Zważ się i jeśli trzeba – zmierz z problemem

data aktualizacji: 2021.11.13 autor: Anna Wójcik-Brzezińska



W swojej zawodowej karierze miałem dwa przypadki, gdy osoby kilka lat po operacji przytyły. Kluczowe znaczenie miała tu głowa – te osoby lubiły jeść, rekompensowały w ten sposób straty, jedzeniem reagowały na stres, z czasem ich żołądki się rozciągnęły. Nigdy jednak żołądek nie wróci do wielkości sprzed operacji. Osoby takie tyją przez rodzaj jedzenia, po który sięgają. Tyją, bo jedzą słodycze. Chcę natomiast podkreślić, 95 proc. osób, które operowałam są mega szczęśliwe po zabiegu, otrzymuję od nich listy, przysyłają mi swoje zdjęcia. Mówią, że otrzymali nowe życie - mówi dr n. med. Naser Dib Europejskiego Centrum Zdrowia w Otwocku. (fot. Anna Wójcik-Brzezińska)

Dr n. med. Naser Dib (na zdj.) pytany o związek pomiędzy zachorowalnością na nowotwory a występowaniem otyłości, wylicza: – Otyli mężczyźni częściej chorują na nowotwory jelita grubego, raka pęcherzyka żółciowego, trzustki, nerki czy czerniaka.

Otyłe kobiety są natomiast bardziej narażone na ryzyko rozwoju białaczki, nowotworów jelita grubego, macicy, przełyku, pęcherzyka żółciowego, trzustki oraz raka piersi. Otyłość u kobiet zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworu aż o 40 proc.

Jaki jest związek pomiędzy nadmiernym spożywaniem cukru, a zwiększonym ryzykiem zachorowania na raka?

– Cukier ma wpływ na rozwój choroby nowotworowej, wiedzę na ten temat znajdujemy w publikacjach światowych. Pacjentom onkologicznym zalecamy więc ograniczenie spożywania cukru.

Komórki nowotworowe rozwijają się i mnożą zwykle szybciej niż zdrowe. Cukier to dla nich energia.

Natomiast cukier u pacjentów po operacjach bariatrycznych ma negatywny wpływ dlatego, że on szybko się wchłania i jeśli pacjent je dużo słodyczy, organizm nie czerpie energii z tkanki tłuszczowej, ponieważ ta dostarczana poprzez słodycze jest szybciej i łatwiej dostępna. Jeśli natomiast stosujemy dietę, z której bądź to eliminujemy całkowicie cukier, bądź ograniczamy spożycie do minimum i podejmujemy aktywność fizyczną, organizm zaczyna spalać energię z tkanki tłuszczowej, której mamy nadmiar w organizmie.

Czy pan operuje otyłe dzieci? Dane są porażające, szacuje się, że otyłość dotyczy już niemal 20 proc. Polaków. Epidemia i lockdown nie pomogły nam w utrzymaniu formy.

– Są ośrodki w Polsce, które wykonują operacje bariatrycznej u dzieci, specjalizują się w leczeniu otyłości u najmłodszych. Ośrodek, w którym pracuję do nich nie należy, ale z zdarzają się siedemnasto- czy osiemnastolatki, które leczymy. Ostatnio operowałem siedemnastoletnią dziewczynę. Miała otyłość drugiego stopnia. Szczególnie w okresie pandemii aktywność dzieci niestety sprowadzała się do siedzenia przed komputerem, jedzenia, popijania colą. To miało fatalny wpływ na ich zdrowie.

Kiedy bezwzględnie powinniśmy rozpocząć redukcję wagi?

– Mamy trzy stopnie otyłości, drugi i trzeci to otyłość patologiczna, ta wymaga wdrożenia konkretnego, skutecznego leczenia. W tym wypadku mam na myśli zabiegi chirurgii bariatrycznej.

Chirurgiczne zmniejszenie żołądka to gwarancja, że pacjent nie wróci do poprzedniej wagi?

