

lehetőségei szerényebbek, terápiás lehetősége nincs, bizonyos esetekben pedig szűrésre nem ajánlható, elsősorban a kolonoszkópos esetek számának emelkedésével kell számolni.

A szűrés sikere számára nagyon fontos, hogy a szűrés menetéről, lehetőségeiről, előnyéről és hátrányairól, a szűrésben résztvevők megfelelő információkkal rendelkezzenek. Oldanunk kell azt a szorongást, melyet a szűrés az esetek felében, elsősorban a kevésbé iskolázott betegek és a nők körében okoz. Előre fel kell készíteni betegeinket a téves pozitív és a téves negatív eredmények lehetőségének elfogadására. A kedvezőtlen tapasztalatok miatt előre fel kell hívni a családorvosok figyelmét arra, hogy a szűrések szükségesnél gyakoribb elvégzése felesleges és költséges.

Rizikófaktorok és a prevenció kérdése

Az öröklött hajlam mellett a legfontosabb rizikófaktor a beteg életkora; a friss esetek 90%-a az 50 év feletti korcsoportból kerül ki. Hajlamosi-

tó tényező a fizikai inaktivitás, a zsírdús étkezés, a növényi rostok fogyasztásának háttérbe szorítása, de egyértelmű diétás tényezőt bizonyítani még nem lehetett. A különböző adalék anyagok (szelén, folsav, kalcium), oestrogén és aszpirin védő hatásának vizsgálata folyamatban van.

A szűrés technikai lehetőségei, a családorvosok szerepe

A szűrés megkezdésének feltétele (megfelelő tájékoztatást követően), a beteg előzetes hozzájárulása. A vizsgálatok lépcsőzetesen történhetnek, előzetesen rögzített algoritmus szerint. Az első lépcsőben a családorvos és a laboratórium játszik szerepet (székletvizsgálatok). A második lépcsőben gasztroenterológiai szakambuláns és/vagy radiológiai járóbeteg-ellátásra kerülhet sor (eszközös vizsgálatok). A harmadik lépcsőben a betegek ellátásához fekvőbeteg osztály(ok) (gasztroenterológia, sebészet, onkológia) szükségesek.

A családorvos első tevékenysége a betegek kiválasztása rizikócsoporthoz. Ezt követően a szűrést eluta-

sító betegek feljegyzése (kontroll csoport), a hozzájárulást adó betegek szűrésének megkezdése és irányítása a feladat. A szűrésre alkalmas módszerek és kombinációik közül jelenleg hazánkban egyik sem kitüntetett s a szűrésre alkalmas „arany standard” még az irodalomban sem áll rendelkezésre, ezért célszerűnek látszik egy-egy bevált kombináció, ajánlás alapján végezni az 50 év feletti lakosság szűrését, a veszélyeztetettek szűrését pedig átadni a szakellátásnak.

Rövidítések:

CRC	colorectalis carcinoma
FAP	familialis adenomatosus polyposis
HNPCC	herediter non-polyposis colorectal cancer
FOBT	fecal occult blood test
FS	flexibilis szigmoideoszkópia
KKI	kettős kontrasztos irrigoszkópia
C	kolonoszkópia
IBD	inflammatory bowel disease

Dr. Újszászy László

Irritábilis bél szindróma – az orvos-beteg kapcsolaton alapuló differenciál diagnosztika

Az orvos a visszatérő, vagy a krónikus, állandóan meglevő panaszok esetében arra törekszik, hogy minél gyorsabban „kézzelfogható”, azonosítható, jól értelmezhető diagnózis felállításához jusson. A beteg a visszatérő, vagy krónikus, állandóan meglevő panaszok esetén arra törekszik, hogy minél előbb megnyugtatóhoz, a tünetek megszűnéséhez vagy enyhüléséhez vezető kezeléshez jusson. Azok a panaszok és azok a tünetek, amelyekhez strukturális vagy biokémiai eltérések nem csatlakoztathatók, ezen a palettán nehezen találták meg önálló jelentőségüket.

A közelmúltban az intenzív elméleti és klinikai kutatás a funkcionális gasztroenterológiai megbetegedéseket legalább három meghatározó ponton alapvetően új megvilágításba helyezte. Ezt a három meghatározó területet a patogenetikai háttér jobb megértése, a tünetorientált pozitív diagnózis elfogadása és egy ésszerű hatékonyságra törekvő, lépcsőzetes terápiás stratégia kidolgozása és alkalmazása jelentette.

