



SPRINGMED HÁZIORVOS KÖNYVTÁR

Gasztroenterológia a háziiorvosi gyakorlatban

Szerkesztők:

Magyar Anna
Bajor Judit

Szerzők:

Bajor Judit
Bálint Levente
Czakó László
Figler Mária
Illés Anita
Izbéki Ferenc
Király Ágnes
Kovács Ágota
Magyar Anna

Oláh Attila
Pák Péter
Pár Alajos
Sarlós Patrícia
Schäfer Eszter
Schuller János
Szepes Zoltán
Tornai István
Varga Márta

SPRINGMED  KIADÓ

Gasztroenterológia

a háziiorvosi gyakorlatban

Szerkesztők:

Magyar Anna

Bajor Judit



SPRINGMED HÁZIORVOS KÖNYVTÁR

Gasztroenterológia a háziiorvosi gyakorlatban

Szerkesztők:

Magyar Anna
Bajor Judit

Szerzők:

Bajor Judit
Bálint Levente
Czakó László
Figler Mária
Illés Anita
Izbéki Ferenc
Király Ágnes
Kovács Ágota
Magyar Anna

Oláh Attila
Pák Péter
Pár Alajos
Sarlós Patrícia
Schäfer Eszter
Schuller János
Szepes Zoltán
Tornai István
Varga Márta



© Dr. Magyar Anna – Dr. Bajor Judit (szerk.), 2019
© SpringMed Kiadó, 2019

Alkotószervezők:
Dr. Magyar Anna – Dr. Bajor Judit

Szerzők: Dr. Bajor Judit, Dr. Bálint Levente, Prof. Dr. Czakó László, Prof. Dr. Figler Mária,
Dr. Illés Anita, Prof. Dr. Izbéki Ferenc, Dr. Király Ágnes, Dr. Kovács Ágota, Dr. Magyar Anna,
Prof. Dr. Oláh Attila, Dr. Pák Péter, Prof. Dr. Pár Alajos, Dr. Sarlós Patrícia, Dr. Schäfer Eszter,
Dr. Schuller János, Dr. Szepes Zoltán, Dr. Tornai István, Dr. Varga Márta

Szakmai lektor: Prof. Dr. Papp János

**Magyar Anna – Bajor Judit (szerk.):
Gasztroenterológia a háziorvosi gyakorlatban**

ISBN 978-615-6848-19-2

SpringMed Háziorvos Könyvtár®
ISSN 2063-4005

Minden kiadói jog fenntartva. A mű egészének vagy részleteinek nyomtatott
vagy digitális formában történő sokszorosítása, másolása, online megjelentetése
kizárólag a kiadó előzetes írásos engedélyével lehetséges.

A könyv megjelenését támogatta


Nemzeti Kulturális Alap

SpringMed Kiadó Kft.
Postacím: 1519 Budapest, Pf. 314.
www.springmed.hu
www.springmedkonyvaruhaz.hu

Szerkesztés: Dr. Böszörményi Nagy Klára
Nyelvi lektor: Parti Gábor
Tipográfia, tördelés, borítóterv: Németh János
Terjesztés: Végh Rita
On-line marketing: Juhász Angéla

Tartalom

A könyv fejezeteinek szerzői	11
Ajánlás	13
Bevezető (Magyar Anna és Bajor Judit)	15
Rövidítések jegyzéke	17
1. BETEGSÉGEK ÉS GYAKORLATI TEENDŐK	21
1.1. Gastroesophagealis refluxbetegség a háziorvosi praxisban	
(Kovács Ágota)	23
1.1.1. A GERD definíciója	23
1.1.2. Patomechanizmus	24
1.1.3. Tünetek	25
1.1.4. Diagnózis	27
1.1.5. Kezelés	28
1.2. Az NSAID-gastropathia háziorvosi vonatkozásai	
(Bálint Levente)	35
1.2.1. Az NSAID-alkalmazás veszélyei	35
1.2.2. Az NSAID-ek csoportosítása, hatásmechanizmusa	36
1.2.3. Mit nevezünk NSAID-gastropathiának?	
Az NSAID-gastropathia klinikai formái	38
1.2.4. Coxib versus konvencionális NSAID	39
1.2.5. Az NSAID-gastropathia rizikófaktorai	40
1.2.6. Az NSAID-fekély kezelése és megelőzése	42
1.3. Helicobacter pylori függő kórképek a családorvos	
szemszögéből (Pák Péter)	48
Bevezetés	48
1.3.1. Epidemiológia	49
1.3.2. A H. pylori fertőzés klinikai jelentősége	49

1.3.3.	Mely esetekben kell törekednünk a <i>H. pylori</i> kimutatására?	51
1.3.4.	A diagnosztika lehetséges eszközei	53
1.3.5.	Az eradikációs kezelés aktualitásai	56
1.3.6.	A prevenció, közegészségügy kérdései	58
1.4.	Krónikus hasmenések a mindennapokban (<i>Bajor Judit</i>)	61
1.4.1.	Definíció, gyakoriság	61
1.4.2.	Legfontosabb panaszok és tünetek	61
1.4.3.	Veszélyre, sürgős teendőre utaló jelek	63
1.4.4.	Diagnosztika a háziiorvosi praxisban	65
1.4.5.	Terápia a háziiorvosi praxisban	72
1.5.	A székrekedés kivizsgálási és kezelési stratégiái (<i>Király Ágnes</i>)	75
1.5.1.	Definíció	75
1.5.2.	Funkcionális obstipatio	75
1.5.3.	A vastagbél-eredetű székrekedés és a kimeneti obstrukció	76
1.5.4.	A funkcionális coloproctológiai betegségek diagnosztikája	78
1.5.5.	Kezelés	79
1.6.	Az irritábilis bél szindróma – a családorvos nagy kihívása (<i>Magyar Anna</i>)	90
1.6.1.	Mi az IBS?	90
1.6.2.	Epidemiológia	91
1.6.3.	Mit tudunk az IBS patofiziológiájáról?	92
1.6.4.	Hogyan jelenik meg a háziiorvosnál az IBS-es beteg?	93
1.6.5.	A háziiorvos legfontosabb diagnosztikus eszköze az anamnézis!	94
1.6.6.	Fizikális vizsgálat	95
1.6.7.	Egyéb vizsgálatok a praxisban	95
1.6.8.	Differenciáldiagnosztika	96
1.6.9.	Az IBS kezelése	96
1.7.	A coeliakia és a háziiorvos (<i>Bajor Judit</i>)	103
1.7.1.	Definíció, előfordulás	103

