

Οι υψοίφοι για απουσία αδένων ωρίων να αναλογιστούν αρσενικού του σώματός τους. Τον διαδίδει η παχυσαρκία και η ηλικία.



Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής για τον κάθε ασθενή γίνεται κατόπιν συζήτησης με το χειρουργό και κοινής απόφασης βάζει των προσδοκίων του ασθενούς.

Η συζήτηση για χειρουργικές μεθόδους που αφορούν την απόλυτη βάρους είναι οικείο πρόσημο, παρόλο αυτό, η χειρουργική της παχυσαρκίας ξεκινάει τη δεκαετία του 1950, όταν για πρώτη φορά εφαρμόστηκε από χειρουργούς στην προσπάθειά τους να δώσουν «λύση» στο σοβαρό και δύσκολο αντιμετώπισμα πρόβλημα της νοσηγούς παχυσαρκίας.

Η νοσηγός παχυσαρκία αποτελεί διαχρονικό πρόβλημα στο δυτικό κόσμο μετά τη λήξη των πολέμων και είναι γνωστό ότι η συντηρητική αντιμετώπιση από μόνη της, με τη μορφή της φαρμακευτικής παρέμβασης, δίαιτας, άσκησης κ.τ.λ., αποτυγχάνει σε ποσοστό μεγαλύτερο του 95% των περιπτώσεων. Το γεγονός αυτό, σε συνδυασμό με την εμπειριοπαρήνη πλέον γνώση ότι οι παχύσαρκοι ασθενείς έχουν σημαντικά ελαττωμένο προσδόκιμο ζωής λόγω των συνοδών παθήσεων και η δραματική επίπτωση αυτών στα οικονομικά κόστη των συστημάτων υγείας παγκοσμίως, αποτέλεσε το βασικό κίνητρο για την εξέλιξη της βαριατρικής χειρουργικής την τελευταία δεκαετία. Σε αυτό συνετέλεσε θετικό και η αλματώδης εξέλιξη της λαπαρασκοπικής χειρουργικής, που έδωσε τη δυνατότητα να πραγματοποιούνται πολυάριθμοι επεμβάσεις με θεαματική ελάττωση του μεταχειρουργικού πόνου, του χρόνου της νοσηλείας μεταχειρουργικά και την ταχεία επανένταξη του ατόμου στο κοινωνικό και εργασιακό του περιβάλλον. Το αποτέλεσμα όλων αυτών, είναι η βαριατρική χειρουργική με τη μορφή που τη γνωρίζουμε σήμερα, ως το νέο αξιόπιστο θεραπευτικό μέσο για τη μαζική

απόλυτη βάρους και πλήρους αντιμετώπισης της νόσου που αναφέρεται παχυσαρκία.

**ΤΙ ΠΡΕΠΕΙ ΝΑ ΓΝΩΡΙΖΕΙ Ο ΥΠΟΨΗΦΙΟΣ ΑΣΘΕΝΗΣ:**

Παρό τον έντονο ενθουσιασμό που επικρατεί στις μέρες μας για τις επεμβάσεις αυτές, η βαριατρική χειρουργική δεν πρέπει να αντιμετωπίζεται με επιπολαιότητα καθώς είναι πολύπλοκη, τεχνικά δύσκολη και με ενδεδειγμένους κινδύνους σε «ακατάλληλα» κέρια. Οι υποψήφιοι για χειρουργείο ασθενείς πρέπει να αξιολογούνται προεκτικά από μια ομάδα επαγγελματιών υγείας με επιστημονικό ενδιαφέρον στην αντιμετώπιση της παχυσαρκίας, που περιλαμβάνει τον θεράποντα χειρουργό, διατροφολόγο, παθολόγο και ψυχολόγο. Ο θεράπων χειρουργός οφείλει να έχει επίσημη και αναγνωρισμένη εξειδίκευση στη βαριατρική χειρουργική. Ιδανικά θα πρέπει να είναι χειρουργός ανώτερου πεπτικού, με εκτεταμένη εμπειρία στη χειρουργική εισαγωγού-στομάχου, προκειμένου να εγγυηθεί κατά το μέγιστο την ασφάλεια των επεμβάσεων αυτών και την αποφυγή επιπλοκών. Είναι ιδιαίτερα σημαντικό να γίνει κατανοητό τόσο στην κοινωνία όσο και στους ιατρούς, ότι η παχυσαρκία δεν είναι απλά ένα αισθητικό πρόβλημα ή ένα πρόβλημα «ηλεκτρικής» που αφορά τη λήψη τροφής, αλλά μια σοβαρότατη, απειλητική για τη ζωή νόσος. Η γενετική προδιάθεση της νόσου είναι πλέον αποκριματογραφημένη. Η συνεχώς αυξανόμενη επιστημονική βιβλιο-

