

2022.
XXVII. évfolyam
Supplementum A



Háziorvos Továbbképző Szemle



Látogasson el a honlapunkra: www.orvositasbazis.hu



AKTUALITÁSOK

A GASZTROENTEROLÓGIÁBAN



GERD AZ ÚJ NEMZETKÖZI AJÁNLÁS TÜKRÉBEN

Hersényi László dr.

Magyar Honvédség
Egészségügyi Központ, Honvédkórház,
Budapest

A nyelőcsőreflux-betegség (GERD) az egyik leggyakoribb gasztroenterológiai kórkép. Az alábbiakban a legújabb nemzetközi szakmai irányelv alapján áttekintjük a GERD diagnózisával és kezelésével kapcsolatos legfontosabb szempontokat.



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

BEVEZETÉS

A nyelőcsőreflux-betegség (GERD) klinikai jelentősége gyakoriságából, az életminőséget rontó klinikai tünetekből és a szövődmények viszonylag magas arányából adódik. A betegség felismerése típusos tünetek esetén rendszerint nem okoz nehézséget, az atípusos tünetek formájában jelentkező GERD esetében azonban a betegséget gyakran nem ismerjük fel, vagy hosszú időbe telik a helyes kórisme felállítása (1).

A montreali konszenzus szerint a GERD a gyomortartalom visszaáramlásából adódó állapot, amely a betegnek kellemetlenséget okozó tünetek és szövődmények összessége (2). A GERD montreali osztályozása alapvetően tünetvezérelt beosztás, kevésbé támaszkodik az endoszkópos eltérésekre. A gyakorlatban a tünetvezérelt kórisme rendszerint fiatalokban, a kórkép enyhe, nem súlyosbodó, szövődménymentes formáiban tekinthető elfogadhatónak. A montreali konszenzus hangsúlyozza, hogy típusos refluxos tünetek megléte esetén endoszkópia nélkül is kimondható a GERD kórisméje. Ez a szemlélet az alapellátásban is jól alkalmazható: az esetek legnagyobb részében a tünetvezérelt megközelítés kiválthatja a részletes kivizsgálást (3–4).

A GERD legfontosabb extraoesophagealis manifesztációit illetően (5, 6) nemrég hazai összefoglaló is napvilágot látott (7).

Az elmúlt évek tudományos szakirodalmát áttekintve, a bizonyítékokon alapuló orvoslás (Evidence Based Medicine – EBM) szempontjait figyelembe véve, az Amerikai Gasztroenterológiai Kollégium (ACG) a GERD diagnózisával és kezelésével kapcsolatban új útmutatót dolgozott ki (8).

Az alábbiakban összefoglaljuk az új nemzetközi útmutató legfontosabb gyakorlati állásfoglalásait.

DIAGNÓZIS

Típusos refluxos tünetek megléte esetén (gyomorégés, savas regurgitáció) és alarmtünetek hiányában 8 hetes empirikus, étkezés előtt alkalmazandó, napi egyszeri protonpumpagátló (PPI) -kezelés javasolt. A 8 hetes empirikus kezelésre adott megfelelő terápiás válasz esetén meg kell kísérelni a PPI-kezelés leállítását. Mellkasi fájdalom esetén (amennyiben a szíveredet biztonsággal kizárható), a GERD objektív kivizsgálása javasolt (endoszkópia, és/vagy pH-monitorozás). A GERD diagnosztikája során a bárium nyelésröntgen-vizsgálat önmagában nem javasolt. Dysphagia vagy egyéb alarmtünet (fogyás, tápcsatornai vér-

zés, étvágytalanság, vérszegénység) esetén vagy Barrett-nyelőcső szempontjából többszörös kockázati tényező fennálltakor mielőbbi endoszkópia elvégzése szükséges. Ha a GERD bizonytalan klinikai gyanúja esetén az endoszkópia nem igazol refluxoesophagitist, PPI-mentes időszakban pH-monitorozás javasolt. Súlyosabb refluxoesophagitis (Los-Angeles grade C és D) vagy hosszú-szegmens Barrett-nyelőcső esetében nem szükséges pH-monitorozást végezni.

KEZELÉS

A jól ismert életmódbeli-életviteli szabályok betartását az új amerikai irányelv is hangsúlyozza (testsúlycsökkentés, dohányzás elhagyása, nagy mennyiségű étkezések és késő esti vacsora kerülése, valamint alkohol, szénsavas italok és a nyelőcső alsó záróizmát ellazító ételek kiiktatása, az ágy feji részének megemelése).

A gyógyszeres kezelés során a hatékony savszekréciógátló kezelés alapvető fontosságú. A PPI-kezelés a GERD terápiájának „aranystandardja” (9). Az új amerikai irányelv is egyértelműen kiemeli, hogy a PPI-kezelés gyorsabban gyógyítja a nyelőcsőgyuladást (oesophagitist) és szünteti meg a típusos refluxos tüneteket, mint a H₂-receptor-antagonista (H₂RA), ezért az új irányelv szerint is a refluxoesophagitis kezelésében, majd a klinikai remisszió fenntartásában a PPI-kezelést előnyben kell részesíteni. A PPI-szert nem lefekvés előtt, hanem 30-60 perccel étkezés előtt kell alkalmazni. Azoknál a betegeknél, akiknél nem igazolódott eróziós oesophagitis vagy Barrett-nyelőcső és a PPI-kezelésre panaszmentessé váltak, meg kell kísérelni a PPI elhagyását. A fenntartó kezelést igénylő betegeknél a lehető legkisebb, de a tünetmentességet biztosító PPI-dózist kell alkalmazni. A PPI-kezelésre nem megfelelő terápiás válasz esetén nem javasolt a rutinszerű kiegészítő kezelés. Súlyos (Los Angeles grade C és D) refluxoesophagitis esetében folyamatos PPI-kezelés vagy antireflux műtét javasolt. Objektív módon igazolható gastroparesis hiányában a GERD kezelése során prokinetikus szer alkalmazása nem javasolt. A GERD kezelése során sucralfat alkalmazása nem indokolt (ez alól csupán a terhesség ideje alatt jelentkező reflux képezhet kivételt). Nem eróziós

refluxbetegség (NERD) esetén jelentkező tünetek esetén „on-demand”, vagy intermittáló PPI-kezelés mérlegelendő.

EXTRAESOPHAGEALIS TÜNETEK

Extraesophagealis manifesztációk esetén – a multidiszciplináris megközelítés értelmében – a tünetek nyelőcsövön kívüli okait is ki kell vizsgálni. Extraesophagealis tünetek esetén az endoszkópia önmagában rendszerint nem elégséges az extraesophagealis GERD objektív diagnózisához. Típusos tünetek (gyomorégés, savas regurgitáció) nélkül fellépő extraesophagealis tünetek esetében a PPI-kezelés bevezetése előtt pH-monitorozás javasolt. Típusos tünetek és extraesophagealis tünetek együttes jelentkezése esetén azonban (esetleges pH-monitorozás előtt), 8-12 hetes, napi kétszeri PPI-kezelés javasolt. A PPI-kezelésre nem reagáló tünetek esetén rendszerint más etiológiai tényező valószínűsíthető, ezért elengedhetetlen a gasztroenterológus, fül-orr-gégész, tüdőgyógyász szoros együttműködése. Laryngo-pharyngealis reflux gyanúja esetén a laryngoscopia önmagában nem elégséges, a pontos diagnózishoz további kiegészítő vizsgálatok szükségesek. Extraesophagealis GERD esetén sebészi vagy endoszkópos antireflux-beavatkozás csak objektív módon igazolt reflux esetén mérlegelendő.

Objektív módon igazolt GERD hosszú távú kezelése során az esetleges antireflux-műtétet erre specializált centrumban, tapasztalt sebésznek kell végeznie. Az antireflux-műtéttől súlyos (Los Angeles grade C és D) refluxoesophagitis, nagyméretű hiatus hernia és/vagy folyamatos, a napi tevékenységet megzavaró GERD-tünetek esetében várható eredmény.

PPI-kezelésre adott nem megfelelő terápiás válasz esetén elfogadható egy másik PPI-re történő váltás („switch”), de egynél több váltás már nem javasolt.

REFRAKTER GERD

PPI-kezelésre refrakter GERD esetén a PPI-kezelés leállítását követően pH-monitorozás, manometria elvégzése javasolható. Amennyiben korábban, a PPI-kezelés

bevezetése előtt még nem történt nyelőcső-biopszia, a PPI-kezelés leállítását követő 2-4 hét múlva diagnosztikus felső tápcsatornai endoszkópia és a nyelőcső-nyálkahártyából történő mintavétel javasolt. PPI-refrakter esetekben többek között az achalasia is kizárandó. PPI-refrakter esetekben az esetleges invazív antireflux-beavatkozás előtt gondos mérlegelés szükséges, és kizárandó minden olyan ok, amely az invazív antireflux-beavatkozás ellenjavallatát képezheti.

HOSSZÚ TÁVÚ PPI-KEZELÉS

Az új ajánlás is megerősíti a hosszú távú PPI-kezelés biztonságosságát. Az eddigi minőségi, nagy esetszámú, prospektív vizsgálatok alátámasztják a hosszú távú PPI-kezelés hatékonyságát és biztonságosságát (10, 11). A hosszú távú kezelés során is érvényes, hogy a lehető legkisebb, de még hatékony és a tünetmentességet biztosító PPI-dózist kell alkalmazni.

IRODALOM

1. Herszényi L. A GERD kezelés gyakorlati szempontjai: van-e érdemi változás a montreali konszenzus óta? Orvostovábbképző Szemle 2018; 25: 45–50.
2. Vakil N, van Zanten SV, Kahrilas P, et al. The Montreal definition and classification of gastro-esophageal Reflux Disease (GERD) – a global evidence-based consensus. Am J Gastroenterol 2006; 101: 1900–1920.
3. Pace F, Bazzoli F, Flocca R, et al. The Italian validation of the Montreal Global definition and classification of gastroesophageal reflux disease. Eur J Gastroenterol Hepatol 2009; 21: 394–408.
4. Flook N, Jones R, Vakil N. Approach to gastroesophageal reflux disease in primary care: putting the Montreal definition into practice. Can Fam Physician 2008; 54: 701–705.
5. Poelmans J, Tack J. Extraesophageal manifestations of gastro-oesophageal reflux. Gut 2005; 54(10): 1492–1499.
6. Kahrilas PJ, Altman KW, Chang AB, et al. CHEST Expert Cough Panel. Chronic Cough Due to Gastroesophageal Reflux in Adults: CHEST Guideline and Expert Panel Report. Chest. 2016; 150(6): 1341–1360.
7. Herszényi L. A GERD extraesophagealis manifesztációi. Háziorvos Továbbképző Szemle 2021; 26: 108–112.
8. Katz PO, Dunbar KB, Schnoll-Sussman FH, et al. ACG Clinical Guideline for the Diagnosis and Management of Gastroesophageal Reflux Disease. Am J Gastroenterol 2022; 117: 27–56.
9. Herszényi L, Bakucz T, Barabás L, et al. Pharmacological Approach to Gastric Acid Suppression: Past, Present, and Future. Dig Dis. 2020; 38(2): 104–111.
10. Moayyedi P, Eikelboom JW, Bosch J, et al. Pantoprazole to prevent gastroduodenal events in patients receiving rivaroxaban and/or aspirin in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Gastroenterology 2019; 157: 403–412.
11. Moayyedi P, Eikelboom JW, Bosch J, et al. Safety of proton pump inhibitors based on a large, multi-year, randomized trial of patients receiving rivaroxaban or aspirin. Gastroenterology 2019; 157: 682–691.

