

DR. JASON FUNG

CODUL DIABETULUI

**CUM PREVENIM
SAU VINDECĂM
DIABETUL DE TIP 2**

Ediția a II-a, revizuită

Traducere din limba engleză de
Silvia Sbârnă-Bogaciu

Editura Paralela 45

Redactare: Daşa Suci
Corectură: Dragoş Dumitrescu, Mihaela Cosma
Tehnoredactare şi DTP copertă: Mihail Vlad
Pregătire de tipar: Marius Badea

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României

FUNG, JASON

Codul diabetului : cum prevenim sau vindecăm diabetul de tip 2 /

dr. Jason Fung ; trad. din lb. engleză de Silvia Sbârnă-Bogaciu. - Ed. a 2-a,
reviz.. - Piteşti : Paralela 45, 2023

Conţine bibliografie

ISBN 978-973-47-3815-1

I. Sbârnă-Bogaciu, Silvia (trad.)

616.39

The Diabetes Code: Prevent and Reverse Type 2 Diabetes Naturally
Dr. Jason Fung

The Diabetes Code © Jason Fung, 2018
First published by Greystone Books Ltd.
343 Railway Street, Suite 201, Vancouver, B.C. V6A 1A4, Canada

Copyright © Editura Paralela 45, 2023

Prezenta lucrare foloseşte denumiri ce constituie mărci înregistrate, iar conţinutul este protejat de legislaţia privind dreptul de proprietate intelectuală.
www.edituraparelela45.ro

CUPRINS

<i>Cuvânt-înainte</i>	<i>9</i>
<i>Cum să previi sau să vindecî diabetul de tip 2: un ghid rapid</i>	<i>13</i>

Partea întâi. Epidemia

Capitolul 1. Cum a devenit diabetul de tip 2 o epidemie	25
Capitolul 2. Diferențele dintre diabetul de tip 1 și diabetul de tip 2	35
Capitolul 3. Efectul la nivelul întregului organism	42

Partea a doua. Hiperinsulinemia și rezistența la insulină

Capitolul 4. Diabezitatea: deceptia calorică	57
Capitolul 5. Rolul insulinei în stocarea de energie	70
Capitolul 6. Rezistența la insulină. Fenomenul de preaplin	78

Partea a treia. Zahărul și înmulțirea cazurilor de diabet de tip 2

Capitolul 7. Diabetul, o dublă anomalie	97
Capitolul 8. Fructoza și rezistența la insulină	113
Capitolul 9. Legătura cu sindromul metabolic.....	125

Partea a patra. Cum să nu tratezi diabetul de tip 2

Capitolul 10. Insulina nu este soluția la diabetul de tip 2	141
Capitolul 11. Hipoglicemiantele orale nu sunt o soluție	155
Capitolul 12. Dietele hipocalorice și activitatea fizică nu sunt o soluție	168

Partea a cincea. Cum să tratăm eficient diabetul de tip 2

Capitolul 13. Lecțiile chirurgiei bariatrice	179
Capitolul 14. Dietele sărace în carbohidrați	189
Capitolul 15. Postul intermitent	206
 <i>Postfață</i>	 227
<i>Anexă: Două modele de meniu săptămânal</i>	234
<i>Note finale</i>	237

CUVÂNT-ÎNAINTE

Pe parcursul unei generații, diabetul a ajuns dintr-o afecțiune rară o epidemie, ceea ce înseamnă o schimbare catastrofală, care ridică întrebări urgente: de ce sunt atât de mulți bolnavi și de ce s-a întâmplat atât de brusc? Și de ce autoritățile în domeniul sănătății nu au reușit să ofere nicio explicație și niciun tratament pentru o boală atât de devastatoare, în ciuda faptului că s-au cheltuit miliarde în acest scop? În schimb, au renunțat mai ales să găsească un leac, considerând că diabetul de tip 2¹ este o afecțiune cronică progresivă, care prevestește că viața va intra într-un declin lent și dureros, iar moartea va fi una prematură.

