

CHARAKTERYSTYKA CHORYCH Z NIESWOISTYM ZAPALENIEM JELIT LECZONYCH OPERACYJNIE

Characteristics of surgically treated patients with inflammatory bowel diseases



Anna Szumska¹, Katarzyna Cierznikowska^{2,3}, Justyna Cwajda², Zbigniew Banaszkiewicz³,
Maria T. Szewczyk^{2,3}, Arkadiusz Jawień³

¹Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej Szpitala Bielańskiego im. ks. Jerzego Popiełuszki w Warszawie

²Zakład Pielęgniarstwa Chirurgicznego Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

³Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej Collegium Medicum im. L. Rydygiera w Bydgoszczy, UMK w Toruniu

Pielęgniarstwo Chirurgiczne i Angiologiczne 2007; 2: 47–53

Adres do korespondencji:

mgr **Anna Szumska**, Oddział Chirurgii Ogólnej i Naczyniowej, Szpital Bielański im. ks. Jerzego Popiełuszki, ul. Ceglowska 80, 01-809 Warszawa

Streszczenie

Celem badań była charakterystyka chorych operowanych z powodu nieswoistych zapaleń jelit (NChZJ) i porównanie chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego (WZJG) i chorobą Leśniowskiego-Crohna.

Materiał i metody: Retrospektywne badania przeprowadzono w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Dotyczyły one 40 chorych hospitalizowanych i operowanych z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego (22 chorych) i choroby Leśniowskiego-Crohna (18 chorych).

Wyniki: Charakterystyka badanej grupy wykazała istotne statystycznie różnice pod względem wieku chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna ($Z=6,37$) dla $p<0,05$. Pozostałe badane cechy (płeć, tryb przyjęcia, czas hospitalizacji) nie wykazały znamiennej różnicy międzygrupowych.

Wnioski: Leczenie operacyjne choroby Leśniowskiego-Crohna powiązane jest głównie z powikłaniami choroby (okołoodbytniczymi i objawami *ostrego brzucha*) oraz dłuższym i bardziej zróżnicowanym czasem hospitalizacji w stosunku do wrzodziejącego zapalenia jelita grubego.

Słowa kluczowe: wrzodziejące zapalenie jelita grubego, choroba Leśniowskiego-Crohna, okres okołoperacyjny.

Summary

The aim of the study was to compare signs and symptoms of surgically treated patients with ulcerative colitis and Crohn's disease.

Material and methods: Retrospective studies were conducted in the Surgery Clinic of Biziel Hospital in Bydgoszcz. Forty patients with ulcerative colitis (22 patients) or Crohn's disease (18 patients) were included in the study.

Results: Study group characteristics showed statistically significant differences in age for the two groups ($Z=6.37$; $p<0.05$). Other characteristics (gender, duration of hospitalization) showed no statistically significant differences.

Conclusions: Surgical treatment of Crohn's disease is generally associated with disease complications and longer time of hospitalization compared with ulcerative colitis.

Key words: ulcerative colitis, Crohn's disease, perioperative period.

Wstęp

Zapalne choroby przewodu pokarmowego o przewlekłym przebiegu z okresami zaostrzeń i remisji oraz nieznanego etiologii to najczęściej spotykane w literaturze

definicje nieswoistych chorób zapalnych jelit [1]. Uznawane za klasyczne postaci tych schorzeń są wrzodziejące zapalenie jelita grubego (CU) i choroba Leśniowskiego-Crohna (LC) [2].

W epidemiologii nieswoistych zapaleń jelit charakterystyczną cechą obydwu chorób jest ich częstsze występowanie w krajach wysoko rozwiniętych Europy Zachodniej i Ameryki Północnej, w porównaniu do mieszkańców Azji, Afryki i Ameryki Południowej [1, 2]. Na choroby te częściej zapadają ludzie rasy białej, bez preferencji co do płci. Najczęściej dotyczą one ludzi młodych, choć mogą ujawnić się w każdym wieku [2–4]. Zapadalność na CU jest stosunkowo stała, zaś częstość występowania choroby LC wykazuje tendencje wzrostowe w ostatnich latach [5]. W Polsce również zapadalność na nieswoiste zapalenia jelit zauważalnie wzrasta, choć panuje przekonanie, że choroby te nie występują często [1].

Zmiany zapalne w CU dotyczą wyłącznie jelita grubego, szerzą się w sposób ciągły proksymalnie i obejmują tylko błonę śluzową jelita [1, 6]. Natomiast w chorobie LC odcinkowe zmiany zapalne mogą pojawiać się w każdym odcinku przewodu pokarmowego (najczęściej – końcowy odcinek jelita krętego) i obejmują wszystkie warstwy ściany jelita [2, 6].

