



FÓKUSZBAN A GYOMORSAV- TERMELÉS ZAVARAI ÉS KEZELÉSÜK

Az olvasók kérdéseire szakértő válaszol



A téma szakértői:
dr. Lonovics János
professzor

dr. Simon László
professzor



– A gastrooesophagealis reflux betegség (GERD) diagnózisának felállítását követően ma általánosan elfogadott az azonnali protonpumpagátló (PPI) kezelés, amelyet a tünetek mérséklődésével párhuzamosan leépítünk („step-down”-terápia). Újabbán egyre hosszabb ideig tartó kezelést javasolnak. Miért? Valóban ez a költséghatékony terápia?

– A klinikai vizsgálatokon alapuló adatok elemzése során egyértelmű megállapítást nyert, hogy a protonpumpagátló kezelés a leginkább költséghatékony terápia a GERD-nek. A protonpumpagátlók a leghatékonyabb gyógyszerek mind a klinikai tünetek (oesophagealis és extraoesophagealis) befolyásolásában, mind az oesophagitis gyógyításában. A kezelés időtartama függ a klinikai tünetek és a morfológiai eltérések súlyosságától: bizonyos esetekben tarthat akár élethosszig, más esetekben elégséges lehet a szükség szerinti, úgynevezett „on demand” terápia is. Az erozív oesophagitisrel járó formában (ERD), a súlyosság fokától függően négy-nyolc hétig napi egyszer vagy kétszer adott kezdő protonpumpagátló terápia szükséges, amelyet fenntartó kezelés követ. A fenntartó kezelésre szintén a protonpumpagátlók bizonyultak a leghatékonyabbaknak. Dózisuk csökkentésére a „step-down” stratégia szerint tehetünk kísérletet; az enyhébb formákban (Los Angeles

A és B stádium) a dózis felezésével, a súlyosabb formákban (Los Angeles C és D stádium) a protonpumpagátló adagolásának csökkentésével. Nem erozív refluxbetegség (NERD) esetén általában négyhetes, standard dózisú protonpumpagátló kezeléssel kezdjük a terápiát, a fenntartó kezelést a dózis felezésével vagy szükség szerinti adagolással folytathatjuk. Bizonyos esetekben H_2 -receptor-blokkoló adásával is biztosítható a tünetmentesség.

– A GERD nem gastrooesophagealis tüneteivel foglalkozó konszenzuskonferencián elhangzott, hogy a diagnózist protonpumpagátló teszttel is biztonságosan felállíthatjuk. Mennyi ideig és milyen dózisokban kell adni ilyenkor a gyógyszereket? Ellentmondásnak tűnik, hogy a diagnózis megállapítása a gasztroenterológus kompetenciája, de a kontrollvizsgálatokra és a gyógyszerek felírására a háziorvoshoz jön a beteg. Áthidalható-e ez a probléma?

– Az extraoesophagealis tünetekkel járó GERD diagnosztizálására a leginkább specifikus diagnosztikus eljárás valóban a megfelelő ideig alkalmazott protonpumpagátló teszt, mivel ez az egyetlen gyógyszeres kezelés, amelyvel bizonyítható a savas reflux és a klinikai tünetek közti oksági összefüggés. A tesztet a napi protonpumpagátló dózisának kétszeresével kell végezni. Mellkasi fájdalommal járó

GERD esetében a mellkasi fájdalom frekvenciájától függően kettő-nyolc hétig, asthmás légzésvisszatartással járó GERD esetén három hónapig alkalmazzuk a tesztterápiát, krónikus köhögés esetén szükséges lehet ennél hosszabb tesztkezelésre is. A tesztet elvileg bárki, így a háziorvos is alkalmazhatja. A félreértés valószínűleg abból adódik, hogy a 90%-os támogatást biztosító terápiás javaslat rendeletileg a gasztroenterológus kompetenciájába tartozik.

– Károsodhat-e irreverzibilisen a hónapokig tartó savközömbösítő, H_2 -receptor-blokkoló, illetve protonpumpagátló kezelés következtében a gyomor alapvető élettani funkciója, nem áll-e fenn a krónikus gastritis kialakulásának lehetősége? Milyen kontrollvizsgálatok ajánlottak ilyen esetekben?

