lek. Magdalena Olszewska

Temat: „*Ocena efektów leczenia operacyjnego chorych z otyłością olbrzymią w zależności od modyfikacji techniki operacyjnej rękawowej resekcji żołądka*”

STRESZCZENIE

Otyłość jako narastający problem zdrowotny, ale również społeczny i ekonomiczny osiąga wg ostatniego raportu Światowej Organizacji Zdrowia rozmiary epidemii. Zgodnie z definicją stanowi niepożądany przyrost masy ciała związany z dostarczaniem ilości kalorii większej niż zapotrzebowanie organizmu. Problem otyłości związany jest nie tylko z nadmiernym gromadzeniem tkanki tłuszczowej. Wiąże się przede wszystkim z zaburzeniem homeostazy organizmu oraz rozwojem chorób współistniejących, takich jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2, miażdżyca, choroby nowotworowe czy depresja. Próby leczenia dietetycznego i farmakologicznego otyłości skutkują najczęściej kilkuprocentową skutecznością, a wielu pacjentów zaczyna niestety ponownie tyć po spadku masy ciała w wyniku leczenia zachowawczego. Jedyną metodą o udowodnionej naukowo skuteczności zarówno w spadku masy ciała, jak i cofaniu się chorób dodatkowych związanych z otyłością jest leczenie operacyjne. Rękawowa resekcja żołądka (LSG) będąca połączeniem mechanizmu restrykcyjnego z wpływem na równowagę neurohormonalną należy obecnie do wiodących metod chirurgii metabolicznej. Dotychczas LSG nie posiada wyznaczonych standardów techniki operacyjnej dotyczących średnicy pozostawionego fragmentu żołądka, wpływ jaki wywiera modyfikacja techniki operacyjnej na efekt metaboliczny zabiegu nie został jednoznacznie opisany.

Celem pracy było ocena efektu metabolicznego u chorych z otyłością olbrzymią w zależności od modyfikacji techniki operacyjnej rękawowej resekcji żołądka.

Badaniem objęto 120 pacjentów z otyłością olbrzymią, których podzielono na trzy grupy w zależności od średnicy użytej sondy kalibrującej pozostawionego fragmentu żołądka (32Fr, 36Fr, 40Fr). Analizie statystycznej poddano pomiary masy ciała, BMI, %EBL, %EWL oraz wartości stężeń we krwi glukozy i insuliny na czczo, hemoglobiny glikowanej, wskaźnika HOMA-IR, ALT, AST, cholesterolu całkowitego i jego frakcji, CRP przed zabiegiem oraz 1, 3, 6 miesięcy po zabiegu operacyjnym. Za poziom istotności statystycznej uznawano $p<0,05$.

Udowodniono istotny statystycznie spadek masy ciała i BMI w sześciomiesięcznym okresie obserwacji, największy w grupie I, w której użyto sondy kalibracyjnej o najmniejszej średnicy (32Fr). Spadek masy ciała i BMI wyliczono za pomocą odpowiednich wskaźników: %EWL i %EBMIL. Zanotowano istotny statystycznie wzrost obu tych parametrów w badanym okresie, największy ponownie w grupie I (32Fr). Analizie statystycznej poddano również parametry gospodarki węglowodanowej. Największy spadek stężenia glukozy zanotowano w grupie I (32Fr) i II (36Fr) w całym okresie obserwacji. Podobne wyniki uzyskano obliczając stężenie insuliny w surowicy krwi oraz przy oznaczeniu wskaźnika HOMA-IR i poziomu hemoglobiny glikowanej. Nie obserwowano różnić istotnych statystycznie pomiędzy grupami badanymi w analizie aktywności aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej w całym okresie obserwacji. Zbadano dynamikę zmian parametrów gospodarki lipidowej. Udowodniono istotny statystycznie spadek stężenia cholesterolu całkowitego po sześciu miesiącach o operacji bez różnic pomiędzy badanymi grupami. Nie zbadano również różnic istotnych statystycznie pomiędzy grupami w stężeniu frakcji LDL cholesterolu. Istotny wzrost stężenia cholesterolu frakcji HDL zbadano dla każdej grupy w sześciomiesięcznym okresie obserwacji. Spadek stężenia triacylogliceroli po sześciu miesiącach od operacji był istotny statystycznie we wszystkich grupach badanych. Analizie poddano również stężenia białka C-reaktywnego w surowicy krwi. Jedynie w grupie II i III spadek stężenia CRP okazał się istotny statystycznie w sześciomiesięcznym okresie obserwacji.

Rękawowa resekcja żołądka posiada udowodnioną skuteczność w obniżaniu masy ciała i BMI u pacjentów z otyłością olbrzymią, tym większą im mniejsza jest średnica sondy kalibracyjnej. Ponadto u tych chorych obserwuje się szybszą normalizację parametrów gospodarki węglowodanowej i lipidowej. Dalszych badań wymagają poziom aminotransferaz oraz stężenie białka C-reaktywnego.