

AZ IDŐSKOR LEGFONTOSABB GASZTROENTEROLÓGIAI PROBLÉMÁI

Altorjay István dr.

*Debreceni Egyetem, Klinikai Központ,
Gasztroenterológiai Tanszék,
Debrecen*



O L O H U

A cikk online változata
megtekinthető a
www.olo.hu weboldalon.

Az időskori tápcsatornai betegségek közül diagnosztikus szempontból legnagyobb kihívást jelentő kórképek a zsigeri keringés zavarai. A dolgozat első részében ezek klinikumának, diagnosztikájának és kezelési lehetőségeinek áttekintése történik meg, a következő részben a tápcsatornai vérzésekről, mint a gasztroenterológia egyik legfontosabb tünetcsoportjáról van szó, amit mindig rendkívül komolyan kell venni, és amelynek észlelése során haladéktalanul törekedni kell a vérzés okának, helyének, mértékének megállapítására. Ezt követi a vérzés megszüntetése, majd pedig az újravérzés megelőzése, lehetőség szerint a háttérben álló kórkép egyidejű kezelésével. Az időskori vérzésforrások közül fontosnak tekinthető a divertikuláris vérzés. Ennek tárgyalása előtt kerül sor a diverticulosis problémájának tömör áttekintésére, különös tekintettel a leggyakoribb, nem szövődményes formák krónikus kezelési lehetőségeire. Ezt követi az időskori székrekedés problémájának tárgyalása, majd végül az időskori irritábilis bélbetegség rövid jellemzése.

Az időskori tápcsatornai problémák igen sokrétűek, hiszen egyrészt növekszik a tápcsatornai daganatok előfordulása, a progrediáló arterioszklerózis következtében zsigeri keringési zavarok léphetnek föl. Az időskorban szedett gyógyszerek mellékhatásai között nagy jelentősége van a nem szteroid gyulladáscsökkentők és a trombocitaaggregáció-gátlók, illetve orális antikoagulánsok okozta tápcsatornai vérzéseknek, leginkább az idősebb kor velejárója a vastagbél-diverticulosis, következményes gyulladással szövődményeivel, fontos gondolni az idősök között is előforduló funkcionális emésztési zavarokra, úgymint a székrekedésre, vagy éppen ellenkezőleg, a széklettartás problémáira, valamint az epekövesség és hasnyálmirigy-elégtelenség miatt jelentkező puffadásra, hasi fájdalomra. Az alábbiakban ezeket a kórképeket próbáljuk röviden áttekinteni, természetesen a teljesség igénye nélkül.

A ZSIGERI VÉRELLÁTÁS ZAVARAI

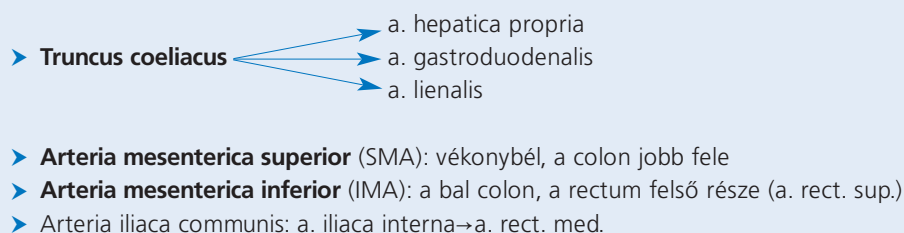
A zsigeri vérellátás zavarai témaköréhez tartozó – esetenként rendkívül súlyos, olykor

fatális kimenetelű – kórképek a klinikai gyakorlatban azok közé tartoznak, amelyeket lényegesen ritkábban diagnosztizálunk, mint ahogyan előfordulnak. Annak, hogy sokszor kevés gondolunk ezekre a kórképekre, több oka van, például az idősebb korosztályokhoz tartozó betegek esetén a klinikai tünetek alattomosabb, rejtőzködőbb megjelenése, a differenciáldiagnosztika buktatói, a kevés, jellegzetes diagnosztikus kritérium és a képzőmódszerek elhúzódó alkalmazása és nem mindig kellően specifikus lelete.

A zsigerek vérellátásának artériás oldalán három fontos ér található, a truncus coeliacus, az arteria mesenterica superior és az inferior (*I. ábra*), majd a vénás oldalon a zsigeri vénás rendszer a vena portae-n át halad a májba, innen a vv. hepaticae útján a vena cava inferiorba. A zsigeri vérellátás étkezés utáni időszakban a legnagyobb, míg nyugalomban, vagy éhezés idején akár felére is csökkenhet a vérátáramlás.

Néhány epidemiológiai adat: a kardiovaszkuláris betegek 40%-ában érintett a zsigeri érhalózat (1). Az akut kórházi felvételek 1-3%-o-ében szerepel okként mezenterialis iszkémia, ennek

1. ábra.
A zsigeri vérellátás
vázlata



kb. fele az iszkémiás colitis. Az iszkémiás colitis incidenciája 10-45/100 000/év, nőknél 2× gyakoribb, 65 év fölött 119/100 000/év. Az iszkémiás colitis mortalitása a legkedvezőbb: 7,7% (2).