# Η χειρουργική της παχυσαρκίας

Η παχυσαρκία είναι μια νόσος, γνωστή από την εποχή του Ιπποκράτη και ταυτόχρονα μια μεγάλη πρόκληση του 21ου αιώνα για τη δημόσια υγεία, καθώς σήμερα τείνει να λάβει διαστάσεις πανδημίας ιδιαίτερα στις χώρες της Δύσης, όπου τα ποσοστά της παρουσιάζονται εξαιρετικά υψηλά.

**Tips**

**Τα αποτελέσματα φαίνονται άμεσα**

Μέσω στον πρώτο χρόνο, κατά μέσο όρο, οι ασθενείς παρουσιάζουν απόλυτα επιπλέοντος βάρους της τάξεως του 60 - 70% και το επόμενο χρόνο η απόλυτη συνεχίζεται με πιο αργούς ρυθμούς. Το τελικό βάρος θα οριστικοποιηθεί το δεύτερο ή τρίτο χρόνο μετά την πραγματοποίηση της επέμβασης και τα αποτελέσματά τους τότε θεωρούνται οριστικά.

Η προσέγγιση του παχύσαρκου ασθενούς απαιτεί σύνθετη επιστημονική σκέψη και εξαιρετική κλινική εμπειρία. Η επιλογή της κατάλληλης τεχνικής για τον κάθε ασθενή γίνεται κατόπιν συζήτησης με το χειρουργό και κοινής απόφασης βάζει των προσδοκίων του ασθενούς, πάντα με γνώμονα την ασφάλειά του, η οποία αποτελεί και θεμελιώδη αρχή κάθε ιατρικής πράξης.



γραφέα αναγνωρίζει πλέον τη νόσο ως εκ γενετής «λάβας» του μεταβολικού μηχανισμού με τη μορφή λανθασμένου αισθήματος πληρώσεως του στομάχου μετά τη λήψη τροφής, και της ταυτόχρονης «τάσης» του οργανισμού να αποθηκεύει τις προλαμβανόμενες θερμίδες σε λίπος αντί να τις μετατρέπει σε θερμότητα.

#### ΠΟΙΟΙ ΕΙΝΑΙ ΥΠΟΨΗΦΙΟΙ ΓΙΑ ΕΠΕΜΒΑΣΗ;

Παχύσαρκος και ως εκ τούτου υποψήφιος για χειρουργική επέμβαση, θεωρείται ένας ασθενής με δείκτη Μάζας Σώματος (Body Mass Index) BMI > 40 Kg/m<sup>2</sup>.

Σε επιλεγμένες περιπτώσεις η λύση της επέμβασης μπορεί να προσφερθεί και σε ασθενείς με BMI 35 - 39 Kg/m<sup>2</sup>, όταν αυτοί πάσχουν από συνοδό νοσήματα που αποδεδειγμένα βελτώνονται με την απώλεια βάρους όπως ο σακχαρώδης διαβήτης τύπου II, η υπέρταση, η υπερλιπιδαιμία.

Είναι εντυπωσιακό το ποσοστό πλήρους θεραπείας του διαβήτη μετά από επέμβαση παχυσαρκίας, το οποίο μπορεί να φτάσει το 84%. Εξίσου εντυπωσιακή είναι η παρατήρηση ότι απώλεια βάρους ακόμα και σε ποσοστό 10%, ελατώνει κατά 20% τον κίνδυνο καρδιακής νόσου.

Σε κάθε περίπτωση, ο υποψήφιος για χειρουργείο πρέπει να είναι ενήλικας, να έχει δοκιμάσει στο παρελθόν να χάσει βάρος με συντηρητικές μεθόδους χωρίς κλινικοοικονομικό αποτέλεσμα και να μην πάσχει από αλκοολισμό, κακοχρήσεις ουσιών και διάφορες μορφές ψυχοπαθολογίας.

