

OPIEKA NAD CHORYM PO OPERACJI Z POWODU ROPNIA I PRZETOKI ODBYTU

Perioperative care of patients after anal abscess and fistula



Elżbieta Kozłowska¹, Katarzyna Cierznikowska¹, Zbigniew Banaszkiwicz², Aleksandra Popow¹, Oliwia Wiklak³

¹Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

²Katedra Chirurgii Ogólnej, Kolorektalnej i Onkologicznej, Wydział Lekarski, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

³Studenckie Koło Naukowe Katedry Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2020; 3: 93–98

Praca wpłynęła: 25.04.2020, przyjęto do druku: 4.06.2020

Adres do korespondencji:

Katarzyna Cierznikowska, Katedra Pielęgniarstwa Zabiegowego, Wydział Nauk o Zdrowiu, *Collegium Medicum* w Bydgoszczy, Uniwersytet Mikołaja Kopernika w Toruniu, ul. Łukasiewicza 1, 85-821 Bydgoszcz, e-mail: kasia.cier@o2.pl

Streszczenie

Ropnie i przetoki odbytu stanowią przyczynę częstych hospitalizacji chorych na oddziałach chirurgicznych. Podczas gdy zabiegi nacięcia i drenażu ropnia są wykonywane w większości na oddziałach chirurgicznych w trybie ostrego dyżuru, przetoki – zwłaszcza te skomplikowane – wymagają zaopatrzenia w specjalistycznych ośrodkach proktologicznych. Niestety pomimo zastosowania coraz to nowych, zaawansowanych sposobów leczenia dochodzi do nawrotów choroby lub skutków ubocznych wcześniej wykonanych zabiegów. Dlatego poprawa jakości życia chorego jest głównym celem opracowywania nowoczesnych metod leczenia. Aby spełnić te warunki, potrzebna jest wiedza, doświadczenie i profesjonalizm w działaniach chirurga i kadry pielęgniarskiej w całym okresie okołoperacyjnym. Istotną rolę w opiece pooperacyjnej odgrywa edukacja, a złożona patogeneza tej jednostki chorobowej wymaga indywidualnego podejścia do chorego.

Słowa kluczowe: opieka pielęgniarska, okres okołoperacyjny, ropień i przetoka odbytu.

Summary

Anal abscesses and fistula often cause hospitalisation of patients in surgical wards. Abscess cutting and closing operations are undertaken in most of surgical wards in the ER mode; however, fistula, mainly the complicated ones, need better equipped with special proctological facilities. Unfortunately, despite using modern, advanced methods of treatment, the disease or complications that appear after surgery often return. That is why the improvement of patient's life is the most important goal in developing new methods of treatment. To meet these conditions we require knowledge, experience, and professionalism in surgical and nursing staff actions in the whole operative process. An important aspect of postoperative care is education, and the pathogenesis of this disease demands individual patient care.

Key words: nursing care, perioperative period, anal abscess and fistula.

Wstęp

Ropnie i przetoki odbytu, pomimo zastosowania coraz nowszych, zaawansowanych sposobów leczenia, charakteryzują się tendencją do nawrotów, stanowiąc wskazanie do ponownych hospitalizacji chorego [1]. Historia leczenia przetok okołoodbytowych sięga czasów starożytnych i została opisana po raz pierwszy przez Hipokratesa (460–377 r. p.n.e). W leczeniu przetok używano już wtedy dwuetapowych technik

chirurgicznych z setonazem, które po pewnych modyfikacjach są stosowane do dziś. W XVII-wiecznej Europie królewski chirurg Charles Francois Felix z powodzeniem zoperował przetokę króla Ludwika XIV. Następnym rewolucyjnym momentem był rok 1976, kiedy to Parks zaproponował i opisał klasyfikację przetok używaną do czasów obecnych.

