



ROZSZERZANIE DIETY PO ZABIEGACH OPERACYJNYCH

prof. dr hab. n. med. Stanisław Kłęk, dr n. o zdr. Natalia Mogiłko

1. Małoinwazyjne operacje jamy brzusznej

Przykłady:

- laparoskopowe wycięcie pęcherzyka żółciowego (cholecystektomia),
- operacja przepukliny pachwinowej,
- operacja przepukliny brzusznej,
- resekcja prostaty.

Kiedy rozpoczynać żywienie przez przewód pokarmowy?

Już w dniu zabiegu pozwala się pić klarowne płyny (woda, bulion, herbata), przyjmować Żywność Specjalnego Przeznaczenia Medycznego (dawniej nazywaną ONS-ami) i jeść pokarmy stałe. O rodzaju wprowadzonego żywienia (ŻSPM, dieta łatwostrawna) decyduje stan ogólny pacjenta, odstęp czasu od zabiegu, występowanie nudności, wymiotów oraz występowanie uczucia głodu.

W typowym przebiegu po zabiegu laparoskopowym, bez powikłań, jeśli zabieg był wykonany w godzinach porannych pacjent może jeść po kilku godzinach, zwykle po 3-4 godzinach, o ile jest stabilny hemodynamicznie, wyrazi chęć jedzenia i nie ma nudności ani wymiotów.

Następnie: lekkostrawne, raczej niskotłuszczowe posiłki przez pierwsze dni (czasem dłużej), bo po usunięciu pęcherzyka żółć płynie do jelita cienkiego w sposób ciągły i tłuszcz może być

gorzej tolerowany, co może prowadzić do **biegunki, wzdęć i kurczowych bólów brzucha**.

Nie należy podawać potraw smażonych w sposób tradycyjny, tłustych sosów, pełnotłustego nabiału i bardzo tłustych mięs; rekomenduje się stopniowo rozszerzać dietę, **dostosowując ją do tolerancji**.

Kilka praktycznych zasad:

- **zaczynj od małej porcji i niskotłuszczowych potraw** (np. zupa krem, puree z ziemniaków, jogurt naturalny, gotowany ryż + chude białko), następnie stopniowo rozszerzaj dietę
- **jedz częściej, mniejsze porcje;** jeśli pojawią się nudności, cofnij się do klarownych płynów;
- przez pierwsze dni **wyklucz bardzo tłuste/smażone potrawy** (mogą nasilać biegunkę/wzdęcia po usunięciu pęcherzyka).

Wyjątki, w których należy poczekać i zastosować schemat: klarowne płyny → półpłynne → dieta lekkostrawna: nasilone PONV postoperative nausea and vomiting – **pooperacyjne** nudności i wymioty), konwersja do laparotomii, powikłania śródoperacyjne lub zalecenie lekarza, by odroczyć stałe posiłki.

Czym są klarowne płyny?

To napoje przezroczyste, bez cząstek, miazgi i tłuszczu.

Przykłady zalecane:

- woda (niegazowana lub delikatnie gazowana),
- ORS/roztwór nawadniający, napoje izotoniczne,
- herbata słaba (czarna, zielona, ziołowa) bez mleka,
- kawa czarna bez fusów (jeśli nie nasila nudności),
- klarowny bulion/rosół odtłuszczony (bez oczek tłuszczu),
- soki bez miąższu/pulpy
- woda smakowa, kompot przecedzony,
- galaretka klarowna (bez owoców, bez nabiału) – jeśli jest dobrze tolerowana.

Niezalecane:

- mleko, kefir, jogurt, kakao, koktajle mleczne,
- soki z miąższem (pomarańczowy, grejpfrutowy, multiwitamina z pulpą),
- smoothie, zupy-kremy, napoje mętne.

Wskazówki po zabiegu:

- pij małymi łykami co kilka minut; jeśli masz nudności, wybierz napoje niegazowane w temperaturze pokojowej,
- unikaj bardzo tłustych bulionów i bardzo słodkich napojów (mogą nasilać mdłości),
- przy skłonności do luźnych stolców lub po ileostomii preferuj ORS (oral rehydration solution – doustny roztwór nawadniający) zamiast dużych ilości „zwykłej wody”.

Następnego dnia (**24 godziny** po zabiegu) zwykle wolno przejść na dietę lekkostrawną, następnie w kolejnych dniach **na zwykłą zdrową dietę, dostosowaną** do tolerancji.