A zsigeri vérellátás zavarain alapuló legfontosabb kórképeket és ezek időbeli kialakulásának formáit a 2. és 3. ábrákon foglaltuk össze. Az akut artériás keringési zavar hátterében pitvarfibrilláció vagy reumás szívbetegségben kialakult billentyűhiba következtében létrejövő embolizáció állhat leggyakrabban, ilyenkor a rög általában az SMA elágazódásától 3-8 cm-re akad el. A másik lehetőség az artériás trombozisz kialakulása, előrehaladott érlemezésedés talaján. Ez rendszerint disztálisabb, kisebb artériaágak elágazódásánál szokott bekövetkezni. Az akut artériás elzáródás (apoplexia abdominalis) klinikai képe az akut hasi katasztrófának felel meg, intenzív köldök körüli fájdalom jelentkezik, ami fokozatosan diffúzzá válik, de viszonylag később alakul ki defense musculair, ekkorra már kifejezett hányinger, hányás is tapasztalható. A fizikális leletre ebben a fázisban a kifejezett meteorizmus, paralitikus ileusra utaló hallgatósági lelet, hipotenzió jellemző. Majd hasmenés léphet föl, ami akár véres is lehet, ez rossz prognosztikus jel, mert már bélelhalásra utal.

Az inkább szubakut jellegű, ún. nonokkluzív mezenterialis keringési zavar (NOMI) hátterében akut vérnyomásesés, ritmuszavar, időskor, szívelégtelenség, dehidráció, digitális intoxikáció, tompa hasi trauma, endotoxémia, perifériás érbetegség, megelőző szív- és ér-műtét, COPD, diabetes mellitus, hipertenzió stb. állhat.

A vena mesenterica trombozisa kialakulását általában fertőzés előzheti meg a portális keringés területén, de trombofilia, paraneoplázia, retroperitoneális tumorok, orális anticoncipiens gyógyszer szedése is állhat a háttérben. A patomechanizmus lényege: akut keringés elzáródás → az érintett bélszakaszon hipoxia, majd iszkémiás károsodás, (a mucosa felől indulva és terjedve a mélyebb rétegek felé), ebből infarktus alakulhat ki, később gangréna, perforáció, súlyosabb esetben gyorsan progresszív peritonitis, SIRS, septicus sokk és végül akár az esetek 50-60%-ában exitus. Az akut keringészavarok ellátási algoritmusát a 4. ábrán tüntettük föl.

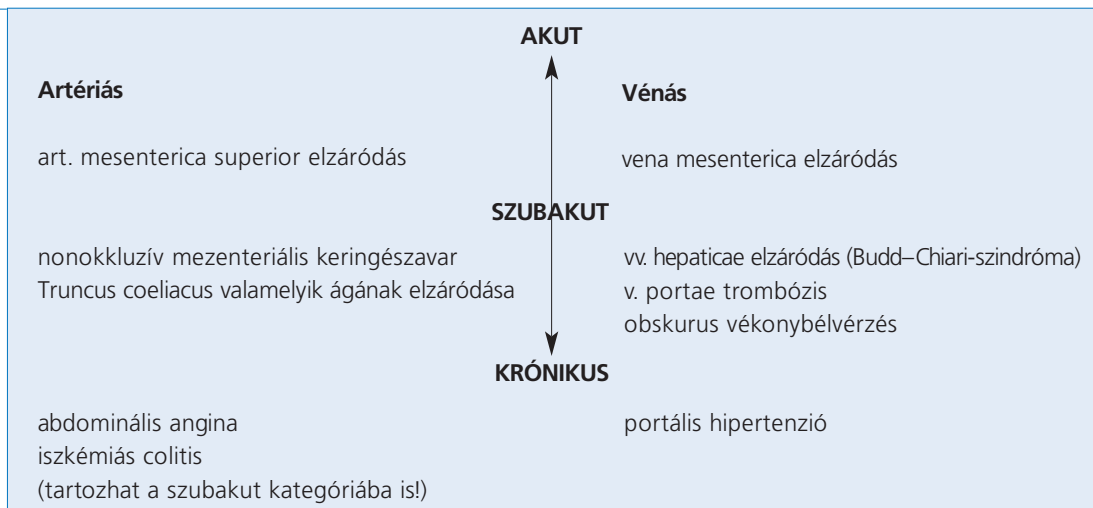
A diagnózis felállításában segíthetnek a laboratóriumi leletek, bár nem tekinthetők specifikusnak: ide tartozik a magas fehérvérsejtszám, az acidózis (laktát), az amiláz, GOT és LDH emelkedése, a magasabb CRP- és prokalcitoninszint, a D-dimer pozitívitas, valamint a FOBT-pozitívitas.

A klasszikus diagnosztika aranystandardja az elmúlt 3 évtizedben az angiográfia volt, kb 10 éve már szélesebb körben elérhető a multidetektoros, helikális CT-vizsgálat, amelyben az artériás és vénás fázis jól elkülöníthető, szenzitivitása 93%, specificitása 100% (3). Ráadásul a CT alkalmas a környező szövetek megítélésére is: intesztinális pneumatosis, szerv-infarktus, bélfalli ödéma, bélfalli perforáció, gázképződés a vénák területén stb. Azokban a betegekben, akik jódos kontrasztanyagot nem kaphatnak, a hasi color-Doppler UH, illetve a Gadolinium kontrasztanyaggal javított UH hasznos lehet, de csak a zsigeri erek kezdeti szakaszát tudja megítélni és a meteorizmus megnehezíti az értékelést.

