

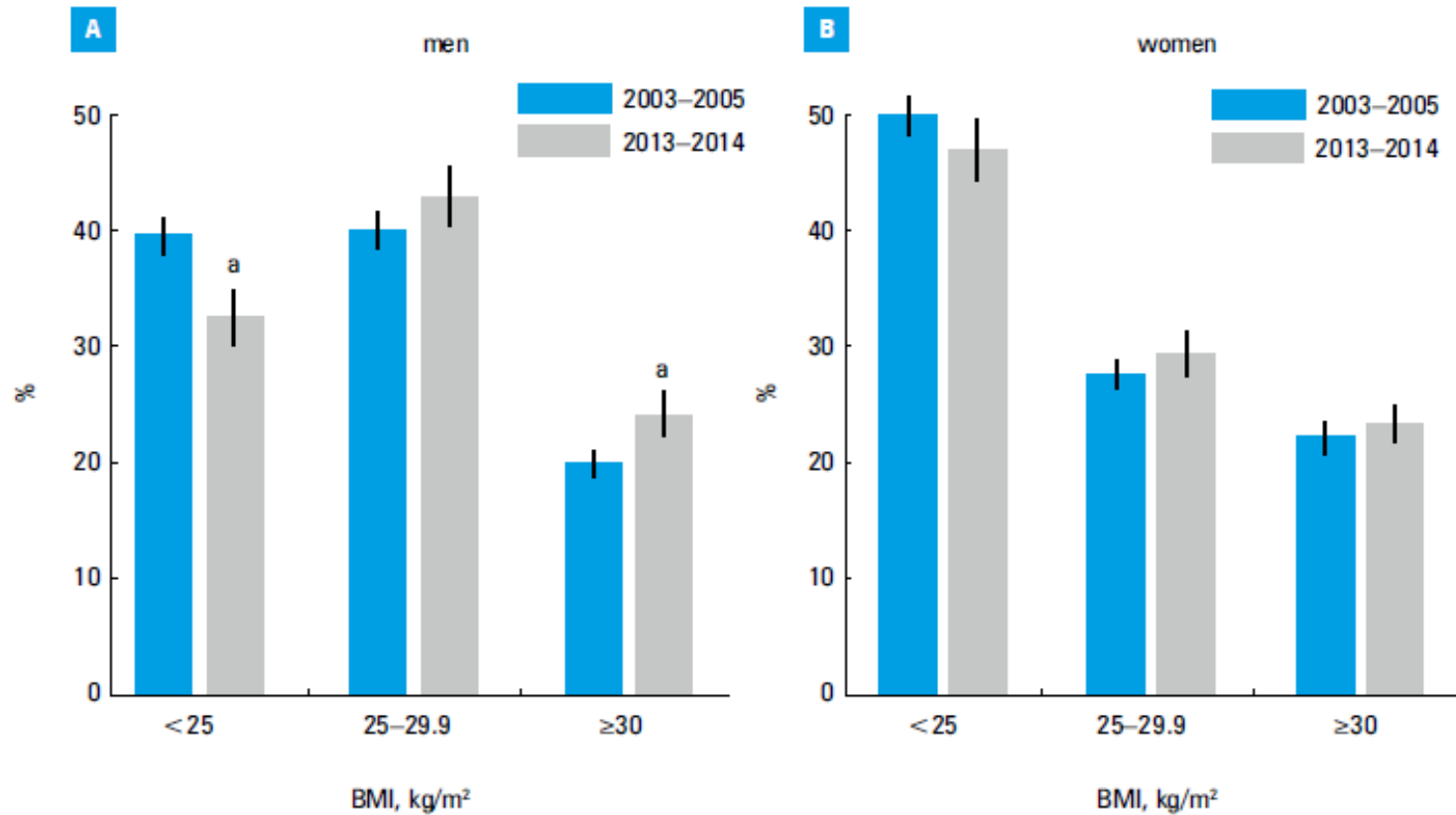
# **Otyłość olbrzymia**

## **wyzwaniem współczesnej**

### **ochrony zdrowia**

Mariusz Wyleżoł

II Katedra i Klinika Chirurgii Ogólnej, Naczyniowej i Onkologicznej  
II Wydział Lekarski Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego  
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Mariusz Frączek

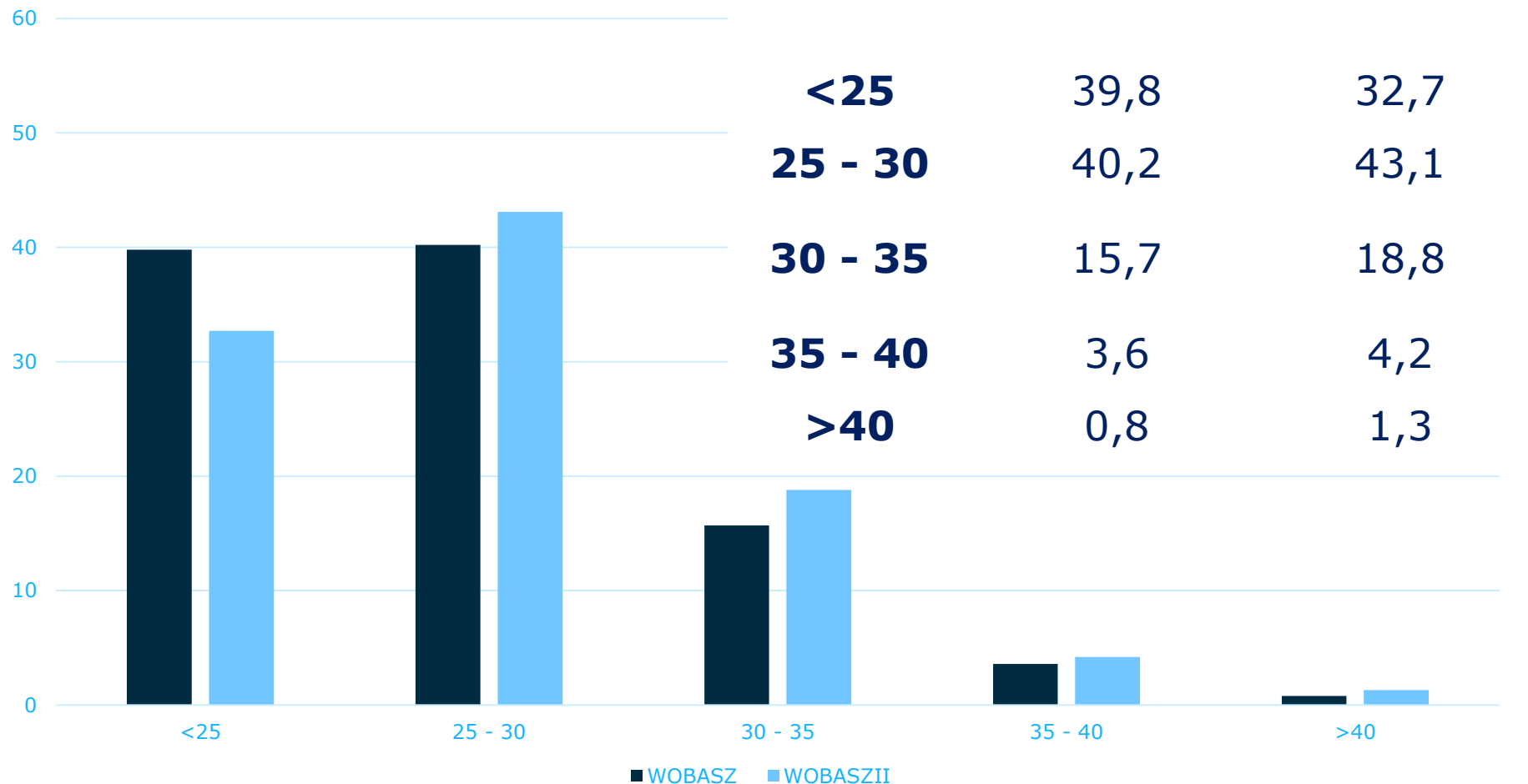


## Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland

Results of the WOBASZ II study (2013–2014) and comparison with the WOBASZ study (2003–2005) POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ 2016; 126 (9)

Urszula Stepaniak<sup>1\*</sup>, Agnieszka Micek<sup>1\*</sup>, Anna Waśkiewicz<sup>2</sup>, Wojciech Bielecki<sup>3</sup>, Wojciech Drygas<sup>2,3</sup>, Marianna Janion<sup>4</sup>, Krystyna Kozakiewicz<sup>5</sup>, Arkadiusz Niklas<sup>6</sup>, Aleksandra Puch-Walczak<sup>7</sup>, Andrzej Pająk<sup>1</sup>

