



## Wybrane przypadki leczenia ran ścian pochwy i krocza

### Selected cases of treatment of wounds of the vagina and perineum

Emilia Kocik

Oddział Ginekologiczno-Położniczy, Wojewódzki  
Specjalistyczny Szpital im. M. Pirogowa w Łodzi  
Centrum Medyczne ARGO w Łodzi

Adres do korespondencji

Emilia Kocik, Oddział Ginekologiczno-Położniczy, W.S.Sz.  
im. M. Pirogowa, ul. Wileńska 37, 94-029 Łódź, e-mail: emiliakocik1@o2.pl

Nadesłano: 17.09.2024 Zaakceptowano: 16.01.2025

#### Streszczenie

Analizowane przypadki dotyczą pacjentek ze schorzeniami ginekologicznymi. Brak doniesień klinicznych w polskim piśmiennictwie na temat postępowania z ranami pochwy i krocza skłoniły autorkę do podzielenia się własnymi doświadczeniami w tym zakresie. W pracy zaprezentowano dwa opisy przypadków pacjentek, u których uzyskano całkowite wygojenie ran. Przedstawione opisy przypadków dotyczą postępowania z ranami, wytworzonymi na ścianach pochwy, jak również z ranami powstałymi w wyniku powikłań po wykonanym zabiegu ginekologicznym w obrębie krocza.

Problem obniżenia statyki narządu rodowego, na którym umiejscowione są rany, dotyczy głównie kobiet pomiędzy 60. a 80. rokiem życia. Zdarzają się również młodsze pacjentki, które zmagają się z tym problemem, głównie po odbytych porodach zabiegowych. Pacjentki ze względu na duże skrępowanie związane z monitorowanymi objawami zgłaszają się po kilku bądź kilkunastu latach od wystąpienia pierwszych objawów obniżenia się narządu rodowego. Pacjentki zazwyczaj zgłaszają się z powodu obniżenia ścian pochwy, trudności w oddaniu moczu, a nie z powodu powstałych ran czy otarć ścian pochwy. Rany umiejscowione na śluzówce pochwy są bowiem niebolesne, jak wynika z relacji pacjentek. Rany znajdujące się na ścianach pochwy uniemożliwiają zakwalifikowanie pacjentki do zabiegu chirurgicznego, który poprawia komfort życia i funkcjonowania kobiety w społeczeństwie.

**Słowa kluczowe:** obniżenie narządu rodowego, wypadanie pochwy, rany pochwy, rany ginekologiczne, zabieg chirurgiczny, jakość życia.

#### Abstract

The analyzed cases concern patients with gynecological conditions. The lack of clinical reports in Polish literature on the treatment of vaginal and perineal wounds prompted me to share my own experiences in this area. The paper presents two case reports of patients in whom complete healing of wounds was achieved. The presented case reports concern the treatment of wounds created on the vaginal walls, as well as wounds resulting from complications after a gynecological procedure in the perineum.

The problem of prolapse of the vaginal walls, on which the wounds are located, concerns mainly women between 60 and 80 years of age. There are also younger patients who struggle with this problem, mainly after operative deliveries. Due to the embarrassment associated with the monitored symptoms, patients report a few or a dozen years after the occurrence of the first symptoms of prolapse of the reproductive organ. Patients usually report because they are unable to urinate on their own, and not because of vaginal wounds or abrasions. This is because wounds located on the vaginal mucosa are being treated. Wounds visible on the vaginal walls prevent patients from qualifying for a surgical procedure that would improve the quality of life and functioning of women in society.

**Key words:** prolapse of the reproductive organ, vaginal prolapse, vaginal wounds, gynecological wounds, surgical procedure, quality of life.

#### Wprowadzenie

Częstość występowania ran ścian pochwy i krocza nie jest dokładnie znana. Z badań przeprowadzonych w Polsce, dotyczących obniżenia narządu rodowego, u 11% kobiet rozpoznano wypadanie ścian pochwy

w 3. i 4. stopniu. Badania przeprowadzone w Stanach Zjednoczonych wykazały, iż 14% badanych kobiet zmagają się z tą przypadłością. W Wielkiej Brytanii problem ten zgłasza 20,4/10 000 kobiet, a 16,2/10 000 decyduje się na operację [1].