Do charakterystycznych objawów nieswoistych chorób zapalnych jelit należą przewlekłe biegunki, bóle brzucha, stany gorączkowe oraz utrata masy ciała [1–4]. Obraz kliniczny każdej z chorób może być jednak mało specyficzny. Chorzy z CU jelita grubego i LC mogą prezentować bardzo podobny obraz kliniczny choroby, stwarzając tym samym często duże problemy diagnostyczne [1, 3, 7]. W miarę trwania choroby różnice między CU a LC zazwyczaj stają się coraz wyraźniejsze [7]. Zmienność objawów klinicznych zarówno w CU, jak i w LC zależna jest od umiejscowienia, rozległości i stopnia zaawansowania zmian zapalnych oraz okresu i stopnia aktywności choroby [1, 8]. W okresie zaostrzeń w każdej z chorób wyróżnia się po trzy stopnie zaawansowania: lekki, średniociężki i ciężki [1].

Kompleksowe leczenie nieswoistych chorób zapalnych jelit obejmuje farmakoterapię, leczenie żywieniowe, psychoterapię i leczenie chirurgiczne [9, 10]. Podjęcie decyzji o leczeniu operacyjnym odgrywa znaczącą rolę w taktyce leczenia [11, 12]. Decyzja ta jest trudna z uwagi na niemożliwość do przewidzenia przebieg kliniczny oraz indywidualne odpowiedzi chorych na zastosowane leczenie farmakologiczne [13, 14].

W prowadzeniu chorych z chorobami przewlekłymi na pierwszy plan wysuwa się komfort życia pacjentów. Leczenie często polega na łagodzeniu objawów, eliminowaniu i opóźnianiu powstania powikłań, a także niwelowaniu wczesnych i odroczonej skutków ubocznych leczenia [15]. Chirurgiczne leczenie nieswoistych chorób zapalnych jelit stanowi integralną składową terapii szczególnie u chorych z wieloletnim przebiegiem. Niekwestionowane znaczenie operacji dotyczy większości powikłań oraz nieskuteczności leczenia zachowawczego. Natomiast optymalny dobór metod i czasu interwencji rozpatrywany jest indywidualnie dla każdego chorego [9, 10, 13].

Wskazania do operacji w chorobie LC i CU w trybie nagłym (perforacja jelita, masywny krwotok, toksyczne

rozcięcie okrężnicy, niedrożność jelit) i pilnym (ciężki rzut i ciężki przebieg choroby, brak poprawy mimo intensywnego leczenia zachowawczego) są takie same [5, 13, 14].

W okresie okołoperacyjnym opieka pielęgniarska nad chorymi z nieswoistymi zapaleniami jelit stanowi integralną składową procesu leczenia. Rola, jaką pielęgniarka pełni w zespole interdyscyplinarnym, wynika z jej zawodowych funkcji oraz zadań i realizuje się poprzez ich profesjonalne wypełnianie.

Kluczem do adekwatnej opieki pielęgniarskiej jest identyfikacja problemów chorego, która daje podstawę do sformułowania diagnozy pielęgniarskiej. Ta zaś pozwala na zastosowanie procesu pielęgnowania [16]. Problemy chorego wynikają z niezaspokojenia występujących u niego potrzeb. W myśl holistycznej opieki potrzeby mogą dotyczyć wszystkich 4 sfer funkcjonowania człowieka – biologicznej, psychicznej, społecznej i duchowej [17, 18]. Obecność potrzeb oznacza odchylenie od optimum życiowego, zatem wymaga jego przywrócenia lub częściowej redukcji [17].

Choroba wymagająca leczenia chirurgicznego niejako wymusza preferencję potrzeb biologicznych ze względu na utrzymanie życia i przywrócenie zdrowia [17]. Problemy pielęgnacyjne chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit w okresie okołoperacyjnym wynikają również z dotychczasowego przebiegu przewlekłej choroby, stopnia jej nasilenia, występujących objawów i powikłań oraz okoliczności pobytu pacjenta na oddziale chirurgii.

Rozpoznanie potrzeb i problemów chorego przez pielęgniarkę jest możliwe dzięki dokładnej obserwacji chorego oraz właściwej z nim komunikacji [17]. Na etapie rozpoznawania stanu pacjenta źródłem danych dla pielęgniarki jest chory, członkowie jego rodziny, własna obserwacja, dokumentacja lekarska oraz codzienne pomiary parametrów [19].

Zgodnie z modelem Dorothy Orem rozpoznanie deficytu opieki i jego prognozowanie powinno się odbywać na podstawie objawów choroby, w oparciu o wnikliwą obserwację i znajomość ogólnych zasad i prawdziwości klinicznych [20].

Cel badań

Celem badań była charakterystyka chorych operowanych z powodu nieswoistych chorób zapalnych jelit.