2. ábra:
Az intesztinális
iszkémia legfontosabb
klinikai formái

ÁLLAPOT	KÓROK	KLINIKAI KÉP	TEENDŐK
mezenterialis artériás embolizáció, akut véna trombozisz, nonokkluzív forma	artériás embólius; fibrilláció vagy reumás szívbetegség talaján; trombofilia	akut hasi fájdalom, sokk, peritonitis	sürgős angiográfia, embolektómia, trombolízis
hasi anginának nevezett kórkép	zsigeri erek ateroszklerózisa	étkezések utáni konzekvens fájdalom, fogyás	angiográfia, color-Doppler, radiológiai stentelés, sebészi rekonstrukció
iszkémiás colitis; szegmentális colon hipoxia	csökkent keringés a colon területén	akut baloldali alsó hasi fájdalom, véres széklet	endoszkópia, gyógyszer, sebész?

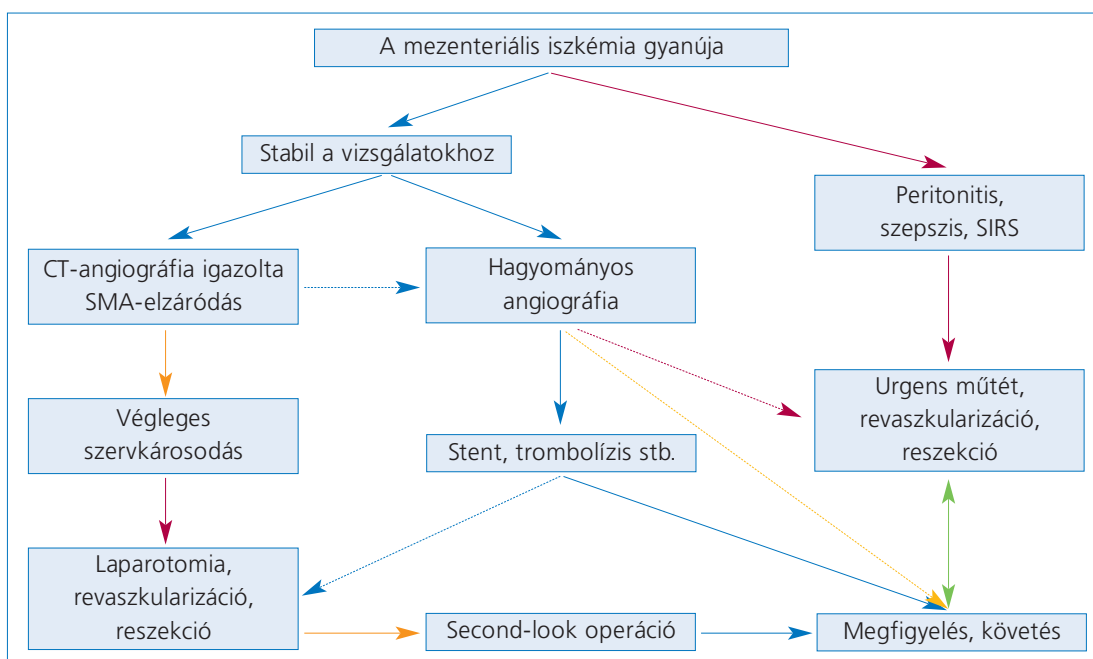
3. ábra:
A zsigeri keringésza-
var időbeli lefutása



A KRÓNIKUS MEZENTERIÁLIS ISZKÉMIA

Elhúzódóan, lassan kialakuló klinikai panaszok jellemzik, jóval ritkábban kerül felismerésre, mint a tényleges előfordulás. Általában a 3 fő zsigeri artéria közül legalább kettőben kell, hogy progrediáló sztenózis/okklúzió jelenjen meg ahhoz, hogy típusosabb klinikai panaszok – az étkezést 1-2 órával követő, konzekvensen megjelenő – köldök körüli, tompa fájdalom fellépjen, ami azután 2-3 óra múlva spontán oldódik. A betegek általában sokat fogynak, ennek döntő oka az étkezéstől való félelem, a fájdalom miatt. Jelentkezhet hányinger és hasmenés is, valamint a klinikai képet ún. pseudo-malabszorpció kíséri. Az esetek mintegy felében észlelhető jellegzetes fizikális lelet a processus xyphoideus alatti ré-

gióban, a középvonalban megjelenő szisztolés zörej, amit az SMA kezdeti szakaszának markáns szűkülete okoz. Fontos a differenciáldiagnosztika. Általánosságban elmondható, hogy kiterjedt arterioszklerózis állapítható meg a betegnél, olykor perifériás érszűkülethez társul. Megelőző nagyobb kardiovaszkuláris műtétek után is felléphet. Kialakulhat retroperitoneális térfoglalás, vasculitis, Takayasu-arteriitis mellett. Ritka forma a *Dunbar-szindróma*, amelyben a ligamentum arcuatum mediale szorítja le a truncus coeliacust és ez vezet konzekvens felső hasi fájdalomhoz. A gyógyszeres kezelés első lépése a hasra tett nitráttapas, pentoxifillin, proszttaglandin, esetleg spazmolitikum lehet, de az rendszerint csak átmeneti eredménnyel jár. A következő lépésként az invazív radiológiai megoldások választhatók: angioplasztika, stentelés elvégzése. Saj-



