



Medtronic

Grant edukacyjny



kampania
na wagę
zdrowia

Chirurgiczne leczenie otyłości – czy to dla mnie?

Spis treści

Wstęp.....	3
Słowo wstępu od prof. dr hab. n. med. Agnieszki Mastalerz-Migas.....	5
Rozmowa z Elżbietą Brzozowską – pacjentką.....	12
Rozmowa z Agnieszką Węgiel – psycholożką.....	30
Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Piotrem Majorem – chirurgiem bariatrą.....	64
Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Wiesławem Tarnowskim – chirurgiem bariatrą.....	78
Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Aliną Kuryłowicz – endokrynologiem.....	94
Rozmowa z Ludmiłą Podgóorską – dietetyczką.....	116

Cześć,

Szukasz pomocy w związku z chorobą otyłościową?

Tu ją znajdziesz.



Ten poradnik powstał we współpracy z patronami merytorycznymi Kampanii Na Wagę Zdrowia, którą realizujemy w naszej Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum.



ZDROWIE I EDUKACJA
AD MERITUM
FUNDACJA

Autorami tej publikacji są eksperci w dziedzinach: **medycyny rodzinnej, chirurgii bariatrycznej, endokrynologii, psychologii i dietetyki oraz pacjentka**, która dzieli się spostrzeżeniami w oparciu o własne doświadczenia leczenia choroby otyłościowej.

**Poradnik napisaliśmy z potrzeby przekazania
Wam wiedzy i wsparcia.**

Nasza kampania wciąż się rozwija, możecie znaleźć mnóstwo dodatkowych informacji na stronie www.nawagezdrowia.pl, na naszych profilach na **IG, Fb**, w zamkniętej grupie wsparcia, którą wspólnie administrujemy z Jolą, osobą po operacji (chło-bariatrycznej)-Znowu chciałam Po postu BYĆ.

Kampanię Na Wagę Zdrowia tworzymy my – Ela i Ewa, przyjaciółki od ponad 25 lat, partnerki w firmie i współfundatorki w Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum. Każda z nas ma swoją historię dietetyczną, mierzymy się z zaburzeniami odżywiania naszych dzieci,

wiemy, że zdrowie jest najważniejsze, a otyłość jest chorobą, która rujnuje zdrowie, uruchamiając cały ciąg powikłań. Stąd nazwa naszej Kampanii – Na Wagę Zdrowia. Bo w leczeniu otyłości na szali stawiamy zdrowie – i psychiczne, i fizyczne.

Zostań z nami, poczytaj, posłuchaj, pooglądaj, a jeśli chcesz porozmawiać – skontaktuj się z nami. Wiemy, ile nasuwa się pytań, kiedy masz dość swojej wagi, próbujesz się odchudzać, a waga ciągle wraca i wzrasta, masz dość swojego ciała, nie lubisz siebie, boli Cię ciało i dusza. Ela też tam była, w 2018 roku ważyła 120 kg, w 2025 waży 70. Mądry i doświadczony chirurg bariatra przyszedł z pomocą, psycholożka do dzisiaj robi remont w jej głowie, grupa wsparcia pomaga, dietetyczka nauczyła ją, jak się odżywiać, a endokrynolog pomaga w tym, żeby waga nie wróciła. Nowoczesna farmakoterapia to świetna droga po zdrowie, ale bez ułożenia w głowie relacji z jedzeniem, ruchem, snem, nie będzie wystarczająca.

Operacja nie jest okaleczeniem ani pójściem na łatwiznę. Jest odpowiedzialną decyzją, którą podejmujemy wspólnie z lekarzem, by zadbać o zdrowie. I na operacji nie kończy się leczenie otyłości – operacja to wielka szansa, czy dobrze ją wykorzystasz, zależy od wielu czynników, ale Ty też jesteś bardzo ważną częścią tej drogi. W ramach naszej kampanii mówimy o współodpowiedzialności za zdrowie.

**Leczenie otyłości to nie jednorazowa akcja,
to zadanie na całe życie.**

Wchodzisz w to?

Czekamy na Ciebie i jesteśmy dla Ciebie,

Ela i Ewa



Drodzy Państwo,

Skoro trzymacie w rękach ten poradnik, to znaczy, że choroba otyłościowa dotyczy Was lub kogoś Wam bliskiego.

Jestem lekarzem rodzinnym i wiem, jak ciężko pacjentom jest zredukować masę ciała i utrzymać efekt, a jednocześnie zdają sobie sprawę, jak ważne jest, by te cele zrealizować – dla zdrowia, dla siebie.



dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz Migas

prof. UMW,

*kierownik Katedry i Zakładu Medycyny Rodzinnej
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu,*

*prezes Polskiego Towarzystwa Medycyny Rodzinnej,
patrona Kampanii Na Wagę Zdrowia*

Gratuluję świadomości i odwagi, bowiem zdobycie wiedzy to pierwszy krok do zmiany. Poradnik ten został przygotowany z myślą o osobach, które z powodu otyłości olbrzymiej przygotowują się do operacji bariatrycznej lub ją rozważają albo wspierają tych, których BMI (wskaźnik masy ciała) przekroczył 40 lub 35 i towarzyszą im powikłania otyłości. Wsparcie życzliwych bliskich jest nieocenione i kluczowe w procesie leczenia.

Otyłość to jedna z najgroźniejszych chorób cywilizacyjnych, poważna choroba przewlekła, mająca swoje skutki zdrowotne w obszarze wszystkich narządów ciała człowieka. To także jedno z największych wyzwań współczesnej medycyny.

Na świecie z nadwagą i otyłością zmagają się około 2,5 miliarda osób – dzieci i dorośli.

Według szacunków, w 2035 roku liczba ta osiągnie 4 miliardy.

Epidemia otyłości dotyczy również Polski. Zgodnie z danymi publikowanymi przez NFZ, GUS oraz NIZP PZH – PIB, nadmierną masę ciała ma około 60 proc. dorosłych Polek i Polaków (około 20% ma otyłość), przy czym odsetek ten stale się zwiększa.

Bardzo niepokoi fakt, że tempo wzrostu występowania nadwagi i otyłości wśród dzieci i młodzieży w naszym kraju należy do najwyższych w Europie. Z prognoz dla Polski wynika, że w 2035 roku ponad 35% dorosłych mężczyzn i ponad 25% dorosłych kobiet będzie chorowało na otyłość. Oznacza to, że już niedługo co trzeci mężczyzna w Polsce będzie otyły.

Nie powinniście czuć się osamotnieni w swojej sytuacji, a my lekarze, wiemy o chorobie otyłościowej coraz więcej i mamy skuteczne narzędzia, by Wam pomóc.

Pamiętajcie tylko, że lekarz może być wsparciem w leczeniu, jednak każdego dnia to Wy podejmujecie decyzje – dobre lub niekorzystnie wpływające na stan Waszego zdrowia.

Zarówno nowoczesne leki do leczenia otyłości, jak i operacja bariatryczna są doskonałymi narzędziami, które wesprą proces redukcji masy ciała. To, czy uda się go zachować na długo – zależy od Waszych codziennych wyborów, od zmiany stylu życia, gdzie uregulujecie jakość i ilość jedzenia, wdrożycie aktywność fizyczną, zadbacie wspólnie z lekarzami o uzupełnienie niedoborów oraz leczenie chorób, które mogą wpływać na większe łaknienie i przybieranie na wadze.

Zachęcam do kompleksowego podejścia do redukcji, by nie była to akcja, lecz proces, w którym już będziecie przez całe życie. **Tycie i chudnięcie często bierze się z akcyjnego podejścia – „wezmę się za siebie, schudnę i... wrócę później do wszystkiego, co lubię”.** Dlatego choroba otyłościowa ma tendencję do nawrotów, bo wiele czynników wpływa na to, że trudno nam wytrwać w postanowieniach dotyczących zdrowej diety i aktywności.

Dzisiaj wiemy, że zalecenie „jedz mniej i więcej się ruszaj” nie jest skuteczne. Mamy skuteczne leczenie farmakologiczne oraz chirurgię bariatryczną, ale to nie oznacza, że leki czy operacja niczym czarodziejska różdżka wyzwolą Was z otyłości. Tu ważne są działania kompleksowe, wcale „jedz mniej” nie musi być dobrym zaleceniem, ważniejsze jest zalecenie:

**„jedz zdrowo, mądrze komponuj posiłki,
dostarczaj odpowiednią dla Twojego
zapotrzebowania liczbę kalorii
oraz makroskładników i składników mineralnych”.**

Apeluję byście Państwo nie pokładali nadziei w modnych dietach, szczególnie w tych, które zachęcają do wyeliminowania jakie-

gość składnika, ważne jest to, by jeść regularnie, w sposób zbilansowany. **Natomiast, jeśli zachęcałabym do eliminacji rzeczy, które zupełnie nie służą zdrowiu, to będą to: alkohol, papierosy i produkty z nikotyną oraz substancje psychoaktywne.** Jeśli zaś chodzi o wybory żywieniowe, zalecam wybór tego, co służy zdrowiu, co odżywia nasz organizm, nie upatrujemy w jedzeniu nagrody czy pocieszenia, tego szukajmy poza kuchnią czy sklepem spożywczym. Zachęcam też do pracy z psychologiem, który pomoże ułożyć zdrowe relacje z jedzeniem i wesprze w pracy nad zachowaniem motywacji do pozostania po zdrowej stronie życia.

Chcę też zachęcić Was, żebyście szukali lekarza, który będzie Was wspierał w decyzji o leczeniu otyłości, to ważne, żebyście mogli szczerze rozmawiać o swoich objawach, samopoczuciu, żebyście nie czuli się oceniani czy obwiniani, a znaleźli w lekarzu sojusznika. Polskie Towarzystwo Medycyny Rodzinnej organizuje wiele szkoleń dla lekarzy rodzinnych i POZ, żeby umieli jak najlepiej Wam pomagać. **Otyłość to skomplikowana choroba, przez lata bagatelizowana, a praca nad jej leczeniem opiera się na współdziałaniu lekarza, pacjenta, dietetyka, psychologa i całego zespołu specjalistów.**

Zachęcam też osoby, które kwalifikują się do operacji bariatrycznej, by wykorzystały wielką szansę, jaką ona za sobą niesie, a czas, kiedy będziecie tracić zbędne kilogramy przeznaczyci na przewarżenie codziennych wyborów, co pozwoli zachować efekt na długie lata.

Czy należy bać się operacji? Jeśli przygotujecie się do niej odpowiednio, zgodnie z zaleceniami, jeśli niczego nie będziecie ukrywali przed swoim lekarzem, to dzięki operacji dostaniecie szansę na nowe lepsze życie, ponieważ sam zabieg jest skuteczną i bezpieczną formą leczenia otyłości, a dobre przygotowanie redukuje ryzyko, jakie niesie za sobą każda procedura medyczna.

Otyłość ma ogromny wpływ na nasze zdrowie. Badania naukowe dowodzą, że istotnie zwiększa ryzyko wystąpienia ponad 200 różnych powikłań i chorób.

To m.in. cukrzyca typu 2, nadciśnienie tętnicze, miażdżyca, udar mózgu, niewydolność serca, przewlekła choroba nerek, stłuszczenie wątroby, choroby pęcherzyka żółciowego, zapalenie trzustki, bezdech senny, choroby stawów i kości, zespół policystycznych jajników, niepłodność oraz niektóre nowotwory, jak np. raka jelita grubego, piersi czy macicy. Z powodu tych konsekwencji, szacuje się, że otyłość skraca życie średnio o dziesięć lat. Ponadto, osoby z nadwagą i otyłością mogą zmagać się z problemami psychicznymi, takimi jak depresja czy lęki, często doświadczają też trudności w relacjach społecznych. Dlatego otyłość trzeba leczyć, i to jak najwcześniej!

Leczenie otyłości to proces, który wymaga czasu i dużego zaangażowania wielu osób: samego pacjenta oraz całego zespołu specjalistów. Kluczowym etapem radzenia sobie z otyłością jest wczesna diagnostyka, w tym ocena masy ciała i wskaźnika BMI. Kolejne kroki obejmują edukację żywieniową i zmianę stylu życia, następnie farmakoterapię, a w bardziej zaawansowanych przypadkach – leczenie chirurgiczne.

Operacje bariatryczne są niezwykle istotnym elementem leczenia zaawansowanej otyłości, a w 2023 roku taki zabieg wykonano u 6,5 tys. pacjentów w Polsce (poza programem KOS-BAR). To wciąż bardzo niewielki odsetek chorych wymagających takiego leczenia. Warto pamiętać, że otyłość jest chorobą przewlekłą i pacjent po operacji bariatrycznej nadal wymaga opieki lekarza POZ. Regularne kontrole i monitorowanie pacjenta są bardzo ważne, aby zapobiec nawrotowi choroby. Wyсіtek i środki finansowe włożone w zabieg bariatryczny zostaną stracone bez koordynacji i zaplanowania dalszej opieki ambulatoryjnej.

Jak przygotować się do operacji bariatrycznej? Jak przez nią przejść i jak żyć zdrowo po operacji?

Odpowiedzi na te pytania znajdziecie Państwo w tym poradniku. Publikacja ułatwi też zrozumienie przyczyn i mechanizmów choroby otyłościowej, pomoże rozpoznać możliwości pomocy oferowane przez współczesną medycynę, a także – mam nadzieję – pozwoli zredukować, poczucie niepokoju, niepewności i lęku, które towarzyszą każdej zmianie. Warto korzystać też z pomocy oferowanej przez organizacje pozarządowe czy grupy wsparcia.

**Bardzo mocno trzymam kciuki za powodzenie
Waszych działań, bo otyłość to choroba,
którą trzeba leczyć, by cieszyć się lepszym zdrowiem
i samopoczuciem, a także – dłuższym życiem.**

dr hab. n. med. Agnieszka Mastalerz Migas



Ewa Matusiak

prezeska Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum

Ela Brzozowska

wiceprezeska Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum
w 2019 roku przeszła operację bariatryczną

Leczenie otyłości to zadanie na całe życie

Ewa Matusiak, prezeska Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum zadała wiele pytań Eli Brzozowskiej, z którą współtworzy Kampanię Na Wagę Zdrowia.

Dlaczego? Bo Ela ma własne doświadczenia z chorobą otyłościową i operacją bariatryczną, a ta rozmowa może Wam pomóc w podjęciu odpowiedniej dla Was decyzji o leczeniu otyłości.

Elu, chciałabym z Tobą porozmawiać o chorobie otyłościowej, ale patrzę na Ciebie i nie wyglądasz na osobę, która cierpi na tę chorobę.

Choruję na otyłość od dzieciństwa i będę chorować całe życie. Jestem ponad pięć lat po operacji bariatrycznej i od tego czasu w remisji. Robię wszystko, żeby tę remisję, czyli zatrzymanie choroby, utrzymać jak najdłużej. Bo otyłość jest chorobą z tendencją do nawrotów. Pilnowanie, żeby choroba nie przejęła kontroli nade mną, jest zadaniem na całe życie. Operacja była najlepszą decyzją, jaką mogłam podjąć i gdyby można było cofnąć życie o parę lat, podjęłabym dokładnie taką samą decyzję, ale może zawałczyłabym o zdrowsze życie kilka lat wcześniej.

Czyli nie można wyzdrowieć, można wejść w remisję, tak?

Nie można wyzdrowieć, bo otyłość jest chorobą przewlekłą. Jest to choroba uwarunkowana genetycznie, hormonalnie, również emocjonalnie, jest więc wiele obszarów, którymi należy się zająć w procesie leczenia otyłości. Leczenia, nie odchudzania, bo otyłość się leczy i ja ją leczę. Dziś dobrze to rozumiem i wiem, że operacja bariatryczna oraz nowoczesne leki to doskonałe narzędzia, pomocne do tego, żeby z otyłością sobie poradzić i ją ujarzmić. Ja nadal leczę się za pomocą nowoczesnych analogów GLP-1, które pomagają mi w tym, żebym nie miała problemów z wyrzutami insuliny, z zespołem poposiłkowym i które pozwalają mi utrzymać masę ciała w ryzach. Ale oprócz operacji i farmakoterapii, kluczowa jest praca z własną głową. Bardzo dużo zależy od tego, na ile jesteśmy przez cały czas skupieni na procesie leczenia otyłości, na uważności na to, co jemy, czy odpowiednio dużo się ruszamy, czy dobrze śpimy, czy dostarczamy sobie innych przyjemności niż te związane z jedzeniem, słodyczami czy napojami, również alkoholowymi. Konieczne jest mądre ułożenie sobie relacji z jedzeniem,

a w tym bardzo pomogła mi moja psycholożka Agnieszka Węgiel, która jest patronką naszej Kampanii Na Wagę Zdrowia. Agnieszka Węgiel pracowała ze mną przed operacją, pomagała po operacji, a dziś w grupie wsparcia „ChLO starszaki”, dla osób, które są już kilka lat po operacji, wspólnie dyskutujemy, co w tych naszych głowach się dzieje takiego, że nasz gadzi umysł ciągle próbuje wracać na stare, dobrze znane tory, po to, żeby wrócić do otyłości. Bo otyłość jest właśnie taką upartą chorobą, która chce wrócić, ale ja jej nie mogę na to pozwolić.

Wspomniałaś o operacji bariatrycznej. Jaką drogą doszłaś do tej decyzji?

Ponieważ otyłość towarzyszyła mi od dzieciństwa, to oczywiście wielokrotnie w ciągu swojego życia próbowałam radzić sobie z nią różnymi metodami – dietami, również tymi bardzo restrykcyjnymi, wszystkimi dostępnymi na tamte

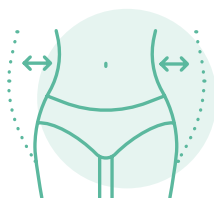
czasami lekarsztwami. I byłam jak harmonia – rozsze-

rzałam się i zmniejszałam, chudłam i tyłam. Raz wdrażałam bardzo duży reżim, a następnie wracałam do swoich nawyków żywieniowych.

Przyszedł moment, w którym moja waga była już trzycyfrowa i bardzo trudno było mi chud-

nąć, za to bardzo łatwo było tyć. Bardzo się wtedy

nie lubiłam, nie akceptowałam, źle się ze sobą czułam, czułam się niesprawna, obolała, nie mogłam patrzeć na siebie na zdjęciach, czułam wstyd, że nie umiem zapanować nad łaknieniem i wagą, przyjemność z jedzenia przeplatała się z poczuciem winy i bezradności. Na szczęście spotkałam osoby, które były po operacji bariatrycznej lub znały kogoś, kto był po takiej operacji, i zaczęłam się zastanawiać, czy to nie jest rozwiązanie dla mnie. Dzisiaj wiem, jak ważna jest rozmowa z kimś, kto już przeszedł tę drogę, dlatego postanowiłam oddać innym to, co sama dostałam kilka lat temu.



Czytałam wywiady z profesorem Mariuszem Wyleżo-
łem, który później mnie operował, słyszałam w jego głosie
pełne zrozumienie dla chorych, empatię, wielkie doświad-
czenie, czułam, że mogę panu profesorowi zaufać i powie-
rzyć w jego ręce swoje życie. Rozmawiałam też z osoba-
mi po operacjach bariatrycznych na zamkniętych grupach
na Facebooku, dzisiaj współmoderuję jedną z takich grup,
która liczy blisko 3,5 tys. członków, a jej założycielka Jola
była dla mnie przewodniczką przed operacją, którą przeszła
krótko przede mną. Zachęcam osoby rozważające operację
bariatryczną do dołączenia do grupy (chło-bariatrya) - Znowu
chciałam Po prostu Być...



Podjęłam decyzję o operacji, ale na tyle jednak się jej bałam,
że w 2018 roku uciekałam od operacji, wierząc, że znowu uda
mi się schudnąć. I rzeczywiście schudłam 25 kg na diecie
Dąbrowskiej, po czym znowu przytyłam 12 kg. I wtedy
stwierdziłam, że nie ma innego ratunku dla mnie niż opera-
cja. Skonsultowałam się z prof. Wyleżołem, który poświęcił
mi wystarczająco dużo czasu, żeby zminimalizować ryzyka

związane z operacją, bo przecież przy każdej operacji ryzyko jest, i który ze świętą cierpliwością odpowiadał na wszystkie pytania, których miałam mnóstwo.

Bardzo żałuję, że w Polsce niewielu pacjentów słyszy od swojego lekarza pierwszego kontaktu rekomendację, żeby zacząć leczyć otyłość, żeby pójść do poradni bariatrycznej, do poradni leczenia otyłości. A myślę, że taka propozycja powinna wychodzić właśnie od lekarza pierwszego kontaktu. Jeśli cierpisz na otyłość olbrzymią, czyli Twoje BMI wynosi 40+ lub 35+ i masz choroby będące powikłaniem otyłości, poproś lekarza rodzinnego o skierowanie z kodem E.66 do poradni bariatrycznej.

Wróćmy jeszcze do tematu diet – podejmowałaś wcześniej próby odchudzania się i jaki był tego efekt?

Tak, odchudzałam się wielokrotnie. **Myślę, że nie było takiej diety, której bym na sobie nie wypróbowała.** Były też konsultacje dietetyczne, aktywność fizyczna, włączana nie z miłości do niej i potrzeby ruchu, ale z musu i rozsądku. Myślę, że lepiej jest przepracować w głowie, dlaczego pewne rzeczy warto robić i zinternalizować taką potrzebę, a nie robić tego z zaciśniętymi zębami.

Jestem z rodziny naznaczonej otyłością. Mój tata chorował na otyłość i zmagał się z nią przez wiele lat. Moja babcia chorowała na cukrzycę i była otyła. Mojej mamy siostra jest otyła. Moja mama choruje na cukrzycę, ale pięknie potrafi trzymać sylwetkę. Potrafi robić to, czego ja od dziecka nigdy nie potrafiłam. Potrafi zjeść jedną kostkę czekolady, a resztę zostawić na następne dni. Natomiast ja, jak miałam coś słodkiego, to musiałam zjeść to do końca. Byłam grubym dzieckiem i nigdy nie zapomnę, jak jako mała dziewczynka przy różnych ćwiczeniach w przedszkolu widziałam ten

wiszący, tłusty brzuch, którego nienawidziłam, i marzyłam o tym, że kiedyś wymyślą taką maszynkę i mi go obetną.

Wracając do tematu wielokrotnych prób odchudzania – bardzo mądrze powiedział profesor Wyleżoń, czym przekonał mnie do operacji: jeśli patrzymy na oś czasu i widzimy postęp wzrostu masy ciała, pomimo wielokrotnego odchudzania, to jest to powód, dlaczego warto dać sobie szansę, jaką jest operacja bariatryczna.

Czyli przyszedł ten dzień, w którym stwierdziłaś, że samymi dietami już nic nie zmienisz?

Tak to był 2018 rok, i poszłam na konsultację do uznanego bariatry, to było zanim poprosiłam o pomoc prof. Wyleżoń. Profesor wyznaczył termin operacji i w związku z moim uzależnieniem od słodyczy wybrał operację gastric bypass. Ja się tej operacji potwornie bałam i dlatego postanowiłam znowu działać na własną rękę, wymyśliłam post Dąbrowskiej. Jak po każdej akcji z kolejną dietą, schudłam i zaczęłam tyć, wtedy poszłam po pomoc do profesora Wyleżoń. Dzisiaj już wiem, że dieta to nie akcja ani nie eliminacja, to sposób odżywiania na stałe. Wtedy nie było jeszcze programu KOS-BAR, więc żartuję, że KOS-BAR zrobiłam sobie sama. Program opieki koordynowanej to wielkie dobrodziejstwo, możliwość wielospecjalistycznego wsparcia pacjenta z otyłością, warto z niego korzystać i ważne, by decydenci zapewnili jego ciągłość.

Co było dla Ciebie najtrudniejsze przed podjęciem decyzji o operacji bariatrycznej?

Miałam ogromne wątpliwości, czy powinnam podejmować takie ryzyko. Miałam wtedy malutkie dzieci i bałam się, że operacja może być niebezpieczna dla mojego życia. Myślałam: a co jeśli, chcąc schudnąć, poddam się operacji, której



Miałam ogromne wątpliwości, czy powinnam podejmować ryzyko operacji.

nie przeżyję? Dlatego bardzo ważne jest to, aby trafić na takiego lekarza, który nie będzie obśmiewać naszych pytań i będzie cierpliwie na nie odpowiadał i który też zadba o właściwe przygotowanie do zabiegu, kluczowe jest też to, żeby pacjent niczego nie zatajał, co dotyczy jego zdrowia fizycznego i psychicznego. Pierwszy lekarz, na którego trafiłam, wychodził z założenia – albo się Pani decyduje albo nie. Na dodatek, ponieważ moim problemem było uzależnienie od słodyczy, pan profesor zaproponował mi operację polegającą na wyłączeniu żołądkowo-jelitowym, argumentując, że jest to najczęściej wykonywana operacja w Stanach Zjednoczonych u pacjentów, którzy nie tyle mają problem z nadmierną ilością spożywanego jedzenia, ile z nadmierną podażą cukru i węglowodanów prostych. Natomiast ja bardzo się bałam tego typu operacji, bo wiedziałam z relacji

pacjentów, o tym jak trudno jest po niej zapewnić swojemu organizmowi odpowiednie składniki, że dochodzi do niedoborów, że są pacjenci, którzy mają problemy z funkcjonowaniem, ze wstaniem z łóżka. Na moje obawy i wątpliwości niestety tamten pan profesor nie był w stanie udzielić mi wyjaśnień, usłyszałam jedynie: „jak się Pani zdecyduje, to proszę przyjść”. Nigdy do niego nie wróciłam, poszłam do profesora Wyleżoła. W okresie przygotowania do operacji, który wynosił dziewięć miesięcy, miałam szansę zadać panu profesorowi wszystkie możliwe pytania, które mi się nasuwały, a pan profesor cierpliwie na nie odpowiadał. Myślę, że rozmowa z pacjentem jest kluczem do sukcesu, także do utrzymania choroby w remisji. Nie ma głupich pytań, mamy prawo zapytać o wszystko, co nas nurtuje, żeby podjąć właściwą dla siebie decyzję.

Od kiedy publicznie ujawniłam informację o przebytej operacji, wiele osób do mnie pisze, dzwoni, konsultuje swoją sytuację i czasem są to osoby, które chciałyby się zoperować szybko, spontanicznie... no właśnie. Mój czas przygotowania do operacji wynosił dziewięć miesięcy, dlatego, że pan profesor bardzo wnikliwie mnie przebadał. Wysłał mnie do specjalistów w związku z moimi różnymi chorobami, które mi towarzyszą, po to, żeby ci specjaliści też się wypowiedzieli, czy nie widzą przeciwwskazań lub żeby wdrożyli leczenie, które dobrze przygotowuje mnie do operacji. Byłam u flebologa, kardiologa, ginekologa, endokrynologa, miałam wykonanych wiele badań i było to bardzo potrzebne, dlatego że dało mi poczucie bezpieczeństwa. Wiedziałam, że dzięki temu ryzyko powikłań jest zminimalizowane i jestem wdzięczna panu profesorowi za to, że podchodzi do bezpieczeństwa swoich pacjentów w sposób tak poważny.

Zdecydowałaś się na operację. Jak wyglądał ten proces i Twój pobyt w szpitalu?

Pobyt w szpitalu był krótki i to mnie bardzo zaskoczyło. Pierwszego dnia przyszedłam do szpitala, następnego była operacja i wydaje mi się, że kolejnego dnia już opuściłam szpital. To było dla mnie zaskakujące, ale wiem, że ważne jest, żeby



pacjent jak najszybciej pionizował się, zaczynał spacerować, żeby był w swoim środowisku domowym i nie był narażony na atak ze strony bakterii szpitalnych. Nie pamiętam, żebym jakoś szczególnie doświadczyła bólu, ale wiem, że to jest kwestia indywidualna. Wiem, że są pacjenci, którzy wspominają ten czas jako czas bólu, ale ja po operacji po

wyjściu do domu nie przyjmę ani jednej tabletki przeciwbólowej. Pamiętam, że na sali pooperacyjnej wymiotowałam i podszedł do mnie pan profesor, położył rękę na mojej ręce i powiedział „Pani Elu, proszę nie wymiotować. To bardzo może zaszkodzić operacji”. Domyślałam się, że dostałam potem leki przeciwwymiotne, ale też to ciepło, empatia i stanowczość pana profesora spowodowała, że postanowiłam więcej nie wymiotować. Bardzo szybko się spionizowałam, bo dla mnie wstydliwe było korzystanie z pomocy pań pielęgniarek podczas czynności fizjologicznych.

