



FÓKUSZBAN A GASZTROENTEROLÓGIA

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol

A téma szakértője
dr. Banai János professzor,
az Országos Gyógyintézeti Központ
Gasztroenterológiai Osztályának
vezetője



– A *Helicobacter pylori*-fertőzöttség a népesség nagy hányadában kimutatható, mégis csak elenyésző töredéküknél jelentkezik gastrointestinális panasz, mint a gyomorégés vagy fekélybetegség, gastrooesophagealis reflux betegség. Mi ennek a magyarázata? Mitől lesz a tünetmentes hordozó panaszos beteg?

– A betegségek kialakulása általában komplex folyamat eredménye. Jól ismert, hogy a gastroduodenalis ulcus vagy a refluxos panaszok is az agresszív és defenzív tényezők egyensúlyának felbomlása miatt keletkeznek. Egyik döntő, de nem egyedüli agresszív tényező a *Helicobacter pylori*, amely a pepticus fekély, az erosív és atrophias gastritis, a gyomor-MALT-lymphoma kialakulásában játszik szerepet. Fertőzöttség esetén betegség, panasz nem feltétlenül alakul ki. Befolyásolja a kórokozó fajtája (például cagA-pozitív vagy -negatív), illetve a szervezet állapota, az egyéb károsító és védő tényezők (például életmód, étkezés, dohányzás, alkoholfogyasztás, stressz, más gyógyszerek, egyéb betegségek). A korábban tünetmentes hordozó áltál válhat panaszossá, ha szervezete védekezőképessége valamilyen okból csökken (stressz, infekció, más betegség) vagy fokozott agresszív hatások érik (stressz,

szteroid, NSAID, alkohol, étrendi változás stb.). Sok esetben megfigyelhetjük azt is, hogy az említett tényezők valamelyike miatt emésztőszervi tünetegyüttes alakul ki, a vizsgálatok során *Helicobacter pylori*-infekcióra derül fény, de nem ez a panasz oka.

– Van-e olyan diagnosztikai algoritmus, amelynek a segítségével a háziorvos kimutathatja a gastrooesophagealis reflux betegséget invazív beavatkozás nélkül?

– A GERD pontos kimutatása csak vizsgálatokkal lehetséges. Tüneti diagnózis felállítására sok esetben van mód, hiszen az esetek jelentős részében típusosak a panaszok. Az étkezésre csökkenő epigastriális fájdalom vagy gyomorégés, a savtermelést fokozó ételek-italok fogyasztása után rövid idővel jelentkező panaszok, a fizikai megterhelésre, előrehajlásra, fekvő helyzetben fellépő savas-lúgos reflux vagy az étel-visszaáramlás nagyon jellegzetesek. Ebben az esetben a savas GERD diagnózisának megerősítésére szolgál a protonpumpagátló-teszt, ami standard dózisú protonpumpagátló szer adását jelenti négy hétig. Fontos szem előtt tartani, hogy terápiás próbát ezzel az igen hatásos gyógyszercsoporttal csak fiatal

(40 év alatti) beteg esetében szabad végezni enyhe, nem súlyosbodó klinikai megjelenés esetén, ha a betegnek nincsenek alarmíró tünetei (nyelészavar, vérzés, fogyás). Ha a terápiás teszt eredményes, az amellett szól, hogy a GERD feltételezése helyes volt. A protonpumpagátló esetenként a súlyosabb és veszélyesebb betegség tüneteit is javíthatja, ezért gyógyszer vizsgálat nélkül csak alapos mérlegelés után adhatunk. Az esetek többségében tartós vagy ismételt szekréciógátlásra van szükség, ezért az „endoszkópia egyszer az életben” elvet be kell tartani. Az endoszkópos vizsgálat a refluxoesophagitis, Barrett-oesophagus, fekély, tumor kimutatására szolgál.

Magát a gastrooesophagealis refluxot 24 órás pH-monitorozással, az epés refluxot Bilitec-vizsgálattal, a motilitási zavart manometriával lehet igazolni. A funkció vizsgálható még hagyományos báriumos röntgennel és izotópos módszerrel is.

– GERD gyanúja esetén a diagnosztikus protonpumpagátló kezelést ajánlanánk a betegnek, de a gyógyszer drága, ezért inkább H₂-blokkolót adunk. Ez nem segíthet a diagnózis tisztázásában. Mit tegyen a háziorvos?

Köszönjük a gasztroenterológiai témával kapcsolatos kérdéseket dr. H. Géza nagyatádi, dr. S. Gabriella, dr. K. Mihály, dr. C. Csaba budapesti, dr. V. Zoltán makói, valamint dr. A. Nóra pécsi és anonimitást kérő olvasóinknak.



