

jön. Alváskor az ágy fejrészének megemelése javasolt.

Gyógyszeres kezelés: Antacidák, algilátok, mucosát védő szerek, prokinetikumok, H₂-receptor antagonisták mellett jelenleg a protonpumpa gátlós kezelés dominál.

A sebészi kezelés a konzervatív terápia hatástalansága, illetve szövdmények fellépése esetén javasolt.

Irodalomjegyzék:

1. Böcskei Csaba dr., Ajkai Zoltán dr., Farkas Orsolya dr., Böszörményi Nagy György dr.: 24 órás oesophagealis pH monitorozás a gastrooesophagealis reflux betegség (GORB) kimutatására. *A GORB és a légúti betegségek közötti kapcsolat.* Medicina Thoracalis 54:144-149,2001
2. Böcskei Csaba dr., Viczián Magdolna dr.: *A gastrooesophagealis reflux betegség (GORB) és a krónikus tüdőbetegségek.* Kórház X. sz. 9-12, 2001
3. Böcskei Csaba dr., Böszörményi Nagy György dr. és mtsai.: *A gastrooesophagealis reflux betegség (GORB) és a krónikus köhögés. Omeprazole kezelés hatása a légúti tünetekre.* Kórház. VII. évf. X. sz. 18-20. 2000
4. Berta Gyula dr., Szikszai Katalin dr., Rakvács Marianna dr.: *Összefüggések a gastrooesophagealis reflux, az asthma bronchiale és az asztma terápiaja között.* Medicina Thoracalis 54: 111-114, 2001
5. Berta Gyula dr.: *A gastrooesophagealis reflux betegség pulmonológiai jelentősége.* LAM. 9. 1999.
6. Berta Gyula dr., Rakvács Marianna dr.: *A gastrooesophagealis reflux szerepe a recidiváló légúti tünetek létrejöttében és fenntartásában.* Medicina Thoracalis 51: 15-19, 1998
7. Forster Tamás dr.: *NERD és a mellkasi fájdalom.*In: A nem erosív reflux betegség (NERD), 71-76 Magyar Gastroenterológiai Társaság Astra Zeneca, 2005.
8. Rác István dr.: *Az endoszkópia és a PPI teszt helye a NERD diagnosztikájában.* In: A nem erosív reflux betegség (NERD), 39-48 Magyar Gastroenterológiai Társaság Astra Zeneca, 2005.
9. Böszörményi Nagy György dr., Rostóczy András dr.: *A NERD és az asztma.* In: A nem erosív reflux betegség (NERD), 77-87 Magyar Gastroenterológiai Társaság Astra Zeneca, 2005.
10. Tótha Julianna dr.: *A NERD és a fül-orr-gégészeti panaszok.* In: A nem erosív reflux betegség (NERD), 89-94 Magyar Gastroenterológiai Társaság Astra Zeneca, 2005.
11. Witman Tibor dr.: *NERD és a mellkasi fájdalom.* In: A nem erosív reflux betegség (NERD),61-69 Magyar Gastroenterológiai Társaság Astra Zeneca, 2005
12. Szalai Zsuzsanna dr.: *Az elhúzódozó köhögés okai, a terápia lehetőségei.* Medicina Thoracalis 53: 85-88, 2000
13. John de Caestecker: *Gyomorégés.* LAM. 10. 2001
14. Harding S M, Richter J E, Guzzo M R, et al.: *Asthma and gastroesophageal reflux: acid suppressive therapy improves asthma outcome.* Am J Med 1996; 100: 395-405

Dr. Izbéki Ferenc

Gyakorlati kérdések a székrekedéses betegek ellátásában

Összefoglalás

A székrekedés gyakori és sok gyakorlati kérdést felvető probléma, amelynek az életminőségre gyakorolt hatása jelentős. A székrekedésben szenvedő betegek többségét az alapellátásban látják el, de az ellátó orvosok gyakran alábecsülik saját lehetőségeiket és szerepüket a probléma megoldásában. Másfelől viszont a szokásos módszerekkel nem kezelhető esetek feltárásának a lehetőségei néha nagyon nehezek lehetnek. A probléma kulcsfontosságú elemeinek megértése és a colon és colorectalis kivizsgálás módszereinek megismerése segíthet a hatékony kivizsgálás egyes lépéseinek és intézeti beutalás megtervezésében. A székrekedéses betegek ellátása esetenként speciális diagnosztikus módszerek igénybevételét is szükségessé teheti, ezért érdemes az ilyen

módszerekben jártas gasztroenterológiai centrumokkal felvenni a kapcsolatot.

