

MRŠAVLJENJEM DO CIJELJENJA ULKUSA - PRIKAZ BOLESNIKA

Šeremet, Jasmina; Laginja, Stanislava; Marinović, Marin

Source / Izvornik: **Acta medica Croatica : Časopis Akademije medicinskih znanosti Hrvatske, 2013, 67, 131 - 134**

Journal article, Published version

Rad u časopisu, Objavljena verzija rada (izdavačev PDF)

Permanent link / Trajna poveznica: <https://um.nsk.hr/um:nbn:hr:184:483240>

Rights / Prava: [Attribution 4.0 International](#)/[Imenovanje 4.0 međunarodna](#)

Download date / Datum preuzimanja: **2025-03-24**



Repository / Repozitorij:

[Repository of the University of Rijeka, Faculty of Medicine - FMRI Repository](#)



Mršavljenjem do cijeljenja ulkusa - prikaz bolesnika

JASMINA ŠEREMET, STANISLAVA LAGINJA¹ i MARIN MARINOVIĆ²

*Dom zdravlja Ogulin, Ordinacija obiteljske medicine dr. Šeremet, ¹ Opća bolnica Ogulin, Ogulin
i ² Klinički bolnički centar Rijeka Sušak, Rijeka, Hrvatska*

Šećerna bolest tipa II jedna je od najznačajnijih bolesti današnjice kojoj prevalencija raste s dobi. Ako se glikemija ne regulira nastaju komplikacije među kojima je najčešće dijabetičko stopalo, tj. ulkus. Ovisno o vrsti krvne žile koju zahvaća, razlikujemo venske i arterijske ulkuse. Venski ulkus vrlo dobro cijeli zahvaljujući suvremenim metodama liječenja kao što su kompresivna terapija i hidrokolooidni oblozi, dok su za arterijski ulkus bitnije preventivne mjere kao što je smanjenje tjelesne težine, promjena načina prehrane i sl.

KLJUČNE RIJEČI: debljina, arterijski ulkus, venski ulkus, mršavljenje

ADRESA ZA DOPISIVANJE: Jasmina Šeremet
Vijenac Ive Marinkovića 8
47300 Ogulin, Hrvatska
E-pošta: jasminda.seremet@gmail.com

UVOD

Šećerna bolest spada među najčešće bolesti današnjice, a sjedilački način života, stres i nedostatak tjelesne aktivnosti povećavaju njenu učestalost.

Razlikujemo dva tipa šećerne bolesti: tip I koji se naziva juvenilni ili ovisan o inzulinu i tip II, tj. adultni ili neovisan o inzulinu. Komplikacije šećerne bolesti uglavnom nastaju zbog neregulirane razine šećera, a među najčešću od njih ubrajamo dijabetičko stopalo. Ono nastaje djelovanjem triju čimbenika: neuropatije, ishemije i infekcije koji dovode do propadanja tkiva, a često završe amputacijom (1).

Zbog propadanja tkiva dolazi do stvaranja kronične rane, ulkusa, koji može biti posljedica venske ili arterijske insuficijencije. Venski ulkus smješten je na donjoj polovici potkoljenice, najčešće u području medijalnog maleola. Dno venskog ulkusa prekriveno je žučkastim fibrinskim naslagama, a okolna koža je hiperpigmentirana i upaljena. Za razliku od venskog ulkusa, arterijski ulkus najčešće nastaje na mjestima pritiska kosti. Okrugao je i prekriven suhim dnom, ali zahvaća dublje strukture do tetiva. Okolna koža je blijeda, suha, atrofična, hladna, glatka i bez dlaka (2).

Prekomjerna tjelesna težina i debljina su jedan od najznačajnijih čimbenika za nastanak šećerne bolesti tipa

II. Prevencijom debljine preveniramo i nastanak šećerne bolesti i njenih komplikacija, prije svega ulkusa.

Cilj ovog rada bio je prikazati kako unatoč svim dostupnim terapijskim mogućnostima ne možemo u potpunosti izliječiti ulkuse, već ključnu ulogu ima volja pacijenta za promjenom načina života. U tu svrhu odabran je bolesnik koji već nekoliko godina ima venske ulkuse, a uz njih se pojavio i arterijski ulkus koji je zacijelio tek nakon što je pacijent izgubio oko 20 kilograma.

