



# Kompendium gastroenterologiczne

Maciej Gonciarz, Zbigniew Gonciarz





Maciej Gonciarz, Zbigniew Gonciarz

**KOMPENDIUM  
GASTROENTEROLOGICZNE**

# Kompendium gastroenterologiczne

Maciej Gonciarz, Zbigniew Gonciarz

© Copyright by Termedia Wydawnictwa Medyczne, Poznań 2011

**termedia**

Wszystkie prawa zastrzeżone.

Żaden z fragmentów tej książki nie może być publikowany w jakiegokolwiek formie bez wcześniejszej pisemnej zgody wydawcy. Dotyczy to także fotokopii i mikrofilmów oraz rozpowszechniania za pośrednictwem nośników elektronicznych.

Termedia Wydawnictwa Medyczne  
ul. Kleeberga 2  
61-615 Poznań  
tel./faks +48 61 822 77 81  
e-mail: [termedia@termedia.pl](mailto:termedia@termedia.pl)  
<http://www.termedia.pl>

Termedia Wydawnictwa Medyczne  
Poznań 2011  
Wydanie I

projekt okładki: Olga Reszelska

skład i łamanie: studio graficzne TERMEDIA  
druk: Zakład Poligraficzny *Moś i Łuczak* sp.j.

ISBN: 978-83-62138-49-4

Wydawca dołożył wszelkich starań, aby cytowane w podręczniku nazwy leków, ich dawki oraz inne informacje były prawidłowe. Wydawca ani autor nie ponoszą odpowiedzialności za konsekwencje wykorzystania informacji zawartych w niniejszej publikacji. Każdy produkt, o którym mowa w książce, powinien być stosowany zgodnie z odpowiednimi informacjami podanymi przez producenta. Ostateczną odpowiedzialność ponosi lekarz prowadzący.

---

## Spis treści

<b>1. Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego</b>	7
1.1. Choroby czynnościowe przetyku	7
1.2. Choroby organiczne przetyku	14
<b>2. Choroby żołądka i dwunastnicy</b>	18
2.1. Zakażenie bakteriami <i>Helicobacter pylori</i>	18
2.2. Zapalenia żołądka	20
2.3. Wrzód trawienny żołądka i dwunastnicy	24
2.4. Nowotwory złośliwe żołądka	30
<b>3. Zespół upośledzonego wchłaniania i trawienia jelitowego</b>	35
<b>4. Choroby jelita grubego</b>	41
4.1. Zespół jelita nadwrażliwego	41
4.2. Choroba uchyłkowa jelita grubego	45
4.3. Nieswoiste zapalenia jelita grubego	48
4.4. Zakażenia bakteryjne jelit	56
4.5. Rak jelita grubego	59
<b>5. Choroby wątroby</b>	64
5.1. Laboratoryjne testy diagnostyczne chorób wątroby	64
5.2. Hiperbilirubinemia czynnościowa	72
5.3. Ostre zapalenia wątroby	75
5.4. Przewlekłe zapalenia wątroby	81
5.5. Stłuszczeniowe choroby wątroby	88
5.6. Choroby metaboliczne	93
5.7. Polekowe uszkodzenia wątroby	97
5.8. Cholestatyczne choroby wątroby	100
5.9. Marskość wątroby	106
5.10. Choroby naczyniowe wątroby	115
5.11. Nowotwory wątroby	120

---

<b>6. Choroby dróg żółciowych</b>	126
6.1 Kamica pęcherzyka żółciowego	126
6.2. Kamica przewodowa	128
6.3. Nowotwory dróg żółciowych	129
6.4. Inne, rzadziej występujące choroby dróg żółciowych	130
<b>7. Choroby trzustki</b>	134
7.1 Ostre zapalenie trzustki	134
7.2. Przewlekłe zapalenie trzustki	139
7.3. Rak trzustki	143

