

A gastrooesophagealis reflux betegség kezelése

Papp János

TREATMENT OF GASTROESOPHAGEAL REFLUX DISEASE

A gastrooesophagealis reflux betegség savas formájában a kezelés alapja a protonpumpagátló szerek alkalmazása. A terápia eredményességét elsősorban a tünetek alakulásán mérjük le. Szinte mindig tartós, folyamatos gyógyszerelés szükséges. Emelt dózis alkalmazására és kombinációs kezelésre típusos esetekben ritkán kerül sor, extraoesophagealis tünetek esetén azonban a nagyobb adag alkalmazása vált be. A gyógyszerek legkisebb hatékony mennyiségét ma már többnyire fokozatos csökkentéssel keressük meg. A műtéti kezelés elsősorban fiataloknak ajánlható, de nélkülözhetetlen a szövődmények megoldására és volumenrefluxban. Az endoszkópos antireflux-terápia jelenleg inkább csak klinikai kísérlet. A Barrett-oesophagus kezelése gyógyszerekkel vagy antirefluxműtétekkel nem csökkenti a Barrett-carcinoma gyakoriságát; jelenleg leginkább az endoszkópos ablatív terápia ajánlható.

In the acidic type of gastroesophageal reflux disease treatment is based on the use of proton pump inhibitors. Efficiency of the treatment is primarily assessed by the changes in symptoms. A long-term, continuous drug use is invariably necessary. In typical cases an increased dose or combination therapy is rarely required, however, in the presence of extraesophageal symptoms, the use of higher doses has been found to be beneficial. The minimum efficient drug amount is usually determined by gradually decreasing the dose.

Surgery is mainly recommended for young patients, but it is indispensable in the management of complications or in volume reflux. Endoscopic antireflux therapy is still considered a clinical trial. Treatment of Barrett's oesophagus by drugs or antireflux surgery does not decrease the incidence of Barrett's cancer – the mostly recommended approach is endoscopic ablation.

gastrooesophagealis reflux betegség, protonpumpagátló, Barrett-oesophagus

gastrooesophageal reflux disease, proton pump inhibitor, Barrett's oesophagus

dr. Papp János (levelezési cím/correspondence): Semmelweis Egyetem,
I. Sz. Belgyógyászati Klinika/Semmelweis University, 1st Department of Internal Medicine;
H-1083 Budapest, Korányi F. u. 3/A. E-mail: papjan@bel1.sote.hu

Érkezett: 2006. szeptember 5. Elfogadva: 2006. október 17.

A gastrooesophagealis reflux betegség [általánosan alkalmazott rövidítése: GERD (*gastroesophageal reflux disease*)] korunk egyik népbetegsége (1). Igazi jelentőségét nem a veszélyessége jelenti, hanem gyakorisága, életminőséget rontó hatása és legfőképpen a kezelés anyagi vonzata – akár az egyes ember, akár az ország egészségügyi kiadásaira, azaz valamennyiünk pénztárcájára gondolok. Lássuk, miben áll ez a kezelés!

A válasz könnyen elintézhető, ha a statisztikailag legvalószínűbb eset kezelését vesszük: panaszokat (gyomorégés, savas felböfögés) okozó savas reflux esetén – a nyelőcső nyálkahártyájának erózióival vagy a nélkül – az egységnyi protonpumpagátló (PPI) adása igen nagy valószínűséggel eredményes lesz és megoldja a beteg gondjait. Tagadhatatlan, a helyzet többnyire nem bonyolult. Azonban minél többet tanulmányozzák a gastrooesophagealis reflux betegséget, annál komplikáltabb, összetettebb betegségnak bizonyul; ez a sokrétűség, sokszínűség rendszerint a kezelésben is megnyilvánul (2).

Definíció

Bár elsősorban a kezeléssel szeretnék foglalkozni, röviden tekintsük át, hogy mit értünk gastrooesophagealis reflux betegség alatt, milyen formái vannak, s milyen módon keseríti meg a betegek életét.

Az a definíció a leghasznosabb, amely a betegség valamennyi formájára alkalmazható: gastrooesophagealis reflux betegségről van szó, ha a gyomorból, bélből a nyelőcsőbe visszajutó emésztőnedvek panaszokat, illetve morfológiai elváltozásokat okoznak. Gyakorlatilag ugyanez a definíció szerepel a 2006-ban publikált Montreáli Konszenzusban, a fordítási hibák kiküszöbölése érdekében talán szerepeljen itt kivételesen az eredeti angol szöveg: „GERD is a condition which develops when the reflux of the stomach contents causes troublesome symptoms and/or complications.” (3).

