

Gastrointestinalis vérzések csecsemő- és gyermekkorban

A Csecsemő- és Gyermekgyógyászati Szakmai Kollégium ajánlása

Definíció és alapvető megállapítások

A gastrointestinalis vérzések a vérzéssel járó kórképek igen jelentős csoportját alkotják. A vérzés forrása az emésztőcsatorna bármelyik pontja lehet a szájüregtől az anusig. Ha a vérzés forrása a Treitz-ligamentum vonala fölött van, akkor felső, ha pedig az alatt helyezkedik el, akkor alsó gastrointestinalis vérzésről beszélünk. Az emésztőcsatorna vérzései a leggyesztőbb tünetek közé tartoznak, amelyekkel a gyermek és a szülő találkozhat, így érthető, hogy jelentkezése esetén gyakorlatilag azonnal orvoshoz fordulnak. Ilyenkor minden esetben részletes kivizsgálás szükséges, a differenciáldiagnózis azonban nem mindig egyszerű, hiszen a vérzés hátterében számtalan ok állhat.

Etiológia

Az alsó és felső gastrointestinalis vérzések szokványos okait, amelyekre első megközelítésben gondolni kell, az 1. és 2. táblázat foglalja össze. A táblázatokban az életkori beosztás csak azt mutatja, hogy az adott vér-

zést okozó kórkép leggyakrabban a megadott életkorban fordul elő, ritkán azonban más korban is jelentkezhet.

Az 1. ábra mutatja a gastrointestinalis vérzések jellemző életkori megjelenését, amely a diagnosztikában fontos támpontot jelent.

A gyomor-bél csatornából eredő vérzések hátterében ritkán egyéb okok is állhatnak, ezeket a 3. táblázatban tüntetjük fel. Számos olyan szisztémás betegség is van, amelynek fennállásakor nagyobb a gastrointestinalis vérzések gyakorisága, és erre az anamnézis felvételénél gondolni kell (4. táblázat).

Tünettan

A felső gastrointestinalis traktusból eredő vérzések esetén elsősorban haematemesis jelentkezik. Amennyiben élénkpiros vér figyelhető meg haematemesis esetén, az erőteljes vérzésre (például varixruptura) utal. A hepatosplenomegalia és az egyéb, krónikus májbetegségre utaló jelek – így a sárgaság, a dobverőujjak, a póknaevusok, a caput medusae és az ascites – meg-

1. TÁBLÁZAT

A felső gastrointestinalis vérzés szokványos okai			
Tünetek	0–2 év	2–12 év	12 év felett
Haematemesis (élénkpiros)	gastritis, ulcus ventriculi (stressz)	gastritis, peptikus fekély, Mallory–Weiss-szindróma, sérülés, oesophagusvarix	gastritis, peptikus fekély, Mallory–Weiss-szindróma, sérülés, oesophagusvarix
Haematemesis (kávészaccszerű)	gastritis, nasogastricus tubus, lenyelt anyai vér	oesophagitis, gastritis (vírus, NSAID, <i>Helicobacter pylori</i>), fundusnyálkahártya prolapsusa, peptikus fekély	oesophagitis, gastritis (vírus, NSAID, <i>Helicobacter pylori</i>), fundusnyálkahártya prolapsusa
Melaena	gastritis, ulcus duodeni	gastritis, ulcus duodeni, oesophagusvarix	gastritis, ulcus duodeni, oesophagusvarix
NSAID: nem szteroid gyulladásgátló			

Az ajánlást összeállította: dr. Arató András, dr. Veres Gábor, dr. Dezsőfi Antal; Semmelweis Egyetem, Általános Orvostudományi Kar, I Sz. Gyermekklinika, 1083 Budapest, Bókay János u. 54.