Po trzech dniach byłaś już w domu. Jak wyglądają pierwsze tygodnie po operacji?

Byłam słabiutka, bo na początku po operacji miałam dietę płynną, z bardzo niską podażą kalorii. Ale jest też zalecenie, że jeżeli czujemy się na siłach, to warto zrobić trochę kroków w ciągu dnia. Pamiętam, że rodzina wyprowadziła mnie do lasu i pomyślałam, że fajnie, że mogę chodzić. Później, po operacji bardzo ważna jest praca z psychologiem. Ja zaczęłam taką pracę jeszcze przed operacją. Niezwykle istotne

jest, żeby to nie był pierwszy lepszy psycholog, tylko taki, który umie pomagać ludziom z zaburzeniami odżywiania i pomaga w ułożeniu relacji z jedzeniem. Pracowałam także z dietetyczką, która pomogła mi odpowiednio zbilansować posiłki i wdrożyć kolejne etapy diety.

Jak wygląda dieta po operacji?

Przez pierwsze kilka dni jest to dieta płynna, później półpłynna na przykład zmiksowane zupy, a później można jeść wszystko. Mitem jest to, że pacjent po operacji bariatrycznej do końca życia może jeść tylko zupki i papki. To stereotyp, który jest niepotrzebnie powtarzany.

Ja rozszerzałam dietę pod nadzorem dietetyczki i wszystkim polecam zarówno przygotowanie do operacji pod nadzorem dietetyka, jak i kontynuowanie tej współpracy po operacji. Dietetyk nadzoruje utratę masy ciała oraz włączanie poszczególnych produktów i dba o odpowiednie zbilansowanie diety, tak żeby zapewnić właściwą podaż białka, które jest nam, pacjentom bariatrycznym, bardzo potrzebne przez całe życie i musimy pamiętać, żeby to białko sobie dostarczać.

Z perspektywy ponad pięciu lat, które minęły od operacji, jak wspominasz te wszystkie obawy, które Ci towarzyszyły przed zabiegiem? Czy było się czego bać?

Myślę, że trzeba zrobić wszystko, aby wyeliminować ryzyka i wybrać dobry ośrodek z doświadczonym specjalistą, którego można zapytać o wszystko. I niczego nie wolno ukrywać, bo wiem, że są tacy pacjenci, którzy ukrywają jakieś choroby, problemy, które mają, bo chcą szybko mieć operację, a to właśnie rodzi ryzyko powikłań. Lepiej odczekać, wyleczyć pewne rzeczy i w odpowiednim czasie iść na operację. Ja miałam poczucie, że idę na operację, mając te wszyst-

kie ryzyka zminimalizowane, ale jak każdy człowiek, który wie, że będzie miał pełną narkozę i nieodwracalną ingerencję w swoje ciało, oczywiście się bałam. Natomiast dziś na pewno nie żałuję tej decyzji, to było najlepsze, co mogłam zrobić dla swojego zdrowia fizycznego i psychicznego.

No właśnie – dałaś się pokroić...

Tak... Najgorsze, jest to, że tak mówią lekarze. I to mnie przeraża. Pacjenci chorzy na serce też dają się pokroić i ci, którym choruje wątroba też mają operacje. Ludzie mówią: „no przecież to był zdrowy organ”. No, nie był zdrowy, bo produkował zdecydowanie za dużo hormonu, który nazywa się grelina i który powoduje, że chorujący na otyłość rzeczywiście ciągle odczuwają niedosyt jedzenia. I tak jest, że jedni tej greliny mają więcej, a inni mniej. Dziś nie mówi się już, że jest to operacja zmniejszenia żołądka, bo nie chodzi o tę fizyczną zmianę, ale o to, żeby wyciąć te miejsca, gdzie znajdują wyspy produkujące grelinę, które ciągle wołają do naszego mózgu, żebyśmy jedli. Ale po jakimś czasie po operacji grelina zaczyna być produkowana w innych miejscach i dlatego tak ważne jest przygotowanie psychologiczne i dietetyczne, żeby nie wrócić do starych nawyków.

W przygotowaniach i później po operacji towarzyszyli Ci lekarz, dietetyk, psycholog. Czy potrzebne jest jeszcze jakieś inne wsparcie?



Myślę, że dobrze jest mieć w życiu przyjaciela na zawsze – na każdy problem i na te dobre chwile. Mam szczęście, bo mam Ciebie i byłaś cały czas przy mnie, podobnie jak moja najbliższa rodzina – mąż i dzieci. Gdybym nie miała od Was wsparcia, na pewno byłoby mi trudniej podjąć decyzję. Te dziewięć miesięcy przygotowań to były ciągle

rozterki i wątpliwości, i dobrze jest mieć z kim o tym wszystkim porozmawiać. Mam też taką strategię, że jeżeli podejmuję decyzję, która może wywołać kontrowersje, to nie dzielę się informacją o niej z otoczeniem, bo nie potrzebuję słuchać wątpliwości osób, które albo nie są dla mnie merytorycznym autorytetem albo które obdarowują mnie swoimi lękami i strachem, nie mając wiedzy, choć mają dobre intencje. Bardzo potrzebne jest wsparcie emocjonalne i poczucie, że jest ktoś do kogo można zadzwonić i powiedzieć, co czujemy, z jakimi myślami się bijemy. I żeby w rodzinie był dobrze zrozumiany cel operacji. Często dziewczyny, które spotykałam w grupach bariatrycznych mówiły, że nie miały wsparcia od męża, od rodziców, od rodzeństwa. Były krytykowane, że właśnie dają się pokroić, ryzykują życiem, a przecież mają dzieci, że robią to dla wyglądu, a mogą stracić życie. I ja, nakarmiona tymi wszystkimi lękami, pytałam o to pana profesora, który wyjaśnił mi, że ryzyko związane z operacją bariatryczną jest niższe niż ryzyko przy usunięciu woreczka żółciowego, czyli przy jednej z najczęściej w Polsce wykonywanych operacji, dla której ryzyko powikłań wynosi 1%. Więc to ryzyko jest małe, a możemy je jeszcze zminimalizować, wybierając dobry ośrodek, doświadczonego chirurga i wykonując odpowiednie badania diagnostyczne. Bardzo ważne jest to, aby zadawać merytoryczne pytania lekarzom, a te emocjonalne rozkminy mieć z kim przegadać i bardzo dziękuję Ci za to, że byłaś ze mną przez ten cały czas.

Elu, a może operacja to magiczna różdżka, dzięki której wszystko się zrobi za Ciebie?

Operacja bariatryczna to jest doskonałe narzędzie, fantastyczne wsparcie w leczeniu otyłości olbrzymiej. Istnieją konkretne kryteria kwalifikacji pacjenta do takiej operacji: to BMI powyżej 40, albo tak jak w moim przypadku – BMI

powyżej 35 i choroby towarzyszące. Mówienie tym pacjentom, że wystarczy przejść na dietę i trochę się poruszać (co może skończyć się przede wszystkim kontuzją), nie jest dobrą radą. Takiego pacjenta trzeba leczyć.

Ja dzięki operacji odzyskałam życie, odzyskałam siebie, akceptację siebie, swojego wyglądu. Odzyskałam też zdrowie, bo wiele objawów, które miałam wcześniej, czy wręcz chorób ustąpiło. Nie mam już insulinooporności, nie mam już takiego bólu kręgosłupa, jaki miałam wcześniej i zaczęłam robić rzeczy, których wcześniej nie mogłam robić z powodu dużej masy ciała. Ruch nie był moim sprzymierzeńcem. Dziś z wielką przyjemnością biegam cztery razy w tygodniu na tenisa. Moja psycholożka odchudzania Agnieszka Węgiel nauczyła mnie, żeby każdego dnia znajdować coś,

Dziś z wielką przyjemnością biegam cztery razy w tygodniu na tenisa.



co sprawia przyjemność. Tenis to ruch i kontakt z fajnymi ludźmi – trenerem Krzysztofem i koleżankami, to jest wysiłek, śmiechoterapia i wsparcie w trudniejszych chwilach. Nasylenie ośrodka przyjemności sprawia, że nie muszę już sięgać po przyjemności w postaci słodyczy. Operacja daje więc wielką szansę, ale od nas zależy, czy z tej szansy skorzystamy.

Jest wiele grup wsparcia na Facebooku, o których wspominałaś. Czy warto czerpać wiedzę z tych źródeł?

Uważam, że warto tam zaglądać, bo są to miejsca, gdzie w bezpieczny dla siebie i intymny sposób można podzielić się swoimi wątpliwościami i pytaniami, które być może są wstydlive do zadania lekarzowi. Ale też warto mieć świadomość, że nie wszyscy w tych grupach mają rzetelną wiedzę. Ja miałam to szczęście, że matką chrzestną mojej operacji była Małgosia, dziennikarka zdrowotna, której syn przeszedł operację bariatryczną i ona była dla mnie bardzo wiarygodnym źródłem informacji. Rozmawiałam też z Michałem, czyli jej synem, który odpowiedział mi na wszystkie możliwe pytania i ugasił potęgujący się przed operacją stres i lęk. Małgosia skontaktowała mnie również z Magdą Gajdą – ikoną w temacie leczenia otyłości i bariatrii. Magda, sama będąc po operacji bariatrycznej, edukowała pacjentów i dla mnie rozmowa z nią była bardzo cenna, bardzo wiarygodna, pokazująca „za” i „przeciw”. Ale jestem też bardzo wdzięczna dziewczynom, z którymi się kontaktowałam, z grup wsparcia. Myślę, że lepsze są grupy mniej liczne, np. przy ośrodkach bariatrycznych. Dla mnie bardzo pomocna była Kasia Głowińska, która założyła grupę przy szpitalu, w którym byłam operowana, czyli Szpitalu Czerniakowskim. Jestem jej wdzięczna za to, że chciało jej się przyjść do mnie i osobiście porozmawiać, kiedy byłam już na oddziale. To było coś bezcennego.



Myślę, że informacji warto szukać w rzetelnych źródłach, takich jak na przykład nasza Kampania Na Wagę Zdrowia. To doskonałe źródło informacji dla osób, które myślą o operacji oraz dla tych, którzy są już po operacji, ale przybierają po kilku latach na wadze. Oczywiście nie udzielamy porad medycznych, ale dostarczamy rzetelnej, eksperckiej wiedzy. Bo nie czarujmy się, są po operacji sytuacje, kiedy zaczynamy tyć. Eldorado trwa dwa lata, kiedy „samo się” chudnie, a po dwóch latach trzeba włożyć bardzo dużo wysiłku w to, żeby nie wrócić do starych nawyków. I są grupy, które mogą być w tym bardzo pomocne. Ja należę do takiej grupy, która nazywa się „CHLO starszaki” i jest prowadzona przez psycholożkę odchudzania Agnieszkę Węgiel.

**W naszej Kampanii Na Wagę Zdrowia
wspieramy się wiedzą i doświadczeniem
autorytetów – lekarzy, dietetyków, psychologów.**

Zapraszamy więc na stronę kampanii
www.nawagezdrowia.pl

lub na stronę internetową naszej
Fundacji Zdrowie i Edukacja Ad Meritum
www.zdrowieiedukacja.org

oraz na profile w social mediach



pod nazwą Kampania Na Wagę Zdrowia.



Agnieszka Węgiel

psycholożka

Nie układam diet – układam relacje z jedzeniem i ze sobą

Wsparcie w procesie leczenia, zrozumienie przyczyn, przez które wpadamy w kołowrotek tycia i chudnięcia, dlaczego robimy rzeczy i jemy rzeczy, które nam nie służą, praca nad motywacją – to klucz do zadbania o siebie, do wyjścia z zaburzeń odżywiania, do ułożenia relacji z jedzeniem, ale przede wszystkim z samym sobą.

Proces leczenia otyłości zaczyna się w głowie, a wsparcie psychologa, który specjalizuje się w tym obszarze, jest niezwykle pomocne zwłaszcza na etapie utrzymania zredukowanej masy ciała. Warto pracować indywidualnie lub w profesjonalnej grupie wsparcia (moderowanej przez specjalistę). W utrzymaniu uważności i motywacji pomagają też czytanie książek, artykułów, postów, słuchanie live'ów, webinarów, wykładów. W mediach społecznościowych jest wiele wspierających profili. Jeden z nich prowadzi Agnieszka Węgiel, psycholożka, która od wielu lat zajmuje się wsparciem dorosłych z chorobą otyłościową i posiada certyfikat Amerykańskiego Towarzystwa Doradców Bariatrycznych – Agnieszka Węgiel, znana jako @psychologia_odchudzania.



Agnieszka jest patronką naszej Kampanii Na Wagę Zdrowia. Wierzmy, że ta rozmowa pozwoli uporządkować w głowie kwestie dotyczące Twoich relacji z jedzeniem, pokaże czego potrzebujesz, może skłoni do podjęcia współpracy z psychologiem. Wiedza na temat choroby otyłościowej oraz świadomość obszarów, w których możemy mieć wpływ na jej rozwój i remisję to często początek zmian w naszych postawach, zachowaniach, nawykach.

Agnieszko, często używasz pojęcia „relacja z jedzeniem”. Co on oznacza?

„Relacja z jedzeniem” to dość nowe pojęcie, nie jest ono psychologicznie usankcjonowane, natomiast dobrze oddaje to, co się dzieje, kiedy mówimy o naszych zachowaniach żywieniowych, o naszych wzorcach żywieniowych, o tym w jaki sposób traktujemy jedzenie, jak podchodzimy do jedzenia i do czego tego jedzenia używamy.

Dlaczego relacje z jedzeniem są takie trudne?

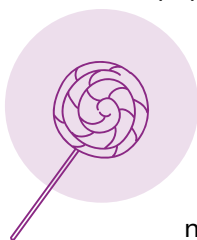
Relacje z jedzeniem utrudniłyśmy sobie z czasem, z rozwojem przemysłu spożywczego i narzędzi marketingowych, które kreują w nas potrzeby zakupowe na produkty, które nam nie służą, które jemy w nadmiarze i których tak naprawdę nie potrzebujemy. Warto pamiętać, że podstawową funkcją jedzenia jest odżywienie. Powinniśmy szczególnie teraz „używać” jedzenia do zaspokojenia przede wszystkim naszych potrzeb fizjologicznych. Mamy dostarczyć sobie odpowiedniej proporcji składników odżywczych, witamin i minerałów. Natomiast w tym momencie, w którym zaczynamy pocieszać się jedzeniem, dostajemy stodycze w nagrodę, na ukojenie bólu i smutku, uczymy się, go używać w funkcji, która poza chwilową ulgą przynosi dodatkowe kilogramy. Regulacja napięcia, ulga i odpoczynek na przykład po ciężkim dniu w pracy czy w szkole pojawiają się wtedy, kiedy uruchamiają się różne psychologiczne i neurobiologiczne mechanizmy, zaburzające funkcjonowanie ośrodka nagrody w mózgu. Stodycze, słodko-słono-tłuste przekąski powodują wyrzut endorfin, czyli odczuwamy chwilową ulgę, czasem przyjemność i ukojenie. W konsekwencji zaczynamy ich potrzebować częściej i więcej, ponieważ spotykamy się na co dzień z mnóstwem różnych wyzwań, które generują w nas napięcia i wtedy jedzenie staje się regulatorem,

„spożywcą tabletką na ból” – kiedy zaczniemy jej używać, potem ciężko nam z niej zrezygnować.

Dlaczego jedni mają problem z relacjami z jedzeniem, a w konsekwencji z otyłością, a inni jedzą wszystko i nie tyją?

To nie do końca jest tak, że jedni jedzą wszystko i nie tyją, a inni tyją od liścia sałaty. Na przyrost masy ciała i w konsekwencji rozwój otyłości ma wpływ wiele czynników. Jeżeli popatrzymy na biopsychospołeczny model rozwoju otyłości, to musimy wziąć pod uwagę predyspozycje genetyczne – ale uwaga – to są predyspozycje do tycia, ale one wcale nie skazują nas na otyłość. Będą wymagały od nas większej uważności w relacjach z jedzeniem, większej uważności w komponowaniu posiłku. Natomiast, jeżeli używamy jedzenia do regulowania nastroju, to będziemy mieli o wiele większy problem bez względu na to, czy mamy predyspozycje do tycia czy nie.

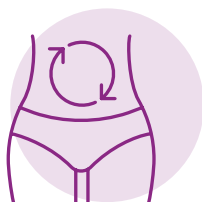
Jeżeli w dzieciństwie nasi rodzice używali jedzenia do poprawiania nam nastroju, dostawaliśmy lizaka albo cukierki, kiedy marudziliśmy albo kiedy chcieli nas czymś zająć, kiedy styszeliśmy: „jeżeli zjesz obiad, to dostaniesz pyszny deser”, to nauczyliśmy się, że to słodkie i słodko-słono-tłuste, jest jakimś rodzajem nagrody, jest tym pysznym w przeciwieństwie do obiadu. W dorosłości również będziemy używać słodkości jako nagrody, pocieszenia, czegoś co sprawia wielką przyjemność.



Czego szukamy w jedzeniu?

W jedzeniu szukamy ulgi, pocieszenia, ukojenia, rozładowania napięcia, smutku – czyli tego, czego tak naprawdę tam nie znajdziemy, bo zjedzenie batona, ciastka czy paluszków nie

sprawi, że rozwiążą się problemy, które wprawiły nas w złość czy smutek. A zatem warto pomyśleć, że kiedy jedzenie ma zagłuszyć emocje, nie spełnia swojej funkcji, wręcz działa destrukcyjnie, ponieważ jego nadmiar i kiepski skład prowadzą do tycia, a to z kolei wywołuje w nas mnóstwo negatywnych emocji nakierowanych na siebie – poczucie winy, niezadowolone z siebie, nienawiść do swojego ciała i poczucie, że jesteśmy słabi i sobie nie radzimy.



Warto przywrócić podstawową funkcję jedzenia – przede wszystkim ma nam dostarczyć energii do życia. Jeżeli szukamy w jedzeniu czegoś więcej, to niestety ryzykujemy, że to jedzenie przejmie kontrolę nad naszym życiem, zaczniemy go używać w niewłaściwych funkcjach i zacznie nam szkodzić. Szukamy w jedzeniu pocieszenia, znieczulenia, odetchnięcia, jakiegoś rodzaju komfortu. Ten komfort jest oczywiście chwilowy, bo wyrzut endorfin w układzie nagrody w mózgu nie trwa długo, natomiast musimy pamiętać o tym, że w dzisiejszym świecie stresory są wokół nas ciągle i bez przerwy, jest ich coraz więcej, więc szukamy w jedzeniu, tego czego powinniśmy szukać na przykład na terapii, w rozmowie z bliskimi osobami, aktywności fizycznej, pasjach.

Czym jest jedzenie emocjonalne i jak sobie z nim radzić?

Jemy emocjonalnie wtedy, kiedy potrzebujemy poczuć ulgę, kiedy dzieje się coś trudnego, odczuwamy dużo napięcia i stresu. Jemy emocjonalnie również dlatego, że jesteśmy głodni. Nie możemy zapominać o tym, że głód jest jednym z największych stresorów w naszym życiu. Żyjemy w świecie, w którym rządzi kultura diet i kult szczupłości, większość z nas jest ciągle na jakiejś diecie i ciągle próbuje zmieniać wygląd i wielkość swojego ciała, ignorując odczucie głodu lub zaspakając je nadmiarowo,

co też w czasach nadpodaży produktów spożywczych jest bardzo proste.

Co za tym idzie, jeżeli nie jemy regularnie wartościowych posiłków, nie dostarczamy sobie energii w ciągu całego dnia, to bywa również tak, że wcale nie jemy emocjonalnie w odpowiedzi na stresory, które się dzieją w naszym życiu, tylko jemy przede wszystkim dlatego, że jesteśmy zwyczajnie głodni. Jedzenie emocjonalne bardzo często przydarza nam się po południu, wieczorem, kiedy już nic stresującego się nie dzieje. Jeżeli przegłodziliśmy się przez cały dzień, jedząc jogurty, cienkie zupy, sałatki bez dodatków, no to jesteśmy po prostu głodni i będziemy zajadać właśnie ten stresor.



I odpowiedź na pytanie, jak sobie w takim razie poradzić z emocjonalnym jedzeniem albo wręcz jak sprawdzić, czy jemy emocjonalnie, jest dość proste – zacznij jeść regularne posiłki od śniadania – i zobacz, czy wieczorem te zachcianki i ochota na pocieszenie się jedzeniem będą tak samo silne, jak wtedy, kiedy przez cały dzień byłaś na diecie i jadłaś za mało.

Jak sprawdzić co jest przyczyną tycia?

Jeżeli czujemy, że nasza masa ciała wymyka nam się spod kontroli, jeżeli czujemy, że ciężko nam jest powrócić do równowagi, zamiast przechodzić na kolejną dietę, sugerowałabym kontakt z lekarzem. Mamy teraz dostęp do lekarzy otyłościologów, którzy zajmują się leczeniem otyłości. Konieczne będzie przeprowadzenie dokładnych badań, sprawdzających stan odżywienia organizmu, choroby towarzyszące, które mogą powodować wzrost masy ciała albo utrudniać redukcję. To są pierwsze drzwi, do których powinniśmy zapukać.

Kolejna osoba, która może nam pomóc to sensowny dietetyk. Sensowny, czyli nie taki, który rozpisze nam restrykcyjną dietę, tylko taki, który zrobi z nami szeroki wywiad, spojrzy na wyniki badań, uwzględni nasze preferencje żywieniowe i styl życia i do tego stylu życia prawidłowo dopasuje sposób odżywiania. Jeżeli mamy wątpliwości czy jemy emocjonalnie, jeżeli czujemy, że jednak być może zjadamy stres albo budzimy się w nocy i jemy, wtedy zdecydowanie warto skorzystać z konsultacji psychologicznej, żeby sprawdzić, czy nie chorujemy na zaburzenia odżywiania.

Co zrobić, żeby przestać jeść emocjonalnie?

Żeby przestać jeść emocjonalnie w pierwszej kolejności powinniśmy zacząć jeść w ogóle, powiem więcej, powinniśmy zacząć się odżywiać, czyli nie tylko jeść cokolwiek nam wpadnie w ręce, ale również świadomie dokonywać wyborów żywieniowych w taki sposób, żebyśmy zabezpieczyli tę podstawową potrzebę fizjologiczną, czyli potrzebę dostarczenia sobie energii i dzięki temu zaspokajali głód. Najgorsze, co możemy zrobić, to przejść na dietę bez konsultacji z lekarzem, dietetykiem, psychologiem.

W ramach kwalifikacji do operacji bariatrycznej konieczne jest potwierdzenie przez psychologa gotowości. Jak się to sprawdza?

Aby pacjent mógł bezpiecznie podejść do operacji bariatrycznej, potrzebuje konsultacji zarówno psychologicznej, jak i dietetycznej. Konsultacja psychologiczna jest o tyle ważna, że musimy wykluczyć choroby psychiczne, które nieleczone są przeciwwskazaniem do operacji bariatrycznej. Jeżeli pacjent choruje na depresję, zaburzenia lękowe czy jakiegokolwiek inne zaburzenia psychiczne, kluczowe jest

to, żeby przed operacją bariatryczną rozpocząć leczenie – farmakoterapię i psychoterapię, jeżeli psychiatra zaleci taką kombinację terapeutyczną.

Gotowość do operacji sprawdza też dietetyk, to znaczy zaleca strategię żywieniową na okres przygotowawczy do operacji i sprawdza z pacjentem, na ile jest w stanie wprowadzić nowe nawyki. Z psychologiem i dietetykiem pacjent analizuje, co we wprowadzaniu tych nowych nawyków najbardziej przeszkadza i jak możemy je wpasować w nasze realia. Musimy pamiętać o tym, że stare nawyki, które doprowadziły do choroby otyłościowej, budowaliśmy latami, więc nie możemy oczekiwać, że nagle w dwa tygodnie wprowadzimy nowe nawyki i będziemy z nich trwale korzystać. Więk-

Nieleczone choroby psychiczne są przeciwwskazaniem do operacji bariatrycznej.



szość pacjentów kwalifikujących się do operacji bariatrycznej ma za sobą wielokrotne próby zmiany nawyków, wprowadzania zdrowego odżywiania i aktywności fizycznej, ale jednak z jakichś powodów te nowe nawyki nie miały szansy się utrwalić i zostały porzucone. Pracując z psychologiem pacjent ma szansę sprawdzać i weryfikować na bieżąco zmiany, które wprowadza, następnie je utrwalić i świadomie z nich korzystać.

Czy i jak sami możemy zweryfikować swoją gotowość do operacji?

Każda osoba, która choruje na otyłość, zmaga się ze stygmatyzacją i dyskryminacją, ma też za sobą mnóstwo prób redukcji masy ciała. Niestety kolejne nieskuteczne próby oraz stereotypowe postrzeganie osób chorujących na otyłość jako leniwych powoduje, że pacjenci liczą na cud, na to, że operacja bariatryczna będzie cudownym rozwiązaniem, które skutecznie pomoże zredukować masę ciała.

Czy pacjent jest w stanie sam ocenić czy jest gotowy do operacji? Nie ufałabym sobie, gdybym była pacjentem bariatrycznym, ponieważ ilość porażek dietetycznych powoduje, że zrobiłabym wszystko, żeby do tej operacji doszło, wierząc, że wtedy zacznie się nowe życie i wszystko się zmieni.

Dlatego potrzebujemy diagnozy i przygotowania przed operacją i od tego mamy specjalistów, żeby mogli nam pomóc i żeby dobrze nas poprowadzili. To zapewnia bezpieczeństwo po operacji, bo pamiętajmy, że w operacjach bariatrycznych w ogóle nie chodzi o to, żeby „schudnąć”, ale żeby przywrócić zdrowie i sprawność na całe życie. Bo leczenie otyłości (bez względu na metodę) powinno opierać się na zmianie stylu życia. Bez tego zarówno chirurgia, jak i farmakoterapia pozo-

staną jedynie strategią na szybkie schudnięcie, tak jak każda, prowadzona przez pacjentów wcześniej, dieta.

Jeżeli pacjent z jakiegoś powodu nie jest w stanie utrzymać regularnych, powtarzalnych zdrowych nawyków, to znaczy, że nie jest gotowy do operacji i potrzebuje wsparcia dietetyka i psychologa, żeby w tej drodze budowania nowych nawyków miał profesjonalne wsparcie.

Jak znaleźć dobrego psychologa, który pomoże przywrócić prawidłowe relacje z jedzeniem?

W leczeniu otyłości kluczowe są zespoły interdyscyplinarne, które opiekują się pacjentem leczonym z powodu otyłości. Jeżeli szukamy psychologa bariatrycznego, to szukajmy go przy ośrodkach bariatrycznych. Pamiętajmy też o tym, że psychologowie są wykształceni bardzo szeroko zarówno w obszarze zaburzeń odżywiania, jak i zaburzonych relacji z jedzeniem i pamiętajmy też o tym, że w gruncie rzeczy to w ogóle nie chodzi o jedzenie. Moi pacjenci bardzo często się dziwią, że już na drugim, trzecim spotkaniu my zupełnie odstawiamy na bok jedzenie i zajmujemy się tym, co jest o wiele ważniejsze, czyli tym, co tak naprawdę zajadamy – stres, brak umiejętności radzenia sobie z emocjami, trudne relacje, beznadziejnego szefa w pracy, ciągłe zamartwianie się, zaburzenia osobowości, zaburzenia lękowe, traumy, brak skuteczności, brak silnej woli i masę innych rzeczy. W terapii kluczowa jest relacja, więc jeżeli czujecie się bezpiecznie, czujecie się dobrze, nie czujecie się oceniani przez osobę, z którą współpracujecie, to będzie to dobra osoba, która będzie dla was wsparciem. I bardzo ważna rzecz – jeżeli macie jakiegokolwiek wątpliwości co do przebiegu terapii, rozmawiajcie o tym ze swoim terapeutą. Bywa również tak, że praca z psychologiem nie wystarczy – wtedy konieczna staje się psychoterapia i ja na początku pracy z pacjentem jasno o tym mówię.

Dlaczego tak trudno uwolnić się od słodyczy i jak to zrobić?

