

Dr. Rác István

Petz Aladár Megyei Oktató Kórház, I. sz. Belgyógyászat-gastroenterológia
Győr

A gyomor gastroenterológiája

Összefoglalás

A *Helicobacter pylori* kérdés továbbra is a gyomor gastroenterológiájának előterében áll. Dyspepsiás tünetek esetén a "test and treat" stratégiát csak azokban az országokban javasolják, ahol a *Helicobacter pylori* prevalencia alacsony, egyébként az endoszkópia liberális elvégzése a célszerű stratégia dyspepsiás panaszok esetén. Olasz munkacsoport a HYPER vizsgálatban bizonyította, hogy Európában az egyhetes, hármas kezelés is megfelelő eradikációs eredménnyel kecsegtet. A hagyományos PPI, clarithromycin és amoxicillin kezelés mellett adagolt lactoferrin és probiotikumok növelik az eradikációs eredményt.

A múlt évben számos értékes cikk foglalkozott a gyomorszekréciós vizsgálatokkal, melyeket az endoszkópos vizsgálatokhoz csatolva, kiegészítésként ajánlják, különösen atrophias gastritis gyanúja esetén, továbbá Zollinger-Ellison szindrómákban. Az NSAID készítmények által okozott gasztro-duodenális nyálkahártyakárosodások kivédésében a proton-pumpa gátlók beváltak. Több vizsgálat bizonyította, hogy a nyálkahártya laesiók kivédése mellett az NSAID indukálta kellemetlen dyspepsiás és refluxos panaszok is kellően csökkennek. A szakirodalom 2007-ben figyelmet fordított az endoszkópos vizsgálatok javallatára, különös tekintettel az "open access" endoszkópos gyakorlatra, melynek haszna kétségtelen, azonban a megfelelő megalapozottságú javallatok biztosítása fontos mind szakmai, mind költséghatékonysági szempontból. A gasztroduodenális vérzés ellátásában mind az endoszkópos, mind a gyógyszeres kezelés kulcsfontosságú. Az újonnan megjelenő három ágú clippek nem nyújtanak előnyt a két ágú clippek gyors haemostasist biztosító eredményével szemben. A par-enterálisan adott savszekréció-gátlók, proton-pumpa készítmények hatásossága ma már kétségtelen evidencia. Bár a somatostatin készítmények is kitűnően csökkentik a gyomorsav-szekréciót, mégis a PPI készítmények, így a pantoprazol előnyösebbnek mutatkozik az újravérzés megelőzésében. A coronaria intervenciók száma növekszik, azonban ezzel együtt fokozódik a beavatkozást követő súlyos gasztrointesztinális vérzések kockázata is. Amerikai adatok szerint 1-2%-ban következik be a masszív gasztrointesztinális vérzés coronaria intervenciót követően, melynek megelőzésében a proton-pumpa-gátló kezelés a kulcsfontosságú fegyver. A 2007-es közlemények szűrlete, hogy a *Helicobacter pylori* kétségtelenül predisponál gyomorrákra, ugyanakkor a cholecystectomiának ilyen hatása nincs. A multidiszciplináris képzettség érdekes következtetésekre ad lehetőséget, így például a közleményekből megtudhattuk, hogy fiatalok paraesophagealis herniája Marfan szindróma gyanúját vetheti fel. A magas BMI számos gasztrointesztinális kórképre, így akár fekélybetegségekre is hajlamosíthat. Tartós savszekréció-gátló kezelés esetén az enterális infekciók, így a *Clostridium difficile* fertőzés kockázata magasabb.

Helicobacter pylori

Dyspepsiás tünetek a leggyakrabban előforduló panaszok mely miatt a betegek a körzeti orvoshoz vagy gastroenterológushoz fordulnak. Változatlanul nyitott kérdés, hogy mennyire biztonságos dyspepsiásokban a *H. pylori* tesztelés és kezelése a gyomor endoszkópos vizsgálata nélkül. Joseph Sung az ismert hong kongi gastroenterológus professzor szerkesztőségi cikkben elemezte a kérdést. A közleményben három lényeges szempontot emel ki, mely a döntést befolyásolhatja.

1. Mennyire hatékony a *H. pylori* infekció kezelése a dyspepsia gyógyításában?
2. A beteget háziiorvosi praxisban vagy a gastroenterológiai rendelésen észlelik?
3. Mennyire elhanyagolt környezetből érkezik a beteg?

A tapasztalat azt mutatja, hogy a dyspepsiás betegek többségének nincs fekélybetegsége. A Cochrane adatbázis szerint 18 vizsgálatban hasonlították össze a savszekréció-gátló kezelést az eradikációs kezeléssel dyspepsiás betegekben. A metaanalízis szerint csupán csekély, mintegy 10%-os dyspepsiás

tünetesökkenést észleltek a *H. pylori* kezelés után. Az NNT, a kezelést igénylő betegek száma ahhoz, hogy egy beteg gyógyuljon meg a dyspepsiás tünetekből 14 volt, azaz 13 betegben megmaradtak a tünetek a *H. pylori* eradikáció után is. Mindezek alapján úgy ítélték meg, hogy a *H. pylori* eradikáció nem hatékony kezelési módja a dyspepsiának. Hong Kongban a populáció több mint 50%-a *H. pylori* pozitív és gyomorrákos betegek 10%-a 45 év alatti. Egy itt végzett vizsgálatban 1017 45 év alatti beteget észleltek, olyanokat, akik alarm tünetet nem jeleztek. Minden betegben elvégezték az endoszkópiát, három gyomorrákot és egy nyelőcső rákot találtak. Mindhárom gyomordaganatos beteg *H. pylori* pozitív volt. Vizsgálatukban a gyomorrákosok 0.4%-a nem került volna diagnózisra, ha a beteget nem küldték volna endoszkópos vizsgálatra. A szerző véleménye szerint az endoszkópia vagy *H. pylori* tesztelés kérdés nem dönthető el egyértelműen és nem válaszolható meg igennel vagy nemmel. Olyan országokban ahol a *H. pylori* átfertőzöttség magas és a gyomorrák prevalenciája is nagy, az endoszkópia liberális elvégzése a célszerű stratégia a gyomorrákok időbeni leleplezése céljából (1).

A nemzetközi konszenzusajánlások többsége a *Helicobacter pylori* (*H. pylori*) eradikációjára a proton-pumpa-bénítót (PPI), clarithromycin, amoxicillin vagy metronidazol tartalmú hármas kúrát javasolja. Az eradikációs kezelés időtartamára vonatkozóan azonban nem alakult még ki egyértelmű konszenzus. Európában az egyhetes, az USA-ban inkább a 10-14 napos kezelést ajánlják, ugyanakkor a Maastricht III. 2005 Consensus Report nem foglalt állást egyértelműen az eradikációs kúra hosszára vonatkozóan.