A közlemény megjelenését az Egis Gyógyszergyár Zrt. támogatta. Az összefoglalóban szereplő információk a szerző(k) nézeteit tükrözik. Bármely említett termék alkalmazásakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.

FELSŐ TÁPCSATORNAI VÉRZÉS AKUT ELLÁTÁSA ÉS MEGELŐZÉSE

Fókuszban a gyógyszeres kezelés

Vincze Áron dr.

Pécsi Tudományegyetem,
Klinikai Központ,
I. sz. Belgyógyászati Klinika,
Gastroenterológiai Tanszék,
Pécs



O L O . H U

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

A manifest tápcsatornai vérzés az egyik leggyakoribb akut kórházi felvételt igénylő gastroenterológiai betegség, amely jelentős terhet ró az ellátórendszerre. Egyre idősebb korosztályt érint, sokszor több súlyos társbetegség mellett jelentkezik, és az esetek legalább kétharmadában felső tápcsatornai eredetű. Annak ellenére, hogy hatékony gyógyszeres és endoszkópos kezelési és megelőzési lehetőségek állnak rendelkezésre, a felső tápcsatornai, nem varixeredetű vérzés mortalitása az elmúlt évtizedek során nem csökkent érdemben, 10% körüli napjainkban is. A rövid összefoglalás a felső tápcsatornai vérzés ellátása és megelőzése kapcsán alkalmazandó savszekréció-gátló kezelésre vonatkozó legfontosabb ajánlásokat ismerteti.

A manifest felső tápcsatornai vérzés akut ellátásának kezdeti lépései a legújabb ajánlások alapján (1–3) a hemodinamikai állapot azonnali értékelése, a kockázati értékelés elvégzése, a vértranszfúzió szükségességének megítélése, és döntés az endoszkópiát megelőző gyógyszeres kezelésről. Hemodinamikai instabilitás esetén az intravaszkuláris folyadékpótlást azonnal el kell kezdeni. Ezzel párhuzamosan a kockázati értékelés is elvégzendő a Glasgow–Blatchford-pontrendszer használatával. Vörösvértest-transzfúzióról is dönteni kell, ebben azonban a restriktív stratégia követendő, azaz csak 70 g/l hemoglobin-szint alatt ajánlott, és a célérték a 70–90 g/l közötti szint elérése. Ennél liberálisabb stratégia ajánlott akut vagy krónikus kardiovaszkuláris betegség esetén, ahol a 10 g/l vagy alfeletti Hgb-szint elérése a kívánatos.

Az endoszkópiát megelőzően még a gyógyszeres kezelés megkezdéséről és az aktuális véralvadásgátló-kezelés (aggregációgátlók és antikoagulánsok) folytatásáról vagy felfüggesztéséről is dönteni kell. Nem varixeredetű vérzés esetén nagy dózisú protonpompagátló- (PPI-) kezelés (intravénásan 80 mg pantoprazol bólusban, majd folyamatosan 8 mg/óra) ajánlott, ami azonban az endoszkópiát nem késleltetheti (1). Az újabb irány-

elvek ebben a kérdésben már óvatosabban fogalmaznak. Arra vonatkozóan ugyan jó evidenciák vannak, hogy az endoszkópia előtti nagy dózisú PPI adásával csökkenthető az endoszkópos vérzéscsillapítást igénylő elváltozások száma, de a lényeges kimenetelekre (újrávérzés, sebészeti ellátás szükségessége, mortalitás) ennek érdemi hatása nincs. Az európai ajánlás legújabb verziója ezért úgy fogalmaz, hogy az endoszkópia előtti nagy dózisú PPI-kezelés mérlegelhető az endoszkópos hemosztatikus terápia szükségességének csökkentésére, azonban ez a korai (24 órán belüli) endoszkópiát nem késleltetheti (gyenge ajánlás, jó minőségű evidencia) (2). A legújabb amerikai irányelv az endoszkópiát megelőző PPI-terápia vonatkozásában sem mellette, sem ellene nem fogalmaz meg javaslatot (3).

Az endoszkópiát követően nagy dózisú PPI-terápia javasolt azon betegek esetében, akiknél endoszkópos hemosztázis történt, vagy az endoszkópos terápiában nem részesülő betegeknél, amennyiben tapadó koagulum (Forrest IIB) akadályozta az endoszkópos ellátást. A nagy dózisú PPI-terápia lehet az intravénás 80 mg-os adagot követően a 8 mg/óra 72 órán át, de alternatívaként a napi kétszeri intravénás bólus vagy a napi két-



szeri orális adagolás is elfogadható (2, 3). A nagy dózisú PPI-kezelés vélelmezett klinikai előnye az, hogy a gyomor pH-értéke tartósan 6 felett tartható, amivel a stabil koagulumképződés biztosítható (4). Egy újabb, 10 randomizált klinikai vizsgálat (RCT) adataiból készült metaanalízis alapján a nagy dózisú (legalább az alacsonyabb dózisú kétszerese) PPI nem volt hatékonyabb az endoszkópos vérzéscsillapítást követő újrávérzés, sebészeti intervenció vagy mortalitás tekintetében a kisebb dózisú PPI-kezeléshez képest (5). Az elemzésbe bevont tanulmányok többségében az alacsony dózisú csoportban napi 80 mg vagy kevesebb pantoprazolt (4 tanulmány) vagy omeprazolt (4 tanulmány) kaptak a betegek, de két tanulmányban az alacsony dózisú kezelés napi 160 mg pantoprazolt jelentett. A PPI adagolása lehet intermittáló bólus adagolása vagy folyamatos infúziós adagolás. Ez utóbbinak teoretikus előnye, hogy a rövid plazmafelezési idejű PPI folyamatos adagolása esetén megfelelő hatékony koncentráció biztosítható, ami a folyamatosan aktív-

lódó protonpumpákhoz hozzá tud kötődni, és így hatékony savszekréció-gátlás érhető el, a gyomor pH 6 felett tartható. Ez azért is fontos lehet, mert a vérzés endoszkópos ellátását követően a betegek általában még per os táplálásban nem részesülnek, és az éhezési fázisban a protonpumpák nagy része nem aktív állapotú, a PPI-szerek pedig csak az aktív protonpumpákhoz képesek kötődni (6). A folyamatos adagolás elméleti előnyét azonban klinikai vizsgálatok nem igazolták. Egy 13 RCT-t értékelő metaanalízis alapján az endoszkópos vérzéscsillapítást követő intermittáló PPI-kezelés hasonlóan hatékony, mint a folyamatos PPI-kezelés (7).

Az újrávérzés szempontjából magas kockázatú (Forrest IA, IB, IIA, IIB) és optimálisan endoszkópos vérzéscsillapító terápiában is részesült betegeknél a 3 napos nagy dózisú PPI-kezelést követően legalább két héten át emelt dózisban, napi kétszeri adagolásban javasolt folytatni PPI-t (3). Ennek nagyobb hatékonyságát egy ázsiai RCT igazolta, ami szerint napi 2×40 mg esomeprazol adása a

1. táblázat:
Protonpumpagátló-
terápia dózisa
és időtartama
fekélyvérzés
kezelésében
és megelőzésében

INDIKÁCIÓ	DÓZIS	HATÓANYAG	IDŐTARTAM	AJÁNLÁS ÉS EVIDENCIA SZINTJE
Nem varixeredetű felső tápcsatornai vérzés gyanúja az endoszkópiát megelőzően	80 mg bólus, majd 8 mg/óra iv.	P vagy E	<24 óra, az endoszkópia előtt	gyenge ajánlás, magas minőségű evidencia ²
Nem varixeredetű felső tápcsatornai vérzés endoszkópos hemosztázisa után (Forrest IA, IB, IIA, IIB)	80 mg bólus ¹ , majd 8 mg/óra iv. napi 2×20, 2×30 vagy 2×40 mg	P vagy E R vagy L vagy P/E	72 órán át az endoszkópia után 3-14 nap	erős ajánlás, magas minőségű evidencia ²
	napi 2×20, 2×30 vagy 2×40 mg	R vagy L vagy P/E	0-14 nap	erős ajánlás, magas minőségű evidencia ²
	napi 1×20, 1×30 vagy 1×40 mg	R vagy L vagy P/E	14-28 vagy 14-56 nap	
Nem varixeredetű felső tápcsatornai vérzés, ha endoszkópos hemosztázis nem volt szükséges (Forrest IIC, III)	napi 1×20, 1×30 vagy 1×40 mg	R vagy L vagy P/E	4-8 hét	erős ajánlás, közepes minőségű evidencia ³
Aszpirin/NSAID mellett	napi 1×20, 1×30 vagy 1×40 mg	R vagy L vagy P/E	ameddig az aszpirin/NSAID indokolt	erős ajánlás, magas minőségű evidencia ³
Fekélybeteg antikoaguláns kezelése esetén	napi 1×20, 1×30 vagy 1×40 mg	R vagy L vagy P/E	ameddig az antikoaguláns kezelés indokolt	erős ajánlás, alacsony minőségű evidencia ²
Helicobacter és NSAID negatív fekély	napi 1×20, 1×30 vagy 1×40 mg	R vagy L vagy P/E	folyamatosan	feltételes ajánlás, alacsony minőségű evidencia ³
Fekélybeteg sikeres Helicobacter-eradikációja után		nem szükséges		erős ajánlás, magas minőségű evidencia ³
Fekélybeteg sikertelen Helicobacter-eradikációja után	napi 1×20, 1×30 vagy 1×40 mg	R vagy L vagy P/E	folyamatosan	

¹Amennyiben nem kapott a beteg bólus adagot az endoszkópiát megelőzően; ²Gralnek IM et al, Endoscopy 2021;

³Laine L & Jensen DM, Am J Gastroenterol 2012; 107: 345–360.