# MĘŻCZYŹNI

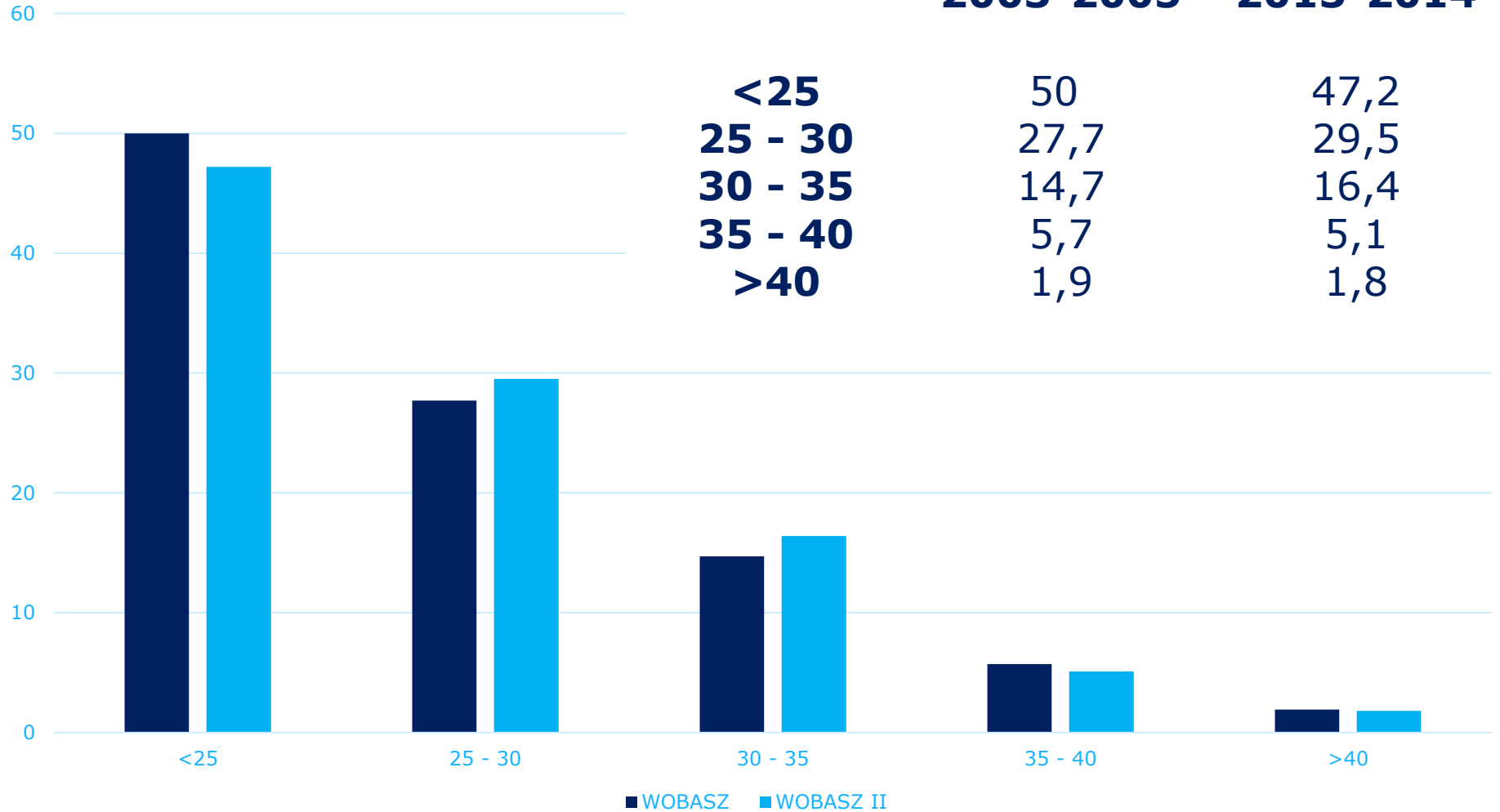


## Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland

Results of the WOBASZ II study (2013–2014) and comparison with the WOBASZ study (2003–2005) POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYNY WEWNĘTRZNEJ 2016; 126 (9)

Urszula Stepaniak<sup>1\*</sup>, Agnieszka Micek<sup>1\*</sup>, Anna Waśkiewicz<sup>2</sup>, Wojciech Bielecki<sup>3</sup>,  
Wojciech Drygas<sup>2,3</sup>, Marianna Janion<sup>4</sup>, Krystyna Kozakiewicz<sup>5</sup>,  
Arkadiusz Niklas<sup>6</sup>, Aleksandra Puch-Walczak<sup>7</sup>, Andrzej Paiak<sup>1</sup>

# KOBIETY



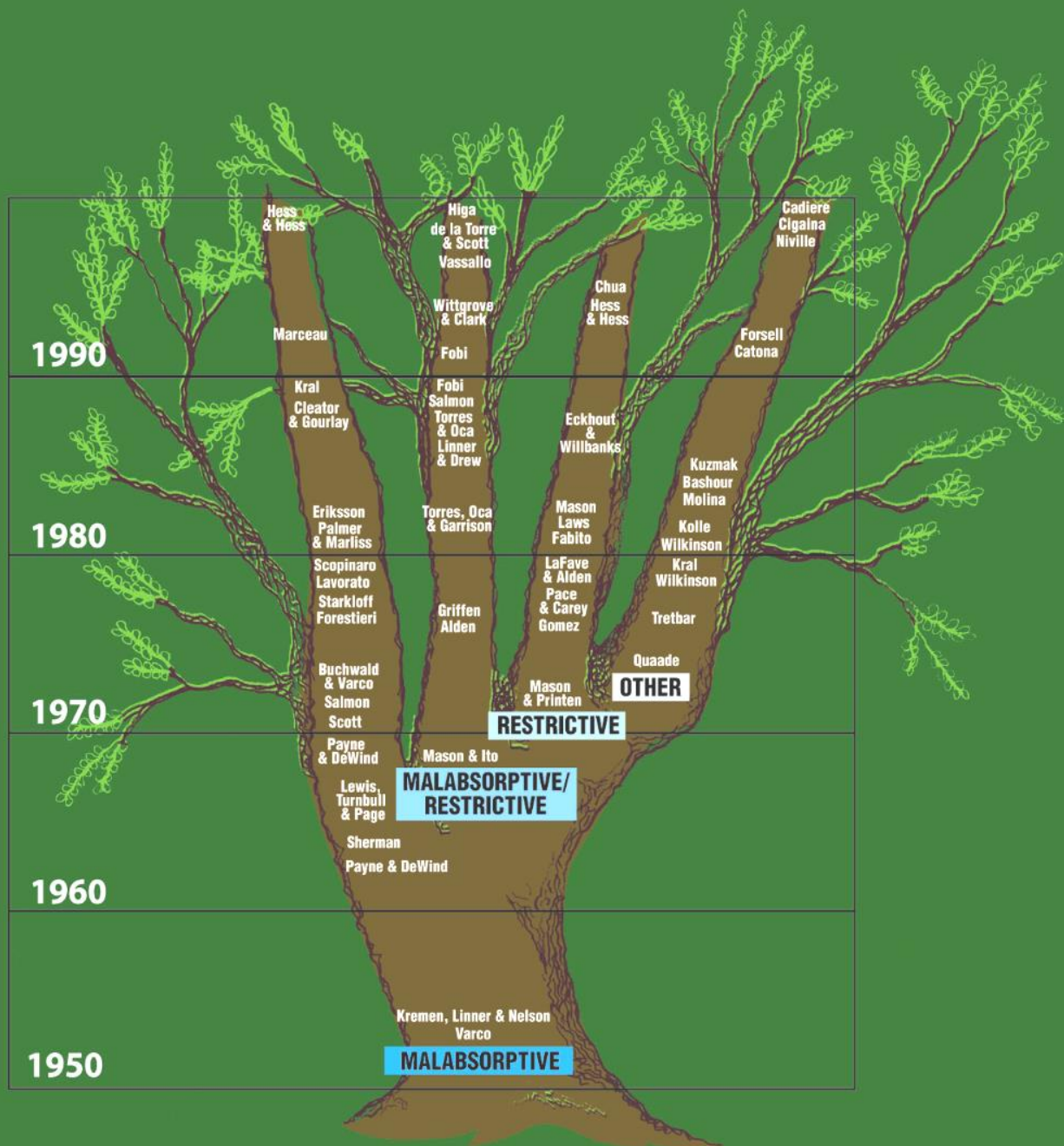
Prevalence of general and abdominal obesity and overweight among adults in Poland

Results of the WOBASZ II study (2013–2014) and comparison with the WOBASZ study (2003–2005) POLSKIE ARCHIWUM MEDYCYN Y WEWNETRZNEJ 2016; 126 (9)

