

CHIRURGICZNE LECZENIE OTYŁOŚCI



PORADNIK PACJENTA

Ośrodek Koordynowanej Opieki Bariatrycznej

Oddział Chirurgii Ogólnej

Ordynator oddziału:

dr n. med. Kamil Bury



Szpital Pucki

Ludzie których znasz, opieka, której ufasz

Szpital Pucki

1 Maja 13A, 84-100 Puck

Oddział Chirurgii Ogólnej

Lekarze specjaliści:

dr n. med. Kamil Bury

dr n. med. Jarosław Feszak

lek. Bartłomiej Staśkiewicz

lek. Magdalena Pawelec



tel. 58 690 43 20 ● chirurgia.lekarze@szpitalpucki.pl

PACJENCIE PAMIĘTAJ!

Otyłość jest chorobą, która skraca życie, i obniża jego jakość oraz prowadzi do licznych powikłań. Jedynie stała terapia, poddanie się kompleksowemu leczeniu, regularne kontrole dają szansę na wyleczenie otyłości.

„Konsekwencja to klucz do sukcesu”



e-mail:
chirurgia.lekarze@szpitalpucki.pl



www:
bariatria.szpitalpucki.pl



Facebook:
@szpitalpucki



Instagram:
@szpital.pucki



YouTube:
@SzpitalPucki

Koordynator Pacjentów:
Małgorzata Kalinowska



@malgorzata.kalinowska.chlo

SPIS TREŚCI

Zespół bariatryczny	4
Telefony kontaktowe	5
Ośrodek leczenia otyłości w Szpitalu Puckim	6
Wskazania do chirurgicznego leczenia otyłości	8
Przeciwwskazania do chirurgicznego leczenia otyłości	9-10
Przygotowanie przedoperacyjne	11-14
Rodzaje operacji	15-19
Zalecenia przedoperacyjne	20
Karty kontroli pooperacyjnej	21-25
Psychologiczne aspekty operacji bariatrycznych	26-27
Żywnienie	28-31
Wysiłek fizyczny w leczeniu otyłości	32
Grupy wsparcia	33
Abdominoplastyka	34
Notatki	35

Ośrodek Koordynowanej Opieki Bariatrycznej w Pucku:

Koordynator ds. bariatrii:
dr n. med. Jarosław Feszak

Lekarze specjaliści:
dr n. med. Kamil Bury
dr n. med. Jarosław Feszak
lek. Bartłomiej Staśkiewicz
lek. Magdalena Pawelec

Imię i nazwisko Pacjenta:

PESEL Pacjenta:

.....

.....

Pielęgniarka koordynująca:

Lekarz prowadzący:

.....

.....

Telefon alarmowy:

.....

Telefony kontaktowe:

Telefon sekretariatu Oddziału Chirurgii Ogólnej:
tel. **58 690 43 20** (w godz. 7:00-14:30)

mgr Edyta Jasińska – Dietetyk
tel. **882 467 751** – rejestracja SMS
pracownia.wjemy@gmail.com

mgr Martyna Szadzińska – Dietetyk
tel. **607 868 112** – rejestracja SMS
martynaszadzinska.dietetyk@gmail.com

mgr Klaudia Kołacz – Psycholog
tel. **530 927 001** – rejestracja telefoniczna w godz. 9:00-13:00

Pracownia fizjoterapii
ul. Mestwina 32, tel. **58 573 26 85**



Chirurgia bariatryczna pozostaje w przewadze nad leczeniem zachowawczym i jest jedyną metodą leczenia otyłości olbrzymiej o udowodnionej skuteczności. Leczenie operacyjne chorych otyłych wydłuża ich życie jednocześnie poprawiając jego jakość oraz prowadząc do ustąpienia chorób spowodowanych otyłością, np. cukrzycy, zaburzeń przemiany lipidów, nadciśnienia tętniczego, zmniejsza również ryzyko występowania niektórych nowotworów. Wśród osób spełniających kryteria kwalifikacji, leczenie operacyjne stanowi postępowanie z wyboru.

Oddział Chirurgii Ogólnej w Szpitalu Puckim spełnia wszelkie wymogi stawiane ośrodkom kompleksowego, chirurgicznego leczenia otyłości. Jednym z koniecznych warunków określonych przez Zarząd Sekcji Chirurgii Bariatrycznej i Metabolicznej Towarzystwa Chirurgów Polskich jest stworzenie zespołu interdyscyplinarnego, zajmującego się chorymi otyłymi.

W skład tego zespołu wchodzi chirurg, anestezjolog, lekarze specjaliści (internista, kardiolog, pulmonolog), dietetyk kliniczny oraz psycholog kliniczny, a także zespół pielęgniarski. Nasz zespół dysponuje niezbędną wiedzą i doświadczeniem w ramach swoich specjalizacji zapewniając pacjentom wykonanie niezbędnych badań i konsultacji na etapie przygotowania, a także stosownej kwalifikacji do leczenia operacyjnego oraz operacji w warunkach doskonale wyposażonego bloku operacyjnego, zapewniającego dostęp do najwyższej jakości nowoczesnego sprzętu laparoskopowego i anestezjologicznego, pozwalającego na wykonanie operacji w bezpiecznych warunkach.

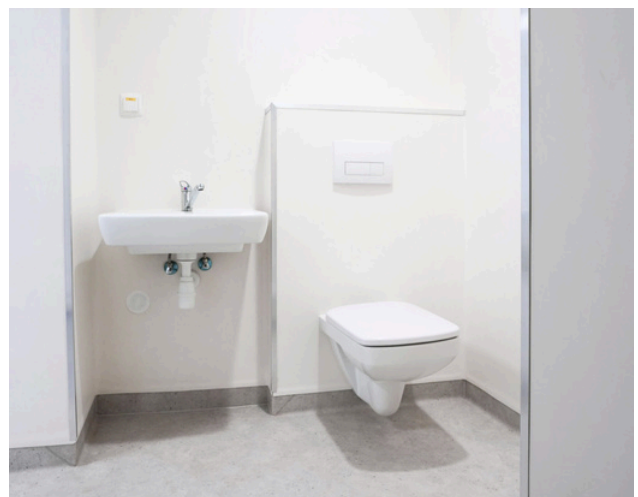
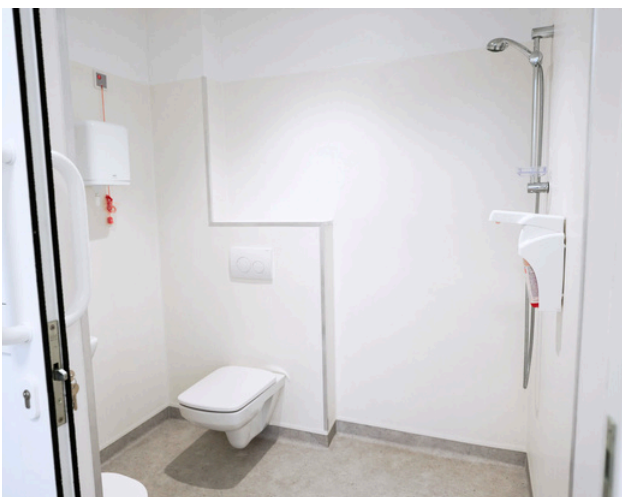
SALE JEDNOOSOBOWE