Ha a *morfológia* felől közelítem meg a kérdést, akkor megkülönböztetjük:

– az endoszkópos elváltozásokkal nem járó, úgynevezett nem erózív formát,

- az erozív refluxbetegséget,
- újabb csoportként a szövődmenyes (hegesedéssel, fekélyllyel járó) formákat,
- biológiai jelentősége miatt az úgynevezett Barrett-oesophagust.

A fenti formákat (amelyek nem feltétlenül alapulnak nemzetközi konszenzuson) pontosítják a különböző beosztások: a korábbi, de még mindig nagyon gyakran használt Savary–Miller-, illetve az újabb, de már így is több mint 10 éves Los Angeles-i beosztás (4, 5).

Ha a *funkció* irányából vizsgálom, akkor a leggyakoribb

- a savas reflux, de
- nagy a jelentősége a nem savas visszafolyásnak is;
- a kórképhez tartoznak azok a betegségek is, amelyekben mérésekkel bizonyíthatóan nincsen kóros mértékű reflux, de a meglévő kevés, a normális mértékű meg nem haladó visszafolyás neuralis hiperszenzitivitás miatt panaszt okoz.

Végül, ha a *tünetekből* indulok ki, akkor a betegség morfológiájától és funkcionális státusától függetlenül vannak

- teljesen panaszmentes formák,
- többé-kevésbé típusos tünetekkel járó betegségek,

– úgynevezett extraoesophagealis tüneteket, panaszokat, betegségeket okozó kórformák.

A fenti morfológiai, funkcionális és szimptomatológiai formák csak kevésbé hagyják magukat jól definiált csoportokba osztani. Ha vannak is jellegzetes kombinációk – például a sok és jellegzetes panaszt okozó, viszonylagosan terápiareszisztens, nem erozív gastrooesophagealis reflux betegség szemben a hegesedő, de sokszor teljesen panaszmentes betegséggel, és megint újabb csoport talán a jellegzetes tüneteket és morfológiai elváltozást nem okozó, de extraoesophagealis tünetekkel járó refluxbetegség –, olyan sok az átmenet, a kivétel, hogy nem nagyon hozhatók létre egységes morfológiát, működést és szimptomatológiát egyesítő alcsoportok. A jelenlegi munka keretét meghaladná annak a kérdésnek a feszegetése, hogy egységes kórképe a gastrooesophagealis reflux betegség (annak minden végletes formájával együtt), vagy pedig különálló betegségek csoportja, amelyet két dolog tart csupán együtt: a reflux és az általa okozott panasz vagy morfológiai károsodás.

A fentiek tükrében – bár mindenki törekszik rá – a kezelés korántsem egyszerűsíthető annyira, mint az a bevezetőben szerepel.

A gastrooesophagealis reflux betegség kezelésében a leggyakrabban alkalmazott gyógyszeres kezelés (2), a jelenleg még kivételnek számító, de határozottan sok sikert hozó műtéti beavatkozás (6) és az egyelőre még inkább kísérletnek vagy klinikai vizsgálatnak számító endoszkópos eljárások (7–9) csoportja áll rendelkezésünkre. A következőkben megkísérlem a kezeléssel kapcsolatos leggyakoribb kérdéseket sorra venni.

A betegség etiológiai kezelése gyógyszerekkel jelenleg megoldatlan. Nincs olyan hatékony gyógyszerünk, amely magát a refluxot csökkentve szünteti meg vagy javítja a betegséget. Annak ellenére igaz ez, hogy a savtermelést gátló gyógyszerek nem csupán a pH-t emelik, hanem a termelt gyomornedv volumenét is csökkentik. A korábban és jelenleg használt prokinetikumok közül az időközben a forgalomból kivont cisaprid volt a leghatékonyabb „etiológiai” szer, de önmagában többnyire ez is elégtelennek bizonyult a teljes tünetmentesség elérésére, és inkább kombinációban alkalmaztuk.

Oki kezelést jelent a műtét, sikeres esetekben a savcsökkentő szerek teljes elhagyhatóságát eredményezve.