1.7.2.	Tünetek, kórformák	103
1.7.3.	Mikor merül fel a coeliakia gyanúja?	105
1.7.4.	A diagnózis lépései	106
1.7.5.	Differenciáldiagnosztika	108
1.7.6.	Terápia	110
1.7.7.	Gondozás	111
1.7.8.	Prognózis	112
1.8.	A Crohn-betegség és az ulceratív colitis családorvosi vonatkozásai (Sarlós Patrícia)	114
1.8.1.	Definíció, epidemiológia, etiológia	114
1.8.2.	Klinikai tünetek	115
1.8.3.	Diagnózis	116
1.8.4.	Terápiás lépcsők az IBD kezelésében	118
1.8.5.	Akut és sürgősségi állapotok IBD-ben	120
1.8.6.	Az IBD-s beteg gondozása	121
1.9.	Diverticulosis. Megdőlt dogmák (Magyar Anna)	126
1.9.1.	Epidemiológia	126
1.9.2.	Kórformák	126
1.9.3.	Mikor gondoljon a háziorvos diverticulosisra?	129
1.9.4.	Milyen diagnosztikus lehetőségeink vannak?	129
1.9.5.	Kezelés	130
1.9.6.	Megelőzhető-e a diverticulosis és a diverticulitis?	132
1.10.	A colorectalis carcinoma megelőzésének lehetőségei (Szepes Zoltán)	135
1.10.1.	Bevezetés, definíció, epidemiológia	135
1.10.2.	A környezeti, étrendi és életviteli tényezők szerepe a colorectalis carcinoma kialakulásában (primer prevenció)	137
1.10.3.	Kemoprevenció	138
1.10.4.	Szekunder prevenció, szűrővizsgálatok	138
1.10.5.	Szűrés Magyarországon	142
1.10.6.	A háziorvos lehetőségei a colorectalis carcinoma esetén, szerepük a primer és szekunder prevencióban	144

1.11. Epeköves betegek a praxisban (Varga Márta)	148
1.11.1. Az epekőbetegség gyakorisága, rizikótényezők . . .	148
1.11.2. Az epekövesség prevenciója	148
1.11.3. Epekövességre hajlamosító egyéb tényezők	150
1.11.4. Recidív epeúti kövesség	152
1.11.5. Diagnosztika	152
1.11.6. A cholelithiasis kezelése	155
1.11.7. Epeúti kövesség	158
1.11.8. Terhesség alatti epekövesség	159
1.12. A krónikus pancreatitis; a házi orvos szerepe a beteg ellátásában (Czakó László)	161
1.12.1. Epidemiológia és etiológia	161
1.12.2. Klinikai tünetek	162
1.12.3. Diagnózis	164
1.12.4. Kezelés	165
1.12.5. Gondozás	168
1.12.6. Prevenció, szűrés	169
1.13. Vírushepatitisek a praxisban (Tornai István)	172
1.13.1. A vírushepatitisek fajtái és epidemiológiája	172
1.13.2. Klinikai tünetek	173
1.13.3. Diagnózis	176
1.13.4. Kezelés	179
1.13.5. Gondozás	183
1.13.6. Prevenció, életmódi tanácsok, szűrés	184
1.14. A májcirrhosisos beteg ellátása – családorvosi szempontok (Schuller János)	187
1.14.1. Ascites	187
1.14.2. Oesophagus és ventricularis varicositas	194
1.14.3. Hepatikus encephalopathia	199
1.14.4. Infekciók megelőzése májcirrhosisban	205
2. GASZTROENTEROLÓGIAI SÜRGŐSSÉGI ÁLLAPOTOK	
A PRAXISBAN (Oláh Attila)	209
2.1. Bevezetés	211

2.2.	Anamnézis	212
2.3.	Tünettan	213
	2.3.1. Fájdalom	213
	2.3.2. Hányinger, hányás	214
	2.3.3. Láz	214
	2.3.4. Vérzés	214
	2.3.5. Széklet-rendellenességek	215
2.4.	Fizikális vizsgálat	215
2.5.	Akut has gyermekkorban	217
2.6.	Akut has terhességben	218
2.7.	Akut has időskorban	218
2.8.	Gyakori akut hasi kórképek	219
	2.8.1. Perforációk	219
	2.8.2. Gastrointestinalis vérzések	221
	2.8.3. Mechanikus ileus	222
	2.8.4. Appendicitis	225
	2.8.5. Diverticulitis	226
	2.8.6. Proctológiai kórképek	227
	2.8.7. Cholecystitis	228
	2.8.8. Akut pancreatitis	229
2.9.	Akut hasi kórképek utógondozása	230
2.10.	Összefoglalás	231
3.	DIAGNOSZTIKA	233
3.1.	Májbetegségek laboratóriumi diagnosztikája – a háziorvos lehetőségei (Pár Alajos)	235
	3.1.1. Bevezetés	235
	3.1.2. Mit tudunk az egyes májpróbákról?	235
	3.1.3. A laboratóriumi vizsgálatok szerepe néhány speciális májbetegségben	241
3.2.	Diagnosztikus vizsgálatok előkészítése – háziorvosi teendők (Illés Anita)	247
	3.2.1. Endoszkópos vizsgálatok	247
	3.2.2. Funkcionális vizsgálatok	251

4. DIÉTA ÉS TÜNETI KEZELÉSEK	255
4.1. Fontosabb diéták a gastrointestinalis betegségek kezelésében (Figler Mária)	257
4.1.1. A diéta fogalma és fajtái	257
4.1.2. Dietoterápia betegségenként	258
4.2. Tüneti kezelések gasztroenterológiai betegségekben (Schäfer Eszter)	284
Bevezetés	284
4.2.1. Hányinger- és hányáscsillapító gyógyszerek	284
4.2.2. Dyspepsia kezelése és savcsökkentés	285
4.2.3. A dysphagia tüneti kezelése	293
4.2.4. A hasmenés tüneti kezelése	295
4.2.5. A székrekedés tüneti kezelése	301
4.2.6. Hasi fájdalom, görcsök, puffadás	304
4.2.7. Az ursodeoxycholsav hatásai	307
4.2.8. Hasnyálmirigyzim-pótló kezelés	308
4.3. Táplálásterápia a háziiorvosi gyakorlatban (Izbéki Ferenc)	311
4.3.1. Bevezetés	311
4.3.2. A táplálásterápia fázisai	313

A könyv fejezeteinek szerzői

Alkotószerkesztők:

Dr. Magyar Anna

belgyógyász, háziorvos
M. Anna Bt. Háziorvosi Rendelő,
Budapest

Dr. Bajor Judit

belgyógyász, gasztroenterológus,
klinikai főorvos
PTE KK I. Sz. Belgyógyászati Klinika,
Gasztroenterológiai Tanszék, Pécs

Szakmai lektor:

Prof. Dr. Papp János

belgyógyász, gasztroenterológus
Semmelweis Orvostudományi
Egyetem I. Sz. Belgyógyászati Klinika,
Budapest

A könyv szerzői:

Dr. Bajor Judit

belgyógyász, gasztroenterológus,
klinikai főorvos
PTE KK I. Sz. Belgyógyászati Klinika,
Gasztroenterológiai Tanszék, Pécs

Dr. Bálint Levente

belgyógyász, gasztroenterológus,
házi orvos szakorvos
Piliscsaba, 1. sz. Háziorvosi körzet,
Szent Margit Rendelőintézet,
Gasztroenterológia, Budapest
és Mária Medical Magánorvosi
Rendelő, Budapest II. kerület,
Budapest

Prof. Dr. Czakó László DSc, az MTA doktora

belgyógyász, gasztroenterológus,
diabetológus, egyetemi tanár
Szegei Tudományegyetem I. Sz.
Belgyógyászati Klinika, Szeged