– A tartós H_2 -receptor-blokkoló és protonpumpagátló kezelés során nem károsodik a gyomor alapvető élettani funkciója. Tartós antiszekréciós kezelés során mérsékelt hypergastrinaemia alakulhat ki, azonban sem carcinoid tumor, sem carcinoma kialakulását nem észlelték az eddigi, immár több mint egy évtizede tartó kezeléseket során. *Helicobacter pylori*-infekció egyidejű fennállása esetén a protonpumpagátló okozta erőteljes savgátlás fokozhatja a gastritis progresszióját, ilyenkor ajánlatos a baktérium eradikációja.

Köszönjük olvasóinknak a beküldött kérdéseket.



– **Mikor indokolt a parenteralis protonpumpagátló kezelés? Folytathat-e a családorvos ilyen terápiát?**

– A parenteralis protonpumpagátló kezelés a felső gastrointestinalis vérzések ellátásának részét képezi, és mint ilyen, a gasztroenterológus kompetenciájába tartozik, intézeti ellátás keretében. A választott gyógyszert általában infúziós pumpával folyamatosan adagolva, két-három napig indokolt adni.

– **A protonpumpagátlók a gyomorfal protonpumpa-funkcióját gátolják. Befolyásolják-e a gyomornyálkahártya, a hisztaminreceptorok működését, illetve a gyomor motilitását? Vannak-e lényeges különbségek az egyes protonpumpagátlók között?**

– A protonpumpagátlók direkt módon nem befolyásolják a gyomornyálkahártya, illetve a hisztaminreceptorok működését és a gyomor motilitását. A hypergastrinaemiáról és az egyidejű *Helicobacter pylori*-fertőzés esetén leírt gastritis progressziójáról a fentiekben már történt említés.

Az egyes protonpumpagátlók között farmakokinetikai és farmakodinámiai különbségek vannak. Az omeprazol farmakokinetikai tulajdonságai a legkevésbé kedvezőek, e szer terápiás hatása a legrövidebb. Az omeprazol alkalmazása esetén kell számolnunk a legtöbb gyógyszer-interakcióval. A lansoprazol, a pantoprazol, a rabeprazol és az esomeprazol esetében a szekréciógátló hatás tartósabb, kiszámíthatóbb, a gyógyszer-interakciók száma elenyésző. A hatás gyors kifejlődése, a dóziszfüggő plazmakoncentráció-emelkedés és a 24 órás pH-kontroll különösen alkalmassá teszi őket a GERD legsúlyosabb formáinak és szövődményeinek kezelésére is.

– **Mennyiben hatásosabbak az újabb protonpumpagátló készítmények (esomeprazol, lansoprazol, pantoprazol, rabeprazol) az elsőként bevezetett omeprazolnál? Az egyénre szabott gyógyszerelés elvének szem előtt tartásával minek alapján ítélné meg a háziorvos, hogy betegének első generációs vagy modernebb készítményt ajánljon, esetleg H₂-receptor-blokkolót vagy antacidot írjon fel?**

– Az újabb protonpumpagátlók előnyösebb farmakokinetikai tulajdonságokkal rendelkeznek, mint az omeprazol. Az omeprazol hatástartama relatíve rövid, ezért gyakran kétszeres dózist kell alkalmazni, hogy a klinikai tüneteket csökkentjük. A hatás kifejlődéséhez (például a gyomorégés megszüntetéséhez) omeprazol esetén több napra van szükség, míg az esomeprazol alkalmazása mellett a hatás lényegesen hamarabb jelentkezik. Ebből a szempontból a leghatásosabb a rabeprazol, itt a hatás már az első napon megmutatkozik. A modern protonpumpagátló készítmények ideális gyógyszerek a GERD legkülönbözőbb formáinak kezelésére (a 24 órás pH-kontroll ezekkel érhető el a legbiztonságosabban!), a nem szteroid gyulladásgátlók esetleges mellékhatásainak megelőzésére, a felső gastrointestinalis vérzések kezelésére. A GERD enyhe klinikai tünetekkel járó eseteiben az omeprazol előnyben részesítjük a H₂-receptor-blokkolókkal szemben. Ez utóbbiakat és az antacidumokat önmagukban nem adjuk a mindennapi gyakorlatban a refluxbetegség tartós kezelésére. Gyorsan kialakuló szekréciógátló vagy savközbősítő hatásuk miatt kiválóan alkalmasak az úgynevezett fekélyszerű tünetek vagy a gyomorégés „azonnali” (átmeneti) kupírozására, főleg on demand alkalmazási formában.

