

Mogućnosti dijagnostičko terapijskih postupaka pri liječenju kronične rane

INES BALINT, VJEKOSLAVA AMERL ŠAKIĆ¹ I VESNA POTOČKI RUKAVINA²

Ordinacija opće medicine Dr. Ines Balint, Strmec Samoborski, ¹Ordinacija opće medicine Dr. Vjekoslava Amerl Šakić i ²Ordinacija opće medicine Dr. Vesna potočki Rukavina, Zagreb, Hrvatska

Karakteristike rada obiteljskih liječnika su dostupnost i kontinuitet zdravstvene zaštite, pružanje osnovnih dijagnostičkih usluga, efektivnost i učinkovitost. Pri tom rješavamo oko 80 % zdravstvene problematike te nužno pratimo i evaluiramo svoj rad. Naša zdravstvena zaštita je orijentirana prema zajednici s preventivno promotivnim konceptom, a imamo i ulogu "vratara" zdravstvenog sustava što dovodi do uštede sredstava uz veću kvalitetu zdravstvene zaštite. Zbrinjavanje kronične rane potkoljenice zahtijeva uvježbani tim obiteljske medicine. Prije odluke o načinu liječenja potrebno je učiniti gležnanski indeks (ABI), kako bismo saznali radi li se o arterijskom ili venskom podrijetlu ulkusa. Od dijagnostičko terapijskih postupaka koji su priznati liječniku obiteljske medicine nalazi ih svega nekoliko: obrada kronične rane i previjanje, što ni u kojem slučaju ne pokriva ni vremenskim normativom, a ni cijenom, kompleksnost ozbiljnog tretmana rane. Uz dobru edukaciju obiteljskih liječnika potrebno je omogućiti propisivanje elastično kompresijskog kompleta koji je zlatni standard u liječenju potkoljeničnog ulkusa, te adekvatno vrednovati rad tima obiteljske medicine koji takvu terapiju provodi.

KLJUČNE RIJEČI: kronična rana, dijagnostičko terapijski postupci, ušteda

ADRESA ZA DOPISIVANJE: Ines Balint, dr. med. spec.
Kralja Tomislava 3
10434 Strmec Samoborski, Hrvatska

UVOD

Karakteristike rada obiteljskih liječnika su dostupnost i kontinuitet zdravstvene zaštite, pružanje osnovnih dijagnostičkih usluga, efektivnost i efikasnost. Pri tom rješavamo oko 80 % zdravstvene problematike, te nužno pratimo i evaluiramo svoj rad. Naša zdravstvena zaštita je orijentirana prema zajednici s preventivno promotivnim konceptom, a imamo i ulogu "vratara" zdravstvenog sustava što dovodi do uštede sredstava uz veću kvalitetu zdravstvene zaštite (1).

Oko 2 300 liječnika obiteljske medicine skrbi za našu populaciju, a timovi nekad pružaju zdravstvenu zaštitu i za više od 2 500 stanovnika. Specifičnost rada obiteljskog liječnika je rješavanje simptomatologije 17 različitih tjelesnih sustava te 499 najrazličitijih simptoma koje pacijent može prezentirati (ICPC - *International Classification of Primary Care*). U 2014 godine je u bolnicama obavljeno 5 milijuna pregleda i pretraga, a u primarnoj zdravstvenoj zaštiti 37 milijuna posjeta i postupaka, od

toga 78 % svih pacijenata liječnik obiteljske medicine rješava samostalno (podatci HZZO-a izneseni na prezentaciji u Opatiji, TEB, lipanj 2015) Svaki stanovnik u godini dana obavi 1 pregled u bolnici, ali 11 pregleda u PZZ, imamo 80-120 dnevnih kontakata s osiguranicima (europski standard 25-30) uz 25-45 pregleda/dan (europski standard 10-15) i 150-250 postupaka/dan.

Obučeni smo i suvereno liječimo kronične nezarazne bolesti s posebnim naglaskom na dijabetes, hipertenziju, kroničnu opstruktivnu bolest pluća i astmu koje su vodeći javnozdravstveni problem. Prema statističkom godišnjaku prosječna životna dob u RH iznosi oko 76,5 godina (80 za žene i 73 za muškarce). S produljenjem života javljaju se i pridruženi poremećaji zdravlja, među kojima prednjače problemi sa cirkulacijom. Budući da poznamo našeg bolesnika i skrbimo za njega dugi niz godina, poznate su nam sve njegove prateće bolesti.