Prof. Dr. Figler Mária PhD, med. habil.

belgyógyász, gasztroenterológus,
tudományos dékáni megbízott
PTE Egészségtudományi Kar,
Táplálkozástudományi és Dietetikai
Intézet és PTE KK II. Belklinika és
Nephrológiai Centrum, Pécs

Dr. Illés Anita

belgyógyász, gasztroenterológus,
egyetemi tanársegéd
PTE KK I. Sz. Belgyógyászati Klinika,
Pécs

Prof. Dr. Izbéki Ferenc, egyetemi magántanár

belgyógyász, gasztroenterológus,
klinikai farmakológus, főorvos
Fejér Megyei Szent György Egyetemi
Oktató Kórház I. Sz. Belgyógyászat
Gasztroenterológia és Hepatológia,
Székesfehérvár

Dr. Király Ágnes PhD, med. habil.

belgyógyász, gasztroenterológus,
orvos igazgató
Dr. Király Gasztroenterológiai Intézet,
Pécs

Dr. Kovács Ágota PhD

belgyógyász, gasztroenterológus
főorvos
Péterfy Sándor Utcai Kórház, Budapest

Dr. Magyar Anna

belgyógyász, háziorvos
M. Anna Bt. Háziorvosi Rendelő,
Budapest

Prof. Dr. Oláh Attila, az MTA doktora

sebész, osztályvezető főorvos,
egyetemi tanár
Petz Aladár Megyei Oktató Kórház,
Sebészet, Győr

Dr. Pák Péter

belgyógyász, gasztroenterológus,
osztályvezető főorvos, orvos igazgató
Vaszary Kolos Kórház
II. Belgyógyászati Osztály, Esztergom

Prof. Dr. Pár Alajos, az MTA doktora

belgyógyász, gasztroenterológus,
klinikai immunológus, professor
emerítus
Pécsi Tudományegyetem Általános
Orvoskar, Pécs

Dr. Sarlós Patrícia PhD

belgyógyász, gasztroenterológus,
klinikai farmakológus, egyetemi
adjunktus
PTE KK I. Sz. Belgyógyászati Klinika,
Pécs

Dr. Schäfer Eszter

belgyógyász, gasztroenterológus,
főorvos
Magyar Honvédség Egészségügyi
Központ, Budapest

Dr. Schuller János

belgyógyász, infektológus,
gasztroenterológus, osztályvezető, ill.
centrumvezető főorvos
Róbert Károly Magánkórház,
belgyógyász osztályvezető főorvos
és Uzsoki Utcai Kórház
II. Belgyógyászati Osztály, Hepatológiai
Ambulancia, Budapest

Dr. Szepes Zoltán med. habil. PhD

belgyógyász, gasztroenterológus,
egyetemi docens
SZTE I. Sz. Belgyógyászati Klinika,
Szeged
Nemzeti Népegészségügyi Központ
EFOP 1.8.1. projekt vastagbél-sűrési
pillérvezető

Dr. Tornai István PhD

belgyógyász, gasztroenterológus,
egyetemi docens
Debreceni Egyetem, Belgyógyászati
Intézet, Gasztroenterológiai Tanszék,
Debrecen

Dr. Varga Márta

belgyógyász, gasztroenterológus,
osztályvezető főorvos
BMKK dr. Réthy Pál Tagkórház,
Gasztroenterológia-Belgyógyászat,
Békéscsaba

Ajánlás

A klinikai orvostudomány fejlődése újabb kihívás elé állítja a házi-orvosokat is. Így van ez a gyomor- és bélbetegségek területén is. Olyan könyvet tart kezében az olvasó, mely rendkívül világosan, érthetően, az alapellátó orvos nézőpontjából és kompetenciájának figyelembevételével foglalja össze a naprakész gasztroenterológiai ismereteket. Nem véletlenül így, hiszen a könyv egyik alkotó-szerkesztője háziorvos. Az egyes fejezeteket a téma legavatottabb szakértői írták. Számos fejezet tartalmaz világos, egyszerűen követhető algoritmust, mely megkönnyíti a diagnosztikus és terápiás tevékenységet. A szakdolgozók számára is sok hasznos információ található, például a vizsgálatok előkészítésével kapcsolatosan. A könyv terjedelme ideális ahhoz, hogy hathatós segítség legyen a mindennapi munkához. Meggyőződésem, hogy nemcsak a gyakorló háziorvosok, szakorvosjelöltek és a háziorvosi team többi tagja, hanem lelkes orvostanhallgatók is haszonnal forgathatják.

Ajánlom ezt a könyvet a gasztroenterológia iránt érdeklődő minden kollégának.

Budapest, 2019 novemberében

dr. Kalabay László

egyetemi tanár,

a Semmelweis Orvostudományi Egyetem

Családorvosi Tanszékének vezetője



[Vissza a Tartalomjegyzékhez](#)

Bevezető

Kedves Olvasó!

A gasztroenterológia nem annyira egzakt diszciplina, mint pl. a kardiológia, ahol minden mérhető, számolható, leképezhető, és minden döntés evidenciákra épül. A gasztroenterológiai beteg panaszainak értékelése és a beteg ellátása sokkal inkább művészet, mely az evidenciákon felül tapasztalatokon, a beteg beható ismeretén, az orvos megérzésein alapul.

A háziornosnak a betegek vizsgálatakor három kincset érő eszköz van a kezében. Az első – és ez tényleg csak a háziornos kiváltsága – a betegnek és környezetének alapos ismerete, ami nagyon sokat tesz hozzá mind a diagnosztikához, mind a megfelelő gyógymód kiválasztásához. A második az alapos anamnéziszfelvétel, amelyből – kiváltképp a gasztroenterológia területén – sokszor már fel is állítható a diagnózis, gondoljunk pl. a refluxbetegségre, epegörcsre, diverticulitis vagy IBS jellegzetes tüneteire. A harmadik értékes diagnosztikus lehetőségünk a fizikális vizsgálat, ami gyorsan elvégezhető, rendkívül informatív és olcsó eljárás. Az egész beteget kell vizsgálnunk; sokszor a bőrijelenségekből, társbetegségek jeleiből, a beteg viselkedésének megfigyeléséből jutunk közelebb a diagnózishoz. Ne átalljuk elvégezni a rectalis digitális vizsgálatot, sok információt nyerhetünk belőle, s egyben része a colorectalis szűrésnek is.

Ha lelkiismeretesen élünk e három kitűnő eszközzel, könnyen jutunk gasztroenterológiai diagnózishoz. A labor- és képalkotó vizsgálatok már „csupán” megerősítik, finomítják vagy megcáfolják a feltételezett diagnózist. El kell döntenünk tehát, hogy kit tudunk ellátni, kit kell továbbküldeni a szakorvoshoz, és mennyire sürgető a konzílium (ld. táblázat).

