

Metody

Stejně jako ostatní disciplíny i bariatrie se dynamicky rozvíjí, přesto zatím neexistuje ideální chirurgická metoda pro léčbu těžké obezity. Téměř všechny bariatrické operace jsou dnes prováděny laparoskopickou metodou. Tato metoda výrazně snižuje peroperační i pooperační komplikace a umožňuje u primárně velmi rizikových těžce obézních pacientů rychlou rekonvalescenci.

Vzhledem k tomu, že jsou často operováni nemocní s hmotností nad 150 kg, někdy i nad 200 kg, je proto nezbytné, aby byl operační sál vybaven speciálním operačním stolem s dostatečnou nosností. V současnosti je doporučena minimální nosnost operačních stolů pro bariatrické operace 350 kg (3).

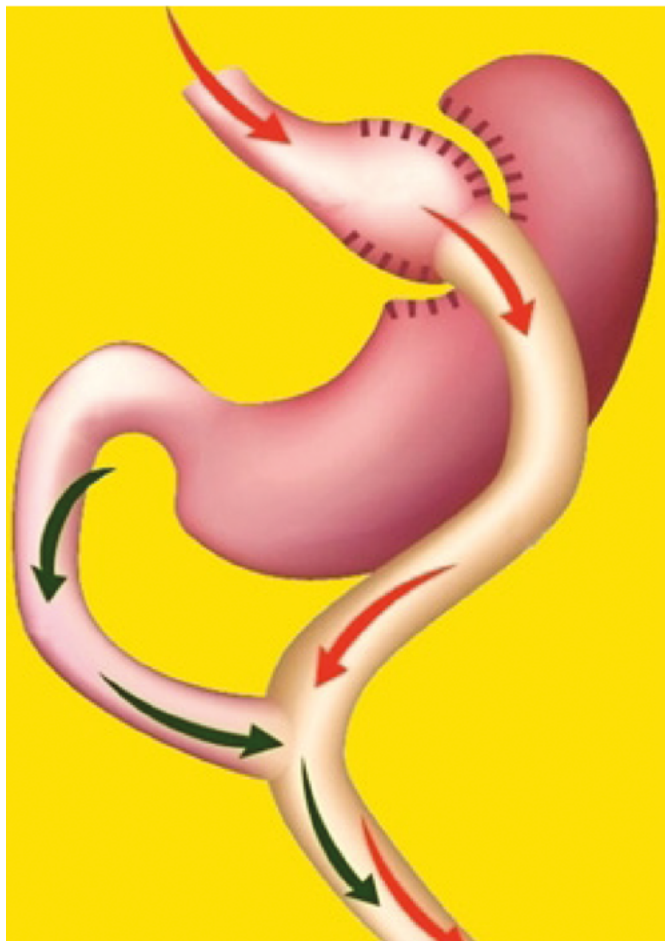
Současná bariatrie používá metody restriktivní, malabsorpční nebo kombinované. Cílem těchto výkonů je výrazné zmenšení objemu přijímané stravy a zmenšení plochy resorpce živin ze střeva jeho vyřazením nebo kombinace obou principů těchto metod (1, 8). Mezi čistě restriktivní operace lze zařadit adjustabilní žaludeční (gastričnou) bandáž (AGB) a nověji také vertikální gastričnou plikaci (VGP) (1). Další metodou je sleeve gastrectomy (SG) – tubulizace žaludku. U této metody kromě restrikce objemu přijímané stravy, zrychleného vyprazdňování ne zcela natrávené stravy dále do tenkého střeva, se uplatňuje i efekt hormonální, dlouhodobý pokles hladiny ghrelinu (3, 11). Za čistě malabsorpční operaci je dnes považována biliopan-creatická diverze (12). Další B/M metodou jsou různé typy gastričkových

bypassů (GBP), které jsou většinou autorů považovány za restriktivně malabsorpční metodu. Míra malabsorpce je u gastričkého bypassu dána délkou vyřazené kličky orálního jejunum (13).

V dnešní době je nejčastěji prováděnou bariatrickou operací sleeve gastrectomy (1, 11). Hlavním principem této metody je výrazné zmenšení objemu žaludku a tím redukce množství přijímané stravy. Jedná se především o restriktivní operaci (Obr. 1). Zbýlý žaludek má podobu trubice o objemu 100–150 ml. Tím, že je odstraněna větší část těla a fundu žaludku, výrazně klesá plazmatická hladina ghrelinu. Tento hormon je zodpovědný za apetit. Pokles plazmatické hladiny ghrelinu po SG je uváděn v rozmezí 40–70 % oproti normě. Pocit hladu po SG je dlouhodobě výrazně nižší než po ostatních bariatrických operacích. Současně rychlý průchod ne zcela natrávené stravy duodenem a orálním jejunem vede ke zvýšení plasmatických hladin inkretinů, například GLP-1 (glucagon like peptid 1), který působí na specifické receptory, zejména v Langerhansových ostrůvcích pankreatu, a stimuluje sekreci inzulínu a tím zlepšuje i cukrovku (3, 11, 14).

Druhou, v současnosti nejčastěji prováděnou bariatrickou metodou jsou žaludeční (gastričké) bypassy. Základním principem žaludečního (gastričkého) bypassu (GBP) je kombinace restrikce a malabsorpce. V současnosti se provádějí dva typy gastričkových bypassů. Prvním je klasický Roux-Y GBP a druhým je OAGB (One Anastomosis Gastric Bypass) (9, 16). U metody Roux-Y GBP je žaludek několik centimetrů pod kardií lineárním staplerem zcela přerušena. Tím je vytvořena restriktivní část operace, která spočívá ve

Obr. 2. Roux-Y žaludeční bypass



Obr. 3. OAGB žaludeční bypass

