

Review



מגזין מכון תנובה למחקר

גיליון 32 ינואר 2011

היבטים רפואיים
ופארא-רפואיים
בבחירת ניתוח בריאטרי
ד"ר חיה שווייגר
ד"ר אנדרי קיזר

הטיפולים האנדוסקופיים
בהשמנה
ד"ר סיגל פישמן
פרופ' זמיר הלפרן

תפקיד הדיאטנית בטיפול
במנותחים בריאטריים
נעמה כפרי

תרומתו של הפסיכולוג
למערך הבריאטרי
ד"ר ציפי העצני

ניתוחים בריאטריים
במתבגרים
ד"ר דוד חזן



3	היבטים רפואיים ופארא-רפואיים בבחירת ניתוח בריאטרי ד"ר חיה שווייגר וד"ר אנדרי קידר
6	הטיפול האנדוסקופיים בהשמנה ד"ר סיגל פישמן ופרופ' זמיר הלפרן
10	תפקיד הדיאטנית בטיפול במנותחים בריאטריים נעמה כפרי
16	תרומתו של הפסיכולוג למערך הבריאטרי ד"ר ציפי העצני
20	ניתוחים בריאטריים במתבגרים ד"ר דוד חזן
23	תיאור מקרה

בשנים האחרונות חלה עליה בהיקף הניתוחים הבריאטריים בעולם ובישראל.

זאת, לאור הכישלון בטיפול השמרני בהשמנת יתר חולנית, ובקבוצות ההבנה שניתוחים בריאטריים מהווים אלטרנטיבה טיפולית מוצלחת. המצב כיום הוא כזה שההיצע של החולים גבוה אפילו מהיכולת של המערכת למלא את הדרישה.

למרות ההתפתחות של הניתוחים מבחינה טכנית, שכלול השיטות לאורך כמה עשורים של שנים, תוך עליה באפקטיביות ובמיוחד ירידה בשערי הכשלון והסיבוכים לטווח קצר ולטווח ארוך, ניתוחים בריאטריים אינם מהווים פיתרון טכני, ולבטח אינם פיתרון קסם, אלא הם אמורים להיות חלק ממכלול שלם של התייחסות רפואית ופארא-רפואית כוללת. ההצלחה ארוכת הטווח של הניתוח תלויה בין השאר בהתאמת הניתוח באופן מיטבי לכל מטופל על סמך נתונים רפואיים, דפוסי האכילה שלו ואף מבנה אישיותו. הצלחה לאורך זמן תלויה גם בהדרכה נכונה ובמעקב יעיל.

התערבות כירורגית, באשר היא, תמיד כרוכה בסיכון כלשהו, להבדיל מטיפולים שמרניים יותר - תרופתיים, ועל אחת כמה וכמה התנהגותיים בלבד. הפיתוי לפנות לפתרון הכירורגי בקרב שמנים שנאשו מכל השיטות הוא רב, והשיקול המרכזי נגד הוא אכן הסיכון, ואולי גם התפיסה של הסרת האחריות ושחרור. אלו עומדים גם כעקב אכילס של בחירה זו בשל התפיסה השגויה כי ניתוח הוא פתרון פשוט ומהיר, ואינו דורש שינויים התנהגותיים, אלא עוקף אותם, תרתי משמע.

קונפליקטים אלה מלווים לא רק מטופלים, אלא גם אותנו, אנשי מקצועות הרפואה והתזונה באשפוז ובקהילה. לפיכך מביאים לנו מיטב המומחים בגליון זה של REVIEW את המידע העדכני ביותר.

Review

מגזין מכון תנובה למחקר



עורכת ראשית: טליה לביא
עורכת משנה: רותי אבירי
יועץ מדעי: פרופ' זמיר הלפרן
מידענית: הדס אביבי
מנהלת הפרוייקט: נגה שורץ
הפקה: פרומרקט

כתובת למכתבים: מכון תנובה למחקר,
ת.ד. 2525 רחובות 76123. טל: 08-9444265

פרופ' זמיר הלפרן
יו"ר הועדה המדעית
מכון תנובה למחקר

טליה לביא
עורכת ראשית

הנכם מוזמנים לקרוא תקצירי מאמרים עדכניים, מידע על כנסים וסיכומי מפגשים מקצועיים באתר שלנו: www.tnuva-research.co.il



היבטים רפואיים ופארא-רפואיים בבחירת ניתוח בריאטרי

ד"ר חיה שווייגר, RD MSC וד"ר אנדרי קידר, MD
המרפאה הבריאטרית הדסה עין כרם, ירושלים

כיום קיימים ארבעה סוגים של ניתוחים לטיפול בהשמנת יתר חולנית: טבעת מתכווננת, מעקף קיבה, שרוול קיבה ומעקף תריסריון. הניתוחים נבדלים ביניהם במידת הרסטריקציה (ההגבלה), בדרך השפעתם על יכולת ספיגה של מרכיבי מזון וכן על ההפרשה האנדוקרינית של מערכת העיכול. כמו כן קיים שוני בין הניתוחים מבחינת הסיכון הניתוחי, בהשפעתם על תחלואה הנלווית להשמנה ובתוצאותיהם על הירידה במשקל. כיצד מחליטים איזה ניתוח מתאים לאיזה מועמד? זאת שאלת "מיליון הדולר" שהתשובה עליה איננה חד משמעית.

טבעת מתכווננת (איור 1-A)

ניתוח טבעת (3-6) הינו ניתוח רסטריקטיבי בו מושתלת טבעת מתכווננת העשויה מסיליקון, כך שהיא חובקת את הקיבה ויוצרת כיס קיבתי קטן שנפחו כ-15 סמ"ק בחלק העליון של הקיבה. נפחו הקטן והתרוקנותו האיטית של הכיס מקטינים את הצריכה הקלורית באופן משמעותי. יתרון הניתוח הוא ביכולת לכוון את קוטר המעבר בין הכיס העליון לקיבה. השליטה בקוטר מעבר המזון מתאפשר הודות לכך שהטבעת היא בעלת חלל פנימי, המתחבר בעזרת צינור, החוצה את דופן הבטן, להתקן ניפוח (port) המושתל בתת עור של דופן הבטן. שיטה זו מונעת אכילת נפחים גדולים, ועל ידי כך מקטינה את הצריכה הקלורית היומית, המסייעת לירידה במשקל.

בניתוח זה ניתן לצפות לירידה של כ-50% מהמשקל העודף במהלך של שנה עד שלוש שנים. קצב הירידה הצפוי הוא איטי, ותלוי מאוד בתדירות המעקב והניפוחים של הטבעת (Band adjustments), לכן יכולה הירידה להימשך גם 3 שנים. הסיבוכים המאחרים השכיחים של הניתוח (שכיחות כוללת 5%-25%) הם החלקת הטבעת (Band Slippage), סיבוכים הקשורים בהתקן הזרקה, או בפורט (Ports site complications), וחדירת הטבעת לתוך חלל הקיבה (Band Erosion). טווח רחב זה של הסיבוכים מוסבר על ידי הבדלים בבחירת החולים, טכניקה ניתוחית, קפדנות ותדירות המעקב.

ניתוח טבעת לא ניתן לבצע בחולים הסובלים מבקע סרעפתי גדול ובחולים הנוטלים מספר רב של תרופות. על המועמד לניתוח טבעת להיות בעל משמעת עצמית גבוהה. הניתוח אינו מתאים

הכרה שניתוח הינו הטיפול היעיל ביותר בחולים עם השמנת יתר חולנית הביאה להגדרת התוויות ברורות למועמדות לניתוח. בכינוס של ה-NIH (National Institute of Health) ב-1991 שכלל רופאים כירורגים, גסטרואנטרולוגים, אנדוקרינולוגים, פסיכיאטרים, דיאטנים ומומחים מתחום בריאות הציבור פורסמו ההנחיות וההמלצות לניתוחים בריאטרים (1). על סמך הנחיות אלו נכלל הטיפול הניתוחי בארץ בסל הבריאות. המועמדים לניתוח בריאטרי ע"פ המלצות ה-NIH: BMI $\geq$ 40 או BMI $\geq$ 35 מלווה בתחלואה הקשורה בהשמנה, המטופל נכשל בכל דרך קונבנציונלית אחרת לרדת ולשמור על המשקל, למטופל מוטבציה ורצון חזק להפחית ממשקלו, המטופל מודע לסיכונים הכרוכים בניתוח.

כיום קיימים ארבעה סוגים של ניתוחים לטיפול בהשמנת יתר חולנית: טבעת מתכווננת, מעקף קיבה, שרוול קיבה ומעקף תריסריון. הניתוחים נבדלים ביניהם במידת הרסטריקציה (ההגבלה), בדרך השפעתם על יכולת הספיגה של מרכיבי מזון וכן על ההפרשה האנדוקרינית של מערכת העיכול (2). כמו כן קיים שוני בין הניתוחים מבחינת הסיכון הניתוחי, בהשפעתם על תחלואה הנלווית להשמנה ובתוצאותיהם על הירידה במשקל. אז כיצד מחליטים איזה ניתוח מתאים לאיזה מועמד? זאת שאלת "מיליון הדולר" שהתשובה עליה אינה חד משמעית. קיים בלבול בנוגע לבחירת הניתוח, ולא פעם אנו נתקלים באמירות של מטופלים מסוג "אני רוצה ניתוח כמו שהבת דודה עשתה" או בשאלה מצד אנשי מקצוע "מהו הניתוח הטוב ביותר?". בסקירה זו ננסה להבין על פי אילו קריטריונים מתאימים את הניתוח הבריאטרי לכל מועמד.

כאשר מחליטים

על סוג הניתוח

יש להתחשב בכל

אחד מהגורמים

המשפיעים על

התוצאה הסופית:

הגיל, המחלות

הנלוות להשמנה

והתרופות

שהמועמד נוטל

(להן יש השפעה על

הסיכון הניתוחי),

מידת ההשמנה,

הרגלי האכילה של

המועמד, מידת

המשמעת העצמית,

ניסיונות וכישלונות

של דיאטות שביצע

המועמד והציפיות

שלו מהניתוח





המטבולית. בניתוח זה ניתן לצפות לירידה של כ-60%-70 מהמשקל העודף תוך שנה אחת. ובמעקב של 6 שנים הירידה המדווחת היא של כ-50% מעודף המשקל (13).

ניתוח זה לא מתאים למנותחים הסובלים מרפלקס ובקע סרעפתי גדול. בגלל היותו הליך חדש יחסית קיים חשש מהפוטנציאל להרחבת השרוול ועליה חוזרת במשקל, כמו כן, אין בספרות מידע כיצד משפיעים הרגלי האכילה (אכלן מתוק/ נשנשן/ Binge eating) על הצלחת הניתוח. מהמידע המועט הקיים כיום נראה כי ההשפעה של ניתוח זה על העלמות מחלת הסוכרת דומה לניתוח מעקף קיבה (14). לא קיים מידע על מחלות אחרות הנלוות להשמנה, ההשערה הרווחת היא כי השיפור יחול באופן הדרגתי ובמקביל לתהליך ירידת המשקל.

ניתוח הטיה בליפונקראטית עם מעקף תריסריון (איור C-1)

בניתוח זה (15,8,3) משלבים ניתוח שרוול עם מעקף של רוב המעי הדק, ויצירת לולאת מעי משותפת לספיגת המזון באורך של 50 עד 100 ס"מ.

בניתוח זה ניתן לצפות לירידה התחלתית של כ-70%-90 מהמשקל העודף במהלך של שנה-שנתיים. הניתוח גורם להקטנת קיבולת הקיבה, ויחד עם זאת להפרדה של מזון ומיצי העיכול עד שלב מאוחר יחסית במערכת העיכול, ועל ידי כך גורם לירידה משמעותית בספיגת השומנים. במקרים נדירים (1%-3) יורדים המנותחים יותר מדי במשקל ונוזקים לניתוח תיקון, בו מאריכים את הלולאה המשותפת לצורך שיפור הספיגה. תופעה זו עלולה להתרחש בשנה-שנתיים הראשונות.

בניתוח זה נצפה שיעור של 98% העלמות או שיפור במחלת הסוכרת, שיפור משמעותי בדיסליפידמיה, בדם נשימה בשינה וביתר לחץ דם (3).

ניתוח זה מתאים גם לאנשים שמנסים מזון עתיר קלוריות ושומן, ולאנשים הסובלים ממחלות רבות הנלוות להשמנה. מנותח שגובר ניתוח זה צריך להרבות באכילת מזונות עתירי חלבון, כגון בשר, דגים וביצים או גבינות, ולכן ניתוח זה אינו מתאים לצמחוניים מאחר ואי אכילת חלבון בכמות מספקת יכולה לגרום לתת תזונה משמעותית. הניתוח גורם לחסרים תזונתיים משמעותיים בעיקר בברזל, חומצה פולית, B12, סידן וויטמינים מסיסי שומן, ולכן לאחר ניתוח זה יש ליטול סוגים רבים של תוספי תזונה לאורך כל החיים בכדי למנוע מצבי חסר.

התאמת הניתוח למטופל

כאשר מחליטים על סוג הניתוח יש להתחשב בכל אחד מהגורמים המשפיעים על התוצאה הסופית: הגיל, המחלות הנלוות להשמנה והתרופות שהמועמד נוטל (להן יש השפעה על הסיכון הניתוחי), מידת ההשמנה, הרגלי האכילה של המועמד, מידת המשמעת העצמית, ניסיונות וכישלונות של דיאטות שביצע המועמד והציפיות שלו מהניתוח.

הדעה המקובלת היום היא שניתוחים מגבילים (טבעת, שרוול) קלים יותר לביצוע, בעלי סיכון ניתוחי נמוך יותר, אך התוצאה שלהם מבחינת תועלתם לטווח ארוך ואיכות חיים, בעיקר המתייחסת להרגלי אכילה, מוטלת בספק. ניתוחים המשלבים הגבלה ותת ספיגה (מעקף קיבה ותריסריון) הם ניתוחים גדולים יותר, מלווים בסיכון ניתוחי מיידי גבוה יותר, אבל בעלי תועלת מרבית הן מבחינת ירידת משקל לטווח ארוך, והן בכל מה שנוגע לאיכות חיים ומגבלות תזונתיות וכן מבחינת ההשפעה על שיפור במחלות הנלוות להשמנה (17,16,7,3).

לאנשים שצורכים מזון מתוק, משום שמעבר המזונות המתוקים לא מוגבל במידה משמעותית ע"י הטבעת. מספר מחקרים הראו כי ניסיון מועט של דיאטות בעבר או דפוסים "נשנשנים" (אוכלים הרבה ארוחות קטנות/חטיפים במשך מספר רב של פעמים ביום), Binge eating או/או עודף משקל של BMI מעל 50 הינם גורמי ניבוי שליליים להצלחת ניתוח טבעת (6-8).

ניתוח טבעת גורם לשיפור או להעלמות מחלות הנלוות להשמנה באופן הדרגתי והמקביל לתהליך ירידת המשקל. במטא אנליזה שפורסמה ע"י בוכוולד וחבריו נעלמה מחלת הסוכרת לאחר ניתוח זה בשיעור של 50% (3).

מעקף קיבה (איור B-1)

ניתוח מעקף קיבה (9-11,3) משלב אלמנטים רסטרקטיביים, תת ספיגתיים ואנדוקריניים. הניתוח מבוסס על יצירת קיבה תפקודית פרוקסימלית קטנה ומעקף של רוב הקיבה הרחיקנית, התריסריון, והגיונינוס. בניתוח יוצרים כיס קיבתי שנפחו כ-15-20 סמ"ק. הנפח הקטן של הכיס והקוטר הצר של ההשקה מהווים את החלק הרסטרקטיבי (מגביל) של הניתוח. הכיס מתמלא במהרה במזון, וקצב התרוקנותו איטי עקב ההשקה הצרה. המרכיב של תת ספיגה בניתוח מושג על ידי כך שהמזון עוקף את הקיבה, התריסריון, וחלק מהמעי הדק, ולא נפגש עם מיצי העיכול עד נקודת החיבור בין שתי לולאות המעי. ניתוח זה מלווה בשינויים בהפרשת הורמונים ממערכת העיכול, אשר ככל הנראה תורמים לדיכוי תאבון, להעלאת קצב חילוף החומרים, ולשיפור ברגישות הגוף לאינסולין. בניתוח זה ניתן לצפות לירידה של כ-60%-70 מהמשקל העודף בטווח של כשנה, והתייצבות אובדן המשקל סביב 50% מהמשקל העודף ההתחלתי במעקב של 14 שנה. בין חסרונות הניתוח ניתן למנות תופעות לוואי הכרוכות בתת ספיגה של ויטמינים ומינרלים בעיקר B12, ברזל וסידן. הסיבוכים שיכולים להופיע במעקב ארוך טווח הם התפתחות של כיב (אולקוס) בהשקה בין הכיס הקיבתי ללולאת המעי וחסמת מעיים.

ניתוח מעקף קיבה לא ניתן לבצע בחולים הסובלים מכיב קיבה, או מטופלים באופן קבוע בתרופות ממשפחת ה-NSAIDS או בתרופות הגורמות לדיכוי המערכת החיסונית.