Din nefericire, autoritățile în domeniu din întreaga lume au ajuns la concluzia unanimă că, în cel mai bun caz, bolnavii pot spera doar să țină sub control sau să întârzie evoluția bolii prin dependența pe viață de medicamente și cu ajutorul unor dispozitive medicale și operații. Nu se pune deloc accentul pe o alimentație sănătoasă. În schimb, 45 de societăți și asociații medicale și științifice din întreaga lume au declarat, în 2016, că operația bariatrică, deopotrivă costisitoare și riscantă, ar trebui să fie prima opțiune în tratarea diabetului. O altă idee recent acceptată este o procedură de scădere în greutate prin care un tub subțire, implantat în stomac, elimină mâncarea din organism înainte de a putea fi absorbite toate calorile. Unii au denumit această procedură „bulimie indusă medical”. La toate acestea se adaugă tratamentul de bază pentru diabetici: multe medicamente care costă sute de dolari în fiecare lună și care includ insulina, un medicament care, în mod paradoxal, duce adesea la o *creștere* în greutate.

Aceste tehnici de a controla diabetul sunt scumpe, invazive și nu fac nimic pentru a vindeca diabetul, pentru că, așa cum ne explică dr. Jason Fung

în *Codul diabetului*, „nu poți folosi medicamente (sau dispozitive) pentru a vindeca o boală de nutriție“.

Ideea revoluționară pe care dr. Fung o prezintă în paginile acestei cărți este că diabetul este cauzat de răspunsul la insulină al organismului față de consumul cronic exagerat de carbohidrați și că cel mai natural și bun mod de a scăpa de boală este reducerea consumului de carbohidrați. Dieta bazată pe un consum redus de carbohidrați pentru tratarea obezității nu numai că este folosită deja de sute de medici din întreaga lume, dar este și susținută de peste 75 de studii clinice făcute pe mii de subiecți, printre care și câteva cu o durată de doi ani și care au stabilit că acest regim alimentar este sigur și eficient.

Este de remarcat că practica limitării consumului de carbohidrați în cazurile de diabet datează de peste un secol, de pe vremea când acest regim alimentar era considerat tratamentul standard. În conformitate cu un text medical din 1923, scris de „părintele medicinei moderne“, Sir William Osler, această afecțiune poate fi definită drept una în care „consumul obișnuit de carbohidrați este dăunător“. Cu toate acestea, la scurtă vreme, atunci când s-a lansat pe piață insulina farmaceutică, acest sfat s-a schimbat, și consumul ridicat de carbohidrați a fost permis din nou.

Ideea lui Osler a fost dată uitării până când jurnalistul din domeniul științei Gary Taubes a readus-o în atenție și a creat un cadru intelectual comprehensiv pentru ipoteza „raportului carbohidrați–insulină“, în cartea sa fundamentală din 2007, *Good Calories, Bad Calories* (*Calorii benefice, calorii dăunătoare*). Iar modelul clinic actual al bolnavilor de diabet a fost descris de cercetătorii Stephen D. Phinney și Jeff S. Volek, precum și de medicul Richard K. Bernstein.²

Ca urmare a avântului plin de entuziasm din ultima vreme, au ieșit la iveală multe dovezi bazate pe studii clinice efectuate în cazul bolnavilor de diabet. Așa cum reiese din această carte, este în desfășurare cel puțin un studiu, care implică circa 330 de subiecți, ce constă în tratarea acestei boli printr-un regim foarte sărac în carbohidrați. După un an, cercetătorii au descoperit că circa 97% dintre pacienți au redus sau chiar au renunțat la injecțiile cu insulină, iar 58% nu au mai primit diagnosticul formal de diabet.³ Cu alte cuvinte, acești pacienți au obținut cu succes vindecarea diabetului de care sufereau prin simpla limitare a consumului de carbohidrați – acestea sunt niște descoperiri care ar trebui comparate

cu standardul oficial de îngrijire pentru diabetici, conform căruia această boală este 100% incurabilă.

Dr. Fung, experimentat nefrolog care și-a câștigat renumele pentru că a introdus postul intermitent ca măsură de control a obezității, este un susținător pătimaș și coerent al ideii unui consum redus de carbohidrați. Mai presus de observațiile sale fascinante, el are și talentul de a explica în mod clar știința complexă și de a transmite mesajul printr-o anecdotă elocventă. Nu se poate uita, de pildă, imaginea navetiștilor japonezi, care se înghesuie la o oră de vârf în vagoanele de metrou deja prea pline, folosită ca metaforă pentru excesul de glucoză care se acumulează în fiecare celulă a corpului. Am înțeles ideea: organismul nu poate face față la atât de multă glucoză! Dr. Fung explică relația dintre glucoză și insulină, precum și felul în care ele nu duc numai la obezitate și diabet, ci, destul de probabil, se află și la baza altor boli cronice înrudite.