Materiał i metody

Badania przeprowadzono w 2005 r. w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej SP ZOZ Wojewódzkiego Szpitala im. dr. J. Bizuela w Bydgoszczy. Na prowadzenie badań uzyskano zgodę Komisji Bioetycznej *Collegium Medium* im. L. Rydygiera w Bydgoszczy UMK w Toruniu. W archiwum kliniki wyszukano 52 historie chorób osób leczonych operacyjnie z powodu CU i LC i dokonano retrospektywnej analizy dokumentacji medycznej (historii choroby, karty

Tab. 1. Wiek chorych z nieswoistym zapaleniem jelit

Wiek (lat)	Ogółem		Ogółem CU	CU		Ogółem LC	LC	
	L	%		K	M		K	M
20–30	5	12,5	2	2	–	3	3	–
31–40	10	25	8	4	4	2	–	2
41–50	9	22,5	5	2	3	4	2	2
51–60	7	17,5	4	–	4	3	–	3
61–70	7	17,5	3	–	3	4	4	–
≥71	2	5	–	–	–	2	1	1
Ogółem	40	100	22	8	14	18	10	8
Wartość %	100		55	20	35	45	25	20
			100	36,36	63,64	100	55,55	44,45
X±SD	52,22±13,01		44,09±11,69	35,5±8,58	49±10,48	50,5±18,1	50,4±19,26	50,625±17,86
Mediana (Me)	49		44,5	33,5	49	50	57	49,5
U		243,5		96,5			42	
Z	K/M*	6,674		2,764			3,64	
U	243,5							
Z	6,674							

X – średnia, SD – odchylenie standardowe, Me – mediana, U – wartość statystyki, Z – wartość rozkładu normalnego

* K: X±SD=57,5±10,74, Me – 57,5; M: X±SD=49,59±11,01, Me – 54,5

gorączkowej, karty zleceń lekarskich, karty zabiegu operacyjnego, historii pielęgnowania i karty pielęgnacyjnej).

Do opracowania wyników badań użyto metod statystycznych. Analizowano różnice występujące między grupami chorych z CU i LC. Dla zmiennych jakościowych wyznaczono liczebność (wartość bezwzględna) i częstość (wartość względną wyrażoną w %). W ocenie zależności między liczebnościami i wzajemnymi zmianami proporcji cech jakościowych u chorych z CU i LC zastosowano test Chi² Pearsona i test Chi² Pearsona z poprawką Yatesa dla małych liczebności. Gdy stwierdzono istotną zależność między cechami, obliczono współczynnik korelacji testem nieparametrycznym – współczynnik Cramera.

Dla zmiennych niezależnych (wiek, czas pobytu) wyznaczono średnią arytmetyczną (X), odchylenie standardowe (SD) oraz medianę (Me). Porównania zmiennych przedstawionych w skali porządkowej (CU i LC) dokonano przy użyciu nieparametrycznego testu U Manna-Whitney'a oraz standaryzowanej wartości rozkładu normalnego Z.

Wyniki

Analizowano dokumentację (52 historie chorób) 40 chorych w wieku od 25 do 89 lat (X=52,22, Me – 49), w tym 18 kobiet i 22 mężczyzn (odpowiednio X=57,5, Me – 57,5

i X=49,59, Me – 54,5). W grupie chorych z CU 8 osób to kobiety w wieku od 26 do 50 lat, 14 osób to mężczyźni w wieku od 34 do 64 lat. Natomiast wśród chorych z LC badaniami objęto 10 kobiet w wieku od 25 do 72 lat i 8 mężczyzn w wieku od 32 do 89 lat. Średnia wieku dla chorych z CU wyniosła 44,09 lat, Me – 33,5 (w tym dla kobiet 35,5, Me – 33,5 i dla mężczyzn 49, Me – 49), a u chorych na LC 50,5 lat, Me – 50 (w tym dla kobiet 50,4, Me – 57 i dla mężczyzn 50,625, Me – 49,5). Różnice te były znamienne statystycznie (Z=6,37, p<0,05). Ponadto, w każdej z badanych grup stwierdzono znamienne statystycznie zależność wieku od płci – w chorobie LC (Z=3,64) oraz w CU (Z=14,65), przy p<0,05. Szczegółowe dane przedstawiono w tab. 1.

Statystyczne różnice co do wieku chorych znajdują odzwierciedlenie w częstości występowania danych cech w poszczególnych przedziałach wiekowych. Najliczniejszą część grupy chorych na nieswoiste zapalenia jelit (25%) stanowią osoby w wieku 31–40 lat. Wśród chorych z CU najwięcej mieści się w przedziale wiekowym 31–40 lat (20%). W chorobie LC najliczniejszą grupę stanowią osoby w przedziałach wiekowym 41–50 lat oraz 61–70 lat, po 22,2%.

Z danych wynika również, że z powodu CU zabiegowi operacyjnemu częściej poddawani są mężczyźni (63,64%), a w chorobie LC kobiety (55,55%). Różnice te jednak nie były znamienne statystycznie (Chi²=1,474).

