

# Personalizirani pristup bolesniku s potkoljениčnim vrijedom miješane etiologije

JADRANKA KOVAČEVIĆ i TAMARA SINOŽIĆ

*Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Tamara Sinožić, dr. med., Mošćenička Draga, Hrvatska*

Holistički pristup kao filozofska orijentacija skrbi podupire temeljnu cjelovitost ljudskog bića i naglašava važnost ravnoteže u osobi i između osobe i njene okoline. Uključuje elemente fiziološkog, sociološkog, ekonomskog, psihološkog i duhovne dimenzije i tako pruža mogućnost zbrinjavanja bolesnika kao cjeline u odnosu na njegov životni kontekst. Takav integrirani pristup je dio temeljnih znanja i vještina liječnika opće/obiteljske medicine i čini ga ravnopravnim članom multidisciplinarnog tima u skrbi za bolesnika s kroničnom ranom. Prikazom bolesnika s potkoljениčnim vrijedom miješane etiologije pokušat ćemo približiti holistički pristup u skrbi za takvog bolesnika u svakodnevnom radu liječnika opće/obiteljske medicine.

**KLJUČNE RIJEČI:** holistički pristup, potkoljениčni vrijed, liječnik opće/obiteljske medicine

**ADRESA ZA DOPISIVANJE:** Jadranka Kovačević, dr. med.

Specijalistička ordinacija obiteljske medicine Tamara Sinožić, dr. med.

Aleja Slatina 2

51 417 Mošćenička Draga, Hrvatska

E-pošta: jadranka.kovacevic@ri.ht.hr

## UVOD

Od 2002. godine u Europi vrijedi europska definicija obiteljske medicine koja kaže da je obiteljska medicina akademska i znanstvena disciplina koja ima vlastitu edukaciju, istraživanja, na dokazima utemeljeno kliničko djelovanje te kliničku specijalizaciju koja je usmjerena na primarnu zdravstvenu zaštitu (1). Definirani su i temeljni zadaci, znanja i vještine kojima liječnik obiteljske medicine mora vladati, a to su: provođenje primarne zdravstvene zaštite, provođenje prema bolesniku usmjerene zdravstvene skrbi, specifično rješavanje problema, cjelovit pristup, usmjerenost na društvenu zajednicu i holistički pristup (2). Holistički pristup kao filozofska orijentacija skrbi podupire temeljnu cjelovitost ljudskog bića i naglašava važnost ravnoteže u osobi i između osobe i njene okoline. Uključuje elemente fiziološkog, sociološkog, ekonomskog, psihološkog i duhovne dimenzije i tako pruža mogućnost

zbrinjavanja bolesnika kao cjeline u odnosu na njegov životni kontekst (3).

Prikazom bolesnika s potkoljениčnim vrijedom miješane etiologije pokušat ćemo približiti holistički pristup u skrbi za takvog bolesnika u svakodnevnom radu liječnika opće/obiteljske medicine.

## PRIKAZ BOLESNIKA

Muškarac u dobi od 66 godina, inženjer strojarstva, oženjen, otac dviju odraslih kćeri, materijalno situiran dolazi na pregled u našu ordinaciju zbog rana na lijevoj potkoljenici koje traju 10 godina. Uz sve dosada provedene dijagnostičko-terapijske postupke nije došlo do cijeljenja rana već naprotiv do njihovog širenja. Bolesnik se tuži na bolove u lijevoj potkoljenici koji su ponekad lokalizirani u gležnju, a ponekad u mišićima lista. Zbog bolova redovito uzima analgetike, a i kretanje mu je reducirano na najmanju moguću mjeru.

Lokalno liječenje rana prema uputama specijalista dermatovenerologije provodio je sam u svom domu. S obzirom na svakodnevno previjanje i nedostatnu mjesečnu količinu pomagala koju ostvaruje temeljem osnovnog zdravstvenog osiguranja bolesnik znatno sudjeluje u troškovima liječenja.

