

I Klinika Chirurgii Ogólnej. Instytut Chirurgii. Wydział Lekarski.  
Akademia Medyczna w Lublinie  
Dyrektor: prof. dr hab. n. med. Mieczysław Jesipowicz  
Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego i Rehabilitacji. Wydział Pielęgniarski.  
Akademia Medyczna w Lublinie  
Kierownik: doc. dr hab. n. med. Anna Panecka

Anna PANECKA, Jerzy KARSKI,  
Barbara KOZIOŁ-SIKORA, Jadwiga SZCZEPIŃSKA

### Postępowanie w zewnętrznej przetoce jelita cienkiego

Способы лечения наружной фистулы тонкой кишки

Procedure with an External Small Intestine Fistula

Zewnętrzna przetoka jelita cienkiego (ZPJC) stanowi wciąż trudne zagadnienie z zakresu klasycznej chirurgii jamy brzusznej. Większość przetok powstaje jako następstwa zabiegów chirurgicznych lub ginekologicznych i stanowi ok. 0,7% (13). Rzadziej ZPJC jest powikłaniem procesów chorobowych toczących się w jamie brzusznej (4). Przetoka może być również zakładana celowo, a nie gojąc się, stanowi problem kliniczny. Następstwami rozwoju ZPJC są: 1) zapalenie otrzewnej rozlane lub ograniczone, 2) ropnie śródtrzewnowe, 3) niedobory wodno-elektrolitowe, 4) niedożywienie, wyniszczenie, 5) maceracja skóry wokół przetoki, 6) krwawienia, 7) zaburzenia życia emocjonalnego. Z tych względów leczenie tych chorych musi być intensywne, wielokierunkowe i złożone. Z piśmiennictwa wynika, że u 14—71% chorych wyniki leczenia są niepomyślne (3, 7, 11).

W okresie od 1 stycznia 1965 r. do 31 grudnia 1974 r. leczylimy 15 chorych z ZPJC, z czego z przetoką „własną” 12. Stanowi to 0,13% wszystkich operacji z zakresu narządów jamy brzusznej leczonych w tym okresie w klinice (tab. 1).

Ustaliliśmy 3 grupy przyczyn powstania przetoki: 1) powikłanie pooperacyjne wywołane procesem chorobowym, 2) powikłanie pooperacyjne jatrogenne, 3) przetoka założona celowo, a nie gojąca się (tab. 2).

Tabela 1

Lp.	Wiek	Płeć	Umiejscowienie
1.	39	m	Jelito kręte, 60—80 cm od zast. krętniczko-kałn.
2.	45	k	Jelito kręte, ok. 1 m od zast. krętniczko-kałn.
3.	24	k	Celowa ileostomia założona w miejscu typowym
4.	38	k	W zespoleniu krętniczko-okrężniczym
5.	82	k	Jelito kręte ok. 80 cm od zast. krętniczko-kałn.
6.	49	m	Jelito kręte ok. 50 cm od zast. krętniczko-kałn.
7.	16	m	Jelito kręte ok. 1,5 m od zastawki krętniczko-kałn.
8.	63	m	Jelito kręte ok. 1,5 m od zastawki krętniczko-kałn.
9.	45	k	Celowa ileostomia założona w miejscu typowym
10.	44	m	Celowa ileostomia założona w miejscu typowym
11.	15	m	Jelito kręte powyżej 1 m od zastawki krętn.-kałn.
12.	41	m	Jelito kręte powyżej 1 m od zastawki krętn.-kałn.
13.	46	m	Celowa ileostomia założona w miejscu typowym
14.	42	m	Jelito kręte ok. 50 cm od zastawki krętniczko-kałn.
15.	27	m	Jelito czcze ok. 1 m od zastawki dwunastn. czczej