Znane są dość dobrze przyczyny obniżenia statyki narządu rodowego, do których można zaliczyć między innymi: wielokrotne porody fizjologiczne, operacje ginekologiczne na narządzie (wycięcie macicy), osłabienie mięśni dna miednicy, zmiany hormonalne na skutek obniżenia poziomu estrogenów, ciężką pracę fizyczną, otyłość, jak również przewlekłe zaparcia [2].

Rany na ścianach pochwy powstałe na skutek otarć mechanicznych, spowodowanych wysunięciem się pochwy z kanału rodowego, zmiany na pochwie po leczeniu radioterapeutycznym, jak również rany krocza po porodach zabiegowych to najczęściej występujące rany w ginekologii.

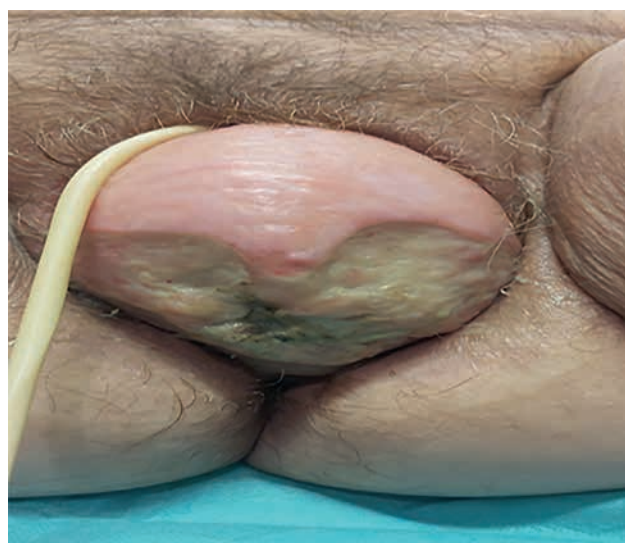
Trafnie ocenione rozpoznanie i prawidłowo zastosowane leczenie umożliwia pacjentkom powrót do normalnego funkcjonowania w życiu codziennym. Gdyby pacjentka została zoperowana z ranami na ścianach pochwy, nie dojdzie do zagojenia po przeprowadzonym zabiegu operacyjnym. Dlatego też bardzo ważne jest prawidłowe przygotowanie i uświadomienie pacjentki, czemu służyć ma leczenie rany powstałej w pochwie [3].

## Opisy przypadków

### Pacjentka 1.

Pacjentka, lat 69, 11 kwietnia 2022 r. przyjęta na oddział ginekologiczny z rozpoznaniem histopatologicznym nowotworu złośliwego błony śluzowej macicy. W wywiadzie pacjentka bez obciążeń i bez chorób współistniejących. Chorą zakwalifikowano do zabiegu operacyjnego. 12 kwietnia 2022 r. pacjentka została zoperowana, podczas zabiegu usunięto macicę wraz przydatkami, wyrostek robaczkowy oraz obustronnie węzły chłonne biodrowe. Tydzień później pacjentka w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu, z zaleceniami, że dalsze decyzje będą podjęte po otrzymaniu ostatecznego wyniku badania histopatologicznego. Decyzją konsylium onkologicznego pacjentka została skierowana na leczenie radioterapią. W dniach od 13 czerwca do 21 lipca 2022 r. pacjentka była leczona miejscowo, za pomocą promieniowania jonizującego. Po upływie 4 miesięcy od zakończonej radioterapii pacjentka zgłosiła się ponownie na oddział ginekologiczny z powodu wypadania pochwy, nietrzymania moczu oraz owrzodzenia ścian pochwy. Pacjentka ze względu na zmiany popromienne w pochwie nie mogła być zakwalifikowana do zabiegu chirurgicznego. Rozległa martwica uniemożliwiała odprowadzenie pochwy do kanału rodowego, co utrudniało gojenie się tkanki.

