

[uczestniczyć w zmianach, które zachodzą w medycynie](#)

Możemy tylko obserwować, albo uczestniczyć w zmianach, które zachodzą w medycynie

- Coraz częściej słyszymy o przełomowych operacjach wykonanych przez Panów w Szpitalu im. N. Barlickiego. To przede wszystkim operacje laparoskopowe, czy można powiedzieć, że ta metoda to już standard?

P.H.: – Operacje małoinwazyjne są niewątpliwie korzystne dla chorego. Związane są z szybszym powrotem do zdrowia i przede wszystkim mniejszym bólem pooperacyjnym u pacjenta. W związku z tym liczba powikłań jest znacznie mniejsza. Jeśli więc chodzi o leczenie onkologiczne, pozwalają nam one na szybsze wprowadzenie leczenia skojarzonego. Wiemy o tym, że leczenie skojarzone to jedyna droga w chirurgii onkologicznej. Tutaj nawet najlepszy chirurg nie wygra z biologią nowotworu. Musimy wspólnie walczyć z tym nowotworem, stosując chemioterapię i radioterapię. Dlatego operacje laparoskopowe umożliwiają nam szybsze wprowadzenie leczenia. Z tego punktu widzenia, leczenie laparoskopowe to same korzyści.

Wykonujemy bardzo dużo tych zabiegów, ale chcielibyśmy robić ich jeszcze więcej. Nie zawsze się to udaje, bo są różnego rodzaju nowotwory, gdzie wielkość guza czy warunki anatomiczne, ograniczają zastosowanie tej metody.

A.D.: – Trzeba pamiętać, że chirurgię laparoskopową powinien wykonywać chirurg zaznajomiony i „wyoperowany” również „na otwarto”. Nie można zaczynać nauki chirurgii od nauki chirurgii laparoskopowej, gdyż jeśli pojawią się problemy śródoperacyjne, a chirurg jest zaznajomiony tylko z metodą laparoskopową, może mieć problemy decyzyjne. Także prace naukowe publikowane na świecie podkreślają, że bezcelowe jest tworzenie ośrodków tylko o profilu laparoskopowym. Trudno więc mówić o standardzie w danej metodzie. Obie metody powinny być stosowane paralelnie.

- Wspomnieli Panowie o trudnościach związanych z umiejscowieniem i wielkością guza, a także o warunkach anatomicznych, które uniemożliwiają zastosowanie metody laparoskopowej, tymczasem prasa donosi o wyciętym przez Panów guzie wątroby o średnicy 5,5cm.

P.H.: – To nie był jakiś szczególnie duży guz, zdarzało nam się operować większe. Tutaj zasadnicze znaczenie miało usytuowanie, ponieważ guz znajdował się w pierwszym segmencie wątroby. To jeden z najtrudniejszych segmentów do operowania, ponieważ

leży na żyłę głównej-dolnej i niejako za wątrobą. I to właśnie ten guz udało nam się wyciąć laparoskopowo u bardzo młodej chorej, która po trzech dniach wyszła do domu.

Paradoksalnie, przy lokalizacji guza w pierwszym segmencie, operacja laparoskopowa zapewnia lepszy dostęp, co się rzadko zdarza w chirurgii wątroby.

- Wątroba w ogóle jest trudna do operowania, chociażby ze względu na jej ukrwienie.

A.D.: – To prawda, o nowej erze chirurgii wątroby mówimy od odkrycia Couinaud, który podzielił wątrobę anatomicznie, czyli nie na podstawie tego, co widzimy na zewnątrz, ale na podstawie systemu naczyń i przewodów, które idą wewnątrz. Wiemy więc, że wątroba dzieli się na segmenty, a wiedząc, jak one przebiegają, znamy również płaszczyzny, w których można ciąć, minimalizując ryzyko spotkania na tej linii cięcia dużych naczyń czy też struktur, które mogą nam sprawić problem. Bardzo ważnym elementem chirurgii wątroby jest USG śródoperacyjne, o które zabiegamy, ponieważ to znacznie ułatwia nawigację podczas zabiegu operacyjnego. Jest to bardzo stresujący dla operatora rodzaj chirurgii, dlatego tak ważne jest żeby tego typu operacje wykonywało dwóch doświadczonych chirurgów.

- Panowie stanowicie taki właśnie zgrany duet?

P.H.: – Rzeczywiście tutaj potrzeba czterech doświadczonych rąk i dwóch doświadczonych głów, które mogą tymi rękoma sterować.

- Przydałyby się jeszcze narzędzia. Na przykład robot, który przecież na chwilę pojawił się w Szpitalu im. N. Barlickiego.

A.D.: – Chirurgia robotowa istnieje już od blisko dwudziestu lat. Roboty są wykorzystywane na świecie w wielu różnych dziedzinach. Przewaga robota, w mojej ocenie, jest wielopłaszczyznowa. Po pierwsze, to ergonomia ruchów chirurga. W chirurgii laparoskopowej operowanie odbywa się w określonej pozycji, w chirurgii z użyciem robota, to my ustalamy pozycję, siedząc przy konsoli. Po drugie, to dla chirurga pewien rodzaj wolności, gdyż chirurgia robotowa oddaje pełen zakres ruchów nadgarstka. Badania naukowe udowadniają, że krzywe uczenia w przypadku chirurgii robotowej, są znacznie krótsze niż w przypadku chirurgii laparoskopowej. Kolejna zaleta to tor wizyjny i widzenie, które jest widzeniem przestrzennym. Zalet jest więc wiele.

- I tylko jedna wada - cena? Robot chirurgiczny, który mógłby pomóc w leczeniu nowotworów kosztuje 12 milionów złotych.

A.D.: – Szacowana liczba robotów w naszym kraju powinna oscylować między 25 a 40,

jeśli wziąć pod uwagę przeliczniki w innych krajach. Na razie w Polsce jest ich kilka, ale mamy nadzieję, że ten rynek będzie się rozwijał. I nie chodzi tylko o liczbę robotów, ale też rozwiązań systemowych, których ciągle przybywa. Na szczęście ceny podlegają prawom rynku. Im więcej będzie robotów, tym ceny oprzyrządowania i serwisu będą niższe.

Możemy więc albo obserwować to, co dzieje się na świecie, albo brać w tym czynny udział. Musimy zacząć gromadzić własne doświadczenia.

- Doszliśmy do sedna tej rozmowy. Medycyna wymaga ciągłego uczenia się, a dziedzina którą Panowie reprezentują, rozwija się wyjątkowo dynamicznie. To swego rodzaju wyścig z nowymi metodami i technologiami. Bieriecie Panowie w nim udział?

A.D.: – W chirurgii górnego piętra jamy brzusznej rzeczywiście wszystko bardzo szybko się zmienia – zaczynając od metod leczenia, zakresów operacyjnych, rodzajów zabiegów, lepszej opieki pooperacyjnej, lepszego oprzyrządowania, ale również armamentarium chirurgicznego, z którego korzystamy podczas zabiegu. Mówimy tu także o wykorzystaniu takich metod, jak laparoscopia w przypadku chirurgii wątroby, i jak chirurgia z wykorzystaniem robotów. Trzeba jednak pamiętać, że to nie robot wykonuje operację, tylko chirurg „w asyście robota”.

P.H.: – Chirurgia górnego piętra jamy brzusznej rozwija się bardzo dynamicznie, pojawiają się w niej coraz nowsze rozwiązania, które próbujemy implementować do naszej Kliniki.

Rozmawiała Justyna Kowalewska

Panaceum nr 9/2021