Întrebarea evidentă este de ce această abordare, a unui regim sărac în carbohidrați, nu este mai larg cunoscută. Timp de șase luni, înainte să scriu acest cuvânt-înainte, au apărut articole însemnate despre obezitate în publicații apreciate, precum *The New York Times*, *Scientific American* și *Time*, dar, printre miile de cuvinte scrise, abia dacă se menționa cuvântul care poate să explice atât de multe: „insulina“. Această scăpare este uluitoare, dar reflectă, din nefericire, realul subiectivism al comunității de experți care, timp de jumătate de secol, a susținut o abordare diferită.

Această abordare a constat, desigur, în numărarea caloriilor și evitarea grăsimilor. În ultimii ani, autoritățile, printre care Departamentul de Stat pentru Agricultură și Departamentul de Stat pentru Sănătate Publică ale SUA, care au publicat împreună *Ghidul alimentar pentru americani*, precum și Asociația Americană a Inimii, au renunțat la alimentația „săracă în grăsimi“, dar mai cred totuși în faptul că pot argumenta controlul greutateii cu ajutorul a ceva mai mult decât modelul caloriilor care intră și al caloriilor care ies. Cercetările științifice riguroase contrazic această noțiune, și epidemia de boli cronice nu a fost, până la ora actuală, redusă datorită acesteia, dar simplitatea ei captivantă și susținerea largă de care se bucură din partea experților o ajută să reziste.

De asemenea, un fapt real evident este că o mare parte dintre asociațiile medicale de la ora actuală sunt finanțate într-o măsură semnificativă de companiile farmaceutice și producătoare de dispozitive medicale, care nu

au niciun interes să susțină un regim alimentar drept soluție a unei boli. Adevărul este că o rezolvare pe cale nutrițională care să aducă vindecarea bolii și să pună capăt nevoii de medicamente le-ar desființa afacerile. Așa cred că se explică motivul pentru care participanții la recente întruniri anuale ale Asociației Americane de Diabet (ADA) au spus că, în multitudinea de prezentări de aparatură medicală și de operații, se simte o lipsă aproape totală de informație în legătură cu dietele sărace în carbohidrați. Și așa se explică de ce, atunci când directorii medicali de la două clinici pentru tratarea obezității (inclusiv cea de la Universitatea Harvard) au publicat un articol în *The New York Times* referitor la absența discuțiilor despre regimul alimentar din cadrul conferinței ADA din 2016, însăși ADA le-a închis gura.⁴ Se poate presupune de asemenea că, în plus față de conflictul financiar de interese, disonanța cognitivă trebuie să fie copleșitoare pentru experții care se confruntă cu informații ce sugerează că sfaturile și cunoștințele lor din ultimii 50 de ani sunt, pur și simplu, eronate. De fapt, sunt mai mult decât eronate, sunt dăunătoare.

Pentru că adevărul de necontestat este acesta: succesul restricției de carbohidrați sugerează clar că ultimele câteva decenii pline de îndemnuri către o nutriție săracă în grăsimi și *bogată* în carbohidrați a alimentat în mod aproape cert epidemia de obezitate și diabet pe care voia s-o prevină. Este o concluzie devastatoare după o jumătate de secol de eforturi în ceea ce privește sănătatea publică, dar, dacă vrem să avem vreo șansă de a scăpa de această epidemie, trebuie să acceptăm această posibilitate, să începem să analizăm știința alternativă prezentată în această carte și să pornim pe un drum nou – de dragul adevărului, al științei și al unei sănătăți mai bune.

NINA TEICHOLZ

Autoare a bestsellerului internațional
The Big Fat Surprise (Simon & Schuster, 2014)

CAPITOLUL 4

Diabetul: decepția calorică

„Diabetul” este unificarea cuvintelor „diabet”, care se referă la diabetul de tip 2, și „obezitate”. Acest termen reflectă relația strânsă dintre cele două idei. Diabetul și obezitatea sunt, de fapt, una și aceeași boală. Oricât de ciudat ar putea suna acum, medicii nu au recunoscut mereu această legătură evidentă și de bază.

