

Bariatria

- chirurgiczne leczenie otyłości

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



Skuteczność leczenia

W celu uniknięcia niepożądanych chorób, towarzyszących zwykle otyłości, w tym także składowych zespołu metabolicznego – nadciśnienia tętniczego, cukrzycy typu B i dyslipidemii (zaburzenia gospodarki tłuszczowej), ale także w konsekwencji: niewydolności sercowo-naczyniowej, oddechowej, zmian zwyrodnieniowych kręgosłupa i stawów biodrowych oraz kolanowych, istnieje konieczność objęcia leczeniem wielu chorych.

Ocena stopnia otyłości

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: $BMI = 120 / (1,73 * 1,73) = 40,09$ Wg 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)

W szpitalu Żagiel Med w Lublinie istnieje możliwość kompleksowego, chirurgicznego leczenia otyłości. Szpital spełnia wszelkie wymogi stawiane tego typu ośrodkom. Jednym z warunków koniecznych, określonych przez Zarząd Sekcji Chirurgii Bariatrycznej i Metabolicznej Towarzystwa Chirurgów Polskich, jest stworzenie zespołu interdyscyplinarnego, zajmującego się chorymi otyłymi.

Wskazania do leczenia

Chirurgiczne leczenie otyłości proponujemy chorym ze wskaźnikiem BMI powyżej 40 lub niższym, ale z towarzyszącymi chorobami współistniejącymi, zwłaszcza składowymi zespołu metabolicznego (chirurgiczne leczenie cukrzycy typu B), u których dotychczasowe postępowanie okazało się nieskuteczne. Przy ocenie wskazań do operacji uwzględnia się najwyższą, osiągniętą przez pacjenta chorego, masę ciała. Ewentualna redukcja masy ciała na drodze leczenia zachowawczego nie jest przeciwwskazaniem do operacji. Wskazaniem do operacyjnego leczenia otyłości jest również sytuacja, w której chorujący na otyłość olbrzymią uzyskał znaczną redukcję masy ciała w wyniku leczenia zachowawczego, a doszło do ponownego jej zwiększenia (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. Leczenie operacyjne otyłości wśród dzieci i młodzieży jest uzasadnione, przy czym wymaga zachowania szczególnych zasad kwalifikacji i leczenia.

Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka

Najczęściej wykonywaną operacją w naszej klinice jest obecnie laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka (LSG), która często może być docelową operacją nawet u osób z BMI > 50. O doborze odpowiedniej operacji decydują chirurg bariatra wspólnie z pacjentem, biorąc pod uwagę aktualną wiedzę, doświadczenie zespołu oraz indywidualne preferencje chorego. Po opera-

cji konieczna jest współpraca ze strony pacjenta z lekarzem prowadzącym oraz w razie potrzeby z dietetykiem i psychologiem, a także lekarzem rodzinnym w miejscu zamieszkania. Przyjmuje się, że wizyty kontrolne powinny się odbywać: miesiąc, 3 miesiące, 6 i 12 miesięcy po operacji.

Diagnostyka pacjenta operowanego

Pacjenci zakwalifikowani do zabiegu bariatrycznego mają zagwarantowaną pełną diagnostykę przedoperacyjną, w tym:

- badania laboratoryjne
- RTG
- EKG
- echo serca
- spirometria
- USG brzucha i inne

oraz konsultacje:

- gastrologiczną
- dietetyczną i psychologiczną
- kardiologiczną

Po zabiegu pacjent przechodzi konsultację pooperacyjną.

Zabiegi operacyjne małoinwazyjne to przełom w chirurgii. Dzięki znacznemu zmniejszeniu trauma-

tyzacji tkanek umożliwiają one ograniczenie bólu pooperacyjnego.

Dzieje się tak dzięki:

- zastosowaniu toru wizyjnego z kamerą HD wysokiej rozdzielczości,
- minimalnie inwazyjnemu dostępowi do pola operacyjnego poprzez jedno lub kilka drobnych nacięć na skórze,
- wykorzystaniu zaawansowanych technologii sprzętu chirurgicznego.

Opracowanie:
dr n. med. Wiesław Pesta

W Żagiel Med są realizowane również inne zabiegi małoinwazyjne:

diagnostyka z pobraniem wycinków

Laparoskopia diagnostyczna, także z pobraniem wycinków z narządów jamy brzusznej do badań histopatologicznych

zespół i choroba Raynauda

torakoskopowa sympatektomia piersiowa

niedrożność jelit

laparoskopowa operacja niedrożności jelit

nowotwór lub zapalenie trzustki

torakoskopowa splanchnectomia (w celu zmniejszenia lub likwidacji bólu)

pęcherzyk żółciowy

laparoskopowa cholecystektomia lub SILS - cholecystektomia

przepuklina pachwinowa

laparoskopowa hernioplastyka TAAP

przepuklina brzuszna

laparoskopowa hernioplastyka IPOM

guzy w jelicie grubym lub odbytnicy

laparoskopowe operacje kolorektalne

tarczycza i przytarczycze

tyreoidektomia lub paratyreoidektomia (zakres wycięcia w zależności od patologii)

achalazja

laparoskopowa operacja achalazji (zwężenia) przełyku

choroba refluksowa przełyku

laparoskopowa fundoplikacja Nissena lub Toupet

przepuklina rozworu przełykowego przepony

laparoskopowa operacja przepukliny

wrostek robaczkowy

laparoskopowa appendektomia

perforacja wrzodu żołądka

laparoskopowa operacja przedziurawienia wrzodu żołądka

śledziona

laparoskopowa splenektomia

żylaki i owrzodzenia podudzi

krurioskopia z podpowięziowym przecięciem żył przesywających (SEPS)

żylaki powrózka nasiennego

laparoskopowa varicocektomia