Urszula Stepaniak<sup>1\*</sup>, Agnieszka Micek<sup>1\*</sup>, Anna Waškiewicz<sup>2</sup>, Wojciech Bielecki<sup>3</sup>, Wojciech Drygas<sup>2,3</sup>, Marianna Janion<sup>4</sup>, Krystyna Kozakiewicz<sup>5</sup>, Arkadiusz Niklas<sup>6</sup>, Aleksandra Puch-Walczak<sup>7</sup>, Andrzej Paiak<sup>1</sup>

# **Rodzaje operacji**

## **(współczesne)**



Genealogic Tree of Bariatric Procedures

## Vertical Sleeve Gastrectomy (VSG)

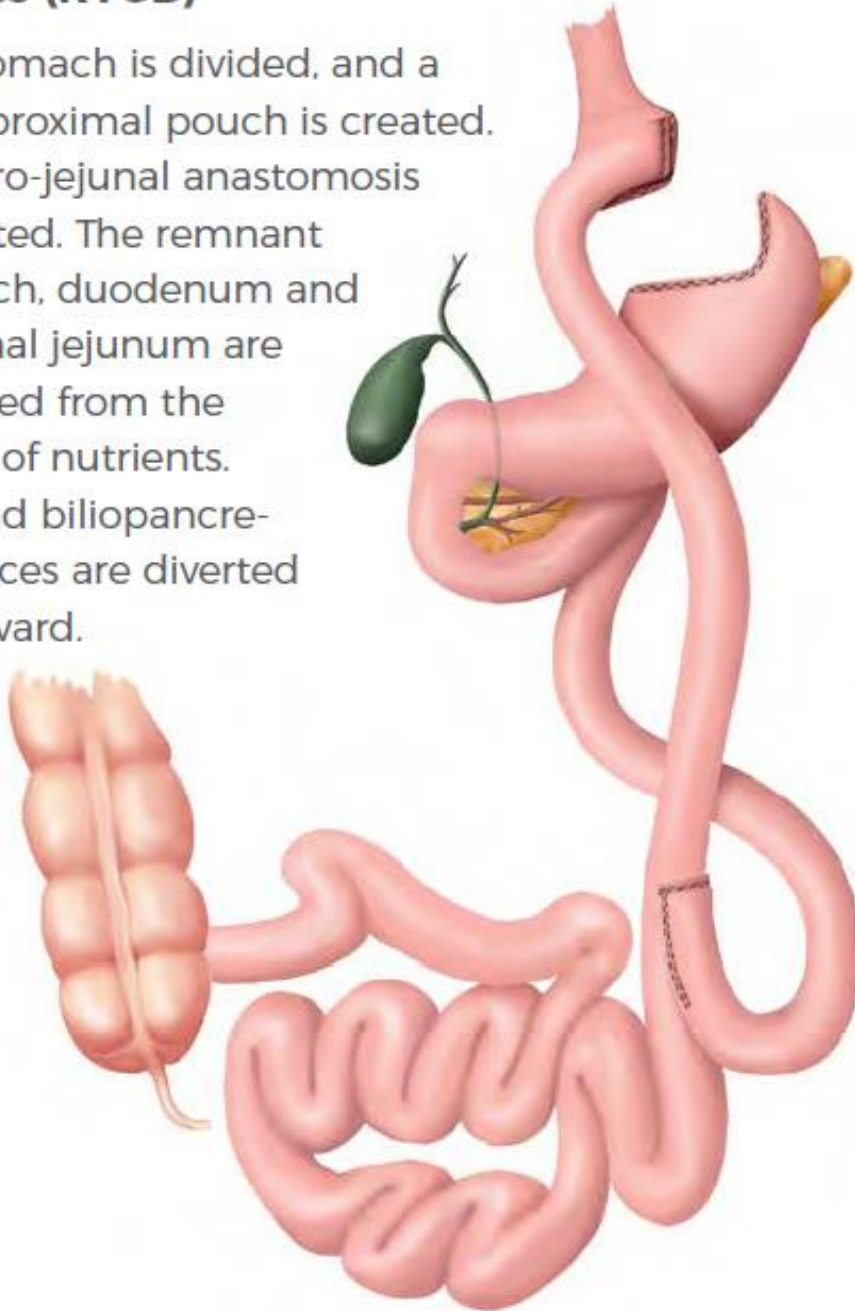
A vertical gastric resection is performed along the smaller curvature using staplers, leaving behind a "sleeve-shaped" stomach, without rerouting the intestine.



**Wybrane rodzaje  
operacji bariatrycznych  
na pdst.**  
Summary of recommendations  
and guidelines from the  
2nd Diabetes Surgery Summit

## Roux-en-Y Gastric Bypass (RYGB)

The stomach is divided, and a small proximal pouch is created. A gastro-jejunal anastomosis is created. The remnant stomach, duodenum and proximal jejunum are excluded from the transit of nutrients. Bile and biliopancreatic juices are diverted downward.



**Wybrane rodzaje operacji bariatrycznych na pdst.**  
Summary of recommendations and guidelines from the 2nd Diabetes Surgery Summit



## Laparoscopic Adjustable Gastric Banding (LAGB)

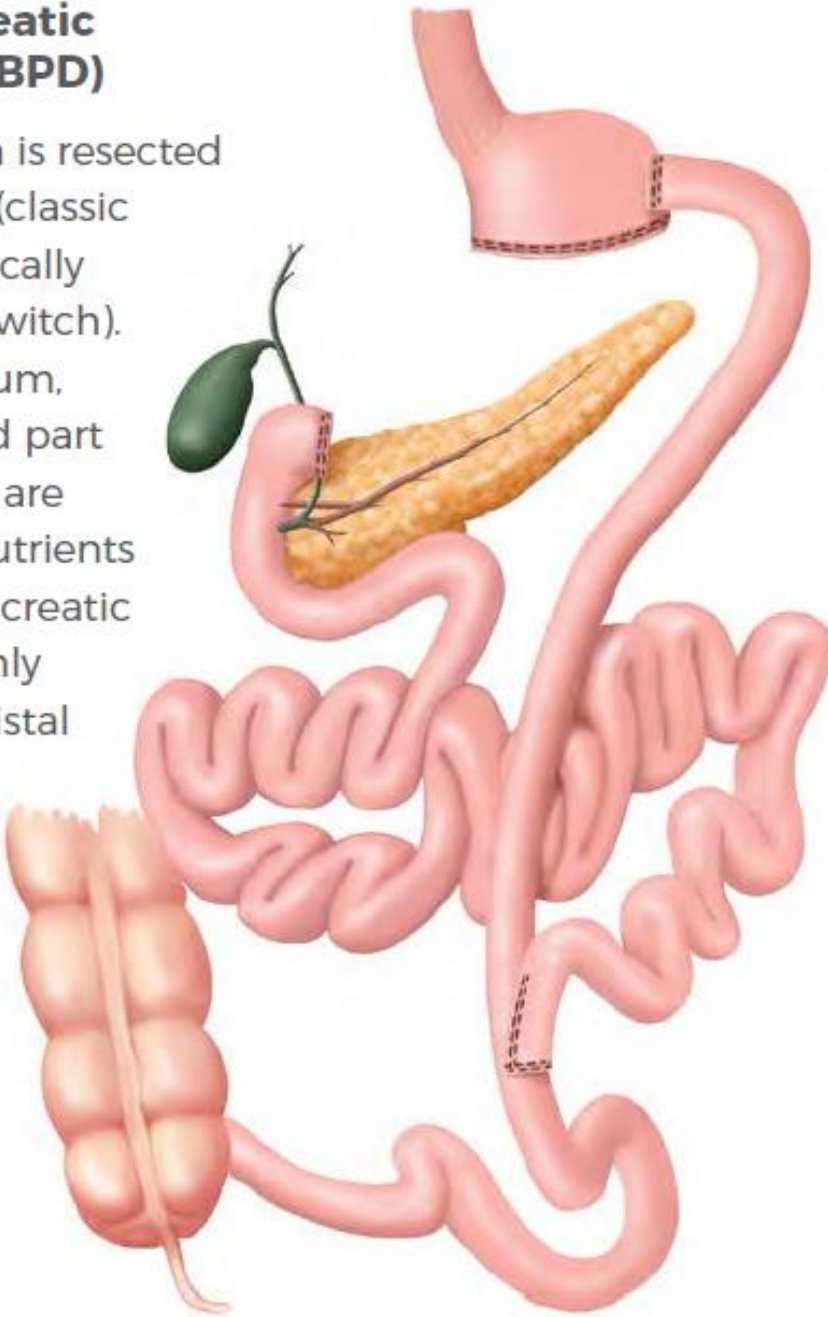
An inflatable band is placed around the upper part of the stomach. The band is adjusted by injecting saline into a subcutaneous port



**Wybrane rodzaje operacji bariatrycznych na pdst.**  
Summary of recommendations and guidelines from the 2nd Diabetes Surgery Summit