Zbrinjavanje kronične rane potkoljenice zahtijeva uvježbani tim obiteljske medicine. Prije odluke o nači-

nu liječenja potrebno je učiniti gležnanski indeks (AB-indeks), kako bi saznali radi li se o arterijskom ili venskom podrijetlu ulkusa. Pri tome možemo koristiti tlakomjere s prilagođenim manšetama ili ultrazvučnim mjeračem protoka. Ako se radi o kroničnom venskom ulkusu liječenju pristupamo koristeći mali kirurški set, obloge za rane i set za kompresivnu terapiju. U dijagnostičko terapijskim postupcima koji su priznati liječniku obiteljske medicine nalaze se svega nekoliko postupaka: obrada kronične rane i previjanje, što ni u kojem slučaju ne pokriva kompleksnost ozbiljnog tretmana rane. Uz dobru edukaciju obiteljskih liječnika potrebno je omogućiti propisivanje elastično kompresijskog kompleta koji je zlatni standard u liječenju potkoljeničnog ulkusa, te adekvatno vrednovati rad tima obiteljske medicine koji takvu terapiju provodi.

RASPRAVA

Tijekom života oko 1 % stanovništva u razvijenom svijetu pati od kroničnog venskog ulkusa (KVU) (2), a 0,1 % ih se liječi svakodnevno (3). Prevalencija raste starenjem tako da se KVU javlja u oko 2 % starijih od 80 godina (4,5), češće u žena nego u muškaraca, a malo zemalja rutinski prikuplja podatke u registre.

Kronični venski ulkus sporo zarasta i u zapadnim zemljama te samo u 45 % pacijentata prođe za 6 mjeseci (6), ponovno se javlja u 26-69 % pacijenata (7), a recidivi su se javljali i do 5 godina nakon prvog cijeljenja rane (3).

Na Zapadu se oko 1 % zdravstvenog proračuna troši na terapiju potkoljeničnog vrijeda (8), tako da se u Velikoj Britaniji troši oko 168-198 milijuna funti godišnje (9), dok je u Njemačkoj prosječna potrošnja po pacijentu iznosi oko 9 060 eura godišnje (10).

Što se vremena tiče, procjenjuje se da obrada kronične rane oduzima 25-65 % radnog vremena medicinske sestre u ustanovama za umirovljenike (10,11). Obiteljski liječnik u prosjeku tjedno pregleda 1,5 pacijenta s kroničnim potkoljeničnim vrijedom (studija je s niskim postotkom odgovora) (12).

Kronični venski ulkus je otvorena lezija kože koja se obično nalazi na medijalnoj strani potkoljenice između skočnog zgloba i koljena, a posljedica je kronične venske insuficijencije i povišenog tlaka u venama za vrijeme kretanja. Osobito se često javlja u pretilih pacijenata zbog dodatnog cirkulatornog opterećenja. Karakteristično je sporo cijeljenje te rana ne zaraštava ni nakon 4-6 tjedana. Nedostatno korištenje kompresivne terapije uzrokuje izgubljenu mogućnost brzog zaraštavanja rane i poboljšanja kvalitete života samog pacijenta. Postoje mnogi razlozi zašto se kompresijska terapija ne koristi: od nedostatnog znanja liječnika, praćenja bolesnika od mnogih različitih specijalista do lokalnog nedostatka zavojnog materijala i nesuradljivosti pacijenta u nošenju kompresijskog materijala.

Sustav zdravstvenog osiguranja u nekim zemljama ne prepoznaje dobrobit od liječenja kompresivnom terapijom, te zavojni materijal koji je potreban pacijentu nije dostupan. Kada postoji veliki izbor raznih pokrivala i zavojnog materijala može doći do zbrke u njihovom korištenju i mogućnost pogrešne indikacije za određeni tip pomagala. Mnogi zdravstveni sustavi nisu upoznati sa studijama isplativosti. Nedostatna je i ekonomska dosljednost u korištenju kompresivne terapije – npr. plaćeni su konzilijarni pregledi, ali nije i liječenje kompresivnom terapijom; manjkava specijalistička konzilijarna zaštita za pacijente koji zahtijevaju dodatnu procjenu rane, ili koji trebaju prilagodbu pritiska kompresije (pacijenti s perifernom arterijskom bolesti ili dijabetičari).