Sajnos ma Magyarországon korlátozott a háziornos kompetenciája mind a kivizsgálásban (pl. coeliakia szerológia, immunvizsgálatok, Helicobacter UBT, CT, MRI), mind pedig a kezelésben

„Triage” kategória	Kórképek	Előjegyzési idő
Azonnali	Akut GI vérzés: függetlenül a haemodinamikai státustól Hepatikus encephalopathia Akut pancreatitis Akut has Akut sárgaság	1 napon belül
Urgens	Dysphagia Dyspepsia alarmírozó tünetekkel Vérzéses hasmenés, súlyos relapsus IBD-ben Súlyos testsúlycsökkenés Akut hepatitis Carcinoma gyanúja röntgennel megerősítve	1–7 nap
Semi-urgens	IBD krónikus problémákkal Progresszív hasi fájdalom Dyspepsia (45 év felett) GERD (45 év felett) Perzisztáló kóros májfunkciós laborparaméterek	< 4 hét
Nem Urgens	Krónikus hasi fájdalom Funkcionális bélbetegségek Krónikus hasmenés/székrekedés Dyspepsia (45 év felett) GERD (45 év felett)	< 12 hét

Gasztroenterológiai várólista (Dr. Czako László nyomán)

(Sz és J jelzésű gyógyszerek felíratási nehézségei), de kitűnő szakorvosgárda van segítségünkre betegeink ellátásában. A vég-ső diagnózis felállítását, a kezelések indítását, beállítását sokszor a gasztroenterológus végzi, de a fenntartásban, gondozásban és betegkövetésben, valamint a prevencióban érdemes együttműködni a beteget ismerő és folyamatosan észlelő háziorvossal.

Mindehhez kíván segítséget adni könyvünk, melyben a praxis-ban leggyakrabban előforduló gasztroenterológiai betegségek el-látásához igyekszünk praktikus útmutatót adni.

A szerkesztők

Rövidítések jegyzéke

AAD (*antibiotic associated diarrhea*) antibiotikumkezeléshez társult hasmenés
ACE (*angiotensin converting enzim*) angiotenzinkonvertáló enzim
AD akut diverticulitis
AFP alfa-foetoprotein
ALP alkalikus foszfatáz
ALT alanin-aminotranszferáz (GPT)
AMO amoxicillin
Anti-HBc hepatitis-B core (mag) antigén elleni antitest
Anti-HBs hepatitis-B surface (felszíni) antigén elleni antitest
ARB angiotenzinreceptor-blokkoló
ARFI (*acoustic radiation force impulse*) akusztikus lökeshullámon alapuló képalkotás
ASA acetil-szalicilsav (aspirin)
ASCA anti-Saccharomyces cerevisiae antitest
ASH (*alcoholic steatohepatitis*) alkoholos zsírmáj
AST aszpartát-aminotranszferáz (GOT)
B bifidobaktérium
BCAAs Branched-Chain Amino Acids (elágazó szénláncú aminosavak)
BIA bioimpedancia-analízis
BIZ bizmut
BMI body mass index
Ca kalcium
CAIDS (*cirrhosis associated immune deficiency*) cirrhosishoz társuló immundeficiencia
CCK cholecystokinin
CD (*Crohn's disease*) Crohn-betegség
CFTR (*cystic fibrosis transmembrane conductance regulator*) cisztás fibrózis transzmembrán regulátor
CH szénhidrát
CIC (*colon chloride channel*) vastagbél-kloridcsatorna
Coxibok specifikus COX2-gátlók
CPK kreatin-foszfokináz
CRC colorectalis carcinoma
CRP C-reaktív protein
CT komputertomográfia

CV cardiovascularis
DAA (*direct acting antiviral agent*) közvetlenül ható antivirális ágens
DEXA (*dual-energy X-ray absorptiometry*) kettős energiájú röntgen abszorpcióméter
DGP deamidált gliadin peptid
DH dermatitis herpetiformis
DM diabetes mellitus
DNS dezoxiribonukleinsav
E% energiaszázalék
EATL enteropathia asszociált T-sejtes lymphoma
EMA endomysium elleni antitest
EMG elektromiográfia
ENG elektroneurográfia
ERCP (*endoscopic retrograde cholangiopancreatography*) endoszkópos retrográd cholangiopancreatographia
EST endoszkópos sphincterotomia
ESWL (*extracorporeal shock wave lithotripsy*) külső kőzúzás
EUH endoszkópos ultrahang
EVL endoszkópos varixligatio
EVS endoszkópos varixszklerotizáció
FDA (*Food and Drug Administration*) Élelmiszer- és gyógyszerhatóság
Fe vas
FFMI (*fatty free mass index*) zsírmentes tömeg index
FODMAP fermentálódó oligo-, di-, monoszacharidok és poliolo
FOS (*fructo-oligosaccharide*) fruktooligoszacharid
GABA gamma-aminovajsav
GERD (*gastroesophageal reflux disease*) gastrooesophagealis refluxbetegség
GEV gastrooesophagealis varicositas
gFOB (*guaiac fecal occult blood test*) rejtett székletvér vizsgálata guajakollal
GFR glomerulus filtrációs ráta
GGT gamma-glutamil-transzferáz
GI gastrointestinalis
GOS galacto-oligosaccharide, galaktooligoszacharid
GOT glutaminsav-oxálcetsav-transzamináz
GPT glutaminsav-piroszólósav-transzamináz
H. pylori Helicobacter pylori
H2RA hisztamin-2-receptor-antagonista
HBeAg hepatitis-B early (korai) antigén
HBsAg hepatitis-B surface (felszíni) antigén
HBV hepatitis-B-vírus
HBV DNS hepatitis-B-vírus-DNS

HCC hepatocellularis carcinoma
HCV hepatitis-C-vírus
HCV RNS hepatitis-C-vírus-RNS
HDV hepatitis-D-vírus
HE hepaticus encephalopathia
HLA (*human leukocyte antigen*) humán leukocita antigén
HP *Helicobacter pylori*
5-HT 5-hydroxy triptamin (szerotonin),
IBD (*inflammatory bowel disease*) gyulladásoos bélbetegség
IBS (*irritable bowel syndrome*) irritábilis bél szindróma
iFOB (*immun fecal occult blood test*) rejtett székletvér immunológiai vizsgálata
Ig immunglobulin
IU (*international unit*) nemzetközi egység
K kálium
KLA klaritromicin
L (*lactobacillus*) laktobacillus
LC laparoszkópos
LDH laktát-dehidrogenáz
LMWH kis molekulású heparin
MALT (*mucosa associated lymphoid tissue*) a nyálkahártya lymphoid szövete
MCT (*middle chain triglycerides*) közepes szénláncú zsírsavak
MCV (*mean corpuscular volume*) átlagos vvt-térfogat
MET metronidazol
Mg magnézium
Mn mangán
MRCP mágneses rezonanciás cholangiopancreatographia
MRI mágneses rezonanciás képalkotás
MUST (*malnutrition universal screening tool*) a rossz tápláltsági állapot univerzális szűrő eszköze
Na nátrium
NAFLD (*nonalcoholic fatty liver disease*) nemalkoholos zsírmáj
NASH nemalkoholos steatohepatitis
NCGS nem coeliakiás gluténszenzitivitás
NCWS nem coeliakiás búzaérzékenység
NHL non-Hodgkin-lymphoma
NOAC új (nem K-vitamin-antagonista) orális antikoagulánsok
NSAID nemszteroid gyulladásgátló
NSBB nem szelektív béta-blokkoló
OPT otthoni parenterális táplálás
ORS (*oral rehydration salts or solution*) szájon át adható folyadék- és sópótlás