## **Biliopancreatic Diversion (BPD)**

The stomach is resected horizontally (classic BPD) or vertically (Duodenal Switch). The duodenum, jejunum, and part of the ileum are bypassed. Nutrients and biliopancreatic juices mix only within the distal 50-100 cm of the ileum (common channel)



## **Wybrane rodzaje operacji bariatrycznych na pdst.**

Summary of recommendations and guidelines from the 2nd Diabetes Surgery Summit

# Oreksygenne: Grelina

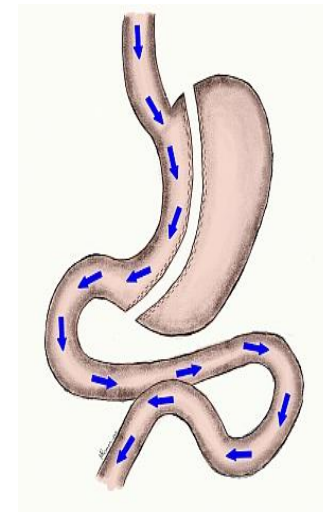
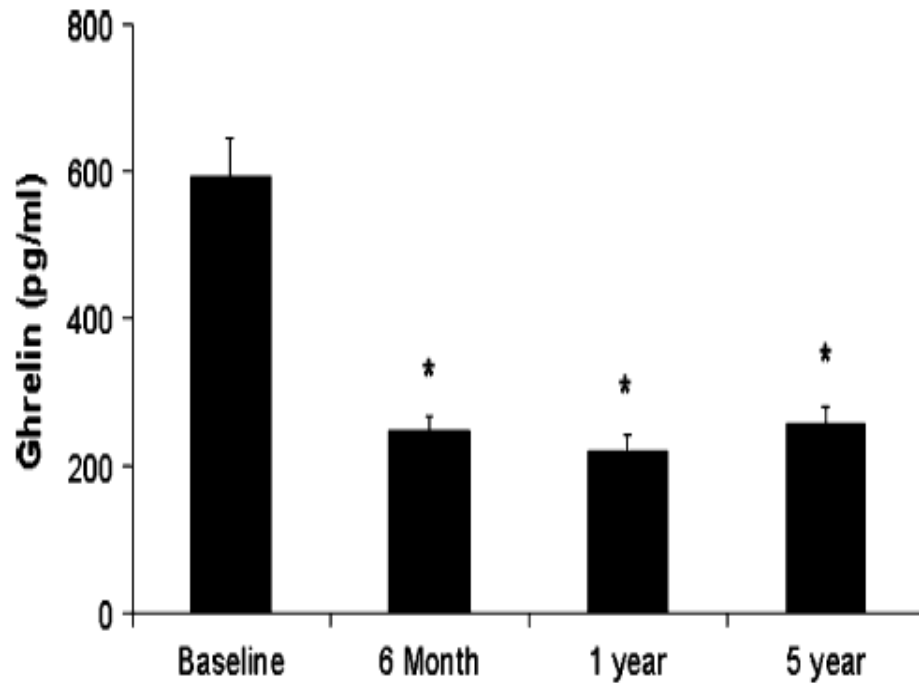
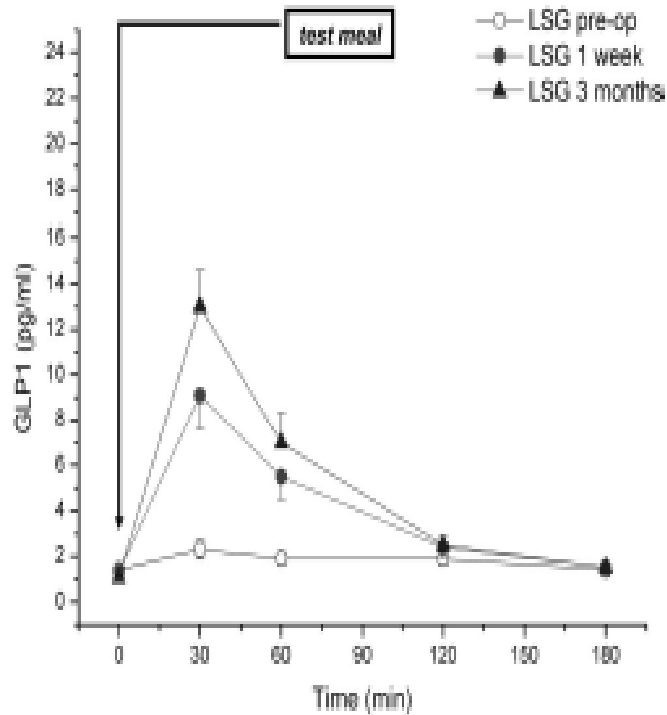


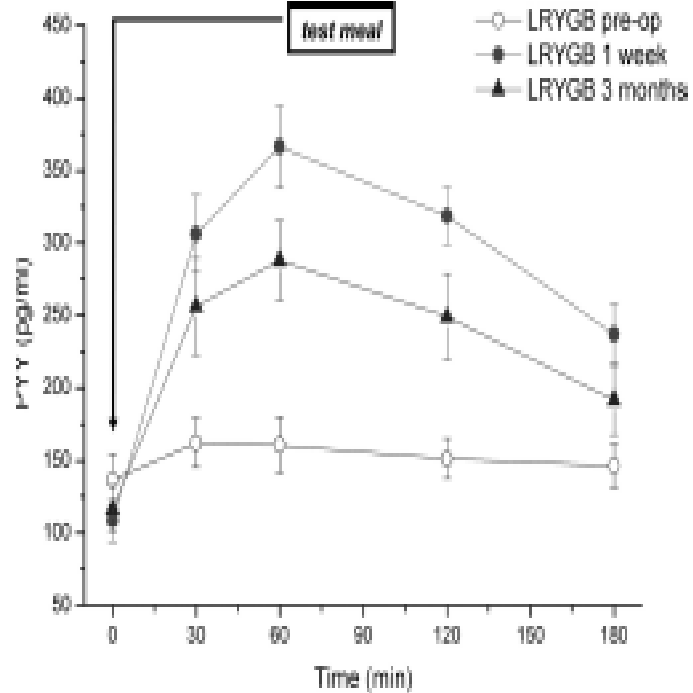
Fig. 3 Plasma ghrelin levels following sleeve gastrectomy. Ghrelin levels decreased significantly after the procedure ( $p < 0.05$ ) and remained stable in non-converted patients for the duration of the follow-up

# Antyoreksygenne

## GLP-1



## PYY



# Wskazania

# Wskazania do ChLO

## Chorzy w wieku 18 - 65 lat

- z BMI  $\geq 40$
- z BMI 35-40 i powikłaniami otyłości <sup>1</sup>
- z BMI 30-35 i cukrzycą typu 2 <sup>2</sup>
- po wcześniejszych operacjach bariatrycznych <sup>3</sup>