Bevezetés

A székrekedést a betegek és az orvosok gyakran eltérően értelmezik. A betegek a székrekedést a széklettel kapcsolatos szubjektív elégedetlenségük alapján fogalmazzák meg. Székrekedésről beszélnek, ha kemény a székletük, ha kevesnek ítélik, ha nehezen tudnak székletet üríteni, ha a székelési epizódok eredménytelenek, vagy ha úgy érzik, hogy nem teljesen ürültek ki, annak ellenére, hogy egyébként naponta van székletük. Ezzel szemben a konvencionális orvosi gondolkodás a 3 napnál ritkább székletürítést tekinti székrekedésnek.

A székrekedéssel foglalkozó szakemberek a klinikai vizsgálatok céljára az 1. táblázatban összefoglalt Római II kritériumokat használják¹, amelyek azonban a napi gyakorlatban is segítségül szolgálnak a problémák feltárásában.

A székrekedés gyakori tünet, a statisztikák² szerint gyakorisága a gyermekkori kisebb csúcsot követően csökken, majd az életkor előrehaladtával ismét növekszik és 17-27 év között 3%, 45-65 éves korban 8%, 65 év felett 20%. Általában a nők és az alacsonyabb szociális környezetben élők körében gyakoribb. Elsődlegesen nem az élettartamot, hanem az életminőséget befolyásolja. A székrekedésben szenvedők életminősége³ kifejezetten rosszabb, mint a nem-székrekedéseseké. Minél súlyosabb, a betegek annál rosszabbnak ítélik életminőségüket. Kihat a munkaképességre, továbbá nem elhanyagolható a betegség ellátásának a költsége, úgy a betegek, mint a társadalom számára.

A székrekedés miatt a betegek elsődlegesen a családorvoshoz fordulnak, aki gyakran alulbecsüli saját lehetőségeit e betegek kivizsgálásában és ellátásában. Ugyanakkor nehéz helyzetben vannak a szokásos kivizsgálással és terápiás javaslatokkal nem megoldható problémák további kezelését illetően.

Dr. Izbéki Ferenc
Szegei Tudományegyetem
I. sz. Belgyógyászati Klinika
6720 Szeged, Korányi fasor 8.

Az alábbi összefoglaló elsődleges célja hogy a gyakorló klinikus gasztroenterológus napi tapasztalata alapján segítséget nyújtson a családorvosoknak a székrekedéssel küszködő betegek ellátásában és intézeti kivizsgálásuk stratégiájának megtervezésében. A kivizsgálás stratégiájának megtervezése során fontos tisztázni, hogy mi a konzultáció célja: egy speciális szakvizsgálat elvégzése, vagy a probléma tisztázása céljából a beteget részletes kivizsgálása.

A székrekedéses beteg kivizsgálásának stratégiája és taktikája

A legfontosabb annak szem előtt tartása, hogy székrekedés nem betegség, hanem valamilyen kórfolyamat következménye, vagyis egy betegség tünete. A székrekedés tehát nem fiziológiás folyamat, nem része egyetlen fiziológiás folyamatnak, így az öregedés normális folyamatának sem. Az más kérdés, hogy számos korrall járó folyamatnak, mint pl. a mozgásmennyiség csökkenésének, társuló betegségeknek és emiatt szedett gyógyszereknek, az étkezési szokások változásának lehet másodlagos következménye székrekedés, és ezért idősebbekben gyakoribb. Ebből következően, hogy hiba a székrekedést tünetileg, a mögötte zajló kórfolyamat tisztázása nélkül kezelni.

Ami a székrekedés okait illeti, elsődleges és másodlagos okokat különböztetünk meg, amelyek közötti eligazodást segíti a 2. táblázat. Fontos azonban az ileus felismerése is, amely azonnali sebészeti ellátást igényel, és semmi esetre sem tartozik a székrekedés problémakörébe.

