

Co nabízí současná bariatrická chirurgie

Bariatrická chirurgie neboli chirurgie zabývající se léčbou obezity (z řeckého baros – těžký) zažívá v posledních letech nebývalý rozmach. Příčin je několik: stále se zvyšuje procento obézních v populaci, metody bariatrické chirurgie jsou čím dál tím více dostupnější a objevují se stále nové, pro pacienta daleko méně zatěžující přístupy. Chirurgická léčba obezity už dávno není pouze o tom, že se někde něco vyřízne nebo se část trávicí trubice jednoduše obejde.

Co nového tedy může bariatrická chirurgie nabídnout? Především to jsou „klasické“ bandáže, jejichž hlavním principem je přiškrcení žaludku v horní části, čímž se jeho tvar změní přibližně do podoby přesýpacích hodin. Horní část přesýpacích hodin má objem jen asi 20–50 ml. Bandáž tak pacientovi může pomoci od pocitu hladu, nicméně chutí nezbaví. Nutno dodat, že pacienti s bandáží musí doživotně dodržovat velmi přísný dietní režim (pomalu jíst a sousta hodně žvýkat). Z tohoto důvodu mnozí bandáž odmítají. Bandáž je navíc bezmocná proti tekutým kalorickým bombám, které úzkým hrdlem snadno protečou. Další nepříjemností je, že nelze dopředu odhadnout, které potraviny bude pacient po operaci tolerovat (někteří pacienti netolerují hovězí maso, jiní např. chléb aj.).

Alternativní metody: sleeve gastrectomy a gastrický mini-bypass

Pro pacienty, kteří se obávají bandáže z důvodu velmi přísného dietního režimu po její aplikaci, existuje jiné řešení. Tím je tzv. sleeve gastrectomy a gastrický mini-bypass. Principem sleeve gastrectomy je zmenšení objemu žaludku – část se odstraní, žaludek má nově tvar trubice, resp. rukávu (sleeve – angl. rukáv). Pacienti se výkonu často obávají z důvodu zvýšení rizika vzniku vředové choroby či dokonce nádoru. Všechny dosavadní studie však ukázaly, že toto riziko je stejné jako u populace bez sleeve gastrectomy. Druhá zmiňovaná operace, tedy gastrický mini-bypass, spočívá v napojení ten-

kého střeva na zmenšený žaludek. Tenké střevo (normálně vychází ze žaludku) se vrací zpět do žaludku, odkud již normálně pokračuje dál. Nevýhodou je, že žluč a trávicí šťávy ze slinivky přicházejí do kontaktu se žaludkem. Tento typ operace se hodí pro pacienty, kteří nejsou schopni držet žádné diety a opakovaně se u nich vyskytuje nárazovité přejídání.

Bariatrický výkon vždy pořádně promyslete

Kdy je pro pacienta vhodný bariatrický výkon? Pacient musí výkon především chtít a musí být ochoten dodržovat nezbytný pooperační režim. Při prvním vyšetření u obezitologa je proto nutné pacienta informovat o všech možnostech redukce hmotnosti, které by si měl v klidu promyslet. Rozhodně se mějte na pozoru před ukvapenými rozhodnutími, jelikož si tak ušetříte mnoho zbytečných komplikací. Stejně je to s vyšetřeními před bariatrickým výkonem, jakými jsou gastrokopie – vyšetření žaludku hadicí, polykací akt – vyšetření zažívacího traktu pomocí kontrastní látky, ultrasonografie břicha, psychologické vyšetření. Mnozí pacienti je považují za zbytečná. Je tomu tak doopravdy? Gastrokopie je nezbytná, abychom mohli vyloučit vředovou chorobu žaludku – její přítomnost znamená, že pacientovi nebude v budoucnu možné vykonat bariatrický výkon, vředovou chorobu je zapotřebí nejdříve vyléčit. Polykací akt je důležitý zejména před bandáží žaludku k vyloučení tzv. brániční kýly. Sonografie břicha se provádí ze dvou důvodů: prvním je vyloučení žlučniko-



vých kamenů (cholecystolithiasy), neboť i samotným hubnutím dochází k jejich vzniku. Pokud jsou přítomny již před bariatrickým výkonem, velmi často se nejdříve odstraní žlučník a teprve poté se provádí bariatrický výkon. Druhým důvodem sonografie břicha je zjištění velikosti jater – někdy se u obézních pacientů setkáváme s tím, že jejich játra jsou tak zvětšená, že bariatrický výkon není možné provést ihned. V takových případech pacientům doporučujeme zredukovat hmotnost o 5–10 kg. Před samotným zákrokem probíhá ještě psychologické vyšetření, jehož úkolem je najít optimální typ operace pro konkrétního pacienta. Jde o to, aby na jedné straně byl s výkonem spokojen pacient, na straně druhé o to, aby se zvolený bariatrický výkon nestal pro pacienta spíše utrpením. Last but not least: chirurgie, stejně jako ostatní léčby obezity, funguje jako berlička pro obézní pacienty, kteří CHTĚJÍ zhubnout.