p-ANCA perinuclearis antineutrophil antitest
PBC primer biliaris cholangitis (korábban: primer biliaris cirrhosis)
PCR (*polymerase chain reaction*) polimeráz-lánreakció
PCT procalcitonin
PEG (*percutaneous endoscopic gastrostomy*) perkután endoszkópos gasztrosztóma
PEJ (*percutaneous endoscopic jejunostomy*) perkután endoszkópos jejunosztóma
PgE2 prosztaglandin E2
PPI (*proton pump inhibitor*) protonpumpagátló
PSC (*primary sclerosing cholangitis*) primer szklerotizáló cholangitis
RDW (*red cell distribution width*) vörösvértest-térfogat eloszlási tartománya
SAAG serum ascites albumin gradiens
SCAD diverticulosishoz társuló segmentalis colitis
SIBO (*small intestinal bacterial overgrowth*) vékonybél bakteriális túlnövekedése
SIRS (*systemic inflammatory response syndrome*) szisztémás gyulladással járó reakció tünetegyüttese
SSRI (*selective serotonin reuptake inhibitor*) szelektív szerotoninvisszavétel-gátló
STC (*slow transit constipation*) lassú colontranzit
SUDD tünetekkel járó szövődménymentes diverticulum
SWE (*shear wave elastography*) nyíróhullámmal működő elasztográfia
TCA triciklikus antidepresszáns
TCH total carbohydrate össz-szénhidrát
TE transiens elasztográfia
TET tetracycline
TIPS (*transjugular intrahepatic portosystemic shunt*) transjugularis intrahepatikus portoszisztémás shunt
TPT teljes parenterális táplálás
tTG (*tissue transglutaminase*) szöveti transzglutamináz
ttkg testtömegkilogramm
UBT urea kilégzési teszt
UC ulcerative colitis
UDCA ursodeoxycholsav
UH ultrahang
VIP (*vasoactive intestinal polypeptide*) vazoaktív intestinalis polipeptid
WDHA (*watery diarrhea*) vizes diarrhoea, hypokalaemia, achlorhydria
WHO (*World Health Organization*) Egészségügyi Világszervezet

1. BETEGSÉGEK ÉS GYAKORLATI TEENDŐK

- 1.1. Gastrooesophagealis refluxbetegség a háziorvosi praxisban *(Kovács Ágota)*
- 1.2. Az NSAID-gastropathia háziorvosi vonatkozásai *(Bálint Levente)*
- 1.3. *Helicobacter pylori* függő betegségek a családorvos szemszögéből *(Pák Péter)*
- 1.4. Krónikus hasmenések a mindennapokban *(Bajor Judit)*
- 1.5. A székrekedés kivizsgálási és kezelési stratégiái *(Király Ágnes)*
- 1.6. Az irritábilis bél szindróma, a családorvos nagy kihívása *(Magyar Anna)*
- 1.7. A coeliakia és a háziorvos *(Bajor Judit)*
- 1.8. Crohn-betegség és colitis ulcerosa családorvosi vonatkozásai *(Sarlós Patrícia)*
- 1.9. Diverticulosis; megdőlt dogmák *(Magyar Anna)*
- 1.10. A colorectalis carcinoma megelőzésének lehetőségei *(Szepes Zoltán)*
- 1.11. Epeköves betegek a praxisban *(Varga Márta)*
- 1.12. A krónikus pancreatitis; a háziorvos szerepe a beteg ellátásában *(Czakó László)*
- 1.13. Vírushepatitisek a praxisban *(Tornai István)*
- 1.14. A májcirrhotikus beteg ellátása – családorvosi szempontok *(Schuller János)*

[Vissza a Tartalomjegyzékhez](#)

[Vissza a Tartalomjegyzékhez](#)

1.1. Gastrooesophagealis refluxbetegség a háziorvosi praxisban

Kovács Ágota

1.1.1. A GERD definíciója

A gastrooesophagealis refluxbetegség a gastrointestinalis traktus leggyakoribb betegsége. Két típusos tünete, a savas regurgitáció és a gyomorégés prevalenciája meghaladja a 40%-ot.

Legfőbb oka a felső tápcsatorna motilitási zavara. Következménye a gyomorbennék visszaáramlása a nyelőcsőbe. Innen a garatba, szájüregbe, lecsorogva pedig a légutakba kerülhet az irritáló gyomornedv, változatos mértékű nyelőcsőnyálkahártya-elváltozásokat és nyelőcsövön kívüli tüneteket okozva.

A gyomornedv nem mindig savas vegyhatású. Ritkán, motilitási zavar következtében, esetleg a felső emésztőrendszert érintő műtétek után előfordulhat epés reflux. Az alkáliás reflux éppen úgy panaszokat, sőt szövődményeket okozhat, mint a savas reflux az epesavak, a pancreasnedv irritáló hatásának következtében.

A refluxbetegséget el kell különíteni az alkalmi refluxtól. Utóbbi nem kóros, élettani jelenség, előfordulhat nehéz súly emelések, lehajlás, bőséges étkezés után vagy terhességben. Betegségnek akkor tartjuk, ha a reflux rendszeresen előfordul, panaszt, esetleg szövődményt okoz.

A refluxbetegségnek két formáját különböztetjük meg:

1. Nyelőcsőnyálkahártya-eltéréseket nem okozó, *nem erozív refluxbetegség* (NERD).
2. A nyelőcső-nyálkahártya gyulladást okozó, *erozív refluxbetegség* (ERD). Ez utóbbinak szövődményeként peptikus nyelőcsősűkület, vérzés vagy Barrett-nyelőcső alakulhat ki, mely praecancerosus állapot.

A refluxbetegség klinikai jelentőségét a betegek világszerte növekvő száma, az életminőséget jelentősen befolyásoló panaszok és a szövődmények viszonylag magas aránya adja meg.

1.1.2. Patomechanizmus

A refluxbetegség kialakulásában a legfontosabb tényezők:

- A felső tápcsatorna motilitási zavara
- A nyelőcső és/vagy a gyomor csökkent vagy elhúzódnó ürülése
- A nyelőcső alsó záróizmának barrierfunkció-csökkenése

A nyelőcső alsó záróizmának gyengesége, és/vagy a gyomor lelassult ürülése következtében a gyomorban keletkező fokozott nyomás a gyomornedv visszaáramlásának leggyakoribb kiváltója. A nyelőcső és a gyomor közötti zárást biztosító nyelőcső alsó záróizom elégtelen működését előidézhethi hiatus hernia is. Alvási apnoében a mellkasi negatív nyomás szívó hatása okozhat refluxot.

