

Gastroenterologie

A stylized, low-poly mountain range graphic in shades of teal and blue, located in the bottom right corner of the slide.

Nemoci jícnu



Dysfagie

Dysfagie = vážnutí sousta při polykání .
příznak často závažného organického onemocnění.

Dysfagie horní (orofaryngeální) - vážne posun sousta z úst do hltanu a a jícnu – někdy s regurgitací potravy/tekutin nosem => riziko aspirace a plicních komplikací

Příčiny:

Lokální obstrukce- nádorem, divertiklem, velkou strumou

Neuromuskulární poruchy – myasthenia gravis, bulbární paralýza

Dysfagie

Dysfagie dolní (esaofageální) – vážnutí potravy v průběhu jícnu – začíná obvykle vážnout polykání pevné stravy, později kašovitá a nakonec tekutá

Dysfagie vzniká obvykle při zúžení na 12 mm

Příčiny obstrukce:

- nádor (Ca jícnu, kardie)
- cizí těleso
- neuromuskulární poruchy: achalzie, spasmus jícnu
- vlivy extraesofageální: nádor mediastina, bronchiální Ca, aneurysma aorty

Dysfagie

Achalazie

- Neuromuskulární funkční porucha otevíracího reflexu dolní části jícnu = brzdí pasáž jídla do žaludku
- Četnost 1-2/100 000

Komplikace:

- aspirační pneumonie a podvýživa odmítáním stravy

Terapie:

- pneumatická dilatace, chirurgie

Dysfagie

Jícnové divertikly

Jsou výchlípky jícnové sliznice svalovými mezerami

- predilekční místa = oblasti fyziologického zúžení jícnu (nad svěrači, nad bránicí)

Příznaky:

- dysfagie, chrapot, pocit cizího tělesa, problémy polykání, říhání, zápach z úst, regurgitace

Komplikace:

- aspirační pneumonie, dechové potíže (pocit dušení po jídle)

Terapie: chirurgický výkon

Dysfagie

Esofagitida = zánětlivé onemocnění jícnu

- Infekční etiologie: mykotická, herpetická
- Chemické: refluxní- pronikáním žaludečního obsahu do jícnu,

Příznaky:

- dysfagie, regurgitace, slinění, pálení žáhy,
- bolest za sternem hlavně při polykání a vleže;
- úbytek na váze ze sníženého přívodu stravy

Terapie:

- nedráždivá dieta, vyloučení alkoholu,
- antagonisté H- receptorů (ranitidin)
- Chirurgické řešení těžkého refluxu

Dysfagie

Korozivní esofagitida

vzniká poleptáním jícnu kyselinami, louhy, sloučeninami fenolu.

V závislosti na koncentraci vzniká povrchový zánět ,
hlubší až nekrotické vředy s rizikem perforace

Terapie: okamžitá neutralizace

u louhů – ocet zředěný vodou

u kyselin – antacida.

v obou případech je vhodné mléko

v těžkých případech - protišoková opatření, analgetika/opiáty,
antibiotika, glukokortikoidy

Dysfagie

Hiátová hernie

- vysunutí horní části žaludku podél jícnu přes bránici do hrudníku – trvale
 - přechodně (skluzná)

Příznaky:

- pálení žáhy a tlak za sternem, horší vleže

Riziko komplikací:

vznik erozí, perforace, krvácení

Terapie:

- úprava režimu, anatacida,
- V případě závažných projevů/komplikací chirurgická korekce

Specifika ošetrovatelské péče

Předoperační období

- ◆ Dodržovat principy a zásady předoperační ošetrovatelské péče
- ◆ Přijetí pacienta na standardní chirurgické oddělení
- ◆ Zkontrolovat písemný informovaný souhlas s anestezií a operací
- ◆ Zkontrolovat předoperační a speciální vyšetření pacienta

Specifika ošetrovateľskej péče

- ◆ Realizovať predoperačnú dle príslušného ošetrovateľského standardu
- ◆ Realizovať ATB profylaxiu podľa ordinácie lekára
- ◆ Aplikovať farmakoterapiu dle ordinácie lekára (Lugolův roztok, tyreostatika, betablokátoři, sedatíva)
- ◆ Zavésti permanentní katétri uženy, u muže asistovať lekáři

Specifika ošetrovateľskej péče

- ◆ Zajistit k operaci krevní deriváty podle ordinace lékaře
- ◆ Zkontrolovat odličení obličeje ženy. Protetických pomůcek, šperků
- ◆ Provést bandáž dolních končetin
- ◆ Zabezpečit oholení okolí a místa operačního výkonu v co nejkratším čase před výkonem
- ◆ Aplikovat premedikaci podle ordinace lékaře

Specifika ošetrovateľskej péče

- ◆ Sestra méri vitálne funkcie, váhu, psychický status a kvalitu hlasu na základe ordinácie lekára
- ◆ Vykonáva u pacientky vyprázdnenie tlustého stveva podľa zvyklosti oddelenia a vyprázdnenie močového mechúra

Specifika ošetrovateľskej péče

- ◆ 6 hodín pred operáciou pacient nič nejí, 2 hodiny pred operáciou nič nepije, od púlnoci pred operáciou nekouří
- ◆ Zajištit transport pacienta na operačnú sál s potrebnou dokumentáciou

Specifika ošetrovatelské péče

Základní kategorie ošetrovatelských diagnóz v předoperačním období:

- Strach
- Úzkost
- Narušený spánek
- Nedostatek informací o perioperační péči
- Narušený obraz těla

Specifika ošetrovateľskej péče

- ◆ Obava z budúcnosti – zmena kvality života
- ◆ Riziko vzniku infekcie – zavedený periférny žilný katéter, permanentný močový katéter
- ◆ Riziko TEN
- ◆ Riziko pádu

Intraoperační období

- ◆ Délka operace podle druhu se pohybuje od 1,5 hod. – 4 hod.
- ◆ Po operaci je pacient přeložen nadospávací pokoj Specifika péče
- ◆ Podle stavu pacienta je přeložen buď na JIP nebo standardní oddělení
- ◆ Pozor na změnu polohy při manipulaci s pacientem, aby nedošlo k poškození operačního pole

Pooperační péče

- ◆ Selfmonitoring vitálních funkcí – 15-30-60 min. v úvodu
- ◆ Později po 3-4 hodinách
- ◆ Oxygenoterapie
- ◆ Ekg
- ◆ CVT
- ◆ Sledování rány – krvácení, napětí
- ◆ Rozvoj šoku