SALE DWUOSOBOWE



ŁAZIENKI



Wskazania do chirurgicznego leczenia otyłości

Kryteria kwalifikacji do operacyjnego leczenia otyłości olbrzymiej opierają się na ocenie wskaźnika masy ciała (BMI) definiowanego jako masa chorego wyrażona w kilogramach, podzielona przez kwadrat wysokości wyrażonej w metrach.

$$BMI = \frac{\text{masa ciała (w kilogramach)}}{\text{wzrost}^2 \text{ (w metrach)}}$$

Wskazaniem do chirurgicznego leczenia otyłości są:

1. Wskaźnik masy ciała (BMI) równy lub wyższy niż 40 kg/m²;
2. Wskaźnik masy ciała (BMI) w przedziale 35–40 kg/m² u chorych, u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością, np:
 - cukrzyca typu 2;
 - nadciśnienie tętnicze;
 - choroby układu sercowo-naczyniowego;
 - zespół bezdechu sennego, zespół hipowentylacji spowodowany otyłością;
 - choroby stawów wymagające leczenia operacyjnego;
 - niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie niealkoholowe stłuszczenie wątroby
 - hiperlipidemia;
 - bezpłodność żeńska, w tym związana z zespołem policystycznych jajników;
 - sytuacje, gdy otyłość jest powodem dyskwalifikacji od istotnej formy leczenia zabiegowego w zakresie innych specjalności (np. zabiegi ortopedyczne, zabiegi neurochirurgiczne, chirurgia przepuklin);
3. Chirurgiczne leczenie otyłości można rozważyć również w przypadku chorych z BMI 30,0–34,9 kg/m² i cukrzycą typu 2, w razie utrzymywania się hiperglikemii mimo stosowania leków doustnych oraz insuliny;
4. Chorym, którzy przebyli wcześniej zabiegi bariatryczne, u których nie został osiągnięty efekt terapeutyczny (bądź to w odniesieniu do redukcji masy ciała, bądź ustępowania chorób wywołanych otyłością)

Kryterium BMI dotyczy najwyższej udokumentowanej w przeszłości wartości tego wskaźnika. Redukcja masy ciała przed zabiegiem operacyjnym powodująca obniżenie BMI poniżej wartości wymienianych powyżej nie stanowi przeciwwskazania do leczenia operacyjnego. Brak udokumentowanych prób redukcji masy ciała przed planowanym leczeniem chirurgicznym metodami zachowawczymi nie stanowi przeciwwskazania do zabiegu w grupie osób dorosłych.

Przeciwwskazania do zabiegów bariatrycznych i metabolicznych

Przeciwwskazania bezwzględne:

- Choroby nieuleczalne prowadzące do wyniszczenia (np. czynna choroba nowotworowa, zespół nabytego niedoboru odporności [acquired immunodeficiency syndrome – AIDS]);
- Choroby stanowiące zagrożenie dla życia w krótkim czasie (np. świeży zawał serca, przewlekła obturacja dróg oddechowych dużego stopnia);
- Choroby endokrynologiczne stanowiące podłoże dla otyłości (np. zespół Cushinga);
- Ciężkie zaburzenia krzepnięcia;
- Brak współpracy ze strony chorego lub brak akceptacji efektu zabiegu spowodowany przez:
 - czynne uzależnienie od alkoholu lub narkotyków; kwalifikację do operacyjnego leczenia otyłości można rozważyć w przypadku trwającego co najmniej rok udokumentowanego okresu abstynencji;
 - choroby psychiczne niepoddające się kontroli mimo leczenia i farmakoterapii;
 - upośledzenie umysłowe ciężkiego stopnia;
- Brak możliwości udziału w stałej długoterminowej kontroli po leczeniu operacyjnym;
- Okres 12 miesięcy poprzedzający planowaną ciążę, ciąża i karmienie (do czasu rozwiązania i zakończenia laktacji); po upływie 24 miesięcy od daty wykonania zabiegu bariatrycznego nie ma przeciwwskazań do zajścia w ciążę;

- Brak zgody chorego, jak również brak pełnego przekonania co do słuszności wyboru leczenia operacyjnego;
- Stany uniemożliwiające samodzielne życie, gdy rodzina lub opieka społeczna nie jest w stanie zapewnić odpowiedniego długoterminowego nadzoru.

Przeciwwskazania względne:

- W przypadku BMI 35–39,9 kg/m², przy braku innych chorób współistniejących, cukrzyca z obecnością przeciwciał (anti-GAD oraz anti-ICA), ze stężeniem peptydu C <1 ng/ml, bądź wtórna do innych jednostek chorobowych lub stosowanego leczenia nie stanowi wskazania do operacji metabolicznej;
- Zwiększenie masy ciała w okresie bezpośrednio poprzedzającym zabieg operacyjny, świadczące o braku współpracy ze strony pacjenta;
- Znaczne ograniczenie wydolności fizycznej, ciężka niewydolność krążeniowo-oddechowa;
- Aktywna choroba wrzodowa wymaga leczenia przed zabiegiem operacyjnym; w przypadku pacjentów z bezobjawowym zakażeniem
- H. pylori eradykacja przed zabiegiem operacyjnym jest zalecana, ale nie bezwzględnie konieczna;
- W przypadku chorych leczonych w przeszłości onkologicznie konieczna jest konsultacja onkologiczna dokumentująca skuteczne wyleczenie nowotworu;
- Nadciśnienie wrotne w przebiegu marskości wątroby.

BRAK WSPÓŁPRACY I NIESPRZESTRZEGANIE ZALECEŃ SKUTKOWAĆ BĘDĄ WYKLUCZENIEM Z PROGRAMU KOMPLEKSOWEGO LECZENIA OTYŁOŚCI

- Operacja bariatryczna jest poważną ingerencją w anatomię i funkcjonowanie organizmu. Zmiany wywołane zabiegiem najczęściej są nieodwracalne. Konsekwencje widoczne są nie tylko w sferze ciała, ale i w psychice pacjenta.
- Zabieg jest początkiem innego życia i wymusza radykalne zmiany dotychczasowego stylu życia. Brak odpowiedniej wiedzy i niestosowanie się do zaleceń pooperacyjnych grożą, obok miernych efektów leczenia, ciężkimi powikłaniami, ze zgonem włącznie.
- Opanowanie podstawowej wiedzy jest pierwszym etapem kwalifikacji do zabiegu. Tylko pacjenci „przygotowani” będą dopuszczani do dalszego postępowania. Każda osoba chcąca poddać się leczeniu musi posiadać gruntowną wiedzę na temat samego zabiegu, możliwych powikłań i postępowania pooperacyjnego. W czasie rozmowy z lekarzem nie ma możliwości przekazania wszystkich informacji. Wymagamy od pacjenta czynnego udziału w rozmowie, co wiąże się z wcześniejszym przygotowaniem.
- Podczas pierwszej wizyty ważymy pacjenta. Jeśli od tej chwili przytyje **NIE BĘDZIE KWALIFIKOWANY DO LECZENIA OPERACYJNEGO**. Dodatkowo wymagamy też redukcji masy ciała przed zabiegiem. Jest to sprawdzian determinacji i zaangażowania pacjenta.
- Na kolejną wizytę należy zgłosić się z niezbędnymi dokumentami i podstawową wiedzą z zakresu chirurgicznego leczenia otyłości.