Tab. 2. Czas pobytu pacjentów z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit w Klinice Chirurgii Ogólnej

Czas pobytu (dni)	Choroba CU				Choroba LC				NChZJ	
	K	M	Razem		K	M	Razem		Razem	%
			l.	%			l.	%		
1–5	–	–	–	–	–	4	4	20	4	7,69
6–10	9	6	15	46,875	1	1	2	10	17	32,69
11–20	4	9	13	40,625	3	2	5	25	18	34,61
21–30	1	3	4	12,5	3	1	4	20	8	15,38
31–40	–	–	–	–	1	1	2	10	2	3,84
41–50	–	–	–	–	1	–	1	5	1	1,93
51–60	–	–	–	–	–	1	1	5	1	1,93
61–70	–	–	–	–	1	–	1	5	1	1,93
razem hospitalizacje	14	18	32	100	10	10	20	100	52	100

Zgromadzone dane pozwoliły ustalić średni czas pobytu pacjentów na oddziale, który wyniósł 16 dni (SD=11,74, Me – 12). Najkrótsza hospitalizacja z powodu choroby LC trwała 3 dni, a najdłuższa aż 62 (u chorego z pooperacyjną nawrotową przetoką jelitową zewnętrzną oraz ropowicą powłok jamy brzusznej). U chorych z CU najkrótszy pobyt w szpitalu trwał 7 dni, a najdłuższy 27. Dla obydwu grup chorych wyliczono średnie pobytu. Odpowiednio, dla pacjentów chorych na chorobę LC średni pobyt trwał 21 dni (SD=16,45, Me – 13). Natomiast dla chorych z CU średni pobyt wyniósł 13 dni (SD=5,67, Me – 10,5). Różnice te nie były znamienne statystycznie (U=370,5, Z=0,95).

W celu lepszego zobrazowania czasu pobytu pacjentów w klinice czas hospitalizacji chorych podzielono na przedziały (tab. 2.). Z zawartych w tabeli danych wynika, że wśród chorych na CU nie występuje duża roz-

bieżność czasowa i zamyka się ona w trzech przedziałach, tj. 6–10, 11–20, 21–30 dni. Natomiast hospitalizacje z powodu choroby LC wykazują duże różnice co do czasu trwania. Czterech pacjentów przebywało na oddziale od 1 do 5 dni. Pięć chorych było hospitalizowanych powyżej 31 dni do 70 dni. Pozostali chorzy z chorobą LC (11 pobytów, 55%) zostali zakwalifikowani do trzech przedziałów, w których znaleźli się również chorzy z CU. Łącznie dla chorych z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit czas hospitalizacji nie przekraczał zwykle 20 dni, 17 chorych (32,69%) przebywało w szpitalu od 6 do 10 dni, zaś 18 chorych (34,61%) od 11 do 20 dni.

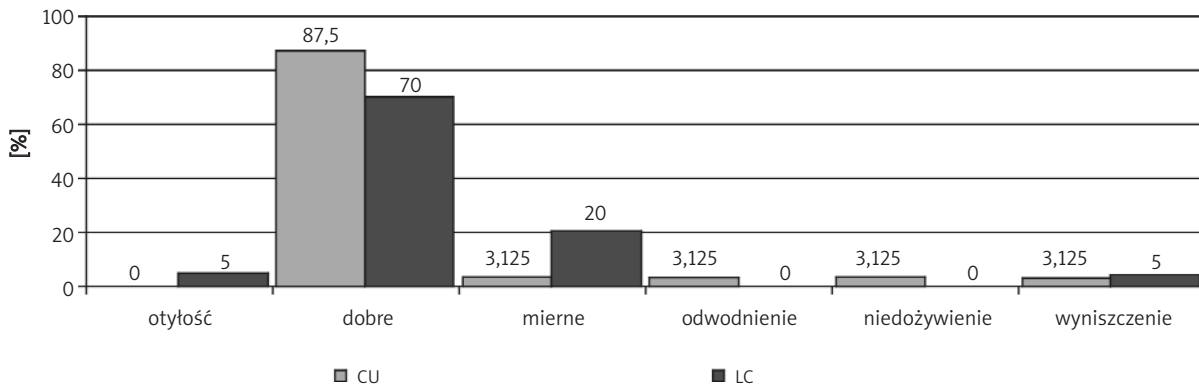
Chorzy na nieswoiste choroby zapalne jelit są przyjmowani do kliniki z różnych powodów, wykonywane są u nich różne zabiegi operacyjne w zależności od wskazań. Dane o powodach przyjęcia na oddział chorych z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit przedstawiono w tab. 3. i 4.