Olasz munkacsoport 81 endoszkópos munkahelyen 909 *H. pylori* pozitív nyombélfekélyes beteg bevonásával randomizált prospektív vizsgálatot végzett annak tisztázására, hogy vajon az egyhetes vagy kéthetes hármas kúra nyújt-e jobb eradikációs eredményt? A *H. pylori* pozitivitást szövettani vizsgálattal bizonyították, az eradikációs hatást a kezelés befejezése után 4 héttel urea kilégzési teszttel vizsgálták. Az első vizsgálati csoportban ($n=302$) 1 hétig, a második csoportban ($n=302$) két hétig napi 2×20 mg omeprazol, 2×500 mg clarithromycin és 2×1000 mg amoxicillin kezelést adtak, a kontroll ágon ($n=305$) 2 hétig napi 2×20 mg omeprazol és 2×1000 mg amoxicillint alkalmaztak. A per protocol analízis szerint nem volt szignifikáns különbség az egyhetes (83.6%) és a kéthetes (84.9%) eradikációs kúrák eredményei között, de mindkét hármas kezelési eljárás szignifikánsan hatásosabb volt a kontroll csoport kéthetes kezelési eredményéhez (42.8%) képest. A szerzők konklúziója szerint nincs különbség az egyhetes és kéthetes hármas kúrák *H. pylori* eradikációs eredményei között (2).

Az irodalmi adatok metaanalízise szerint a PPI, amoxicillin, clarithromycin kezelési kombináció 74-76%-os *H. pylori* eradikációs effektussal jár. Eszerint újabb terápiás kombinációk bevezetése indokolt a kedvezőbb eradikációs arány elérésére. A szerzők azt vizsgálták, hogy a standard, hármas eradikációs kezeléshez hozzáadott bovine lactoferrin vagy probiotikum növeli-e a *H. pylori* eradikációs hatást és csökkenti-e a kezelés mellékhatásait? Összesen 206 *H. pylori* pozitív beteget vontak be a vizsgálatba. A betegeket két csoportba randomizálták, miszerint 101 beteg csupán esomeprazol, clarithromycin és amoxicillin kezelést, míg 105 beteg a hármas kezelés mellé bovine lactoferrint és probiotikumot is kapott. Az eradikációs kezelés hatását C13-UBT-vel ellenőrizték 8 hét múlva. A per protokoll analízis szerint az első csoportban 73/96, a második csoportban 93/101 beteg vált *H. pylori* negatívvá. A bovine lactoferrinnel és probiotikummal bővített eradikációs betegcsoportban kevesebb mellékhatást találtak. A szerzők véleménye szerint a standard eradikációs kezeléshez hozzáadott lactoferrin és probiotikum növeli az eradikációs hatást és csökkenti a mellékhatások gyakoriságát (3).

A promotor gén metiláció egy olyan epigenetikus jelenség, amely génhatás csökkenéséhez (silencing) vezethet. Ez a mechanizmus elsősorban a carcinoma képződésben fontos, ugyanis interferálhat a specifikus szupressor gén aktivitással. Olasz szerzők a *H. pylori* eradikáció előtt és után megvizsgálták a CDH1, P16, APC, MLH1 és COX2 promotor gének metilációját. Összesen 45 *H. pylori* pozitív esetet vizsgáltak, közülük 38%-ban észleltek intestinális metaplasiát. Speciális promotor gén hypermetilációt gyakrabban találtak a *H. pylori* pozitív és intestinális metaplasia pozitív betegekben. Sikeres eradikációt követően a CDH1, a P16 és APC gének metilációja szignifikánsan csökkent, sőt a COX2 metiláció teljesen eltűnt. Ezzel szemben az MLH1 metiláció nem változott az eradikáció után intestinális metaplasia pozitív esetekben.

A szerzők konklúziója szerint a *H. pylori* infectio a promoter gének metilációjával társul, mely jelenség a gyomor carcinogenesis iniciációjában és progressziójában egyaránt szerepet játszik (4).

Gyomorsavszekeció vizsgálat

Olasz szerzők egy speciális új készülék az Mt 21-42 felhasználásával az endoszkópiára került betegek gyomorsecretumából a *H. pylori* státuszt, továbbá az oxyntofil mucosa atropiás gastritisét vizsgálták. A speciális készülék a gyomorszekeció pH-jának és ammónium tartalmának felhasználásával végzi a vizsgálatokat. Az endoszkópia során a gyomorszekeciómentet leszívják és az Mt 21-42 készítmény két percen belül analizálja a gyomorsecretumot. Választ ad a *H. pylori* státuszra, továbbá az atropiás gastritis esetleges fennállására.

A szerzők 216 betegen prospektív vizsgálatot végeztek, melynek során hagyományos módon hisztológiai mintavétellel értékelték a *Helicobacter* státuszt illetve a gyomor corpus szövettani elváltozásait. Megállapították, hogy a rutin eljárásokkal mind a *Helicobacter* infekció, mind pedig az atropiás gastritis aluldiagnosztizált az Mt 21-42 vizsgálat eredményeihez képest. A *H. pylori* az Mt 21-42 készülékkel 97.9%-os szenzitivitással, míg gyors urea teszttel 79.2%-os szenzitivitással tudták kimutatni. A speciális készülékkel az esetek 49.1%-ban észleltek atropiás gastritisit, míg a hisztológiai vizsgálattal csupán 12.5%-ban.

A szerzők konklúziója szerint mind a *Helicobacter* infekció, mind az atropiás gastritis könnyen és gyorsan kimutatható a rutin endoszkópia kapcsán az új típusú Mt 21-42 funkcionális diagnosztikus készülék segítségével (5).

Amerikai szerzőcsoport David Metz professzor vezetésével 12 hónapos prospektív vizsgálatban Zollinger-Ellison szindromások (ZES) (n=19) és idiopathiás gyomorsav hypersecretiosok (IGH) (n=2) proton-pumpa-inhibitor kezelésének optimális dózisát igyekeztek meghatározni. Korábban kivizsgált eseteket vettek be a programba, a terápia hatását a savszekeció (AO), az endoszkópos kép és a tünettan észlelésével vizsgálták, a kezelést per os esomeprazollal végezték. A tanulmányt az AstraZeneca tervezte és támogatta. A bevonás előtt meghatározták az AO-t majd napi 2x40 mg esomeprazolt adtak 10 napig. Újabb AO vizsgálattal tesztelték, hogy a kezelés hatására az AO 10 mmol/óra érték alá csökkent-e, azaz elérték-e a kitűzött funkcionális terápiás célt. Ha az AO a megadott határértéket még meghaladta az esomeprazol dózist emelték, napi 2x80 mg vagy az újabb AO teszt eredménytől függően akár napi 2x120 mg esomeprazol adagig. A 12 hónapos tanulmány során négyszer végeztek AO tesztet, az endoszkópiát a 6. és 12. hónapban kontrollálták. A 21 betegből 20 fő (90%) napi 2x40 mg esomeprazollal már a 10. napon egyensúlyba került, azaz az AO normalizálódott. A 12. hónapos kontroll során az esetek 67%-ban (14/21) 2x40 mg, 19%-ban (4/21) 2x80 mg, 5%-ban (1/21) 3x80 mg esomeprazol kezelés bizonyult hatásosnak. Két betegben a vizsgálatot compliance hiánya miatt nem fejezték be. A szerzők elsőként végeztek esomeprazol terápia optimalizáló és titráló vizsgálatot ZES és IGH betegekben. Megállapították, hogy az esomeprazol kezelés megfelelő hatás-titrálással alkalmas az excessiv gyomorsavtúltengéssel járó kórképek kezelésére (6).

