

vytvoření malé proximální žaludeční kapsy („pouch“). Zbylá část žaludku je ponechána „in situ“, ale je zcela vyřazena z procesu příjmu a pasáže stravy. Malá proximální část žaludku je následně 150 cm od duodenojejunálního přechodu spojena anastomózou typu Roux-Y s tenkým střevem, kudy přijatá strava následně pokračuje dále do zažívacího traktu (Obr. 2). Malabsorpční efekt operace je zajištěn vyřazením horní části zažívacího (zbytku žaludku, duodena a horní části jejunu) z trávení a vstřebávání stravy. Této části tenkého střeva se v odborné literatuře říká biliopankreatická klička, vzhledem k tomu, že vede jen žaludeční šťávu, žluč a pankreatickou šťávu. U metody OAGB je malá proximální část žaludku („pouch“) následně 150 cm od duodenojejunálního přechodu spojena anastomózou typu omega s tenkým střevem (Obr. 3). Efekt gastrického bypassu je komplexní a zahrnuje složku restriktivní, malabsorbční a hormonální (zvýšení sekrece GLP-1 a změny sekrece dalších gastrointestinálních hormonů ve vyřazené části orálního jejunu). Hladina ghrelinu po gastrickém bypassu se výrazněji nemění (9, 16).

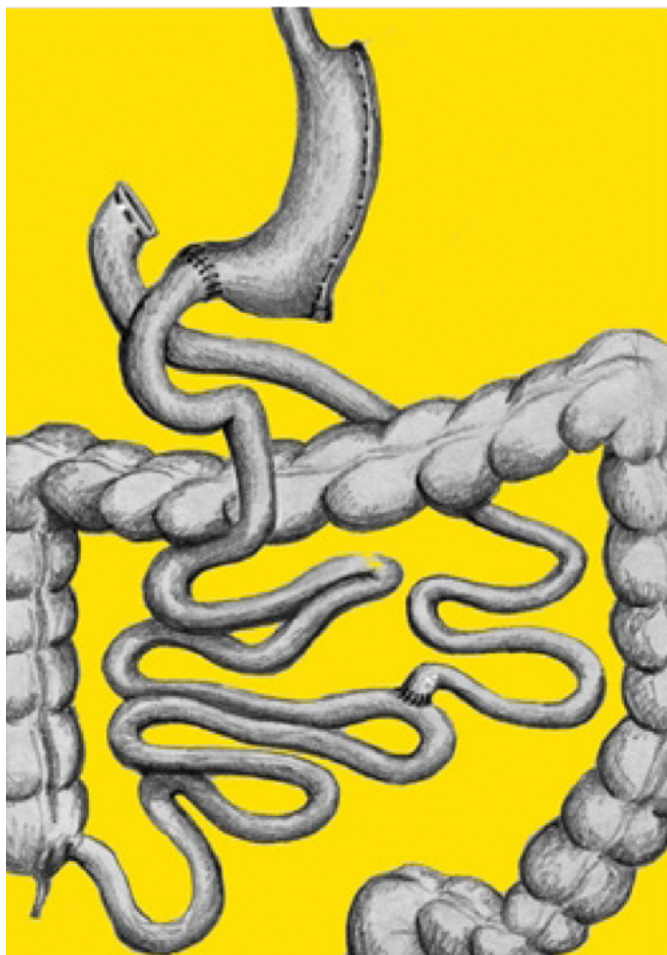
Biliopankreatická diverze (BPD) je jediná čistě malabsorpční bariatrická operace. Jedná se o zcela nejradiálnější typ operace a celosvětově se provádí v menší míře. Jsou prováděny BPD několika typů a modifikací. V případě BPD typu duodenálního switchu je provedena resekce žaludku typu sleeve gastrectomy. Zažívací trakt je přerušen 5 cm za pylorem a na toto místo je našita alimentární klička v délce 250 cm. Distální dvanácterník je slepě uzavřen. Následně je provedena rekonstrukce zažívacího traktu gastroenteroanastomózou typu Roux-Y. Alimentární tenká střevní klička je

dlouhá 250 cm a biliopankreatická klička je napojena na alimentární kličku koncem do strany 80–120 cm od céka. Tím je zajištěno výrazné snížení vstřebávání živin, především tuků (Obrázek 4). V některých případech je DBP/DS prováděna ve dvou krocích. Nejprve se provede SG, následně v časovém odstupu se převede restriktivní metoda SG na metodu malabsorpční.

Na některých pracovištích se provádí další, čistě restriktivní operace – vertikální gastrická plikace. Po uvolnění velkého zakřivení žaludku a po zavedení kalibrační sondy (36 F–42 F) se téměř celá žaludeční stěna od velkého zakřivení směrem k malému zakřivení žaludku invertuje, zabalí dovnitř. Okraje zadní a přední stěny žaludku takto zanořeného velkého zakřivení se pomocí monofilního nevstřebatelného pokračujícího stehu sešijí k sobě. Žaludek se vlastně vyplní jeho vlastní stěnou a tím dojde k restrikci objemu žaludku na 150–200 ml (Obr. 5) (3, 17).

Adjustabilní žaludeční bandáž (AGB) je dnes již méně často používanou restriktivní metodou, vzhledem k tomu, že u velké části jedinců po této metodě dochází k rekurenci těžké obezity a zároveň je metoda gastrické bandáže zatížena vyšším procentem reoperací ve srovnání s ostatními bariatrickými metodami. Při AGB se kontinuita zažívacího traktu zásadně nemění. Principem bandáže je výrazně zpomalit příjem stravy a tím snížit i její celkový objem. Bandáž se rozdělí žaludek na dvě části do tvaru nesouměrných přesýpacích hodin. Horní část žaludku nad bandáží by měla mít objem kolem 25 ml. Pod bandáží zůstává ostatní část žaludku, která se nemění. Horní část žaludku komunikuje přes bandáž zúženou část žaludku s jeho zbytkem. Strava se přes tento úsek dostává do další části žaludku

Obr. 4. Biliopankreatická diverze



Obr. 5. Vertikální gastrická plikace