Az első és legfontosabb lépés a részletes anamnézis, amely során legelőször azt kell tisztázni, hogy a beteg valóban székrekedésben szenved-e, vagy csak úgy gondolja. A 3. táblázatban összefoglalt kérdések segítséget nyújtanak e kérdések eldöntésében, valamint annak tisztázásában is, hogy a székrekedés elsődleges, vagy másodlagos okra vezethető-e vissza. Támponatot nyújt ahhoz is, hogy a kivizsgálási stratégiánk mennyire legyen agresszív. Új keletű székrekedés és ún. *alarm-tünetek* esetén, nincs helye várokozásnak és terápiás próbálkozás-

nak: meg kell győznünk a beteget a gyors és hatékony kivizsgálás szükségességéről. A megfelelő kérdések alapján eldönthető az is, hogy a székrekedés milyen mértékben hat a beteg életminőségére, és hogy mit vár a kivizsgálástól. A beteget gyakran a ki nem mondott cancerofóbiája viszi székrekedéssel az orvoshoz. Ilyenkor a megnyugtató töbnyire nem elegendő és a gyors, hatékony kivizsgálás (colonoscopia) egyben terápiás hatású is. Sokat segíthet, ha a beteget megkérjük, hogy a panaszairól és a székletürítéseiről legalább 2 hétig de inkább egy hónapig vezessen naplót, amiben tüntesse fel a fogyasztott rost, vagy rosttartalmúnak gondolt táplálék mennyiségét is^{4,5}. Írja le pontosan, hogy milyen formátumú a széklet, pl. a bogyós, vagy kemény széklet lassú tranzitra utal^{5,6} (a széklet formájának meghatározásában a Bristol skála nyújthat támpontot, amelyhez szükséges ábra az Internetről letölthető). A részletes anamnézis elengedhetetlen a (költség)hatékony kivizsgálás megtervezéséhez. Ne féljünk olyan „indiszkrét” kérdéseket feltenni, mint pl. szokta-e ujjal segíteni a széklet kiürülését. Erről a betegek maguktól nem szeretnek beszélni, de egyfelől maga a rákérdezés megnyugtató a beteg számára, hogy ez az orvos által ismert, nem egyedi jelenség, másfelől orientálja az orvost a kivizsgálás további menetének megtervezésében, ugyanis a gátra vagy a vagina hátsó falára gyakorolt nyomásra bekövetkező székletürítés rectokelere utal. Ne felejtjük el a beteg gyógyszeres kezelésének áttekintését sem.

A fizikális vizsgálat célja a székrekedés okainak tisztázása. A neurológiai tünetek neurológiai okra irányíthatják a figyelmet, a nutricionalis státus fontos, a beteg szándéka ellenére kialakult testsúlyvesztés malignus folyamatra utalhat. A száraz bőr, sápadtság, mixödéma

1. táblázat

A székrekedés Római II kritériumai: Az alábbi tünetek közül legalább 2 az elmúlt 12 hónap során összesen legalább 12 hétig fenállt:

- A székelések >25%-ában erőlködés
- A székletek >25%-a kemény, bogyós
- A székelések >25%-át elégtelen kiürülés érzete követi
- A székelések >25%-ában széklet elakadás érzettel jár
- A székletürítések >25%-ában manuális segítség szükséges
- A heti székletürítések száma <3

hypothyreosist jelez. Nagyon fontos minden székrekedéses beteg rectalis digitális vizsgálata. A felhúzott lábakkal bal oldalfekvésben elhelyezkedő beteg perianalis területén aranyeret, bőr függelék, fissurát, vagy fistulát esetleg korábbi műtétek hegét keressük. Gyulladt perianalis terület széklet impaktációra és következményes inkontinenciára utalhat¹⁰. A perianalis terület megérintése reflexes külső anális sphincter kontrakciót vált ki, aminek hiánya neurológiai okra, idegsérülésre utal. Akaratlagos szorítással a külső és belső sphincter nyomásról kapunk információt. Normálisan nyomásra (mintha székelne) a záróizmok ellazulnak, és a gáttájék 1-3 cm-t kifelé tolódik; ha ez nem következik be, a medence fenék izmai nem tudnak kellőképpen ellazulni. Az emelkedett tónus vagy nem ellazuló sphincter medencefenék diszszinergiára utal. A túlzott protrúzió viszont laza gátra utal, ami inkomplett kiürülés érzetet okozhat. A rectum prolapsus digitális vizsgálattal érezhető, és súlyosabb esetben az anuson át nyálkahártya türemkedik elő.

A laboratóriumi vizsgálatok közül a vérkép, vércukor, CN, Creatinin, elektrolitok (calcium is), serum vas, vaskötő kapacitás, széklet occult vér kimutatás, vizelt vizsgálat és TSH jön szóba. A tumor marker vizsgálatok szükségtelenek mert a colorectalis rák vonatkozásában alacsony a szenzitivitásuk és rendkívül drágák.