Słodycze, czyli cukier, tłuszcz i sól, bo z reguły w takim połączeniu one występują, szczególnie te słodycze, które są wysokoprzetworzone, czyli zawierają dodatkowo składniki wzmacniające smak, barwniki, aromaty, spulchniacze,

zagęstniki – to wszystko powoduje, że w naszym ukła-

dzie nagrody wydzielają się endorfiny. „Hormony szczęścia” wydzielają się pod wpływem każdego jedzenia, ale jednak tam, gdzie jest dużo cukru i tłuszczu, to odczucie przyjemności, błogości jest o wiele większe. Równocześnie dostarczamy sobie bardzo dużą ilość energii, a nasz mózg uwiel-

bia takie bogate dostawy, bo to oznacza, że dalecy jesteśmy od kłęski głodu. Naszemu mózgowi zawsze będzie zależało na tym, żebyśmy przeżyli, więc jeżeli byliśmy wielokrotnie na diecie w dużym deficycie kalorycznym, będzie chętniej wybierał produkty wysokokaloryczne, wysokoprzetworzone, które w małej objętości dostarczą nam dużo cukru i który będzie mógł zmagazynować w postaci tkanki tłuszczowej.

Jak sobie poradzić ze słodyczami? Znowu wrócę do fizjologii. Jeżeli będziemy głodni, będziemy mieli więcej zachcianek i nie będziemy przy zachciankach wybierać brokuła, łososia czy kurczaka, będziemy wybierać czekoladę, ciastko, drożdżówkę, chipsy, więc żeby poradzić sobie z zachciankami wprowadzamy regularne posiłki, picie wody, dbamy o jakość snu, bo musimy pamiętać o tym, że 7-8 godzin snu to jest to, czego nasz organizm potrzebuje każdego dnia. Badania potwierdzają, że deficyt snu, zła jakość snu, ale również praca zmianowa zwiększają ryzyko rozwoju nadwagi i otyłości, a w przypadku pacjentów bariatrycznych są czynnikiem ryzyka nawrotu masy ciała po operacji. Jeżeli jesteś niewyspani, mamy większą ochotę na słodkie.



Co to jest pasienie pszczoty i dlaczego jest tak ważne?

Pasienie pszczoty to moja metafora, tego jak funkcjonujemy w codziennym życiu i czego nam potrzeba. Nasz mózg jest zaprogramowany w taki sposób, żeby z codzienności wyłapywać wszystko to, co dla nas zagrażające i ma to swoje uzasadnienie ewolucyjne. Jeżeli nie zauważylibyśmy, że jedzie rozpędzony samochód, to zginęlibyśmy pod kołami, tysiące lat temu pożarłby nas tygrys albo niedźwiedź. W dzisiejszym świecie stresujących rzeczy jest mnóstwo, wystarczy otworzyć social media i tam już poziom kortyzolu nam bardzo szybko rośnie.



Pasienie pszczoty to jest wzbudzanie zdolności mózgu do wyłapywania dobrych rzeczy w naszym życiu, bo przecież one też są naszym codziennym doświadczeniem.

Chodzi o to, żebyśmy w sposób świadomy wyłapywali i zauważali dobre rzeczy, które dzieją się każdego dnia. Oczywiście nie mówię o wygranej w totolotka albo o awansie w pracy, czy o jakimś wielkim spadku, tylko o codziennych rzeczach, które my z reguły pomijamy i traktujemy jak coś oczywistego. Na przykład to, że moje dziecko się do mnie uśmiechnęło, że szef mnie pochwalił w pracy, że zobaczyłam piękny klomb kwiatów, że na kolejnych skrzyżowaniach miałam cały czas zielone światło. Zwróćcie uwagę, jak często w ogóle tego zielonego nie zauważamy, natomiast jak często mówimy o czerwonym świetle, przez które stoimy w korkach.

O co chodzi z „okej” czy „ojej” w układaniu relacji z jedzeniem?

W budowaniu nawyków żywieniowych, w zmianie jakichkolwiek naszych nawyków, kluczowe jest to, żebyśmy odpowiedzieli sobie na pytanie, czy to jest dla mnie ok, czy jak myślę o tym, to raczej mam „ojej” – to będzie trudne, ciężkie, nie mam siły.

Jeśli o zmianie nawyków myślimy „ojej” to znak, że właśnie wtedy potrzebujemy wsparcia. Potrzebujemy kogoś, kto nam pomoże tę trudną drogę zmiany nawyków, budowania dobrych nawyków przejść w sposób o wiele łatwiejszy i z większym zrozumieniem dla całego procesu. Pamiętajmy – nie musimy wszystkiego robić sami, a niestety bardzo często wydaje nam się, że to są tak proste zalecenia, że powinniśmy je po prostu wdrożyć. Gdyby to było proste, zrobilibyśmy to bez wahania.

Czy operacja bariatryczna sprawi, że zawsze będziemy jeść mało, zdrowo i już nie przytyjemy?

Cudownie byłoby, gdyby operacja bariatryczna albo farmakologiczne leczenie otyłości sprawiały, że choroba otyłościowa ustąpi i nigdy nie wróci. Niestety smutna prawda jest taka, że choroba otyłościowa jest chorobą przewlekłą, nieustępującą samoistnie i ma skłonność do nawrotów. To oznacza, że żadna metoda leczenia otyłości nie będzie skuteczna, jeżeli pacjent nie będzie w pełni zaangażowany w proces leczenia. W bariatrii mówi się, że w pierwszym roku po operacji, operacja „załatwia” 80% roboty, a pacjent angażuje się w 20%. I faktycznie w pierwszym roku po operacji pacjenci chudną najwięcej i ze względu na restrykcje i/lub wyłączenie części przewodu pokarmowego z pasażu. W kolejnych latach ta proporcja się odwraca i niestety operacja działa już tylko na 20%, natomiast pacjent powinien przejąć 80% zaangażowania.

Dlatego tak ważne jest przygotowanie do operacji bariatrycznej, żeby po pierwsze zbudować świadomość, że to właśnie tak będzie i że nie możemy liczyć na cud i na magiczną różdżkę, a po drugie, żeby pacjent miał czas zrozumieć to, co się z nim działo w momencie, w którym ta otyłość się rozwijała. Dzięki temu mamy szanse dopasować wszystkie „narzędzia”, które są mu potrzebne do tego, żeby przejąć te 80% odpowiedzialności za swoje szczupłe, zdrowe i sprawne życie w kolejnych latach po operacji bariatrycznej.

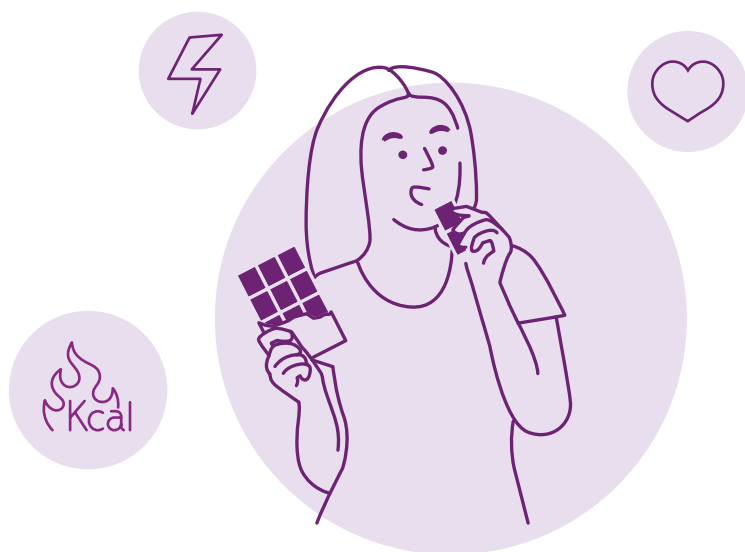
Dlaczego część pacjentów tyje po operacji bariatrycznej?

Ryzyko nawrotu wysokiej masy ciała kilka lat po operacji bariatrycznej wynosi nawet 40%. Najczęściej pacjenci wracają do starej masy ciała ze względów psychologicznych. Jeżeli pacjent nie przygotuje się do operacji, nie zrozumie tego, jakie procesy doprowadziły do rozwoju choroby i jaki był jego udział w rozwoju, niestety musi liczyć się z tym, że otyłość wróci. Stare nawyki same nie znikają, musimy przed operacją zbudować jak najwięcej nowych, dobrych, świadomie używanych przez pacjenta nawyków, żeby właśnie uniknąć nawrotu masy ciała. Zwłaszcza, że choroba rozwijała się latami w środowisku, którego pacjent nie zmieni po operacji. Rodzina, zachowania żywieniowe, „dokładki ciasta u babci”, weekendowe spotkania ze znajomymi przy suto zastawionych stołach, brak regularnego snu, picie słodkich napojów, zamiast wody, siedzący tryb życia pozostaną dokładnie takie, jakie były. To pacjent musi zmienić sposób funkcjonowania w tym środowisku, żeby utrzymać chorobę w remisji.

Dla kogo operacja nie będzie dobrym rozwiązaniem?

Operacja bariatryczna nie będzie dobrym rozwiązaniem dla pacjentów, którzy chorują na choroby psychiczne i nie są

leczeni. Przypominam, że jeśli pacjent choruje i pozostaje w leczeniu będzie mógł poddać się operacji.



Operacja bariatryczna nie będzie dobrym rozwiązaniem dla osób, które liczą na cud, na to, że operacja załatwi sprawę, że operacja zmniejszenia żołądka spowoduje, że już nigdy nie będą jeść nadmiernych ilości. Swoim pacjentom mówię, że w gruncie rzeczy życie po operacji bariatrycznej jest o wiele trudniejsze niż to życie bez operacji, dlatego, że małe porcje powodują, że organizm niewiele nam wybaczy, jeżeli będziemy jeść mało wartościowo. Byłoby jakieś jedzenie bardzo szybko odbije się na stanie odżywienia naszego organizmu, na naszych zasobach energetycznych. Brak sił, przewlekłe zmęczenie, niedobory pokarmowe otworzą drzwi dla starych nawyków. Jeżeli starym nawykiem na brak energii, zmęczenie, przepracowanie były słodczyce – z automatu będą po nie sięgać, bo taka przez lata była moja strategia radzenia sobie.

Otyłość, depresja, operacja, jakie są wzajemne relacje tej trójki?

Otyłość i depresja to są choroby towarzyszące. Trudno powiedzieć i trudno zdiagnozować, co było pierwsze, to znaczy, czy zaczęło się od otyłości i na tym polu rozwinęła się depresja, czy najpierw była depresja i jedną ze strategii poradzenia sobie z tym drastycznie obniżonym nastrojem było regulowanie się jedzeniem. Osoby chorujące na depresję potrzebują przed operacją bariatryczną rozpocząć leczenie farmakologiczne i psychoterapeutyczne i muszą pozostać w stałym kontakcie ze swoim lekarzem psychiatrą ze względu na to, że po operacji bariatrycznej może zmienić się wchłanianie leku. Pacjenci muszą być bardzo wyczuleni na swój stan psychiczny i emocjonalny i muszą bardzo szybko zauważać zmiany w nastroju, i to jak długo się one utrzymują. Zdarza się, że jest konieczne zwiększanie albo zmniejszanie dawek leków albo zmiana sposobu leczenia.

Co zrobić, jeśli pomimo operacji waga wraca? Gdzie szukać pomocy?

Jeżeli zauważamy, że masa ciała zaczyna rosnąć w pierwszej kolejności udajemy się do lekarza i dietetyka bariatrycznego, z którym pracowaliśmy w trakcie przygotowania do operacji i po niej. Niezbędne będzie sprawdzenie stanu odżywienia organizmu – czyli badanie krwi, które wskaże czy witaminy i składniki mineralne są na właściwym poziomie. Pacjenci bariatryczni szczególnie narażeni są na niedobór witaminy B12, D, kwasu foliowego, żelaza i wapnia. Niedobory pokarmowe to nie tylko wypadanie włosów, ale również nieprawidłowe funkcjonowanie układu nerwowego, które pacjenci mogą rozpoznawać jako osłabienie motywacji, brak chęci i energii do wybierania nowych nawyków, „słaba silna wola”, ospałość, przewlekłe zmęczenie.

Musimy liczyć się z tym, że prędzej czy później odezwią się stare nawyki. Być może znowu przestaniemy pić wodę, znowu przestaniemy pilnować regularnych posiłków, może zapomnimy o właściwym komponowaniu posiłków, więc im szybciej wybierzemy się do diety bariatrycznej, tym lepiej. Razem z nim sprawdzamy to, co łąduje na talerzu i to co „wpada” między posiłkami. Powracające stare wzorce żywieniowe, czyli np. nieregularne posiłki będą prowadziły do głodu, braku energii, a w rezultacie do podjadania między posiłkami. Często znowu będziemy sięgać po słodkie, słone, tłuste produkty.

Jeżeli wracają stare nawyki, to znaczy, że potrzebujemy znowu wrócić do równowagi i znowu popracować nad tym co się dzieje z nowymi nawykami, dlaczego one ustępują tym starym. I tu konieczna będzie pomoc psychologa. Może być tak, że w naszym życiu na danym etapie dzieje się coś bardzo trudnego, a wtedy kiedy dzieje się bardzo trudne, kiedy ilość stresu przekracza nasze możliwości radzenia sobie, wtedy niestety otwierają się drzwi dla starych nawyków, bo one są zautomatyzowane i nie wymagają od nas żadnego zaangażowania. Są dużo łatwiejsze niż nowe, zwłaszcza wtedy, kiedy coś zachwieje naszą równowagę.

Jakie mogą być przyczyny otyłości u dzieci?

Otyłość u dzieci to dość skomplikowana sprawa i również rozpatrujemy ją na różnych płaszczyznach – genetyczna, hormonalna, środowiskowa, psychologiczna. Musimy natomiast pamiętać, że to co w największym stopniu będzie wpływało na nadwagę i otyłość u naszych dzieci, to nawyki żywieniowe, które są normalnością w całej rodzinie. Chodzi głównie o nawyki związane ze stylem życia – sposób odżywiania, to, co pijemy na co dzień, relacja z aktywnością fizyczną, to jak spędzamy wolny czas, ile śpimy, to co przynosimy sobie w prezencie (słodycze czy puzzle), to w jaki

sposób celebруемy przyjemne rzeczy i to w jaki sposób zajmujemy się emocjami dziecka, kiedy je przeżywa.

Dzieci przejmują sposób funkcjonowania rodziców w sposób automatyczny i bezrefleksyjny. Jeżeli rodzice jedzą nieprawidłowo, nie mogą oczekiwać od dzieci, że one będą jadły inaczej. Dzieci uczą się przez modelowanie, więc szczególnie w dzieciństwie będą patrzeć na rodziców czy opiekunów jak w obrazek i będą powtarzać zachowania. Dlatego ciężko się dziwić, że dzieci nie jedzą warzyw, jeżeli na stole tych warzyw nie ma, albo jeśli są, to tylko dla nich, bo np. tato mówi, że sałata jest dla królików i jej nie je. Ciężko się również dziwić, że dziecko nie pije wody, jeżeli słyszy od rodzica, że wodę piją wielbłądy. Zachowania dorosłych będą kształtowały zachowania dzieci. Sposób spędzania czasu – na kanapie, czy na rowerze, czy grając w piłkę – również będzie znacząco wpływał na to, jaka zbuduje się relacja z ruchem u naszych dzieciaków.

Jak rodzice mogą wspierać dzieci z otyłością?

Żeby pomóc dziecku, które ma nadwagę albo choruje na otyłość potrzebujemy zadziałać systemowo, czyli potrzebujemy zaangażować się wszyscy, całą rodziną. Potrzebujemy wszyscy razem zmienić nawyki żywieniowe, bo jeżeli „skażemy” dziecko na wizyty u dietetyka, na jedzenie sałaty, a sami równocześnie będziemy jeść chipsy przed telewizorem, to nic dobrego z tego nie wyniknie.

Zadbanie o rodzinne dobre nawyki pomogą zarówno dziecku, jak i reszcie rodziny, nawet jeśli to tylko dziecko zмага się z nadmierną masą ciała. Aktywne spędzanie czasu razem, smaczne, kolorowe, zbilansowane posiłki, równowaga w relacjach z jedzeniem, czyli jedzenie wartościowe i zbilansowane, gdzie znajdzie się miejsce również na słodkie dania,



Dzieci przejmują sposób funkcjonowania rodziców.

np. wspólne pieczenie drożdżówek raz w tygodniu. Celebrowanie wspólnego czasu, wspólnych posiłków, relacji.

Z pewnością przyda się praca z emocjami i radzeniem sobie ze stresem znowu – systemowo. Jeżeli u dorosłego, u mamy czy taty jedzenie pełni funkcję regulacyjną, czyli, kiedy jedzenie pojawia się, kiedy rodzice są smutni, kiedy się denerwują – dziecko będzie przejmowało te same wzorce, zwłaszcza, że prawdopodobnie nie rozmawiamy z dziećmi o emocjach.

Kolejny ważny temat – prezenty. Warto jasno ustalić zasadę z naszymi bliskimi: babciami, dziadkami, ciociami, znajomymi, żeby nie przynosili dzieciom słodyczy, a zamiast tego np. puzzle, układanki, kolorowanki, piłkę do tenisa, żebyśmy mogli się pobawić, żebyśmy mogli zrobić coś razem i żeby

prezent i obecność bliskich wiązała się z czymś więcej niż tylko reklamówką słodczy.

Na czym polega praca z psychologiem odchudzania?

Na początek sprostowanie – nie ma takiej specjalizacji jak psychologia odchudzania. Ten obszar, który niekonięcznie dotyczy zaburzeń odżywiania, a raczej zaburzonych wzorców odżywiania oraz błędnego koła odchudzania jest niezwykle potrzebny i stale eksplorowany. Zrozumienie tego, co się dzieje wtedy, kiedy się odchudzamy, zarówno z perspektywy stricte psychologicznej jak i z tego, co się dzieje na połączeniu psychologii i odżywiania jest kluczowa do tego, żebyśmy mogli prawidłowo z pacjentem pracować.

W moim gabinecie zajmujemy się po pierwsze przywracaniem równowagi w obszarze fizjologii, czyli porzuceniem diet na rzecz racjonalnego odżywiania. Zajmujemy się tym, jak śpimy, ile śpimy i w jakich godzinach. Zajmujemy się ruchem i wcale nie mam na myśli siłowni tylko ruch spontaniczny, wykonywany w ciągu dnia, czyli na przykład chodzeniem. Zajmujemy się nawodnieniem, bo jeżeli pijemy za mało w ciągu dnia to nasz umysł nie będzie w stanie efektywnie pracować i będzie szukał szybkiej energii. Zajmujemy się odpoczywaniem, bo nie umiemy odpoczywać.

Dzisiejszy styl życia – szybkie tempo, wysoki poziom stresu, brak snu, jedzenie, o które czasem dbamy a czasem w ogóle nie, kawa i napoje energetyczne zamiast wody – w takim stanie nie mamy szans na wprowadzenie żadnych zmian. Potrzebujemy zacząć od tego, co fizjologicznie nam jest najbardziej potrzebne i co jest najważniejsze.

Dopiero, kiedy przywrócimy podstawową równowagę fizjologiczną przechodzimy do tego, co się dzieje na poziomie emocji

i stresu. Budujemy odpowiednie, adekwatne i adaptacyjne strategie radzenia sobie z tym, co w naszym życiu trudne. Uczymy się rozpoznawać, nazywać i wyrażać emocje.

W jakie pułapki najczęściej wpadają osoby z otyłością?

Osoby chorujące na otyłość to osoby, które wielokrotnie były na diecie, mają bardzo bogatą historię dietetyczną, a to niestety oznacza, że mają również bardzo bogatą historię porażek. Każda kolejna dieta kończąca się nawrotem masy ciała, czyli popularnym jojo znacząco wpływa na stan psychiczny. Obniżone poczucie sprawczości i własnej wartości, poczucie winy i klęski, brak wiary w siebie prowadzą do stanu, w którym rozwinię się nadzieja, że kiedyś wreszcie znajdzie się jakieś magiczne rozwiązanie, które rozwiąże problem.



Mam poczucie, że to chyba jest największa pułapka, w którą wpadają pacjenci leczeni z powodu otyłości. Zmniejszony żołądek, zmiany w przewodzie pokarmowym albo farmakoterapia mają załatwić temat.

Pacjent, który pozostanie z tymi nierealnymi oczekiwaniami ryzykuje, że poniesie kolejną porażkę, a nawrót masy ciała po takich interwencjach może prowadzić do załamania i utraty nadziei na zdrowie i sprawność.

Pacjenci bardzo często mówią, ale ja już próbowałam każdej diety, ja już zrobiłam totalnie wszystko, operacja bariatryczna to jest ostatnia deska ratunku.

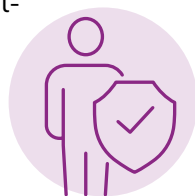
Ja wtedy odpowiadam: To nie do końca prawda, że próbowałam wszystkiego, bo nie próbowałam równocześnie pracować z dietetykiem, który rozpisze ci sensowny plan żywieniowy,

zamiast restrykcyjnej diety i z psychologiem nad tym, dlaczego nowe nawyki, twoje życie i codzienność jest taka trudna. Dlaczego nie masz czasu zjeść regularnych posiłków i dlaczego woda ci „nie wchodzi”. Dlaczego zarywasz noce i nawet na pierwsze piętro wjeżdżasz windą.

Włączając w proces redukcji masy ciała sensownego dietetyka i psychologa, czy z pomocą operacji bariatrycznej, czy z pomocą farmakoterapii czy samodzielnie, będziesz miał większą szansę na sukces.

Z jakimi marzeniami, a wręcz mrzonkami należy się rozstać, chcąc zachować zdrowie i odpowiednią masę ciała?

Bardzo często liczymy na to, że jak schudniemy, to będziemy szczęśliwi, zmienimy pracę, wszystko się zmieni, zyskamy pewność siebie. Oczywiście część z tych rzeczy się zmienia, natomiast musimy pamiętać o tym, że nierealne oczekiwania to jest gwarancja nawrotu masy ciała. Jeśli wiążemy ze szczupłością (a to nam robi dzisiejszy świat pokazując, że tylko szczupłe ciało daje szczęśliwe życie), zmiany w tych obszarach życia, za które szczupłość w ogóle nie odpowiada, musimy liczyć się z rozczarowaniem.



Jeżeli liczę na to, że zmienię pracę, jak zeschupleję albo, że mój mąż będzie mnie bardziej kochał, albo że ja w ogóle będę szczęśliwsza, musimy sobie odpowiedzieć na pytanie, co za każdym poprzednim razem nie działało, bo przecież każda osoba, która przygotowuje się do operacji bariatrycznej była już kiedyś na diecie, więc była przynajmniej szczuplejsza, jeżeli nie szczupła. Co w takim razie tam nie zadziało? Które moje marzenie, która moja nadzieja nie została spełniona razem z tym, jak moje ciało stawało się mniejsze.

Druga rzecz to jest pożegnanie się z dziecięcym myśleniem, że szczupłość, zdrowie, szczęście, sprawność zrobią się bezwysiłkowo. Musimy po dorostemu, dojrzałe wziąć odpowiedzialność za to, że to w naszych rękach jest to, co będzie się działo z naszym ciałem, w naszych rękach jest podjęcie decyzji o pracy z psychologiem, o psychoterapii, być może o zmianie pracy, o pożegnaniu się z ludźmi, którzy nas wykorzystują. I to jest również część pracy, która dzieje się w gabinecie psychologa przed operacją. Urealnianie oczekiwań i branie odpowiedzialności za siebie.

Czym różni się jedzenie z przyjemnością od jedzenia dla przyjemności?

„Nie mam czasu”, to jest wymówka dzisiejszych czasów. Nie mamy czasu jeść, nie mamy czasu zrobić zakupów, nie mamy czasu spać, nie mamy czasu iść na spacer i nie mamy czasu odpoczywać. Niestety tak też jemy – w pośpiechu, stojąc w drzwiach lodówki albo przy blacie w kuchni, nie siadamy, nie gryziemy, nie przeżuujemy, nie zauważamy smaków, sytości, przyjemności.

Jemy DLA przyjemności wtedy, kiedy poprawiamy sobie nastrój jedzeniem, kiedy w jedzeniu szukamy ukojenia. To jest ten sposób jedzenia i ten rodzaj jedzenia, który ma nam wyprodukować przyjemność. Często szybko, w drodze, w ukryciu, byle dużo, słodko, odczuwając wszechogarniający przymus jedzenia.

Jedzenie Z przyjemnością jest wtedy, kiedy się delektujemy, kiedy świadomie smakujemy, gryziemy, siedzimy przy stole, używamy sztućców, kiedy jemy spokojnie, dając sobie czas na posiłek i celebując go. Delektujemy się do tego momentu, w którym czujemy przyjemną sytość i przestajemy jeść wtedy, kiedy czujemy: ojej, jakie to było pyszne.

Kiedy jemy dla przyjemności, czyli kiedy jemy po to, żeby wyprodukować sobie przyjemność albo znieczulić ból – bardzo często się przejadamy, bo jemy o wiele za szybko, nie gryziemy prawidłowo, przetykamy, napychamy się i to jest ten sposób jedzenia, które kończy się wtedy, kiedy przyjemności w ogóle nie ma. Za to często wtedy pojawia się taka myśl: o matko, ale się objadłam... i musimy rozpiąć spodnie, bo tak bardzo nas gniotą.

Czy pacjenci po operacji mogą jeść z przyjemnością wszystko? Czy są tu jakieś pułapki?

Każdy organizm jest inny, organizm pacjenta bariatrycznego przeszedł bardzo wiele, bo nie dość, że przeszedł wiele kolejnych diet, to jeszcze doświadczył znaczącej i często szybkiej redukcji masy ciała przy udziale operacji bariatrycznej. Kolejny etap to konieczność zabezpieczenia organizmu przed nawrotem masy ciała. Co to znaczy? To znaczy, że potrzebujemy nauczyć się jeść z przyjemnością, jeść w odpowiedzi na sygnał głodu i kończyć w odpowiedzi na sygnał sytości. Oczywiście są pacjenci, którzy sygnału głodu po operacji nie czują, wtedy posiłkujemy się zegarkiem, wielkością porcji, tym co czujemy, kiedy żołądek się napętnia.

Pacjenci bariatryczni już przed operacją powinni uczyć się delektować jedzeniem, jeść z przyjemnością, czerpać przyjemność ze smaków, z tekstur. Powinni uczyć się gryźć, przeżuwać, spowalniać proces jedzenia, tak żeby faktycznie zyskiwać satysfakcję z jedzenia, bo ona również jest bardzo ważnym elementem dobrej relacji z jedzeniem.

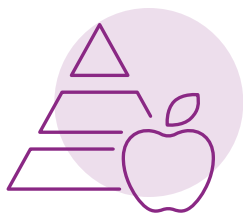
Czy mogą jeść wszystko? Dobre pytanie. Wszystko to, co jest odżywcze, wartościowe, jakościowe – zgodne z tabletem żywienia pacjentów bariatrycznych. Nadzieja na jedze-

nie wszystkiego tak jak kiedyś, tylko w mniejszych ilościach to najkrótsza droga do nawrotu masy ciała.

Czy nieważne co jem, byle z przyjemnością? Mało, ale z przyjemnością po operacji bariatrycznej?

W związku z tym, że kultura diet podzieliła jedzenie na dobre i złe, aktualnie świat psychodietetyczny próbuje to odkręcić. Nie ma jedzenia dobrego i złego, jest jedzenie bardziej odżywcze czyli takie, które lepiej mnie karmi, lepiej mnie odżywia i daje mi więcej energii i takie, które robi to w o wiele mniejszym stopniu, nie robi tego wcale albo wręcz mi szkodzi.

Po operacji bariatrycznej nie chodzi o to, żeby jeść mało czegokolwiek, tylko żeby jeść z głową, żeby jeść świadomie i dobrze się odżywiać. Przy małych porcjach, które pacjent bariatryczny zjada, szczególnie istotna jest odżywczość, więc jeżeli pacjenci liczą na to, że będą mogli jeść dokładnie to samo co przed operacją, ale w małych ilościach, no to niestety przypominam o konieczności zmiany stylu życia, w którym prym wiedzcie odżywianie.



Jeżeli będziemy się odżywiać słabo jakościowo, to organizm znowu będzie robił wszystko, żeby doładowywać się energią, a więc znów pojawią się zachcianki.