– A H₂-blokkolók hatásossága a protonpumpagátló szerekhez hasonlóan a savas reflux fennállása mellett szól. Alkalmazására ugyanazok az elvek vonatkoznak, mint a protonpumpagátlóra. Hatásos gyógyszert mindig csak akkor szabad adni, ha meg vagyunk győződve arról, hogy nem fedjük el súlyosabb betegség (tumor) tüneteit.

Igaz, hogy a protonpumpagátlók drágábbak a H₂-blokkolóknál, mégis tudomásul kell venni, hogy minden szempontot figyelembe véve a GERD kezelésében a protonpumpagátlók az egész világon előtérbe kerültek. A háziorvos próbálkozhat H₂-blokkolóval, de tartós kezelés szükségessége esetén a gasztroenterológussal történő konzultáció ajánlott.

– Refluxbetegség esetén mikor ajánljuk betegünknek a sebészeti beavatkozást?

– Az antirefluxműtét indikációjának felállítása lehet igen egyszerű, de sokszor bonyolult, alapos mérlegelést igénylő feladat. Tapasztalatom szerint legeredményesebb a műtét az olyan fiatal betegek esetében, akik szekreciógátló gyógyszeres kezeléssel is panaszmentessé tehető, de nem akarnak évtizedekig gyógyszert szedni.

Az epés, alkáliás reflux nem kezelhető igazán jól gyógyszerrel, így a műtét segíthet a panaszok csökkentésében.

Jelentős volumenű reflux, különösen, ha extraoesophagealis (például légzőszervi) tüneteket okoz, műtétit indikációt jelent.

Kezelés mellett kialakuló szövődmények (strictura, légúti betegségek stb.) esetén szintén indokolt a műtét. Ritkán szociális okból is végezhető antirefluxműtét.

– Hosszan fennálló GERD, oesophagitis esetén mikor gondoljunk Barrett-oesophagusra? Mekkora ennek a kockázata GERD esetén?

– A Barrett-metaplasia kialakulásában kétségtelenül elsődleges szerepe van a GERD-nek, de refluxos panaszok nélkül is előfordulhat. A refluxos panaszok miatt endoszkópos vizsgálatra kerülő betegek körülbelül 10%-ában lehet Barrett-oesophagust találni. Minél régebben áll fenn a refluxbetegség,

annál nagyobb a valószínűsége, hogy a metaplasia kialakul. A savas refluxnál jobban hajlamosít Barrett-oesophagusra az epés reflux. Jellegzetes tünete nincs, csak endoszkópos és hisztológiai vizsgálattal igazolható. Hosszan fennálló GERD esetében, különösen, ha a panaszok jellege vagy a súlyosság változó, rendszeres endoszkópos ellenőrzés szükséges (három-öt év). Tartós protonpumpagátló kezelés mellett ugyancsak ajánlott az endoszkópos követés. Ismert Barrett-oesophagus esetén az ellenőrzés gyakorisága a szövettani lelettől függ (nincs dysplasia, enyhe dysplasia van).

– Az elhízás műtéti kezelése napjainkban egyre nagyobb teret hódít. Milyen esetben ajánljuk betegünknek a gyomor bypassműtétjét vagy gyűrűzését, és melyiket inkább?

– Elhízás esetén az első lépés annak kivizsgálása, hogy nem áll-e organikus ok a háttérben. Az első vonalbeli kezelés a diéta, a fizikai aktivitás fokozása, illetve válogatott esetekben gyógyszer adása. Szükség lehet pszichoterápiára is. Műtéti kezelés akkor jön szóba, ha a BMI – testtömegindex – 40 felett van; a normális 20–25. Az ajánlott műtéti eljárások között a bypass már nem szerepel. A gyomorra szűkítőgyűrű helyezhető laparoszkópos módszerrel is, ami viszonylag egyszerű beavatkozás. Ez a gyomortérfogat valamelyes szabályozását is lehetővé teszi egy, a bőr alá ültetett eszközzel, amelynek segítségével a nyomás csökkenthető vagy növelhető. A szűkítő gyűrű előnye, hogy alkalmazása során csökken a gyomortérfogat, szemben az intraluminalis szűkítőballonnal. A kellő hatás elérése után az eszköz viszonylag egyszerűen el is távolítható.

– A gastrointestinalis, különösen a colorectalis daganatok egy részét érzékeny tumormarkerekkel is ki lehet mutatni. A klinikai tapasztalatok szerint melyeket, milyen stádiumban és hány százalékos biztonsággal?

– A tumormarker-vizsgálatokról általánosságban azt lehet mondani, hogy a betegség gyanújának felkeltésére és egy már ismert folyamat nyomon követésére alkalmasak. *Egyik*

vizsgálat sem alkalmas diagnózis felállítására.