MUDr. Jitka Housová, Ph.D.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

Kazuistika aneb příklady táhnou

V následujícím textu vám, milí čtenáři, přinášíme dva zajímavé a velice poučné případy z naší praxe. Prvním z nich je případ pacientky, která, ač by se mnohým z nás mohla jevit v bezvýchodné situaci, vydržela, překonala hodně překážek, až obezitu takřikajíc položila na lopatky. Druhý příklad je významný především v tom, že ukazuje, jak důležitá jsou vyšetření před bariatrickými výkony a jaké důsledky může mít jejich podcenění.



Ilustrační foto

Případ první: Nikdy se nevzdávejte

Naší pacientce, říkáme jí Marie, je 60 let, léčí se s vysokým krevním tlakem, cukrovkou 2. typu, dále má vysokou hladinu cholesterolu. V minulosti již prodělala cévním mozkovou příhodu (mrtvici). Opakovaně se léčí na kožní klinice pro bércový vřed. Celoživotně trpí obezitou, maximální váha u ní byla 150 kg. Před hubnutím brala 10 tabletek různých léků denně. V rodině trpěli cukrovkou, vysokým tlakem i obezitou otec, bratr i sestra.

Marie začala být nejprve sledována na fakultní poliklinice pro záchyt cukrovky. Léčba byla nejdříve zaměřena na normalizaci glykemie a léčbu cukrovky, redukci hmotnosti nebyla zpočátku věnována pozornost. S přibývajícimi kily se bohužel cukrovka čím dál tím více horšila, a proto bylo nezbytné přesvědčit pacientku o nutnosti redukce hmotnosti.

Marie se začala snažit jíst pravidelně a opravdu se jí za 2 měsíce podařilo jenom dietou zhubnout 10 kg. Po této redukci se upravila hladina glykemie na 7 mmol/l z původních 12 mmol/l. Další kontrola bohužel potvrdila opětovné zhoršení cukrovky a vzestup hmotnosti o 13 kg, což pacientka dávala do souvislosti se zanecháním kouření. Marii jsme znovu dietně edukovali a pozitivně motivovali k redukci hmotnosti. Následující kontrola ukázala pokles

hmotnosti pouze o 2 kg a hladinu ranní glykemie na úrovni 10 mmol/l. Pro dlouhodobě nedobrou kompenzaci cukrovky jsme museli u pacientky posílit antidiabetickou terapii o další tabletky. Poté došlo k poklesu glykemií i zlepšení kompenzace cukrovky. Avšak Marie opět přibrala.

Nabídli jsme jí proto hypnoterapii, tj. ovlivnění dodržování redukčního režimu hypnózou, kterou přijala. Znovu jsme ji dietně edukovali a zdůraznili nutnost redukce hmotnosti. Po dietní edukaci a psychologické intervenci došlo k poklesu hmotnosti o 15 kg za 4 měsíce. V té době (rok 2004) pacientka splnila kritéria zdravotní pojišťovny pro bezplatnou léčbu antiobezitiky. Vzhledem k rizikovosti pacientky jsme jako antiobezitikum první volby určili Xenical. Po roční léčbě došlo k poklesu hmotnosti o dalších 10 kg, glykovaný hemoglobin se pohyboval kolem 5 %, ranní glykemie kolem 6,5 mmol/l.

V roce 2005 dochází v rodině Marie k úmrtí. Na tuto událost reaguje vzestupem hmotnosti o 20 kg, nedaří se jí redukovat zpět. Dochází k opětovné dekompenzaci cukrovky. U Marie se začala objevovat demotivace, byly přítomny známky deprese v důsledku jak rodinných událostí, tak i v důsledku opakovaného selhání v redukci hmotnosti. Probírali jsme s ní tedy další možnosti redukce hmotnosti. Marie nadále nepreferovala léčbu antiobezitiky pro

jejich opakované selhání. Rovněž odmítla hospitalizaci (3 týdny) z obavy ztráty zaměstnání. Nakonec se rozhodla pro bariatrickou chirurgii. Psycholog však nedoporučil bandáž žaludku pro kompenzační přejídání v anamnéze a riziko nedodržení pooperačního režimu v zátěžové životní situaci. Pacientce jsme nakonec doporučili sleeve gastrektomii (tubulizace žaludku). Operace proběhla v roce 2006. Marie zredukovala hmotnost ze 148 kg na 100 kg, ranní glykemie se pohybovala kolem 5 mmol/l, glykovaný hemoglobin je 4,9 %. Z trvalé medikace byly postupně vysazeny léky na cukrovku a vysoký tlak. Po redukci hmotnosti došlo i k uzavření bércového vředu, který byl neúspěšně léčen po dobu zhruba 8 let. Psychicky se Marie také výrazně zlepšila, což se projevuje především aktivnějším přístupem k životu.