1 rozwinięcie wskazania omówiono na przeźroczu nr 15

2 rozwinięcie wskazania omówiono na przeźroczu nr 17

3 rozwinięcie wskazania omówiono na przeźroczu nr 18

# **Wskazania do ChLO cd.**

## **Chorzy w wieku 18 - 65 lat z BMI 35-40**

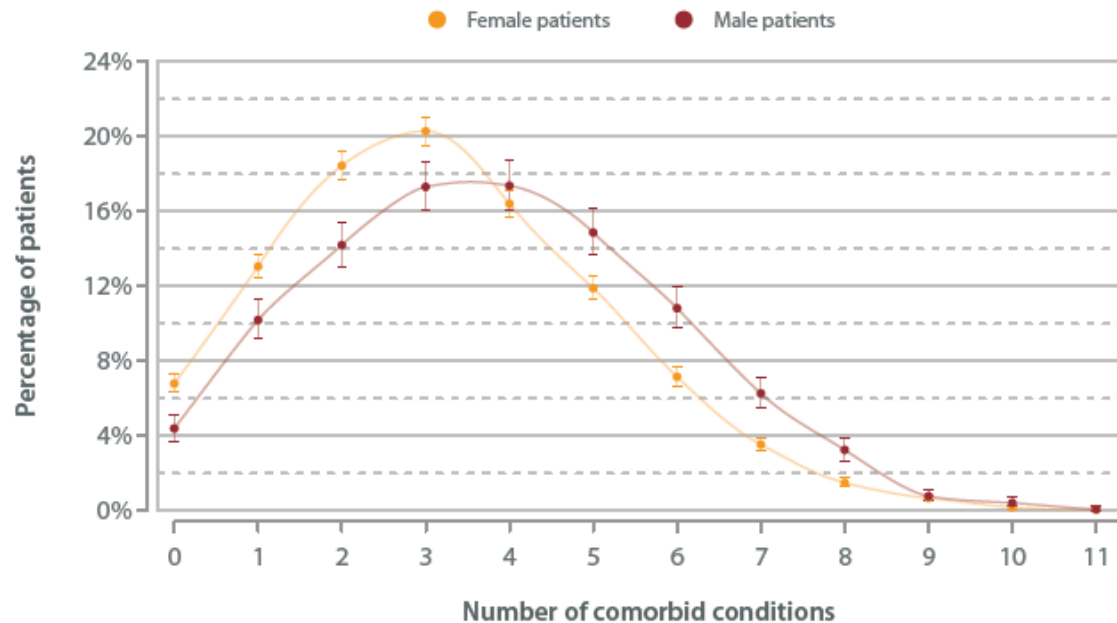
Dotyczy chorych, u których chirurgicznie indukowana redukcja masy ciała może przynieść potencjalną poprawę w zakresie chorób wywołanych otyłością, na przykład: cukrzycy typu 2, nadciśnienia tętniczego, chorób układu sercowo-naczyniowego, zespołu bezdechu sennego, zespołu hipowentylacji spowodowanego otyłością, chorób stawów wymagających leczenia operacyjnego, niealkoholowego stłuszczeniowego zapalenia wątroby, niealkoholowego stłuszczenia wątroby, hiperlipidemii, bezpłodności żeńskiej, w tym związanej z zespołem policyklicznych jajników, istotnych wskazań społecznych lub psychologicznych, sytuacji gdy otyłość jest powodem dyskwalifikacji od istotnej formy leczenia zabiegowego w zakresie innych specjalności.

# Częstość występowania powikłań otyłości w grupie chorych poddanych ChLO

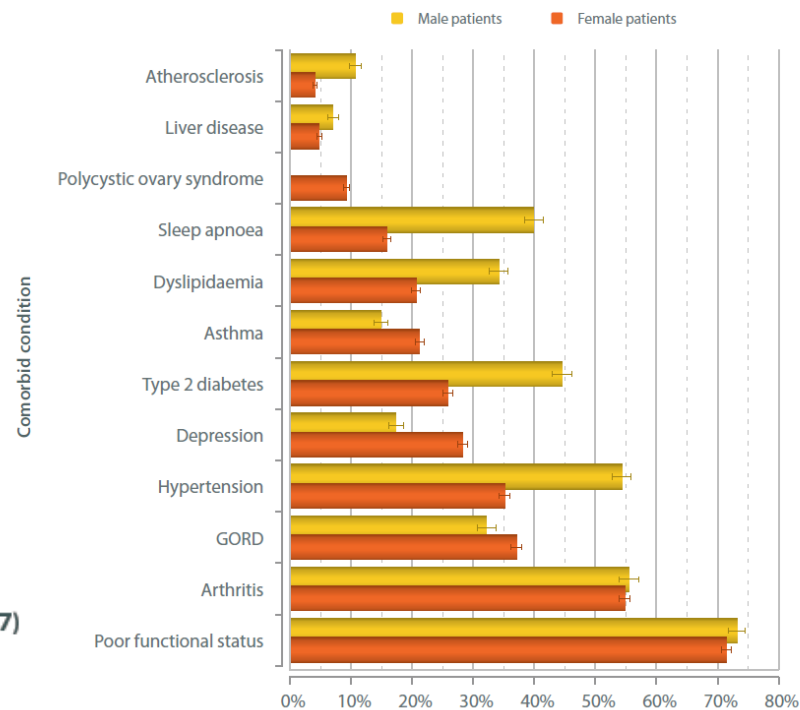
na pdst.

The United Kingdom National Bariatric Surgery Registry

Primary operations with complete comorbidity data:  
Number of comorbidities and gender; financial years 2011-2013 (n=13,787)



Primary operations: Gender and the rates of the various comorbid conditions recorded in the database; financial years 2011-2013





# **Wskazania do ChLO cd.**

## **Chorzy w wieku 18 - 65 lat z BMI 30-35**

Dotyczy chorych z cukrzycą typu 2, u których można rozważyć leczenie chirurgiczne gdy nie udaje się osiągnąć celów terapeutycznych pomimo intensywnego leczenia zachowawczego.

# Wskazania do ChLO cd.

## Chorzy w wieku 18 - 65 lat po wcześniejszych operacjach bariatrycznych

Dotyczy chorych, którzy przebyli wcześniej zabiegi bariatryczne i nie został u nich osiągnięty efekt terapeutyczny (bądź to w odniesieniu do redukcji masy ciała, bądź ustępowania chorób wywołanych otyłością), a przeprowadzona diagnostyka uzasadnia wykonanie operacji rewizyjnej.

# Wskazania do ChLO cd.

## kryterium BMI

Kryterium BMI dotyczy najwyższej udokumentowanej w przeszłości wartości wskaźnika.

Redukcja masy ciała przed zabiegiem operacyjnym powodująca spadek wskaźnika BMI poniżej wartości wymienianych powyżej nie stanowi przeciwwskazania do leczenia operacyjnego.

# Wskazania do ChLO cd.

## Kryterium wieku: chorzy powyżej 65 roku życia

Warunkiem podjęcia leczenia w tej grupie wiekowej jest stan ogólny i wiek biologiczny chorego, który nie zwiększa w istotny sposób zagrożenia związanego z leczeniem operacyjnym.

U chorych w wieku podeszłym korzyść z leczenia operacyjnego musi przewyższać ryzyko związane z zabiegiem operacyjnym.

Należy podkreślić, że zabieg bariatryczny w tej grupie wiekowej w głównej mierze przyczynia się do poprawy jakości życia, natomiast jego wpływ na wydłużenie życia, ustąpienie chorób wywołanych otyłością jest znacznie mniej znaczący.

# Wskazania do ChLO cd.

**Kryterium wieku: chorzy w wieku poniżej 18 roku życia**

BMI > 40 (lub 99 percentyl w odniesieniu do normy dla wieku)

i co najmniej jedno schorzenie wywołane otyłością;

lub

- BMI 35-40 i współistniejąca istotna choroba metaboliczna;

oraz

- dojrzałość układu kostno-szkieletowego co najmniej w 95%;
- dojrzałość płciowa w skali Tannera określona na 4 – 5;
- zdolność do zrozumienia rodzaju zabiegu i ograniczeń życiowych z nim związanych;
- udokumentowana, nieskuteczna próba leczenia zachowawczego przez minimum 6 miesięcy.

Kwalifikacja powinna odbywać się jedynie w wyspecjalizowanych ośrodkach.

# Przeciwwskazania

# Przeciwwskazania bezwzględne

- nieuleczalne choroby prowadzące do wyniszczenia;
- choroby stanowiące zagrożenie dla życia w krótkim czasie;
- choroby endokrynologiczne stanowiące podłoże dla otyłości;
- 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 brak 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;
- zaburzenia odżywiania się w przypadku chorych, którzy nie uczestniczą w terapii psychologicznej.

# Przeciwwskazania względne

- BMI 35-40 i cukrzyca z dodatnim poziomem przeciwciał (anti-GAD oraz anty-ICA), poziomem peptydu-C <1 ng/ml, bądź wtórna do innych jednostek chorobowych lub stosowanego leczenia przy braku innych chorób współistniejących;
- wzrost masy ciała w okresie bezpośrednio poprzedzającym zabieg operacyjny świadczący o braku współpracy z pacjentem;
- znaczne ograniczenie wydolności fizycznej, ciężka niewydolność; czynna choroba wrzodowa wymaga leczenia przed zabiegiem operacyjnym. W bezobjawowych przypadkach z infekcją *H. pylorii* eradykacja przed zabiegiem operacyjnym jest zalecana, ale nie bezwzględnie konieczna;
- w przypadku chorych leczonych onkologicznie w przeszłości konieczna jest konsultacja onkologiczna dokumentująca skuteczne wyleczenie choroby nowotworowej;
- nadciśnienie wrotne w przebiegu marskości wątroby.



# Zespół terapeutyczny

# Zespół terapeutyczny w ChLO cd.

- chirurg;
- Internista (pediatra dla chorych poniżej 18 roku życia);
- anestezjolog;
- dietetyk;
- psycholog/psychiatra;
- pielęgniarka/pracownik socjalny.

# Zespół terapeutyczny w ChLO cd.

W razie potrzeby:


- diabetolog;
- kardiolog;
- hipertensjolog;
- pulmonolog;
- endokrynolog;
- ginekolog-położnik;
- rehabilitant;
- laryngolog;
- stomatolog i inni.