NSAID prevenció

A nem szteroid gyulladásgátlók (NSAID) ismert módon gastroduodenális mucosa károsodást okoznak gyakorta felső hasi és reflux típusú tünetcsoport kiváltásával együtt. Mind a hagyományos NSAID készítmények, mind a szelektív cyclooxygenáz gátlók (COX-2 gátlók) adása kapcsán dyspepsia, gyomorégés, savas regurgitáció és hányinger léphet fel. Ismert, hogy a PPI készítmények képesek kivédeni vagy csökkenteni az NSAID-ek és COX-2 gátlók által indukált gasztroduodenális fekély és/vagy erózió kialakulásának kockázatát. Kevésbé feltárt terület, hogy a PPI szerek hatásosak-e az NSAID/COX-2 gátlók által indukált dyspepsiás és reflux tünetek kivédésében. Neves szerzők Cristian Hawkey vezetésével öt korábbi RCT vizsgálat post hoc analízisével igyekeztek tájékozódni, hogy az esomeprazol szerek hogyan befolyásolják az NSAID által provokált klinikai tüneteket. A szerzők metaanalízissel összegezték a NASA1 és SPACE1 vizsgálatok (NSAID szedők, felhasi tünetek fekély nélkül, *H. pylori* negatívok), a PLUTO és VENUS vizsgálatok (korábbi fekélyes vagy idős betegek

NSAID kezeléssel, *H. pylori* negatívak) és a “285-ös” vizsgálat (NSAID szedő, *H. pylori* negatív gyomorfekélyesek) eredményeit. Összesen 2926 beteg eredményeit értékelték, közülük 50-87%-ban tapasztaltak gyomorerógiát, 40-77% savas regurgitációt a program kezdetén, tehát a PPI szerek nélküli NSAID kezelés kapcsán. Minden vizsgálatban napi 20-40 mg esomeprazol volt a vizsgálati szer, amit 4, 8 hétig vagy 6 hónapig alkalmaztak az egyes protokolloktól függően. A gyomorerógiás és savas regurgitáció az esetek 61-67%-ban megszűnt az esomeprazol kezelés mellett ami szignifikánsan hatásosabb a placebo és ranitidin kezelés tünet protektív eredményeinél is (7).

A szerzők konklúziója szerint napi 20-40 mg esomeprazol terápia alkalmas arra, hogy az NSAID kezelés kapcsán fellépő reflux típusú tüneteket, panaszokat kivédje, megszüntesse.

Az esomeprazol napi 20 mg és 40 mg dózisban hatásosnak bizonyult az NSAID és COX-2 gátlók által kiváltott gasztrooduodenális léziók és dyspepsiás tünetek megelőzésében és kezelésében. Ezeket a megállapításokat a NASA1 és SPACE1 tanulmányok rövid távú, 4 hetes fázisának adataira alapozták. A nemzetközi munkacsoport a tanulmányokat 6 hónapig tovább folytatta (NASA2 és SPACE2 vizsgálatok). A meghosszabbított protokoll szerint azt vizsgálták, hogy a tartós NSAID/COX-2 gátló kezelés mellett a gasztrointesztinális mellékhatás prevencióként tovább adott esomeprazol a placebo kezeléshez képes hogyan képes a klinikai tünet és panaszmentességet fenntartani. A NASA2 vizsgálatban napi 20 mg és 40 mg esomeprazol prevenció kezelés mellett a betegek 28.3%-ában és 24.3%-ában újultak ki a dyspepsiás panaszok, ami szignifikánsan kisebb visszaesési arány a placebo csoportban tapasztaltakhoz (38.2%) képest. Hasonló eredményeket kaptak a SPACE2 tanulmányban is, ahol 6 hónap után a 20 mg és 40 mg esomeprazol mellett 30.7%-os illetve 28.7%-os volt a gasztrointesztinális panaszok kiújulási aránya. A szerzők véleménye szerint az esomeprazol kezelés (20 és 40 mg/nap) a betegek többségében képes a tartós NSAID/COX-2 kezelés által kiváltott dyspepsiás panaszok kivédésére (8).

Az endoszkópos vizsgálat javallata

Az ún. “open access” endoszkópiák száma növekszik, azaz a háziorvosok szabadon javasolhatják az endoszkópiákat. Egyes felmérések szerint ugyanakkor mintegy 60%-ban az endoszkópos vizsgálatok során nem találnak kóros elváltozást. Holland szerzők a körzeti orvosok által vizsgálatra küldött betegek tünettartát, a vizsgálati indikációkat és az endoszkópos eredményeket elemezték. Két év alatt (2002-2004) összesen 1298 endoszkópot végeztek és az eseteknek csupán 48%-ban találtak endoszkópiával kóros eltérést. Az ún. alarm tünetek jelenléte nem növelte az endoszkópos eltérések gyakoriságát. Kóros endoszkópos eltérések esetén 31%-ban, negatív endoszkópos leletek kapcsán 30%-ban tapasztaltak ún. alarm tüneteket a betegek a vizsgálatok előtt. Az alarm tünetek 4%-os prediktív értékkel valószínűsítették a gyomorrák előfordulását, a reflux típusú tünetek 33%-os prediktív értékkel jelezték előre az eróziós reflux oesophagitist. A szerzők konklúziója szerint az ún. open access endoszkópos beutalási rendszer nem növelte a vizsgálatok találati arányát és az alarm tünetek is csak kis mértékben valószínűsítették a daganatos kórképek előfordulását (9).

Olasz multicentrikus vizsgálatban azt vizsgálták, hogy vajon a felső endoszkópiák javallata mennyire megalapozott. A szerzők az ASGE felső endoszkópia javallati körét tekintették vizsgálati alapként, azt elemezték, hogy az ASGE által meghatározott 14 felső endoszkópiát indikáló javallati pont mennyire felelt meg az olasz gyakorlatnak. A vizsgálatba úgynevezett “open access” endoszkópos centrumokat vettek be, azaz olyan munkahelyeket, ahová háziorvosok, belgyógyászok és gasztroenterológus specialisták egyaránt irányíthattak betegeket felső endoszkópiára. Összesen 44 olasz munkahelyen egy hónap alatt vizsgálatra küldött 6270 beteg adatait elemezték. A felmérés szerint az indokolatlan endoszkópiák aránya a körzeti orvosok által beküldött betegek esetén 29.4%-os volt, míg a specialisták 12.9%-ban indikáltak vizsgálatot megalapozatlanul.

A diagnosztikus találat a megfelelő indikációval végzett endoszkópiák kapcsán 52% volt, az indokolatlan endoszkópiák 29%-os találati arányával szemben. A 136 malignus elváltozás közül csupán egy esetben volt a vizsgálat javallata az ASGE definíciók szerint megalapozatlan. A szerzők konklúziója szerint az úgynevezett “open access” endoszkópia hasznos a klinikai gyakorlatban, ugyan-

akkor a megfelelő megalapozottságú javallatok biztosítása rendkívül fontos mind szakmai, mind költséghatékonysági szempontból (10).