Jeżeli będziemy odżywiać się słabo jakościowo, pojawią się niedobory, które znowu będą sprawiały, że stare nawyki będą się panoszyć, a my będziemy podejmować coraz gorsze wybory żywieniowe, nie dlatego, że jesteśmy bez nadziejni i że sobie nie radzimy, tylko dlatego, że nie będziemy mieli siły wrócić do tego, co ważne.

I znów z pełną odpowiedzialnością i po dorostemu, trzeba się pogodzić z tym, że z pewnych rzeczy będzie trzeba zrezygnować. Nie dlatego, że są zakazane albo że ich nie wolno. Jesteśmy dorośli – możemy wszystko, nikt nam nie może niczego zakazać. Możemy też podejmować świadome decyzje i brać odpowiedzialność za swoje działania. Jeżeli wybieram, żeby jeść codziennie drożdżówki, pączki i ptysie, to biorę na siebie konsekwencje takiego sposobu odżywiania się. Ale jeżeli jem pączka w tłusty czwartek, a w urodziny zjadam kawałek tortu, a poza tym odżywiam się zgodnie z zaleceniami diety bariatrycznej, to to jest właśnie to, czym jest dobra relacja z jedzeniem.

Jakie są podstawowe zasady życia w dobrych relacjach z jedzeniem?

Dobre relacje z jedzeniem to przede wszystkim jedzenie regularne, wartościowe i odżywcze, tak żeby zapewnić naszemu organizmowi to, czego on fizjologicznie najbardziej potrzebuje. Regularne posiłki, odpowiednio zbilansowane u pacjentów przed operacją bariatryczną są zgodne z talerzem żywienia zdrowego człowieka, u pacjentów po operacjach bariatrycznych zgodne z talerzem bariatrycznym. Do tego umiejętność pracy z własnymi emocjami, rozumienie emocji, nazywanie emocji, zauważanie tych mechanizmów, które powodują, że mam ochotę coś zjeść.

Uważność i sprawdzanie co się ze mną dzieje, kiedy przychodzi zachcianka. Czy to jest głód fizjologiczny, czyli ten, który „idzie” z brzucha, ten, który wynika z tego, że ostatni posiłek jadłam 3-4-5 godzin temu? On oznacza, że jestem po prostu głodna i tu nie muszę zjadać batonika ani drożdżówki, tylko powinnam zjeść sensowny posiłek.



Głód emocjonalny z kolei może pojawić się krótko po posiłku, bo na przykład zjadłam śniadanie godzinę temu, a teraz krążę po kuchni i zastanawiam się, co by tutaj chrupać. Jeżeli tak jest – to prawdopodobnie jest to głód emocjonalny. Więc jak nazwa wskazuje potrzebuję się zająć emocjami, czyli sprawdzić co mi jest, co czuję, co mnie gniewa, co mi przeszkadza, co spowodowało, że czuje dyskomfort.

I to jest zaledwie jeden aspekt dobrych relacji z jedzeniem, do nich musimy dodożyć kolejne potrzeby fizjologiczne naszego organizmu, które jeżeli nie zostaną zaspokojone, to w ich miejsce pojawią się zachcianki. Czyli warto zadbać o: nawodnienie, sen, aktywność fizyczną (mam na myśli głównie chodzenie) i odpoczynek.

Co to jest prawdziwe jedzenie i dlaczego jest lepsze od produktów dedykowanych osobom dbającym o linię typu produkty high protein?

Prawdziwe jedzenie to są produkty nieprzetworzone albo mało przetworzone. Prawdziwe jedzenie to jest to jedzenie, które po prostu jemy na talerzu, które musimy pokroić, które musimy wcześniej przygotować, ugotować, upiec, zamarynować, ukusić. To jest to jedzenie, które w składzie ma bardzo niewiele składników i na dodatek to jest to jedzenie, które rozumiemy, czytając skład.

Natomiast wysokoprzetworzone jedzenie, w opozycji do prawdziwego jedzenia, to jest jedzenie zmodyfikowane i wyprodukowane przez koncerny spożywcze. Jest łatwe do pogryzienia, nie trzeba go gotować, wystarczy odwinąć z papierka, z folii i zjeść.

Jak rozpoznać wysokoprzetworzone jedzenie? Wystarczy sprawdzić skład, im skład dłuższy, tym bardziej to jedze-

nie jest przetworzone i jeżeli w składzie takiego produktu znajdują się słowa, których znaczenie musisz sprawdzić w google i substancje, których nie da się kupić osobno, to znaczy, że to jest jedzenie wysokoprzetworzone. Aktualnie badania wskazują, że właśnie ten rodzaj „żywności” w największym stopniu odpowiada za to, że się przejadamy. Jego wysoka smakowitość powoduje, że chcemy go więcej i więcej. Dlatego powinniśmy minimalizować jego ilość w codziennym jadłospisie.

Wszystkie produkty, które teraz są tak mocno popularne, czyli high protein, low carb, 7 witamin to po prostu marketingowe chwytły. Wystarczy sprawdzić skład – jeżeli to jest high protein serek wiejski – super, jeżeli to jest high protein skyr czy kefir – świetnie, ale jeżeli to jest pudding, który w składzie ma karagen i inne dodatki, których nazw nie rozumiecie, to znaczy że to nie jest prawdziwe jedzenie i to jest produkt, po którym prawdopodobnie będziecie bardzo szybko głodni, i po którym będziecie mieć większą ochotę na słodycze.

Czy przemysł spożywczy ułatwia nam odchudzanie?

Przemysł spożywczy aktualnie próbuje zrobić wszystko, żebyśmy uzależnili się od wysokoprzetworzonej „żywności”.

Systemowo nie ma regulacji odnośnie dopuszczania produktów wysokoprzetworzonych do sprzedaży, więc musimy „doktoryzować się” z tego, co stoi na półkach w sklepie.

Jeżeli chcemy jeść dobrze, świadomie i zgodnie z tym, czego potrzebuje nasz organizm, zmuszeni jesteśmy czytać składy, pomimo tego, że na opakowaniach wszystko wydaje się zdrowe albo prozdrowotne. Niestety nie taka jest intencja producentów żywności wysoko przetworzo-

nej, więc pamiętajmy – wracamy do prawdziwego jedzenia, wracamy do twarogu, który ma dużo białka, a niekoniecznie do puddingu o smaku 7000 cudownych wysp, który mamy nas przede wszystkim słodczyć. Zwróćmy uwagę też na to, że wszystkie produkty, które będą miały w składzie cukier, syrop glukozowo-fruktozowy albo słodziki, to są te produkty, na których biznesowi spożywczeemu zależy, żebyśmy ich jedli więcej i więcej, i niestety, im więcej jemy wysokoprzetworzonych rzeczy, tym mniej czujemy smaki prawdziwego jedzenia. Wzmacniacze smaku i aromaty wpływają na nasze kubki smakowe i odczuwanie smaków zwykłego, niepodkręconego sztucznie jedzenia już nie jest dla nas takie atrakcyjne.

Budujmy świadomość, uważność, nie dajmy się nabijać w butelkę i równocześnie sprawdzajmy, jak się czujemy po zjedzeniu kanapki, jajecznicy, pomidora, a jak po zjedzeniu drożdżówki ze sklepu z płazem w logo albo jak się czujemy po zjedzeniu puddingu proteinowego, który teoretycznie ma być zdrowy, a za godzinę już mamy ochotę znów coś zjeść.

Czy trend body positive jest pomocny dla osób z otyłością?

Body positivity jest trudnym tematem. Jego idea powstania była szczytna, bo miała walczyć o równość wszystkich ciał i nie mówimy tu tylko o ciałach grubych albo chudych, o otyłych i szczupłych, mówimy w ogóle o ciałach, również o osobach z niepełnosprawnościami. Natomiast to, co się teraz dzieje w kontekście body positive we mnie budzi bardzo mieszane uczucia, bo z jednej strony tak zdecydowanie potrzebujemy społecznie zaakceptować to, że otyłość jest chorobą i krótko mówiąc potrzebujemy odzepić się od ludzi, którzy chorują na otyłość i pozwolić im się leczyć. A z drugiej strony potrzebujemy w ramach body positive również edukować o tym, że otyłość jest chorobą i wiąże

się z wieloma innymi chorobami towarzyszącymi. Powikłań otyłości jest ponad 200, więc udawanie, że ich nie ma i udawanie, że nadmierna masa ciała i ciągły przyrost masy ciała nie jest zagrażający dla zdrowia jest wielkim przekłamaniem, z którym ja się totalnie nie zgadzam.

Czy słowo „gruby” to złe słowo?

Do słowa „gruby” zostało dopiętych wiele negatywnych rzeczy, natomiast ja bardzo mocno oręduję i uczę moich pacjentów, i o tym też rozmawiamy w trakcie naszych konsultacji, że „gruby” oznacza tylko i wyłącznie wielkość ciała. Gruby, tak samo jak chudy, wysoki, niski, tysi, rudy po prostu określają wygląd. Grubość urosła do rangi olbrzymiego problemu dlatego, że dopięto do niego lenistwo, brak silnej woli, brak skuteczności, zaniedbanie, niechlujstwo, co ma się nijak do tego jak funkcjonują osoby grube i jak funkcjonują osoby chude, szczupłe. Zarówno gruba osoba może być niechlujna, jak i szczupła osoba może być niechlujna. Wysoka może być leniwa i ruda może być leniwa.



W pracy psychologicznej z pacjentami chorującymi na otyłość bardzo mocno również konfrontujemy się z tymi etykietami, które zostały doklejone do wielkości ciała. Odkrywamy też, że być może jestem mało skuteczna w obszarze redukcji masy ciała, ale jestem niebywale skuteczna we wszystkich innych obszarach życia: w pracy, w realizowaniu swoich pasji, osiągam olbrzymie sukcesy na różnych innych polach życia. Odklejanie od grubości tego negatywnego ładunku jest niezwykle ważne, bo pozwala dostrzec coś więcej niż tylko ciało i przestać siebie definiować tylko w jego kontekście i przez jego pryzmat.

Czy leki i operacja to sposób na otyłość?

Leczenie chirurgiczne jest jedną z najskuteczniejszych metod leczenia choroby otyłościowej. Aktualnie mamy dostępną również farmakoterapię i ona również wykazuje się dość dużą skutecznością. Pamiętać jednak musimy o tym, że choroba otyłościowa jest chorobą przewlekłą, nawracającą, a to oznacza, że żadne leczenie nie będzie w 100% skuteczne i że w gruncie rzeczy żaden pacjent z otyłości nie zostanie wyleczony. Operacje bariatryczne i farmakologia pozwalają pacjentowi utrzymać chorobę w remisji, redukując masę ciała czy wspomagając redukcję masy ciała, tak żeby przedłużyć życie pacjenta i żeby choroby towarzyszące albo się wycofały albo nigdy się nie rozwinęły.

Czy te metody to sposób na otyłość? Nie, to są narzędzia, które mogą w rękach pacjenta stać się skuteczną metodą na to, żeby utrzymać chorobę w remisji.

Kiedy myślę o skutecznej metodzie leczenia otyłości, to myślę, że tą metodą jest pacjent, tym najważniejszym narzędziem utrzymywania choroby otyłościowej w remisji jest pacjent. Jego zaangażowanie w proces leczenia, jego zaangażowanie w szukanie wsparcia w zmianie nawyków i w reagowaniu odpowiednio szybko, kiedy choroba nawraca.

Apeluję do pacjentów: jeżeli czujecie, że po operacji bariatrycznej, czy w trakcie leczenia farmakologicznego coś wymyka się spod kontroli, nie umiecie sobie poradzić z prawidłowym jedzeniem, znowu zajadacie stres, nie czekajcie aż kilogramy wrócą, reagujcie od razu, szukajcie wsparcia, wróćcie do psychologa i dietetyka, u których byliście kwalifikując się do zabiegu lub szukajcie innych. Nie musicie być sami. Jeżeli dzieje się coś niepokojącego,

potrzebujecie kogoś, kto poda Wam rękę i kto przeprowadzi Was przez ten trudny proces.

Czy praca nad relacjami z jedzeniem i mierzenie się z otyłością kiedykolwiek się kończą? Czy jest to proces na całe życie?

Cały czas żyjemy nadzieją, że kiedyś wreszcie wszystko się ułoży i będzie łatwiej. Niestety, życie będzie zawsze dokładnie takie jakie jest, czyli i fajne i do bani, wesołe i smutne, będzie mnóstwo wyzwań i będzie trochę więcej spokoju, i będzie się tak działo w każdym obszarze. Liczenie na to i czekanie na to, że kiedyś będzie łatwiej i kiedyś wreszcie się to skończy jest proszeniem się o porażkę.

Musimy pogodzić się z tym, zaakceptować to i być w pełni świadomymi, że jakakolwiek praca nad zmianą życia w różnych obszarach, nie tylko w leczeniu otyłości wymaga od nas ciągłego zaangażowania przede wszystkim, dlatego że nasze stare nawyki, nasze stare strategie, które pielęgowaliśmy przez całe życie, są o wiele silniej zakorzenione w nas niż nowe.

**Stare strategie nie znikną.
Ale nowe możemy wybierać w świadomy
sposób i używać ich każdego dnia.**

To wymaga zaangażowania i uważności.



Prof. dr hab. n. med. **Piotr Major**

chirurg, bariatra

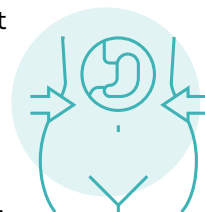
Operacje
bariatryczne
to jeden
z najbezpie-
czniejszych
działów
chirurgii

Dla jakich pacjentów operacja bariatryczna jest najlepszym rozwiązaniem?

Operacje bariatryczne i metaboliczne są doskonałym rozwiązaniem dla pacjentów chorujących na otyłość, zwłaszcza tych, którzy osiągnęli otyłość najcięższego, trzeciego stopnia. Są to pacjenci, u których wskaźnik masy ciała BMI przekracza 40, bądź pacjenci z nieco niższym wskaźnikiem masy ciała, pomiędzy 35 a 40 BMI, u których rozwinęły się już typowe dla otyłości powikłania, np.: cukrzyca typu drugiego, nadciśnienie tętnicze lub obturacyjny bezdech senny.

Jakie są korzyści operacji bariatrycznej i jakich efektów można się spodziewać po operacji?

Głównym efektem zabiegów bariatrycznych i metabolicznych jest redukcja masy ciała. Nie jest to jednak główny cel. Naszym głównym celem jest poprawa zdrowia naszych pacjentów, remisja chorób towarzyszących, takich jak cukrzyca, nadciśnienie, wysoki cholesterol czy obturacyjny bezdech senny, a to wszystko przekłada się na istotne wydłużenie życia i poprawę jego jakości.



Jakie kryteria należy spełnić, by zakwalifikować się do operacji?

Kwalifikacja do operacji bariatrycznych i metabolicznych realizowanych w ramach świadczeń finansowanych przez NFZ odbywa się głównie w oparciu o wskaźnik masy ciała BMI. Jeżeli BMI przekroczyło 40, należy u chorego zaproponować leczenie chirurgiczne. Również w sytuacji, kiedy mamy niższe BMI, między 35 a 40, ale u chorego występują już typowe powikłania otyłości, takie jak cukrzyca, nadci-

śnienie, wysoki cholesterol, obturacyjny bezdech senny, należy takiego chorego pokierować do leczenia chirurgicznego. Aktualnie na świecie wskazania do zabiegów bariatrycznych zostały obniżone, ale NFZ nie uwzględnia tego jeszcze w swoich zasadach finansowania.

Dla kogo operacja nie jest wskazana? W jakich sytuacjach pacjent nie jest dopuszczony do operacji?

Operacji bariatrycznych nie zaleca się u kobiet w ciąży, u pacjentów chorujących na przewlekłe, wyniszczające choroby, które jednoznacznie skracają życie, oraz u pacjentów niewspółpracujących, którzy nie podjęli jeszcze decyzji, aby poddać się zabiegowi bariatrycznemu.

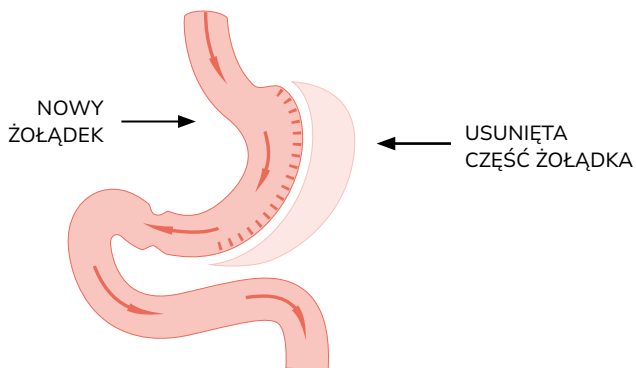
Czy jest dolna lub górna granica wieku dopuszczenia do operacji bariatrycznej?

Największe korzyści z leczenia bariatrycznego odnoszą pacjenci między osiemnastym a sześćdziesiątym piątym rokiem życia i takie granice wieku znajdują się w oficjalnych polskich rekomendacjach. Wiemy jednak, że zabiegi bariatryczne można realizować zarówno u osób młodszych, jak i u osób starszych. W przypadku dzieci i młodzieży kwalifikacja jest dużo bardziej restrykcyjna i zajmują się tym ośrodki leczenia dla dzieci i młodzieży. W przypadku osób po sześćdziesiątym piątym roku życia, uważa się, że rozwiązaniem optymalnym jest indywidualne podejście do danego pacjenta, które może pozwolić na leczenie bariatryczne osób starszych. Należy jednak pamiętać, że wyniki leczenia osób starszych są nieco gorsze, a ryzyko związane z leczeniem wyższe niż w przypadku osób młodych.

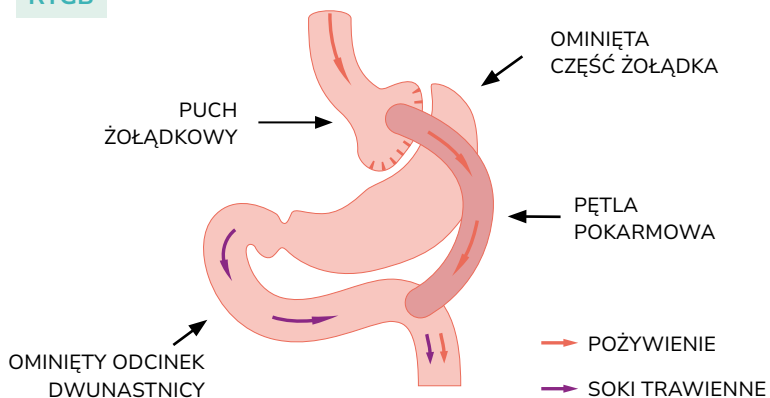
Jakie są rodzaje operacji?

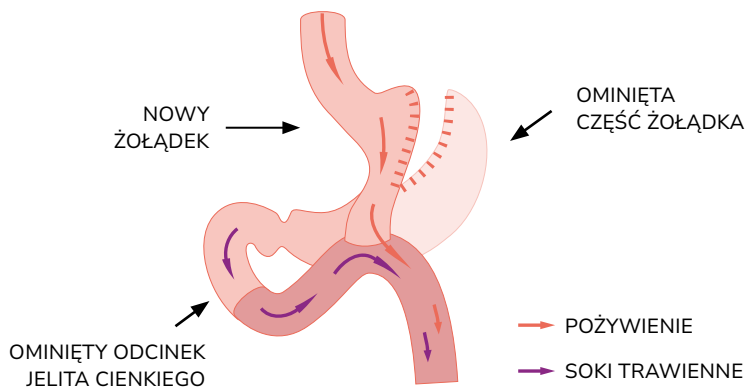
Aktualnie chirurgia bariatryczna i metaboliczna oferuje szereg różnych rozwiązań. Mamy zarówno operacje polegające na zmniejszeniu objętości żołądka jak rękawowa resekcja żołądka, jak i operacje polegające na wyłączeniu części przewodu pokarmowego z prawidłowego funkcjonowania, jak na przykład operacja wyłączenia żołądkowo-jelitowego, potocznie zwana gastric bypass.

GS



RYGB





Jak dobiera się rodzaj operacji do pacjenta?

Każdorazowo o typie operacji decyduje lekarz wspólnie z pacjentem i zespołem bariatrycznym. Należy pamiętać, że decyzja o tym, jaką procedurę wybierzemy u danego pacjenta, musi być podejmowana indywidualnie w zależności od potrzeb danego chorego. Dobór odpowiedniej metody leczenia do potrzeb danego pacjenta jest niezbędny do uzyskania optymalnych wyników leczenia.

Co to jest grelina i jaka jest jej funkcja?

Grelina jest hormonem, który każe nam jeść. Grelina produkowana jest przede wszystkim w tej części żołądka, którą w trakcie rękawowej resekcji żołądka, chirurg usuwa. Efekt zmniejszenia łaknienia, wynikający z obniżenia poziomu greliny we krwi po zabiegu operacyjnym, nie jest jednak trwały. Po pewnym czasie inne odcinki przewodu pokarmowego zwiększają wydzielanie greliny. Dlatego tak ważne jest to, żeby wykorzystać czas po operacji, gdy poziom łaknienia jest

niższy na przemodelowanie swoich decyzji i wyborów żywieniowych oraz wdrożyć prozdrowotny styl życia.

Czy operacja bariatryczna jest bezpieczna?

Operacje bariatryczne są uznawane za procedury bezpieczne, należy jednak pamiętać, że każda interwencja chirurgiczna wiąże się z pewnym ryzykiem, a chirurgiczne leczenie otyłości stanowi najbardziej radykalną formę leczenia otyłości.

Jakie są ryzyka związane z operacją bariatryczną?

Operacje bariatryczne wiążą się z ryzykiem typowym dla zabiegów chirurgicznych. Uważa się jednak, że to ryzyko w przypadku bariatrii jest bardzo niewielkie i powszechnie uznaje się chirurgię bariatryczną za bardzo bezpieczny dział chirurgii. Należy jednak pamiętać o pewnych negatywnych konsekwencjach, które mogą pojawić się w wyniku leczenia bariatrycznego u naszych pacjentów w przyszłości.

Jakie to mogą być ryzyka?

Jeżeli chodzi o ryzyko związane z operacją i działalnością chirurga, zawsze chirurdzy boją się typowych powikłań chirurgicznych. Boimy się krwawień, nieszczelności żołądka, powikłań w okresie około operacyjnym. Najczęstszymi konsekwencjami, które mogą negatywnie odbić się na zdrowiu pacjentów, wynikającymi z operacji bariatrycznych, mogą być na przykład: refluks żołądkowo-przełykowy, niedobory witaminowe, anemia.

Czy takie powikłania są częste?

Powikłania w chirurgii bariatrycznej należą do rzadkości. Ten odsetek szacuje się w promilach, więc można uznać, że chirurgia bariatryczna jest bardzo bezpiecznym działem chirurgii. Jeżeli chodzi o negatywne konsekwencje opera-

cji bariatrycznych i metabolicznych, to tutaj przede wszystkim mówimy o refluksie żołądkowo-przełykowym, o niedoborach witaminowych, o anemii. Są to jednak konsekwencje, które występują u nielicznej grupy pacjentów i zazwyczaj jesteśmy w stanie doskonale sobie z nimi poradzić.

Niektórzy mówią, że operacja bariatryczna to okaleczenie. Czy tak jest?

Niewątpliwie operacje bariatryczne to najbardziej radykalne rozwiązanie, jeżeli chodzi o leczenie otyłości. Nie nazwałbym tego jednak okaleczeniem. Uważam, że tego typu rozwiązanie, nawet jeżeli jest tak bardzo radykalne, jest w stanie poprawić jakość, długość i komfort życia naszych pacjentów.

Czy kobieta borykająca się z otyłością i chcąca jednocześnie zajść w ciążę powinna rozważyć operację przed czy po porodzie?

To wszystko zależy od indywidualnych potrzeb pacjentki. W sytuacji, kiedy u pacjentki były podejmowane próby zajścia w ciążę i z powodu otyłości były one nieskuteczne, to u takich pacjentek należy rozważyć leczenie bariatryczne, następnie odczekanie około 1,5 roku i ponowne próby zajścia w ciążę. Druga grupa pacjentek to pacjentki chorujące na otyłość, które do tej pory nie podejmowały próby zajścia w ciążę – u takich osób zaleca się, aby podjąć próbę zajścia w ciążę. I dopiero po pewnym czasie podjąć decyzję o leczeniu bariatrycznym.

Jaka jest droga pacjenta od podjęcia decyzji o operacji do znalezienia się na stole operacyjnym?

Pacjent, który rozważa leczenie bariatryczne bądź podjął już taką decyzję, musi zgłosić się do swojego lekarza

rodzinnego bądź dowolnego specjalisty, z którym ma kontakt, z prośbą o wystawienie skierowania do poradni chirurgicznej z rozpoznaniem E66.0, oznaczającym otyłość. Z takim skierowaniem pacjent powinien zgłosić się do dowolnej poradni chirurgicznej znajdującej się w ośrodku, który realizuje świadczenia z zakresu chirurgicznego leczenia otyłości. W takim ośrodku pacjent przejdzie proces kwalifikacji, a w momencie, kiedy zostanie zakwalifikowany do leczenia chirurgicznego, rozpocznie się proces przygotowania pacjenta do operacji. Zostanie pokierowany na konsultacje do dietetyka, psychologa, zostanie sprawdzony i zoptymalizowany jego stan zdrowia. Wszystko po to, aby w sposób bezpieczny i skuteczny trafić do oddziału chirurgicznego.

Jak wybrać ośrodek, w którym wykonam operację. Czym się kierować?



Wybierając ośrodek, w którym rozpoczniemy leczenie bariatryczne, należy kierować się kilkoma aspektami. Po pierwsze lokalizacją ośrodka – uważam, że powinien być blisko miejsca zamieszkania po to, aby z takim ośrodkiem móc być w stałym kontakcie, żeby było wygodnie zarówno pacjentowi, jak i zespołowi prowadzącemu. Po drugie, należy brać pod uwagę doświadczenie ośrodka – powinniśmy wybierać takie, które mają duże doświadczenie w zakresie chirurgii bariatrycznej i metabolicznej, ponieważ to jest gwarancją bezpieczeństwa.

Jakimi kryteriami warto kierować się, wybierając chirurga?

Po pierwsze, na pewno istotne jest doświadczenie operatora. Doświadczony chirurg to gwarancja bezpieczeństwa części operacyjnej naszego leczenia. Należy pamię-

tać również o tym, że sam chirurg to za mało. W chirurgii bariatrycznej kluczowy jest dostęp do dietetyka, psychologa, koordynacji, wszystkich tych działań interdyscyplinarnego zespołu, należy więc wybierać takich chirurgów, którzy mogą nam zagwarantować dostęp do pozostałej grupy specjalistów.

Jaki jest czas oczekiwania na operację?

Czas oczekiwania na operację będzie różnił się pomiędzy ośrodkami w zależności od długości kolejki w danym ośrodku. Czymś zupełnie innym jest czas, jaki powinniśmy przeznaczyć na przygotowanie do zabiegu. Uważa się, że nie powinien być to czas krótszy niż trzy miesiące. Podczas tych trzech miesięcy bądź dłuższego czasu musimy odbyć wymagane konsultacje z dietetykiem, psychologiem i innymi specjalistami.

Jak należy przygotować się do operacji?

Dobre przygotowanie do operacji bariatrycznej to klucz do sukcesu. Aby zoptymalizować wyniki leczenia, należy pracować kwestie związane z nowymi nawykami żywieniowymi i aktywnością fizyczną, przy współpracy z psychologiem przemodelować myślenie o odżywianiu, a także rzucić palenie i zadbać o inne medyczne aspekty przygotowania.

Czy przygotowanie do operacji bariatrycznej obejmuje konieczność zmniejszenia masy ciała?

Redukcja masy ciała w okresie przedoperacyjnym jest bardzo ważnym aspektem przygotowania do leczenia chirurgicznego. Po pierwsze, ma na celu pokazać motywację pacjenta, który podejmując decyzję o leczeniu chirurgicznym, redukuje masę ciała, chcąc lepiej przygotować się do zabiegu. Po drugie, poprawia bezpieczeństwo operacji.

Jakie badania należy wykonać przed operacją?