– **Ha a GERD kezelésekor gasztroszkópia végzése nélkül alkalmazunk gyors tünetmentességet eredményező protonpumpagátló terápiát, nem kockáztatjuk-e az esetlegesen már „in situ” stádiumban lévő Barrett-oesophagus, illetve nyelőcső-carcinoma felismerésének veszélyét?**

– Ez valós dilemma. Mivel a Barrett-oesophagusnak vagy az ennek talaján kialakuló in situ carcinomának nincs specifikus tünete, a refluxos tünetek empirikus terápiája során az irodalom szerint indokolt legalább egyszer elvégezni az endoszkópiát.

– **A régi orvosok sok következtetést tudtak levonni a beteg külleméből, ismerjük az úgynevezett gyomorbeteg kinézetű, leptosom alkatú embertípust. Ma egyre több piknikus alkatú beteg szenved GERD-ben**

vagy ulcusban. Mi erre a magyarázat?

– A gyomorbeteg kinézetű, leptosom alkat mindig is inkább a gyakori recidiváktól szenvedő nyombélfekélyes betegek volt a jellemző, nem pedig a GERD-től szenvedőkre. A GERD-es betegek között valóban sok a piknikus, elhízott személy, de a normális testsúly nem zárja ki a refluxbetegséget. Tehát a fenti fenotipikus megnyilvánulások nem tekinthetők a diagnosztikában felhasználható egyértelmű, specifikus jeleknek. Megjegyzendő, hogy az NSAID indukálta fekély nagyon gyakran idős, elhízott betegekben alakul ki, mivel ebben a korban gyakoriak azok a mozgásszervi panaszok, amelyek az NSAID-kezelés indikációját jelentik.

– **Belgyógyászati tanulmányokból ismeretes, hogy vannak betegségek, amelyek bizonyos vércsoportú populációban gyakrabban fordulnak elő. Ilyen megfigyelés például az A vércsoportúak között a gyomorrák gyakoribb előfordulása. Van-e hasonló megfigyelés a GERD-del, illetve a nyelőcső-carcinomával kapcsolatban? Lett-e a genetikai vizsgálatoknak a gyakorlat szempontjából is hasznosítható eredménye?**

– Olyat, hogy a GERD bizonyos vércsoportú emberek körében gyakrabban fordulna elő, nem említene az irodalomban. Néhány irodalmi adat utal genetikai elváltozás etiológiai szerepére a GERD kialakulásában (*Hu FZ, et al. JAMA 2000;284:325-34.*) Ezek szerint olyan családokban, ahol halmozottan fordult elő GERD, sikerült lokalizálni a putatív GERD-gént a 13q14 kromoszómán; a vizsgálatok alapján feltételezik, hogy a GERD az autoszomális domináns öröklésmintát követi. Ezeknek a megfigyeléseknek azonban jelenleg nincs hasznosítható eredménye a gyakorlati diagnosztikában.

– **Vérző gyomorfekély esetén a protonpumpagátló kezelésnek többek között thrombocytaaggregációt elősegítő szerepe is van – ezáltal csökken a vérzésveszély. Szakmailag indokolt esetekben folytathatunk-e ilyenkor thrombocytaaggregáció-gátló kezelést?**



– Vértő gyomorfekély esetén a gyomorsósav a pH lokális csökkentése által gátolja a trombocitaaggregációt. A protonpumpagátló kezelés nem direkt módon, hanem a savszekréció drasztikus csökkentése révén segíti elő a trombocyták aggregációját, a koagulum kialakulását és a vérzés megszűnését. Az életveszélyt jelentő fekélyvérzés esetén elsődleges célunk a primer hemosztázis biztosítása, a vérzés biztonságos megállítása, amelynek csak egyik komponense a protonpumpagátló kezelés. A vérzés megszüntetését követően, szakmailag indokolt esetekben, folytatható a trombocitaaggregáció-gátló kezelés megfelelő protonpumpagátló védelemben.

– Egyre több beteg szed folyamatosan nem szteroid gyulladásgátlót vagy acetilszalicilsavat. Kiknél indokolt a gyógyszeres gastroprotekción?