Pierwsza porada przedoperacyjna - data wizyty:		
Aktualna masa ciała:		
Najwyższa osiągnięta masa ciała:		
Wzrost:		
BMI:		
Choroby współistniejące:		Inne choroby współistniejące:
Cukrzyca typu 2		
Nadciśnienie tętnicze		
Zaburzenia lipidowe		
Niedoczynność tarczycy		
Zwyrodnienie stawów		
NAFLD/NASH		
OBPS		
PCOS		
Uczulenia		
Przebyte operacje		
Używki	Alkohol	
	Tytoń / e-papieros	
Inne uwagi		

Druga porada przedoperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

Uwagi:

Trzecia porada przedoperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

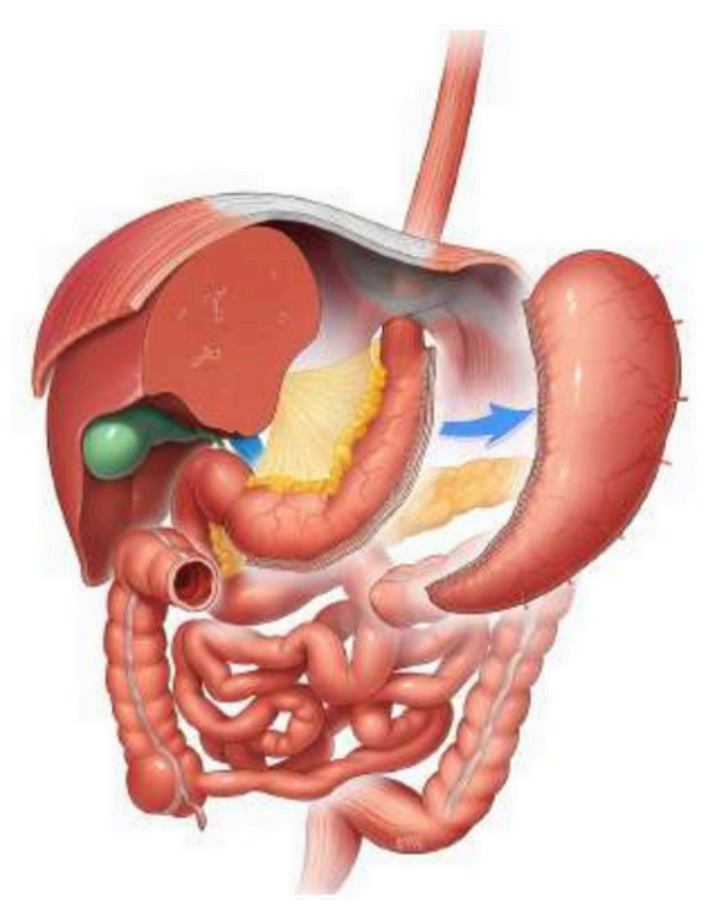
Uwagi:

Czwarta porada przedoperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

Uwagi:

OCENA PRZEDOPERACYJNA	ZLECONE	WYKONANE
BADANIA LABORATORYJNE		
Morfologia krwi obwodowej		
Białko całkowite		
Albumina		
Lipidogram		
Glukoza		
HBA1C		
APTT, INR		
TSH		
Kortyzol		
Prolaktyna		
Grupa krwi x2		
Inne niezależne od chorób towarzyszących / stanu klinicznego		
Gastroskopia z testem urazowym		
USG / TK jamy brzusznej		
Echokardiografia		
RTG klatki piersiowej		
Spirometria		
KONSULTACJE		
Pierwsza wizyta przed operacyjna		
Druga wizyta przed operacyjna		
Trzecia wizyta przed operacyjna		
Ocena psychologiczna		
Ocena dietetyczna		
Spotkanie informacyjne		

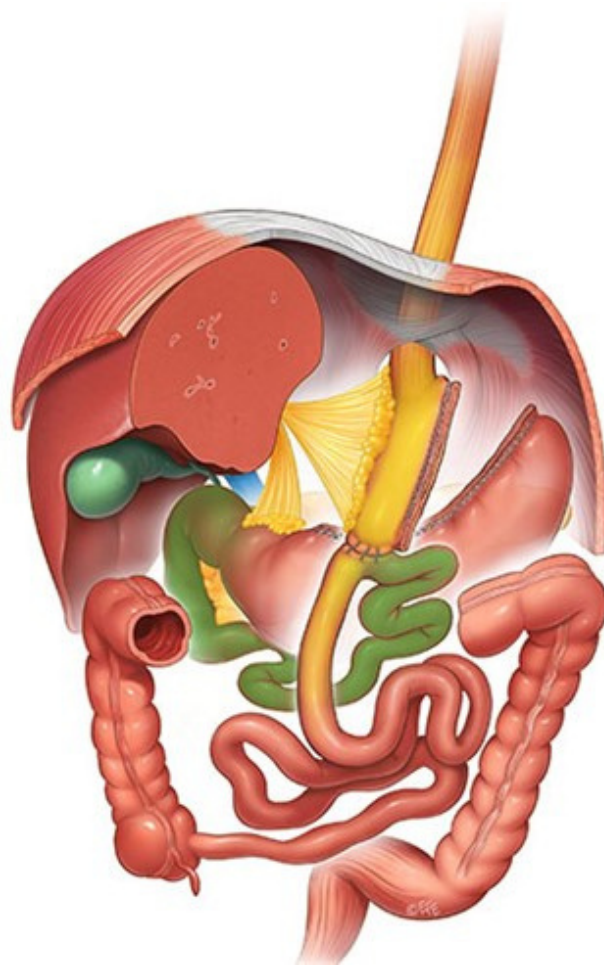


Rękawowa resekcja żołądka (SG) jest operacją bariatryczną, podczas której usuwa się około 75-80% żołądka, pozostawiając wąski rękaw żołądkowy, który ogranicza przyjmowanie pokarmu.

SG zazwyczaj z powodu na utratę masy ciała od ok. 25% do 35% (utrata nadmiaru masy ciała od 50% do 70%) w stosunku do wartości wyjściowej, a większość utraty masy ciała następuje w ciągu pierwszych 6 miesięcy. Znaczna utrata masy ciała może prowadzić do poprawy, a nawet całkowitej remisji wielu chorób współistniejących związanych z otyłością, w tym cukrzycy typu 2. Laparoskopowa SG jest najczęściej wykonywaną operacją bariatryczną i zajmuje pośrednią pozycję pod względem ryzyka operacyjnego, utraty masy ciała i rozwiązania choroby związanej z otyłością pozycję pomiędzy dwoma innymi powszechnie wykonywanymi procedurami bariatrycznymi, regulowaną opaską żołądka (AGB) i laparoskopowym ominięciem żołądka sp. Roux-en-Y (RYGB).

SG powoduje mniejsze niedobory witamin i mikrośladników odżywczych niż RYGB. Inne ważne zalety SG w porównaniu z bypassem żołądkowym to mniejsze ryzyko dumping syndrome i znacznie zmniejszona szansa wystąpienia przepukliny wewnętrznej.