– Pamiętajmy, że otyłość ma związek z psychiką. Każdy pacjent, którego kwalifikujemy do operacji musi odbyć rozmowy z psychologiem, dietetykiem, chirurgiem. Musi przejść przez kwalifikacje, odbyć szereg badań (gastroskopowe, USG jamy brzusznej, badanie endoskopowe, USG kończyn dolnych, oczywiście – badania krwi). Jeśli pacjent przejdzie pozytywnie kwalifikację, operujemy.

Błędem w sztuce jest wykonać zabieg chirurgiczny bez kwalifikacji. Jeszcze nigdy nikogo nie operowałem z pominięciem tego etapu. Zdarzyło się natomiast kilka razy, że odmówiłem przeprowadzenia operacji, ponieważ osoby te miały negatywną opinię psychologa. Pacjent musi być przekonany do leczenia, w przeciwnym razie, gdy wróci do domu po zabiegu, może zechcieć wrócić również do starych nawyków żywieniowych. Nadmiar przyjętego pokarmu może natomiast dać powikłania śmiertelne, stąd tak ważna jest opinia psychologiczna podczas kwalifikacji.

Osoby, które mój zespół kwalifikuje do operacji nie wracają do nawyków sprzed zabiegu?

– Zanim odpowiem na pani pytanie, chcę powiedzieć jeszcze kilka słów na temat samej procedury chirurgicznego leczenia otyłości. Najczęściej wykonywana na świecie jest rękawowa resekcji żołądka. Okazało się u pacjentów otyłych, którzy mają cukrzycę typu 2, którzy brali przed zabiegiem insulinę, po zabiegu w ciągu dwóch, trzech tygodni od operacji znacznie ograniczaliśmy dawki insuliny. W 80 proc. poprawiały się parametry cukru w organizmach tych osób. Do dziś nie potrafimy opisać mechanizmu, czy odpowiedzieć na pytanie – dlaczego tak się dzieje.

Drugą metodą chirurgicznego leczenia otyłości, którą stosuję, jest gastric by-pass czyli zespolenie omijające. Jest ona zarezerwowana dla pewnej grupy pacjentów z otyłością olbrzymią. Operacja polega na chirurgicznym zmniejszeniu żołądka, co ogranicza przyjmowanie dużej ilości pokarmu. Pokarm jest kierowany bezpośrednio do jelita cienkiego, dzięki czemu skracany jest efektywny czas trawienia i wchłaniania.

U takich pacjentów operację dzielimy na dwa etapy. Najpierw sięgamy po rękawową resekcję żołądka, czekamy aż pacjent schudnie 45-50 kg, wtedy przeprowadzamy drugą operację. Ona niesie jednak ze sobą duże ryzyko powikłań, stąd w takich sytuacjach działamy w dwóch etapach.

W swojej zawodowej karierze miałem dwa przypadki, gdy osoby kilka lat po operacji przytyły. Kluczowe znaczenie miała tu głowa – te osoby lubiły jeść, rekompensowały w ten sposób straty, jedzeniem reagowały na stres, z czasem ich żołądki się rozciągnęły. Nigdy jednak żołądek nie wróci do wielkości sprzed operacji. Osoby takie tyją przez rodzaj jedzenia, po który sięgają. Tyją, bo jedzą słodycze. Chcę natomiast podkreślić, 95 proc. osób, które operowałam są mega szczęśliwe po zabiegu, otrzymuję od nich listy, przysyłają mi swoje zdjęcia. Mówią, że otrzymali nowe życie.

Metodą stosowaną w bariatrii jest także umieszczenia balona w żołądku pacjenta.

 – To jest metoda, ale dedykowana dla pewnej grupy pacjentów, szczególnie dla osób z otyłością pierwszego stopnia. Ten balon jest po to, by eliminować złe nawyki żywieniowe. Po usunięciu go z żołądka, pacjent stosuje wyrobione, nowe nawyki żywieniowe, dba o właściwa dietę, unika słodyczy, nie słodzi herbaty, odzwyczaił się od jedzenia w dużych ilościach. Natomiast żołądek pacjenta pozostaje duży. Nieraz stosujemy balon jako wstępne leczenie przed operacją pacjentów z otyłością olbrzymią, gdy istnieje duże ryzyko powikłań, zakładamy balon, by schudł przed operacją 20 kg, wtedy przeprowadzamy operację.*