Az endoszkópos módszerek – a gastrooesophagealis átmenetet különböző eljárásokkal szűkítve vagy a neuralis hiperszenzitivitást megszüntetve – ugyancsak oki kezelést céloznak meg, egyelőre változó (inkább szerény) sikerrel.

A gastrooesophagealis reflux betegség gyógyszeres kezelésével kapcsolatban számos kérdés merül fel.

A kezelés célja

Miután a gastrooesophagealis reflux betegség nem elsősorban a morfológiai károsodások, hanem az életminőség-romlás miatt jelentős betegség, nyilvánvalóan a legfontosabb (ha nem is egyetlen) cél a panaszok megszüntetése. A mindennapi gyakorlatban többnyire a savval összefüggő panaszokat vizsgáljuk, illetve extraoesophagealis tünetek esetén (köhécseles, rekedtség stb.) ezeknek alakulását. Klinikai vizsgálatokban (különösen a 90-es években) – a panaszokat túlságosan szubjektívnek és változékonyak tartva – erozív oesophagitis betegetek vontak be, és meghatározott ideig tartó kezelést követően a morfológiai eltérések gyógyulásának arányát figyelték. Bár ezek a vizsgálatok a gyógyszerek hatékonyságát illetően nagyon fontosak, feltétlen hibájuk, hogy a nem erozív gastrooesophagealis reflux betegség teljes, nagy és fontos csoportját mellőzték. Ennek a hibának a kiküszöbölésére és a szubjektivitás minimálisra csökkentése érdekében újabban nagyon sok tünetet értékelő, a változásokat számszerűsítő pontrendszert hoztak létre.

A *Barrett-oesophagus* a kezelési célok és végpontok tekintetében is eltér a többi formától. A gyógyszeres kezelés során és az antirefluxműtétet követően általában és elsősorban a Barrett-szigetek nagyságának változását, esetleg eltűnését mérik. Emellett természetesen – jelentőségénél fogva – a szövettani változásokat is kell figyelni: a displasiát, annak fokát, esetleges carcinoma jeleit (10, 11). A különböző (elsősorban endoszkópos) ablatív kezelési eljárások során (12–14) a Barrett-metaplasia teljes eltűnésének a gyakoriságát, illetve ennek későbbi maradandóságát mérik.

Éppen jelentősége miatt logikus kezelési végpont a Barrett-carcinoma kialakulási gyakorisága, hiszen ez az egyetlen klinikailag jelentős veszély, amelynek el-

A jelenlegi álláspont szerint a gastrooesophagealis reflux betegség kezelésében a protonpumpa-gátló szereknek feltétlenül elsőbbségük van.

hárítására szolgálnak a különböző terápiás próbálkozások. A Barrett-oesophagus talaján kialakuló rák gyakorisága jó kezelés esetén kicsi, a beteget rosszul vagy nem kezelve: nagy.

Gyógyszeres kezelés

Az elmúlt két évtizedben a savas reflux kezelésére (a korábban már említett prokinetikumokon kívül) elsősorban a fekélybetegség gyógyítása során bevált szerekkel, ezek között is a savtermelést csökkentőkkel próbálkoztak. Sommásan megállapítható, hogy minél erősebb egy gyógyszer savtermelést csökkentő hatása, annál hatékonyabb a gastrooesophagealis reflux betegség kezelésére. A protonpumpagátlók hatékonyabbak, mint a H₂-receptor-blokkolók, és ezek természetesen ugyancsak erősebb hatásúak, mint az antacidok. A bevonószeresek – nevezetesen a sucralfat – adása nem ajánlható.

A gyógyszer megválasztása során természetesen a hatékonyságon kívül más szempontok is vannak, így a mellékhatásprofil, a különböző készítmények ára. Az egyes gyógyszer-csoportokon belül a különböző készítmények fontos egyedi farmakológiai tulajdonságokkal rendelkeznek: eltérhetnek a hatás gyorsaságában, tartamában, a gyógyszer-interakciókban, a metabolizációban stb. Ezek a különbségek fontos szerephez juthatnak a megfelelő szer kiválasztása során.