Główną wadą SG jest to, że procedura ta niesie ze sobą 1-2% ryzyko przecieku w linii zszywek ze względu na długą linię zszycia. Nieszczelności w SG są trudniejsze do opanowania niż nieszczelności w RYGB ze względu na wysokie ciśnienie w rękawie żołądkowym. Kolejną wadą SG jest ryzyko wystąpienia refluksu żołądkowo-przełykowego. Częstość występowania refluksu waha się od 11 do 33% i wymaga długotrwałego stosowania leków, a czasem nawet operacji rewizyjnej.

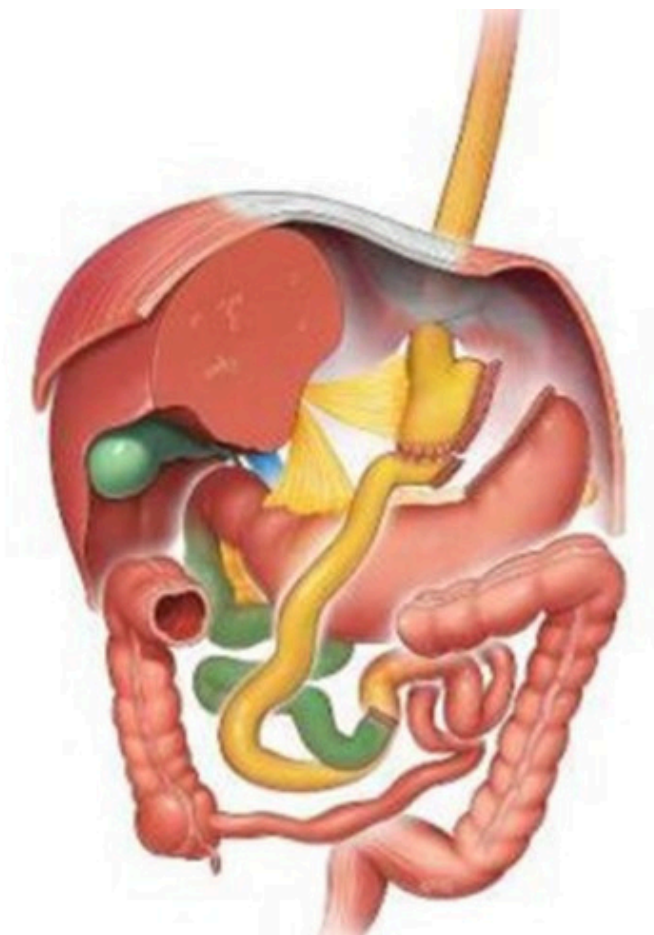


Ominięcie/Wyłączenie żołądkowe z jednym zespoleniem - One Anastomosis Gastric Bypass (OAGB, Omega Loop Gastric Bypass/Mini-gastric Bypass) jest to bezpieczna i skuteczna operacja bariatryczna. Operacja składa się z dwóch elementów: po pierwsze wytworzeniu długiego i wąskiego - zbiornika żołądkowego; po drugie, wyłączeniu z pasażu części jelita cienkiego o długości 150 do 200 cm z wytworzeniem zespolenia żołądkowo-jelitowego, które prowadzi do zmniejszenia powierzchni wchłaniania jelita cienkiego.

Istotny klinicznie refluks żółciowy jest opisywany w literaturze w zakresie jednocyfrowych wartości procentowych i może być skorygowany przez konwersję do ominięcia żołądkowego Roux en Y - nie ma dowodów na to, że procedura OAGB sprzyja rozwojowi raka żołądka i przełyku.

Oczekiwana utrata masy ciała jest porównywalna, a niekiedy lepsza w porównaniu do Roux en Y Gastric Bypass. To samo dotyczy ustępowania chorób współistniejących, zwłaszcza cukrzycy. Pacjenci poddani OAGB wymagają suplementacji witamin i mikroelementów porównywalnej do tej po RYGB, dodatkowo istnieje większe ryzyko niedoboru żelaza i witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. Wchłanianie tłuszczów może ograniczać jakość życia u niektórych pacjentów, zwłaszcza po zastosowaniu diety wysokotłuszczowej, ze względu na wzdęcia i biegunki.

Liczba wykonywanych na całym świecie operacji OAGB stale rośnie, procedura ta jest bezpieczna i skuteczna, powoduje trwałą utratę masy ciała, można wykonać jej konwersję do innych rodzajów operacji bariatrycznych, a w razie potrzeby jest możliwa do odwrócenia i przywrócenia prawidłowej fizjologii przewodu pokarmowego.



Ominięcie/wyłączenie żołądkowe sposobem Roux-en-Y (RYGB, Roux-en-Y gastric bypass), powszechnie nazywany po prostu "gastric bypass", jest jednym z najczęściej wykonywanych zabiegów bariatrycznych na świecie i od dawna uważany jest za "złoty standard" chirurgii bariatrycznej.

Zabieg operacyjny (ryc. 1) polega na staplerowym podzieleniu żołądka na dwie części – podobnie jak w przypadku OAGB – z wytworzeniem niewielkiego zbiornika żołądkowego. Jelito cienkie zostaje podzielone i jego dalszy koniec zostaje połączony z wytworzonym wcześniej zbiornikiem. Drugi – bliższy – koniec, które łączy się z dalszą częścią jelita cienkiego łącząc w ten sposób rozłączony żołądek i dwunastnicę z jelitem cienkim. To połączenie umożliwi sokom trawiennym spotkanie z połkniętym pokarmem, aby umożliwić trawienie i wchłanianie składników odżywczych.

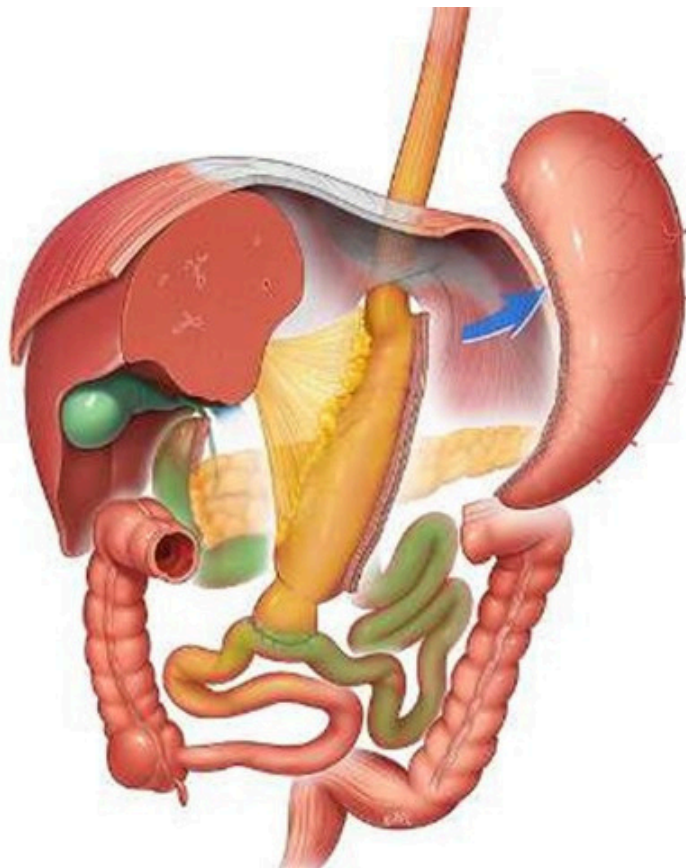
Mały zbiornik żołądkowy ogranicza ilość pokarmu, który może zostać przyjęty jednorazowo. Połączenie między jelitem cienkim a zbiornikiem żołądkowym powoduje, że pokarm przechodzi bezpośrednio do jelita cienkiego. Ponieważ pokarm nie przechodzi przez ominiętą część żołądka i dwunastnicę zachodzą zmiany metaboliczne i hormonalne, które prowadzą do zmniejszenia apetytu i zwiększenia uczucia pełności. Dodatkowo w ominiętej części jelita cienkiego nie dochodzi do wchłaniania substancji odżywczych.