Feltétlen sürgős szakorvosi kivizsgálást igényel az *alarm-tünetek* jelenléte: felmerül organikus betegség gyanúja; hirtelen széklethabitus változás; a széklet véres, vagy biokémiai vizsgálattal vér mutatható ki; a beteg kora > 45 év; a laborparaméterek vashiányos vérszegénységre utalnak (alacsony hematokrit, hemoglobin, MCV, és vas), colorectalis rákbetegség a családi anamnézisben. Ilyenkor colonoscopia a

2. táblázat

I. Primer székrekedés (idiopathias):
Lassú tranzit
Normál tranzit
Medencefenék diszfunkció (pelvic floor dyssynergia)
II. Szekunder székrekedés:
1. Endokrin és metabolikus betegségek
Cukorbetegség
Hypothyreosis
Urémia
Hyperparathyreosis
Hypocalcaemia
Panhypopituitarism
Addison kór
Pheochromocytoma
Porphyria
2. Neuromusculáris rendszert érintő betegségek
Parkinson kór
Cerebrovascularis kórképek
Sclerosis multiplex
Gerincvelő sérülés, tumor
Hirschsprung betegség
Autonom neuropathiák
Scleroderma
Amyloidosis
Myotoniás dystrophiák
Dermatomyosistis
3. Psychés állapotok
Anxietás
Depresszió
Somatizációs hajlam
4. Strukturális eltérések
Analis fissura, strictura
Aranyér
Gyulladásos bélbetegségek
Obstrukciót okozó vastagbél ténylegítő folyamatok,
Strictura, volvulus
Rectalis prolapsus, rectocele
5. Gyógyszerek
Morfin származékok
Anticholinergikumok
Calcium csatorna blokkolók
Antacidumok,
Calcium és vas pótlás
Antidepresszánsok
Antiepilepticumok
Ganglionblokkolók
Vinca alkaloidok
Hasfógritábilis bélbetegség
6. Egyéb okok
Terhesség
Irritábilis bélbetegség

A székrekedés okai

helyes választandó vizsgálat.

Eszközös vizsgálatokat a krónikus székrekedés kivizsgálásában akkor végezzük, ha organikus ok merül fel, vagy az egyszerű terápia intézkedések nem hoznak eredményt. A vizsgálatok egy része speciális felkészültséget és tapasztala-

tot igényel, a gasztroenterológusok mindegyike sem végzi, ezért érdemes tájékozódni azokról a centrumokról, ahol speciális vizsgálatokat is végeznek.

A székrekedéses betegekben a kórélettani alapkérdés a salakanyag továbbításának sebessége a vastag-

bélben, aminek alapján megkülönböztetünk normál és lassú tranzitidejű székrekedést. A tranzit-idő meghatározásának módszere a *szilárd marker tranzit teszt*^{6,7}. A vizsgálat legegyszerűbb változata, amikor a beteg ismert számú sugárfogó markert fogyaszt el, és 5 nap múlva natív hasi röntgenfelvételen megszámláljuk a visszamaradt markereket és megállapítjuk elhelyezkedésüket. A normál tranzitidő 72 óra, tehát normál tranzit esetén az 5. napon már nincs jelen marker. A lassú tranzit székrekedés esetén a markerek több mint 20%-a marad a vastagbélben, többnyire a colon teljes hosszában szétszóródva: ez jellemző a colon inercia képére. A bal coloneum, vagy a recto-sigmoideum területén megrekedő markerek medencefenék diszfunkcióra (medencefenék disszinergiára) utalnak, vagy mechanikus obstrukció helyét jelzik.

Az egyéb differenciál diagnosztikus lehetőségek tisztázása ano-rectalis manometriával és defekografiával történhet. *Ano-rectal manometria* a rectum és az analis sphincter neuromusculáris aktivitásának, a szenzoros funkciók és a recto-analis reflexek valamint a rectum compliance vizsgálatára szolgál. Medencefenék diszfunkció, vagy felnőttkorban tüneteket okozó Hirschsprung betegség gyanúja esetén elsőként választandó módszer⁹. A *defecográfia* radiológiai módszer az ano-rectalis anatómiai helyzet, az ano-rectalis szög, a medencefenék descensus és anatómiai defektusok vizsgálatára. Akkor végezzük, ha medencefenék diszfunkcióra van gyanúnk, de a manometria ill. a ballon expulsio teszt eredménye nem egyértelmű⁸. A lágyszéklet keménységét elérő báriumot juttatunk beöntőcsővel a rectumba, a beteg kiszékeli, amit videóra felveszünk. Megállapítható, hogy teljes-e a kiürülés, van-e strukturális eltérés, pl. rectocele, belső nyálkahártya prolapsus⁹.