A jelenlegi álláspont szerint a gastrooesophagealis reflux betegség kezelésében a protonpumpagátló szereknek feltétlenül elsőbbségük van. Gyakran hallani azt a kritikai észrevételt, hogy miért kell azonnal a legerősebb gyógyszert alkalmazni. Nos, a gastrooesophagealis reflux betegség kezelése nem egészen olyan, mint például egy bakteriális fertőzésé. Miért ne a leghatékonyabb gyógyszert kapja a beteg, ha sem a gyógyszer mellékhatásprofilja, sem veszélyessége nem rosszabb, mint a gyengébbé? Egyetlen korlátozó szempont legfeljebb a protonpumpagátlók magasabb ára a H₂-receptor-blokkolóéhoz képest, de a generikus készítmények megjelenésével lassan ez a különbség is eltűnik.

Nehezebb a gyógyszeres kezelés epés reflux esetén. Megkísérelhető bevonószeres (sucralfat) vagy cholestyramin adása, de nincs igazi bizonyíték ezek hatékonyságáról. Leghelyesebb az antirefluxműtét lenne. Sajnos az epés reflux többnyire az előzőleg már operált betegek körében jelentkezik, akiknél egy újabb műtéti megoldásért sem a beteg, sem kezelőorvosa nem lelkesedik, és a technikai megoldhatóság is korlátozott.

Adagolás

A gyógyszer adagjának megállapítása empirikus, azaz a leggyakrabban alkalmazott savcsökkentő szerekből annyit kell adni, hogy megszűnjön a beteg panasza, se többet, se kevesebbet. A minimális hatékony dózis megállapításában sem a morfológia, sem a funkcionális

próbák nem jelentenek igazi segítséget. Szakmai körökben bizonyos tanakodás folyt a helyes dózis megállapítását illetően. Vajon kis gyógyszeradaggal kezdődjön a kezelés, gyenge hatás esetén emelve azt (esetleg erősebb hatástani csoportba lépve: H₂-receptor-blokkolók hatástalansága esetén protonpumpagátló adására váltva), vagy ellenkezőleg: a nagy dózist csökkentjük, amíg csak lehet? A korábbi álláspont (egyszerűsítve) szerint viszonylag enyhe esetekben a dózist növelve kell a terápiás adagot megtalálni, a súlyosabb formákban pedig a dózist csökkentve. Ez az ajánlás persze így nem működött, mert ki tudja megmondani, hogy egy adott esetben a gastrooesophagealis reflux betegség súlyos-e vagy sem? Erre a morfológia is csak áttételesen utal, és rendszerint ez csak utólag, a gyógyszeres kezelés tapasztalatainak birtokában derül ki. Egyébként ez az ajánlás túlságosan bonyolult volt ahhoz, hogy be tartható legyen. A ma elfogadott nézet inkább a fokozatosan csökkenő dózis keresését támogatja.

A gyakorlatban a dóziskeresés során a még kezeletlen betegnek egységnyi protonpumpagátló szert adunk, amely nagyon nagy valószínűséggel hatni fog. Panaszmentesség esetén a dózis csökkenthető, de csak addig, amíg panaszok nem jelentkeznek. Annak nincs sok értelme, hogy a beteg gyógyszert is szedjen és panasza is legyen. Persze, ha a beteg nem válik panaszmentessé, a gyógyszeradag duplázható.

Kivételt jelentenek az extraoesophagealis panaszok, tünetek. Az a tapasztalat, hogy ezek a tünetek csak emelt dózis adásával (legalább az egységnyi PPI dózisának duplájával), és több hónapos kezeléssel befolyásolhatóak (talán).

A protonpumpagátlókat az ajánlás szerint reggel, lehetőleg reggeli előtt – általában étkezés előtt – 30-40 perccel kell (kellene) szedni. Farmakológiai okok miatt így hat a legjobban. Sok beteg azonban, orvosa ajánlása, este veszi be a protonpumpagátló szert, miután panaszainak zöme éjszaka jelentkezik. A betegek többségénél a gyógyszer esti adagolás mellett is jól hat.

Gyógyszer-kombináció?

Gyógyszer-kombinációt általában nem kell alkalmaznunk. A korábban forgalomban lévő cisaprid protonpumpagátlóval kombinálva fokozta utóbbiak hatását, de a jelenlegi prokinetikumoktól ez nem várható. Javíthatnak azonban a gastrooesophagealis reflux betegség kíséretében gyakran megfigyelhető motilitási problémákon.