Na tomto příkladu vidíte, jak je důležité boj s obezitou nevzdávat, neboť chcete-li opravdu zhubnout, řešení se (téměř) vždy najde.

Případ druhý: Bandáž nefunguje

Naší pacientce, řekněme Heleně, je 40 let a kromě obezity se nikdy s ničím neléčila. Před zhruba 10 lety se rozhodla zhubnout. Vážila 120 kg, její BMI byl kolem 40 kg/m². Nebyla nikdy sledována obezitologem a o bandáži se dočetla v jednom časopise. Před operací nebyla vyšetřena obezitologem ani psychologem. Po operaci, která proběhla v jednom okresním městě, dostala pouze zevrubné informace o tom, jak má s bandáží jíst. Byla pozvána pouze na jedinou kontrolu na chirurgické pracoviště, kde jí po operaci odstranily stehy. Následně už nikde nebyla sledována. Přesto zhubla kolem 40 kg za rok.

Najednou se ale dostavily psychické potíže vyvolané problémy v rodině, které Helena začala „zajídat“ čokoládou

a zmrzlinou. Váha šla samozřejmě nahoru, až se dostala na původních 120 kg. Tehdy znovu vyhledala chirurga v daném okresním městě. Ten jí nabídl novou bandáž. Pacientka s radostí souhlasila a šla na druhou operaci. Avšak ani po této operaci nebyla sledována chirurgy ani obezitology. Tentokrát ovšem váha moc dolů nešla.

Poté, co Helena zhubla pouze 10 kg, se rozhodla vyhledat pomoc obezitologa. Po dietní intervenci zredukovala 20 kg. Po určité době se objevil jo-jo efekt. Pro depresivní ladění pacientky byla doporučena intervence klinického psychologa a byla zahájena terapie antidepresivy (Sertralinem). Došlo k mírnému zlepšení. Následně byla v našem centru pacientka konzultována bariatrickým chirurgem a klinickým psychologem, který bandáž žaludku nedoporučil. Nabídli jsme Heleně možnost debandáže (sundání staré bandáže) a v druhém kroku provedení sleeve gastrektomie, se kterou souhlasila. Došlo k redukci 20 kg, Helena se nyní cítí výborně.

Kde se tedy stala chyba a proč bandáž nefungovala? První chybou vůbec byla indikace pacientky k bandáži bez důkladného vyšetření obezitologem a klinickým psychologem. Ještě větší chybou bylo to, že nebyla po první operaci pravidelně sledována ať už operátorem, či obezitologem. Následná druhá bandáž již neměla být vůbec provedena z důvodu selhání té první a kvůli podezření na nárazové přejídání.

Na příkladu pacientky Heleny jsme vám ukázali, jak důležitá jsou vyšetření před bariatrickým výkonem. Pro každého pacienta je totiž vždy důležité najít tu „pravou“ operaci, aby zvolený bariatrický výkon byl účinný a rovněž aby pacient byl s výkonem i změněným životním stylem spokojen.

MUDr. Jitka Housová, Ph.D.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze



Ilustrační foto

Stravování po bandáži žaludku

Na úvod bych ráda připomněla, co je principem bandáže. Jedná se o zavedení silikonové manžety a její stažení kolem horní části žaludku. Žaludek tak vytvoří tvar přesýpacích hodin. Horní část žaludku má malý objem (asi 30 ml) a naplní se již po snědení malého množství jídla. Tím dochází k rychlému pocitu nasycení a celkovému snížení příjmu jídla a energie. Chuť k jídlu bandáž neovlivní, ale brání nezvladatelnému hladu.

Největší úbytek na váze lze pozorovat v prvním roce po operaci, později se rychlost hubnutí snižuje. Celkový pokles hmotnosti po bandáži se pohybuje mezi 30–40 kg, jsou však i pacienti, kteří po bandáži žaludku zredukovali až 70 kg! Sama bandáž žaludku k dosažení redukce nestačí, nezbytností je spolupráce pacienta, který si hlídá množství a složení stravy a celkově se naučí novým stravovacím návykům.

Důležité období představuje první měsíc po operaci, kdy není manžeta kolem žaludku ještě pevně usazena:

♦ **1. den po operaci** – přijímáme pouze vodu, neslazený čaj nebo minerální neperlivou vodu – pít je nutné pomalu po malých doušcích s 1–2minutovými přestávkami. Denní příjem tekutin by měl být minimálně 2 litry.

♦ **2.–6. den po zákroku** – přijímáme tekutou stravu, opět po malých doušcích s krátkými intervaly. Objem jedné dávky by neměl přesahovat 200 ml, neboť je zde riziko roztažení „pouche“ (horní část bandáže). Vhodné je zařadit ovocné a zeleninové šťávy (pomerančová, rajčatová, mrkvová), proteinové nápoje, odstředěné mléko nebo krémové polévky a vývary, které je nutné přecedit přes velmi jemné síto.

