

Az akut gastroenteritis ellátása az alapellátásban: folyadék- és adjuváns kezelés

A heveny infekciós gastroenteritis (AGE) világszerte a leggyakoribb gyermekbetegségek egyike. A háromévesnél fiatalabbak esetében Európában évente 0,5-1,9 AGE epizóddal kell gyermekenként számolni. A betegek többségének kezelése a házi gyermekorvosok, háziorvosok feladata. Az otthoni ápolás lényege az orális folyadékterápia. A beteggel kapcsolatos három legfontosabb feladat egyike a kiszáradás mértékének megítélése. Ez a kórelőzményen, továbbá a fizikális vizsgálat során észlelt eltéréseken alapszik. Erre támaszkodva határozható meg az exsiccosis foka és a volumendeficit. A következő teendő eldönteni, hogy a beteg igényel-e kórházi ellátást.

A kórházi elhelyezés javallatai

| |
|--|
| fiatal csecsemő (< 8 ttkg vagy < 6 hónap) |
| tetemes folyadékvesztés |
| nem szűnő hányás |
| súlyos dehidráció |
| szenzóriumzavar |
| az orális rehidráció kudarca |

1. táblázat

Az 1. táblázatban leírtakon túlmenően hospitalizációt igényel a szövődményes kórlafolyás (invazív kórkép), ha a széklettel jelentősebb mennyiségű vér ürülését tapasztaljuk (invagináció, HUS, anaphylactoid purpura). A hányáshasmenés tünetegyüttese nemritkán differenciáldiagnosztikai problémát vet föl. Csecsemő- és kisdedkorban nem specifikus tünetegyüttes: különösen magas lázzal való társulása megkérdőjelezi az AGE kórisméjét, és egyéb (szisztémás vagy lokalizált) infekciós kórkép lehetősége miatt további vizsgálatokra lehet szükség. Ezen tünetegyüttes neve: parenteralis diarrhoea. A háttérben leggyakrabban légúti vagy húgyúti fertőzés, esetleg primér bakteriémia áll. Harmadik feladatunk a folyadékterápia elkezdése. Az AGE tüneti terápiáját az idei év két közleménye újraértékelné javasolja (ld.: irodalom). Ezen újragondolás főbb szempontjai a következők: a rehidráció, a diéta, a hányáscsillapítás, a probiotikumok szerepe és a hasmenés csillapításának módjai. Terápiás tevékenységünk gerince változatlanul a folyadékpótlás. Ennek eszközei az orális rehidráció oldatok, melyekből több készítmény van forgalomban. Adagolása (a kiszáradás mértékétől függően) 50-100 ml / ttkg három-négy óra alatt. Dózis túllépéssel nem tudunk bajt okozni! Az orális rehidráció részletes menetét a 2. táblázat tartalmazza.

A csecsemő és a kisded orális folyadékkezelése

| |
|--|
| iniciális deficitpótlás: 50-100 ml / ttkg-nyi O.R.F. az első három-négy órában |
| + |
| a fenntartó folyadékszükséglet biztosítása |
| + |
| a veszteség folyamatos pótlása: egy-egy vizes szék / hányás után 60-120 ml O.R.F. plusz (10 ttkg fölött 120-140 ml) |

2. táblázat

Szükség esetén házilag is készíthető a hivatalos összetételűekhez nagyban hasonló és eredményesen alkalmazható oldat: 1 teáskanálnyi konyhasó és 8 teáskanálnyi kristálycukor 1 l vízben oldva és hozzáadva 1 csésze narancslét vagy két banánt. Enyhe exsiccosisban elegendő a folyadékbevitelt fokozni, és a gyermek táplálását a szokásos étrenddel (esetleg csökkentett adagokkal) folytatni.

Javasolt a szokásos étrend korai (< 12 óra) visszaállítása; a tejcukor megvonása nélkül. Nagyobb gyermekek elfogadhatják a „BRAP” kombinációt: banán, rizs, almászós és pirított együtt.

