodzeń. W 6 przypadkach obserwowano pojawienie się w dnie owrzodzeń ognisk epitelizacji oddalonych od brzegów, były to ubytki, których brzegi pokrywały się naskórkiem bardzo powoli. Uzyskane wyniki leczenia zestawiono w tab. 2.

Tab. 2. Wyniki leczenia owrzodzeń podudzi miejscowym stosowaniem Codogardu
The results of treatment of crural varicose with Codogard applied on spot

Grupy	Powierzchnia owrzodzeń w cm²	Liczba chorych	Wygojenie	Poprawa	Brak poprawy	Powikłania
I	do 2	12	9	3	—	—
II	2—10	8	—	7	1	1
III	powyżej 10	2	—	—	2	1
	Razem:	22	9	10	3	2

U 2 chorych wystąpiły powikłania, u 1 chorego z grupy III piątego dnia po założeniu po raz pierwszy Codogardu wystąpiła bolesność, stan zapalny wokół owrzodzenia, ropienie dna, co zmusiło nas do zmiany sposobu leczenia. U innego pacjenta z grupy II w czwartym tygodniu leczenia Codogardem stwierdzono powstające zakrzepowe zapalenie żył. Pozostali chorzy znosili opatrunki ze sztucznej skóry dobrze, w żadnym przypadku nie wystąpiły objawy wtórnej alergizacji brzegów owrzodzenia.

Jak wynika z przedstawionych danych, leczenie opatrunkiem ze sztucznej skóry prawie w połowie przypadków okazało się skuteczne. Pamiętać jednak należy, że przed założeniem Codogardu owrzodzenie musi być wypełnione dobrze ukrwioną ziarniną, bez wydzieliny ropnej, martwicy czy strupów. Nasze dane wykazały, że Codogard może być przydatny jedynie w gojeniu niewielkich owrzodzeń podudzi. Mniejszy procent wygojenia owrzodzeń przy użyciu Codogardu (10 na 50), uzyskany przez Arkuszewską i wsp. (2), prawdopodobnie wynikał z innego doboru materiału. Przypadkowe obserwacje wykazały, że owrzodzenia o powierzchni większej niż 4 cm^2, nawet wypełnione dobrze ukrwioną ziarniną, wykazują bardzo powolną epitalizację brzegów, mimo że, jak podają niektórzy autorzy (1), aktywność podziałów naskórka na obrzeżu owrzodzeń jest 3-krotnie większa niż w zdrowej skórze. Istnieje pogląd reprezentowany głównie przez chirurgów, że niewielkie owrzodzenia goją się przez naskórkowanie, a większe — lepiej pokryć przeszczepami skóry, co pozwala wielokrotnie skrócić czas gojenia (4).

Wnioski

1. Codogard jest cennym środkiem terapeutycznym do leczenia miejscowego niewielkich, czystych owrzodzeń podudzi.
2. Przydatność Codogardu w miejscowym leczeniu owrzodzeń podudzi ma duże znaczenie praktyczne, zwłaszcza w warunkach ambulatoryjnych, nie wymaga bowiem codziennej zmiany opatrunku.

PIŚMIENNICTWO

1. Adair H. M.: Epidermal Repair in Chronic Venous Ulcers. Brit. J. Surg. **64**, 80, 1977.
2. Arkuszewska C. i wsp.: Codogard w leczeniu miejscowym owrzodzeń żylakowatych podudzi. Przegl. Derm. **74**, 454, 1987.
3. Gąsior-Chrzan B.: Co nowego w patogenezie owrzodzeń podudzi? Przegl. Derm. **78**, 262, 1991.
4. Napierała M., Turski M., Chęciński P., Piskorz A.: Przeszczepianie skóry w leczeniu owrzodzeń podudzi wywołanych zespołem pozakrzepowym. Pol. Tyg. Lek. **38**, 1382, 1983.
5. Nasiłkowski W.: Owrzodzenia goleni. Wolny przeszczep skóry. PZWL, Warszawa 1977.

Otrzymano 1991.12 22.

SUMMARY

In Dermatological Department of the Lublin Medical Academy 22 patients with crural varicose ulcerations have been treated with topical Codogard dressings. Before this treatment the patients were given some antiinflammatory and vasodilatatory drugs. The treatment lasted from 4 to 12 weeks (mean 6). In 9 patients complete healing was reported (they had small ulcerations). In 10 cases the improvement was evident, in 2 cases the treatment was discontinued. The obtained results point to clinical usefulness of Codogard, as the drug is easy to be applied and it may play a significant role to outpatients.