A székrekedéses beteg kezelésének stratégiája és taktikája

Amennyiben a részletes kivizsgálás indokoltsága nem merül fel, a részletes anamnézis és fizikális vizsgálat, illetve alap laboratóriumi adatok alapján a kezelés megkezdhető. Elsődleges a beteg gyógyszerelésének áttekintése és a székrekedést

3. táblázat

Menyi időközönként van széklete, mekkora a leghosszabb idő két székelés között? Hányszor van széklete egy héten?
 Mikor kezdődött a székrekedés?
 Mi a fő probléma: a ritka székelés? a nehéz székelés? a kemény széklet?
 Mit gondol normális normálisnak a székelés gyakoriságát, a székelés időtartamát és a széklet konzisztenciáját illetően?
 Mennyit mozog, mennyi rostot és mennyi folyadékot fogyaszt?
 Kellett-e már valamilyen módszert (pl. ujjal) alkalmazni a széklet kiürítésére?
 Milyen vizsgálatok történtek a székrekedéssel kapcsolatban eddig?
 Milyen kezelést alkalmazott a székrekedés megoldására és volt-e hatása?
 Milyen gyógyszereket szed?
 Milyen társuló betegségei vannak?
 Volt- valamilyen hasi vagy gerinc műtétje?
 A szülések kapcsán érthette-e valamilyen sérülés?
 Családban vastagbél rák, vagy valamilyen bélbetegség?
 Stressz, depresszió az utóbbi időben?
 Mit vár a beteg a kivizsgálástól?

okozó gyógyszer lehetségszerinti kiiktatása. Sajnos gyakran ez nem lehetséges, mert a társuló betegség vagy az alapbetegség ezt nem teszi lehetővé. A morfin származék alkalmazására szoruló betegek részére, mivel ellentétben a fájdalomcsillapító hatásukra kialakuló toleranciával, a székrekedést okozó hatásuk az alkalmazásuk ideje során nem csökkent, ezért preventív céllal hashajtó adása javasolt.

A székletnapló megmutatja, hogy valóban fennáll-e a székrekedés. Amennyiben csak a beteg gondolja, akkor elegendő a beteg megnyugtató és tanácsadás, beszélgetés a problémáról. A székletürítés kondicionálható reflex és kimutatott, hogy az emberek többsége ugyanabban az időben ürít székletet⁵. Javasoljuk a betegnek, hogy próbáljon székletet üríteni a reggeli felkelést, illetve az étkezést követő (gastrocolicus reflex), vagy fizikai aktivitás utáni időszakokban, mivel a vastagbél aktivitása ilyenkor a legkifejezettebb.

Ismert, hogy a keveset mozgók és az ülő munkát végzők között gyakoribb a székrekedés⁵. Különös odafigyelést igényelnek a fekvőbetegek, akiknél mozgás növelése értelemszerűen nem jön szóba, ehelyett a diéta rosttartalmának növelése, megfelelő folyadékbevitel és gyógyszeres kezelés a választható lehetőség.

A megfelelő folyadékbevitel fontos a bélműködéshez, ezért a betegeket a napi folyadék bevitel fokozására biztassuk. Bár kevés vizsgálat történt a folyadékbevitel és székrekedés viszonyának tanulmányozására, a csökkent folyadékbevitel

a székrekedés egyik legsúlyosabb, sürgős beavatkozást igénylő következményének, a széklet impaktáció kialakulásának fontos tényezője⁹.

A táplálék rosttartalmának növelése által nő a salakanyag tömege és csökken a vastagbél tranzit-idő¹⁰. A tapasztalat szerint a betegek alulbecsülik az általuk fogyasztott rostok mennyiségét, ezért a beteg által vezetett diétás napló hasznos segítség a táplálék rosttartalmának megítélésében. Korunkban a jelenlegi konyhatechnikák mellett az átlagos napi étrend rosttartalma mintegy 10 g. Ezzel szemben a napi javasolt rostbevitel 20-35 g. Ha a beteg ennél kevesebbet fogyaszt, akkor először több gyümölcs és zöldség fogyasztását javasoljuk, mindazonáltal pusztán evvel nehéz a szükséges napi rostmennyiség biztosítása. 30 g napi rostbevitelt érhető el egy csésze szőlős müzli (14 g), fél csésze főtt bab (10 g) és egy körte (6 g) elfogyasztásával. De a napi teljes rostsükségletünket (28-29g) fedezheti például egy csésze zabkorpa (14 g), egy banán (5 g) és fél csésze napraforgómag (9 g), vagy két közepes répa (5 g), fél csésze földimogyoró (5 g), 10 dkg málna (9 g) és egy szelet Graham kenyér 10 g. Mint a példákban is látható hasznos az étkezési korpa használata. A rostos gyümölcsleveket szintén jó hatásúak és egyben a folyadékbevitelt is biztosítják. A napi rostbevitelt hetente 5 grammal növeljük, mert a hirtelen elkezdett magas rosttartalmú diéta, puffadáshoz és gázossághoz vezethet. A széklet rosttartalmának növelése biztonságosan használható a kismamák székrekedésének keze-