ניתוח זה מתאים לרוב המועמדים לניתוח בריאטרי ואינו דורש משמעת גבוהה מהמנותח, עקב ירידה ברמות הגרלין הגורמת לירידה בתחושת הרעב ולעליה בתחושת השובע. ניתוח זה נחשב כמתאים לאכלני מתוק בגלל תסמונת הדמפינג (הופעת חולשה, סחרחורת, והזעה בתגובה לאכילת מזונות שמכילים פחמימות). הניתוח גורם לשיפור משמעותי של מעל 80% במחלת הסוכרת, באיזון רמות שומנים בדם ויתר לחץ דם (3). חולה שסובל מסוכרת ורמות גבוהות של שומנים בדם עדיף שיעבור ניתוח זה, אשר לו שיעורי החלמה גבוהים ביותר.

שרוול קיבה (איור S-1)

ניתוח שרוול קיבה (7,12) משלב אלמנטים רסטרקטיביים (מגבילים) ואנדוקריניים. בניתוח זה מבוצעת כריתה תת שלמה של הקיבה על ידי הרחקת כל העקומה הגדולה בצירה האורכי, כך שנוצר צינור קיבה בצורת שרוול. נפח הקיבה החדשה (השרוול) נע בין 50 ל-100 סמ"ק. הניתוח נחשב ל"פזיולוגי" יחסית, בהיותו משמר את העצבוב והשוער של הקיבה, ואת ההמשכיות האנטומית של מערכת העיכול. גם לאחר ניתוח זה תוארו שינויים הורמונליים במערכת העיכול, אשר כנראה מסבירים חלק מהאפקט המיטיבי של הניתוח על המערכת

הדעה המקובלת

היום היא שניתוחים

מגבילים (טבעת,

שרוול) קלים יותר

לביצוע, בעלי סיכון

ניתוחי נמוך יותר,

אך התוצאה שלהם

מבחינת תועלתם

לטווח ארוך ואיכות

חיים, בעיקר

המתייחסת להרגלי

אכילה, מוטלת

בספק. ניתוחים

המשלבים הגבלה

ותת ספיגה (מעקף

קיבה ותריסריון) הם

ניתוחים גדולים יותר,

מלווים בסיכון ניתוחי

מיידי גבוה יותר,

אבל בעלי תועלת

מרבית הן מבחינת

ירידת משקל לטווח

ארוך, והן בכל מה

שנוגע לאיכות חיים

ומגבלות תזונתיות

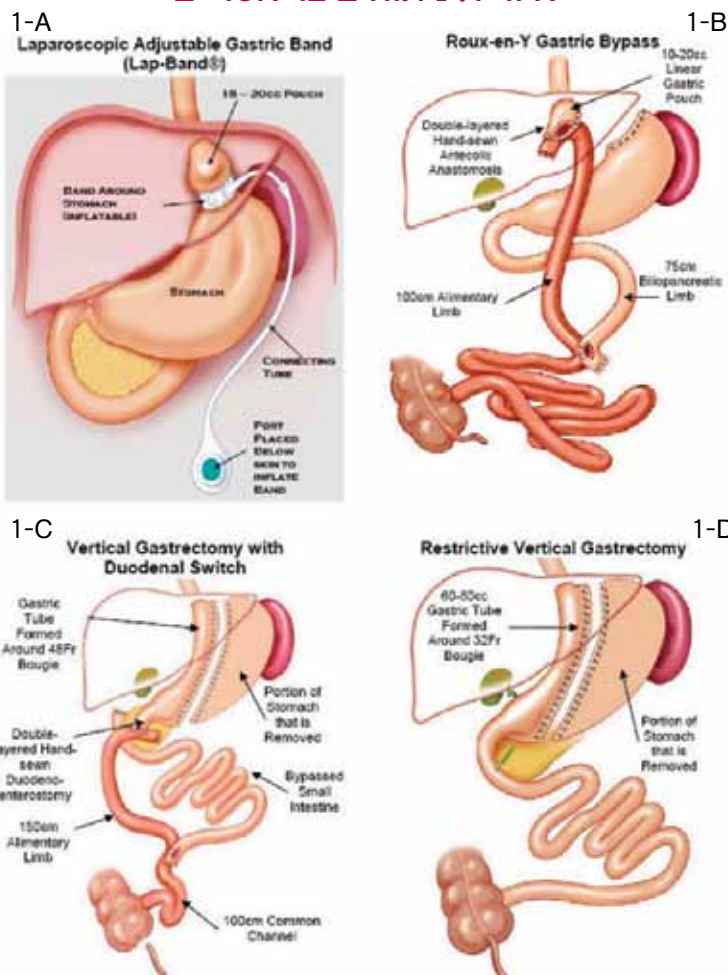
והשפעה על שיפור

במחלות הנלוות

להשמנה



איור 1: ניתוחים בריאטריים



כ-20%-30

מהמטופלים

שעוברים ניתוח

נשאים שמנים, או

עולים במשקל בטווח

של 18-24 חודשים

מהניתוח. הסיבות

לכך אינן מובנות

לגמרי כיום אך

מעריכים כי לגורמים

פסיכו-סוציאליים,

להתנהגות אכילה

ולשונות בהיענות

להמלצות התזונתיות

ולמעקב לאחר

הניתוח יש חלק בכך

בירידה במשקל לאורך זמן. למרות כל מה שצוין עד כה, נמצא כי קיימת שונות משמעותית בין המנותחים ביחס לירידה במשקל (19). כ-20%-30 מהמטופלים שעוברים ניתוח נשארים שמנים, או עולים במשקל בטווח של 18-24 חודשים מהניתוח (21,20). הסיבות לכך אינן מובנות לגמרי כיום אך מעריכים כי גורמים פסיכו-סוציאליים, להתנהגות אכילה ולשונות בהיענות להמלצות התזונתיות ולמעקב לאחר הניתוח יש חלק בכך (22,19). לפיכך רווחת כיום התפיסה כי ניתוחים בריאטריים הם חלק מתהליך של שינוי התנהגותי וכי לשינויים ההתנהגותיים והפסיכו-סוציאליים יש תפקיד מפתח בתוצאות ארוכות הטווח של הניתוחים. נראה כי ניתן להעצים את השינויים ההתנהגותיים על ידי הדרכה, מעקב ותוכניות חינוך (24,23).

לסיכום

טיפול ניתוחי הינו היעיל ביותר כיום לריפוי של השמנת יתר חולנית. האתגר של התאמת הניתוח למטופל תוך התחשבות בסיכונים ובסיכויים הינו אתגר יומיומי לצוות הבריאטרי. יש לזכור כי ניתוח בריאטרי הינו כלי עזר אך אינו מטה קסמים. להצלחת הניתוח דרוש שיתוף פעולה בין הצוות המטפל והשקעה מצד המטופל להקפדה על שינויים תזונתיים והתנהגותיים ורק כך תושג הצלחה מרבית וארוכת טווח.

רשימת המקורות המלאה מופיעה באתר מכון תנובה למחקר

הטיפול התזונתי התומך בניתוח

כיום גדלה ההבנה כי התאמת הניתוח באופן ספציפי למטופל, ויעילות הטיפול הניתוחי לאורך זמן תלויים גם בטיפול הכולל המוענק למטופל מעבר להתערבות הכירורגית הנקודתית. הטיפול הניתן ע"י דיאטנית הינו מרכזי ביותר בתוך המערך הבריאטרי הן לפני הניתוח והן לאחריו. תפקיד הדיאטנית במרפאה בריאטרית נוגע הן ישירות לטיפול פרטני והן להיבטים של פיתוח ושיפור המסגרת המקצועית המלווה את המנותח ואת הגורמים בסביבתו.

הערכה תזונתית קודמת לניתוח ומעקב תזונתי לאחריו קשורים שניהם עם הצלחה רבה יותר בניתוח. המטרה העיקרית של ההערכה התזונתית הקודמת לניתוח היא זיהוי של הרגלי אכילה ושל חסרים תזונתיים כמו גם מתן מידע, חינוך תזונתי ועקרונות תזונתיים שיגבירו את ההצלחה לאחר הניתוח. ההערכה התזונתית צריכה להיות כוללת, ובנוסף להערכה תזונתית רגילה ראוי שתכלול גם הערכה של מוכנות לניתוח ולשינויים הנלווים לו, ציפיות ריאליות, ידע תזונתי כללי, התנהגות אכילה נוכחית ואספקטים פסיכולוגיים הקשורים בהשמנת היתר. מטרתו של הטיפול התזונתי (Medical nutrition therapy) לאחר הניתוח והחינוך התזונתי היא למקסם את הירידה במשקל ואת השמירה על המשקל לאורך זמן כמו גם לתמוך בהרגלים החדשים ובשינוי אורח החיים המלווה לניתוח (18). חשוב לדעת כי הטיפול הניתוחי לבדו אינו ערובה להצלחה



הטיפול האנדוסקופיים בהשמנה

ד"ר סיגל פישמן ופרופ' זמיר הלפרן
המכון למחלות דרכי העיכול והכבד, מרכז רפואי ת"א ע"ש סוראסקי

הניתוח הבריאתי הוכיח את יעילותו הקלינית בהורדת משקל, הנשמרת לאורך זמן, ובהפחתה של התחלואה הנלוות. יחד עם זאת להתערבות הניתוחית יש שיעור סיבוכים ואף של תמותה. בשנים האחרונות מתפתחות טכנולוגיות אנדוסקופיות שאמורות להיות פחות פולשניות, הפיכות ולשאת עימן פחות סיבוכים. בסקירה זו נעבור על האמצעים האנדוסקופיים לטיפול בהשמנה, מהבלון שהוא טכניקה פשוטה ומיושמת בצורה נרחבת יחסית, דרך השתלת תותבים תופסי נפח בקיבה, ועד לניתוחים אנדוסקופיים דרך הפה להורדת נפח הקיבה והפחתת ספיגה. כיום הניתוחים האנדוסקופיים המתקדמים מבוצעים במסגרת מחקרית בלבד, אך אין ספק שיהיו חלק ניכר מהטיפולים בהשמנה בעתיד.

דרך השתלת תותבים תופסי נפח בקיבה, ועד לניתוחים אנדוסקופיים דרך הפה להורדת נפח הקיבה והפחתת ספיגה. כיום הניתוחים האנדוסקופיים המתקדמים מבוצעים במסגרת מחקרית בלבד, אך אין ספק שיהיו חלק ניכר מהטיפולים בהשמנה בעתיד.

בלון תוך קיבתי

השימוש בבלון תוך קיבתי כאמצעי להרזיה תואר כבר ב-1982 ונכון להיום הבלון הוא ההתערבות האנדוסקופית היחידה שנעשת בהיקף רחב בטיפול בהשמנה. עקרון השיטה הוא שהחדרת גוף זר תופס נפח בקיבה וע"י כך משרה תחושת שובע. הבלון הנפנף ביותר לשימוש הוא ה-Bioenteric Intra-gastric Balloon (BIB). (תמונה 1) (4). הבלון נדחף אנדוסקופית לפונדוס הקיבה כשהחולה תחת טשטוש כבד, והוצאתו מתאפשרת ע"י מלקחים דרך אנדוסקופ רחב עם שתי תעלות (4). תופעות לוואי אפשריות של ההתערבות הינן בעיקר אי סבילות של הבלון (החזר קיבתי-ושטי, בחילות, הקאות ואי נוחות בטנית) או דליפת אויר. BIB הראה יעילות בהורדת משקל בעיקר בשלושה החודשים הראשונים לאחר הכנסתו. אחת הבעיות העיקריות בשיטה היא הנטייה לעליה במשקל לאחר הוצאתו ולכן היעילות של שיטת הבלון לטווח הארוך עדיין לא מוכחת (2). המועמדים העיקריים לשיטה זו הינם חולים שאינם מעוניינים לעבור ניתוח בריאתי, לאלה שאינם מועמדים לניתוח בריאתי וכן הבלון יכול לשמש

שמנה ומשקל יתר הינם מצבים הנושאים בחובם סיכון לתחלואה משמעותית ולתמותה. הטיפול במצב זה תלוי ב-BMI (Mass Index), ובתחלואה הנלווית כמו מחלת לב איסכמית, סוכרת, יתר לחץ דם ודום נשימה (1). הסטטיסטיקות מלמדות שישנם היום כ-1.6 בליון אנשים הסובלים ממשקל יתר ומעל 400 מליון איש הינם שמנים, ומספרים אלה צפויים לעלות בהתמדה (2). כיום הטיפול היעיל היחיד להשמנה חולנית (Morbid obesity) המוגדרת כ-BMI מעל 40 ק"ג/מטר² או BMI מעל 35 עם תחלואה נלווית הוא ניתוח.

הניתוח הבריאתי הוכיח את יעילותו הקלינית בהורדת משקל, הנשמרת לאורך זמן, ובהפחתה של התחלואה הנלווית. יחד עם זאת להתערבות הניתוחית יש שיעור סיבוכים של 20-30% ואחוז אחד של תמותה (3). הסיבוכים השכיחים יותר באנשים שמנים הם סיבוכי הרדמה, סיבוכים לבביים וריאתיים, זיהומים והחלמה איטית של חתכים בדופן הבטן. עובדות אלה הובילו להתפתחות טכנולוגיות אנדוסקופיות שאמורות להיות פחות פולשניות, הפיכות ולשאת עימן פחות סיבוכים. קבוצה עיקרית נוספת של מטופלים שהיא יעד להתערבות האנדוסקופית הינה חולים עם השמנה לא חולנית שאינה מגיבים לטיפול תזונתי או תרופתי. לסיבוכים המטופלים כיום המיועדים לטיפול האנדוסקופי הינם חולים בסיכון ניתוחי גבוה כמו חולים עם תחלואה נלווית קשה, חולים מבוגרים, ומטופלים עם השמנה לא חולנית שיכולים ליהנות מפרוצדורה פחות דרסטית.

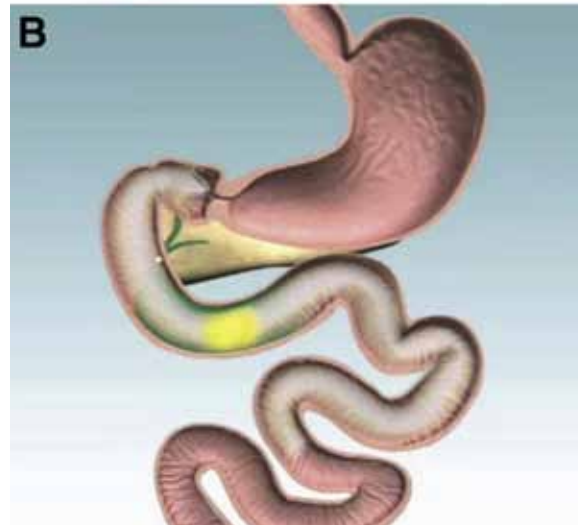
בסקירה זו נעבור על האמצעים האנדוסקופיים לטיפול בהשמנה, מהבלון שהוא טכניקה פשוטה ומיושמת בצורה נרחבת יחסית,



תמונה 1: ניקור בלון תוך קיבתי מסוג
BIB לפני הוצאתו (4)



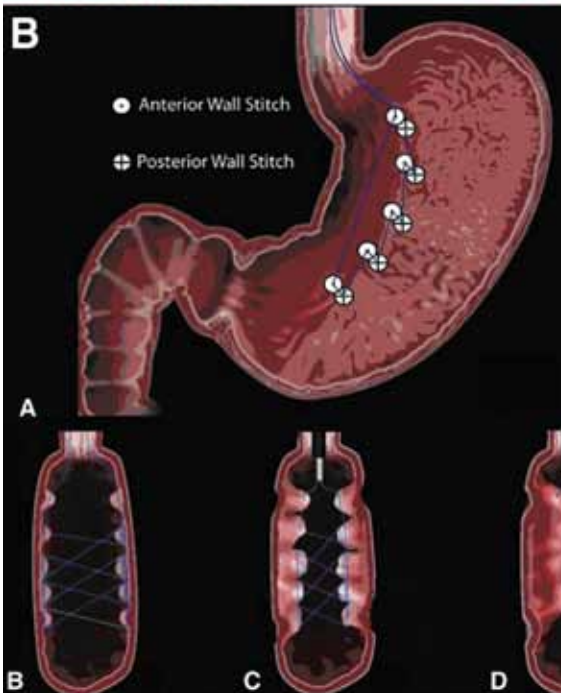
תמונה 3: שרוול מעקף תרסריון ג'וגנום
(A), סכימה המתארת את השתלת
התותב במערכת העיכול (B) (1)



תמונה 2: תותב מסוג ATIIP-Endogast (4)



תמונה 4: מערכת ה-Endocintch
מקובעת לקצה האנדוסקופ (A), סכימה
של התפרים המוצלבים הממוקמים
לאורך העקומה הקטנה (B) (1)



NOTES היא שיטה

ניתוחית פורצת דרך

בענף הכירורגיה

בכלל. בשיטה זו

הניתוחים מבוצעים

דרך פתחי גוף

טבעיים, ומטרתה

להשיג תוצאה של

ניתוח פורמלי, אך

להוריד סיבוכים

שלאחר ניתוח כמו

סיבוכי הרדמה וזמן

החלמה





תותבים בחלל מערכת העיכול העליונה (Implantable prostheses)

תותבים בחלל הקיבה

שיטות אלה עובדות ברובן על עיקרון הבלון של תפיסת נפח מכנית, אך משוכללות יותר ומאפשרות הכנסת תותבים בצורה פיזיולוגית, קיבוע טוב יותר, וכן שינוי נפח התותב לפי הצורך (4). דוגמא לכך הוא תותב קיבתי שנקרא: Adjustable Totally Implantable Intragastric Prosthesis (ATIIP-Endogast) (תמונה 2). תותב זה מושתל בצורה משולבת דרך הפה ובצורה מלעורית דרך דופן הבטן. התותב מקובע לדופן הבטן ובכך נמנעת תזוזה שלו. מיקומו של התותב בפונדוס וגוף הקיבה משפיע אולי על תהליכי האקומודציה של הקיבה, פעילות חשמלית של קוצבי הקיבה ועל שחרור נוירוהורמונים ובכך משפיע על עליה בתחושת השובע. תוצאות ראשוניות מראות סבילות טובה של הפרוצדורה, ירידה מבטיחה במשקל עם סיבוכים מועטים. הסיכון העיקרי הוא זיהום דרך הכניסה המלעורית בדופן הבטן.