Liječnicima nedostaje znanje u dijagnostici i kategorizaciji kroničnog venskog ulkusa i ostalih ulceracija potkoljenica povezanih s venskom bolesti za koje je kompresivna terapija zlatni standard u liječenju jer pospješuje zaraštanje i prevenira recidive. Uz to je teško adekvatno izabrati među različitim pomagalima. Često je prisutan osjećaj nekompetentnosti liječnika pri čemu se smatra da je za pacijenta nadležan konzilijarni bolnički liječnik. Nedostatak teorijskog znanja i vještine u primjeni kompresivne terapije može dovesti do suboptimalne kompresije. Manjak raspoloživog vremena i kratke konzultacije povećavaju mogućnost pogrešne procjene venske bolesti i primjene neadekvatne kompresije. Nejasni su i algoritmi za daljnje praćenje kod bolničkih liječnika kad je to potrebno ili kada je obiteljski liječnik nesiguran u svoju procjenu treba li i kako primjeniti kompresivnu terapiju.

Nedostatak razumijevanja svrhe i potrebe za kompresivnom terapijom glavni je uzrok odbijanja takvog liječenja od strane pacijenta. Ako je potrebno platiti liječenje, često je i to prepreka, jer si pacijent ne može priuštiti komplet za previjanje. Ako pacijent ima loše iskustvo s prethodnom primjenom kompresije, uz pojavu boli, proklizavanje zavoja i probijanje eksudata, postoji velika vjerojatnost da će odbiti liječenje. Smanjena dostupnost liječnika koji ima dovoljna znanja i vještine za indiciranje i sigurnu primjenu kompresivne terapije smanjuje njeno korištenje. Ponekad je prepreka kompresivnoj terapiji praktičnost i estetski izgled, no ipak je najčešće problem nedostatka vremena zaposlenih pacijenata ili udaljenost od ordinacije uz lošu prometnu povezanost. Kompresijska terapija je aktivna terapija koja se općenito premalo koristi, ali kada se koristi na pravom bolesniku na pravi način tako da su ostvarene sve pretpostavke liječenja, ključna je za zacjeljivanje aktivnog potkoljeničnog vrijeda. Procjenu i terapiju mora izvoditi zdravstveni radnik koji je propisno obučan, te ako postoji ikakva sumnja u kompetenciju, pacijenta treba uputiti educiranom bolničkom specijalistu. Optimizacija liječenja kroničnog venskog ulkusa (npr. korištenjem ABC modela) značajno će pridonijeti smanjenju troškova.

ABC model uključuje:

A (Assessment and Diagnosis) – procjenu i dijagnozu. Sveobuhvatna procjena uključuje detaljnu anamnezu, aktualni morbiditet, pokretljivost pacijenta, jačinu boli, nutritivni status, kućni i radni okoliš, obiteljsku situaciju (postoji li netko tko skrbi za pacijenta), te bolesnikovu zabrinutost za njegovo stanje. Pacijent može iznositi simptome kronične venske insuficijencije kao što su težina, napetost kože, oticanje, nelagoda i bol u nogama. Ovi simptomi se mogu ublažiti položajem s podignutim nogama. Procjena rane mora obuhvatiti mjesto, trajanje, veličinu, količinu eksudata, dno rane i ostale karakteristike vrijeda korištenjem sistematskog pristupa uz akronim TIME (*Tissue, Inflammation and infection, Moisture balance, Edge*) (13). Osim na samu ranu pozornost treba obratiti na okolnu kožu, procijeniti stanje cijele potkoljenice i stopala, uočiti i najmanji znak obilnog eksudata kao što su maceracija i ekzorijacija kože, te pratiti promjene kože povezane s kroničnom venskom insuficijencijom ili perifernom okluzivnom bolesti arterija. Moraju se palpirati pulzacije perifernih ogranaka arterija potkoljenice i stopala, te obvezno odrediti gležanjski indeks (tablica 1). Nakon 4-6 tjedna kompresivne terapije potrebna je ponovna procjena ako se rana nije smanjila za 20-30 %.

B (Best practice wound and skin management): Toaleta rane, zaštita okolne kože noge, tretiranje hiperkeratoza i egzema kože oko rane, debridman rane, ako je potrebno, odabir adekvatnog pokrivala za ranu ovisno o očekivanoj količini eksudata, te korištenje antibakterijskog pokrivala kod prisutstva lokalne infekcije. Prije početka korištenja terapije "skupljim" oblogama treba provjeriti jesu li režim kompresije i obrada rane optimalni.

C (Compression therapy):

Odabir kompresivnih zavoja (čvrsti, kratko-elastični), prilagoditi kompresiju ovisno o pacijentu i stupnju venskog zastoja, nakon zatvaranja rane i povlačenja edema uvođenje kompresivne čarape, upućivanje konzilijarnom specijalistu radi daljnje obrade kod pacijenata s miješanom etiologijom vrijeda s gležanjskim indeksom 1,3, kod pacijenata s gležanjskim indeksom < 0,5 upućivanje vaskularnom kirurgu radi moguće revaskularizacije, poticanje pacijenta da bude aktivan i da se mnogo kreće.

