

Naučí bariatrická chirurgie obézní pacienty lepším stravovacím návykům?

Mgr. Daniela Hanušková¹, Mgr. Bc. Martina Daňková^{1,2},

1. Lékařská fakulta, Univerzita Karlova, Praha¹

3. interní klinika a Klinika dětského a dorostového lékařství², 1. LF UK, Praha

Bariatrická chirurgie představuje skupinu operačních zákroků na trávicím traktu, s primárním záměrem dlouhodobé úspěšné redukce hmotnosti a zlepšení zdravotního stavu i celkové kvality života pacienta se všemi psychologickými, sociálními a ekonomickými aspekty. Přínosy bariatrické chirurgie dle aktuálních poznatků přesahují i do terapie metabolických poruch – diabetes mellitus 2. typu, inzulinové rezistence, hypertenze, dyslipidemie a v neposlední řadě vedou i ke snížení celkové mortality pacientů s vyššími stupni obezity. V minulosti byla konvenční bariatricie chápána jen jako jedna z cest terapie obezity a pozitivní dopad na organismus byl jen jejím vedlejším efektem, jehož rozsah je přímo úměrný počtu redukováných kilogramů a s opětovným přibíráním na váze se vytrácí. Novější koncepce bariatrické metabolické chirurgie je proto rozšířená i o záměr regulovat známá metabolická onemocnění a nejen extrémní tělesnou hmotnost

a zároveň se stává pro řadu pacientů dostupnou možností.

Rozhodnutí o chirurgickém výkonu je celé v rukách multidisciplinárního týmu odborníků se zkušenostmi s chirurgickou terapií obezity a odvíjí se od výsledků různých vyšetření, kterými indikovaný pacient postupně prochází. Rutinně se provádějí vyšetření, která jsou shodná s jakoukoliv jinou operací v dutině břišní, ale v závislosti na individuálních charakteristikách pacienta jsou provedena i další posouzení včetně psychologického posudku o behaviorálních, osobnostních a sociálních faktorech pacienta. Pacient naopak nemůže být operován, pokud se například nikdy v přechodí době nepokusil o konzervativní léčbu obezity pod odborným dohledem; pokud trpí závažnějším psychiatrickým onemocněním a pokud není schopen dlouhodobé spolupráce s medicínskými pracovníky a péče o sebe sama. Právě celoživotní odborný dohled, který je iniciován ještě před samotnou operací, je

předpokladem pro dlouhodobě úspěšnou léčbu obezity i jejich přidružených onemocnění. Již v předoperačním období je pacient edukován o úpravě stravování a životosprávy, na které je pak úspěšnost bariatrické chirurgie v pooperačním období silně závislá. Toto zahrnuje nejen optimální stravovací režim, ale i adekvátní fyzickou aktivitu, motivaci a vytrvalost na cestě za cílem, který je vhodné nastavit především realisticky. Příliš velká očekávání totiž mohou vyústit ve zklamání a pocit selhání, což by u pacienta mohlo znamenat omezené dodržování doporučení a režimových opatření nebo i úplný návrat k původním stravovacím návykům.

Po operaci dosahují pacienti v závislosti na typu operace ztráty zhruba 44–80 % nadměrné tělesné hmotnosti. Průměrný hmotnostní úbytek je nejvíce a nejrychleji patrný u gastrického bypassu (RYGB) a biliopankreatické diverze (BPD), oproti laparoskopické sleeve-gastrektomii (LSG) a adjustabilním bandážím (LAGB). Oproti tomu existuje nemalá část pacientů (zhruba 20–35 %), kteří ztracenou hmotnost nebo její část nabírají zpět. Děje se tak často po druhém roce od výkonu a spolu s tím se mohou opět projevit i související přidružená onemocnění. Mezi tři nejčastější příčiny tohoto relapsu (znovuzplanutí nemoci) se řadí právě nevhodné stravovací návyky, neadekvátní fyzická aktivita a prvky motivace. Výskyt opětovného nárůstu tělesné hmotnosti je však pravděpodobně podhodnocena a neodpovídá reálnému stavu; stejně tak zůstává nejasné, v jakém rozsahu se u post-bariatrických pacientů vrací redukovaná hmotnost zpět. Sběr dat je v odvětví bariatrické metabolické chirurgie poněkud ztížen nedisciplinovaností samotných pacientů, kteří se v době po operaci postupně ztrácejí z kontaktu s odborným pracovištěm. Kalifornská studie z roku 2009 připisuje větší noncompliance pacientům po bariatrickém výkonu v porovnání s obdobím před ním, neboť jak vyplynulo z pozorování – obézní pacienti před operací jsou schopni lepšího přizpůsobení se doporučením daným odborníky, neboť si operaci velmi přejí. Nejméně dodržovanou záležitostí bylo v tomto pozorování právě setkávání s interdisciplinárním týmem, dále v pooperačním období vzrostla míra nedodržování redukčního plánu zahrnujícího dietní režim a pohybovou aktivitu. Velice častý byl i špatný výběr potravin, který byl po 6 až 12 měsících pozorován u 37 % pacientů, oproti 11 % před operací.

