



**БЪЛГАРСКА АСОЦИАЦИЯ
НА ХИРУРЗИ,
ГАСТРОЕНТЕРОЛОЗИ
И ОНКОЛОЗИ**



**ВОЕННОМЕДИЦИНСКА
АКАДЕМИЯ**

**20-та НАЦИОНАЛНА
НАУЧНА КОНФЕРЕНЦИЯ**

(с международно участие)

и
**III-ти БЪЛГАРО-ФRENСКИ
ХИРУРГИЧЕН СИМПОЗИУМ**

**Заболявания на
хранопровода и стомаха
Лечебно - диагностични
подходи**

РЕЗЮМЕТА

12 - 14 май 2010 г.
ВМА, София

СЪДЪРЖАНИЕ

ПЪРВО ЗАСЕДАНИЕ

1. Епидемиология на злокачествените заболявания на стомаха и хранопровода – Згр. Валерианова	4 стр.
2. Злокачествени заболявания на хранопровода - етиология и патогенеза – К. Чернев	5 стр.
3. Преканцерози и злокачествени заболявания на хранопровода и стомаха - патоморфологична диагноза – А. Михова	6 стр.
4. Злокачествени заболявания на хранопровода – диагностични методи, ендоскопско лечение, палиативни процедури – Б. Владимиров	7 стр.
5. Радикални оперативни интервенции RO и лимфна дисекция в две полета при карцином на хранопровода – мултимодален подход - А. Червеняков	8 стр.

ВТОРО ЗАСЕДАНИЕ

6. ГЕРБ - диагностични и терапевтични проблеми – Д. Таков	9 стр.
7. Място на pH – метрията в диагностичния алгоритъм при ГЕРБ - П. Карагьозов	9 стр.
8. Хематоми херни – поведение – Кр. Иванов	10 стр.
9. Варици на хранопровода - поведение и ендоскопско лечение - Р. Николов	10 стр.
10. Възможности на хирургичното лечение при езофагеални варици - К. Драганов	11 стр.
11. Клинични случаи и демонстрация на ендоскопски техники при екстракция на чужди тела от хранопровод и стомах - Ив. Сираков	12 стр.
12. Ендоскопски неотстраними чужди тела в хранопровода клинично протичане и хирургично лечение - Г. Киров	13 стр.
13. Злокачествени заболявания на стомаха етиология и патогенеза - И. Коцев	14 стр.
14. Злокачествени заболявания на стомаха - диагностични методи и стадиране – Кр. Кацаров	15 стр.

ТРЕТО ЗАСЕДАНИЕ

15. Рак на стомаха – радикално хирургично лечение - В. Димитрова	16 стр.
16. Лапароскопска хирургия на стомаха – Кр. Василев	17 стр.
17. Реоперации и постгастrectомични синдроми – Е. Белоконски	18 стр.

ЧЕТВЪРТО ЗАСЕДАНИЕ

18. Гастроинтестинални стромални тумори – Р. Маджков	19 стр.
19. Хирургично лечение на болезнено затъпяване /бариатрична хирургия/ – Ив. Цветков	20 стр.
20. Лекарствено лечение на рака на хранопровода и стомаха – Г. Куртева	21 стр.
21. Случай на пациент с карцином на кардията, наложил интра оперативно лигирание на truncus coeliacus – Р. Гайдарски	22 стр.
22. Проксимален стомашен карцином като една „по-специфична“ нозологична единица – К. Драганов и Цв. Минчев	22 стр.
23. Клиничен случай на успешно опериран голям интрапортален карцином на хранопровода – Цв. Минчев	23 стр.
24. MALT - лимфоми на стомаха – К. Зарков	24 стр.

ВТОРО ЗАСЕДАНИЕ

ТЕРБ - ДИАГНОСТИЧНИ И ТЕРАПЕВТИЧНИ ПРОБЛЕМИ

BMA, София, Клиника по гастроентерология и хепатология
Д. Таков

Г Е Р Б е често срещано заболяване, засягащо между 10 и 30 % от популацията при неерозивния вариант и 1,2 – 2,5 % за ерозивните езофаги. Тази нозология се приписва на всички пациенти с типична клиника за гастроезофагеален рефлукс, изложени на риска от физически усложнения и със съществено нарушаване на качеството на живот, след адекватно потвърждаване на доброкачествения характер на оплакванията.