– A nem szteroid gyulladásgátlókat és acetilszalicilsavat szedő betegek közül a nagy rizikójúak csoportjába tartozók (65 év feletti életkor, korábbi ulcus az anamnézisben, tartós szteroidterápia, antikoaguláns, illetve trombocitaaggregációt gátló kezelés) esetében indokolt a preventív protonpumpagátló kezelés, amely mai adataink alapján szignifikánsan csökkenti az eróziók és a fekélyek kialakulását és az ezekből származó vérzéses szövődményt. Az EüM rendelet 13. b) pontja alapján az ilyen betegek számára, gastroenterológus javaslatára, 90%-os támogatással rendelhető a protonpumpagátló készítmények.

– Van-e különbség az egyes NSAID gyógyszerek között a gastrointestinális szövődmény veszélye szempontjából? Mi a szakma jelenlegi álláspontja a coxibokkal kapcsolatosan?

– Az egyes, úgynevezett nem szelektív NSAID-ek között lényeges különbségek vannak, amelyek jól mérhetőek a COX-1 és COX-2 izoenzimre kifejtett gátlási képességük alapján. Minél jobban gátolja az adott NSAID a COX-1 izoenzimet, annál nagyobb a gastrointestinális szövődmények előfordulásának veszélye. Elvileg ennek

kiküszöbölésére fejlesztették ki a szelektív COX-2 izoenzimet gátló gyógyszereket. A coxibok valóban szignifikánsan csökkentették ezeket a szövődményeket, azonban éppen nagyfokú szelektivitásuk miatt életet veszélyeztethet cardiovascularis mellékhatásokat (infarktus, stroke) válthatnak ki. Emiatt a rofecoxibot már kivonták a forgalomból.

– A kardiológusok egyre bátrabban, egyre nagyobb dózisokban adják az acetilszalicilsavat. Nem ritka, hogy az ilyen betegek számos egyéb gyógyszert is szednek, például NSAID-okat. Melyek a legfontosabb gyógyszer-interakciók? Van-e az acetilszalicilsavnak úgynevezett tolerálható küszöbdózisa?

– A kardiológusok gyakorlatában az acetilszalicilsav (ASA) adagolása az utóbbi időben valóban egyre jobban elterjedt. Úgynevezett tolerálható küszöbdózis nem határozható meg pontosan, a szakirodalom adatai szerint – más gyomornyálka-károsító vagy alvadásgátló szert nem szedve – a napi dózis általában 75–100 mg. Ez azonban mindig individuális, a klinikai gyakorlatban ilyen dózisok mellett is találkozhatunk súlyos, akár életet is veszélyeztető vérzésekkel. Különösen veszélyes, ha a beteg ezzel párhuzamosan nem szteroid gyulladásgátlót, alvadásgátlót (kumarin-származékokat, más trombocitaaggregáció-gátlókat), esetleg szteroidot is szed. A kérdés megválaszolása során külön fel kell hívni a figyelmet a nagy kockázatú betegcsoportokra, akiknek az esetében mindenképpen indokolt a rendszeres, legtöbbször standard dóziszú protonpumpagátlóval biztosítható gastroduodenalis nyálkahártya-védelem. Erre jelenleg jó lehetőséget ad a rendeletben rögzített 90%-os OEP-támogatás.

– Ajánlható-e a protonpumpagátló kezelés szekunder prevenció céljából korábbi oesophagusvarix-ruptura után?

– Az oesophagusvarix-ruptura megfelelő ellátása (szklerotizáció, ligatura, végső esetekben jól meghatározott javallatok alapján a TIPS) után a szekunder prevenció legfontosabb ténye-

zője a teljes alkoholabsztinencia és propranolol adása. Amennyiben a varixvérzés (ruptura) kiváltásában feltehető a refluxbetegség etiopatogenetikai szerepe, értelemszerűen indokolt a protonpumpagátló kezelés szekunder prevenció céljából. Ha a reflux szerepe kizárható, ez a fajta prevenció nem szükséges.

– Tapasztalati tény, hogy a Helicobacter pylori eradikációja során az amoxicillin és a klarithromycin a két leghatásosabb antibiotikum. Mi a metronidazol szerepe, és mi a szakvélemény az azitromycin alkalmazásáról?

