

Lekarz Jan Pertkiewicz

## **Odbarczenie przewodu pokarmowego po operacjach naprawczych przetok jelitowych**

### **Streszczenie**

**Wstęp:** Przetoki jelitowe powstałe w wyniku wcześniejszych zabiegów operacyjnych, urazów lub powikłań chorób zapalnych jelit stanowią poważny problem kliniczny. Powikłania pooperacyjne są powodem występowania około 80% przetok jelitowych. Leczenie zachowawcze nie zawsze prowadzi do wygojenia przetoki, zwłaszcza jeżeli są one mnogie. Leczenie operacyjne obarczone jest zarówno wysokim odsetkiem nawrotów przetoki, jak i śmiertelnością sięgającą nawet 50%.

**Cel pracy:** Przy założeniu, że główną przyczyną nawrotu przetoki po leczeniu operacyjnym jest nadcisnienie w odtworzonym przewodzie pokarmowym spowodowane porażeniem i brakiem skutecznej perystaltyki, skuteczne odbarczenie powinno zapobiec nawrotowi przetoki. Dokonano porównania różnych metod odbarczenia przewodu pokarmowego, porównując wybrane parametry (wydzielanie płynów, czas trwania operacji, konieczność przetaczania krwi).

**Materiał i metody:** Badaniem retrospektywnym objęto 128 chorych operowanych w celu definitywnego zaopatrzenia przetok jelitowych i odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego w latach 2003–2011 w Klinice Chirurgii Ogólnej i Żywienia Klinicznego WUM. Wszyscy chorzy byli skierowani do leczenia z innych szpitali. Przed przeniesieniem do Kliniki wykonano u tych chorych od 1 do 34 (średnio 5) nieskutecznych operacji w celu zamknięcia przetoki. W grupie badanej było 67 kobiet i 61 mężczyzn. Średni wiek chorych wynosił 53,8 ( $\pm 17$ ) lat. Laparotomie wykonane z powodu różnych schorzeń pierwotnych i po urazach jamy brzusznej były najczęstszym powodem wystąpienia przetoki. Najwięcej przypadków dotyczyło chorych poddanych już wcześniej operacjom w okolicy jamy brzusznej z innych powodów ( $n=31$ ), a także z niedrożnością przewodu pokarmowego ( $n=29$ ). Równa liczba przypadków ( $n=20$ ) to chorzy po operacjach z powodu raka jelita grubego oraz resekcji jelita z powodu zatoru tętnicy krezkowej. W 10 przypadkach przetoka wystąpiła po operacji z powodu choroby Leśniowskiego-Crohna. Uraz był przyczyną 9 resekcji. Rak narządów rodnych był pierwotną przyczyną operacji u 6 pacjentów. Rak żołądka występował jedynie u 1 spośród

analizowanych. U 43 chorych rozpoznano mnogie przetoki, w tym u 12 chorych były to przetoki jelitowo-atmosferyczne w wytrzewieniu i ubytku powłok. Decyzja o wykonaniu zabiegu operacyjnego była podjęta u większości chorych po wyleczeniu wszystkich ognisk septycznych w obrębie jamy brzusznej oraz ustabilizowaniu stanu odżywienia oraz stanu ogólnego chorego. W przebiegu pooperacyjnym oceniano: objętość wydzielin w zależności od rodzaju odbarczenia w 20. dniu hospitalizacji po operacji, średni czas trwania operacji w rodzaju wybranego odbarczenia, czas trwania leczenia w stosunku do wybranego odbarczenia oraz porównując nawrót choroby w zależności od wybranego rodzaju odbarczenia.

**Wyniki:** Metodą retrospektywną oceniono 128 chorych. Odbarczenie metodą Bishop-Koop zastosowano u 56 chorych, u 13 metodą Santulli, u 19 założono cekostomię. W 8 przypadkach dren założony był przez nos, w 23 przez odbył, a u 23 przez stomię końcową. W przypadku 2 osób zastosowano inne metody odbarczania przewodu pokarmowego, przy czym u 9 badanych nie odbarczano przewodu pokarmowego. Stwierdzono, że odbarczenie przewodu pokarmowego sposobem Bishop-Koop lub Santulli ma największą skuteczność zarówno w ilości wydzielin odbieranych, jak i w zapobieganiu nawrotowi przetoki.

**Wnioski:** W operacjach naprawczych skomplikowanych przetok jelitowych powinno stosować się najbardziej skuteczny rodzaj odbarczenia zapobiegający nawrotowi przetoki.