**** dr n. med. Naser Ordynator Oddziału Chirurgii Onkologicznej w Szpitalu im. F. Chopina, Europejskie Centrum Zdrowia Otwock; specjalista chirurgii ogólnej i onkologicznej**. Zajmuje się problemem otyłości, wykonuje zabiegi bariatryczne inwazyjne i małoinwazyjne metodą laparoskopową i endoskopową . Liczne staże specjalistyczne odbyte w kraju i wiodących zagranicznych ośrodkach pozwalają mu na stosowanie najnowocześniejszych technik leczenia w swojej codziennej praktyce.*

Krócej o profilaktyce zdrowotnej już się nie da

Są różne badania profilaktyczne służące do wczesnego wykrycia nowotworów przewodu pokarmowego, przede wszystkim badania endoskopowe (gastroskopia, kolonoskopia) oraz badania obrazowe (usg jamy brzusznej, tomografia komputerowa, rezonans magnetyczny). Przemyślane i właściwie przeprowadzone badania diagnostyczne stanowią podstawą do wykrycia wczesnego raka przewodu pokarmowego.

Objawy alarmowe nowotworów zlokalizowanych w przewodzie pokarmowym są bardzo różne, mało charakterystyczne i łatwo je przeoczyć. Dlatego należy zwracać uwagę na nietypowe dolegliwości takie jak: chudnięcie, bóle brzucha, krwawienie z odbytu, smoliste stolce, trudności w przełykaniu, żółtaczka czy wyczuwalny guz w brzuchu. Profilaktyka pierwotna odgrywa fundamentalną rolę w redukcji ryzyka rozwoju nowotworów i powinna być kierowana do całej populacji. Chodzi tu przede wszystkim o prawidłowe odżywianie, utrzymywanie odpowiedniej masy ciała, zażywanie aktywności fizycznej, unikanie czynników kancerogennych typu tytoń, alkohol w nadmiarze, promieniowanie UV, ochrona przed zakażeniami wirusowymi np. wirusem zapalenia wątroby typu C czy wirusem brodawczaka

ludzkiego HPV.

Gruby jak Polak?

- Nadwaga i nadciśnienie to skutek niewłaściwej diety i braku ruchu. Polscy mężczyźni żyją o 7 lat krócej, niż Szwedzi, a w przypadku kobiet jest niewiele lepiej. Tylko 25 proc. rodaków między 18 a 39 rokiem życia spełnia kryteria wysokiej aktywności fizycznej w czasie wolnym od pracy, a znikomy odsetek tej grupy ma tak zwaną wysoką aktywność komunikacyjną (na przykład dojazd rowerem do pracy).
- Nieprawidłową masę ciała ma w Polsce 10 proc. półrocznych niemowląt, ale u trzylatków odsetek ten rośnie już do 25 proc., zaś spośród ośmiolatków – aż jedna trzecia ma nadwagę lub otyłość. Odsetek ten spada jednak u nastolatków – otyłość lub nadwaga dotyczy tylko 15 proc. z nich. Wyraźnie zaznaczony jest wyższy (niż wśród dziewcząt) odsetek chłopców z nadwagą i otyłością, szczególnie w wieku 13 lat.
- W grupie 35-39-latków nadwaga i otyłość występują już w połowie populacji, przy czym u mężczyzn aż w 70 proc. przypadków (u kobiet 39 proc.).
- Nieprawidłowe wartości ciśnienia skurczowego, podwyższone ciśnie krwi lub nadciśnienie występują u co piątego 8-latka, zaś ciśnienia rozkurczowego - u co siódmego. Wartości odpowiadające nadciśnieniu tętniczemu występują częściej u dzieci z nadwagą i otyłością. Co trzeci polski 8-latek ma nadmierną masę ciała, przy czym chłopcy (wśród których dotyczy to 32 proc.) - wyraźnie częściej, niż dziewczęta (29 proc.).

Źródło: https://rawa.eglos.pl/aktualnosci/item/39587-zwaz-sie-i-jesli-trzeba-zmierz-z-problemem