## Przedmowa

---

Kompendium, które oddajemy do rąk Czytelników, adresowane jest przede wszystkim do lekarzy rodzinnych i innych lekarzy (niewyspecjalizowanych w gastroenterologii), którzy w swej praktyce spotykają się z chorymi z dolegliwościami ze strony układu pokarmowego. Naszym zamiarem było uwzględnienie aktualnej wiedzy, ale ze względu na zakreślone ramy szereg problemów zostało jedynie zasygnalizowanych, bez szerszego omówienia. Staraliśmy się również podkreślać, że za niecharakterystycznymi często objawami chorobowymi może się kryć poważna patologia nowotworowa. Lekarz stykający się z chorym na początkowym etapie diagnostyki może ją od razu skierować na właściwe tory. Będzie dla nas wielką satysfakcją, jeśli kompendium okaże się w tym pomocne.

dr hab. Maciej Gonciarz  
prof. dr hab. Zbigniew Gonciarz





# 1. Choroby górnego odcinka przewodu pokarmowego

## 1.1 Choroby czynnościowe przełyku

### Pytania, które powinien zadać lekarz:

- Czy występują zaburzenia połykania pokarmów płynnych czy pokarmów stałych?
- Czy występuje uczucie palenia za mostkiem (zgaga)?
- Czy połykanie pokarmów jest bolesne?
- Czy zmniejszyła się masa ciała?
- Czy dolegliwościom towarzyszy odbijanie i ulewianie pokarmów?

### Choroba refluksowa przełyku

**Etiopatogeneza.** Najważniejszą rolę w powstawaniu refluksu treści żołądkowej do przełyku przypisuje się niewydolności bariery antyrefluksowej, głównie niewydolności dolnego zwieracza przełyku (*lower oesophageal sphincter* – LES). W zapaleniu refluksowym przełyku dodatkową rolę odgrywa zawartość zarzucanej treści (np. kwasy żółciowe, treść zasadowa), zwolnione opróżnianie żołądka i zaburzone samooczyszczanie przełyku. Leki, takie jak beta-mimetyki, antagoniści kanału wapniowego, estrogeny, mogą obniżać ciśnienie w LES.

**Obraz kliniczny.** Objawy są niecharakterystyczne. Najczęściej występuje zgaga i ból w klatce piersiowej, nierzadko imitując bóle wieńcowe; do rzadszych objawów zalicza się dysfagię i odynofagię. Objawy pozaprzełykowe, takie jak: bóle uszu, duszność, kaszel, destrukcja szkliwa zębowego, związane są z atypowym przebiegiem choroby refluksowej przełyku (*gastroesophageal reflux disease* – GERD) (maski GERD). Szczególnie u dzieci należy zwrócić uwagę na uporczywe zapalenia ucha środkowego i zatok obocznych nosa. Postaci typowe, trwające nie dłużej niż 10 lat, bez objawów alarmowych, nie wymagają diagnostyki endoskopowej. Objawy długo trwające, alarmowe

(chudnięcie, dysfagia, zwłaszcza progresywna, niedokrwistość, stany podgorączkowe) są wskazaniem do endoskopii celem wykluczenia raka. W postaciach nietypowych, długo trwających i przed kwalifikacją do leczenia chirurgicznego należy wykonać manometrię i pH-metrię przełyku. Powikłaniem GERD może być przełyk Barreta, czyli metaplazja jelitowa powstająca w wyniku długotrwałej ekspozycji nabłonka przełykowego na kwas – jest to stan przedrakowy.

**Leczenie** polega na:

- a) zmianie stylu życia – redukcja masy ciała u chorych z nadwagą, spożywanie posiłków kilka razy dziennie, ograniczenie tłuszczów i wyeliminowanie picia kawy i płynów gazowanych, przyjmowanie pozycji pionowej po jedzeniu (do 3 godz.);
- b) farmakoterapii – stosuje się inhibitory pompy protonowej (IPP) (omeprazol, lanzoprazol i inne) i/lub antagonistów receptora histaminowego  $H_2$  (np. ranitydyna);
- c) interwencji chirurgicznej – najczęściej zastosowanie ma fundoduplikacja laparoskopowa, głównie u chorych z ciężką atypową postacią GERD lub z refluksem zasadowym.