♦ **7.–13. den** – přecházíme na kašovitou dietu, která by měla být upravena mixováním nebo strouháním uvařených či dušených potravin. Z pekárenských výrobků můžeme zařadit např. starší bílé či tmavé pečivo bez zrn (50 g), zcela nevhodné je sladké a celozrnné pečivo, vločky nebo müsli. Z ovoce jsou vhodná strouhaná jablka, meruňka nebo broskev bez slupky, banán. Potíže by mohlo způsobit ovoce s pečičkami nebo tuhé a vláknité druhy ovoce. Ze zeleniny můžeme konzumovat mrkev, špenát, rajče (opět bez slupek a zrníček), cuketu, dýni, tykev, celer, petržel – vše vařené, dušené nebo strouhané. Nevhodná je, podobně jako u ovoce, tuhá a vláknitá zelenina, která by mohla způsobit nadýmání (zelí, květák, brokolice, pórek, chřest, kapusta, zelené fazolky, kedlubna, reveň, ředkev, rebarbora, cibule, česnek a luštěniny). Z mléčných výrobků lze doporučit např. nízkotučné nedoslazované jogurty (150 g), odtučněný tvaroh, tvarohové pomazánky, cottage sýr, tofu, nízkotučný tavený sýr. Vyřadit je potřeba např. tvrdé sýry nebo smetanové jogurty.

Jako příloha jsou v této fázi vhodné pouze vařené brambory nebo bramborová kaše s nízkotučným mlékem. K tomu lze připravit libové maso, které po tepelné úpravě vařením či dušením (ne pečené maso – kůrka) rozmixujeme. Mezi méně vhodné druhy masa patří hovězí či zvěřina, jejichž

tužší vlákna by mohla způsobit problémy, ale také ryby. Uzeniny musíme z jídelníčku zcela vyloučit, stejně jako volný tuk, oříšky, sušené ovoce, alkohol, mák, příliš studené či teplé jídlo a nápoje, zmrzliny, mražené krémy, sladkosti, smetanu a šlehačku. Polévky lze konzumovat s pasírovanou zeleninou (mrkvová, špenátová), vhodný je také vývar z hovězího masa. Pít se nadále doporučuje pomalu po malých doušcích 5–15 minut před začátkem jídla. Po skončení jídla před dalším příjmem tekutiny by se mělo přibližně 1 hodinu počkat. Velmi důležité je, abychom se naučili udělat si na jídlo čas – jíst pomalu, malá sousta a důkladně potravu žvýkat.

♦ **Asi od 2. týdne po bandáži** je potřeba dodržovat zásady nízkoengetické šetřící diety s nízkým obsahem vlákniny, přičemž je stále nutné mixovat maso (kromě mletého). Jídelníček již můžeme obohatit o ryby (vařené, pečené v alobalu, mikrovlnce, páře), rybí pomazánku na bázi nízkotučného tvarohu, tvrdé sýry do 30 % tuku v sušičce, drůbeží nebo krůtí šunku nadrobno pokrájenou, rozmačkané těstoviny. Zeleninu a ovoce konzumujeme nadále bez slupek a zrníček, nejlépe krátce povařené. Můžeme zkusit zařadit bobulové rozmačkané ovoce v malé dávce (např. do jogurtu, mixovaného tvarohu).

Stále musíme dbát především na pečlivé rozkousání jídla a na pravidelný příjem neslazených tekutin mezi jídly (nikoliv při jídle), abychom zabránili přeplnění žaludku, které by mohlo vyvolat zvracení.

Měsíc po zákroku již přecházíme na normální stravu. Musíme však stále dodržovat určitá pravidla:

♦ Vyvarovat se příjmu potravin a nápojů s vysokým energetickým obsahem, které by sice funkci bandáže nenarušily, ale zabránily by snižování váhy nebo by mohly váhu zvyšovat – např. zmrzliny, cola, slazené limonády, ovocné džusy, dorty a koláče, sladké pečivo, čokoládové pudinky, pokrmy obsahující větší množství cukru a smetany, tučné omáčky, sladkosti, pochutiny (např. chipsy), větší množství jakýchkoli alkoholických nápojů (zejména destiláty, pivo).

♦ Pozor na skupinu potravin, které by mohly narušit funkci bandáže – potraviny s hrubými vlákniny (hovězí maso, ovocné slupky, slupky ze zeleniny), nedopečené a velké kusy masa, dále vláknité potraviny (kyselé zelí, pomeranče, grapefruit, zelený salát a listové saláty nebo celozrnné cereálie), ořechy, houby, luštěniny, větší množství chleba (pozor na kůrky), mořské produkty, které mají tuhé maso (humr, krevety).

♦ Jíst častěji, málo a pomalu, dobře žvýkat.