Gasztroduodenális vérzés

Az akut fekélyvérzés kezelésében az endoszkópos vérzéscsillapítást követő parenterális savszekréciógátló kezelés napjainkban már elfogadott evidencia. A gyomorszekrétrum pH gyors és tartós emelése stabilizálja a fekélyfelszíni coagulumot, csökkenti az újrávérzés kockázatát. Mindez az endoszkópos vérzéscsillapítást követő 48 órában fontos, ugyanis az újrávérzések többsége ezen időszakban lép fel. Görög szerzők folyamatosan infúzióban adagolt pantoprazol (40 mg i.v. bolus, majd 8 mg/óra 48 órán át) és infúzióban folyamatosan adott somatostatin (250 µg bolus majd 250 µg/óra 48 órán át) savszekréció gátló és újrávérzés megelőző hatását vizsgálták fekélyvérzőkben az endoszkópos vérzéscsillapítást követően. Összesen 169 fekélyvérző beteget vontak be a vizsgálatba, a gyógyszereket random szerint adagolták (pantoprazol: 82 beteg, somatostatin: 82 beteg). A 24 órás intragastricus pH mérést mindkét csoportban 30-30 betegben végezték el. A bevonáskor végzett urgens endoszkópiával azonos súlyosságú vérzésforrásokat találtak mindkét kezelési csoportban (Forrest Ia/Ib/IIa: 16/36/30 beteg). A somatostatinnal kezeltékben 17%-os, a pantoprazollal kezeltékben csak 5%-os volt az újrávérzés gyakorisága ($p=0.046$). A sürgős műtét igénye és a mortalitás hasonló volt az egyes kezelési csoportokban. A savszekréció gátló hatásban sem észleltek különbséget ($pH>6$ a mérési idő $>85\%$ -ban); somatostatin 47%; pantoprazol 57%; ($p=0.44$). A szerzők konklúziója szerint a somatostatin és a pantoprazol infúzió azonos savszekréció gátló hatása ellenére a pantoprazol infúzió kezelés hatékonyabban előzi meg az újrávérzést fekélyvérző betegekben az endoszkópos vérzéscsillapítást követően (11).

A COX-2 gátló szerek egyes fajtáinak kereskedeleméből való visszavonása után a hagyományos NSAID szerek használata anélkül növekedett, hogy megfelelő gyomorvédő kezelési stratégiát alkalmaznának. Spanyol szerzők a savszekréció-gátló szerek és nitrát készítmények fekélyvérzést megelőző hatását vizsgálták nem szelektív NSAID készítményeket, aspirint, thrombocyta-aggregáció gátlót és anticoaguláns szereket szedők körében. A tanulmányban 2777 endoszkóppal bizonyított felső gasztrointesztinális vérző beteget és 5532 kontrollt vizsgáltak. Megállapították, hogy mind a PPI szerek, mind a H₂-receptor gátlók, mind pedig a nitrát készítmények csökkentették a gasztrointesztinális vérzés rizikóját (RR 0.33 v.s. 0.65 v.s. 0.52). A PPI készítmények nagyobb mértékben mérsékeltek a vérzéskockázatot hagyományos NSAID szedőkben, mint a H₂RA készítmények és nitrát tartalmú gyógyszerek. Hasonló különbséget észleltek az egyes gyógyszerek védő hatásában az alacsony dózisú aspirin szedőkben és clopidogrilrel kezelték között is. Az anticoagulánsokkal kezeltékben sem a nitrát, sem a H₂RA, sem a PPI kezelés nem nyújtott hatékony védelmet a felső gasztrointesztinális vérzéssel szemben. A szerzők konklúziója szerint a savszekréció-gátlók és nitrát készítmények csökkentik a vérzés kockázatát az NSAID és aspirin készítményt szedőkben. A leghatékonyabbnak a PPI kezelés mutatkozott, azonban az anticoagulánsok vérzéskiváltó kockázatát egyik készítmény sem mérsékelte (12).

Az akut coronaria szindrómák percutan coronarographiás intervenciók terápiaja terjedőben van. A beavatkozást követő gasztrointesztinális vérzések a mortalitást növelik, emiatt a percutan coronarographiás intervenciókkal kapcsolatos gasztrointesztinális vérzések megelőzése stratégiai kérdéssé vált. Amerikai szerzők hét év anyagát elemezték, vizsgálták, hogy összesen 5677 coronaria intervenció után milyen arányban fordult elő akut gasztrointesztinális vérzés a beavatkozást követő 30 napon belül. Az adatbázis elemzése szerint összesen 1.2%-ban lépett fel akut gasztrointesztinális vérzés. Elemezték az etiológiai faktorokat és kockázati tényezőket. Növelte a gasztrointesztinális vérzés kockázatát a coronaria intervenció kapcsán fellépő szív-megállás, az inotrop szerek szükségessége, továbbá a percutan coronarographiás intervenció előtti thienopyridin kezelés, és az idős kor. Amennyiben a coronaria intervenció után proton-pumpa gátlót adtak, akkor a vérzés kockázata csökkent. A vérző betegek 33%-ban vált szükségessé endoszkópos terápia. A coronaria intervenciót követő gasztrointesztinális vérző betegek mortalitása 11.9% volt, szemben a vérzésmentes csoport 0.5%-os halálozásával. A tanulmány konklúziója szerint a felső gasztrointesztinális vérzés relatíve gyakran fordul elő coronaria intervenciót követően és a mortalitást egyértelműen növeli. A vérzés szempontjából a leg-

nagyobb kockázatot az akut myocardiális infarctus miatt végzett coronaria intervenció, továbbá a haemodinamikai instabilitás képezik. A proton-pumpa kezelés csökkenti a vérzés rizikóját (13).

A portális nyomásfokozódás miatt kialakuló gastricus varixok vérzéseinek mortalitása igen magas, különösen kiújuló varix vérzés esetén, ami az izolált gastricus varixok (GOV2-es típus) cyanoacrylat injekciós kezelése után is kb. 20-40%-ban fordulhat elő. Tajvani szerzők prospektív randomizált vizsgálatban a gastricus varixok vérzéseinek másodlagos profilaxisára a cyanoacrylat injekciós kezelést hipertóniás (50%-os koncentrációjú) glukóz injekciókkal kombinálták. Az első kezelési csoportban (n=34) a sikeres cyanoacrylat kezelés után (varix méret $\leq F1$) csupán ellenőrző endoszkópiákat végeztek. A második kezelési csoportban (n=33), amennyiben a cyanoacrylat kezelést követően növekedtek a varixok ($\geq F1$) négyhetenként paravasalisán 10-20 ml 50%-os glukóz oldatot injektáltak. A második betegcsoportban az esetek 61%-ban végeztek hipertóniás glukóz injekciós kezelést, átlagosan 4 ± 2.6 alkalommal. A 24 hónapos követés során a Kaplan-Meier analízis szerint a kombináltan kezelték 92.8%-ban, a csak cyanoacrylattal kezelték 71.4%-ban tapasztaltak varix méret progresszió mentességet ($p=0.029$). A varixok morfológiájának különbsége ellenére a kumulatív túlélésben nem tapasztaltak differenciát (82.6% v.s. 82.3%). A szerzők véleménye szerint a gyomor varixok mellé, a mucosába adott hipertóniás glukóz oldat steril gyulladást, fibrozist és varix kompressziót vált ki. A kombinált varix kezelés mérsékli a varix méret progressziót és csökkenti a varix vérzés kiújulásának kockázatát is (14).