A szakirodalomban időnként felbukkan a protonpumpagátlók és H₂-receptor-blokkolók kombinációjának gondolata. Ellentmondó adatok ismertek a protonpumpagátló-adagolás ellenére létrejövő éjszakai savátörés esetén beállított H₂-receptor-blokkolók ezt megakadályozó hatásáról. Kevésbé valószínű, hogy tartósan adagolva is meg tudnák akadályozni a savátörést.

A kezelésnek folyamatosnak kell lennie; ez egy életen át tartó gyógyszer-szedést prognosztizál.

A gyógyszerelés időtartama

A betegség, sajnos, nem gyógyul spontán, és a javulási periódusok is többnyire átmenetiek. Ez egyben azt jelenti, hogy a kezelésnek is folyamatosnak kell lennie;

A megfelelő, testre szabott kezelés elsősorban a betegek életminőségének javítása érdekében fontos.

ez – kimondva, kimondatlanul – egy életen át tartó gyógyszeresedést prognosztizál. Az eddig általánosan alkalmazott gyógyszerekkel kapcsolatban már évtizedes kezelési tapasztalatok birtokában vagyunk, így remélhető, hogy talán több évtizedes alkalmazás esetén sem okoznak bajt. Ez a gondolat azonban fiatal embereknél – sem a beteg, sem az orvos számára – nem rokonszenves, és éppen ez szokott a legfontosabb érvként szolgálni az anti-refluxműtétek mellett. Az elméleten túl a gyakorlat is azt mutatja, hogy a kezelést abbahagyva heteken, esetleg hónapokon belül visszatérnek a beteg régi panaszai.

Igény szerinti kezelés

A gyors hatású protonpumpagátlók megjelenésével logikusan merült fel a gondolat, hogy talán nem kellene preventíven és folyamatosan szedni a gyógyszert, hiszen a betegek egy része tünetmentes, és elegendő akkor gyógyszert szedni, ha a panaszok jelentkeznek. A betegek közül azok, akik ezt megtehetik, rendszerint orvosi tanács nélkül így döntenek. Ez az igény szerinti kezelés megengedett, de természetesen csak akkor, ha jól működik. Annak nincs értelme, hogy a beteg gyógyszert is szedjen és panaszoktól is szenvedjen!

Életmód

Valamennyi GERD-terápiával foglalkozó ajánlás elsőként rendszerint életmód-változtatást ajánl, beleértve a diétát, a késői vacsora és a szoros ruhaneműk viselésének kerülését. Ezek a rendszabályok valóban javasolhatók, mert egyébként is egészségesebb étkezést és életmódot ajánlanak. Önmagukban azonban általában elégtelenek a gastrooesophagealis reflux betegség okozta panaszok megszüntetésére, és rendszerint nem teszik nélkülözhetővé a gyógyszeres vagy egyéb kezelést.

Terápiarezisztens esetek

Nehezen megválaszolható kérdés, hogy mit tegyünk a gyógyszerekre nem reagáló esetekben. Ha a beteg a szokásos dózisban adott protonpumpagátló kezelésre némi javulásról számol be, de nem válik panaszmentessé, akkor érdemes a gyógyszer adagját emelni. Persze ez megkísérelhető akkor is, ha egyáltalán nem mutatkozott javulás, de a kísérlet többnyire sikertelen. Hasz-

nos utánanézni annak, hogy szedi-e egyáltalán a gyógyszert a beteg. Megkísérelhető más protonpumpagátló adására váltani.

Ha mindezek a próbálkozások kudarcot vallanak, akkor érdemes a diagnosztikai tevékenységet kiszélesítve meggyőződni arról, hogy valóban refluxbetegséget kezelünk-e. A neuralis hiperszenzitivitás nem gyakori eseteiben antidepresszáns adása is megkísérelhető.

Hasonló analógiákkal ellentétben a gyógyszeres terápiával dacoló gastrooesophagealis reflux betegség nem indikációja a műtétnek. Kivétel talán a későbbiekben még említendő volumenreflux.

Irodalmi adatok szerint az endoszkópos kezelések közül a Stretta-eljárás – a nyelőcső falának hegesítése radiofrekvenciás hőkezeléssel – éppen neuralis hiperszenzitivitás esetén hasznos.

Morfológia és kezelés

A nem erozív és az erozív refluxbetegség kezelése megegyezik. A nemzetközi tapasztalat azonban az, hogy a nem erozív esetek a terápia sikere szempontjából nem-hogy enyhébbek lennének, hanem inkább a nehezebben kezelhetők közé tartoznak (15).