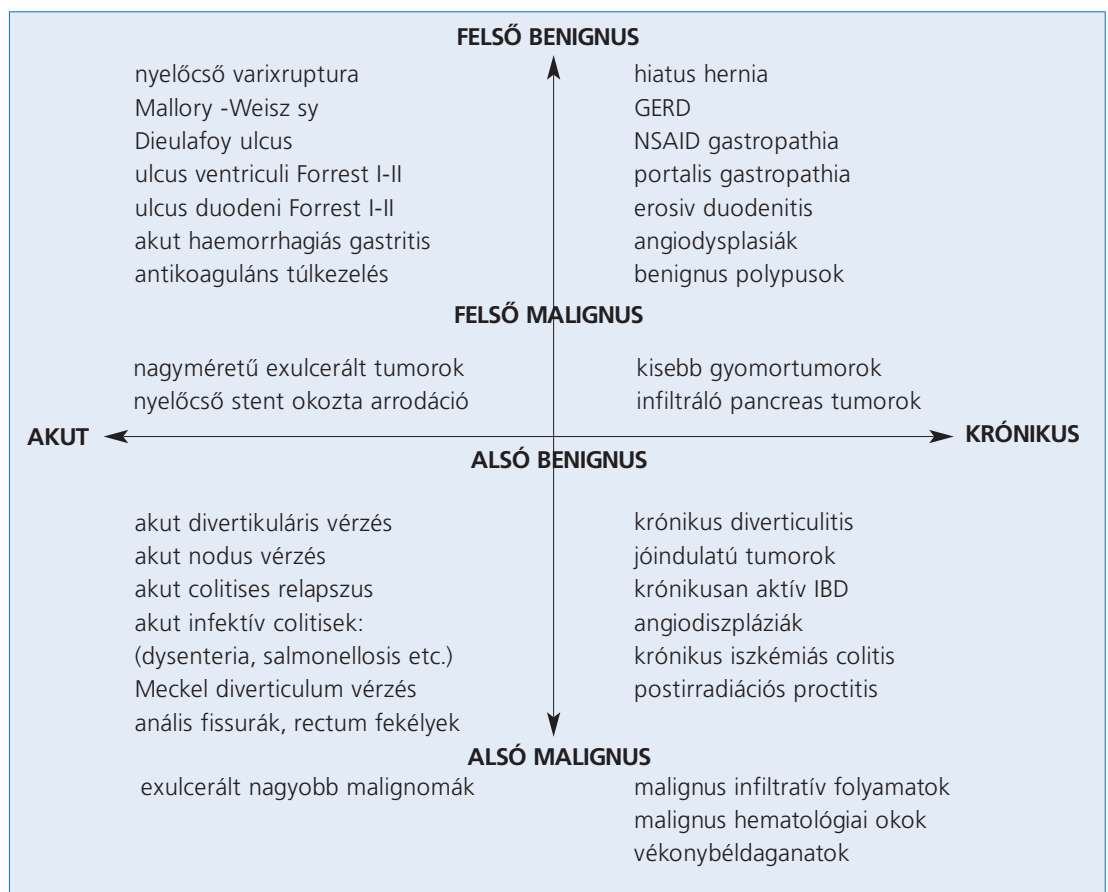
4. ábra:
Az akut mezenteriális
iszkémia ellátási algo-
ritmusa

nos a resztenózis veszélye aránylag magas (4). A sebészeti lehetőségek között a bypass (aorto-celiac/+aorto-mesenteric) megoldások jók lehetnek, fontos, hogy a sönt rövid és egyenes lefutású legyen, transzaortikus endarteriectomia (5) is végezhető, továbbá sebészi „folt-angioplasztika”.

AZ ISZKÉMIÁS COLITIS

Az iszkémiás colitis a gasztrointesztinális iszkémiás kórképek közül a leggyakoribb. Első leírója *Boley* volt (6) valamivel több, mint 50 évvel ezelőtt. A krónikus colon iszkémia leggyakrabban a bal colonban fordul elő, predilekciós helyei a flexura lienalis, a recto-sigmoidális átmenet, illetve ritkábban az ileocecalis régióban is kialakulhat. Szerencsére a súlyos, akut tüneteket okozó érelzáródás a jó kollaterális hálózat miatt ritka. A flexura lienalis a két mezenterialis artéria ellátási területének határán van, a lecsökkent véráramlás itt hamarabb okozhat hipoxiát, iszkémiát. Ha a folyamat felszínes, és csak a mucosát érinti, maradványok nélkül gyógyul, ha viszont szubmukozális kiterjedésű, illetve az izomréteget érinti, akkor heges szűkület maradhat vissza, ritkán transzmurális gangrén-

na is kifejlődhet: ilyenkor fordul elő fulmináns lefolyás! A kórelőzményben idős kor, ISZB, kardiovaszkuláris műtétek, aorta aneurizma műtéte utáni állapot, reumás panaszok, fertőzések, hasúri térfoglalás, trauma, gyógyszerhatás (alonssetron, ergotamin, interferon), fiatalabb korban kokain abúzus, hosszútávú futás, vasculitisek stb. szerepelhetnek, azonban néha előfordul, hogy a valódi okot nem sikerül kideríteni. A vezető tünet a vissza-visszatérően fellépő, tompa, mélyen jelentkező bal oldali alhasi fájdalom, amit görcsös shubok kísérhetnek, és nemritkán a fájdalmas attakot követően hematochesia is jelentkezhet. Krónikus veseelégtelenség, hemodialízis kezelés, jobb colon érintettség kedvezőtlenebb prognózissal jár (7). Differenciáldiagnosztikai szempontból alapvető fontosságú a fertőző eredet kizárása székettenyésztéssel, de további, radiológiai vizsgálatok (UH, CT) is szükségesek IBD, colontumor irányában. Gyógyszerek (NSAID, hormonkészítmények) is állhatnak a háttérben. A kolonoszkópia során szegmentálisan elhelyezkedő! – livid, ödémás mucosa, petechiák, szubmukozus bevezetések, felszínes fekélyek látszanak, pszeudomembránózus küllem is előfordulhat. Fontos adalék a szövettani bizonyíték (ödéma, szub-



5. ábra:
A gyakoribb tápcsatornai vérzések didaktikus felosztása

mukózus nekrozis és gyulladás – neutrofil infiltráció –, crypta atrófia, hemosiderint tartalmazó makrofágok, hyalinizáció, mikrotrombusok stb.).