A hatékonyságra és megbízhatóságra törekvő orvoslás előtt, mellett, mögött egy harmadik-negyedik dimenzióban létezik egy további terület, a szubjektívum világa, amelyet a megélt élet minősége jelez legpontosabban.

Az egészségi állapot a megélt életminőséget jelentősen befolyásolja.

Az életminőség és a gasztrointesztinális betegségek

Az életminőség és az egészségi állapottal összefüggő életminőség két eltérő terület. Az orvoslásban gyakran szinonimaként használják a két fogalmat. De elkülönítésük nem öncélú.

Az élet minőség (quality of life, QoL) fogalmát számtalan aspektusból lehet vizsgálni. Olyan alapvető tényezőket is tartalmaz, hogy hol és hogyan éljük mindennapjainkat. Olyan tényezők együtteséről van tehát szó, amely magában foglalja a családi állapotot, a képzettséget, a nemzeti hovatartozást, a munkavégzés jellegét, a barátságot, az életszínvonalát és még ki tudja, hogy mi mindent. Ezek a tényezők csak látszólag esnek messze az orvosi gondolkodástól.

Dr. Újszászy László
Semmelweis Kórház
Gasztroenterológiai Osztály
3529 Miskolc, Csabai kapu 9-11.

Az egészségi állapottal összefüggő életminőség (HRQoL) jelzi azokat a tényezőket, amelyek befolyásolják a fizikai vagy pszichés jó közérzetünket.

Sokkal egyszerűbben fogalmazva meghatározza azt, hogy az egyén mindennapi életében hogyan éli meg a megelégedettséget, a jó közérzetet, vagy annak hiányát. Az egészségi állapottal összefüggő életminőség alapvetően magában foglalja:

- a fizikai működő képességet,
- a testi fájdalmak jelenlétét, vagy hiányát,
- az általános egészségi állapot megítélését
- a társadalmi beilleszkedést,
- a mentális vagy lelki kiegyensúlyozottságot.

A HRQoL tehát egy olyan fogalom, amely arról ad felvilágosítást, hogy a páciens aktuálisan hogyan érzi magát, milyennek ítéli meg pillanatnyi helyzetét. Egy olyan mutató, amely nem a betegségre, vagy a kezelésre, hanem magára a betegre fókuszál. Amennyiben tehát az életminőség vizsgálatát nem vonjuk be a döntéshozatalba, illetve a klinikai gyakorlatba, akkor azok bizalmát veszítjük el, akik állapotának javítására vagyunk hivatottak.

Az utóbbi időben a klinikusokat, az egészségügyi menedzsereket, és az ellenőrző struktúrákat is egyre kifejezettebben érdekli az, hogy a betegek hogyan értékelik a kezelések eredményét, hogyan élik meg a változásokat.

Az életminőség elemzésekhez az egészségügyi intervenciók ökonómiai megfontolásait is hozzá kapcsolják. Ez abban is tükröződik, hogy a HRQoL elemzések olyan területeken is megjelentek, mint pl.:

- Beavatkozások, vagy kezelési módok hatékonysága
- Különböző betegcsoportokon egy-egy kezelési mód elemzése
- A kezelési folyamat költségeinek összehasonlítása a végeredmény kalkulálható anyagi következményeivel
- A lakosság egészségügyi elvárásainak, szükségleteinek megfogalmazása pl. szűrési, vagy nyomonkövetési programok szervezése esetén

Ennek a megközelítésnek a jelentősége ugrásszerűen nő akkor, ha:

1. Nem akut kuratív, hanem krónikus, vagy visszatérő betegség kezeléséről van szó (reumatoid kórke-

pek, asztma, irritábilis bélszindróma)

2. A kezelés gyakran eredményez olyan mellékhatást, amely a beteg által megélt életminőséget jelentősen ronthatja (pl. kemoterápia)

3. Tünetmentes egyénnél, akinél a kezelés végpontja évek múlva várható és késői mellékhatásokat eredményezhet (pl. hormonkezelés osteoporosis megelőzésére)

4. Olyan új kezelési eljárásoknál, ahol nem a közvetlen, drámai terápiás előny meghatározása a kérdés, hanem a standard kezeléshez való viszony meghatározása a cél, amit a kevesebb mellékhatás, vagy esetleg az olcsóbb ár jelenthet.