♦ Pít mezi jídly a ne při jídle.

Bc. Lucie Jiráčková

Neformální setkání pacientů s odborníky, která pomáhají

Pro značnou část pacientů již není v současnosti žádný problém získat informace o bariatrické chirurgii. Ovšem pokud se tak děje formou očima „přelítnutí“ letáku, asi jen málokdo si bude schopen představit, čeho všeho se bude např. takové provedení gastrické bandáže týkat v jeho dalším každodenním životě – jakým způsobem se to dotkne jeho životního stylu, stravování apod.



Odpovědi na tyto a mnohé další otázky spojené s bariatrickým zákrokem vám pomohou nalézt Banding kluby, které jsou místem neformálních setkání pacientů s obezitology, psychology a chirurgy, ale i mezi nimi navzájem. Na setkáních panuje uvolněná, přátelská atmosféra, která se v mnohém liší od standardního vztahu pacient – lékař. Pacienti zde proto diskutují veškeré problémy, výhody i nevýhody bandáží žaludku či jiných bariatrických výkonů, o kterých by se odborníci ani ostatní pacienti dost možná nikdy nedozvěděli.

Vítaná psychická podpora

Několikaleté fungování Banding klubů ukázalo, že pro pacienty představují tolik vítanou psychickou podporou. Například pacienti, u nichž dochází k malým váhovým úbytkům, prostřednictvím diskuse o životosprávném programu zjišťují, zda vše dělají správně, resp. kde dělají chyby, a hledají cestu k jejich odstranění.

Na základě přání pacientů jsou do klubu zváni odborníci i z jiných oblastí medicíny. Nejčastěji se jedná o plastické

Historicky první Banding klub byl založen v roce 2004 ve FN Brno. Postupně vznikly další po celé republice, např. Banding klub při VŠTJ MEDICINA PRAHA v roce 2005. V současnosti existují Banding kluby v každém větším centru, které se zabývá obezitologií a bariatrickou chirurgií.

chirurgy, kteří odpovídají např. na to, co s přebytečnou kůží po redukci hmotnosti, či dermatology (problémy s opruzeninami – intertrigem) a další.

Neváhejte proto a přijďte na setkání Banding klubu, třeba jen si vyposlechnout, co trápí ostatní – i to může být první krok ke změně pozitivním směrem.

*MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.
3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze*

Nad dotazy čtenářů

◆ **Za svůj život jsem zhubla celkem asi 100 kg (je mi 38 let). Navštěvovala jsem obezitologa, zhubla jsem 18 kg a mám je zpět. Chtěla bych se informovat ohledně podmínek zavedení bandáže žaludku a kolik to stojí.**

Bandáž je zcela hrazena zdravotní pojišťovnou (zatím). Nepíšete, odkud jste, ale co se týká Prahy, tak doporučuji navštívit docenta Kasalického na 1. chirurgické klinice VFN každé pondělí mezi 9–11 hod.; nemusíte se objednávat. Doc. Kasalický s vámi tento zákrok probere. Před bandáží je třeba absolvovat jistá vyšetření, jako např. u obezitologa, gastroskopii, sono břicha, u psychologa, spirometrii aj. (viz www.medispo.net – Banding klub). Rovněž vám mohu doporučit návštěvu Banding klubu, scházíme se každý první čtvrtek v měsíci od 16 hod. v Salmovské ulici.

◆ **Zdravím všechny ženy, které se trápí dietami a jsou opravdu obézní. Nebojte se vyrazit do Prahy za docentem Kasalickým na 1. chirurgickou kliniku, ordinuje každé pondělí. Taky jsem měla strach, ale je to moc příjemný doktor, vůbec není namyšlený, všechno mi vysvětlil a teď za ním pojedou pro termín operace. Měla jsem to udělat už dávno.**

Rozhodně s vámi souhlasím, pan docent je fajn (což je v chirurgické obci výjimka) a 100% profesionál. Je s ním výborná spolupráce.

◆ **Hradí pojišťovna balonek do žaludku? Pokud ne, kolik tento zákrok stojí? Je mi 31 let, mám dvě děti, měřím 176 cm a vážím 125 kg, mám polycystický vaječník, hypofunkční štítné žlázy, vysoký krevní tlak, glaukom. Je pro mě tento zákrok vůbec vhodný?**

Pojišťovna tento výkon nehradí, stojí dle zařízení 20–30 000 Kč. Možná že by bylo vhodnější volit bandáž žaludku či sleeve gastrectomy – ty jsou plně hrazeny pojišťovnou.