Po operacji pacjenci mogą spodziewać się utraty około jednej trzeciej całkowitej masy ciała. Maksymalny efekt w zakresie utraty wagi obserwuje się zwykle w ciągu pierwszych dwóch lat. Zazwyczaj w kolejnych latach następuje pewien przyrost masy ciała, ale badania potwierdzają, że większość pacjentów utrzyma spadek wagi o około 25% po 10 latach.

Oprócz utraty masy ciała, dochodzi do poprawy lub całkowitego ustępowania takich chorób jak: cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia, zespół metaboliczny, stłuszczeniowa choroba wątroby oraz obturacyjny bezdech senny. W rzeczywistości ponad 50% pacjentów z cukrzycą typu 2 doświadcza normalizacji poziomu cukru we krwi i nie przyjmuje wszystkich leków przeciwcukrzycowych albo wymaga ich znacznie mniej. W ośrodkach, które wykonują dużą liczbę zabiegów bariatrycznych, ryzyko powikłań pooperacyjnych jest niewielkie. Ryzyko śmierci w wyniku zabiegu jest mniejsze niż 0,2%, a ryzyko poważnych powikłań, takich jak krwawienie, zakażenia i choroba zakrzepowozatorowa, jest mniejsze niż 5%. Operacja ominięcia żołądka jest obecnie równie bezpieczna jak operacja pęcherzyka żółciowego.

RYGB może spowodować znaczne niedobory witamin i minerałów, w tym żelaza, witaminy B12, witaminy B1, wapnia, cynku, witaminy D i folianów. Dlatego, jak w przypadku wszystkich zabiegów bariatrycznych, pacjenci poddani ominięciu żołądka wymagają dożywotniej obserwacji i suplementacji witaminowo-mineralnej.

*w przyszłości



Ominięcie dwunastniczo-czce z jednym zespoleniem i rękawową resekcją żołądka (Single anastomosis duodeno-ileal bypass with sleeve gastrectomy, SADI-S) - jest bardzo skuteczną procedurą w zakresie długotrwałej utraty masy ciała i ustępowania chorób współistniejących z otyłością, takich jak cukrzyca typu 2, dyslipidemia, obturacyjny bezdech senny, itd. SADI-S daje dobre wyniki zarówno jako zabieg pierwotny, jak i jako zabieg rewizyjny po nieskutecznych wcześniejszych operacjach. Operacja polega na wykonaniu rękawowej resekcji żołądka (rękaw żołądkowy jest szerszy niż w przypadku standardowej LSG), wypreparowaniu pierwszej części dwunastnicy i przecięciu jej ok 3cm za odźwiernikiem oraz wykonaniu zespolenia pomiędzy przeciętą częścią dwunastnicy a jelitem cienkim ok. 300cm od zastawki Bauhina.

Utrata masy ciała po SADI-S wynosi sięga prawie 100% nadmiaru masy ciała po 2 latach, wykazując porównywalne wyniki a do Roux en Y Gastric Bypass w perspektywie średnioterminowej, ale wykazując lepsze wyniki w perspektywie długoterminowej.

Wyniki metaboliczne są doskonałe. Wykazano, że całkowite ustąpienie cukrzycy typu 2 po zastosowaniu SADI-S wynosi 60-80%. Dyslipidemia ustępuje w > 70 % przypadków, bezdech senny w >80 %, a nadciśnienie tętnicze w >60 % przypadków, przy czym całkowita remisja następuje u >50 % pacjentów.

SADI-S jest techniką hipoabsorpcyjną i niedobory żywieniowe są bardzo rzadkie. W porównaniu z RYGB te niedobory występują na podobnym poziomie. Jeśli chodzi o jakość życia, średnia liczba wypróżnień po SADI-S wynosi około 2,5 na dobę.

SADI-S jest wysoce skuteczną procedurą rewizyjną po nieudanej rękawowej resekcji żołądka. SADI-s jest techniką hipoabsorpcyjną. Jest to efektywna procedura pierwotna jak i operacja rewizyjna.

ZALECENIA PRZEDOPERACYJNE:

- **przez 14 dni przed operacją (oraz 6 dni po wypisie ze szpitala) należy spożywać preparat Immuven** dwa razy dziennie po jednej miarce rozpuszczonej w chłodnej wodzie lub mleku
- **do szpitala należy zabrać** cztery dowolne ONS (Oral Nutritional Supplements – preparaty doustnego wsparcia żywieniowego), np. Nutridrink, Fresubin itp. Dla pacjentów chorujących na cukrzycę Diasip, Resource Diabet Plus itp.
- **do szpitala należy zabrać** pończochy uciskowe I lub II stopnia ucisku
- **do szpitala należy zabrać** 3 butelki preparatu Preop
- przedoperacyjna wizyta w **poradni anestezyjologicznej** - ok. 2-3 tygodnie przed wyznaczonym terminem przyjęcia do szpitala jest obowiązkowa
- **do poradni anestezyjologicznej oraz do szpitala należy zabrać** całą dokumentację medyczną, wszystkie wyniki badań i konsultacji oraz posiadać listę aktualnie przyjmowanych leków z dokładnym ich dawkowaniem (np. Polpril 5mg 1x dziennie rano)
- Rzucenie palenia tytoniu / e-papierosa jest bezwzględnie konieczne na 8 tygodni przed operacją – pacjenci poddawani operacjom OAGB oraz RYGB nie mogą palić wyrobów tytoniowych do końca życia – palenie tytoniu u tych pacjentów może prowadzić do ciężkich owrzodzeń w zespoleniach żołądkowo-jelitowych, krwawień, perforacji a nawet zgonu!!!