PRIKAZ BOLESNIKA

Bolesnik u dobi od 58 godina, BMI 34, dolazi u dermatološku ambulantu zbog rane na stopalu lijeve noge. Od 2000. godine boluje od šećerne bolesti tipa II te od hipertenzije. U obiteljskoj anamnezi doznajemo da je otac također bolovao od šećerne bolesti.

Prve rane na nogama pojavile su se još 2009. godine, ali pacijent je smatrao da će "proći same od sebe" pa se nije javljao liječniku. Kod prvog dolaska u dermatološku ambulantu na obje se potkoljenice verificiraju lipodermatosklerotične promjene kao i nekoliko ulceracija venskog podrijetla. Na desnoj potkoljenici vidljivo je nekoliko manjih ulkusa i jedan veći veličine cca 5 x 5 cm dna prekrivenog suhom nekrozom, dok je na lijevoj prisutno puno malih ulceracija koje se mjestično spajaju u veće (sl. 1-3).



Sl. 1. Prvi dolazak u dermatovenerološku ambulantu OB Ogu-
lin, ulkusi lijeve potkoljenice



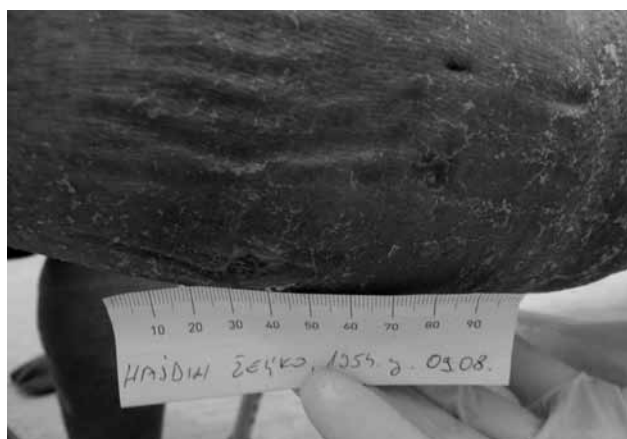
Sl. 4. Ulkus lijeve potkoljenice nakon terapije



Sl. 2. Ulkusi lijeve potkoljenice



Sl. 5. Ulkus desne potkoljenice nakon terapije



Sl. 3. Ulkus na desnoj potkoljenici

U terapiji su ordinirani biookluzivni oblozi, stavljen je sistem kompresije kratkog vlaka te se svaka 2-3 dana rane previja. U mikrobiološkom bioptatu rane nađene su *Enterobacter species* te *Streptococcus agalactiae* (serogrupa B) te se po testu osjetljivosti uvede ceftriakson. Nakon provedene terapije rane su zacijelile, a pacijenta se savjetovalo o pravilnoj prehrani i redukciji tjelesne težine (sl. 4-7).

Međutim, pacijent se ponovno javlja u 10. mjesecu 2012., ali sada zbog nove rane na stopalu koja odgovara arterijskom ulkusu i koja se sve više povećavala. Od zadnje kontrole izgubio je 10 kilograma i promijenio način prehrane, počeo se baviti tjelesnom aktivnošću. Dermatološkim statusom utvrđena je ulceracija na stopalu lijeve noge veličine 2 x 1 cm, prekrivena debelim fibrinskim naslagama uz crvenilo okolne kože te edem stopala (sl. 8). Indicirana je hospitalizacija zbog provedbe vakuum terapije (sl. 9). Kod prijma se učini osnovna laboratorijska obrada pri čemu se nađe da su parametri upale povišeni (leukociti - L 10 i sedimentacija eritrocita - SE 10) uz vrijednosti glukoze u fiziološkim granicama.

