– Jeśli ktoś cierpi na otyłość tzw. olbrzymią, powinien się operować – doradza prof. Jacek Dadan, kierownik I Kliniki Chirurgii Ogólnej i Endokrynologicznej UMB.

Co to takiego bariatria?

– To dziedzina chirurgicznego leczenia chorych, mających problem z nadmierną masą ciała. Jest stosunkowo młoda – jej początki datuje się na lata 50-te XX wieku. W ostatnich latach obserwujemy duży wzrost tych operacji, a potrzeby ciągle są większe niż możliwości. W naszej klinice zajmujemy się leczeniem otyłości od 2005 roku, w ostatnim czasie praktycznie każdego tygodnia odbywa się jedna-dwie takie operacje, które pomagają schudnąć. Kiedyś otyłości nie uważano za patologię, dzisiaj przedłużanie leczenia zachowawczego w takim przypadku uważane jest za błąd w sztuce lekarskiej.

Kiedy wykonuje się leczenie zabiegowe?

– Chirurgia bariatryczna to ostatnia deska ratunku dla osób otyłych patologicznie. To nie jest metoda odchudzania dla pacjentów z nadwagą. Wtedy trzeba próbować innych metod: diety, ćwiczeń. Do zabiegu kwalifikujemy chorych mających odpowiedni wskaźnik BMI (masa ciała w kilogramach przez wzrost w metrach do kwadratu), który wynosi powyżej 40. I taki oraz niekiedy znacznie większy wskaźnik (powyżej 50) ma większość operowanych. Operuje się również chorych z BMI powyżej 35, a nawet 30-35 jeżeli otyłości towarzyszy tzw. zespół metaboliczny: nadciśnienie, cukrzyca, hiperlipidemia. Wskazania do zabiegu zawsze należy rozpatrywać bardzo indywidualnie. Możemy operować ich bezpiecznie, ponieważ mamy bardzo dobrze wyszkolony, doświadczony zespół i odpowiednie warunki – doskonały sprzęt laparoskopowy oraz stół, wytrzymujący obciążenie powyżej 400 kg. Dotąd nasz najcięższy pacjent ważył 260 kg.

Jakie są rodzaje zabiegów?

– W klinice w 2005 roku zaczynaliśmy od tzw. operacji restrykcyjnych – regulowanych opasek żołądkowych, zakładanych między przełykiem a żołądkiem, przez co następuje mechaniczne ograniczenie podaży pokarmu i chorzy jedzą mniej.

Z czasem zaczęliśmy wykonywać operacje bardziej restrykcyjne. To rękawowa resekcja żołądka (sleeve gastrectomy). Mówiąc w skrócie z żołądka robi się wąską rurkę od wpustu do okolicy przedodźwiernikowej. W efekcie żołądek jest zwężony nawet do 2 cm (podczas gdy normalnie jest kilkanaście razy większy) i nie pozwala na przyjmowanie większej ilości pokarmu. Nie zmieniamy przy tym anatomii. Usuwając żołądek wpływamy również na ilość wydzielanych hormonów wpływających na ośrodek łaknienia, co w sposób istotny poprawia metabolizm organizmu, a u chorych z cukrzycą wpływa na normalizację glikemii i tacy chorzy w 80-90 proc. mogą odstawić insulinę, a w pozostałych przypadkach znacznie zmniejszyć jej dawkę.

Jest też operacja restrykcyjno-wyłączająca (gastric by-pass), zmieniająca anatomię. Z żołądka zostaje mały zbiorniczek, rzędu 50-100 mililitrów, który łączony jest bezpośrednio z jelitem. Wyłączamy fragment jelit z normalnej pracy i ograniczamy tym samym skutecznie wchłanianie pokarmów. Ta metoda szczególnie u chorych z cukrzycą daje spektakularne efekty.