Tabela 2

	Przyczyny powstania przetoki	Choroba zasadnicza
Powikłania pooperac. (6 przypad- ków)	Zrost jelita z uszkodzeniem ściany	<i>Append. gangraenosa</i>
	Wytrzewienie	<i>Append. gangraenosa</i>
	Niedokrwienie długotrwanie rozdętej pętli jelita	<i>Ileus e striangulat.</i>
	Niedokrwienie długotrwanie rozdętej i przyklejonej pętli	<i>Append. gangraenosa</i>
	Ogniskowa martwica ściany jelita	<i>St. p. gastrectomiam</i>
	Ogniskowa martwica w ścianie jelita, współistnienie raka pęch. żółciowego	<i>Append. gangraenosa</i>
Powikłania jatrogenne (5 przypad- ków)	Wszycie jelita w ranę macicy	<i>Sectio cesarea</i>
	Zespolenie krętn. poprzecznicze w przyp. ropni międzypętlowych	<i>Append. gangraenosa</i>
	Zeszycie przedziurawionej uwięzłej pętli	<i>Hernia femor. incarc.</i>
	Usunięcie uch. Meckela w przypadku zapalenia otrzewnej	<i>Append. gangraenosa</i>
Celowa ileostomia (4 przy- padki)	Wycięcie „niepewnego” odcinka jelita w przyp. zapal. otrzewnej	<i>Append. gangraenosa</i>
	Niedrożność porażenna	<i>Ileus e striangulat.</i>
	Niedrożność porażenna	<i>St. p. splenectomiam</i>
	Niedrożność porażenna	<i>Pyosalpinx</i>
		<i>Ileus e striangulat.</i>

Objawy przetoki w dwu pierwszych grupach chorych występowały przeciętnie 6. dnia po zabiegu operacyjnym. Zwykle były to objawy otrzewnowe, nacieczenie i bolesność rany, podwyższona ciepłota ciała. Niekiedy zwiastunem przetoki było obfite i cuchnące ropienie. Zdarzało się, że w okresie początkowym trudno było dopatrzeć się w wydzielinie ropnej kału. Rozpoznanie ułatwiało wówczas podanie doustne błękitu metylenowego lub nasion maku. Charakter wydzieliny kałowej określa w przybliżeniu umiejscowienie przetoki; z pętli „wysokiej” — jest ona zupełnie

płynna, z dużą domieszką żółci, bardzo szybko maceruje otaczającą skórę, wywołuje w niej odczyn zapalny, nadżerki i owrzodzenia. Z przetok umiejscowionych niżej wypływa kał, nawet o charakterze papkowatym, a odczyn skórny jest znacznie mniejszy. Dokładne umiejscowienie przetoki osiągamy przy pomocy badań radiologicznych.

W przypadku stwierdzenia objawów otrzewnowych postępowaniem z wyboru jest laparotomia. Wykonaliśmy ją w 2 przypadkach. W pozostałych wystarczyło dostateczne rozwarcie rany pooperacyjnej. Oba rodzaje postępowania mają na celu odprowadzenie wydzieliny z jamy otrzewnej. Opiera się ono na odpowiednio dobranym i ułożonym miękkim drenie lub systemie drenów, podłączonym do czynnego odsysania. Staranne odprowadzanie wydzieliny zabezpiecza tkanki przed działaniem enzymów trawiennych i daje możliwość prowadzenia dokładnego bilansu strat. Zeszywanie ujawnionego otworu w jelicie uważamy za postępowanie błędne, prowadzi bowiem do ponownego i bardziej rozległego rozejścia się szwów.

Z „wysokiej” ZPJC utrata płynu sięgać może do 5 l/dobę, toteż ubytki wodno-elektrolitowe i ich skutki rozwijają się bardzo szybko. Występują głębokie zmiany metaboliczne, na które nakładają się duże zaburzenia w odżywianiu. Niedożywienie mobilizuje zapasy glikogenu, zanikają mięśnie i tkanka tłuszczowa, rozwija się wyniszczenie. Ponadto chorzy ci tracą apetyt ze względu na dolegliwości towarzyszące przetoce oraz obawę przed zwiększonym z niej wydzielaniem. Zmiany metaboliczne hamują gojenie się rany oraz zmniejszają odporność ustroju. W ostrym okresie powstania przetoki uzupełnianie strat opieramy na kryteriach hemodynamicznych. Prowadzi się co godzinę pomiary tętna, ciśnienia tętniczego, ośrodkowego ciśnienia żylnego, diurezy, bilansu płynów. Uzupełniamy straty podając płyny wieloelektrolitowe, 5% glukozę, albuminę, osocze; zwalczamy kwasicę podając dwuwęglan wapnia. Stosujemy antybiotyki o szerokim zakresie działania. Wprowadzamy pozajelitowe odżywianie podając co najmniej 2 tys. cal/dobę w postaci 20% glukozy, 2,5% roztworu alkoholu, emulsji tłuszczowych, aminokwasów, witamin. Karmienie doustne rozpoczynamy 3—4 dnia. W przewlekłym okresie przetoki uzupełnianie strat opieramy przede wszystkim na wskaźnikach biochemicznych, prowadząc równoległe wysokokaloryczne doustne i pozajelitowe odżywianie. Podajemy zestawy w postaci zawiesiny sproszkowanego mleka z dodatkiem cukru gronowego i jaja kurzego. Stosujemy mieszankę odżywczą „Humana”. W miarę tolerancji rozszerzamy i urozmaicamy dietę, zachowując stale jeden warunek: co najmniej 3—5 tys. cal/dobę.