Na provedenu terapiju ranu se očistilo od naslaga, pojavile su se granulacije te je rana zadovoljavajuće prokrvljena (sl. 10). Nastavljeno je previjanje 3 puta tjedno biookluzivnim oblozima. Nakon dva tjedna rana je bila ponovo prekrivena debelim fibrinskim naslagama uz prisustvo suhog nekrotičnog tkiva te smo se odlučili ponoviti NPWT. U dogovoru s pacijentom predložena je i barokomora. Na terapiju u barokomori pacijent je

morao čekati 4 mjeseca. U međuvremenu je smršavio još 5 kg, a upornim previjanjem i stalnim *debridmanom* rane, ulkus je zacijelio tako da liječenje hiperbaričkom oksigenacijom nije bilo potrebno (sl. 11). Od prvog javljanja u ambulantu do potpune epitelizacije rane prošlo je 5 mjeseci.



Sl. 6. Ulkus lijeve potkoljenice nakon terapije



Sl. 7. Ulkus lijeve potkoljenice nakon terapije



Sl. 8. Arterijski ulkus na stopalu lijeve noge



Sl. 9. Postavljanje vakuum terapije



Sl. 10. Rana nakon vakuum terapije i gubitka tjelesne težine



Sl. 11. U potpunosti epitelizirani ulkus nakon 5 mjeseci liječenja

RASPRAVA

Venski ulkusi nogu nastaju kao posljedica kronične venske insuficijencije. Rijetki su prije 60. godine života, a njihova prevalencija u osoba starijih od 70 godina iznosi 0,7%. Pretpostavlja se da će 1% stanovništva tijekom života imati bar jednu epizodu venskog ulkusa.

Venski ulkusi su veći od nevenskih, nepravilnog oblika, pretežno plići, nazubljenih rubova te okruženi dermatosklerotičnom kožom.

Arterijski ulkusi posljedica su insuficijentne opskrbe tkiva arterijskom krvlju zbog progresivnog suženja lumena žile izazvanog fibroznim promjena intime i medije. Vrijed je okrugao sa suhim dnom, prisutna je nekroza koja zahvaća dublje strukture tkiva sve do tetiva (3-8).

Ulkusi su veliki zdravstveno-ekonomski problem bolesnika, ustanove koja ga liječi kao i okoline. Metode liječenja su skupe, dugotrajne i mnogobrojne (9).

Kako bi liječenje bilo što uspješnije, potrebno je pacijentu osigurati adekvatnu higijenu rane, educirati ga o važnosti tjelesnog kretanja i pravilnoj prehrani. Danas se lokalni tretmani sastoje u korištenju odgovarajućih potpornih obloga, kompresivne terapije i kontrole infekcije.

Jedan od čimbenika nastanka ulkusa je i neregulirana šećerna bolest koja zahtijeva stalnu brigu o svom vlastitom zdravlju održavanjem poželjne tjelesne težine, postizanjem zadovoljavajuće koncentracije glukoze u krvi te sprječavanjem pojave glukoze i ketona u urinu. To se postiže pravilnom prehranom, redovitim tjelesnom aktivnošću i pravilnom samokontrolom.

Nakon pojave arterijskog ulkusa i neuspjeha dotadašnjim liječenjem, naš prikazani bolesnik je odlučio pridržavati se svih navedenih savjeta i regulirati svoju šećernu bolest. Promijenio je način prehrane. Umjesto prerađenih ugljikohidrata i hrane s visokim udjelom masti počeo je konzumirati više svježeg voća i povrća te vlakana, a bezalkoholna pića i sokove zamijenio je vodom.

Počeo se više kretati. Svaki dan je pješačio po 30 minuta i vozio bicikl sat vremena. Nakon 5 mjeseci prvi rezultati su bili vidljivi. Unatoč početnom neuspjehu suvremene terapije, rana je počela cijeliti. Ono što je bilo više iznenađujuće je da se redukcijom tjelesne težine regulirala glikemija bolesnika te je ukinuta anti-dijabetička terapija.