În 1990, când stilul grunge cucerea scena muzicală și borsetele deveneau tot mai populare și în rândul turiștilor bărbați mai înaintați în vârstă decât cei între două vârste, cu familie și copii, dr. Walter Willett, azi profesor de epidemiologie și nutriție la Facultatea de Sănătate Publică de la Harvard, a identificat relația puternică și logică dintre creșterea în greutate și diabetul de tip 2.

Epidemia de obezitate abia își făcuse apariția la sfârșitul anilor 1970 și nu devenise încă un dezastru în sănătatea publică așa cum este la ora actuală. Diabetul de tip 2 abia dacă reprezenta o preocupare pentru sănătatea publică. În schimb, SIDA era subiectul fierbinte al zilei. Diabetul de tip 2 și obezitatea nu erau considerate a fi în vreo relație de niciun fel. Într-adevăr, *Raportul Comisiei Consultative pentru Ghidul alimentar* emis în 1990 de către Departamentul pentru Agricultură al Statelor Unite susținea că o oarecare creștere în greutate după vârsta de 35 de ani era normală la un om sănătos.

În același an, dr. Willett a pus la încercare gândirea convențională susținând că o creștere în greutate după vârsta de 18 ani reprezenta un factor determinant major în apariția diabetului de tip 2.¹ O creștere în greutate cu 20–35 kg sporea riscul de diabet de tip 2 cu 11.300%. În cazul unei creșteri în greutate de peste 35 kg, riscul se mărea cu 17.300%! Chiar și o creștere în greutate mai mică putea mări semnificativ riscul. Dar această idee nu era ușor de acceptat pentru o breaslă medicală sceptică.² „Ne-a fost foarte greu să ajungem să publicăm primul articol, în care arătam că și în caz de supraponderabilitate ușoară riscul de diabet a crescut în mare măsură”, își amintește Willett. „Nu ne-au crezut.“

INDICELE MASEI CORPORALE: RELAȚIA DINTRE OBEZITATE ȘI DIABET

Indicele masei corporale este o măsură standard a greutateii și se calculează după următoarea formulă:

Indicele masei corporale = Greutate (kg)/Înălțime la pătrat (metri pătrați)

Un indice al masei corporale de 25 sau mai mare este un rezultat interpretat ca supraponderal, în timp ce un indice al masei corporale cuprins între 18,5 și 24,9 este un rezultat care plasează pacientul în categoria greutateii normale, fără risc de boală.

Tabel 4.1. Clasificarea în funcție de indicele masei corporale

Indicele masei corporale	Clasificare
<18,5	Subponderal
18,5–24,9	Greutate normală
25–29,9	Supraponderal
30–34,9	Obezitate
35–39,9	Obezitate severă
>40	Obezitate morbidă

Cu toate acestea, femeile care au un indice al masei corporale cuprins în intervalul 23–23,9 prezintă un risc cu 360% mai mare de a dezvolta diabet de tip 2 față de femeile care au un indice al masei corporale mai mic

de 22, ceea ce este un fapt uimitor, pentru că un indice al masei corporale de 23,9 este considerat a fi încadrat în limitele normale.

În 1995, pornind de la această descoperire, cercetătorii au stabilit că o creștere în greutate cu doar 5–7,9 kg creștea riscul de diabet de tip 2 cu 90%, în timp ce o creștere în greutate de 8–10,9 kg mărea riscul cu 270%.³ Dimpotrivă, pierderea în greutate reducea riscul cu mai mult de 50%. Acest rezultat a stabilit o relație strânsă între luarea în greutate și diabetul de tip 2. Dar un fapt și mai întristător este că această greutate în exces creștea, de asemenea, în mod substanțial riscul de deces.⁴

Foarte curând aveau să apară noi dovezi în acest sens. Dr. Frank Speizer, de la Facultatea de Sănătate Publică din cadrul Universității Harvard, a pus bazele unui Studiu asupra sănătății asistentelor medicale, în 1976. Una dintre cele mai ample cercetări în privința factorilor de risc pentru bolile cardiovasculare și pentru cancer, acest studiu epidemiologic de durată a inclus 121.700 de asistente din întreaga zonă a orașului Boston.