Itt is fontos megemlíteni, hogy műtetre nem a morfológiai szempontból súlyosabb esetek alkalmasak, hanem éppen azok, ahol még nem kell jelentős hegesséssel vagy szűkülettel számolni. Más kérdés persze, hogy ritkán keletkezhetnek olyan heges szűkületek, fekélyek vagy vérzések, amely miatt a műtét feltétlenül szükséges.

Speciális kérdés a Barrett-oesophagus kezelése. A gyógyszeres kezelés eredményei – a morfológiai regressziót tekintve – igencsak szerények. A jelenlegi gyakorlat szerint a panaszoktól független Barrett-oesophagusban emelt dózisban érdemes protonpumpagátló készítményeket adni – ilyen módon talán csökken a Barrett-metaplasiában kialakuló dysplasia esélye. A Barrett-oesophagus kezelésében évek óta folynak erőfeszítések különböző mechanikai és hőhatásokkal (meleg vagy hideg), esetleg fotodinámiás eljárással, endoszkópos úton a Barrett-metaplasiás nyálkahártyaszíjtek eltávolítására, roncsolására. Ezek a próbálkozások nagyrészt eredményesek, de minden alkalmazott módszernél – a tartós, fenntartó, emelt dózisú protonpumpagátló kezelés mellett is – a betegek egy kis százalékában a regenerálódó laphám alatt megmaradnak az intestinalis metaplasiával jellemezhető Barrett-szigetek; már arra is volt példa, hogy ilyenből carcinoma keletkezett. Ezek a próbálkozások tehát ígéretesek, de nem tökéletesek.

Amennyiben a Barrett-metaplasiában súlyos dysplasia alakul ki – vagy különösen carcinoma jelenlétekor –, feltétlenül szükséges a nyálkahártya eltávolítása, roncsolása, megsemmisítése (endoszkópos mucosareszekció, fotodinámiás eljárás vagy műtét); a megfelelő módszer kiválasztása a beteg állapotától és persze a lehetőségektől függ.

Patofiziológia és kezelés

A legjellemzőbb és leggyakoribb *savas reflux* esetén a vezető kezelés kétségtelenül a protonpumpagátlók csoportjába tartozó gyógyszerek adása.

Epés reflux esetén elsősorban műtét indokolt (ha lehet). A gyógyszerek közül érdemes próbálkozni a bevonószerekkel, cholestyraminal.

Az úgynevezett *volumenreflux* igazolódásakor – a problémák legfontosabb tényezője a refluxátum pH-ján kívül annak nagy volumene, gyakran éjszakai panaszokat és extraoesophagealis tüneteket okozva – legheylesőbb antirefluxműtétet végezni, különösen a gyógyszeres kezelés sikertelensége esetén.

Neuralis hyperaesthesia fennállásakor – ha a protonpumpagátló készítmények nem hatnak – antidepresszáns adása kísérhető meg; talán a jövőben – ha elterjed – a Stretta-eljárás alkalmazható.

Műtéti kezelés

Savas reflux esetén a gyógyszeres és műtéti kezelést egyaránt indokolt, ezek a módszerek egymással konkuráló eljárások: a beteg és az orvos döntésétől függ, hogy melyik eljárást választják. A betegek és orvosok többsége egyelőre a gyógyszeres kezelést választja, de a fiatal életkorú betegek nagyobb hányada hajlik az operációra, ha ezzel elkerülhető az életem át tartó gyógyszeres kezelés. Műtét indokolt epés refluxban, volumenrefluxban és akkor, ha a gastrooesophagealis reflux betegség szövődésményei (heges szűkület, fekélyvérzés, súlyos dysplasia, carcinoma) ezt elkerülhetetlenné teszik.