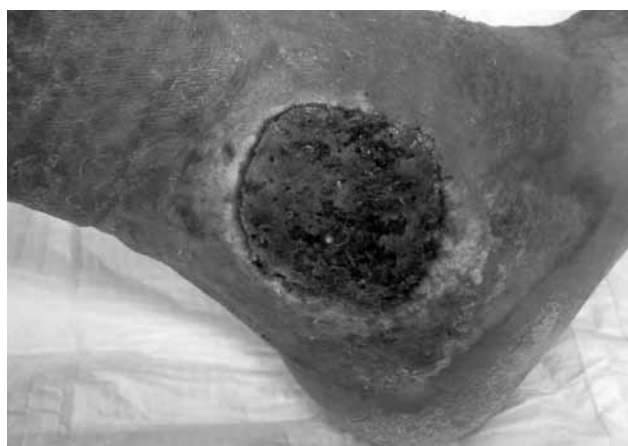
S pojavom rana koincidira i veliki psihološki stres. Bolesnik je nakon dugogodišnjeg rada u tvrtki doveden u poziciju da je morao izabrati hoće li samostalno nastaviti posao osnivanjem vlastite tvrtke u svojim 50-tim godinama što sa sobom povlači neizvjesnost i nesigurnost ili će ostati u istoj tvrtki moravši pritom promijeniti grad u kojem će raditi.

Ranije bolesti: arterijska hipertenzija, šećerna bolest, duboka venska tromboza lijeve noge, non Hodgkin limfom u remisiji, urična dijateza, benigna hiperplazija prostate.

Trajna terapija: moksonidin, inzulin, linagliptin, varfarin, alopurinol, tamsulozin, slabi opioidni analgetici.

Opće stanje bolesnika: preuhranjen, ITM 35, slabije pokretan zbog ankiloze lijevog gležnja kao posljedice ozljede.

**Opis rana:** S medijalne strane distalne trećine lijeve potkoljenice, perimaleolarno, rana veličine 8x5 cm prekrivena fibrinom s nešto granulacijskog tkiva (sl. 1). S lateralne strane distalne trećine lijeve potkoljenice druga rana veličine 12x7 cm, dno rane prekriveno debelim žuto-crvenim, mjestimično i zelenim detritusom. Djelimično se vidi oskudno lividno granulacijsko tkivo. U središtu rane otok kože prekriven hiperkeratozom (sl. 2). Obilna sekrecija iz rana uz izrazito neugodan vonj. Okolna koža jako macerirana i upalno promijenjena. Prisutan edem lijeve potkoljenice uz hemosiderozu te znakove lipodermatoskleroze. Pulzacije arterije tibijalis posterior i arterije dorzalis pedis slabije palpabilne.



Sl. 1. Rana s medijalne strane lijeve potkoljenice – kod dolaska



Sl. 2. Rana s lateralne strane lijeve potkoljenice – kod dolaska

**Radna dijagnoza:** Rane lijeve potkoljenice miješane etiologije, arterijska hipertenzija, šećerna bolest, kronična venska insuficijencija lijeve noge, periferna arterijska okluzivna bolest, ankiloza lijevog gležnja.

**Dijagnostičko-terapijski plan:**

- UZV CDI arterija i vena lijeve noge
- nastavak terapije osnovnih bolesti
- kontrola boli
- procjena individualnih čimbenika rizika za usporeno cijeljenje
- lokalna terapija rane.

### **Naš cilj**

Zacijeliti rane u što kraćem razdoblju, spriječiti komplikacije, smanjiti bol, poboljšati kvalitetu života bolesnika.

### **Bolesnikov cilj**

Kod drugog dolaska u ordinaciju bolesnika smo zamolile da iznese osobne ciljeve u slobodnom pisanom iskazu budući da je to za njega bio najbolji oblik komunikacije.

“...riješiti se dnevnog održavanje velike rane na potkoljenici kako zbog nelagode (veliki i stalno vlažeći zavoji) tako i značajnih troškova i vremena potrebnog za dnevno održavanje. No pri navedenome uopće se nisam sjetio ljudi u mojoj neposrednoj okolini, obitelji, a posebno male unuke koja ‘didu’ jako voli i posebno voli s njim šetati kako gradom tako i u prirodi. Ali ‘didu’ ‘bole noge’ a kad krenu vrućine vlažni zavoji i ne mirišu ugodno.” (poslano elektroničkom poštom u 2:42).