Dr. Willett a continuat cu un al doilea Studiu asupra sănătății asistentelor medicale, care a colectat date la fiecare doi ani, începând din 1989, de la încă 116.000 de asistente. La începutul acestui studiu, toate participantele erau relativ sănătoase, dar, în timp, multe dintre ele au făcut boli cronice cum ar fi diabetul și bolile cardiace. Analizând datele colectate, s-a format o teorie în ceea ce privește factorii de risc pentru aceste boli. În 2001, dr. Willett⁵ a arătat încă o dată că singurul și cel mai important factor de risc de a dezvolta diabet de tip 2 este obezitatea.

INDICELE GLICEMIC: REGIMUL ALIMENTAR ȘI DIABETUL

Al doilea studiu asupra sănătății asistentelor medicale a arătat că și alte variabile legate de stilul de viață erau la fel de importante. Menținerea unei greutate normale, exercițiile fizice regulate, renunțarea la fumat și adoptarea unui regim alimentar sănătos ar putea preveni 91%, un procent uimitor, dintre cazurile de diabet de tip 2. Dar întrebarea de un milion de dolari este: *Ce înseamnă un regim alimentar „sănătos“?* Regimul alimentar sănătos al dr. Willett era constituit din multe fibre din cereale, multe grăsimi polinesaturate, puține grăsimi trans și avea o încărcătură glicemică scăzută.

În timpul digestiei, carbohidrații se descompun în glucoză. Indicele glicemic măsoară creșterea nivelului de glucoză din sânge după ingerarea a 50 de grame de alimente ce conțin carbohidrați. Totuși, cantitatea de carbohidrați pe care o conține o porție standard poate varia enorm. De pildă, o porție standard de fructe poate conține mai puțin de 50 de grame de carbohidrați, în timp ce un singur produs de patiserie poate conține mult mai mult. Încărcătura glicemică face această măsurătoare mai precisă, înmulțind indicele glicemic al alimentelor cu gramele de carbohidrați dintr-o porție standard a respectivului aliment.

În general, alimentele bogate în zahăr și carbohidrați rafinați au o încărcătură glicemică mare. Grăsimile alimentare și proteinele, deoarece cresc foarte puțin nivelul de glucoză din sânge, au o încărcătură glicemică minimă. Spre deosebire de regimurile alimentare sărace în grăsimi recomandate de toate asociațiile medicale din lume, regimul alimentar sănătos recomandat de dr. Willett era *bogat* în grăsimi alimentare și proteine. Regimul său alimentar se referea la *reducerea consumului de zahăr și carbohidrați rafinați*, și nu la reducerea grăsimilor alimentare.

În 1990, se răspândise părerea că grăsimile alimentare sunt rele, dăunătoare, chiar primejdioase pentru sănătate. Nu exista termenul de „grăsimi sănătoase“. Era un fel de oximoron, o contradicție în sine. Avocado plin de grăsimi? Un infarct într-un fruct. Nucile pline de grăsimi? Un infarct într-o gustare. Uleiul de măsline? Infarcturi într-un lichid. Cei mai mulți credeau cu ardoare că grăsimile blochează arterele, dar aceasta era doar o iluzie.

Dr. Zoë Harcombe, cercetător în domeniul obezității, care a studiat la Universitatea din Cambridge, a evaluat toate datele disponibile la sfârșitul anilor 1980, când, în Statele Unite și în Marea Britanie, s-au introdus recomandările de a consuma alimente sărace în grăsimi. Nu a existat *nicio dată* niciun fel de dovadă că grăsimile alimentare naturale ar agrava bolile cardiovasculare. Dovezile care stăteau la baza recomandărilor de a nu consuma grăsimi erau o poveste fictivă.⁶ Comunitatea științifică era departe de a fi decisă în momentul când guvernul a hotărât să intervină și să pună la zid grăsimile alimentare. Cu toate acestea, convingerea devenise așa de puternică atât în lumea medicală, cât și în rândul publicului, încât ar fi fost un fel de erezie să sugerezi că cerealele rafinate și zahărul rafinat erau problema, și nu grăsimile alimentare.