Pierwsza porada pooperacyjna - data wizyty:
Aktualna masa ciała:
Uwagi:

ZALECENIA POOPERACYJNE:

- konsultacja dietetyczna ok. 1 miesiąca po operacji
- regularna kontrola w poradni chirurgicznej/bariatrycznej zgodnie z wyznaczonymi terminami
- codzienna aktywność fizyczna minimum 30 minut
- codzienna suplementacja mikroelementów, witamin (oraz białka w przypadku niedostatecznej podaży w diecie)
- ciąża nie jest wskazana przez okres 24 miesięcy po operacji – wcześniejsze zajście w ciążę związane jest z podwyższonym ryzykiem utraty dziecka i komplikacji – zalecamy konsultację z ginekologiem
- wykonanie endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego (gastroskopia) 12 miesięcy po operacji

Druga porada pooperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

Uwagi:

Trzecia porada pooperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

Uwagi:

Czwarta porada pooperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

Uwagi:

Piąta porada pooperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

Uwagi:

Szósta porada pooperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

Uwagi:

Siódma porada pooperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

Uwagi:

Ósma porada pooperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

Uwagi:

Dziewiąta porada pooperacyjna - data wizyty:

Aktualna masa ciała:

Uwagi:

Psychologiczne aspekty operacji bariatrycznych

Jesteś pacjentem bariatrycznym. Zaczyna się Twoja konfrontacja z restrykcyjnymi zaleceniami dietetycznymi. Już na tym etapie, pomimo ogromnej motywacji do zmiany swojej wagi, pojawiają się w Twojej głowie różne dylematy. Część z nich zamieniasz w pytania do ekspertów. Po pierwsze: co muszę zrobić, żeby zakwalifikować się do operacji? Po drugie: co mnie czeka zaraz po operacji? Obie odpowiedzi wymagają od Ciebie kilku miesięcy wytężonego wysiłku, który wkładasz w chudnięcie, aby osiągnąć cel: operacja.

Podczas rozmów z wieloma pacjentami o motywach ich decyzji, często słyszymy wymijającą odpowiedź: „to moja ostatnia deska ratunku”, „jeżeli operacja mi nie pomoże to już nic mi nie pomoże”. Ta desperacja jest motywem, który napędza osoby z poważnym problemem otyłości. Poniekąd dobrze! Zasadnicze pytanie brzmi jednak inaczej: a co potem?

Czy zdajesz sobie sprawę, że duży procent pacjentów po operacjach wraca po kilku-kilkunastu miesiącach do wagi wyjściowej, a nawet tę wagę zwiększa?

Nie straszmy Cię, ani nie zniechęcamy! Kibicujemy Ci mocno. Jeśli chcesz uniknąć porażki w walce z otyłością możemy Ci nawet spróbować pomóc. Z premedytacją piszemy „spróbować”, to w żadnym wypadku nie jest z naszej strony asekuranctwo. Chcemy Ci jedynie uświadomić, że żeby jakakolwiek pomoc była skuteczna to trzeba mieć w sobie gotowość, żeby ją przyjąć i przede wszystkim zmierzyć się ze swoimi słabościami.

Nikt nie lubi mówić o braku własnych kompetencji, o niskim poczuciu własnej wartości, o braku asertywności, o uleganiu nałogom, o nieudanych związkach czy też relacjach opartych na zależności od drugiej osoby. A już na pewno nikt nie lubi być na DIECIE! No bo komu diety się dobrze kojarzą? Oczywiście pierwsze wrażenie jest podobne jak w stanie bycia „zakochanym”. Dostajesz wytyczne żywieniowe i Twoje myślenie jest zdominowane przez redukcję kalorii, a tym samym, z czasem wagi. Patrzysz na zegarek i pilnujesz pór posiłków. Jednak w pewnym momencie pokłócisz się z partnerem, przeciąży Cię nadmiar obowiązków w pracy, dostaniesz podwyżkę, wyjedziesz na beztrudne wakacje itp. itd. Wszystkie te przykłady mogą Cię przeciążyć albo dać tyle poczucia radości i wolności, że zafundujesz sobie nagrodę i pofolgujesz w kaloriach: zjesz coś ekstra! w końcu należy Ci się, bo jak tak całe życie na diecie? Może wrócić niezdrowy nawyk, który wpędzał Cię przez lata w postępujące problemy ze zdrowiem, jakie niesie ze sobą nadwaga, otyłość. Nawyk reagowania w sytuacjach stresowych. Nawyk, który wpędza Cię w nałogi. Nawyk, który jest z pozoru wygodny. Bo przecież każdy lubi jeść.

Pierwotną funkcją jedzenia jest przetrwanie, ale inne jego funkcje to: traktowanie jedzenia jako antidotum na porażki, bądź też jako nagrody za sukcesy. Może też pełnić funkcję „utrwalacza” miłości, przyjaźni, czy bycia akceptowanym przez innych, zgodnie z zasadą: „przez żołądek do serca”.

Pomyśl: jaką rolę pełni jedzenie w Twoim życiu?

Pomyśl również, które z poniższych sytuacji zwiększa u Ciebie łaknienie i prowokuje do jedzenia:

- widok jedzenia,
- aromaty potraw,
- zakupy produktów spożywczych,
- przygotowywanie posiłków,
- widok jedzących ludzi.

Czy więcej jesz w momencie, gdy jesteś zły? Smutny? Zmęczony? Odczuwasz strach bądź samotność? Wszystkie te pytania mogą być początkiem drogi do prawdziwego sukcesu, jakim jest zdrowy tryb życia i wysoka samoocena. Walka z otyłością to skomplikowany proces. Wymaga wysiłku Twojego, rodziny oraz całego zespołu, który pracuje, aby pomóc Ci zrealizować Twój cel: zdrowie. W obszarze zdrowia psychicznego możemy zaproponować Ci następujące formy pomocy:

- **Psychoterapia indywidualna.** Rozumiemy przez to pracę nad zmianą nawyków i ustaleniem ich źródła pochodzenia, a także poszukiwaniem czynników, które je wzmacniają i prowadzą w efekcie do objadania się. Uwzględniamy w tym obszarze konsultacje rodzinne. Dlaczego rodzina? Muszą wiedzieć jak Ci pomóc oraz na co zwrócić uwagę, żebyś nie czuł się osamotniony w drodze do celu. W szczególnych przypadkach mogą pojawić się wskazania do częstszych spotkań rodzinnych. Dzieje się tak wtedy, gdy system rodzinny zakłóca Twój komfort w powrocie do zdrowia.
- **Wsparcie psychologiczne.** Polega na podtrzymywaniu motywacji i decyzji do zmiany.
- **Psychoedukacja.** Wzbogacanie wiedzy na temat aspektów psychologicznych leczenia otyłości.
- **Grupy wsparcia.** Polegają na podtrzymywaniu motywacji i decyzji do zmiany. Dzielenie się własnym doświadczeniem w zdrowieniu z innymi pacjentami.

Właściwe przygotowanie żywieniowe do zabiegu bariatrycznego rozpoczyna się już przed nim!

Poza zalecaną redukcją masy ciała na poziomie 8- 10 % wyjściowej masy, wskazane jest wypracowanie odpowiednich nawyków żywieniowych oraz odżywienie organizmu, pod względem białkowym, witaminowym i mineralnym. Przygotowując się do operacji zadbaj, aby w Twojej diecie znalazło się odpowiednio dużo białka, kolorowych warzyw i owoców oraz dobrej jakości tłuszczów roślinnych, będących źródłem antyoksydantów i nienasyconych kwasów tłuszczowych o właściwościach przeciwzapalnych. Pij zalecaną ilość niegazowanej wody, staraj się również wykonywać regularną aktywność fizyczną - pozwoli to maksymalnie nawodnić, dotlenić oraz odżywić komórki Twojego ciała. Zrezygnuj ze szkodliwych nawyków (alkohol, papierosy), oraz zacznij przyjmować suplementy witaminowo- mineralne, które zaleci Twój dietetyk.

