

WIESŁAW TARNOWSKI
PAWEŁ JAWORSKI

Opieka bariatryczna w Polsce

Termin bariatria pochodzący od greckich słów *baros* (ciężar) i *iatreia* (leczenie) odnosi się do leczenia i zapobiegania ciężkiej chorobie, którą jest otyłość. Problem otyłości i chorób jej towarzyszących znany był już od dawna – w zapiskach Hipokratesa znalaziono wzmianki o otyłości mówiące o tym, że „to nie tylko sama choroba, ale także zwiastun innych”. Jednak dopiero ostatnie dekady zmieniły postrzeganie otyłości nie tylko jako defektu kosmetycznego, ale przede wszystkim poważnego problemu zdrowotnego. Otyłość to globalna pandemia XXI w., co najmniej 2,8 miliona ludzi umiera każdego roku z powodu nieprawidłowej masy ciała.

Liczba osób z nadmierną masą ciała (nadwaga i otyłość) stale wzrasta, nawet w krajach Afryki, a w Stanach Zjednoczonych w bardzo szybkim tempie zbliża się do 50% populacji mieszkańców. Dane dotyczące polskiej populacji są równie zatrważające – nadmierną masę ciała stwierdza się u 60% dorosłych, a wg szacunków NFZ za ok. 6 lat osób chorujących na otyłość będzie nawet 30%. Ciężka otyłość dodatkowo zwiększa ryzyko powikłań związanych z chorobami towarzyszącymi otyłości takimi jak: choroba wieńcowa, nadciśnienie tętnicze, choroby układu oddechowego. Tylko z powodu cukrzycy i jej powikłań w ciągu godziny umiera na świecie 600 osób. Międzynarodowa Agencja ds. Badań nad Rakiem (IARC) dostrzegła i udowodniła wpływ nadmiernej masy ciała jako kolejnego czynnika ryzyka rozwoju nowotworów (m.in. tarczycy, przełyku, raka wpustu żołądka, nerek, szpiczaka mnogiego, trzustki, nowotworów jelita grubego). Analiza prac opublikowanych w ciągu ostatnich 6 miesięcy, związanych z pandemią koronawirusa wykazała wyższe o prawie 50% ryzyko zachorowania i zgonu na COVID-19 pacjentów z otyłością, a także ponad dwukrotnie wyższe ryzyko hospitalizacji. Podatność na zespół ostrej niewydolności oddechowej (ARDS), głównej przyczyny śmiertelności na COVID-19, jest znacznie większa wśród osób z otyłością.

Opieka bariatryczna

Chirurgia bariatryczna jest tylko jedną z form leczenia otyłości, ale cechuje ją najtrwalszy rezultat utraty nadmiernej masy ciała. Nadmierna masa ciała to często efekt nieprawidłowych nawyków żywieniowych i braku regularnego wysiłku fizycznego (2,5 godziny tygodniowo dla dorosłych według definicji WHO).

Kluczowy do oceny stopnia otyłości jest wskaźnik masy ciała (BMI – *body mass index*), który został opracowany w latach trzydziestych XIX w. przez Lamberta Adolphe Jacquesa Quetelet, belgijskiego astronoma i matematyka. Nie jest to wskaźnik idealny, jest dobrym parametrem oceny nadmiernej masy ciała ze względu na jego korelację z ryzykiem rozwoju chorób towarzyszących otyłości oraz z ryzykiem śmiertelności. Problemem podnoszonym od lat jest brak rozróżnienia masy tłuszczowej i masy mięśniowej, lecz próby wprowadzenia nowych wskaźników nie przyniosły rezultatu i ocena stanu odżywienia opracowana przez Światową Organizację Zdrowia na podstawie BMI jest wciąż podstawowym czynnikiem rozpatrywanym przy kwalifikacji chorego do operacji bariatrycznej.

Chociaż operacje bariatryczne wykonywane były wiele lat wcześniej, to kluczowym momentem dla zdefiniowania opieki nad pacjentem bariatrycznym była konferencja National Institutes of Health (NIH) w 1991 r. Wielodyscyplinarny zespół ekspertów, złożony m.in. z chirurgów, gastroenterologów, endokrynologów, psychiatrów i dietetyków przygotował swoje stanowisko, w którym podkreślono rolę zachowawczego leczenia otyłości w ramach programów obejmujących modyfikację nawyków żywieniowych i intensyfikację wysiłku fizycznego, szczególnie przy pierwszej próbie leczenia otyłości. Bardzo ważne jest wsparcie psychologiczne zarówno w trakcie leczenia zachowawczego, jak i całym procesie leczenia operacyjnego to znaczy w trakcie przygotowania do operacji, okresie okołoperacyjnym i po zabiegu operacyjnym. Leczenie chirurgiczne można rozważyć u dobrze poinformowanych i zmotywowanych pacjentów, u których ryzyko operacyjne jest dopuszczalne. Kandydaci do takiego leczenia powinni być starannie wyselekcjonowani po ocenie przeprowadzonej przez multidyscyplinarne zespoły i objęci nadzorem do końca życia.