A megélt élet minőségének mérésére generikus, általános állapotra vonatkozó kérdőíveket és egyes betegségre fókuszáló speciálisan kifejlesztett, kérdőíveket alkalmaznak. A gasztroenterológiai betegségek a vizsgált kérdéskörök mindegyikében rosszabbak, a többi szervek betegségeinél. Ezen belül az organikus betegségekben szenvedők adatai kedvezőbbek, a funkcionális panaszokban szenvedők rosszabb. A kérdéskörök között szerepel az érzelmi stabilitás, az alvás, a fizikai aktivitás, a beilleszkedés, a testi fájdalom, a szexuális relációk, tehát egy sor olyan tényező, amelyekre az anamnézis átlagos felvételénél általában nem kerül sor. Közérzetre, környezetre, életérzésre irányuló információk mellett a módszer speciális tünetek közlésére, és a változások detektálására is alkalmas.

Az elmúlt években megjelentek azok az eszközök, amelyek speciálisan a funkcionális gasztrointesztinális kórkepekben szenvedő páciensek életérzésével, tehát a szubjektívumuk világával foglalkoznak. Az irritábilis bél szindrómás betegek vizsgálatára alkalmas kérdőívet hosszú előkészítő munka után 1999-ben Angliában dolgozták ki. Azóta ezt az eszközt számos országban már honosították. A honi bevezetésre az MGT Colon Szekciója vállalkozott.

Az irritábilis bél szindróma

Az irritábilis bél szindróma olyan funkcionális klinikai entitás, ahol a hasi fájdalomhoz székelési rendellenesség társul és a klinikai jelekhez kimutatható anatómiai, vagy biokémiai eltérések nem csatlakoztathatók. A szindróma tünetei között vezető és kiegészítő panaszokat különítenek el.

A klinikai entitás megítélésében az 1999 évi második Római Konszenzus Értekezlet irányelvei a mérvadóak.

Irritábilis bél szindrómára (IBS) utaló tünetekkel rendelkezik a lakosságnak legalább 1/5-e. Fiatallabakon és nőkön a tünetek gyakoribbak. Az orvosi ellátás igényét szocioökonómiai viszonyok jelentősen befolyásolják. (Pl. Indiában a nők és férfiak eltérő attitűddel keresik a gyógyítást). Ebből a betegcsoportból kerül ki az alapellátás minden nyolcadik, a gasztroenterológiai szakambulanciáknak pedig minden negyedik páciense. IBS miatt több a munkából, vagy iskolából kiesett idő, mint számos más betegség esetében együttvéve. A tünetek kialakulásában fiziológiai eltérések és pszichoszociális komponensek egyaránt részt vesznek. A fiziológiai eltérések között a bélcsatorna motilitási zavarai és hiperszenzitivitása valamint a centrális és enterális idegrendszer között a meglazult kapcsolat tetten érhető. A pszichoszociális tényezők között a korai gyermekkorra, vagy a közvetlen kis környezet élményeire visszavezethető, nem kellően feldolgozott élményanyag, tanult, vagy manírként felvett viselkedésmód, stressz intolerancia és még ki tudja, hogy mi minden játszhat szerepet.

IBS-ben a pszichés faktorok és a pszichológiai eltérések szorosan összekapcsolódnak. A személyiségi jelek és a panaszok egységet alkotnak. A pszichológiai eltérések nem okai, hanem részesei a tünetegyüttesnek. A szimptómákhoz kapcsolódó, vagy ezek következtében kialakuló pszichológiai comorbidity IBS-ben gyakori jelenség. Leggyakrabban depresszió, anxietás, insomniá, szomatizáció észlelhető. Tény, hogy a rektum-sigma határ görcse, a visszatérő alhasi fájdalom, vagy a bél spazmusa, a bal bordaív alatti, vagy epigasztriális feszítő fájdalom nem az öröm forrása. Ha puffadás, székürítési rendellenesség csatlakozik a képhez, tovább romlik a hangulat.

Az irritábilis bél szindróma prognózisa *quo ad vitam* jó, *quo ad sanationem* szerény. A klinikai jelenség racionális megközelítéséhez egyre inkább a tüneteken alapuló diagnosztikus munka közeledik. Az általános, úgynevezett dyspepsziás tünetek elfedhetnek valódi, akár rosszindulatú eltérést és ezért ismét és ismét előtérbe kerültek olyan törekvések,

hogy a funkcionális panaszanyag diagnosztizálásához alkalmanként akár ismételten végzett, az organikus betegséget kizáró diagnosztikus procedurák vezethetnek.

