

Bariatryka

chirurgiczne leczenie otyłości.



Stały wzrost liczby osób otyłych na świecie, w tym również w Polsce, osiąga rozmiary epidemii.

W celu uniknięcia niepożądanych chorób, towarzyszących zwykle otyłości, w chirurgii bariatrycznej stosowane są trzy rodzaje zabiegów operacyjnych:

- restrykcyjne - np. sleeve gastrektomia
- wyłączające - np. wyłączenie żółciowo-trzustkowe
- połączenie obu operacji, czyli restrykcyjno-wyłączające - np. gastric-by-pass

Przez wiele lat zabiegami najczęściej wykonywanym z grupy restrykcyjnych była pionowa plastyka żołądka, a następnie opasanie przepaską regulowaną. Obecnie na świecie oraz w Polsce zdecydowanie odchodzi się od tych operacji ze względu na ich małą skuteczność oraz możliwe odległe następstwa. Operacją najczęściej wykonywaną jest obecnie laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka, czyli sleeve gastrektomia.

Skuteczność leczenia chirurgicznego

Wieloośrodkowe analizy prowadzone na całym świecie dowiodły, że skuteczność leczenia zachowawczego ocenia się na poziomie od 1 do 8% chorych w porównaniu z 85% skutecznością leczenia chirurgicznego. Za skuteczne uważamy takie leczenie, które w konsekwencji prowadzi także do uzyskania w sposób trwały należytej lub zbliżonej do niej masy ciała. Podstawowym parametrem oceniającym stopień otyłości jest wskaźnik masy ciała BMI (Body Mass Index), który wyraża stosunek masy ciała w kg do wzrostu w m, podniesionego do potęgi drugiej, np. BMI pacjenta z masą ciała 120 kg i wzrostem 1,73 m wynosi: $BMI = 120 / (1,73 * 1,73) = 40,09$

Jak się ocenia stopień otyłości?

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przyjmuje się następujące wartości BMI:

20 – 24,9 – norma

25 – 29,9 – nadwaga

30 – 34,9 – otyłość I stopnia

35 – 39,9 – otyłość II stopnia

powyżej 40 – otyłość III stopnia (olbrzymia)

Kwalifikacje do leczenia

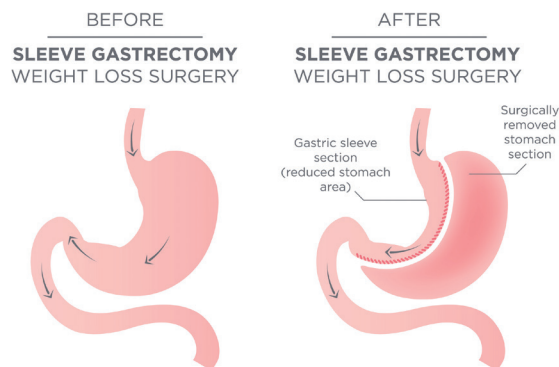
Chirurgiczne leczenie otyłości proponowane jest chorym ze wskaźnikiem BMI powyżej 40 lub niżej 40 z towarzyszącymi chorobami współistniejącymi, zwłaszcza składowymi zespołu metabolicznego (chirurgiczne leczenie cukrzycy typu B), u których dotychczasowe postępowanie okazało się nieskuteczne. Choroby towarzyszące zwykle otyłości to między innymi: nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 i dyslipidemia (zaburzenia gospodarki tłuszczowej), także w konsekwencji: niewydolność sercowo-naczyniowa, oddechowa, zmiany zwyrodnieniowe kręgosłupa i stawów biodrowych oraz kolanowych, bezdech senny, torbielowość jajników itd. Przy ocenie wskazań do operacji uwzględnia się najwyższą, osiągniętą przez chorego, masę ciała. Wskazaniem do operacyjnego leczenia otyłości jest również sytuacja, w której chorujący na otyłość uzyskał znaczną redukcję masy ciała w wyniku leczenia zachowawczego, a doszło do ponownego jej zwiększenia (tzw. efekt jo-jo). W stosunku do chorych powyżej 60. roku życia należy brać pod uwagę fakt szczególnej poprawy ich jakości życia po operacji i traktować wskazania do operacji bardzo indywidualnie.

