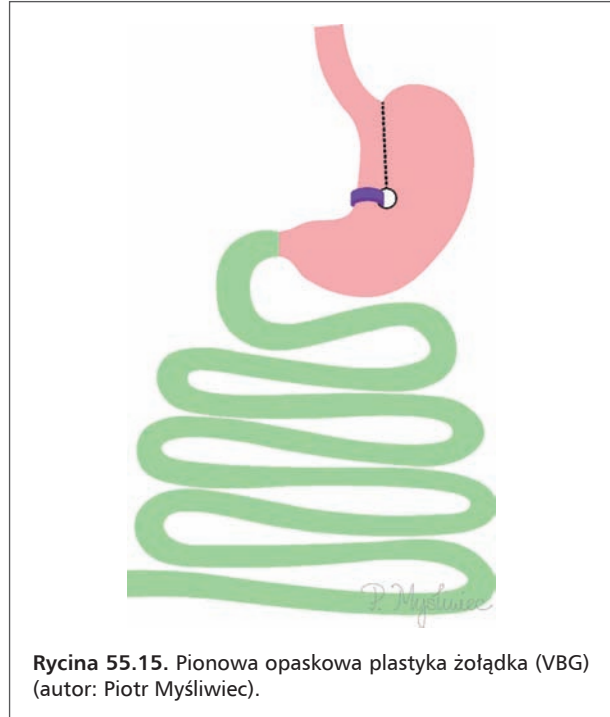


Blokada nerwu błędnego (*vagal blockade, VB*)

Zasadą operacji jest wszczepienie generatora impulsów elektrycznych, które poprzez elektrody połączone z nerwami błędnymi na ścianie żołądka mają przyspieszać opróżnianie żołądka i zwiększać uczucie sytości. Dostępne badania nie przynoszą jednak satysfakcjonujących wyników, a zabieg może spowodować nudności i wymioty, ból, dysfagię, zgagę, odbijania oraz powikłaniami chirurgiczne.

Gastrostomia przezskórna (*aspire-assist, AA*)

Ten kontrowersyjny sposób leczenia, dopuszczony przez amerykańską agencję FDA (Food and Drug Administration), polega na endoskopowym wytworzeniu gastrostomii. Po posiłku pacjent usuwa z gastrostomii zatyczkę i podłącza pompkę, która wypłukując pokarm z żołądka, zmniejsza jego ilość dostającą się do przewodu pokarmowego. Jest to zatem mechanizm restrykcji. Zaletą metody jest nieograniczona możliwość spożywania pokarmów; wady i zagrożenia są podobne jak przy gastrostomii odżywczej. Efekt leczenia kilkakrotnie przewyższa leczenie nieoperacyjne – po roku obserwowano utratę 12% EBWL. Odległe wyniki nie są znane.



Rycina 55.15. Pionowa opaskowa plastyka żołądka (VBG) (autor: Piotr Myśliwiec).

55.7.4. Operacje historyczne

Pionowa opaskowa plastyka żołądka (*vertical banded gastroplasty, VBG*)

Operacja wykonywana była metodą klasyczną także w Polsce. Polegała na przeszyciu żołądka staplerem okrężnym, przeszyciu liniowym (bez przecinania) w kierunku wpustu oraz założeniu nieregulowanej opaski z silikonu lub siatki. Wyłączenie restrykcyjny mechanizm działania powodował mierną poprawę jakości życia po operacji, chociaż u wielu chorych była to operacja o skuteczności pośredniej pomiędzy SG a AGB. Wysoki odsetek powikłań i rewizji sprawił, że VBG nie jest obecnie wykonywana. Warto jednak zauważyć, że tą metodą operowana była duża część pacjentów z szeroko cytowanych badań *Swedish Obese Subjects*, wykazujących istotną poprawę przeżycia chorych w wieloletniej obserwacji po operacjach bariatrycznych.

Ominięcie czczo-krętnicze (*jejuno-ileal bypass, JIB*)

To pierwsza nowożytna operacja bariatryczna z połowy XX wieku. Polegała na odcięciu początkowego jelita

czczego i zespoleniu z jelitem krętym. Był to mechanizm czysto malabsorbcyjny, o wysokiej skuteczności. Ze względu na ciężkie powikłania żywieniowe operacja nie jest obecnie wykonywana.

Wyłączenie żółciowo-trzustkowe (*bilio-pancreatic diversion, BPD*)

Operacja BPD, wprowadzona przez Scopinaro i nazywana od jego nazwiska, podobnie jak JIB była zabiegiem zmniejszającym wchłanianie. Wykonywana metodą klasyczną, polegała na resekcji części odźwiernikowej żołądka z zespoleniem jelitowym techniką Roux z krótką pętlą wspólną (50 cm). Wyniki bariatryczne i metaboliczne operacji były bardzo dobre. Niestety, nikomu poza Scopinaro nie udało się powtórzyć tak niskiego odsetka powikłań. Główne powikłania to ciężkie zaburzenia białkowe, witaminowe oraz w zakresie makro- i mikroelementów. Większość rewizji polegała na wydłużeniu pętli wspólnej. Na podstawie BPD opracowano BPD-DS, eliminując zespolenie żołądkowo-jelitowe, tym samym 10-krotnie zmniejszając odsetek owrzodzeń zespolenia.