Az utóbbi évek tapasztalata és elvi megfontolások alapján is állítható, hogy az irritábilis bél szindróma a tünetek ismerete, értékelése és elemzése segítségével a diagnosztikus eljárások racionalizálhatók. A Manning, valamint a Római Kritériumok ezt alátámasztják. Az IBS, mint kórisme felmerülésekor a pácienssel találkozó orvosnak a pozitív vagy primer diagnózis eléréséhez átgondolva mérlegelni kell a rendelkezésre álló tüneteket és jeleket és ésszerűen minimalizálni tanácsos az organikus betegségek kizárására irányuló törekvéseket.

IBS-re utaló tünetek esetén a diagnosztikus eszközök használatát alapvetően befolyásolja a beteg életkora, a panaszok fennállásának ideje, függ a beteg általános szomatikus és pszichés állapotától, valamint az uralkodó tünetek jellegétől.

A primer vagy pozitív diagnózis

Az első találkozásnál a beteget ki kell kérdezni és odafigyeléssel meg kell hallgatni. Az idő hiánya legalább az első találkozásnál nem korlátozhatja az interjút. Az IBS gyanú esetén a végleges diagnózist, a verdiketet nem feltétlenül kell kimondani az első találkozáskor. A páciensnek el kell döntenie, hogy partnerként részt vesz-e a kezelésben és az orvosnak is el kell döntenie, hogy milyen mélységig tárja fel a tünetek kolorálásában szerepet játszó aktuális vagy régműltből eredő élményanyagot. A kórtörténet feltárása, a panaszok értelmezése, a pszichés zavarok feltárása mellett a fizikális vizsgálat még negativitás esetén is alapja a továbbiaknak, többek között az orvos-beteg kapcsolat kialakításának.

IBS gyanú esetén az első észlelésnél végzett tevékenység

Kórtörténet
Fizikális vizsgálat

*

Vérkép, vérsajt süllyedés

*

Széklek okkult vér vizsgálat?
Colon vizsgálat egyedi elbírálás alapján

Hasi UH (egyedi elbírálás alapján)

A fizikális vizsgálat során észlelhető nem specifikus eltérések (pl. rugalmas köteg a szigma tájon stb.) vagy egy kóros rezisztencia alapvetően megváltoztatja a problémához való hozzáállást. Idősebb pácienseknél a rektális vizsgálat nem nélkülözhető.

A primer kórisme felállításához az alapvető labor vizsgálatok a We és a vérkép tulajdonképpen elegendő. Kóros tartományba tartozó adatok riasztóként működnek és megváltoztatják az orvosi gondolkodás irányát. Az esetleg szükséges kiegészítő tesztek mélysége függ a beteg korától, a panaszok jellegétől és a már rendelkezésre álló vizsgálati adatoktól.

A hasi UH vizsgálat, a széklek okkult vértartalom-vizsgálat és a sigmoidoszkópia gyakran szerepel az első körben javasolt vizsgálatok között. Eredményük értékelésénél mindenestre tudni kell, hogy ezeknek a vizsgálatoknak a prediktív értéke, szenzitivitása és specifitása válogatás nélküli beteganyagon nagyon szerény, tehát alkalmazásukat iránymutató indikációhoz, nem pedig az IBS gyanújához kell kötni.

Differenciál diagnózis

IBS gyanú esetén számos gyakori és ritkábban előforduló kórfolyamat átgondolása javasolt. A széles ívű lehetőségeket a domináló tünetekhez kapcsolható kórfolyamatok alapján érdemes csoportosítani.

A domináló *fájdalom* esetén a fájdalom jellegének az átgondolása a kérdéskör punctum salientis. IBS-hez hasonló alhasi fájdalom élmények csatlakozhatnak számos más viscerális és emésztőszerven kívülről induló kórfolyamathoz. Éppen az IBS fájdalom bizonytalan tartalma miatt elfogadott idióma az IBS diagnosztikájában a „valószínűsít” megfogalmazás. Az irritábilis bél szindróma tünetei gyakran kapcsolódnak más funkcionális eltérésekkel, elsősorban funkcionális gasztrointesztinális diszpepsiával. A két tünetegyüttes együttes jelentkezése az IBS páciensek legalább egyharmadát érinti színes, sokoldalú abdominális diszkomfort-fájdalom térképet eredményezve.

Székrekedés predomináns irritábilis bél szindrómában az alkalmi és a valóban tartós székrekedés tünetcsoportjai jelentik a differenciálás színterét.

