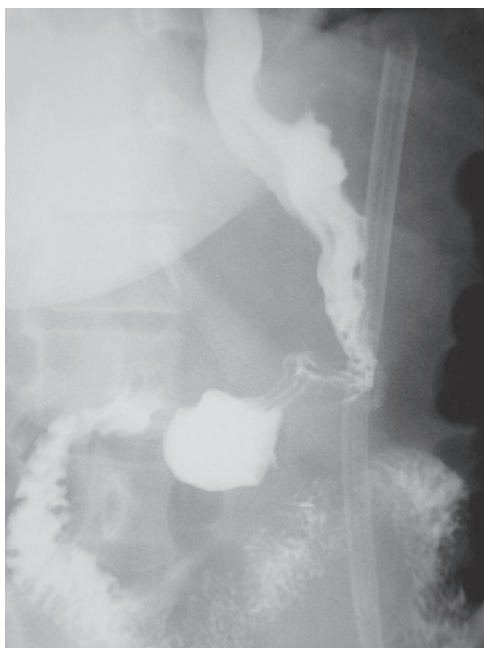


RYCINA 8-2 Schematyczne przedstawienie laparoskopowej mankietowej resekcji żołądka.



RYCINA 8-3 Badanie kontrastowe górnej części przewodu pokarmowego po mankietowej resekcji żołądka.

twierdzą szczelność zespołań, można podać pacjentowi płynną dietę. Pacjent jest zwykle wypisywany ze szpitala drugiego dnia po operacji. Dren Jacksona-Pratta należy usunąć przed wypisaniem pacjenta do domu. Pacjent pozostaje na płynnej diecie przez kolejne 2 tygodnie, a później wprowadza się dietę przecieraną. Zaleca się przyjmowanie pokarmów nie większych niż 2–3 uncje (uncja – 28 gramów) na posiłek. Każdy pacjent powinien również przyjmować codziennie suplementy wapnia, cotygodniowo

podjęzykowo witaminę B₁₂. Dodatkowo każdy chory musi być regularnie kontrolowany, podobnie jak pacjenci poddawani innym operacjom bariatrycznym.

SPECYFICZNE POWIKŁANIA

Preparowanie zrostów w okolicy tylnej ściany żołądka powinno być ograniczone do minimum. Zrosty te powinny być przecięte tylko wówczas, gdy znajdują się w linii cięcia. Jednak zachowanie tych zrostów pozwoli na utrzymanie żołądka we właściwym miejscu i zmniejszy ryzyko jego skręcenia lub uwięźnięcia. Dodatkowo, radykalne usuwanie zrostów na tylnej części żołądka może skutkować uszkodzeniem lewej tętnicy żołądkowej, co może doprowadzić do przerwania unaczynienia resekowanego żołądka i w konsekwencji do konieczności wykonania całkowitego wycięcia żołądka. Jeżeli preparowanie rozpoczyna się za blisko odzwiernika (zwykle więcej niż 2 cm), może skutkować nieprawidłowym opróżnianiem odzwiernika i w konsekwencji może być przyczyną refluksu żołądkowo-przełykowego. Dlatego autor preferuje rozpoczęcie przecięcia żołądka 4–5 cm proksymalnie do odzwiernika. W momencie pierwszego zamykania staplera powinien on pozostać w odległości co najmniej 1 cm od kąta żołądka w celu zapobiegnięcia zwężeniu w tym miejscu. Po ominięciu kąta żołądka tylna ściana powinna być przeciągnięta w kierunku boczno-dogłowym w celu zapobiegnięcia pozostawienia z tyłu nadmiernej części żołądka. Innym powikłaniem tych operacji jest uszkodzenie przełyku. Chirurg powinien unikać chwytania przełyku w linii cięcia, co może być przyczyną powstania nieszczelności. Opublikowana częstość przecieków w linii szycia wynosi 1%. Użycie wzmocnienia ePTFE w miejscu grubych tkanek (w odzwierniku, w miejscu zamykania pierwszego staplera) może naruszyć integralność zespołaenia przez dodatkowo zakładane uszczelniające szwy staplerowe.

REZULTATY I WYNIKI

W literaturze istnieje wiele badań omawiających mankietową resekcję żołądka jako pojedynczą i jedyną metodą stosowaną u otyłych. Dostępne dane wskazują, że laparoskopowa resekcja mankietowa żołądka może powodować od 33% do 45% utratę masy ciała w ciągu jednego roku u pacjentów z BMI powyżej 60 kg/m². Odsetek utraty masy ciała w krótkoterminowej obserwacji po mankietowej resekcji żołądka może być nawet wyższy u pacjentów z BMI w zakresie do 40 kg/m². Dodatkowa utrata masy ciała jest możliwa, gdy chory przeszedł drugi zabieg operacyjny (LRYGB) po upływie roku po mankietowej resekcji żołądka. Dostępna jest niewielka liczba danych wskazujących, że laparoskopowa resekcja mankietowa powoduje większą krótkoterminową utratę masy ciała niż LAGB. Co prawda ograniczone, ale dostępne dane potwierdzają skuteczność resekcji mankietowej jako metody krótko- i średnioterminowej w chirurgii bariatrycznej. Pomimo to może być wciąż nieodpowiednie twierdzenie, że metoda ta może być stosowana jako metoda ostateczna u pacjentów z BMI powyżej 50, gdyż w rezultacie utrata masy ciała może być niewystarczająca; ostateczna odpowiedź w tej kwestii nie jest jeszcze znana. Także stwierdzenie, czy szybka utrata masy ciała uzyskiwana tą metodą utrzyma się dłużej niż tylko w aspekcie krótkoterminowym. Pozytywne aspekty tej metody dla pacjenta i chirurga wskazują jednak, że ta metoda będzie stosowana również w przyszłości.