



SZEGEDI TUDOMÁNYEGYETEM SZENT-GYÖRGYI ALBERT ORVOS- ÉS GYÓGYSZERÉSZTUDOMÁNYI CENTRUM, ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR, CSALÁDORVOSI INTÉZET ÉS RENDELŐ

A FUNKCIONÁLIS DISZPEPSZIA GYAKORLÓ ORVOSI MEGKÖZELÍTÉSBN

DR. HABIL. HAJNAL FERENC

A kórkép meghatározása, diagnosztikus kritériumai és előfordulása

A funkcionális diszpepszia étkezést követően ill. azzal összefüggésben jelentkező tünetek (dominánsan a has felső részén érzett/jelzett fájdalom vagy általános emésztési diszkomfort, teltségérzés, hányinger, puffadás, meteorizmus, flatulentia, gyomorégés) változatos együttese. A szervi háttér(betegség) hiányában jelentkező, idült (legalább egy hónapig tartó/fennálló perzisztens vagy rekurrens) diszpepsziát tekinthetjük funkcionálisnak. E körbe tartoznak azok a kórképek is, amikor nem egyértelmű etiopatogenezisű elváltozások mutathatók ki a háttérben [gastritis – háttérben *Helicobacter pylori* (H. p.) fertőzöttséggel vagy anélkül –, idiopáthiás gastroparesis, duodenitis]. A funkcionális diszpepszia szinonimájaként használják/ták a nem-fekélyes diszpepszia (non-ulcer dyspepsia: NUD), essentialis/idiopáthiás diszpepszia elnevezéseket is.

A funkcionális diszpepszia típusai:

- fekély típusú, ill.
- diszmotilitás típusú diszpepszia.

Epidemiológiai felmérések szerint a fenti diszpepszia csoportok között jelentősek az átfedések, a fekélyszerű formában éhezéskor fokozódó/étkezésre, antacidára, szekréció gátló szerekre enyhülő fekélyre jellemző fájdalom, diszmotilitás típusú kórképben ugyanakkor az étkezést követő panaszcsoporthoz jellemző: teltségérzés, felső hasi fájdalom, diszkomfort, émelygés hányingerrel, puffadással, szelességgel, mely prokinetikumra mérséklődik, olykor meg is szűnik.

A kórkép, ill. ennek megfelelő tünet-együttes előfordulása világszerte igen magas, a megbízható statisztikai adatokkal rendelkező országok közül kiemelkedik Svédország az 50% fölötti panaszossal és 30% fölötti egy hónapnál hosszabb fennállással, az USA-ban 25–30% között, Angliában 40% fölött, Skóciában közel 30%-ban, Dániában pedig 35% körül jelzik jelenlétét. Magyarországon gasztroenterológiai ambulancia (válogatott)

panaszos betegeinek mintegy 52%-a bizonyult megfelelő vizsgálatok után funkcionális diszpepsziásnak.

Funkcionális jellegéből adódóan a diszpepszia közel áll az irritábilis bél szindrómához, melytől megkülönbözteti előbbinek felső tápcsatornai dominanciája, utóbbinak pedig feltétlen összefüggése a széklet, székürítés zavarai. Szélsőségesnek tartott vélemények szerint ugyanakkor egyazon betegség kétféle megnyilvánulásáról lehet szó, megkülönböztetésük következképpen önkényes.

Élettan, etiopathogenezis, kórélettan

A nyelés és a gyomorban a tápanyag bejutásakor bekövetkező alaki és működésbeli változások összerendezett, komplex élettani folyamat részei, melynek koordinációjáért a nagygörbületen elhelyezkedő ún. gyomor pacemaker felelős. Utóbbi kb. 3/perc frekvenciával elektromos potenciálokat bocsát ki, melyek hatására a táplálék bólusz a corpusban és az antrum (pylori)ban összerendezett, elsősorban perisztaltikus mozgások révén keveredik össze, ill. oszlik 1 mm-nél is kisebb részecskékre, majd 3–6 ml-es adagokban a pyloruson át a duodenumba ürül.