Troškovi liječenja venskog potkoljeničnog ulkusa visoki su zbog duljine trajanja bolesti tijekom kojeg se koriste skupe obloge za rane. Tako imamo podatak da mjesečna terapija jednog potkoljeničnog vrijeda bez korištenja kompresivne terapije iznosi > 3.800,00 kn, dok se cijena liječenja nakon uvođenja kompresivnog seta smanjuje na cca 1.000.- kuna mjesečno (14). Ako se zna da cijeljenje pravilno komprimiranog ulkusa traje manje od godinu dana, dok s oblogama bez kompresije treba i više godina (i do 15), računica je jednostavna i jasna.

Tablica 1. Interpretacija vrijednosti gležanjskog indeksa

ABPI – gležanjski indeks	Interpretacija
>1,3	Kalcifikacije u arterijama mogu biti prisutne
>1,0–1,3	Periferna arterijska bolest je vjerojatno prisutna
0,81–1,00	Arterijska okluzivna bolest nije značajna ili je blaga
* 0,51–0,80	Umjerenjena arterijska okluzivna bolest
< 0,5	Teška periferna arterijska bolest, "kritička ishemija"

Mjerenje gležanjskog indeksa - ABPI = RR gležnja : RR na nadlaktici

KAKO DO CILJA?

1. Potrebno je uključiti edukaciju o liječenju kroničnog venskog ulkusa i u dodiplomsku i u postdiplomsku nastavu, osobito u tijeku specijalizacije obiteljske medicine. Za liječnike koji žele treba osigurati radionice na kojima bi naučili mjerenje i izračun ABI, te teorijski i praktično objedinili sva saznanja i mogućnosti pravilnog uvođenja kompresivne terapije. Osim toga potrebno je napraviti postupnike kako bi cijeli tim u svakom trenutku znao što i kako treba postupati s pacijentom.
2. Edukacija pacijenata radom u maloj grupi, kako bi ih se upoznao s mogućnostima liječenja, načinu sprječavanja novih ulceracija, prednostima kompresivne terapije i upute o promjena životnih navika koje uključuju pravilno i redovito kretanje, njega zdrave kože potkoljenice i korištenje adekvatne obuće.
3. Osiguravatelj bi trebao prepoznati ovaj oblik rada te ga adekvatno vrednovati. Kao što se vidi iz radova kolega u svijetu a i kod nas, trošak liječenja može se znatno smanjiti pravilnom prevencijom i liječenjem postojećih promjena. Treba razmisliti o cijenama tih postupaka u obiteljskoj medicini kroz dtp-plaćanja, a ako uzmemo u obzir vremenski normativ koji je potreban za prvi pregled i evaluaciju potkoljeničnog vrijeda, te nabavu aparature, cijena bi trebala iznositi minimalno 120,00 kn. Za daljnje liječenje i praćenje, umjesto dosadašnjih 19,98 kn, trebalo bi izdvojiti minimalno 80,00 kn. Cijene tih postupaka bi trebalo plaćati van limita.
4. Omogućiti liječnicima udruženima u grupnu praksu da prema svojim afinitetima preuzmu skrb o bolesnicima s kroničnim ranama horizontalnim upućivanjem.
5. Mogućnost praćenja bolesnika panelom kronične rane, te osnivanje odnosno oživljavanje hrvatskog registra za rane pri zavodu za javno zdravstvo.

ZAKLJUČAK

Dugogodišnji rad u ordinacijama obiteljske medicine ukazao je na problem koji se za sada rješava sporadično, nekontinuirano, u raznim konzilijarnim bolničkim ambulantom – od kirurgije, dermatologije do flebologije. Većina liječnika u svim sustavima od primarne do tercijarne zdravstvene zaštite nije adekvatno educirana da se bavi problemom kronične rane. Obiteljski liječnici najbolje poznaju pacijenta sa svim njegovim komorbiditetima, te su najpozvaniji da uz malu stručnu pomoć bolničkih kolega samostalno, kompetentno i na zadovoljstvo pacijenta liječe i prate bolesnika s kroničnom venskom insuficijencijom. Zbrinjavanje kronične rane potkoljenice zahtijeva uvježbani i educirani tim obiteljske medicine. Prije odluke o načinu liječenja potrebno je učiniti gležnanski indeks (ABI), kako bi se saznalo radi li se o arterijskom ili venskom podrijetlu ulkusa. U dijagnostičko terapijskim postupcima koji su priznati liječniku obiteljske medicine nalazi se svega nekoliko postupaka: obrada kronične rane i previjanje, što ni u kojem slučaju ne pokriva ni vremenskim normativom a niti cijenom kompleksnost ozbiljnog tretmana rane. Uz dobru edukaciju obiteljskih liječnika potrebno je omogućiti propisivanje elastično kompresijskog kompleta koji je zlatni standard u liječenju potkoljeničnog ulkusa, te adekvatno vrednovati rad tima obiteljske medicine koji takvu terapiju provodi, kako bi se time uštedio veliki dio zdravstvenog novca koji se trenutno koristi za liječenje tih bolesnika.