Tab. 3. Powód przyjęcia chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego do Kliniki Chirurgii Ogólnej

Powód przyjęcia	l.	%
do planowej proktokolektomii odtwórczej	10	31,25
do planowego odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego	8	25,00
ciężki rzut choroby	5	15,625
niedrożność jelit	3	9,375
toksyczne rozdęcie okrężnicy	2	6,25
perforacja jelita	2	6,25
nowotwory jelita grubego w przebiegu CU	2	6,25
razem	32	100

Tab. 4. Powód przyjęcia chorych z chorobą Leśniowskiego-Crohna do Kliniki Chirurgii Ogólnej

Powód przyjęcia	l.	%
objawy <i>ostrego brzucha</i> (niedrożność, perforacja)	6	30
objawy niepełnej niedrożności	4	20
ropień okołodbytnicy	4	20
przetoka jelitowo-skórna	2	10
przetoka okołodbytnicza	2	10
powiktania stomii jelitowej	1	5
szczeliny i przetoki odbytu	1	5
razem	20	100



Ryc. 1. Porównanie stanu odżywienia chorych z wrzodzącym zapaleniem jelita grubego i chorobą Leśniowskiego-Crohna

Dane wykazują, że najczęściej ponad połowa chorych (56,25%) z CU była przyjmowana do leczenia chirurgicznego z powodu planowych wskazań: do odtwórczej proktokolektomii (31,25%) i do odtworzenia ciągłości przewodu pokarmowego (25%).

Natomiast w chorobie LC większość chorych (80%) była hospitalizowana z powodu powikłań choroby. Zaledwie czterech chorych było przyjętych i operowanych z powodu objawów niepełnej niedrożności. Wśród powikłań najczęściej wskazaniem do operacji były objawy *ostrego brzucha* (30%) i okołoodbytnicze (20%).

Porównano stan odżywienia pacjentów z chorobą LC i CU. W grupie chorych kwalifikowanych do leczenia operacyjnego z powodu nieswoistych chorób zapalnych jelit wykazano przewagę osób z odżywieniem dobrym u chorych z chorobą CU w porównaniu do chorych z chorobą LC (87,5 vs 70%). Natomiast w tej grupie odsetek chorych z odżywieniem miernym był znacznie mniejszy u chorych z CU (3,125% vs 20%). Występujące różnice nie były istotne statystycznie ($\chi^2=2,607$) (ryc. 1).

Omówienie wyników

Nieswoiste choroby zapalne jelit są schorzeniami znanymi od bardzo dawna. Nie bez znaczenia jest także wkład polskiego lekarza Antoniego Leśniowskiego w ich wyodrębnienie i rozpoznanie. Mimo to w polskiej literaturze fachowej nadal z dużym naciskiem podkreślany jest fakt braku precyzyjnych danych epidemiologicznych [1, 4, 21]. Powszechnie przyjmowaną opinią wśród specjalistów jest wzrost zapadalności w ostatnich latach na CU i chorobę LC w populacji polskiej. Zauważalna tendencja wzrostowa przypisywana jest podwyższeniu się standardu życia Polaków, a także postępowi diagnostyki tych chorób [1, 8].

W pracach Wojtunia i Gila odnajdujemy szacunkowe dane dotyczące możliwości zaniżonej oceny występowania o 27–38% nieswoistych chorób zapalnych jelit [8], co potwierdzać może fakt częstego (ok. 10%) rozpoznawa-

nia CU wśród chorych diagnozowanych z powodu przewlekłej biegunki [1].

Badania własne obejmowały chorych na nieswoiste choroby zapalne jelit, którzy poddani byli zabiegowi operacyjnemu. Rozpiętość wieku chorych była bardzo szeroka, tj. 25–89 lat. Różnica wieku dla CU i choroby LC okazała się istotna statystycznie przy $p<0,05$ ($Z=6,67$). Chorzy operowani z powodu choroby LC byli średnio o ok. 6 lat starsi od pacjentów z CU leczonych w klinice.

Badania przeprowadzone w katowickim ośrodku gastroenterologicznym wykazały również różnice znamienne statystycznie co do wieku chorych. Średnia wieku była wyższa o 5 lat w CU w porównaniu do choroby LC ($p<0,00001$) [22].

Przyczyną odwrotnych proporcji średnich wieku dla obydwu grup mogła być różnica w kryteriach doboru próby badawczej. Badania własne obejmowały tylko chorych leczonych operacyjnie, natomiast badana przez Bołdys i wsp. populacja obejmowała również chorych leczonych zachowawczo. Różnice wyników badań mogą ponadto sugerować, że zapadalność na CU występuje w późniejszym wieku, zaś chorzy są kwalifikowani do leczenia operacyjnego wcześniej niż w chorobie LC.

Wśród badań dotyczących chorych z CU w poznańskiej klinice chirurgii w latach 1970–1997 oceniono grupę chorych leczonych operacyjnie. Średni wiek chorych wyniósł 40 lat i mieścił się w przedziale od 15. do 74. roku życia. W badanej grupie przeważały kobiety (52%) [23]. Inne badania przeprowadzone w warszawskich ośrodkach objęły chorych w wieku od 17 do 68 lat (średnia – 36 lat) operowanych z powodu CU. Również w tej grupie przeważały kobiety (57%) [24].

W tych samych placówkach dokonano analizy leczenia operacyjnego pacjentów z chorobą LC. Rozpiętość wiekowa chorych wyniosła od 16 do 62 lat. Średni wiek pacjentów wyniósł 37 lat w czasie pierwszej operacji z przewagą kobiet (58%) [25].

