



DŁUGA WALKA O 25 PROCENT

O zabiegach bariatrycznych, które są często jedynym ratunkiem dla osób z zagrażającą życiu nadmierną masą ciała, rozmawiamy z **dr. Arturem Bindą**, chirurgiem bariatrycznym z Samodzielnego Publicznego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego w Warszawie.

ACADEMIA: **Czym jest otyłość?**

ARTUR BINDA: Otyłość należy traktować jako chorobę przewlekłą wymagającą leczenia. Jak w każdej chorobie przewlekłej mogą występować okresy remisji i nawrotów. Tak często dzieje się w przypadku leczenia zachowawczego polegającego na modyfikacji stylu życia, przestrzeganiu zaleceń dietetycznych i wdrożeniu systematycznego wysiłku fizycznego. Spadek masy ciała nie oznacza, że pacjent został wyleczony. W takim przypadku należałoby raczej stwierdzić, że uzyskano remisję choroby. Pacjent powinien w dalszym ciągu przestrzegać zaleceń pozwalających na utrzymanie niższej masy ciała. Niestosowanie się

do zaleceń związanych z modyfikacją trybu życia, sposobem odżywiania się i wdrożeniem aktywności fizycznej jest najczęstszą przyczyną ponownego wzrostu masy ciała. Jeżeli już raz człowiek stał się otyły, ten problem może go dotyczyć przez całe dalsze życie.

Mówi pan: choroba. W społecznej świadomości to raczej efekt obżarstwa, czyli braku odpowiedzialności za swoje zdrowie.

Otyłość jest uważana za chorobę. Prowadzi do skrócenia życia i na ogół współistnieje z innymi schorzeniami, które zresztą w dużej mierze z niej wynikają: cukrzycą typu 2, nadciśnieniem tętniczym, zaburze-

OPERACYJNE LECZENIE OTYŁOŚCI

niami lipidowymi czy dolegliwościami dotyczącymi układu kostno-stawowego.

Co ją powoduje? Może jednak słabość do śmieciowego i słodkiego jedzenia?

Oczywiście przyczyną otyłości jest nadmiar podaży nad wydatkiem energetycznym. A o to w obecnych czasach nie jest trudno i wcale nie chodzi o *fast food*. Pierwszym czynnikiem sprzyjającym gwałtownemu wzrostowi liczby osób otyłych, jest duża łatwość zdobycia pożywienia. Kiedyś trzeba się było 15 godzin nabiegać, żeby raz dziennie coś zjeść, w tej chwili 15 minut biegamy po to, żeby móc jeść cały dzień. Druga rzecz: zużywamy dużo mniej energii, żeby wykonać te same czynności co nasi niedawni przodkowie. Na czwarte piętro wjeżdżamy windą, do pracy jedziemy samochodem, ewentualnie tramwajem. Codziennosc nie zmusza nas do wysiłku fizycznego, a my skwapliwie z tego korzystamy. Kolejny element: czas. Jeżeli ktoś jest czynny zawodowo, to rzadko kończy pracę o godz. 16, więc w zasadzie nie ma go dla siebie. A dbanie o własne zdrowie często wymaga właśnie czasu. Nie mówię o dietetycznych posiłkach, bo ich przygotowanie przeważnie trwa krótko. Jednak aktywność fizyczną w napięty plan dnia trudno wcisnąć. I w końcu ostatnia sprawa: stres. Jest dużo większy niż kiedyś, a konsumpcja nadmiernej ilości kalorii może być najłatwiejszym sposobem na jego odreagowanie. Dużą rolę gra tu również czynnik genetyczny. Jedna osoba ma predyspozycje do tego, żeby nadmiar energii odkładać w postaci tkanki tłuszczowej, a u drugiej taki proces nie zachodzi. Istnieje również teoria mówiąca o tym, że ważny jest skład flory bakteryjnej w jelicie grubym. Określone mikroorganizmy mogą przyspieszać rozkładanie substancji pokarmowych i zwiększać wchłanianie glukozy, z czego wynika większe magazynowanie środków energetycznych. U osoby, u której flora bakteryjna jelita grubego nie sprzyja takiemu procesowi, nie dochodzi do nadmiernego wchłaniania cukrów prostych, a co za tym idzie – odkładania nadmiaru substancji energetycznych w postaci tkanki tłuszczowej. Słowem: nie ma jednoznacznej przyczyny otyłości.