A szérumban a carcinoembrionális (CEA) és a carbohydrat (CA-19-9) antigén titerének, valamint az alfafoetoprotein (AFP) szintjének emelkedése a colorectalis, a pancreas-, májdaganat gyanúját kelti, de a normális érték nem zárja ki azt.

Ha a daganat, például a coloncarcinoma magas tumormarker-szintet (CEA) eredményezett, a radikális műtét után ez a szint csökken. Az ellenőrzéshez a marker mérése is hozzátartozik. Az érték emelkedése recidívára utal.

Colorectalis carcinomában a CEA-t, pancreas-, esetleg gyomorrákban a CA-19-9 szintjét, hepatocellularis carcinomában az AFP-értéket érdemes mérni és ellenőrizni.

– Csökkentheti-e a rendszeres „béltoalett”, akár hashajtással, akár beöntésekkel a daganat kialakulásának kockázatát? Ajánljuk-e betegeknek, ha igen, milyen periodicitással?

– A rendszeres hashajtás, beöntés véleményem szerint nem ajánlható módszer, különösen nem vastagbél-daganat megelőzésére. Sokkal inkább a puffadásos panaszoktól szenvedő betegek látják szubjektív hasznát az időszakos „méregtelenítésnek” vagy „bél tisztításnak”. Az irritábilis bél szindrómában, a vékonybél bakteriális túlburjánzásában szenvedők panaszai enyhülhetnek, ha egy-egy napon csak folyadékot, probiotikumot is tartalmazó terméket fogyasztanak. Az ókor óta alkalmazott böjt is az emésztőrendszer időszakos kímélését szolgálja, ami a mai kor egészségtelen táplálkozási szokásai és a rendszertelen életmód mellett jelentőséget kaphat. A rendszeres beöntés biztosan kerülendő. A vastagbélrák kialakulásának kockázatcsökkentésére a rost-, vitamindús táplálkozás ajánlandó. Fokozott rizikójú betegeknél úgynevezett kemoprevenციót alkalmazunk. Ismert a szalicil kockázatcsökkentő hatása, polyposisszindrómában pedig a sulindak, coxibok alkalmazása elfogadott.

– Létezik-e mint kórkép a vastagbél-candidiasis? Milyen panaszokat okozhat, jelent-e veszélyt, kell-e szűrvizsgálatokat végeznünk?



– A *Candida* a normális bélflóra tagja. Immunszupprimált, legyengült, daganatos betegekben fordul elő a candidiasis, ami súlyos, akár fatális állapot is lehet. A gomba túlszaporodása tehát nem izoláltan a vastagbélben van, hanem az általános rossz állapot egész szervezetet érintő következménye. A székletből vagy más módon kimutatott *Candidának* helytelenül számos panaszt (puffadás, gyengeség, rossz közérzet, fejfájás, ízületi panaszok stb.) tulajdonítanak. Ezek a panaszok szinte minden betegség tüneteinek között szerepelhetnek, de leggyakrabban valamilyen funkcionális betegség vagy depresszió, esetleg pánikbetegség áll a háttérben. Szűrővizsgálatot semmiképpen nem kell végezni. Amennyiben valóban candidiasis áll fenn, az más alapbetegség mellett jelentkezik, jellemző, esetenként súlyos klinikai képet ad. A gomba jól látható a száj nyálkahártyáján vagy endoszkóppal a nyelőcsőben.

– Körülbelül húsz éve hallottam az esetet, amikor egy fiatal, 30-as éveiben járó nőbetegnél colitis ulcerosát diagnosztizáltak. Orvosa azt tanácsolta, szokjon rá a dohányzásra. Panaszai enyhültek. Van-e racionális alapja ennek és ha igen, mi az oka?

– A colitis ulcerosa azon ritka betegségek közé tartozik, ami dohányosokban ritkábban fordul elő. A dohányzás abbagyásakor manifesztálódhat, és a dohányzás hatására a panaszok enyhülhetnek. Ismeretlen etiológiájú betegségről lévén szó, azt sem tudjuk pontosan, hogy ennek mi a mechanizmusa. Különösen érdekes, hogy valószínűleg nemcsak a nikotinnak van benne szerepe, mert maga a dohányzás erősebben véd, mint a nikotintapasz. A másik ismeretlen eredetű gyulladásgátló bélbetegség (IBD), a Crohn-betegség esetében viszont ennek az ellenkezője bizonyított, nevezetesen, hogy a dohányzás fokozza a gyulladást. Fennálló betegség esetén a dohányzásra rászokás általában nem eredményez klinikai remissziót, tehát gyógyszeres kezelésre van szükség. A dohányzás ismert káros hatásai miatt ezt nem is javasoljuk.