Endoszkópos kezelés

Az endoszkópos eljárások egyelőre még a klinikai vizsgálatok fázisában vannak, nincs meghatározott külön indikációs területük. Lehet, hogy elterjedésük esetén a

HAZÁNKBAN FORGALOMBAN LÉVŐ PROTONPUMPAGÁTLÓ SZEREK

Omeprawin	Zimpax
Omeprazol Ozone	Controloc
Omeprazol Hexal	Lansacid
Losec	Lansoptol
Omegen	Refluxon
Omeprazol-ratiopharm	Protonexa
Omeprazol Hexal	Lansoptol
Omeprazole-AstraZeneca	Lansogen
Omeprazol 1A Pharma	Lansone
Ulzol	Lansoprazol
	Liconza
	Pariet
	Nexium

A szerkesztőség összeállítása. Forrás: www.pharmindex.hu

gyógyszeres és műtéti kezelés konkurens módszereivé válnak. Erre a közeli jövőben – technikai problémák és a módszerek költséges volta miatt – nincs esély. Mint említettem, a Stretta-eljárás neuralis hyperaesthesia esetén talán hasznos lehet.

Összegzés

A gastrooesophagealis reflux betegség kezelése többnyire hatékony, erős savcsökkentő gyógyszereket alkalmazva sikeres, legalábbis a tünetek enyhítését vagy megszüntetését illetően.

A betegség komplexitásánál fogva adódnak olyan speciális problémák, amelyek az általában használt sé mák változtatását igénylik. Ritkán előfordulnak olyan esetek is, amelyekben nem érhető el panaszmentesség.

Bár a gastrooesophagealis reflux betegség része a Barrett-oesophagus, és ez elsősorban a rákmegelőzés miatt igen nagy jelentőségű, mégsem mondható, hogy a teljes betegségcsoport életet veszélyeztető volta miatt fontos. A megfelelő, testre szabott kezelés elsősorban a betegek életminőségének javítása érdekében fontos.

IRODALOM

- Ronkainen J, Aro P, Storskrubb T, et al. Prevalence of Barrett's esophagus in the general population: an endoscopic study. *Gastroenterology* 2005;129:1825-31.
- Lonovics J, Simon L. A GERD belgyógyászati kezelése. Terápiás irányelvek típusos tünetek esetén. A gastrooesophagealis reflux betegség (GERD) emésztőszervi és más szervrendszeri megjelenési formák. MGT AstraZeneca. Budapest: AgnusMed Kft.; 2003.
- Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastroesophageal reflux disease: a global evidence-based consensus. *Am J Gastroenterol* 2006;101:1900-20.
- Lonovics J, Simon L. A GERD definíciója, epidemiológiája és klasszifikációja. A gastrooesophagealis reflux betegség (GERD) emésztőszervi és más szervrendszeri megjelenési formák. Budapest: MGT AstraZeneca-AgnusMed Kft.; 2003.
- Nayar DS, Vaezi ME. Classification of oesophagitis: who needs them? *Gastrointest Endosc* 2004;7:253-7.
- Horváth ÖP. A gastrooesophagealis reflux betegség sebészi kezelése. Sebészi ellátás típusos tünetek esetén. A gastrooesophagealis reflux betegség (GERD) emésztőszervi és más szervrendszeri megjelenési formák. Budapest: MGT AstraZeneca-AgnusMed Kft.; 2003.
- Annese V, Caletti G, Cipolletta L, et al. Endoscopic treatment of gastroesophageal reflux disease. *Endoscopy* 2005;37:470-8.
- Kahrilas PJ. Radiofrequency therapy of the lower esophageal sphincter for treatment of GERD. *Gastrointest Endoscopy* 2003;57:723-31.
- Papp J. A gastrooesophagealis reflux betegség endoszkópos kezelése. *Orvostovábbképző Szemle* 2004;11:11-9.
- El-Serag HB, Aguirre TV, Davis S, et al. Proton pump inhibitors are associated with reduced incidence of dysplasia in Barrett's esophagus. *Am J Gastroenterol* 2004;99:1877-83.
- Schell TG. Acid suppression and adenocarcinoma of the esophagus: Cause or cure? *Am J Gastroenterol* 2004;99:1884-6.
- Barr H, Stone N, Rembacken B. Endoscopic therapy for Barrett's esophagus. *Gut* 2005;54:875-84.
- Eisen GM. Ablation therapy for Barrett's esophagus. *Gastrointest Endoscopy* 2003;7:760-9.
- Sampliner RE. Endoscopic ablative therapy for Barrett's esophagus: current status. *Gastrointest Endosc* 2004;59:66-9.
- Konagaya T, Hayakawa T, Kaneko H. Clinical study on pathophysiology of endoscopy-negative GERD. *Am J Gastroenterol* 2005;100:S27(AB14).