CAPITOLUL 13

Lecțiile chirurgiei bariatrice

La cele 203 kg pe care le avea, Adrian suferea de obezitate morbidă și de diabet de tip 2. Fiind incapabil să muncească din cauza acestor boli și a tuturor complicațiilor asociate, el și-a pierdut locul de muncă în 2014. În cele din urmă, a ales să efectueze o operație pentru pierderea în greutate, numită și chirurgie bariatrică, și, în decurs de cinci săptămâni, diabetul dispăruse complet¹. În mod interesant, această vindecare a diabetului de tip 2 nu este o excepție, ci o regulă generală după intervenția chirurgicală.

Cât de des am auzit spunându-se despre diabetul de tip 2 că este o boală cronică progresivă? Această idee a fost acceptată ca atare pentru că decenii la rând am tratat simptomul (hiperglicemia) și nu cauza. Chirurgia bariatrică demonstrează că această noțiune este pur și simplu greșită: diabetul de tip 2 este o afecțiune vindecabilă și poate fi prevenită. Când tratăm cauza (hiperinsulinemia), putem vindeca diabetul. Amintiți-vă sfatul dr. Hallberg din capitolul 12: ignorați recomandările. Ce ne învață bariatria despre diabetul de tip 2? Destul de multe, după cum se va vedea.

PRIMELE ÎNCERCĂRI ÎN CHIRURGIA BARIATRICĂ

Primele încercări de a trata obezitatea pe cale chirurgicală au constat pur și simplu în a lega maxilarele cu sârmă. Logica este evidentă, deși cam

lipsită de imaginație. Cu toate acestea, acest tratament restrictiv a fost în cele din urmă unul nereușit. Pacienții puteau bea lichide, iar suficiente băuturi dulci cu un conținut mare de calorii au împiedicat scăderea în greutate. Efectele secundare severe au fost factorul limitativ. Infecțiile dentare și vărsăturile au fost niște probleme insurmontabile care deseori se dezvoltau în timp. De cele mai multe ori, aceste probleme intolerabile au dus la o nouă operație, de dezlegare a fâlcilor.²

În 1925, revista medicală *The Lancet* a semnalat faptul că îndepărtarea unei părți a stomacului în cazul ulcerului gastric a determinat deseori scăderea în greutate și soluționarea completă a problemei zahărului din urină, ceea ce numim acum „diabet”.³ Volumul mai mic al stomacului a redus efectiv cantitatea de alimente pe care o persoană o putea mânca. Rapoarte similare au urmat sporadic în anii 1950 și 1960. Era vorba de o constatare interesantă, dar, de cele mai multe ori, rezultatele nu au fost de durată. În timp, stomacul mai mic putea să se extindă, iar pacienții puteau mânca din nou normal. Greutatea creștea din nou, iar, odată cu ea, reapărea și diabetul de tip 2.

Operația de bypass jejuno-colic

Epoca modernă a chirurgiei bariatrice a început în 1963, odată cu observarea faptului că îndepărtarea intestinului subțire, care absoarbe majoritatea substanțelor nutritive ingerate, a dus la o pierdere semnificativă în greutate. Acest lucru a condus la apariția operației de bypass jejuno-colic, prin care, ocolind intestinul subțire, se redirecționează alimentele din stomac direct în colon. Un succes! Pacienții au pierdut mult în greutate apelând la această abordare de tip malabsorbție.

Dar efectele secundare au devenit imediat evidente. Bypassul intestinului subțire nu mai permitea ca mâncarea să treacă prin procesul digestiv normal. Asta era ideea: dacă alimentele treceau repede în colon, nu era suficient timp pentru a fi absorbite și, în cele din urmă, stocate sub formă de grăsime corporală. În schimb, energia alimentară era imediat excretată prin scaun. Dar această trecere rapidă însemna și că substanțele nutritive esențiale nu erau absorbite corespunzător, sau chiar deloc. Pacienții au dezvoltat nictalopie sau incapacitatea de a vedea bine noaptea, din cauza deficitului de vitamina A și osteoporoză, din cauza deficienței de vitamina D.

Alte probleme frecvente includeau diareea severă și infecțiile bacteriene, insuficiența hepatică și pietrele la rinichi. Diareea permanentă din cauza malabsorbției grăsimilor a condus la ulceratii anale și hemoroizi. Deloc o plăcere. Și această procedură a fost abandonată rapid.