Pooperační péče

- ◆ 24 hodin se musí pacient přísně sledovat z hlediska hrozby útlaku dýchacích cest způsobené krvácením
- ◆ Sleduje jestliže nevyskytuje chrapot – poranění nervu laryngeus recurrens
- ◆ Pokud se neupraví hlas do 48 hod. je potřebné ORL vyšetření

Pooperační péče

- ◆ U lůžka musí být připraven tracheostomický set z důvodu možné komplikace – oboustranné parézy
- ◆ Sledujeme bolest
- ◆ Podáváme analgetika
- ◆ Sestra pečuje o drény a ránu
- ◆ První převaz vykoná lékař 24 hod. po operaci

Pooperační péče

- ◆ Péče o Redonovy drény (2), odstraňují se po 2 dnech
- ◆ Nevstřebatelné stehy se odstraňují po 7-10 dnech
- ◆ Péče o vyprazdňování a výživu
 - vymočít se musí do 6-8 hod.
 - Sleduje odchod plynů
 - Vede bilanci tekutin

Pooperační péče

- ◆ V den operace má parenterální výživu
- ◆ Za 2-4 hod. po operaci dostává čaj
- ◆ Od 1. pooperačního dne má dietu – 1 a přechází na normální stravu
- ◆ Propuštění do domácí péče se plánuje v 3.-5. pooperační den
- ◆ Odstranění stehů – 7-10 den

Možné ošetrovateľské diagnózy v pooperačnom období

- ◆ Akutná bolesť
- ◆ Nauzea
- ◆ Nedostatočné znalosti o operačnom režime a následnej péči
- ◆ Zhoršená verbálna komunikácia
- ◆ Narušená integrita kůže
- ◆ Narušený obraz tela
- ◆ Riziko krvácania riziko udušenia apod.

Možné ošetrovateľské diagnózy v pooperačnom období

- ◆ Porucha polykání
- ◆ Riziko infekce
- ◆ Intolerance aktivity snižený srdeční výdej

Dyspepsie

Je souhrnné označení trávicích obtíží , které jsou průvodními známkami – onemocnění GIT
- jiných orgánů

Symptomatologie: tlak, pocit plnosti, netrávení, říhání, anorexie, pocit nadmutí s flatulencí, kyselý nebo hořký pocit chuti v ústech

Typy dyspepsie:

Organická – při organických onemocnění GIT

Sekundární – projevem nemoci mimo GIT
(metabolická onemocnění, účinky farmak)

Funkční – bez prokazatelného anatomického substrátu

Funkční dyspepsie

Neurodigestivní astenie

je systémová porucha celého GIT charakterizovaná:

- sníženou výkonností celého GIT
- vleklými měnlivými dyspeptickými obtížemi
- intolerancí některých jídel
- známkami vegetativní lability

Vždy je nutné vyloučit organické onemocnění –
ultrasonograficky a endoskopicky

Terapie:

režimová opatření, psychoterapie, event.
psychofarmaka (přechodně!)

antagonisty H₂, antacida, prokinetika
(metoclopramid)

Nemoci žaludku



Vředová choroba - Peptický vřed

je slizniční defekt který postihuje-li jen sliznici => eroze, pronikne-li až pod muscularis mucosae => vřed

vyskytuje se u 3 - 5% populace

Vyskytuje se všude tam, kde je přítomná volná HCl (jícen, žaludek, duodenum nebo v ektopické sliznici žaludeční - Meckelův divertikl)

vzniká v důsledku nerovnováhy mezi faktory

- agresivními
- protektivními

Vředová choroba - Peptický vřed

Faktory agresivní (proulcerogenní)

- helicobacter pylori,
- ulcerogenní vliv léků (kys. acetylsalicylová, nesteroidní antirevmatika
- kouření
- Porucha mikrocirkulace ve sliznici (stresové vředy)

Faktory protektivní

Normální skladba a přiměřené množství žaludečního hlenu, normální regenerační schopnost žaludečních buněk

Vředová choroba - Peptický vřed

Dvanácterníkový vřed

Symptomatologie:

- epigastrická bolest ve střední čáře/vpravo od ní na lačno (probouzí v noci)
- mírní se s jídlem, častým jídlem někdy i přibývají na váze

Žaludeční vřed

Symptomatologie:

Bolest – spíše časně po jídle (čím výše položený tím dříve)

Společné:

Vzplanutí obtíží jaro a poídzim

Vředová choroba - Peptický vřed

Diagnóza:

- endoskopické vyšetření – nejspolehlivější metoda
- průkaz *Helicobacter pylori*
- RTG žaludku - metoda dvojíhoé kontrastu
- vyšetření žaludečního chemismu – dnes omezený význam

Komplikace:

Krvácení z vředu - nejčastěji hemateméza nebo meléna

Penetrace - postupné prohlubování vředu – proniknutí nejčastěji do pankreatu – reaktivní zánět srůsty které zabrání vzniku peritonitidy.

Charakteristické úporné bolesti do zad!

Vředová choroba - Peptický vřed

Komplikace:

Perforace – rychlý průnik vředu stěnou orgánu - bez vzniku adhezí:

- Náhlá krutá bolest – neovlivnitelní
- Obraz akutního břicha (akutní peritonitis)
- Na rtg břicha pod bránicí srpečky volného plynu

Statim akutní revize a sutura perforace!

Terapie

- **Režimová opatření**

relativní tělesný i duševní klid, zákaz kouření, ulcerogenních léků

Vředová choroba - Peptický vřed

- **Medikamentózní opatření**
 - antagonisté H₂ – receptorů - ranitidin (zhojí 80 – 90% případů do 4 – 6 týdnů)
 - plný léčebný efekt (téměř 100%) **inhibitory protonové pumpy (IPP)** – omeprazol, pantoprazol
 - **sukralfát** (modifikovaná sacharóza) – stimuluje protektivní děje
 - **eradikace H. pylori** – kombinace inhibitor protonové pumpy+ 2 antibiotika (amoxicilin, tetracyklin)
- **Chirurgická terapie (resekce , vagotomie)**

Gastritida

Akutní gastritis

V praxi hojně užívaná dg. – pro akutní stavy se zřetelnou žaludeční symptomatologií

Etiologie:

- **Vlivy exogenní** - škodlivina proniká do organismu per os
- **Vlivy endogenní (toxoinfekční)** – do sliznice proniká cestou krevní

Patrně nejčastěji se uplatňuje infekce bakteriální nebo virová

Gastritida

Klinický obraz:

- tlak v epigastriu
- nechutenství, odpor k jídlu
- nauzea zvracení
- nadmutí, flatulance
- břišní kolika, průjem

Průběh: obtíže trvají většinou krátce (hodiny – dny)
Při těžším průběhu až celková schvácenost a sklon ke kolapsu

Diferenciální diagnóza:

- střevní infekce
- hepatitis epidemica

Gastritida

Terapie:

- Klid na lůžku, čajová dieta event. suchary
- Realimentace – nemaštěné kaše, libobé maso
- Při bolestech:
spasmolytika _ No-DSPA, Buscopan
- Při průjmu: carbo animalis , Smecta, Endiaron

Gastritida

Chronická gastritis

je histologickou diagnózou.