Lista badań koniecznych do zrealizowania w okresie przedoperacyjnym jest zawsze indywidualnie dobierana do potrzeb pacjenta. Są jednak takie badania, które należy wykonać u wszystkich kandydatów do leczenia bariatrycznego – w ich skład wchodzi między innymi gastroscopia, aby ocenić żołądek, spirometria, aby ocenić wydolność układu oddechowego i echo serca, aby ocenić nasze serce.

Jak powinna wyglądać praca z zespołem interdyscyplinarnym przed i po operacji?

Otyłość nie jest chorobą żołądka, otyłość to problem hormonalny i związany z naszymi emocjami i relacjami z jedzeniem. W związku z tym sama interwencja chirurga na żołądku nie wyleczy pacjentów z otyłości, dlatego tak ważna jest współpraca z zespołem interdyscyplinarnym, w skład którego wchodzi dietetycy, psychologowie, inni specjaliści i koordynatorzy. Wszystko po to, aby przygotować naszą głowę do tego, co da nam operacja.

Z punktu widzenia chirurga bariatry, jak ważna jest pomoc, wsparcie dietetyka, psychologa, fizjoterapeuty?

Wsparcie wszystkich członków zespołu bariatrycznego, z punktu widzenia chirurga, jest kluczowe do tego, aby optymalnie przygotować pacjenta oraz w sposób bezpieczny i skuteczny nadzorować redukcję masy ciała, którą będziemy obserwować po leczeniu bariatrycznym. Jeżeli chodzi o kwestię dietetyka, kluczowe jest wyeliminowanie niekorzystnych nawyków żywieniowych i zastąpienie ich prawidłowymi. Jeżeli chodzi o kwestie psychologiczne, ważne jest wykluczenie pewnych psychopatologii przed operacją, jeżeli potwierdzimy jakieś problemy, z którymi pacjent się bory-

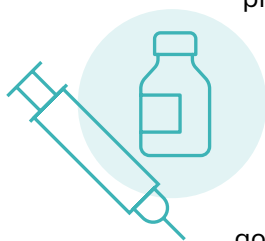
ka oraz zastosowanie odpowiednich i adekwatnych interwencji, a także praca nad motywacją pacjenta, aby w pełni skorzystał z tego, co chirurg ma mu do zaoferowania. Optymalnie, jeśli nad wszystkim czuwa również zespół fizjoterapeutyczny, który zadba o kwestię zdrowia fizycznego naszych pacjentów.

Czy można wykonać operację prywatnie?

Chirurgia bariatryczna jest aktualnie bardzo prężnie rozwijającą się dziedziną, również w ośrodkach komercyjnych. Jak najbardziej jest to możliwe do zrealizowania, należy jednak pamiętać o tym, aby wybierać ośrodek bardzo rozważnie tak, aby leczenie było dla nas bezpieczne.

Czy nowoczesne leki anty GLP-1 mogą zastąpić operacje bariatryczne?

Możliwości, które daje nam nowoczesna farmakoterapia należy rozpatrywać nie jako alternatywę dla leczenia bariatrycznego, ale jako opcję dodatkowego wspomaganie dla pacjentów, zarówno w okresie przedoperacyjnym, jak i pooperacyjnym. Wsparcie farmakologiczne może poprawić wyniki leczenia chirurgicznego. Ale jest również grupa pacjentów, która nie kwalifikuje się do leczenia chirurgicznego, u których farmakoterapia może być skutecznym rozwiązaniem w walce z otyłością.



Z wystąpieniem jakich chorób łączy się otyłość?

Otyłość jako choroba to nie tylko nadmierne kilogramy, to szereg przewlekłych, trudno leczących się chorób, które prowadzą do skrócenia życia. Między innymi to cukrzyca

typu drugiego, nadciśnienie tętnicze, obturacyjny bezdech senny, depresja, bezpłodność, nowotwory, problemy kostno-stawowe i około 200 innych jednostek chorobowych.

Jakich rezultatów mogę się spodziewać po operacji i jak szybko?

Operacje bariatryczne niewątpliwie prowadzą do redukcji masy ciała. Stopień redukcji masy ciała jest zależny od danego pacjenta i należy to za każdym razem rozpatrywać indywidualnie. Ogólnie można powiedzieć, że w pierwszym roku po leczeniu operacyjnym efekty będą najbardziej spektakularne. Pierwsze półrocze to miodowy okres dla pacjenta, kiedy kilogramy „leczą” z dnia na dzień. Należy jednak pamiętać, że bez zmian w zakresie nawyków żywieniowych i stylu życia, dalsza redukcja masy ciała i utrzymanie dotychczas osiągniętego efektu będą bardzo trudne.



Prof. dr hab. n. med. **Wiesław Tarnowski**
chirurg, bariatra

**Brak kontaktu
z ośrodkiem
operującym
to najczęstsza
przyczyna
nawrotu
choroby
otyłościowej**

Są różne rodzaje operacji bariatrycznych – dla kogo, jaki rodzaj jest najlepszy?

Operacji bariatrycznych jest kilka, ale najczęściej wykonywaną w ogóle na świecie, nie tylko w Polsce, jest rękawowa resekcja żołądka (sleeve). Na drugim miejscu jest gastric bypass (GB). Pozostałych operacji, czyli mini gastric bypass, operacja SADI czy operacja SASI, wykonuje się znacznie mniej. Dla kogo jaka operacja? Najczęściej mamy pacjentów niezbyt obciążonych wielochorobowością i dla nich zwykle najlepsza jest rękawowa resekcja żołądka. Natomiast u pacjentów na przykład z ciężką cukrzycą czy chorobą refluksową przetyku rękawowa resekcja żołądka nie będzie najlepszą opcją i tym osobom proponujemy zwykle gastric bypass. Jest to operacja dosyć skuteczna, chętnie wykonywana w krajach Europy Zachodniej, natomiast u nas niezbyt popularna.

Czy to prawda, że dla pacjentów, których największym problemem są słodyczne wskazana jest operacja GB, a dla tych, którzy nadmiernie dużo jedzą – sleeve?

Nie do końca tak jest. Jeżeli mamy pacjenta, który spożywa bardzo dużo słodkiego jedzenia, to on przede wszystkim wymaga pomocy innych specjalistów, nie chirurga, a psychologa, dietetyka, może lekarza obesitologa, który zajmuje się leczeniem pacjentów zachowawczo. Dla chirurga najlepszy pacjent to taki, który jest już po konsultacjach z psychologiem i dietetykiem, i w zależności od tego, jakie ma nawyki żywieniowe, to taką proponujemy mu operację. Oczywiście to, ile kto je nie ma w ogóle żadnego związku ze sposobem operacji, jaki zaproponujemy, natomiast duży wpływ mają choroby towarzyszące. Względnie zdrowym osobom zwykle proponujemy rękawową resekcję żołądka. Proponujemy ją też osobom z otyłością olbrzymią, ważą-

cym 180-190 kilogramów, ze względu na to, że jest to mniej skomplikowana operacja niż gastric bypass.

Czy pacjent współdecyduje o rodzaju operacji?



Pacjent musi wiedzieć na czym polega operacja, którą będzie miał wykonywaną, więc poniekąd współdecyduje o niej. Nie może być jednak tak, że pacjent przychodzi i mówi, że chce tylko taką operację, a nie żadną inną.

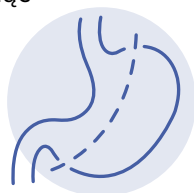
Takie postępowanie jest wbrew sztuce lekarskiej, bo być może operacja, której zażyczył sobie pacjent nie jest dla niego najszcześniejszym rozwiązaniem. Wtedy należy z pacjentem przedyskutować ten temat, wyjaśnić mu na czym polega jedna operacja, a na czym druga, i najlepiej jeżeli decyzja zostanie podjęta wspólnie.

Czym się różnią od siebie dwie najczęściej wykonywane operacje?

Przede wszystkim różnią się anatomicznie. Operacja sleeve polega na usunięciu znacznej części, mniej więcej 4/5 żołądka. Pojemność fragmentu żołądka, który pozostaje wynosi około 100-150 ml i zachowana jest anatomiczna droga przechodzenia treści pokarmowej. Gastric bypass jest natomiast operacją, która dotyczy zarówno żołądka jak i jelit. Z żołądka wycinamy mały żołądeczek, taki neożołądek, i robimy zespolenie z pętlą jelitową na tak zwanej pętli Roux-en-Y. Wadą tej operacji jest to, że nie mamy po niej dostępu na przykład do dróg żółciowych. Zdarza się, że pacjenci po operacji mają kamice pęcherzyka żółciowego lub dróg żółciowych, a niestety nie mamy dobrego dostępu do leczenia endoskopowego. Różnice pomiędzy tymi dwoma operacjami są więc istotne, ale tak jak już wspominałem wcześniej, typ operacji musimy dobrać do pacjenta.

Co jest celem operacji sleeve?

W sleeve zmniejszamy objętość żołądka i to jest element restrykcyjny tej operacji. Ale drugim elementem jest ten endokrynologiczny. W górnej części żołądka znajdują się grupy komórek, które wydzielają hormon zwany greliną, a popularnie nazywany hormonem głodu. I robiąc rękawową resekcję żołądka, usuwamy ten fragment żołądka, który jest odpowiedzialny za wydzielanie greliny. Nadrzędnym celem operacji jest redukcja masy ciała pacjenta.



Czy operacja to okaleczenie?

Takie podejście to jest przykład kottunizmu. Ludzie, którzy tak twierdzą, nie mają żadnej wiedzy na temat otyłości, na temat mechanizmów prowadzących do otyłości i na temat jej leczenia. W pewnych nowotworach nikogo nie dziwi, że usuwamy zdrowy jajnik u kobiety czy jądro u mężczyzny po to, żeby uzyskać efekt hormonalny. Podobnie jest w chirurgii bariatrycznej i metabolicznej – wykonanie operacji na pozornie zdrowym narządzie prowadzi do poprawy naszego zdrowia. Już w latach 60-70. ubiegłego wieku zauważono, że jeżeli wytniemy pacjentowi żołądek, na przykład z powodu choroby wrzodowej, a ten pacjent miał cukrzycę, to cukrzyca u niego znika. To było niezwykle odkrycie, bo wcześniej uważano, że związek z cukrzycą ma jedynie trzustka. W tamtym czasie było to wielkim zdziwieniem, gdy okazało się, że operacje żołądka mogą wyleczyć cukrzycę. Dzisiaj mamy już ogromną wiedzę na ten temat i wiemy, że nie okaleczamy człowieka, a ratujemy mu życie. Mógłbym podać wiele przykładów z mojej praktyki lekarskiej chirurga bariatrycznego, gdzie doszło do właśnie takiego efektu. Jeżeli ktoś wcześniej musiał przyjmować 100 jednostek insuliny na dobę, a po operacji nie przyjmuje jej w ogóle,

to zadajmy sobie pytanie, czy okaleczyliśmy go, czy może uratowaliśmy mu życie.

Czy po operacji odczuwa się ból?

Każda ingerencja w nasze ciało może powodować mniej-szy lub większy ból, ale mamy przecież leki przeciwbólowe. I pacjenci po operacji dostają leki przeciwbólowe, jeśli jest taka potrzeba. Obecnie operacje bariatryczne wykonujemy technikami minimalnie inwazyjnymi, czyli przy pomocy laparoskopii. Operacja polega na wykonaniu 5-6 dziurek około 1 cm średnicy, przez które wprowadzamy narzędzia i wycinamy znaczną część żołądka. Nie otwieramy więc brzucha, a te drobne nacięcia na skórze zazwyczaj nie dają silnego efektu bólowego. W większości przypadków tego samego dnia po operacji, wieczorem pacjenci chodzą po korytarzu, więc ból nie jest problemem.

Czy po operacji będę ciągle wymiotować?

Nie, dlaczego pacjent po operacji miałby ciągle wymiotować? Część pacjentów, może nawet połowa, w okresie bezpośrednio po operacji ma nudności, natomiast wymioty zdarzają się niezwykle rzadko. Nudności i wymioty częściowo wynikają z działania znieczulenia stosowanego przy operacji, ale wtedy podajemy pacjentom leki przeciwwymiotne, które te dolegliwości likwidują. Zwykle w drugiej dobie po operacji większość pacjentów wraca zupełnie do normy. Przed wypuszczeniem do domu, pacjent ma obowiązek wypicia przynajmniej litra wody, co pokazuje, że nie ma mowy o ciągłym wymiotowaniu.

Jak długo jest się w szpitalu po operacji?

W drugiej dobie wypuszczamy pacjenta do domu, czyli niecałe 48 godzin po operacji.

Jak wygląda żywienie po operacji?

Z chirurgicznego punktu widzenia dla nas ważne jest, żeby przez pierwsze dwa tygodnie pacjent spożywał dietę płynną, ale jest to jedzenie normalnie kaloryczne, najczęściej zmiksowane zupy. Oczywiście między tymi posiłkami normalnie pijemy wodę. W okresie przedoperacyjnym każdy pacjent, przynajmniej w naszym ośrodku, ma wizytę u dietetyka, od którego dostaje szczegółowe wytyczne dotyczące żywienia w okresie bezpośrednio pooperacyjnym.

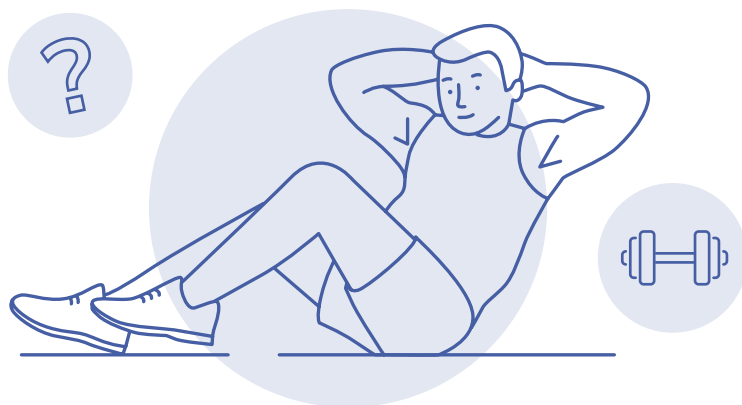
Czy jak zrobię operację, to już nigdy nie zjem rzeczy, które lubię, np. sushi, pizzy, niczego słodkiego i czy po operacji można będzie okazjonalnie napić się alkoholu?

Po operacji można jeść wszystko – oczywiście nie bezpośrednio po operacji, ale po pewnym czasie. Ważne jest, żeby objętości posiłków nie były zbyt duże. A szczegółowe zalecenia żywieniowe pacjent otrzymuje od dietetyka. Natomiast, jeśli chodzi o alkohol, to trzeba pamiętać o tym, że po operacji bariatrycznej pacjent może się znacznie szybciej uzależnić niż człowiek, który takiej operacji nie przeszedł. Dotyczy to szczególnie pacjentów po bypass, ponieważ droga wchłaniania alkoholu ulega diametralnej zmianie. Przestrzegamy więc naszych pacjentów, żeby starali się nie spożywać alkoholu. Jeżeli widzimy, że pacjent będzie chciał po operacji wrócić do swoich nawyków przedoperacyjnych dotyczących spożycia alkoholu, to zdarza się, że niestety, ale odmawiamy mu operacji.

Kiedy po operacji można rozpocząć aktywność fizyczną i seksualną?

Wtedy, kiedy człowiek zacznie czuć się na siłach, czyli mniej więcej miesiąc, półtora miesiąca po operacji. Ale to zależy

również od rodzaju sportu. Marsze, jazda na rowerze, pływanie są aktywnościami, których można śmiało próbować po miesiącu od operacji. Nie polecam natomiast ćwiczeń na siłowni, ponieważ mogą one doprowadzić do powstawania przepuklin pooperacyjnych.



Kiedy można zacząć zajęcia na siłowni?

Jeżeli chodzi o sporty siłowe, to musimy odczekać minimum trzy miesiące po operacji. Nacięcia i blizny wewnątrz ciała są zwykle większe niż te widoczne na skórze i musimy dać tym tkankom czas na zagojenie się.

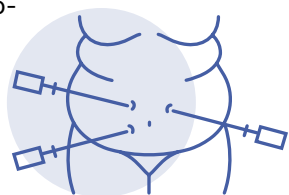
Czy jest ryzyko rozszczelnienia żołądka? Jakie objawy alarmują o konieczności powrotu do szpitala?

W każdej operacji, w której robimy jakiś otwór w przewodzie pokarmowym i go zszywamy, może dojść do nieszczelności. W rękawowej resekcji żołądka również się to zdarza, choć bardzo rzadko, w mniej niż 1% przypadków. W naszym ośrodku robimy operacje bariatyczne od czternastu lat i dotychczas mieliśmy dwa przypadki nieszczelności po rękawowej resekcji żołądka. Ważne jest jednak, żeby pacjent miał

kontakt z ośrodkiem, w którym był operowany, a najlepiej do chirurga, który go operował. Nie można pacjenta zoperować i pozostawić go samemu sobie. A co powinno wzbudzić nasz niepokój? Gorączka, bóle brzucha, ból brzucha promieniujący do barków. To są objawy alarmujące. Niekiedy nic groźnego nie oznaczają, jednak gdy się pojawią, zalecamy zgłoszenie się na wizytę do ośrodka. W ośrodku zrobimy odpowiednie badania krwi i badania obrazowe, i jeżeli się okaże, że wszystko jest w porządku, pacjent pójdzie do domu. Dużo gorzej może być, gdy pacjent zacznie sam sobie dawkować różne leki przeciwbólowe i minie moment, w którym można pacjentowi pomóc. To może skończyć się nawet zgonem. Nie chciałbym nikogo straszyć, ale uczulam na to, że jeżeli cokolwiek się dzieje po operacji bariatrycznej, to proszę zgłosić się do lekarza, który operował.

Czy operacja jest bezpieczna?

Każda operacja może mieć powikłania, a tym powikłaniem, którego wszyscy boimy się najbardziej, jest śmierć pacjenta. Mogę jednak z całą odpowiedzialnością powiedzieć, że chirurgia bariatryczna jest najbezpieczniejszą chirurgią ze wszystkich tak zwanych dużych chirurgii. Jeśli chodzi o śmiertelność, to w naszym ośrodku nigdy się coś takiego nie zdarzyło, ale według piśmiennictwa jest ona statystycznie na poziomie 0,1-0,2%.



Wiemy, że w różnych ośrodkach jakość opieki może być różna, dlatego pacjenci powinni wybierać te ośrodki, które robią operacji bariatryczne od wielu lat, które mają ustalony, schemat postępowania, włączenie ze schematem przygotowania pacjenta do zabiegu, które mają pełne zaplecze i pełne zabezpieczenie. Termin w tym przypadku nie ma większego znaczenia. Jeżeli idziemy do lekarza, który mówi, że może

nas zoperować za dwa dni, to znaczy, że on nie ma pacjentów, a jego doświadczenie jest niewielkie. Jeżeli natomiast w ośrodku czeka się na operację pół roku, to znaczy, że ten ośrodek robi tych operacji bardzo dużo. Lepiej wybrać ośrodek, który przeprowadza 200-300 operacji rocznie niż taki, w którym wykonywanych jest tych operacji dziesięć rocznie.

Jak znaleźć właściwy ośrodek i dobrego specjalistę?

Myślę, że w tej chwili nie jest to żaden problem – Internet dostarcza nam wszystkich informacji. Są fora pacjentów, są strony, gdzie pacjenci zaglądają i zwykle stamtąd czerpią informacje. A najlepsze informacje uzyskuje się tak zwaną pocztą pantoflową, od kogoś, kto był operowany. Oczywiście, zanim się do takiego ośrodka chirurgii bariatrycznej pójdzie, warto zajrzeć do Internetu i sprawdzić od jak dawna ten ośrodek działa i ile wykonuje rocznie operacji. Warto też sprawdzić, czy ośrodek realizował lub realizuje program KOS-BAR, czyli program koordynowanej opieki specjalistycznej bariatrycznej. Aby uczestniczyć w tym programie ośrodki muszą spełnić bardzo wyśrubowane kryteria, więc w tych ośrodkach usługa na pewno będzie na najwyższym poziomie.

Ile czasu trwa rekonwalescencja? Kiedy można wrócić do pracy biurowej, kiedy do pracy fizycznej?

To zależy od tego, jaką kto ma pracę fizyczną. Jeśli ktoś pracuje na budowie, to wiadomo, że do tej pracy przynajmniej z miesiąc, półtora miesiąca nie powinien wracać. Jeśli chodzi o pracę biurową, to też zależy. Jeśli na przykład jest to praca na poczcie, wymagająca siedzenia w okienku przez siedem godzin, to też na pewno nie będzie to łatwe. Zalecamy, żeby mniej więcej przez miesiąc pacjent był na zwolnionych obrotach, a później tę decyzję trzeba podjąć samemu, w zależności od tego, jaki charakter pracy człowiek posiada.

Jakie są blizny po operacji? Jak o nie dbać? Czy zawsze będą widoczne?

Blizny pooperacyjne są niewielkie i nie wymagają specjalnej uwagi. Wystarczy, że w pierwszym tygodniu będziemy zmieniali opatrunek, a po zdjęciu szwów na ogół nic więcej się z bliznami nie dzieje. Nie zalecamy używania żadnych maści, zostawmy te blizny w spokoju, one sobie doskonale dadzą radę. Zwykle jakiś czas po operacji są one już zupełnie niewidoczne.

Czy operacja wpłynie na mój wygląd?

Operacja wpłynie na wygląd – jeżeli ktoś ważył 160 kg, a teraz waży 90 kg, to wygląda zupełnie inaczej. Ale zupełnie inaczej będzie wyglądał też brzuch pacjenta – często pacjenci po dużym schudnięciu mają fartuch skórny, który nie wygląda atrakcyjnie i to jest pole do popisu dla chirurgów zajmujących się korektą powłok ciała. W naszym szpitalu pacjenci po operacjach bariatrycznych są kierowani na oddział chirurgii plastycznej.

Czy możliwa jest operacja plastyczna na NFZ? Jakie trzeba spełnić kryteria?

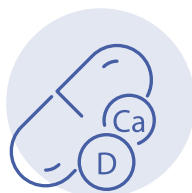
W naszym szpitalu pacjenci mają wykonywaną tę usługę w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, ale dotyczy ona wyłącznie brzucha. Narodowy Fundusz Zdrowia nie płaci za operacje plastyczne ramion czy ud.

Kiedy można zrobić operację plastyczną? Kiedy skonsultować się z chirurgiem plastykiem?

Opinii chirurga plastyka najlepiej jest zasięgnąć wtedy, gdy waga już się ustabilizuje, czyli przynajmniej po roku od operacji. W ciągu pierwszego roku powinniśmy stracić poł-

wę nadmierowej masy ciała, czyli jeżeli mamy 50 kilogramów za dużo, to w ciągu pierwszego roku stracimy około 25 kilogramów. Później utrata wagi przebiega już dużo, dużo wolniej i to jest dobry moment na zasięgnięcie opinii chirurga plastyka.

Dlaczego po operacji bariatrycznej wypadają włosy – to częsty problem. Jak sobie z tym radzić?



Włosy wypadają na ogół z powodu intensywnego chudnięcia oraz zmian, które się w ciele dokonują. Pacjenci często zgłaszają też uczucie zimna, co również jest związane ze zmianą poziomu metabolicznego. Te dolegliwości z czasem ustępują.

Czy wypadanie włosów to efekt znieczulenia?

To jest fałsz, nieprawda. Wypadanie włosów jest związane z tym, że człowiek jest w okresie intensywnego chudnięcia. Dlatego zalecamy, żeby w okresie pooperacyjnym pacjent regularnie kontaktował się z lekarzem i wykonywał badania kontrolne, bo często takie objawy, jak właśnie wypadanie włosów, a także uczucie utraty siły, bóle kości, zaburzenia gojenia są związane z rozwijaniem się w organizmie licznych niedoborów. W okresie pooperacyjnym trzeba dbać o siebie i uzupełniać witaminę D, mikroelementy, wapń, białko.

Jak często po operacji należy się zgłaszać na wizyty kontrolne i jakie badania należy wykonywać?

W pierwszym roku po operacji zalecamy kontrolę co trzy miesiące. Pacjent powinien pojawić się u lekarza – u chirurga lub u internisty, w zależności od tego, jak w danym miejscu jest to zorganizowane. W naszym ośrodku na

dwie pierwsze wizyty pooperacyjne pacjent przychodzi do chirurga, a potem zajmują się nim koledzy interniści. W kolejnych latach, zwykle do piątego roku po operacji, pacjent powinien pokazywać się w ośrodku przynajmniej co sześć miesięcy, choć wiemy, że jeśli pacjenci czują się dobrze, to bardzo niechętnie przychodzą na wizyty kontrolne. Po co są te kontrole? Otóż po to, żeby wykonać badania pooperacyjne i sprawdzić między innymi, czy nie rozwijają się niedobory białka, wapnia, elektrolitów, i ewentualnie właściwie na nie zareagować.

Czy może się zdarzyć, że pacjent po operacji nie schudnie?

Taka sytuacja nie zdarzyła się w naszym ośrodku, ale proszę pamiętać o tym, że sukces ma wielu ojców i jeżeli pacjent nie będzie przestrzegał zaleceń, będzie spożywał pokarmy wysokocukrowe, wysokokaloryczne, to efekt tej operacji rzeczywiście może być słaby. Żeby pacjent schudł, musi przestrzegać zaleceń, musi wiedzieć, co po operacji powinien jeść, a czego nie powinien. Jeżeli nadal będzie jadł pudełko lodów wieczorem, to szkoda było zachodu z tym wszystkim.

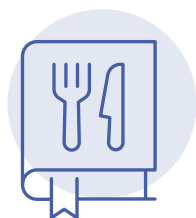
Co robić, jeśli pojawia się refluks po operacji?

To jest duży problem. Mniej więcej 30% pacjentów po rękawowej resekcji żołądka doświadcza refluksu żołądkowo-przetykowego. Tym pacjentom proponujemy leczenie zachowawcze czyli leki. Warto jednak wykonać diagnostykę pooperacyjnej choroby refluksowej, sprawdzić, czy refluks powoduje nadżerki w przełyku, i jeżeli daje bardzo duże dolegliwości, to warto rozważyć zamianę operacji na bypass.

Jakie mogą wystąpić powikłania bezpośrednio po operacji, a jakie mogą być jej długofalowe skutki?

Najczęstszym powikłaniem bezpośrednio pooperacyjnym jest krwawienie, aczkolwiek obecnie dysponujemy znakomitym sprzętem operacyjnym i krwawienia zdarzają się rzadko, znacznie rzadziej niż miało to miejsce kiedyś. Inne powikłanie, którego się boimy, to nieszczelność linii zszywek, która zdarza się bardzo rzadko, ale może się zdarzyć.

Coraz częściej mówi się o nawrotach masy ciała kilka lat po operacji. Kogo dotyczą? Jakiego odsetka osób?



Nawroty masy ciała zdarzają się mniej więcej u 15-20% pacjentów, czyli wcale nie tak rzadko. Na dziesięć osób zwykle dwie po 2-3-4 latach będą miały wzrost masy ciała. W naszym szpitalu zrobiliśmy badanie, sprawdzające kogo najczęściej dotyczą nawroty. I okazało się, że pacjentów, którzy nie przychodzą na wizyty kontrolne do lekarza i dietetyka, którzy po zabiegu znikają, którzy uważają, że po operacji żołądka problem przestaje istnieć. Najczęstszą przyczyną nawrotu masy ciała jest więc brak kontaktu z ośrodkiem, w którym pacjent był zoperowany.

Jak utrzymać efekt operacji w długim okresie?

Wszyscy, którzy się wielokrotnie odchudzali, wiedzą, że nie jest to łatwa rzecz. A praktycznie wszyscy pacjenci bariatryczni odchudzali się wielokrotnie i wielokrotnie doświadczali efektu jo-jo. Dlatego tak ważna jest edukacja pacjenta z otyłością, odpowiednie przygotowanie do operacji, które powinno trwać przynajmniej 3-4 miesiące. Ten czas celowo jest długi, żeby pacjenta nauczyć, jak powinien zachowywać się po operacji, co i jak jeść. Również po operacji pacjenci

mają zapewnioną poradę psychologiczną, poradę dietetyczną, poradę internistyczną – właśnie po to, żeby pomóc im przestrzegać tych zaleceń. Nieraz, pomimo tego wszystkiego, niektórzy pacjenci zaczynają z powrotem trochę tyć, ale jeżeli zostanie to w porę wychwycone, to w tej chwili mamy dużo możliwości, żeby takiemu pacjentowi pomóc, nawet bez leczenia chirurgicznego.