– Bizonyítottan vashiányos anaemiás beteget, negatív gasztroszkópiás és kolonoszkópiás eredmény birtokában, milyen algoritmus szerint vizsgáljunk tovább?

– Szükséges vizsgálni, hogy milyen a reticulocytaszám, van-e a székletben vér, milyen a folsav- és B₁₂-vitamin-szint, van-e malabszorpcióra utaló jel (például alacsony kalcium-, fehérje-, koleszterin-, protrombin-stb. szint).

Meghatározó a klinikai kép. Utal-e valami nőgyógyászati, vese-, májbetegségre, gastrointestinalis tumorra, van-e gyulladásgátló klinikai jel?

Ha gastrointestinalis és egyéb vérzés is kizárható, egyéb szervi betegség nem merül fel, akkor malabszorpció irányában kezdünk vizsgálatokat.

A tartós vashiány, vashiányos anaemia lehet felszívódási zavar akár egyetlen jele, ami a felnőttkori coeliakia gyanúját veti fel. Legegyszerűbb vizsgálat duodenum-szövetminta vétele oesophagogastroduodenoscopy során. A biopsziát a pars descendens vagy a pars horizontalis inferior duodenumból érdemes végezni. A patológustól a cryptahyperplasiára, boholyatrófiára és az intraepithelialis lymphocytaszámra kell rákérdezni. A coeliakia diagnosztikájára, sőt, szűrésére is alkalmas módszer az endomysium-ellenes antitest, a szöveti transzglutamináz-ellenes antitest vizsgálata. Az IgA és IgG típusú antitestek együttes vizsgálata közel 100%-os specificitású és szenzitivitású.

– Helicobacter pylori-eradikációt követően mennyi az esélye a reinfekciónak? Kinél és mikor végezzünk újabb vizsgálatokat, kilégzési tesztet?

– Sikeres *Helicobacter pylori*-eradikáció után a reinfekció esélye csekély, 1% körüli. Sokkal nagyobb probléma, hogy az első eradikáció sikeressége még a legkorszerűbb ajánlások betartása mellett is 90% körül van, általánosságban pedig azt lehet mondani, hogy az első kúra 15–20%-ban sikertelen. Ismételt kezeléssel természetesen az eredmény javítható.

Az eradikáció utáni ellenőrzés attól függ, hogy mi volt a *Helicobacter pylori* okozta betegség. Gyomorfekély gyógyulását endoszkóposan kell kont-

rollálni. Szövetmintát kell venni MALT-lymphoma, metaplasziával, dysplasiával járó krónikus gastritis esetén is.

Nyombélfekély esetén, ha a panaszok is megszűntek, elég kilégzési tesztet (UBT) végeztetni.

Gyakori hiba, hogy a szérumból történik a *Helicobacter pylori*-antitestvizsgálat az aktuális fertőzés kimutatására. Az antitest jelenléte nem jelent fennálló infekciót, így az eradikáció sikerességét sem jelzi vagy zárja ki.

– Ha a betegnek a protonpumpagátló szedése mellett továbbra is panaszai vannak, mire váltsunk: másik protonpumpagátlóra vagy H₂-receptor-blokkolóra? Érdemes-e azonos gyógyszer családon belül váltogatni?

– Azonos hatásmechanizmusú gyógyszerek között általában csak kis különbségek vannak, mégis előfordul, hogy egyéni eltérések tapasztalhatók a kezelés eredményességében. A betegek rendszerint ragaszkodnak a bevált gyógyszereikhez. Előfordulhat, hogy a protonpumpagátló-váltás eredményt hoz, gyakoribb azonban, hogy a dózis emelése vagy a más gyógyszerrel való kombináció válik be. Éjszakai savátörés esetén az este adott H₂-receptor-antagonista, alkáliás vagy volumenrefluxban a prokinetikum segíthet a panaszmentesség elérésében. Egy gyógyszer családon belül legfeljebb egyszer érdemes váltani. Megfelelő dózis alkalmazása mellett panaszos állapot utalhat nyálkahártya-túlérzékenységre, dominálón alkáliás refluxra. Felvetődik ilyenkor az is, hogy más betegségről van szó, tehát kiegészítő vizsgálatokat, például gyógyszer melletti pH-mérést, manometriát, Bilitec-monitorozást kell végezni.

– A nem szteroid gyulladásgátló és az antikoaguláns terápia mellé adjunk-e automatikusan H₂-receptor-blokkolót?