Dieta stosowana po zabiegu, w największej mierze zależy od rodzaju zastosowanej operacji oraz danego okresu pozabiegowego. Ilość spożywanych pokarmów oraz ich konsystencja będą zmieniać się w czasie. Właściwe postępowanie dietetyczne ma na celu zmniejszenie ryzyka wystąpienia powikłań, a także ograniczenie pojawienia się ewentualnych niedoborów żywieniowych.

Główne cele diety stosowanej po zabiegu:

- kształtowanie prawidłowych zachowań żywieniowych- regularne spożywanie posiłków o odpowiedniej objętości, wartości energetycznej i odżywczej
- zapobieganie nadmiernemu rozciągnięciu żołądka i ponownemu tyciu
- zapobieganie niedoborom pokarmowym, m.in. witaminy B12, kwasu foliowego, żelaza, witaminy D, wapnia
- ograniczenie spożywanych kalorii w celu dalszej redukcji masy ciała
- zapobieganie wystąpieniu zjawisk niekorzystnych, takich jak ból, wymioty, niedrożność jelit

Najważniejsze zasady diety:

- 1. Ograniczenie ilości spożywanych pokarmów.** W zależności od typu operacji objętość spożywanych pokarmów może mieścić się w przedziale 50- 150 ml. W pierwszych dniach po zabiegu obrzęk błony śluzowej żołądka może powodować, iż ilości te będą jeszcze mniejsze (1- 2 łyżki stołowe) Niezależnie od czasu jaki minął od zabiegu, sygnałem oznaczającym, że nie należy jeść więcej, jest UCZUCIE SYTOŚCI, które może wystąpić po spożyciu nawet bardzo małego posiłku.
- 2. Regularne spożywanie posiłków.** Nadrzędną zasadą diety po zabiegu jest regularne spożywanie pokarmów.
 - W przypadku resekcji rękawowej zalecane jest spożywanie minimum 5 posiłków
 - w ciągu dnia, średnio co 2,5-4 godziny
 - W przypadku operacji o charakterze mieszanym (np. gastric bypass) zaleca się większą częstotliwość, skorelowaną z mniejszą objętością porcji. Należy przyjmować ok. 6-8 posiłków, co 2-3 godziny.

3. Wypijanie odpowiedniej ilości płynów.

Niezależnie od typu zabiegu, zalecana ilość płynów w ciągu dnia to min. 1,5 litra. W pierwszych miesiącach od operacji często występują problemy z wypijaniem odpowiedniej ich ilości. Zalecany odstęp między posiłkiem a płynem to około 15- 30 minut. Przyjmowane płyny powinny być niegazowane, niskokaloryczne oraz o temperaturze pokojowej. Najlepszym wyborem jest woda.

4. Stopniowe rozszerzanie diety.

Konsystencja przyjmowanych pokarmów oraz etapy wprowadzania poszczególnych produktów do diety są zależne od wielu czynników. Przede wszystkim jest to typ operacji, samopoczucie pacjenta oraz czas, jaki minął od zabiegu. Schemat rozszerzania diety po zabiegu obejmuje stopniowe przechodzenie od diety łatwostrawnej o konsystencji płynnej, przez papkowatą i miękkie pokarmy stałe, aż do powrotu do sposobu żywienia sprzed zabiegu, ale opartego o prawidłowe nawyki żywieniowe.

Średni czas rozszerzania diety i przejścia jej kolejnych etapów
po zabiegu obejmuje okres **3-4 tygodni**.

5. Spożywanie odpowiedniej ilości białka.

Jednym z najistotniejszych elementów diety po zabiegu jest dostarczenie odpowiedniej ilości białka, które jest niezbędne do budowy komórek organizmu i prawidłowego gojenia się rany pooperacyjnej. Produkty białkowe zapobiegają utracie masy mięśniowej oraz dają większe uczucie sytości, niż ta sama ilość produktu, zawierającego dużo węglowodanów prostych. Ze względu na ograniczoną pojemność żołądka, w pierwszych tygodniach po zabiegu należy suplementować białko w postaci specjalistycznych preparatów farmaceutycznych (białko w proszku, białko serwatkowe, doustne suplementy pokarmowe). W dalszych etapach rozszerzania diety produkty bogatobiałkowe (mięso, drób, ryby, jaja, mleko i przetwory mleczne) powinny być spożywane niemal w każdym posiłku.

6. Staranne żucie pokarmów.

Posiłki należy jeść powoli, w skupieniu, odgryzać małe kęsy, unikać przy tym czynności rozpraszających uwagę (oglądanie telewizji, czytanie gazety). Dobrze jest aby każdy kęs był przetruty ok. 30 razy. Można posługiwać się małymi sztuczkami, które ułatwiają oddzielanie niedużych porcji. Częste posiłki o odpowiedniej objętości oraz dokładne gryzienie zapobiegają rozciąganiu żołądka, bólowi, wymiotom, a nawet niedrożności przewodu pokarmowego.

7. Zapobieganie niedoborom witamin i składników mineralnych, w tym szczególnie witamin z grupy B, wapnia i żelaza

- źródłami witaminy z grupy B1 są: mięso i jego przetwory, produkty zbożowe (pieczywo, kasze, ryż, makarony)
- źródłami witaminy B12 są: mięso czerwone, wątróbka, ryby
- źródłami kwasu foliowego są: zielone warzywa liściaste (szpinak, jarmuż, brokuły, natka pietruszki) owoce, nasiona roślin strączkowych, produkty zbożowe z pełnego ziarna (pieczywo razowe, gruboziarniste kasze i makarony)

- źródłami wapnia są: mleko i przetwory mleczne, w przypadku nietolerancji słodkiego mleka, wskazane są fermentowane napoje mleczne (jogurt, kefir, maślanka)
- źródłami żelaza są: mięso czerwone i przetwory mięsne, ryby, razowe pieczywo i makarony, grube kasze (np. gryczana, jęczmienna, pęczak), nać pietruszki

**W trakcie konsultacji Twój dietetyk dobierze odpowiednią suplementację.
Jest to niezbędny krok, aby zadbać o odpowiednią podaż
witamin oraz składników mineralnych !!!**

8. Unikanie produktów i potraw tłustych, (zwłaszcza smażonych).

Produkty te opóźniają opróżnianie żołądka i mogą powodować refluks żołądkowo-przełykowy, a także biegunkę i mdłości.