Co należy zrobić, jeśli po jakimś czasie waga wraca?

Nie kombinować samemu, nie szukać w Internecie cudownych sposobów walki wagą, iść po fachową pomoc do lekarza, do ośrodka, w którym odbyła się operacja. Jest wielu pacjentów, którzy po 2-3 latach zaczynają mieć znowu problem z wagą, i często po rozmowie z lekarzem lub dietetykiem wiedzą, co takiego zrobili, że kilogramy wracają. I to jest ten moment, w którym można zmienić troszkę dietę lub skorzystać z nowoczesnych leków.

Czy operacja to czarodziejska różdżka, która zamieni osobę otyłą w szczupłą?

Przykro mi to powiedzieć, ale nie jest tak, jak wiele osób myśli: że pacjent przyjdzie, zostanie zoperowany i wszystkie jego problemy znikną. Otóż jest to ciężka praca, przede wszystkim pacjenta: długie przygotowanie do operacji, prehabilitacja, ćwiczenia, nauka nowego stylu życia. I jeżeli chory będzie chciał się do tego wszystkiego zastosować, to sukces jest gwarantowany.

Czy pacjent musi spełnić jakieś warunki, żeby był zakwalifikowany do operacji?

Tak, żeby pacjenta zoperować, musi on spełnić wszystkie otrzymane od lekarza zalecenia. I jesteśmy niezwy-

kle restrykcyjni, jeżeli chodzi o te zalecenia. Jednym z nich jest przedoperacyjna redukcja masy ciała. Zalecamy, żeby pacjent schudł najlepiej około 10% swojej aktualnej masy ciała. Wiele osób wtedy mówi: „no dobrze, ale jak ja bym mógł tyle schudnąć, to bym w ogóle tu nie przychodził, tylko bym schudł”. Ale my nie robimy tego przeciwko pacjentowi, my myślimy o jego bezpieczeństwie. Ubytek 10% masy ciała spowoduje, że będzie łatwiej przeprowadzić operację, że wątroba, która zastania nam żołądek w górnej jego części, ulegnie zmniejszeniu, co zwiększy nam pole operacyjne. Dlatego jest to warunek, którego przestrzegamy. Jeżeli przed operacją pacjent w ogóle nie zredukuje masy ciała, albo jeszcze przytyje, to świadczy to o tym, że nie rozumie idei leczenia bariatrycznego i takim osobom po prostu odmawiamy operacji. Druga grupa pacjentów, którzy też często nie są kwalifikowani do operacji, to ci, którzy palą papierosy. Palenie w okresie przedoperacyjnym znacznie zwiększa ryzyko śmiertelnych powikłań, więc jeśli pacjent przed operacją nie rzuci palenia, to w wielu ośrodkach też nie zostanie zoperowany.



Prof. dr hab. n. med. **Alina Kuryłowicz**
endokrynolog

**Nikt sam nie
wybiera tego,
że chce
chorować
na otyłość**

Dlaczego osoba z otyłością powinna wybrać się do endokrynologa?

Nigdy nie wiemy, czy wzrost naszej masy ciała wynika z tego, że mamy problem z równowagą energetyczną, czyli za dużo jemy, a za mało się ruszamy, czy może wynika z zaburzeń hormonalnych. **Przyczyną mogą być problemy z tarczycą, ale też nadmiar kortyzolu, nadmiar androgenów u kobiet, chore jajniki, a u mężczyzn niedobór testosteronu.** Jeżeli zaczniemy leczyć otyłość, a nie uwzględnimy tych problemów, to nie uda się wyleczyć choroby otyłościowej i nasze działania nie będą skuteczne. Natomiast specjalista endokrynolog zleci odpowiednie badania i doradzi, jakie kroki należy podjąć, aby chorobę otyłościową wyleczyć.

Dlaczego tyjemy?

To trudne pytanie i nie da się na nie odpowiedzieć w kilku zdaniach. Otyłość ma bardzo skomplikowaną definicję. To choroba bardzo złożona, do której dochodzi na skutek interakcji między czynnikami genetycznymi a środowiskiem. **Oznacza to, że mamy pewien pakiet genów, który może nas predysponować do wzrostu masy ciała.** Jakie to geny? Takie, które zostały wyselekcjonowane na drodze ewolucji, które naszym przodkom pozwalały przetrwać od polowania do polowania, bo byli zdolni kumulować energię. Niestety, w czasach dobrobytu, kiedy jedzenie stało się powszechnie dostępne, te geny obróciły się przeciwko nam i sprzyjają rozwojowi otyłości. Natomiast nie w samych genach tkwi problem. Zmienił się nasz styl życia, środowisko, w którym żyjemy, dużo więcej jest zanieczyszczeń i substancji, które negatywnie wpływają na metabolizm tkanki tłuszczowej. Przez ostatnie lata zmienił się także sposób naszego odżywiania, jemy zdecy-



dowanie więcej produktów wysokoprzetworzonych, jemy w pośpiechu, nie mamy czasu zastanowić się, jak przygotować dobrze skomponowany posiłek. A aktywność fizyczna? Kuleje. Wszyscy zasiedliśmy za kierownicami samochodów, za pulpitami komputerów. To wszystko sprawia, że niestety nasza masa ciała nieubłaganie, z roku na rok rośnie.

Czy twierdzenie, że wystarczy mniej jeść i więcej się ruszać ma uzasadnienie?

Otyłość nie jest prostą chorobą, nie wynika wyłącznie z tzw. dodatniego bilansu energetycznego, czyli z tego, że za dużo jemy i za mało się ruszamy. Jeżeli już raz w życiu dojdzie do tego, że zostanie podwyższona masa ciała, to tkanka tłuszczowa przestaje prawidłowo działać. Zaczyna się buntować, zaczyna działać przeciwko naszemu ciału. Produkuje szereg różnych substancji i hormonów, które to ciało zatrują. Nie wystarczy tylko jeść mniej i więcej się ruszać, aby ta tkanka tłuszczowa zaczęła działać prawidłowo. Czasami potrzebna jest interwencja farmakologiczna, czyli leki, które w pewnym sensie naprawią działanie tkanki tłuszczowej, a czasem potrzebna jest pomoc chirurga bariatry, który umiejętnie operując przewód pokarmowy sprawi, że wydzielane przez ten przewód hormony wyregulują uczucie sytości i spowodują również to, że tkanka tłuszczowa będzie prawidłowo pracować.

Kiedy należy zastosować leczenie farmakologiczne przy pomocy nowoczesnych analogów, a kiedy jednak operacja bariatryczna jest lepszym narzędziem?

Mamy ściśle określone wskazania do wdrożenia farmakoterapii otyłości i do zakwalifikowania pacjenta do operacji bariatrycznej. Najważniejszym kryterium jest wskaźnik masy ciała BMI. Oficjalnie możemy wdrożyć farmakoterapię

otyłości w momencie, kiedy ten wskaźnik wynosi 27 i więcej i wystąpi choć jedno związane z otyłością powikłanie, np. bóle stawów. W przypadku operacji bariatrycznej ta skala jest przesunięta wyżej. Obecnie możemy kwalifikować do operacji pacjentów, których współczynnik masy ciała wynosi 35 i więcej i wystąpi choć jedno powikłanie związane z chorobą otyłościową. Ale kryteria kwalifikacji do operacji bariatrycznej ewoluują. Według Amerykańskiego Towarzystwa Chirurgicznego kwalifikuje się już pacjentów z niższym wskaźnikiem masy ciała, a mianowicie 30, co oznacza, że widzi się potrzebę wcześniejszej interwencji.

Nie kwalifikujemy do farmakoterapii osób, które nie podjęły próby redukcji masy ciała za pomocą zmiany stylu życia i coraz częściej mówi się, że nie powinno się kwalifikować do operacji bariatrycznej pacjentów, którzy nigdy nie spróbowali farmakoterapii.

Czy prawdą jest, że te wszystkie nasze fałdki to tak naprawdę aktywna tkanka hormonalna i co to oznacza dla naszego organizmu? Jakie są konsekwencje, kiedy tych fałdek mamy za dużo?

Ostatnie lata zmieniły nasze postrzeganie układu hormonalnego. Kiedyś myśleliśmy o nim tylko z perspektywy klasycznych organów wydzielania wewnętrznego: tarczyca, przysadka, nadnercza, jajniki, jądra. Ale dowiedzieliśmy się, że są też inne źródła hormonów i właśnie tkanka tłuszczowa jest takim wielkim magazynem i fabryką hormonów. Takim magazynem, który, jeżeli działa prawidłowo, to wspiera nasze ciało, np. kobiety, żeby regularnie miesiączkować, żeby być płodne, muszą mieć pewien odsetek tkanki tłuszczowej. Natomiast, jeśli tkanki tłuszczowej jest za dużo, jeżeli jest ona zbuntowana, tak jak to jest to u chorych z otyłością, to zaczyna ona sabotować nasz orga-

nizm – produkuje szereg substancji, które działają prozapalnie, destabilizują, rozregulowują pracę innych narządów czynnych hormonalnie i są przyczyną związanych z otyłością powikłań. Czy zatem można mówić o „zdrowej” i „mniej zdrowej” tkance tłuszczowej? I tak i nie. Generalnie nadmiar tkanki tłuszczowej zawsze jest niekorzystny dla organizmu, ale wiemy też, że najgorsza jest tkanka tłuszczowa zlokalizowana wokół pasa. Jest to otyłość, którą nazywamy otyłością trzewną lub brzuszna i która koreluje z wysokim ryzykiem związanych z otyłością powikłań, np. udarów mózgu, zawałów serca, cukrzycy.

Jakie hormony wpływają na zaburzenia odżywiania skutkujące otyłością?

Nasz apetyt, poczucie sytości jest regulowane przez hormony wydzielane przez tkankę tłuszczową i przez przewód pokarmowy. W przewodzie pokarmowym wydzielane są takie hormony, jak grelina, która mówi ciału: jedz, musisz zjeść, jesteś głodny! Ale wydzielane są tam też hormony, które zwiększają uczucie sytości. Takimi hormonami są inkretyny (białka o nazwie GLP-1 i GIP), które wydzielają się w momencie, kiedy w przewodzie pokarmowym pojawi się z posiłek. Mają one kilka ważnych zadań:

1. Informują głowę – jadłeś, nie musisz jeść więcej.
2. Dostosowują wydzielanie insuliny do poziomu cukru we krwi, przez co stężenie cukru jest stabilne, nie mamy napadów głodu i senności poposiłkowej.
3. Spowalniają opróżnienie żołądka przez co dłużej odczuwamy sytość.
4. Są w stanie przyspieszyć spalanie w tkance tłuszczowej.

Co się dzieje u chorych z otyłością? Rośnie stężenie greliny, czyli rośnie sygnał – jedz, jedz, jedz, potrzebujesz jedzenia, opada natomiast stężenie GLP-1 i GIP, w związku z czym sygnał sytości staje się słaby. Warto wiedzieć o tych hormonach, ponieważ są one wykorzystywane w leczeniu choroby otyłościowej. Wykonując np. resekcję żołądka, chirurg usuwa komórki produkujące grelinę, czyli zmniejsza wydzielanie hormonu zwiększającego łaknienie, a stymuluje w ten sposób wydzielanie dobrych hormonów GLP-1 i GIP, zwiększających sytość. Z kolei, jeżeli nie chcemy się operować, a chcemy leczyć otyłość farmakologicznie, możemy sięgnąć po leki z grupy analogów, czyli udające działanie hormonów GLP-1 i GIP, które zwieszają uczucie sytości, spowalniają opróżnianie żołądka i stabilizują poziom glukozy, przez co ułatwiają proces redukcji masy ciała.

Dlaczego tak się dzieje, że jedni tyją od liścia sałaty, a drudzy są chudzi, mimo, że codziennie jedzą stodycze i pizzę?

Nikt nie będzie chudy na zawsze. To zawsze zależy od tego na jakim jesteśmy etapie naszego życia. Czasem widzimy, że niektóre osoby są uprzywilejowane – mają bardzo korzystny zestaw genów odziedziczonych po przodkach, który sprzyja spalaniu energii. Prawda jest jednak taka, że nawet najlepsze geny przegrywają z upływem czasu i gdzieś po 50. roku życia ci zawsze szczupli zaczynają przybierać na wadze. I jest im nawet trudniej temu przeciwdziałać, ponieważ nie mają absolutnie żadnych dobrych nawyków. A faktycznie część z nas ma taką predyspozycję odziedziczoną po przodkach, że musi przez całe życie uważać na to, żeby ich bilans energetyczny był wyrównany.

Jaki wpływ na stan zdrowia pacjenta ma redukcja masy ciała?

W procesie leczenia otyłości redukcja masy ciała nie jest głównym celem. Naszym celem jest to, aby pacjent żył długo



Dlaczego jedni tyją, od liścia sałaty, a drudzy są chudzi?

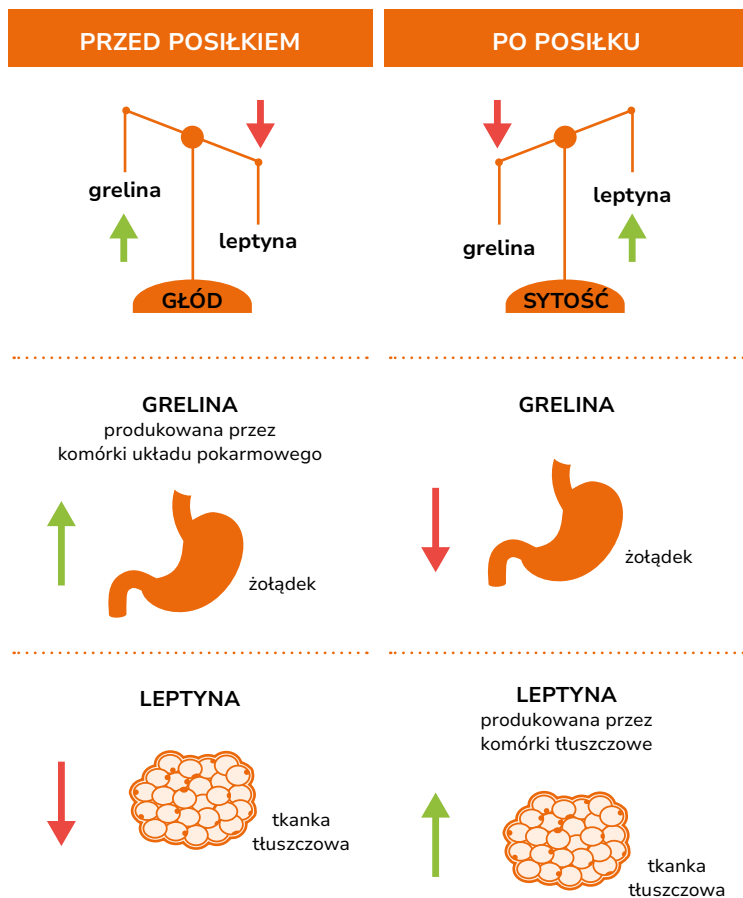
i szczęśliwie, a redukcja masy ciała jest środkiem do osiągnięcia tego celu. Gdy ubywa kilogramów tkanki tłuszczowej, to ta tkanka zaczyna działać prawidłowo, przez co wycofuje się produkowany przez nią stan zapalny i wszystkie negatywne układy hormonalne, które ukształtowały się w przebiegu otyłości. Dlatego, gdy redukujemy masę ciała, obniża się ciśnienie krwi, obniża się poziom cukru, poprawia się stężenie cholesterolu. Automatycznie czujemy się lżejsi i chętniej ćwiczymy, a to sprawia, że dalej redukujemy masę ciała.

Czym są i jak działają grelina i leptyna?

Grelina jest hormonem wydzielanym przez komórki żołądka, który ma bardzo ważne – z punktu widzenia utrzymania naszego gatunku – zadanie, a mianowicie informowanie organizmu o tym, że musi przyjąć energię. Gdybyśmy nie mieli greliny, nie mielibyśmy potrzeby jedzenia, łaknienia, co w dłuższej perspektywie okazałoby się zgubne. Leptyna to z kolei hormon produkowany przez tkankę tłuszczową.

Hormon, który przede wszystkim zwiększa uczucie sytości, czyli informuje mózg o tym, że zjedliśmy posiłek i tej energii jest dość, nie potrzeba jej już więcej. U kobiet leptyna warunkuje też prawidłową owulację i cykle miesięczne. Rzecz w tym, że w momencie, kiedy przybieramy na masie ciała, nasze ciało robi się na leptynę odporne. Tkanka tłuszczowa reaguje na to w ten sposób, że produkuje leptyny coraz więcej, ale w niczym to niestety nie pomaga. Nasz mózg przestaje odbierać sygnały wysyłane przez leptynę.

Schemat działania greliny i leptyny



Spotkałam się z taką opinią u dietetyka, który powiedział, że to są wymysły z tą greliną, bo przecież kiedyś ludzie byli szczupli, nie było problemu z otyłością, a gdyby grelina i leptyna decydowały o otyłości, to zawsze byśmy ją mieli.

Grelina i leptyna krążą w naszych ciałach od wieków i to nie one odpowiadają za epidemię otyłości, którą teraz obserwujemy. Rzecz w tym, że kiedyś po pierwsze ludzie nie dożywali takiego wieku jak teraz. Ich metabolizm nie miał szansy się zestarzeć i się popsuć. Prawdą też jest to, że nasze społeczeństwo kilkaset lat temu wyglądało zupełnie inaczej, jeśli chodzi o strukturę. Osób, które miały ciągły dostęp do żywności było niewiele. Jak popatrzymy na portrety królów Polski, to wielu z nich chorowało na otyłość. Natomiast większość społeczeństwa przez większość roku po prostu głodowała. Pewnie dlatego kiedyś ludzie częściej byli szczupli niż otyli.

Co w takim razie odpowiada za pandemię otyłości i dlaczego dzieci tak masowo tyją?

Na to pytanie nie ma jednej prostej odpowiedzi. Oczywiście trochę odpowiadają za to geny, ale przede wszystkim odpowiadają za to przemiany, jakie zaszły w naszym otoczeniu w ciągu ostatnich kilkunastu, kilkudziesięciu lat. Pod ręką mamy multum łatwo dostępnej, wysoko przetworzonej, wysokokalorycznej, bogatej w cukry żywności, która im bardziej przetworzona, tym tańsza. Proszę zauważyć, jak kształtują się ceny żywności ekologicznej, a jak takiej powszechnie dostępnej. Druga rzecz, to fakt, że przestaliśmy się ruszać, częściej korzystamy z samochodów czy usług na telefon, nawet zamawiamy jedzenie przez telefon. Jeśli chodzi o dzieci, to często są zapisywane na zajęcia dodatkowe, ale na te zajęcia są zawożone przez rodziców samochodem. Co z tego, że dziecko przez

dwie godziny w tygodniu uprawia sport, jak przez resztę tygodnia się nie rusza? Siedzi w domu, siedzi w szkole, jest wożone samochodem. Kiedyś próbowano ocenić, ile ruchu potrzebuje przecięty dziesięciolatek. Okazało się, że on tak naprawdę powinien się ruszać przez większość dnia, a najwyżej przez dwie godziny siedzieć. Popatrzmy na nasze dzieci i nie dziwmy się, że tyją one na potęgę.

Niektórzy twierdzą, że insulinooporność to wymysł naszych czasów. Czy jest insulinooporność i jak ją pokonać?

Nasze tkanki różnią się wrażliwością na insulinę. Mamy takie tkanki, które chłoną cukier, czyli glukozę, właściwie bez udziału insuliny – tak działa pracujący mózg i pracujące mięśnie. Mamy jednak też taką tkankę, która jest wybitnie oporna na działanie insuliny i jest nią tkanka tłuszczowa. Dlatego im więcej tkanki tłuszczowej, tym bardziej jesteśmy insulinooporni. Insulinooporność nie jest chorobą jako taką, ale jest stanem towarzyszącym osobom walczącym z nadwagą i otyłością. Jest jednak wyjątek: są nim osoby, które mają genetycznie uwarunkowaną insulinooporność. To kobiety chorujące na zespół policystycznych jajników, czyli około 15% kobiet w Polsce. Mają one defekt receptora dla insuliny, a to oznacza, że ten receptor nie widzi częściowo insuliny w ich organizmie, przez co są one insulinooporne.

Czy pacjentki po operacji bariatrycznej mogą stosować antykoncepcję hormonalną? Jaka forma antykoncepcji jest najlepsza dla pacjentek bariatrycznych?

Mamy dostępnych kilka różnych form antykoncepcji. Najczęściej stosowane są tabletki, ale mamy też alternatywne formy – antykoncepcję w postaci plastrów, implantów, krążków dopochwowych i wkładek domaciczych. U pacjentek po operacjach bariatrycznych może występować problem z wchłaniania-

niem wszelkich tabletek, w tym antykoncepcyjnych. W związku z tym, jeżeli takiej pacjentce zależy na wysoko skutecznej antykoncepcji, powinna zdecydować się na plastry, krążek dopochwowy, wkładkę domaciczną albo na lek implementowany w tkankę podskórną.

Dlaczego osoby, które nie mogły zajść w ciążę, po operacji bariatrycznej i redukcji masy ciała łatwiej zachodzą w ciążę?

U chorych na otyłość mamy do czynienia ze zjawiskiem insulinooporności. Oznacza to, że ich trzustka, wydzielająca insulinę, musi się dwoić i troić, żeby zapewnić prawidłowy poziom cukru we krwi. Dlatego chorzy na otyłość



mają zazwyczaj bardzo wysokie poziomy insuliny. Ta intensywna praca trzustki oczywiście grozi tym, że w przyszłości mogą rozwinąć cukrzycę, bo trzustka się wyczerpie. Ale te wysokie stężenia insuliny mają też negatywny wpływ na funkcję jajników u kobiet. Powodują one, że jajniki zaczynają produkować więcej męskich hormonów – androgenów i przez to rozregulowaniu ulega cykl miesięczny. Co więcej, tkanka tłuszczowa jest też miejscem, w którym produkowane są hormony sterydowe – estrogeny i testosteron. U kobiet z otyłością powstaje w tkance tłuszczowej więcej testosteronu, natomiast u mężczyzn z otyłością jest wręcz odwrotnie, ich testosteron jest tam przerabiany w estrogeny. Dlatego również mężczyźni chorujący na otyłość mają problemy z płodnością.

Redukcja masy ciała, czy za pomocą farmakoterapii czy za pomocą operacji bariatrycznej, zmniejsza insulinooporność, obniża poziom insuliny, przywraca właściwą pracę jajników u kobiet i reguluje produkcję hormonów w tkance tłuszczowej. Dlatego redukcja masy ciała jest skuteczną metodą przywrócenia płodności u chorych na otyłość.

Jaka forma antykoncepcji jest najbardziej wskazana u otyłych, którzy jeszcze nie zredukowali masy ciała?

Tabletki antykoncepcyjne mają szereg plusów. Niestety zawarte w nich estrogeny mogą zwiększać ryzyko żylnej choroby zakrzepowo-zatorowej, czyli najprościej mówiąc zakrzepów w żyłach, zazwyczaj kończyn dolnych, ale też zatorów, które mogą się przemieścić do płuc. To ryzyko rośnie u chorych z wysoką masą ciała, u chorych z otyłością. Dlatego zazwyczaj pacjentkom chorujących na otyłość nie zalecamy doustnych tabletek antykoncepcyjnych, zawierających estrogeny i progestageny. Alternatywą są implanty w tkankę tłuszczową, wkładki domaciczne, ewentualnie antykoncepcja w tabletkach oparta na samych progestagenach.

Czy kobiety po operacji bariatrycznej mogą stosować hormonalną terapię zastępczą w okresie menopauzy?

Kobieta po operacji bariatrycznej, tak jak każda inna kobieta, prędzej czy później wejdzie w okres menopauzy i będzie potrzebowała pomocy, ponieważ będzie traciła własne estrogeny, które dają nam supermoce. Dzięki nim dobrze funkcjonujemy, dobrze myślimy. Dlatego nie można kobietom po operacji bariatrycznej odmówić menopauzalnej terapii zastępczej. Jaką preferujemy w tym przypadku? Oczywiście taką, przy której nie będzie ryzyka, że lek może się źle wchłoniąć, czyli preferowaną opcją dla kobiet po operacji bariatrycznej będą plastry np. z estrogenem, połączone z wkładką domaciczną, ponieważ kobieta, która ma macicę nie może stosować samych estrogenów. Jeżeli chce stosować estrogeny, musi mieć jednocześnie podany progestagen, czyli założoną wkładkę uwalniającą progestageny.



Czy gwałtowna utrata tkanki tłuszczowej w wyniku operacji bariatrycznej czy po stosowaniu farmakoterapii może wpłynąć na wcześniejsze wystąpienie menopauzy?

Tkanka tłuszczowa jest źródłem estrogenów. Faktycznie obserwuje się, że kobiety, które mają więcej tkanki tłuszczowej nieco później wchodzą w okres menopauzy i to właśnie dzięki temu, że estrogeny produkowane w tkance tłuszczowej uzupełniają niedobór estrogenów wynikający z tego, że z czasem jajniki przestają pracować efektywnie. I jeśli tej tkanki tłuszczowej jako źródła estrogenów zabraknie, kobiety, które do tej pory funkcjonowały dobrze i nie miały objawów menopauzalnych, nagle mogą te objawy zacząć odczuwać. Należy przed zastosowaniem środków farmakologicznych czy przed operacją poinformować pacjentki będące w okresie perimenopauzy o tym, że mogą wystąpić objawy menopauzalne, ale też o tym, że możemy w tym pomóc.

Jak pomóc kobietom, które zaczynają doświadczać objawów menopauzy?

Menopauza to trudny moment w życiu kobiety, bo estrogeny to nasi sprzymierzeńcy i dzięki nim dobrze funkcjonujemy. Gdy ich braknie, nagle czujemy się zagubione jak dzieci we mgle – gorzej nam się myśli, mamy tendencję na przybierania na masie w okolicach brzucha i upodobniamy się tym samym nieco do mężczyzn, a tego przecież nie chcemy. Dlatego pozwólmy sobie pomóc i odwiedźmy ginekologa, który jest niezbędny do wdrożenia menopauzalnej terapii zastępczej. To ważne, bo żeby taka terapia była bezpieczna, trzeba mieć pewność, że podawane w tej formie estrogeny nie wywołają nowotworu piersi lub macicy. Dlatego konieczne jest przed wdrożeniem menopauzalnej terapii zastępczej, wykonanie mammografii, USG piersi, USG narządu rodnego i pobranie cytologii. Jeżeli wyniki tych

badania są prawidłowe, to nie ma większych przeciwwskazań do tego, aby tę terapię wdrożyć, z pewnymi wyjątkami. Nie stosujemy tej terapii u osób po udarze i zakrzepicy, bo boimy się, że estrogeny mogą zwiększyć ryzyko kolejnego udaru lub zakrzepu. Jednak u kobiet w okolicach 45-50 roku życia taka sytuacja jest dość rzadka.

W jaki sposób tyją mężczyźni i dlaczego szybciej i łatwiej chudną?

Typową dla mężczyzn otyłością jest tzw. otyłość brzuszna albo typu jabłko. Niższy poziom estrogenów i testosteron decydują o tym, że preferencyjnie u mężczyzn tkanka tłuszczowa odkłada się w obrębie pasa. Ale każdy mężczyzna ma wyjściowo wyższą masę mięśniową niż kobieta i ta masa mięśniowa sprzyja szybszej przemianie materii. Dlatego wielu mężczyzn bardzo skutecznie redukuje masę

Wyższa masa mięśniowa u mężczyzn sprzyja szybszej przemianie materii.



ciała, wdrażając chociażby regularną aktywność fizyczną. Ta wyższa masa mięśniowa sprawia, że lepiej reagują na drobne restrykcje kaloryczne, rzędu 500 kcal, które w przeciągu miesiąca lub dwóch potrafią już przynieść bardzo dobre efekty. Dlatego bardzo nie lubię leczyć par chorujących na otyłość, bo zawsze to wygląda tak, że kobieta dwoi się i troi, a mężczyzna, który „tylko” się dostosowuje do zaleceń, chudnie dwa razy więcej niż partnerka.

Dlaczego tyjemy z wiekiem?