Etiologie: nejčastější příčinou všech gastritid je

Helicobacter pylori (v 90%), který vyvolává

- **povrchovou gastritidu** - má vztah ke vzniku žaludečního a duodenálního vředu
- **autoimunní gastritida** => atrofie sliznice, achlohydrie - bývá u perniciosní anemie
- **chemická gastritida** – vyvolaná refluxem žlučových kyselin, event. vlivem některých léků

Diagnóza: bioptické vyšetření sliznice

Terapie: eradikace *H. pylori*

Gastropatie

Chorobné stavy postihující žaludek u nichž

- zánětlivý původ u nich není prokázán
- nejde o jednotky s jasně definovanou etiologií a patogenezi
- k jejich klasifikaci se využívá především morfologické endoskopické hledisko

1. Hemoragická gastropatie (erozivní gastritida) – jeden z nejčastějších zdrojů krvácení do GIT
2. Gastropatie indukovaná nesteroidními analgetiky – antirevmatiky => možný zdroj krvácení do GIT

Gastropatie

3. **Kongestivní gastropatie** –vzniká městnáním krve ve splachnické oblasti (povodí v portae) u:

- městnavé srdeční slabosti
- portální hypertenze

4. **Gastropatia gigantea (Ménétrierova nemoc)**

charakteristické obrovské slizniční řasy- častý nález H. pylori. Význam onemocnění:

- změnou sliznicí dochází ke **ztrátám bílkovin** => hypoproteinémie + otoky
- častější výskyt Ca žaludku (**prekanceróza**)

Specifika ošetrovatelské péče

Předoperační období

- Přijetí pacienta na JIP nebo standardní oddělení
- Posoudit celkový stav pacienta
- Pravidelně monitorovat a zaznamenávat vitální funkce
- Zajistit odběry krve – KO+KS
- Sledovat projevy dyspepsie
- Uložit pacienta do zvýšené Fowlerovy polohy

Specifika ošetrovateľskej péče

- ◆ Sledovat a zaznamenávat množství vyzvracené krve, její charakter
- ◆ Zajistit přísný klid na lůžku
- ◆ Zavést nasogastrickou sondu na odsávání střevního obsahu
- ◆ Realizovat výplachy žaludku studeným fyziologickým roztokem a antacidy
- ◆ Aplikovat infuzní terapii podle ordinace lékaře

Specifika ošetrovatelské péče

- ◆ Asistovat lékaři při aplikaci transfuzní terapie
- ◆ Zavést permanentní katétr u ženy, u muže asistovat lékaři a sledovat diurézu 2x denně
- ◆ Sledovat vznik náhlé kruté bolesti se zvracením a rozvíjejícím se peritoneálním drážděním 2x denně
- ◆ Aplikovat pacientovi na nadbříšek sáček s ledem
- ◆ Dodržovat zásady předoperační péče

Ošetrovateľské kategórie diagnoz

- ◆ Deficit sebepéče pri kúpaní
- ◆ Deficit sebepéče pri vyprazdňovaní
- ◆ Zhoršená verbálna komunikácia
- ◆ Akutná bolesť
- ◆ Sociálna izolácia
- ◆ Riziko vzniku infekcie apod.

Specifika ošetrovatelské péče

- ◆ Pooperační období
 - Uložit pacienta ve stabilizovaném stavu na JIP chirurgického oddělení
 - Kontinuálně monitorovat a zaznamenávat vitální funkce pacienta
 - Aplikovat ATB dle ordinace lékaře
 - Měřit a zaznamenávat diurézu a bilanci tekutin 2x denně

Specifika ošetrovateľskej péče

- ◆ Zajistit odběr biologického materiálu na vyšetření dle ordinace lékaře a sledovat výsledky laboratorních vyšetření
- ◆ Sledovat a zaznamenávat bolest na VAS škále
- ◆ Podávat analgetika dle ordinace lékaře
- ◆ Zajistit hygienickou péči u pacienta

Specifika ošetrovateľskej péče

- ◆ Odsávat pravidelne žaludeční obsah prerušovane injekčnou striekačkou, samospádem alebo trvalým odsávaním
- ◆ Sledovat a zaznamenávat barvu, množství a charakter odsátého sekretu 2x denne
- ◆ Realizovat péči o NGS
- ◆ Realizovat péči o ústní dutinu

Specifika ošetrovateľskej péče

- ◆ Sledovat a zaznamenávat obnovení a fungování peristaltiky, vyprazdňování stolice
- ◆ Posuzovat hojení rány 2x denně
- ◆ Převazovat operační ránu dle ordinace lékaře za aseptických podmínek
- ◆ Sledovat a zaznamenávat funkčnost drénů, jejich vhodnou fixací 2x denně

Specifika ošetrovateľskej péče

- ◆ Začít dle ordinace lékaře v posloupnosti diet (D:00-S, D:0/a – po obnovení peristaltiky čaj po lžičkách, potom D:1 a postupně přejít na D:2 – šetřící dietu)
- ◆ Sledovat a zaznamenávat nutriční stav pacienta
- ◆ Mobilizovat pacienta co nejdříve po operaci
- ◆ Edukovat pacienta o životosprávě

Nádory žaludku

viz – **Onkologická problematika**

Krvácení do horní části GIT

Krvácení do horní části GIT může probíhat:

1. skrytě => okultně
2. zjevně => hemateméza nebo meléna

Při zvracení:

- **barva zvratků červená** => krvácení masivní/bezprostředně vyzvrácena
 - při achlohydrii
- **barva hnědočerná** => krev setrvává určitou dobu v kyselém prostředí (žaludku) – chlórhemin

Při odchodu krve střevem => **meléna** dehtovitý vzhled (vlivem bakterií => sulfidy + protoporfyrin)

Krvácení do horní části GIT

Nejčastější zdroje krvácení:

- peptický vřed gastroduodenální
- hemoragická gastropatie (salicyláty!)
- nádory žaludku
- syndrom Mallory – Weissův
- slizniční krvácení při koagulopatiích
- hemangiomy a cévní dysplázie

I při řádném vyšetření asi v 10% zůstává zdroj krvácení neobjasněn

Krvácení do horní části GIT



Krvácení do horní části GIT

Klinický obraz:

- krvácení může být prvním projevem onemocnění (hemoragická gastropatie, peptický vřed)
- jindy příznaky základního onemocnění (bolest)
- **menší krvácení** – nealteruje stav nemocného
- **větší krvácení** – slabost, malátnost, mžítka před očima, kolapsový stav
- **prudké krvácení** - rychlý rozvoj hemoragického šoku

Krvácení do horní části GIT

Vyšetření a diagnóza:

- **urgentní endoskopie (do 24 hod)** – endoskopie umožní nejen diagnózu, ale i **zastavení krvácení**
- při neúspěchu endoskopie – **arteriografické vyšetření** (při krvácení většího rozsahu)
- **další nezbytná vyšetření:**
 - kontinuální monitorace oběhu
 - monitorace hodinové diurézy
 - KO, stanovení krevní skupiny
 - EKG
 - biochemický screening

Krvácení do horní části GIT

Terapie:

- **Urgentní endoskopie** a zastavení krvácení – aplikace trombotisující látky (polidokanol, termální elektrokoagulace laser)
- **Celkově:**
 - vasokontriční látky - terlipresin (Remestyp)
 - korekce hyperacidity – inhibitory protonové pumpy (omeprazol, pantoprazol)
 - vit. K,
 - antifibrinolytika (EAC.PAMBA)
- **Chirurgická léčba**

Nemoci tenkého střeva



Nemoci tenkého střeva

Malabsorbční syndrom = stavy u nichž dochází k

- poruše trávení (digesci)
- poruše vstřebávání základních živin (absorpce) => nedostatek těchto látek (**sekundární malnutrice**).

Stav může být dále zhoršován **přidruženými poruchami**:

- **střevní motility** - hypermotilita – zhoršuje kontakt při digesci
 - hypomotilita – možňuje kontaminaci abnormální mikroflórou
- **sekreční porucha** – patologický únik bílkovin, vody, elektrolytů do střeva => průjem

Nemoci tenkého střeva

Malabsorpční syndrom

I. Maldigestivní syndrom

- Insuficience zevní sekrece pankreatu (zánět, nádor)
- Hepatobiliární onemocnění (obstrukční ikterus, cirhóza)
- Stavy po operaci žaludku

II. Malabsorpční syndrom

A. Primární malabsorpční syndrom

- Celiakální sprue – genetická intolerance glutenu
- Tropická sprue – působení infekce a parazitů, toxinů
- Selektivní malabsorpce – disacharidu laktózy

Nemoci tenkého střeva

B. Sekundární malabsorpční syndrom

- **Redukce resorpční plochy**
 - syndrom krátkého střeva (po resekci tenkého střeva)
 - zkraty, píštěle (gastroenterální, entero-enterální)
- **Syndrom slepé (kontaminované) kličky** (adhese po peritonitidě, divertikulóze tenkého střeva)
- **Zánětlivé nebo nádorové postižení tenkého střeva** (Crohnova nemoc)
- **Farmakologické a radiační vlivy** (cytostatika, aktinoterapie, některá antibiotika)
- **Blokáda lymfatické drenáže** (nádorová infiltrace uzlin)
- **Parazitózy** (tasemnice)

Nemoci tenkého střeva

Crohnova nemoc (Regionální ileitis) =

nespecifický zánět postihující trávicí trubici v kterékoliv části.

nejčastější lokalizace: terminální ileum 50%, kolon 20–30%,
rektum 10 - 20%, orální část vzácně

Etiologie a patogeneze: není známa - předpokládají se:

- imunitní mechanismy (lokální imunitní odpověď)
- genetická složka
- nedostatek vláknin, nadbytek rafinovaného cukru
- působení atypických mykobakterií (*M.paratuberculosis*)

Nemoci tenkého střeva

Crohnova nemoc (Regionální ileitis)

Patologický nález: transmurální zánět => vznik vředů => penetrací vředu přes serosu do okolí vznikají píštěle => entero-enterální, entero-vesicální, perianální, entero-vaginální)

Klinický obraz:

- **Akutní začátek** - napodobuje appendicitidu – postihuje terminální ileum (infekční zánět). Většinou se spontánně zhojí. V 10 – 20% přejde do chronického stadia

Nemoci tenkého střeva

- **Chronický průběh** – je obvyklý:
 - vleklý průjem , většinou bez krve, bolesti v podbřišku/v pravém dolním kvadrantu, hubnutí, sub/ferbrilie
 - při stenózách bolesti kolikové, až obraz subileu
 - při rozsáhlém postižení obraz malabsorbčního sy
 - vznik píštělí
- V některých případech - **extraintestinální projevy**: artralgie, iridocyklitida,
- **Objektivně** - palpační citlivost/bolestivost v pravém dolním kvadrantu a hmatná tuhá rezistence

Nemoci tenkého střeva

Komplikace:

- Střevní – obstrukce, subileus až ileus
- píštěle do sousedních orgánů
 - perianální

Terapie:

- v klidovém stadiu a malých příznacích - mesalazin (Salofalk)
- při rozsáhlejší postižení – glukokortikoidy
- u těžkých forem – imunosupresiva – azathioprin (Imuran)
- při selhání konzervativní terapie – chirurgická léčba

Nemoci tlustého střeva



Nemoci tlustého střeva

Idiopatická proktokolitida (Colitis ulcerosa)=

hemoragicko-ulcerosní zánět postihující výlučně sliznici tlustého střeva a konečníku

Etiologie a patogeneze – není objasněna uplatňuje se řada vlivů: - imunologické vlivy – autoimunní onemocnění
- genetické faktory – familiární dispozice
- infekce – agens nebylo dosud detekováno

Klinický obraz:

- **Rektální syndrom** – nutkavý pocit defekace
 - vyprazdňuje se krvavý hlen/krev
 - stolice může být formovaná

Nemoci tlustého střeva

Idiopatická proktokolitida (Colitis ulcerosa)

- **Kolitický syndrom** – při levostranné kolitidě
 - řídká až vodnatá stolice
 - imperativní defekace
 - stolice smíšená s krví, hlenem, hnisem
- **Celkové příznaky** – únava slabost, hubnutí
 - subfebrilie, febrilie až septický stav
 - kachexie