Změna životního stylu je ale pro dlouhodobě úspěšnou redukci tělesné hmotnosti jedním z klíčových požadavků, a proto se také stala předmětem pozorování celé řady studií. Nedávná italská studie pozorující 96 pacientů po LSG ve svém závěru přinesla zjištění, že sledovaní obézní pacienti po operaci dané pokyny v rámci diety i užívání předepsaných doplňků stravy nedodržují ve stále rostoucí míře, a to i přes pravidelnou edukaci v oblasti výživy během individuálních konzultací vedených nutričním terapeutem, poskytovaných v tříměsíčních intervalech. Tito zúčastnění jedinci své selhání nejčastěji přisuzovali slabé disciplíně a nedostatečné podpoře ze strany rodiny a blízkých, z čehož jednoznačně vyplývá, že i přes bariatrický zákrok není snadné si osvojit nové stravovací návyky, protože je spolu s tímto nutná i změna v osobních zvycích a rodinných tradicích, které byly budovány po dlouhá léta. Rozvolnění dietního režimu silně souviselo s opětovným

zvýšením tělesné hmotnosti i u účastníků brazilské studie z roku 2012. Zde bylo při sledování 100 obézních pacientů po dobu 85 měsíců dokázáno, že nízká úroveň stravování, charakterizovaná konzumací vysokoenergetických pokrmů, snacků a sladkostí, stejně jako i tuků a tučných potravin, byla statisticky častější u těch pacientů (56 %), kteří po úspěšné redukci hmotnosti během prvního roku od RYGB začali opět přibírat. Stejná studie ve výsledcích uvedla, že do dvou let od operace navštěvovalo nutričního terapeuta pravidelně 83,7 % ze sledovaných pacientů. Mezi druhým a pátým rokem od operace to bylo 69,7 % pacientů a později už jen pouhá 3 %. Dále také jiný kolektiv autorů poukázal na typický sklon účastníků k podhodnocování energetické hodnoty pokrmů až o 40 % při většině pokusů o její odhad. U post-bariatrických pacientů také postupem času roste chuť experimentovat, což představuje velké nebezpečí obnovení původních stravovacích návyků ve stravování či dokonce projev některých patologických rysů. Pro mnohé pacienty totiž jídlo mohlo představovat zdroj potěšení a zklidnění se, a protože nově zmenšený žaludek nesnese velké množství potravy naráz bez průvodní bolesti nebo zvracení, začalo se objevovat nápadně časté uždibování, tzv. grazing, kdy dochází ke konzumaci menších porcí jídla kontinuálně během delšího časového úseku. Toto maladaptivní chování nejenže přispívá ke zpomalení procesu redukce hmotnosti nebo k jejímu opětovnému zvýšení, ale může přerůst i v poruchu příjmu potravy.

V současné době by mělo být předmětem snahy určení nových strategií, které by všem pacientům bariatrické metabolické chirurgie poskytly oporu v dlouhodobé snaze o úspěšnou terapii obezity. Vlastní sledování energetického příjmu ze stravy, tzv. self-monitoring, je jednou ze základních dovedností, které je nutné si osvojit za účelem vlastní kontroly přijaté energie a živin a také pro odhalení případných problematických vzorů ve výběru potravin i v jídelním chování, na kterých je nutné neprodleně pracovat, ideálně ve spolupráci s nutričním terapeutem. Důležité je tedy nezaměřit pozornost jen na množství přijaté energie, ale věnovat při nutričních konzultacích dostatek prostoru i edukaci o správném složení stravy názorně, například v podobě „bariatrické pyramidy“ či jiných grafických zpracování. I přes snížený objem žaludku nečiní operovaným pacientům větší potíže konzumace nežádoucích potravin s koncentrovanou energií v malé porci, navíc obsahujících nevhodné složení tuků, vyšší množství jednoduchých sacharidů nebo případně další nežádoucí látky vznikající v průběhu výroby (např. sekundárně zpracované masné výrobky, smažené pokrmy obsahující přepálený tuk, mražené krémy, pokrmy z listového těsta, pokrmy obsahující větší množství přidaných cukrů apod.).

Na závěr je třeba připomenout, že bariatrická metabolická chirurgie je zákrok elektivní (tzn. plánovaný), umožňující jak adekvátní přípravu ze strany multidisciplinárního týmu, tak přípravu ze strany pacienta samotného. Předpokládáme-li, že k rozvoji obezity indikovaného pacienta přispěly převážně nevhodné stravovací návyky, je poté třeba zahájit takovou intervenci, která povede k obourání nežádoucích vzorců chování a umožní pacientovi

¹ V řadě zahraničních zdrojů se setkáváme s výrazem „compliance“, který v doslovném výkladu znamená podřízení pacientů „příkazům“ daným zdravotníky bez předchozí vzájemné diskuse. Preferovaným, ačkoliv také ne perfektním, je proto spíše výraz „adherence“, resp. „non-adherence“, o které hovoříme v případě, kdy je dlouhodobý postoj jedince-pacienta rigidní a s doporučeními zdravotníků se neshoduje.

pochopit a přijmout principy redukční diety a správné výživy. Skutečnost, že se pacientům v pooperačním období i přes veškerou snahu ze strany nutričních terapeutů nedaří dosáhnout adekvátního příjmu některých živin (bílkovin, vlákniny), přičemž se energetický příjem postupem času stále zvyšuje a výběr potravin opět nápadně připomíná předchozí stravovací návyky, je alarmující. Tato nemalá

část pacientů, u kterých v důsledku vlastní nedisciplinovanosti dochází k zastavení redukce tělesné hmotnosti či relapsu obezity, se proto stává důkazem důležitosti průběžného osobního kontaktu pacienta se zdravotnickým týmem. Ten je na základě výsledků mnoha observačních studií pro trvale úspěšnou léčbu obezity vysokého stupně stále silným a nenahraditelným předpokladem.