# Wyniki


## Przykład:

Lekarz rodzinny	Lat 28	cukrzyca typu 2 leki doustne
Diabetolog	Lat 34	cukrzyca typu 2, nadciśnienie insulina 40 j./d, leki hypotensyjne, inne
Hypertensjolog Pulmonolog	Lat 35	cukrzyca typu 2, nadciśnienie, zespół snu z bezdechem insulina 80 j./d + kilka leków + renta
Kardiolog	Lat 52	j.w. + choroba wieńcowa serca zawał mięśnia sercowego, zgon

Przykład:

Lekarz rodzinny	Lat 28 80 kg	cukrzyca typu 2 leki doustne	 <p><b>Profilaktyka Leczenie zachowawcze</b></p> <p><b>OBESITOLOG BARIATRA</b></p> <p>Chirurgia</p>
Diabetolog	Lat 34 93 kg	cukrzyca typu 2, nadciśnienie insulina 40 j./d, leki hypotensyjne, inne	
Hypertensjolog Pulmonolog	Lat 35 102 kg	cukrzyca typu 2, nadciśnienie, zespół snu z bezdechem insulina 80 j./d + kilka leków + renta	
Kardiolog	Lat 52 122 kg	j.w. + choroba wieńcowa serca zawał mięśnia sercowego, zgon	

Przykład:

Lekarz rodzinny	Lat 28 80 kg	cukrzyca typu 2 leki doustne	 <p><b>Profilaktyka Leczenie zachowawcze</b></p> <p><b>OBESITOLOG BARIATRA</b></p> <p>Chirurgia</p>
Diabetolog	Lat 34 93 kg	cukrzyca typu 2, nadciśnienie insulina 40 j./d, leki hypotensyjne, inne	
Hypertensjolog Pulmonolog	Lat 35 102 kg	cukrzyca typu 2, nadciśnienie, zespół snu z bezdechem insulina 80 j./d + kilka leków + renta	
Kardiolog	Lat 52 122 kg	j.w. + choroba wieńcowa serca zawał mięśnia sercowego, zgon	

**17 lat**

# Association Between Bariatric Surgery and Long-term Survival

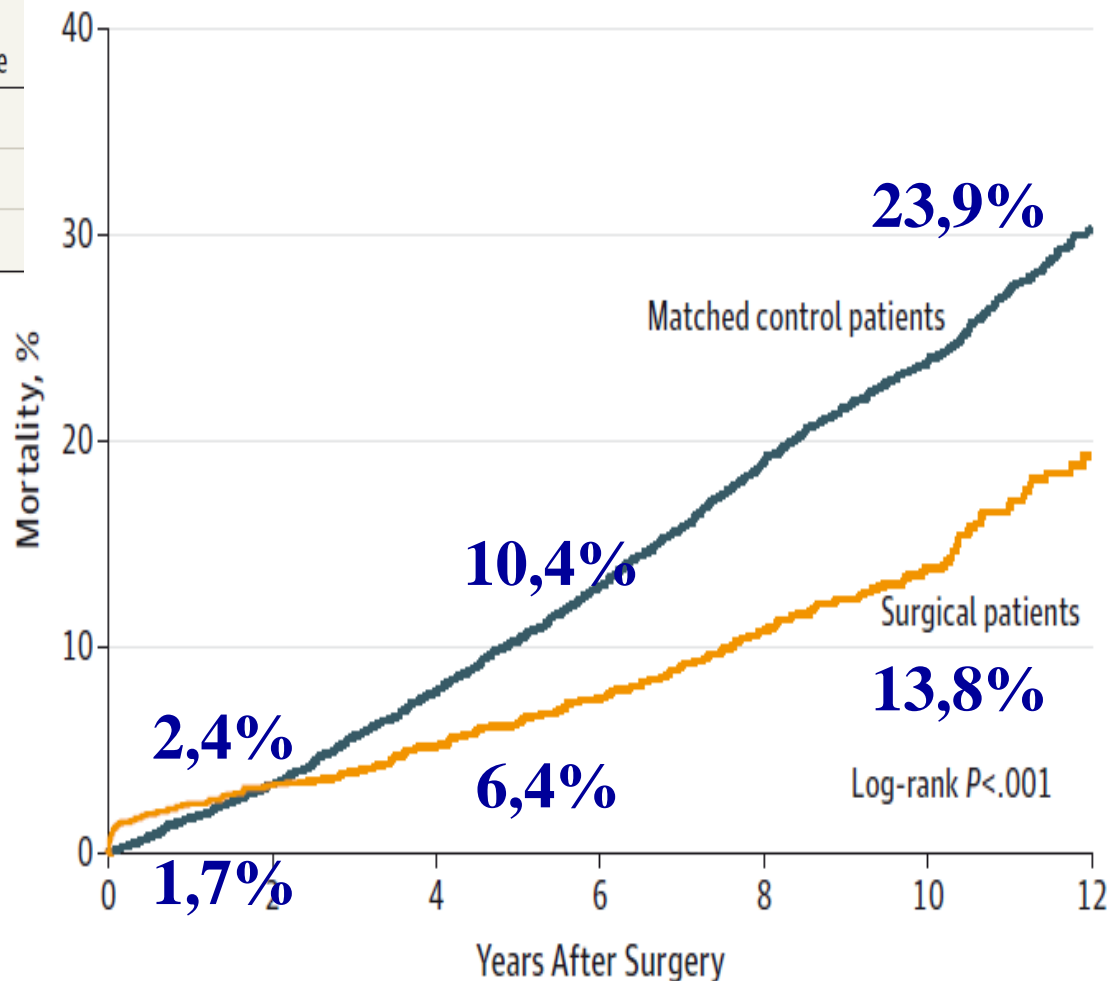
David E. Arterburn, MD, MPH; Maren K. Olsen, PhD; Valerie A. Smith, MS; Edward H. Livingston, MD, MS; Lynn Van Scoyoc; William S. Yancy Jr, MD, MHSc; George Eid, MD; Hollis Weidenbacher, PhD; Matthew L. Maciejewski, PhD

**JAMA** January 6, 2015 Volume 313, Number 1



Figure. Kaplan-Meier Estimated Mortality Curves for Surgical Patients and Matched Control Patients

Time Interval <sup>b</sup>	Hazard Ratio (95% CI)	P Value
Baseline to 1 y	1.28 (0.98-1.68)	.07
>1 to 5 y	0.45 (0.36-0.56)	<.001
>5 to 14 y	0.47 (0.39-0.58)	<.001



No. at risk	0	2	4	6	8	10	12
Matched control patients	7462	7114	5306	3878	2641	1407	472
Surgical patients	2500	2416	1868	1412	1004	552	185

# Wpływ ChLO na ryzyko zgonu w obserwacji odległej

Long-term mortality rates among patients with clinically severe obesity after metabolic and bariatric surgery compared with patients who did not undergo weight loss surgery.

Author	Reference	Design	Data Source	Sites	N (bariatric)	N (control)	f/u (yrs)	Mortality, bariatric	Mortality, Control	Significance	Comments
Flum, Dellinger [37]	J Am Coll Surg 2004	Retrospective	WSCHARS and VSD	Multi	3328	66,109	15	11.80%	16.30%	—	In a propensity score analysis of 5-year survival, adjusted odds of surviving to 5-years after hospitalization were 59% greater for the bariatric group (OR 1.59).
Christou, et al. [32]	Ann Surg 2004	Prospective matched cohort	McGill Univ Health Centre and RAMQ	Single	1035	5746	5	.68%	6.17%	$P < .001$	Most of the operations performed were open gastric bypass.
Zhang, et al. [38]	Obes Surg 2005	Retrospective	IBSR	Multi	18,972	—	8.3	3.45%	—	—	Best survival probability in patients who were young, female, nonsmoker, with a low operative BMI, without diabetes or hypertension.
Sjostrom, et al. [35]	N Engl J Med 2007	Prospective matched cohort	SOS and SPAR	Multi	2010	2037	10.9	5.00%	6.30%	(HR .76; 95% CI .59-.99; $P = .04$ )	Undergoing any bariatric operation was more relevant to overall mortality than either the degree of subsequent weight loss or the type of operation performed.
Adams, et al. [41]	N Engl J Med 2007	Retrospective matched cohort	Utah driver's license applicants	Single	7925	7925	7.1	2.70%	4.10%	$P < .001$	Rates of death not caused by disease were 58% higher in the surgery group than in the control group.
Marsk, et al. [39]	Ann Surg 2008	Retrospective	ICR and CDR	Multi	12,379	—	10.9	6.10%	—	—	Mortality was higher in men.
Perry, et al. [40]	Ann Surg 2008	Retrospective cohort	Medicare claims and enrollment data	Multi	11,903	190,448	2	4.50%	8.60%	$P < .001$	Survival advantage in bariatric patients. For ages <65 years, the advantage begins at 6-months postoperative. For age >65 years, advantage begins at 11-months postoperative.
Maciejewski, et al. [42]	JAMA 2011	Retrospective	VASQIP	Multi	847	42,094	6.7	6.80%	15.20%	$P < .001^*$	
Padwal, et al. [43]	JAMA Surg 2013	Prediction Model	UK GPRD	Multi	15,394	—	9.9	2.10%	—	—	Age, type 2 diabetes, male gender, smoking, increasing body mass index, coronary artery disease, and cardiovascular disease all significant predictors of death.
Arterbum, et al. [2]	JAMA 2015	Retrospective	VASQIP	Multi	2500	7462	6.9	6.4% (5 yrs); 13.8% (10 yrs)	10.4% (5 yrs); 23.9% (10 yrs)	HR .45 (1-5 yrs); HR .47 (5-14 yrs)	The population was specific to the VA, being mostly male, older, and with higher percentage of diabetes, hypertension, dyslipidemia, and fatty liver disease.
Telem, et al. [44]	Surg Endosc 2015	Retrospective	SPARCS and SSDI	Multi	7862	—	8	1.50%	2.10%	$P = .005$	Within the mortality group, the mean time to death ranged from 4 to 6 years and did not significantly differ by operation. Factors associated with premature death in bariatric population include age >45 years, male gender, Medicare and Medicaid insurance, congestive heart failure, chronic pulmonary disorder, rheumatoid arthritis, hypertension, and diabetes. Extrapolated to 14 years follow-up, mortality was 2.5% versus 3.1%.