lésében is¹². Fontos azonban, hogy a széklet rosttartalmának növelésére súlyosbodó székrekedéses panaszok esetén gasztroenterológiai kivizsgálás szükséges.

Ha a nem-gyógyszeres kezelés eredménytelen, akkor hashajtókkal egészítjük ki a beteg kezelését miáltal növelhető a székletszám¹¹.

A széklet tömegét növelő hashajtók lehetnek vízdoldékonyak (psyllium, pectin és guar) és vízben oldhatatlanok (cellulóz). Vízet kötnék meg a bél lumenben, növelik a széklet tömegét, és lazítják a széklet állagát, a betegek általában jól tűrik. Mivel a hatásuk kialakulásához napokra van szükség a székrekedés akut kezelésére nem alkalmasak. Széklet impactáció vagy bélelzáródás esetén alkalmazásuk ellenjavallt. Hatásuk a funkcionális székrekedésben, vagy normál tranzitidővel járó székrekedésben a legkedvezőbb. Hatástalan lehet viszont a lassú tranzittal járó székrekedés, vagy anorectalis diszfunkció esetén¹¹. Alkalmazásukkal a széklet puhává válik és a hasi fájdalom is mérséklődhet. A rostokhoz hasonlóan puffadáshoz és fokozott gázképződéshez vezethetnek. A székrekedés tartós kezelésére kedvező mellékhatás profiljuk miatt jól használhatók. Nyelési panaszok esetén nyelőcső elzáródást okozhatnak, és a gyomorürülés lassulása miatt étvágytalanságot és korai teltségérzetet is kiválthatnak. Fontos, hogy a digitális, és a véralvadást gátló kezelés hatékonyságát csökkenti.

A székletlágító hashajtók (pl. docusate), a felületi feszültséget csökkentik. Jól tolerálhatók, de kevésbé hatékonyak. A székletlágítók gyakorlatilag hatástalanok az idült betegségekben szenvedő idős betegekben, de jól használhatók fissurák és aranyerek esetén, amikor a székletürítés fájdalmas. Az olajos hashajtók a zsírban oldódó vitaminok hiányát okozhatják, ezért tartós alkalmazásuk kerülendő.

Az ozmotikus hashajtók a bél lumenbe vizet szívhatnak be. Ilyenek a különböző magnézium tartalmú hashajtók, amelyek a béllumenében maradnak és ott az ionegyensúlyt megváltoztatva hipokalémiát, magnézium és kalcium hiányt esetleg magas foszfát szintet okozhatnak. A szív és vese elégtelenségben szenvedő betegekben ezért óvatosan és szoros kontroll mellett alkalmaz-

hatók. Alternatív ozmotikus hatású laxatívum a szorbit és laktulóz. Nem emészthetők, de a baktériumok hidrogénné és szerves savakká bontják, ezért puffadást, hasfeszülést, flatulenciát okozhatnak.

A bélműködést serkentő hashajtók három csoportba sorolhatók: a diphenylmethanok (bisacodyl), az anthraquinonok (cascara, senna) és a surfactant típusú laxatívumok. Összességükben fokozzák a bélmotilitást és a víz szekrécióját a bélbe. Rendszerint néhány órán belül elkezdenek hatni, de a perisztaltika fokozódása miatt hasi görcsöket okozhatnak. Bélelzáródás gyanúja esetén ne alkalmazzunk ilyen hashajtót. Az anthraquinon a bélben sötét nyálkahártya elszíneződést okozhat; ez reverzibilis és jóindulatú elváltozás. Krónikus használatukkal kapcsolatban felvetett colon inertia ok-okozati kapcsolata nem tisztázott. A széklet tömegét növelő laxatívumokkal kombinálva hatékonyabbak, mint önmagukban. Amennyiben a terhes nők székrekedése diéta vagy a széklet tömegét növelő laxatívumok adásával nem oldható meg, akkor a bélműködést serkentő szerek sikerrel használ-

hatók, de óvatosság javasolt, mivel gyakran okoznak hasmenést, hasi fájdalmat és görcsöket is¹².