Nemoci tlustého střeva

Průběh:

vleklé onemocnění – obvyklé exacerbace jaro a podzim. Někdy i několikaleté období klidu

Terapie:

Dieta: špatně tolerované – mléko, zelenina

Farmakoterapie:

- mesalazin (Salofalk)
- Při neúspěchu glukokortikoidy (prednizon, budesonid)
- imunosupresiva azathioprin (Imuran)

Chirurgická léčba

Nemoci tlustého střeva

Dráždivý tračník (Colon irritabile) =

Porucha funkce tlustého střeva - zvláště koordinace motility – bez organického podkladu:

- hypo – nebo hyperkinese střeva
- porucha sekrece vody, elektrolytů a hlenu
- změna v mikrobiálním osídlení střeva => kvašení/hnití => kvasná nebo hnilobná dyspepsie

Klinický obraz:

Bolest v břiše, pobříšku, kolikovitá, nadýmání, nutkavé defekace (ranní, postprandiální), průjem, spatická zácpa.

Terapie:

Úprava životosprávy, uklidnění pacienta (karcinofobie!)

Farmakoterapie – upravující motilitu, anxiolytika

Nemoci tlustého střeva

Divertikulóza tlustého střeva (Diverticulitis)

Divertikly = výchlípky stěny tračníku různé velikosti (několik mm – 2 cm) – při mnohočetném výskytu jde o divertikulózu.

- lokalizace : v sestupném tračníku a sigmoideu.
- výskyt se zvyšuje s věkem (nad 70 let asi 60% osob)

Klinický obraz:

- většinou klinicky němé,
- obtíže asi u 10 – 20% nositelů obdobné jako u dráždivého tračníku. **Bolesti zvl. v levém dolním kvadrantu**

Nemoci tlustého střeva

Divertikulóza tlustého střeva (Diverticulitis)

Komplikace:

Diverticulitis = v důsledku retence stolice vznik dekubitálních změn => mikrobiální invaze => zánět (obdoba zánětu appendixu) => perforace, peridiverticulitis, absces, peritonitis.

Krvácení = jako projev lokálního zánětu

Diagnóza: koloskopie, irigografie

Terapie:

- úprava stravy - s dostatkem vláknin
- u divertikulitidy – hospitalizace, definovaná strava, po konzultaci s chirurgem antibiotika
- chirurgická léčba – perforace, píštěle, recidivující divertikulitidy a krvácení

Nemoci tlustého střeva

Zácpa (Obstipatio) =

Obtížné vyprazdňování tuhé stolice až nemožnost defekace.

Zácpa jako příznak:

Z. organická: nádory tlustého střeva, střevní stenózy/adheze,

Z. sekundární:

Metabolické poruchy: dehydratace, hypokalemie

Reflexní vlivy: peptický vřed, urolithiáza

Neurologické poruchy: míšní léze

Celková onemocnění: horečnaté stavy

Farmaka: anticholinergika, antacida, antidepresiva, kodein

Z. funkční: změna pobytu, psychika

Nemoci tlustého střeva

Diagnóza a diferenciální diagnóza:

- Odlišit symptomatickou zácpu organickou a sekundární
 - koloskopické/irigografické vyšetření
 - okultní krvácení, kalémie

Terapie:

- režimová opatření – pravidelnost v jídle, dostatek tekutin (1500 – 2000 ml/24 hod), dietu s hojným obsahem vláknin (celozrnné produkty – černé pečivo, vločky, ovoce, zelenina)
- dostatek pohybu
- po probuzení sklenku salinické minerálky
- místo projímadel prokinetika (Prepulsid)

Nemoci tlustého střeva

Průjem=

symptom (není samostatné onemocnění) – je známkou malabsorpce vody a elektrolytů. (normální obsah vody ve stolici = 70%. Při vzestupu na 80 – 90% stává se stolice neformovaná až vodnatá)

Etiologie:

1. Akutní průjem:

- Infekční – nejčastěji salmonely, shigely;
 - průjmy s epidemiologickou souvislostí ale negat. bakteriologickým nálezem – předpokládáme virový původ - echoviry, coxackie

Nemoci tlustého střeva

- Nutriční vlivy – nevhodná strava => akutní gastroenteritis
- Léky – laxancia, širokospektrá antibiotika, magneziová antacida

2.Chronický průjem – příčiny:

- organická onemocnění tenkého nebo tlustého střeva – sprue, Crohnova nemoc, kolorektální Ca
- neurogenní hyperkineze – dráždivý tračník
- onemocněním jiných orgánů trávicího traktu: pankreatu, hepatobiliární onemocnění
- onemocnění mimo GIT- urémie, hypertyreóza, otravy

Terapie: průjem je příznak kdy je nutné léčit kauzálně vyvolávající příčinu

Nádory střev

viz – **Onkologická problematika**

Nemoci slinivky břišní



Akutní pankreatitis

je náhlá příhoda břišní charakterizovaná:

- prudkou bolestí v epigastriu
- zvýšenou koncentrací pankreatických enzymů v krvi a v moči
- leukocytózou
- případně šokem

Formy akutní pankreatitidy:

- **Edematózní forma** – zánětlivý intersticiální edém bez tvorby nekróz
- **Hemoragicko-nekrotická forma** – uvolněné pankreatické enzymy vedou k samonatrávení žlázy v důsledku úniku lipázy do okolí => Balzerovy nekrózy

Komplikace: pankreatický absces, pankreatická cysta

Akutní pankreatitis

Etiologie:

- choledocholithiáza – obstrukce v oblasti papily Vaterské => reflux žluči do do ductus pankreaticus=>toxický efekt => akutní biliární pankreatitis
- alkoholická akutní pankreatitis – alkohol je přímo toxický pro sekreční tkáň
- infekční etiologie – v souvislosti s infekcí coxackie, leptospirosou
- tupá poranění břicha
- léky – furosemid, kortikosteroidy

Akutní pankreatitis

Diagnóza:

- Epigastrická bolest – intenzivní ve středním epigastriu – někdy s propagací do levého/pravého podžebří
- zvracení

Objektivně:

- vzedmuté břicho, až paralytický ileus
- Při biliární formě subikterus až ikterus, febrilie, třesavka
- Vzácně fialové zbarvení v okolí pupku (Cullenovo znamení)- krvácení do podkoží nebo ingvinách prosakování krve z retroperitonea (Gray-Turnerovo znamení) -