– Az NSAID- és az antikoaguláns kezelés önmagában is kockázatot jelent a béltraktus nyálkahártyájára. A két gyógyszer együttes alkalmazása fokozza a rizikót. Különösen veszélyeztetettek az idős, 65 éven felüli betegek, valamint akiknek anamnézisében gastrointestinalis vérzés, fekély szere-



pel, máj- és vesebetegek, dohányzók, alkoholt nagyobb mennyiségben fogyasztók. A rizikócsoportha tartozóknak csak szteroid- vagy csak anti-koaguláns kezelés mellett is kell savszekréció-gátlót adni. Bizonyított, hogy gasztroprotektóra leghatásosabb a protonpumpagátló-csoport. Az NSAID- és antikoaguláns terápia mellett tehát protonpumpagátló kezelés szükséges.

– Az oesophagus diverticuluma mikor jelenthet relatív műtéti indikációt?

– Az oesophagusdiverticulum műtéti indikációja az elváltozás helyétől és méretétől függ. A nyelőcső középső harmadában levő trakciós diverticulumok rendszerint sekélyek, bennük az étel nem pang, panaszt nem okoznak, így műtetre általában nincs szükség.

Pulziós diverticulumok a sphincterek felett helyezkednek el. Ezek lehetnek epiphrenalis vagy epipharyngealis, Zenker-diverticulumok. Kialakulásuk oka a fokozott záróizomtónus okozta nagyobb nyomás a nyelőcsőben. Ezek a diverticulumok lehetnek olyan nagyok, hogy bennük az étel, váladék pang, emellett kompressziós tünetek alakulhatnak ki. A végeredmény nyelészavar, a táplálék visszaöklendezése, aspiráció. A Zenker-diverticulum okozta panasz gyakoribb. Pulziós diverticulum esetén rendszerint műtetre van szükség. Kisebb elváltozás esetén elég lehet az ok megszüntetése, tehát a záróizom átvágása. A nagyobb diverticulumok műtéti megoldása a reszekció, természetesen myotomiával együtt.

– Mi magyarázza a refluxbetegség és a hiatus hernia gyakori előfordulását?

– A refluxbetegség, refluxos panaszok mindig is viszonylag gyakran fordultak elő, a megváltozott életmód, táplálkozási szokások az incidenciát jelentősen növelték. A hiatus hernia valószínűleg nem olyan gyakori, mint az az endoszkópos leírásokban szerepel, de a valódi előfordulás is jelentős. Sok esetben valószínűleg csak cardiainkompetencia áll fenn és nem valódi hiatus hernia.

A rendszertelen étkezés, a túlságosan bőséges egyszeri táplálékbevitel,

az izgatószer (szénsav, alkohol, fűszer, konzerválószer, festékanyagok stb.) fokozott fogyasztása, a mozgáshiány, a következményes elhízás elősegítik a refluxbetegség elterjedését.

– Ha idős beteg székrekedésének kezelésénél már mindent megpróbáltunk, de nem értünk el eredményt, mit végünk?

– Az idős betegek székelési problémáinak megoldása igen hálátlan, nehéz, sokszor szinte lehetetlen feladat. A székrekedésnél igen gyakran évtizedek óta fennálló, fokozódó problémáról van szó. Nagyon nehéz – sokszor objektív okok, mint például társbetegségek miatt – a táplálkozási szokást és az életmódot megváltoztatni. Igen kevés idős ember képes megfelelő mennyiségű rostot, folyadékot fogyasztani, elegendő fizikai aktivitást kifejteni. Sokszor magát a székürítést befolyásolja a gyakran előforduló autonóm neuropathia, percepciózavar. Mindemellett évtizedek alatt „széklet-székelés központú” kóros pszichés állapot is kialakul, ami még nehezebbé teszi a kezelést.

Az orvos nem tehet mást, mint a rendszeres bőséges folyadékbevitel (két-három liter naponta), rostfogyasztást (ha kell, kiegészítő korpa, búzacsíra, müzli), rendszeres testmozgást javasolja. A rendszeres hasajtó helyett sokszor eredményesebb a kúpok, beöntés használata, ami a mechanikus inger által hatásosabb lehet a szájon át bevitt szernél. Szóba jöhet még hashajtó mellékhatású antidepresszáns szer adása is.

– Mi a teendő idős betegek visszatérő hasmenése esetén, amikor a jelenség hátterében érdemi kóros bélbetegség nem igazolható?