### **Streszczenie**

Przyczyną choroby jest niewydolność bariery antyrefluksowej, głównie niewydolność LES. Leki z grupy beta-mimetyków i antagonistów kanału wapniowego obniżają ciśnienie w LES. Częstym objawem jest zgaga (może imitować bóle wieńcowe), a w atypowym przebiegu GERD – bóle uszu, duszność i kaszel. Długotrwały przebieg, chudnięcie, dysfagia, niedokrwistość oraz stany podgorączkowe wymagają wykonania panendoskopii. Powikłaniem GERD może być przełyk Barreta (metaplazja jelitowa przełyku), co uważa się za stan przedrakowy. W leczeniu znaczenie mają zmniejszenie masy ciała (u osób z nadwagą), wyeliminowanie picia kawy i płynów gazowanych, leki z grupy IPP, ewentualnie antagonistów receptora  $H_2$ ; czasami konieczne jest leczenie operacyjne.

## Achalazja

**Etiopatogeneza.** Achalazja przełyku jest zaburzeniem funkcji mięśniówki gładkiej; rozpoznanie powinno spełniać następujące kryteria: a) podwyższone ciśnienie spoczynkowe w LES, b) brak jego pełnej relaksacji w trakcie połykania, c) zniesienie pierwotnej i wtórnej perystaltyki trzonu przełyku. Zaburzenie to prowadzi do zalegania pokarmu w przełyku i poszerzenia jego światła. W postaci pierwotnej choroba wywołana jest zanikiem hamujących neuronów NANC (*non-adrenergic, non-choloner-gic*), co prowadzi do przewagi neuronów wywołujących skurcz w LES. Przyczynami postaci wtórnej są nowotwory (przełyku, trzustki, płuc), choroby układowe tkanki łącznej, np. twardzina i chłoniak. Szczególną postacią jest południowoamerykańska choroba Chagasa wywołana przez pierwotniaka *Trypanosoma cruzi*. Achalazja jest stanem przedrakowym.

**Obraz kliniczny.** Najbardziej stałym objawem jest dysfagia, początkowo dla pokarmów stałych, a następnie płynnych. Może też wystąpić odynofagia (bolesne połykanie), ból w klatce piersiowej, ulewanie pokarmu, *fetor ex ore*, zwracanie niestrawionego pokarmu, kaszel oraz wyniszczenie. W achalazji pierwotnej czasami obserwuje się poprawę pasażu pokarmu w trakcie próby Valsalvy. W badaniu radiologicznym górnego odcinka przewodu pokarmowego można wykazać zwężenie w dolnej części przełyku, które w późnym okresie przyjmuje postać tzw. ptasiego dziobu. Dodatkowo stwierdza się poszerzenie przełyku i jego rotację wokół osi długiej. Badanie endoskopowe uwidacznia poszerzenie przełyku oraz zwężenie pokryte śluzówką z objawami zapalenia bądź rzadziej – niezmienioną śluzówką. Decydujące znaczenie diagnostyczne ma manometria przełykowa wykazująca zwiększenie ciśnienia spoczynkowego w LES i brak fali perystaltycznej trzonu.

**Leczenie.** Postać pierwotną leczy się endoskopowo (leczenie pneumatyczne lub nastrzykiwanie toksyną botulinową) lub chirurgicznie (miotomia Hallera). Wyjątkowo konieczna jest resekcja przełyku. W postaciach wtórnych zasadnicze znaczenie ma leczenie choroby podstawowej.

### Inne choroby czynnościowe przełyku

Do chorób spastycznych przełyku zalicza się rozlany kurcz przełyku (*diffuse oesophageal spasm* – DES), przełyk miazdzący (korkociągowaty) i nieswoiste zaburzenia motoryki. Szczyt zachorowań przypada między 40. a 50. rokiem życia, częściej chorują kobiety. W przeciwieństwie do achalazji nie stwierdza się destrukcji neuronów, choć u części chorych obserwuje się upośledzenie hamującej funkcji splotu błony mięśniowej.