Nie ma ustalonych granic wiekowych dla osób, które chciałyby poddać się operacji bariatrycznej.

Przebieg operacji

Rękawowa resekcja żołądka to wycięcie 2/3 objętości żołądka od strony krzywizny większej, w wyniku czego zmniejsza się również w znacznym stopniu wydzielanie greliny (hormonu głodu). Rękawowa resekcja żołądka wykonywana jest w znieczuleniu ogólnym, w technice laparo-

skopowej, operacja trwa od 60 do 90 minut. Obecnie w chirurgii bariatrycznej dominuje technika laparoskopowa, dzięki której znacznemu ograniczeniu ulega traumatyzacja tkanek, uzyskuje się lepszy wgląd w pole operacyjne dzięki zastosowaniu toru wizyjnego z kamerą HD lub 3DHD. Dzięki technikom małoinwazyjnym i wysoko zaawansowanym technologiom skraca się pobyt pacjenta w szpitalu, zdecydowanie zmniejsza się ból pooperacyjny, szybciej następuje uruchomienie chorego, skraca się okres rekonwalescencji, zdecydowanie lepszy jest też efekt kosmetyczny.



Badania wykonywane przed operacją:

- szeroki zakres badań laboratoryjnych krwi oraz:
- RTG klatki piersiowej
- EKG
- echo serca
- spirometria
- USG brzucha
- gastroscopia

a także konsultacje u specjalistów współpracujących z chirurgiem w zakresie przygotowania pacjenta do leczenia operacyjnego:

- internisty
- kardiologa
- pulmonologa
- dietetyka klinicznego
- psychologa klinicznego
- anestezjologa

Pacjent po zabiegu

Po operacji pacjent pozostaje w szpitalu przez trzy dni. Decyzję o opuszczeniu przez niego placówki podejmuje lekarz na podstawie oceny stanu zdrowia pacjenta po zabiegu. Konieczna jest współpraca ze strony pacjenta z lekarzem prowadzącym oraz z dietetykiem i psychologiem, a także lekarzem rodzinnym w miejscu zamieszkania. Wizyty kontrolne odbywają się: miesiąc, 3 mie-

siące, 6 i 12 miesięcy po operacji. W pierwszych trzech tygodniach po operacji pacjent jest na diecie płynnej, miksowanej. Zjada 5-6 posiłków w ciągu doby. Pokarmy stałe wprowadza się stopniowo dopiero po upływie tego czasu. Pacjent podczas pobytu w szpitalu otrzymuje pełną informację dotyczącą żywienia oraz aktywności fizycznej. Opuszczając szpital pacjent otrzymuje poradnik pacjenta bariatrycznego zawierający szczegółowe wskazania dotyczące diety.

Zalecenia dietetyczne po operacji

Podczas pierwszych 2 tygodni po operacji, kiedy żołądek zaczyna się goić, chory może spożywać tylko płynne pokarmy w ilościach zaleconych przez lekarza.

Podczas 2 fazy, która trwa kolejne 3 tygodnie, wprowadza się produkty o konsystencji papki (nie mogą zawierać kawałków pokarmu stałego), np.: jogurt, piure, ryby, miękkie owoce, warzywa i twaróg. Należy pamiętać, że system trawienny wciąż może być wrażliwy na pikantne przyprawy i produkty mleczne. Jeśli chcemy spożywać tego rodzaju produkty, dodajmy je do jadłospisu stopniowo i w małych ilościach. Podczas tej fazy można jeść miękkie, stałe pokarmy, np.:

- mielone lub drobno pokrojone mięso
- konserwy
- miękkie, świeże owoce
- gotowane warzywa

Przed wprowadzeniem do jadłospisu żywności o twardszej konsystencji chory powinien spożywać „miękką dietę” przez 4 tygodnie. Po około 8 tygodniach od operacji odchudzającej można stopniowo powrócić do jedzenia stałej żywności. Zdarza się, że niektórzy chorzy nadal mają trudności z jedzeniem normalnych pokarmów. Dlatego chory powinien zacząć powoli przyzwyczajać swój żołądek do tradycyjnej diety, aby sprawdzić, jakie pokarmy są przez niego tolerowane.



Opracowanie: dr n. med. Wiesław Pesta