KEZELÉS

A gyakran csak átmeneti tünetek esetén segíthet a bél nyugalomba helyezése 48 órára, vazokonstriktív gyógyszerek elvonása, értágító infúziók (pentoxifillin, nitrát), adása, valamint kipróbálható a néhány hetes 5-ASA kezelés is. Progrediáló klinikai kép, mucosa nekrozis, colon infarktusz, perforáció gyanúja, peritoneális izgalmi tünetek esetén sebészi intervenció szükséges: reszekció primer anasztomózzal, átmeneti stoma, ritkán szubtotális colectomia.

A TÁPCSATORNAI VÉRZÉSEK

A tápcsatornában fellépő vérzés az alig észrevehető, krónikus vérezgetéstől az életet közvetlenül veszélyeztető, hemodinamikai megingást okozó súlyos vérzésig terjedhet, és annak ellenére, hogy az elmúlt évtizedek mind a diagnosztikában, mind pedig az ellátás területén jelentős fejlődést, előrelépést hoztak, még mindig viszonylag magas halálozással jár. Attól függően, hogy honnan származik, és időben milyen lefolyású, a vérzéseket az alábbi módon csoportosíthatjuk: akut felső, akut alsó, krónikus felső és krónikus alsó vérzések, ezeken belül érdemes lehet még a benignus és malignus eredet szerint is megkülönböztetni őket. Természetesen az akut és krónikus formák közötti határok nem mindig élesek, egyes vérzésformák egymásba átmehetnek. Az időskori benignus felső tápcsatornai vérzések közül a reflux okozta nyelőcső eróziók, a rekeszsérv következtében kialakuló krónikus mikroszkópos vérvesztés mellett az erozív és peptikus gyomor- és nyombélvérzéseknek van a legnagyobb jelentősége. Ezek hátterében állhat a *Helicobacter pylori* fertőzés is, de gyakran a kardiológiai, vagy reumatológiai indokkal szedett gyógyszerek a legfontosabbak: aszpirin, clopidogrel, különféle nem szteroid gyulladásgátlók, orális antikoagulánsok stb. Fontos paradoxon, hogy az NSAID-ok okozta fekélyek kevésbé fájnak, hiszen az analgetikus hatás ezt elnyomja, így gyakran éppen a különböző mértékű vérezgetés következményei jelentkeznek először: melaena, vashiány, vérszegénység, savhematicus hányás, szédülés, kardiális elégtelenség stb.

A tápcsatornai vérzések okának tisztázása során két alapvető feladatunk van: a minél

részletesebb anamnézis felvétele és a korrekt, alapos fizikális vizsgálat, ehhez társulnak a sürgősséggel megszerezhető laboratóriumi adatok. Akut vérzésről akkor beszélünk, ha a vérzés három napon belül jelentkezett, klinikailag nyilvánvaló a vérzés ténye és tápcsatornai eredete, a vérvesztés esetenként a beteg hemodinamikai egyensúlyát is megingathatja. Krónikus vérzésről akkor beszélünk, ha a vérzés feltehetően régebb óta fennáll, rendszerint inkább okkult formában, és a beteg mérsékelt vagy súlyosabb, de krónikusnak tekinthető vérszegénységét okozta. Az akut vérzés három fő formája a haematemesis (vérhányás), ami lehet friss vért tartalmazó, vagy pedig emésztett vért, tehát savhematicus tartalmú hányadék. A melaena emésztett vérnek a székletben történő megjelenése, ehhez legalább 1-2 dl vérnek a duodenumba, jejunumba kerülése szükséges. A haematochesia (vérszékelés) lényegében friss vér megjelenése a székletkor, ami logikusan általában – de nem kizárólag – a bal colon félből származik.

A beteg anamnézisének felvétele során az alábbi szempontok tisztázása a legfontosabb

1. Történt-e korábban valamilyen hasi műtét, volt-e már korábban tápcsatornai vérzése, volt-e korábban fekélybetegsége, ismert-e krónikus májbetegség, vesebetegség, krónikus/súlyosabb szívbetegség, hematológiai kórkép, vérzékenység? Van-e beültetve műbillentyű vagy koronária-stent?
2. Milyen gyógyszereket szed rendszeresen, szed-e valamilyen véralvadást befolyásoló készítményt, ízületi bántalmak kezelésére szolgáló gyógyszert?
3. Fogyaszt-e rendszeresen alkoholt?
4. Mióta állnak fent az aktuális panaszok, ezek jellege, kezdete, a széklet milyensége stb.?

A TÁPCSATORNAI VÉRZÉSEK TÜNETTANA

A tápcsatornai vérzések tünettanához tartoznak az akut és krónikus vérvesztéssel összefüggő panaszok, így gyengeség, sápadtság, légszomj, a testhelyzet ortosztatikus változtatásakor fokozódó tachycardia, tachypnoe, alacsonyabb vérnyomás, hűvösebb végtagok, szájszáradás. Súlyosabb esetekben a szerv-átáramlási zavarokból következően csökkenő vizeletmennyiség, anginás panaszok fellépése, szédülés, látászavar, acidózis, zavartság, encephalopátiás tünetek, továbbá icterus, ascites, hasi rezisztencia, foetor észlelése stb. Az idős vérző

beteget sürgősséggel célszerű megfelelő felkészültségű intézménybe eljuttatni.