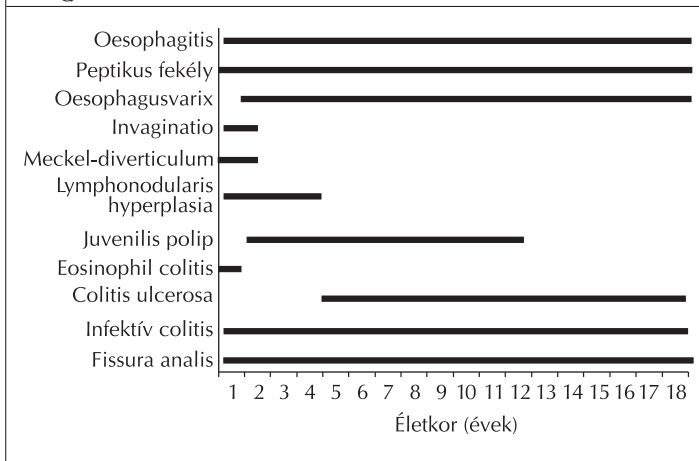
2. TÁBLÁZAT

Az alsó gastrointestinalis vérzések szokványos okai			
Tünetek	0–2 év	2–12 év	12 év felett
Melaena fájdalom nélkül	Meckel-diverticulum		
Melaena fájdalommal, obstrukció, perforáció	NEC, invaginatio, malrotatio, volvulus, bélkettőzet		
Haematochesia hasmenéssel, görcsökkel	fertőzőes colitis, Hirschsprung-enterocolitis	fertőzőes colitis, colitis ulcerosa, Crohn-betegség, HUS, Henoch–Schönlein-purpura	fertőzőes colitis, colitis ulcerosa, Crohn-betegség, HUS, Henoch–Schönlein-purpura
Haematochesia fájdalom és hasmenés nélkül	fissura analis, eosinophil colitis (tehéntejfehérje-allergia)	fissura analis, juvenilis polip, lymphonodularis hyperplasia	fissura analis, proctitis ulcerosa, perianalis Crohn-betegség

NEC: nekrotizáló enterocolitis; HUS: haemolyticus uraemiás szindróma

1. ÁBRA

A szokványos gastrointestinalis vérzések leggyakoribb életkori megjelenése



erősíthetik ezt a gyanút. Tudni kell azonban, hogy a splenomegalia hiánya nem zárja ki a portalis hypertensio következtében kialakult varixrupturát, hiszen a masszív vérzést követően a lép drámai mértékben megkisebbedhet. Kávézaccszerű (denaturált hemoglobint tartalmazó) hányadék pedig gyakran figyelhető meg gastritis, peptikus nyelőcsőfekély vagy nasogastricus szonda okozta trauma esetén (1. táblázat). Az alsó traktusból induló vérzések haematochesiát vagy melaenát okoznak. Haematochesia (piros vér a székletben) elsősorban az alsó béltraktusból kiinduló vérzést jelzi. Természetesen igen masszív, a felső gastrointestinalis traktusból induló vérzések esetén is jelentkezhet melaena. Az alsó gastrointestinalis vérzések jelentkezésekor a vérzésen kívül obstrukcióra és perforációra utaló tünetek fennállhatnak a kiváltó októl függően. Ugyancsak kísérheti a haematochesiát tenesmus (2. táblázat). Súlyos vérzés esetén a beteg sápadt, a végtagok hidegek, és a bőrön testszerte livedo reticularis figyelhető meg.

Diagnózis

Írányelvek a gastrointestinalis vérzés megítélésére

A pontos klinikai megítéléshez alapvetően fontos az alábbi tíz szempont figyelembevétele:

1. A hemodinamikai státust körültekintően kell megítélni.
2. Először a gyakoribb kórképekre gondoljunk!
3. Fontos, hogy figyelembe vegyük a gyermek életkorát.
4. A hányadék és a széklet színe lényeges információval szolgál.
5. A vérzés lokalizációjának és intenzitásának megítélésében nélkülözhetetlen a nasogastricus tubus használata.
6. Gondolni kell arra, hogy a vér nem az intestinalis traktusból vagy nem is a gyermekből származik.
7. Fel kell figyelni a székletürítés szokásos jellegének a megváltozására (tenesmus, hasmenés, obstipatio).
8. Figyelni kell az esetleges obstrukcióra vagy perforációra utaló jeleket.
9. A rectalis vizsgálat elvégzése kötelező.
10. A passázsvizsgálat kerülendő, az endoszkópiát kell előnyben részesíteni.

A hemodinamikai státus megítélésekor fontos tudni, hogy a vérzés első jele a tachycardia. A hematokrit eleinte megtévesztően magas lehet, 24 óra is eltelhet, míg a valószínű viszonyokat jelzi. Igen alacsony hematokritérték sok tünete nélkül arra utal, hogy a vérzés hosszú ideje áll fenn, és ehhez a szervezet képes volt adaptálódni. Ha a hematokritérték hirtelen esett, amit nem indokol a haematemesis, illetve a melaena mértéke, akkor bélhali haematomára vagy vérrel telt bélkettőzet lehetőségére is gondolni kell.