Prva dva previjanja u pratnji bolesnika dolazi supruge. U razgovoru iznosi da su njegova rana i smrad u zadnje vrijeme (ljetu) postali nepodnošljivi, da svaki

od njih živi na suprotnom kraju stana, da jedino zajedno objeduju. Nisu zajedno ni kada im u posjet dolaze kćerke s unucima.

Od nalaza izdvajamo:

UZV CDI vena nogu: Znaci kronične duboke venske tromboze u predjelu distalnog dijela lijeve vene femoralis superficijalis i vene popliteje, lumen je djelomično ispunjen trombotičnim masama, uz oslabljenu kompresibilnost spomenutih vena, kao i augmentaciju na distalnu kompresiju. Također se vidi parcijalno trombozirana vena safena parva koja je djelomično ispunjena trombotičnim masama, a kao posljedica preboljelog površinskog tromboflebitisa. Desno se ne vidi znakova za duboku vensku trombozu. Bez znakova refluksa oba safenofemoralna ušća.

Zaključak: kronične posttrombotske promjene vena potkoljenice (v. popliteje) i natkoljenice (vene femoralis superficijalis) uz djelomičnu rekanalizaciju. UZV CDI arterija lijeve noge: Insonirana arterija femoralis superficijalis trifazičnog spektra protoka, primjerene brzine do srednje trećine natkoljenice. Od srednje trećine do ulaza u Hanterov kanal bifazična krivulja protoka, brzine 80 cm/s. U nastavku arterija poplitea (50 cm/s) i arterija tibijalis posterior, arterija fibularis, arterija tibijalis anterior i arterija dorzalis pedis bifazičnog spektra protoka primjerenih brzina (50-30 cm/s).

Zaključak: difuzne aterosklerotske promjene arterija natkoljenice i potkoljenice bez znakova za kritičnu stenozu ili opstrukciju.

Mjerenje ABPI nismo napravile zbog lokalizacije i bolnosti rana.

Čimbenici rizika za usporeno cijeljenje: dugotrajnost rana; lokalni status rana; komorbiditetne bolesti: šećerna bolest, arterijska hipertenzija, posttrombotski sindrom, periferna arterijska okluzivna bolest; smanjena pokretljivost; poremećaj psihološkog stanja i socijalnog funkcioniranja.

### **Lokalno liječenje**

Lokalno liječenje rana započinjemo debridmanom rana i to primjenom pokrivala (TenderWet® Paul Hartmann) koje u ranu oslobađa Ringerovu otopinu i istodobno apsorbira eksudat iz rane i na taj način omogućuje *debridement*. Kod narednih previjanja prilikom odabira pokrivala za rane važnu ulogu ima mogućnost zbrinjavanja obilnog eksudata radi sprječavanja maceracije okolne kože te istodobno zbrinjavanje neugodnog vonja radi socijalnog kontakta bolesnika. Odabrali smo visokoupijajuće

pokrivalo za rane s dodatkom srebra i aktivnog ugljena (Vliwaktiv Ag® Lohmann&Rauscher). Previjanja se provode dva puta tjedno u našoj ambulanti. Budući da se radi o potkoljeničnom vrijedu miješane etiologije s dominacijom venske insuficijencije, a nema apsolutnih kontraindikacija za kompresivnu terapiju, ta je terapija ordinirana u primjerenom obliku i dozi. Kompresivnu terapiju provodimo primjerenom višekomponentnog sistema zavoja kratkog vlaka postavljenih na potkoljenici koji na nozi ostaju i noću do sljedećeg previjanja, u ovom slučaju za tri dana. Bolesnika se potiče na kretanje.

### **Medikamentna terapija**

Uz dosadašnju medikamentnu terapiju uvodimo venoaktivni lijek: diosmin, hesperidin (Detralex® Servier) u dozi od 2 tablete/dan.

Prvu izmjenu pokrivala za rane i postavljanje kompresivnog sistema bolesnik je napravio sam s ne sasvim zadovoljavajućim rezultatom. Na taj kompromis smo pristale s obzirom da transport bolesnika do naše ambulante traje sat vremena i iziskuje dodatni financijski izdatak. Već na prvoj kontroli u ordinaciji bolesnik navodi kako su bolovi u potkoljenici znatno manji i kako nije morao uzimati analgetike. Edem potkoljenice se smanjio, a dno rana prekriveno je s manje detritusa.