**Obraz kliniczny** jest niecharakterystyczny. Najczęściej występuje napadowy ból w klatce piersiowej, a następnie dysfagia przemijająca (60%) i zgaga (20%). Wyjątkowo dochodzi do wyniszczenia. Badanie radiologiczne i panendoskopia mają ograniczone znaczenie diagnostyczne. Podstawą rozpoznania jest stwierdzenie zmian w manometrii przełykowej. Czasami jako próbę diagnostyczną stosuje się test z IPP i/lub lekami antydepresyjnymi.

**Leczenie** jest objawowe. Stosuje się IPP w standardowych dawkach (np. omeprazol 20 mg dwa razy dziennie lub pantoprazol 40 mg dwa razy dziennie), czasami leki przeciwdepresyjne i/lub psychoterapię. Zaleca się również leki obniżające ciśnienie w LES, zwłaszcza w DES, takie jak nitraty, antagoniści kanału wapniowego (np. werapamil) i hydralazyna, choć ich skuteczność jest niepewna. Leczenie chirurgiczne i/lub endoskopowe nie jest zalecane.

### Streszczenie

Do chorób czynnościowych przełyku zalicza się: chorobę refluksową, achalazję i rzadko występujące – DES i przełyk korkociągowaty. Wspólnym objawem tych zaburzeń czynnościowych jest ból w klatce piersiowej. W GERD występuje przede wszystkim zgaga, a w achalazji dysfagia i odynofagia. Istotne znaczenie w rozpoznaniu różnicowym mają badania endoskopowe, radiologiczne i manometria przełykowa. Objawy występujące w zaburzeniach czynnościowych przełyku wymagają zawsze różnicowania z chorobami organicznymi, głównie z rakiem przełyku. Leczenie zależy od stwierdzonej patologii:

w GERD stosuje się IPP, w achalazji leczenie endoskopowe i/lub chirurgiczne, a w pozostałych – IPP, antagonistów kanału wapniowego i psychoterapię.

**Pytania sprawdzające:**

- Jaka jest etiopatogeneza GERD?
- Jaka jest etiopatogeneza achalazji?
- Na czym opiera się rozpoznanie GERD, a na czym achalazji?
- Jakie są objawy atypowej postaci GERD?
- Jakie są powikłania GERD?

## 1. Disorders of the upper gastrointestinal tract

---

### 1.1. Oesophageal motility disorders

#### Questions to the patient:

- Do you have any disorders of swallowing liquids or solids?
- Do you have heartburn?
- Do you have chest pain with swallowing?
- Have you lost weight recently?
- Do you often experience belching or spitting?

#### Summary

The main aetiological factor of the disease is insufficiency of the anti-reflux barrier, due to incompetence of the lower oesophageal sphincter (LES) (beta-adrenergic agonists and calcium blockers decrease pressure in LES). The most frequent symptom is heartburn that can resemble angina of cardiac origin; non-typical manifestations of gastroesophageal reflux disease (GERD) include ear pain, breathlessness and cough. Patients with refractory symptoms and presenting losing weight, dysphagia, anaemia and fever should be recommended for oesophago-gastroduodenoscopy. The major complication of GERD is Barrett's oesophagus (intestinal metaplasia); adenocarcinoma can arise from metaplastic epithelium. Treatment: weight loss if overweight, avoid using coffee and carbonated beverages. Medical therapy with proton pump inhibitors (PPIs) (or H<sub>2</sub> receptor antagonists) is recommended; if no improvement is achieved – surgery.

#### Other functional disorders of oesophagus

##### Summary

Achalasia, rarely appearing DES (diffuse oesophageal spasm), and nutcracker oesophagus also belong to oesophageal functional disorders. A common symptom of these oesophageal dysfunctions is chest pain. In GERD the major sign is heartburn,

in achalasia – dysphagia and odynophagia (pain on swallowing). Endoscopy, radiology and oesophageal motility study (EMS) are important for the diagnosis. The final diagnosis of functional disorders should never be made until careful examination excludes the possibility of oesophageal cancer. Treatment: in GERD – therapy with PPIs, in achalasia – endoscopic treatment or surgery. For other disorders – PPIs, calcium blockers and psychotherapy.