Wszyscy nieuchronnie się starzejemy. Co to oznacza z punktu widzenia układu hormonalnego? A to, że wygasają nasze podstawowe osie hormonalne – coraz gorzej pracuje tarczyca, coraz słabiej pracują nadnercza, jajniki lub jądra. Zaczyna brakować hormonów, które podkręcają nam przemianę materii, dlatego z wiekiem mamy coraz więcej tkanki tłuszczowej i coraz mniej tkanki mięśniowej. Oczywiście spowolnienie przemiany materii zachodzi w różnym tempie u różnych osób. U osób bardziej aktywnych fizycznie ten proces jest wolniejszy, natomiast u osób, które w okolicach 30. roku życia zasiadły za biurkiem ten proces będzie bardziej przyspieszony.

Na czym polega działanie nowoczesnych analogów GLP-1 i GIP? W jaki sposób blokują one łaknienie i czy spowalniają metabolizm?

Nowoczesne leki stosowane w farmakoterapii choroby otyłościowej to leki imitujące działanie hormonów jelitowych. W naszym jelicie po posiłku wydzielają się takie substancje jak GLP-1 i GIP, których zadaniem jest przede wszystkim poinformować naszą głowę, o tym, że zjedliśmy posiłek i już jesteśmy syści. Te substancje również normalizują poziom cukru we krwi, więc nie mamy napadów zwiększonego łaknienia, opóźniają opróżnianie żołądka

ka, więc jesteśmy dłużej syty, a właściwością hormonu GIP jest także możliwość przyspieszenie metabolizmu tkanki tłuszczowej. I tak właśnie działają nowoczesne leki stosowane w farmakoterapii choroby otyłościowej – zmniejszają łaknienie, wydłużają uczucie sytości, zapobiegają spadkom glukozy i w pewien sposób przyspieszają spalanie tkanki tłuszczowej. Natomiast prawdą jest, że leczenie otyłości nie może polegać na robieniu sobie raz w tygodniu zastrzyku, bo jeżeli zastrzyku zabraknie, nagle sytość zniknie, a uczucie głodu wróci ze zdwojoną siłą. Dlatego odpowiedzialne podejście do farmakoterapii otyłości polega na tym, że pozwalamy pacjentowi dzięki tym lekom wdrożyć nowe prozdrowotne nawyki i mamy nadzieję, że w trakcie trwania farmakoterapii te nawyki się utrwalą.

Dlaczego po odstawieniu analogów GLP-1 występuje efekt jo-jo?

To, czy po odstawieniu farmakoterapii otyłości wystąpi efekt jo-jo, zależy od kilku przyczyn. Po pierwsze od tego, czy wyjściowo osoba stosująca tę farmakoterapię miała duży niedobór hormonów, które są podawane w formie zastrzyku, czyli GLP-1 i GIP. Część osób nie jest w stanie mieć prawidłowo wyregulowanej sytości bez stałego podawania tych leków, chociażby w małej dawce. Częściej jednak mamy do czynienia z taką sytuacją, że lek jest odstawiany z dnia na dzień i wtedy faktycznie masa ciała wzrasta – wzrasta łaknienie, spada uczucie sytości, dochodzi do rozregulowania poziomu cukru we krwi. Dlatego zalecamy odstawianie tych leków stopniowo i czujne obserwowanie, jak zachowuje się mój apetyt, jak się zachowuje moje uczucie sytości, czy jest taki moment, w którym ta sytość jest zdecydowanie mniejsza. Kolejna sprawa, efekt jo-jo po odstawieniu leku zależy od tego, jak pacjent wykorzysta czas farmakoterapii. Czy będzie tylko i wyłącznie

podawał sobie zastrzyk, czy spróbuje zmienić coś w swoim życiu. Jeżeli farmakoterapii nie będzie towarzyszyło mądre odżywianie, współpraca z psychodietetykiem czy ćwiczenia fizyczne, to nie ma szans, żeby po jej odstawieniu nie doszło do ponownego wzrostu masy ciała.

Jak długo należy przyjmować leki, aby efekt był skuteczny i długotrwały?

Skuteczność farmakoterapii choroby otyłościowej oceniamy po trzech miesiącach stosowania przez pacjenta dawki maksymalnej lub maksymalnej tolerowanej danego leku. Jak wiemy, niektóre z leków dostępnych na rynku mają aż sześć możliwych dawek do stosowania. Czyli w przypadku takiego leku mamy sześć miesięcy na zwiększanie dawki



i jeszcze dwa-trzy miesiące na ocenę skuteczności, czyli w sumie mówimy o około ośmiu miesiącach. W przypadku leków podawanych codziennie, efekt jesteśmy w stanie ocenić po trzech-czterech miesiącach. W przypadku leku podawanego w tabletkach, efekt jesteśmy w stanie ocenić po szesnastu tygodniach. W przypadku leku podawanego raz w tygodniu, który jest dostępny w trzech dawkach, po mniej więcej pięciu miesiącach. Pamiętajmy, potrzebujemy trochę czasu, żeby zaobserwować efekt działania leku.

Co to znaczy, że lek jest skuteczny? Nas, lekarzy cieszy już 5% redukcja masy ciała. Natomiast wielu pacjentów ma znacznie większe oczekiwania i wtedy po trzech miesiącach kuracji odstawia lek, bo nie zredukowali zakładanej masy ciała o 20 kilogramów. I to jest błąd. Po pierwsze, pamiętajmy, że tak jak rozwój choroby to proces długotrwały, tak proces jej leczenia będzie trwał. Ile? To zależy od pacjenta, sześć, czasem dwanaście miesięcy. Mamy też pacjentów, którzy stosują te leki cztery-pięć lat. Dlaczego? Dlatego, że

to czas, jaki jest im potrzebny na zmianę nawyków, a część pacjentów będzie musiała stosować dalej te leki w mniejszych dawkach przewlekle. Dlatego, że w inny sposób nie są w stanie wyregulować uczucia sytości i głodu.

O jakich działaniach niepożądanych powinniśmy wiedzieć, stosując nowoczesną farmakoterapię otyłości?

Wiele zawdzięczamy nowoczesnej farmakoterapii otyłości. Musimy jednak wiedzieć, że nie ma róży bez kolców. Te leki mają działanie niepożądane o różnym charakterze. Te najczęstsze dotyczą przewodu pokarmowego, ponieważ w pewien sposób hamują jego perystaltykę. Dlatego możemy się spodziewać nudności, nasilenia choroby refluksowej (odbijanie, zgaga), czasami również zaparc. Dobra wiadomość jest taka, że te objawy z czasem ustępują. Można też poprosić lekarza o przepisanie równocześnie leków prokinetycznych (przyśpieszających perystaltykę), które częściowo te objawy znoszą. Są jednak też inne objawy, o których mówi się rzadziej. W przypadku leków stosowanych w zastrzykach jest to wypadanie włosów. Na szczęście wstępne doniesienia, dotyczące zwiększonego ryzyka zachorowania na nowotwory trzustki i tarczycy oraz zapaleń trzustki w trakcie stosowania tych leków, zostały ostatnio zdementowane. Pomogło w tym badanie SELECT, w którym pacjenci stosujący semaglutyd byli obserwowani przez pięć lat i w grupie ponad 8000 osób stosujących ten lek nie stwierdzono częstszego występowania tych poważnych powikłań niż w grupie porównawczej, która tego leku nie otrzymywała.

Dlaczego otyłość jest chorobą z tendencją do nawrotu?

Nasza tkanka tłuszczowa to bardzo przebiegła tkanka. Tkanka, która pamięta, że kiedyś miała dostarczane więcej

energii. Czyli możemy patrzeć na chorego z otyłością jak na osobę otyłą bez względu na to, ile aktualnie waży. Z punktu widzenia tkanki tłuszczowej raz doznany fakt otyłości piętnuje ją na zawsze – zawsze będzie miała tendencję do kumulowania energii, gdy tylko taka okazja się przytrafi. W związku z tym, chorzy na otyłość tak naprawdę muszą przez całe swoje życie przestrzegać zaleceń dietetycznych, muszą być aktywni, muszą także czasem stosować przewlekłą farmakoterapię, chociażby w małych dawkach, po to, aby ich tkanka tłuszczowa nie dostawała sygnału, że może z powrotem kumulować energię.

Dlaczego tak trudno utrzymać efekt odchudzania i jak to skutecznie robić?

W momencie, kiedy zaczyna się proces redukcji masy ciała, nasze ciało traktuje to jako atak na jego dobrostan. Dlatego rośnie stężenie hormonów głodu, a spada stężenie hormonów sytości. Przez to im dłużej trwa proces redukcji masy ciała, tym bardziej jesteśmy głodni, nieszczęśliwi i trudniej jest nam wytrwać w zaleconym postępowaniu. Dlatego nie jest łatwo zredukować masę ciała, bo dla naszego ciała jest to po prostu zagrożenie. I dlatego ten proces musi trochę trwać, więc nie zalecamy diet-cud, drastycznych cięć kalorycznych. Bo owszem, organizm może być w pierwszym momencie zaskoczony i straci dwa, trzy, pięć kilogramów, ale potem uruchomi wszelkie siły i środki żeby temu spadkowi energii zapobiegać i dojdzie w najlepszym wypadku do stabilizacji masy ciała, a zazwyczaj do spowolnienia przemiany materii i tego co potocznie nazywamy efektem jo-jo.

Jak nie przytyć po operacji bariatrycznej?

Operacja bariatryczna to zdecydowanie zmiana, do której należy być dobrze przygotowanym. Dlatego proces kwali-

fikowania pacjenta do operacji bariatrycznej musi trwać, najczęściej od trzech do sześciu miesięcy. To nie może być decyzja podjęta pochopnie. Ta zmiana będzie także dotyczyła życia, które będzie się toczyło po operacji. Ale to nie oznacza, że to życie będzie pozbawione smaku i barw. Będzie życiem bardziej świadomym, w którym nasze decyzje dotyczące posiłków będą podejmowane z rozważą. Życiem, któremu będzie towarzyszyła aktywność fizyczna i współpraca ze specjalistami, bo ktoś będzie musiał pacjenta monitorować i sprawdzać, czy nie rozwija niedoborów. Często będzie też potrzebna współpraca z psychologiem, który będzie stał przy naszym pacjencie w różnych trudnych momentach, które po tej operacji mogą nastąpić.

Mówi się, że pacjenci z otyłością zabierają chorą na cukrzycę ich leki. Jak to wygląda z Pani punktu widzenia?

Otyłość to choroba, która generuje ponad 200 różnych powikłań. Najczęstszym metabolicznym powikłaniem jest cukrzyca typu 2. Dlatego, że przyczyną cukrzycy typu 2 jest insulinooporność, która najczęściej wynika z nadmiaru tkanki tłuszczowej niewrażliwej na insulinę. Dlatego chory z otyłością, żeby mieć prawidłowy cukier we krwi na początku potrzebuje wyższych stężeń insuliny i owszem ten mechanizm działa, ale do czasu. Jego trzustka pracuje na 200-300% i do pewnego momentu jego stężenie cukru we krwi jest prawidłowe. W pewnym momencie jednak trzustka się wyczerpuje, nie daje rady produkować więcej insuliny i wtedy stężenie cukru we krwi rośnie. Dobra wiadomość jest taka, że za pomocą redukcji masy ciała jesteśmy w stanie zapobiec rozwojowi cukrzycy u chorych z otyłością np. u tych którzy mają już stany przedcukrzycowe. A jeżeli ta redukcja masy ciała sięgnie 10-15%, to nawet u osoby, która chorowała wcześniej na cukrzycę, cukrzyca może zupełnie

się wycofać. Dlatego stosujemy te same leki, które mamy zarejestrowane w leczeniu cukrzycy również u chorych z otyłością. Na świecie leki takie, jak semaglutyd, liraglutyd, dulaglutyd czy tirzepatyd są zarejestrowane do leczenia cukrzycy. W Polsce czekamy jeszcze aż pojawi się semaglutyd w dawkach takich, jak na Zachodzie leczy się otyłość, tym niemniej semaglutyd dostępny w mniejszych dawkach jest również lekiem dla chorych na otyłość. Tu nie ma żadnej konkurencji i wykradania sobie leków. Tak naprawdę chorzy na otyłość, stosując te leki, zmniejszają populację chorych z cukrzycą i tak na to powinniśmy patrzeć.

Jakie ma Pani przesłanie dla pacjentów chorych na otyłość?

Moi drodzy pacjenci chorujący na otyłość – nie jesteście sami!

Jesteśmy my – lekarze, dietetycy, fizjoterapeuci, psychologowie, którzy bardzo chcemy Wam pomóc.

Nie bójcie się i nie zwlekajcie z wizytą u nas. My wiemy, jak z Wami rozmawiać, rozumiemy wiele Waszych problemów. Mamy teraz skuteczne metody, aby Wam pomóc. Pamiętajcie, otyłość to choroba i nikt jej nie wybrał. Nikt nie chce mieć problemów z nadciśnieniem czy cukrzycy, tak samo jak Wy nie wybraliście tego, że chcecie chorować na otyłość.



Ludmiła Podgórska

dietetyczka kliniczna,
Narodowy Instytut Kardiologii,
Klinika Holi, Bodyclinic

**Zbilansowany
posiłek
nie może być
przypadkowy**

Dlaczego „jedz mniej i więcej się ruszaj” nie działa? Przecież dietetycy właśnie każą jeść mniej.

Rzeczywiście wielu specjalistów używa takiego sformułowania – „jedz mniej, więcej się ruszaj”, ale jest to bardzo duże uproszczenie, które krzywdzi pacjentów. Pacjenci narzucają sobie przez to jeszcze większe obostrzenia i długofalowo nie są w stanie ich utrzymać. Dlatego powinni udać się do wyspecjalizowanych dietetyków, którzy pomogą znaleźć im dotychczasowe błędy, a także wskażą, jak je powoli naprawiać np. powiedzą, jak dostosować swoje posiłki w ciągu dnia, jak zadbać o to, by nie były one bardzo małe, ale przede wszystkim odżywcze, a także wytyczą ścieżkę działania.

Twierdzenie — jedz mniej, więcej się ruszaj — krzywdzi pacjentów.



Skąd się bierze ochota na słodkie i czy może to być przyczyną niedoborów?

Każdy z nas jest inny, więc ochota na słodczyce może mieć różne podłoże. Może to wynikać ze stosowania zbyt restrykcyjnej diety, z przegładzenia w ciągu dnia lub z powodów emocjonalnych. Niemniej jednak warto przeanalizować swoje zwyczaje z dietetykiem, bo być może okaże się, że uregulowanie posiłków, a także zadbanie o ich jakość, spowoduje, że ochota na te słodczyce będzie dużo mniejsza. Jednak niedobory pokarmowe nie objawiają się w ten sposób, że chce nam się czegoś słodkiego – jest to bardzo duże uproszczenie i raczej mit dietetyczny.

Czy jakieś niedobory witamin i minerałów w organizmie mogą być przyczyną tycia?

Niedobory pokarmowe nie mogą być przyczyną tycia, często są raczej konsekwencją choroby otyłościowej. Wiąże się to z nadużywaniem wysokoprzetworzonej żywności w diecie, z nadużywaniem używek, takich jak alkohol czy papierosy, ale również mogą być związane z tym, że osoby chorujące na otyłość, często cierpią również na nadciśnienie czy cukrzycę i przyjmują leki, które bezpośrednio wpływają na to, że witaminy i składniki mineralne gorzej wchłaniają się z przewodu pokarmowego. Dlatego należy zapamiętać, niedobory pokarmowe nie są przyczyną choroby otyłościowej, ale mogą być jej wynikiem.

Czy pacjent, który dużo je może być niedożywiony? I czym są niedobory żywieniowe?

Osoby chorujące na otyłość paradoksalnie bardzo często są niedożywione. Jest to związane z tym, że ich dieta może być bogata w niskowartościową żywność, która jest bardzo

wysoko przetworzona, mogą one nadużywać alkoholu, palić papierosy. To wszystko wpływa niekorzystnie na wchłanianie witamin i składników mineralnych, co bezpośrednio wiąże się z wystąpieniem niedożywienia. Niedożywienie to właśnie niedobory witamin, składników mineralnych, ale również białka.

Odczarujmy słowo „dieta”, które kojarzy się z akcją, zaciśnięciem pasa, wytrzymaniem do końca jej trwania. Czym tak naprawdę jest dieta i czy może mieć charakter stały?

Dieta ze starogreckiego to styl życia, jednak w dzisiejszych czasach kojarzy się głównie z restrykcjami i późniejszym efektem jo-jo. Tak naprawdę dieta nie musi być pełna wyrzeczeń, ona powinna być dostosowana do nas, do naszego obecnego stylu życia, do tego, czy jesteśmy aktywni czy mniej aktywni, czy mamy pracę zmianową czy nie. Ale jeżeli mamy problem z wprowadzeniem takiej zdrowej diety, to powinniśmy się wesprzeć radą specjalisty, pójść do dietetyka i ułożyć sobie taki indywidualny plan, który będzie wykonalny przez całe życie.

Jak czytać zalecenia dietetyka i umieć stosować je stale?

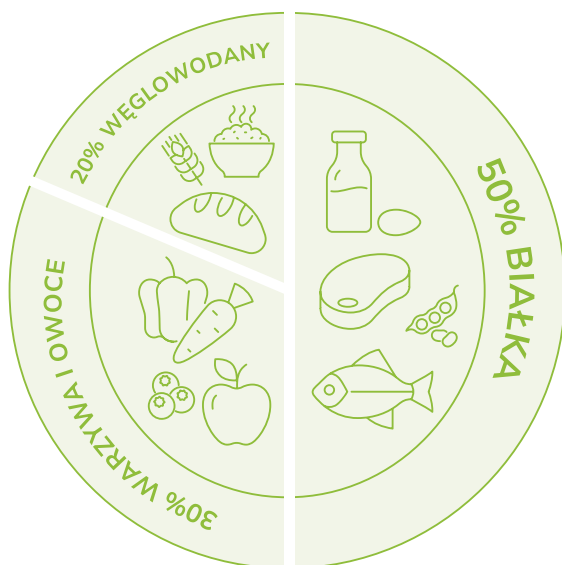
Przede wszystkim musimy pamiętać o tym, że to my jako pacjenci jesteśmy najważniejszym ogniwem w procesie leczenia. I jeżeli jakieś zalecenia dietetyka są dla nas niejasne albo nie współgrają z naszym charakterem i nie są do zastosowania przez całe życie, to należy dietetyka o tym poinformować, ponieważ on nie czyta w naszych myślach. Jeżeli dietetyk nam daje jadłospis, który mamy stosować przez pewien czas, to zapewne jego intencją jest to, żeby to był taki, jak ja to mówię, jadłospis na rozbieg. Czyli, żeby wprowadzić pewne zasady, a później starać się jeść w podobny sposób. Pamiętajmy, że dietetyk jest dla nas i zawsze może-

my do niego wrócić z konkretnym pytaniem. Nie bójmy się pytać – dietetyk powinien odpowiedzieć na każde pytanie i rozwiązać każdą naszą wątpliwość oraz zapewnić nas o tym, że ma plan na dalsze miesiące, ale ten plan możemy modyfikować pod konkretnego pacjenta.

Czym jest talerz bariatryczny?

Talerz bariatryczny jest narzędziem do nauki, jak powinien wyglądać zbilansowany posiłek po operacji bariatrycznej. Znacząco się on różni od talerza zdrowego żywienia dla ogółu populacji. Najłatwiej przedstawić go tak – połowę talerza powinny stanowić dobre źródła białka, czyli chude mięso na przykład: drób, chudy nabiał i strączki. Jedną trzecią powinny stanowić warzywa i owoce, a tylko jedną piątą produkty zbożowe. Chodzi w tym o to, żeby pacjent po operacji bariatrycznej był bardzo dobrze odżywiony i chronił swoją masę mięśniową, dlatego białka w jego diecie powinno być więcej.

Talerz bariatryczny



Jak przygotować się do operacji bariatrycznej pod kątem odżywiania i kiedy zacząć te przygotowania?

Przygotowanie do operacji bariatrycznej, szczególnie od strony żywieniowej, dobrze jest zacząć na kilka miesięcy przed operacją i na pewno nie warto czekać z tym na ostatnią chwilę, ponieważ wymaga to zmian w całej organizacji swojego sposobu żywienia w ciągu dnia. To od czego zacząć, to przede wszystkim wizyta u dietetyka, wypełnienie dzienniczka żywieniowego, czego żaden pacjent nie lubi, ja również. Przede wszystkim, dlatego, że trzeba poznać swoje schematy, swoje codzienne nawyki. Dzięki temu możemy znaleźć błędy, a dietetyk może pomóc w uświadomieniu na czym one polegają, ale także na podstawie tego wyznaczyć plan przygotowania. Tak naprawdę przygotowanie żywieniowe do operacji polega na tym, żeby nauczyć pacjenta żyć według zasad, które później będą go obowiązywały. Pacjent powinien jeść pięć zbilansowanych posiłków dziennie. Posiłki przed operacją powinny być z deficytem energetycznym, żeby pacjent zredukował masę do operacji, ale jednak powinny być na tyle odżywcze, żeby nie prowadzić do niedoborów pokarmowych. Dodatkowo pacjent powinien zmienić sposób w jaki je, to znaczy powinien się w pełni skupić na posiłku, jeść małymi kęsami, dokładnie je przeżuwać i przede wszystkim nie popijać posiłków.

Co to znaczy zbilansowany posiłek?

Zbilansowany posiłek to taki posiłek, który nie jest przypadkowy. Jest to posiłek, który będzie uwzględniać wszystkie makroskładniki, czyli białko i zdrowe tłuszcze i węglowodany, które nie są niczym złym w naszej diecie. Może być to na przykład kanapka z wędliną drobiową, z twarożkiem i z kubkiem pomidorków koktajlowych. Czyli to nie musi być bardzo duży

posiłek, ale musi być to posiłek, który nasyci nas na dłużej, żebyśmy za dwie godziny nie umierali z głodu.

Jak należy się odżywiać krótko po operacji bariatrycznej?

Dieta po operacji bariatrycznej ma kilka etapów. Początkowy etap diety płynnej jest po to, żeby pacjentowi oszczędzić dyskomfortu i dolegliwości, i żeby wspierać jego gojenie. Przede wszystkim dieta po operacji powinna jak najszybciej być uzupełniana w białko – w tym celu stosujemy np. medyczne preparaty białkowe. Pacjent powinien także suplementować witaminy i składniki mineralne oraz dbać o nawodnienie, ponieważ odwodnienie po operacji bariatrycznej może nieść ze sobą wiele nieprzyjemnych konsekwencji – uczucie osłabienia czy zaparcia.



Czy dieta mleczna przed operacją ma sens?

Dieta mleczna nie jest sposobem, który polecam swoim pacjentom, a raczej im ją odradzam. Teoretycznie, dieta ta ma za zadanie obkurczyć wątrobę, która w chorobie otyło-

ściowej jest zwyczajnie otłuszczona. Niestety ta dieta doprowadzi bardzo szybko do niedożywienia i ciężko mi wyobrazić sobie, że ktokolwiek wytrzyma dwa tygodnie jedynie na picciu mleka albo ewentualnie zjedzeniu sałatki. Przez kilka miesięcy przed operacją pracujemy z pacjentem na tym, żeby wyrobił sobie nowe zdrowe nawyki. Nawyki, które będą mu towarzyszyć po operacji, czyli żeby jadł pięć posiłków dziennie, żeby dokładnie przeżuwał, żeby dbał o nawadnianie, i żeby dbał o jakość diety. Jeżeli tuż przed operacją pacjentowi zalecamy dietę mleczną, to niejako wybijamy go z tego, czego go nauczyliśmy. I przypominamy mu o błędnym rozumieniu diety jako czegoś restrykcyjnego i krótkookresowego. Dlatego nie jestem zwolenniczką takiego postępowania.

Dlaczego dokładne przeżuwanie ma tak duże znaczenie w leczeniu otyłości?

Dokładne przeżuwanie jest dla nas korzystne z kilku powodów. Po pierwsze, niezależnie od operacji bariatrycznej, dokładne żucie posiłku, skupianie się na posiłku, powoduje zwiększone wydzielanie naszego endogennego hormonu GLP1, który odpowiada za uczucie sytości. Natomiast po operacji bariatrycznej, wzięcie za dużego kęsa, niedokładne przeżucie i jeszcze popicie, skończy się wymiotami lub bardzo nieprzyjemnym uczuciem przytkania – z jednej strony będzie chciało nam się wymiotować, a z drugiej strony możemy nadmiernie produkować ślinę.

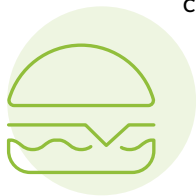
Ile czasu trwa dieta płynna, półpłynna, a kiedy można zacząć spożywać produkty stałe?

Długość etapów diety o zmienionej konsystencji jest zależna od tego, jaki rodzaj zabiegu przeszedł pacjent oraz tego, jak się czuje. Najczęściej wykonywana operacja bariatryczna na świecie, czyli rękawowa resekcja żołądka, nie wyma-

ga długotrwałego utrzymywania diety o zmienionej konsystencji i już po trzech tygodniach pacjent może wrócić do stałych posiłków. Natomiast po operacjach wyłączających, czyli gastric bypass, mini gastric bypass, SASI czy SADI, te etapy mogą być wydłużone. Ale zawsze priorytetem jest pacjent i jego samopoczucie, dlatego musimy go słuchać. Jeżeli pacjent źle się czuje, nadal ma problem z konkretnymi kęsami, z przeżuwaniami nawet rzeczy pokrojonych w małą kostkę, to być może etap diety o zmienionej konsystencji trzeba wydłużyć. Natomiast, jeżeli pacjent zgłasza, że już dłużej nie da rady jeść papek, to przyspieszamy etap przechodzenia do diety stałej.

Czy po operacji bariatrycznej już nigdy nie zjem moich ulubionych dań?

To zależy. Przede wszystkim od tego, jakie jest to ulubione danie. Badania pokazują, że im więcej utrzymujemy się po operacji na dobrej ścieżce, czyli nasza dieta jest odżywcza, ma pięć posiłków dziennie, jemy według zaleceń dietetyka, tym większe są szanse na utrzymanie docelowej masy ciała. Natomiast to nie jest tak, że po operacji nie można już jeść rzeczy, które bardzo lubimy. Ale musimy mieć świadomość, że wszystko z umiarem. Na wszystko w naszej diecie znajdzie się miejsce, ale podstawą musi być nisko przetworzona dieta, bogata w białko, witaminy, składniki mineralne, a dopiero potem, raz na jakiś czas możemy sięgnąć po coś, co bardzo lubimy.



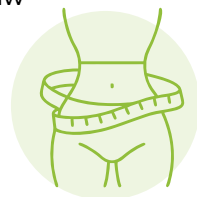
Czy operacja bariatryczna równa się życiu na papkach i zupkach?

Oczywiście, że nie. Chociaż ja raczej dbam o to, żeby pacjenci po operacji bardzo powoli rozszerzali swoją dietę, co nie ozna-

cza jednak, że robimy to przez pół roku. Raczej zamykamy się w ciągu jednego miesiąca. Natomiast, jeżeli pacjent pozostaje bardzo długo na papkach, zupkach, pitnych jogurtach, dla mnie nie jest to dobrym znakiem. Oznacza to zwykle, że pacjent nadal nie nauczył się dobrej techniki jedzenia, nadal nie przeżuwa, nadal nie skupia się na posiłku, co powoduje przytykanie i dlatego woli pić, czy jeść papkę, ponieważ czuje się potem lepiej. To może mieć swoje złe konsekwencje, ponieważ z biegiem lat, przestajemy odczuwać sytość po produktach półpłynnych i płynnych. To może powodować, że zaczniemy po prostu zwiększać ilość przyjmowanych kalorii, co może prowadzić do nawrotu choroby otyłościowej.

Czy operacja bariatryczna sprawi, że już zawsze pozostaniemy szczupli?

Operacja bariatryczna jest obecnie najlepiej poznanym narzędziem do redukcji masy ciała. Natomiast musimy pamiętać, że o tym, jak będzie po paru latach, decyduje tak naprawdę zmiana stylu życia. Jeżeli zakładamy, że wystarczy sama operacja, to nie jest to najlepszy moment na operację. Należy uświadomić sobie, że podstawą jest stała zmiana stylu życia. Nie oznacza to, że musimy zmienić wszystko z dnia na dzień – to jest proces. I w tym procesie jest też miejsce na pewne błędy czy na robienie kroku w tył. Dlatego pacjentem po operacji powinien opiekować się wyspecjalizowany zespół.