– A *Helicobacter pylori*-fertőzés első vonalbeli terápiája továbbra is a maastrihti konszenzus irányvonalain alapuló, a metaanalízisek szerint 72–86%-ban hatásos, klasszikus hármass kezelés: hét napig, napi kétszer standard dóziszú protonpumpagátló (nincsenek szignifikáns különbségek az egyes protonpumpagátlók hatásossága között)+2×1000 mg amoxicillin+2×500 mg klarithromycin. Penicillin-érzékenység esetén természetesen az amoxicillin helyett metronidazol alkalmazható 2-3×4-500 mg dózisban. A metronidazol az első vonalban is alkalmazható a klarithromycin vagy az amoxicillin helyett, de tekintettel az egyre növekvő metronidazolrezisztenciára, ezeknek a protokolloknak a hatásossága sokszor kisebb. A legritkább esetben alkalmazunk azithromycint (Sumamed) a gyakorlatban, nem állnak rendelkezésre értékelhető nagy vizsgálati eredmények. Az eradikáció sikertelensége esetén (második lépcső) a tetracyclin+bizmut+protonpumpagátló+metronidazol kombináció jön szóba (főleg a most már kimutatható és terjedő klarithromycinrezisztencia esetén).

– A Helicobacter pylori gyakran okoz gyomorpanaszokat dohányosoknál, mivel a baktérium virulensebb a nikotinos gyomornedvben. Fokozottabb-e a malignus folyamatok kialakulásának veszélye a dohányosoknál? Mi a szakma álláspontja a GERD-es betegek kávéfogyasztásával kapcsolatosan?

– A kérdésfelvetés nem egyértelmű. A dohányzás etiológiai szerepe bizo-



nyitott a tüdőrák és a nyelőcső laphámrákja esetében. Ugyanez vonatkozik a *Helicobacter pylori* a gyomorrák kialakulásával kapcsolatban. Ismeretes azonban, hogy a gyomorrák is olyan polietiologájú kórkép, amelynek kialakulásában sok egyéb faktor, többek között a dohányzás is szerepet játszik.

A kávé fokozza a gyomorsósav szekrécióját, ezért egyértelműen javasolható, hogy a GERD-es betegek ne fogyasszanak kávé, de más, savszekréciót stimuláló ételt, italt se.

– Ha szerológiailag *Helicobacter pylori*-pozitív, a GERD jellegzetes tüneteitől szenvedő betegemnél a maastrichti konszenzus szerinti, módosított eradikációs kezelést végzem, mennyi idő múlva várhatom a szerológiai negativitást?

– A *Helicobacter pylori*-pozitív betegek a sikeres eradikációs kezelést követően általában fél év után válnak szerológiailag negatívvá. Kialakulása a sikeres eradikáció és nem a beteg GERD-státusának a függvénye.

– Eradikációt követően milyen vizsgálattal kell ellenőrizni a terápia eredményét, és mi a teendő, ha a kezelés eredménytelen maradt?

– A sikeres eradikáció tényét a C¹³-urea-kilégzési teszttel ajánlatos ellenőrizni. Sikertelen eradikáció esetén a szakma szabályai szerint a kezelést meg kell ismételni. Fontos megvizsgálni, hogy a beteg megfelelően kooperál-e, mivel sok esetben ennek hiánya a sikertelenség oka. Megjegyzendő, hogy típusos tünetekkel járó *Helicobacter pylori*-pozitív duodenalis ulcus esetén az eradikációt követő tartós panaszmentesség klinikailag sikeres eradikációra utal.

– Számos gastrointestinalis megbetegedés esetén ajánlják a probiotikumok szedését: GERD-ben, vérző ulcusban, funkcionális dyspepsiában. Milyen betegségek esetén és milyen eredménnyel alkalmazhatók ezek a készítmények?

– A probiotikumok alkalmazása akár önmagukban, akár gyógyszeres terápia kiegészítőjeként egyre nagyobb

teret hódít a gyógyításban. A GERD (NERD vagy ERD) bármilyen formája esetén nincs különösebb értelme a probiotikumok szedésének, csak akkor, ha a betegséghez dysbacteriosis által provokált meteorismus társul, amely az inkompetenssé váló nyelőcsősphincter miatt fokozhatja a reflux gyakoriságát. Vérző fekélyben nem ajánlott a probiotikumok adása. A dyspepsia tünetcsoport nem kivizsgált eseteiben a panaszokat okozhatja a vékonybél bakteriális kontaminációja, ilyenkor hasznos a probiotikumok szedése. Ezeket a készítményeket elsősorban a belek dysbacteriosisának, illetve a gyulladással és irritábilis bélbetegségek gasztroenterológus által indikált eseteinek kezelésénél kell alkalmazni.