◆ **Za 14 dní jsem objednaná na sleeve gastrectomy, BMI mám 40. Nikde jsem na internetu nenašla odpověď na otázku, jaká rizika mě v budoucnosti čekají, co se stravy týká. Je tato metoda šetrnější než bandáž, v čem je lepší?**

V době mé odpovědi jste již asi po operaci. Takže v kostce. Po bandáži žaludku je nutné celoživotně držet dost přísný dietní režim. Po sleeve gastrectomy ne, což je výhodnější u milovníků zeleniny a ovoce či u pacientů, kteří nejsou schopni přísný dietní režim držet a občas se přejí. Co se týká šetrnosti, u sleeve gastrectomy se odstraňuje část žaludku (ta již nedoroste), u adjustabilní bandáže žaludku zůstává celý, ale zase se bandáž může prořezat. Suma sumárum, každá z těchto metod má svá pro a proti, nicméně obě vedou k redukci hmotnosti.

◆ **Je mi 31 let měřím 175 cm a vážím 125 kg. Vyzkoušela jsem již mnoho diet i pomocných léků (xenical, adipex, meridie, lindaxa). Mám vysoký oční tlak (carteol 2 %), vysoký krevní tlak (bisoprolol 5 mg), hypofunkční štítné žlázy (letrox), polycystický vaječník (antikoncepce). A poslední dobou mám zvýšený cholesterol. Myslím si, že bych s tím měla něco udělat a uvažuji o bandáži. Byla by to pro mne riziková operace?**

Záleží, z jakého hlediska budeme rizikovost posuzovat: z hlediska celkové anestezie máte zvýšené riziko, z hlediska metabolického syndromu máte riziko vysoké. Bandáž žaludku by vám mohla jistě pomoci hmotnost

redukovat, nicméně vám radím, abyste si tento krok dobře rozmyslela. Bandáž znamená celoživotní odříkání. Pokud byste tohoto nebyla schopna, je vhodnější např. sleeve gastrectomy či gastrický bypass.



Milí čtenáři,
v této rubrice otiskujeme
diskusní příspěvky – vaše dotazy a odborné
odpovědi členů našeho týmu – z internetové diskuse
na stránkách www.medispo.net. S tímto nástrojem zaznamenáváme výborné výsledky, jelikož umíme rychle
a efektivně pomoci nalézt řešení pro vás na míru.
Neváhejte a zapojte se i vy.

◆ **Je mi 20 let, měřím 167 cm a vážím 102 kg, čili můj BMI je skoro 37. Myslím si, že je to dědičné, protože můj otec má také nad 120 kg. Snažím se hubnout, ale stále bez většího úspěchu. Zhubnu třeba 10 kg, ale poté naberu 15 kg. Už nevím jak dál, nemůžu se na sebe už ani podívat! Myslíte si, že by pro mě přídala v úvahu operace čili bandáž žaludku? Žádné zdravotní komplikace nemám, až na bolesti zad a kloubů. Poradila byste, zda se bandáž žaludku provádí někde v Královéhradeckém kraji?**

Bandáž žaludku pacientům jistě může pomoci v redukci hmotnosti, nicméně s bandáží je spojen velmi tvrdý režim nejen po operaci, ale v podstatě celý život. S bandáží se již nikdy „pořádne“ nenajíte. Bandáž pomáhá zbavit pocitu hladu, od chutí na jídlo vám ale nepomůže. Pokud tedy patříte k těm, kteří nedokážou ovládat své chutě, jsou výhodnější jiné bariatrické operace, např. sleeve gastrectomy (provádí se ve VFN v Praze) či gastrický bypass (provádí Nemocnice Na Homolce). Než se vypravíte k bariatrickému chirurgovi, dobře si vše výše uvedené promyslete. Co se týká operace samotné, doporučuji vám vyhledat centra, kde se tyto operace provádí takřikajíc rutinně a kde rovněž umí řešit komplikace. Zajedťte proto raději do Prahy k doc. Kasalickému, ambulance má každé pondělí od 9–11 hod., objednávat se nemusíte.

Redakce

Od prvních pokusů až po sleeve gastrektomii

Chirurgická léčba obezity (odborně bariatrická chirurgie) zažívá v posledních desetiletích svůj rozmach. To je na jedné straně dáno tím, že se obezita postupně stala vážným socioekonomickým problémem a na straně druhé prodělala medicína významný rozvoj nových operačních technik. Zejména díky zavedení laparoskopie mohou v dnešní době být operováni pacienti, u kterých by to před 30 lety nebylo možné např. z důvodu rizika nezhojení operační rány.

První pokusy chirurgické léčby obezity sahají do 50. let 20. století. V roce 1952 provedl dr. Henrikson jako první na světě částečné odstranění tenkého střeva za účelem omezení vstřebávání potravy a tím snížení nadváhy. V roce 1957 lékaři Payne a Scott zavedli do chirurgické léčby obezity tzv. jejunoileální bypass (přemostění části tenkého střeva), kterým redukovali délku tenkého střeva pro vstřebávání živin na 45 cm. Tento výkon se již nepoužívá, neboť tak krátký úsek střeva nebyl dostatečně schopen vstřebávat živiny.