Jaki zespół specjalistów powinien opiekować się pacjentem?

Wyspecjalizowany zespół składa się oczywiście z chirurga, anestezjologa, pielęgniarek, dietetyka, psychologa i fizjoterapeuty, którzy pracują z osobami chorującymi na otyłość i mają doświadczenie w tym, jak z nimi rozmawiać, jak je wspierać i jak pokazywać im kierunek, w którym powinny podążać. Dlate-

go raczej zalecam wybieranie ośrodków z dużym doświadczeniem. Nie może być tak, że pacjent wychodzi ze szpitala i zostaje pozostawiony sam sobie. Bo nigdy nie dzieje się tak, że pacjent, jak za dotknięciem czarodziejskiej różdżki, schudnie i to utrzyma. Są też rzeczy, których nie jesteśmy w stanie zaplanować, które pojawiają się nagle i które są na tyle stresujące, że mogą spowodować powrót do starych nawyków, o których już zapomnieliśmy, na przykład do podjadania czy picia słodkich napojów. Wtedy może dojść do tak zwanego efektu jo-jo, a tak naprawdę do nawrotu choroby otyłościowej.

Czy możemy włączać słodycze do codziennej diety?

Jestem zdecydowaną przeciwniczką włączania słodyczy do swoich codziennych posiłków. Jest to związane przede wszystkim z tym, że to jest powrót do starych nawyków, ale także przyzwalanie pacjentowi na to, żeby sprawiał sobie przyjemność jedzeniem. A to już jest jedzenie pod wpływem emocji, czyli rzecz, którą powinien zająć się psycholog. Taka dieta z biegiem czasu stanie się coraz mniej odżywcza, coraz mniej działa na naszą korzyść, a bardzo szybko odbije się przyrostem masy ciała. Pamiętajmy o tym, że choroba otyłościowa jest chorobą przewlekłą, która ma tendencję do nawracania, dlatego przewidujmy, nie pozwalajmy sobie na takie małe ustępstwa, jak słodycze do posiłków, ponieważ bardzo szybko doprowadzi nas to do punktu wyjściowego.

Dlaczego niektórzy jakiś czas po operacji tyją i wymagają reoperacji?

Im dłużej wykonuje się operacje bariatryczne na świecie, tym mamy dłuższą obserwację ich efektów. Ostatnie badania pokazują, że coraz częściej wykonywane są operacje rewizyjne. Jakie są tego przyczyny? Mogą być one wielorakie, zwykle jest to jednak powrót do starych nawyków, do zmniejszenia

aktywności fizycznej, zwiększenia udziału produktów wysokoprzetworzonych, kalorycznych, ale także powrót do jedzenia pod wpływem emocji. Pamiętajmy, że otyłość jest chorobą i nawet po wieloletniej remisji może dochodzić do nawrotu, ale do tego powodem jest raczej sekwencja różnych wydarzeń/czynników, a nie tylko jedna rzecz. Dlatego właśnie potrzebna jest kompleksowa opieka.

Czy pacjenci bariatryczni powinni stosować suplementy diety? Jakże?

Tak, zdecydowanie pacjenci po operacjach bariatrycznych powinni stosować codzienną, skrupulatną suplementację. Jest to związane przede wszystkim z tym, że dokonane zostały zmiany anatomiczne i witaminy i składniki mineralne nie są już tak dobrze wchłaniane, ale również z tym, że porcje są bardzo małe i nie jesteśmy w stanie wraz z dietą dostarczyć tego, czego potrzebujemy. Co powinno się znaleźć w takich suplementach? Na pewno witaminy z grupy B, niekiedy witamina A, witamina D oraz składniki mineralne, między innymi żelazo, wapń, miedź i cynk. Bardzo często pacjenci pytają, jak długo trzeba stosować suplementację. Tutaj nie ma prostej odpowiedzi. Niektórzy pacjenci po rękawowej resekcji żołądka wychodzą z suplementacji po dwóch latach i nie rozwijają niedoborów, ale mam również w swoim doświadczeniu takich pacjentów, którzy bardzo szybko rozwijali niedobory i muszą być na suplementacji dożywotnio. Natomiast po wszystkich operacjach typu gastric bypass, SASI, SADI czy mini gastric bypass, suplementacja jest obowiązkowa do końca życia.

Czym różni się sposób odżywiania osoby po operacji bariatrycznej od odżywiania innych osób?

Dieta osób po operacjach bariatrycznych może się znacząco różnić od diety osób, które nie przeszły takiej operacji. Przede

wszystkim dla pacjentów bariatrycznych porcje są dużo mniejsze, ale też inne jest ułożenie na talerzu. Osoby, które nie przechodziły przez operacje bariatryczne, zwykle powinny mieć połowę talerza złożoną z warzyw lub owoców, w jednej czwartej ze źródeł białka i w jednej czwartej z pełnych ziaren, natomiast u osób po operacjach bariatrycznych zdecydowaną przewagę na talerzu powinny mieć źródła białka, czyli chude mięso, twaróg, jajka, ryby, strączki i orzechy, w jednej trzeciej powinny być to warzywa i owoce, a tylko w jednej piątej produkty zbożowe. Ponadto ważna jest technika jedzenia: osoby po operacjach bariatrycznych bardzo powinny się skupiać na tym, żeby jeść powoli, żeby długo przeżuwać, żeby kęsy były małe, ale również powinny pamiętać o tym, że nie należy popijać w trakcie jedzenia, bo to może doprowadzić do złego samopoczucia czy wymiotów.

Czego nie wolno jeść/pić po operacji bariatrycznej?

Wszystko zależy. Ja bardzo się staram przekazywać moim pacjentom, że nie ma jedzenia dobrego i jedzenia złego, ale należy pamiętać o tym, że coś doprowadziło do choroby otyłościowej i w 99% jest to jednak nadmierna ilość kalorii. Dlatego,

jeżeli ta nadmierna ilość kalorii pochodzi z takich produktów, jak na przykład oliwa z oliwek, która działa prozdrowotnie, to po prostu musimy ograniczyć jej ilość, ale nie będziemy jej wykluczać po operacji. Natomiast, jeżeli to był wpływ słodkich napojów, alkoholu czy fast foodów, to niestety nie powiem, że będziemy mogli wracać do nich po operacji bariatrycznej.

One będą musiały być bardzo okazjonalnie w naszym życiu.

Tłuszcz ma złą prasę. Czy tłuszcz w diecie to samo zło?

Tłuszcze w naszej diecie są potrzebne. Są one nie tylko nośnikiem smaku, ale też witamin tłuszczorozpuszczalnych, czyli



A, D, E i K. Są tłuszcze pochodzące z dobrych źródeł, tak jak wielonienasycone kwasy tłuszczowe z tłustych ryb morskich np. łososia, z orzechów włoskich, z siemienia lnianego, które przeciwdziałają procesom zapalnym w naszym organizmie i mają działanie ochronne przed chorobami układu sercowo-naczyniowego. Mamy jednonienasycone tłuszcze, jak oliwa z oliwek. No i mamy nasycone kwasy tłuszczowe, czyli te, których musimy jeść jak najmniej. Są to tłuszcze pochodzące z tłustych mięs, produktów typu fast food, ze słonych i słodkich przekąsek, z wyrobów cukierniczych. Ale też pamiętajmy o tym, że ilość ma znaczenie, a tłuszcze są najbardziej kaloryczne: dwie łyżki orzechów włoskich to jest bardzo dobre źródło cennych kwasów omega 3, ale to jest już około 200 kalorii. Musimy więc pamiętać o tym, żeby tłuszcze ujmować w posiłkach, ale też zwracać uwagę na ich ilość.

Jak kontrolować to, czy odżywiamy się prawidłowo?

Najlepiej udać się do specjalisty, czyli do dietetyka. Zwykle nie naprawiamy sami pralek, lodówek czy samochodów, tylko udajemy się do specjalistów w tym temacie.

Podobnie, gdy chcemy poprawić lub skontrolować swój sposób odżywiania, udajemy się do specjalisty. Ale zanim pójdziemy do dietetyka, załóżmy dzienniczek żywieniowy, w którym będziemy na bieżąco, jak najdokładniej notować wszystko, co jemy i pijemy.

Obok warto jest sobie notować sytuacje, w których dochodziło do jedzenia, czy emocje, które temu towarzyszyły, ponieważ to da nam i dietetykowi podpowiedź, czy wkrada się jedzenie pod wpływem emocji. Jeśli z takim gotowym materiałem zgłosimy się do specjalisty, to będzie on w stanie określić, czy jesteśmy na właściwych torach, czy jednak gdzieś zbaczamy na te, które nie są dla nas właściwe. Jeśli zaś chodzi o niedobory pokar-



mowe, to warto udać się do swojego lekarza chirurga lub do lekarza pierwszego kontaktu, który zleci odpowiednie badania, na podstawie, których dietetyk będzie mógł doradzić jak sprawić, by dieta była bardziej bogata w konkretne składniki. Natomiast przestrzegam przed tym, żeby sugerować się samodzielnie tylko swoimi wynikami badań.

Jak mają zapanować nad dietą pacjenci, którzy nie są w stanie mierzyć, ważyć i liczyć wszystkiego, co zjadają?

Zwykle takim pacjentom mówię, że przychodzi taki czas, kiedy trzeba się zatrzymać i zadbać o siebie. Dlatego, że jeżeli pacjent już tak mówi, to znaczy, że spotykamy się w momencie, którego może jeszcze nie określić jako kryzys, ale jako spadająca motywacja. Nie da się przyspieszyć procesu leczenia i bardzo bym nie chciała, żeby ktokolwiek to robił. Ja wtedy zalecam, żeby się zatrzymać i naprawdę przez kilka dni, tylko kilka dni, skupić się na tym, co robimy, czyli ile jemy, jak wyglądają te porcje. To nie musi być konieczne ważenie i mierzenie, wystarczy robić zdjęcia wszystkiego co jemy i co pijemy, bo wtedy widzimy, czy to zgadza się z naszym własnym odbiorem swojej osoby.

Dlaczego najchętniej jemy wieczorem?

Wieczorne jedzenie może mieć kilka powodów. Jednym z nich jest to, że w ciągu dnia spieszymy się, a uczucie głodu, które naturalnie występuje, zapijamy kolejną kawą. Może być też tak, że jesteśmy nastawieni na to, że jesteśmy na diecie, więc posiłki muszą być bardzo małe i są za małe, więc jak już wracamy do domu, opadają emocje dnia, to pozwalamy sobie na więcej i wtedy uczucie głodu zaczyna się potęgować. To też może być wynik choroby otyłościowej i błędnego wydzielania hormonów głodu i sytości. A zatem trzeba się przyjrzeć temu, jak funkcjonowaliśmy w ciągu dnia.

Czy są rzeczy, które osoba chorująca na otyłość powinna wykluczyć z diety?

Nie jestem specjalną fanką wykluczania czegoś na całe życie, ale zdecydowanie uważam, że są rzeczy, których powinniśmy unikać. Mówię o całym społeczeństwie, które jest zagrożone obecnie nadwagą i chorobą otyłościową, ale przede wszystkim o pacjentach chorujących na otyłość. Przede wszystkim należy unikać napojów, które niosą ze sobą kalorie, choć fizjologicznie nie odbieramy tego tak, że się najedliśmy. Są to popularne, gazowane napoje, ale też soki, nawet te świeżo wyciskane, dlatego uważam, że lepiej zjeść owoc. Są to dostarczane produkty typu jogurty czy puddingi. No i alkohol, który kiedyś był uznawany jako coś, co działa prozdrowotnie, ale obecnie w ogóle nie ma na to dowodów. Jest wręcz odwrotnie – alkohol niesie ze sobą wiele kalorii, a do tego napędza nasz apetyt i chętnie sięgamy po nim po jakieś dodatkowe jedzenie.

Jakie produkty zawsze powinna mieć w domu osoba chorująca na otyłość?

To, co warto jest mieć w domu, jeżeli chorujemy na otyłość, to przede wszystkim świeże warzywa i owoce. Mogą być to też warzywa i owoce mrożone, które nadal zachowują swoje prozdrowotne właściwości. Dodatkowo – zdrowe źródła białka: chude mięso, tofu, strączki, jajka, twaróg. To są produkty, którymi pacjenci będą się szybko najadać. Warto też mieć zdrowe źródła tłuszczów, czyli na przykład orzechy, tłuste ryby morskie, oliwę z oliwek czy awokado. Natomiast pamiętajmy o tym, że nie liczy się tylko to, co jemy, ale też ile jemy. Zadbajmy o przygotowanie posiłku, jeżeli zbliża się jego pora lub czujemy, że nadchodzi głód. Nie podjadajmy, nie skubmy, tylko nałóżmy posiłek na talerz, usiądźmy do stołu i powoli zjedzmy.

Czy produkty oznaczone „high protein” to dobry pomysł dla chorych na otyłość czy dla pacjentów po operacji bariatrycznej?

Zwykle produkty oznaczone jako high protein to nie jest dobry wybór. Zwykle są to rzeczy, które są bardzo wysokoprzetworzone. Nie spotkałam z tym, żeby na przykład pierś z kurczaka była oznaczona jako high protein, chociaż jest to produkt wysokobiałkowy. Tak samo, mamy dostępne twarogi czy jogurty, które mają wysoką zawartość białka, a nie mają takiej etykiety. Przede wszystkim dbajmy o to, żeby żywność była jak najmniej przetworzona.

Co to znaczy żywność wysokoprzetworzona i czy należy jej unikać?

Żywność wysokoprzetworzona to taka żywność, do której produkcji potrzeba wielu składników i jest to cały proces, jak sama nazwa wskazuje. Należy pamiętać o tym, że to, co jemy, powinno się składać z jak najmniejszej ilości składników, wypisanych na etykiecie. Produktem nisko przetworzonym jest jogurt naturalny, ale niektóre jogurty owocowe, możemy już zaliczyć do żywności wysokoprzetworzonej, ponieważ w ich składzie jest dużo więcej składników. Dlatego zachęcam do tego, żeby czytać etykiety na produktach spożywczych i raczej unikać tych produktów, które w swoim składzie mają wymienionych więcej niż 5 składników. Zamiast jogurtu owocowego lepiej wybrać ten naturalny i owoc.

Czy gotowe produkty wege są zdrowe?



Na pewno dieta roślinna jest dietą zdrową. Natomiast w naszej cywilizacji bardzo lubimy ułatwiać sobie pewne rzeczy, w tym lubimy, żeby żywność była łatwo i szybko dostępna. W związku z tym,

pojawiło się wiele produktów przeznaczonych dla wegan, ale jest to zupełnie inna dieta niż ta standardowa wegańska, roślinna. Te produkty są pełne różnych dodatków do żywności, których raczej powinniśmy unikać. Jest to żywność wysoko przetworzona, dlatego ponownie ja zachęcam do tego, żeby przeczytać etykietę i zobaczyć, ile jest potrzebnych składników do tego, żeby to wyprodukować. Na pewno dużo zdrowiej będzie, jeżeli kupimy jak najmniej przetworzone tofu, czy ugotujemy strączki, które możemy podzielić na porcje i pomrozić w osobnych opakowaniach.

Jak wegetarianie po operacji bariatrycznej mają zadbać o odpowiednią ilość białka w diecie?

Weganie i wegetarianie po operacjach bariatrycznych nie są w łatwej sytuacji, ponieważ muszą uzupełniać białko w diecie. To nie jest żadna tajemnica, że produkty odzwierzęce, takie jak mięso czy ryby, są produktami wysokobiałkowymi, natomiast wegetarianie czy weganie nie mogą z nich korzystać. Rozwiązaniem jest albo suplementacja białka poprzez stosowanie odpowiednich wyrobów medycznych albo korzystanie z tych produktów, które dana osoba dopuszcza: czyli tofu, wszelkie strączki, przerobione zwykle na pasty, ewentualnie jajka i ryby. Na pewno jest to temat, który warto skonsultować ze swoim dietetykiem, ponieważ samodzielne zbilansowanie diety pod kątem białka może być bardzo trudne.

Jak wybrać preparaty białkowe po operacji?

Po operacji bariatrycznej rzeczywiście zaleca się uzupełnianie białka. Ja osobiście w mojej praktyce zalecam, żeby to robić przez stosowanie tak zwanych diet cząstkowych, czyli białka w proszku. Dodaje się je do gotowych już potraw, miesza i czeka przez chwilę przed spożyciem. Dlaczego nie zalecam popularnych odżywek w płynie, które są wysokokaloryczne? Przede

wszystkim dlatego, że możemy to dotychczasowe białko w proszku spożyć razem z posiłkiem. Nie wymaga to od nas burzenia wytworzonych nowych, prawidłowych nawyków żywieniowych, czyli jedzenia w spokoju i jedzenia pięciu



posiłków dziennie, bez podjadania między nimi. A niestety odżywki płynne wymagają tego, żeby pić je po małym łyżeczku, co jakiś czas. Uważam, że to raczej spowoduje, że pacjent dość szybko wróci na stare, błędne tory niż pozostanie na nowych, dobrych.

Jak długo po operacji bariatrycznej stosować preparaty białkowe w proszku?

To zależy od tego, na ile pacjent jest w stanie zaspokoić swoje zapotrzebowanie białkowe dietą konwencjonalną, czyli mówiąc wprost – normalnym jedzeniem. I tutaj konieczne jest prowadzenie dzienniczka żywieniowego i sprawdzenie, ile jesteśmy w stanie zapewnić sobie białka konwencjonalną dietą. Oczywiście ważne jest też to, jaka operacja została wykonana, bo białka wcale nie trzeba tak dużo, jeżeli jesteśmy po rękawowej resekcji żołądka – potrzebujemy wtedy 60-80 gramów białka dziennie, co jest ilością standardową, jak u każdej innej osoby. Natomiast, jeżeli była to operacja wyłuczająca, taka jak gastric bypass, mini gastric bypass, SASI czy SADI, możemy potrzebować nawet 160 gramów białka, a to już jest naprawdę bardzo dużo. W tych przypadkach uważam, że to stosowanie odżywki białkowej będzie raczej przewlekłe.

Co robić, by nie czuć głodu?

Głód wbrew pozorom nie jest naszym wrogiem, a sprzymierzeńcem. Ważne jest jednak to, żeby wiedzieć, czy mamy do czynienia z głodem fizjologicznym, czyli tym dobrym, czy z głodem emocjonalnym. A co robić, żeby nie odczuwać tak zwanego wilczego głodu? Trzeba po prostu jeść regularnie,

mniej więcej co trzy-cztery godziny w ciągu dnia, i zadbać o to, żeby posiłki były jak najbardziej urozmaicone, czyli żeby składały się i z białka i ze zdrowego tłuszczu, i z warzyw i owoców, i z produktów zbożowych. Jeśli mimo tego, będzie pojawiał się wilczy głód, to należy zastanowić się, czy nie jest to głód emocjonalny.

Dlaczego po operacji bariatrycznej trzeba jeść pięć posiłków dziennie?

Tak, po operacjach bariatrycznych trzeba jeść pięć posiłków dziennie i wiem, że większość osób próbuje negocjować – chcieliby zejść do trzech lub chociaż czterech posiłków. Ale sytuacja jest taka, że zostały dokonane zmiany anatomiczne i wielkość posiłków jest zdecydowanie mniejsza, a musimy dostarczyć sobie odpowiednie ilości białka, witamin, składników mineralnych i zdrowych tłuszczu. Miałam wielu pacjentów, którzy próbowali przejść na trzy lub cztery posiłki, ale bardzo szybko okazywało się, że to zaczynało chwiać ich planem dnia, zaraz zaczynali pozwalać sobie na poprzednie małe błędy, czyli przesuwali godziny posiłków, doprowadzali do wilczego głodu, pozwalali sobie też przez to na skubanie jakichś małych przekąsek albo dostarczali sobie większą kaloryczność razem z płynami, czyli na przykład pili soki albo kawę z dużą ilością mleka. A pamiętajmy, że takie bardzo mleczne kawy mogą dostarczyć nawet tysiąc kalorii dziennie. I mamy już rozwiązanie zagadki, skąd masa ciała zaczyna wracać.

Jak odchudzić otyłe dziecko?

Zasada jest taka, że dzieci się nie odchudza. Przede wszystkim dlatego, że dzieci są w fazie wzrostu, rozwoju, więc potrzebują kalorii oraz wszystkich makro i mikro składników. Jednak dzieciom należy wprowadzać racjonalne zasady żywienia. Ale, co bardzo ważne, wprowadzając zmiany w stylu życia,



Dzieci się nie odchudza, należy wprowadzać im racjonalne zasady żywienia.

nie stygmatyzujemy dzieci, bo te zmiany mają dotyczyć nie tylko dziecka, ale całej rodziny. To jest gra zespołowa – cała rodzina musi ograniczyć pewne produkty w swojej diecie i wprowadzić więcej aktywności fizycznej, ale przez zabawę, tak żeby była ona przyjemna dla dziecka. Możemy dziecko włączyć w przygotowywanie posiłków i to nie musi być wielka rzecz: dziecko nie musi grillować piersi z kurczaka, wystarczy, że umyje i potnie sałatę do obiadu.

Czy powinniśmy restrykcyjnie wykluczać słodycze z diety dziecka?

Restrykcje w tak zwanym odchudzaniu dzieci nie są dobre, bo pamiętajmy, że nie tylko jeden czynnik wpłynął na rozwi-

nięcie choroby otyłościowej u dziecka. To nie jest tylko ta jedna rzecz, na przykład baton, który dajemy dziecku do szkoły lub to, że dziecko raz na dwa tygodnie pójdzie na urodziny i naje się słodczy. To są prawdopodobnie małe, niezauważalne przez nas nawyki, które przekazujemy swoim dzieciom. Dlatego nie uważam, że dziecku trzeba wszystko wykluczyć. To będzie dla niego duży szok i duża krzywda. Raczej powinniśmy umiejętnie sterować jakością posiłków dziecka, bo być może, jeżeli dziecko zacznie jeść regularnie, a jakość posiłków będzie wysoka, i będą się one składać z jak najmniej przetworzonych produktów, to ochota na słodczy czy tzw. junk food, czyli słone przekąski, zdecydowanie u dziecka spadnie.

Jak wybrać dietetyka?

Odradzam sugerowanie się mediami społecznościowymi, ponieważ nigdy nie wiemy, kto jest po drugiej stronie i czy ta osoba ma rzeczywiście doświadczenie w prowadzeniu osób chorujących na otyłość. Natomiast zalecam przede wszystkim sprawdzenie wykształcenia tej osoby i jej doświadczenia w indywidualnym prowadzeniu pacjentów chorujących na otyłość, a także sprawdzenie, czy ta osoba odznacza się empatią. Na pewno nie bez znaczenia będą opinie lekarza endokrynologa czy lekarza bariatry, którzy zwykle otaczają się ludźmi, do których mają pełne zaufanie.

Jaka jest rola dietetyka w procesie leczenia otyłości?

Dietetyk pełni kluczową rolę w procesie zmiany stylu życia i w leczeniu otyłości zajmuje równorzędne miejsce razem z innymi specjalistami, takimi jak lekarz, psycholog, fizjoterapeuta czy pielęgniarka. Warto jest pamiętać o tym, że dietetyk nie jest naszym wrogiem, a sprzymierzeńcem. Będzie pomagał w całym procesie: i w przygotowaniu do leczenia

i w dalszym prowadzeniu. Czasem może zwracać uwagę na małe błędy, które zaczynają się pojawiać w naszej codzienności i które mogą zwiastować powrót do starych nawyków. To może być trudne dla pacjenta, ale jest bardzo ważne. Dlatego uważam, że powinniśmy mieć z dietetykiem tak zwaną chemię i czuć, że ta osoba do nas pasuje i nas rozumie.

Jak najlepiej skorzystać z wizyty u dietetyka?

Przede wszystkim trzeba sobie uświadomić, że praca z dietetykiem nie może się skończyć na jednej wizycie. Pierwsza wizyta u dietetyka to zwykle jest bardzo pogłębiony wywiad żywieniowo-dietetyczno-zdrowotny. To jest takie zapoznanie, które jeszcze nie gwarantuje, że dietetyk znajdzie receptę na pracę z danym pacjentem. Po takiej pierwszej wizycie, jeżeli pacjent tego oczekuje, może dostać indywidualny jadłospis, natomiast nie możemy żyć w przekonaniu, że ten jadłospis starczy nam do końca życia, bo każdemu taki jadłospis się po prostu znudzi. Dlatego, jeżeli planujemy współpracę z dietetykiem, nastawmy się na to, że to będzie proces kilku- kilkunastomiesięczny. Nie chcemy przecież pracować nad tym, żeby schudnąć dwa kilo, tylko prawdopodobnie nad zmianą wieloletnich nawyków. My, dietetycy musimy te nawyki odkręcić, nauczyć pacjenta komponowania posiłków, na przykład w oparciu o talerz zdrowego żywienia, i wytyczyć mu długofalową ścieżkę.



ZDROWIE I EDUKACJA
AD MERITUM

FUNDACJA

Fundacja Zdrowie i Edukacja Ad Meritum została założona w 2018 roku. Naszym celem jest inicjowanie i wspieranie wszelkich działań, które przyczyniają się do podnoszenia wiedzy społeczeństwa na temat zdrowego stylu życia, chorób, sposobów ich zapobiegania, problemów chorych i ich bliskich. Wspieramy też niezbędne zmiany w systemie ochrony zdrowia, które mogą przyczynić się na lepsze i dłuższe życie Polaków.

W ramach działań Fundacji:

- Wspieramy działania na rzecz profilaktyki zdrowotnej, byliśmy np. partnerem Porozumienia na Rzecz Dobrych Praktyk w Szczepieniach, działaliśmy m.in. na rzecz udostępnienia szczepionki przeciwko rotawirusom dla wszystkich niemowląt.
- Prowadzimy Kampanię Na Wagę Zdrowia, której celem jest zapobieganie i leczenie otyłości u dzieci i dorosłych.

- Prowadzimy projekty edukacyjne i prozdrowotne w mediach społecznościowych i na stronie fundacji, skupiając się na takich chorobach jak m.in.: cukrzyca, choroby układu nerwowego, jak miastenia, astma oskrzelowa, trądzik odwrócony, otyłość, rak szyjki macicy i inne.
- Wspólnie ze Stowarzyszeniem Edukacji Diabetologicznej byliśmy współautorami raportu „Polska rodzina z cukrzycą”.
- Wspólnie z Polskim Towarzystwem Neurologicznym przygotowaliśmy raporty: „Miastenia jako problem kliniczny i społeczny. Wyzwania dla optymalizacji opieki nad pacjentem w Polsce” oraz „Neurologia w Polsce. Stan obecny i perspektywy rozwoju”.
- Aktywnie uczestniczymy w debacie publicznej, zabierając głos ekspercki w tematach dotyczących otyłości czy komunikacji zdrowotnej podczas konferencji systemowych i w posiedzeniach zespołów parlamentarnych, tj. Parlamentarnego Zespołu ds. Zdrowia Matki i Dziecka, Parlamentarnego Zespołu ds. zdrowego stylu życia oraz przeciwdziałania nadwadze i otyłości.
- Przystąpiliśmy do Rady Organizacji Pacjentów przy Rzeczniku Praw Pacjenta, która skupia swoją działalność na wprowadzaniu zmian w systemie opieki zdrowotnej tak, aby stał się on przyjazny zarówno dla pacjenta, jak i jego bliskich.
- Jesteśmy członkiem zespołu ds. zdrowia mózgu przy Rzeczniku Praw Pacjenta.
- Dołączyliśmy do Partnerstwa na Rzecz Profilaktyki i Leczenia Otyłości STOP OTYŁOŚCI, która to inicjatywa łączy ekspertów zdrowia publicznego, nauki, sektora społecznego oraz biznesowego i ma na celu opracowanie i wdrożenie działań na rzecz profilaktyki i leczenia choroby otyłościowej w Polsce.



ZDROWIE I EDUKACJA
AD MERITUM

FUNDACJA

Jeśli jesteście ciekawi, co aktualnie robimy,
to zapraszamy na naszą stronę internetową



www.zdrowieiedukacja.org

oraz nasze kanały w social mediach



FundacjaAdMeritum



zdrowieiedukacja



Zdrowieiedukac1

Zapraszamy do śledzenia naszych profili!

PATRONI MERYTORYCZNI



PATRONI MEDIALNI



PARTNER

Medtronic