A korszerű ellátás legfontosabb lépései az alábbiak (8):

- hemodinamikai stabilizáció – kanülök biztosítása, volumenpótlás, monitorozás,
- differenciáldiagnosztika – labor, UH,
- gyógyszeres kezelés: PPI infúziós pumpa, vagy vazoakív gyógyszeres indítás,
- endoszkópos ellátás előkészítése, szervezése (ligáció, szkleroterápia, APC, clipp stb.),
- ITO vagy sz.e. sebészet.

A nem varix eredetű felső tápcsatornai vérzések ellátásában mintegy 5%-ban kerül sor sebészeti beavatkozásra, erre az alábbi esetekben van szükség:

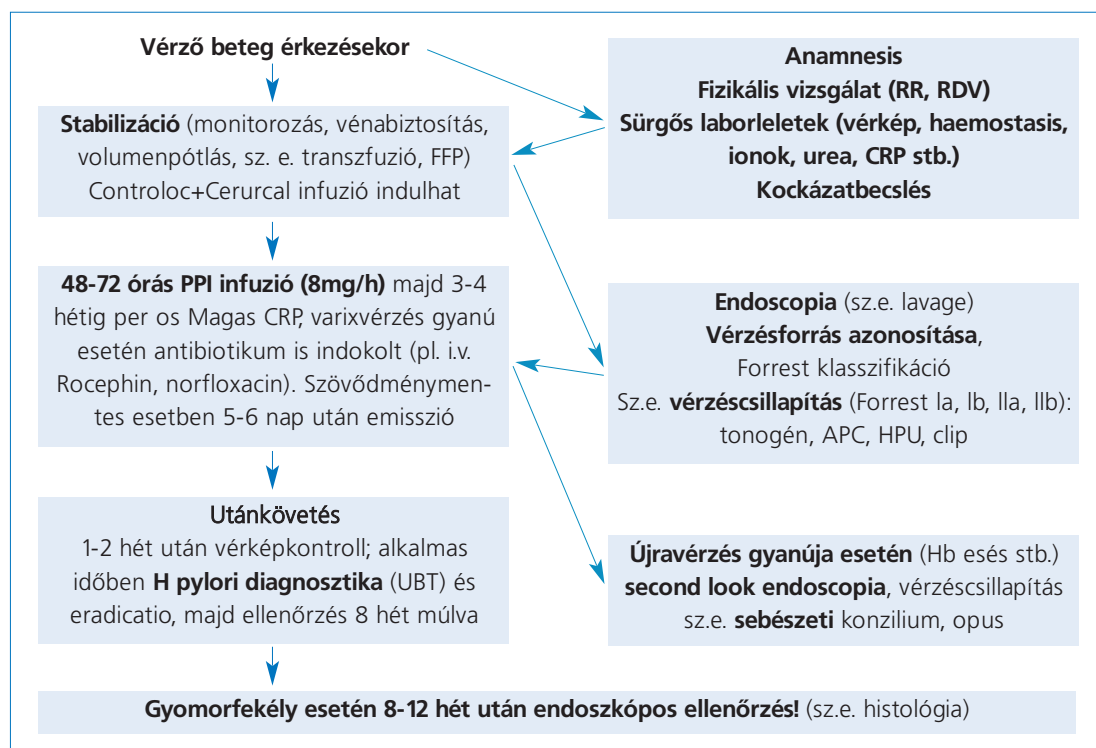
- endoszkópos vérzéscsillapítás sikertelennek bizonyul és a beteg hemodinamikai instabilitást mutat,
- súlyos, uralhatatlan artériás vérzés,
- időskori óriásfekély 3 cm-nél nagyobb átmérővel, aminek hatékony gyógyszeres rendezésére nagyon csekély az esély. A klinikum függvényében néhány napos várakozás lehetséges, újabb endoszkópiával, de ha nincs egyértelmű javulás, akkor sebészi konzílium célszerű,
- felső tápcsatornai vérző malignus elváltozások,
- endoszkópos vizsgálatot, beavatkozást követően fellépő vérzés és instabilitás, amikor perforációra és vérzésre kell gondolnunk.

HAZAI GYAKORLAT ÉS ÁLLÁSFOGLALÁS

Az elmúlt két évtized során a tápcsatornai vérzések ellátása a nagyobb központokban, megyei kórházakban, többnyire nálunk is átkerült a sebészeti osztályokról a belgyógyászati-gasztroenterológiai szubintenzív részlegre, ahol biztosított a monitorozás és az urgens endoszkópos ellátás lehetősége. A hazai irányelvek lényegében követik a nemzetközi trendeket (9–11). Ennek fontosabb elemeit a 6. ábrán rögzítettük.