Zastosowano następujące leczenie. Na wstępie za zgodą pacjentki do pęcherza moczowego założono cewnik Foleya, dzięki któremu nie dochodziło do spływania moczu na odleżynę podczas mikcji. Kolejnym elementem było mechanicznie oczyszczanie tkanki martwiczej, która bardzo głęboko pokrywała pochwę. Za pomocą łyżki kostnej co 3 doby usuwano z pochwy nieprawidłową tkankę. Po każdym oczyszczeniu na ranę ścian pochwy nakładano jałowy żel na bazie roztworu Ringera, gliceryny i celulozy, który wspomagał oczyszczanie mechaniczne. Na ranę pochwy zastosowano również nieprzywierający opatrunek z maścią, zawierający srebro. Najtrudniejszym elementem było umocowanie opatrunku na ranie pochwy. Należało zwrócić uwagę na właściwe przyleganie opatrunku do rany pochwy, tak żeby opatrunek był szczelny i przy poruszaniu się pacjentki oraz oddawaniu stolca się nie przemieszczał. Powinien on także prawidłowo przylegać do rany pochwy, by autolitycznie oczyszczać tkanki martwicze. Dlatego też na opatrunek barierowy, stosowano opatrunek chłonny, a ten mocowano za pomocą siatki opatrunkowej na pochwie. Dzięki temu spełniał on swoją funkcję i doskonale utrzymywał się przez 3 doby na wysuniętej pochwie. Pacjentka podczas trwania leczenia miała zleconą dietę wysokobiałkową. Po upływie niespełna 4 miesięcy od rozpoczętego leczenia nastąpiło wygojenie rany pochwy i pacjentka mogła być już zakwalifikowana do operacji plastycznej tylnej ściany pochwy i krocza oraz pośrodkowego zeszyca pochwy. Zabieg chirurgiczny przebiegł bez powikłań. Pacjentka po przeprowadzonym zabiegu nie uskarżała się już na problem bezwiednego oddawania moczu. Komfort i jakość życia pacjentki zdecydowanie się



Rycina 1. Stan pacjentki 1. z 22 listopada 2022 r. – rozległa martwica na pochwie.



Rycina 2. Zabezpieczenie pochwy jałowym opatrunkiem.



Rycina 3. Założenie siatki opatrunkowej.



Rycina 4. Stan pacjentki 1. z 30 grudnia 2022 r. – brzegi rany z wyspami ziarninowymi.

poprawiły. Dyskomfort związany z siadaniem czy też z zachowaniem odpowiedniej higieny okolic intymnych po zabiegu chirurgicznym ustąpił. W 7. dobie po operacji pacjentka w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu. Po 6 tygodniach na wizycie kontrolnej w badaniu ginekologicznym stwierdzono, że krocze zagoiło się prawidłowo.

Na rycinach 1.–9. przedstawiono etapy leczenia i postępowanie z martwicą wygenerowaną na ścianach pochwy po leczeniu radioterapeutycznym pacjentki.



Rycina 5. W związku z ryzykiem przebicia ścian pochwy, uszkodzenia pęcherza moczowego oraz jelit nie przeprowadzono agresywnego oczyszczania. Dalsze oczyszczanie autolityczne.



Rycina 6. Stan pacjentki 1. z 9 lutego 2023 r. – pochwa z łagodnością daje odprowadzić się do kanału rodowego.



**Rycina 7.** Stan pacjentki 1. z 16 lutego 2023 r. – pochwa z wyraźną ziarniną.



**Rycina 8.** Stan pacjentki 1. z 9 marca 2023 r. po 3,5 miesiącu leczenia; pacjentka została zakwalifikowana do zabiegu chirurgicznego.



**Rycina 9.** Pacjentka 1. z prawidłowo zagojonym kroczem zostaje wypisana do domu. Komfort jej życia znacznie się poprawił, a dolegliwości związane z nietrzymaniem moczu ustąpiły. Stan z 16 marca 2023 r.