W 2015 roku Instytut Żywności i Żywienia opublikował badania, z których wynika, że nadmierną masę ciała ma 22% uczniów szkół podstawowych i gimnazjów, 49% kobiet i 64% mężczyzn. W latach 70. dane były jednocyfrowe. Co się stało z Polakami?

40 lat temu mało kto u nas miał samochód. Od ponad dwóch dekad upodabniamy się cywilizacyjnie do krajów wysoko rozwiniętych. To oczywiście ma zalety, ale i mnóstwo wad. Stany Zjednoczone, a w Europie m.in. Wielka Brytania to przecież kraje ludzi otyłych. I wcale nie chodzi o to, że lepiej zarabiamy, więc więcej jemy. Wręcz przeciwnie – na ogół im gorsze zarobki, tym mniej zdrowy sposób odżywiania się.

W centrum handlowym czy na stacji benzynowej hot dog kosztuje niewiele ponad 1 zł. Kusi, bo za 10 zł można się pozornie porządnie najieść. Tymczasem trzeba umiejętnie korzystać z tego, co jest dobre. Za podobną kwotę można sobie przygotować smaczną rybę. I po co zjadać tabliczkę czekolady na raz?

Co skłania pacjentów do szukania pomocy?

Możliwości są trzy. Pierwsza to inicjatywa własna pacjenta, który stwierdza, że jego komfort życia spadł na tyle, że nie daje sobie rady w codziennych czynnościach. Nie może się schylić, gdy coś mu upadnie, nie może samodzielnie zawiązać butów, męczy się na tyle łatwo, że jest prawie unieruchomiony. Do tego dochodzą kłopoty psychiczne, bo otyłość sprzyja depresji, złemu samopoczuciu. W niektórych przypadkach pacjent zdaje sobie sprawę z tego, że otyłość jest chorobą skracającą życie, a leczenie chirurgiczne prowadzi do spadku masy ciała oraz do ustąpienia schorzeń współistniejących z otyłością. Druga ewentualność to skierowanie przez lekarza rodzinnego, który jest świadomy tego, że otyłość jest schorzeniem wymagającym leczenia. I wreszcie trzecia: ktoś w rodzinie lub wśród znajomych zrobił sobie operację bariatryczną, a jej pozytywne efekty zachęcają pacjenta.

Chęć osoby otyłej to jednak nie wszystko?

Tak. Nie ma co prawda przepisów prawnych mówiących o tym, kto się kwalifikuje do chirurgicznego leczenia otyłości, są jednak zalecenia, których chirurdzy bariatryczni ściśle się trzymają. Wskazaniem do leczenia bariatrycznego jest wskaźnik masy ciała (BMI) w zakresie od 35 do 39,9 kg/m² plus przynajmniej jedna z chorób współistniejących z otyłością lub BMI powyżej 40 kg/m². W niektórych krajach pacjent ma obowiązek odbycia cyklu szkoleń, które potwierdza się podpisami w dzienniczkach. W większości ośrodków wymaga się redukcji masy ciała w okresie przygotowania do operacji, by zmniejszyć ryzyko powikłań. W USA niektóre towarzystwa ubezpieczeniowe stwierdzają nawet, że nie zrefundują kosztów leczenia, jeżeli ten warunek nie będzie spełniony.

Pan też zaleca odchudzenie się przed operacją.

Tak. To rodzaj sprawdzianu. Muszę wiedzieć, czy pacjent jest na tyle zdyscyplinowany, że będzie przestrzegał zaleceń pooperacyjnych. Osoba, co do której mam poważne wątpliwości, jest dyskwalifikowana. Nie widzę potrzeby narażania jej na poważną operację, jeśli efekt ma być niepewny. Trzeba rozważyć relacje ryzyka do spodziewanych korzyści, bo z tymi operacjami wiąże się jednak niebezpieczeństwo. Powikłania występują rzadko, ale jeśli już się pojawiają, są ciężkie i wymagają długotrwałego leczenia, mogą też być związane ze śmiertelnością – rzędu promili, ale jednak. Tymczasem wielu pacjentów uważało, że czas przed zabiegiem to ostatni moment, kiedy mogą

Dr Artur Binda jest absolwentem I Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, którą ukończył w 1995 roku. W 1999 roku uzyskał I stopień, a w 2004 roku II stopień specjalizacji w zakresie chirurgii ogólnej. Autor lub współautor ponad 20 publikacji naukowych.

się bezkarnie najeść, i w końcu przychodziło na operację z większą wagą niż podczas kwalifikacji do leczenia operacyjnego. Operowanie pacjenta, u którego doszło do wzrostu masy ciała przed operacją lub nie uzyskano spadku masy ciała, związane jest z większym ryzykiem powikłań, dłuższym czasem operacji, a także – pomimo najlepszych chęci chirurga – z zabiegiem mniej doskonałym technicznie. Ma to wpływ na wyniki odległe operacji. Im dokładniej operacja jest wykonana, tym lepszy efekt w postaci większej utraty masy ciała. A to nie jest bez znaczenia.