W tym samym okresie w Polsce dziedzinę proktologii rozwijał jeden z twórców pierwszego oddziału proktologii, docent Mieczysław Tylicki. Jako pierwszy podał

on polskie dane epidemiologiczne na podstawie 1000 przebadanych osób. W badanej populacji było 15 osób z ropniami i 67 z przetokami odbytu, z czego większą część stanowili mężczyźni. Podobne wyniki uzyskał dr Aleksander Sowula po 30 latach od badań Tylickiego, co świadczy o tym, że wśród osób zgłaszających się z powodów proktologicznych 8% cierpi na ropień lub przetokę odbytu [2].

Definicja i klasyfikacja ropni i przetok odbytu

Ropień odbytu to zamknięta przestrzeń zawierająca ropę i bakterie umiejscowiona w tkankach miękkich w okolicy odbytu i odbytnicy. Infekcja najczęściej zaczyna się od zapalenia krypty odbytovej i gruczołów odbytowych Hermann'a. Przetoka odbytu jest kanałem wysłanym ziarniną zapalną łączącym otwór wewnętrzny, znajdujący się przeważnie w krypcie odbytu, z otworem zewnętrznym zlokalizowanym na skórze przy odbycie lub anodermie [3–5].

Fundamentalną klasyfikacją ropni jest ta stworzona przez Cormana opierająca się na ich usytuowaniu w przestrzeniach anatomicznych. Wyróżnia się następujące rodzaje ropni: przyodbytowe, kulszowo-odbytnicze, miedniczno-odbytnicze, międzyzwieraczowe oraz tzw. nietypowe.

Klasyfikacja typu przetoki ma istotne znaczenie przy ostatecznym doborze techniki operacyjnej. Powstało wiele podziałów przetok, jednak najbardziej rozpowszechnioną i najchętniej stosowaną jest klasyfikacja Parksa z 1976 r., która opiera się na podaniu lokalizacji przetoki w stosunku do zwieracza odbytu (zZO). W ten sposób wyróżnia się przetokę:

- I – międzyzwieraczową – między zZO a zwieraczem wewnętrznym odbytu,

- II – przezwieraczową – przez zZO na jego różnej wysokości,
- III – nadzwieraczową – obejmującą swoim przebiegiem całe zZO,
- IV – pozazwieraczową – omija ona zwieracze odbytu, przebiega przez dół kulszowo-odbytniczy i kończy się w ścianie odbytnicy [6].

Wielu badaczy określa ropień jako jednostkę ostrą, a przetokę jako przewlekłą fazę tej samej choroby, co jest ściśle związane z ich etiologią. Obydwie jednostki powstają bowiem na skutek zapalenia krypt odbytowych. W XIX wieku Chiari postawił tezę, że za początek powstania kanału przetoki odpowiada infekcja gruczołów odbytowych. Jego teoria została później wielokrotnie potwierdzona przez innych badaczy. Według statystyk za przyczynę powstawania przetok w 90% jest odpowiedzialny proces zapalny gruczołów odbytowych. Wśród pozostałych przyczyn powstawania ropni wymienia się choroby zapalne dolnego odcinka układu pokarmowego. To właśnie ropnie okołoodbytowe mogą być pierwszym objawem choroby Leśniowskiego-Crohna [7].

Do przyczyn powstawania ropni i przetok odbytu należą:

- nowotwory odbytnicy i odbytu,
- zmiany popromienne,
- urazy jatrogenne,
- uraz przy stosunkach analnych, wypadkach, samookaleczeniach, ciałach obcych,
- gruźlica, HIV,
- chłoniak, białaczka lub promienica [5].

Objawy ropnia i przetoki odbytu

Pacjenci z ropniem odbytu mogą zgłaszać znacznie różniące się od siebie objawy, co jest związane z wysokością jego usytuowania (tab. 1).