A görögdinnye gyomor (watermelon stomach) gyakran észlelt endoszkópos diagnózis cirrhosisos valamint systemas sclerosisos betegekben. A gyomor antrumának radier lefutással megjelenő vascularis ectasiája occult vagy manifeszt vérzés kapcsán jelentős anaemiához, transzfúzió igényhez vezethet. Az elváltozás kezelésben az argon plasma coaguláció (APC) hatékony kezelési módnak bizonyult. Rendszerint több (3-5) endoszkópos APC kezeléssel a vascularis ectasiák szanálhatók, a vérzés üteme mérséklődik, a transzfúzióigény csökken. Ohioi szerzők egy 74 éves, cirrhosisban szenvedő, görögdinnye gyomor képét mutató anaemiás betegben APC kezelés sorozatot végeztek. Nyolc hónap alatt összesen 7 alkalommal kezelték a beteget APC-vel, 50 W energiával, 1 l/min argon gáz adagolással. A kezelések során, mellyel az antrumterület 25-30%-ot befedő vasculáris ectasiákat termocoagulálták, felszínes ulceratiókat képeztek. Az ötödik kezelést követően mérsékelt mucosalis nodularitást és sérülékenységet észleltek az antrumban. 8 hónappal a kezelési sorozat megkezdését követően a beteget hányinger, savhaematinos hányás miatt vették fel. Az ekkor végzett endoszkópiával jelentős mennyiségű pangó gyomorsecretumot és ételmaradékot találtak az antrum redőzetének durva megvastagodása, nodularitása mellett és csaknem komplett gyomor kimeneti obstructiót észleltek. A biopsziás vizsgálat reaktív gyomornyálkahártya elváltozásokat, granulációs szövetproliferációt mutatott, melyet a korábbi thermikus sérülés következményének tartottak. Konzervatív kezelésre kényszerültek, mert a beteg a műtétet elutasította. A szerzők konklúziója szerint az APC kezelés ritkán mucosalis nodularitást, granulációs szövetszaporulatot okozhat, mely az antrum elzáródásához vezet. Ezt a jelenséget különösen a többszörös APC kezelés válthatja ki (15).

Az akut fekélyvérzés endoszkópos kezelésében a hemoclip vérzéscsillapító eljárás egyre nagyobb teret nyer. A három ágú clip, az úgynevezett triclíp egy új eszköz. A hagyományos clipek kétágú, endoszkópos behelyezővel összecusukható fémkapcsok. Amerikai szerzők a hagyományos kétágú és az új, három ágú triclíp vérzéscsillapító hatását hasonlították össze 100 fekélyvérzőben egy randomizált, prospektív vizsgálatban. 50-50 betegben kétágú clipet vagy triclipet igyekeztek felhelyezni aktívan vérző fekélyesekben (Forrest Ia, Ib, IIa vagy IIb típusú fekélyek érképletére). A hagyományos clipekkel 94%-os, a triclippelel 76%-os primer haemostasist értek el. Nem volt különbség az újrávérzés és a transzfúzió vagy sebészeti beavatkozási igény arányában a két kezelési csoportban. A szerzők konklúziója szerint a hagyományos hemoclip hatékonyabb endoszkópos vérzéscsillapító módszer mint a triclíp. Különösen a nehezen elérhető endoszkópos pozícióban bizonyult előnyösebbnek a hagyományos, kétágú cliptípus (16).

A gyomorrák etiológiájának tanulmányozásakor ismételten felmerül a kérdés, hogy a *H. pylori* infekció mellett vajon a cholecystectomy utáni állapot is hajlamosító tényező-e? Cholecystectomyzáltak-

ban fokozott duodeno-gastrikus epés reflux alakulhat ki, és az epesavak által kiváltott chronicus gastritis premalignus mucosalis folyamatokhoz vezethet. Svéd szerzők azt vizsgálták a nemzeti egészségügyi regiszterek felhasználásával, hogy az 1970-1997 között cholecystectomián átesett 251.672 személyben növekedett-e a gyomorrák incidenciája a kontrollkóhoz, tehát az átlag populációhoz képest. Cholecystectomy után 11%-os átlagos gyomorrák rizikó növekedést tapasztaltak ($SIR=1.11$, 95% CI 1.04-1.19), de a rák rizikó növekedés csupán férfiakban volt kimutatható ($SIR=1.21$, 95% CI 1.10-1.32). A rizikó növekedés átlagosan 10 évvel az epeműtét után jelentkezett, a tendencia azonban az idő előrehaladásával megszűnt. A cardia rákok gyakorisága egyáltalán nem változott epeműtét után. A szerzők konklúziója szerint elvethető az aggály miszerint az epeműtétek gyomorrák kialakulására hajlamosítanak (17).

A stockholmi Karolinska Intézet munkatársai azt vizsgálták, hogy vajon a korábbi gyomorműtétek növelik-e a gyomor carcinoma későbbi kockázatát. Ismert álláspont, hogy a korábbi nyombélfekély csökkenti a gyomorrák veszélyét, ugyanakkor a gyomorfekély gyomorrák növelő kockázatot jelent. Összesen 59.000 nyombélfekélyes és 79.000 gyomorfekélyes továbbá 12.800 gyomorrezekción átesett beteg adatait elemezték a svéd Egészségügyi Regiszter 1970 és 2003 közötti adatait áttekintve. Megállapították, hogy a korábbi nyombélfekélyek a non cardia típusú gyomorrákok standardizált incidenciárányát 50%-al csökkentették ($SIR=0.5$, 95% CI 0.4-0.7). A cardia rákok standardizált incidenciája ugyanakkor mérsékelten emelkedett ($SIR=1.2$, 95% CI 0.8-1.7). A nem operált gyomorfekélyek megkétszerezték a gyomorrák rizikót a non cardia típusú rákokra ($SIR=2.1$ 95% CI 2.0-2.4) és a cardia rákokra vonatkozóan is ($SIR=1.9$, 95% CI 1.4-2.3). Azok a betegek akik nyombélfekély miatt kerültek gyomorrezekciós műtetre 60%-os gyomorrák rizikó emelkedést mutattak a későbbiekben. Amennyiben a gyomorfekély miatt történt rezekciós műtét akkor az operáció nélküli gyomorfekélyesekhez képest 40%-os gyomorrák rizikó csökkenést tapasztaltak. A szerzők konklúziója szerint a korábbi nyombélfekély csupán a non cardia típusú rákkal szemben mutat némi védelmet, a cardia rákokra ez a protektív hatás már nem érvényes (18).