Fontos kiemelni, hogy a gastrointestinalis vérzések elkülönítő diagnosztikájában igen nagy jelentősége van a gyomorszondázásnak, valamint a gyomor fiziológiás

3. TÁBLÁZAT

A gastrointestinalis vérzés ritkább okai a lokalizáció szerint

Oesophagus:

- infektív oesophagitis (Candida, herpes, cytomegalovirus),
- korrozív oesophagitis,
- tableta megakadása okozta oesophagusfekély,
- idegen test,
- kemoterápia okozta mucositis.

Gyomor:

- gyomorkettőzet,
- haemangioma,
- hereditaer haemorrhagiás teleangiectasia,
- portalis hypertensio okozta gastropathia (gyomorvarixok),
- leiomyoma (myosarcoma).

Duodenum:

- haemobilia,
- kettőzet,
- graft versus host betegség.

Vékonybél:

- graft versus host betegség,
- ileumfekély Crohn-betegség következtében,
- lymphoma,
- vascularis malformatio,
- polyposisszindróma (Peutz–Jeghers),
- ileumkettőzet.

Colon:

- arteriovenosus malformatio,
- haemangioma,
- familiaris adenomatosus polyposis.

Anorectum:

- nodus haemorrhoidalis,
- szexuális abusus,
- rectumprolapsus,
- rectumfekély,
- rectumvarix.

4. TÁBLÁZAT

Gastrointestinalis vérzéssel gyakran társuló szisztémás megbetegedések

- Multiplex teleangiectasiák.
- Haemangiómák.
- Klippel–Trenaunay-szindróma.
- Diffúz újszülöttkori haemangioma.
- Törékeny érfal.
- Ehlers–Danlos-szindróma.
- Pseudoxanthoma elasticum.
- Lymphonodularis hyperplasia:
 - IgA-hiány,
 - variabilis immundeficientia.
- Polyposisok:
 - familiaris adenomatosus polyposis,
 - Gardner-szindróma,
 - juvenilis polyposis,
 - Peutz–Jeghers-szindróma.
- Fekélyek:
 - szisztémás mastocytosis,
 - Zollinger–Ellison-szindróma.

sóoldattal történő átöblítésének, sokszor ugyanis más módon nehéz megállapítani, hogy a melaena honnan ered. Véres aspirátum a felső traktusból származó vérzésre utal. Ha az aspirátum nem tartalmaz vért, akkor a vérzés forrása a Treitz-ligamentum vonala alatt van. A nasogastricus szondázással megítélhető a vérzés intenzitása is. A negatív, tehát vérmentes nasogastricus aspirátum azonban nem minden esetben zárja ki biztosan a felső gastrointestinalis vérzést. Nyombél-fekély vérzése kapcsán előfordulhat, hogy a szonda-aspirátum vérmentes, tehát a felső endoszkópia ilyenkor sem mellőzhető.

Anamnézis

Az anamnézis pontos felvétele nagy segítséget jelent a kórismezésben. A családi anamnézisben jelentőséget kell tulajdonítani a fekélybetegség, a *Helicobacter pylori*-infekció, a gyulladós bélbetegség és a polyposisszindrómák előfordulásának. A gyermek saját anamnéziséből a gastrooesophagealis refluxra és az immunhiányos állapotokra kell figyelni, hiszen ezekben az esetekben gyakrabban számíthatunk gastrointestinalis vérzésekre. Távoli, egzotikus tájakon tett utazás az infektív eredetű colitis irányába terelheti a gyanúkat. Krónikus obstipatio esetén elsősorban fissura lehetőségére kell gondolni. Különösen gyakran kell számolnunk a gastrointestinalis vérzés lehetőségével mentálisan és motorosan retardált gyermekeknél, elsősorban azért, mert közöttük gyakori a gastrooesophagealis reflux és az obstipatio előfordulása.

Gondolni kell a gyógyszerek által kiváltott gastrointestinalis vérzésre neonatalis intenzív centrumban kezelt gyermekeknél (indomethacin, tolazolin, dexame-thason). Az asthma és juvenilis rheumatoid arthritis terápiájában használatos gyógyszerek is sokszor okozhatnak gyomor–bél traktusból származó vérzést. Gyakran vezetnek gastrointestinalis vérzéshez a lázcsillapítóként alkalmazott szalicilkészítmények és a nem szteroid gyulladásgátlók, továbbá előidézheti egyes anti-convulzívumok (phenobarbital, phenytoin) szedése is, mivel azok gyakran okozhatnak koagulációs zavart. Megjegyzendő azonban, hogy a coagulopathia általában csak akkor vált ki vérzést a gyomor–bél traktusban, ha ott egyébként is enyhe mucosalis károsodás (oesophagitis, gastritis, fekély) áll fenn. A kemoterápiás szerek jelentős része is okozhat mucosakárosodást, ami vérzéshez vezethet.