Objawy przetoki odbytu zależą od nasilenia stanu zapalnego i są związane z wyciekami wydzieliny ropnej czy surowiczego płynu, a nierzadko kału, co prowadzi do świądu okolicy odbytu i do maceracji skóry. Pacjenci z przetoką często cierpią na nawracające ropnie odbytu, z którymi wiążą się dolegliwości bólowe tej okolicy [6].

Diagnostyka i leczenie

Wyżej położone ropnie są trudniejsze w diagnozowaniu, przez co pacjent, który trafia do szpitala, jest w dużo gorszym stanie niż chory z ropniem położonym płytko, a proces leczenia jest często odwlekany w czasie.

Diagnostyka ropni i przetok odbytu składa się z trzech elementów (tab. 2):

- badania podmiotowego,
- badania przedmiotowego,
- badań dodatkowych [7].

Tabela 1. Objawy ropnia w zależności od jego umiejscowienia [6]

Położenie ropnia	Objawy
plytko pod skórą	<ul style="list-style-type: none"> • ból w tej okolicy, który nasila się podczas defekacji oraz zmiany pozycji • uczucie rozpierania i dyskomfortu czy objaw chęłbotania • miejscowy obrzęk i wzmożone ucieplenie
poszerzenie się infekcji na zwieracz zewnętrzny cewki i część błoniastą cewki moczowej	<ul style="list-style-type: none"> • miejscowy obrzęk i wzmożone ucieplenie • zaburzenia dyzuryczne, takie jak częstomocz i zatrzymanie moczu • w przypadku mężczyzn może pojawić się ropna wydzielina z prącia
wyżej od brzegu odbytu	<ul style="list-style-type: none"> • podwyższona temperatura ciała • dreszcze • pogarszające się samopoczucie • leukocytoza

Tabela 2. Diagnostyka ropni i przetok [7–10]

Diagnostyka	Ropień odbytu	Przetoka odbytu
badanie podmiotowe	wywiad ukierunkowany na choroby współistniejące, takie jak: cukrzyca, choroby układu immunologicznego (AIDS, białaczka), oraz na przyjmowane leki, które mogą bezpośrednio wpłynąć na leczenie	wywiad pod kątem wcześniejszych epizodów choroby oraz inkontynencji, zwłaszcza występującej po wcześniejszych zabiegach proktologicznych
badanie przedmiotowe	<ul style="list-style-type: none"> ogłądanie okolicy odbytu – zaczerwienienie skóry i jej uwypuklenie, ewentualne blizny po wcześniej naciętych ropniach badanie palcem przez odbyt (pacjent w pozycji Simsa – na lewym boku ze zgiętymi nogami) – można zlokalizować palcem wygórowanie w kanale odbytu; jeżeli ból podczas badania jest bardzo nasilony, powinno być ono kontynuowane po uprzednim znieczuleniu chorego anoskopia – uwidacznia powiększoną brodawkę odbytu, wypływającą ropę z krypty lub zmiany zapalne mogące sugerować np. chorobę zapalną jelit 	<ul style="list-style-type: none"> ogłądanie – obecność blizn pooperacyjnych oraz ich liczba; liczba blizn może świadczyć o obecności odgałęzień badanie kanału odbytu palcem – lokalizacja bolesnego miejsca odpowiadającego chorej krypcie, przy uciśnięciu – wypływ ropy z zewnętrznego otworu przetoki, ocena funkcji zwieracza poprzez polecenie pacjentowi zaciśnięcia zwieracza rektoskopia – uwidacznia sączenie się ropnej wydzieliny z otworu wewnętrznego przetoki, zmiany zapalne lub popromienne błony śluzowej jelita
badania dodatkowe	<ul style="list-style-type: none"> kolonoskopia klasyczna (ew. kolonoskopia wirtualna) badania obrazowe – fistulografia, endosonografia kanału odbytu ultrasonografia przezkroczowa, rezonans magnetyczny oraz tomografia komputerowa badania czynnościowe – sfinkterometria, anorektomanometria, elektromiografia igłowa i powierzchniowa 	

Najczęściej wykonywanym badaniem jest endosonografia, która obecnie coraz bardziej wypiera fistulografię. Badaniami cieszącymi się dużą popularnością w diagnostyce ropni i przetok są: ultrasonografia przezkroczowa i anorektomanografia, a w przypadkach bardziej złożonych przetok rezonans magnetyczny [7].