LITERATURA

1. Katić M, Švab I i sur. Definicija obiteljske medicine. U: Obiteljska medicina. Zagreb: Alfa, 2013, 3-25.
2. O'Meara S, Cullum N, Nelson EA, Dumville JC. Compression for venous leg ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2012; 11: CD000265.
3. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN). Management of chronic venous leg ulcers. A national clinical guideline. SIGN, 2010. Available from: www.sign.ac.uk/pdf/sign120/
4. The management of patients with venous leg ulcers. Audit protocol. Royal College of Nursing. Royal College of Nursing, 2000. Available from: www.rcn.org.uk
5. Petherick ES, Cullum NA, Pickett KE. Investigation of the Effect of Deprivation on the Burden and Management of Venous Leg Ulcers: A Cohort Study Using the THIN Database. PLoS One 2013; 8: e58948.
6. Haute Autorité de Santé. Evaluation des dispositifs de compression médicale à usage individuel – Utilisation en pathologies vasculaires. September 2010. Available from: www.has-sante.fr
7. Nelson EA, Bell-Syer SE. Compression for preventing recurrence of venous ulcers. Cochrane Database Syst Rev 2014; 9: CD002303
8. Nelzèn O. Leg ulcers: economic aspects. Phlebology 2000; 15; 110-14.
9. Posnett J, Franks PJ. The costs of skin breakdown and ulceration in the UK. U: Pownall M, ed. Skin Breakdown: The Silent Epidemic. Hull: Smith & Nephew Foundation, 2007.
10. Augustin M, Brocatti LK, Rustenbach SJ i sur. Cost-of-illness of leg ulcers in the community. Int Wound J 2014; 11: 283-92.
11. Probst S, Seppänen S, Gethin G i sur. EWMA Document: Home Care Wound Care. J Wound Care 2014; 23 (5 Suppl.): S1-S44.
12. Hampton S, Lindsay E. Empowering patients to take control of leg ulcer treatment through individualised management. J Wound Care 2005; 14: 238-40.
13. Harding K, Dowset C, Fias L i sur. Simplifying venous leg ulcer management, consensus recommendations. Wounds International 2015. Available to download from www.woundsinternational.com.
14. Podobnik D. Skrb o rani u ordinaciji obiteljske medicine, Acta Med Croatica, 68 (supl.1), 2014, 63-7.

SUMMARY

POSSIBILITIES OF DIAGNOSTIC AND THERAPEUTIC PROCEDURES IN ASSESSING CHRONIC VENOUS LEG ULCER

I. BALINT, V. AMERL ŠAKIĆ and V. POTOČKI RUKAVINA

*Dr. Ines Balint General Practice Clinic, Strmac Samoborski, ¹Dr. Vjekoslava Amerl Šakić General Practice Clinic and
²Dr. Vesna potočki Rukavina General Practice Clinic, Zagreb, Hrvatska*

The attributes of general practitioner's work are accessibility and continuity of health care, maintaining basic diagnostic procedures, productivity and efficiency. We deal with about 80% of health issues and monitor and evaluate our work as well. Our health care is oriented toward community with the primary preventive and promoting concept, and we also have a role of "gatekeeper" in health care system, which leads to significant savings with better health care quality. Chronic venous leg ulcer assessment requires a well trained team in general practice. Prior to making decision on the course of treatment, it is essential to do ankle brachial index (ABI) which can help us determine whether the origin of ulcer is arterial or venous. There are only a few diagnostic and therapeutic procedures in the acknowledged general practitioner's domain: assessing chronic wound and folding, which cannot cover the complexity of responsible chronic wound assessment either in time normative or in its price. It is necessary to establish good education of general practitioners and enable prescribing elastic, compressive set, which is the gold standard in chronic wound treatment, as well as appropriately evaluate the general practice team that performs this mode of treatment.

KEY WORDS: chronic wound, diagnostic and therapeutic procedures, savings