

**lek. Aleksandra Jasińska**

**Wpływ szynowania jelit na wczesny okres pooperacyjny**

**Rozprawa na stopień doktora nauk medycznych i nauk o zdrowiu  
w dyscyplinie nauki medyczne**

Promotor: prof. dr hab. Andrzej Kamiński

Klinika Chirurgii Dziecięcej WUM



**Obrona rozprawy doktorskiej przed Radą Dyscypliny Nauk Medycznych  
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
Warszawa 2020**

---

---

## Wstęp

Szynowanie jelit jest jednym ze sposobów zapobiegania niedrożności zrostowej. Jego skuteczność pozostaje kontrowersyjna. Brak jest prac dowodzących jednoznacznie skuteczności tej techniki chirurgicznej.

Szynowanie jelit celem odbarczenia miejsca zespolenia w przypadku dysproporcji anatomicznej lub funkcjonalnej, odpowiedniego ułożenia i odbarczenia z zalegającej treści skraca czas trwania niedrożności porażennej, przez co zmniejsza ryzyko jej powikłań, zmniejsza ryzyko wczesnej niedrożności mechanicznej oraz zapobiega nieuszczelnności zespolenia.

## Cel pracy

Celem pracy jest ocena wpływu szynowania jelit na wczesny okres pooperacyjny.

## Materiał metodyka

W latach 2006-2014 leczono 734 pacjentów w wieku od 1 miesiąca życia do 17 roku życia, 404 chłopców, 330 dziewczynek, u których wykonano operacje w obrębie jelita cienkiego i/lub grubego z opcjonalnym stosowaniem szynowania jelit.

Wśród tych pacjentów wyodrębniono dwie najbardziej liczne i jednorodne grupy.

Grupa 1(N=48) pacjenci operowani z powodu rozlanego odwyrostkowego zapalenia otrzewnej.

Grupa 2(N=42) pacjenci operowani w celu zamknięcia przetoki jelitowej wyłonionej z powodu martwiczego zapalenia jelit lub samoistnej perforacji jelitowej.

Tabl 1 - ogólna charakterystyka obu grup

grupa	lp	pleć K/M	wiek	masa ciała	szynowanie -/+
1	48	22/26	4-17 lat	15-70 kg	37/11
2	42	14/28	1-10 m-cy	2-8 kg	21/21

Retrospektywnie przeanalizowano dane pacjentów do 30 doby po operacji.

W obu grupach analizie poddano:

- czas pooperacyjnej niedrożności porażennej ( czas powrotu perystaltyki, czas utrzymywania się zastoinowej treści w żołądku, czas pierwszego samoistnego wypróżnienia)
- wystąpienie niedrożności mechanicznej

W grupie drugiej oceniono także kliniczne cechy szczelności zespolenia.

Uzyskane wyniki poddano analizie statystycznej testem chi-kwadrat i testem U-Mannna-Whitneya. Za poziom istotności przyjęto  $p < 0,05$ .

## Wyniki

### Grupa 1

U pacjentów, u których nie szynowano jelit, powrót perystaltyki obserwowano od 1 do 10 doby, z dominantą w 1 dobie. U pacjentów z szynowaniem jelit powrót perystaltyki obserwowano od 1 do 5 doby, z dominantą w 2 dobie. Różnica była istotna statystycznie  $p=0,022$ .

U pacjentów, u których nie szynowano jelit, utrzymywanie się zastoinowej treści w żołądku obserwowano od 1 do 26 doby, z dominantą w 1 dobie. U pacjentów z szynowaniem jelit utrzymywanie się zastoinowej treści w żołądku obserwowano od 1 do 10 doby, z dominantą w 2 dobie. Różnica nie była istotna statystycznie  $p=0,064$ .

U pacjentów, u których nie szynowano jelit, pierwsze samoistne wypróżnienie obserwowano od 1 do 26 doby, z dominantą w 3 dobie. U pacjentów z szynowaniem jelit samoistne wypróżnienie obserwowano od 2 do 16 doby, z dominantą w 6 dobie. Różnica nie była istotna statystycznie  $p=0,242$ .

Niedrożność mechaniczną, wymagającą reoperacji stwierdzono u 16 pacjentów spośród tych, u których podczas operacji pierwotnej nie zastosowano szynowania jelit. Pacjenci byli reoperowani pomiędzy 2 a 30 dobą, z dominantą w 4 dobie. Przyczyną reoperacji w każdym przypadku była niedrożność zrostowa. U każdego pacjenta uwolniono zrosty. U 11 pacjentów dodatkowo wykonano cekostomię i szynowano jelito, a u dwóch pacjentów wyloniono przetokę na jelicie.