Są też balony żołądkowe, zakładane już nie przez chirurgów, ale gastroenterologów. To taki zbiornik wkładany do żołądka, który go wypełnia i ogranicza wielkość. Wady tej metody są takie, że nie zawsze pacjenci dobrze tolerują obecność balonu, często mają nudności. Do tego balon trzeba wyjąć po 3-6 miesiącach i wtedy często następuje tzw. efekt jojo. Niekiedy jest zakładany przed planowaną operacją bariatryczną u osób bardzo otyłych, jako przygotowanie do leczenia zabiegowego.

Od czego zależy, który z zabiegów jest wykonywany?

– Od tego, w jakim wieku jest pacjent, jakie ma schorzenia dodatkowe, jakie ma oczekiwania. Nie narzucamy choremu rodzaju zabiegu, raczej razem decydujemy, bo chorzy muszą być świadomi na co się godzą. Ostateczna decyzja należy jednak do chirurga.

Jak można dostać się na operację?

– Należy zgłosić się do poradni konsultacyjnej naszej kliniki, ze skierowaniem od lekarza pierwszego kontaktu. Nasi lekarze zajmują się kwalifikacją do zabiegu, a po operacji w poradni odbywa się kontrola. Operacje, na które czeka się miesiąc-półtora, są obecnie w pełni refundowane przez NFZ.

Jak przebiega sam proces leczenia?

– Chorzy przygotowywani są przez poradnię, tam mają wykonane wszystkie potrzebne badania. Na oddział pacjent trafia dzień przed operacją, po wcześniejszej ocenie anestezjologicznej i jeżeli wszystko jest w porządku, na drugi dzień jest operowany. Wszystkie rodzaje operacji bariatrycznych wykonujemy sposobem laparoskopowym. Pacjenci lepiej je znoszą, na drugi dzień siadają, chodzą, odczuwają znacznie mniejsze dolegliwości bólowe. Najczęściej na 2-3 dobę są wypisywani do domu. Sam zabieg trwa około 2-3 godzin.

Czy po operacji mogą być powikłania?

– Osoby otyłe z uwagi na towarzyszące im schorzenia mają nieco większe ryzyko powikłań sercowo-krążeniowych. Aby to ryzyko zminimalizować, operacje są mało inwazyjne. Wyjątkowo rzadko zdarzają się poważniejsze powikłania chirurgiczne.

Warto pamiętać o tym, że operację trzeba wykonać w jak najmłodszym wieku. Im pacjent jest starszy, tym powikłania są bardziej możliwe, wzrasta też ryzyko chorób dodatkowych. Operacje najlepiej jest też wykonywać w pełnoprofilowym ośrodku referencyjnym, gdzie pracuje wyszkolony zespół, jest odpowiedni sprzęt i zaplecze.

Czy wystarczy sama operacja, aby schudnąć?

– Chorzy muszą być zmotywowani, zdawać sobie sprawę, że po operacji obowiązuje pewien reżim, zarówno dietetyczny, jak i fizykoterapeutyczny. To bardzo istotne. Są chorzy, tzw. „sweetersi", którzy po operacji, nawet z małym żołądkiem, ciągle jedzą czekoladę i inne słodycze oraz piją wysokokaloryczne napoje np. colę, i u nich waga nie spadnie. Trzeba mieć świadomość, że należy już zawsze jeść częściej, ale w małych ilościach, bo inaczej żołądek się powiększy i waga powróci.

Czy warto się operować?

– Na pewno. Jeśli ktoś cierpi na otyłość tzw. olbrzymią, nie powinien dać się zwieść na terapie lekowe czy „cudowne" środki z internetu. Jeśli nie możemy przy nadmiarze kilogramów pomóc sobie sami dietą i ćwiczeniami, warto przynajmniej skonsultować się u chirurga – bariatry. Taka wizyta nie oznacza, że ktoś od razu będzie operowany. Nie trzeba się tego bać. Ale i sama operacja nie jest straszna. Zoperowaliśmy dotąd kilkuset chorych z bardzo dobrym efektem. Większym ryzykiem jest życie z otyłością, niż ryzyko operacyjne. Otyłość jest chorobą i to bardzo poważną, źródłem wielu problemów zdrowotnych i z pewnością nie należy jej lekceważyć, gdyż po prostu znacznie skraca nasze życie.