ORIGINAL ARTICLE

# Weight and Metabolic Outcomes 12 Years after Gastric Bypass

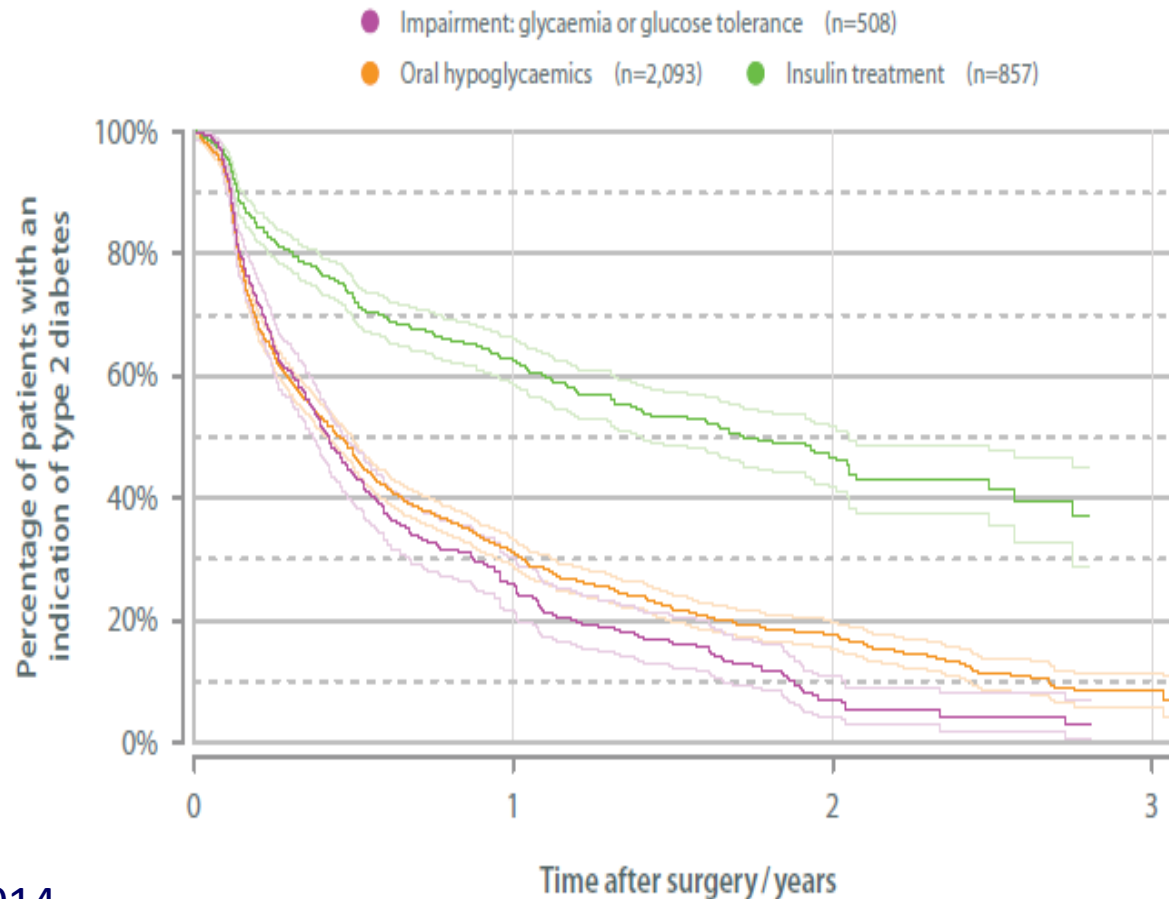
Ted D. Adams, Ph.D., M.P.H., Lance E. Davidson, Ph.D., Sheldon E. Litwin, M.D.,  
Jaewhan Kim, Ph.D., Ronette L. Kolotkin, Ph.D., M. Nazeem Nanjee, Ph.D.,  
Jonathan M. Gutierrez, B.S., Sara J. Frogley, M.B.A., Anna R. Ibele, M.D.,  
Eliot A. Brinton, M.D., Paul N. Hopkins, M.D., M.S.P.H., Rodrick McKinlay, M.D.,  
Steven C. Simper, M.D., and Steven C. Hunt, Ph.D.

## Wpływ ChLO na częstość występowania powikłań otyłości w obserwacji odległej (12-letniej)

End Point	Surgery Group		Nonsurgery Group 1	
	No./Total No.	% (95% CI)	No./Total No.	% (95% CI)
<b>Incidence at 12 years</b>				
Type 2 diabetes	8/303	3 (0 to 5)	42/164	26 (16 to 35)
Hypertension	37/226	16 (9 to 23)	51/123	41 (29 to 54)
Low HDL cholesterol	7/234	3 (0 to 6)	22/130	17 (8 to 26)
High LDL cholesterol	53/312	17 (11 to 23)	93/185	50 (40 to 61)
High triglycerides	3/225	1 (-1 to 3)	11/137	8 (2 to 15)

# Wyniki leczenia chirurgicznego cukrzycy typu 2 w grupie chorych z BMI>35 w zależności od stosowanej wcześniej metody leczenia

Primary surgery for patients with an indication of diabetes prior to surgery:  
Changes in rates of recorded diabetes per type of diabetes group;  
financial years 2011-2013



# RYZYKO SERCOWO-NACZYNIOWE

Postoperative CHD risk reduction (calculated by UKPDS risk engine) of diabetic patients and at different BMI category

	Before surgery	12 mo	Reduction	P	P1	P2
Overall (n = 392)					<35	≥35
10-yr risk of CHD (%)	8.8 ± 8.6	4.6 ± 4.4	4.2 (47.4)	.000*		
10-yr risk of fatal CHD (%)	4.6 ± 6.5	2.1 ± 3.0	2.5 (53.9)	.000*		
10-yr risk of stroke (%)	2.0 ± 3.0	1.8 ± 2.4	.2 (7.7)	.139		
10-yr risk of fatal stroke (%)	.31 ± .56	.25 ± .41	.06 (19.4)	.038*		
BMI <35 (n = 144)						
10-yr risk of CHD (%)	10.41 (9.38)	5.61 (4.77)*	4.8 (46.1%)	<.001*	1.000	.161
10-yr risk of fatal CHD (%)	5.99 (7.03)	2.88 (3.32)*	3.11 (51.9%)	<.001*	1.000	.049*
10-yr risk of stroke (%)	2.47 (2.99)	2.27 (2.55)	.2 (8.1)	.105	1.000	.067
10-yr risk of fatal stroke (%)	.40 (0.58)	.32 (0.42)	.08 (20)	.028*	1.000	.484
BMI ≥ 35 (n = 248)						
10-yr risk of CHD (%)	7.91 (8.07)	4.01 (4.03)*	3.9 (49.3)	<.001*	0.161	1.000
10-yr risk of fatal CHD (%)	3.77 (6.07)	1.64 (2.65)*	2.13 (56.5)	<.001*	.049*	1.000
10-yr risk of stroke (%)	1.66 (2.98)	1.49 (2.17)	.17 (10.2)	.325	.067	1.000
10-yr risk of fatal stroke (%)	.25 (0.55)	.21 (.39)	.04 (16.0)	.261	.484	1.000

Metabolic surgery ameliorates cardiovascular risk in obese diabetic patients: Influence of different surgical procedures<sup>☆</sup>