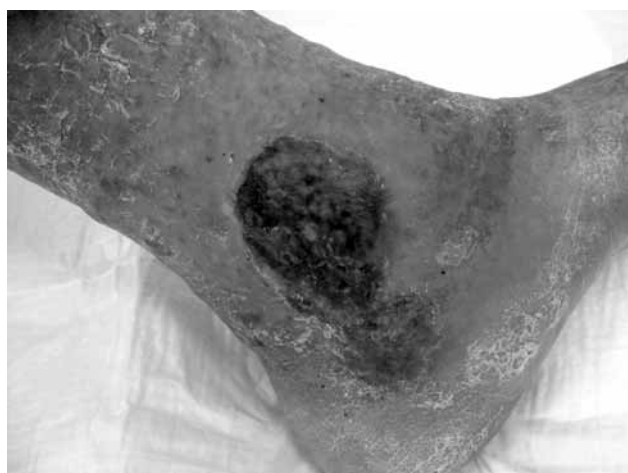
Kod trećeg previjanja, peti dan od prvog dolaska, pojavljuje se rubna epitelizacija na rani s medijalne strane potkoljenice te potom i do pojavljivanja otocića epitela u dnu rane. Rana s lateralne strane nešto kasnije pokazuje znakove poboljšanja, ponajprije u obliku promjene boje granulacijskog tkiva koje postaje svjetlocrveno, a potom se vide i znaci rubne epitelizacije. Okolna koža više ne pokazuje znakove upale, a zbog manje sekrecije i okolna maceracija je manja. Sekrecija slabijeg vonja.

Bolesnik to naziva:

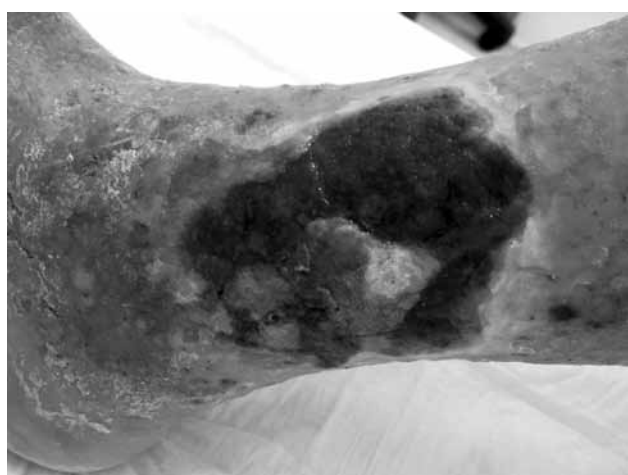
“Akcija: liječnice su od mene tražile da se pri punoj svijesti opredijelim za ozbiljan pristup terapiji koja sigurno vodi znatnim poboljšanjima pa i izlječenju. Sve ostalo doznao sam na licu mjesta i već u prva tri ‘susreta’ uočio neke od najavljenih promjena. Tako, iako nisam ulagao prevelike nade u to, ono viđeno, u komunikaciji i tretmanu u potpunosti me je opredijelilo i motiviralo na maksimalnu suradnju”.

Tri tjedna nakon provođenja terapije rana s medijalne strane potkoljenice veličinom je manja za 50 % (sl. 3), dok je rana s lateralne strane potkoljenice čistog dna uz dobro razvijeno granulacijsko tkivo i rubnu epitelizaciju, a okolna koža je neznatno macerirana (sl. 4).





Sl. 3. Rana s medijalne strane lijeve potkoljenice – nakon 3 tjedna



Sl. 4. Rana s lateralne strane lijeve potkoljenice – nakon 3 tjedna

Liječenje se nastavlja u ovisnosti o dinamici cijeljenja, suglasnosti i suradljivosti bolesnika.

Bolesnik to naziva:

“Umjesto zaključka:

Sada, kad sam se ‘prebrojao’, povezao očekivanja obitelji, posebno najmlađih, moju skoro već ugaslu želju i motivirane liječnice posramio sam se ranijeg gubitka nade i ideje o ‘prepuštanju sudbini’. A i najmlađa generacija je to zavrijedila.”