Po operacjach przepuklin bardzo duże znaczenie odgrywają błonnik oraz nawodnienie.

Chodzi o to, żeby zapobiegać zaparciom i parciu (parcie = ryzyko bólu w ranie). Zalecenia obejmują produkty bogate w białko, wspierające gojenie, oraz błonnik – początkowo rozpuszczalny, stopniowo uzupełniany o błonnik nierozpuszczalny – aby złagodzić zaparcia po lekach przeciwbólowych.

Ciekawostka:

Zarówno przedłużone głodzenie przed zabiegiem, jak i utrzymywanie pacjenta w nieuzasadnionym głodzeniu po operacji wiąże się ze zwiększonym dyskomfortem (głód, pragnienie, osłabienie) oraz wyższą częstością nudności i wymiotów. W wytycznych ESPEN oraz protokołach ERAS podkreśla się konieczność jak najwcześniejszego rozpoczęcia żywienia doustnego lub dojelitowego po zabiegu, ponieważ wczesne doustne przyjmowanie pokarmów nie zwiększa ryzyka powikłań chirurgicznych, a skraca hospitalizację i poprawia komfort pacjentów.

Pacjenci z rozpoznaną chorobą refluksową przełyku stanowią grupę o podwyższonym ryzyku pooperacyjnych nudności i wymiotów.

2. Operacje w jamie brzusznej z otwarciem przewodu pokarmowego i zespoleniem, ale bez dużej przebudowy anatomii

Przykłady:

- wycięcie fragmentu jelita grubego lub cienkiego z zespoleniem (np. hemikolektomia, resekcja esicy, poprzecznicy, resekcja odbytnicy, kolektomia, proktokolektomia),
- klasyczne planowe operacje jelit z odtworzeniem ciągłości (bez zespolu krótkiego jelita),
- częściowa resekcja żołądka (usunięcie fragmentu żołądka, ale nie całości),
- część zabiegów trzustki/dróg żółciowych o mniejszym zakresie (np. dystalna pankreatektomia).

Kiedyś standardem było:

„Czekamy aż usłyszymy perystaltykę/gazy, zanim damy płyny”.

Aktualne zalecenia ERAS (Enhanced Recovery After Surgery) / ESPEN (European Society for Clinical Nutrition and Metabolism): żywienie doustne lub dojelitowe (zależnie od stanu pacjenta) żywienie trzeba zacząć możliwie wcześniej (w pierwszych godzinach po operacji lub w ciągu pierwszej doby), ile pacjent jest przytomny, stabilny hemodynamicznie i nie ma przeciwwskazań chirurgicznych. **Wstrzymywanie żywienia grozi niedożywieniem.**

W chirurgii jelita grubego zaleca się zaoferowanie pacjentowi normalnej diety doustnej w ciągu 24 godzin po planowej resekcji jelita grubego, przyspiesza to powrót funkcji jelit, skraca hospitalizację i nie zwiększa ryzyka nieszczelności zespolenia.

Proponowany schemat:

kilka godzin po wybudzeniu

→ klarowne płyny + napoje węglowodanowe;

dzień po operacji

→ dieta lekkostrawna,

2. dzień

→ zdrowa, lekkostrawna dieta szpitalna.

Po resekcji jelita zwykle zaczyna się od tzw. light diet: małe, miękkie, niskotłuszczowe i stosunkowo niskobłonnikowe posiłki, żeby uniknąć przepełnienia jelit, wzdęć i bólu brzucha. Po operacjach jelitowych (zwłaszcza kiedy pacjent ma świeże zespolenie albo nową stomię) zaleca się przez pierwsze dni ograniczyć surowe warzywa, pełne ziarna, pestki, strączki – bo mogą zwiększać objętość stolca/ ilość gazów. W kolejnym etapie błonnik i pełnoziarniste produkty należy z powrotem stopniowo dodawać, indywidualnie, zależnie od tolerancji, np. przy bieguncie lub zaparciu.

Kluczowy cel żywieniowy:

Białko i energia umożliwiają gojenie rany i zespolenia jelitowego. W ERAS kładzie się nacisk na wysokobiałkową żywność specjalnego przeznaczenia medycznego wcześniej po operacji, żeby pacjent pokrył zapotrzebowanie na makro- i mikroskładniki.



