

## **Poradnia Bariatryczna**

Serdecznie zapraszamy Państwa do nowo powstałej Poradni Bariatrycznej zajmującej się chirurgicznym leczeniem otyłości. Poradnia będzie czynna w każdy ostatni piątek miesiąca w godzinach od 8-10. Osoby zainteresowane zapraszamy ze skierowaniem do rejestracji: tel. (77) 44-33-588 (589).

### **Wstęp**

Otyłość jest chorobą cywilizacyjną, która w zastraszającym tempie rozwija się na całym świecie, również w Polsce. Jest chorobą przewlekłą o podłożu genetyczno-środowiskowym, która polega na zwiększeniu masy ciała powyżej należnej związanej ze zwiększeniem ilości tkanki tłuszczowej. Główną przyczyną otyłości jest nadmierna alimentacja pokarmów oraz brak lub niewystarczająca aktywność fizyczna. W zależności od wartości wskaźnika masy ciała BMI rozróżniamy: nadwagę przy BMI pomiędzy 25-30; otyłość I stopnia przy BMI między 30-35; otyłość II stopnia przy BMI powyżej 35 oraz otyłość olbrzymią gdy BMI wynosi powyżej 40.

Zgodnie z aktualnymi wynikami badań naukowych, zabiegi z zakresu chirurgii bariatrycznej pozostają jedyną metodą leczenia otyłości olbrzymiej, o udowodnionej skuteczności. Udokumentowano przewagę leczenia chirurgicznego nad metodami zachowawczymi, zarówno w zakresie redukcji masy ciała oraz ustępowania chorób wchodzących w skład zespołu metabolicznego: cukrzycy, nadciśnienia tętniczego, zaburzeń lipidowych, stłuszczenia wątroby oraz zmniejszenia częstości występowania nowotworów złośliwych zależnych od otyłości (rak endometrium, pęcherzyka żółciowego, nerki, szyjki macicy, tarczycy, wątroby, jelita grubego, jajników, sutka oraz białaczek). Zastosowanie leczenia operacyjnego w otyłości wydłuża życie oraz poprawia jego jakość.

## **Kryteria kwalifikacji do chirurgicznego leczenia otyłości**

- Wskaźnik masy ciała BMI równy lub wyższy niż 40;
- Wskaźnik masy ciała BMI równy lub wyższy niż 35 u pacjentów, u których konieczna jest redukcja masy ciała w celu zapewnienia lepszej kontroli/wyleczenia chorób związanych z otyłością jak insulinooporność, zespół metaboliczny, cukrzyca typu II, choroby układu krążenia, zespół bezdechu sennego, zespół policystycznych jajników oraz przed zabiegami operacyjnym takimi jak endoprotezoplastyki, przeszczepy narządów, gdy nastąpiła dyskwalifikacja od zabiegu z powodu otyłości;
- Pacjenci po uprzednich zabiegach bariatrycznych, u których nie został osiągnięty efekt zarówno w redukcji masy ciała jak i leczenia chorób związanych z otyłością;
- Pacjenci w wieku 18-65 lat.

Kryterium wskaźnika BMI dotyczy najwyższej udokumentowanej dotychczas wartości. Redukcja masy ciała przed zabiegiem operacyjnym metodami zachowawczymi nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu.

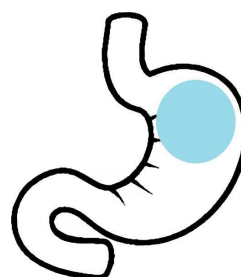
## **Wykaz niezbędnych badań i konsultacji do wykonania przed zabiegiem Bariatrycznym**

1. Konsultacja Endokrynologiczna – wykluczenie endokrynologicznego tła otyłości i zaświadczenie o braku przeciwwskazań do zabiegu bariatrycznego;
2. Konsultacja Psychiatryczna/Psychologiczna – zaświadczenie o braku przeciwwskazań do zabiegu bariatrycznego, ocena pod kątem występowania zaburzeń łaknienia, ocena motywacji i akceptacji ryzyka powikłań zabiegowych, stałej zmiany trybu życia i sposobu odżywiania;
3. Gastroskopia z testem ureazowym - ocena pod kątem obecności patologii błony śluzowej przełyku, żołądka, dwunastnicy oraz przepukliny rozworu przełykowego, w przypadku obecności zakażenia bakterią *Helicobacter pylori* wskazana jest eradykacja;
4. USG jamy brzusznej - ocena zmian w zakresie jamy brzusznej;
5. RTG klatki piersiowej - ocena przed znieczuleniem ogólnym;
6. Konsultacja Kardiologiczna - kwalifikacja do zabiegu operacyjnego przeprowadzanego w znieczuleniu ogólnym oraz z wytworzeniem ciśnienia w jamie otrzewnej ok. 15MmHg;
7. Opcjonalnie inne konieczne konsultacje i badania zależne od chorób współistniejących.

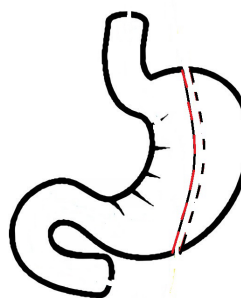
## Rodzaje wykonywanych zabiegów bariatrycznych

Wszystkie zabiegi wykonujemy metodą laparoskopową, co oznacza, że są wykonywane przy pomocy kamery wprowadzanej do jamy brzusznej. Następnie, do brzucha wprowadzane są porty robocze, przez które wprowadzane są narzędzia operacyjne. Po zabiegu pozostaje kilka drobnych kosmetycznych blizn. Obecnie w Oddziale Chirurgii Ogólnej z Pododdziałem Leczenia Stopy Cukrzycowej wykonujemy następujące rodzaje zabiegów:

- *Balon żołądkowy* - Z uwagi na brak długoterminowego efektu tej metody leczenia, obecnie głównym jej zastosowaniem jest przygotowanie do operacji chorych o szczególnie wysokim BMI, tj. powyżej 60 oraz obciążonych dużym ryzykiem okołoperacyjnym, zdyskwalifikowanych od znieczulenia.