Mezi další průkopníky v bariatrii patří dr. Mason, který začal v roce 1966 používat metodu žaludečních bypassů (odborně gastrický bypass). Přivedlo jej k tomu pozorování pacientů po téměř úplném odstranění žaludku, kteří po tomto zákroku vždy hubli. Výkon spočíval ve vyřazení z pasáže větší části žaludku, dvanácterníku a části lačnicku. Avšak vývoj šel dál a v roce 1973 lékaři Printen a Mason publikovali první zkušenosti s tzv. horizontální gastroplastikou (plastikou žaludku). Ta se ale moc neosvědčila, neboť často vedla k roztržení operační rány v místě sešití. Pro úplnost je třeba se zmínit o nejradikálnějším chirurgickém výkonu v léčbě morbidní obezity, který v roce 1975 v Itálii provedl dr. Scopinaro. Jednalo se o tzv. biliopankreatickou diverzi (BPD). Princip metody spočívá v kombinaci tříčtvrtinového odstranění žaludku a napojení částí tenkého střeva – lačnicku na kyčelník. Tento výkon se v dnešní době provádí výjimečně u některých morbidně obézních nemocných v Itálii a Spojených státech.

Gastrické bandáže (bandáže žaludku)

V roce 1978 doktor Wilkinson ve snaze o zmenšení objemu přijímané stravy vypracoval metodu tzv. gastrické bandáže (GB). Hlavním principem je stažení a tím zúžení žaludku v jeho horní části našitím pásky, kroužku nebo jiného materiálu na zevní povrch, čímž se tvar žaludku změní přibližně do podoby nesouměrných přesýpacích hodin. Nad bandáží vznikne kapsa (pouch – čti pauč), která má velice malý objem. Dr. Wilkinson tak nastartoval rozvoj bariatrické metody, která je plně vratná, protože se pacientovi nic neodstraňuje. Nevýhodou této metody, tj. fixní gastrické bandáže, je nemožnost následné změny vnitřního průměru mezi jednotlivými oddíly rozděleného žaludku. Z tohoto důvodu se již téměř neprovádí.

V roce 1979 dr. Wilkinson poprvé použil pro zmenšení objemu žaludku metodu intragastrického balonu. Používaly se různé typy balonů od nafukovacích dětských balonků nebo tvarovaných silikonových pomůcek až po do žaludku zaváděné implantáty původně určené pro modelaci prsů. Metoda vedla k různým komplikacím od zvracení, tvorby bezoárů (kamenů), gastritidy, dekubitálních vředů či částečné nekrózy stěny žaludku až po stavy neprůchodnosti při prasknutí balonu, který odcestoval do dalších partií zažívacího traktu, které ucpal.

V roce 1985 ve Švédsku poprvé použili lékaři Forsell a Hallberg bandáž s balonkem na vnitřní straně bandáže, tzv. silikonovou adjustabilní (doplňovatelnou, nastavitelnou) gastrickou

bandáž, která je dosud známa jako SAGB (Swedish Adjustable Gastric Band). V roce 1986 v USA začíná dr. Kuzmak nezávisle na dr. Forsellovi také používat silikonovou manžetu s balonkem na vnitřní straně bandáže. Celé zařízení si můžeme trochu zjednodušeně představit jako v obchodech prodávané nafukovací cestovní polštářky. U obou typů bandáže bylo možné měnit



stažení nebo těsnost jejím plněním tekutinou pomocí tenké hadičky zavedené do podkoží a ukončené komůrkou – portem. Od té doby se gastrická bandáž stala jednou z nejpoužívanějších metod bariatrické chirurgie.

Současné chirurgické metody v léčbě obezity

V současné době máme k dispozici kolem deseti různých typů a druhů gastrické bandáže. K rozvoji metody laparoskopické žaludeční bandáže přispěl i kolektiv 1. chirurgické kliniky 1. LF UK a VFN v Praze pod vedením dr. Frieda, který v Česku v roce 1993 provedl jako první na světě gastrickou bandáž laparoskopicky.




Vývoj operačních metod pokračoval a přes několik mezistupňů se v roce 1999 začala používat tzv. sleeve gastrektomie (SG, odstranění části žaludku za současného vytvoření jakési trubice či rukávce) – původně jen jako první část plánovaných rozsáhlejších operací, které se prováděly cca 12–18 měsíců po operaci, kdy došlo u pacienta k takové redukci hmotnosti, aby byl dalšího výkonu schopen. U značné části morbidně obézních pacientů byla však redukce hmotnosti natolik dostatečná, že nebylo nutné žádné další operace. V současnosti se sleeve gastrektomie provádí na některých pracovištích i laparoskopicky.