Vidjevši fotografije svojih rana tri tjedna nakon početka terapije u bolesnikovim očima primijetile smo suze. Bio je zadovoljan viđenim na što je rekao: “Ovo me motivira da još i ja napravim nešto za sebe, nešto iznutra što ste mi već ranije savjetovale”.

Vjerujemo da je to bila spoznaja da mi, zdravstveni djelatnici niti pomagala za rane ne liječimo ranu već potičemo bolesnika i njegove prirodne procese da je zacijele. Jednako tako informirale smo ga da je moguće i opisano u stručnoj literaturi da rana postane dnevna rutina te da određuje dinamiku svakodnevice što je bolesnik i sam potvrdio:

“Sjedeći sinoć u svom dnevnom boravku osvrnuo sam se oko sebe kao da mi nešto fali i shvatio sam da sam do sada to vrijeme provodio baveći se ranom”.

## RASPRAVA

Da bi pružio optimalnu skrb bolesniku s kroničnom ranom liječnik obiteljske medicine osim specifičnih znanja i vještina o liječenju rana treba dobro poznavati različite oblike komunikacije i holističkog pristupa oboljelom. Sposobnost komunikacije ključ je za medicinsku kompetenciju. Postoji direktivni i nedi-  
rektivni način komunikacije s bolesnikom koji olakšava osobnu ekspresiju i pridonosi njegovu osjećaju da je liječnik zainteresiran, da govori s njim o njemu i da razumije njegov način postojanja i reagiranja (4). Uočivši brojne čimbenike rizika za usporeno cijeljenje, pokušavši slijediti bolesnikovu psihološku dinamiku otvorile smo komunikacijski kanal za slobodan iskaz svih bolesnikovih strahova, strepnji i iščekivanja. To se u našem primjeru bolesnika dogodilo relativno brzo, već nakon tri susreta, budući da je bolesnik bio spreman na promjenu i da su prvi rezultati liječenja bili obećavajući. Koincidencija pojavljivanja rana i stresnog razdoblja u profesionalnom životu bolesnika podupire teoriju da psihološki stres može voditi do poremećenog upalnog odgovora i može utjecati na odgođeno cijeljenje (5). Naime, poznata je činjenica da interakcija bioloških, psiholoških i socijalnih činitelja mijenja putem neuroendokrinih i imunskih mehanizama osjetljivost, odnosno otpornost organizma te tako određuje razvoj i konačni ishod bolesti pa tako i cijeljenje (6). Mišljenja smo da je adekvatno lokalno liječenje uz psihološku pomoć metodom suportivne psihoterapije koju smo provodile dovelo do pokretanja osobnih mehanizama cijeljenja. Uvođenje formalne edukacije komunikacijskih vještina i nekih od psihoterapijskih tehnika za sve zdravstvene djelatnike potrebno je i zbog bolesnika i zbog liječnika (7). Ti su sadržaji sastavni dio programa specijalizacije liječnika obiteljske medicine i obraća im se naročita pozornost.

Najčešće psihološke reakcije kronične bolesti pa tako i kronične rane su anksioznost, depresija, agresivnost i frustracija (8) na koje smo naišli kako kod bolesnika tako i kod člana obitelji – supruge.

U početku bolesti strah i zabrinutost dominantni su osjećaji. Strah da rana nikada neće zacijeliti, strah radi trpljenja jakih boli, od gubitka ekstremiteta i ovisnosti o tuđoj pomoći. Zabrinutost je izražena zbog nemogućnosti obavljanja svakodnevnih radnih dužnosti što povlači za sobom pad redovitih prihoda i

pad ekonomskog standarda pojedinca i obitelji. Nemogućnost obavljanja dotadašnjih aktivnosti u obitelji mijenja obiteljske odnose i reflektira se na funkcioniranje cijele obitelji (9). U nastavku terapije očekujemo veće uključivanje bolesnika u svakodnevni život obitelji (rođenje unuka) i smanjenje socijalne izolacije zbog rane koja ga stigmatizira. Stigmatizacija je još jedna od poznatih emotivnih reakcija bolesnika s ranom (10). Bolesniku naime najviše smeta upravo ta izolacija od obitelji daleko više no izostanak drugih socijalnih kontakata.