Kifejezett székrekedéssel számos

betegség járhat a Hirschprung betegségtől a Parkinson szindrómáig, a daganatoktól a gyógyszer-mellékhatásokig.

Domináló *hasmenés* esetén az esetleg szükséges differenciál diagnosztikai értékelés bonyolultabb feladat. Már magában a hasmenés fogalma is számos megválaszolandó kérdést takar. Az IBS beteg gyakran az indulás előtti, szorongással színezett ismételt ingert, a frakcionált lágyabb ürítést azonosítja a fogalommal, a kérdező pedig az infekt eredetre, vagy idiopátiás gyulladásos bélbetegségekre jellemző diarrhoea jeleit igyekszik azonosítani.

Az irritábilis bél szindrómás páciensek hasmenése hátterében mindig tanácsos átgondolni a laktóz intoleranciát, vagy az átmeneti könnyebb-ség ígérete miatt bevett laxansok lehetséges szerepét. Ezeknek a tényezőknek a feltárása alapvetően megkönnyítheti a kezelés alapját szolgáló diétás és életmódi tanácsok megfogalmazását.

Az irritábilis bél szindróma diagnózisa az esetek döntő többségében már az első vizit során nagy biztonsággal felállítható. A nyomomonkövetés, az ellenőrzés fontos eleme a diagnózishoz. Utánvizsgálatok során megállapították, hogy 3-5 évvel a kezdeti diagnózis felállítását követően a pácienseknek csak csupán 0,5%-ában kellett a kórismét más irányba terelni.

Minél konzervatívabbak a primer diagnózishoz felhasznált eszközök annál inkább elkerülhetetlen a kontroll az ellenőrzés, az újragondolás.

Az irritábilis bél szindróma tüneteinek megélésében és a jelek megítélésében jelentős eltérések észlelhetők. Az IBS tünetekkel rendelkezők jelentős része nem jut el az orvosi ellátás igényéig, tüneteiket a háziapátika, a családban közösségben kialakult és régóta használt praktikák útján tartják mederben. A súlyosabb, az orvoshoz forduló esetek szomatikus panaszait pszichoszociális tényezők, pszichés zavarok színezzik, amelyek a hangulati zavaroktól a depresszió, anxiétáson keresztül a pszichiátriai kezelést igénylő súlyos zavarokig terjednek. A közepes súlyos panaszokkal jelentkezők pszichológiai vezetést a súlyos esetek pszichiátriai kezelést igényelnek.

A gyakoriság, a tünetek színessége, a más szerveket is érintő funkcionális kórképekkel való kapcsolata miatt az

irritábilis bél szindróma különleges helyet foglal el az orvoslásban és ráadásul az érintettek perszonalitása alapvetően színezi a felmutatott tüneteket. A tünetegyüttes a többi funkcionális körképhez hasonlóan kettőseget hordoz a megélés és megítélés kettősségét. A visszatérő vagy állandó panaszok, a más betegségek kevesbé jellemző ellátás után vágy, a *quo ad vitam* jó, de *quo ad sanationem* rossz prognózis miatt előbb-utóbb a páciens és a kezelést irányító orvos is frusztrálódik. Az ellátás insufficienssé, elégtelenné válik.

Orvos-beteg kapcsolat IBS-ben

Az irritábilis bél szindrómában a beteg és az orvos attitűdje, egymáshoz való illeszkedő viszonyuk alapvetően befolyásolja a tünetek változását, a beteg által megélt élet minőségét, a pszichoszociális háló biztonságát és még egy sor egyéb tényezőt. Az orvos és az IBS-páciens kétirányú kapcsolata tehát a racionális, tünetek befolyásolásán alapuló kezelés eredményének a kulcsa az eredménytelenségének pedig oka.

Az orvos-beteg kapcsolat egy ismét és ismét újrendezett előadás, ahol változnak a díszletek, és emberöltőként könyörtelenül változik a szereposztás. A rendszert mindenképpen meghatározza egy a korokon és korszakokon átnyúló, nehezen változható atmoszféra. A találkozásokat különleges hangulat itatja át. Az előadás élt és él, a kapcsolat evolúciója ellenére az alapszituáció, a zárttság, a talán személytelen, de bensőséges kapcsolat, illetve annak igénye mit sem változott. A bizalom és a hit a rendszert átitatta.