Tajvani szerzők prospectiv Cohort vizsgálatban a *Helicobacter pylori* infectio hatását vizsgálták a különböző gyomor malignomák kialakulására vonatkozóan. Összesen 1225 nem fekélyes dyspepsiás vagy gyomor és nyombélfekélyes beteget vontak be a vizsgálatba. A betegek 50.4%-ban mutattak ki *Helicobacter* infectiot. A betegeket 1-3 éves intervallumban ellenőrizték endoszkóppal és összesen 6.3 évig követték. Ezidő alatt 7 betegben észlelték az adenocarcinoma kialakulását a *H. pylori* fertőzöttek között, míg a *H. pylori* negatívak között egy gyomordaganatot sem tapasztaltak. Egy esetben gyomorlymphoma kifejlődését észlelték a *H. pylori* fertőzöttek körében. Összesen tehát a *H. pylori* infectio mellett 1.3%-os volt a gyomordaganat képződési arány, míg a nem fertőzöttekben gyomordaganatot nem észleltek az ellenőrző vizsgálatok során. A *H. pylori* sikertelen eradikációs kísérlete nem befolyásolta a későbbi daganatképződési tendenciát, ugyanis a sikertelenül kezeltékben 1.4%-os, míg az eradikációban nem részesülőben 1.2%-os volt a malignomák kialakulási aránya. Multivariációs analízis szerint az intestinális metaplasia volt az egyetlen független prediktív faktor a későbbi malignitásra nézve. A szerzők konklúziója szerint megerősítettnek tekinthető a *H. pylori* daganatképző effektusa. A *H. pylori* fertőzött intestinális metaplasias betegek endoszkópos követése indokolt (19).

VARIA

A Marfan szindróma az FBN1 gén mutációján alapuló kórkép, gyakran fordul elő a fibrillin 1 glycoprotein hiánya miatt herniaképződés. Leggyakrabban inguinalis herniát észlelnek Marfan szindróma mellett. A szerzők egy nagyméretű paraoesophagealis hiatus herniát mutattak ki egy Marfan szindrómás betegben. Közleményükben bemutatják a tüneteket okozó paraoesophagealis hiatus hernia endoszkópos radiológiai és CT képét. Az érdekes és jól dokumentált kazuisztikai közlemény felhívja a figyelmet, hogy Marfan szindrómában veleszületetten nagyméretű diaphragmatikus herniák így paraoesophagealis hiatus hernia is előfordulhat. Más oldalról, amennyiben a gasztroenterológusok fiatalokban ilyen nagy méretű hiatus herniát találnak vessék fel a Marfan szindróma lehetőségét ezáltal a hirtelen halállal fenyegető kórképre, dissecáló aorta aneurysmára hajlamosító kórképet időben felismerhetik (20).

A body mass index (BMI) növeli mind a GERD, mind a felső és alsó gasztrointesztinális tünetek incidenciáját. Elsősorban a hányás, az abdominális fájdalom, puffadás és diarrhoe gyakoribb a magas BMI-jű betegekben. Kim és munkatársai 27.319 felső endoszkópián átesett betegben vizsgálták a BMI hatását. Megállapították, hogy mind a gyomor és nyombélfekély, mind az erosiv gastritis gyakrabban fordult elő a túlsúlyos vagy kövér betegekben a normális BMI indexűekhez képest. Megállapításuk szerint a pszichoszomatikus tüneteknek nem volt befolyása a gasztrointesztinális kórképekre, csupán a magas BMI által feltételezhetően fellépő kóros gasztrointesztinális funkciók és anatómiai elváltozások állnak a jelenség hátterében (21).

A familiáris juvenilis polyposis szindróma (FJP) egy olyan hamartomatosus gastrointestinalis polyposis syndroma amely az egész gasztrointesztinális traktust érintheti. Más adenomatosus polyposis syndromáktól eltérően a juvenilis polyposis már a gyermekkorban jelentkezik. Újabb adatok bizonyítják, hogy carcinoma a juvenilis polyposis talaján is kialakulhat és a hisztológiailag bizonyított hamartoma és hyperplasticus lelet sem nyújt garanciát a későbbi malignizálódással szemben. Az FJP-ben a gyomor adenocarcinoma kumulatív rizikója 15-21% közötti lehet. Az SMAD4 és BMPR1A gének mutációja játszik szerepet a folyamatban, melyben a transforming growth faktor β signaling germline mutáció is részt vesz. Ezek a jelenségek az FJP betegek 20%-ban kimutathatók. Mindezek alapján FJP-ben ajánlatos 1-2 évente a felső endoszkópia elvégzése 25 éves kórtól kezdődően. Pittsburgi szerzők egy 52 éves férfi esetét ismertetik. A beteg hasi fájdalom, haematemesis és anaemia miatt került kivizsgálásra. A felső endoszkópia masszív gastricus polyposist mutatott a gyomor csaknem egészét kitöltően. A CT polypoid masszát jelzett a gyomorban. Gastrectomiát végeztek, a szövettani vizsgálat hyperplasticus és granulációs szövetet mutatott. A jól dokumentált eset tanulsága szerint az FJP-s betegekben a rendszeres felső endoszkópos vizsgálat nélkülözhetetlennek látszik (22).

Kanadai szerzők azt vizsgálták, hogy amennyiben a hasi CT vizsgálat kóros gyomorfallal megvastagodást ír le, akkor vajon az endoszkópos ultrahangos vizsgálatról vagy a hagyományos gastro-duodenoscopiás vizsgálatról várható-e több információ a folyamat jellegére vonatkozóan. A vizsgálatba 69 beteget olyan beteget vontak be, akikben a gyomor CT gyomorfallal és gyomorredő megvastagodást írt le és egyúttal daganat gyanúját vetette fel. A betegek 51%-a tünet- és panaszmentes volt. Minden esetben elvégezték a hagyományos felsőendoszkópiát és az endoszkópos ultrahang vizsgálatot is. Amennyiben a felső endoszkópia negatívnak bizonyult, akkor az esetek 100%-ban az endoszkópos ultrahangos lelet is szabályos, negatív volt. Amennyiben a felső endoszkópia kórosat jelzett, akkor endoszkópos ultrahangos sonographiával az esetek 70%-ban tudtak kóros eltérést igazolni. A szerzők konklúziója szerint a negatív endoszkópos lelet biztosan előjelezte, hogy az endoszkópos ultrahang lelet is negatív lesz. Ezért amennyiben a pozitív gyomor CT lelet után elvégzett rutin felső endoszkópos vizsgálat nem mutat kórosat, akkor az endoszkópos ultrasonographiára nincs szükség (23).

A gyomorkimeneti obstrukció különböző daganatos betegségek késői szövődménye lehet. Ilyenkor az elsődleges cél az obstruktív tünetek megszüntetése. Az öntáguló fémstentek ígéretesnek tűnnek a végstádiumú daganatos betegek gyomorkimeneti obstrukcióinak palliatív terápiajában. Nemzetközi multicentrikus vizsgálat keretében holland, olasz és német vizsgálók a Boston Scientific Wall-Flex stent terápia hatását tesztelték a behelyezést követő 30 napos intervallumban. Összesen 62 betegbe helyeztek be a gyomorkimeneti obstrukció miatt enterális fém stentet. Minden beteg hányingert, hányás és táplálkozási képtelenséget jelzett az enterális stent behelyezése előtt. A szűkületek átlagos hossza 4 cm volt. Az esetek 85%-ban értek el klinikailag javulást, a betegek átlagosan egy nappal a stent behelyezést követően folyékony és/vagy pépes étel fogyasztására már képesek voltak. 17%-os szövődmény gyakoriságot észleltek, melyek közül egy eset bizonyult perforációnak. A közlemény az első európai multicentrikus vizsgálat, mely azt bizonyította, hogy az öntáguló fémstentek alkalmasak a végstádiumú daganatok gyomorkimeneti szűkületének kezelésére (24).