Jak przebiega proces leczenia?

Podczas pierwszej wizyty pacjent jest informowany o rodzaju zabiegu. Są dwie możliwości: operacje restrykcyjne oraz mieszane. Do pierwszej grupy zaliczamy rękawową resekcję żołądka, do drugiej – wyłączenie żołądkowo-jelitowe. Jeżeli pacjent wcześniej przebył liczne operacje w obrębie jamy brzusznej i ma np. duże przepukliny brzuszne, raczej jest kwalifikowany do zabiegu restrykcyjnego. Ten zaś, który spożywa duże ilości słodyczy – do mieszanego, by zaburzyć wchłanianie. Operacje restrykcyjno-wyłączające z definicji są także lepsze dla osób z cukrzycą typu 2, bo lepiej wpływają na jej ustępowanie.

W metodzie restrykcyjnej wycina się około 70–90% żołądka, wytwarzając wąski zbiornik o pojemności 100–150 ml. Głównym mechanizmem działania tej operacji jest bowiem ograniczenie objętości spożywanego pokarmu. Powoduje ona również to, że nie da się jeść szybko, zwłaszcza jeśli mówimy o pokarmie stałym: dochodzi do wystąpienia dolegliwości typu nudności, ból, wymioty. Swój udział mają tu również mechanizmy neurohormonalne wpływające na zmniejszenie wydzielania greliny, ponieważ komórki, które ją produkują, znajdują się głównie w dnie żołądka, czyli części, którą usuwamy. Grelina – potocznie zwana „hormonem głodu” – jest odpowiedzialna za apetyt. Im jej mniej, tym człowiekowi mniej chce się jeść. Co prawda nie u wszystkich pacjentów ten mechanizm działa, zdarzają im się napady głodu, ale raczej psychologiczne, związane z tym, że nie mogą zjeść więcej, niżby chcieli.

Operacja mieszana – *Roux-en-Y gastric bypass* lub *mini-gastric bypass*, czyli pętlowe wyłączenie żołądkowo-jelitowe – polega na wytworzeniu zbiornika z górnej części żołądka, który w zależności od operacji jest różnej pojemności, ale też wyłączeniu od 1,5 do 2,5 m jelita z wchłaniania i trawienia. Może być tak, że wyłączamy część jelita z pasażu enzymów, które trawią pokarm, część jelita z pasażu treści pokarmowej i dopiero w jakiejś odległości od żołądka obie te części jelita się łączą, enzymy łączą się z pokarmem i tam zaczyna się trawienie i wchłanianie. Taki zabieg daje większą szansę na uzyskanie większej redukcji masy ciała. Ewentualne nieprzestrzeganie zaleceń dietetycznych mniej odbija się na pacjen-

cie. Niestety, ta metoda wiąże się z występowaniem powikłań w odległym czasie od operacji, związanych głównie z zaburzeniem wchłaniania mikroelementów i witamin, co prowadzi do ich niedoboru. Wprowadza również więcej zmian w anatomii przewodu pokarmowego. Czasami więc lepiej wykonać operację restrykcyjną, mimo wszystko mniej inwazyjną.

Co się dzieje po wyborze metody leczenia?

Zakwalifikowanego wstępnie pacjenta kierujemy do dietetyka. On stopniowo zmniejsza dzienną dawkę kalorii, aż do 800 kcal przed zabiegiem, a zatem pomaga uzyskać redukcję masy ciała. Uczy także, jak odżywiać się po operacji. Konieczna jest również konsultacja u psychologa, który musi ocenić ogólny stan zdrowia psychicznego pacjenta, ale także to, czy rozumie on konsekwencje operacji, czy ma świadomość tego, co chce zrobić.

