

## Bariatrična (metabolična) kirurgija

Bariatric (metabolic) surgery

Alojz Pleskovič



prof. dr. Alojz Pleskovič,  
dr. med.

Čezmerna (morbidna) debelost postaja v razvitem svetu vse večji problem, katerega je mogoče dolgoročno rešiti le s kirurškim posegom.<sup>1</sup> Vsi dosednji poskusi reševanja tega problema na konzervativen način so dosedaj propadli. Odstotek čezmerno debelih je vse večji in postaja resen problem že v otroški oziroma adolescentni dobi. Čezmerna debelost je vzrok številnim boleznim (sladkorna bolezen, zvišan krvni tlak, srčno-žilne bolezni, degenerativne bolezni sklepov in podobno), ki bistveno vplivajo na kakovost in trajanje življenja. Zaradi vsega naštetega je postal kirurški pristop k zdravljenju tega problema aktualen tudi pri nas. Pred leti so se tega problema prvi lotili kirurgi v SB Slovenj Gradec in nekoliko kasneje tudi v UKC Ljubljana. V današnji številki Zdravniškega vestnika kolegi kirurgi iz SB Slovenj Gradca objavljajo svoje izkušnje.<sup>2</sup>

Kirurške možnosti zdravljenja čezmerno debelih bolnikov razdelimo v tri skupine: restriktivni operacijski posegi, kombinirani restriktivno-malabsorpcijski operacijski posegi in primarno malabsorpcijski operacijski posegi. Kirurg, ki je dobro izurjen v minimalno invazivni kirurgiji, nudi posameznim bolnikom najboljšo možno operacijo, s katero doseže želeno zmanjšanje telesne teže in odpravo debelost spremljajočih bolezni. V današnji dobi dostopnosti do informacij so tudi bolniki postali mnogo bolj informirani udeleženci procesa zdravljenja in tako pogosto pridejo do bariatričnega kirurga z že ustvarjeno sliko o različnih bariatričnih operacijskih posegih. Vsak operacijski poseg ima svoje prednosti in pomanjkljivosti in temu ustrezno je pomembno, da upošte-

vamo številne dejavnike, ko se odločamo za vrsto operacijskega posega. Medtem ko je lahko kak operacijski poseg za določenega bolnika najboljša izbira, je lahko za drugega zelo slaba rešitev.

Za dolgotrajni uspeh operacijskega posega in za bolnikovo varnost je potrebno upoštevati indikacije za bariatrično kirurgijo in skrbno izbirati bolnike za posamezen operacijski poseg. Osnovno merilo, ki je bilo sprejeto leta 1991, je čezmerna debelost z indeksom telesne mase (ITM) večjim od 40 kg/m<sup>2</sup> ali z ITM večjim od 35 kg/m<sup>2</sup> s spremljajočimi boleznimi, kot so: degenerativne bolezni sklepov, zvišan krvni tlak, sladkorna bolezen, apneja v spanju, astma, venski zastoj, zvečana koncentracija holesterola/trigliceridov v krvi in gastroezofagealni refluks. Dodatna temeljna merila, ki jih je potrebno upoštevati, so: motiviranost in razumnost bolnika, odsotnost psihiatričnih bolezni in starost bolnika.<sup>3</sup>

Namen restriktivnih operacijskih posegov je oblikovati tako majhen rezervoar, da se ta ob uživanju hrane zelo hitro napolni in povzroči občutek sitosti. Tako bolniki zaužijejo bistveno manj kalorij in pri tem izgubijo dovolj telesne teže brez tveganja črevesnih anastomoz in dolgoročnega tveganja malabsorpcije in malnutricije. Najpogosteje uporabljani metodi z dobrimi rezultati sta: zažetje želodca s prilagodljivim obročem in vzdolžna resekcija želodca.