A pylorus és a duodenum sztenózis a peptikus fekélybetegség ismert szövődménye. Jelen felfogásunk szerint a sztenózis megoldása sebészi lehet csupán, a sztenózis endoszkópos ballon dilatációs kezelése csak különleges esetekben és csupán átmeneti eredménnyel jön szóba. Angol szerzők azt

vizsgálták, hogy lehetséges-e a gyomorürülési zavart okozó pylorus és/vagy duodenum sztenózisok tartós és eredményes kezelése a ballonos tágítás és gyógyszeres terápia kombinációjával. Összesen 23 betegben (átlagéletkor 71 év) próbálkoztak a kombinált kezeléssel, 43 hónapos követés eredményeit összegezték. A sztenózisok kezdetben a gyomor ürülését akadályozták és a 9 mm átmérőjű endoszkópot nem tudták átvezetni a szűkületen. Boston-Scientific tágító ballont használtak, mely az endoszkópos csatornán átvezethető és 15 mm-re tágítja fel a szűkült lument.

A kórkép etiológiáját minden esetben igyekeztek feltárni és az oki kezelésre is törekedtek. A betegek közül 12-ben *H. pylori* infekció, 3 esetben NSAID, 5 esetben NSAID/aszpirin és *H. pylori* infekció kombinációja volt a fekélyképződés oka. Három betegben az etiolgia nem tisztázódott. Betegenként átlagosan két alkalommal végeztek ballonos tágítást. Hat beteg nem igényelt tartós PPI kezelést, 17 esetben azonban folyamatos savszekréció-gátlásra volt szükség a recidiva elkerülésre és a panaszmentesség biztosítására.

A szerzők konklúziója szerint amennyiben a szövődményes sztenózist okozó fekély kiváltó okát megszüntették, továbbá tartós savszekréció-gátló kezelést biztosítottak, akkor a pyloro- duodenális sztenózisok ballonos tágítása a műtéti eljárás alternatívája lehet (25).

Az elmúlt évtizedekben egyre több beteg kap tartósan PPI vagy H₂RA kezelést sav indukálta kórképek miatt. Felmerül a kérdés, hogy növeli-e a tartós savszekréció-gátló kezelés az enterális infekciókat? Kanadai szerzők elektronikus adatbázisok elemzésével megvizsgálták, hogy a *Clostridium difficile* infectio gyakoribb-e savszekréció-gátló kezelés kapcsán. Összesen 2948 *Clostridium difficile* fertőzött adatait elemezték. Az OR:1.94 volt, azaz a savszekréció-gátló kezelés csaknem kétszeresére növelte a *Clostridium difficile* fertőzés kockázatát. A fertőzés és a PPI kezelés közötti kapcsolat erősebbnek bizonyult, mint az H₂RA kezelés kapcsán tapasztalt gyakoriság növekedés (OR:1.96 v.s. OR:1.40). A *Salmonella* és *Campylobacter* fertőzés kockázatát a savszekréció-gátló kezelés még jobban növelte (OR:2.55). Hasonlóképpen itt is nagyobb volt a PPI kockázatonővelő hatása, mint a H₂RA kezelésé (OR:3.33 v.s. OR:2.03). A szerzők konklúziója szerint a savszekréció-gátló kezelés és az enterális infekciók között összefüggés állapítható meg (26).

Irodalom:

1. *Sung, J.*: Endoscopy is necessary before treating *Helicobacter pylori* in patients with dyspepsia. *Am J Gastroenterol* 2007, 102: 473-474
2. *Zagari, M.R., Bianchi-Porro, G., Fiocca, R. et al.*: Comparison of 1 and 2 weeks of omeprazole, amoxicillin and clarithromycin treatment for *Helicobacter pylori* eradication: the HYPER study. *Gut* 2007, 56, 475-479
3. *Bortoli, N., Leonardi, G., Ciancia, E. et al.*: *Helicobacter pylori* eradication: a randomized prospective study of triple therapy versus triple therapy plus lactoferrin and probiotics. *Am J Gastroenterol* 2007, 102: 951-956
4. *Perri, F., Cotugno, R., Piepoli, A. et al.*: Aberrant DNA methylation in non-neoplastic gastric mucosa of *H. pylori* infected patients and effect of eradication. *Am J Gastroenterol* 2007, 102: 1361-1371
5. *Tucci, A., Bisceglia, M., Rugge, M. et al.*: Clinical usefulness of gastric-juice analysis in 2007: the stone that the builders rejected has become the cornerstone. *Gastrointest Endosc* 2007, 66: 881-890
6. *Metz, D.C., Sastek, M.B., Ruszniewski, P. et al.*: Effects of esomeprazole on acid output in patients with Zollinger-Ellison syndrome or idiopathic gastric acid hypersecretion. *Am J Gastroenterol* 2007, 102, 2648-2654
7. *Hawkey, C.J., Jones, R.H., Yeomans, N.D. et al.*: Efficacy of esomeprazole for resolution of symptoms of heartburn and acid regurgitation in continuous users of non-steroidal anti-inflammatory drugs. *Aliment Pharmacol Ther* 2007, 25, 813-821
8. *Hawkey, C.J., Talley, N.J., Scheiman, J.M. et al.*: Maintenance treatment with esomeprazole following initial relief of non-steroidal anti-inflammatory drug-associated upper gastrointestinal symptoms: the NASA2 and SPACE2 studies. *Arthritis Research & Therapy* 2007, R17 (doi 10.1186/ar2124): 1-9