Akutní pankreatitis

V **iniciální fázi nemoci** => nápadný nepoměr mezi subjektivními obtížemi a chudým nálezem na břiše

V **plně rozvinutém stavu** => známky hypovolemie, hypotenze, tachykardie, dušnost

Laboratoř:

Zvýšené hodnoty:

- amylázy, izoenzym pankreatické amylázy P, pankreatické lipázy , bilirubin, AF, glykémie
- pokles kalcémie (vychytává se v nekrotázách)
- CRP a PSP (Pancreatic Specific Protein)

Akutní pankreatitis

CT – umožní zjištění nekrotických hmot v pankreatu

ERCP (endoskopická retrográdní cholangiopankreatikografie)

má význam diagnostický i terapeutický

Terapie:

- hospitalizace na JIP/ARO
- korekce hypovolémie – krystaloidy + koloidy
- parenterální výživa – spojená s korekcí hypovolemie (6000 – 8 000 ml/24 hod.) za kontroly TK, CVP, diurézy
- terapie bolesti – infuze mesocainu, tramal, petidin (morphin a deriváty – nejsou doporučovány – spasmus m. sfincter Odi)

Akutní pankreatitis

- **antibiotika** – cefalosporiny vyšší generace, chinolony k léčbě sepse (zdrojem infekce Balzerovy nekrózy)
- **somatostatin** - k potlačení pankreatické sekrece
- **H2 – blokátory a blokátory protonové pumpy** – v prevenci vzniku stresových vředů
- **antioxydancia** – bránící působení volných kyslíkových radikálů, které se podílejí na rozvoji nemoci
- při selhání konzervativních postupů – **chirurgická intervence**

Chronická pankreatitida

Etiologie:

na vzniku chronické pankreatitidy se podílejí:

- konzumace alkoholu (> 80 g/24 hod)
- infekce
- léky (dlouhodobá aplikace analgetik)
- Idiopatická chronická pankreatitida – z nejasných příčin

Klinické příznaky:

Bolest – stálá, v okolí pupku někdy s propagací pod pravý/levý žeberní oblouk – bývá závislost bolesti na stravě (do 30 min. po jídle)

bolest + **hubnutí** – častý příznak

Chronická pankreatitida

Klinické příznaky:

- žloutenka - v souvislosti se zhoršením obtíží
- stolice – objemná jílového vzhledu – zvýšený obsah tuků a bílkovin
- diabetes
- pankreatický ascites – s vysokým obsahem bílkovin a pankreatických enzymů

Laboratoř:

- stanovení pankreatické amylázy a lipázy
- sonografie a magnetická rezonance
- ERCP

Chronická pankreatitida

Terapie:

Konzervativní:

- dietoterapie – dostatek bílkovin, omezit tuky, zákaz alkoholu
- substituce pankreatickými enzymy – s obsahem lipázy, proteázy, amylázy – Panzytrat, Kreon , Nutrizym
- léčba bolesti spasmolytiky – Buscopan,

Endoskopická terapie:

uvolnění odtoku pankreatického sekretu

- sfinkterotomie, zavedení stentu,
- rozdrčení konkrementů rázovou vlnou, laser

Chirurgická intervence – drenáž do střeva

- resekce změněné části pankreatu

Karcinom pankreatu

(viz. Onkologická problematika)

Akutní virové hepatitidy

Virové hepatitidy jsou onemocnění vyvolané primárně hepatotropními viry, které se

- replikují přímo v játrech
- vyvolávají zde zánětlivé a nekrotické změny

Klinický obraz:

- **Prodromální fáze** – připomíná virózu, chřipku – bolesti svalů, kloubů, slabost, zvýšenou teplotu, nechutenství, dyspepsie, na konci toho stadia - tmavne moč, stolice je světlejší
- **Ikterické stadium** – trvá několik týdnů , subj. Obtíže ustupují
- **Stadium rekonvalescence** –stav se postupně normalizuje. Úplná úprava 3 – 6 měsíců

Akutní virové hepatitidy

Laboratoř:

- Zvýšení sérových aminotransferáz :
ALT > AST
- v krevním obraze: leukopenie
- moč: bilirubin +, urobilinogen +
- serologie stanoví typ hepatitidy

Typy hepatitidy:

Hepatitida A - HA (hepatitis A virus – HAV)

- Šíří se cestou fekálně orální (nemoc špinavých rukou)
- Inkubace: 15 – 50 dnů (průměr 30 dnů)
- Prognóza: končí většinou uzdravením
- Profylaxe: pasivní imunizace - gamaglobulin (ochrana 4-6 týdnů)
aktivní imunizace vakcinou HAVRIX (proti HA)
kombinační vakcínou – TWIRINX (proti HA a HB)

Akutní virové hepatitidy

Hepatitis B – HB (hepatitis B virus)

Šíří se parenterální cestou krví a krevními deriváty (kontaminované jehly, přístroje, dialýza), ostatními sekrety (sliny, sperma, vaginální sekret)

Riziko: injekční aplikace drog, , homosexuálové

Inkubace: 30 – 180 dnů (průměr 70 dnů)

Prognóza: dobrá, většina se uzdraví; před do chronického stadia možný

Profylaxe:

Pasivní imunizace – hyperimunní imunoglobulin – HEPATEC

Aktivní imunizace – očkování ENGERIX B

Akutní virové hepatitidy

Hepatitis C – HC (hepatitis C virus)

Dnes – nejdůležitější příčina posttransfusní hepatitidy

Šíří se krví a krevními výrobky, ostatní cesty nepotvrzeny

Riziko: homosexuálové

Inkubace: 14 – 180 dnů (průměrně 50 dnů)

Prognóza: přechod do chronického stádia ve 40 – 70%

Hepatitis D –HD (hepatitis D virus)

Přenáší se krví, krevními deriváty a pohlavním stykem

V našich podmínkách je vzácný

Hepatitis E – HE (hepatitis E virus)

Přenáší se enterální cestou

V těhotenství, zvl. ve 3. trimestru probíhá velmi těžce!

Akutní virové hepatitidy

Terapie:

- specifická terapie není známa
- akutní virové hepatitidy jsou povinně hospitalizovány na infekčních odděleních nejméně 2 týdny
- dietní a klidový režim
- těžké formy léčíme komplexně - např. jaterní selhání, cholestáza
- pankreatické extrakty, spasmolytika, vitaminoterapie
- imunoterapie se neosvědčila, výjimka je hepatitis C kde podáván interferon

Následky akutních hepatitid

Většina nemocných po akutní hepatidě se zcela uzdraví a nemocný je po celý život chráněn příslušnými protilátkami.