Az újabb kutatási eredmények szerint a refluxbetegség kialakulásában nagy jelentősége van az ún. *savtasaknak*. Ez a gyomor proximális részében keletkező, erősen savas vegyhatású zóna, mely a savas gyomorbennék és az elfogyasztott táplálék elégtelen keveredése miatt jön létre. A fiziológiásan pufferoló hatású étel tetején keletkezik egy erősen savas filmréteg, melynek pH-értéke (pH 1,6) jelentősen alacsonyabb a distalisan elhelyezkedő gyomorbennék pH-értékénél (pH 4,4). Ez a proximálisan keletkező savas filmréteg a nyelőcső alsó záróizmának gyengesége, hibás működése esetén a nyelőcsőbe is felkúszhat. A savas zóna étkezést követően két óra hosszat is fennmarad. Refluxbetegségben, különösen hiatus hernia esetében, a savtasak mérete nagyobb, elhelyezkedése proximálisabb, mint egészségesekben.

1.1.3. Tünetek

A lakosság 20–40%-a hetente, ill. havonta szenved refluxos panaszoktól. A naponta többször ismétlődő refluxos panasz jelentősen rontja az életminőséget, az éjjeli reflux alvási zavarokat okozhat. A tünetek lehetnek típusosak (az esetek 80%-ában) és nem típusosak.

A *típusos tünet* a gyomorégés és savas felbőfögés, a *nem típusos tünetek* pedig lehetnek nyelőcső-lokalizációjú vagy nem nyelőcső-lokalizációjú (extraoesophagealis) tünetek. Külön szólnunk a vészjelző (alarmírozó) tünetekről.

1.1.3.1. Típusos tünetek

- Gyomorégés: égő fájdalom a szegycsont mögött, mely a gyomorszájától a szájüreg felé terjed, néha azonban kisugározhat a karokba, hátba, nyakba. Elkülönítése az anginás fájdalomtól nehéz, kardiológiai szakvizsgálatot igényel. Egyszerű és gyors tájékozódást adhat ilyen esetben Salvus víz vagy szódabikarbóna azonnali jótékony hatása.
- Savas felbőfögés esetén savanyú, keserű, néha sós ízű, kis mennyiségű folyadék buggyan fel a gyomorból a nyelőcsőbe, esetleg a szájüregbe.

1.1.3.2. Nem típusos tünetek

- **Nyelőcső-lokalizáció**

Nehezített nyelés (*dysphagia*): a szilárd étel, de a folyadék lenyelése is nehezen megy, a beteg úgy érzi, elakad a falat. Oka lehet a nyelőcső gyulladása vagy szűkülete, de daganat sem zárható ki, ezért ilyen panasz esetén sürgősen szakorvosi vizsgálat indokolt.

Fájdalmas nyelés (*odynophagia*): a refluxbetegség súlyos, fékélyes formájára utal. Többnyire forró, jeges vagy magas alkoholtartalmú italok váltják ki. Sürgős szakorvosi vizsgálat szükséges nyelőcsődaganat kizárása céljából.

- **Nem nyelőcső-eredetű lokalizáció (extraoesophagealis)**

- *Mellkasi fájdalom*

A nyelőcső érzőidegeinek túlérzékenysége, a nyelőcső fokozott görcskészsége okozza. Mellkasi fájdalmat okozhat azonban szív-koszorúér-keringési zavar, melyet vagy a nyelőcső gyulladása vált ki reflexes úton (linked angina), vagy kardiális eredetű. Az elkülönítés életbevágóan fontos, ezért az első feladat a szíveredetű mellkasi fájdalom kizárása.

- *Laryngopharyngealis tünetek*

A rekedtség jellegzetes savas panasz, azonban az első diagnosztikus lépés a gégészeti betegségek kizárása szakorvosi vizsgálattal.

Gombócérzés a torokban gyakori panasz, organikus gégészeti betegség kizárása után kerülhet sor a reflux megállapítására. Amennyiben ez sem igazolódik, funkcionális globusérzés gyanúja merül fel.

- *Légúti tünetek*

Felső és/vagy alsó légúti panaszokat válthat ki a garatba feljutó, majd a légutakba visszacsorgó savas gyomorbennék, de az irritált nyelőcsőből kiinduló reflex is. A refluxos köhögés rohamszerűen jelentkezik, köpetürítéssel nem jár. Asztmás tüneteket okozhat a légutakba kerülő gyomortartalom, de az irritált nyelőcső reflexes úton is kiválthatja a hörgők görcsét. Refluxra utal, ha a nehezített kilégzéssel járó légzéscsökkentés mindig emelés, hajlás során vagy vízszintes testhelyzetben lép fel. Ismétlődő tüdőgyulladás, a légutak súlyos gyulladásának oka is lehet a légutakba kerülő gyomortartalom.

- *Szájüregi tünetek*

Égő érzés a szájüregben, bőséges nyálképződés, savas, keserű, sós szájíz oka lehet a szájüregbe kerülő gyomorsav. A rossz szájíz oka azonban többnyire a szájüregben, ínytasakokban bomló ételmaradék, baktériumszaporulat. Az ilyen panasszal jelentkező beteget ezért először fogorvoshoz célszerű irányítani. Fontos a beteggel tisztázni, vajon más személy is észlelte szájszagát, vagy csak ő érzi rossz szagúnak saját leheletét.

A gyomorsav komoly mértékben károsíthatja a fogak zománcát. Az eróziók a fogak szájüregi oldalán jelentkeznek, ezért sokáig észrevétlenek.

– *Alvási zavarok*

A refluxbetegség és az alvási zavarok, különösen az obstruktív alvási apnoe gyakorisága egyaránt megnőtt az elmúlt években az egész világon. Számos tanulmány bizonyítja a kettő összefüggését, együttes előfordulását. Az oki összefüggés azonban nem egyértelmű. Feltehetően több közös kiváltó tényező lehet, pl. az obesitas. Az éjjeli apnoés periódusok kezelése folyamatos oxigénellátással javítja az éjszakai refluxos tüneteket, míg a PPI-kezelés jelentősen csökkenti az apnoés periódusok számát, és javítja az alvás minőségét.

1.1.3.4. Vészjelző (alarmírózó) tünetek

Azonnali szakorvosi vizsgálatot igényel, ha a beteg panasza nyelési nehezítettség, fájdalmas nyelés, a testsúly 10%-át meghaladó fogyás, vérszegénység, tápcsatornai vérzés, hányás, tartós rekedtség. Különös figyelmet igényel, és gasztroenterológiai szakorvosi vizsgálat szükséges, ha a refluxos panaszokkal jelentkező beteg családjában tápcsatornai daganatos betegség előfordult, ha a beteg 50 év feletti életkorban van, illetve ha erős dohányos.

1.1.4. Diagnózis

A háziorvosánál gyomorégéssel, savas regurgitációval, típusos panaszokkal jelentkező beteg esetében a refluxbetegség diagnózisa a tünetek és az anamnézis alapján felállítható. Tudni kell azonban, hogy ez a tüneteken és kórtörténeten alapuló diagnózis nem százszázalékosan megbízható.

