

STRESZCZENIE W JĘZYKU POLSKIM

WSTĘP

Otyłość towarzyszy ludzkości od początków jej istnienia, jednak w przeszłości dotyczyła głównie ludzi zamożnych i była wyznacznikiem wysokiego statusu społecznego. Współcześnie problem otyłości patologicznej dotyka z roku na rok coraz większego odsetka populacji, przy czym nie różnicuje już ludzi ze względu na ich status społeczny, ale w równym stopniu może dotyczyć każdego. Obecnie u ponad 1/3 światowej populacji można rozpoznać nadwagę lub otyłość, a dynamika tego zjawiska nieustannie rośnie.

Głównym sposobem leczenia otyłości patologicznej oraz chorób jej towarzyszących jest chirurgia bariatryczna. Ta relatywnie nowa dziedzina chirurgii wciąż ewoluje w poszukiwaniu najefektywniejszej operacji bariatrycznej. W ostatnich latach największą popularnością cieszy się laparoskopowa rękawowa resekcja żołądka (LSG, *laparoscopic sleeve gastrectomy*).

Pomimo szeroko zakrojonych starań o przeciwstawienie się tej swoistej epidemii wciąż nie udaje nam się nad nią zapanować. Jednym ze sposobów na zwiększenie liczby operacji bariatrycznych jest wprowadzenie specjalistycznych protokołów opieki okołoperacyjnej, wśród których szczególnie dużą popularność w ostatnich latach zyskuje protokół kompleksowej opieki okołoperacyjnej dla chirurgii bariatrycznej (ERABS, *enhanced recovery after bariatric surgery*). W przypadku operacji wykonywanych na skalę światową, w szczególnie wysokiej liczbie, istotne wydaje się zapewnienie największej skuteczności oraz bezpieczeństwa na każdym etapie interwencji medycznej.

CELE PRACY

1. Ocena bezpieczeństwa zastosowania protokołu ERABS.
2. Ocena skuteczności zastosowania protokołu ERABS w odniesieniu do utraty masy ciała w krótkim okresie po operacji.

3. Analiza wpływu zastosowania protokołu ERABS na czas operacji, czas hospitalizacji, a także na częstość wykonywania dodatkowych procedur medycznych.

MATERIAŁY I METODY

W niniejszym badaniu opisano 150 pacjentów operowanych w Katedrze i Klinice Chirurgii Ogólnej i Transplantacyjnej Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego. U wszystkich pacjentów wykonano LSG. W badaniu wyodrębniono dwie grupy – badaną i kontrolną – liczące po 75 pacjentów. W grupie badanej wdrożono protokół ERABS, a grupa kontrolna była prowadzona w okresie okołoperacyjnym według standardowego dla Kliniki protokołu okołoperacyjnego. Analizie poddano parametry antropometryczne obu grup, częstość zastosowania dodatkowych procedur medycznych w okresie okołoperacyjnym, efekty leczenia bariatrycznego, a także częstość występowania powikłań pooperacyjnych.

WYNIKI

Analiza antropometryczna dotycząca płci, wieku, masy ciała, wzrostu oraz wskaźnika masy ciała (BMI, *body mass index*) i porównanie tych parametrów w obydwu grupach nie wykazały między nimi istotnych statystycznie różnic. Porównanie występowania najczęściej towarzyszących chorób współistniejących z otyłością (nadciśnienie tętnicze, cukrzyca typu 2 oraz obturacyjny bezdech senny) również nie wykazało istotnych statystycznie różnic pomiędzy grupami. Dlatego rozpatrywane grupy można uznać za jednorodne.