Laboratóriumi vizsgálatok és értékelésük

Alapvető a hematokrit, az alvadási faktorok (parciális tromboplastinidő, Quick-idő) és a thrombocytaszám meghatározása.

A vashiányos anaemia (hypochrom, microcytaer) krónikus vérvesztésre utal (melaena), ilyenkor valószínűbb a duodenalis fekély, mint varixvérzés vagy a vérző Meckel-diverticulum fennállása. Portalis hypertensióra

5. TÁBLÁZAT

A vérzéssel járó infektív colitist előidéző leggyakoribb kórokozók

Immunkompetens gyermek	Immundeficiens gyermek
Salmonella, <i>Campylobacter jejuni</i> , Shigella, <i>Yersinia enterocolitica</i> , <i>Clostridium difficile</i> , <i>Escherichia coli</i> 0157-H7, <i>Aeromonas</i> , <i>Entamoeba histolytica</i>	cytomegalovírus, adenovírus, herpes simplex, Candida

6. TÁBLÁZAT

A képkalkotó módszerek indokoltsága egyes gastrointestinalis vérzést okozó kórképekben

Szükséges	Nem szükséges
Invaginatio, malrotatio, volvulus, bélkettőzet, gyulladós bélbetegségek (NEC, Crohn-betegség, colitis ulcerosa), Meckel-diverticulum	ulcus, gastroenteritis, analis fissura, nodus haemorrhoidales
NEC: nekrotizáló enterocolitis	

utalhat az alacsony fehérvérsejt- és thrombocytaszám. A thrombocytaszám emelkedése figyelhető meg gyulladós bélbetegség és fertőzések eredetű colitis esetén. Véres hasmenés és alacsony thrombocytaszám észlelésekor gondolni kell haemolyticus uraemiás szindrómára is (HUS).

Az eosinophil sejtek száma magas allergiás colitisben. A székletben infektív eredetű colitisben a szegmentsejtek száma emelkedett, míg allergiás colitisben főként az eosinophil sejteké.

A szérumban karbamidnitrogén-szintjének (CN) emelkedése elsősorban felső gastrointestinalis vérzésre utal [a CN/kreatinin arány magasabb, mint 0,12 (mmol CN/ μ mol kreatinin)]. Ennek az a magyarázata, hogy a béltraktusban pangó vérből a bakteriális bontás eredményeként sok urea képződik és felszívódik. Ezzel szemben a kreatininterhelés, s ezáltal a szérumban kreatinin nem növekszik.

Alacsony szérumban fehérje-szint jellemző a gyulladós bélbetegségekre és a parenchymakárosodással járó májbetegségekre.

A gastrointestinalis vérzés diagnózisát sokszor tévesen állítják fel. Ez előfordulhat akkor, ha a gyomor-bél traktusból extraintestinalis eredetű (anyai vér, oropharyngealis sérülés, epistaxis) vér ürül. Tévesen vérzés gyanúját keltheti piros színű szirup, ételekhez adott vörös színezőanyagok vagy őszibarack és paradicsom héja, illetve a cékla is. A széklet fekete lehet és így a melaena gyanúját keltheti, ha a gyermek korábban vasat, szőlőt, bordó színű szőlőt, spenótot, szedret vagy csokoládét fogyasztott. A széklet akkor is fekete lehet, ha a kisded földet evett.

Fontos figyelembe venni azt is, hogy a hagyományos székletvizsgálatok, amelyek a hemoglobin peroxidázreaktivitásán alapulnak, álpozitív eredményt adhatnak, ha a beteg vörös húsokat, paradicsomot, cseresznyét vagy répát evett. Ellenkezőképpen: álnegatív lehet a vizsgálat, ha a gyermek C-vitamint szedett, illetve a vizsgált székletmintát a feldolgozásig hosszú ideig tá-

rolták. A korszerűbb módszerekkel (porfirinkimutató, antihemoglobin-antitestek) ezek a buktatók elkerülhetők.

Mikrobiológiai vizsgálatok

Haematochesia hátterében sokszor infektív eredetű colitis áll, aminek igazolásához részletes mikrobiológiai vizsgálatokra van szükség. A főbb kórokozókat az 5. táblázat mutatja.