Jih-Hua Wei, M.B., M.D.<sup>a,b,c,1</sup>, Ruey-Hsing Chou, M.D.<sup>c,d,e,1</sup>,  
Po-Hsun Huang, M.D., Ph.D.<sup>c,d,e,\*\*</sup>, Wei-Jei Lee, M.D., Ph.D.<sup>f,\*</sup>,  
Shu-Chun Chen, R.N.<sup>1</sup>, Shing-Jong Lin, M.D., Ph.D.<sup>c,e,g</sup>

## Effects of Bariatric Surgery on Incidence of Obesity-Related Cancers: A Meta-Analysis

ABC Xiang-wu Yang  
 ACD Peng-zhou Li  
 CDEF Li-yong Zhu  
 AERG Shai-hong Zhu

Third Xiangya Hospital, Central South University, Changsha, Hunan, P.R. China

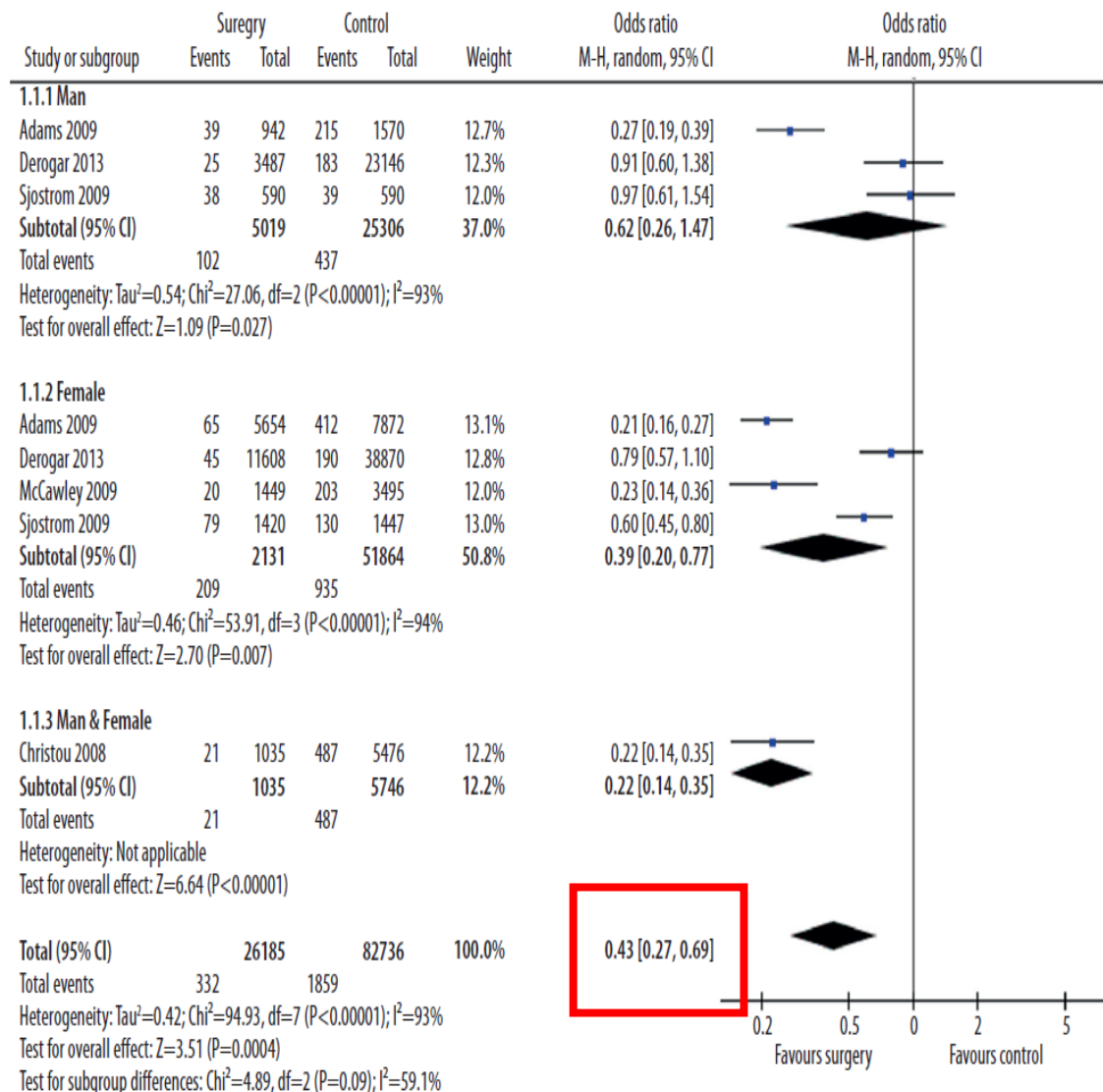


Figure 2. Forest plot of new obesity-related cancers diagnosis rates in the bariatric surgery and no surgery groups.



Opinia Rady ds. Taryfikacji  
nr 9/2016 z dnia 15 czerwca 2016 r.  
ws. taryfy „Chirurgiczne leczenie otyłości (bariatria)”

Rada ds. Taryfikacji, po zapoznaniu się z projektem taryfy dla świadczenia „Chirurgiczne leczenie otyłości (bariatria)”, pozytywnie opiniuje przedstawiony projekt taryfy przedstawiony Radzie w dniu 15.06.2016 r. wraz z propozycją utworzenia odrębnej grupy dedykowanej chirurgicznemu leczeniu otyłości, ze świadczeń zawartych w grupach:

- o F11 – Kompleksowe zabiegi żołądka i dwunastnicy,
- o F12 – Duże zabiegi żołądka i dwunastnicy,
- o F21 – Kompleksowe zabiegi jelita cienkiego;

zawierającej następujące procedury:

Chirurgiczne leczenie otyłości
ICD-9
43.7 Częściowe wycięcie żołądka z zespoleniem z jelitem czczym
44.95 Laparoskopowa operacja ograniczająca objętość żołądka
44.96 Operacja powtórna zabiegu ograniczającego objętość żołądka, laparoskopowa
43.82 Laparoscopic vertical (sleeve) gastrectomy
ICD-10
E66.0 Otyłość spowodowana nadmierną podażą energii
E66.1 Otyłość polekowa
E66.2 Ciężka otyłość z hipowentylacją pęcherzykową
E66.8 Inne postacie otyłości
E66.9 Otyłość, nieokreślona

Rada ds. Taryfikacji rekomenduje wzrost nakładów związanych z narastającym problemem otyłości i wprowadzenie taryfy o wartości 10 944,08 PLN.

Ponadto Rada ds. Taryfikacji rekomenduje:

1. do świadczenia powinni być kierowani chorzy z BMI co najmniej 40 kg/m<sup>2</sup>;
2. jak najszybsze utworzenie modelu skoordynowanej opieki i finansowania leczenia pacjentów ze skrajną otyłością;

3. monitorowanie struktury realizowanych procedur w pierwszym półroczu 2017 r.;

4. jednocześnie sugeruje się przesunięcie procedury usunięcia balonu z grupy JGP F12 do F13.

*Marek Biardziński*

Wiceprzewodniczący Rady ds. Taryfikacji  
Maciej Biardziński

**Tryb wydania opinii**

Opinię wydano na podstawie art. 31sa ust. 2 pkt 1 lit. c ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2015 r., poz. 581 z późn. zm.), z uwzględnieniem opracowania „Operacje bariatryczne” nr: WT.541.2.2016; data ukończenia: 29.04.2016 oraz Projektów Taryf i zgłoszonych uwag do Projektów Taryf przekazanych pismem WT.501.1.2016.DJK.1 z 30.05.2016 r. oraz dodatkowych oszacowań przekazanych przez Wydział Taryfikacji w dniu 15.06.2016 r.



*how*



# Standard

# Proponowany standard leczenia otyłości uwzględniający rolę chirurgii bariatrycznej

oprac. M. Wyleżoł

LEKARZ RODZINNY:

ocena stopnia zaawansowania otyłości:

- pomiar wzrostu
- pomiar masy ciała
- określenie wartości Wskaźnika Masy Ciała (BMI)

rozpoznanie chorób towarzyszących i powikłań metabolicznych otyłości

nadwaga (BMI 25-30)  
otyłość I° (BMI 30 – 35)

{ niezależnie od rozpoznania chorób towarzyszących lub powikłań }

otyłość III° (BMI > 40)

otyłość II° (BMI 35 – 40)  
bez chorób towarzyszących lub powikłań

otyłość II° (BMI 35 – 40)  
z chorobami towarzyszącymi lub powikłaniami

ośrodek leczenia zachowawczego otyłości

ośrodek chirurgii bariatrycznej

postęp choroby  
otyłość III° (BMI > 40)  
otyłość II° (BMI 35 – 40)  
z chorobami towarzyszącymi lub powikłaniami

inne poradnie specjalistyczne

**Dziękuję za uwagę**