תותב נוסף הוא התותב האנטרלי (Semistationary Antral Balloon). תותב זה מקובע לאנטרום בעזרת שרוולון המוכנס לתרסריון דרך שוער הקיבה (פילורוס). עיקרון השיטה הוא חסימה משתנה של שוער הקיבה, וע"י כך הארכת זמן ריקון הקיבה וגירוי רצפטורים לשובע באנטרום ובתרסריון. ניסויים ראשוניים מראים סבילות ויעילות טובים. החיסרון העיקרי של השיטה הוא דליפת אויר ונדידת התותב דסטלית למעי (4).

מעקף תרסריון- ג'וג'נום (Duodenal-jejunal bypass sleeve)

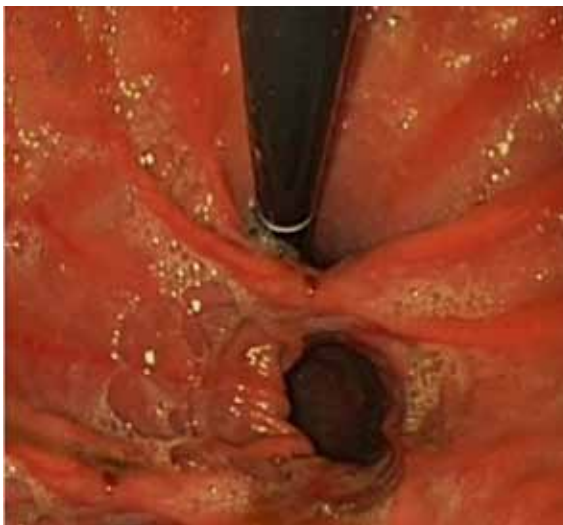
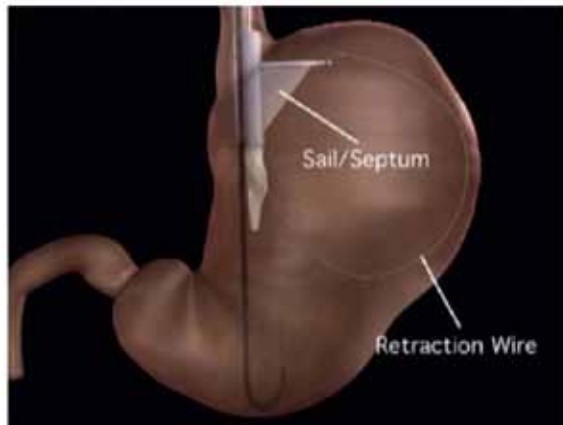
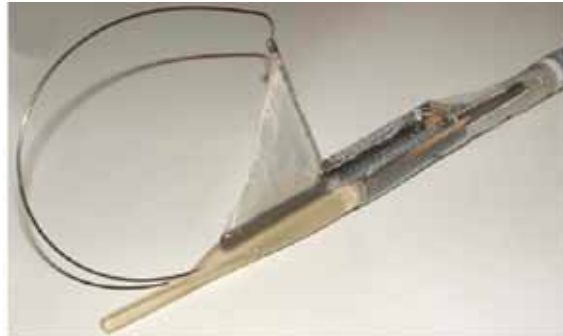
תותב זה מחקה את עיקרון הניתוח הבריאתרי (תמונה 3). הוא בנוי כשרוול שאורכו 60 ס"מ החוצה את התרסריון ומגיע לחלק הראשון של המעי הדק. בנוסף לשובע מוקדם והאטת ריקון הקיבה, נוצר מעקף של רירית התרסריון והגיג'נום וספיגת המזון יורדת (4). תוצאות ראשוניות עם שרוול זה מלמדות על יעילות בהורדה במשקל, ומעבר לכך אף שליטה בסוכרת עם ירידה משמעותית של HbA1c. החיסרון בשיטה זו הוא אי סבילות שנוצרת עקב החדרת גוף זר ואף דימומים, ולכן שיכלול טכנולוגי עדיין נדרש לשיטה זו.

פרוצדורות אנדוסקופיות להורדת נפח הקיבה

פרוצדורות מתקדמות אלה מטרתן להוריד נפח הקיבה והשריית שובע מוקדם. העיקרון הטכני בשיטות אלה הוא קירוב של רקמות קיבה מנוגדות ותפירתן. לפני שימושן לטיפול בהשמנה, בוצע ניסיון טיפולי בשיטות אלה במחלת ההחזר הקיבתי-ושטי, שם עדיין לא הוכחה יעילותן, אך נראה שיש להן פוטנציאל דווקא בטיפול בהשמנה (5).

דוגמא ראשונה לכך היא מערכת ה-Endocinch Suturing System (תמונה 4), בעזרתה יוצרים בקיבה 7 תפרים מצטלבים, המתמשכים מהפונדוס הקירבני אל הגוף הרחיקני. תוצאות ראשוניות מורות על ירידה משמעותית ביכולת האקומודציה של הקיבה וב-59 נחקרים שעברו את הפרוצדורה נצפתה ירידה משמעותית במשקל העודף ב-58% מהמטופלים לאחר שנה. בימים אלה נעשה מחקר מבוקר כפול סמיות להערכת יעילות השיטה לטווח הארוך (2).

תמונה 5: מערכת ה- TOGA וסכימה כפי שהיא נראית בקיבה (A-B), המראה האנדוסקופי בקיבה חודש לאחר הפרוצדורה (C) (1)



כאמצעי זמני בחולים שמנים ביותר (Super obese) כדי להביאם לניתוח במצב משופר מבחינת משקל ותחלואה נלווית ובכך להוריד סיכון ניתוחי (2). לנוכח היעילות הנמוכה היחסית של הבלון לטווח הארוך נולד הצורך באמצעים אנדוסקופיים מתקדמים יותר להשגת המטרות הדרושות לטווח הארוך.

הבלון הוא
ההתערבות
האנדוסקופית
היחידה שנעשית
בהיקף רחב בטיפול
בהשמנה. אך
לנוכח היעילות
הנמוכה היחסית
של הבלון לטווח
הארוך נולד
הצורך באמצעים
אנדוסקופיים
מתקדמים יותר
להשגת המטרות

ניתוחים בריאטרים דרך פתחי גוף טבעיים

שיטה ניתוחית זו, ובשמה הלועזי Natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES), היא פורצת דרך בענף הכירורגיה בכלל. בשיטה זו הניתוחים מבוצעים דרך פתחי גוף טבעיים, ומטרתה להשיג תוצאה של ניתוח פורמלי, אך להוריד סיבוכים שלאחר ניתוח כמו סיבוכי הרדמה וזמן החלמה. שיטת ה-NOTES עדיין נסיונית בלבד והיא אטרקטיבית במיוחד באנשים שמנים, בהם שכיחות הסיבוכים גבוהה ובעיקר הסיבוכים בדופן הבטן כמו בקעים וזמן החלמת החתכים בדופן הבטן. מספר פרוצדורות בריאטריות נוסו בשיטה זו במודלים של בע"ח וכן בגופות אדם וחלקן עדיין נתמכות ע"י התערבות כירורגית לפרוסקופית מנימלית (7). לאחרונה התפרסמה הסדרה הראשונה של ניתוח שריוול בארבעה מטופלים עם גישה אנדוסקופית טרנס-גליגלית (8). הניתוחים הסתיימו ללא סיבוכים מיוחדים, אך עדיין אין מעקב ארוך טווח אחר המטופלים. אין ספק שפרוצדורות חדשניות אלו יוכלו להציע מגוון טיפולים ברפואה הבריאטרית בעתיד.

לסיכום

הטיפולים הבריאטריים האנדוסקופיים הם עדיין תפישה חדשנית שהולכת ומתפתחת. הם אמורים לתת מענה לכל אותם מרכיבים חיוניים של התערבות בריאטרית מוצלחת: הורדת נפח קיבה, הורדה בספיגה וויסות הורמונים רגולטורים במע' העיכול כמו גרלין, GLP-1 ו-PYY האחראים על תחושת שובע ורעב. ההתערבות האנדוסקופית מיועדת להיות התערבות ראשונית למטופלים עם השמנה עמידה לטיפולם שמרניים שאינם עומדים בהתוויה לניתוח בריאטרי, בחולים בסיכון גבוה להתערבות ניתוחית, וכן טיפול משלים לחולים עם השמנה חולנית לפני הניתוח. מחקרים טרום קליניים בתחום זה נראים מבטיחים ואין ספק שהאנדוסקופיה תהווה נדבך חשוב ברפואת ההשמנה בנוסף לטיפול התרופתי, התזונתי והניתוחי.

רשימת המקורות המלאה מופיעה באתר מכון תנובה למחקר

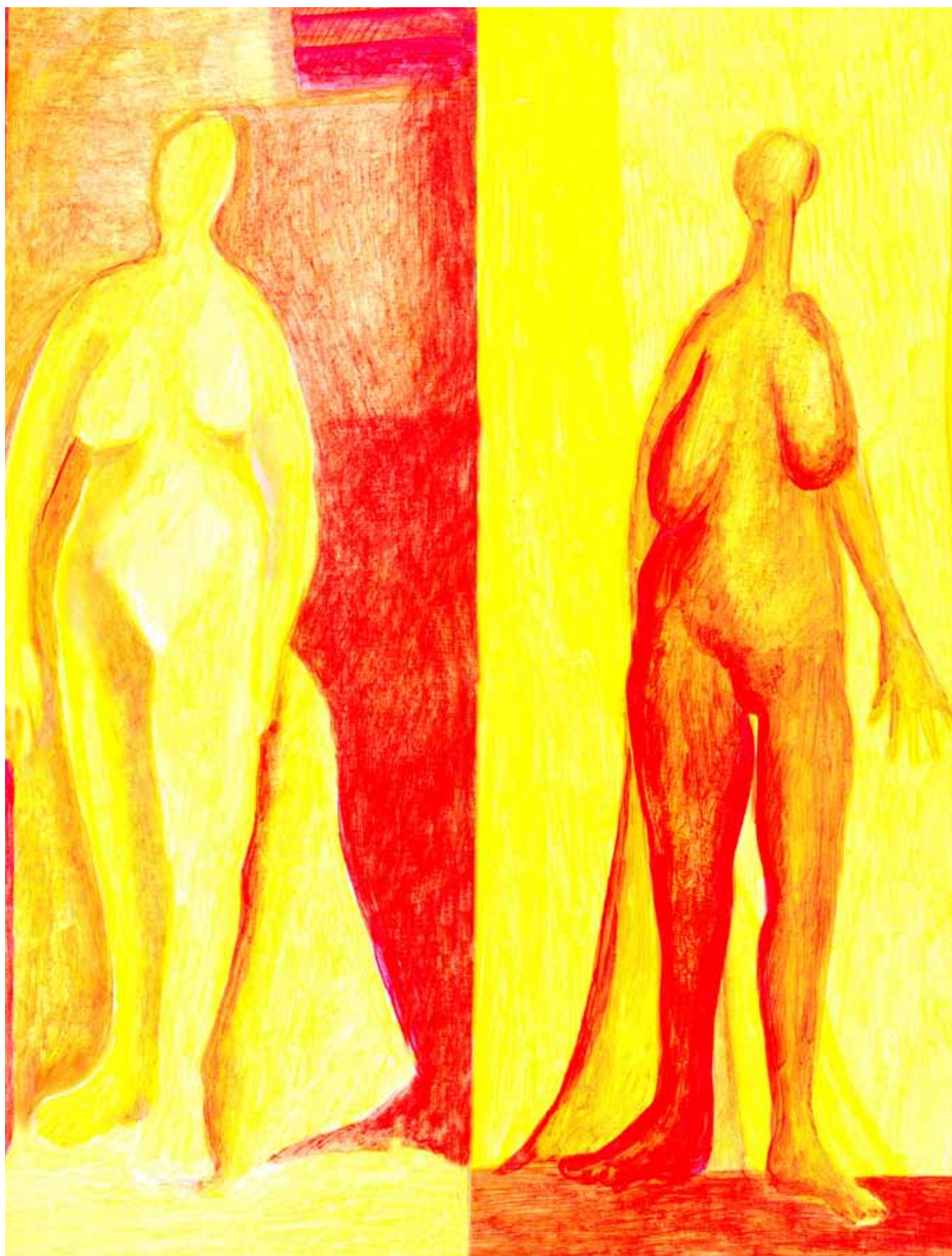
מערכת נוספת היא מערכת ה-TOGA (Transoral gastroplasty). המערכת מורכבת ממהדק סיכות ניתוחי שמוכנס אנדוסקופית על גבי מוליך מתכתי. בעזרת וואקום שנוצר ע"י המערכת, הקיר הקדמי והאחורי של הקיבה הרחיקנית מקורבים ומהודקים, וכך נוצר שריוול מוצר הנמשך מהושט לאורך העקומה הקטנה (תמונה 5). השיטה נוסתה בשתי סדרות מצומצמות של מטופלים, כאשר נצפתה בהן ירדה ממוצעת במשקל העודף של 25-35% כחצי שנה לאחר הניתוח. להתערבות זו לא נצפו תופעות לוואי קשות. היום מתנהלים מחקרים מבוקרים בשיטה זו ב-10 מרכזים ותוצאות ראשוניות מורות על ירידה עקבית במשקל גם לאחר שנתיים (1,6). שיטה זו מצטיינת בהורדה ניכרת ביותר של נפח הקיבה, ולכן בנוסף להשריית שובע מוקדם היא מונעת התמתחות קירות הקיבה, ובכך משנה גם הפרשה של הורמונים מווסתים, כמו גרלין, בתגובה לצום. יתרון נוסף של השיטה שניתן בקלות יחסית להפוך אותה למעקף קיבתי כירורגי, ולכן ניתן להשתמש בשיטה זו בחולים super obese כשלב ניתוחי ראשון. במידה והם אינם יורדים במשקל כמצופה ע"י התערבות זו השלב השני יהיה ניתוח בריאטרי של מעקף קיבה.

קיצוב קיבתי

שיטה זו מתבססת על הכנסת אלקטרודות מקצבות לתוך הקיבה, GES (Gastric Electrical Stimulation). על ידי השריית גלים חשמליים איטיים, התרוקנות הקיבה מואטת, ויכולת התרחבות הפונדוס נפגעת. כמו כן הקיצוב מוריד הפרשת הורמונים מעוררי תיאבון בקיבה ומעלה הפרשת הורמוני שובע. יתכן שלקיצוב יש אף השפעה על המח להורדת הורמונים מעוררי תיאבון (3). הקוצבים מוכנסים לחלל הקיבה בצורה אנדוסקופית או בצורה מילעורית דרך דופן הבטן. שיטות אלה עדיין בחיתוליהן, אך התוצאות הראשוניות נראות מבטיחות.

ההתערבות
האנדוסקופית
מיועדת להיות
התערבות ראשונית
למטופלים עם
השמנה עמידה
לטיפולם
שמרניים שאינם
עומדים בהתוויה
לניתוח בריאטרי,
בחולים בסיכון
גבוה להתערבות
ניתוחית, וכן טיפול
משלים לחולים עם
השמנה חולנית
לפני הניתוח





תפקיד הדיאטנית בטיפול במנותחים בריאטריים

נעמה כפרי

דיאטנית קלינית, מרכז רפואי לין, שרותי בריאות כללית, מחוז חיפה

הטיפול התזונתי במנותחים בריאטריים מהווה אתגר. מרכזיותו באה לידי ביטוי בשילובו בתהליך הטרם ניתוחי ובשלבם השונים שלאחר הניתוח. הטיפול התזונתי מתמקד בהערכה, הדרכה, מניעת סיבוכים ובהקניית הרגלים לטווח הארוך.

להשפיע על הסיכון הניתוחי ועל התוצאות ארוכות הטווח (4). ההערכה אינה מתמקדת בפסילת מנותחים אולם בסופה יש מקום לדחות ניתוח לאנשים שנראה שלא יעמדו בחלק ממרכיבים חיוניים אלו.

ההערכה התזונתית וההדרכה של הדיאטנית לקראת ניתוח בריאטרי כוללות מספר רבדים: היכרות אישית והערכה תזונתית, זיהוי ותיקון חסרים תזונתיים, חינוך תזונתי והדרכה לדיאטה לפני הניתוח ולאחריו. לצורך ביצוע ההערכה ניתן להשתמש במגוון של שאלונים הכוללים היבטים מתחומי התזונה וההתנהגות. אין כיום כלי מדידה יחיד שמאפשר את ההערכה התזונתית וההתנהגותית הנדרשת לפני ניתוח בריאטרי.