Típusos tünetek esetén a diagnózist meg kell erősíteni a savszekréció-gátló kezelés eredményességének bizonyításával. Sajnos a PPI-kezelésre adott kedvező válasz diagnosztikus értéke sem teljesen megbízható: fekélyes nyelőcsőgyulladásal járó ref-

lux esetében sem haladja meg a kezelés eredményessége a 70%-ot, míg korszerű vizsgálatokkal kizárt refluxbetegség esetén is akár 35%-ban előfordulhat terápiás válasz. Ez utóbbi hátterében placebohatás feltételezhető. A félrevezető gyógyszerhatás miatt kerül sor gyakran a PPI-kezelés indokolatlanul hosszú távú, túlzottan nagy adagban történő alkalmazására. Ez anyagi szempontból és gyógyszer mellékhatások miatt egyaránt előnytelen.

Endoszkópos vizsgálat nem nélkülözhető az alábbi esetekben:

- *Alarmírozó tünetek:*
 - 50 év feletti életkor, erős dohányzás
 - dysphagia, nyelési fájdalom, hányás,
 - tápcsatornai vérzés,
 - anaemia,
 - fogyás,
 - tartós rekedtség
 - családi anamnézisben tápcsatornai daganatos betegség
- *Nem megfelelő terápiás válasz PPI-kezelésre.*
- *Átmeneti javulás után a panaszok rendszeres kiújulása.*

Amennyiben a nyelőcső súlyos gyulladása vagy Barrett-nyelőcső igazolódik, rendszeres endoszkópos ellenőrzés szükséges. Endoszkópos eltérés hiánya nem zárja ki a refluxbetegség diagnózisát. *Helicobacter pylori* fertőzés nem jellemző refluxbetegségben.

1.1.5. Kezelés

A terápia célja a beteg életminőségének javítása a panaszmentesség tartós biztosításával, a nyelőcsőben keletkezett elváltozások gyógyítása és a szövődmények megelőzése. Terápiás lehetőségek a háziorvosi gyakorlatban a panaszok súlyossága, a terápia hatékonysága szerinti sorrendben, általában kombinálva:

- Étrendi tanácsok
- Életmódi tanácsok
- A beteg által szedett gyógyszerek revíziója

- Antacidák, bevonószerek, alginátok
- Prokinetikus szerek,
- Savszekreciót gátló gyógyszerek (PPI, H2RA)

1.1.5.1. Étrendi tanácsok

Javasolt a hőkezelt paradicsomkészítmények, paradicsomos ételek, a narancs és a narancslé, a panírozott és grillezett húsételek, valamint a lefekvés előtt 3 órán belüli evés kerülése. Előnyös mellőzni a csokoládét, zsíros ételt, alkoholt, szénsavas italokat, főleg Coca-Colát, különösen az esti étkezésnél.

1.1.5.2. Életmódra vonatkozó tanácsok

A dohányzás elhagyása a javulás fontos feltétele. A túlsúly megszűnése, a háskőfogát csökkenése elősegíti a nyelőcső alsó záróizmának hatékony működését. A refluxot elősegíti, ezért nem javasolt a derékban szoros ruhadarabok viselése. Bizonyos sportok kedveznek a refluxnak, ezért kerülendők pl. a súlyemelés, kajakozás, edzőtermi gépek használata. Nem elhanyagolható a stressz, tartós feszültség, túlterheltség káros szerepe, ezek hatására megváltozik az idegi ingerek érzékelése, fokozott érzékenység, a fájdalomküszöb csökkenése alakul ki. Az ágy fejrészének megemlése az éjszakai refluxot jelentősen javítja. Fontos felhívni a beteg figyelmét, hogy ez ne párnákkal, hanem a bútor megemelésével, de legalábbis a matrac alá tett emeléssel történjen.

1.1.5.3. A beteg által szedett gyógyszerek revíziója

Helyes a nemszteroid gyulladásgátlók, szteroidtartalmú gyógyszerek kerülése. Indokoltan tartós szedés és refluxos panasz esetén savgátló kezelés szükséges. A C-vitamin és származékainak szedése fokozza a refluxos panaszokat. A C-vitamin-szükséglet biztosítása nyers gyümölcsök és zöldségek fogyasztásával javasolt.

1.1.5.4. Savközömbösítők, bevonószerek, alginátok

A savközömbösítők kalcium-, magnézium-, alumínium-, bizmutsók és ezek kombinációi. Kémiai úton fejtik ki hatásukat, a már megtermelt sav vegyhatását semlegesítik. Gyorsan, de csak rövid ideig hatnak. Enyhébb panaszok esetén a lúgos vegyhatású gyógyvizek fogyasztása is eredményes lehet a refluxos tünetek enyhítésére.

A bevonó készítmények vékony filmréteget képeznek, és így védik a nyelőcső nyálkahártyáját a gyomornedv irritáló hatásától. Bizonyos gyógyszerek felszívódását gátolhatják, ezeket használatuk előtt vagy után 2 órával célszerű bevenni.

Az alginát rendkívül hatékonyan javítja a refluxos panaszokat, mivel az antacidák kémiai hatásával szemben fizikai módon fejtik ki hatását, ennek köszönhetően gyorsabban és hosszabb ideig hat. Szinte mechanikus védőgátként akadályozza a savtasak proximalis irányba történő elmozdulását. Enyhébb esetben önmagában elegendő lehet, súlyos esetben a savgátló kezeléshez adva annak hatását fokozza. Nagy előnye, hogy terhességben és szoptatás idején is adható.

1.1.5.5. Prokinetikus szerek

A metoclopramid, a domperidon a gyomor ürülését segíti elő, ezáltal a gyomorban levő nyomás csökken, és a nyelőcső alsó záróizmának működése hatékonyabb. A metoclopramid adása idősebb korban, különösen Parkinson-kórban extrapyramidalis mozgászavart okozhat, a domperidon adása pedig szívpanaszok (vezetési zavar) esetén ellenjavallt.

1.1.5.6. Savszekréciót gátló gyógyszerek

- A leghatékonyabb savgátló szerek a *protonpumpagátlók*. A refluxbetegség kezelési stratégiája lehet felépítő (step up), amikor a fenti kezelési sorrendben kíséreljük meg a panaszok megszüntetését, és utoljára marad a leghatékonyabb protonpumpagátló kezelés. Ez a kezelés megkísérelhető enyhe vagy csak időszakosan jelentkező refluxos panasz esetén.
- Enyhe esetekben beválhat a *H₂-receptor-blokkoló* (ranitidin, famotidin) kezelés is, azonban tartós, egy hónapot meghaladó

szedésre hatásvesztés miatt ez a gyógyszercsoport nem alkalmas. Terhességben nem adható.

- A refluxbetegség tüneteket okozó, életminőséget befolyásoló formájának ajánlott kezelése a *PPI-gyógyszerek* adásával kezdődő, „*step down*” leépítő protonpumpagátló terápia. Az előírás szerint maximális dózissal kezdve a kezelést, eredményesség esetén a dózis fokozatos csökkentésével történik a terápia befejezése. Az erre a kezelésre adott terápiás válasz egyben diagnosztikus értékű. A csupán időnként jelentkező refluxos panasz esetén megfelelő az alkalmoszerű („*on demand*”) kezelés, melynek során a beteg a panaszos időszakban, néhány hétig szedi a savszekreciót gátló gyógyszert.

1.1.