– Bizonyos szerek alkalmazásában ma a szükség szerinti „on demand” kezelést tartjuk a legmegfelelőbbnek. Alkalmazhatók-e a protonpumpagátlók hasonló elv alapján, és milyen esetekben?

– A H₂-receptor-blokkolók gyors szekréciógátló hatásuk miatt alkalmazhatók – „on demand” adagolási formában – az úgynevezett savval kapcsolatos panaszok (éhségfájdalom, gyomorégés) tüneti kezelésére. A protonpumpagátlók „on demand” alkalmazása a hatékony iniciális kezelés hatására tünetmentessé váló NERD és ERD enyhe formáinak fenntartó kezelésében nyert polgárjogot. Elvileg a leggyorsabban ható protonpumpagátló, a rabeprazol hasonló módon történő alkalmazása is megfelelőnek tűnik – a H₂-receptor-blokkolók analógiájára – a savval kapcsolatos panaszok tüneti kezelésére.

– Az utóbbi években ismertük meg a nem erózív gastrooesophagealis reflux (NERD) fogalmát. Tekinthető-e ez önálló klinikai entitásnak? Milyen vizsgálatok szükségesek a NERD diagnózisának felállításához, vagy a beteg panaszai adnak támpontot a kezelés megválasztásához?

– A refluxbetegség minden formájának, alcsoportjának (ERD, NERD, Barrett-oesophagus) közös jellemzője, hogy a nyelőcsőbe vagy a légutakba jutó gyomor-, illetve duodenum-

bennék (refluxatum) klinikai tüneteket (oesophagealis, extraoesophagealis) vagy morfológiai eltéréseket (eróziók, Barrett-metaplasia stb.) okoz. Az egyes alcsoportok GERD-en belüli és nem attól eltérő klinikai entitások. Az alcsoportok között azonban természetes lefolyásukban, szövődményeikben, prognózisukban, terápiás reakciókészségükben olyan jelentős eltérések vannak, amelyek alapján egymástól elég jól megkülönböztethetők, tehát egymástól sok tulajdonságban eltérő entitások. A klinikai tünetek (oesophagealis és extraoesophagealis) alapján nem különíthetők el, de ismert tény például, hogy NERD-ben sokkal kínzóbb és gyakoribb a gyomorégés, mint a precancerosus állapotnak tartható Barrett-oesophagusban. Véleményünk szerint az atípusos tünetek (respiratorikus tünetek, mellkasi fájdalom stb.) esetében is fel kell vetődnie a GERD gyanújának, és ilyenkor az empirikus terápiás teszttel (protonpumpagátló teszt) lehet igazolni a savas reflux etiológiai szerepét. Ha jó a terápiás válasz, akkor a beteg állapotának megfelelően kell folytatni a szekréciógátló kezelést. Az alcsoportok elkülönítése (NERD, ERD, Barrett-oesophagus), ha ennek szükségessége felmerül a háziorvosban, csak endoszkópos vizsgálattal lehetséges. A további diagnosztikai finomítások (savas és nem savas reflux elkülönítése, NERD-alcsoportok analízise stb.) a gasztroenterológus kompetenciájába tartoznak.

– Van-e összefüggés a GERD és a Barrett-oesophagus, illetve a MALT-lymphoma előfordulása között?

– A Barrett-oesophagus a GERD speciális megnyilvánulási formája. A legújabb klasszifikációban – NERD, ERD, Barrett-oesophagus – külön alcsoportot képez. A Barrett-oesophagus a GERD-betegek kevesebb mint 5%-ában fordul elő. Mivel az elváltozás praecancerosus állapotnak tekintendő, szükséges a betegek endoszkópos és hisztológiai követése. A GERD és a MALT-lymphoma között nincs összefüggés, a gyomor alacsony malignitású MALT-lymphomája a *Helicobacter pylori*-infekcióval mutat korrelációt.



– NERD esetén lehet-e a betegnek javasolni, hogy amikor panasa jelentkezik, vegyen be egy tablettát protonpumpagátlót vagy H₂-receptor-blokkolót (tehát szükség esetén), és ha ez beválik, akkor nem kell vizsgálatra vagy kontrollra mennie?