Leczenie ropni okołoodbytniczych polega na ich nacięciu i drenażu oraz na zastosowaniu celowanej antybiotykoterapii. Małe i wykryte w bardzo wczesnej fazie ropnie można odczarzyć za pomocą strzykawki, większość jednak jest nacinana od strony skóry lub od strony kanału odbytu, a o sposobie nacięcia ropnia decyduje jego położenie [10].

Przetoki, podobnie jak ropnie, są leczone chirurgicznie. Zasadą, którą powinien się kierować chirurg, jest szerokie nacięcie skóry w okolicy odbytu zapewniające drenaż ropnia przy jednoczesnym oszczędzeniu tkanki w kanale odbytu. U chorych z chorobą Leśniowskiego-Crohna leczenie przetoki powinno odbywać się w trakcie remisji choroby. Zabieg chirurgiczny powinien być zabiegiem oszczędzającym zwieracze [11].

Metody leczenia chirurgicznego przetok zależą od rodzaju, rozległości przetoki, kondycji zwieracza odbytu i chorób współistniejących. Często są to procedury wykonywane etapowo. Na pierwszym etapie wycięcie przetoki jest poprzedzone identyfikacją i setonowaniem. Jedną z nowszych metod leczenia jest metoda LIFT (*ligation of intersphincteric fistula tract*), opisana przez Rojasakula w 2007 r. jako rewolucyjna technika ze skutecznością wynoszącą 94%. Polega ona na podwiązaniu przezzwieraczowego odcinka przetoki oraz na usunięciu zainfekowanej tkanki gruczołowej, co pozwala jednocześnie oszczędzić zwieracze. Do zamknięcia przetok używa się również zatyczek, kleju fibrynowego lub lasera [12–15].

Ponadto przygotowanie chorego do zabiegu powinno być zgodne z Zaleceniami profilaktyki zakażeń miejsca operowanego [16].

Powikłania po wykonaniu procedury chirurgicznej

Pomimo zastosowania nowoczesnych, małoinwazyjnych metod leczenia zabiegi nadal są obciążone dużym ryzykiem powikłań pooperacyjnych, z nawrotem przetoki włącznie (tab. 3).

Wczesny nawrót ropnia charakteryzuje się pojawieniem (po chwilowej poprawie) podwyższonej temperatury, bólu i gorszego samopoczucia, dlatego ważna jest „czujna obserwacja” chorego w celu podjęcia szybkiej interwencji. O pojawieniu się przetoki świadczą kolejne powstające ropnie oraz wydłużony okres gojenia rany pooperacyjnej, w celu potwierdzenia jej obecności potrzebne jest jednak wykonanie badań obrazowych. Podejrzewa się, że stosowanie „wound packingu”, czyli opatrywania-pakowania rany wewnątrz gazą, sprzyja powstawaniu przetoki, zaleca się natomiast częste zmiany opatrunków, płukanie rany i regularne kontrole chirurgiczne. Nawrót przetoki jest bardzo częstym powikłaniem. Aby go uniknąć, kładzie się nacisk na częste wymiany opatrunków. Ponowne powstanie przetoki rozpoznaje się na podstawie badania klinicznego i badań dodatkowych. Według nowych standardów profilaktyczna antybiotykoterapia nie ma protekcyjnego wpływu na wystąpienie powikłań septycznych. Jej zastosowanie ma uzasadnienie jedynie u pacjentów z upośledzoną odpornością, cukrzycą, wadami zastawek serca i z dużymi stanami zapalnymi ze względu na największe narażenie na rozwój infekcji [18].