הכרות והערכה תזונתית

הכרות כללית; עיסוק; מגורים; אנתרופומטריה; היסטוריה של המשקל (משקל הכי נמוך/משקל שיא); היסטוריה רפואית; הרגלי תזונה (כמו: כמויות, זמנים, סוגי מזון, התנהגות אכילה - אכילה לילית/נשנוש/בולמוס); הרגלי פעילות גופנית; ניסיונות קודמים לירידה במשקל (מה נעשה, מידת הירידה במשקל, יכולת להתמיד); זיהוי של חסמים לירידה במשקל (רעב בדיאטה, לחץ, מוטיבציה נמוכה, בעיות בריאותיות, תרבות, עבודה), זיהוי זרזים להצלחה; בדיקת הגורמים שהובילו לעליה במשקל לאחר ניסיונות של ירידה במשקל. בנוסף ראוי שההכרות תכלול גם הערכה של ההבנה את הניתוח, מוכנות לניתוח ולשינויים הנלווים לו, ציפיות מהניתוח, מקורות תמיכה ויכולת התמודדות.

ניתוחים בריאטריים נמצאו כטיפול היעיל ביותר במצבים של השמנת יתר חולנית. אך גם ניתוחים אלו אינם פתרון קסם. הצלחה ארוכת טווח של הניתוח תלויה בהבנה של המטופל בתפקיד שיש לניתוח בתהליך הירידה במשקל והשמירה עליו ובהתחייבות שלו לשינויים התנהגותיים ותזונתיים ארוכי טווח. עקב מורכבותו של הטיפול הניתוחי ממליץ ה-NIH (1) על טיפול רב-מקצועי ועל ליווי ארוך טווח לאוכלוסייה זו. במאמר זה אסקור את תפקיד הדיאטנית במערך הבריאטרי.

השלב הקדם ניתוחי - הערכה תזונתית והדרכה לפני הניתוח

הכנה לניתוח בריאטרי כוללת הערכה הוליסטית המורכבת מהערכה רפואית, תזונתית ופסיכו-סוציאלית (2). ההבנה שהניתוח הוא תחילתו של תהליך ארוך, וכי לגורמים התנהגותיים ישנו חלק ניכר בהצלחה ארוכת הטווח, מדגישה את הצורך בהערכה שמטרתה להביא לבחירת מטופלים נכונה בכדי להשיג תוצאות מיטביות לאחר הניתוח (3). כיום הגישה היא שההערכה הטרם ניתוחית מהווה חלק מתהליך השינוי, ובתוכה יש להתמקד בין היתר בזיהוי גורמים בריאותיים, התנהגותיים, תזונתיים ומחשבתיים היכולים להשפיע על הירידה במשקל, על ההיענות להנחיות ההתנהגותיות ועל השמירה על המשקל. כמו כן צריכה ההערכה הטרם ניתוחית לטפל בתחלואה שיכולה





(6-4). בסופו של האבחון התזונתי חשוב לזהות חוזקות אישיות ומקדמי הצלחה קיימים ולתת להם חיזוק ומיכוד, וכן לזהות ולתת את הדעת על חסמים אפשריים שיעכבו את הירידה במשקל ואת ההיענות למעקבים ולהמלצות ו/או שיגבירו את הסיכון לסיבוכים לאחר הניתוח (4). איסוף המידע מאפשר גם את בחינת ההתאמה התזונתית לסוגי הניתוחים השונים.

זיהוי ותיקון חסרים תזונתיים

ממספר מחקרים שפורסמו מתברר שאחוז גבוה מהסובלים מהשמנת יתר חולנית ופונים לניתוח בריאטרי סובלים מחסרים תזונתיים עוד לפני הניתוח (7,8). למשל, במחקר פרוספקטיבי שבוצע במרפאה הבריאטרית בהדסה עין כרם נמצאו רמות נמוכות של מספר ויטמינים ומינרלים בקרב מועמדים לניתוח (9). הסיבות העיקריות לחסרים אלו נעוצות כנראה בתזונה שאינה מאוזנת ובהפרעה במטבוליזם של חומרים שונים עקב עודף השומן. ישנה חשיבות לתיקון החסרים התזונתיים עוד לפני הניתוח ולכן מומלץ לבצע בדיקות דם טרום-ניתוחיות ולתקן חסרים בהתאם.

חינוך תזונתי

יש לספק מידע על עקרונות התזונה הנכונה לאחר הניתוח, על כללי האכילה ועל החשיבות שבשינויים ההתנהגותיים להצלחה ארוכת הטווח. בשלב זה חשוב לחזק מחויבות עצמית לשינויים, לדבר על שיטות לניטור עצמי (מעקבים, שקילה) וכן להזכיר סיבוכים שעלולים להופיע לאחר הניתוח כמו עצירות, בחילות וקשיים באכילה. כמו-כן, ניתן גם לסכם עם המטופל על שינויים תזונתיים שביצע עוד לפני הניתוח, כמו - צמצום כמות השומן והפחתת ממתקים (4). אין מידע שיתמוך באופן חד משמעי בחשיבותם של השינויים ההתנהגותיים לפני הניתוח להצלחה לאחריו, ונדרשים מחקרים בכדי לבסס את החיוניות של תוכניות קדם ניתוחיות המיועדות לכך, אולם נראה כי שינויים אלו מצביעים על נכונות לתהליך השינוי, ונתפסים כחלק אינטגרלי ומשמעותי בהכנה לניתוח, בהבנה שהניתוח אינו קסם ולהצלחה בעתיד (10). יש מקום לאמץ תוכניות הכנה לניתוח בכל מקום בו מתבצעים ניתוחים בריאטריים.

הדרכה לדיאטה

במרבית המרכזים מומלצת דיאטה דלת פחמימות לכ-3 שבועות לפני הניתוח בכדי להביא להקטנתו של הכבד במקרים של כבד שומני (11). בנוסף, יש לתת למטופל מידע בנוגע לשלבי ההתקדמות בכלכלה לאחר הניתוח. ראה טבלה 1.

הטיפול התזונתי בשלב שלאחר הניתוח

הטיפול התזונתי משתנה באופיו בהתאם למשך הזמן שעבר מהניתוח. בשלב הראשון מושם דגש על התאמת התזונה, על למידת הרגלי אכילה חדשים ועל טיפול בסיבוכים מוקדמים. בטווח הארוך עיקר הטיפול קשור בשימור הישגים, בטיפול במעידות ובטיפול בסיבוכים מאוחרים.

טווח קצר - התקופה שלאחר הניתוח

מטרת הדיאטה לאחר הניתוח היא לקדם ירידה במשקל על-ידי מחסור קלורי אך זאת ביחד עם שמירה על אספקה נאותה של רכיבי תזונה בכדי לתמוך בשיקום הרקמות לאחר הניתוח ולצמצם אובדן מסת גוף רזה (5). כמו-כן, בבחירת המזון והנוזלים יש לשם לב למניעה של ריפלוקס, שובע מוקדם ותחושות אי נוחות. מרבית המרכזים בעולם מעודדים את ההקפדה על

דיאטה רב שלבית הבנויה מהתקדמות הדרגתית במרקם המזון ובסוגי המזונות. בהתאם להמלצות שפורסמו בעולם, ובהתייחס לשונות שיש בקרב המרכזים השונים בעולם, עודכנו ההנחיות להתקדמות בכלכלה לאחר ניתוחים בריאטריים על-ידי פורום דיאטניות בריאטריה בישראל (ראה טבלה 1). החודשים הראשונים לאחר הניתוח מתאפיינים בצריכה קלורית מאוד נמוכה ויש להקפיד בזמן זה על חלוקה נכונה של אבות המזון ועל מזון איכותי. בנוסף לכל אלו כבר בתקופה זו חשוב לדבר עם המנותחים על הפחדים, החששות ועל "היום שאחרי" - איך ובעיקר בזכות מה הניתוח יהווה את נקודת המפנה בהתמודדות עם המשקל לטווח הארוך.

טווח ארוך - הדרכה לחיים

אין כיום הנחיות חד משמעיות להרכב התזונה (כמות קלוריות וחלוקה לרכיבי מזון), לרמת הפעילות הגופנית ולשינויים ההתנהגותיים הנדרשים לאחר הניתוחים. בהתבסס על הספרות הקיימת בתחום הבריאטריה המוקד בטיפול התזונתי ארוך הטווח הוא על דיאטה מאוזנת הכוללת כמות מותאמת של כל אחת מקבוצות המזון תוך הדגשת חשיבותה של קבוצת החלבונים (12). כמו-כן בטווח הארוך (מעל שנה), כאשר יכולת האכילה עולה והכמויות גדלות, התפריט היומי צריך להכיל רכיבי מזון המעלים את השובע, ומפחיתים אגירת שומן וצריכה קלורית (כמו אינדקס גליקמי נמוך, שילוב של ירקות, מזון עשיר בסיידן, חלבון) (13). הנחיות תזונתיות נוספות כוללות ארוחות מסודרות (3-5 ארוחות ליום), כמויות קטנות (המלצה לשימוש קבוע בכלי אוכל קטנים), הימנעות משתייה ואכילה בו זמנית ולעיסה טובה.

מעבר להנחיות התזונתיות המתייחסות להרכב המזון ולכללי האכילה, העבודה הטיפולית עם מנותחים בריאטרים מתרכזת גם בהפנמה של הרגלי אכילה תקינים כחלק משגרת היומיום, הגברת המודעות לאכילה, עידוד לפעילות גופנית קבועה, ומניעת החזרה להרגלי אכילה לקויים כמו אכילה רגשית, אכילה נשנשנית ובולמוסים (4,12,14). וכמובן שבצד כל אלו חיזוק מתמיד על הירידה במשקל ועל ההישגים באשר הם.

מאפייני הירידה במשקל

ניתן לחלק את השינויים במשקל לאחר ניתוח בריאטרי לשלושה שלבים (15): (1) שלב הירידה במשקל: לרוב נמשך עד 18 חודשים מהניתוח, כאשר עיקר הירידה במשקל מושגת כבר לפני סוף השנה הראשונה לניתוח (בניתוח טבעת הירידה יותר איטית ונמשכת לאורך יותר זמן). הירידה לאחר ניתוח יכולה להיות דרסטית, וירידה של 0.23-0.45 ק"ג ביום בחודשים הראשונים (או 18-40.5 ק"ג בשלושת החודשים הראשונים) היא ירידה תקינה (16). (2) שלב העלייה במשקל: לפי המחקר השוודי (17), שהינו המחקר הארוך ביותר העוקב אחר ירידה במשקל לאחר ניתוחים בריאטריים, כ-2-6 שנים מהניתוח חלה עליה במשקל. מהמחקר עולה כי בשלב זה העלייה הממוצעת היא של עד שליש מהמשקל שהורד (3) שלב השמירה על המשקל. חשוב לציין כי מאפייני הירידה במשקל והשמירה על המשקל משתנים בהתאם לסוג הניתוח. ישנם מקרים בהם הירידה במשקל היא יחסית קטנה ולא מספקת, ואז יש לבדוק את השפעתם של גורמים פיזיולוגיים שונים, בעיות כירורגיות ו/או גורמים התנהגותיים. בנוסף, בטווח של 10 שנים מהניתוח דווח על כישלון בשמירה על המשקל ב-10%-25 מהמנותחים. יתכן והשכיחות האמיתית של עליה במשקל אינה ידועה מכיוון שמרבית האנשים לא נמצאים במעקב ארוך טווח. הסיבות לעלייה במשקל הן מורכבות וכוללות גם מרכיבים תזונתיים והתנהגותיים.

נהוג לומר כי שמירה

ארוכת טווח על

ירידה של 50%

מעודף המשקל

מהווה אינדיקציה

להצלחה לאחר

ניתוח בריאטרי. אולם

יש לזכור כי הצלחה

לאחר ניתוח בריאטרי

צריכה לכלול מספר

מרכיבים ולשלב

בין ירידה במשקל,

שיפור בתחלואה

נלווית ושיפור

באיכות חיים





חסרים תזונתיים

מהווים את

אחד הסיבוכים

התזונתיים השכיחים

של ניתוחים

בריאטריים. בהתאם

לסוג הניתוח,

הגורמים העיקריים

לחסרים אלו הם

ירידה בצריכת

המזון, הרגלי אכילה

לא נכונים וחוסר

איזון תזונתי, ירידה

בחומציות הקיבה

ומעקף של חלקי

מעיים שונים

שיער בצורה אחידה על פני הקרקפת מבלי שייצורו אזורים של קרחות. נשירת השיער נובעת מהסטרוס שנגרם לגוף לאחר ניתוח גדול בשילוב עם הירידה הגדולה במשקל. בשלבים הראשונים לאחר הניתוח הנשירה אינה מעידה בהכרח על חסרים תזונתיים. יחד עם זאת נשירת שיער שמתחילה בשלבים מאוחרים לאחר הניתוח או נמשכת מעל לשנה מחייבת בדיקה יותר מקיפה (18). הדבר החשוב ביותר בטיפול בנשירת שיער הוא הרגעה, משמע להסביר את השכיחות והגורמים.

תפקוד מערכת העיכול

ההשפעה של הניתוחים על פעילות מערכת העיכול כוללת ירידה ביכולת הטחינה של הקיבה (בעיקר בחודשים הראשונים) ושינויים ביכולת לעכל מזונות שונים, בהפרשת חומצה, בקצב התרוקנות הקיבה ובאזורי הספיגה. ההשפעה של הניתוחים על מערכת העיכול יכולה להיות קצרה וזמנית או כרונית. הרגלי יציאות: בתקופה הראשונה שלאחר הניתוח מנותחים רבים סובלים מעצירות. העצירות נגרמת כתוצאה מירידה בצריכת המזון והשתיה, משימוש בתרופות נוגדות כאב ומלקיחה של תוספי תזונה שיכולים להחריף עצירות כמו ברזל וסידן (15). הטיפול בעצירות בשלבים הראשונים ישלב חומרים אוסמוטיים שונים והקפדה על שתיה ובהמשך התאמת התזונה תוך דגש על

סיבוכים - גורמים ודרכי טיפול תזונתיות

התייבשות

נובעת מירידה בקיבולת עקב הקטנת הקיבה, מירידה דרסטית בצריכת מזון ולכן במקורות לנוזלים, מהצורך להפריד בין שתייה לאכילה ומהדרישה להימנע ממשקאות תוססים וממותקים. ההמלצה לצריכת נוזלים לאחר הניתוח עומדת על ליטר וחצי ליממה לפחות, כאשר שתייה זו צריכה להיות מחולקת על פני כל היום ולהכיל אפס קלוריות. מנותחים רבים חווים קושי בשתייה של מים. קשה לדעת האם זהו קושי פיזיולוגי או הרגל, אך בכדי לספק את כמות הנוזלים הרצויה יש להנחות את המנותחים לבחירה נכונה של משקאות. בהתייחס לקפאין אין מידע מבוסס אולם ישנן השערות כי משקאות המכילים קפאין יכולים להביא להתייבשות ולכן יש לשמור על צריכה מתונה של קפאין (16).

נשירת שיער

סוג נשירת השיער האופייני אצל מנותחים הוא Telogen Effluvium - התקרחות מפורזת. זהו מצב המתאפיין בהדלדלות





טבלה 1: הדיאטה הרב שלבית

הגדרה	ימים מתחילת הזנה	מזונות	הערות
נוזלים צלולים	1-2 ימים	מים, תה, מרק צלול, גילי, מיץ צלול (מומלץ למהול במים, עד 3 כוסות ביום), קפה	התחלת השתייה היא לפי הנחיית רופא. יש לשתות בלגימות קטנות. להימנע משתייה מוגזת.
נוזלים מלאים	3-7	מים, תה, מרק צלול, גילי, מיץ צלול (מומלץ למהול במים, עד 3 כוסות ביום). בשלב זה יש להוסיף: מוצרי חלב ניגרים (כמו חלב / יוגורט / רוויון / גיל). מומלץ שעיקר השתייה תהיה על בסיס דברי חלב.	לחלק את המזון / שתייה על פני היום. חשובות כ-5-6 ארוחות קטנות - בכל פעם עד חצי כוס / גביע. להשתדל בזמנים קבועים. מומלץ להשתמש בכפיות ולא כפות. להפריד בין שתייה לאכילה - שתייה רבע שעה לפני האוכל או חצי שעה לאחריו. יש להתחיל בנטילת המולטיוויטמין (למציצה או נוזלי).
כלכלה טחונה - מחיתית	7-14	אפשר להוסיף: גבינות רכות עד 5% שומן, מנה בשרית טחונה (בלנדר), ביצה מרוסקת או מקושקשת, דייסה על בסיס חלב, רסק עגבניות, פרי טחון ללא קליפה (או גרבר), פירה. לגיוון ניתן להוסיף בארוחות גם כף אבוקדו / טחינה / חומס	כמות ממוצעת לארוחה = מספר כפיות. חשוב לכלול בכל ארוחה מנת חלבון (מוצרי חלב, מנה בשרית טחונה, דג רך, ביצה). ללעוס היטב את המזון. להשתמש בצלחות קטנות. לעצור אחרי כמה כפיות לראות איך מרגישים ובהתאם להמשיך לאכול. להקפיד על שתייה של מים. להמשיך לקחת מולטיוויטמין.
כלכלה רכה	לאחר שבועיים מתחילת שתייה	להוסיף: קציצות, עוף רך / מבושל, דגים, טונה, סרדין, אבוקדו, ירקות מבושלים מעוכים במזלג	ניתן להפסיק לטחון את המנה הבשרית אך חשוב לבחור בשרים רכים, רצוי להתחיל עם בשר טחון, חזה רך.
התקדמות לכלכלה רגילה	חודש מתחילת שתייה	ניתן להתקדם בכלכלה לפי סבילות אישית	להמשיך להקפיד על מנות חלבון בכל ארוחה. בשלב זה ניתן לעבור למולטיוויטמין רגיל.
כלכלה רגילה	כחודשיים מהניתוח	תזונה רגילה בריאה = עשירת סיבים דלת שומן	יש להקפיד על ארוחות מסודרות 3 ארוחות עיקריות (ובניהן ניתן לשלב 2-3 ארוחות ביניים). להקפיד לשתות בין הארוחות. להקפיד על אכילה איטית ושימוש בכלי אוכל קטנים. לאכול מתוך מודעות ורוגע. להמשיך לקחת מולטיוויטמין.