P: pantoprazol, E: esomeprazol, R: rabeprazol, L: lansoprazol

napi 1×40 mg adagoláshoz képest magas kockázatú betegek (Rockall-pontszám ≥6) sikeres endoszkópos vérzéscsillapítását és a 3 napos nagy dózisú esomeprazol infúzióját követően a 4-28 nap közötti újravérzést 29%-ról 11%-ra csökkentette (8). Ezt követően az emelt dózisú PPI nagyobb hatékonyságát bizonyító adat a napi egyszeri dózisú adagoláshoz képest már nem áll rendelkezésre. Standard dózisú napi egyszeri adagolást legalább a fekélygyógyulás várható ideje alatt ajánlott folytatni. A gyógyulás nyombélfekély esetén általában 4 héten belül várható, de gyomorfekély esetén ez nyolc hetet vagy hosszabb időt is igénybe vehet társbetegségek miatt. A hosszabb távú gyógyszeres kezelést illetően fontos kérdés a *Helicobacter pylori*-fertőzés vizsgálata a nem varixeredetű felső tápcsatornai eredetű vérzések esetén. Ezt már az első endoszkópia végzése során javasolt megtenni. Ennek negatív eredménye esetén újra kell vizsgálni a baktérium jelenlétét 1 hónapon belül, célszerűen urea kilégzési teszt végzésével. Pozitivitás esetén értelemszerűen eradikációs kezelés szükséges, és elvárt a sikeresség dokumentálása is (1, 2). Amennyiben az eradikációs kezelés sikertelen, a fekélykiújulás, ismételt vérzés kockáza-

ta nagy, ezért ebben a betegcsoportban hosszú távon, azaz 1-2 hónapon túl is szükséges a PPI-kezelés fenntartása. Hasonlóan hosszú távú PPI-kezelés javasolt a *Helicobacter* negatív fekélyek esetén is, ha nem szteroid gyulladáscsökkentő vagy aszpirinkezelés sem hozható összefüggésbe a fekély kialakulásával. Értelemszerűen a hosszú távú PPI-kezelés fenntartása szükséges, amennyiben aszpirin és/vagy nem szteroid gyulladáscsökkentő (NSAID) kezelés is indokolt annak teljes időtartama alatt (9). Orális antikoaguláns kezelés (K-vitamin-antagonista vagy új típusú direkt antikoaguláns) esetén is indokolt hosszú távon PPI adása gasztroduodenális fekélyprofilaxis céljából, amennyiben korábbi nem varixeredetű felső tápcsatornai vérzés szerepel az előzményben (2). Az antikoaguláns kezelésben részesülő betegeknél az akut vérzés ellátását és megfelelő kontrollját követően minél hamarabb, preferáltan 7 napon belül folytatni szükséges az antikoaguláns kezelést, lehetőleg új típusú direkt antikoaguláns adásával (2). Az 1. táblázat a fekélyvérzés ellátása és megelőzése kapcsán ajánlott savszekréciógátló-kezelés dózisait és ajánlott időtartamát foglalja össze.

IRODALOM

- Gyökeres T, Schäfer E, Szepes A, et al. Heveny gastrointestinalis vérzések ellátása. Multidiszciplináris útmutató javaslat. Orvosi Hetilap. 2020; 161(30): 1231–42. doi: 10.1556/650.2020.31807
- Gralnek IM, Stanley AJ, Morris AJ, et al. Endoscopic diagnosis and management of nonvariceal upper gastrointestinal hemorrhage (NVUGIH): European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) Guideline – Update 2021. Endoscopy. 2021; 53(3): 300–32. Epub 20210210. doi: 10.1055/a-1369-5274. PubMed PMID: 33567467
- Laine L, Barkun AN, Saltzman JR, et al. ACG Clinical Guideline: Upper Gastrointestinal and Ulcer Bleeding. Am J Gastroenterol. 2021; 116(5): 899–917. doi: 10.14309/ajg.0000000000001245. PubMed PMID: 33929377
- Green FW, Kaplan MM, Curtis LE, et al. Effect of acid and pepsin on blood coagulation and platelet aggregation. A possible contributor prolonged gastroduodenal mucosal hemorrhage. Gastroenterology. 1978; 74(1): 38–43. PubMed PMID: 21830
- Sgourakis G, Chatzidakis G, Poulou A, Malliou P, Argyropoulos T, Ravanis G, et al. High-dose vs. Low-dose Proton Pump Inhibitors post-endoscopic hemostasis in patients with bleeding peptic ulcer. A meta-analysis and meta-regression analysis. Turk J Gastroenterol. 2018; 29(1): 22–31. doi: 10.5152/tjg.2018.17143 PubMed PMID: 29391304 PubMed Central PMCID: PMC6322613.
- Shin JM, Kim N. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of the proton pump inhibitors. J Neurogastroenterol Motil. 2013; 19(1): 25–35. Epub 20130108. doi: 10.5056/jnm.2013.19.1.25 PubMed PMID: 23350044 PubMed Central PMCID: PMC3548122
- Sachar H, Vaidya K, Laine L. Intermittent vs continuous proton pump inhibitor therapy for high-risk bleeding ulcers: a systematic review and meta-analysis. JAMA Intern Med. 2014; 174(11): 1755–62. doi: 10.1001/jamainternmed.2014.4056 PubMed PMID: 25201154 PubMed Central PMCID: PMC4415726
- Cheng HC, Wu CT, Chang WL, et al. Double oral esomeprazole after a 3-day intravenous esomeprazole infusion reduces recurrent peptic ulcer bleeding in high-risk patients: a randomised controlled study. Gut 2014; 63(12): 1864–72. Epub 20140321. doi: 10.1136/gutjnl-2013-306531 PubMed PMID: 24658598.
- Herszényi L, Szekanecz Z, Altorjay I, et al. Gasztroenterológiai-reumatológiai konszenzus a hatékonyság gastroprotection szükségességéről nem szteroid gyulladáscsökkentők alkalmazásakor. Orvostovábbképző Szemle 2020; 27(6): 63–71.

A közlemény megjelenését az Egis Gyógyszergyár Zrt. támogatta. Az összefoglalóban szereplő információk a szerző(k) nézeteit tükrözik. Bármely említett termék alkalmazásakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.

KOLOREKTÁLIS SZŰRÉS

Szepes Zoltán dr.

Szegedi Tudományegyetem,
Belgyógyászati Klinika, Szeged



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

A vastagbélrák világszerte jelentős népegészségügyi problémát okoz, mivel mind előfordulást illetően, mind a rákhalált okozó betegségek között a második-harmadik helyen áll. Ugyanakkor kiválóan szűrhető betegségről van szó, hiszen a vastagbélrák prekursorának tekinthető polipok észlelésével és időben történő eltávolításukkal – amelyre 5-10 éves intervallum áll rendelkezésre – a rákos elfajulás megelőzhető lenne. Számos evidencia áll már rendelkezésre arra vonatkozóan, hogy populációs szinten a kolorektális rák incidenciája akár 66-90%-kal, mortalitása 31,65%-kal csökkenthető a szervezett vastagbélszűréssel, amelyet az opportunisztikus szűrések nem helyettesítenek (1).

Magyarországon 2018 őszén, több éves előkészítő folyamat és pilotvizsgálat után az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016.00001 „Komplex Népegészségügyi Szűrések” projekt (továbbiakban: projekt) keretében elindult a vastagbélrák szűrése (2, 3). A szűrés kétlépcsős módszerre alapozódik: az első lépcsőben a Nemzeti Népegészségügyi Központ (NNK) központi laboratóriumában a székletvér immunkémiai meghatározása után, a második lépcsőben a „nem negatív” eredményű páciensek kerülnek tisztázó kolonoszkópos vizsgálatra. A népegészségügyi célú, célzott vastagbélszűrés keretében szűrésre jogosult minden magyar egészségbiztosítási jogviszonnyal rendelkező 50–70 éves életkor közötti férfi és nő, aki a vastagbél-daganat szempontjából átlagos kockázattal rendelkezik. Átlagos rizikójú pácienseknek tekintjük azokat, akiknek korábbi kórtörténetében rosszindulatú vastagbél-daganatos megbetegedés vagy gyulladásos bélbetegség (Colitis ulcerosa, Crohn-betegség), illetve a vastagbél adenomatozus polipja miatti, a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő (NEAK) által finanszírozott ellátás nem szerepel (4, 5).

A 2023. júniusig tartó projekt keretében azok az átlagos kockázattal rendelkező páciensek kapnak meghívást a szűrővizsgálatra, akiknek háziorvosa önkéntesen csatlakozott a projekthez. A szervezett szűrés jelenleg területi elven épül fel, meghatározott közigazgatási egységekben (településeken) valósul meg. A vastagbélszűrés szervezési egysége a házior-

vosi körzet, így a jelenlegi struktúrában a háziorvos a szűrés kulcsfontosságú szereplője. A program valamennyi eleme a háziorvoshoz kapcsolódik. A háziorvosi csatlakozás feltétele az együttműködési megállapodás megkötése a projektgazda Nemzeti Népegészségügyi Központtal. A projektidőszak alatt a csatlakozó háziorvosokat a szűrésben való részvétel során felmerülő adminisztratív, illetve adatszolgáltatási feladatok ellátásáért díjazás illeti meg (6).

A háziorvosi önkéntes csatlakozás sajnos nem hozta meg azt az elvárható eredményt, amellyel a teljes szűrésbe vonható populációt meg lehetne szólítani. A 2022. év eleji adatok alapján a 4463 betöltött felnőtt és egyes praxisok nagyjából harmadával van élő együttműködése az NNK-nak. A szűrőszervezők ezért folyamatosan keresik annak lehetőségét, hogy minél szélesebb körben tudja a célpopulációt megszólítani – pl. szűrőbuszok bevonásával, önkéntes jelentkezésekkel, kampányokkal stb. –, amelynek eredményeként ez idáig a praxisok feléből sikerült már lakosokat toborozni.

A LAKOSOK SZŰRÉSBE VONÁSÁT MEGLŐZŐ FELADATOK

A szűrési koordinátor a vastagbélszűrésre meghívható lakosok adataiból praxisok (praxiskód) alapján állítja össze a meghívási listákat, majd a kész listákat hozzárendeli a praxisokhoz.

Ezt követően az NNK országos szűrési koordinátora a meghívási listák alapján névre szóló meghívólevelet készít. Ebben a személyes hangú levélben tájékoztatja a címzettet a vastagbélvizsgálat fontosságáról, lehetőségéről, a szűrővizsgálat folyamatáról, a várható eredmények jelentőségéről, a vastagbélvizsgálat korlátairól, és igyekszik rábírni a címzettjét, hogy a meghívólevelével birtokában keresse fel a háziorvosát és éljen a felkínált szűrési lehetőséggel. A meghívólevelet a Magyar Posta kézbesíti a szűrésre jogosult állandó lakcímére.

Az együttműködési megállapodást kötött háziorvosok az NNK előzetes tájékoztatásának megfelelően, még a meghívólevelek kiküldését megelőzően megkapják az összeállított páciens-egységcsomagokat (induló készlet). Ezt követően kerülhet sor a praxishoz tartozó lakosok szűrésbe vonására.

A SZÜRÉS ELSŐ LÉPCSŐJE, ÉS AZ EHEZ KAPCSOLÓDÓ HÁZIORVOSI FELADATOK

A szűrési első lépcsőjét jelentő székletvérvizsgálattal megkezdődik a páciens-egységcsomagok kezeléséről, kiadásáról és a szűrésre jogosultak informálásáról a háziorvos gondoskodik. A tájékoztatás során a következőkről kell a páciensnek a háziorvosnak informálnia: a vastagbélbetegségről és a vastagbélvizsgálat jelentőségéről, utóbbi céljáról és várható hasznáról, illetve korlátairól, a szűrési pontos menetéről, a székletmintavétel kivitelezéséről (annak módjáról, a minta mennyiségéről, mintatárolásáról, felcímkézéséről, a postázás módjáról, a családon belüli mintatávesztés elkerüléséről stb.), valamint a székletvérvizsgálat eredményének várható idejéről, a páciens ezzel kapcsolatos feladatáról. Fontos adminisztratív feladata a háziorvosnak, hogy a kiadott páciens-egységcsomagot az átadás dátumával regisztrálja az Onkológiai Szűrési Rendszer Kommunikációs Moduljában (OSZRComm). A családi halmozódást mutató vastagbélbetegségről vagy egyéb anamnesztikus adat esetén, amely nem átlagos rizikóba sorolja a páciens, az egységcsomagot a háziorvos nem adja át a szűrésre meghívottnak, hanem a páciens számára javaslatot tesz a megfelelő vizsgálatokon való részvételre. A háziorvos a szervezett szűrésből betegütre irányítja a fokozott kockázattal rendelkező páciens.