Képkalkotó vizsgálatok

A gastrointestinalis vérzések diagnosztikájában a képkalkotó módszereket az utóbbi években némileg kiszorította az endoszkópia, különösen igaz ez a kontrasztanyag vizsgálatokra. A 6. táblázatban összefoglaljuk, hogy mely vérzéshez vezető kórkép gyanúja esetén szükséges, illetve mikor nem indokolt egyáltalán a képkalkotó módszerek alkalmazása.

Az alábbiakban vázlatosan tárgyaljuk az egyes vérzéshez vezető fontosabb kórképek esetén szükséges képkalkotó diagnosztikát.

Invaginatio

Elengedhetetlen az ultrahang- és a függesztett natív hasi röntgenvizsgálat elvégzése. A desinvaginatio levégővel vagy kontrasztanyaggal történik, amely után ultrahangkontroll indokolt.

Meckel-diverticulum

A Meckel-gurdély diagnózisában jól alkalmazható az angolszász irodalomban elterjedt 5×2 szabály: két éves korban a leggyakoribb, a lakosság 2%-át érinti, kétféle ectopiás szövet (gyomor vagy pancreas) alkothatja, az

ileocecalis billentyűtől körülbelül 2-3 láb (60–100 cm) távolságban található, és hossza, nagysága 2 inch (5 cm). Az ultrahang is kimutathatja néha. Nagyon fontos azonban az izotópvizsgálat elvégzése. A Meckel-diverticulumot bélelő ectopiás gyomornyálkahártya kimutatása az iv. a szervezetbe juttatott ^{99m}Tc-pertechnetáttal történhet, amely normálisan a pajzsmirigyben, a nyálmirigyekben és a gyomornyálkahártyában halmozódik. Álpozitív eredmények adódhatnak ectopiás gyomornyálkahártyát tartalmazó bélduplicatura, gyulladásos bélbetegség, lymphoma, tályog vagy tumor miatt, amelyek ugyancsak halmozzák a ^{99m}Tc-pertechnetátot. Álnegatív eredményt kaphatunk, ha az elváltozást egy gyulladásos bél vagy a tág hólyag fedi el, valamint ha a diverticulumot bélelő nyálkahártya atrophia, ischaemia vagy necrosis következtében inaktív.

Malrotatio, volvulus

Ultrahangvizsgálatnál a vena mesenterica superior (VMS) és az arteria mesenterica superior (AMS) fordított helyzete malrotatióra utal. Diagnosztikus értékű, ha volvulus gyanújakor végzett színes Doppler-vizsgálattal az úgynevezett örvényjel – az AMS körül örvényszerűen megtekeredett VMS – kimutatható. Ennek hiányában továbbra is a felső passzázsvizsgálat a megfelelő eljárás a volvulus ábrázolására.

Crohn-betegség

Az irrigoszkópiát a kolonoszkópia lényegében kiszorította. Az eljárással ábrázolhatók a fistulák és a stricturnak. A kettős kontrasztos vizsgálat a korai nyálkahártya-elváltozások kimutatására alkalmas. Az ultrahangvizsgálattal jól megítélhető a vékonybél vastagsága, ami 3-5 mm felett kóros. Megjegyzendő azonban, hogy ez nem specifikus jel. Ugyancsak kimutatható ezzel a módszerrel a primer bélérintettség, az ileus, a tályog, a parenchymás szervek elváltozása és a retroperitoneum gyulladásos érintettsége.

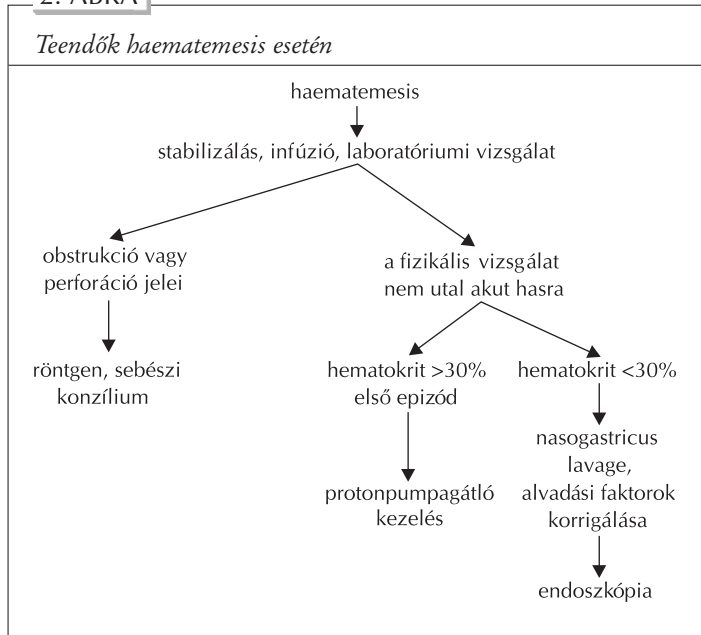
A betegség korai stádiumában a komputertomográfia még nem mutatja ki a mucosa elváltozásait. Alkalmatlan azonban az extramuralis és extraintestinalis szövődmények, így a bélfal-megvastagodás, az abscessus, az adenopathia ábrázolására, valamint a mesenterium fokális, zsíros proliferációjának és a fistuláknak a kimutatására.