חוסר איזון תזונתי לאחר הניתוח יכול להתבטא בהימנעות ממזונות מזינים כמו ירקות, פירות ובשרים, בשכיחות גבוהה יחסית של אכילת ממתקים, בעליה בצריכה של חטיפי אנרגיה, קרקרים ומזון מוכן, בבחירה של אוכל רך / טחון ובכמות אכילה מצומצמת מאוד לטווח ארוך

- ניתוח טבעת דורש התאמה חוזרת לאחר כל ניפוח של הטבעת.
 - חשוב להיות במעקב אצל דיאטנית להתאמת תפריט אישי.
- לא מומלץ להתקדם מהר יותר בשלבי הכלכלה אולם לפי תחושה אישית יש כאלו שיתקדמו לאט יותר וישארו יותר זמן בכלכלה טחונה. מעבר בין שלב לשלב הוא רק באם הצלחת לצרוך את המזון בצורה נאותה. תיאור הדיאטה הרב-שלבית סוכם ונכתב על ידי ועדת פורום דיאטניות בריאטריה בישראל: נעמה כפרי, חיה שווייגר, מירית קרקובסקי, רונית ציוני, הילה כהן



חוסר השקעת זמן בלעיסת מזון מוצק ואמונות ועמדות מוטעות בנוגע למזונות שונים. תפקיד הדיאטנית בכל אלו הוא להביא לנרמול האכילה על ידי מגוון של פתרונות והכוונת המטופל לבחירה של תזונה בריאה ואיכותית.

מדדים להצלחה

נהוג לומר כי שמירה ארוכת טווח על ירידה של 50% מעודף המשקל מהווה אינדיקציה להצלחה לאחר ניתוח בריאטרי (1). אולם יש לזכור כי הצלחה לאחר ניתוח בריאטרי צריכה לכלול מספר מרכיבים ולשלב בין ירידה במשקל, שיפור בתחלואה נלווית ושיפור באיכות חיים (22), ומכאן יש להתייחס לעליה במשקל בטווח הארוך לאחר הניתוח גם בהשפעתה, אם קיימת, על הגורמים האחרים.

תפקיד הדיאטנית בתוכניות מעקב והתערבויות ארוכות טווח

מרבית המנותחים לא נמצאים במעקב תזונתי-רפואי ככל שהזמן מהניתוח עולה. במקביל, מרבית המחקרים מצאו שכלל שהזמן מהניתוח עולה כך ישנה ירידה בהיענות לשינויים התנהגותיים (23,24). במחקר שביצענו במרפאה הבריאטרית במרפאת לין בקרב מנותחי שרולל נמצאה תמונה דומה בה כלל שהזמן מהניתוח חלף כך פחות אנשים עסקו בפעילות גופנית קבועה, יותר אנשים דיווחו על אכילה רגשית ונשנשנית ויותר אנשים דיווחו על אמונה עצמית נמוכה ביכולתם לשמור על המשקל לטווח הארוך (20). יש לזכור שלאורך זמן השינויים ההתנהגותיים יהיו אלו שישמרו את הצלחת הירידה במשקל לאחר הניתוח. התקופה שלאחר הניתוח צריכה לכלול תהליך שבו יחד עם הירידה במשקל והשיפור בבריאות הפיזית יש עבודה גם על שינויים התנהגותיים ועל שינויים בדרכי החשיבה וההתמודדות ולכן ישנה חשיבות לפיתוח של תוכניות מעקב ארוכות טווח. קיומן של מרפאות בריאטריות שיערכו מעקבים קבועים אחרי המנותחים, ושהן יש אמונה בין המנותח לדיאטנית ולכירורג יכולות אולי להגביר את ההיענות למעקבים ארוכי טווח. לדיאטנית, שהינה הסמכות המקצועית בקידום אורח חיים בריא, ישנו תפקיד מרכזי בהנעת והפעלת תוכניות מעקב וטיפול כמו טיפול קבוצתי, הדרכות חודשיות, עלוני מידע ואמצעים נוספים השומרים על הקשר בין המנותח לבין הצוות המטפל. העבודה המיטבית תתקיים כאשר יהיה שילוב בין עבודת הדיאטנית ועבודת הפסיכולוגית/עובדת סוציאלית, ובכך יינתן המענה הכוללני לצרכים המורכבים של המטופל הבריאטרי.

לסיכום

הטיפול התזונתי במנותחים בריאטריים מהווה אתגר. הדיאטנית מהווה עמוד תווך במרפאה הבריאטרית, יחד עם זאת מרכזיותה במערך הבריאטרי תקבע מרמתה המקצועית ומריאתה רחבה של תחומי האחריות. היכולת לשלב ידע בתחום הבריאטריה, ידע בטיפול תזונתי וידע בטיפול התנהגותי תבטיח את המענה התזונתי-התנהגותי המקיף ביותר לצרכים המשתנים של המטופל הבריאטרי.

רשימת המקורות המלאה מופיעה באתר מכון תנובה למחקר

כמות סיבים. לעומת עצירות יש הסובלים משלשולים אשר ברוב המקרים פוחתים מעצמם עם הזמן. יש לזכור כי תופעת הלואי של ניתוחים המשלבים תת ספינה יכולה להיות שלשולים כרוניים (בעיקר במעקף תריסריון).

הקאות: הקאות שכיחות בחודשים הראשונים (16,18). בד"כ ההקאה מתוארת כ"נתקע לי משהו שהייתי חייב להוציא". שני גורמים עיקריים קשורים בהקאות. (1) חוסר שמירה על כללי האכילה: אכילה מהירה, אכילה בכמות גדולה מידי, חוסר לעיסה, אכילה עד תחושת מלאות. במקרים אלו תדירות ההקאות נמוכה יחסית והולכת ופוחתת עם הזמן. (2) סיבוכים כירורגיים: במקרים יותר חריפים ההקאות נגרמות כתוצאה מהיצרות (מעקף/טבעת) או ריפלוקס (שרולל) או סיבוכים אחרים ותדירותן מרובה וללא שיפור בטווח הקצר (15). הטיפול התזונתי בהקאות יכול לכלול אנמנזה לכירורג סבת ההקאות - מתי התחילו, אחרי איזה מזונות, אחרי איזה כמות של אוכל, באיזה שעות ביום, האם כולל גם שתייה, איזה סוגי מזונות בעיתיים. מידע זה יכוון לטיפול. הטיפול התזונתי יכול להתאמת מרקם הכלכלה, חזרה על כללי האכילה והרגעה. במידה ויש חשש לסיבות שאינן תזונתיות יש להפנות את המטופל לכירורג.

חסרים תזונתיים

אלו מהווים את אחד הסיבוכים התזונתיים השכיחים של ניתוחים בריאטריים (18). בהתאם לסוג הניתוח (מגביל או תת ספינה) הגורמים העיקריים לחסרים אלו הם ירידה בצריכת המזון, הרגלי אכילה לא נכונים וחוסר איזון תזונתי, ירידה בחומציות הקיבה ומעקף של חלקי מעי שונים.

אין כיום הסכמה גורפת ביחס לתיסוף האופטימלי לאחר הניתוחים השונים. ההמלצות המקובלות הן למתן תוסף קבוע במולטיטויטמין לאחר כל הניתוחים, למתן בברזל, סידן+D, חומצה פולית ו-B12 לאחר ניתוח מעקף קיבה, ולמתן של ויטמינים מסיסי שומן לאחר מעקף תריסריון. בארה"ב נהוג לתסף גם בסידן+D לאחר כל הניתוחים (אך חשוב לציין כי צריכת מוצרי החלב שונה בין מדינת ישראל למדינות אחרות), וכן נראה כיום כי יש מקום לתיסוף קבוע ב-B12 גם לאחר שרולל קיבה. חשוב לדעת כי שכיחות החסרים התזונתיים הולכת ועולה ככל שהזמן מהניתוח עובר. בכל מקרה יש להקפיד על בדיקות דם אחת לשנה.

אי סבילות למזונות

המנותח אי סבילות למזונות משקף את ההשפעה של השינויים הפיזיולוגיים המתרחשים מערכת העיכול על היכולת לאכול מגוון של מזונות (19). נמצא כי לאחר כל הניתוחים ישנה ירידה בסבילות למזונות אך ההבדל העיקרי בין הניתוחים הוא השפעתם ארוכת הטווח על יכולת האכילה. בעוד שלאחר ניתוח מעקף קיבה ושרולל קיבה הסבילות למזונות הולכת ומשתפרת עם הזמן, לאחר ניתוח טבעת ישנה ירידה הדרגתית ומתמשכת במרכיב זה המשקפת קושי לאכול מגוון של מזונות (19-21). אי סבילות למזון יכולה לגרום לחסרים תזונתיים ולאכילה לא תקינה ומכאן גם לעלייה במשקל עקב עלייה בצריכה של מזון רך ועשיר בקלוריות.

חוסר איזון תזונתי

חוסר איזון תזונתי לאחר הניתוח יכול להתבטא בהימנעות ממזונות מזינים כמו ירקות, פירות ובשרים, בשכיחות גבוהה יחסית של אכילת ממתקים (גם אם מדובר בפריט אחד) בתפריט היומי, בעליה בצריכה של חטיפי אנרגיה, קרקרים ומזון מוכן, בבחירה של אוכל רך / טחון ובכמות אכילה מצומצמת מאוד לטווח ארוך. התנהגויות אלו מושפעות מגורמים שונים כמו דחייה ממזונות לאחר הניתוח, פחד מאכילה שתוביל להשמנה,



תרומתו של הפסיכולוג למערך הבריאטרי

ד"ר ציפי העצני

פסיכולוגית קלינית, מומחית בטיפול באנשים הסובלים מהשמנה ומהקשיים הנלווים לה

רבים מהפונים לניתוח בריאטרי לטיפול בהשמנה נעזרים באכילה רגשית כדרך להתמודד עם חוויות התפתחותיות קשות ונסיבות חיים מאתגרות.

ההנחה שעומדת בבסיס הטיפול הפסיכולוגי במטופל הבריאטרי מתבססת על ההצלחה החלקית של הניתוחים, ועל ההבנה שהתנהגות האכילה מושפעת לא רק מגורמים פיזיולוגיים אלא גם מגורמים פסיכולוגיים, חברתיים ותרבותיים. הטיפול הפסיכולוגי מלווה את התהליך על כל שלביו - מהשלב הטרום ניתוחי ועד המעקב לאורך זמן שלאחר הניתוח.

המציאות בשטח כיום היא שבפועל, רוב המועמדים שפונים לניתוח הבריאטרי - מתקבלים. כתוצאה מכך, נוצר מצב שבו חלק מהמועמדים מגיעים לניתוח עם תמונות קליניות מורכבות. מציאות זו דורשת מעקב ערני וצמוד ובמקרים מסוימים, הערכות מיוחדות מצד הצוות המטפל והפניה לטיפול פרטני במקרה הצורך.

טיפול פסיכולוגי בשלבים השונים של התהליך הבריאטרי

מחקרים מראים שאנשים שמצליחים להפיק תועלת מטיפול מסורתי בהשמנה הם בדרך כלל אנשים עצמאיים, בעלי מוטיבציה פנימית המכירים באחריותם האישית לשינוי (8-9). הם בדרך כלל גם אנשים עם מעט ניסיונות קודמים בהרזיה (10). פרופיל זה אינו מאפיין את מרבית המועמדים אשר פונים לניתוח בריאטרי, שניסו פעמים רבות להיעזר בתוכניות הרזיה קונבנציונליות ונכשלו. יתרה מכך, רבים מהפונים לניתוח בריאטרי לטיפול בהשמנה נעזרים באכילה רגשית כדרך להתמודד עם חוויות התפתחותיות קשות ונסיבות חיים מאתגרות. ההנחה שעומדת בבסיס הטיפול הפסיכולוגי במטופל הבריאטרי מתבססת על ההצלחה החלקית של הניתוחים, ועל ההבנה שהתנהגות האכילה מושפעת לא רק מגורמים פיזיולוגיים אלא גם מגורמים פסיכולוגיים, חברתיים ותרבותיים.

באופן כללי, ניתן לחלק את התהליך הבריאטרי לשלושה שלבים עוקבים (11-12), כאשר כל שלב מתאפיין בצרכים ובמוקדים שונים לטיפול:

השלב הטרום-ניתוחי
השלב הפוסט-ניתוחי
שלב התחזוקה לטווח רחוק

תארו/י לעצמך שאת/ה פונה לרופא עם בעיה פיזית כלשהי והוא לא טורח לשאול אותך מתי וכיצד התפתחה הבעיה, הוא גם לא בודק אותך, ומייד נותן לך מרשם לטיפול בבעיה. ותארו/י לעצמך שהרופא הזה כך נוהג עם כל מטופל שהוא רואה. כך מטפלים בהשמנה כיום. בדרך כלל אנשים שמנים מקבלים את אותו מרשם: 'איכלו פחות ועשו יותר פעילות גופנית' (1).

בעיית ההשמנה היא אחת מהבעיות ההטרונגיות ביותר שקיימות (2-5), וישנם אין-ספור מסלולים ודרכים לפיתוח בעיית השמנה ולהנצחתה לאורך שנים. בשל כך, סביר להניח שגם הדרך להבראה מהשמנה לא תהיה אחידה, וייתכן שיהיה צורך במסלולים רבים לטיפול (6). העדות לכך היא שהטיפול המשמעותי ביותר בהשמנה - הניתוח הבריאטרי, יעיל בכ- 80 אחוזים מהמקרים בלבד (7). לאור זאת, ישנה התייחסות הולכת וגוברת של אנשי מקצוע והכרה מטעם הקהילה המדעית בהיבטים הפסיכולוגיים של השמנת יתר ובהבנת ההטרונגיות של השמנת יתר, הן באתיולוגיה והן בטיפול.

מכיוון שהשמנה מתפתחת על רקע מערכת היחסים של אדם עם האוכל, עם עצמו ועם הסביבה - על איש המקצוע שעובד עם מטופל שסובל מהשמנה להבין ששינוי לאחר הניתוח הבריאטרי דורש לא רק שינוי התנהגותי, אלא גם שינוי יסודי במערכות יחסים אלו. כדי לטפל בבעיה בצורה יעילה, חשוב לזהות את הגורמים שתורמים להתפתחותה ואת הגורמים המשמרים אותה כיום אצל כל מטופל ומטופל.

לכן, בבואנו לטפל בבעיית ההשמנה, חשוב להבין את התפקיד של האוכל בחיי המטופל בהתפתחותו המוקדמת, בתקופה שבה החלה להתפתח בעיית ההשמנה וכמובן גם בהווה. יש להבין את המשמעות החברתית והתרבותית של אוכל בחיי המטופל ואת עמדותיו ביחס לקבלת הנחיות מדמויות סמכות. חשוב גם לזהות האם הבעיה קשורה בעיקרה לטריגרים רגשיים, סביבתיים ו/או בין-אישיים, ויש גם לאבחן אם בעיית ההשמנה יושבת על טראומה מוקדמת ומשמשת עבור המטופל כגורם מגן.





בדרך כלל בשלב
התחזוקה מטופלים
עולים בחזרה כ-10
אחוזים מהמשקל
הנמוך ביותר
שהושג. למרבה
הצער, רבים
מהמטופלים יפרשו
שינוי נורמטיבי
זה ככישלון
איש. לכן חשוב
מאוד להסביר
מראש למטופלים
שניתן לצפות
לעלייה של עד 10
אחוזים מהמשקל
המינימלי שאליו
הגיעו, ואין זה
מעיד על כישלון
איש

השלב הטרומ-ניתוחי

שלב זה מתאפיין באיסוף מידע, בקבלת החלטה אודות ניתוח בריאטרי ובהכנה פיזית ונפשית לניתוח. רבים מהמטופלים המגיעים לייעוץ בשלב זה מתארים חרדות ורגשות מעורבים כלפי הניתוח. עם זאת, ניתן לזהות מעין דחיפות או בהילות לבצע את הניתוח ולרזות מייד, מהר ובקלות. ישנם מטופלים שמגיעים לייעוץ לאחר שלמדו את החומר הרלוונטי לצורך קבלת החלטה, אולם רבים מגיעים להתייעצות עם ידע שטחי וציפיות לא מציאותיות.