Najpogosteje uporabljani kombinirani restriktivno malabsorpcijski poseg je želodčni obvod, ki je kombinacija odlične restrikcije z zmerno malabsorpcijo. Restriktivna komponenta predstavlja 20 do 30 cm<sup>3</sup>

velik krn želodca, ki je z Rouxovo vijugo jejunuma povezan z majhno 1 cm v premeru veliko anastomozo. Dolžina Rouxove vijuge jejunuma in velikost obvoda (upoštevajoč distalni del želodca, ves dvanajstnik in proksimalni del jejunuma) določata stopnjo malabsorpcije. Zaradi majhne oboperacijske zbolewnosti in smrtnosti, odlične dolgoročne izgube telesne teže in majhne pojavnosti dolgoročnih zapletov je laparoskopski želodčni obvod operacija izbire za večino bariatričnih bolnikov.

Izbira laparoskopskega malabsorpcijskega operacijskega posega je kompleksen postopek. Razen tehničnih zahtevnosti posega sta pomembna dejavnika še bolnikova izbira in dietni izbor. Ohranitev intaktnega pilorusa prepreči postgasrektomijski sindrom, ki se pogosto pojavlja pri jedcih sladkarij, kar je prednost, ki jo ugotavljajo nekateri bolniki. Bolniki imajo tudi večjo fleksibilnost, kar se tiče dietne prehrane, saj večji želodčni rezervoar omogoča večje obroke hrane. Razen tega je povečan vnos kalorij, ki jih predstavlja maščoba, še vedno možen, vendar je divertikulizacija dvanajstnika vzrok manjše absorpcije maščob, kar povzroči pogostejše odvajanje blata in smrdečih vetrov. Bolniki so nagnjeni k pomanjkanju vitaminov, mineralov in drugih prehranskih snovi po biliopankreatičnem obvodu z divertikulizacijo dvanajstnika v primerjavi z drugimi bariatričnimi operacijskimi posegi. Po daljšem obdobju po operaciji pogosto lahko opazimo pomanjkanje beljakovin, presnovne bolezni kosti, anemijo zaradi pomanjkanja železa in pomanjkanje v maščobah topnih vitaminov. Na končno odločitev za biliopankreatični obvod z divertikulizacijo dvanajstnika vplivata izboljšana prilagodljivost dietni prehrani in bolnikova izbira posega.

Izbira najprimernejšega bariatričnega posega je zapleten in kompleksen postopek.<sup>4</sup> Evalvacija se prične že ob začetnih pogovorih z bolnikom, ko je potrebno, da bariatrični tim, katerega predstavljajo bariatrični kirurg, psiholog, endokrinolog, dietetik, kardiolog, anesteziolog, upošteva številne dejavnike od ustreznosti bolnika za bariatrično kirurgijo, bolnikove starosti, telesne teže, prisotnosti ali odsotnosti spremljajočih bolezni, prehranjevalnih navad, bolnikove

inteligence in razumevanja podrobnosti, sposobnosti sodelovanja in bolnikove izbire posega. Pri končni odločitvi za kirurški poseg je potrebno upoštevati dejstvo, da noben operacijski poseg ni idealen; vsak operacijski poseg ima svoje prednosti in pomankljivosti. Da bi dosegli najboljši možni rezultat, je potrebno individualizirati priporočila, pri čemer je potrebno upoštevati klinično stanje bolnika. Skrbna izbira bolnikov nam bo bistveno pripomogla pri doseganju kar najboljših rezultatov.

## Literatura

1. Buchwald H, Buchwald JN. Evolution of operative procedures for the management of morbid obesity 1950–2000. *Obes Surg* 2002; 12: 705–17.
2. Breznikar B, Dinevski D, Kunst G, Rožej B. Gastric banding outcomes are better if patients participate in the support group. *Zdrav Vestn* 2012; 81: 296–303
3. Gastrointestinal surgery for severe obesity: National Institutes of Health Consensus Development Conference Statement. *Am J Clin Nutr* 1992; 55: 615S–19S.
4. Jones SB, Jones DB. *Obesity Surgery. Patient Safety and Best Practises*. Woodbury : Cine-Med; 2009.