A már diagnosztizált esetekben a gyulladás aktivitásának megítélésére jól használható a jelzett leukocytákkal végzett szcintigráfiai vizsgálat, amely igen szenzitív és specifikus, nem invazív vizsgálat, és így alkalmas a terápia eredményességének a megítélésére is.

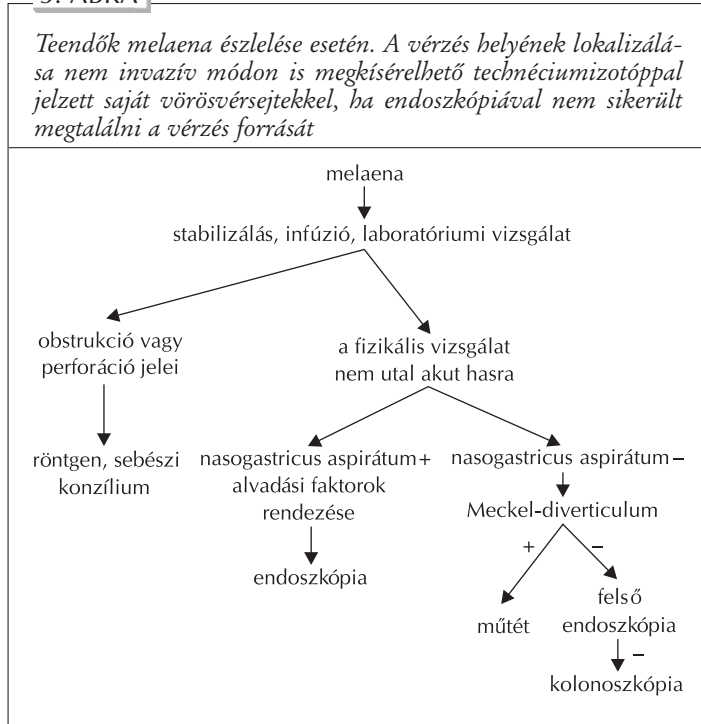
Nekrotizáló enterocolitis

Natív hasi felvételen egyenetlen gázeloszlás, vastag bélfal látható. Súlyos esetben a bélfalban levegő jelenik meg (pneumosis intestinalis), esetleg a levegő az epeutakban is kimutatható. Perforáció gyanúja esetén ábrázolandó a szabad hasi levegő.

2. ÁBRA



3. ÁBRA



Endoszkópos vizsgálatok

A gastrointestinalis vérzések diagnosztikájában alapvető szerepe van az endoszkópiának. Kizárólag ezt a módszert alkalmazzuk a felső gastrointestinalis vérzést okozó kórképek közül az oesophagitis, a gastritisek, a peptikus fekélyek, az oesophagusvarixok kimutatására. Masszív vérzés esetén az endoszkópos vizsgálat előtt stabilizálni kell a vitális paramétereket, és kedvezőbb a vizsgálatot akkor elvégezni, amikor a vérzés már csillapodott vagy megállt. A legtöbb esetben konzervatív

7. TÁBLÁZAT

Az akut gastrointestinalis vérzések gyógyszeres kezelése

Hatásmechanizmus	Gyógyszer	Dózis
Vasoconstrictio	octreotid	1 µg/kg bolus iv., majd 1 µg/kg/óra folyamatos iv. infúzió egy-öt napig, de legalább 24 órán túl folytatni a vérzés megszűnte után
	vazopresszin	0,1 U/min/1,73 m ² iv. folyamatosan (az adag növelhető 0,4 U/min/1,73 m ² -ig)
Savszekréció-gátlás	omeprazol (elsőként választandó szer)	1-2 mg/kg/nap per os kétszeri adagra elosztva, akut vérzésben inkább iv.
	famotidin	0,4–0,8 mg/kg/dózis iv. 8 óránként
Citoprotektív szerek	sucralfat	100 mg/kg/nap napi négyszeri adagra osztva per os

kezeléssel lehetőség van a vérzés csillapítására, amiről a terápiás fejezetben lesz szó.