חשוב שהמטפל יזהה את המוקד החשוב לעבודה על ידי ביצוע הערכה מקיפה ותיאום ציפיות עם המטופל לגבי סיבת הפנייה לטיפול בשלב זה של התהליך. טבלה 1, מסכמת דוגמאות לצרכים אפשריים ואופייניים בעבודה עם המטופל שפונה לייעוץ לפני הניתוח הבריאטרי.

השלב הפוסט-ניתוחי

שלב זה מתחלק לשני תתי שלבים המתאפיינים באתגרי הסתגלות בעלי דגשים שונים. בשלב זה מטופלים עושים את המעבר מהסתגלות פיזית להסתגלות רגשית וחברתית לניתוח. עד חצי שנה לאחר הניתוח - דגש על הסתגלות פיזית. חצי שנה עד שנה וחצי לאחר הניתוח - דגש על הסתגלות פסיכו-סוציאלית.

6-0 חודשים לאחר הניתוח

מכיוון שמיידי לאחר הניתוח מטופלים מתמודדים עם שינוי פיזי קיצוני ומהיר, הדגש בחצי השנה הראשונה לאחר הניתוח הוא בהיבט של ההסתגלות הפיזית לניתוח. בשלב זה, מטופלים נוטים להתמקד בהחלמה הפיזית ובהסתגלות לצריכה איטית

וללעיסה יסודית של כמויות אוכל מזעריות. רבים מהמטופלים שעוברים ניתוח מדווחים על קשיים ראשוניים בהסתגלות הפיזית והפסיכולוגית לשינוי הדרסטי שהם חווים בצריכה הקלורית. יש המדווחים על עייפות, מצב רוח ירוד וגלי קור הקשורים להסתגלות הפיזית של הגוף לשינויים בתזונה. יש גם החווים רעב מדומה ("Phantom hunger") הנובע מחוסר הסיפוק הפסיכולוגי מהצריכה המוגבלת בתוכנית האכילה הפוסט-ניתוחית. ישנה גם תופעה של הקאות בזמן שלומדים לאכול על פי הנחיות התזונה הפוסט-ניתוחיות. כמו כן, מטופלים רבים חווים התקפי חרדה ו"התקפי חרטה" הקשורים לביצוע הניתוח. תופעות מעין אלה אופייניות בקרב המנותחים הבריאטריים ולרוב חולפות. עם זאת, קשיים אלה יכולים להיות מועצמים לתקופה ממושכת יותר אצל מטופלים שלא הגיעו מוכנים מבחינה נפשית לניתוח, אצל מטופלים שעברו את הסינון למרות חוסר יציבות נפשית, ו/או אצל מטופלים שחווים סיבוכים רפואיים משמעותיים במסגרת תהליך ההחלמה. למרות האמור, רוב המטופלים מסתגלים לשינויים הפיזיים לאחר מספר שבועות ומתחילים לחוות את מה שמכונה בספרות תקופת "ירח הדבש שלאחר הניתוח".

"תקופת ירח הדבש" מתאפיינת בירידה מהירה ויחסית דרמטית במשקל, גם אצל מטופלים שלפני הניתוח סבלו מהפרעות בוויסות הרגלי האכילה. לרוב, ירידה זו במשקל מלווה בשיפור ניכר בביטחון העצמי, במצב הרוח ובמטיבציה גבוהה לשיתוף פעולה עם ההנחיות של הצוות הבריאטרי לאחר הניתוח. רוב המטופלים מגיעים על פי הנדרש למעקבים הרפואיים והתזונתיים, והפנייה לטיפול פסיכולוגי בשלב זה פחות שכיחה. עם זאת, מטופלים נוטים לפנות לעזרה כשהם מתקשים להיענות להנחיות הצוות הבריאטרי המטפל וכשהם חווים חרדות וקשיים





טבלה 1: מוקדי התערבות בשלב הטרם-ניתוחי

ההתערבות הטיפולית	זיהוי הצורך
עבודה פסיכו-חינוכית: הסבר עובדתי אודות האפשרויות השונות לטיפול בהשמנה, דיון בהשלכות המעשיות והאישיות של ביצוע ניתוח בריאטרי לסוגיו תוך התייחסות אובייקטיבית ליתרונות ולחסרונות של התהליך עבור המטופל עצמו	איסוף מידע אודות הניתוחים הבריאטריים השונים והשלכות המעשיות של ביצוע צעד זה
Cost-benefit analysis: • דיון ובדיקת היתרונות והחסרונות קצרי הטווח וארוכי הטווח עבור המטופל הספציפי בנסיבות חייו העכשוויות • ראיון מוטיבציוני לסיוע בעיבוד רגשות מעורבים והתקדמות לקראת תהליך של שינוי	סיוע בקבלת החלטה תוך כדי התייחסות לאמביוולנטיות אישית הכרוכה בשינוי מהפכני בחיים
לעתים נדרשת התערבות טיפולית לטיפול בבעיות רגשיות ו/או במשברי חיים. עבודה טיפולית המכוונת לייצוב המצב הרגשי, התפקודי ו/או המערכת הסביבתית של המטופל כשלב מקדים לטיפול בריאטרי	ייצוב בעיות פסיכו-סוציאליות כשלב מקדים להכנה לניתוח
• סיוע בגיוס מערכת תמיכה ו/או חשיבה מעשית כיצד להתמודד במקרים שבהם המערכת הסביבתית מוגבלת ביכולתה לעזור ו/או מתנגדת לניתוח ואינה מוכנה לעזור • תכנון ופתרון בעיות מעשיות: תכנון שינויים שיצטרכו להתבצע בבית ובעבודה. לדוגמה, עבודה על שינויים בקביעת סדרי עדיפויות וניהול זמן • שיפור המודעות העצמית לקשיים בוויות האכילה • הכנת המטופל לעבודה עם דיאטנית בריאטרי, במקרים שבהם קיימת התנגדות לדמויות סמכות ו/או להנחיות מטעם הצוות הרפואי • עבודה על תכנון, נרמול וויסות הרגלי האכילה • תמיכה נפשית ועיבוד חששות לקראת הניתוח • תיאום ציפיות לגבי דרישות הניתוח ותוצאות הניתוח לטווח הקצר והארוך	הכנה מעשית ורגשית לניתוח

"תקופת ירח הדבש"

מתאפיינת בירידה

מהירה ויחסית

דרמטית במשקל,

גם אצל מטופלים

שלפני הניתוח סבלו

מהפרעות בוויות

הרגלי האכילה. לרוב,

ירידה זו במשקל

מלווה בשיפור ניכר

בביטחון העצמי,

במצב הרוח

ובמוטיבציה גבוהה

לשיתוף פעולה עם

ההנחיות של הצוות

הבריאטרי לאחר

הניתוח

אמביוולנטי או לא תמך בניתוח, יכול להירתע מההתחזקות ומהעוצמה שהמטופל חווה בעקבות הירידה במשקל. כמו כן, לפעמים יש ציפיות שהניתוח ישפר בעיות בוויות ובקשרים אחרים, וכשהדבר לא קורה יש אכזבה. לעתים אנשים חווים משברים ואף אובדן בקשרים עם בני זוג ו/או בני משפחה וחברים, החשים איום כתוצאה מההרזיה ומההעצמה המתלווה לה. לעומת זאת, קשרים שהיו חיוביים או תקינים לפני הניתוח עשויים ברוב המקרים להוות מקור משמעותי של תמיכה וחיוק לאחריו.

יש לזכור שגם שינויים חיוביים ככל שיהיו, עלולים להוות מקור דחק למטופל הבריאטרי. למשל, לעתים הירידה במשקל חושפת את המטופל הבריאטרי לאפשרויות חדשות בחיים שדורשות גם הן הסתגלות (מקומות עבודה חדשים, בני זוג פוטנציאליים וכו'). לכן תהליך השינוי עשוי להיות מורכב ודורש למידה והסתגלות למצבים חדשים. יכולת ההתמודדות עם תהליך השינוי תלויה במידה רבה במשאבים האישיים של המטופל ובהתנסויות החיים שלו טרם הניתוח. לדוגמה, אישה שחווה הטרדה מינית לפני הניתוח והשתמשה בשומנה העודף כמגן בפני מחזרים פוטנציאליים, או אדם שנדחה פעם אחר פעם ממקומות עבודה בגלל מבנה גופו - ייחשפו למצבים חדשים ולאתגרים לאחר ההרזיה. לכן, בשלב זה ניתן לצפות לנכונות מוגברת מצדם של מטופלים להיכנס לתהליך טיפולי, וקיים תפקיד מרכזי לפסיכולוג המלווה את המטופל הבריאטרי בסיוע בהתמודדות עם שינויים פסיכולוגיים ובין-אישיים הקשורים להשלכות

בהסתגלות למצב החדש. מניסיוני, אנשים שאין להם תמיכה סביבתית מספקת או לחילופין אנשים שיצרו קשר טיפולי טוב טרם הניתוח, נוטים לפנות ליעוץ ו/או להמשיך ביעוץ אצל פסיכולוג בשלב זה.

בשלב הפוסט-ניתוחי, המטפל באוריינטציה קוגניטיבית-התנהגותית הבקיא בתהליך הבריאטרי יכול לסייע במיוחד בהעברת מידע, בסיוע בהתמודדות עם קשיים בשינוי הרגלי אכילה ובהסתגלות למצב החדש, הדורשת יכולת לוויסות רגשות והרגעה עצמית. כמו כן, המטפל יכול להעניק תמיכה רגשית וסיוע ענייני ובלתי שיפוטי בפתרון בעיות שעולות במסגרת תקופת ההסתגלות הראשונית. דוגמאות: קשיים במעבר מאכילה מהירה לאכילה איטית ומודעת, קשיים בהקשבה לרמזי רעב ושובע, הפסקת האכילה בזמן ובאופן שאינם גורמים להקאות, התמודדות עם רעב מדומה והתקפי דחף לאכילה, קשיים בהתמודדות עם חרדות ורגשות אמביוולנטיים, קשיים במעבר ההדרגתי מאורח חיים בלתי פעיל לאורח פעיל יותר.

18-6 חודשים לאחר הניתוח

בשלב זה, רוב המטופלים כבר הסתגלו לניתוח, ירדו במשקל באופן משמעותי ונמצאים במעקב תזונתי ורפואי לפי הצורך. למרות שמרביתם נהנים מהשינויים החיוביים, ישנם דיווחים על מתחים בין-אישיים. מתחים אלה קשורים לקשיי ההסתגלות של הסביבה הקרובה לשינויים הפיזיים והפסיכולוגיים שהתרחשו אצל המטופל כתוצאה מהניתוח. למשל, בן זוג שהיה



הניתוח וההרזיה.

לבסוף, מטופלים שסבלו מבעיות נפשיות לפני הניתוח, כגון הפרעות במצב הרוח, חרדה לסוגיה ובולמוסי אכילה, נמצאים בסיכון מוגבר לחוות הישנות בבעיות אלה עם התקרבותו של סיום "תקופת ירח הדבש". על המטפל הבריאתי שנמצא בקשר מתמשך עם המטופל להיות עירני לשינויים ולתנודות במצבו הרגשי, במצבו התפקודי ובמצבו החברתי. מטפל קשוב ועירני יזהה בעיות בזמן, יסייע בהתמודדות עם קשיים שיתעוררו ויפנה לטיפול פסיכיאטרי, זוגי או מיני לפי הצורך.

שלב התחזוקה

(החל מ-18 חודשים לאחר הניתוח)

השלב האחרון של התהליך הבריאתי הוא למעשה שלב שאיננו מסתיים. מדובר בשלב שבו המשימה המרכזית היא הסתגלות והתייבבות לטווח ארוך, הן מבחינת המשקל והן מבחינת השינויים ההתנהגותיים, הקוגניטיביים והרגשיים הנדרשים לצורך שמירה על משקל חדש זה. בשלב זה קיימת ירידה משמעותית במעורבות הצוות הבריאתי בעבודה הישירה מול המטופל. למעשה, ירידה זו מתרחשת במקביל לכך שמרבית המטופלים חווים ירידה בהתלהבותם מהתהליך ונמצאים בסיכון מוגבר לחזרה לדפוסי אכילה ישנים. כמו כן, בדרך כלל בשלב זה מטופלים עולים בחזרה כ-10 אחוזים מהמשקל הנמוך ביותר שהושג. למרבה הצער, רבים מהמטופלים יפרשו שינוי נורמטיבי זה ככישלון אישי. לכן חשוב מאוד להסביר מראש למטופלים שניתן לצפות לעלייה של עד 10 אחוזים מהמשקל המינימלי שאליו הגיעו, ואין זה מעיד על כישלון אישי.

כיום מקובל להגדיר "כישלון" בתוצאות הניתוח כירידה של פחות מ-50 אחוזים מהמשקל העודף ההתחלתי ו/או עלייה משמעותית מתוך המשקל שכבר ירד לאחר הניתוח. למרות ההבנה המוגבלת אודות הסיבות לעלייה במשקל, ידוע כי תופעה זו קשורה לקשיים בהיענות להנחיות ההתנהגותיות של הצוות המטפל וחזרה לדפוסי אכילה ישנים כגון בולמוסי אכילה (13). לאחר שנים של מחקר, ניתן לזהות מספר עקרונות מפתח המאפיינים מטופלים אשר הצליחו לשמור לאורך זמן על רוב הישגי המשקל בעקבות ניתוח בריאתי (14-16). להלן דוגמאות להרגלים ולדפוסיים המאפיינים את האנשים שהצליחו לשמר את תוצאות ההרזיה בלי קשר לסוג הניתוח הבריאתי שעברו:

- קבלת אחריות אישית לוויתור האכילה והמשקל.
- פעילות גופנית סדירה.
- צבירת שבע שעות שינה בממוצע ללילה.
- שתיית מים בכמות מספקת והימנעות משתייה מוגזת.
- הפרדה בין שתייה לאכילה.
- הקפדה על צריכת שלוש ארוחות מאוזנות ושתי ארוחות קלות ביום.
- אכילה איטית ומודעת.
- הגבלת כמויות המזון הנצרך.
- נטילת ויטמינים וטוספי תזונה על פי הנחיות הצוות הבריאתי.
- ניטור עצמי ביחס למשקל ולהרגלי האכילה.

למעשה אין חידוש בממצאי מחקר זה, ותוצאותיו גורמות לבעיה של חשיבה מעגלית: הרי עקרונות אלה של שמירה על הישגים במשקל קשורים להתמדה בניהול אורח חיים בריא, בין אם אדם עבר ניתוח בריאתי ובין אם לאו. מכיוון שבעיית ההישנות קשורה בעיקר לקושי של הפרט להתמיד בשינויים ההתנהגותיים שמלכתחילה היו נחוצים לצורך הירידה במשקל, האתגר שלנו כאנשי מקצוע אינו מסתיים בשאלה כיצד ניתן באופן מעשי למנוע עלייה מחודשת במשקל, אלא בעיקר כיצד ניתן לסייע לאנשים באופן אישי להתמיד בהנחיות ידועות אלה. תפקידו המרכזי של המטפל העובד עם אנשים הנמצאים בשלב

התחזוקה של הניתוח הבריאתי הוא לתמוך במטופל ולבצע הערכה מתמשכת וסדירה לזיהוי קשיים שמתעוררים תוך כדי התהליך. יש לשים לב להופעתן של בעיות באכילה, תנודות במצב הרוח וסימפטומים פסיכיאטריים שעלולים לפגוע בהסתגלות הפסיכו-סוציאלית של המטופל וביכולתו לפתח עמידות בניהול אורח חיים בריא. דוגמאות לקשיים שכחים שעולים במסגרת תקופת ההסתגלות לטווח ארוך:

- שחיקה וחזרה לדפוסי אכילה ישנים.
- הופעתן ו/או חזרתן של בעיות רגשיות כגון דיכאון וחרדה.
- אכזבה מרמת הירידה במשקל בפועל ביחס לפנטזיה.
- חוסר שביעות רצון מההופעה החיצונית ו/או מעודפי העור שנשארו לאחר ההרזיה.
- התמודדות עם טראומות עבר שהודחקו, והתעוררו מחדש בעקבות ההרזיה.

לאחר שהמטופל הבריאתי חווה תקופה ממושכת של יציבות במשקל, במצב הרוח, בתפקוד הכללי ובאורח החיים החדש שפיתח, ניתן לעבור איתו לשלב האחרון של הטיפול הבריאתי אשר מתמקד במשימה המשמעותית של מניעת הישנות וניהול הישנות לטווח ארוך (Relapse Prevention and Relapse Management).