Posledním hitem, byť zatím ve stadiu zkoušení, je gastrická elektrostimulace (gastric pacing), kterou poprvé použil v Itálii v roce 1992 dr. Cigaina. Gastrická stimulace vychází z poznatků elektrické stimulace používané již léta napříč spektrem medicínských oborů. Po mnoho let je známo, že v žaludeční svalovně probíhají elektrické impulzy v přibližné frekvenci 3–4 cyklů za minutu. Z experimentálních prací a klinických zkoušek léčby obezity myoelektrickou stimulací žaludeční stěny lze usuzovat, že tento způsob stimulace může vyvolávat u obézních nemocných pocit sytosti.

Doc. MUDr. Mojmír Kasalický, CSc.

MUDr. Jitka Housová, Ph.D.

3. interní klinika 1. LF UK a VFN v Praze

POMŮČKA: ECAM, KARP, LIERSE, ROI	RUSKY „KAPR“	ZRAŇ PÁROU	1.TAJENKA	NÁZEV HLÁSKY		INSCENACE	2. TAJENKA	DĚLAT MATE- MATICKOU OPERACI	PŮVODCE INFEKCE
AMERICKÝ HEREC (MARTIN)					POLYESTER VYZTUŽENÝ SKELNÝMI VLÁKNY				
VÝZVA					JAZYKY MOJI				
POHODNÝ				ÚPRAVA VLASŮ MLUVILY					
HODIT VÝŠ									ZÁJMENO
	NĚMECKY „JEDNA“	ROZBÍJET OŘECHY BELGICKÝ FOTB. KLUB							
UČEDNÍK									
ŘÍMSKY 2			DOMÁCKY OTA ANGLICKY „BÁSEŇ“					ČESKÁ ŘEKA	ZAKONČENÍ MODLITBY
NEZAVOLÁ									
	FRAN- COUZSKÝ „KRÁL“ OSOBNÍ ZÁJMENO				TYP LETECKÉHO MONITORU				
LICHOKO- PYTNÍK					OBLOHA				
ŠPINAVÍ							NÁZEV HLÁSKY		

Autor: Aleš Krupička

Naše křížovka

Jaro už je tu. Malování vajíček, hody, hody, doprovody, velikonoční beránek, mazanec, kočičky ve váze, vynášení Morany – to vše je nedílnou součástí tradičních jarních svátků, které tu budou již za pár dní. Užijte jara plnými doušky a přejeme vám... *tajenka.*

Tajenku zašlete **do 4. dubna** prostřednictvím formuláře, který najdete na internetových stránkách **www.obesity-news.cz**. Pět vylosovaných luštitelů obdrží dle vlastního výběru tričko nebo 60 bodů do programu Rekondík společnosti VŠTJ MEDICINA PRAHA. Více o programu na **www.medispo.net**. Výherci budou uveřejněni v květnovém čísle.

Vylosovaní výherci z čísla 1/2008:

- ♦ Tereza Richterová
- ♦ Andrea Wimmerová
- ♦ Magda Křížková
- ♦ Ivan Pert
- ♦ Libuše Uhlíková.

V tajence křížovky z čísla 1/2008 se skrývaly tradiční akce pořádané VŠTJ MEDICINA PRAHA v Roudnici nad Labem, tedy: rekondiční pobyty. Všem úspěšným luštitelům gratulujeme.

8	9			7			4
	4						
1	3	7	8	2			
			7	3	8	6	
3	6						5 7
		1	6	5	9		
			8	1	2	3	5
						4	
5			2			6	8

		3		5	6			
2		9		4	1		5	
6				3			1	
1								
	6	5					2	4
								8
	9			8				5
	2		4	1		8		3
			2	7		1		

Sudoku

Vyplňte mřížku tak, aby každý řádek, každý sloupec a každý čtverec o 3 × 3 políčkách obsahoval čísla od 1 do 9.

Řešení naleznete na **www.obesity-news.cz**.

www.obezita.cz

Obesity NEWS 3/2008 – noviny pro prevenci a léčbu obezity

Periodicita: měsíčník. Toto číslo vyšlo v březnu.

Vyrobno ve spolupráci s Všeobecnou zdravotní pojišťovnou ČR.

Vydává: NOL – nakladatelství odborné literatury s.r.o., Sokolská 39, 120 00 Praha 2.

Kontakt: tel. 224 942 423, fax 224 942 417, redakce@obesity-news.cz.

Vedoucí vydání: MUDr. Martin Matoulek, Ph.D.

Oborní redaktoři: MUDr. Daniel Housa, Ph.D., MUDr. Jitka Housová, Ph.D.

Redakční a grafická úprava: Comunica, a.s.,

redakce: Marek Špíchal, grafická úprava: Daniel Sodoma.

Registrováno Ministerstvem kultury ČR pod číslem MK ČR E 17352.

Tisková práva: © NOL – nakladatelství odborné literatury s.r.o. © Copyright MediSpo, s. r. o.

Publikování nebo další šíření obsahu novin Obesity NEWS je bez písemného souhlasu společnosti NOL – nakladatelství odborné literatury s.r.o. zakázáno.