A lassú tranzit székrekedés kezelésére számos prokinetikumot kipróbáltak - sajnos kevés sikerrel. Jelenleg a parciális 5-HT₄ receptor agonista tegaserod elfogadott a székrekedéssel járó irritábilis bélbetegség kezelésére¹³. A legsúlyosabb mellékhatása a főleg idősebb betegekben előforduló ischaemiás colitis. Magyarországon a tegaserod nincs törzskönyvezve, de az Európai Unió számos országában kapható.

A biofeedback kezelést elsősorban a széklettartás következtében kialakult hasmenés kezelésére használták, de számos vizsgálat bizonyította hasznát a székrekedéses betegek kezelésében is¹⁵. Elsősorban a medencefenék diszfunkció esetén alkalmazható, és lényegében a kóros defekációs mechanizmusban szerepet játszó analis záró és medencefenék izomzat működésének átprogramozását jelenti a fiziológiás székletürítési folyamat újratanulása révén. Ez történhet manometria vagy elektromiográfia segítségével, úgy, hogy a beteg

vizuális és/vagy hang visszajelzést kap a székletet reprezentáló ballon kiszékelése közben és így megtanulja helyesen koordinálni, ellazítani vagy szorítani a medencefenék izomzatát. A programok többsége heti, vagy kéthetenkénti kezelésként alkalmaz, addig, amíg a betegek el nem sajátítják a medencefenék izomzatuk helyes működtetését. A kezelés hatékonyságát átlagosan 67%-ra teszik és nem kontrollált vizsgálatokban IBS és colon inertia esetén is javulásról számoltak be¹⁵.

A sebészi kezelésnek elsősorban az anatómiai rendellenességgel járó székrekedések, mint pl. obstrukció vagy nagy rectocele esetében van helye¹⁶. Egyéb esetekben csak a részletes funkcionális kivizsgáláson átesett és bizonyítottan súlyos, egyéb módszerekkel nem megoldható lassú tranzit székrekedésben, colon inerciában szenvedő betegeknek származik haszna a sebészi kezelésből¹⁶. A normál tranzitidővel járó székrekedéses betegek sebészi kezelése ellenjavallt. Amennyiben a konzervatív kezelés sikertelen volt, akkor ilyen esetekben a sebész subtotalis colectomiát végez ileo-rectostomiával. Az anastomosis helye

fontos a sebészi kezelés sikerének szempontjából.

Irodalomjegyzék:

1. Drossman DA, Corazziari E, Talley NJ, et al. ROME II: a multinational consensus document on functional gastrointestinal disorders. *Gut*. 1999; 45(suppl II):II1-II81.
2. Johanson JF, Sonnenberg A, Koch TR. *Clinical epidemiology of chronic constipation*. *J Clin Gastroenterol*. 1989;11:525-536.
3. Glia A, Lindberg G. *Quality of life in patients with different types of functional constipation*. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32:1083-1089.
4. Borum ML. *Constipation: evaluation and management*. *Primary Care*. 2001;28:577-590.
5. Wald A. *Constipation*. *Med Clin North Am*. 2000;84:1231-1246.
6. Lewis SJ, Heaton KW. *Stool form scale as a useful guide to intestinal transit time*. *Scand J Gastroenterol*. 1997;32:920-924.
7. Heaton KW, O'Donnell LJ. *An office guide to whole-gut transit time. Patients' recollection of their stool form*. *J Clin Gastroenterol*. 1994;19:28-30.
8. Rao SS. *Constipation: evaluation and treatment*. *Gastroenterol Clin North Am* 2003;32:659-83.
9. Wrenn K. *Fecal impaction*. *N Engl J Med* 1989;321:658-62.
10. Voderholzer WA, Schatke W, Muhldorfer BE, Klausner AG, Birkner B, Müller-Lissner SA. *Clinical response to dietary fiber treatment of chronic constipation*. *Am J Gastroenterol* 1997;92:95-8.
11. Tramonte SM, Brand MB, Mulrow CD, Amato MG, O'Keefe ME, Ramirez G. *The treatment of chronic constipation in adults. A systematic review*. *J Gen Intern Med* 1997;12:15-24.
12. Jewell DJ, Young G. *Interventions for treating constipation in pregnancy*. *Cochrane Database Syst Rev* 2001;(2):CD001142.)
13. Evans BW, Clark WK, Moore DJ, Whorwell PJ. *Tegaserod for the treatment of irritable bowel syndrome*. *Cochrane Database Syst Rev* 2004;(1): CD003960.)
14. Bharucha AE, Philips SF. *Slow-transit constipation*. *Curr Treat Options Gastroenterol*. 2001;4:309-315.
15. Lembo A, Camilleri M. *Chronic constipation*. *N Engl J Med* 2003;349:1360-8. 43.
16. Locke GR III, Pemberton JH, Phillips SF. *AGA technical review on constipation*. *Gastroenterology*. 2000;119:1766-1778.