מעקב לאורך זמן

מכיוון שהשמנה היא בעיה כרונית מטבעה, גם לאחר סיום הטיפול רצוי לבדוק שינויים במשקל ושינויים התנהגותיים, קוגניטיביים ו/או רגשיים שמתרחשים לאורך זמן. לצורך כך, ניתן לבנות יחד עם המטופל תוכנית מובנית למעקב המשך. למרות שלא כל מטופל ישתף פעולה עם מעקב מתמשך, הידיעה שמתוכננת פגישות מעקב לאורך זמן מעניקה לרוב המטופלים שמסייעים טיפול תחושת ביטחון והגנה. ניתן לבצע את פגישות המעקב תחילה פעם בחודש ובהמשך אחת לחצי שנה, עד לפגישות שמתקיימות אחת לשנה. במידה שמטופל מביע חוסר רצון או חוסר עניין במעקב אישי, ניתן לבנות איתו תוכנית אישית למניעת הישנות המתבססת על הגדרה משותפת של פרמטרים המצדיקים פנייה מחודשת להתייעצות לפי הצורך. מניסיון, רבים מהמטופלים שאינם מעוניינים להמשיך במעקב, אינם חוזרים לטיפול בהמשך גם לאחר בניית תוכנית אישית למניעת הישנות, אולם אין זה בהכרח אומר שלא הצליחו להפיק תועלת מהטיפול ולבצע מעקב עצמי. עם זאת, חשוב להסביר למטופל כי גם אדם השומר על משקל יציב לאורך שנים יכול למצוא את עצמו בסיכון להישנות בעת אירועי חיים שליליים ו/או מאתגרים. הריון, גירושין ואובדן הם דוגמאות למצבי חיים שבהם אנשים נוטים לפנות להרגלים ישנים להתמודדות עם סטרס, גם אם שנים לא עשו כך. מצבים אלה נוטים לעורר תגובות ישנות וזה עלול להפחיד את המטופל ולערער את הביטחון העצמי שלו. לכן רצוי להכין את המטופל מראש לזמנים כאלה ולהמליץ לו לפנות לטיפול "תחזוקתי" בעתות נסיגה, גם אם לתקופה קצרה.

© החומרים המופיעים במאמר זה, מבוססים על חומרים המופיעים בספר הדרכה שכתבה ד"ר העצני עבור אנשי מקצוע העובדים עם אנשים שעוברים ניתוחים להרזיה - "לשקול מחדש: המדריך הפסיכולוגי למטפל הבריאתי" (2010).

רשימת המקורות המלאה מופיעה באתר מכון תנובה למחקר

יש לזכור שגם

שינויים חיוביים

כלל שיהיו, עלולים

להוות מקור

דחק למטופל

הבריאתי. לעתים

הירידה במשקל

חושפת את

המטופל הבריאתי

לאפשרויות חדשות

בחיים שדורשות

גם הן הסתגלות

(מקומות עבודה

חדשים, בני זוג

פוטנציאליים וכו').

לכן תהליך השינוי

עשוי להיות מורכב

ודורש למידה

והסתגלות למצבים

חדשים



ניתוחים בריאטריים במתבגרים

ד"ר דוד חזן

מנהל היחידה לכירורגיה לפרוסקופית, מרכז רפואי כרמל

ניתוחים בריאטריים הם טיפול יעיל להשמנה קיצונית במתבגרים. נראה כי עד כה הטיפול השמרני (תזונה, פעילות גופנית, שינויים התנהגותיים וטיפול תרופתי) הביא לתוצאות מאכזבות בהשמנה קיצונית במתבגרים.

ניתוחים בריאטריים מהווים את האופציה הטיפולית המוכחת היחידה בכדי להשיג משקל בריא, ובכדי לצמצם את ההשפעות הפיזיות והנפשיות של ההשמנה במתבגרים הסובלים מהשמנה קיצונית, ואשר נכשלו בדרכים השמרניות בירידה משמעותית במשקל, או בשמירה על ירידה במשקל.

התוצאות הטובות שקיימות עד כה מדגישות כי יש פער בין ההשלכות של הניתוח ויכולת ההתמודדות הפסיכו-סוציאלית של מרבית הנערים המנותחים לבין החששות והציפיות של אנשי הבריאות.

לניתוחים במתבגרים כפי שיתוארו בהמשך. בארצות הברית מעריכים כי 16.9% מהמתבגרים עונים לקריטריון של השמנה ו-4% סובלים מהשמנה קיצונית (4). מנתונים שנאספו בארץ בשנים 2007-2008 עולה כי כ-7.5% מהילדים בארץ בגילאים 6-14 סובלים מהשמנה, ומסקר שנערך ב-2006 עולה כי 2% מהמתבגרים בגיל 14-16 סובלים מהשמנה קיצונית (3).

שלושת העשורים האחרונים השכיחות של עודף משקל והשמנה במתבגרים בעולם כולו הלכה ועלתה, ואלו מוגדרים כבעיה הגדולה ביותר בתחום בריאות הציבור במאה הנוכחית (1). השמנה היא כנראה בין המצבים הבריאותיים הקשים ביותר לטיפול, כיוון שהיא משלבת בתוכה גורמים גנטיים, סביבתיים, ביולוגיים והתנהגותיים (2). בכדי להסית את המגמה ולמנוע את השמנתו של הדור הבא יש להפנות את המאמצים לשני כיוונים במקביל: מניעת ההשמנה בילדות, וטיפול משמעותי בילדים ומתבגרים שכבר סובלים מהשמנה על דרגותיה השונות. מאמר זה יסקור את המידע הקיים בנוגע להשמנה במתבגרים (13-18) ויתאר את מקומו של הטיפול הכירורגי במחלה זו.

השמנת מתבגרים ותחלואה פיזית

מתבגרים שמנים נוטים לסבול מתחלואה שהייתה נחלתם של מבוגרים בלבד בעבר הלא רחוק. ידוע היום כי שיעור התסמונת המטבולית, סוכרת סוג 2, תנגודת לאינסולין, אי סבילות לסוכר, מחלות לב, כבד שומני, יתר לחץ דם, הפרעות נשימה בשינה, דיסליפידמיה ובעיות מפרקים גבוה יותר בקרב אוכלוסיית מתבגרים זו. נמצא כי בקרב 39% מהמתבגרים הנמצאים ב-BMI מעל אחוזון 95 לגיל ומין יש כבר לפחות שני גורמי סיכון למחלת לב, ובאלו הנמצאים מעל לאחוזון 99 כבר 59% נמצאים עם לפחות שני גורמי סיכון למחלת לב (4). מעניין לציין שכמו במבוגרים, ובשיעורים גבוהים אף יותר, ירידה במשקל משפרת את כל אלו. אך גם ללא תחלואה נלוות, השמנה בגיל ההתבגרות קשורה באופן ישיר לעליה בסיכון לתחלואה בגיל המבוגר. מחקרים כיום כבר מראים שהמקור למחלות מתחיל עוד בילדות

הגדרת השמנה במתבגרים

מקובל לסווג את מצבי עודף המשקל באוכלוסייה זו לשתי קטגוריות בהתאם לאחוזון מסת הגוף (מדד המביא בחשבון גיל ומין). עודף משקל מוגדר באלו שהינם באחוזון מסת גוף (BMI) לגיל בין 85% ל-95% והשמנה באלו שהינם באחוזון מסת גוף לגיל מעל 95%. יש המוסיפים כי השמנה קיצונית מוגדרת מעל אחוזון 99%. חשוב לציין כאן, כי למרות חלוקה זו מרבית המחקרים על השמנה בילדים ושיטות טיפול משתמשות בערכי BMI, כמו כן ערכי ה-BMI משמשים להגדרת הקריטריונים



וקשור במבנה גוף שמן ובשינויים מטבוליים שהוא מביא איתו (5). בנוסף, מתבגרים שמנים נוטים להיות גם מבוגרים שמנים באחוזים יותר גבוהים מאשר מתבגרים במשקל תקין (6,7).

בסקירה של 15 עבודות נמצא כי 42%-63 מהמתבגרים השמנים הפכו למבוגרים שמנים (8). אחרים הראו ש-77% מהמתבגרים בגילאים 15-17 שסבלו מהשמנה קיצונית היו גם מבוגרים שמנים (7). מבוגרים אלו נוטים יותר לתחלואה ותמותה מאשר אלו שהשימונו רק בגיל המבוגר (4).

השמנת מתבגרים ותחלואה נפשית

גיל ההתבגרות הוא תקופה סוערת של גדילה נפשית, קוגניטיבית וחברתית, ובהיותו כן מהווה אתגר לכל מתבגר. בשנים האחרונות חוקרים החלו לבדוק את ההשפעה של השמנה על איכות החיים הקשורה בתחלואה (HRQoL - Health Related Quality of Life) כמדד המיגז תפקוד פסיכוסוציאלי. בעבודות שנעשו בקרב מתבגרים שמנים שהגיעו לטיפול שמרני נמצאו רמות נמוכות בכל מדדי השאלון, הכוללים תפקוד פיזי, נפשי, חברתי ותפקוד בבית הספר (9,10). בעבודה שבדקה את איכות החיים הקשורה בתחלואה בקרב מתבגרים המועמדים לניתוח בריאטרי (11) נמצאו מדדי איכות חיים נמוכים בקבוצה זו בהשוואה לאוכלוסיית המתבגרים עם דרגת השמנה חמורה פחות. ממצא זה ממחיש שהשמנה קיצונית בגיל זה הנה בעלת השלכות קשות ביותר על התפקוד היומי וכי אלו שכבר פונים לחיפוש האופציה הניתוחית נמצאים במצוקה קשה. עבודה זו הראתה גם שבהשוואה למחקרים שבדקו איכות חיים במתבגרים עם תחלואה אחרת (מגרנות, סוכרת ואסטמה) באוכלוסיית המועמדים לניתוח בריאטרי נמצאה הירידה הגדולה ביותר באיכות החיים. בנוסף לעובדות אלו, מספר מחקרים הראו כי יחד עם הפגיעה באיכות החיים, בקרב אוכלוסייה זו נמצאים גם שיעורים גבוהים יותר של דיכאון (11,12). בהקשר זה יש לזכור כי קיים קשר בין דיכאון לבין ירידה בהיענות ובמסוגלות לתוכניות התנהגותיות לירידה במשקל בקרב מתבגרים.

טיפול בהשמנת מתבגרים - היכן אנחנו עומדים?

אין כיום טיפול אחד ויחיד המוכח ביעילותו להשמנת מתבגרים. הפחתה קלורית, פעילות גופנית ושינויים התנהגותיים ראוי שיהיו מרכיב ראשוני ומרכזי בכל תוכנית התערבות, ויש להתאימם לצרכים המיוחדים של מתבגרים. הצלחה בטיפול בהשמנת מתבגרים תושפע גם ממרכזיותה של יחידת המשפחה בטיפול, משינויים בתפישות הסביבה והחינוך בבתי הספר ומשיפור בריאות הציבור. אך בין כל אלו לבין הצלחה בשטח קיים מרחב גדול. נראה כי עד כה הטיפול השמרני (תזונה, פעילות גופנית, שינויים התנהגותיים וטיפול תרופתי) הביא לתוצאות מאכזבות בהשמנה קיצונית במתבגרים. מחקרים מראים שיעור נשירה גבוה מתוכניות אלו, ובקרב הנשארים ישנה ירידה לא מספקת במשקל. לדוגמה במחקר של קנואין (13) עקבו למשך שנה אחרי קבוצת טיפול שקבלה שילוב של טיפול תרופתי עם טיפול תזונתי-התנהגותי. מבין אלו שהשלימו את תקופת המחקר הירידה ב-BMI היתה של 0.55 יחידות בסה"כ (מ-BMI ראשוני של 35.6). בדומה סווי וחברים (14) מצאו שיעור ירידה ממוצעת של 1.7 יחידות BMI (מ-BMI ראשוני של 36) בטיפול התנהגותי אינטנסיבי למשך שנה. ניתן לסכם כי הטיפולים השמרניים בהשמנה בקרב אוכלוסיית המתבגרים הסובלים

מהשמנה קיצונית, אומנם מביאים לשיפור מטבולי, אך מביאים לתוצאות לא מספקות של ירידה במשקל (15). מכאן כי בקרב אוכלוסייה מיוחדת זו יש לחפש טיפולים שיביאו לתוצאות משמעותיות יותר.

ניתוחים בריאטריים מהווים את האופציה הטיפולית המוכחת היחידה בכדי להשיג משקל בריא ובכדי לצמצם את ההשפעות הפיזיות והנפשיות של ההשמנה במתבגרים הסובלים מהשמנה קיצונית ואשר נכשלו בדרכים השמרניות בירידה משמעותית במשקל או בשמירה על ירידה במשקל (16).

ניתוחים בריאטריים במתבגרים

ניתוחים בריאטריים הם ללא כל ספק הטיפול היעיל ביותר להשמנת מתבגרים, אך גם הטיפול השנוי ביותר במחלוקת. בעוד שבקרב מבוגרים מוכח כיום כי זהו הטיפול היעיל ביותר להשמנת יתר חולנית הן בהשפעתו על ירידה במשקל ועל השמירה עליו והן בהשפעתו על תחלואה נלווית (17,18), בקרב מתבגרים מספר המחקרים הקיים מצומצם ולא קיימים נתונים ארוכי טווח (19). מהספרות הקיימת עד היום עולה כי הניתוחים מביאים לירידה מתמשכת במשקל ולהחלמה ממחלות (19). אך יחד עם ממצאים חשובים אלו, בסקר שנערך בארצות הברית (20) בקרב 375 רופאי ילדים ומספר זהה של רופאי משפחה המטפלים במתבגרים 50% מהמשיבים דיווחו כי הם לעולם לא יפנו מתבגר הסובל מהשמנה חמורה לניתוח בריאטרי. החוקרים מעריכים כי הפער הקיים כיום בין המידע על השפעתם החיובית של הניתוחים על ירידה במשקל לטווח הארוך ושיפור בתחלואה נלווית לבין שקילת האופציה הזו נעוץ בחוסר ידע, באמונות מוקדמות בנוגע לניתוחים הבריאטריים וכן בחסרונם של מחקרים ארוכי טווח על ההשלכות של הניתוחים בקרב אוכלוסייה זו.

תוצאות של ניתוחים בריאטריים במתבגרים

טרדוויל ועמיתיו (19) סקרו את הממצאים המרכזיים בהשפעת הניתוחים הבריאטריים על השמנת מתבגרים. הירידה הממוצעת במשקל לטווח הארוך נמצאה כעומדת על 10.6 עד 22.3 יחידות BMI, כתלות בסוג הניתוח. בנוסף נמצאו שיעורים גבוהים של החלמה מתחלואה נלווית (סוכרת, יתר לחץ דם ובעיות נשימה). לאחרונה פורסמו תוצאותיו של מחקר שנערך במשך שנתיים באוסטרליה (21) והשווה בין קבוצה של מתבגרים שעברה ניתוח טבעת לבין קבוצה זהה של מתבגרים שקבלה טיפול תזונתי-התנהגותי. בקרב קבוצת הניתוח 84% מהמשתתפים השיגו ירידה של מעל ל-50% מעודף המשקל לעומת 12% בקבוצת הביקורת. ואם נתרגם זאת למספרים בקבוצת הניתוח הירידה הייתה של 35 ק"ג בממוצע לעומת 3 ק"ג בקבוצת הטיפול ההתנהגותי. מכלל אוכלוסיית המחקר ל-40% אובחנה תסמונת מטבולית לפני ההתערבות. בקרב כל המשתתפים בקבוצת הניתוח נצפתה נסיגה מלאה בתסמונת המטבולית לעומת ל-22% בלבד מקבוצת הטיפול השמרני. גם באיכות חיים נצפו הבדלים מובהקים. יחד עם תוצאות חיוביות אלו יש לציין כי ל-33% ממשתתפי קבוצת הטיפול הניתוחי נדרשה התערבות כירורגית נוספת עקב בעיות עם הטבעת. בעבודה אחרת בדקו את השינוי בממדי איכות החיים והדיכאון במהלך שנה לאחר ניתוח מעקף קיבה במתבגרים (22). נמצא כי בעקבות הניתוח חלה ירידה ב-BMI ובדיכאון ועליה בכל מדדי איכות החיים. נתונים אלו חשובים במיוחד גם מכיוון שהם מרמזים על כך כי עצם השינוי המשמעותי במשקל ותחושת ההצלחה הם המרכיבים הדומיננטיים לאיכות החיים, זאת כיוון ששנה לאחר הניתוח מרבית המתבגרים לא מגיעים ל-BMI תקין.

לאחרונה פורסמו

תוצאותיו של מחקר

שנערך במשך

שנתיים באוסטרליה

אשר השווה בין

מתבגרים שעברו

ניתוח טבעת לבין

כאלו שקבלו טיפול

תזונתי-התנהגותי.

בקרב קבוצת

הניתוח - הירידה

הממוצעת במשקל

היתה של 35 ק"ג

לעומת ירידה

ממוצעת במשקל

של 3 ק"ג בקבוצת

הטיפול ההתנהגותי.

יחד עם תוצאות

חיוביות אלו יש

לציין כי ל-33%

ממשתתפי קבוצת

הטיפול הניתוחי

נדרשה התערבות

כירורגית מינימלית

נוספת עקב בעיות

עם הטבעת





טבלה 1: קווים מנחים לביצוע ניתוחים בריאטריים בילדים מתחת לגיל 18 שנים

(חוזר משרד הבריאות מספר 32/2009)

1. גיל: גיל כרונולוגי גדול מ-13 שנים, גיל עצמות מעל 15 שנים בבנים ומעל 13 שנים בבנות.
2. השמנה משמעותית: BMI גדול מ-50 עם סיבוכים קלים* או BMI גדול מ-40 עם סיבוכים קשים**.
3. בנוער מעל גיל 16 שנים, ניתן לבצע את הניתוח במקרי השמנה עם BMI שווה או גדול מ-45 בליווי סיבוכים קלים.
4. הוכחה ותייעוד להשתתפות בתוכנית מאורגנת לירידה במשקל. יש להדגים כישלון בתוכנית זו.
5. הערכה פסיכיאטרית.
6. דרישות חובה ממרכזים המבצעים ניתוחים במתבגרים: הערכה טרם ניתוחית ומעקב לאחר הניתוח דורשים את קיומו של צוות רב תחומי. צוות זה יכלול לכל הפחות: כירורג, רופא ילדים, דיאטנית ועו"ס/פסיכולוג.
7. איזה ניתוח לבצע? אין ניסיון מספיק בספרות לקבוע מהו הניתוח המועדף לקבוצת גיל זו.