A DIVERTICULOSIS PROBLÉMÁJA

A nyugati világban folyamatosan emelkedik a diverticulosis előfordulása, ennek legfontosabb okai között a megváltozott étkezési szokások, a csökkenő rostbevitel, a növekvő hús- és zsírfogyasztás, a növekvő életkor, az elhízás, az időskorban csökkenő fizikai aktivitás egyaránt szerepet játszhatnak. Amíg 100 évvel ezelőtt előfordulását 10%-ra becsülték, addig ma a 60 év fölötti korosztályban előfordulását 50-60%-ra becsülik. A betegek 90%-ában a bal colon, döntően a sigma érintett, kb. 15%-ban fordul elő a jobb colonban is (13). Szerencsére azonban a diverticulosisal kapcsolatos mortalitás az elmúlt 2 évtizedben, részben az új antibiotikumok és a jobb diagnosztika miatt mindenképpen csökkent, ma az USA-ban 1%-ra te-



6. ábra:
A vérző fekélybeteg
ellátásának főbb elemei

szik, ugyanakkor a kapcsolódó költségek megközelítik a 3 milliárd dollárt (14). A betegek közel háromnegyede tünetmentes, a többiek háromnegyedében a tünetek szövődménymentes betegségképpel járnak – bal oldali alhasi diszkomfort, székrekedéssel összefüggő mérsékelt fájdalom, fokozott gázképződés, IBS-re emlékeztető tünetek megjelenése stb., és mindössze a betegek 8-10%-ában fordulnak elő a szövődményes kórképek: akut diverticulitis, recidiváló akut diverticulitis, mikroperforáció, fisztulaképződés, körülírt tályogképződés, divertikuláris vérzés, ritkán diffúz peritonitis.

AKUT DIVERTICULITIS, SZÖVŐDMÉNY NÉLKÜL

Diagnosztikához tartozik a klinikai kép és a fizikális tünet mellett a vérkép, CRP, hasi UH vizsgálata. Láz és hasmenés esetén széklettenyésztés is történjen. Kezelési alapelveként fontos a bél nyugalomba helyezése, ez átmenetileg rostmentes étrendet jelent, bőséges folyadékbevitellel, valamint magasabb CRP-érték esetén az antibiotikus kezelés – tenyésztési lelet rendelkezésre állása esetén (*E. coli*, *Bacteroides*, *Clostridia*, Gram-negatív+ anaerob törzsek stb.) – 3. generációs cefalosporinok, klavulánsavas amoxicillin, továbbá metronidazol, ciprofloxacin, rifaximin. Az utóbbi, mint nem felszívódó antibiotikum, jól tolerálható, széles spektrumú bactericid hatással bír, nem alakul ki rezisztencia vele szemben, csökkenti a gázképződést és növeli a székletvolument, gyorsítja a tranzitot.

Bizonyos irodalmi adatok alapján felmerül a mesalazin adása is (15), abból kiindulva, hogy a megváltozott bélflóra aktiválhatja a gyulladást, nő a TNF-alfa és IFN-gamma szintézise, valamint nő a szabad gyökök felszabadulása. A mesalazin gátolja az IL-1 szintézisét, csökkenti a COX és PAF aktivitást, szabadgyök-fogó képességgel rendelkezik, tehát jótékonyan járulhat hozzá a diverticulitist kísérő gyulladást okozó aktivitás mérsékléséhez.

A SEBÉSZET HELYE A DIVERTICULITIS KEZELÉSÉBEN

Korábban két egyértelmű diverticulitises epizód után ajánlották a reszekciót, ez ma már kevésbé következetes állásfoglalás, függ a diverticulitis súlyosságától és a recidíváig eltelt időtől is. Ami bizonyosan indokolja a sebészi beavatkozást, az a markáns sztenózis, fisztula-

képződés, malignitás gyanúja és visszatérő vérzések. Az utóbbiak az alsó, benignus tápcsatornai vérzések legnagyobb akut csoportját képezik, az aranyerekkel együtt (16). Az aszpirin és az NSAID szerek a divertikuláris vérzés esélyét növelik, a relatív kockázat 2,0 körül lehet. Szerencsére, a diverticulitis nélkül, fájdalomtalanul jelentkező vérzések 80%-ban 2-3 nap alatt spontán szűnnek, viszont az esetek negyedében visszatérő vérzések is előfordulnak. Ilyenkor merülhet föl a sebészi kezelés.

A DIVERTICULOSIS, ILLETVE A KOMPLIKÁCIÓ NÉLKÜLI DIVERTICULITIS KEZELÉSE

Általánosan elfogadott nézetek szerint az egyébként panaszt nem okozó diverticulosis „karbantartására” a rostokban gazdag étkezés jótékony hatású, a szárazabb rostok közül a kukorica hely a legelőnyösebb, míg a nedves rostok között érdemes a répát, sütőtököt, banánt kiemelni. Fontos azonban hangsúlyozni, hogy a fokozott rostbevitel csak a gyulladástól mentes időszakokra szól, diverticulitis idején kímélni kell a belet. Panaszokkal járó diverticulosis kezelésére ajánlható havonta-kéthavonta 6-9 napon át 2×400 mg rifaximin, vagy 10 napon át 2×250 mg metronidazol szedése. Visszatérő diverticulitis kivédésére kipróbálható a rifaximin mellett 2×500 mg mesalazin adása is, bizonyos tanulmányok szerint ennek folyamatos szedése hatékonyabb, mint a ciklikus adás (17, 18).