Fel kell világosítani a beteget, hogy a savszekreciót gátló protonpumpagátlók és H₂-receptor-antagonisták hatásának kialakulásához 3-4 nap szükséges. Ezekből a gyógyszerekből 1-1 tabletta bevétele értelmetlen. Azonnali enyhülést az antacidák, a bevonószerek vagy az alginát bevétele adhat.

1.1.5.7. Mikor szükséges refluxbetegségben a tartós PPI-kezelés?

Súlyos, tartós, gyakran kiújuló panaszok, nem nyelőcső-eredetű tünetek, szövődmény (pl. Barrett-nyelőcső) kialakulása esetén. A beteg tünete, igényei alapján, a személyre szabottan alkalmazott kezeléstől várható eredmény. A naponta kétszer adott PPI mellett is jelentkező ún. áttörésszerű savas panasz esetén jó hatású lehet a hozzá adott alginát, esetleg H₂-receptor-gátló.

Amennyiben a kellő dózisban adott „*step down*” terápia 2-3 hónap múlva sem hoz eredményt, a következő lehetőségeket kell számba venni

- A beteg egyáltalán nem veszi be a gyógyszert.
- Nem az előírt adagban és/vagy nem az előírt időpontban veszi be (pl. éjszakai reflux esetén az ebéd előtt bevett gyógyszer hatásosabb, mintha reggeli előtt veszi be a beteg).
- Nem refluxbetegségről van szó, hanem pl. funkcionális gastroenterológiai betegségről (dyspepsia, IBS).

- Csak ezek kizárása után jön szóba a PPI-rezisztencia megállapítása. Felesleges és nem ajánlott a protonpumpagátló kezelés preventív *gastroprotectio* céljából kortikoszteroid kezelés esetén, ha a betegnek nincs refluxos panasza. Viszont nemszteroid gyulladásgátlók és thrombocytáaggregáció-gátlók tartós szedésekor a PPI adása csökkenti a nyelőcső és a gyomor nyálkahártyájának sérülését.

A PPI-kezelés lehetséges mellékhatásai gyenge vagy közepes erősségű összefüggést mutatnak a gyógyszer szedésével. Ezek közül említést érdemel az enterális fertőzések, különösen a *Clostridium difficile* fertőzésre való fokozott fogékonyság, osteoporosis, pneumonia kialakulása, a mikroelemek felszívódási zavara. A protonpumpagátló gyógyszerek mellékhatásaival akkor kell számolni, amikor kellő indoklás nélkül, tartósan és/vagy nagy adagban szedi a beteg. Ilyenkor a felsorolt mellékhatások minimális kockázata jelentőssé válik, mivel a kezelésnek nincs haszna. Különösen érvényes ez idős, többféle betegségben szenvedő, többféle gyógyszert szedő betegek esetében. Kellő kritikával ilyen esetben a leépítő stratégia helyes alkalmazásával teljesen elhagyható a gyógyszer, vagy elegendő a panaszos időszakban adott „on demand” kezelés.

Fontos irányelv: a megfelelő javaslattal és időtartammal alkalmazott PPI-kezelés klinikai haszna jóval meghaladja az esetleges kockázatot. *Terhességben* a PPI-gyógyszercsoportból csak omeprazol adható indokolt esetben. Megfelelő indikáció hiányában a PPI-kezelés kerülendő.

1.1.5.8. A savszekreció-gátlás helyes alkalmazása refluxbetegségben

- Szövődménymentes GERD esetében a PPI alap dózisban való adása javasolt minimum 4 hétig. A tünetmentesség elérése után 2–4 héttel az adag felezhető, majd további tünetmentesség esetén megkísérélhető fokozatos elhagyása. Ezután panasz esetén antacida, alginát, H₂RA adása, ezek hatástalan-

- sága esetén alkalmoszerű, „on demand” PPI-kezelés javasolt.
- Míg a refluxbetegség típusos tünetei már napokon belül jelentősen javulnak a PPI-kezelésre, a *nem típusos*, főleg az extraoesophagealis tünetek kezelése legalább 3 hónapig szükséges.
 - Szövődményes GERD esetében, súlyos panaszok esetén emelt dózisú PPI-kezelés indokolt (az alap dózis kétszerese), a kezelés időtartamát pedig az ilyen esetben szükséges gasztróenterológiai szakvizsgálat során határozzák meg.

Összegzés

- Savasnak érzett panasz esetén savközömbösítők, bevonószerek adásával megkísérelhető a sav oki szerepének tisztázása.
- Nem súlyos refluxos panasz esetén kúraszerű, „on demand” kezelés javasolt fokozatos leépítéssel. Gyakran ismétlődő vagy nem szűnő panasz esetén szakorvosi konzílium szükséges.
- A beteget fel kell világosítani a felesleges PPI-szedés hátrányairól.
- Hosszú távú PPI-kezelés esetén nem szükséges probiotikum adása.
- Nem szükséges a kalcium, magnézium, B₁₂-vitamin rutinszerű vagy emelt adagú adása sem.
- Hosszú távú PPI-kezelés esetén nem szükséges a csontsűrűség, vesefunkció, a szérummagnézium és B₁₂-vitamin-szint rutinszerű ellenőrzése.
- Kortikoszteroid-kezelés esetén nem szükséges PPI preventív adása.
- Kellő indikáció hiányában ne kezdjük el a PPI-kezelést.
- A PPI-kezelés mellékhatásaira indokolatlan, hosszú távú kezelés esetén kell számítani.
- Megfelelő indikációval és a szükséges időtartamig adva a PPI-kezelés biztonságos, és terápiás haszna jelentősen meghaladja az esetleges mellékhatások kockázatát.

Fontosabb üzenetek

- A refluxbetegség diagnózisa a háziorvosi gyakorlatban az anamnézisére és a PPI-kezelésre adott válaszra alapul.
- Amennyiben a kezelésnek nincs számottevő eredménye, akkor két-három hónapon túl további folytatása nem indokolt, gasztroenterológiai szakvizsgálat szükséges.
- Alarmírózó tünet esetén azonnal szakorvosi vizsgálat szükséges.
- Nem nyelőcső-lokalizációjú (extraoesophagealis) panaszok esetén a refluxbetegség diagnózisa és kezelése csak az érintett szerv szakorvosi vizsgálata, szervi betegségének kizárása után megengedett.

Irodalom

1. C Prakash Gyawali, PJ Kahrilas, E Savarino. Modern diagnosis of GERD: the Lyon Consensus. GUT 2018;67(7): 1351-1362
2. Herszényi L. A protonpumpagátló „overuse” és a „step-down” terápia kivitelezésének szempontjai a mindennapi gyakorlatban. Háziorvosi Továbbképző Szemle 2018;23:218-223.
3. Herszényi L. A refluxbetegség kezelésének gyakorlati szempontjai-van-e érdemi változás a montreali kongresszus óta? Orvostovábbképző Szemle 2018; 25:45-50.
4. Izbéki F. A refluxbetegség diagnosztikája napjainkban (Mi változott a portói és a lyoni konszenzus konferenciák között eltelt 15 év alatt?). Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology 2018; 4(2): 75-79.