HÁZIORVOSI FELADATOK A SZÜRŐ KOLONOSZKÓPIA ELŐTT

A székletvérvizsgálat eredményéről történő tájékoztatás háziorvosi feladat. Az OSZR-Comm felületén elektronikusan visszaérkező negatív eredmény közlése is fontos a páciens számára, mert a szűrővizsgálat egyik célja, hogy megnyugtassa az életkor alapján kockázati csoportba tartozó páciens. Negatív székletvérvizsgálati eredmény esetén a pácienssel az adott szűrési ciklusban további feladat nincs.

Az „értékelhetetlen” eredményű laboratóriumi lelet esetén – amely valamilyen mintavétellel kapcsolatos technikai hibára utal, – ösztönözni kell a szűrésre jogosultat arra, hogy partner legyen a mintavétel megismétlésében, amelyhez újabb páciens-egységcsomagot biztosít a háziorvos.

A nem negatív vizsgálati eredményről megfelelő körültekintéssel, személyesen kell tájékoztatni a páciens. Fel kell hívni a figyelmét arra, hogy a rosszindulatú elváltozás kizárása, vagy megerősítése érdekében feltétlenül további (kolonoszkópos) vizsgálatra van szükség. Ismertetni kell a kolonoszkópos vizsgálatra való előkészületet, a vizsgálat menetét. Fontos, hogy a háziorvos személyes ráhatással igyekezzen rábírni a páciens arra, hogy vesse alá magát a szükséges tisztázó vizsgálatoknak. A háziorvos az OSZR-ben rögzíti, hogy a páciensét további vizsgálat céljából kolonoszkópos laborba irányította, majd megkéri a szűrési első lépcsőjében kiemelt páciensét, hogy a vizsgálati eredménnyel jelentkezzen a rendelésben.

A nem negatív székletvérvizsgálati eredménnyel rendelkező, az eredmény után nem érdeklődő és a háziorvos által el nem ért páciens esetében dokumentálni szükséges a pácienssel történő kapcsolatfelvétel sikerességének okát. Amennyiben a páciens elérhetősége ismert, úgy intézkedni kell az eredmény dokumentált kézbesítéséről. Edukáció segítségével a háziorvosnak ösztönöznie kell a nem negatív székletvérvizsgálati eredménnyel rendelkezőket a kolonoszkópos vizsgálaton való részvételre. Az információvesztés elkerülése érdekében, a fentebb leírtak hangsúlyozása mellett, a kezdeti tapasztalatokat követően a székletvérvizsgálat eredményéről a projekt a lakosokat levélben is értesíti.

A SZŰRÉS MÁSODIK LÉPCSŐJE ÉS AZ EHHEZ KAPCSOLÓDÓ HÁZIORVOSI FELADATOK

Nem negatív székletvérteszt-eredmény esetén a háziorvos (vagy a páciens) a megadott elérhetőségek egyikén a szűrővizsgálat végzésére jogosult kolonoszkópos laboratórium kijelölt kapcsolattartójával egyeztet időpontot a tisztázó vastagbélükrözésre. Az előjegyzés – az egyes laborok munkarendjéhez igazodva – történhet telefonon vagy elektronikus úton is. Fontos, hogy a panasszal rendelkező betegek és a szűréssel kiemelt páciensek kolonoszkópos beutalási útvonala eltérő! A szűréssel kiemelt páciensek vizsgálata szakmai oldalról nagyobb kihívást jelent, így a minőségi kolonoszkópia feltételeit folyamatosan szükséges biztosítani, ezért javasolt a szűrő kolonoszkópos hálózathoz tartozó intézetekbe irányítani a szűréssel kiemelt pácienseket. Adminisztrációs és finanszírozási okból is fontos a szűrésre jelentkező páciensek határozott elválasztása és megkülönböztetése a panasszal jelentkező betegektől. A kolonoszkópos hálózathoz tartozó intézetbe utalt páciens esetén ezért a beutalón erre pontos és egyértelmű utalást kell tenni. A háziorvos és az endoszkópos labor munkáját segítő, a beutalón a következő tételmondat szerepeltetése javasolt:

„Tisztázó kolonoszkópos vizsgálat elvégzését kérem az EFOP-1.8.1 projekt keretében kiszűrt páciensnél, mert esetében a székletvérteszt „nem negatív” eredményű lett.”

A beutaló formai és tartalmi követelményei egyebekben a hagyományos beutalóval egyezők: feltüntetni javasolt az esetleges betegségekre és gyógyszeresedésre utaló anamnesztikus adatokat, valamint a státuszkiemelések mellett a kolonoszkópos előzményt is, ennek dátumával és összefoglaló véleményével. Szükséges a beutalón jelezni a páciens esetleges vizsgálat alatti narkózisigényét is. Aneszteziológiai jelenlétet igénylő altatás esetében az időpontkérésnél szükséges ezt az adott endoszkópos laborral egyeztetni.

Háziorvosi feladat a páciens tájékoztatása és megfelelő felkészítése az endoszkópos vizsgálatra, így ennek kapcsán fel kell mérnie az esetleges kockázati tényezőket (társbetegségek, gyógyszeres kezelés stb.). A háziorvosnak kell ellátnia a páciens bétisztító vényével, valamint el kell magya-

ráznia a hashajtással kapcsolatos teendőket. Ehhez a szakmai tájékoztatók rendelkezésre állnak. Jelenleg a háziorvos jogosult mindegyik, Magyarországon forgalomban lévő bétisztító szer felírására.

A háziorvos kezdeményezi a kolonoszkópos vizsgálat előtt az előkészítéshez szükséges vizsgálatokat. A fizikális vizsgálat elvégzése, az elkészült laboratóriumi eredmények, a 12 elvezetési EKG értékelése is háziorvosi kompetencia. Amennyiben a kolonoszkópiára készül egyénnek ismert krónikus megbetegedése van, úgy a vizsgálatok a szakma szabályai szerint kiegészítendőek. Az előkészítő vizsgálatok elvégzésére a bétisztító folyadék mellékhatásai miatt, valamint az anesztézia és az esetlegesen endoszkópos invazív beavatkozást is magával vonzó kolonoszkópia szövődményeinek minimalizálása érdekében van szükség.

A háziorvos szükség esetén (kísérő betegség vagy gyógyszeres kezelés esetén) konzultációt kérhet a betegség szerinti szakrendelő szakorvosától, illetve az adott intézet endoszkópos laboratóriumának gasztroenterológus szakorvosától az intézet előjegyzési rendszerén keresztül.

Azokat a lakosokat, akik hajlandóságot mutatnak a kolonoszkópos vizsgálatra, de azt magánszolgáltató intézetnél kívánják elvégeztetni, tájékoztatni szükséges arról, hogy a szűrőprogram keretében ezen laboratóriumok felmérése, azaz a minőségi szűrő kolonoszkópia minimumfeltételeinek ellenőrzése nem történt meg. Abban az esetben, ha a páciens ragaszkodik a magánszolgáltatóhoz, a részvételi hajlandóságot az OSZRComm-ban rögzíteni javasolt. Ezekben az esetekben érdeklődni szükséges a kolonoszkópos vizsgálat eredményéről, és gondoskodni kell ennek OSZRComm-ban való rögzítéséről. Inkomplett kolonoszkópos vizsgálat esetén nagyon fontos a páciens meggyőzése az ismételt vizsgálaton való részvételtől.

Amennyiben a páciens nem fogadja el a szűrő kolonoszkópos hálózathoz történő irányítást, vagy elutasítja a tisztázó vastagbélükrözést, úgy ennek tényét dokumentálni szükséges az OSZR-ben.

Vastagbéliszűrés során végzendő szűrő kolonoszkópia szakmailag nagyobb kihívást jelent, mint a „panaszos” betegellátás. Szűrésen ugyanis „panaszmentes” páciens vesz részt, akiknek a motiváltsága rosszabb, ezért fontos, hogy a lehetőségekhez mérten kedvező tapasztalatokkal essen át a páciens a

vastagbéltükrözésen. Endoszkópos szakmai oldalról nézve az orvosra nagy felelősség hárul, hiszen számos minőségi mutatónak való megfelelésen túl fontos, hogy a negatív vizsgálati eredmény után a páciens 5 évig nem kerül ismételt bevonásra a szűrésbe. Hazánkban gasztroenterológiai szakvizsgálathoz kötött az endoszkópia végzése, nincs „kolonoszkópos licenz”, amivel a nemzetközi standardok alapján felállított minőségi kritériumok ellenőrizhetők lennének. Ezáltal a mennyiségi mutatók alapján kerültek kiválasztásra azon kollégák és intézetek, ahol a szűrési vastagbéltükrözés elvégezhető. Az endoszkópos hálózat eleve túlterhelt; évente mintegy kb. 120 000 kolonoszkópia történik a 111 közfinanszírozott szolgáltató 145 telephelyén (2020). Korábbi felmérések alapján az eszközpark elavult, az amortizáció a finanszírozó által nincs kompenzálva, miközben a gyártók a folyamatos fejlesztésekkel a növekvő szakmai elvárásokat az endoszkópos eszközök tudásának növelésével ki tudnák elégíteni (pl. *in vivo* értékelés). Emiatt a szűrőhálózat felállítása során a másik nagy kihívást a megfelelő eszközparkkal rendelkező intézetek megtalálása jelentette. A projekt saját forrásból jelentős beszerzést hajtott végre és készül végrehajtani, amelynek első, már lezárt lépcsőjében 24 magastudású endoszkópos rendszert és 34 mosó automatát adott át az amúgy – a minimumfeltételekben lefektetett – megfelelő személyi háttérrel rendelkező intézetek számára. Jelenleg a hazai közfinanszírozott 50 szolgáltató 55 telephelye jogosult vastagbél-szűrési végzésére.

HÁZIORVOSI FELADATOK A TISZTÁZÓ KOLONOSZKÓPOS VIZSGÁLATOK UTÁN

A háziorvos feladata a kolonoszkópos vizsgálati, szövettani eredmény figyelemmel kísérése, fogadása az OSZRComm-ban, valamint a páciens tájékoztatása az eredményről. Amennyiben a vizsgálati eredmény informatikai rendszerbe való felvitte elmaradt, úgy érdeklődni szükséges a vizsgálatot végző kolonoszkópos laboratóriumnál.

A szűrési 2. lépcsőjét jelentő kolonoszkópiával (szükség esetén kórszövettani lelettel) a szűrési kétlépcsős folyamata befejeződik.