Problemy mogące się pojawić podczas rozszerzania diety

Niektóre produkty spożywcze czy potrawy wprowadzane do diety mogą być początkowo źle tolerowane i powodować ból, wymioty, nudności, biegunki. Najczęściej są to: **mięso i produkty mięsne, pieczywo oraz surowe warzywa i owoce**, dlatego też w okresie pooperacyjnym kolejne produkty spożywcze należy wprowadzać **stopniowo**, odpowiednio dostosowując ich konsystencję. Dolegliwości te powinny z czasem ustępować. Chcąc je złagodzić, należy żuć pokarmy starannie i dokładnie mieszać kęsy pokarmowe ze śliną. Zamiast mięsa, warto spożywać częściej ryby, których mięso ma krótkie włókna, dzięki czemu jest lepiej tolerowane. Odrębny problem stanowi nietolerancja słodczy i nadmiaru cukrów prostych, która może wystąpić przede wszystkim u osób po operacji typu gastric bypass, choć mogą pojawić się również po rękawowej resekcji żołądka. Po ich spożyciu mogą wystąpić dolegliwości określane jako **DUMPING SYNDROME (zespół poposiłkowy)**, charakteryzujące się: kołataniem serca, uczuciem gorąca, zawrotami głowy, biegunką, nudnościami i wymiotami. Objawy te mogą zostać wywołane również przez inne produkty zawierające cukier, np. słodkie owoce (zwłaszcza dojrzałe), przetwory mleczne (mleko, słodkie jogurty, serki) oraz słodkie napoje (w tym soki). Dlatego pacjenci po tej operacji powinni wykluczyć całkowicie z diety produkty zawierające cukry proste.

Przygotowanie dietetyczne jest niezwykle istotne w procesie całego leczenia. Zmiana nawyków żywieniowych przed operacją bariatryczną będzie skutkować utrzymaniem prawidłowej masy ciała długoterminowo. Dodatkowo właściwy sposób odżywiania po operacji będzie wpływał na prawidłowe funkcjonowanie organizmu oraz zapobiegał występowaniu niedoborów pokarmowych.

Twój dietetyk przeprowadzi Cię przez każdy z etapów; zaczynając od wprowadzenia zmian żywieniowych przed zabiegiem, przez przygotowanie okołoperacyjne, aż po konsultacje kontrolne po operacji. **W przypadku jakichkolwiek problemów możesz liczyć na wsparcie naszego zespołu!**

Ogólny schemat rozszerzania diety po operacji bariatrycznej

W zależności od typu operacji oraz samopoczucia etapy mogą ulec wydłużeniu



1-2 dni

Dieta płynna:

woda niegazowana, słaba herbata, rumianek, rzadkie jogurty naturalne, klarowny bulion drobiowy lub wołowy ugotowany na warzywach, białko medyczne lub ONS



Od 2 do 7 dnia

Dieta płynna wzmocniona:

gęste jogurty naturalne, kleiki z ryżu lub kukurydzy, budynie na chudym mleku, kisiel bez kawałków owoców, rzadkie zupy krem na kurczaku lub wołowinie, kefir, maślanka



2 tydzień (od 8 do 14 dnia)

Dieta miękka papkowata:

puree warzywne, delikatne pasty drobiowo-warzywne, pasty twarogowe z jogurtem, klopsy, pulpety w delikatnym sosie, rozgotowana owsianka, musy owocowe, jajecznica na parze, jajko na miękko, twaróg typu grani lub wiejski



Od 3 tygodnia (od 15 dnia)

Dieta łatwostrawna stała:

dania pieczone, gotowane, gotowane na parze, duszone, miękkie warzywa z wody, bez skórki, ryby, chude mięso, jaja, jasne pieczywo, drobne kasze, biały makaron



Pamiętaj o uważnym, powolnym jedzeniu! Każdy kęs staraj się żuć ok. 30 razy. Zwracaj uwagę na uczucie sytości. Nawadniaj się między posiłkami.

Produkty należy wprowadzać stopniowo zgodnie z indywidualną tolerancją!

Wysiłek fizyczny w leczeniu otyłości:

Lepiej jest chodzić niż stać, stać niż siedzieć, siedzieć niż leżeć.

PAMIĘTAJ!

**REGULARNY WYSIŁEK FIZYCZNY JEST NIEZBĘDNYM ELEMENTEM
KOMPLEKSOWEGO LECZENIA OTYŁOŚCI ORAZ PODSTAWĄ
ZDROWEGO TRYBU ŻYCIA.**

Aktywność fizyczna przed operacją sprzyja zwiększeniu wydolności krążeniowo-oddechowej oraz redukcji masy ciała, które mają ZNAMIENTNE znaczenie w trakcie znieczulenia, poprawiają warunki operacyjne, skracają czas uruchomienia po operacji, wpływają na zmniejszenie liczby powikłań w okresie okołoperacyjnym.

Zalecamy codzienne ćwiczenia przed operacją bariatryczną:

- przez minimum dwa miesiące przed operacją
- przez minimum 30-60 minut dziennie

Do planowego wysiłku fizycznego **NIE WLICZAMY** codziennej aktywności, np. sprzątania, robienia zakupów itd.

Zalecane formy wysiłku:

- spacer
- pływanie / ćwiczenia na basenie
- jazda rowerem
- trening z hantlami (małe obciążenie, duża liczba powtórzeń)

*inne formy wysiłku fizycznego zapytaj lekarza w trakcie konsultacji

Lepsza kondycja = więcej spalonego tłuszczu

Lepsza kondycja = większa utrata masy ciała

Lepsza kondycja = mniej powikłań

Lepsza kondycja = szybszy powrót do zdrowia

Lepsza kondycja = lepsze samopoczucie

GRUPY WSPARCIA

Wszystkich pacjentów po operacji bariatrycznej oraz tych, którzy przygotowują się do leczenia operacyjnego, zapraszamy do wspólnych spotkań w ramach bariatrycznych grup wsparcia. Ich celem będzie utrwalenie motywacji i decyzji do zmiany oraz dzielenie się własnym doświadczeniem w zdrowieniu z innymi pacjentami.

W trakcie spotkań prezentowane będą chirurgiczne wykłady eksperckie oraz prelekcje przygotowane przez członków Stowarzyszenia Pacjentów Bariatrycznych CHLO.

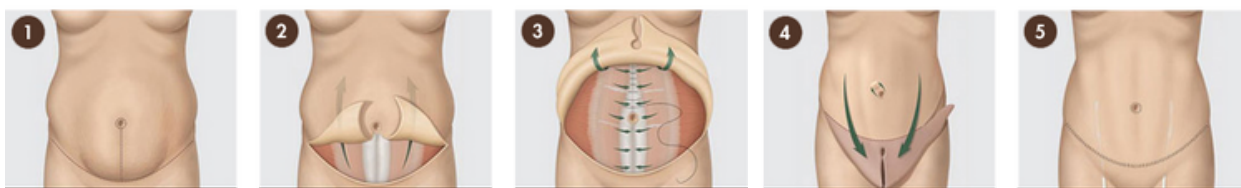
ABDOMINOPLASTYKA

W związku z szybką utratą masy ciała u pacjentów poddanych operacji bariatrycznej często występuje efekt deformacji powłok brzusznych w postaci nadmiaru powłok skórnych brzucha.

Z uwagi na kompleksowość opieki prowadzonej przez Szpital Pucki, pacjenci po leczeniu operacyjnym i uzyskaniu stabilnej masy ciała, mają możliwość bezpłatnego poddania się operacji plastycznej powłok brzusznych, tzw. **abdominoplastyce**.



Zabieg najczęściej można wykonać już po około 1,5-2 latach od operacji bariatrycznej. Polega on na usunięciu nadmiaru skóry i tkanki tłuszczowej oraz odpowiednim wyprofilowaniu pozostałych powłok skórnych brzucha.



NOTATKI

NOTATKI

NOTATKI