Właściwa kwalifikacja do chirurgicznego leczenia otyłości to jeden z kluczowych czynników wpływających na jego wyniki. Przed zaproponowaniem pacjentowi leczenia operacyjnego chirurg, przeprowadzając wywiad, analizuje dotychczasową historię prób redukcji masy ciała oraz wstępnie kwalifikuje chorego do operacji. Ostateczna kwalifikacja chorego do operacji, jak stanowczo podkreślano w konsensusie konferencji NIH, musi mieć charakter multidyscyplinarny, jest to decyzja zespołu składającego się ze specjalistów doświadczonych w leczeniu otyłości: chirurga, internisty, anestezjologa psychologa lub psychiatry, dietetyka, fizjoterapeuty, a w razie potrzeby także kardiologa, pulmonologa, gastroenterologa i neurologa. Operacje bariatryczne powinny być wykonywane w ośrodkach specjalizujących się w tego typu zabiegach, pozwalających wspólnie z pacjentem wybrać optymalną (wskazania medyczne i preferencje chorego) dla niego metodę operacyjną, posiadających przygotowanie merytoryczne i odpowiedni sprzęt. Nie jest to tylko wyposażenie bloku operacyjnego (m.in. stół operacyjny, narzędzia laparoskopowe), lecz także wyposażenie oddziału (łóżka szpitalne o nośności 250-300 kg, kozetki, wózki inwalidzkie, krzesła, podesty bariatryczne) i zaplecze sanitarne (kabiny prysznicowe przystosowane dla osób otyłych wyposażone w odpowiednie uchwyty i poręcze).

Kluczowym, niestety często pomijanym, aspektem przy kwalifikacji chorego do operacji jest konsultacja psychologiczna (kompleksowa ocena wymaga czasem kilku spotkań z psychologiem), która obejmuje ocenę psychologiczną behawioralną, żywieniową, rodzinną, a czynniki osobowości powinny być integralną częścią oceny przedoperacyjnej pacjenta.

Od połowy XX w. wykonuje się operacje mające na celu leczenie otyłości. W chwili obecnej do wyboru jest co najmniej kilkanaście różnych typów operacji, mniej lub bardziej zmieniających czy modyfikujących nie tylko anatomię, ale i fizjologię układu pokarmowego oraz cechujących się różną liczbą i rodzajem powikłań długoterminowych. Wspólną cechą łączącą wszystkie operacje jest sposób dostępu – laparoscopia jest preferowaną techniką. Szczegółowe kryteria kwalifikacji do danej metody operacyjnej i rodzaje metod operacyjnych wykraczają poza ramy tematyczne tego opracowania. Leczenie bariatryczne jest leczeniem spersonalizowanym – należy wybrać procedurę, która wydaje się korzystniejsza dla pacjenta i jest dla niego akceptowalna. Dlatego każdy ośrodek powinien dysponować różnymi metodami operacyjnymi.

Od wielu lat szeroko omawiany jest wzorcowy program opieki nad pacjentem bariatrycznym. Opisany w tym rozdziale schemat dotyczy opieki bariatrycznej w Polsce, ale czy ona rzeczywiście tak wygląda? Niestety, nie zawsze...

Ma to bardzo wiele przyczyn, bardzo często główną są pieniądze. Na początku należy powiedzieć, że żaden system opieki zdrowotnej na świecie nie jest w stanie objąć opieką bariatryczną wszystkich pacjentów wymagających operacji. Szacuje się, że w Stanach Zjednoczonych mniej niż 1% pacjentów wymagających operacji bariatrycznej jest operowanych. Nie ma takich danych dotyczących populacji polskiej. Przygotowanie kompleksowe pacjenta bariatrycznego i opieka pooperacyjna wymaga od ośrodka wykonującego operacje dużych nakładów finansowych: zakup sprzętu i przygotowanie całego zaplecza, które musi być dostosowane do pacjentów z dużą masą ciała (większość pacjentów waży >100 kg), zatrudnienie (bądź wyszkolenie) chirurga i zespołu operacyjnego z odpowiednią kwalifikacją, psychologa, dietetyka, koordynatora pacjentów bariatrycznych. Zawsze są to olbrzymie koszty dla szpitala, chociaż koszty konieczne, jeśli chcemy się zajmować opieką bariatryczną kompleksowo. Chirurgiczne leczenie otyłości to nie jest sama operacja, to także proces przygotowania pacjenta do operacji i odpowiednia, zindywidualizowana, wieloletnia opieka pooperacyjna. Opieka bariatryczna nad pacjentem z otyłością olbrzymią jest swoistym systemem naczyń połączonych, każdy z jej elementów jest bardzo ważny i zależny od innego. Nawet najlepiej wykonana operacja nie będzie dobra dla chorego bez odpowiedniej kwalifikacji i kompleksowej opieki przed i pooperacyjnej.