9. *van Kerkhoven, L.A.S., Rijswijk, S.J., van Rossum, L.G.M. et al:* Is there any association between referral indications for open-access upper gastrointestinal endoscopy and endoscopic findings? *Endoscopy* 2007, 39, 502-506
10. *Hassan, C., Bersani, G., Buri, L. et al:* Appropriateness of upper-GI endoscopy: an Italian survey on behalf of the Italian Society of Digestive Endoscopy. *GIE* 2007, 65:767-774
11. *Tsibouris, P., Zintzaras, E., Lappas, C. et al:* High-dose pantoprazole continuous infusion is superior to somatostatin after endoscopic hemostasis in patient with peptic ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol* 2007, 102, 1192-1199
12. *Lanas, A., García-Rodríguez, L.A., Arroyo, M.T. et al:* Effect of antisecretory drugs and nitrates on the risk of ulcer bleeding associated with nonsteroidal anti-inflammatory drugs, antiplatelet agents, and anticoagulants. *Am J Gastroenterol* 2007, 102: 507-515
13. *Chin, M.W.S., Yong, G., Bulsara, M.K. et al:* Predictive and protective factors associated with upper gastrointestinal bleeding after percutaneous coronary intervention: a case-control study. *Am J Gastroenterol* 2007, 102, 2411-2416
14. *Kuo, M.J., Chen, G.H., Yang, S.S. et al:* Improvement of tissue-adhesive obliteration of bleeding gastric varices using adjuvant hypertonic glucose injection: a prospective randomized trial. *Endoscopy* 2007, 39, 487-491
15. *Farooq, F.T., Wong, R.C.K., Yang, P. et al:* Gastric outlet obstruction as a complication of argon plasma coagulation for watermelon stomach. *Gastrointest Endosc* 2007, 65:1090-1092
16. *Lin, H-J., Lo, W-C., Cheng, Y-C.:* Endoscopic hemoclip versus triclip placement in patients with high-risk peptic ulcer bleeding. *Am J Gastroenterol* 2007, 102: 539-543
17. *Fall, K., Weimin, Y., Nyrén, O.:* Risk for gastric cancer after cholecystectomy. *Am J Gastroenterol* 2007, 102, 1180-1184
18. *Bahmanyar, S., Ye, W., Dickman, P.W.:* Long-term risk of gastric cancer by subsite in operated and unoperated patient hospitalized for peptic ulcer. *Am J Gastroenterol* 2007, 102, 1185-1191
19. *Hsu, P-I., Lai, K-H., Hsu, P-N. et al:* Helicobacter pylori infection and the risk of gastric malignancy. *Am J Gastroenterol* 2007, 102: 725-730
20. *Keswani, R.N., Prachand, V.N., Te, H.S.:* Paraesophageal hernia: a rare presentation of Marfan syndrome in adults. *Gastrointest Endosc* 2007, 66: 1050-1052
21. *Kim H.J. et al.:* Influence of overweight and obesity on upper endoscopy findings. *J. Gastroenterol Hepatol* 2007, 22: 477-481
22. *Crespo, SM., Ramanathan, R.C., Kuan, S. et al.:* Gastric polyposis in familial juvenile polyposis. *GIE* 2007, 66, 821-822
23. *Lam, E.C., Rego, R.R., Paquin, S.C. et al:* In patients referred for investigation because computed tomography suggests thickened gastric folds, endoscopic ultrasound is superfluous if gastroscopy is normal. *Am J Gastroenterol* 2007, 102, 1200-1203
24. *van Hooft, J., Mutignani, M., Repici, A. et al:* First data on the palliative treatment of patients with malignant gastric outlet obstruction using the Wall-Flex enteral stent: a retrospective multicenter study. *Endoscopy* 2007, 39: 434-439
25. *Cherian, P.P., Cherian, S.I., Singh, P.:* Long term follow-up of patients with gastric outlet obstruction related to peptic ulcer disease treated with endoscopic balloon dilatation and drug therapy. *Gastrointest Endosc* 2007, 66, 491-497
26. *Leonard, J., Marshall, J.K., Moayyedi, P. et al:* Systematic review of the risk of enteric infection in patients taking acid suppression. *Am J Gastroenterol* 2007, 102:2047-2056



Ettől biztosan
eláll a sava!



RICHTER GEDEON



1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Operatív Marketing Osztály: 432 6148 www.richter.hu

Hatóanyag: 30 mg lansoprazolum kapszulánként Terápiás javallatok: Gastro-oesophagealis refluxbetegség gyógyítása és hosszú távú kezelése. Ulcus duodeni, benignus ulcus ventriculi, reflux oesophagitis, a H₂-receptor antagonistákra nem reagáló esetekre is. Helicobacter pylori eradikációja a felső gastrointestinalis tractusból, megfelelő antibiotikum kombinációban. Savas dyspepsiával összefüggő tünetek (gyomorégés, felső epigastriális fájdalom) enyhítése. NSAID-kezeléssel kapcsolatos benignus gyomorfekély és nyombélfekély kezelése, ill. profilaxisa; a tartós NSAID-kezelés mellékhatásainak csökkentése. Fokozott savtermeléssel járó kóros állapotok (beleértve a Zollinger-Ellison szindrómát) hosszú távú kezelése. **Ellenjavallatok:** A készítmény bármely összetevője iránti túlérzékenység. Terhesség. Szoptatás. Gyermekek (elegendő klinikai tapasztalatok hiányában). Rosszindulatú gyomorfekély, malignus oesophagus-megbetegedés. **Mellékhatások:** A Lansone kapszula szedése során jelentkező mellékhatások általában enyhék és átmenetiek. **Leggyakrabban észlelt nemkívánatos hatások:** fejfájás, tremor, álmatlanság, diarrhoea, hasi fájdalom, dyspepsia, szájszárazság, obstipatio, flatulentia, nausea, emesis, candidiasis, vertigo, fáradtságérzés, bőrkírtés, urticaria, pruritus, a májfunkciós vizsgálatok értékeinek átmeneti emelkedése. **Ár és rendelkezés:** 7x 70% 35ZJ (V) 942Ft, 434Ft/553Ft (Eü70%), 508Ft/389Ft (Eü70%); 14x 70% 35ZJ (V) 1890Ft, 868Ft/1105Ft (Eü70%), 1022Ft/785Ft (Eü70%); 28x 70% 35ZJ (V) 3785Ft, 1737Ft/2211Ft (Eü70%), 2048Ft /1574Ft(Eü70%). **Forgalombahozatali engedély száma:** OGYI-T-5156/01-03 További részletes információkat az alkalmazási előírat tartalmaz. Az esetleges változások a www.oep.hu honlapon tekinthetők meg.

Quamatel[®]

(famotidin)

Célbalőni..., a kérdés, hogy

MIRE és MIVEL?



RICHTER GEDEON

1103 Budapest, Gyömrői út 19-21. Operatív Marketing Osztály: 432 6148 www.richter.hu

Quamatel 20mg, ill. 40mg filmtabletta **Hatóanyag:** 20mg, ill. 40mg famotidinum tablettánként. **Terápiás javallatok:** Nyombél- és jóindulatú gyomorfekély, gastro-oesophagealis reflux és egyéb gyomorsav túlermeléssel járó megbetegedések (pl. Zollinger- Ellison szindróma) kezelése, fekélyrecidíva megelőzése, általános anaesthesia esetén a savaspiráció (Mendelson szindróma) megelőzése. **Ellenjavallatok:** A készítmény bármely összetevője iránti túlérzékenység. Terhesség. Szoptatás. Gyermekkor (elegendő klinikai tapasztalatok hiányában). **Mellékhatások:** Ritkán fejfájás, szédülés, hasmenés vagy székrekedés. **Rendelhetőség:** Csak vényre kiadható gyógyszer. **Teljes ár / TB támogatás / Beteg fizet:** 20mg 28x 744 Ft / 342 Ft / 402 Ft; 20 mg 60x 1547 Ft / 732 Ft / 815 Ft; 40mg 14x 615 Ft / 283 Ft / 332 Ft; 40 mg 30x / 1296 Ft / 606 Ft / 690 Ft. Az új közlöny megjelenésével az árak változhatnak. **Forgalombahozatali engedély száma:** OGYI-T-3848/01-02, OGYI-T-3849/01-02 **További részletes információkat az alkalmazási előírat tartalmaz.** Az esetleges változások a www.oep.hu honlapon tekinthetők meg.