– Utalok az előző kérdés-feleletre. Egyik betegre sincs ráírva, hogy a refluxbetegség (GERD) melyik alcsoportjától (ERD, NERD, Barrett) szenved. A beteg klinikai tünetekkel (gyomorégés, savas regurgitáció stb.) jelentkezik (és nem azzal, hogy NERD-je van), amelynek alapján refluxbetegségre lehet gondolni. Típusos panaszok esetén nyugodtan rendelhetünk protonpumpagátlót vagy H₂-receptor-blokkolót minden vizsgálat nélkül, és ha megszűnik a gyomorégés, akkor megállapíthatjuk, hogy a betegnek savas reflux okozta betegsége van. Ebben az esetben egy „on demand” terápiás tesztet végeztünk. Ezt követően folytatható az empirikus terápia, de az az orvos felelőssége, hogy ezt meddig alkalmazza minden egyéb vizsgálat nélkül. A dilemmákat illetően utalunk az előző válaszra.

– A GERD és a fekélybetegség terápiája során mikor válik szükségessé a sebészi beavatkozás? Mikor és milyen eredménnyel alkalmazzák a laparoszkópos sebészeti lehetőségeket? Kell-e az operált betegnek protonpumpagátlót vagy H₂-blokkolót szedni a műtétet követően?

– Egyszerűbb kérdés a fekélybetegségek sebészi terápiája. A *Helicobacter pylori*-eradikáció bevezetése óta drámaian csökkent a terápiarezisztencia miatt végzett reszekciók száma. A legtöbb esetben csak endoszkóposan nem csillapítható, életet veszélyeztető vérzés, perforáció vagy a nagy és rossz helyeken lévő fekélyek miatt kialakuló stenosis, tehát a fekélybetegség szövődésményei miatt kerül sor műtetre. Kivétel talán a 8–12 hetes intenzív és adekvát kezelésre nem gyógyuló gyomorfekély, amely mindig a malignus elfajulás veszélyét rejt magában.

A GERD műtéti kezelése az utóbbi évtizedekben sokat fejlődött, itt a biztonságos laparoszkópos megoldások nyertek teret. Ki kell emelni, hogy a műtéti javallat mindig a beteg, a háziorvos, a gasztroenterológus és a sebész konzultációjának eredménye kell legyen, csak igen alapos gasztroenterológiai vizsgálatok (endoszkópia, motilitásvizsgálatok, manometria stb.) után állítható fel, és fontos, hogy az ilyen beavatkozásban igen jártas sebész szakemberre bízunk elvégzését. Az antirefluxműtét javallatai:

- protonpumpagátló-dependencia,
- nagy hiatushernia és GERD,
- súlyosan defektív LES (megtartott nyelöcsőtest-funkció),
- társuló biliaris reflux,
- Barrett-metaplasia (megtartott nyelöcsőtest-funkció mellett),
- korrektül igazolt volumenreflux,
- nem jól kezelhető NERD és extraoesophagealis manifesztáció,
- fiatal életkor (a beteg véleménye a hosszú távú protonpumpagátló-szedésről perdöntő lehet),
- alacsony ERD-kiújulási rizikó (életmód, testsúly stb.).

Az antirefluxműtétek után a betegek egy része – tünetvezérelt alapon – protonpumpagátló kezelésre szorulhat.

– Mikor indokolt GERD-ben prokinetikumot is alkalmazni? Van-e a cisapridhez hasonló hatásmechanizmusú és hatékonyságú gyógyszer forgalomban, és milyen hazai tapasztalatokkal rendelkezünk a prokinetikumra vonatkozóan?

– A cisaprid kivonása óta nincs olyan prokinetikum forgalomban, amely monoterápia formájában hatásosnak bizonyulna az enyhe tünetekkel járó GERD kezelésében. A savval kapcsolatos tünetek kezelésére ma egyértelműen a protonpumpagátló gyógyszereket használjuk. Amennyiben a GERD tüneteinek gyomorürülési zavarra utaló dyspepsiás tünetek (korai teltségérzés, puffadás, diszkomfortérzés) társulnak, a protonpumpagátló kezelés kiegészíthető prokinetikummal. A hazai gyakorlatban erre a célra

HAZÁNKBAN FORGALOMBAN LÉVŐ PROTONPUMPAGÁTLÓ GYÓGYSZEREK

Omeprazol: Omeprazol, Losec, Omegen, Omeprazole, Probitor, Ulzol
 Pantoprazol: Controloc
 Lansoprazol: Refluxon, Lansogen, Lansone, Lansoprazol
 Liconsa
 Rabeprazol: Pariet
 Esomeprazol: Nexium

A szerkesztőség összeállítása. Forrás: www.pharmindex.hu

a domperidon (Motilium) áll rendelkezésre. Kísérletek folynak a tegaserod (Zelnorm) ilyen indikációban való alkalmazásával is. Megjegyzendő, hogy mindkét prokinetikum hatásossága messze elmarad a cisapridétól.