Tabela 3. Powikłania po leczeniu chirurgicznym ropnia i przetoki odbytu [17]

Powikłania	Częste	Rzadkie
po nacięciu ropnia okołodobyowego	<ul style="list-style-type: none"> nawrót ropnia zarówno we wczesnym, jak i późniejszym okresie pooperacyjnym wytworzenie się przetoki zbliznowacenia okolicy odbytu i jego zniekształcenie 	<ul style="list-style-type: none"> wstrząs septyczny i zespół Fourniera inkontynencja gazów i stolca na skutek uszkodzenia nerwów i mięśni zwieraczy
Powikłania	Wczesne	Późne
po operacji przetoki okołodobyowej	<ul style="list-style-type: none"> retencja moczu krwawienie infekcja i powstanie ropnia zakrzepica żył okołodobyowych 	<ul style="list-style-type: none"> nawrót przetoki niesprawność zwieraczy odbytu zmiany natury estetycznej, blizny zwężenie odbytu wypadanie odbytnicy przetoki jatrogenne

Tabela 4. Ocena stopnia nietrzymania stolca wg Wexnera [4]

Typ nietrzymania stolca	Częstość				
	Nigdy	Rzadko	Czasami	Często	Zawsze
Stolec stały	0	1	2	3	4
Stolec płynny	0	1	2	3	4
Gazy	0	1	2	3	4
Konieczność noszenia pieluchomajtek	0	1	2	3	4
Zmiana stylu życia	0	1	2	3	4

Opieka pooperacyjna

Opieka po nacięciu ropnia jest tak samo ważna jak dobrze wykonany zabieg. Opatrunek należy zmieniać 1–2 razy dziennie; rana wymaga płukania roztworem soli fizjologicznej, bieżącą wodą z mydłem, miejscowego stosowania roztworów antyseptycznych i zapobiegania jej zbyt szybkiemu zamknięciu [19]. Pacjenci po operacjach przetok, którym została założona nitka przecinająca zwieracz, wymagają wizyty kontrolnej u chirurga minimum raz w tygodniu.

Istnieją dwa sposoby pooperacyjnego prowadzenia chorych. Pierwszy polega na systematycznym podciąganiu przez chorego ciasno założonej gumki przez zwieracz przez okres 5–6 tygodni i powolne przecięcie wewnętrznej części zwieracza. Pozostałą część zwieracza przecina się podczas ostatniej wizyty w ambulatorium. Taki sposób postępowania u części pacjentów może wiązać się ze znacznym dyskomfortem i bólem. Drugi sposób polega na zastosowaniu luźno założonej nitki. W trakcie leczenia lekarz przecina zwieracz fragmentami od 4. tygodnia po operacji. Takie postępowanie powinno być bezbolesne. Leczenie tą metodą również trwa ok. 5 tygodni, a czas drenażu jest zależny od grubości przecinanego mięśnia [20].

Proces gojenia się rany po operacji przetoki powinien być kontrolowany ambulatoryjnie, a wizyty u chirurga powinny odbywać się raz w tygodniu. Pielęgnacja rany wymaga codziennej wymiany opatrunków, płukania i setonowania. Od 4.–5. dnia po zabiegu pacjent

może też robić nasiadówki np. z Azulanu. W gojeniu kanału odbytu wykorzystuje się różnego rodzaju preparaty. Do najczęściej stosowanych i wykazujących dobre efekty terapeutyczne należą:

- Sukralfat – 7% maść używana miejscowo w kanale przez 6 tygodni daje bardzo dobre rezultaty u osób po fistulotomii. Należy do bezpiecznych leków z powodu braku skutków ubocznych.
- Metronidazol – w postaci żelu lub maści do kanału odbytu, przynosi poprawę w gojeniu rany, pacjenci wykazują też mniejsze dolegliwości bólowe. Nie powinny go używać kobiety w ciąży lub karmiące piersią.
- Kwas hialuronowy – w postaci maści i czopków, przywraca napięcie i elastyczność błony śluzowej w kanale odbytu i odbytnicy.
- Iruksol – jego działanie polega na rozpuszczaniu martwiczej tkanki i pobudzaniu rany do gojenia się. Lek ma postać żelu oraz maści. Pierwszą z nich stosuje się do ran sączących, a drugą do ran suchych [21].