3. Bardzo duże operacje rekonstrukcyjne jamy brzusznej. Przykłady:

- całkowita gastrektomia (usunięcie całego żołądka),
- pankreatoduodenektomia (Whipple),
- bardzo rozległe resekcje jelita (ryzyko zespołu krótkiego jelita),
- całkowita pankreatektomia.

Należy pamiętać, że anatomia trawienia jest zasadniczo inna po operacji: brak zbiornika żołądkowego → ryzyko dumpingu, upośledzone mieszanie pokarmu z enzymami trzustkowymi → ryzyko biegunki tłuszczowej, szybkie przechodzenie treści do jelita cienkiego, opóźnione opróżnianie żołądka po zabiegu Whipple'a itd.

ERAS również w tym przypadku promuje bardzo wczesne żywienie doustne. W wielu protokołach po gastrektomii totalnej/gastrektomii laparoskopowej zależnie od POD (postoperative day/doba pooperacyjna):

- **POD1:** łyki wody (do 500 ml/dobę)
- **POD2-3:** dieta płynna (płynny nie tylko klarowny), do 1000 ml/dobę
- **POD4-5:** dieta miękka/papkowata, jeśli pacjent toleruje (brak nudności, brak wzdęcia brzucha, brak objawów nieszczelności).

Po Whipple'u / pankreatoduodenektomii:

- Również dąży się do wczesnego podania płynów doustnych i stopniowego przechodzenia do pokarmów stałych w ciągu pierwszych kilku dni, zamiast rutynowego, długiego żywienia wyłącznie dojelitowego lub pozajelitowego. Jest to element ERAS w chirurgii trzustki i jest oceniany jako bezpieczny, skracający czas do pełnego żywienia doustnego oraz czas pobytu w szpitalu.

Po operacji bariatrycznej zgodnie z protokołem ERAS-B (ERAS Bariatric Surgery)

- **PODO** (2-6 godzin po zabiegu): klarowne płyny (małe łyki; wg tolerancji) – zwykle można rozpocząć „kilka godzin” po operacji.
- **PODO/POD1:** po uzyskaniu tolerancji klarownych płynów → przejście na płyny odżywcze (kompletne FSMP), nadal małe porcje i stopniowe zwiększanie.
- **POD1-2:** kontynuacja płynów odżywczych jako podstawy, dalsze rozszerzanie diety według protokołu ośrodka.

Zasady żywienia specyficzne dla danego narządu.

a) Gastrektomia

- Małe, częste posiłki (6-8 na dobę), jedzenie powoli, dokładne przeżuwanie.
- Unikanie dużych ładunków cukru prostego (słodkie napoje, desery) na raz → profilaktyka dumpingu (tachykardia, poty, biegunka po szybkim przesycie osmotycznym).
- Białko w każdym posiłku, bo szybciej pojawia się uczucie sytości i łatwo o niedożywienie.

b) Pankreatoduodenektomia (resekcja trzustki)

- Małe porcje co 2-3 godziny, 5-6 posiłków dziennie, dużo białka. Popijaj małymi łykami między posiłkami; należy unikać dużej objętości naraz, ponieważ uczucie pełności i opóźnione opróżnianie żołądka są częste przez pierwsze tygodnie.

UWAGA!

Odejście gazów nie jest warunkiem rozpoczęcia żywienia.

Początek żywienia doustnego – tego samego dnia po zabiegu, wg tolerancji.

Zalecenie (ERAS – po operacjach kolorektalnych): żucie gumy bez cukru ≥10 minut, 3-4 razy dziennie, rozpoczynając w dniu operacji (o ile brak przeciwwskazań), daje niewielką poprawę powrotu funkcji przewodu pokarmowego i może skrócić hospitalizację.

- Ograniczenie bardzo tłustych, smażonych dań i bardzo słodkich napojów na początku, gdyż tłuszcz i cukier są trudniej trawione i mogą prowokować biegunkę tłuszczową, wzdęcia i tzw. objawy typu dumping.
- Często potrzebne enzymy trzustkowe z każdym posiłkiem/przekąską.

4. Operacje ginekologiczne planowe

Przykłady:

- laparoscopia torbiel jajnika,
- histerektomia laparoskopowa / laparotomia,
- operacje endometriozy,
- miomektomia, klasyczna ginekologia niezwiązana z onkologią.