## Pacjentka 2.

Pacjentka, lat 40, 14 marca 2023 r. zgłosiła się do szpitala z rozpoznaniem torbieli gruczołu Bartholina (gruczoł przedsionkowy większy po stronie lewej). Pacjentka zgłaszała dyskomfort okolicy krocza, dolegliwości bólowe oraz problemy z siadaniem. W znieczuleniu podpajęczynówkowym po odkażeniu sromu i pochwy wycięto torbiel gruczołu przedsionkowego większego po stronie lewej o wymiarach 4 × 5 cm. Materiał oddano do badania histopatologicznego. Pacjentka w 4. dobie po zabiegu została wypisana do domu, z zaleceniami dotyczącymi postępowania z raną krocza. Po 7 dniach pacjentka zgłosiła się ponownie do szpitala z powikłaniem po wykonanym zabiegu. Rana krocza nie goiła się prawidłowo, a warga sromowa mniejsza była pęknięta i częściowo oderwana. Dodatkowo z rany wypływał ropny wysięk. Pacjentka otrzymywała regularnie leki przeciwbólowe i przeciwzapalne. Wargę sromową za pomocą ostrza chirurgicznego oczyszczono mechanicznie. Na krocze zastosowano Prontosan żel, a do kieszeni w ranie, powstałej w wyniku pęknięcia wargi sromowej, nieprzywierający opatrunek zawierający maść, wysycony srebrem. Dodatkowo zakładano opatrunek chłonny oraz plaster mocujący. W trakcie stosowanego leczenia u pacjentki wystąpiła miesiączka i związana z tym trudność z utrzymaniem opatrunku na krocze. Podczas trwania krwawienia pacjentka miała zakładany i regularnie wymieniany tampon do pochwy, dzięki czemu wierzchnia warstwa opatrunku mogła być utrzymana w czystości i suchości. 2 kwietnia 2023 r. po odkażeniu krocza i sromu wtórnie zeszyto wargę sromową mniejszą, zakładając szwy zbliżające dno rany i wargi, dodatkowo odtwarzając jej prawidłowy kształt. W 3. dobie po zabiegu pacjentka w stanie ogólnym dobrym została wypisana do domu. Pacjentce przekazano zalecenia dotyczące postępowania z raną krocza, w warunkach domowych: stosowanie maści zawierającej naturalną, rafinowaną żywicę świerku norweskiego (Sutriheal 10%) przez 7 dni na ranę krocza, suplementację preparatów zawierających argininę oraz preparatów wysokobiałkowych. Zalecono rezygnację z kąpieli w wannie, jak również powstrzymanie się od współżycia i uprawiania sportów oraz zrezygnowanie z ćwiczeń obciążających mięśnie krocza. 15 kwietnia 2023 r. pacjentka zgłosiła się na wizytę kontrolną do poradni przyszpitalnej. Krocze było prawidłowo zagojone, a pacjentka

mogła już bez ograniczeń kontynuować uprawianie sportu – jej pasją była jazda na rowerze. Na rycinach 10.–15. przedstawiono postępowanie z raną po powikłanym zabiegu usunięcia torbieli gruczołu przedsionkowego większego – Bartholina, do całkowitego wygojenia się rany.

## Omówienie

Radioterapia może prowadzić do zmian biochemicznych właściwości pochwy, jej anatomii i funkcji. Uważa się, że ma ona wpływ na elastyczność pochwy, ruchomość ścian i siłę skurczu oraz obniżenie funkcji seksualnych [6].



Rycina 10. Stan pacjentki 2. z 25 marca 2023 r. – pęknięcie i częściowe oderwanie się wargi sromowej mniejszej.



Rycina 11. Stan pacjentki 2. z 2 kwietnia 2023 r. – opracowanie i oczyszczenie rany wargi sromowej mniejszej.



Rycina 12. Złożenie nieprzywierającego opatrunku z maścią.



Rycina 13. Stan pacjentki 2. z 10 kwietnia 2023 r. – przymocowanie opatrunku plasterem mocującym.



Rycina 14. Pacjentka 2. – zewnętrzna część wargi sromowej, po zabiegu wtórnego jej zeszywania.



Rycina 15. Zagojona rana krocza u pacjentki 2.

Rzadkim i groźnym powikłaniem po radioterapii jest martwica ścian pochwy. Nieleczona może doprowadzić do infekcji, krwotoku, wytworzenia się przetoki pęcherzowo-pochwowej lub pochwowo-odbytniczej, perforacji i zgonu [7].

W pierwszym z opisywanych przypadków u chorej po radioterapii doszło do całkowitego wypadania ścian pochwy, na których powstało owrzodzenie z ogniskiem tkanek martwiczych. W leczeniu pacjentki zastosowano mechaniczne i autolityczne oczyszczenie rany w celu przygotowania łożyska rany do reepitalizacji. Zgodnie ze wskazaniami Jia i wsp. [7], poza oczyszczaniem rany i antybiotykoterapią należy rozważyć możliwość terapii tlenem hiperbarycznym.

Odnosząc się do drugiego opisywanego przypadku, torbiel gruczołu przedsionkowego większego należy do najbardziej typowych schorzeń sromu. W przebiegu choroby dochodzi zazwyczaj do niedrożności ujścia gruczołu i nagromadzenia treści ropnej lub krwistej, następnie może dojść do perforacji i wycieku ropy bądź krwi do przedsionka pochwy lub na powierzchnię skóry. Spowodowana jest przeważnie przez gronkowce, paciorkowce i *Escherichia coli*, które, po wnikięciu przez przewody wyprowadzające, wywołują stan zapalny gruczołu Bartholina [8, 9]. Ze względu na etiologię istnieje duże ryzyko wystąpienia zakażenia miejsca operowanego, w związku z tym istotne dla leczenia było miejscowe zastosowanie środków przeciwdrobnoustrojowych i opatrunków specjalistycznych zawierających substancje o działaniu bakteriobójczym [2, 10].

