

Przykłady przetok typu I–IV przedstawiono na rycinie 51.2.

Ciężkość powikłań metabolicznych, śmiertelność, czas leczenia w szpitalu i czas do ostatecznej naprawy chirurgicznej wzrasta od typu I do IV. Przetoki najtrudniejsze do leczenia to przetoki jelitowe w otwartej ranie operacyjnej, sklasyfikowane jako typ III lub IV, czyli EAF lub LAF. Przetoki, które powstają w środku otwartej rany brzusznej, są bardzo trudne do zaopatrzenia. Celem leczenia jest przekształcenie przetoki typu IV w typ III, przetoki typu III w typ II i przetoki typu II w typ I. Taktykę postępowania z przetokami przedstawiono na rycinie 51.3.

Przetoki jako powikłanie pooperacyjne występują relatywnie rzadko (łącznie 1–2,4% wszystkich operacji brzucha), ale mogą stanowić zagrożenie życia pacjenta i powodować wiele problemów medycznych i chirurgicznych. Coraz szersze zastosowanie chirurgii małoinwazyjnej, stosowanie strategii otwartego brzucha znacząco zwiększyło przeżywalność chorych ze złożonymi przetokami i laparostomią. Częstość wystąpienia nieszczelności zespolenia po zabiegu operacyjnym zależna jest od wielu czynników i różni się w zależności od zespalanej części jelita. Przykładowy odsetek nieszczelności zespolień przedstawiono w tabeli 51.1.

Dla optymalizacji leczenia, a także redukcji występowania nieszczelności zespolenia i przetok bardzo istotna jest znajomość czynników ryzyka. Pozwala to na szacowanie ryzyka nieszczelności oraz zastosowanie profilaktyki. Do metod profilaktyki zaliczyć można profilaktykę pierwotną – poprawa stanu odżywienia chorego czy wyrównanie niedokrwistości. Przykładem profilaktyki wtórnej może być planowe wytonienie stomii u pacjenta

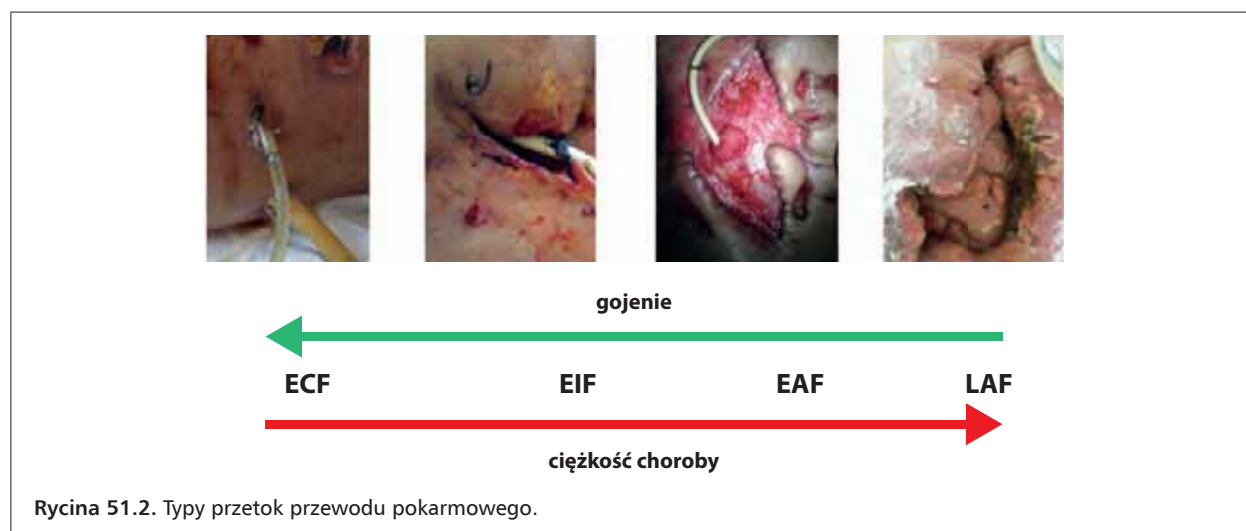
Tabela 51.1. Przykładowe zestawienie częstości nieszczelności zespolień (na podstawie [40])