Dacka ocenił własne wyniki leczenia operacyjnego pacjentów z chorobą LC w latach 1985–2000. Wiek ba-

danych 21 pacjentów wahał się, podobnie jak w badaniach własnych, w szerokich granicach 21–82 lat (średniej wieku nie podano). W grupie tych chorych znacznie więcej (71%) było operowanych kobiet [26].

Powyżej cytowane badania oraz wyniki własne dowodzą, że chirurgiczne leczenie nieswoistych zapaleń jelit stosowane jest w każdym wieku. Średnie wieku pacjentów operowanych z powodu nieswoistych chorób zapalnych jelit mieszczą się w IV i V dekadzie życia.

W badaniach własnych stwierdzono, że częściej są operowani mężczyźni z powodu CU, a w chorobie LC kobiety. Zależności te jednak nie znalazły potwierdzenia w istotności statystycznej. Dacka za Wolffem wskazuje, że istnieją doniesienia o częstszych nawrotach w chorobie LC u kobiet [26].

Wykazano, że w całej grupie operowanych chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit operowane kobiety były średnio starsze od mężczyzn o 8 lat. Różnice te były znamienne statystycznie ($Z=14,65$, $p<0,05$). W doniesieniach Bołdys i wsp., dotyczących charakterystyki demograficznej nieswoistych zapaleń jelit, podobnie przeważały kobiety z wyższą średnią wieku nad młodszymi mężczyznami, przy $p<0,01$. W badaniach stwierdzono także występowanie szczytu zachorowań dla wrzodziejącego zapalenia jelita grubego u mężczyzn w dwóch przedziałach wiekowych 20–29 i 40–49 lat, a u kobiet między 50. i 59. rokiem życia. W chorobie LC występowanie szczytów zachorowań u mężczyzn odnotowano w takich samych przedziałach jak w CU, u kobiet zaś przypadek od między 30. a 39. rokiem życia [22].

W badaniach własnych najwyższy wzrost częstości operacji u chorych z CU wystąpił w przedziale 31–40 lat dla kobiet, a dla mężczyzn w przedziałach 31–40 i 51–60 lat. Natomiast w chorobie LC mężczyźni najczęściej operowani byli między 51. a 60. rokiem życia, kobiety zaś w wieku od 61 do 70 lat.

Katowiccy autorzy porównali wyniki swoich badań z badaniami przeprowadzonymi na początku lat 80. w Polsce. Z porównania wywnioskowano stałe cechy demograficzne w populacji polskiej dotyczące przewagi płci żeńskiej i młodszego wieku chorych z chorobą LC. Ponadto wykazano tendencję wzrostową co do częstości zapałności na chorobę LC w Polsce [22].

Własna analiza czasu hospitalizacji chorych wykazała średni czas dla ogółu nieswoistych zapaleń jelit równy 16 dni. Statystycznie nieistotne różnice wykazano w poszczególnych jednostkach chorobowych dla CU – 13 dni i był to krótszy czas od średniej pobytu w chorobie LC, który wyniósł 21 dni. W literaturze nie odnaleziono danych o czasie hospitalizacji pacjentów leczonych operacyjnie z powodu choroby LC. Natomiast u chorych z CU takie dane opisywano tylko u chorych, u których wykonano odtwórczą proktokolektomię. W pracy Kansta i wsp. średni pobyt chorych na CU w klinice chirurgii wyniósł 32 dni i mieścił się w granicach 21–50 dni. W grupie tych chorych 84% pacjentów miało wykonany zabieg jedno-

etapowo bez wyłaniania odbarczającej stomii, którą zastępował dren wprowadzony przez odbyt ponad zbiornik jelitowy [27].

Wskazania do operacji w przypadku CU nie budzą obecnie większych wątpliwości i są jasno określone. Natomiast wskazania do leczenia operacyjnego choroby LC są kontrowersyjne i nadal szeroko dyskutowane. Mimo to podstawowym wykładnikiem interwencji chirurgicznej w nieswoistych chorobach zapalnych jelit pozostaje indywidualny dobór sposobu leczenia zależny od stanu chorego, który jest odzwierciedleniem powodu przyjęcia chorego na oddział chirurgii, co za tym idzie wybór właściwego momentu przeprowadzenia operacji [7, 9, 13].

Badania Drewsa i wsp. obejmujące 142 chorych leczonych operacyjnie z powodu CU wykazały, że najwięcej chorych przyjęto z powodu przewlekłości schorzenia (27%) oraz ostrego rzutu choroby (21,7%) [23].

Badania własne potwierdziły, że najczęściej u chorych z CU wykonywano zabiegi planowe: odtwórczą proktokolektomię (31,25%) i zamknięcie ileostomii (25%).

Na pierwsze miejsce, co do powodów przyjęć w chorobie LC w doniesieniach Bielickiego i wsp., wysunęła się znacznie niedrożność jelit (30%). Również podczas kolejnych (drugiej i trzeciej) operacji przeważali chorzy z niedrożnością jelit [25].