Ezt követően háziorvosi feladat a felfedezett betegség esetén a gasztroenterológus szakorvossal együttműködve a további betegút követése. Szükség esetén a beteggel kapcsolatos további teendőket (onkoteam, sebészeti beavatkozás, sugárterápia, kemoterápia, adjuváns kezelés) a jogszabályok, a módszertani levelek, protokollok, a szakma szabályai határozzák meg.

A VASTAGBÉLSZÜRÉS EDDIGI HAZAI TAPASZTALATAI

A népegészségügyi célú, célzott vastagbél-szűrési hazai elindulását önmagában sikerként kell értékelni. A nemzetközi irányelveknek megfelelő, de a hazai viszonyokat is figyelembe vevő protokoll alapján felépült rendszerben dolgozók elhivatottsága – sem a szervezői, sem kivitelezői oldalról – nem kérdőjelezhető meg. Ugyanakkor a szűrésnek számos hátráltató tényezővel kellett és kell megbirkóznia, amelyek közül elsősorban a világjárvány és az ezzel kapcsolatos, az egészségügyi ellátást érintő negatív hatások emelendők ki. Fontos hangsúlyozni, hogy a szűrést nemcsak elindítani kell, hanem folyamatosan magas szinten fenn is kell tartani, hiszen csak ezáltal érhető el majd évek múltán a kolorektális rákok incidenciájának és mortalitásának a csökkenése. Emiatt nélkülözhetetlen a lakosok motiváltságának növelése, hiszen a 2018 novemberében történt első meghívottak óta az eddig csaknem másfélmillió meghívó kiküldését követően nagyjából minden negyedik lakos (58% nő/42% férfi) vett részt a szűrési első lépcsőjében, akik közül nagyjából 10:1 arányban született nem negatív eredmény (42% nő/58% férfi). Ha a 2019-es, a pandémia által egyedüli nem süttött teljes évet vesszük figyelembe, tudományos feldolgozást követően az adherencia nagyjából 30%-os, amely beleillik az USA-ban (13-55%) és az európai országokban (23-71%) mért értékekbe (7, 8), de elmarad az irányelvekben megfogalmazott 45% feletti értéktől, és csaknem fele az ugyanitt megnevezett >65%-nak (9). A szűrési második lépcsőjében az OSZRComm-ban rögzített számok alapján a kiszűrtek minimum 55%-a vett részt (41% nő/59% férfi). Ugyanakkor, ha figyelembe vesszük a szűrőhálózaton kívüli állami vagy magánszolgáltatók által elvégzett vizsgálatokat is – amelyekről csak részadatokkal rendelkezünk, és a minőségi

mutatók nem értékelhetőek – az adherencia 74%-ra (szintén a 2019-es adatok tudományos feldolgozását követően) emelkedik. Irányelvek alapján az ideális >90% lenne (9). A szűrőhálózat teljesítményét értékelve elmondható, hogy azon intézetek, amelyek a projekt által a szakmai szervezetek iránymutatásai szerint kiválasztásra kerültek, magasan teljesítik a minőségi kolonoszkópiával szemben felállított nemzetközi standardokat. A 60% körüli polipdetektációs ráta (kb. 1,2 polip/kolonoszkópia), és a 35% feletti adenomadetektációs ráta messze magasabb az irányelvekben leírtaknál. Az OSZRComm adataira hagyatkozva a kiszűrt rosszindulatú daganatok aránya 5,7% (36% nő/64% férfi), ugyanakkor, ha a hálózaton kívüli, a szűrés által megszólított páciensek adatait is feldolgozzuk, akkor ez az érték nagyjából 7,2%-ra emelkedik. Az adatvesztés elkerüléséhez és a sikeres szűrés folyamatos fenntartásához kiemelten fontos, hogy a szűrés második lépcsője olyan intézetben történjen meg, amely a szűrőhálózat tagja, hiszen csak itt garantált a jogszabályban előírt személyi és tárgyi minimumfeltétel, valamint a minőségi mutatók is csak az innen szolgáltatott adatok alapján értékelhetőek.

ÖSSZEFOGLALÁS

Az EFOP-1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 „Komplex Népegészségügyi Szűrések” projekt keretében 2018-ban elindult vastagbél-szűrésben a háziorvosok kulcsfontosságú szereplők, feladatuk szerteágazó. Tevékenységük, elhivatottságuk, aktivitásuk a páciensek érdekeit képviselő program sikerének alappillére. Feladatuk a megszólított páciensek toborzásán, felvilágosításán és a szűrés folyamatán való segítségnyújtásán túl számos adminisztratív részből áll, amely elsősorban a szűrést működtető NNK által felügyelt OSZRComm felületen keresztül történik. Munkájukat a központilag biztosított eljárásrend, tájékoztatók mellett a szűrési koordinátori hálózat is segíti. A megszokott tevékenységükhöz képest jelentős változás, hogy a szűrés második lépcsőjét jelentő tisztázó kolonoszkópos beutalás útvonala eltérő. A jelenleg 55 egységet számláló szűrő kolonoszkópos hálózat a páciensek érdekeit szolgáló minőségi kolonoszkópia feltételeinek biztosítása miatt került kialakításra. A népegészségügyi szempontból kiemelt jelentőségű adatszolgáltatás teljesítése a szűrésben részt vevő endoszkópos laboratóriumok és a háziorvosok részéről is rendkívül fontos feladat.

IRODALOM

1. Aasma Shaukat et al. ACG Clinical Guidelines Colorectal Cancer Screening 2021 Am J Gastroenterol 2021; 116: 458–479. <https://doi.org/10.14309/ajg>
2. Buzás Gy. M. A colorectalis karcinómaszűrések története
3. Rutka M, Bor R, Molnár T, et al. Efficacy of the population-based pilot colorectal cancer screening, Csongrád county, Hungary, 2015. Med Sci. 2020 Jun 23; 50(4): 756–763. doi: 10.3906/sag-1908-79
4. Eljárásrend a népegészségügyi célú, célzott vastagbél-szűrésben részt vevő háziorvosok számára – EFOP 1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 „Komplex Népegészségügyi Szűrések” című projekt
5. Eljárásrend a szervezett népegészségügyi vastagbél-szűrésben részt vevő gasztroenterológusok számára – EFOP 1.8.1-VEKOP-15-2016-00001 „Komplex Népegészségügyi Szűrések” című projekt
6. Szepes Z. A háziorvosok szerepe a vastagbél-szűrésben, Háziorvosi továbbképző szemle 2020. 15. 270–273.
7. Senore C, Basu P, Anttila A, et al. Performance of colorectal cancer screening in the European Union Member States: data from the second European screening report Gut 2019; 68: 1232–1244.
8. Kew GS, Koh CJ. Strategies to Improve Persistent Adherence in Colorectal Cancer Screening. Gut and Liver 2020; 14: 546–552.
9. Lansdorp-Vogelaar I, von Karsa L. European guidelines for quality assurance in colorectal cancer screening and diagnosis. First edition – Introduction. Endoscopy 2012; 44 : SE15–SE30.

A közlemény megjelenését az Egis Gyógyszergyár Zrt. támogatta. Az összefoglalóban szereplő információk a szerző(k) nézeteit tükrözik. Bármely említett termék alkalmazásakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.

A CSALÁDORVOS PREVENCIÓS, DIAGNOSZTIKUS ÉS GONDOZÁSI FELADATAI A KOSZORÚÉR-BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN, A GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSES SZÖVŐDMÉNYEK MEGELŐZÉSÉBEN

Nemcsik János dr.

*Semmelweis Egyetem,
Családorvosi Tanszék,
Budapest*

*NGNB Med. Orvosi Szolgáltató Kft.,
Budapest*

A koszorúér-betegség megelőzésében, diagnosztikájában és a betegek hosszú távú gondozásában kulcsszerep hárul a családorvosokra. Ebben az összefoglaló cikkben bemutatásra kerülnek a primer prevenció lehetőségei, a családorvos feladatai a betegek kórházi emisszióját követő gondozásában, a gyógyszeradherencia megtartásában és a gasztrointesztinális vérzéSES szöVődmények kivédésében. Hatékony családorvosi munkánkkal a koszorúér-betegség diagnózisa után is jó életminőséget biztosíthatunk akár hosszú távon is betegeinknek.



O L O . H U

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

A CSALÁDORVOS SZEREPE A KOSZORÚÉR-BETEGSÉG MEGELŐZÉSÉBEN

Amennyiben családorvosként kellő figyelmet fordítunk pácienseink befolyásolható szív-ér rendszeri rizikófaktorainak optimális kezelésére, jelentős százalékban megelőzhetjük a kardiovaszkuláris betegségek, köztük a koszorúér-betegség kialakulását (1). Ebből a szempontból kulcsfontosságú a dohányzásról való leszoktatás, a betegek fizikai aktivitásának növelése, az elhízás csökkentése, a hipertónia, hypercholesterinaemia, valamint a cukorbetegség korai felismerése és célértékre való kezelése. Míg korábban hazánkban a családorvosok prevencióS tevékenységét nem ösztönözte jelentős anyagi támogatás, ez megváltozott a szoros praxisközösségek megalakulásával, amelyek keretében a jelentős, akár több százezer forintos havi plusz támogatás (a 100%-os bérkiegészítéshez való hozzájárulás) ellenében vállalni kell prevencióS feladatokat is. Ilyen, a koszorúér-betegség kialakulásának megakadályo-

zása szempontjából jelentős elszámolható tevékenység lett például a szív- és érrendszeri megbetegedések rizikófaktorainak értékelése, a kockázati szint meghatározása 40–65 év közötti pácienseknél, a cukorbetegség szempontjából veszélyeztetettek szűrése Findrisk-kérdőívvel, vagy az ambuláns vérnyomás-monitorozás. Remélhetőleg a családorvosi prevencióS tevékenységek ösztönzése hosszú távon a koszorúér-betegség prevalenciájának csökkenésével is együtt fog járni.

DIAGNOSZTIKUS ÉS GONDOZÁSI FELADATOK

Az akut koronáriszindróma és a szívinfarktus diagnosztikájának elősegítésére az EKG-készülék hagyományosan a családorvosi rendelők felszerelésének minimumfeltételei között szerepelt. A szoros praxisközösségek elszámolható tevékenységei közé viszont bekerült a transztelefonikus EKG használata, illetve a betegágy melletti tro-

Jó orvos/beteg kapcsolat
A betegek edukálása (a koszorúér-betegség szövődményei és a kezelés előnyei tekintetében)
Együttműködés a beteg hozzátartozóival és egyéb szakorvosokkal
A beteg bevonása a rizikófaktorok kontrollálásába, az otthoni vérnyomás- és vércukormérés ösztönzése
Kombinációs kezelés alkalmazása a terápia kezdetétől
A diagnosztikával és a kezeléssel kapcsolatos bürokratikus feladatok minimalizálása
Hatékony és jól tolerálható kezelés alkalmazása
A terápiás protokoll egyszerűsítése
Emlékeztetők alkalmazása az orvosi vizitek és a gyógyszerbevitel vonatkozásában
Motivációs stratégiák alkalmazása
Olcsóbb készítmények felírása

1. táblázat:
Az adherencia javításának lehetőségei krónikus koszorúér-betegségben

ponin T-mérés is, amelyek diagnosztikai jelentősége különösen falusi praxisokban lehet fontos.