– A hasmenést időskorban okozhatja fertőzés, daganat, gyógyszer, emésztési, felszívódási zavar, gyulladással járó bélbetegség, egyéb szervi megbetegedések, de lehet az oka egyszerűen székletretartási zavar is. Nyilvánvaló, hogy az első diagnosztikus lépés a daganat és fertőzés kizárása. Ha a végbél és a vastagbél vizsgálata megtörtént és nem igazolódott semmilyen érdemi bélbetegség, akkor leginkább valamilyen ételintoleranciára, gyógyszer mellék-

hatásra kell gondolni. Szóba jönnek természetesen egyéb emésztőszervi betegségek is, mint anaciditás krónikus atrophias gastritis következtében, maldigestio a pancreas elégtelen működése miatt, epesavtúltengés cholecystectomy után, időskorban manifesztálódó vékonybélboholy-atrophia, a vékonybél bakteriális kontaminációja. Gondolni kell arra is, hogy cardiovascularis betegség okozta ischaemia vagy az erre adott gyógyszer áll a betegség hátterében. Diabetes mellitus mellett viszonylag gyakori a székelési probléma, az autonóm neuropathia okozta motilitási zavar, bakteriális túlbujánzás, vagy szintén gyógyszer mellékhatás következtében kialakult, latens hyperthyreosis ugyancsak okozhat hasmenést. Más daganat miatt végzett műtét, kemoterápia, irradiáció szintén hasmenéshez vezethet. Időskorban nem ritka a depresszió, a vegetatív dystonia, amikor a központi idegrendszeri problémák miatt a kóros szomatizálás következménye a hasmenés. A kezelőorvosnak nagy problémát jelenthet az ok kiderítése és kezelése. A háziorvos könnyebb helyzetben van, hiszen a beteget jól ismeri, nemcsak a betegségeit, hanem a szociális körülményeit is. Sok esetben természetesen az életkörülmények, a táplálkozás, a gyógyszerek megváltoztatása nehéz, így csak a hasmenés tüneti kezelése jön szóba.

– A háziorvosi gyakorlatban – gyermeknél és felnőttél egyaránt – milyen panaszok és tünetek esetén gondoljunk coeliakiára? Hová küldjük vizsgálatra a coeliakiára gyanús beteget? Milyen irányban és „kiterjedésben” ajánlatos a rokonok szűrővizsgálata?

– A coeliakia minden életkorban manifesztálódhat, klinikai megjelenése igen változatos lehet. A manifeszt forma – tehát amikor a betegnek tünetei, panaszai vannak – súlyossága attól függ, hogy milyen fokú a felszívódási zavar. Lehet teljes, minden tápanyagot érintő, parciális, azaz néhány anyagra vonatkozó vagy izolált, azaz egy-egy anyag malabszorpciója. Nem nehéz felismerni a vizes, voluminózus hasmenést, fogyást okozó, vérszegénységgel, vas-, kalcium-, fehérjehiánnyal, alacsony koleszterin-, protrombinszinttel járó álla-



potot. Ilyenkor a beteg gyenge, oedemái, esetleg suffusiói is vannak, végtagszibbadásra, paraesthesiára, hangulatváltozásra, esetleg tetaniára, hajhullásra, körömtörésre, farkasvakságra panaszkodik. Felnőttkorban az ilyen kifejezett tünetek ritkák. Jóval gyakrabban fordul elő, hogy néhány ion, vitamin hiánya miatt szegényes tünetek jelentkeznek. Leggyakoribb a tartós, mással nem magyarázható vashiány. Ilyenkor mindig gondolni kell coeliakiára. Felhívhatja a figyelmet a betegségre a menstruációs zavar, ismételt vetélés, hangulatváltozás, korai osteopenia, -porosis. Alopecia, szájnyálkahártya-eltávolítás, psoriasis, körömtörés szintén gyanújel lehet. A dermatitis herpetiformis kapcsolata egyértelmű a coeliakiával. A coeliakia gyakran társul IDDM-mel, más autoimmun betegséggel, IgA-hiánnyal, Down-kórral. Felhívhatja a figyelmet coeliakiára a tartós transzaminázemelkedés, ami mással nem magyarázható.

Lisztérzékenység gyanúja esetén gasztroenterológiai szakrendelésre kell a beteget irányítani. Itt szűrőként történhet antitestvizsgálat, mint például az endomysiumellenes antitest – EMA –, a szöveti transzglutaminázellenes antitest – tTG-AT – vizsgálata, valamint elvégezhető a vékonybélbiopszia a betegség bizonyítására. A coeliakia diagnózisa szövettani megerősítés nélkül nem állítható fel.

A lisztérzékenység sokkal gyakoribb, mint a felismert esetek száma. Európában 1:100 körülire tehető a valódi előfordulás. Szűrni kell a coeliakiások elsőfokú hozzátartozóit, az IDDM-ben, autoimmun thyreoiditisben, autoimmun hepatitisben, Addison-kórban, Sjögren-szindrómában, IgA-hiányban, Down-kórban szenvedőket.