Analizowane przypadki udowadniają, że schemat postępowania z ranami krocza i pochwy nie

odbiega od leczenia ran zlokalizowanych w innych miejscach. Również w leczeniu ran w obrębie ścian pochwy i krocza niezmiennie należy kierować się strategią TIME (T – *tissue management*, tkanki w ranie, martwice lub niepełnowartościowe; I – *infection or inflammation*, zakażenie lub zapalenie; M – *moisture balance*, równowaga wilgotności w ranie; E – *edge of the wound, epithelium*, brzeg rany, naskórek) [4]. Jednak zabezpieczenie takiej rany opatrunkiem specjalistycznym stanowi duże wyzwanie. Ponadto pacjentka z wygenerowanym otarciem bądź też zmianą odleżynową w pochwie nie może być zoperowana ze względu na powikłania, które mogłyby nastąpić po wykonanym zabiegu chirurgicznym. W trakcie zaopatrywania i podszycia pochwy, przy wykonywaniu zabiegu plastycznym, kondycja tkanek oraz śluzówki pochwy powinny być prawidłowe, bez przerywania ich ciągłości. To zdecydowanie zredukuje liczbę powikłań pooperacyjnych u pacjentek operowanych w obrębie pochwy i krocza [1, 5].

Czynniki ryzyka zaburzające proces gojenia ran, takie jak: stan odżywienia, palenie papierosów czy też choroby współistniejące [4], w opisywanych przypadkach nie miały wpływu na proces leczenia, gdyż pacjentki były prawidłowo odżywione, nie paliły papierosów i nie były obciążone chorobami przewlekłymi.

W obu przypadkach najtrudniejszym elementem leczenia było prawidłowe, szczelne ufixowanie opatrunków na ranach, tak aby mogły one spełnić swoje zadanie i wspomóc proces gojenia. Ze względu na konieczność wypróżniania się pacjentek, występowała duża trudność w utrzymaniu prawidłowej higieny po defekacji, bez naruszania przy tym umocowanego opatrunku.

## Oświadczenia

Autorka deklaruje brak konfliktów interesów. Praca nie uzyskała finansowania zewnętrznego. Zgoda komisji bioetycznej nie jest wymagana.

## Piśmiennictwo

1. Bręborowicz GH (red.). Położnictwo i ginekologia. Repetytorium. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2020; 625.
2. Rechberger T, Miotła P, Futyma K i wsp. Czynniki ryzyka defektów dna miednicy u kobiet zakwalifikowanych do operacji rekonstrukcyjnych – polskie badanie wielośrodkowe. *Ginekol Pol* 2010; 81:821–827.
3. Rabiej M, Dmoch-Gajzlerska E. Opieka położnej w ginekologii i onkologii ginekologicznej. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2016.
4. Szewczyk MT, Jawień A (red.). Leczenie ran przewlekłych. Wyd. Lek. PZWL, Warszawa 2019.
5. Sajdak S, Samulak D. Zakażenia okołoperacyjne w ginekologii i położnictwie. *Ginekologia Praktyczna* 2008; 4 (16): 1–5.

6. Matanes E, Linder R, Lauterbach R i wsp. The impact of radiation therapy on vaginal biomechanical properties. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2021; 264: 36–40. DOI: 10.1016/j.ejogrb.2021.06.046.
7. Yia AY, Viswanathan AN. Vaginal necrosis. A rare late toxicity after radiation therapy. *Gynecol Oncol* 2021; 160: 602–609.
8. Lee WA, Wittler M. Bartholin Gland Cyst. 2023. W: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL) 2025.
9. Lee WA, Wittler M, Doerr C. Bartholin Gland Cyst (Nursing). 2023. W: StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, Treasure Island (FL) 2025.
10. Sopata M, Jawień A, Mroziakiewicz-Rakowska B i wsp. Wytyczne postępowania miejscowego w ranach niezakażonych, zagrożonych infekcją oraz zakażonych – przegląd dostępnych substancji przeciwdrobnoustrojowych stosowanych w leczeniu ran. Zalecenia Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran. *Leczenie Ran* 2020; 17: 1–21. DOI: <https://doi.org/10.5114/lr.2020.96820>.