A koszorúér-betegség pontos diagnózisa és az optimális kezelés beállítása a kórházi kardiológus kollégák feladata. A családorvosok felelőssége a hospitalizáció után, a krónikus gondozás során lesz újra fontos, elsősorban az életmód-változtatás és az optimális gyógyszeres kezelés fenntartása szempontjából.

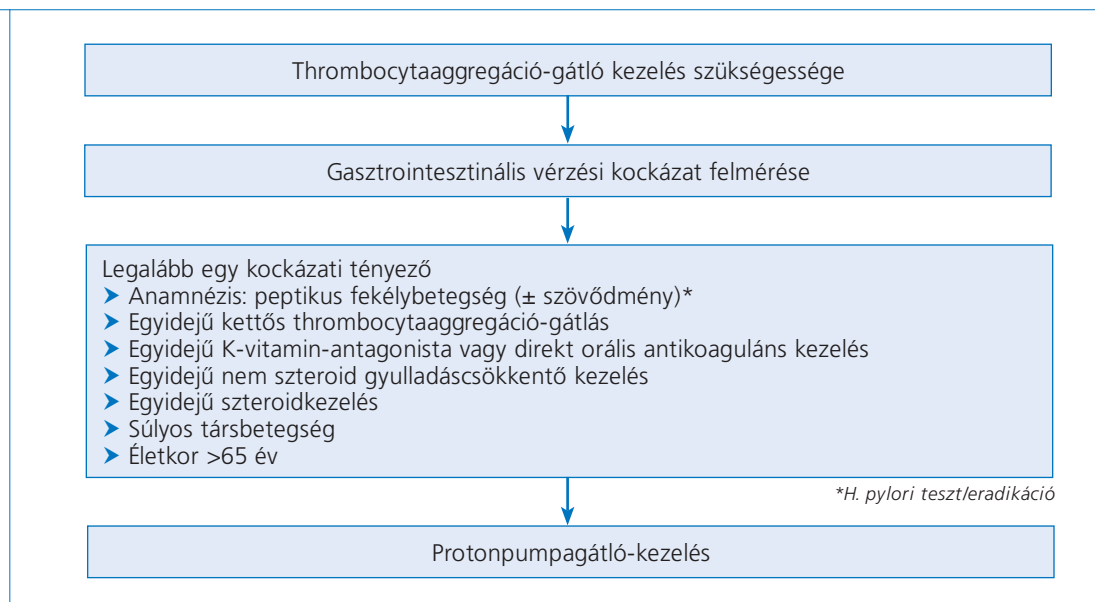
A koszorúér-betegségre alkalmazott gyógyszerek elhagyása a szív-ér rendszeri események számának markáns emelkedésével jár együtt. *Ho és munkatársai* 2008-ban publikált vizsgálata alapján krónikus koszorúér-betegségben a kardiovaszkuláris halálozás a béta-blokkoló elhagyása esetén 53%-kal, a statin elhagyása esetén 62%-kal, míg az ACE-gátló elhagyása esetén 66%-kal emelkedett a vizsgált 4,1 éves követési periódus alatt (2).

Családorvosi munkánk jelentőségét igazolja van *Wijk és munkatársai* 2005-ben publikált tanulmánya, amelynek során 10 éven át követték 2325 beteg antihipertenzív gyógyszereszedési gyakorlatát. A 10 év során csupán 39%-uk szedte folyamatosan a gyógyszerét, de a betegek között 22% volt azok aránya, akik a gyógyszereszedést újrakezdték (3). Bár a kéziratban nem tértek ki arra, hogy az újrakezdet ki vagy mi motiválta, de a vizsgálat felhívja a figyelmet arra, hogy családorvosként fontos, hogy monitorozzuk betegeink gyógyszereszedését, mert a gyógyszert elhagyók jelentős aránya meggyőzhető az újrakezdés fontosságáról.

Ebben a vizsgálatban elemezték azt is, hogy milyen tényezők befolyásolják negatív irányban a gyógyszeradherenciát. Azt találták, hogy ilyen a 40 év alatti életkor, a női nem, az antidepresszánsok, antipszichotikumok és a Parkinson-kór elleni gyógyszerek egyidejű szedése. Az antihipertenzív szerek közül a betegek leggyakrabban a béta-blokkolót és a diuretikumot hagyták el (3). A nők adherenciájának férfiakkal összehasonlított mérsékeltbb jellegét koszorúérbetegeken is igazolták. *Perera és munkatársai* egy éven át követték 729, koronáriaintervención átesett beteget, és azt találták, hogy a követési időszak végén a férfiak 94,7%-a szedte a statint, míg nőknél ez az arány alacsonyabb, 85,4%-os volt. Fizikai aktivitásban is felülmúlták az urak a hölgyeket; 1 év után a férfiak 78,2%-a volt aktív, míg a nőknél ez az arány csupán 61,5% volt. A férfiak az intervenció utáni rehabilitációs kezelést is nagyobb arányban vették igénybe (66,4% versus 58,2%) (4). Ezek az eredmények arra utalnak, hogy adherencia szempontjából a hölgyek nagyobb odafigyelést igényelnek. Az adherencia javításának további lehetőségeit ismerteti a korábbi publikációnkból (5) átvett és módosított 1. táblázat. A leírt pontokon túlmenően az adherenciát javíthatja a Magyar Hypertonia Társaság és az Egis Gyógyszergyár Zrt. közösen fejlesztett Habita okostelefonos applikációja, amely bár alapvetően az antihipertenzív gyógyszerek rendszeres beszedésére lett kifejlesztve, de kiterjesztve a koszorúér-betegség egyéb gyógyszereire is alkalmazható.

Ugyanakkor az, hogy egy beteg beveszi a neki felírt gyógyszereket, még nem jelenti azt, hogy célértékre is van kezelve. *Pedersen és munkatársai* vizsgálata jól bizonyítja, hogy a kezelőorvosoknak bőven van még teendője az optimális kezelés beállítását illetően. Nemrégiben publikált vizsgálatukban 1483 koszorúérbeteg gyógyszereszedési gyakorlatát elemezve azt találták, hogy 76%-uk szedett koleszterincsökkentőt, 72%-uk antihipertenzív gyógyszert és 66%-uk acetilszalicilsavat. Ilyen, viszonylag magas gyógyszereszedési arány mellett is csupán a betegek 58%-a érte el a 140/90 Hgmm-es vérnyomás-célértéket, míg csupán 9%-uk az 1,8 mmol/l alatti LDL-koleszterin-célértéket. Azok aránya, akik mindkét célértéket elérték, elenyésző, mindössze 5%-os volt (6). Vagyis nem elég arra törekednünk, hogy koszorúérbetegeink beszedjék a szükséges

1. ábra:
Döntéshozatali
segítség thrombocyta-
aggregáció-gátló
kezelés melletti
protonpumpagátló-
kezelés szükségessé-
gének megítélésére



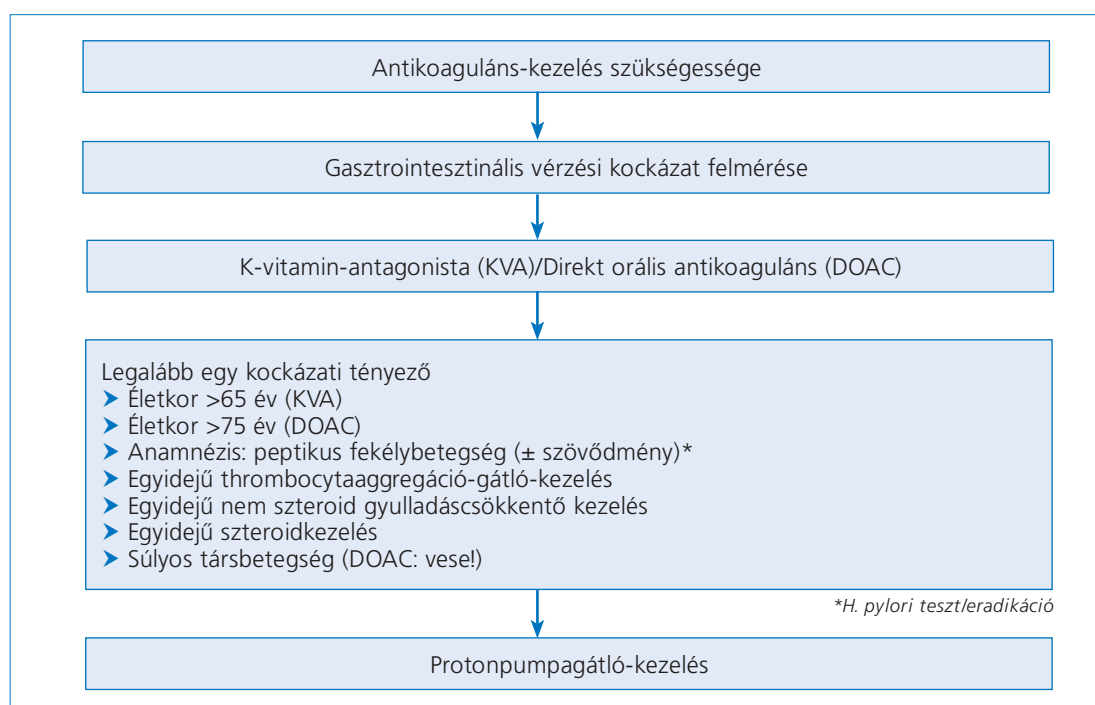
gyógyszereket, de jobban oda kell, hogy figyeljünk a gyógyszerdózisok optimalizálására is a további szív-ér rendszeri szövődmények elkerülése érdekében.

A GASZTROINTESZTINÁLIS VÉRZÉSES SZÖVŐDMÉNYEK ELKERÜLÉSÉNEK LEHETŐSÉGEI

Krónikus koszorúér-betegségben a kezelés részét kell, hogy képezze a thrombocytaaggregáció-gátló gyógyszer adása, amelynek szükségességét a legutóbbi európai kardio-

vaszkuláris prevenció irányelv is megerősíti (7). Perkután koronáriaintervenciót követően szükséges lehet a kettős thrombocytaaggregáció-gátlás és társbetegségek, például krónikus pitvarfibrilláció esetén az orális antikoaguláns kezelés is. Ezek indikálása elsősorban kardiológus szakorvosi feladat, de az ezeknek a gyógyszereknek tulajdonítható emelkedett gasztrointesztinális vérzéses kockázat kivédése gyakran a családorvosokra hárul. A kockázatcsökkentés a protonpumpagátló (PPI) -kezelés bevezetését jelenti, amelyhez hiánypótló segítséget nyújt *Hersényi László* nemrégiben megjelent összefoglaló közleménye (8), ahonnan a szerző

2. ábra:
Döntéshozatali
segítség orális
antikoaguláns kezelés
melletti proton-
pumpagátló-kezelés
szükségességének
megítélésére



engedélyével kerültek átvételre kis módosítással a családorvosi szempontból nagyon fontos 1. és 2. ábrák, amelyek kardiológusok és gasztroenterológusok közös ajánlása alapján készültek (9). Ezek a thrombocytaaggregáció-gátló (1. ábra) vagy az orális antikoaguláns kezelés (2. ábra) során a PPI indikálásának döntéshozatali segítségét mutatják be. Amennyiben a felsorolt kockázati tényezők közül legalább egy jelen van, indokolt a PPI-k együttes adása.