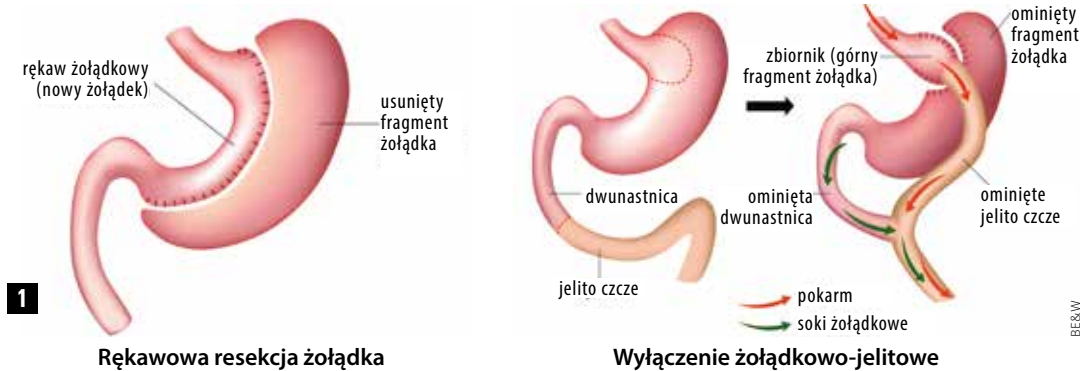
Opinia psychologa to ostatni etap kwalifikacji.

Niezupełnie. Wysyłamy jeszcze pacjenta na cztery dni do szpitala w celu wykluczenia przeciwwskazań internistycznych. Robimy pełną diagnostykę układu krążenia i oddechowego, prześwietlenie klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, gastrokopię. Jeśli oceny psychologa i internisty są pozytywne, pacjent uczęszczał na wizyty u dietetyka i zredukował masę ciała, kwalifikujemy go do operacji. Jeśli te warunki nie zostają spełnione, pacjent jest dyskwalifikowany. Bo w leczeniu otyłości nie chodzi o to, że wytnie się kawałek człowieka, i już. To nieustający proces. Pacjent bariatryczny jest chory przez całe życie. I w zasadzie tyle powinna trwać opieka nad nim. Rutynowo wizyty kontrolne odbywają się w pierwszym roku po operacji co trzy miesiące, do dwóch lat raz na pół roku, a później raz na rok. One mają także wymiar dyscyplinujący, badania pokazują, że obecność na nich sprzyja poprawie wyników leczenia. Ja zawsze mówię pacjentom, że satysfakcjonująca redukcja masy ciała jest w 50% ich zasługą.

Co to znaczy „satysfakcjonująca”?

Nie ma konkretnej definicji sukcesu leczenia bariatrycznego, ale przyjmujemy, że jest nim spadek BMI poniżej 35, czyli wejście w pierwszą fazę otyłości, zwłaszcza u pacjentów, którzy startowali z pułapu powyżej 40 czy nawet 50. Kolejne kryterium to redukcja wyjściowej masy ciała o minimum 25%. Pozostaje kwestia trwałości efektu. Dobry wynik przez 5–7 lat utrzymuje się u 60–70% chorych. Równie ważne jest ustępowanie chorób współistniejących, głównie cukrzycy i nadciśnienia tętniczego. W tej sferze dane są podobne: 60–70% chorych ma prawidłowe wyniki badań i nie musi przyjmować leków. I ostatni aspekt: poziom satysfakcji pacjenta w różnych sferach: zawodowej, domowej, seksualnej, zdolności samoobsługi itd. Tu większość pacjentów jest zadowolona.

OPERACYJNE LECZENIE OTYŁOŚCI



Rękawowa resekcja żołądka

Wyłączenie żołądkowo-jelitowe

Pan ma możliwość pilotowania wszystkich swoich pacjentów?

W Polsce w zasadzie głównym elementem procesu jest leczenie chirurgiczne, a główną osobą, która go przeprowadza, jest chirurg. Tam, gdzie to leczenie jest bardziej popularne – w Stanach Zjednoczonych, Norwegii czy Belgii – w leczeniu bierze udział kilkanaście osób, które chorą zajmują się przed operacją, i po niej. W skład takiego zespołu wchodzi internista, psycholog, dietetyk, psychodietetyk i fizjoterapeuta, wyspecjalizowane pielęgniarki. Chirurg widzi pacjenta przed operacją, w jej trakcie i po niej, i nigdy więcej, chyba że są jakieś powikłania. Dalszą opieką zajmuje się zespół specjalistów współpracujących z chirurgiem. W systemie, w którym my pracujemy, można prowadzić obserwację po operacji 200 pacjentów, ale kiedy się ich już zoperuje 1000, jest to niemożliwe. Musielibyśmy przestać operować. Inną sprawą jest to, że część pacjentów nie zgłasza się na wizyty kontrolne. W wielu przypadkach przyczyną jest brak oczekiwanych rezultatów leczenia. A to właśnie pacjenci, u których nie dochodzi do satysfakcjonującej utraty masy ciała, powinni znajdować się pod szczególną opieką zespołu nadzorującego leczenie.