– Kinőheti-e betegségét a coeliakiás gyermek?

– A coeliakia genetikailag predisponált egyéneknél gluténprovokáció hatására manifesztálódó reverzibilis autoimmun enteropathia. A provokáló tényező, a glutén kiiktatása az egyetlen lehetőség a kezelésre. Mivel a genetikai állomány nem változik meg, a betegséget „kinőni” nem lehet. Kétségtelen, hogy vannak olyan esetek, amikor diétahiba ellenére nem jelent-

kezik panasz, de ez nem jelenti azt, hogy a vékonybél nem károsodik. A ritka, úgynevezett latens formában nem ismert pontosan az összefüggés az egyéb hajlamosító tényezőkkel. Ebben a formában nem feltétlenül párhuzamos a szöveti eltérés a gluténexpozícióval. A felismert coeliakiát életre szóló állapotnak kell tartanunk, tehát a diéta nem függeszthető fel.

– Milyen diétára szorul a coeliakiás beteg, illetve milyen szövődményei lehetnek a nem megfelelően kezelt betegségeknek?

– A kezelés alapja a gluténmentes diéta, amit a betegnek egész életén át tartania kell, függetlenül a klinikai állapottól. A búza, rozs, árpa és származékai teljes mértékben tiltottak, a zab provokáló szerepe nem egyértelmű.

A látszólag egyszerű kezelés betartása nem mindig könnyű. Külön nehézséget jelent, hogy szinte lehetetlen minden ételismiszer gabona-, illetve gliadintartalmának ismerete. Tiltott ételek: a búza minden formában (liszt, búzacsíra, korpa), rozs, árpa, durum-búza, maláta, sör, többkomponensű ételismiszerek, mint konzervek, levesporok, instant kávé és kakaó, praliné, egyes felvágottfélék. Megengedett: a burgonya, rizs, kukorica, cirok, köles, hajdina, bab, borsó, szója, gyümölcsök, zöldségfélék, húsok, halak, tejtermékek, a zab kérdéses.

A gyári készítmények esetében mindig keresni kell a „gluténmentes” vagy a „lisztérzékenyek is fogyaszthatják” feliratot.

A nem megfelelően kezelt betegség esetén természetesen lehetnek szubjektív tünetek, hasi panaszok, székletproblémák, hiánytünetek (anaemia, vashiány, kalciumhiány stb.), korai osteoporosis, ismétlődő vetélés, menstruációs zavar, pszichés változások. Ha szubjektív tünetek nincsenek is, a vékonybél malignus daganatainak, különösen a lymphoma kockázata sokszorosa, harminc-százszorosa az átlagpopulációénak.

– Mi az oka a coloncarcinoma sebészi, kemoterápiás és sugárkezelése után hetekig tartó, napi 15–20 székürítésnek? Mivel lehet ezt a testetlket nagyon megterhelő jelenséget kezelni, befolyásolni?

– Az említett, alig befolyásolható hasmenéssel főleg rectumtumor kombinált kezelése után találkozunk. Jobb oldali hemicolectomia után a hasmenés inkább csak átmeneti, a műtét után legfeljebb néhány hétig tart, vagy lehet a kemoterápia ugyancsak múlt mellékhatása. Súlyos problémát okoz az irradiációs colitis, proctitis, ami egyéb okból történt irradiáció következménye is lehet. A hasmenés, gyulladás nagyon nehezen befolyásolható. Meg lehet próbálni sulphasalazin (Salazopyrin), 5-ASA készítmények (Salofalk, Pentasa, Dipentum) adását. Segíthet metronidazol, probiotikumok adása is. A loperamid, a Reasec, a carbo activatus szintén enyhíthet a tüneteken. Sokszor azonban a hasmenés szinte befolyásolhatatlan, elviselhetlenné teszi a beteg mindennapjait, különösen, ha kontinenciaproblémával is párosul. Végső esetben a székletdiverzió lehet a megoldás. Az anus sigmoideus mellett az életminőség jobb, ugyanakkor a kiiktatott bélszakasz jobban gyógyul, így később esetleg a stoma zárható.

– Vállalhat-e a gyulladásoos bélbetegségben szenvedő beteg terhességet? Szedheti-e a gyógyszereit graviditás és szoptatás alatt?