A gasztrointesztinális vérzés kockázatának pontos felmérésére különböző kérdőívek is rendelkezésünkre állnak (pl. Crusade, (ABC)2D, PRECISE-DAPT), amelyek közül az (ABC)2D akár 85%-os pontossággal is előre jelzi a gasztrointesztinális vérzés bekövetkeztét, de klinikai használatuk széles körben még nem terjedt el (8). Megfontolandó lenne egy konszenzus alapján kiválasztott kérdőív felvétele a szoros praxisközösségek elszámolható tevékenységei közé, ezzel is megadva a lehetőséget a családorvosoknak, hogy többet foglalkozzanak betegeik gasztrointesztinális vérzési rizikójának csökkentésével.

Korábban felmerültek elméleti biztonságossági aggályok a PPI-k és a thrombocytaaggregáció-gátló szerek együttes adásakor. Az ennek a tisztázására tervezett nemzetközi, multicentrikus, prospektív, randomizált, kettős vak COMPASS-vizsgálat viszont egyértelműen igazolta a hosszú távú PPI és az acetilszalicilsav és/vagy rivaroxa-

ban együttes adásának biztonságosságát. A több mint 53 000 beteg bevonásával és 3 éves követéssel végzett vizsgálat igazolta, hogy napi 1×40 mg pantoprazol csaknem 50%-kal csökkentette a felső gasztrointesztinális vérzések kockázatát, amellet, hogy a szív-ér rendszeri események száma nem különbözött a pantoprazolt vagy placebót kapott csoportok között. A pantoprazolcsoportban csupán az enterális fertőzések voltak kissé gyakoribbak (1,4% vs. 1,0% a placebocsoportban) (119 eset vs. 90 eset; $p=0,04$; odds ratio: 1,33; 95% CI: 1,01–1,75), de a súlyosabb, *Clostridium difficile* fertőzések gyakoriságában nem volt különbség (8, 10). A vizsgálat eredményei szerint, a naponta egyszer adott 40 mg-os pantoprazollal biztonságosan csökkenthető a felső gasztrointesztinális vérzések gyakorisága olyan betegeknél, ahol kardiovaszkuláris társbetegségek miatt szükséges a thrombocytaaggregáció-gátló és/vagy az orális antikoaguláns kezelés.

Összefoglalásként elmondhatjuk, hogy a családorvosok szerepe kiemelkedő a koszorúér-betegség kialakulásának megelőzése, korai diagnózisa és hosszú távú gondozása szempontjából. A krónikus gondozás során figyelmet kell, hogy fordítsunk a betegadherenciára, a rizikófaktorok célértékre kezelésére és a gasztrointesztinális vérzéses szövődmények megelőzésére. Eredményes munkánkkal betegeink életminőségének tartós megőrzését érhetjük el.

IRODALOM

- Nemcsik J, Páll D, Járasi Z. A hypertonia jelentősége a cardiovascularis halálozás megelőzésében. *Lege Artis Medicinae* 2021; 31(3–4): 129–32.
- Ho PM, Magid DJ, Shetterly SM, et al. Medication nonadherence is associated with a broad range of adverse outcomes in patients with coronary artery disease. *American Heart Journal* 2008; 155(4): 772–9. PubMed PMID: 18371492. Epub 2008/03/29. eng.
- Van Wijk BL, Klungel OH, Heerdink ER, et al. Rate and determinants of 10-year persistence with antihypertensive drugs. *Journal of hypertension*. 200523(11): 2101–7. PubMed PMID: 16208154. Epub 2005/10/07. eng.
- Perera S, Aslam A, Stehli J, et al. Gender Differences in Healthy Lifestyle Adherence Following Percutaneous Coronary Intervention for Coronary Artery Disease. *Heart, lung & circulation*. 2021; 30(1): e37–e40. PubMed PMID: 32843294. Epub 2020/08/28. eng.
- Nemcsik J, Páll D, Járasi Z. A hypertonia felismerésének, megfelelő kezelésének és az adherencia fenntartásának fontossága. *Hypertonia és Nephrologia*. 2018; 22(5): 196–200.
- Pedersen E, Garcia BH, Halvorsen KH, et al. Adherence to prescription guidelines and achievement of treatment goals among persons with coronary heart disease in Tromsø
- BMC cardiovascular disorders*. 2021;21(1): 44. PubMed PMID: 33478404. Pubmed Central PMCID: PMC7819182. Epub 2021/01/23. eng.
- Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *European heart journal*. 2021;42(34): 3227–337. PubMed PMID: 34458905. Epub 2021/08/31. eng.
- Hersényi L. Dilemma a kardiovaszkuláris megelőzés és a gyomornyálkahártya-védelem (gasztroprotekción) között: van-e megoldás? *Central European Journal of Gastroenterology and Hepatology*. 2022; 8(1): 41–4.
- Abrignani MG, Gatta L, Gabrielli D, et al. Gastroprotection in patients on antiplatelet and/or anticoagulant therapy: a position paper of National Association of Hospital Cardiologists (ANMCO) and the Italian Association of Hospital Gastroenterologists and Endoscopists (AIGO). *European journal of internal medicine*. 2021; 85: 1–13. PubMed PMID: 33279389. Epub 2020/12/07. eng.
- Moayyedi P, Eikelboom JW, Bosch J, et al. Safety of Proton Pump Inhibitors Based on a Large, Multi-Year, Randomized Trial of Patients Receiving Rivaroxaban or Aspirin. *Gastroenterology*. 2019; 157(3): 682–91 e2. PubMed PMID: 31152740. Epub 2019/06/04. eng.

A közlemény megjelenését az Egis Gyógyszergyár Zrt. támogatta. Az összefoglalóban szereplő információk a szerző(k) nézetét tükrözik. Bármely említett termék alkalmazásakor az érvényes alkalmazási előírás az irányadó.

Tisztelt Orvostársam!

A továbbképzés során elsajátított tudás ellenőrzésére a tesztkérdéssor megoldása szolgál. Ez kizárólag online módon történhet! Ezért ha élni kíván a kreditpontoszerzési lehetőséggel, akkor látogasson el az **orvosikreditpont.hu** oldalra, ahova a belépés ingyenes regisztrációt követően lehetséges. Ha korábban már regisztrált az olo.hu portálrendszerbe, akkor az ott használt nevet és jelszót használja.



Ezen továbbképzés sikeres elvégzéséhez az alábbi tesztkérdések legalább 75%-ának helyes megválaszolása szükséges. Az így megszerzett 8 kreditpont a következő szakképesítések esetén szakma szerinti pontszámként kerül elszámolásra: belgyógyászat, bőrgyógyászat, csecsemő- és gyermekgyógyászat, diabetológia, endokrinológia és anyagcsere-betegségek, foglalkozás-örvostan, gastroenterológia, geriátria, háziorvostan, infektológia, kardiológia, nefrológia, neurológia, orvos (szakirányú szakképesítés nélkül), reumatológia, tüdőgyógyászat, urológia. A kreditpontok minden más esetben szabadon választható elméleti pontként vehetők figyelembe.



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

A tesztkérdéssor megoldása által megszerzett kreditpontokról az **oftex.hu** internetes oldalon tájékozódhat a kitöltési határidő után.

Kitöltési határidő:
2023. január 31.

GERD AZ ÚJ NEMZETKÖZI AJÁNLÁS TÜKRÉBEN

Hersényi László dr.

1. Melyik NEM jellemző a GERD korábbi, Montreali osztályozására?

- A: Alapvetően tünetvezérelt beosztás.
- B: Kevésbé támaszkodik az endoszkópos eltérésekre.
- C: Rendszerint fiatalokban, a kórkép enyhe, nem súlyosbodó, szövödménymentes formáiban tekinthető elfogadhatónak.
- D: Minden esetben endoszkópiát javasol.

2. Melyik NEM jellemző a GERD korábbi Montreali osztályozására?

- A: Típusos refluxos tünetek megléte esetén endoszkópia nélkül is kimondható a GERD kórisméje.
- B: Ez a szemlélet az alapellátásban is jól alkalmazható.

- C: Az esetek legnagyobb részében a tünetvezérelt megközelítés kiválthatja a részletes kivizsgálást.
- D: Az osztályozás a gyakorlatban nem vált be.

3. Melyik állítás NEM igaz?

- A: Típusos refluxos tünetek megléte esetén (gyomorégés, savas regurgitáció) és alarmtünetek hiányában 8 hetes empirikus, étkezés előtt alkalmazandó, napi egyszeri protonpumpagátló- (PPI-) kezelés javasolt.
- B: A 8 hetes empirikus kezelésre adott megfelelő terápiás válasz esetén meg kell kísérelni a PPI-kezelés leállítását.
- C: Mellkasi fájdalom esetén (amennyiben a szíveredet biztonsággal kizárható), a GERD objektív kivizsgálása javasolt (endoszkópia és/vagy pH-monitorozás).
- D: Az endoszkópos vizsgálat minden esetben indokolt.

4. Melyik állítás NEM igaz?

- A: A GERD diagnosztikája során a báriumnyelés-röntgenvizsgálat önmagában nem javasolt.
- B: Dysphagia vagy egyéb alarmtünet (fogyás, tápcsatornai vérzés, étvágytalanság, vérszegénység) esetén mielőbbi endoszkópia elvégzése szükséges.
- C: Barrett-nyelőcső szempontjából többszörös kockázati tényező fennállásakor mielőbbi endoszkópia elvégzése szükséges.
- D: Súlyosabb refluxoesophagitis (Los-Angeles grade C és D) vagy hosszú-segmens Barrett-nyelőcső esetében minden esetben pH-monitorozást kell végezni.

5. Melyik NEM tartozik az életmódbeli-életviteli szabályok közé?

- A: Testsúlycsökkentés.
- B: A dohányzás elhagyása.
- C: Nagymennyiségű étkezések és késő esti vacsora kerülése, alkohol, szénsavas italok és a nyelőcső alsó záróizmát ellazító ételek kiiktatása.
- D: A sportolás kerülése.

6. Melyik megállapítás NEM igaz a gyógyszeres kezelésre?

- A: A PPI-kezelés a GERD-terápia „aranystandardja”.
- B: A PPI-kezelés gyorsabban gyógyítja a nyelőcsőgyulladást (oesophagitist) és szünteti meg a típusos refluxos tüneteket, mint a H2-receptor-antagonista (H2RA).

- C: Akiknél nem igazolódott erosiv oesophagitis vagy Barrett-nyelőcső és a PPI-kezelésre panaszmentessé váltak, meg kell kísérelni a PPI elhagyását.
- D: A fenntartó kezelést igénylő betegek esetében is emelt dózisz PPI-kezelést kell alkalmazni.

KOLOREKTÁLIS SZŰRÉS

Szepes Zoltán dr.