Rozciągają sobie żołądek, bo jedzą za dużo?

W przypadku operacji bariatrycznych nie upatrywałbym przyczyny braku satysfakcjonującego wyniku w „rozciągnięciu” żołądka. Powodem ponownego wzrostu masy ciała może być zbyt mała radykalność zabiegu operacyjnego. Tak się dzieje na przykład w przypadku, kiedy w trakcie rękawowej resekcji żołądka pozostawi się zbyt dużo żołądka. Nie osiągamy wtedy zamierzonego efektu, czyli ograniczenia objętości spożywanych pokarmów. Niepowodzenie może wynikać również z niewłaściwie dobranego rodzaju zabiegu dla konkretnego pacjenta: wykonaliśmy zabieg restrykcyjny, a okazuje się, że lepszy byłby restrykcyjno-wyłączający. Ale rzeczywistość w większości przypadków przyczyną niepowodzenia jest nieprzestrzeganie zaleceń pooperacyjnych. Pacjentów, którzy nie roją szansy na współpracę w okresie pooperacyjnym, nie powinno się kwalifikować do operacji.

Jakich zaleceń pacjent powinien przestrzegać?

Po pierwsze, pilnować ustalonych przez dietetyka składu i częstotliwości jedzenia. Po drugie, wdrować

żyć wysiłek fizyczny w wymiarze minimum 45 minut do godziny trzy razy w tygodniu. I tutaj wracamy do czasu. Duża część pacjentów chce leczyć się w międzyczasie, czyli ma swoje obowiązki, w międzyczasie chce zrobić operację i w międzyczasie schudnąć, nie zmieniając trybu życia. To jest praktycznie niemożliwe. Musi też sobie znaleźć taki sport, który sprawia mu przyjemność. Jeżeli coś będzie robić na siłę, szansa powodzenia jest zerowa. Trzecia sprawa to unikanie spożywania słodczy i napojów wysoko słodzonych. Jeżeli już, to raz w tygodniu na zasadzie święta. No i czwarta sprawa to stały kontakt z zespołem prowadzącym leczenie. O ile przed operacją pacjent chętnie przychodzi, po operacji chęć spotykania się na przykład z dietetykiem bardzo maleje. A to błąd.

Czy koszt leczenia bariatrycznego jest duży?

Zdecydowanie mniejszy niż w przypadku nieleczonoj otyłości. Wydatki na hospitalizację w związku z chorobami współistniejącymi, refundację leków, zwolnienia lekarskie czy renty są ogromne. Korzystniej wykonać operację. Nie jest to zabieg ratujący życie, ale dający szansę na funkcjonowanie w lepszym komforcie, dłużej i z punktu widzenia systemu opieki zdrowotnej – taniej.

Są osoby, które niechętnie się przyznają do tego, że przeszły taką operację. Dlaczego?

Dlatego, że otyłość u nas jest traktowana w dalszym ciągu tak, jak powiedziała pani na początku: jako wyraz niedbałości, lenistwa i obżarstwa. Ale część osób o tym mówi, i to dobrze, bo największa grupa moich pacjentów to osoby, które usłyszały o niej od kogoś, kto ją przeszedł. Świadomość, że jeśli sposoby zachowawcze zawodzą, otyłość można leczyć chirurgicznie, powoli się zwiększa. Dzięki środkom masowego przekazu i internetowi. Chirurgia bariatryczna jest bardzo popularna w krajach wysoko rozwiniętych, gdzie zabiegi tego typu wykonywane są już od kilku dekad. Również w Polsce przeprowadza się coraz więcej operacji z zakresu chirurgii bariatrycznej. Bo pojawiło się zapotrzebowanie. Niestety.

Z DR. ARTUREM BINDĄ
 ROZMAWIAŁA KATARZYNA CZARNECKA,
 ZDJĘCIE JAKUB OSTAŁOWSKI

Fot. 1:
 Niekiedy po operacji restrykcyjnej bywa konieczne wykonanie zabiegu o charakterze mieszanym. – Leczenie dwuetapowe jest dopuszczalne, jeżeli utrata masy ciała nie jest satysfakcjonująca, albo następuje ponowny jej wzrost. To zdarza się u 10-15% pacjentów. Tylko trzeba się zastanowić nad zasadnością takiego postępowania. Czy niepowodzenie po operacji restrykcyjnej nie wynika z braku przestrzegania zaleceń przez pacjenta – mówi dr Artur Binda