Częstość zastosowania dodatkowych procedur medycznych, takich jak cewnikowanie pęcherza moczowego, pozostawianie drenu Redona po operacji czy wykonanie badania kontrastowego górnego odcinka przewodu pokarmowego (UGI, *upper gastrointestinal series*) w pierwszej dobie po operacji, różniła się istotnie pomiędzy badanymi grupami. W grupie kontrolnej cewnikowanie stanowiło 100,00% wobec 0,00% w grupie badanej, pozostawienie drenu Redona – 100,00% wobec 17,33%, a UGI – 100,00% wobec 13,33%. Analiza wykazała istotne skrócenie czasu operacji –

107,87 ± 29,28 min dla grupy kontrolnej oraz 85,64 ± 32,30 min dla grupy badanej – a także skrócenie całego czasu znieczulenia: odpowiednio 139,20 ± 27,95 min wobec 120,09 ± 31,85 min.

Wprowadzenie zrównoważonej płynoterapii, jako istotnego elementu protokołu ERABS, spowodowało istotne zmniejszenie objętości płynów podawanych dożylnie w dobie operacji. Dla grupy kontrolnej oraz badanej wynosiły one odpowiednio 1496,67 ± 536,78 ml wobec 801,33 ± 260,19 ml płynów podanych w trakcie operacji oraz 2725,33 ± 763,68 ml wobec 1801,47 ± 344,59 ml podanych w okresie pooperacyjnym; łączna objętość podana w dniu operacji to odpowiednio 4222,00 ± 1169,87 ml i 2602,80 ± 445,48 ml.

Analiza częstości wymiotów pooperacyjnych wykazała przewagę na korzyść grupy kontrolnej, jednak była to różnica nieistotna statystycznie: 8,00% dla grupy kontrolnej i 14,67% dla grupy badanej. Zastosowanie protokołu ERABS pozwoliło na istotne statystycznie skrócenie czasu hospitalizacji grupy badanej: 3,16 ± 0,4 dnia wobec 4,29 ± 0,83 dnia dla grupy kontrolnej. Przeanalizowano również efekty redukcji masy ciała w obydwu grupach i nie odnotowano między nimi istotnych statystycznie różnic. Warto zaznaczyć, że obydwie grupy uzyskały redukcję nadmiernej masy ciała (%EWL) na poziomie 66,94 ± 17,73% dla grupy kontrolnej oraz 68,86 ± 17,92% dla grupy badanej w 12. miesiącu po operacji. Bezpośrednim wykładnikiem bezpieczeństwa operacji jest częstość występowania powikłań pooperacyjnych, które w tym badaniu opisywano według klasyfikacji Clavien-Dindo. Odpowiednio dla grupy kontrolnej i grupy badanej odsetek powikłań wynosił 4,00 i 2,67 dla stopnia II oraz 4,00 i 1,33 dla stopnia III według tej klasyfikacji. Różnice te nie były istotne statystycznie.

WNIOSKI

1. W przypadku protokołu ERABS nie zaobserwowano występowania powikłań częściej niż przy dotychczas stosowanych protokołach (ze szczególnym uwzględnieniem powikłań w stopniu II i III według klasyfikacji Clavien-Dindo). Protokół ERABS jest bezpieczny dla pacjenta.

2. Wyniki pooperacyjnej utraty masy ciała w okresie obserwacji do roku po operacji bariatrycznej są u pacjentów prowadzonych według protokołu ERABS tak samo pomyślne jak w przypadku osób prowadzonych dotychczasowym protokołem opieki okołoperacyjnej.
3. Zastosowanie protokołu ERABS pozwala na skrócenie czasu zarówno operacji, jak i hospitalizacji. Protokół ten pozwala również na rezygnację z wykonywania niektórych dodatkowych procedur medycznych bez wpływu na bezpieczeństwo pacjenta.

Cylke
Radosław Cylke
LEKARZ
3168980

2178
Prof. dr hab. n. med.
Wojciech Lisik
chirurgii ogólnej
i transplantologii klinicznej
Lisik
Dr n. med. i n. o zdr.
Paweł Ciomarański
specjalista chirurgii ogólnej
i transplantologii klinicznej
2452670