ERAS dla ginekologii

(zarówno ogólnej, jak i onkologicznej):

- doustne płyny i lekka dieta należy rozpocząć w dniu operacji, tak wcześnie jak pacjent toleruje;
- nie ma potrzeby czekania „aż odejdą gazy”. Wczesne karmienie zmniejsza czas utrzymywania kroplówek i skraca hospitalizację, bez wzrostu powikłań.

W praktyce wygląda to jak w mało inwazyjnych operacjach jamy brzusznej.

Zalecenia żywieniowe po wypisie

- **Duża ilość płynów + błonnik rozpuszczalny** (płatki owsiane, zupy krem) → profilaktyka zaparc i parcia przy wypróżnieniu (ważne przy świeżej ranie w powłokach i dnie miednicy).

- Białko w każdym posiłku (gojenie rany). Celem jest komfort jelitowy i gojenie tkanek.

Duża chirurgia ginekologiczno-onkologiczna jamy brzusznej

Przykłady: radykalna histerektomia z limfadenektomią miedniczną/paraortalną, usunięcie macicy + przydatków + fragmentów otrzewnej, czasem resekcje guzów jajnika z „debulkingiem”, czasem drobne resekcje otrzewnej jelitowej.

Rozpoczęcie żywienia

- dokładnie tak jak w protokole ERAS dla chirurgii jelit: zacznij doustnie bardzo wcześnie, najlepiej tego samego dnia, a na pewno <24 h po zabiegu;
- przy dobrej tolerancji – płyny doustne;
- podaż wysokobiałkowych ONS-ów;

Czyli żywienie po rozległej operacji ginekologicznej przebiega podobnie jak po operacjach w jamie brzusznej z otwarciem przewodu pokarmowego i zespoleniem, ale bez dużej przebudowy anatomii.

- występuje realne ryzyko porażenia niedrożności,
- ważne jest tempo rozszerzania diety o kolejne konsystencje (klarowne → półpłynne → miękkie → stałe w ciągu 24 godzin),
- wcześniej dokładamy białko doustne jako interwencję terapeutyczną.

Cięcie cesarskie

Zgodnie z ERAC

(Enhanced Recovery After Cesarean):

Bezpośrednio po cesarskim cięciu

- klarowne płyny doustnie praktycznie od razu po wyjściu z sali operacyjnej /

w ciągu około 60 minut, jeśli pacjentka jest stabilna hemodynamicznie, nie ma nudności i nie było powikłań,

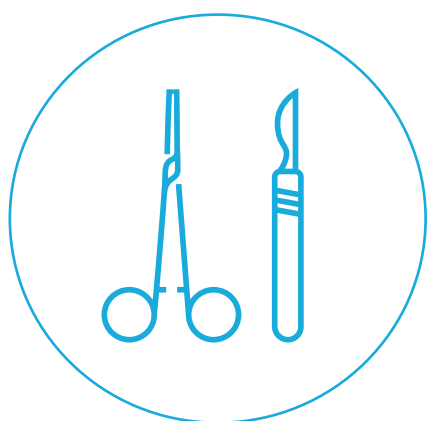
- stałe jedzenie, czyli normalny posiłek, zwykle w ciągu 1–2 godzin od zakończenia zabiegu albo w tej samej dobie, bez czekania na „gazy”. Karmienie w ciągu pierwszych 2 godzin vs „później” nie zwiększa ryzyka nudności, wymiotów, czy niedrożności, a przyspiesza powrót perystaltyki, pionizację, oddanie gazów i skraca czas hospitalizacji.

Czyli po cesarskim cięciu nie obowiązuje już stary schemat: „woda po 12 godzinach, zupa po 24 godzinach, normalna dieta po 48 godzinach”. To jest przestarzałe.

UWAGA!

Nie zaleca się rutynowego podawania kleiku w ramach rozszerzania diety po **żadnym** zabiegu. Jest to element przestarzałej praktyki, który nie znajduje potwierdzenia we współczesnych wytycznych ani w dostępnych danych naukowych. Zamiast wprowadzania „diety kleikowej” rekomenduje się stopniowe rozszerzanie jadłospisu o produkty o odpowiedniej konsystencji, ONS-y dostosowane do stanu klinicznego pacjenta.