Dr. Kovács Ágota

A gyulladássos bélbetegségek

Összefoglalás

A „gyulladássos bélbetegségek” összefoglaló néven ismert colitis ulcerosa és Crohn-betegség etiológiája ma sem ismert, jölehet az elmúlt évtized során a kutatásoknak köszönhetően számos részlet tisztázódott. Nagy haladás történt ennek a betegség-csoportnak a diagnosztikájában és kezelésében is, a teljes gyógyulás, a bélnyálkahártya integritásának tartós helyreállítása azonban ma még nem lehetséges. A colitis ulcerosában vagy Crohn-betegségben szenvedő beteg először az alapellátás orvosánál jelentkezik panaszaiával. Ezért nagyon fontos a családorvosok, foglalkozás-egészségügyben dolgozók tájékozottsága ezen betegségek felismerésében, majd – a gasztroenterológus szakorvossal együttműködve – ellátásában.

Meghatározás

A gyulladássos bélbetegségek (az angol nyelvű szakirodalomból átvéve IBD) elnevezés pontos és teljes meghatározás szerint ismeretlen eredetű, krónikus, gyulladássos bélbetegséget jelent. Két jól meghatá-

rozott betegség – a colitis ulcerosa és a Crohn-betegség – tartozik ebbe a csoportba. Említést érdemel az egyre gyakrabban észlelt indeterminált colitis, mely tüneteiben mindkét betegség bizonyos jellemzőit mutatja. Különösen műtéti kezelése nagy szaktudást igényel.

Etiológia, patogenezis

Az IBD kialakulásában mai elképzelésünk szerint három fő tényező játszik szerepet, melyek szoros összefüggésben és kölcsönhatásban vannak:

- genetikai adottságok
- immunrendszer
- környezeti hatások

Pontosabban fogalmazva a betegség lényege genetikailag fogékony egyénben a környezet hatására kialakuló, az immunrendszer által mediált, krónikus gyulladás.

A genetikai kutatások eredményei alapján kiderült, hogy bizonyos gének fontos szerepet játszanak az immunfolyamatok regulálásában. A legutóbbi kutatások eredményeként ismertté vált a NOD2/CARD15 gén, mely fontos a környezeti hatások, ezen belül a bélbaktériumok és a szervezet kölcsönhatásában. A környezeti hatások közül mai tudásunk szerint a bél baktériumflórája a leglényegesebb. A baktériumok lipopoliszaharidja aktiválja az immunrendszert.

Ennek az aktivációnak többféle következménye lehet:

- tolerancia, amikor a védekezési mechanizmusok nem indulnak be
- akut gyulladás, amikor egy meghatározott ideig tartó, eredményes védekezés jön létre
- krónikus gyulladás, amikor a kiváltó antigént nem tudja eliminálni a szervezet

Bizonyos gének rendellenessége (polimorfizmus) esetén az immunrendszer aktivációja beindul olyan baktérium ellen is, mely nem káros. Az immunrendszer hibásan nem ismeri fel sajátjaként a bélfloórát és beindítja ellene a védekezési folyamatokat, majd ugyancsak a hibás működés miatt nem állítja le azokat. A folyamatban kulcsfontosságú aktivált limfociták nem halnak el a természetes sejthalállal (apoptózis), hanem túlélnek, (perzisztálnak), krónikus gyulladást tartanak fenn, aktivitásban tartják az immunrendszert, melynek különböző mediátorai a bélnyálkahártyát károsítják. Még ma sem tisztázott, hogy a betegséget kiváltó alapvető hiba a szabályozó gének valamelyikében, az immunrendszerben, vagy a bélfloóra antigénstukturájának megváltozásában van. Feltehető, hogy több eltérés együttes hatása idézi elő a gyulladássos bélbetegségek kialakulását.

A környezeti hatások közül biztosan igazolt a dohányzás jelentősége. Érdekes a colitis ulcerosa és a Crohn-betegség között észle-

Dr. Kovács Ágota

Fővárosi Önkormányzat Péterfy Sándor Utcai Kórháza, Belosztály

1076 Budapest, Péterfy S. u. 8-20.