W badaniach własnych najwięcej chorych z chorobą LC było operowanych z powodu powikłań okołoodbytniczych (35%) i objawów *ostrego brzucha* (30%).

Jak donoszą poznańscy badacze, u chorych na chorobę LC może występować nadwaga i otyłość. Taki odmienny obraz choroby występuje u ok. 4% pacjentów, a w populacji francuskiej sięga 8–10%. Odnaleziono związek otyłości z występowaniem u tych chorych zmian okołoodbytniczych (przetok oraz ropni) [21].

W naszym materiale u chorych z chorobą LC tylko jeden pacjent przyjęty został z otyłością i stanowił on 5% badanej grupy. Wskazaniem do operacyjnego leczenia u tego chorego były przetoki pęcherzowo-odbytnicze oraz przetoki ropne. Jednak głównym zaburzeniem stanu odżywienia w badanej grupie było różnego stopnia niedożywienie (łącznie 17,3%), bez statystycznie znamiennych różnic dla chorych z CU i choroby LC.

Z kolei Sutkowski i wsp. przeprowadzili badania antropometryczne chorych z CU, u których wykonano proktokolektomię odtwórczą. W badaniach 15-osobowej grupy chorych pomiary masy ciała (BMI i skład tkankowy ciała) przed wykonaniem pierwszego zabiegu potwierdziły przewagę niedożywienia. Wszyscy pacjenci operowani byli z powodu nieskuteczności leczenia zachowawczego w trybie planowym. Drugi pomiar po wykonanej kolektomii wykazał istotną statystycznie różnicę ($p<0,0005$) przyrostu masy ciała średnio o 12,8 kg. Natomiast wartości wskaźnika BMI u badanych wzrósł z $18,37\pm 2,29$ do wartości prawidłowej masy ciała ($22,37\pm 2,36$). Uzyskane przez badaczy wyniki skłoniły autorów do wyciągnięcia następującego wniosku: *wykonanie proktokolektomii odtwórczej umożli-*

wia poprawę stanu odżywienia chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego [29].

Podsumowując, warto zaznaczyć, że omawiane jednostki chorobowe, pomimo tej samej klasyfikacji do grupy nieswoistych zapaleń jelit, są schorzeniami o różnym przebiegu, charakteryzującym się odmiennym postępowaniem chirurgicznym i pielęgnacyjnym. W obrazie tych chorób odnaleźć można również wiele podobieństw, które czasami są mylne w okresie diagnostyki tak klinicznej, jak i pielęgniarstwa. Choroba LC i CU stanowią zatem swoistego rodzaju wyzwanie w opiece pielęgniarstwa, szczególnie u chorych hospitalizowanych na oddziale chirurgii.

Wnioski

1. Chorzy z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego operowani są w młodszym wieku w porównaniu z osobami z chorobą Leśniowskiego-Crohna.
2. Z powodu nieswoistych zapaleń jelit kobiety operowane są w młodszym wieku.
3. U chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego i chorobą Leśniowskiego-Crohna występują zaburzenia odżywiania, głównie typu niedożywienia, bez istotnych różnic częstości w obu jednostkach chorobowych. Dlatego też wymagana jest wnikliwa kontrola i ocena stanu odżywienia. Działania prewencyjne w zakresie niedożywienia u chorych z nieswoistymi zapaleniami jelit w okresie okołoperacyjnym powinny stanowić jeden z głównych obszarów opieki pielęgniarstwa.
4. Leczenie operacyjne choroby Leśniowskiego-Crohna powiązane jest głównie z powikłaniami choroby (okołodobytniczymi i objawami *ostrego brzucha*) i bardziej zróżnicowanym czasem hospitalizacji w stosunku do chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego.