* סיבוכי השמנה קלים: יתר לחץ דם, דיסליפדמיה, הפרעה משמעותית בתפקוד יומי, זיהומים בקפלי עור, אי שליטה על מתן שתן, פגיעות במפרקים, מצוקה נפשית, רפלקס ** סיבוכי השמנה קשים: סוכרת, כבד שומני מוכח, הפרעת שינה חסימתית משמעותית, *pseudotumor cerebri*.

הויכוח על הקריטריונים

ב-1991 התווה ה-NIH את הקריטריונים לניתוחים בריאטריים במבוגרים, כאשר הקריטריון הראשון הוא ה-BMI (23). הטיפול הניתוחי נקבע כמתאים לאלו הסובלים מ-BMI גדול מ-40 או לבעלי BMI מעל 35 עם תחלואה נלוות. בעולם כולו מתקיים דיון מהם הקריטריונים המתאימים לניתוחים במתבגרים. הגישה השמרנית מבקשת להחריף את הקריטריונים במתבגרים ומציגה נתונים בהם 20-30% מהמתבגרים השמנים לא יתפכו למבוגרים שמנים, אחוזים יותר טובים של הצלחה לטיפול השמרני באוכלוסייה זו, החשש כי ניתוח יעבך גדילה, חוסר בשלות רגשית של המתבגר וחוסר במידע על ההשפעות ארוכות הטווח. לעומתם אחרים מבליטים את הכישלון בירידה משמעותית במשקל בגישה שמרנית באוכלוסייה זו, את העובדה כי השמנה מביאה להתבגרות פיזית מוקדמת ואת ההשלכות הפיזיות והנפשיות בגיל בו ההשפעה הסביבתית קריטית לבניית האישיות. ועדת מומחים ברפואת ילדים ביחד עם בעלי עניין ברפואה הבריאטרית גיבשו בשנת 2004 המלצות בנוגע לניתוחים במתבגרים (16). ועדה זו נקטה בגישה השמרנית לבחירת מועמדים לניתוח כאשר ה-BMI שנקבע עמד על 40 עם תחלואה נלוות ועל 50 במתבגרים ללא תחלואה. האיגוד האנדוקריני אימץ את אותם הקריטריונים ב-2008 (24). קבוצה אחרת של אנשי רפואה הראתה כי מרבית המתבגרים עם BMI הגדול מ-35 נמצאים מעל לאחוזון 99 ולכן המלצותיהם הם לעדכן את הקריטריונים שנקבעו ב-2004, כך שהקריטריונים המתאימים למבוגרים יהיו גם הקריטריונים במתבגרים (25). ולצד הויכוח על ה-BMI קיימת הסכמה כי זהו רק קריטריון אחד מתוך מספר שיקולים שיש לקחת בחשבון לפני הפניית מתבגר לניתוח.

בשקילת ניתוח למתבגרים ובשיקולי סוג הניתוח יש לתת את הדעת בנוסף גם לשלוש סוגיות מרכזיות: יכולת קבלת החלטה מודעת ומושכלת בגיל צעיר, מניעת הפרעה לתהליכי בגרות פיזית ונפשית ובדיקת הענות להמלצות ההתנהגותיות לטווח הארוך (19). מכאן שקריטריונים חשובים נוספים כוללים: בגרות פיזית, גיל עצמות, ניסיונות קודמים לירידה במשקל וכישלונות מוכחים בניסיונות אלו, יכולת הבנה, יציבות נפשית ומערכת תומכת. מעבר לכל אלו מושם דגש על מרכזיותו של הצוות הרב מקצועי בהערכה הטרם ניתוחית ובמעקב ארוך הטווח בטיפול באוכלוסיית המתבגרים.

ב-2009 פרסם משרד הבריאות הישראלי הנחיות לניתוחים במתבגרים (ראה טבלה 1), גם כאן התקבלה הגישה השמרנית.

מתי להפנות - לדחות או להקדים?

מכל האמור לעיל דחיית ניתוח לסובלים מהשמנה קיצונית קשורה בהחרפתם של תחלואה גופנית ותחלואה נפשית. ככל שמתבגר סובל מיותר שנות השמנה, גם כשירד במשקל, לזיכרון הגוף תהיה השפעה רבה יותר על תחלואה עתידית (26). דחיית ניתוח מובילה ברוב המקרים גם להחרפת ההשמנה ובמצב כזה הסיכוי שניתוח יביא איתו לירידה ל-BMI תקין הולך ופוחת והסיכון הניתוחי עולה. לאחרונה הראו כי BMI לפני הניתוח הוא גורם חיזוי טוב ל-BMI לאחר מעקף קיבה במתבגרים (27). יחד עם זאת בשיקולים על מועד הניתוח יש כמובן להתייחס גם לכל הגורמים הנוספים שהוזכרו בבחירת מתבגרים לניתוח.

בחירת סוג הניתוח

בעולם מבצעים כיום בעיקר שלושה ניתוחים באוכלוסיית המתבגרים: טבעת מתכווננת, מעקף קיבה ושרירי קיבה. כל אחד מאלו מביא לתוצאות אחרות וכרוך בסיכונים שונים - קצרי טווח וארוכי טווח. בחירת הניתוח במתבגרים דומה לשיקולים שיש להפעיל בבחירת הניתוח במבוגרים ותושפע בין היתר מהסיכון הבריאותי, הרגלי אכילה והמנתח עצמו. היתרונות והחסרונות של כל ניתוח, וכן הסיכונים הכרוכים בכל אחד מהניתוחים, לא פורטו במאמר זה. אין כיום ניתוח אחד ויחיד שמהווה את ניתוח הבחירה ומגוון הניתוחים הקיים יכול לשמש באוכלוסייה זו.

לסיכום

השמנה קיצונית בקרב מתבגרים היא מחלה קשה ומורכבת. נראה כי כיום הטיפול האפקטיבי ביותר הוא ניתוחים בריאטריים. כאנשי הבריאות אנו צריכים להתגבר על מחסומים רגשיים ותרבותיים, להכיר אפשרות זו ולהפנות אליה מתבגרים שלא הצליחו בדרכים שמרניות. התוצאות הטובות שקיימות עד כה מדגישות כי יש פער בין ההשלכות של הניתוח ויכולת ההתמודדות הפסיכו-סוציאלית של מרבית הנערים המנותחים לבין החששות והציפיות של אנשי הבריאות. וביחד עם התוצאות הטובות אין ספק שדרוש עוד מחקר על ההשלכות השונות של הניתוחים וכן על שיעורי השמירה על המשקל לטווח ארוך בקרב אוכלוסייה זו.

רשימת המקורות המלאה מופיעה באתר מכון תנובה למחקר

לצד הויכוח על רמת ה-BMI המהווה קריטריון לכניסה לניתוח, קיימת הסכמה כי זהו רק קריטריון אחד מתוך מספר שיקולים שיש לקחת בחשבון לפני הפניית מתבגר לניתוח. קריטריונים חשובים נוספים כוללים: בגרות פיזית, גיל עצמות, ניסיונות קודמים ומשמעותיים לירידה במשקל וכישלונות מוכחים בניסיונות אלו, יכולת הבנה, יציבות נפשית ומערכת תומכת



רינת בת 44 נ + 2, עובדת כמזכירה. בעברה ניסיונות רבים לירידה במשקל בהם ירדה ועלתה, לדבריה בעיקר עקב חוסר יכולת "להיות כל הזמן בדיאטה". עברה ניתוח שריוול לפני כשנה וחצי. לפני הניתוח שקלה 110 ק"ג, BMI=41, סבלה מהפרעה מטבולית קלה. בשנה שלאחר הניתוח ירדה 35 ק"ג, בדיקות מעבדה תקינות. לא הייתה במעקב לאחר הניתוח. שנה וחצי לאחר הניתוח הגיעה לטיפול דיאטני. משקלה כיום 82 ק"ג (BMI=29) הירידה נוצרה והיא עלתה 7 ק"ג. לאחר הניתוח שמרה על פעילות גופנית ואכילה מותאמת, אך תקופה ממושכת כבר לא שומרת על שעות אכילה מסודרות, מרבה בנשנושים (חטיפים ועוגיות), אינה עוסקת בפעילות גופנית ומרגישה שגם הלחץ בבית ובעבודה מקשים על יכולתה לשמור על אורח חיים בריא. הפעם התסכול שלה גדול מבעבר, מכיוון שיצפתה "שהניתוח יפתור אותה מהצורך בדיאטה, ומהצורך להמשיך ולהקפיד לתמיד". בנוסף רינת מבטאת אכזבה מכך שלא הגיעה ליעד שלה - מידה 38.

רינת מגיעה לפגישות בצורה מסודרת, במהלכן היא לוקחת על עצמה משימות, אולם בפגישות עוקבות אנחנו מגלות שלא עמדה בהן. מאז שהגיעה עלתה עוד קילו במשקל. הרושם הוא שהיא מצפה שהפגישה עצמה תעשה את השינוי. במפגשים איתה אני מגיעה למצב של חוסר-אונים אל מול האכזבה שלה.

שאלותי הן:

- איך ניתן לעזור לרינת לשנות עמדות ומשאלות בהתייחס למונח דיאטה?
- איך ניתן לסייע לה לפתח התייחסות ריאלית בקשר למידת הגוף?
- איך מקדמים אותה לעבר עשייה?

רבקה ולפר, אחראית השירות הסוציאלי במרכז הרפואי לין, מרפאה בריאטרית, שרותי בריאות כללית, חיפה

בהכנה לניתוח בריאטרי מושם דגש על מטרות ריאליות לירידה במשקל. נשים רבות מגיעות לניתוח עם מוטיבציה וחשיבה על אורח חיים בריא, רצון לירידה משמעותית במשקל ושימור הבריאות בעתיד. אך במצבים רבים מאחורי אלה מסתתרות משאלות שאינן בהכרח מציאותיות ביחס לאיך אני אהיה לאחר הניתוח. לנוכח תכתיבים חברתיים תובעניים, כביכול נורמטיביים, ואל מול שנים של מעגלי תסכול מתמשכים בעקבות השמנה, פגיעה בדימוי עצמי וחוסר השלמה עם הגוף, מתעורר רצון "להיולד מחדש" שבדאי יש לו שורשים פסיכולוגיים מורכבים. במקרים רבים, מאחורי ההשמנה עומדים קשיים רגשיים, חוסר יכולת להתמודד עם מצבי לחץ, "אכילה רגשית", חוסר ביטחון עצמי וקשיים תפקודיים שונים. כל אלו יכולים לתרום לכך, שבשנה השנייה שלאחר הניתוח (כאשר המשקל מתייצב), מתחדד הפער שבין הציפיות לבין המציאות בהתייחס לתוצאות, דימוי הגוף ומידת ההשקעה הנדרשת לצורך שמירה על המשקל החדש. בתקופה זו מתחדדת ההבנה שהמוקד עובר לאדם עצמו ושהשוטר "הפנימי" (שמהווה מוקד שליטה חיצוני), קרי הניתוח, אינו מספיק. במקביל לאלו, אם בתחילת הדרך הניתוח צמצם את ההתמודדויות בחיים ועמד במרכז, וכמות המחמאות והתמיכה היו גבוהות, לאורך-זמן אלו פוחתים ונדרשים יותר משאבים אישיים פנימיים ל"תחזוקה".

מתיאור המקרה עולה תמונה של אישה שכשנתיים לאחר הניתוח נמצאת בנקודת ההתחלה. הניתוח, כמו כל ניסיון קודם לרדת במשקל, לא ענה על הפנטזיה. רינת מתקשה להיפרד מפתרונות קסם, ודפוסי חשיבה לא-רציונאליים מביאים לכך שהמונח דיאטה משתחרר בדפוסים מוכרים מהעבר ומקבל פירוש של שמירה קפדנית והימנעות. רינת רואה ב"דיאטה" אירוע של התחלה וסוף עם ציפייה לסיימו. אלא, שהמטרה במצבים כגון אלה, היא ללמוד לראות את ה"דיאטה" כחלק רציף מההתנהלות בחיי היומיום: עבודה, משימות משפחתיות, קשרים חברתיים ופעילויות שונות. במצב זה, גם השמירה על אורח חיים בריא לא תיתפס כמשימה נקודתית, אלא כמרכיב במערך החיים. במקביל, גם ההתייחסות של רינת למידות גופה אינה מותאמת, וספק באם הייתה בעבר. רינת כאישה בת 44 מצמצמת את ההתייחסות לעצמה במתן דגש למשקלה. תפיסת עולם זו מאפיינת מתבגרים ויתכן שעד היום רינת עדיין לא פתרה את מערכת יחסיה עם עצמה בהקשר רחב יותר. יתכן ויש ניסיון לשחזר את גיל ההתבגרות, אולי עקב תחושה של

חוויות שלא מוצו. הדימוי העצמי הנמוך לא מאפשר לה הסתכלות על חייה מתוך ראייה רחבה של התפתחות וגדילה אישית ומקצועית. סביר להניח כי רינת נאחזת במידת הגוף כפיצוי, או שאינה מודעת למה עוד מפריע לה היום.

חשוב לעבוד עם רינת מתוך ניסיון ליצירת מוטיבציה על בסיס אמפטיה, בחירה וחיזוק לשליטה עצמית. עבודה כזו תעזור לה להרחיב את התפיסה והעמדות בנוגע לנושאים הרלוונטיים.

1. הראיון המוטיבציוני: גישה שמטרתה להגביר מוטיבציה לתהליכי שינוי באמצעות מתן אפשרות לזיהוי מצבים ומתן הבנה לתפיסות מנוגדות. העבודה לפי המודל בנויה על:

א. אמפטיה: למשל "אני מתרשמת עד כמה חשוב לך לרדת במשקל אחרי שעשית ניתוח, ולא קבלת בדיוק מה שרצית, אני שומעת את האכזבה, וזה טבעי לגמרי, בואי נבדוק עוד נקודות ראות והתייחסות למשל מתי היית במשקל זה, מה קרה לך מאז...". ההתייחסות לרגשות ולקשיים, תוך מתן אמפטיה הבנויה על הבנה ושיקוף רגשות, פותחת מרחב עבודה ומאפשרת הן למטופלת והן לדיאטנית לצאת מתוך "הקשר הגורדי" של חוסר האונים.

ב. אמביוולנטיות: חקירת הדו-ערכיות היושבת בבסיס העמדות והרגשות. בין היתר ניתן לבדוק ערכים: אילו ערכים הביאו את רינת לניתוח (למשל בריאות, אמהות); אילו ערכים קיימים היום; מה היה הדבר שהפריע לה בעבר; מה הדבר שיש היום; מהם הקשיים; מה קורה היום בחייה; אילו תכונות מקשות; מיהם האנשים המשמעותיים. בדיאלוג יחשפו גם המשאלות הלא-רציונליות, וניתן יהיה לראות איזה שיח רינת מנהלת איתן.

בסוף כל פגישה כדאי לבדוק עם איזו "צידה" רינת יוצאת - עמדת המשוב נותנת תחושה של שליטה בקשר עם הדיאטנית ובתהליך השינוי.

2. קבוצת טיפול קוגניטיבי-התנהגותי למנותחים בריאטריים: הציר המרכזי של קבוצות אלו הוא שימור הרגלים חדשים באמצעות טכניקות הכוללות עבודה התנסותית חוויתית עם קלפים, משימות ותרגילים. עבודה כזו יכולה לעקוף את ההגנות ולאפשר לכל אחד מהמשתתפים לגעת בחלקים הרגשיים שהביאו להשמנה והיו קשורים בה. קבוצת שווים בה כולם לאחר ניתוח, מאפשרת פתיחות ומורידה את הצורך בהגנות והסתרות של התנהגויות העבר ומחשבות ההווה. במקביל בעבודה הקבוצתית מושם דגש על הכחדה של תפיסות ואמונות לא רציונליות, על בניית מנגנונים רגשיים, תפיסתיים והתנהגותיים חדשים, ועל החזקה לאורך-זמן.



**כיצד הישראלי עושה דיאטה? האם הוא קורא את
הסימון התזונתי? כיצד מייצרים מוצרי דיאט?
ואיך מפתחים מוצרי מזון לילדים?**

מהיום, את כל התשובות על כל השאלות האלה ועל עוד
רבות אחרות תוכל לקבל היישר לדוא"ל שלך:

תנובה.נט - עדכון מקצועי עד אליך

ניוזלטר מקצועי המגיש לך מידע על מוצרים חדשים,
מחקרים עדכניים, הצצה אל מאחורי הקלעים של
טכנולוגיות ייצור המזון, סקרים ייעודיים על מאפייניו של
הצרכן הישראלי ועוד.

מאות אנשי מקצוע כבר נהנים מתנובה.נט

בוא תצטרף גם אתה.

שלח בקשה ל- health@tnuva.co.il