Nem minden gyermeknél szükséges az endoszkópia elvégzése, akinek a felső gastrointestinalis lokalizációra utaló vérzése van. Azokban az esetekben, amikor az anamnézis olyan akut betegségre (vírusos gastritis, gyógyszer indukálta gastritis) utal, ahol számítani lehet a vérzés gyors csillapodására, és a beteg hemodinamikai státusa stabil, hematokritja 30% felett van, akkor endoszkópia nélkül is elkezdhetjük a konzervatív kezelést (2. ábra). Ha azonban a felső gastrointestinalis vérzés masszív, azaz sokk tünetekkel vagy orthostaticus vérnyomáscsökkenéssel (<100 Hgmm) jár, akkor a diagnosztikus endoszkópia elkerülhetetlen, még akkor is, ha a gyógyszer indukálta gastritis állhat a vérzés hátterében.

Alsó gastrointestinalis vérzések esetén gyulladásoos bélbetegségek és polyposis gyanúja esetén alkalmazzuk elsősorban az endoszkópiát. A kolonoszkópia az első diagnosztikus módszer, amit mérlegelnünk kell, ha a rectumon keresztül élénkpiros vér ürül. Ezt a diagnosztikus beavatkozást kell elvégeznünk akkor is, ha melaenát észlelünk, de a felső gastrointestinalis vérzés a negatív nasogastricus aspirátum és/vagy negatív felső endoszkópiás lelet alapján kizárható. A melaena észlelése esetén aktuális teendőket a 3. ábra foglalja össze.

A kolonoszkópia elvégzése előtt vérzés esetén is engedhetetlen a megfelelő előkészítés, a belek kitisztítása, hiszen egyébként a vérzés forrásának tisztázása lehetetlenné válhat. Az előkészítésre a legalkalmasabb a nasogastricus szondán vagy szájon keresztül beadott polietilén-glikol (PEG). Ezzel a módszerrel elkerülhető a foszfátos beöntéseket és az orális foszfát és magnézium adását gyakran kísérő hyperphosphataemia és hypermagnesaemia. A PEG adagja 80 ml/ttkg (maximum 4 liter).

A kolonoszkópia kontraindikációját jelenti a fulmináns colitis vagy a toxikus megacolon fennállása, a perforációra vagy peritonitisre utaló jelek, a pneumatosis intestinalis és végül az invaginációra jellemző klinikum. Kolonoszkópia legtöbbször nem szükséges akut, vé-

res-nyákos hasmenések esetén, amikor elsősorban az infekciós eredetet kell megerősíteni vagy kizárni a széklet bakteriológiai vizsgálata alapján.

Terápia

Hangsúlyozandó, hogy gastrointestinalis vérzés esetén mindig a kiváltó oknak megfelelő terápiát kell alkalmazni, ez sok esetben sebészi kezelést is igényel. Maszszív vérzések esetén az alábbi kezelési lehetőségek állnak rendelkezésünkre.

Gyógyszeres kezelés

A 7. táblázatban összefoglaljuk azokat a farmakológiai lehetőségeket, amelyekkel az esetek jelentős részében lehetőség van az erőteljes gastrointestinalis vérzések csillapítására. Hangsúlyozandó, hogy az elsőként alkalmazott savszekréciót gátló szer protonpumpagátló legyen.

Mechanikus kezelés

A Sengstaken–Blakemore- vagy a Linton-szondát alkalmazzuk csillapíthatatlan varixvérzés esetén, ha nincs helyben endoszkópos lehetőség. A nyelőcsőben lévő ballont két óra után le kell engedni, a gyomorban lévő négy órával később engedjük le. Szövődmény (légúti obstrukció, perforáció) az esetek 20%-ában lép fel és arányos a tamponád időtartamával.

Az endoszkópos vérzéscsillapítás eszközei

Az endoszkópia a diagnózis felállítása mellett azonnal lehetőséget ad a terápiás beavatkozásra is. A vérzést csillapíthatjuk elektrokoagulációval, lézer-fotokoagulációval vagy epinephrin, illetve szklerotizáló szer injektálásával. Újabban a varixvérzések kezelésében igen

jó hatásokkal alkalmazható a varixok gumigyűrű-ligatiója. Ez a módszer nagyobb endoszkópos jártasságot igényel, de kevesebb mellékhatással jár. A szklerotizáló kezeléssel az oesophagusvarixok obliterációja az esetek 75–90%-ában érhető el. A szövődmények közül 25%-ban fordul elő oesophagusulceratio, strictura pedig 15%-ban. A varixok gumigyűrű-ligatiója esetén ezek a szövődmények sokkal ritkábbak.