Korzystne rezultaty przynosi też zastosowanie terapii podciśnieniowej, która izoluje ranę od otoczenia i zapewnia stały drenaż wydzieliny. Metoda ta poprawia ukrwienie rany, pobudza proliferację fibroblastów, tworzenie się ziarniny i korzystnie oddziałuje na cały proces epitelializacji [22]. Po upływie miesiąca od zupełnego zagojenia się rany wykonywana jest ocena wydolności zwieraczy przy użyciu skali Wexnera (tab. 4), opcjonalnie manometria i USG transrektalne dla porównania wydolności ze stanem sprzed zabiegu. Po 3–4 miesiącach u pacjenta powinna zostać wykonana ultrasonografia przezodbytnicza, a kolejna wizyta powinna się odbyć po upływie 6 miesięcy od zabiegu. Chory w początkowych dniach po operacji może mieć objawy inkontynencji stolca i gazów. Aby temu zapobiec, powinien on wykonywać gimnastykę mięśni zwieraczy odbytu polegającą na naprzemiennym skurczaniu i rozkurczaniu mięśni miednicy przez 5–10 minut w powtórzeniach kilka razy w ciągu dnia. Jeśli objawy są bardzo dokuczliwe, zlecane są leki przeciwbiegunkowe oraz dieta ubogoresztkowa [23].

Zabiegi wykonywane na tkankach w okolicy odbytu są bardzo często związane z dolegliwościami bólowymi

mi. Największe natężenie bólu zazwyczaj odczuwają pacjenci ze zwiększonym napięciem mięśnia zwieracza wewnętrznego i przeciwnie – jeśli napięcie mięśnia zwieracza jest zmniejszone, np. na skutek jego przecięcia podczas zabiegu na przetocze, chory odczuwa mniejszy ból. Podobnie w przypadku ropnia pacjent nie odczuwa silnego bólu, a wręcz ulgę po samym zabiegu. Ból, na który może się skarżyć, ma charakter kolkowy i nasila się po defekacji. Terapia przeciwbólowa nie tylko wpływa na lepsze samopoczucie chorego, lecz także zmniejsza próg bólu i skurcz zwieracza wewnętrznego, co sprzyja ewakuacji wydzieliny z kanału odbytu i przyspiesza gojenie. Jedną ze skutecznych terapii przeciwbólowych jest analgezyja multimodalna charakteryzująca się zastosowaniem różnych grup leków i technik. Pozwala ona na ograniczenie dawki leku, jednocześnie zmniejszając objawy niepożądane. Inną formą terapii jest analgezyja z wyprzedzeniem. Do używanych preparatów należą niesteroidowe leki przeciwzapalne, a także inne leki nieopioidowe, takie jak paracetamol czy metamizol, sporadycznie opioidy [24, 25]. Pozostałe działania pielęgniarstwa powinny uwzględniać Zalecenia profilaktyki zakażeń miejsca operowanego w okresie pooperacyjnej opieki pielęgniarstwa na oddziałach zabiegowych [26].