– Eltér-e a gyermekek esetében a GERD és a fekélybetegség kezelése a felnőttekétől? Milyen gyógyszerekkel szüntethetjük meg a graviditás és szoptatás alatt kialakuló, egyébként PPI-vel kezelendő gyomorpanaszokat?

– Csecsemők és kisgyermekek esetében tartós gyógyuláshoz vezet a pozicionálás, az ételek besűritése, a gastrointestinalis motilitás serkentése (domperidon, metoclopramid), erózív elváltozások eseteiben protonpumpagátló (omeprazol) adása. Műtéti beavatkozásra ritkán, csak jellegzetes anatómiai rendellenességek esetében kerül sor. Nagyon valószínű, hogy gyermekeknél is egyre inkább előtérbe fog kerülni a modern, innovatív protonpumpagátló szerek alkalmazása, ennek jelenleg még regisztrációs nehézségei vannak.

Terhességben és szoptatás alatt ne alkalmazzunk protonpumpagátlókat, illetve H₂-receptor-blokkolókat. A panaszok csökkentésére elsősorban magisztrálisan készített savkötő szereket ajánlhatunk, alapvetően fontos azonban, hogy ezek bizmutot vagy alumíniumot ne tartalmazzanak!



VÁRJUK KÉRDÉSEIKET!

ÁPRILIS: STROKE

A stroke előfordulási gyakorisága világszerte emelkedő tendenciát mutat, növelve ezzel a társadalom terheit is. Magyarországon évente ötvenezer új beteggel, húszezer halálesettel kell számolnunk; az 55 évnél fiatalabb, stroke-os betegek halálózása hatszorosa az európai átlagnak! Ezért ismernünk kell a megelőzés, a kezelés, a rehabilitáció legújabb eredményeit.

A kérdésekre dr. Nagy Zoltán, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet professzora válaszol.

MÁJUS: PSZICHIÁTRIA

A háziorvosi gyakorlat egyik gyakori problémája a pszichiátriai kórképek felismerése, akut pszichózisok esetén az elsősegélynyújtás, az ellátás, valamint a krónikus pszichiátriai betegek gondozása. Háziorvosi Fórumunk e számában főleg a depresszióval és a bipoláris betegségekkel kapcsolatos kérdésekre válaszolunk.

A kérdésekre dr. Ribmer Zoltán, az Országos Pszichiátriai és Neurológiai Intézet professzora válaszol.

JÚNIUS: ONKOLÓGIA

A rosszindulatú daganatok mortalitása egyre inkább megközelíti a halálozási statisztikákat vezető szív-érrendszeri betegségek mortalitását. A daganatos betegségek korai felismerése, helyes diagnózisa, időben megkezdett kezelése és a daganatos betegségben szenvedők gondozása nagy feladat, amelyben a háziorvosnak is jelentős szerepe van.

A kérdések beküldési határideje: április 3.

A kérdésekre dr. Ésik Olga professzor, a Pécsi Tudományegyetem Onkoterápiás Intézetének vezetője válaszol.

Kérdéseiket maximum 10 sorban, reflexióikat egy kéziratoldal 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



AZ INNOVATÍV GYÓGYSZERGYÁRTÓK EGYESÜLETÉNEK SAJTÓKÖZLEMÉNYE

Az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesülete februári tisztújító közgyűlésén, a tavalyi eredményei alapján bizalmat szavazott az elnökségnek.

Az egyesület elnöke Székely Krisztina (Pfizer) lett, immár hetedik alkalommal.

Az elnökség további tagjai: Lara Bezerra-Koenenkamp – Bayer, André Brázay – Novartis; dr. Szabó László – Lilly és Vajda András – MSD.

Az Innovatív Gyógyszergyártók Egyesületének 27 tagvállalata termékeivel a magyar piac 60%-át fedi le, célja a magyar betegek mielőbbi ellátása új, korszerű innovatív gyógyszerekkel.

További információ: Székely Krisztina (06-30-977-5238); Bidló Judit (06-30-210-0349).