

Kompressionstherapie beim „offenen Bein“

S. Bahr

Therapiezentrum chronische Wunden Ortenau, Lahr

▲ In der Regel erfolgt die Kompressionstherapie durch eine Kompressionsstrumpfbehandlung mit verschiedenen Stärken (Kompressionsklassen I–III) oder durch Kurzgubindenverbände (z.B. Pütterverband).

Unsere Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass diese Methode keine ausreichende und gezielte Garantie für das Anforderungsprofil zur Wundabheilung bei derart breit gefächerten pathophysiologischen Parametern ist. Wir optimieren unser Konzept schon seit 13 Jahren erfolgreich.

In unseren Wundzentren wird die Art der Kompressionstherapie für jeden Patienten individuell gestaltet. Der Anlagedruck orientiert sich am aktuellen Bein-Arm-Index nach arterieller Dopplersonographie (Drücke unter 50 mmHg sind dabei nicht tolerierbar).

Ziel ist es, die Proliferation durch Verringerung der Gewebhypoxie bei chronischen Wunden zu optimieren, denn durch Verringerung eines Ödems wird die Sauerstoffperfusionstrecke verkürzt, selbst bei vorliegender PAVK. Damit wird eine weitere Verschlimmerung der Durchblutungsstörung verhindert und die Proliferation gefördert.

Die differenzierte Auswertung trägt anschließend zur Entscheidung bei, welches Kompressionsmedium verwendet wird und welche Kompressionsart und Kompressionsstärke für den Patienten infrage kommt. Analog der Anforderungsprofile der Ulzera wird ein Konzept entworfen, in dem die Parameter „Arbeitsdruck“ und „Ruhe- druck“ unter neuen Gesichtspunkten beurteilt werden. Somit ist die Möglichkeit gegeben, die Entstauungsthera-

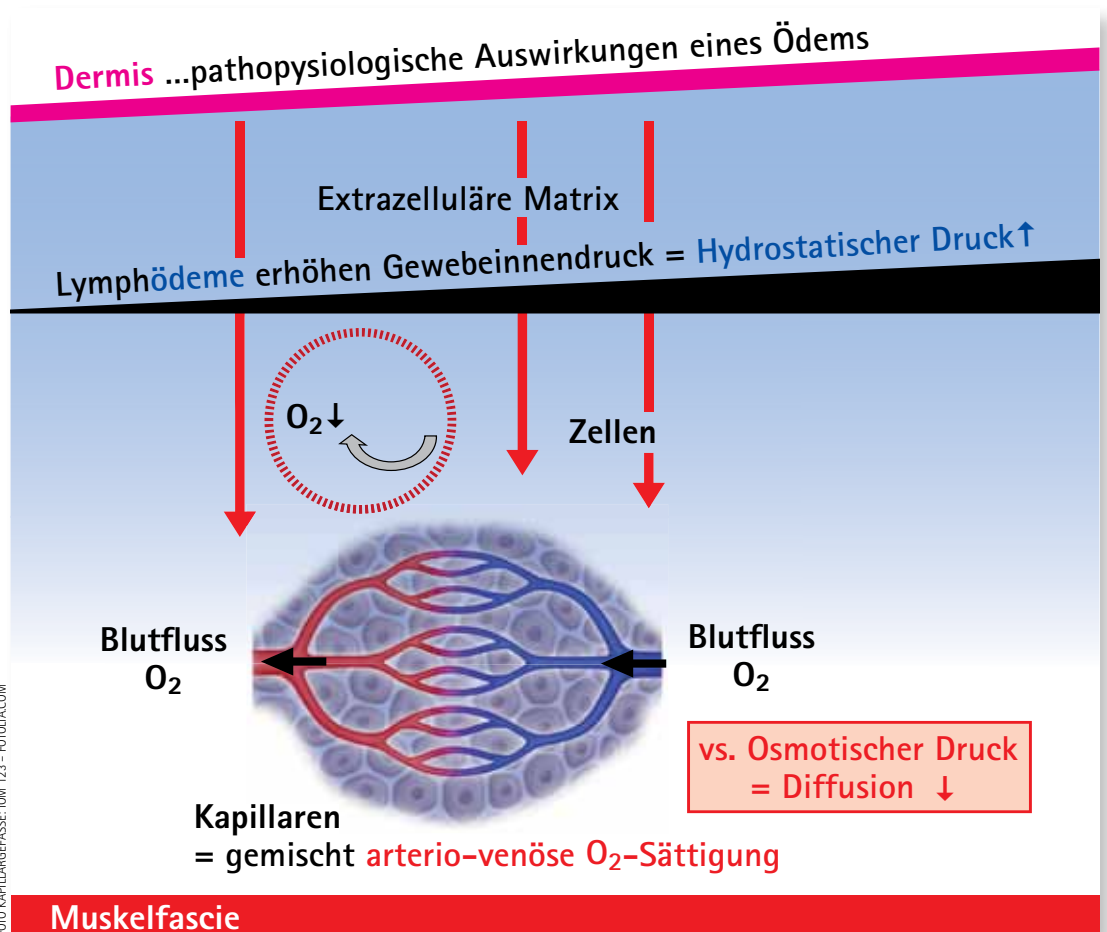


Abb. 1: Hydrostatischer Druck versus osmotischer Druck.

pie den erforderlichen Optimierungsprozessen anzupassen.

Alle erforderlichen Parameter werden in einem aussagekräftigen Kompressionsprotokoll dokumentiert.

Korrespondenzadresse

Stefan Bahr
Therapiezentrum chronische Wunden
Ortenau
Klosterstraße 17/1
77933 Lahr
E-Mail: info@therapiezentrum-bahr.de



FOTO: DR. STÖLLING