Wskazówki dla chorego w dniu wypisu

1. Opatrunki należy zmieniać dwa razy dziennie i w zależności od potrzeby.
2. Ze względu na ryzyko krwawienia lub pojawienia się wydzieliny z rany pooperacyjnej zaleca się nosić wkładkę zapobiegającą brudzeniu bielizny.
3. Konieczne należy zgłaszać się na wizyty u chirurga minimum raz w tygodniu przez kolejne kilkanaście tygodni aż do czasu wygojenia się rany.
4. W przypadku pojawienia się niepokojących objawów, takich jak podwyższona temperatura, silny ból w okolicy odbytu, obrzęk, obfite krwawienie czy nieprzyjemnie pachnąca wydzielina z rany, nudności, niemożność oddania stolca przez okres dłuższy niż trzy dni, trudności z oddaniem moczu, należy bezwzględnie skontaktować się z lekarzem.
5. Po wykonanej niasiadówce lub każdorazowo po wypróżnieniu powinno się delikatnie osuszyć okolice odbytu, używając miękkiego ręcznika. Nie wolno stosować żadnych pachnących kosmetyków do pielęgnacji tej okolicy. Dopuszcza się używanie maści natłuszczającej, aby zapobiec maceracji skóry.
6. Odzież i bielizna osobista nie powinny być uciskające.
7. Dolegliwości bólowe można kontrolować lekami przeciwbólowymi zapisanymi przez lekarza, a także ok. 15-minutową kąpielą w ciepłej wodzie, która dodatkowo rozluźni mięśnie odbytu.
8. Aby zapobiec zaparciom, należy stosować dietę bogatobłonnikową (owoce, warzywa, ziarna, otręby)

z dużą ilością płynów i leków zmiękczających stolec. Z diety należy wykluczyć napoje z kofeiną, która ma działanie odwadniające.

9. Leki przepisane przez lekarza, a zwłaszcza antybiotyki, należy przyjmować zgodnie z zaleceniem, aby zmniejszyć zagrożenie infekcją.
10. Ważne jest utrzymanie odpowiedniej do stanu zdrowia aktywności fizycznej. Należy unikać długotrwałego siedzenia, ale także nadmiernego chodzenia. Do czasu całkowitego zagojenia się rany należy powstrzymać się od pływania.
11. Konieczne jest wykonywanie gimnastyki mięśni zwieraczy kilka razy w ciągu dnia przez 5–10 minut w celu zmniejszenia ryzyka inkontynencji.

Podsumowanie

Ropnie i przetoki odbytu stanowią trudny i długotrwały problem leczniczy i pielęgnacyjny. Postępowanie zgodnie z najnowszą wiedzą medyczną przyczynia się do wyleczenia chorego i pomaga w uniknięciu poważnych powikłań.

Autorzy deklarują brak konfliktu interesów.

Piśmiennictwo

1. Abcarian H. Anorectal Infection: Abscess–Fistula. *Clinics In Colon And Rectal Surgery* 2011; 24: 14-21.
2. Kołodziejczak M. Rys historyczny. W: Diagnostyka i leczenie ropni i przetok odbytu. Kołodziejczak M, Sudoł-Szopińska I (red.). Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2008: 13-14.
3. Bielecki K. Nazewnictwo w Proktologii. Podstawowe pojęcia i definicje. *Postępy Nauk Med* 2013; 26: 526-530.
4. Kołodziejczak M. Część ogólna – epidemiologia i etiopatogeneza. W: Ropnie i przetoki odbytu. Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2003: 9-10.
5. Fugita FR, Marques dos Santos CH, da Silva Robeiro CO. Epidemiological profile of patients with fistula in ano. *J Coloproctology* 2020; 40: 1-7.
6. Rizzo JA, Naig AL, Johnson EK. Anorectal Abscess and Fistula-in-Ano: Evidence-Based Management. *Surg Clin North Am* 2010; 90: 45-68.
7. Panés J, Rimola J. Perianal fistulizing Crohn's disease: pathogenesis, diagnosis and therapy. *Nat Rev Gastroenterol Hepatol* 2017; 14: 652-664.
8. Obcowska A, Kołodziejczak M, Sudoł-Szopińska I. Diagnostyka przetok odbytu – o czym każdy chirurg wiedzieć powinien? *Nowa Medycyna* 2010; 4: 130-137.
9. Wiączek A, Kołodziejczak M, Sudoł-Szopińska I. Diagnostyka i leczenie operacyjne rozgałęzionych przetok odbytu. *Nowa Medycyna* 2016; 1: 29-37.
10. Yamana T. Japanese Practice Guidelines for Anal Disorders II. Anal fistula. *J Anus Rectum Colon* 2018; 2: 103-110.
11. Sneider EB, Maykel JA. Anal abscess and fistula. *Gastroenterol Clin North Am* 2013; 42: 773-784.
12. Copija A, Janiszewska J, Maruszczak P i wsp. Leczenie przetok odbytu w latach 2006-2012 w Katedrze i Oddziale Klinicznym Chirurgii Ogólnej i Gastroenterologicznej ŚUM w Bytomiu. *Nowa Medycyna* 2013; 3: 95-100.
13. Khadia M, Muduli IS, Das SK i wsp. Management of Fistula-In-Ano with Special Reference to Ligation of Intersphincteric Fistula Tract. *Niger J Surg* 2016; 22: 1-4.