– A gyulladásoos bélbetegségben szenvedő beteg is vállalhat terhességet, de lehetőleg akkor, amikor tartósan, azaz legalább három hónapja remisszióban van. A terhesség alatti relapsus ilyen esetben, különösen Crohn-betegségben, nem valószínű. A terhesség lefolyását, a magzat állapotát a betegség aktivitása sokkal jobban befolyásolja, mint az alkalmazott gyógyszerek. A bevált fenntartó kezelésen tehát nem szabad változtatni. Terhesség alatt is szedhető a Salazopyrin, az 5-ASA-készítmények, az Imuran, sőt, a szteroid is. Utóbbi fenntartó kezelésre nem javasolt, de relapsus esetén adható. Szoptatás alatt szedhető a Salazopyrin és az 5-ASA-származékok, de az immunszuppressziót jobb felfüggeszteni.

– Mikor indokolt a Crohn-beteget infliximabbal kezelni? Hol és hogyan történik a terápia?

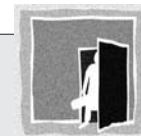
– Az infliximab-, vagyis a Remicade-kezelés indikációja a tartósan aktív, il-



letve fisztulázó, egyéb terápiára nem, vagy nem kellően reagáló Crohn-betegség. A kezelés kijelölt gastroenterológiai centrumokban történik. Az indukciós kezelés három alkalommal

– a 0., a 2. és a 6. héten – adott infúzióból áll. Ha az első infúzió után semmilyen hatás nem mutatkozik, akkor a kezelést nem érdemes folytatni. Ha a terápia eredményes volt, akkor fenn-

tartó kezelés is szóba jön olyan esetekben, ha néhány hét után romlás következik be. Rendszerint nyolchetenként (8–12 hét) lehet az infúziót ismételni.



VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!

JÚLIUS: UTAZÁSI BETEGSÉGEK

A nyár a szabadság, az utazások ideje. Ma az utazók nem csupán közeli célokat, de egzotikus, távoli országokat is választanak. Mindannyian adtunk már tanácsot a nyaralni, utazni indulóknak, hogy az útipatika mit tartalmazzon, az utazás során mire ügyeljenek, mitől tartózkodjanak.

A prevenció az utazók betegségeivel kapcsolatban különös fontosságú. Több országba csak megfelelő védőoltások birtokában engednek be. Az Országos Közegészségügyi Intézetben működő Nemzetközi Oltóközpont naprakész információkat nyújt az utazni szándékozóknak, és az oltások beadását is vállalja.

A kérdésekre dr. Ludwig Endre professzor, a Szent László Kórház osztályvezető főorvosa és dr. Jelenik Zsuzsanna főorvos, a Nemzetközi Oltóközpont vezetője válaszol.

AUGUSZTUS-SEPTEMBER: CARDIOVASCULARIS BETEGSÉGEK

A cardiovascularis betegségek világszerte a halálozási statisztikák élvonalában szerepelnek. A myocardialis infarctus, a stroke, a thrombosis kialakulásához vezető megbetegedések, mint például a magas vérnyomás, az érszűkület, a szív-, és koszorúér-betegség, az anyagcsere-elváltozások kezelésére kifejlesztett újabb és újabb gyógyszerek közötti eligazodás sok kérdést vethet fel.

A primer és a szekunder prevenció, a terápia, illetve a rehabilitáció a mindennapi gyakorlat egyik legizgalmasabb kihívása.

A kérdések beküldési határideje: 2005. június 24.

A kérdésekre dr. Préda István professzor, az Országos Gyógyintézeti Központ kardiológus osztályvezető főorvosa válaszol.

OKTÓBER: KRÓNIKUS OBSTRUKTÍV LÉGÚTI BETEGSÉGEK

Az esős évszak a megfázások, a köhögéssel, fulladással járó megbetegedések ideje. Ez az időszak a krónikus légúti betegségben szenvedők számára különösen nehéz.

Az idült hörghurutban szenvedő betegek száma az Egyesült Államokban két évtized alatt 60%-kal nőtt, és sajnos nálunk is egyre többen betegszenek meg. A betegség diagnosztizálásában, kezelésében született új tudásanyag ismerete az alapellátás számára is nélkülözhetetlen. E tudásanyag átültetése a gyakorlati életbe kérdéseket vet fel, amelyekre rovatunkban megpróbálunk választ adni.

A kérdések beküldési határideje: 2005. augusztus 17.

A kérdésekre dr. Herjavec Irén, a Korányi Tbc és Pulmonológiai Intézet professzora válaszol.

Kérdéseiket maximum 10 sorban, reflexióikat egy kéziratoldalon terjedelemben fogalmazzák meg! A válaszok a felkért szakemberek egyéni szakmai tapasztalatát és véleményét tükrözik.

Kérjük, hogy leveleiket az alábbi címre küldjék:

DR. KRAMER IMRE
Postacím: Lege Artis Medicinae,
1539 Budapest, Pf. 603.
E-mail: haziorvosiforum@lam.hu