## 12. Choroby organiczne przełyku

### Pytania, które powinien zadać lekarz:

- Czy występuje jeden z następujących objawów: dysfagia, odynofagia, chudnięcie i/lub stany podgorączkowe (gorączki) o niepewnym podłożu?
- Czy chory pali tytoń, pije alkohol, gorącą herbatę?
- Czy rozpoznawano w ostatnich latach zakażenie wirusem HIV?
- Czy występowała zgaga przez długi okres (kilka lub kilkanaście lat)?
- Czy w ostatnim czasie wykonywano badanie endoskopowe lub radiologiczne górnego odcinka przewodu pokarmowego – jeśli tak, jaki był wynik tych badań?

### Choroby infekcyjne przełyku

**Etiopatogeneza.** U osób z prawidłową odpornością i bez zaburzeń motoryki przełyku z reguły nie dochodzi do zakażeń. U chorych z takimi zaburzeniami częste są natomiast zakażenia grzybami (*Candida*), rzadziej wirusami, np. opryszczki (HSV-1), cytomegalii (CMV) i półpaśca (VZV) – szczególnie u osób leczonych immunosupresyjnie lub u osób z nabytym zespołem niedoboru odporności. W tym ostatnim przypadku zdarzają się również infekcje pierwotniakami, np. *Pneumocystis carinii*. Zakażenia bakteryjne, np. prątkiem gruźlicy, przecinkowcem kiły i/lub gronkowcami i paciorkowcami, należą do rzadkości.

**Obraz kliniczny.** Spektrum objawów jest szerokie – od postaci bezobjawowych do ciężkich, wynikających głównie z powikłań. Najczęściej występującymi objawami są *fetor ex ore*, odynofagia i dysfagia. Objawy wynikające z powikłań zapalenia to krwawienie, perforacja z tworzeniem się przetok przełykowo-tchawiczych i/lub oskrzelowych. Dla rozpoznania konieczne jest wykonanie badania endoskopowego z pobraniem materiału do badania histopatologicznego, mykologicznego, bakteriologicznego i ewentualnie do badań molekularnych (PCR) pozwalających na zidentyfikowanie patogenu. Badanie radiologiczne nie ma istotnego znaczenia.



**Leczenie** zależy od czynnika etiologicznego. U chorych z prawidłową odpornością infekcje wirusowe przełyku leczy się objawowo. U chorych na AIDS konieczna jest terapia celowana skierowana przeciwko odpowiedniemu patogenowi. W przypadkach zakażeń grzybiczych i/lub bakteryjnych stosuje się leczenie typowe, np. antybiotykami.

### **Nowotwory przełyku**

**Etiopatogeneza.** Najczęściej występują rak płaskonabłonkowy i gruczolakorak. Zachorowalność ocenia się na 10/100 000 populacji, częściej chorują mężczyźni. Rak płaskonabłonkowy ma ścisły związek z czynnikami środowiskowymi (alkohol, tytoń, promieniowanie jonizujące, picie gorącej herbaty mate), podczas gdy gruczolakorak najprawdopodobniej z chorobą refluksową i przełykiem Barretta.

**Obraz kliniczny** jest niecharakterystyczny. Najistotniejszym objawem jest dysfagia, zwłaszcza progresywna. Niestety pojawia się zwykle późno i źle rokuje. Inne objawy to chudnięcie, niedokrwistość, stany podgorączkowe, odynofagia, a w końcowym okresie duszność i kaszel. Dla rozpoznania istotne znaczenie ma badanie endoskopowe z oceną histopatologiczną pobranego bioptatu (czułość 80–90%, z badaniem cytologicznym – prawie 100%). Do oceny zaawansowania choroby konieczne są: RTG klatki piersiowej, USG jamy brzusznej, tomografia komputerowa (*computed tomography* – CT) śródpiersia i endoskopia ultrasonografia przełyku (*endoscopic ultrasonography* – EUS).