U pacjentów, u których szynowano jelita podczas pierwszej operacji, niedrożność mechaniczną wymagającą reoperacji stwierdzono u jednego pacjenta. Pacjent operowany był w 2 dobie. Przyczyną niedrożności były zrosty jelitowe, które uwolniono i wyloniono przetokę na jelicie.

Różnica w częstości reoperacji w grupie pierwszej w zależności od stosowania szynowania była istotna statystycznie,  $p=0,0376$ .

### Grupa 2

U pacjentów, u których nie szynowano jelit, powrót perystaltyki obserwowano od 1 do 10 doby, z dominantą w 1 dobie. U pacjentów z szynowaniem jelit powrót perystaltyki obserwowano od 1 do 9 doby, z dominantą w 1 dobie. Różnica nie była istotna statystycznie  $p=0,615$ .

U pacjentów, u których nie szynowano jelit, utrzymywanie się zastoinowej treści w żołądku obserwowano od 1 do 13 doby, z dominantą w 2 dobie. U pacjentów z szynowaniem jelit utrzymywanie się zastoinowej treści w żołądku obserwowano od 2 do 12 doby, z dominantą w 2 dobie. Różnica nie była istotna statystycznie  $p=0,762$ .

U pacjentów, u których nie szynowano jelit, pierwsze samoistne wypróżnienie obserwowano od 1 do 13 doby, z dominantą w 3 dobie. U pacjentów z szynowaniem jelit samoistne wypróżnienie obserwowano od 1 do 15 doby, z dominantą w 2 dobie. Różnica nie była istotna statystycznie  $p=0,119$ .

Niedrożność mechaniczną, wymagającą reoperacji stwierdzono u 2 pacjentów spośród tych, u których podczas operacji pierwotnej nie zastosowano szynowania jelit. Jeden pacjent był reoperowany w 5 dobie, drugi w 12 dobie. Przyczyną reoperacji u jednego pacjenta była niedrożność zrostowa, u drugiego niedrożność zrostowa i zwężenie zespolenia. U pacjenta z niedrożnością

zrostową uwolniono zrosty, założono cekostomię, przez którą szynowano jelito. U drugiego pacjenta uwolniono zrosty i wyłoniono przetokę jelitową.

U pacjentów, u których szynowano jelita podczas pierwszej operacji, niedrożność mechaniczną wymagającą reoperacji stwierdzono u jednego pacjenta. Pacjent operowany był w 6 dobie. Przyczyną niedrożności było zwężenie zespolenia. Podczas reoperacji resekowano zespolenie i wykonano nowe oraz ponownie szynowano jelito.

Różnica w częstości reoperacji w grupie drugiej w zależności od stosowania szynowania nie była istotna statystycznie,  $p=0,560$ .

U żadnego pacjenta z grupy drugiej nie wystąpiły kliniczne cechy nieszczelności zespolenia.

## Podsumowanie

1. Stwierdzono istotny statystycznie dłuższy czas powrotu perystaltyki u pacjentów operowanych z powodu rozlanego odwyrostkowego zapalenia otrzewnej, u których zastosowano szynowanie jelit.
2. Częstość powikłań niedrożnością mechaniczną była istotnie statystycznie mniejsza w pierwszej grupie pacjentów, u których zastosowano szynowanie jelit.
3. W grupie pacjentów operowanych w celu zamknięcia przetoki jelitowej wyłonionej z powodu martwiczego zapalenia jelit lub samoistnej perforacji jelitowej nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w czasie trwania niedrożności porażennej.
4. Nie stwierdzono istotnej statystycznie różnicy w częstości powikłań niedrożnością mechaniczną wymagającą reoperacji w drugiej grupie pacjentów.

## Wnioski

1. Szynowanie jelit w rozlanym odwyrostkowym zapaleniu otrzewnej zastosowane celem odbarczenia i właściwego ułożenia jelit istotnie zmniejsza ryzyko wczesnej niedrożności mechanicznej wymagającej reoperacji.
2. Szynowanie stosowane celem odbarczenia miejsca zespolenia w przypadku dysproporcji anatomicznej lub funkcjonalnej nie wpływa na okres pooperacyjny i proces gojenia się zespolenia.

  
KIEROWNIK  
Klinika Chirurgii Dziecięcej I WL  
Prof. dr hab. Andrzej Kamiński

  
Aleksandra Jasłowska  
chirurg dziecięcy  
1128282