Benigní následky

Posthepatitický syndrom – trvá zpravidla týdny až měsíce :
malátnost, poruchy spánku, nevykonnost, nechutenství

Posthepatitická hyperbilirubinémie – zvýšení hodnot nepřímého bilirubinu – ostatní nálezy normální

Vironosičství po akutních hepatidách

Např. pozitivita HBsAG bez dalších známek postižení jater

Vironosič je ohrožen vznikem primárního Ca jater!

Následky akutních hepatitid

Závažné následky:

- Chronická hepatitida
- Jaterní cirhóza
- Primární karcinom jater

Jaterní cirhóza

je chronický difúzní proces, kde dochází k nekrózám, fibrotizaci a uzlové přestavbě jater =>

- přestavba architektury jater
- přestavba cévního řečiště

Jaterní cirhóza

Etiologie:

- virové hepatitidy – zejména u infekce HBV
- abusus alkoholu => alkoholická cirhóza
- metabolické poruchy – porfyrie, Wilsonova choroba
- vleklá cholestáza => biliární cirhóza
- vleklá kardiální insuficience => kardiální cirhóza
- poškození léky
- idiopatická forma – určitá etiologie nejasná, zřejmě způsobená kombinací příčin

Jaterní cirhóza

Klinický obraz:

Jaterní cirhóza může probíhat i dlouhodobě asymptomaticky (ca 20%)

Kompenzovaná cirhóza:

Subj.: nespecifické příznaky

- „špatné trávení“, únava, meteorismus, říhání, pocit tlaku v pravém podžebří, nechutenství
- Prvním příznakem může být již krvácení z jícnových varixů!!!

Obj.: zvětšená tuhá játra, ojedinělé pavoučkovité névy, případně perimalleolární edémy

Jaterní cirhóza

Dekompenzovaná cirhóza

Subj.: únava , vyčerpanost, nechutenství, úbatek na váze meteorismus, flatulence („vítr předchází déšť“), zvětšování břicha, u žen poruchy mense, u mužů ztráta libida.

Obj.:

- nemocný přepadlý, vyhublý, zpomalený (portální encefalopatie)
- subikterus/ ikterus, četné pavoučkovité névy
- rty a jazyk malinově červené, palmární erytém
- hemoragická diatéza – petechie i větší hematomy
- vzedmuté břicho, ascites, „caput medusae“
- játra zvětšená, tuhá, zvětšená slezina (portální hypertenze)

Jaterní cirhóza

Laboratoř:

Moč: pozit. urobilinogen, při ikteru i bilirubin

V krvi: trombocytopenie, leukopenie, zvýšené aminotransferázy (AST, ALT) ALP

Diagnóza:

- Laparoskopie + biopsie
- Computerová tomografie

Jaterní cirhóza

Komplikace:

- portální hypertenze
- primární karcinom jater
- větší náchylnost k infekcím: bronchopneumonie, TBC flegmona colon ascendens, bakteriální peritonitidy
- hematologické komplikace – zvýšená krvácivost
- přidružené postižení ledvin – hepatorenální syndrom

Terapie:

v období kompenzace:

- správná životospráva –jaterní dieta, abstinence
- terapie podle vyvolávající příčiny

Jaterní cirhóza

Terapie:

v období dekompenzace:

- symptomatická
- aplikace větvených aminokyselin – infuze Nutramin VLI
Hepa Bramin p.o.
- hepatoprotektiva - Flavobion, Lipovitan, Essentiale
- léčba komplikací

Maligní nádory jater

Primární karcinom jater

Nejčastější maligní nádor jater.

Etiologie: nejasná – má vztah k jaterní cirhóze
(80% Ca jater u nemocných cirhózou)

- možný vliv plísní *Aspegillus flavus* – v potravinách sója, burské oříšky, rýže
- hormonální vlivy – dlouhodobá antikoncepce

Klinický obraz:

- častěji postiženi muži než ženy (3x) mezi 50 – 60. rokem
- známky dekompenzované cirhózy
- někdy akutně s krvácením do GIT, nobo s trombosou v. portae a rychlým vznikem portální hypertenze

Benigní nádory jater

(viz. Onkologická problematika)

Onemocnění žlučníku a žlučových cest

Cholecystolithiaza

Cholelithiasa = přítomnost žlučových konkrémentů ve žlučníku (**cholecystolithiasa**) nebo ve žlučových cestách (**choledocholithiasis**).

Kameny- cholesterolové, žlutohnědé, fazetované,
- pigmentové –černé/hnědé, obsahují bilirubin a kalciové sole

Cholecystolithiaza

Klinický obraz:

specifickým příznakem je **biliární kolika/bolest**

- krutá intenzivní bolest, nemusí mít však vlnovitý průběh – trvá 30 min až několik hodin
- bolest často provází intenzivní **zvracení**
- zpravidla za 1 hod. po jídle nebo později
- lokalizovaná **v pravém podžebří** nebo epigastria (ale – může být i v levém podžebří/v okolí pupku)
- **s propagací podél pravého žeberního oblouku až pod lopatku**
- nemocní marně hledají úlevovou polohu
- **trvání mnoha hodin - svědčí o komplikaci – cholecystitis, pankreatitis**

Cholecystolithiaza

biliární kolika/bolest

- Záchvatu často předchází tučné, objemné jídlo (kachna, řízek, majonézový salát)
- někdy psychické rozrušení, nebo fyzická námaha

Fyzikální nález:

- Břicho vzedmuté, meteoristické,
- Palační bolestivost v pravém podžebří s maximem na vrcholu inspira (Murphyho příznak)

Cholecystolithiaza

Diagnóza:

moč: urobilinogen +,

sérum: bilirubin zvýšený, aminotransferázy (ALT, AST) zvýšené

zobrazovací metody: ultrasonografie, cholecystografie

Komplikace:

- obstrukční ikterus (choledocholitiáza)
- cholangitida
- akutní pankreatitida

Cholecystolithiaza

Terapie:

- hladovka, klid na lůžku, teplé obklady na podjaterní krajinu
- i.v. spazmolytika s analgetiky: Algifen, Buscopan při neúspěchu Dolsin , Fentanyl

Nepodávat morfin pro jeho spasmodický efekt!

Symptomatická cholecystolitiáza s recidivujícími kolikami je indikací k cholecystektomii

Disoluční léčba – rozpouštění konkrementů není t.č. běžná – má efekt u 20 – 60% konkrementů. Časté recidivy.