U większości chorych po opanowaniu ostrego okresu przetoki i ujawnieniu się w rozwartej ranie otworu w jelicie stosowaliśmy zatyczki. Wykonujemy je sami z różnego rodzaju gumy i tworzyw sztucznych. Wpro-

wadzone do otworu przetoki muszą spełniać kilka warunków: być względnie „sztywne”, mieć szeroki kołnierz, co zapewni dobre zamykanie otworu, muszą być dobrze umocowane do skóry. Doświadczenia nasze w tej mierze dały bardzo dobre wyniki. Zatyczki, hamując wydzielanie z przetoki na zewnątrz, zabezpieczają przed stratami, chronią skórę. Wpływa to bardzo korzystnie na samopoczucie chorego, szybki rozwój ziarniny, ułatwia pielęgnację. Po dłuższym okresie stosowania zatyczki (90 dni) niejednokrotnie zachodziła potrzeba wymiany jej i modyfikacji. Odbywało się to bez powikłań.

W postępowaniu z chorymi z ZPJC szczególne znaczenie przypisujemy pielęgnacji. Poza zasadami pielęgnacji, stosowanej u wszystkich chorych, podkreślić należy szczególną wagę pielęgnacji indywidualnej w tej szczególnej chorobie, w której chory sam obserwuje wydostawanie się kału z rany. Starannie, wielokrotnie w ciągu dnia i nocy osłaniamy skórę, stosując najczęściej pastę silikonową. Prowadzimy wnikliwą kontrolę odsysania wydzieliny. Zapobiegamy odleżynom, stosując masaże, częste zmiany pozycji, układanie na prosię lub materacu piankowym. Przykry zapach usuwamy przez częste opróżnianie zbiorników, zmianę bielizny, mycie środkami odwanianymi, wietrzenie sali. W zakresie pielęgnacji znajduje się kontrola jakości posiłków (smak, temperatura), umożliwienie jedzenia (podtrzymanie, pokrojenie), dopilnowanie, aby chory zjadł, pytanie, na co miałby ochotę.

U 5 chorych przeprowadziliśmy rozmowy indywidualne oraz obserwacje zachowania się. Wszyscy badani wykazywali zmniejszenie aktywności werbalnej, ruchowej, towarzyskiej, stany apatii psychicznej, przygnębienie. Obserwowaliśmy zaburzenia równowagi emocjonalnej wyrażające się skłonnością do zamykania się w sobie, płaczem w ukryciu, gestami rezygnacji, zniechęcenia. W rozmowach chorzy, zdradzali niepokój o przyszłość. Martwili się „co będzie, jeżeli już tak pozostanie?” Wyraźnie krępowała ich sytuacja fizyczna związana z odkryciem przetoki. Właściwe dla niej czynności pielęgnacyjne są dla chorego ciężkim przeżyciem psychicznym. W okresie tym obserwowaliśmy niechęć do oglądania przetoki; w czasie opatrunków chorzy ci zamykali oczy, odwracali głowę. Podkreślali, że opanowanie tej niechęci do samoobserwacji przychodzi im z dużym trudem. Wykazywali niepokój i wstrzymywali się przed wykonywaniem ruchów z obawy o „wypadnięcie jelita”.

ZPJC może ulec samoistnemu wygojeniu. Dochodzi do tego w przypadku małego otworu w jelicie (poniżej 2 cm średnicy), braku wywijania się błony śluzowej, braku zbliznowacenia ścian kanału przetoki oraz zwężenia światła jelita poniżej niej. W sytuacji przeciwnej należy dążyć do operacyjnego zamknięcia przetoki. Odbywać się to powinno w okresie pełnego uzupełnienia strat, potwierdzonego zarówno badaniami bioche-

micznymi, jak i stanem ogólnym chorego, tj. unormowaną ciepłotą ciała, znacznym zwiększeniem ciężaru ciała, żywotną ziarniną wypełniającą ranę pooperacyjną, dobrym samopoczuciem chorego w pełni przygotowanego psychicznie do ostatecznego aktu leczenia.