14. Giamundo P, Geraci M, Tibaldi L, Valente M. Closure of fistula-in-ano with laser – FiLaC™: an effective novel sphincter-saving procedure for complex disease. *Colorectal Dis* 2014; 16: 110-115.
15. Vogel JD, Johnson EK, Morris AM i wsp. Clinical Practice Guideline for the Management of Anorectal Abscess, Fistula-in-Ano, and Rectovaginal Fistula. *Dis Colon Rectum* 2016; 59: 1117-1133.
16. Song KH. New Techniques for Treating an Anal Fistula. *J Korean Soc Coloproctol* 2012; 28: 7-12.
17. Szewczyk M, Cwajda-Białasik J, Mościcka P i wsp. Recommendations for the prevention of surgical site infections and use of antibiotic therapy during preoperative nursing care in surgery departments. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 2: 39-55.
18. Kołodziejczak M, Ciesielski P. Powikłania po leczeniu ropni i przetok odbytu. *Nowa Medycyna* 2016; 3: 114-126.
19. Bielecki K. Ropień odbytu jako problem kliniczny ostro dyżurowy. *Post Nauk Med* 2014; 8: 563-568.
20. Kołodziejczak M. Opieka pooperacyjna. W: Diagnostyka i leczenie ropni i przetok odbytu. Kołodziejczak M, Sudoł-Szopińska I (red.). Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2008: 133-134.
21. Kołodziejczak M, Ciesielski P, Kosim A. Gojenie ran po operacjach w kanale odbytu. *Nowa Medycyna* 2013; 1: 16-20.
22. Ścisło L. Zastosowanie podciśnieniowego systemu leczenia ran. W: Procedury pielęgniarstwa w chirurgii. Walewska E, Ścisło L (red.). Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2012: 125-128.
23. Kołodziejczak M, Kowalski B. Ropnie i przetoki odbytu – aktualne postępowanie diagnostyczne i terapeutyczne. *Post Nauk Med* 2006; 5: 183-187.
24. Gruber I. Rola anestezjologa w terapii ropni i przetok odbytu. W: Diagnostyka i leczenie ropni i przetok odbytu. Kołodziejczak M, Sudoł-Szopińska I (red.). Wydawnictwo Medyczne Borgis, Warszawa 2008: 148-159.
25. Gruber I, Kołodziejczak M. Znieczulenie w operacjach proktologicznych oraz pooperacyjne postępowanie przeciwbólowe. *Proktologia* 2004; 5: 141-153.
26. Szewczyk M, Mościcka P, Cwajda-Białasik J i wsp. Recommendations for the prevention of surgical site infections during postoperative nursing care in surgery departments. *Pielęg Chir Angiol* 2015; 2: 73-91.