Bár a funkcionális diszpepszia patogenezisének vizsgálata során, elsősorban a fekélyes típusban, felmerült az éhgyomri és étkezésre bekövetkező savtermelés rendellenessége és a gyomor-nyálkahártya H. p. fertőzöttsége egyaránt, összességében kimondható, hogy a kórkép kialakulásának mechanizmusa nem ismert. Sőt, az újabb vélemények szerint nem csak a diszmotilitás típusú, hanem a fekélyszerű típusnál is inkább a gyomor motorika zavarának lehet oki szerepe. A gyomor élettani mozgásának lassulása vagy gyorsulása (brady- ill. tachygastria) egyaránt (és egyszerre!) mutatható ki egyébként bizonyos esetekben a diszmotilitás típus esetében, ahol a háttérben a perifériás vegetatív idegek, idegvégződések működési zavarai feltételezhetők ill. bizonyos

kísérletes, alapkutatói eredmények szerint ezek érintettsége megerősítettnek minősül.

A kórélettani folyamat megismerését akadályozzák ugyanakkor egymásnak ellentmondó kutatási eredmények: pl. a gyomorsav-secretio kóros fokozódásának szerepe a funkcionális diszpepszia kiváltásában nem bizonyított, a H. p. prevalenciája pedig nem magasabb funkcionális diszpepsiában a normál populációhoz mérve, azaz nincs összefüggés a H. p. fertőzöttség (szerológia) és a diszpepszia között. A magasabb ellenanyag titerrel rendelkezők között viszont gyakoribb volt egy felmérésben a diszpepszia aránya. Ugyancsak ellentmondóak a sikeres H. p. eradikáció hosszú távú utánvizsgálatára alapozott adatok: egyesek szerint a kúra hatásos, mások szerint hatástalan a funkcionális diszpepszia tüneteit tekintve.

A civilizációhoz kapcsolódó mindennapos toxikus faktoroknak, dohányzásnak, alkohol- és kávéfogyasztásnak az eddigi eredmények szerint nincs bizonyított szerepe a funkcionális diszpepsiás tünetcsoport létrejöttében.

Tünetek, panaszok, diagnózis

E helyütt mindenek előtt utalunk a bevezető fejezetben leírtakra, ill. az 1. táblázat adataira.

Fizikális vizsgálattal funkcionális diszpepsiára egyértelműen jellemző, típusos kóros eltérést nem lehet észlelni, szakszerű, annak alapos és körültekintő elvégzése viszont elengedhetetlen eszköz a differenciál-diagnosztikus gondolkodásban és ténykedésben. Az előzőekben említett statisztikai adatokból kitűnhetett, hogy a diszpepsiás panaszok hátterében az esetek kb. egyharmadában jól körülírt organikus betegségek, kórállapotok állhatnak: fekélyek, gastritisek (H.p. függő vagy független), NSAID okozta gastro-enteropathia, reflux betegség, máj-, pancreas-, epeúti és epehólyag-betegségek, gasztrointesztinális vagy tápcsatornán kívüli daganatok, anorexia nervosa.

A háttérbetegségek felsorolása alapján nyilvánvaló, hogy azokat csak sokrétű laboratóriumi és eszközös, közöttük képalkotó, módszerek segítségével lehet kide-

riteni. Számos adat bizonyította be ugyanakkor, hogy az organikus eredet körültekintő anamnézis és fizikai vizsgálat adatait felhasználva pontosabban tisztázható vagy zárható ki. Ráadásul az organikus eredet kizárására alapozott diagnosztikus ténykedés rendkívül költséges, a nem organikus eredetű esetek magas aránya miatt alacsony a költség-hatékonysága és a beteget/ellátó szolgálatot is szükségtelenül megterheli. A nyolcvanas évektől kezdve tehát különböző régiókban és központokban is végeztek szakmai és hatékonysági elemzéseket, melyek eredménye alapján az utóbbi, mintegy másfél évtizedben lényeges szemléletváltozás következett a diszpepsiás tünetcsoport diagnosztikájában, az ide kapcsolódó stratégiában, az ajánlásokban, protokollokban, utalok a 2. táblázatra:

A táblázat adatai tükrözik az ún. pozitív diagnosztikus megközelítés elvét és módszertanát, mely szerint a funkcionális kórképek esetében a beteget régóta és jól ismerő kezelő orvos (házi orvos) saját szakértelmére támaszkodva a fenti (és esetleg szűkebb körű egyéb: pl. vérkép, „májkör”, süllyedés, széklet-Hb, H.p-teszt) adatok alapján biztonsággal állíthatja fel a funkcionális diszpepszia kórisméjét, melyet követően empirikus kezelésmódot kezdeményez ill. indít el a beteggel (családdal) egyetértésben. Az említett időszak során kellő mennyiségű és értékű bizonyíték igazolta a pozitív megközelítés helyességét és hasznosságát.

A funkcionális diszpepszia (empirikus) terápiája

Ajánlás

Gyógyszerterápiás döntésünket előzze meg ill. egészítse mindenkor tanácsadás, egészség-nevelési célzatú konzultáció a beteg és közvetlen környezete vonatkozásában egyaránt! Ennek során abból induljunk ki, hogy a funkcionális diszpepszia jól ismert és kielégítően körülírt tünetcsoport, melynek hátterében nem áll súlyos szervi megbetegedés (nem okozza daganat!) és ezért sem befolyásolja a várható élettartamot. Nincs továbbá szükség kezelése során különleges diétára, csak a panaszokat

1. táblázat

Étkezéshez kapcsolódó szubjektív érzések, reakciók a felső tápcsatornában

Étkezés szakaszai	egészséges	diszpepsiás
Étkezés előtt	Éhség és étvágy, üres (korgó) gyomor.	Változó étvágy, éhségfájdalom
Étkezés közben	Csillapodó éhség, testi (lelki) öröm, kielégültség.	Félelem az étkezéstől, korai teltségérzés, hamar fellépő émelygés, hányinger, étkezés idő előtti befejezése, majd elhárítása
Étkezés után	Kellemes teltség, könnyed böfögés.	Teltségérzés, felső hasi feszülés és nyomás, puffadás, kellemetlen, zavaró, rossz ízű böfögés
Emésztés során	Nincs (tudatos) hasi érzés, panasz.	Lassúnak érzett tápanyagmozgás, zavaró szájjíz, rossz szájszag, változatos, kellemetlen hasi érzések

Organikus eredetet támogató adatok	Funkcionális eredetet támogató adatok
Életkor > 45 év	Életkor < 45 év
daganat a családban	nem ismert daganat a családban
újonnan fellépő panaszok	régóta fennálló panaszok
előzőkhöz képest változó panaszok	panaszok változatlansága
fogyás: gyors, jelentős	megtartott vagy emelkedő testsúly
étvágyvesztés, ételundor	jó étvágy
székürítés, széklet változása	negatív (teljes körű) fizikális státusz
tapintható (hasi) rezisztencia	normális vérkép
hányás, dysphagia	
icterus	
vérszegénység, tápcsatornai vérzés	

okozó ételféleségek kerülését vagy minimális fogyasztását érdemes javasolni. Tanácsos tudatosítani és gyakran ismételni azt, hogy a széleskörű tapasztalatok szerint a stressznek, ill. erre visszavezethető helyzeteknek panaszokat kiváltó és súlyosbító szerepe lehet, ezek kerülése tehát feltétlenül indokolt!

Gyógyszeres terápiás ajánlás az egyes diszpepszia típusokban:

Fekélyszerű diszpepszia

Indításkor H_2 -receptor antagonisták napi egyszeri vagy kétszeri, szokásos dózisban ajánlottak.

Megfelelő terápiás válasz hiányában válthatunk protonpumpa-gátló (PPI) ajánlott, szokásos adagjának – adott esetben annak felének) napi egyszeri dózisára.