Класификационните схеми за Г Е Р Б включват различна оценка на ендоскопските и морфологични промени. В патогенезата на заболяването важна роля заемат антирефлуксната бариера, наличието на хиатална херния, езофагеален дисмотилитет, стомашна хиперсекреция, дуоденогастроезофагеален рефлукс, влошена лигавична защита на хранопровода и генетични фактори. Рисковите фактори, свързани с Г Е Р Б, включват тютюнопушене, употреба на алкохол, кафе, наднормено тегло, прием на богата на мазнини храна, шоколад, газирани напитки, някои медикаменти и бременността.

Тествовете за доказване на заболяването най-често включват емпиричен тест с блокери на протонната помпа, горна ендоскопия, 24-часова pH метрия и рентгеново изследване.

Лечението на Г Е Р Б следва различни клинични стратегии, включващи блокери на протонната помпа, прокинетици, седативни препарати и др. Усложненията най-често са кървене от горния отдел на ГИТ, езофагеална стриктура, Баретов езофаг и разнообразни екстраезофагеални прояви. Контролът на лечението по отношението на ефективност, продължителност и поносимост се осъществява от общопрактикуващ лекар и гастроентеролог, често е индивидуално.

МЯСТО НА pH – МЕТРИЯТА В ДИАГНОСТИЧНИЯ АЛГОРИТЪМ ПРИ ТЕРБ

П. Карагьозов
BMA, Клиника по гастроентерология и хепатология

Методът позволява оценка на честотата и продължителността на езофагеалната киселинна експозиция и връзката с появата на симптоми.

Индикации:

1. Пациенти със симптоми на рефлукс на фона на интензивна медикаментозна терапия.
2. Оценка на пациенти с нормална ендоскопска находка или съответна такава, рефрактерни на медикаментозна терапия
3. Документиране на киселинен рефлукс у ендоскопски негативни пациенти, при които предстои антирефлуксна хирургична интервенция
4. Оценка компетентност на антирефлуксна процедура у пациенти с нова поява на оплаквания
5. Оценка на връзка между езофагеална киселинност и персистиращи екстраезофагеални симптоми след терапия.

Диагностични възможности на метода:

- pH-метрия- киселинен рефлукс

- импеданс+ pH- метрия- алкален рефлукс или слабокисел рефлукс
Видове pH-метрия:

1. Катетър- базирана амбулаторна 24 часа pH-метрия
2. 48 часа „безжична“ pH-метрия със система Bravo на Given imaging

Предимства:

- индикира, кога се появява гатроезофагеалният рефлукс
- определя тежестта на ГЕРБ при ендоскопски негативни пациенти /%
- време pH под 4/
- корелация на симптомите с киселинен рефлукс

Недостатъци - липса на информация за анатомични аномалии, невъзможност за оценка тежестта на езофагита, липса на информация за рефлукс на не-кисели материли от стомаха.

ХИАТАЛНИ ХЕРНИИ – ПОВЕДЕНИЕ

К. Иванов, В. Игнатов, Н. Колев, А. Тонев
Клиника по обща и оперативна хирургия, МУ-Варна

ВЪВЕДЕНИЕ:

Хиаталната херния и поведението при нея все още представлява предизвикателство в съвременната хирургия.

МЕТОДИ

Анализирахме 84 пациенти, диагностициране и лекувани за хиатална херния в Клиниката по Хирургия към Университетска болница „Св. Марина“ за периода от 2001 до 2009г. Всички случаи бяха доказани рентгенологично, след 24-часов pH мониторинг, ендоскопирани и биопсираны. Шестдесет и трима от болните бяха проследени.

РЕЗУЛТАТИ

За девет годишен период бяха извършени 84 операции. От тях: 58 жени със средна възраст 46год. и 26 мъже със средна възраст 54год. От 2001г. до началото на 2005г. Бе използван отворен достъп – 18 операции. След това метод на избор стана лапароскопски достъп – 66 операции, като конверсия бе използвана при 9 болни - при усложнения, възникнали интраоперативно. Съобщаваме краткосрочни и дългосрочни резултати от лечението.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Отвореният и лапароскопският оперативен достъп за лечението показват сходни резултати, с предимство на мини-инвазивния метод поради атравматичността и намеленият болничен престой. Нашата клиника прилага фундопликация по Нисен-Розети и в двата достъпа с предпочтение към мини-инвазивния подход който се характеризира с по-малка честота на инцизионни хернии, реоперации и дилатации. Златен стандарт в лечението на хиаталната херния за клиниката е възприета лапароскопската фундопликация.