



CHIRURGIA BARIATRYCZNA

Gdyby nie resekcja jelita, czyli skąd się wzięła chirurgia bariatryczna

TEKST: *red. Magdalena Gajda*
Prezes Fundacji OD-WAGA

Chirurgia bariatryczna to dziedzina chirurgii zajmująca się leczeniem otyłości. Jej podstawy powstały w latach 50. XX w. Jednak rozwój choroby otyłości do skali światowej pandemii sprawił, że chirurgia bariatryczna to obecnie jedna z najprężniej rozwijających się domen chirurgii. A polscy lekarze mają w tym swój duży udział.

A gdyby tak wyłączyć część jelita...

Pionierem chirurgii bariatrycznej jest dr Linnear, który w latach 50. XX w. zaobserwował, że pacjenci, u których usuwa się część żołądka lub jelit, po takim zabiegu również tracą znacznie masę ciała. Linnear wykonał wówczas jako pierwszy zespolenie jelita czczego i krętego. W ten sposób uzyskał krótszy tzw. pasaż, czyli drogę przejścia pokarmu.

W następnych latach, kolejni chirurdzy modyfikowali metodę Linneara tworząc grupę zabiegów, które do dziś nazywa się: **wyłączającymi**. Najbardziej znane, nazwane od nazwisk chirurgów, którzy je opracowali i wdrożyli to: zabieg Payne – de Winda oraz zabieg Scotta.

Metody te, choć przynosiły efekty w postaci znacznych spadków masy ciała, to miały jednak wiele skutków ubocznych. U pacjentów, którzy poddawani byli ówczesnym zabiegom wyłączającym dochodziło do zaburzeń wchłania tłuszczów i witamin, a w konsekwencji do tzw. awitaminoz a także do kamicy pęcherzyka żółciowego. Pacjenci skarżyli się także na silne biegunki, które doprowadzały ich do ciężkiego odwodnienia. A ponieważ i wyniki kliniczne i satysfakcja pacjentów nie były zadowalające, zrezygnowano (na jakiś czas) z wykonywania operacji wyłączających.

A gdyby tak zmniejszyć żołądek...

Na początku lat 60. XX w. opracowano podstawy drugiej grupy zabiegów bariatrycznych – tzw. **operacji restrykcyjnych**. Ich ideą było zmniejszenie objętości żołądka biorącej udział w procesie trawienia. Pierwszym takim zabiegiem była tzw. pozioma gastroplastyka wg. Pacey'a i Carreya. Przy pomocy tzw. staplerów, czyli specjalnych zszywek, w 1/3 górnej części żołądka zszyto ten narząd, ale nie przecinając go i pozostawiając niewielki otwór, aby pokarm mógł przedostać się do dalszej jego części. W ten sposób, powstał niewielki, bo zaledwie 30 ml „zbiornik”, który podczas jedzenia zapełniał się jako pierwszy. Niestety ruchy żołądka powodowały rozchodzenie się zszywek. Pacjent po początkowej utracie wagi, po jakimś czasie znowu wracał do wyjściowej.

Chirurdzy uznali jednak, że warto kontynuować prace nad zabiegami restrykcyjnymi, bo nie powodują one tak dużych skutków obocznych jak wyłączające. Próbowano również wówczas połączyć oba typy zabiegów. Między innymi opracowano wtedy procedurę *Roux en Y gastric by-pass (RYGB)*, która obecnie jest jedną z częściej stosowanych operacji bariatrycznych.

Do idei gastroplastyki powrócił dr Mason na początku lat 80. XX w. W swojej wersji zmienił położenie zszywek na pionowe, w innym miejscu ulokował „przejście” między częściami

żołądka i dodatkowo zabezpieczył je przed poszerzeniem taśmą z teflonu. Operacja ta, choć dziś już nie stosowana, nazywana jest pionową gastroplastyką z opaską (*vertical banded gastroplasty – VGB*) i wraz z RYGB stanowią podstawy klasycznej chirurgii bariatrycznej.

Inne drogi

Również na początku lat 80 XX w. dr Scopinaro wprowadził zabieg zwany: ominięciem żółciowo-trzustkowym. Ta skomplikowana operacja polegająca na wycięciu znacznej części żołądka i połączeniu jego pozostałości z pociętym na odcinki jelitem cienkim doczekała się wielu modyfikacji. Wykonuje się ją do dziś, ale rzadko. Wprawdzie po takim zabiegu redukcja masy ciała jest bardzo duża, ale też ma on wiele skutków ubocznych. Dlatego też, jeśli już to stosowana jest u pacjentów, u których potrzebna jest szybka i znaczna utrata masy ciała.

Należy tutaj jeszcze wspomnieć, że w wyniku modyfikacji wyłączenia żółciowo-trzustkowego powstała jedna z częstszych obecnie procedur - rękawowa resekcja żołądka (*sleeve gastrectomy*).

Odmianą gastroplastyk są operacje tzw. opasania żołądka. Polegają one na założeniu opasek wokół całego narządu. W ten sposób przybiera on kształt klepsydry. Zabiegi te wprowadzili Wilkinson, Kolle i Molina, a kolejny chirurg – Kuzman – zmodyfikował opaskę do kształtu dętki wypełnionej płynem. W ten sposób można ją zaciskać i rozluźniać od zewnątrz poprzez port umieszczony tuż pod skórą. Idea jest podobna jak w gastroplastyce. Żołądek podzielony jest na dwie części, w tym górną, mniejszą napełnianą podczas jedzenia jako pierwsza.

Ogromnym postępem było wprowadzenie na początku lat 90. XX w. do chirurgii bariatrycznej techniki laparoskopowej. Tą metodą jako pierwsze zaczęto wykonywać operacje zakładania opaski regulowanej. Dziś wykorzystuje się ją także przy RYGB i przy rękawowej resekcji żołądka.

W Polsce od 40 lat...

W naszym kraju pierwsze zabiegi chirurgicznego leczenia otyłości, a były to wyłączenia jelitowe, zaczęto przeprowadzać w połowie lat 70. XX w. W 1993r. pierwszą pionową opaskową plastykę żołądka wykonał prof. Marian Pardela z Zabrze – (od 1977r.), jeden pionierów polskiej chirurgii bariatrycznej. Również na początku lat 90. XX w. zespół prof. Edwarda Stanowskiego obok zabiegów wyłączających zaczął również wykonywać operacje opasania żołądka opaską z silikonowym drenikiem. Jeszcze wtedy przy wykorzystaniu klasycznej techniki operacyjnej, ale pięć lat później opaskę zaczęto zakładać przy użyciu laparoskopu.

Jeśli chodzi o wyłączenie żołądkowe to klasycznie wykonano je u nas w 1999r. a już rok później laparoskopowo. Technikę wyłączenia żółciowo-trzustkowego zastosowano w Polsce pierwszy raz jako metodę leczenia otyłości w 2001r. a w 2003r. zrealizowano pierwszy zabieg rękawowej resekcji żołądka (tzw. sleeve).

*** Informacje w tekście pochodzą z:**
opracowania pt. „Rozwój Chirurgicznego Leczenia otyłości na świecie i w Polsce”, Edward Stanowski, Mariusz Wyleżoł, Postępy Nauk Medycznych, t.XXII, nr 7, 2009
oraz portalu www.wikipedia.pl