Stosowanie kleiku jako głównego elementu diety po zabiegu prowadzi do zbyt małej podaży energii i białka, co sprzyja utrwalaniu lub pogłębianiu niedożywienia, opóźnia gojenie ran oraz zwiększa ryzyko powikłań. Dodatkowo sztuczne wydłużanie etapu „diety kleikowej” niepotrzebnie ogranicza różnorodność i konsystencję posiłków, co może zaburzać powrót do pełnowartościowego żywienia doustnego i pogarszać komfort pacjenta.



Źródła:

1. Irani JL, Hedrick TL, Miller TE, Lee L, Steinhagen E, Shogan BD, et al. Clinical Practice Guidelines for Enhanced Recovery After Colon and Rectal Surgery From the American Society of Colon and Rectal Surgeons and the Society of American Gastrointestinal and Endoscopic Surgeons. *Dis Colon Rectum*. 2023;66(1):15-40. doi:10.1097/DCR.0000000000002650
2. Weimann A, Bezmarevic M, Braga M, Correia MITD, Funk-Debleds P, Gianotti L, et al. ESPEN guideline on clinical nutrition in surgery – Update 2025. *Clin Nutr*. 2025;53:222-261. doi:10.1016/j.clnu.2025.08.029
3. American College of Obstetricians and Gynecologists' Committee on Obstetric Practice. Perioperative pathways: enhanced recovery after surgery. Committee Opinion No. 750. *Obstet Gynecol*. 2018;132(3):e120-e130. doi:10.1097/AOG.0000000000002818
4. Mohajeri L, Daghayeghi R, Rostami N, Moeinipour Y, et al. Early oral feeding after laparoscopic total gastrectomy in gastric cancer patients: a meta-analysis of randomized controlled trials and cohort studies. *BMC Gastroenterol*. 2025;25:709. doi:10.1186/s12876-025-04283-2
5. Melloul E, Lassen K, Roulin D, Grass F, Perinel J, Adham M, et al. Guidelines for Perioperative Care for Pancreatoduodenectomy: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Recommendations 2019. *World J Surg*. 2020;44(7):2056-2084. doi:10.1007/s00268-020-05462-w
6. Nelson G, Altman AD, Nick A, Meyer LA, Ramirez PT, Ahtari C, et al. Guidelines for postoperative care in gynecologic/oncology surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS®) Society recommendations – Part II. *Gynecol Oncol*. 2016;140(2):323-332. doi:10.1016/j.ygyno.2015.12.019
7. Ituk U, Habib AS. Enhanced recovery after cesarean delivery [version 1; peer review: 2 approved]. *F1000Research*. 2018;7(F1000 Faculty Rev):513. doi:10.12688/f1000research.13895.1
8. Na HS. Optimizing maternal recovery: insights into enhanced recovery after Cesarean delivery. *Anesth Pain Med (Seoul)*. 2025;20(2):101-108. doi:10.17085/apm.25211
9. University Hospital Southampton NHS Foundation Trust. Eating after bowel surgery [Internet]. Southampton: UHS; 2019 [cited: data dostępu] / [dostęp: DD.MM.RRRR]. Available from: <https://www.uhs.nhs.uk/Media/UHS-website-2019/Patientinformation/Digestionandurinaryhealth/Eating-after-bowel-surgery-2262-PIL.pdf>
10. Kwon YS, Choi JW, Lee HS, Kim JH, Kim Y, Lee JJ. Effect of a Preoperative Proton Pump Inhibitor and Gastroesophageal Reflux Disease on Postoperative Nausea and Vomiting. *J Clin Med*. 2020;9(3):825. doi:10.3390/jcm9030825
11. Zhu J, Wu L, Chen G, Zhao X, Chen W, Dong Z, et al. Preoperative reflux or regurgitation symptoms are independent predictors of postoperative nausea and vomiting (PONV) in patients undergoing bariatric surgery: a propensity score matching analysis. *Obes Surg*. 2022;32:819-828. doi:10.1007/s11695-021-05859-z
12. Stenberg E, dos Reis Falcão LF, O'Kane M, Liem R, Pournaras DJ, Salminen P, Urman RD, Wadhwa A, Gustafsson UO, Thorell A. Guidelines for Perioperative Care in Bariatric Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS) Society Recommendations: A 2021 Update. *World J Surg*. 2022 Apr;46(4):729-751. doi:10.1007/s00268-021-06394-9.