A közelmúltban megjelent prospektív, randomizált, felnőtteken végzett vizsgálatok alkalmával a ligatio és a szkleroterápia egyformán hatékonynak bizonyult a varixok kezelésében (94,6% vs. 91,7%), viszont ligatió-nál fele annyi endoszkópos beavatkozásra volt szükség,

és relapsusok jóval ritkábban fordultak elő (2,7% vs. 19,4%). A ligatióval kezeltéknél szövődmények is ritkábban alakultak ki, mint szkleroterápia esetén (2,7% vs. 22,2%). *Ajánlás erőssége: B (1)*. A varixruptura prevenciójában szintén elsődleges a ligatio. A propranolollal végzett összehasonlító vizsgálatot félbe kellett szakítani, mert az elsődleges adatok alapján annyival jobbak voltak a ligatio eredményei. *Ajánlás erőssége: B (2)*.

A kolonoszkópia során lehetőség van a polipok eltávolítására, ez elsősorban a juvenilis formánál jön szóba, amely gyermekkorban a leggyakoribb. Szövődmények előfordulásával (perforáció, vérzés) a korszerű eszközök birtokában csak ritkán kell számolni.

IRODALOM

1. Zargar SA, Javid G, Khan BA, Shah OJ, Yatoo GN, Shah AH, et al. Endoscopic ligation vs. sclerotherapy in adults with extrahepatic portal venous obstruction: a prospective randomized study. *Gastrointest Endosc* 2005;61(1):58-66.
2. Jutabha R, Jensen DM, Martin P, Savides T, Han SH, Gornbein J. Randomized study comparing banding and propranolol to prevent initial variceal hemorrhage in cirrhotics with high-risk esophageal varices. *Gastroenterology* 2005;128(4):870-81.



HÍR

PÁRBESZÉD – DOWN-SZINDRÓMÁS GYERMEKEK ÉLETMINŐSÉGE

A Pécsi Tudományegyetem Egészségtudományi Kar, a Baranyai Pedagógiai Szakszolgálatok és Szakmai Szolgáltatások Központja és a Pécsi Akadémiai Bizottság Orvosi Tudományok Szakbizottsága szimpóziumot szervez a Down-szindrómás gyermekek életminősége témakörében.

Időpont: 2006. április 20.

Helyszín: Magyar Tudományos Akadémia pécsi székháza.

Program:

Megnyitó – dr. Méhes Károly, az MTA tagja.

1. *Szekció* – elnök: Tóth József.

A Down-szindróma epidemiológiája – Szunyogh Melinda; Az élve született Down-szindrómás újszülöttek ellátása a szülészeti intézményben – dr. Ertl Tibor; Orvosi beavatkozások lehetőségei a Down-szindrómás gyermekeken, javuló kezelési eredményesség – dr. Kosztolányi György; A házi gyermekorvosi munka a Down-szindrómás gyerekekkel, a házi gyermekorvossal szembeni szülői elvárások – dr. Kiss Erika; A védőnők szerepe a Down-szindrómás gyerekekkel és családjukkal kapcsolatban – Fekete Gáborné; A korai tájékoztatás jelentősége – Pál Zsuzsa.

2. *Szekció* – elnök: dr. Kosztolányi György

A pedagógiai szakszolgálatok feladatai a Down-szindrómás gyermekek támogatásában – Lásan Éva; A Down-szindrómás gyermekek korai fejlesztése – Várnai Rudolfné; A Down-szindrómás fiatalok társadalmi beilleszkedésének egy lehetséges útja – Máténé Sej Jolán, Éltes Mátyás; Integrált oktatás Down-szindrómás gyermekek esetében – Garamfalvi Annamária; A Down-szindrómás gyermeket nevelő családok kapcsolata az önkormányzattal – Kálmándy Papp Ágnes.

3. *Szekció* – elnök: dr. Lampek Kinga

Szociális munka Down-szindrómás gyermekek családjával – dr. Kelemen Gábor; Egyházi szervezetek a Down-szindrómás gyermekek támogatásában – Forray Ferencné; Down-szindrómás gyermeket nevelő családok civil szervezetei – dr. Gruiz Katalin; A civil szervezetek hatékonysága – Horváth Zsolt; Közvélekedés, tömegkommunikáció, stigmák – Pörzsi Zsuzsa; Zárszó – Horváth Péter.