Az empirikus terápia maximális tartama egy hónap lehet, a gyógyszerváltást a periódus közepe táján érdemes megfontolni ill. kivitelezni. Utóbbihoz természetesen folyamatos kapcsolatot szükséges fenntartani a beteggel, a tőle származó információk alapján hozhatunk terápiás döntéseket!

Dysmotilitás típusú diszpepszia

Elsősorban javasolt gyógyszere a *cisaprid* szokásos dózisban és alkalmazásban, másodsorban a *domperidon*, harmadsorban pedig *metoclopramid* ugyancsak szokásos adagolásban és alkalmazásban javasolható tapasztalatilag ugyancsak négy hetes időtartamban.

Nem kategorizálható (kevert) diszpepszia

Elsősorban H_2 -blokkoló szer és prokinetikum kombinációja szokásos adagban és alkalmazásban, melyet mérsékelt siker vagy sikertelenség esetén a kezeléssel kombinált PPI-vel indokolt folytatni. A kétféle kombináció fenntartásának javasolt tartama ezen esetekben se haladja meg az egy hónapot!

H.p. pozitív funkcionális diszpepszia mindegyik formájában indokolt a baktérium eradikációját elvégezni az alábbiak szerint:

1. PPI (ranitidin-bizmutcitrát=RBC) szokásos dózisának dupláját alkalmazva egy hétig 2x1000 mg amoxicillin és 2x500 mg clarithromycin kezelés, ill. ennek alternatívájaként:
2. PPI (RBC) dupla dózisa egy hétig 2x500 mg clarithromycinnel és 2x500 mg metronidazollal kombinálva.
3. Elfogadható még RBC dupla dózisának 2x500 mg clarithromycin kombinációja két hét tartamban.

Bármelyik típusú diszpepszia további ellátása az előzőleg alkalmazott terápia sikerének és a fejleményeknek függvényében folytatandó elsősorban diagnosztikus területen, ill. az eredményektől függően mind a komplex terápiában, mind a hosszabb távú gondozásban. Megjegyzendő, hogy a ma elfogadott szakmai álláspont szerint egyik diszpepszia típusnak sem lehetnek szövődésményei és olyan stádiuma, amikor sürgősségi ellátást igényelne!

ÖSSZEFOGLALÁS, KÖVETKEZTETÉSEK

Az előzőkből kitűnik, hogy a bizonyíték alapú orvoslás nem feltétlenül jelenti az egyre költségesebb és bonyolultabb eljárások alkalmazását, sőt, a diagnosztikus tevékenység során még inkább számít a körültekintően feltárt kórelőzmény és fizikális vizsgálati kör. Ezek adataira, azok szakszerű értelmezésére és interpretációjára, összességében az erre predesztinált alapellátó orvos felkészültségére és horizontális beteg- és környezetismeretére számít a szakmai és laikus közvélemény.

Az előbbiekben taglaltaknak további szomorú aktualitást ad ma az a körülmény, miszerint a hatályos gyógyszerrendelési szabályozás az alapvető szerekek számító, támogatott H_2 -blokkolók és PPI-k rendelését kizárólag szakorvos által felállított kórisme esetén, az e körbe tartozó orvosok hatáskörébe rendeli, nagymértékben korlátozva a háziorvos szakorvosok kompetenciáját és sújtva szakmai (ön)értékelését. Mindazonáltal csak reménykedhetünk abban, hogy a háziorvos kollégáink által kényszerűen továbbutalt, e körbe tartozó betegek hasonló, modern és praktikus szemlélet alapján kapnak adekvát ellátást és az, egyéni véleményem szerint, át nem gondolt szabályozás csak kevéssé fogja indokolatlanul el(túl)használni

a mindannyiunk számára egyetlen és közös betegellátási és gyógyszerkasszát.