#### ΠΟΙΑ ΕΙΔΗ ΕΠΕΜΒΑΣΕΩΝ ΥΠΑΡΧΟΥΝ;

Συνολικά έχουν περιγραφεί περίπου 30 διαφορετικές χειρουργικές τεχνικές για απώλεια βάρους. Ας επικεντρωθούμε

### Tips

## Η σωστή απόφαση

Η αναγνωρισμένη και πιστοποιημένη προπαραίτηση του χειρουργού σε υψηλό κύρος νοσοκομεία που ασχολούνται με τις συγκεκριμένες τεχνικές, η διάρκεια της προπαραίτησης, αλλά και το επίπεδό της, είναι στοιχεία που μπορούν να βοηθήσουν στη λήψη μιας ορθολογικής απόφασης, ώστε ο χειρουργός να μπορεί να εφαρμόσει με ασφάλεια την τεχνική που ταιριάζει καλύτερα στις ανάγκες και προδοκίες του εκάστοτε ασθενούς.



στις πιο σύγχρονες και συνθέστερα πραγματοποιούμενες με βάση τα διεθνή δεδομένα, οι οποίες όλες πλέον πραγματοποιούνται λαπαροσκοπικά, με ελάχιστες ημέρες νοσηλείας.

Οι βαρειακές επιπτώσεις διακρίνονται σε αυτές που απλά περιορίζουν τη χωρητικότητα του στομάχου και σε αυτές που συνδυάζουν περιορισμό της γαστρικής χωρητικότητας και ταυτόχρονη δυσασπορόφηση της τροφής. Στην πρώτη κατηγορία ανήκουν ο γαστρικός δακτύλιος (gastric banding) και η επιμήκης γαστρεκτομή (sleeve gastrectomy). Στη δεύτερη κατηγορία ανήκει η γαστρική παράκαμψη (gastric bypass) και η χολοπαγκρεατική εκτροπή (biliopancreatic diversion).

#### Γαστρικός δακτύλιος (gastric banding)

Περιλαμβάνει την τοποθέτηση ενός δακτύλιου σιλικόνης γύρω από το ανώτερο τρίτο του στομάχου σίμωσ με τη συμβολή με τον οισοφάγο. Ο δακτύλιος φέρει port ρύθμισης από όπου εγκύεται φυσιολογικός ορός με αποτέλεσμα να φουσκώνει ο δακτύλιος δημιουργώντας ένα μικρό γαστρικό θύλακο που δημιουργεί πρόδρομο αίσθημα κορεσμού περιορίζοντας έτσι τη λήψη τροφής. Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά με νοσηλεία μιας ημέρας.

#### Επιμήκης γαστρεκτομή (sleeve gastrectomy)

Περιλαμβάνει την οριστική αφαίρεση

περίπου του 80% του στομάχου και τη μετατροπή του σε έναν επιμήκη σωλήνα. Με τη συγκεκριμένη επέμβαση επιτυγχάνονται:

- Γαστρικός περιορισμός, με αποτέλεσμα ο ασθενής να μην μπορεί να καταναλώσει μεγάλες ποσότητες φαγητού.

- Καταστολή των νευροορμονικών μηχανισμών της πείνας. Η επέμβαση καταστέλλει άμεσα την όρεξη γιατί διακόπτει τη νευροορμονική επικοινωνία του στομάχου με τον εγκέφαλο.

Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά με νοσηλεία δύο ημερών.

#### Γαστρική παράκαμψη (gastric bypass)

Περιλαμβάνει τη δημιουργία ενός μικρού γαστρικού θύλακου μέσω διανομής του στομάχου. Το υπόλοιπο τρίτο του στομάχου αποκλείεται και στο γαστρικό θύλακο αναστομώνεται το λεπτό έντερο, από όπου η τροφή διέρχεται για αρκετή απόσταση μέχρι τη δεύτερη αναστόμωση, όπου συναντά τη χολή και το παγκρεατικό υγρό και αρχίζει ουσιαστικά η απορρόφησή της. Είναι δηλαδή επέμβαση περιορισμού της γαστρικής χωρητικότητας και ταυτόχρονα επέμβαση δυσασπορόφησης.

Η επέμβαση γίνεται λαπαροσκοπικά με νοσηλεία δύο ημερών.