7. A vastagbélűréssel kapcsolatosan az adatrögzítés és a kommunikáció milyen felületen történik a háziorvosok, a szűrő-hálózat tagjai és a szűrést szervező NNK által felügyelt EFOP 1.8.1 projekt között?

- A: <https://szures.nnk.gov.hu/>.
- B: E-mailben.
- C: OSZRComm felületen.
- D: Papíralapon történik.

8. Hol találhatók a vastagbélűréssel kapcsolatos, háziorvosoknak és gasztroenterológusoknak szolgáló szakmai, továbbá lakossági információk?

- A: <https://szures.nnk.gov.hu/>.
- B: Folyóiratokban.
- C: OSZRComm felületen.
- D: Nem érhető el ilyen.

9. Mit kell tennie a háziorvosnak, ha gyulladásos bélbetegség vagy kolorektális rák miatt gondozott, esetleg alarmírozó tünetekkel rendelkező páciens jelentkezik szervezett szűrésre?

- A: A betegnek kiadható a szűrési egységcsomag.
- B: A beteget hagyományos „betegúton” kell vizsgálni, de a szűrési egységcsomag kiadható.
- C: Nincs teendő, a beteg a szűrésben részt vehet.
- D: A beteget hagyományos „betegúton” kell vizsgálni, a szűrési egységcsomag NEM adható ki, az OSZRComm-ban le kell dokumentálni.

10. Melyik NEM igaz arra vonatkozóan, hogy a háziorvosi szintről a hagyományos beutalási renddel és iránnyal a szűréssel kiemelt páciensek vastagbélűrése egyezik-e?

- A: Nem egyezik, mert a minőségi mutatók biztosítása miatt a magasabb minimum-feltételeket teljesítő endoszkópos

telephelyek alkotta szűrőhálózatba javasolt irányítani a páciens.

- B: Nem egyezik, hiszen nem minden endoszkópos labor felel meg a szűrő-hálózat kritériumának.
- C: Nem egyezik, lakóhelytől függetlenül bármelyik szűrőhálózati tagnál elvégezhető a szűrő vastagbélűrése.
- D: Egyezik.

11. Szűrőhálózaton kívüli állami vagy magánszolgáltatónál elvégezhető-e a szűréssel kiemelt páciens vastagbélűrése? (többszörös választás)

- A: Nem végezhető el.
- B: Elvégezhető, hiszen ez esetben a szűrést szervező ugyanúgy kap adatot és értékelni tudja a minőségi mutatókat, és ezen intézetekben is biztosítottak a szűrőhálózati tagokra jogszabályban előírt személyi és tárgyi minimumfeltételek.
- C: Elvégezhető, de ez esetben a szűrést szervező nem kap adatot és nem tudja értékelni a minőségi mutatókat, és ezen intézetekben a szűrőhálózati tagokra jogszabályban előírt személyi és tárgyi minimumfeltételek bizonytalanok.
- D: Elvégezhető, de ebben az esetben a szűrő hálózaton kívül történt vizsgálat tényét és a visszaérkező eredményt a háziorvosnak az OSZRComm felületen rögzítenie kell.

12. Miért fontos a lakosság ösztönzése a szervezett vastagbélűrési programban való részvételre és sz.e. a szűrő kolonoszkópiára történő rábeszélése?

- A: Az opportunisztikus szűrésekkel szemben a szervezett szűréssel biztosítható csak a kolorektális rák incidenciájának és mortalitásának csökkenése, ha a szűrő kolonoszkópián az előírt minőségi mutatók teljesülnek.
- B: Az opportunisztikus szűrések a szervezett szűrésekkel egyenértékűek, ezért nem fontos a szervezett szűréseken való részvétel.
- C: Fontosabb, hogy a kétlépcsős szűrési metodika első lépcsője a szervezett szűrési keretében történjen meg, hiszen a jövőbeni ismételt meghívásra nincs(enek) hatással a második lépcsőben talált eltérés(ek).
- D: A kolorektális rák incidenciájának és mortalitásának csökkentése szempontjából elégséges, ha a panaszok megjelenése esetén, de mihamarabb megtörténik a célzott vizsgálat.

FELSŐ TÁPCSATORNAI VÉRZÉS AKUT ELLÁTÁSA ÉS MEGELŐZÉSE

Vincze Áron dr.

13. Melyik megállapítás igaz a nem varix-eredetű vérzések mortalitására?

- A: Jelentősen csökkent a hatékony endoszkópos és gyógyszeres kezelés következtében.
- B: Jelentősen csökkent a hatékony endoszkópos kezelés következtében.
- C: Jelentősen csökkent a hatékony gyógyszeres kezelés következtében.
- D: Jelentősen nem változott a hatékony endoszkópos és gyógyszeres kezelés ellenére.

14. Milyen mértékű a nem varix-eredetű felső tápcsatornai vérzések mortalitása?

- A: 1%.
- B: 5%.
- C: 10%.
- D: 15%.

15. Melyik megállapítás igaz a nem varix-eredetű felső tápcsatornai vérzés gyanúja esetén, az endoszkópiát megelőzően?

- A: Gyomormosást kell végezni.
- B: Nagy dózisú protonpumpa-gátló adása csökkenti az endoszkópos vérzéscsillapítás igénylő léziók előfordulását.
- C: Nagy dózisú protonpumpa-gátló adása csökkenti a mortalitást.
- D: Nagy dózisú protonpumpa-gátló adása csökkenti az újrávérzést.

16. Fekélyvérzés esetén az endoszkópiát követően mennyi ideig ajánlott nagy dózisban folytatni a protonpumpa-gátló-kezelést?

- A: Minden esetben legalább két héten át.
- B: Az endoszkópos vérzéscsillapítást igénylő lézióknál 24 órán át.
- C: Az endoszkópos vérzéscsillapítást igénylő lézióknál 72 órán át.
- D: Az endoszkópos vérzéscsillapítást igénylő lézióknál két héten át.

17. Milyen adagolással javasolt a folyamatos, hosszú távú protonpumpa-gátló-kezelés fekélyvérzést követően?

- A: Sikeres *Helicobacter* eradikáció után napi egyszeri adagban.

B: Aszpirin, nem szteroid gyulladáscsökkentő vagy antikoaguláns-kezelés esetén napi egyszeri adagban.

C: Aszpirin, nem szteroid gyulladáscsökkentő vagy antikoaguláns kezelés esetén napi kétszeri adagban.

D: Antikoaguláns kezelés esetén nem szükséges, csak ha aszpirin vagy nem szteroid gyulladáscsökkentő adása is szükséges.

A CSALÁDORVOS PREVENCIÓS, DIAGNOSZTIKUS ÉS GONDOZÁSI FELADATAI A KOSZORÚÉR- BETEGEK ELLÁTÁSÁBAN, A GASZTROINTESTINÁLIS VÉRZÉSES SZÖVŐDMÉNYEK MEGELŐZÉSÉBEN

Nemcsik János dr.

18. Melyik, a koszorúér-betegség megelőzése szempontjából fontos tevékenység lett elszámolható a szoros praxisközösségekben?

- A: A szív- és érrendszeri megbetegedések rizikófaktorainak értékelése, a kockázati szint meghatározása 40–65 év közötti pácienseknél.
- B: A cukorbetegség szempontjából veszélyeztetettek szűrése Findrisk-kérdőívvel.
- C: Ambuláns vérnyomás-monitorozás.
- D: Mindegyik.

19. Melyik, a koszorúér-betegség diagnózisa szempontjából fontos tevékenység lett elszámolható a szoros praxisközösségekben?

- A: Transztelefonikus EKG.
- B: Betegágy melletti troponin-T-mérés.
- C: Rendelői 12 elvezetési EKG.
- D: Mindegyik.

20. Hány százalékkal emelkedik a szív-ér rendszeri események száma a koszorúér-betegségre alkalmazott ACE-gátlók elhagyása esetén, Ha és munkatársai 2008-as vizsgálata alapján?

- A: 46%-kal.
- B: 56%-kal.
- C: 66%-kal.
- D: 76%-kal.



21. Van Wijk és munkatársai 2005-ben publikált tanulmánya alapján, 10 éves követés során a betegek hány százaléka alkalmazta folyamatosan a megkezdett antihipertenzív kezelést?

- A: 29%-a.
- B: 39%-a.
- C: 49%-a.
- D: 59%-a.

22. Van Wijk és munkatársai 2005-ben publikált tanulmánya alapján, 10 éves követés során hány százalék volt az antihipertenzív kezelést újrakezdők aránya?

- A: 2%.
- B: 12%.
- C: 22%.
- D: 32%.

23. Milyen tényezők befolyásolják negatív irányban az antihipertenzív gyógyszeradherenciát?

- A: A női nem.
- B: 40 év alatti életkor.
- C: Parkinson-kór elleni gyógyszerek egyidejű szedése.
- D: Mindhárom.

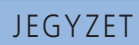
24. A COMPASS-vizsgálatban milyen dózisban adott pantoprazol csökkentette 50%-kal a felső gasztrointesztinális vérzések kockázatát?

- A: 1x20 mg.
- B: 2x20 mg.
- C: 1x40 mg.
- D: 2x40 mg.

Az **orvosikreditpont.hu** oldalon – ha név szerint be van jelentkezve – a jobb oldali menüsor tetején az „Eredmények” menüpontot találja.

Itt az ön által valaha kitöltött összes teszt eredménye megtekinthető, kivéve azokat, amelyeknek még nem járt le a kitöltési határidejük.

Itt nemcsak kérdésenként ellenőrizheti a helyes válaszokat, hanem százalékos arányban is megnézheti a kitöltött tesztek eredményét.



NSAID-k által okozott
gastroduodenalis fekélyek
megelőzésére!

Noacid[®]

pantoprazol 20 mg, 40 mg

NO REFLUX
NO PROBLEM



Bővebb információért olvassa el a gyógyszer alkalmazási előírását!



Noacid[®] 20 mg gyomornedv-ellenálló tabletta

[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis
&action=show_details&item=27148](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=27148)

Árinformáció: Noacid[®] 20 mg 28x: fogyasztói ár: 573 Ft,
TB támogatás: 198 Ft, térítési díj: 375 Ft



Noacid[®] 40 mg gyomornedv-ellenálló tabletta

[https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis
&action=show_details&item=27149](https://ogyei.gov.hu/gyogyszeradatbazis&action=show_details&item=27149)

Árinformáció: Noacid[®] 40 mg 28x: fogyasztói ár:
1 095 Ft, TB támogatás: 396 Ft, térítési díj: 699 Ft

Termékeink árváltozásával és rendelkezésével kapcsolatos információkért forduljon orvoslátogató kollégáinkhoz, illetve ezekről tájékozódhat a Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő honlapján: www.neak.gov.hu. Amennyiben termékeink alkalmazása során „Nemkívánatos eseményt” észlel, kérjük, 24 órán belül jelentse a pharmacovigilance@egis.hu e-mail címen vagy a +36-1-803-22-22-es telefonszámon.

További információk:

Egis Gyógyszergyár Zrt. Kardiometabolikus Üzletág,
1134 Budapest, Lehel u. 15. tel.: 06-1-803-2222,
e-mail: marketing@egis.hu, honlap: hu.egis.health
Lezárás dátuma: 2022. 03. 09.

NOA2