Operacyjne zamknięcie przetoki polega na wycięciu odcinka jelita wraz z przetoką i odpowiednio dobranym zespoleniu. Odbywać się musi w obszarze nie zmienionych, dobrze ukrwionych pętli. Jamę brzuszną otwieramy najczęściej po okrojeniu i prowizorycznym zeszcyciu przetoki z tego samego cięcia. Ostrożnie zwalniamy zwykle bardzo liczne zrosty i wyosabniamy pętlę z przetoką. Ostateczną taktykę postępowania ustala się dopiero w czasie zabiegu.

Na podstawie zestawienia (tab. 3) można wydzielić dwie grupy chorych:

1) 8 wyleczonych, u których przygotowanie do zabiegu trwało długo, 22—300 dni (chory czekający 2 lata nie zgłaszał się z własnej winy), a okres gojenia był krótki. Z powikłań pooperacyjnych obserwowaliśmy jedynie ropienie powłok. Nie było nawrotów przetok.

2) z 7 zmarłych, u 82-letniej kobiety nie przystępowano do operacji przetoki. Z 6 pozostałych niepowodzenia dotyczyły przede wszystkim ludzi

Tabela 3. Wyniki własne  
The author's results

Lp.	Wyleczenie		Zgon		Przyczyna zgonu
	liczba dni pobytu po operacji przetoki	Liczba dni przygotowania do zabiegu	liczba dni po operacji przetoki		
1.	30	41			
2.	37	2 lata *			
3.	8	37			
4.		3	7		Rozlane zapal. otrzewnej
5.		7	nie operowano		Wstrząs sept.
6.		1	1		Wstrząs sept.
7.	15	90			
8.		41	2		Niewydolność krążenia
9.	19	79			
10.	21	67			
11.		91	26		Martwica powłok Wtórne przetoki
12.		25	2		Wstrząs sept.
13.	15	22			
14.		60	10		Zapalenie płuc
15.	31	300			

\* Przygotowywanie 2-letnie było wynikiem niechęci chorego do operacyjnego zamknięcia przetoki. Uwaga: kolejność przypadków jest zgodna z tabelą nr 1.

krótko przygotowywanych do zabiegu (1—7 dni), chorego obciążonego rakiem pęcherzyka żółciowego, oraz 15-letniego chłopca, u którego powikłania były wynikiem martwicy skóry powłok brzucha.

### D y s k u s j a

ZPJC nie posiada zbyt dużego piśmiennictwa. Wynika to głównie z niepowodzeń w leczeniu tego ciężkiego powikłania (2). Doniesienia lat ostatnich wyraźnie kładą nacisk na prawidłowe, wczesne odżywianie chorych. Wykazano wysoką korelację pomiędzy odżywianiem a wynikami leczenia zarówno zachowawczego, jak i operacyjnego, opierając się na dużych seriach przypadków — 55, 157 (1, 10, 14). Poleca się specjalną, chemicznie określoną dietę, składającą się z elementów pokarmowych przyswajanych w górnych odcinkach przewodu pokarmowego. Nie ma wówczas pobudzenia wydzielania soków trawiennych i ilość wydzieliny z przetoki znacznie się zmniejsza (8). System ten przewyższa hiperalimentację dożylną, której wady stanowi drażnienie ścian żyły samym cewnikiem oraz podawanymi płynami (10). Wolfe proponuje łączenie obu systemów odżywiania (14). Linder poleca pożywienie astronautów, składające się z pełnowartościowych fizjologicznie, niskocząsteczkowych składników organicznych w postaci molekularnej z dodatkiem soli mineralnych i witamin. Nie wymaga ono trawienia enzymatycznego. Całkowicie i szybko resorbuje się w górnych odcinkach przewodu pokarmowego (6). Według Bury'ego nadmierne podawanie antybiotyków wpływa na niedożywienie chorych. Nie zawsze zdajemy sobie sprawę z ich działania antymetabolicznego (2). W naszych warunkach nie dysponujemy preparatami odżywczymi typu Codelid czy Vivonex, natomiast oceniamy korzystnie zastosowaną przez nas w dwu przypadkach mieszankę „Humana”. Uważamy, że jedną z rękojmi wyleczenia naszych 8 chorych było prawidłowe odżywianie.