Bypassul jejuno-ileal

Aceste complicații au determinat trecerea la un bypass jejuno-ileal mai puțin invaziv, în care mare parte a intestinului subțire, dar nu tot, este ocolit pentru redirecționarea alimentelor din stomac direct într-o secțiune foarte scurtă a intestinului subțire. Deși absorbția s-a îmbunătățit ușor, complicațiile erau încă inacceptabile, făcând ca această intervenție chirurgicală să rămână doar ca o notă de subsol în istoria medicinei. Însă această îmbunătățire a permis altor cercetători să se bazeze pe aceste experiențe inițiale.

În 1967, sămânța procedurilor chirurgicale bariatrice moderne a fost plantată prin utilizarea combinată a componentelor restrictive și malabsorbitive. Această abordare a limitat fizic consumul de alimente prin îndepărtarea celei mai mari părți a stomacului și, de asemenea, a redus absorbția oricărui aliment care treceau prin el. În plus față de bypassul parțial al intestinului subțire, era îndepărtată o parte a stomacului. La ideea de bază deja stabilită, în timp, s-au adus îmbunătățiri.

CHIRURGIA OBEZITĂȚII LA ORA ACTUALĂ

Comparativ cu numărul de persoane obeze din Statele Unite, numărul de intervenții chirurgicale bariatrice rămâne foarte mic. În 2015, în Statele Unite au fost efectuate aproximativ 200.000 de intervenții chirurgicale pentru obezitate.⁴ În afara SUA, această procedură se realizează mai rar, deși există puține statistici pe care să ne putem baza.

Bypassul gastric Roux-en-Y

Forma standard de chirurgie bariatrică astăzi este bypassul gastric Roux-en-Y, al cărui nume provine de la crearea unei bucle din intestinul

subțire, sub formă de Y. Mare parte din stomacul sănătos este îndepărtat, până când singura porțiune rămasă este aproximativ de mărimea unei nuci, ceea ce restricționează sever aportul de alimente. În sine, această procedură servește doar ca o soluție pe termen scurt, astfel că a doua etapă a intervenției chirurgicale presupune devierea intestinului subțire pentru a împiedica absorbția unei mari părți a alimentelor ingerate, dar nu a tuturor.

Această procedură combinată, restrictivă și malabsorbtivă face ca bypassul Roux-en-Y să fie campionul operațiilor bariatrice, cu cea mai bună pierdere în greutate, dar și cu cele mai multe complicații. Această intervenție chirurgicală se poate rezuma la sloganul: „Totul sau nimic.” Pe lângă riscurile obișnuite de hemoragie și infecție, care sunt comune tuturor intervențiilor chirurgicale, deficitul de substanțe nutritive, inclusiv de proteine, vitamine și minerale, poate duce la malnutriție pe tot parcursul vieții de după operația de bypass. Sindromul de golire gastrică, care apare atunci când alimentele trec prea repede din stomacul modificat chirurgical în intestinul subțire, poate provoca greață, diaree și înroșirea feței după mese. În locul operat pot apărea stricturi (îngustări anormale) datorate țesutului cicatrizat, care pot bloca trecerea spre stomac.

Operația Roux-en-Y este adesea făcută în cazurile severe de obezitate, în general la pacienții cu un indice de masă corporală mai mare de 40. Totuși, efectele secundare au condus la dezvoltarea unor forme mai blânde de chirurgie bariatrică, ce pot produce și ele rezultate spectaculoase, însă fără complexitatea sau complicațiile bypassului Roux-en-Y.

Gastrectomia longitudinală

Gastrectomia longitudinală, operația de micșorare a stomacului, îndepărtează pur și simplu o mare parte din stomacul sănătos, fără a afecta intestinele, ceea ce reprezintă o formă pur restrictivă de chirurgie a obezității. Este redusă drastic capacitatea stomacului de a păstra alimente. Tot ce depășește un degetar de hrană provoacă distensie gastrică severă, balonarea stomacului miniatural, greață persistentă și vărsături. În timp, restul stomacului se întinde până când devine posibil ca pacientul să mănânce mese mici.

Deoarece această procedură poate fi făcută laparoscopic – printr-o serie de mici incizii –, apar mai puține complicații chirurgicale acute, cum