A közelmúltban az orvosok ismeretanyaga jelentősen módosult, a cselekvés emberközpontúsága csökkent. A kölcsönös bizalom helyét a kölcsönös kételkedés foglalta el. Az orvos és a szolgáltatást igénybevevő páciens között kommunikációs zavar alakult ki. A kezelés eredményét többé már nem a megnyugvás, vagy megelégedettség, hanem a miért nem teljesen, miért ilyen lassan stb. útvesztője vette át.

Az első orvos-beteg találkozás alapvetően befolyásolja a beteg további sorsát, illetve a kezelés eredményességét. Az orvos nem térhet ki a páciens személyiségi jegyeinek érzékelhető megnyilvánulásai elől és a beteg sem térhet ki az orvos nyugta-

lansága, feszültsége, vagy különösen bizonytalansága elől. Nem lehet kapcsolat kialakítást várni egy hevenyészett interjútól, a részletes fizikális vizsgálatot nélkülözni tudó, időkorlátokra hivatkozó, torzón hagyott problémafelvetéstől.

A kapcsolatteremtéshez kommunikációs tér szükséges, és valószínűleg nem nélkülözhető a nehezen értelmezhető „fétis” jelenléte.

Az orvoshoz forduló IBS-páciensek 2/3-ában pszichoszociális rendellenesség is észlelhető. Ezek között leggyakoribb a depresszió, az anxiétás, a stressz intolerancia, a frusztrációra való hajlam, a krónikus insufficiencia érzés, a szomatiform rendellenességek és a személyiségi zavarok.

Az irritábilis bél szindrómás beteg attitűdje

A beteg attitűdje kétirányú lehet. Ritkábban az együttműködés, a gyógyulásvágy, ennek elérésére közös célkitűzés vállalás, gyakrabban viszont a betegség bizonyítása, a panaszokhoz való ragaszkodás, a gondoskodás utáni vágyakozás a „szerepet-zsarolás” a meghatározó. Az IBS-páciens betegség magatartása gyakran túlzó. A túlzás megnyilvánulhat a tünetek interpretálásában, az igénybevett egészségügyi szolgáltatásban, és juttatásban (táppénz, orvosi vizitek száma, alkalmazott vizsgálatok, bevetésre kerülő gyógyszerek stb.) a felmerülő interperszonális kommunikációs zavarok megítélésében stb..

A páciens a panaszok funkcionális eredetével szemben *ab ovo* ellenérzéssel viseltetik. Ebben szerepet játszhat az, hogy a pszichoszociális zavarok eredete messzire nyúlik vissza, hogy a betegségélmények és megjelenítésük nem közvetlenül kapcsolódnak a kialakulásukban meghatározó szerepet játszó kulcsélményekhez. A megélt veszteségek, stresszor situációk, vagy abúzus élmények és a tünetek megjelenése között jelentős idő is eltelhet. A gyakran társuló pszichiátriai rendellenesség, vagy a sikertelen és nem megfelelő problémakezelés még zegzugosabbá teszi a feltételezhető kapcsolatrendszert.

A betegek tünetanyagának a hátterében a megélt kulcsélmény különösebb rákészülés nélkül is felderíthető. A szexuális vagy fizikai abúzus

élmények nem feltétlenül tényleges „kilengést” jelentenek, hanem olyan verbális vagy szituatív élménycsokrot takarnak, amelyek kiszolgáltatottsággal, megalázottsággal, félelemmel járhattak és semmiképpen nem hozhatók összefüggésbe a boldogság, az elégedettség, vagy az öröm emlékezetes pillanataival. A kulcsélmény megélésében olyan pszichodinamias faktorok is szerepet játszhatnak, mint pl. a fájdalom a betegség a panasz büntetesként való átélése, egyfajta sajátos bűntudat stb.. Ráadásul a panaszok és tünetek megélésében tanult, vagy manírként felvett élet megjelenítés is szerepet játszhat. A panaszokat az igazolható viszceralis hiperszenzitivitás, valamint a tünetek megsokszorozása az amplifikáció is befolyásolja.

Az orvos attitűdje

Az IBS tünetek miatt segítségért szakértőhöz fordulóban számos és tulajdonképpen teljesen érthető kérdés megfogalmazódik. Ezeknek a megismerése és megválaszolása sikerre viheti a kezelést, javítja a várható terápiás eredményt, és jelentősen javíthatja a beteg mindennapi közérzetét, a megélt élet minőségét.