ZAKLJUČAK

S obzirom na etiologiju, svaku vrstu potkoljeničkog ulkusa treba specifično liječiti. U današnje vrijeme na tržištu postoje brojni oblozi koji su osmišljeni na način da budu ekonomski prihvatljivi i liječe bolesnika na adekvatan način. Sam proces liječenja je dugotrajan i katkad manje uspješan bez obzira na svu dostupnu terapiju. Ključno je raditi na prevenciji kako se rana uopće ne bi stvorila, ali i na edukaciji zdravstvenog osoblja u cilju adekvatnog i optimalnog zbrinjavanja bolesnika s ulkusom. Upravo zato čovjeka treba promatrati kao cjelinu i pomoći mu da promjenom svakodnevnih navika, tj. uvođenjem pravilnije prehrane i tjelesnom aktivnošću pridonesu bržem cijeljenju ulkusa te istodobno poboljša kvalitetu svoga života.

LITERATURA:

1. Hančević J, Coce F, Božikov V. Dijabetičko stopalo. Zagreb: Medicinska naklada, 2002.
2. Kulišić Marinović S, Lipozenčić J. Kronični vrijed-suvremeni pristup u patogenezi, dijagnostici i terapiji. *Medicus* 2007; 16: 43-9.
3. Budimčić D. Bolesti krvnih žila i hemoragijske bolesti kože. U: Lipozenčić J. i sur, ur. *Dermatovenerologija*. Zagreb: Medicinska naklada, 2004, 284-300.
4. Budimčić D. Bolesti krvnih i limfnih žila. U: Dobrić I. i sur, ur. *Dermatovenerologija*. 3. promijenjeno i dopunjeno izdanje, Zagreb: Grafoplast; 2005, 237-51.
5. Gelfand JM, Margolis DJ. Decubitus (pressure) ulcers and venous ulcers. U: Freedberg IM, Eisen AZ, Wolff K, Austen KF, Goldsmith LA, Klatz SI, ur. *Fitzpatrick's dermatology in general medicine*. 6. izdanje. New York: McGraw-Hill, 2003, 1256-65.
6. Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Burgdorf WCH. Diseases of the blood vessels. U: Braun-Falco O, Plewig G, Wolf HH, Burgdorf WCH, ur. *Dermatology*. 2. potpuno izmijenjeno izdanje. Berlin: Springer Verlag, 2000, 882-946.
7. Mortimer PS, Bumard KG. Diseases of the veins and arteries: leg ulcers. U: Bums T, Breathnach S, Cox N, Griffiths C. *Rook's textbook of Dermatology*. Turin: Blackwell Science Ltd, 2004, 50; 1-54.
8. Rasner G i sur. Bolesti krvnožilnog sustava. *Dermatologija*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2000, 335-9.
9. Hančević J. Suvremeno liječenje kronične rane. U: Šitum M, Belić-Soldo A. *Kronične rane*. Jastrebarsko: Naklada Slap, 2006, 151.

SUMMARY

WEIGHT LOSS AND HEALING OF ULCERS – CASE REPORT

J. ŠEREMET, S. LAGINJA¹ and M. MARINOVIĆ²

Ogulin Health Center, Dr. Šeremet General Practice, Ogulin, ¹Ogulin General Hospital, Ogulin and ²Rijeka Sušak University Hospital Center, Rijeka, Croatia

Diabetes mellitus type 2 is one of the most common diseases with a prevalence increasing with age. If blood sugar is not controlled, complications arise and diabetic foot ulcer occurs. Depending on the blood vessels involved, we distinguish venous and arterial ulcers. Venous ulcers respond very well to modern methods of treatment such as compression therapy and hydrocolloid dressings, but for arterial ulcer prevention is most significant, e.g. weight loss, dietary modification, etc. The aim of this study was to show that despite all the available therapeutic options, we cannot cure ulcers completely because the patient's readiness to change his lifestyle plays a decisive role. Therefore, we present a patient having suffered from venous ulcers for several years and arterial ulcer that healed only after the patient had lost about 20 pounds.

KEY WORDS: obesity, arterial ulcers, weight loss