Hányáscsillapításra megfelelő szerrel jelenleg nem rendelkezünk. Az egyetlen igazán hatékony molekula -az ondansetron- ilyen indikációban nincsen törzskönyveztve; ráadásul fokozhatja a hasmenést és komoly mellékhatásai lehetnek. Más hányáscsillapításra (is) használt szerek

(dexamethason, granisetron) hatékonysága nem bizonyított.

A hatásosságot illetően kielégítő bizonyíték csak a *Lactobacillus GG*-t és/vagy a *Saccharomyces boulardii*-t tartalmazó probiotikumokkal áll rendelkezésre.

A hasmenést hagyományosan három támadásponton igyekszünk mérsékelni: a motilitás gátlásával, adszorbensekkel, ill. a szekréció mérséklésével.

A felnőttgyógyaszatban kiterjedten használt loperamid opiat agonista. A plexus myentericusban elhelyezkedő μ receptor-, továbbá a muscarin típusú acetylcholin receptor aktivációjával a bélmotilitást kifejezetten, a nyálkahártyasejtek szekrécióját mérsékelten gátolja. Csecsemő- és kisdedkorban, dysenteria szindrómában, súlyos exsiccosisban és malnutritióban a lehetséges súlyos mellékhatások miatt tilos adni!

Az adszorbensek közül az európai gyermekgastroenterológiai társaság (az ESPGHAN) egyedül a diosmectit alkalmazását tartja helyénvalónak, a többi molekuláét (bismut, cholestyramin, szén) nem.

A New England Journal of Medicine már 2000-ben (343:463-467) beszámolt egy újabb molekula, a racekadotril székletmennyiséget jelentősen csökkentő hatásáról nem gyulladásos AGE-ben szenvedő gyermekbetegek esetében. A racekadotril, -ill. aktív metabolitja, a tiorfán- a loperamidhoz hasonlóan a bélfal neurotransmitter rendszerében fejti ki hatását: gátolja az enkefalináz (neutrális endopeptidáz) enzim működését. Az enkefalináz aktivitásának hiányában az endogén opioid peptidok -az enkefalinok- serkenteni képesek a szekretoros hámsejtek delta receptorait. Ennek eredménye a nyálkahártya hiperszekréciójának lényeges csökkenése (1. ábra).

Fontos: nem gátolja a bélmotilitást! A hasmenésben a folyadékvesztéséért részben felelős hiperszekréció ellen tehát hatékony szerrel rendelkezünk. Mivel nem jut be az agyszövetbe, nincsen központi idegrendszeri hatása. Felszívódása és enzimgátló hatása gyorsan bekövetkezik és nyolc órán keresztül észlelhető. Mellékhatás-profilja kedvező. A járóbetegek körében végzett vizsgálatok nemcsak a széklet mennyiségének és a székürítés gyakoriságának a csökkenését bizonyították, hanem az AGE-es epizódok időtartamának csökkenését is, és ami talán a legfontosabb: a racekadotrillal kezelték körében szignifikánsan csökkent a kórházi felvételek gyakorisága.

A 3. táblázat az egyes tüneti szerek összehasonlító hatékonyságát mutatja be; az orális rehidráció kezelésével együtt alkalmazva.

Az egyes tüneti szerek hatása az AGE paramétereinek mérséklődésére

| | O. R. F. | + | racekadotril | diosmectit | probiotikum |
|----------------|----------|---|--------------|------------|-------------|
| időtartam | - | + | ✓ | ✓ | ✓ |
| frekvencia | - | | ✓ | ✓ | ✓ |
| mennyiség | ✓ | | ✓ | ✓ | - |
| hospitalizáció | ✓ | | ✓ | - | - |
| iv. kezelés | ✓ | | ✓ | - | - |

3. táblázat

Ájánlott irodalom:

Aliment Pharmacol Ther 2013; 37: 289-303

International Journal of Pediatrics. Volume 2013, Article ID 612403