A tartós, vagy ismételt visszatérő panaszokhoz csatlakozó első és kézenfekvő kérdés a rosszindulatú, vagy nem gyógyítható súlyos betegség lehetősége. A betegeknek általában megjelenik és meg is fogalmazódik az ilyen típusú kérdés. A páciens választ keres a napi teljesítőképesség csökkenésére, retteg a korábbi megközelítések során esetleg már felvetett domináns pszichológiai vagy pszichiátriai jellegű eltérés stigmájától.

A páciensben élhet az aktuális és általában rosszul kezelt stresszhelyzet megoldásának az átruházási igénye, ugyanakkor a kiváltó tényezőket szemérmesen takarja. Tulajdonképpen érthető, de irreális naív remény, hogy a megkeresett „szakértő” a hasi diszkomfortot, a fájdalmat, a csatlakozó rossz közérzetet és az egész sokszínű bonyolult felépítést elegáns gesztussal azonnal leválassa egyszer és mindenkorra.

A beteg értékeli mindennapi valós vagy vélt stresszhelyzetét horizontális és vertikális függőségi viszonyait, rossz, megélt életminőségét. Állandó vagy tartós szomato-pszichés nyomorultsága miatt alkalmanként nem könnyű eldönteni, hogy irritábilis bél

szindróma vagy irritábilis személyiség jelenti-e az alapvető problémát.

Az orvos viszonyulása az IBS-hez

Az alapellátást végző gyógyító rendelkezésére áll a beteg környezetének, a közvetlen kapcsolatrendszerének, a szociális helyzetének pótolhatatlan értékű ismerete. A szakorvos rendelkezik a szükséges kiegészítő személyi és technikai feltételekkel, az újragondolás lehetőségével, az összegzés felelősségével. A speciálisan felkészült munkahelyeken, a súlyos esetek ellátásához, a rejtett problémák felismeréséhez a kezeléshez szükségessé válhat speciálisan képzett konzultánsok és a pszichoterápia eszközei is elérhetőek.

Az orvos gondolkodásának az élen minden szinten az áll, hogy a páciens panaszai nem valamely organikus eltérés jelei-e. Mérlegeli a tünetek mindennapi súlyát, meghatározza a diagnózishoz mindenképpen szükséges (minimális!) vizsgálatokat, értékeli a már elvégzetteket, kerüli a párhuzamos elemzéseket, feltárja a gyakran önkényesen választott gyógyszerelési szokásokat, felfrissíti a társuló személyiségi zavarokat, megismeri a kulturális, szociális stresszes elemeket stb..

Az irritábilis bél szindrómával foglalkozó gasztroenterológus diagnosztikai stratégiáját alapvetően befolyásolja a tünetek fennállásának az ideje, a panaszok súlyossága stb.. A fizikális vizsgálat alapja a döntésnek és bázisa a működő orvos-beteg kapcsolat kialakításának. A személyes vagy családi anamnézisben szereplő gyulladáshoz kapcsolódó betegség, vagy vastagbél daganat, vagy a primer diagnózishoz szükséges laboratóriumi stb. jelekben észlelhető változások riasztóként működnek és alterálják a tünetekhez való hozzáállást.

A csatlakozó pszichoszociális eltérések megítélése különösen nehéz feladat a gyakorló gasztroenterológusnak, mert nem áll a rendelkezésére olyan egyszerű, széles körben használható módszer, amelyek segítségével a pszichológiai co-morbiditás jellege és súlya megnyugtathatóan körülhatárolható lenne.

A már eddig is összetett rendszert tovább bonyolítja a társadalmi megítélés és elvárásrendszer, amelyet anyagi megfontolások terhelnek. Ennek a vázolt árnyékrendszernek az a magyarázata, hogy ez a betegségcsoport jelentősen több munkából kiesett

és normális életmódból kiesett időt tudhat magáénak, mint számos kórfolyamatban szenvedők.

Az IBS-pácienssel foglalkozó orvosnak fel kell mérnie, hogy a páciens képes-e, hajlandó-e befogadni a patogenezist, vagy a tünetek dinamikáját magyarázó információt. A betegnek részt kell venni a kivizsgálási és kezelési terv kialakításában, egy ideális cél megfogalmazásában. Az IBS-személyiség bevonása a jelenti azt a döntési pontot, ahol a kapcsolat kiépítés lehetősége, vagy elvesztése a kezelést irányító orvos kezében van.

A tünetek jellege, intenzitása alapján három súlyossági fokozat különíthető el.