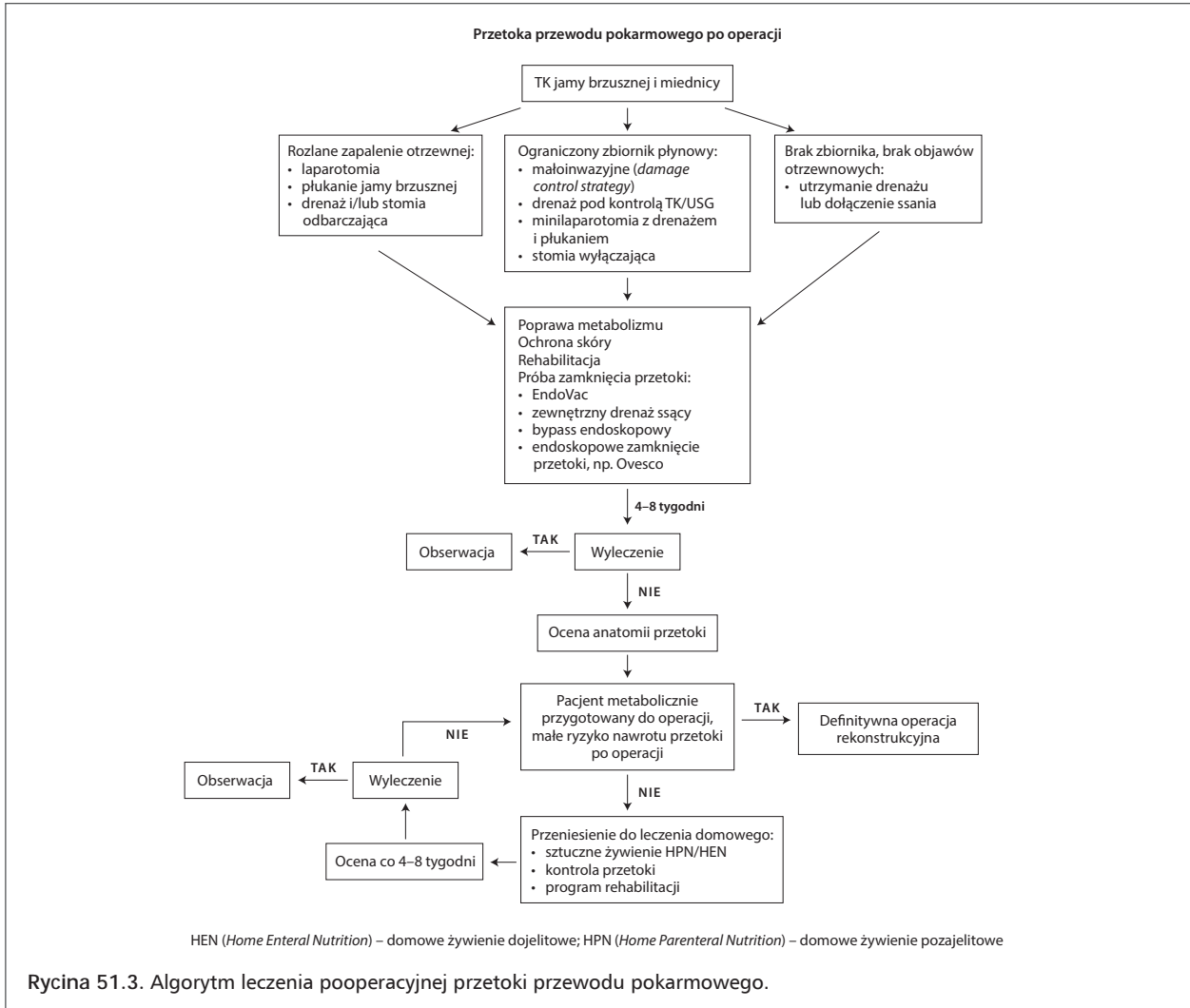
Rodzaj zespolenia	Częstość występowania nieszczelności zespolenia (%)
Jelito cienkie–jelito cienkie	1–2
Jelito grube–jelito grube	2–3
Jelito cienkie–jelito grube	1–4
Jelito cienkie–odbytnica	3–7
Jelito grube–odbytnica	5–19

z wieloma czynnikami ryzyka. Wybrane czynniki ryzyka przedstawiono w tabeli 51.2.

Analizując wyżej wymienione czynniki, warto również wspomnieć o wybranych aspektach postępowania pooperacyjnego, zwłaszcza w okresie wczesnym. Do najważniejszych należą wczesne wdrożenie żywienia doustnego lub dojelitowego, jak najszybsze usunięcie drenów z jamy otrzewnej (jeśli zastosowano), uruchomienie chorego, zapewnienie żywienia pozajelitowego, zwłaszcza u chorych z niedożywieniem przedoperacyjnym i ograniczeniem przyjmowania pokarmu doustnie/dojelitowo.

Postępowaniem z wyboru w większości sytuacji klinicznych, szczególnie tych o długotrwałym przebiegu, jest leczenie zachowawcze. Czynniki rokownicze sprzyjające i niesprzyjające w kontekście samoistnego zamknięcia się przetoki (przy wdrożeniu leczenia zachowawczego) zestawiono w tabeli 51.3.





**Tabela 51.2.** Potencjalne czynniki ryzyka nieszczelności zespołów i przetok

Przedoperacyjne	Śródoperacyjne
Płeć męska	Utrata krwi i konieczność transfuzji
Otyłość/ niedożywienie	Czas operacji > 4 godz.
Niedokrwistość	Lokalizacja zespolenia w stosunku do linii grzebieniastej
Choroby współistniejące: nerek, płuc, wątroby, cukrzyca	Doświadczenie ośrodka i chirurga
Zaawansowanie procesu nowotworowego	Liczba użytych ładunków staplera (powyżej 3 zwiększa ryzyko)
Operacja w trybie ostrym	Krzyżowanie linii zespołów
ASA III i więcej	Mechaniczne przygotowanie jelita grubego