

## BARIATRICKÁ CHIRURGIE

Bariatrická chirurgie je chirurgií pro morbidní obezitu. Tento obor digestivní chirurgie se v posledních letech rychle rozrůstá, zejména díky narůstajícímu počtu morbidně obézních pacientů.

Základní indikace jsou následující:

- věk 18–60 let;
- BMI 40 kg/m<sup>2</sup>;
- BMI 35–40 kg/m<sup>2</sup> s komorbiditami, u kterých se předpokládá dobrá kompenzace v souvislosti s úbytkem hmotnosti po provedeném bariatrickém výkonu.

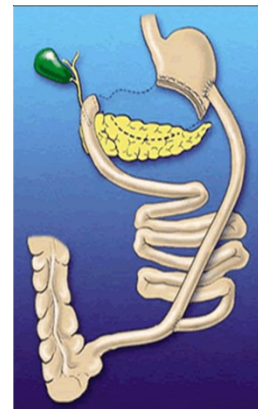
K základním kontraindikacím patří:

- pacient bez předchozí léčby obezity pod lékařským dohledem;
- chybějící compliance ze strany pacienta;
- dekompenzovaná psychiatrická onemocnění, závislost na alkoholu a drogách.

K základním bariatrickým výkonům patří výkony malabsorpční a restriční. V současnosti jsou prováděné zpravidla laparoskopicky.

### Malabsorpční výkony

Základní princip malabsorpčních výkonů spočívá v předpokladu, že část potravy, která není natrávená žlučovými kyselinami a pankreatickými enzymy, nemůže být ve střevě absorbována. Předpokládá se snížená schopnost zužitkovat energii (kalorie)obsaženou v potravě. Tenkým střevem tak prochází většina tuků, sacharidů a bílkovin bez možnosti resorpce. Hlavním představitelem je biliopankreatická diverze, operace podobná resekci žaludku II. typu.



### Restriční výkony

Základní podstata restričních výkonů spočívá v předpokladu, že zmenšením žaludečního objemu dojde ke snížení jeho celkové kapacity. Zmenšený žaludek navíc rychle vyvolá pocit sytosti. K těmto výkonům patří gastrická bandáž (v současnosti adjustabilní bandáž u které je možné měnit průsvit bandáže, to znamená, že při zastavení poklesu hmotnosti lze lumen žaludku zúžit a tím zvýšit restrikcii příjmu stravy dle potřeby), gastrický bypass a sleeve gastrektomie.



### **Ke speciálním prvkům předoperační přípravy patří:**

- diagnostika obstrukčního syndromu spánkové apnoe polysomnografií (opakované stavy apnoe/hypopnoe během spánku);
- diagnostika hypoventilačního syndromu vyšetřením krevních plynů (hyperkapnie, hypoxie);
- aktivní vyhledávání známek srdečního selhání (pohybově omezení pacienti nemusí vykazovat kardiovaskulární obtíže) prostřednictvím vyšetění jako EKG, ECHO, zátěžové testy, holter monitorace;
- důsledná anesteziologická příprava, správná volba a vedení anestezie.

### **Z ošetřovatelského hlediska nelze zapomenout na tyto opatření:**

- **efektivní komunikace** (informace stručné a srozumitelné, uvědomění si možného pocitu studu pacienta nebo vyřazení extrémně obézního pacienta ze společnosti);
- **edukace extrémně obézního pacienta** ve smyslu změny celkové životosprávy (způsob stravování, velikost a složení jednotlivých porcí stravy, pitný režim, časový harmonogram rozdělení jídla, upozornění na pozvolný úbytek hmotnosti po zákroku);
- **posouzení míry pacientovy soběstačnosti** ve smyslu uspokojení následujících biologických potřeb, s podporou samostatnosti:
- hygienická péče (nadměrná hmotnost pacienta si společně s nadměrným pocením vyžaduje zachování řádné hygieny nejen z důvodu prevence vzniku infekce či porušení kožní integrity, ale i z důvodu udržení lidské důstojnosti; předoperačně je důležité zaměřit se na kožní rasy v oblasti břicha a pupku);
- pohybová aktivita (extrémní obezita u pacientů je spojena s vysokým rizikem pádů a způsobuje i problémy technické; součástí technického vybavení zdravotnických zařízení by proto měli být pomůcky pro zvedání, přesun a transport pacientů s nosností nejméně do 250 kg, protiskluzová úprava podlahových krytin, bezbariérová úprava chirurgického oddělení);
- spánek (v případě spánkové poruchy doporučení polohy 30° v horní části lůžka, kdy s poklesem tukové tkáně dochází i k poklesu tlaku na bránici).

### **Ke speciálním prvkům pooperační péče, která je, na rozdíl od pooperační péče u neobézních pacientů, časově náročnější, lze zařadit tyto opatření:**

- oxygenoterapie v časném pooperačním období a poloha v polosedě nebo na boku (riziko kardiorespirační dekompenzace)

- včasná fyzioterapie již v den operace (vysoké riziko pádu pacienta, úrazu sestry);
- zpevnění břišní stěny břišním pásem nebo elastickou bandáží při fyzioterapii;
- rentgenologická kontrola pasáže žaludkem kontrastní látkou první pooperační den (dle zvyklostí zdravotnického zařízení);
- realimentace tekutou a mixovanou stravou od druhého pooperačního dne po dobu 4–6 týdnů od operace (po uplynutí této doby pacient přechází na běžnou a řádně upravenou stravu v malých objemových dávkách);
- substituce vitamínů (zejména B<sub>12</sub>, kyseliny listové a D), železa, vápníku a prevence proteinové malnutrice;
- poskytnutí informací o Banding klubech (pacienty mohou k dosažení vlastních úspěchů motivovat úspěchy jiných).

**Ke specifickým komplikacím gastrické bandáže patří:**

- **zvracení** jako následek špatného rozkousání stravy, hltání nebo pití tekutin současně s jídlem;

Ke specifickým komplikacím biliopankreatické diverze patří:

- **malnutrice** související s délkou tzv. společného kanálu (tvoří ho klička od žaludku vedoucí stravu a klička od duodena vedoucí trávicí enzymy). Délka kanálu pod 50 centimetrů vede k hypoproteinémii, karenci vitamínů a stopových prvků a ke zvýšenému počtu zapáchajících stolic během dne.