IRODALOM

1. Agreus, L., Svardsudd, K., Nyren, O., Tibblin, G. Irritable bowel syndrome and dyspepsia in the general population: overlap and lack of stability over time. *Gastroenterology*;109:671. 1995.
 2. Carvalhinhos, A., Fidalgo, P., Freire, A., Matos, L. Cisparide compared with ranitidine in the treatment of functional dyspepsia. *Eur. J. Gastroenterol. Hepatol.*;7:411. 1995.
 3. Harvey, R.F., Salih, S.Y., Read, A.E. Organic and functional disorders in 2000 gastroenterology outpatients. *Lancet*;1:632. 1983.
 4. Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium: A funkcionális dyspepsia.
5. In: Gasztroenterológiai Útmutató 57-60. Medition Kiadó, Budapest 2003.
 6. Gasztroenterológiai Szakmai Kollégium: A funkcionális dyspepsia.
7. In: Útmutató – klinikai irányelvek összefoglalója 2004/2. 14-16., 17-23. 24-26. o. Medition Kiadó, Budapest, 2004.
 8. Holtmann, G., Goebell, H., Holtmann, M., Gschossmann, J., Hüber, J., Talley, N.J. H. pylori and functional dyspepsia: increased serum antibodies an independent risk factor. *Gastroenterology*;108:A116. 1995.
 9. Locke, G.R. The epidemiology of functional gastrointestinal disorders in North America. *Gastroenterol. Clin. North. Am.*;25:1. 1996.
 10. Malagelada, J.R. Gastrointestinal motor disturbances in functional dyspepsia. *Scand. J. Gastroenterol.*; 26(Suppl.182): 29. 1991
 11. McCarthy, C., Patchett, S., Collins, R.M., Beattie, S., Keane, C., O'Morain, C. Long-term prospective study of Helicobacter pylori in nonulcer dyspepsia. *Dig. Dis. Sci.*;40:114. 1995.
 12. Mearin, F., de Ribot, X., Balboa, A., Salas, A., Varas, M.J., Cucala, M., Bartolome, R., Armengol, J.R., Malagelada, J.R. Does Helicobacter pylori infection increase gastric sensitivity in functional dyspepsia? *Gut*;37:47. 1995.
 13. Misiewicz, J.J. Dyspepsia. In: Sleisenger, M.H., Fordtran, J.S. (szerk.) *Gastrointestinal Disease*, 5th ed. Philadelphia, W.B. Saunders Company.;572-579. 1993.
 14. Silverstein, M.D., Petterson, T., Talley, N.J. Initial endoscopy or empirical therapy with or without testing for Helicobacter pylori for dyspepsia: a decision analysis. *Gastroenterology*;110:72. 1996.
 15. Simon, L. "Disease or disorder?" A megközelítés stratégiája. In: Lonovics, J., Simon, L., Forgács, A., Wittman, T., Bálint, A. (szerk.) *Gasztrointesztinális motilitás*. Budapest, MGT-Medicom. 89-91. 1996.
 16. Simon, L. A funkcionális dyspepsia, a gastroduodenum motilitászavarairln: *Gastroenterologia*, Varró (szerk.) . 140-146. o.. Medicina, Budapest, 1997.
 17. Talley, N.J., Weaver, A.L., Tesmer, D.L., Zinmeister, A.R. Lack of discriminant value of dyspepsia subgroups in patients referred for upper endoscopy. *Gastroenterology*;105:1378. 1993.
 18. Veldhuyzen van Zanten, S., Malatjalian, D., Tanton, R., Leddin, D., Hunt, R.H., Blanchard, W. The effect of eradication of Helicobacter pylori on symptoms of non-ulcer dyspepsia: a randomized double-blind placebo controlled trial. *Gastroenterology*;108:A250. 1995.
- (A webdoki internetes orvosi portálon 2004. novemberben megjelent referátum alapján)

Nyugat-dunántúli kisvárosban PRAXIS ELADÓ.

Rendelővel egybeépített családház as rendelő biztosított.

Telefon: 06/70/369-0566

Felnőtt házi orvosi praxisjog eladó Budapesthez közeli városban.

A körzet kertvárosi, 1 600 fős, jól kiépített.

Érdeklődni a 30/555-2750 vagy a 30/689-9288-as mobilon lehet.

Köszönettel és tisztelettel

Dr. Hovanecz Anikó

42569

e-mail: hoviani@axelero.hu és hovanecz.aniko@dimenziocsoport.hu