KRÓNIKUS IDŐSKORI SZÉKREKEDÉS

Az időskor egyik központi problémája szokott lenni a székrekedés, aminek kialakulásában számos tényező játszhat szerepet, például a csökkenő fizikai aktivitás, a kevesebb mozgás, a fogazat romlásával gyakori az elégtelen rágás, ami egyrészt terheli a gyomrot, másrészt szintén hozzájárulhat a lassuló bélmotilitáshoz, hasonlóképpen csökkenni szokott a folyadékbevitel is, ami szintén egyik kézenfekvő oka az obstipációnak. Természetesen a táplálkozási szokások, úgymint az elégtelen rostbevitel, fokozott kalóriabevitel, fűszerebb, zsírosabb ételek fogyasztása, időskori cukorbetegséghez társuló gyomor és bél hipomotilitás szintén okai lehetnek ennek. A székrekedés nemcsak önmagában jelent gondot, hanem különféle szövődményeket is kiválthat, ilyenek az anális fissura, az aranyeresség progressziója, a végbél előesése, nők-

nél gyakrabban a rectokele, előfordulhat széklet-impaktáció, mechanikus obstrukció következményes rektális fekélyvel, vérzéssel. Extrém esetekben a scibalák fölött perforáció is létrejöhethet, főként kiterjedt diverticulosis fennállása esetén, ami peritonitist is okozhat. Az időskori székrekedés hátterében azonban nem mindig a gasztrointesztinális traktus megbetegedése, működészavara állhat, hanem el kell különítenünk azokat a formákat, amikor a székrekedés másodlagosan jön létre, ilyen esetekkel találkozhatunk például szívelégtelenség, nagyvérköri pangás következtében, endokrin és metabolikus betegségek kísérőjeként: hypothyreosis, hypercalcaemia, hypokalaemia, hyperparathyreoidismus kísérő tüneteként, amiloidosis mellett is előfordulhat. Neurológiai okok is állhatnak a székrekedés hátterében: kialakulhat például a dementia, Parkinson-kór, sclerosis multiplex, különböző myopathiák esetén. Pszichiátriai okai is lehetnek a székrekedésnek, például a szorongás és a depresszió, de akár idesorolható a szélsőséges fogyókúra, immobilizáció, dehidráció okozta obstipáció is.

AZ IDŐSKORI SZÉKREKEDÉS DIAGNOSZTIKÁJA

Az alapbetegségtől függően számos vizsgálat jöhet szóba. Alapvető fontosságú a malignus okok – colorectalis tumorok, prosztatadagاناتok – kizárása képalkotó vizsgálatokkal. A krónikus székürítési nehezítettség tisztázását segítheti a proktológiai szakvizsgálat keretében végzett anális manometria, ballonexpulziós teszt, klasszikus radiológiai vizsgálatként a defekográfia, bár ezt inkább csak motilitással foglalkozó centrumok végeztetik, tanulságos lehet a colon-tranzit vizsgálata sugárfogó markerek segítségével – ilyenkor a páciens 15-20 db sugárfogó egy-másfél cm-es katéterdarabkát fogyaszt el rántottában – és ezek haladását követik radiológiai módon. Ez a módszer segíthet megállapítani, hogy a vastagbél melyik területén van a legkifejezettebb hipomotilitás, ami végső esetben akár sebészi úton is kezelhető.

AZ IDŐSKORI SZÉKREKEDÉS KEZELÉSI LEHETŐSÉGEI

Elsődleges fontosságú a kellő folyadékbevitel, a már korábban is hangoztatott rostbevitel és a fizikai aktivitás. Kétségtelen, hogy a rostok

között vannak olyanok is, amelyek egyeseknél a puffadást fokozzák, ezt egyénileg célszerű kiszűrni: például karfiol, babfélék stb.

Jó hatásúak lehetnek a tömegképző, korpa jellegű ételkiegészítők (psyllium, methylcellulose), ezek hatásfokát szintén fokozza a kellő folyadékbevitel. A hashajtók közül az ozmotikus hatású bélmozgatók között gyakori a nem felszívódó cukor, a lactulose alkalmazása, további hasonló hatású szerek még a sorbitol, a polyethylenglycol (PEG), illetve bizonyos magnéziumsók, valamint a stimulatív hashajtók közül a szájon át és kúp formájában is alkalmazható bisacodyl! Természetesen jó hatású lehet a tradicionális glicerin kúp, illetve végső esetben az olajos beöntés is.

Ami a gyógyszereket illeti, ezen a téren aránylag szűk a spektrum: a hagyományos motilitást fokozó dopamin-agonisták közül a domperidon adható, étkezések előtt 15-30 perccel. Az 5-hydroxy-triptamin- (5-HT) agonisták közül több, már a klinikai vizsgálatok szintjén „elvérzett”, hiszen a tegaserodot bélišzkémiát okozó mellékhatása miatt vonták vissza, a nálunk még nem elérhető prucaloprid esetén pedig néhány esetben aritmia fordult elő? A lubiproston, mint kloridcsatorna-aktivátor, vizsgálati stádiumban van.

AZ IDŐSKORI IRRITÁBILIS BÉLSZINDRÓMA

A székrekedésnél általában ritkábban fordul elő, de szintén gondot okozhat az időskori irritábilis bélbetegség, amelynek esetenként szélsőséges formája lehet az inkontinencia is. Az utóbbi hátterében fontos a neurológiai okok – például porckorongsér, gerincvelői lézió – kizárása, az anális zárófunkció elégtelenségét proktológiai vizsgálat, a spinchterműködés ellenőrzése egészítheti ki. A bélműködés funkcionális zavarát, a valódi irritabilitást ugyanakkor okozhatják különféle gyógyszerek mellékhatásai, antibiotikumok okozta dysbacteriosis, valamint az elégtelen emésztés miatti steatorrhoea is. Fontos tehát az anamnézis tisztázása, a különféle gyógyszerek mellékhatásainak mérlegelése, a diétás tanácsok – például tejfogyasztás, koffeinbevitel, fűszeres és zsíros ételek mérséklése, puffasztó zöldségfélék kerülése –, az emésztő enzimek alkalmazásának kipróbálása, valamint a dysbacteriosis lehetősége esetén a probiotikumok visszatérő alkalmazása (19).

IRODALOM

Az irodalom megtalálható a szerkesztőségben.