U solitérních konkrementů možná litotripse rázovou vlnou

Cholecystolithiaza

Asymptomatická cholecystolitiáza

- vyžaduje pouze sledování.
- cholecystektomie je indikována pouze u rizikových osob (diabetici, imunosuprimovaní nemocní)
- preventivní cholecystektomie se u asymptomatických forem neprovádí

Cholecystitis

Cholecystitis = zánětlivé onemocnění žlučníku a patří mezi náhlé příhody bříšní

V 90% je **přítomna cholecystolitiáza**. Při vzniku cholecystitidy se uplatňují dva faktory:

- obstrukce ductus cysticus zpravidla konkrementy
- zánět stěny žlučníku (zpravidla abakteriální)

Obstrukce ductus cysticus => znemožněno vyprazdňování žlučníku => stoupá intraluminální tlak => infarzace stěny žlučníku a uvolnění zánětlivých mediátorů => **abakteriální zánět který je kontaminován střevními bakteriemi.**

Cholecystitis

Klinický obraz:

- častěji jsou postiženy **obézní ženy** ve věku 20 – 50 let
- většinou v anamnéze bývá **recidivují biliární kolika**
- bolest v pravém podžebří s iradiací do zad pod pravou lopatku – bývá delší než při běžné kolice (řadu hodin až dnů)
a modifikována **zánětlivými projevy (teplota)**
- bolest spíše trvalá, přerušovaná **krátkými spasmy**, **intenzivnější než při kolice**, zesiluje při hlubokém dýchání
- **u starých osob mohou být příznaky chudé!**

Cholecystitis

Fyzikální nález:

- nemocný schvácený, lehce ikterický
- břicho výrazně palpačně citlivé v pravém hypochondriu
- někdy (ve 20%) hmatný zvětšený žlučník, silně bolestivý (hydrops žlučníku, pericholecystitis)
- může být přítomno peritoneální dráždění (svědčí většinou pro komplikaci)

Laboratoř:

leukocytóza ($> 10 \cdot 10^9$), zvýšený bilirubin (20%)

Cholecystitis

Zobrazovací metody:

Ultrasonografie – zásadní význam, prokazuje:

- Přítomnost konkrementů
- Tzv. „žlučové bláto“, ztlustění stěny žlučníku, hromadění tekutiny v okolí žlučníku při pericholecystidě

Hepatobiliární scitigrafie – pomocí značkováného Tc

CT – odliší akutní cholecystitis od ostatních NPB

Komplikace:

- **Bakteriální kontaminace žluči** – střevním obsahem, převládají G- bakterie (E.coli, Enterobacter, Proteus)
- **Empyém** – nález hnisu ve žlučníku. Převážně starší osoby – příznaky mohou být nevýrazné!

Riziko: píštěle, peritonitis

Cholecystitis

Komplikace:

- **Perforace** – za vzniku peritonitis (zvl. u starých osob)
- **Pericholecystický absces**

Terapie:

Konzervativní:

- hospitalizace, parenterální výživa
- analgesie: Buscopan i.v. , při neúspěchu Dolsin
- antibiotika: amoxicilin, gentamycin, cefamezin, chinolony

Chirurgická: cholecystektomie – v **akutní fázi** (do 72 hod) nebo po **odeznění akutní symptomatologie** za 2 – 3 měsíce.

Cholecystitis

Chronická kalkulózní cholecystitis

Je nejčastějším typem onemocnění žlučníku – kombinace cholecystolitiázy a chronického zánětu stěny žlučníku. Žlučník je většinou svrásťelý s mnohočetnými konkrementy.

Klinický obraz:

- atypické dyspeptické obtíže s tlakem v pravém hypochondriu
- občasné biliární koliky nebo atakami akutní cholecystitidy

Diagnóza: ultrasonografie, CT, ERC

Terapie: dietoterapie, balneoterapie, choleretika
cholecystektomie,

Cholangitidy

Cholangitida = zánět intrahepatálních cest. Je pravidelně spojen s částečnou nebo úplnou obstrukcí žlučových cest

- stagnace žluči usnadňuje infikování žluči střevními mikroorganismy (*Escherichia coli*)
- Infekce pokračuje do parenchymu => mnohočetné mikroabscesy v
- játrech => sepse

Akutní cholangitida

Klinický obraz:

Charcotova trias: horečka, třesavka, ikterus

Objektivně:

Ikterus, zvětšená játra, palpačně bolestivá, často zvětšená slezina

Cholangitidy

Laboratoř:

Vysoká FW (přes 100/hod), leukocytóza

Moč: bilirubin +, urobilinogen +

Terapie:

- odstranění překážky v žlučových cestách (konkrement, dilatace stenózy, zavedení endoprotézy)
- antibiotická terapie

Cholangitidy

Chronická cholangitida

Klinický obraz:

Průběh chronický se subfebriliemi, subikterus , kachektizace , dyspepsie

Diagnóza:

Průkaz neúplné obstrukce dýchacích cest – ultrasonograficky a ERCP

Terapie:

- drenáž žlučových cest – papilotomie při ERCP, extrakce konkrementů
- antibiotická léčba

Nádory žlučníku a žlučových cest

Karcinom žlučníku (adenokarcinom)

Je nejčastějším nádorem žlučových cest. Prognóza vysoce nepříznivá 5 let přežívá pouze 5% nemocných

Etiologie: neznámá. Riziko vzniku Ca je u cholelithiasy 7x vyšší

Klinický obraz:

Zpočátku mnohaleté žlučníkové obtíže. Později trvalá bolest v pravém hypochondriu, hubnutí, obstrukční ikterus z prorůstání do žlučových cest

Diagnóza:

ultrasonografie, peroperační diagnóza.

Nádory žlučníku a žlučových cest

Terapie:

- radikální chirurgický výkon je možný jen vzácně
- většinou jen paliativní výkon- hepatikojejunoanastomosa

Prognóza:

nepříznivá; průměrné dožití 4,5 měsíce od stanovení diagnózy

Karcinom Vaterovy papily (adenokarcinom)

Nádor vyrůstá z distální části choledochu a papily.

Klasická trias: meléna/pozitivní okultní krvácení, bezbolestný ikterus, zvětšený žlučník

Nádory žlučníku a žlučových cest

Terapie:

- chirurgická – duodenopankreatektomie nebo lokální resekce.
- chemoterapie, radioterapie jsou bez efektu