

Размерът XXL

*Когато ни тежи,
а няма друг избор*



През вековете, символът за женска красота се е променял постоянно – от Рубенсовите чувствени форми до супер слабите манекенки днес. Физиката на Рубенсовите жени - пицните форми и широкият таз - се свързва с плодovitостта при жената. Когато този тип жени са били на мода, светът е бил друг - с много войни, жертви, опити за преразпределяне на територии, и оцеляването на човека е трябвало да бъде гарантирано. Тези жени са обещавали чрез формите си да раждат деца. Тяхната външност е гарантирала продължението на рода. Сега времето е друго и критериите се променят. Красотата при жените вече не се определя от това дали ще раждат деца.

През нито един век от своето съществуване женската половина от човечеството не е водила толкова ожесточена битка със своето тяло. В тази битка в началото на века се включиха хладни оръжия, като скалпела, и космически оръжия от типа на лазера.

Красотата, с цялата относителност на това понятие, се афишира в съвременния свят като едно от основните достойнства, които би трябвало да притежава човек.

Парадокс в този контекст е разрастващата се епидемия от затлъстяване, която поразява в най-големи мащаби проспериращите западни страни. Специалистите са категорични, че свръхтеглото е на второ място след тютюнопушенето, причиняващо преждевременна смърт. Българите са малка нация с много излишни килограми. У нас 2/3 от хората над 18 години са с наднормено тегло, като тенденцията е техният брой да се увеличава. Тази тенденция има директна връзка с ниския стандарт на живот, който предполага поглъщането на висококалорична некачествена храна и от друга страна, с друга мрачна статистика, според която българите се нареждат на първо място по мозъчни инсулти в света. Не на последно място роля за затлъстяването играе и стресът. Хората не се хранят единствено, за да се наситят. Храненето представлява средство за задоволяване на определени психологически потребности на човека.

Затлъстяването не бива да се разглежда само като естетическа особеност, а като заболяване, което се нуждае от цялостно лечение. Сред причините за възникването му са генетичната предразположеност и наследствеността, факторите на околната среда, метаболизмът, хранителни разстройства. Многобройни са заболяванията и състоянията, асоциирани с наднорменото тегло: атеросклероза, артериална хипертония, диабет тип II, хормонални нарушения, водещи до стерилитет, синдром на затруднено дишане по време на сън, перманентна депресия, жлъчни камъни, ставни проблеми.

Най-достъпният начин за установяване на нормалното и наднорменото тегло се определя чрез индекса за телесната маса /ИТМ/ – Body Mass Index. BMI -мярка за съотношението между ръст и тегло, се изчислява като теглото в килограми се разделя на височината в метри, повдигната на квадрат. ИТМ = kg/m²

КАТЕГОРИЯ	ИТМ	ЗДРАВЕН РИСК
Тежко затлъстяване	40+	Много висок
Затлъстяване	30 - 39.9	Висок
Наднормено тегло	25 - 29.9	Повишен
Нормално тегло* (поздравления!)	20 - 24.9	Нормален до нисък по-малко от 20
Ниско тегло	по-малко от 20	Повишен

Един прост, но точен индикатор за здравен риск е обиколката на талията. Тънката талия е единствената черта на женското тяло, която винаги е била стандарт за красота. Тя е очевиден признак за здравето на жените, което е обусловено от високото съдържание на естроген в организма. Заоблеността на талията свидетелства за понижаване на нивото на естроген и повишено предразположение към заболявания. Мазнините по корема обикновено се трупат в дълбочина и попадат непосредствено в черния дроб, отделяйки мастни киселини, хормони и белтък директно в кръвта.

Този тип "мъжко", коремно затлъстяване (тип "ябълка", андроиден тип) се свързва с много по-голям риск за здравето, отколкото периферното отлагане на тлъстини в областта на ханша и бедрата (тип "круша", "женско", гиноиден тип). Едри бедра и закръглено гупе е здравословната женска фигура. Мастните клетки по бедрата са по-склонни да произвеждат хормона адипонектин, който се свързва с понижен риск от сърдечно-съдови заболявания.

РИСК, СВЪРЗАН С ОБИКОЛКАТА НА ТАЛИЯТА

	ПОВИШЕН	МНОГО ВИСОК
Мъже тип "ябълка"	над 94 см	над 102 см
Жени тип "ябълка"	над 80 см	над 88 см

Когато промяната в поведението относно храненето, физическите усилия или подходящи медикаменти не показват никакъв ефект, може да се мисли за хирургична намеса. А и тежките диети и възвръщането на килограмите често пъти подлагат на тежки метаболитни, психологически отклонения хората с наднормено тегло. Когато рисковете за тежки заболявания и фатален изход, свързани със затлъстяването, надвишават тези от усложнения при една операция, към последната може да се пристъпи като преди това е необходима оценка на здравословното състояние от лекари, диетолози, психолози.

Бариатрията е клон на медицината, третиращ причините, превенцията и лечението на затлъстяването – както фармакологично, така и хирургично.



Хирургичните намеси биват няколко типа:

Малабсорционни

Консумацията не се ограничава, но поетата храна се усвоява от организма в по-ниска степен. Намалява количеството хранителни вещества и калории, абсорбирани от дебелото черво.