Wszyscy autorzy wyrażają zdanie, że nie gojącą się ZPJC należy operować, wycinając jelito wraz z przetoką w częściach zdrowych. Natomiast termin wykonania operacji jest przedmiotem kontrowersji. Olszewski zaleca operowanie po 3 tygodniach od momentu wystąpienia przetoki, MacFadyen — przeciętnie po 39 dniach; w materiale Cisielskiego chorzy operowani po 20—30 dniach umierali, a operowani po 9—12 dniach — zdrowieli (9, 7, 3). Nasze wyniki wskazują na terminy wręcz odwrotne. Toteż, podobnie jak Large, Sheldon i in., uważamy, iż „należy operować wówczas, kiedy stan chorego na to pozwala, osiągnięty jest pełen anabolizm”; wczesny zabieg uważamy za przeciwwskazany (5, 7, 10, 11). Nie mamy doświadczenia z operacjami wczesnymi wyłączają-

cymi przetokę (1, 12). Tak jak Sheldon i Rocchio uważamy, że w zapobieganiu przetokom wielką rolę odgrywać musi ogromna wnikliwość i drobiazgowość w zakresie kwalifikacji do zabiegów operacyjnych oraz w samym wykonywaniu zabiegów na narządach jamy brzusznej.

### Wnioski

1. Znaczny odsetek ZPJC wykazuje pochodzenie jatrogenne. Rozważne, przemyślane postępowanie w chirurgii jamy brzusznej, dokładna kontrola okolicy operowanej, zwłaszcza tych miejsc, gdzie były zwalniane zrosty, obnażona ściana jelita; prawidłowo zakładane szwy, wnikliwa ocena żywotności tkanek — stanowią zabezpieczenie chorego.

2. Leczenie przetoki wymaga energicznego, wielokierunkowego działania chroniącego chorego przed jej skutkami. Do leczenia operacyjnego należy przystąpić po uzupełnieniu strat, uzyskaniu wzrostu ciężaru ciała, wygojeniu skóry, w okresie bezgorączkowym.

3. W kompleksowym leczeniu ogromnie ważna jest złożona pielęgnacja chorego, w której znaczne miejsce powinna zająć psychoterapia. Chory z ZPJC wykazuje poważne zmiany emocjonalne wywołane faktem spostrzegania kału.

### PIŚMIENNICTWO

1. Alichniewicz A.: Pol. Przegl. Chir. **39**, 672—675, 1967.
2. Bury G.: Am. J. Surg. **121**, 174—177, 1971.
3. Ciesielski L., Bilski D., Chodorowski R.: Pol. Przegl. Chir. **38**, 1049—1052, 1966.
4. Gacyk K.: Pol. Przegl. Chir. **41**, 728—731, 1969.
5. Large A.: Amer. J. Surg. **115**, 740—743, 1968.
6. Linder E., Shmerling H., Knoblauch M.: Helv. chir. ac. **41**, 185—189, 1974.
7. MacFadyen B., Dudrick S., Ruberg R.: Surgery **74**, 100—105, 1973.
8. Nealon T., Grossi C., Steier M.: Am. J. Surg. **127**, 9—15, 1974.
9. Olszewski K., Zajac S.: Pol. Tyg. Lek. **21**, 1375—1378, 1966.
10. Rocchio M., Chung-Ja Mo Cha, Haas K., Randall H.: Am. J. Surg. **127**, 148—152, 1974.
11. Sheldon G., Gardiner B., Way L., Dunphy E.: Surg. Gynec. Obst. **133**, 385—389, 1971.
12. Tierientiew W.: Chirurgija **46**, 67—72, 1970.
13. Tobik J.: Leczenie przetoki jelita cienkiego. PZWŁ, Warszawa 1972.
14. Wolfe B., Leltner R., Willman V.: Amer. J. Surg. **124**, 803—808, 1972.

Otrzymano 29 I 1977.

## РЕЗЮМЕ

На основании 15 случаев больных с наружной фистулой тонкой кишки, авторы обсуждают это опасное осложнение в области хирургии брюшной полости. В процессе лечения этого осложнения они придают большое значение раннему питанию. У больных с фистулой наблюдается нарушение эмоциональной жизни. Рекомендуется усиленный уход за больными вместе с психотерапией.

## SUMMARY

On the basis of 15 patients with small intestine cutaneous fistulas the authors investigate the problem of this dangerous complication in abdominal surgery. In the treatment of this complication a great value set store by the early eating. The patients with fistula have disturbances in their emotional life. Intense and universal nursing with psychoterapy is recommended.