- *Laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka (Laparoscopic Sleeve Gastrectomy, LSG)* - Jest to obecnie najczęściej wykonywana operacja bariatryczna. Jest to procedura jednoetapowa lub procedura służąca przygotowaniu do kolejnych etapów leczenia, u osób z wysokimi wartościami BMI i obciążonych chorobami stanowiącymi przeciwwskazanie do bardziej rozległych operacji. Po zabiegu rzadko obserwowane są niedobory żywieniowe z uwagi na brak zaburzeń wchłaniania. Podczas zabiegu przy pomocy endostaplerów liniowych usuwa się dno i około 80% trzonu żołądka od strony krzywizny

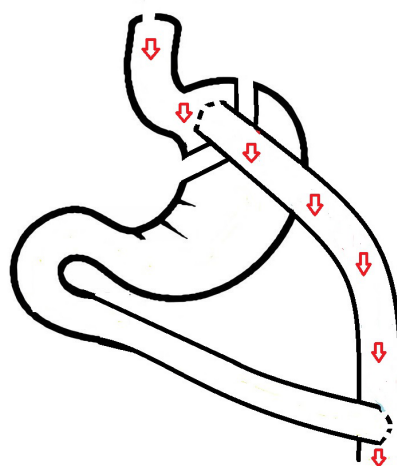


większej, kalibrując pozostałą część żołądka na grubej sondzie.

Pozostawia się mały (100–150 ml) zbiornik żołądkowy w kształcie rękawa i nienaruszony odźwiernik. Objętość żołądka znacząco maleje, co ogranicza możliwość przyjmowania większych ilości pokarmów. Nie jest to główny mechanizm działania tej operacji. Zabieg ten zmniejsza ilość produkowanej przez komórki enteroendokrynne typu A dna żołądka Greliny - hormonu głodu. Dodatkowo w trzonie żołądka znajduje się region rozrusznikowy żołądka, a jego usunięcie powoduje przyspieszenie przechodzenia pokarmu przez przewód pokarmowy.

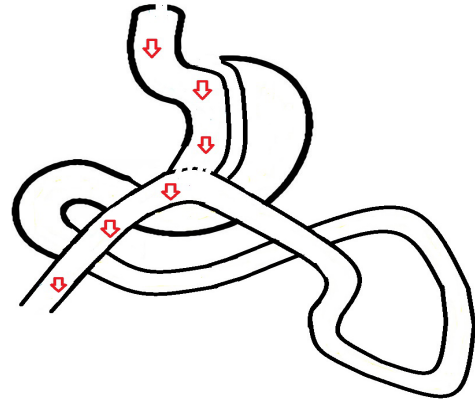
- *Wylączenie żołądkowe typu Roux-en-Y (Roux-en-Y gastric bypass –*

*RYGB* - Technika zabiegu polega na wytworzeniu zbiornika z górnej części żołądka o objętości 15–30 ml za pomocą staplerów liniowych oraz połączeniu tego zbiornika z wydzieloną pętlą jelitową – pętlą pokarmową o długości 100–200 cm,



a następnie połączeniu enzymatycznej pętli jelita cienkiego w odległości 70–100 cm od więzadła Treitza z pętlą pokarmową. Oprócz zmniejszenia objętości zbiornika żołądkowego, skraca się również część trawienną przewodu pokarmowego, co zmniejsza wchłanianie trawionego w nim pokarmu. Operacja ta charakteryzuje się dużą rozległością i wykonaniem co najmniej dwóch zespożeń (żołądkowo-jelitowego i jelitowo-jelitowego). Długość pętli pokarmowej powinna wynosić 75–100 cm u osób z BMI poniżej 50 oraz 100–250 cm u osób z BMI powyżej 50.

- *Mini gastric bypass* - Zabieg polega na trwałym podzieleniu żołądka na dwa zbiorniki: mniejszy - górny, który pełni rolę głównego żołądka i dolny-większy, do którego pokarm nie dociera, a jedyną jego funkcją jest produkcja soków trawiennych. W drugim etapie zabiegu wykonujemy zespolenie żołądka z pętlą jelita cienkiego, by przywrócić ciągłość przewodu pokarmowego. Odcinek długości 180 - 220cm jelita cienkiego zostaje wyłączony z pasażu. Powoduje to znaczne skrócenie drogi pokarmowej i zmniejszenie wchłaniania pokarmu.



## Najczęstsze powikłania po zabiegach:

- infekcja ran pooperacyjnych,
- krwawienie z miejsca odcięcia fragmentu żołądka oraz z miejsc po trokarach,
- nieszczelność i przeciek na linii zespolenia oraz nieszczelność zespożeń,
- zwężenie zespolenia żołądkowo-jelitowego lub jelitowo-jelitowego, zwężenie lub skręcenie pozostawionego mankietu żołądkowego,
- niedrożność przewodu pokarmowego,
- uszkodzenie sąsiednich narządów jak przełyk, śledziona, jelita, wątroba, naczynia krwionośne,
- przepuklina w bliźnie pooperacyjnej,
- przepuklina wewnętrzna,
- niedobory witamin i składników odżywczych,
- u około 1/4 chorych w okresie pooperacyjnym dochodzi do rozwoju kamieni żółciowych,
- refluks żołądkowo-przełykowy,
- zatorowość płucna.

Ogólna śmiertelność po zabiegach bariatrycznych nie przekracza **1%**.