Pi miennictwo

1. Wojtuń S, Gil J, Wichan P i wsp. Nieswoiste choroby zapalne jelit – podstawowe wykładniki etiopatogenetyczne i kliniczne. *Pol Merkuriusz Lek* 2004; 17 supl. 1: 9-13.
2. Stadnicki A, Witalińska-Łabuzek M. Nieswoiste zapalenia jelit – patogeneza i leczenie. *Polska Medycyna Rodzinna* 2003; 5: 105-12.
3. Mach T. Nieswoiste zapalenia jelit – patogeneza, obraz kliniczny i leczenie. *Nowa Klin Gastroenterol* 2003; 10: 33-9.
4. Rymarczyk G. Nieswoiste choroby zapalne jelit – wybrane zagadnienia. *Lekarz* 2004; 3: 35-7.
5. Nowakowska-Duława E, Gibiński K, Nowak A. Choroby układu trawiennego. W: *Choroby wewnętrzne. Kokot F (red.). Tom I* Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004; 356-60: 375-81.
6. Gil J, Wojtuń S. Diagnostyka obrazowa w nieswoistych zapaleniach jelit. *Standardy Medyczne* 2004; 5: 585-92.
7. Krokowicz P. Leczenie chirurgiczne chorób zapalnych jelita grubego. *Valetudinaria – Post Med Klin Wojsk* 2004; 9: 20-4.
8. Wojtuń S, Gil J. Podstawowe wykładniki etiopatogenetyczne i kliniczne nieswoistych zapaleń jelit. *Standardy Medyczne* 2004; 1: 917-22.
9. Kuśnierz KA, Kuśnierz M. Wrzodziejące zapalenie jelita grubego – kiedy i jak leczyć chirurgicznie? *Pol Przegl Chir* 2003; 75: 615-22.
10. Mach T, Biesiada G. Choroba Leśniowskiego-Crohna – postępy terapii. *Nowa Klin Gastroenterol* 2003; 10: 41-7.
11. Banasiewicz T, Krokowicz Ł, Borejsza-Wysocki M i wsp. Rodzinne występowanie chorób zapalnych jelita grubego oraz nowotworów złośliwych jamy brzusznej u chorych z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego. *Pol Przegl Chir* 2005; 77: 1066-75.
12. Śliwiński ZK, Stobiński M. Postępy w leczeniu nieswoistych zapaleń jelit – wrzodziejącego zapalenia jelita grubego i choroby Leśniowskiego-Crohna. *Przew Lek* 2003; 9: 62-70.
13. Paśnik K, Krupa J, Stanowski E. Współczesne poglądy na chirurgiczne leczenie nieswoistych zapalnych chorób jelit. *Pol Merkuriusz Lek* 2004; 17 supl. 1: 44-6.
14. Sygut A, Trzcziński R, Skowroński A i wsp. Leczenie chirurgiczne wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. *Terapia* 2005; 6: 53-6.
15. Gadowska-Cicha A, Latos W, Niepsuj KJ i wsp. Leczenie choroby Leśniowskiego-Crohna w górnym odcinku przewodu pokarmowego. *Wiad Lek* 2005; 58: 307-12.
16. Szewczyk MT, Jawień A. Holistyczny model pielęgnowania chorego z nowotworem jelita grubego i kolostomią. W: *Wybrane zagadnienia z chirurgii*. Mickiewicz Z (red.). Tom III. Fundacja Pol Przegl Chir, Warszawa 1999; 438-45.
17. Szewczyk MT, Jawień A. Oczekiwania chorych hospitalizowanych w oddziałach chirurgii ogólnej w zakresie zaspokajania potrzeb biologicznych. *Przew Lek* 2005; 62: 881-5.
18. Plaszczyńska A, Formanowska B, Kaczmarczyk K. Wpływ choroby na funkcjonowanie pacjenta i jego rodziny. *Pielęgniarstwo Polskie* 2005; 1: 82-8.
19. Szewczyk MT, Cierzniańska K, Stodolska A i wsp. Proces pielęgnowania jako metoda pracy. *Przew Lek* 2005; 4: 84-91.
20. Szewczyk MT, Cierzniańska K, Ślusarz R i wsp. Modele opieki pielęgniarstwa. *Przew Lek* 2005; 2: 82-6.
21. Dobrowolska-Zachwieja A, Kaczmarek M, Hoppe-Gotębiewska J i wsp. Wpływ wariantu mutacji NOD2/CARD 15 na występowanie objawów spoza przewodu pokarmowego u chorych z chorobą Leśniowskiego-Crohna w populacji polskiej. *Nowiny Lek* 2004; 73: 337-48.
22. Böldys A, Hartleb M, Böldys H, et al. Demographic characteristics of patients with inflammatory bowel disease-twenty years later. *Gastroenterol Pol* 2005; 12: 9-12.
23. Drews M, Herman J, Krokowicz P i wsp. Ocena wyników chirurgicznego leczenia wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. *Pol Przegl Chir* 2002; 74: 491-500.
24. Bielecki K, Buczak L, Tarnowski W i wsp. Odległe wyniki leczenia chirurgicznego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. *Proktologia* 2002; 3: 40-55.
25. Bednarz W, Woldan J, Dawiskiba J i wsp. Przewlekłe nieswoiste zapalenia jelit – leczenie chirurgiczne. *Gastroenterol Pol* 2002; 9: 27-9.
26. Dacka E. Postępowanie operacyjne w chorobie Leśniowskiego-Crohna. Ocena wyników leczenia. *Gastroenterol Pol* 2002; 9: 121-4.
27. Kanst W, Strużyńska-Karpińska M, Błaszczuk J, et al. Own experience in the surgical treatment of patients with ulcerative colitis and colonic polyposis. *Adv Clin Exp Med* 2005; 14: 301-7.
28. Herman J, Wierzbicki T, Krokowicz P i wsp. Przyczyny niezadowolającego wyniku czynnościowego u chorych po proktokolektomii odtworczej z powodu wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. *Proktologia* 2001; 2 (1): 44-52.
29. Sutkowski K, Bednarz W, Olewiński R i wsp. Antropometryczny badanie pacjentów z wrzodziejącym zapaleniem jelita grubego po trójfazowym leczeniu. *Gastroenterol Pol* 2005; 12: 187-90.