U nastavku liječenja, unatoč obećavajućih početnih rezultata u cijeljenju i dobroj motiviranosti bolesnika, moguće je očekivati zastoj u cijeljenju, npr. zbog infekcije kao najčešće komplikacije. U tom slučaju potrebno je informirati bolesnika o novonastaloj situaciji, o mjerama koje će se poduzeti i o ishodu liječenja. I dalje treba poticati pozitivan stav i optimizam glede liječenja kako kod bolesnika tako i kod nas terapeuta. Prepoznato je naime, da već sam defanzivan stav zdravstvenih djelatnika glede cijeljenja pojedinih rana negativno utječe na bolesnika i na ishod i na trajanje cijeljenja (11).

## ZAKLJUČAK

Holistički - integrirani pristup je dio temeljnih znanja i vještina liječnika opće/obiteljske medicine koji se stječe formalnom i trajnom medicinskom izobrazbom i čini sastavnicu svakodnevnog rada. Takav pristup zadovoljava brojne potrebe bolesnika s kroničnom ranom kako na biološkom tako na psihološkom i socijalnom planu i čini liječnika opće/

obiteljske medicine punopravnim članom multidisciplinarnog tima u skrbi za bolesnika s kroničnom ranom.

## LITERATURA

1. Allen J, Gay B, Crebolder H, Heyrman J, Švab I, Ram P. The european definition of general practice/family medicine. EURACT 2005, 1-9.
2. Švab I. Definicija obiteljske medicine. U: Katić M, Švab I. Obiteljska medicina. Zagreb: Alfa, 2013. 3-11.
3. Probst S, Seppänen S, Gethin G i sur. EWMA Document: Home care-Wound Care. J Wound Care 2014; 23 (5 Suppl.): 1-44.
4. Klain E, Josić D, Gregurek R, Gašparović V, Buzov I, Tocilj-Šimunković G. Odnos bolesnika i liječnika. U: Klain E. Psihološka medicina. Zagreb: Golden Marketing, 1999.
5. Broadbent E, Petrie KJ, Alley PG, Booth RJ. Psychological stress impairs early wound repair following surgery. Psychosom Med 2003; 65: 865-9.
6. Boranić M i sur. Psihoneuroimunologija. Zagreb: Školska knjiga; 2008, 4.
7. Braš M, Đorđević V, Miličić D. Komunikacija liječnika i bolesnika. Medix 211; 92: Suppl 1, 38-43.
8. Jawien A, Szewczyk MT, Kedziora-Kornatowska K i sur. Functional and biopsychosocial restrictions among patients with venous ulcer. Arch Med Sci 2006; 2: 36-4.
9. Moffatt CJ, Franks PJ, Doherty DC, Smithdale R, Martin R. Sociodemographic factors in chronic leg ulceration. Br J Dermatol 2006; 155: 307-12 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16882167>, datum pristupa informaciji 29.6.2014)
10. Vurnek Živković M. Stigmatizacija dermatoloških bolesnika U: Buljan D, Šitum M, Buljan M, Vurnek-Živković M. Psihodermatologija. Zagreb: Naklada Slap; 2008, 49-61.
11. European Wound Management Association (EWMA). Position document: Hard to heal wounds: a holistic approach. London: MEPLtd, 2008, 1-17.

## SUMMARY

### PERSONALIZED HOLISTIC APPROACH TO A PATIENT WITH MIXED LEG ULCER

J. KOVAČEVIĆ and T. SINOŽIĆ

*Tamara Sinožić Family Medicine Practice, Mošćenička Draga, Croatia*

Holistic approach as the philosophical orientation to care underpins the fundamental wholeness of human being and emphasizes the importance of balance within the person and between the person and his/her environment. It includes elements of the physiological, sociological, economic, psychological and spiritual dimensions, and thus provides an opportunity to assess the patient as a whole and in relation to his/her living context. Such an integrated approach is part of the basic knowledge and skills of general practitioners/family doctors and makes them equal members of a multidisciplinary team in chronic wound patient care. In this case report on a patient with mixed leg ulcer, we will try to bring closer holistic approach in care for this kind of patients in daily practice of general practitioners/family doctors.

**KEY WORDS:** holistic approach, leg ulcer, general practitioner/family doctor