**Leczenie.** Chorzy z rozpoznaniem przełykiem Barretta powinni być poddani obserwacji zgodnie z obowiązującymi standardami: endoskopowe badanie górnego odcinka przewodu pokarmowego co 2 lata z pobraniem materiału do badania histopatologicznego (biopsja kwadrantowa). Dysplazja wysokiego stopnia (neoplazja nieinwazyjna) jest wskazaniem do ezofagektomii. W przypadku obu raków w niskim stopniu zaawansowania (T1, N0, M0) leczeniem z wyboru jest resekcja chirurgiczna pierwotna lub chemioradioterapia pierwotna (*primary chemoradiotherapy* – pCRT) u chorych, którzy nie mogą być poddani leczeniu chirurgicznemu. Prognoza jest zawsze poważna i zwią-

zana ze stopniem zaawansowania nowotworu. Pięcioletnie przeżycie u chorych w stopniu 0 (Tis, M0, N0) wynosi 95%, w stopniu 1 (T1, N0, M0) – 85–90%, a w stopniu IV < 1%. W wyższych stopniach zaawansowania choroby wykonuje się zabiegi paliatywne chirurgiczne lub niechirurgiczne, umożliwiające żywienie chorych, tj. endoskopowe protezowanie przełyku, laseroterapię, aplikację bimerem argonowym, ablację fotodynamiczną, przezskórną gastrostomię endoskopową (*percutaneous endoscopic gastrostomy* – PEG), żywienie pozajelitowe z zastosowaniem portu.

### Streszczenie

Choroby infekcyjne przełyku u osób immunokompetentnych występują rzadko, są natomiast częstym powikłaniem u chorych na AIDS i/lub leczonych immunosupresyjnie. Rak przełyku wywodzi się z komórek nabłonka płaskiego i wtedy najczęściej ma związek z paleniem tytoniu, piciem alkoholu i niskim statusem ekonomicznym chorego, podczas gdy rak gruczołowy związany jest najprawdopodobniej z chorobą refluksową i przełykiem Barretta. Objawy są niecharakterystyczne, najczęściej występuje dysfagia, niestety zwykle w wysokim stopniu zaawansowania choroby. Zasadnicze znaczenie dla diagnostyki ma badanie histopatologiczne materiału uzyskanego w trakcie endoskopii górnego odcinka przewodu pokarmowego. Badanie RTG ma znaczenie drugorzędne. Leczenie jest chirurgiczne lub objawowe w bardziej zaawansowanych stadiach choroby.

### Pytania sprawdzające:

- Jakie czynniki usposabiają do wystąpienia zakażeń przełyku?
- Jakie leczenie należy zastosować w wirusowych zapaleniach przełyku u osób immunokompetentnych, a jakie u chorych na AIDS?
- Jakie wyróżnia się postaci raka przełyku?
- Jakie stany przedrakowe występują w przełyku?
- Na czym polega diagnostyka raka przełyku?

## 12. Organic diseases of oesophagus

### Questions to the patient:

- Do you have one of the symptoms characteristic for dysphagia and odynophagia, and do you observe weight loss, and/or fever without specific reasons?
- Do you smoke cigarettes, drink alcohol or hot tea?
- Have you been diagnosed for HIV infection recently?
- Have you had heartburn for a long period of time (a few or more years)?
- Have you had recently made endoscopic or x-ray examination of upper gastrointestinal tract, if yes, what were the results?

### Inflammatory and neoplastic disease of oesophagus

#### Summary

Immunocompetent patients rarely have oesophageal infectious diseases, but frequently this complication develops in patients with AIDS and in those who are on immunosuppressive regimens. Oesophageal cancer has its origin in: (a) simple epithelium cells – it is associated with smoking, chronic use of alcohol and with low economic status of patients, (b) adenocarcinoma – it is most probably associated with reflux disease and Barrett's oesophagus. Symptoms are non-specific, most often it is dysphagia (frequently at an advanced stage of the disease). Essential for diagnosis is histopathological examination of biopsy specimens obtained during endoscopy. X-ray examination is of secondary importance. Treatment is surgical or symptomatic in more advanced stages of the disease.