Най-сложната и най-рискова операция от този тип е **билиопанкреатичното отбиване** и вече се прилага по изключение. При тази операция жлъчката и жлъчният сок се отклоняват в края на тънкото черво, като в същото време се намалява обемът на стомаха /махат се $\frac{3}{4}$ от стомаха/. В резултат на това се намалява обемът на поеманата храна, а постъпващата, както и хранителните мазнини, се усвояват в ограничено количество. Мнозина са привлечени от идеята, че след такава операция човек може да яде колкото и каквото поиска. Негативът произтича от факта, че до края на дните си пациентът ще трябва да си наваква необходимите минерали, витамини и микроелементи по изкуствен път или да рискува да развие остеопороза или анемия заради недостиг на хемоглобин в кръвта.

Смесени техники

Има хирургични интервенции, които използват смесени техники, чрез които се намалява количеството на приетата храна и се спомага стапянето на мазнините. Пример за комбинирана хирургична намеса е т.нар. **ръкавна гастректомия с дуоденално изключване**. При нея се маха само периферната част на стомаха и се остава "ръкав" от началото до пилора на стомаха и началната част на дванадесетопръстника. След това последният се прекъсва и се свързва с по-далечен участък.

Стомашен Байпас – чрез скоби, поставяни в горния отгел на стомаха се оформя малка кухня, изолирана от останалата част на органа. Тази кухня се изпразва директно в далечен участък на тънкото черво, свързан с нея. Чрез тази операция се извършва намаляване на обема на стомаха, а част от тънките черва се изключват от приемане на хранителни вещества. Оперираниите започват да приемат малки порции храна, която бързо предизвиква засищане. Ако пациентите продължават да се изкушават от захар или тлъсти храни, усещат главозамаяване, гадене и изпотяване. Повечето от затлъстелите губят над две трети от излишното си тегло, и то само за около една година след операцията.

Рестриктивни /ограничителни/ намеси

При рестриктивните намеси се намалява обемът на стомаха, което кара пациентите да чувстват засищане рано при храненето. Така те консумират по-малко и се хранят по-бавно. От тях най-разпространени са методите на ендогастралния балон, вертикалната бандажна гастропластика и ендогастралния пръстен. Тези методи не

са свързани с големи промени в обмяната и не засягат абсорбцията на веществата.

Балон в стомаха. През устата, с помощта на ендоскоп, в стомаха се поставя специален силиконов балон, който чрез сонда се запълва с физиологичен разтвор. Получава се балон с диаметър 10 сантиметра, заемащ част от обема на стомаха. Човек чувства тежест в стомаха и се ограничава в яденето. След половин година балонът се премахва. С тази методика могат да се свалят до 20, максимум 30 кг. Използва се и при пациенти с много придружаващи заболявания, при които операцията носи висок оперативен риск. Това е една техника, която не крие почти никакви рискове и води до много добри резултати, ако се съчетае със специален хранителен режим. Но ако не се променят хранителните навици и начинът на живот, затлъстяването рецидивира.

Вертикална бандажна гастропластика. В горната част от стомаха, близо до хранопровода, се поставят скоби, а отворът към останалата част от стомаха се стеснява с неразширяваща се лента. Горната част е по-малка и се изпразва в долната през миниатюрна цепенатина. Идеята е, че при препълване на горната част пациентът се чувства сит, като в същото време не се притеснява, че някаква част от "физиологията" му е изолирана от храносмилателния процес. Предимство е, че храната преминава през храносмилателния тракт по обичайния път и това позволява на хранителните вещества и витамините да бъдат изцяло усвоени от организма. Неприятното е, че мнозина пациенти не свикват с "чуждия" обект в тялото си, а при мнозина се наблюдават редица странични ефекти като гадене, повръщане, болки в сърцето и корема. Този тип интервенция се употребява по-рядко, тъй като в повечето случаи не води до грастична промяна в теглото, а ефектът, ако го има, се запазва за не повече от 5 години.

Съществуват два пътя за гостъп, които се използват в бариатричната хирургия:

Отворен метод

Извършва се под пълна упойка. В повечето случаи изпълнението му отнема 1-2 часа. Хирургът прави разрез в горната част на корема на пациента, после отрязва "прозорец" в горната част на стомаха, близо до хранопровода. Отвореният метод обикновено изисква 2-4 дни престой в здравното заведение.

Лапароскопски метод

Лапароскопската хирургия е минимално инвазивна, наричат я още безкръвна. През малки отвори в коремната стена се вкарва специален инструмент, наречен лапароскоп. Лапароскопът е сложна телескопична система от лещи, свързана с видеокамера, която се въвежда в коремната кухня през тънка канюла (5-10 мм). Видеокамерата предава образа от вътрешните органи към видео монитор. Камерата в случая играе ролята на очите на хирурга. През другите малки отвори в коремната стена /3-4 на брой/ се вкарват тънките хирургични инструменти. На монитора увеличението е 7-8 пъти по-голямо, отколкото при реално извършвани операции. Могат да се направят много по-фини движения и преценки. При тези операции има по-малък постоперативен дискомфорт поради значително по-малкия размер на разрезите. Възстановяването е по-бързо, минимална е болката след интервенцията, по-нисък е рискът от инфекция. Предимство е и краткостта на болничния престой /1 ден/. Тъй като за хирурга е по-трудно да управлява инструментите през малките отвори, лапароскопията отнема повече време от отворения - от 2 до 4 часа. В случай на усложнения по време на лапароскопската операция, хирургът обикновено я завършва като отворена.