Enyhének nevezik az IBS-t a csupán néhány hónapja fennálló panaszok esetén, ha az állapot rosszabbodások kapcsolódnak aktuális stresszhelyzetekhez, pszichológiai társbetegség nem áll fenn stb. Ezekben az esetekben a tünetek megbeszélése, a korábban említett „minimál tesztek”, a diéta és életmódi tanácsok képezik a kezelési stratégiát.

Mérsékelt súlyosságú jelként értékelhető az egyre gyakrabban jelentkező és egyre hosszabb ideig tartó panaszok, az urgencia, székürítési zavar és a hasi panaszok közötti kapcsolat lazulás, a kevésbé tetten érhető stressz hatás a panaszok aktiválódásában. A pszichoszociális elégtelenség érzés, a félelem stb.. Az ilyen betegek már rendelkeznek elégtelennek ítélt egészségügyi kapcsolattal (frusztrációval). Számukra a probléma feltárás a segítő entuziazmus, a közös elérhető cél meghatározása, a tünet orientált gyógyszeres kezelés és/vagy pszichoterápiás támogatás jelentheti a segítséget. A páciens lassan elérhető javulásra, esetleges ismételt gyógyszer váltásra kell felkészíteni.

A betegek kis részét alkotják a *súlyos*, nehezen kezelhető betegek, akik állandósult, elviselhetetlennek ítélt panaszanyaggal keringenek az egészségügyben. Ezeknél a székletürítési zavar és az állandó nyomasztó hasi fájdalom önálló életet él, a közvetlen idegi feszültség a tüneteket gyakorlatilag nem befolyásolja, a megélt életminőség elviselhetetlenül rossz, súlyosan sérült pszichoszociális felépítmény mellé pszichiátriai kezelést, illetve támogatást igénylő eltérések csatlakoznak. Ezeknél a betegeknek a tünetek enyhítéséhez, a nyomasztó initiatív élmények feltárásához speciálisan képzett érdeklődő konziliárusra pszichiá-

terre, fájdalomcsillapításban járatos szakemberre lehet szükség.

A sikertelen orvos-beteg kapcsolat és a frusztráció

Az orvos, hogyha érzékeli erőfeszítése sikertelenségét, az ajánlott vizsgálati vagy kezelési protokollból új, vagy kiegészítő komponenshez nyúlhat. A legkézenfekvőbb megoldásra, az újrakezdésre az IBS esetén csak ritkán van lehetőség, a kapcsolat már frusztrálódott és a beteg valószínűleg új előadás és új szereposztás után néz.

Az IBS páciens számára a várt siker elhalványulása, vagy a tünetek visszatérése vagy kiújulása bizonytalanságot eredményez, és ezt sikertelenségként éli meg. Számukra a más intézetbe, a más orvoshoz fordulás a legkézenfekvőbb.

Az IBS-páciensek könnyen és gyakran fordulnak gyógyíráért: „Gyűjtik a tanácsadók trófeáit”. Egy más mellett sorakoznak az életterben működő patikák, az orvosok (különböző érdeklődési körrel, felkészültséggel, stb.) és az esetek felében szerepelnek az alternatív gyógyító eljárások is.

Leggyakrabban cryotherapeuta, reflektológushoz, akupunkturás szakemberhez sodródnak. A betegbeszámoló alapján ezek az eljárások igaz, hogy ellenőrizhetetlenül, de akár pozitívan is befolyásolhatnak egyes tüneteket.

Konklúzió:

A hatásos orvos-beteg kapcsolat kialakításához bonyolult, összetett igényeket kell kielégíteni. A kórkép megfelelő ismerete, az adekvát megközelítés, a kellő empátia és flexibilitás, a beteg igényeinek feltárása és modulálása, a személyes reakciók kordában tartása, a tapasztalatok előhívása, szintézise és hasznosítása olyan területei a közösségben gyökerező orvos-beteg kapcsolatnak, amelyek nélkül az egyik vagy másik oldal, de általában mindkettő végérvényesen sérül. Ezen a területen a graduális és postgraduális képzésben is jelentős erőfeszítések találhatók. Ezekre a tárgyiatlan, elvont fogalmakra minden oldalról szakmai árnyék vetül.

Búcsúzva az olvasótól, pihentetőnek és elgondolkodtatónak szántam ezt az írást, reménykedve, hogy segíteni lehet legalább néhány gondlattal az IBS-páciens kezelésének és megközelítésének mindennapjait.