

ben, ill. az azóta eltelt időben sem tért vissza (felmerül a kérdés, hogy a cukorbetegség kiderülése után a diéta betartásával, a kevesebb egyszerű szénhidrát bevitelével erjedéses dyspepsia szűnt-e meg?).

11. betegnél a rendezetlen szénhidrát anyagcsere mellett a gastrointestinalis tünetek ellenére alfa-glukozidáz-hidroxiláz gátló adásáról döntöttem a diéta szigorítása mellett. Mellékhatás nem jelentkezett, sőt a felmérésben említett tünetek is megszűntek, túlsúlya csökkent.

A 12. betegnél a hasonló módon bevezetett kezelés a tünetek fokozódásához vezetett, és az orális anti-diabeticus terápia insufficienssé vált, inzulin beállítása vált szükségessé.

A 13. beteg maradt ki a követésből, mivel a panaszok kikérdezése és a vizsgálat organicus okot valószínűsített a háttérben. Ez igazolódott, a malignus elváltozás operábilis volt. Ez az eset a felmérés „melléklete” volt, spontán a beteg nem számolt be gastrointestinális panaszokról.

Megbeszélés

A kezelés célja az egyenletesebb gyomorürülés, a dysmotilitás megszüntetése, a panaszok, tünetek csökkentése, rendezettebb glykaemiás állapot elérése (12). Életmódbeli javaslatok előzzék meg a gyógyszeres kezelést. Gyakori, kis volumenű étkezések, kevesebb, vízben oldhatatlan rost fogyasztása, a gyomorürülést lassító zsiradékok kerülése, az ételek puhára főzése, felaprítása, alkoholfogyasztástól eltiltás, hideg folyadékok fogyasztása, a folyadék- és tápanyaghiány pótlása (8, 12).

A prokinetikus szerek közül a domperidon, mely dopamin antagonist, az oesophagus, a gyomor és a felső vékonybél működésére hat; a metoclopramid dopamin antagonist és cholinerg agonista szintén az oesophagustól a felső vékonybélig hatásos; a cizaprid, mely praesynapticus cholinerg agonista, az egész gastrointestinalis traktusban prokinetikus hatású. Az erythromycin motilin agonista (2, 3, 5, 10). A gyógyszereknek nincs direkt hatása a gyomor-bélfal simaizomzatára. Több vegyület indukálhat MMC-szerű működést, ezek az erythromycin, a motilin, a substituált benzamidok (cizaprid, renzaprid, zacoprid) és a trimebutine (10).

A terápia indikációja a tünetek megjelenése (3). A prokinetikus szerek közül, ha hányinger, hányás a vezető tünet, jobb a metoclopramid, tartós alkalmazásra (viszont) cizaprid a legmegfelelőbb (4, 12). Az erythromycin acut esetben, parenterálisan adva a leghatásosabb. Chronicus, per os adásakor tachyphylaxia alakul ki, ezért két héten túl eredményesen már nem adható (3).

A prokinetikus szerek a panaszokat csökkentik, de bizonytalan az összefüggés a szubjektív tünetek csilla-

pítása és az objektív, mérhető változások között. A javuló anyagcsere állapot, az egyenletesebb étkezés, felszívódás mindenképpen a kezelés eredményességét jelzi (3). A hypomotilitás miatt kialakult bacterialis contaminatio megszüntetésére doxycyclin, metronidazol, ciprofloxacín, trimetoprim-sulfametoxazol alkalmas (4).

Az oki kezelésként alkalmazott lipidoldékony benfotiamin egyik előnye a tiaminnal szemben, hogy nem gátolja a bélperisztaltikát, így gastrointestinalis hypomotilitás esetén is bátrabban adható (1).

A tünetek értékeléskor figyelembe kell venni, hogy az alkalmazott orális anti-diabeticumok egy részének is van gastrointestinalis mellékhatása. A hosszabb ideje szedett gyógyszerek mellett jelentkező motilitászavarok, melyek a dózis csökkentésekor sem szűnnek, a neuropathia lehetőségét valószínűsítik, ugyanúgy, mint egyik esetünkben, amikor az alfa-glukozidáz-gátló bevezetése a már fennálló tüneteket szüntette, a szénhidrát háztartás rendeződésének elősegítésével.

Egy praxis tapasztalata és esetszáma kevés következtetések levonására, de a szakirodalommal egybevetve megállapítható, hogy a diabetes mellitus háziiorvosi gondozása során érdemes a gastrointestinális motilitászavarokat felmérni és figyelemmel kísérni. Az életminőséget befolyásoló panaszok, és/vagy az anyagcsere állapot(ának) progressziója esetén megfontolandó a kezelés megkezdése. Alarm tünetek, nem szűnő panaszok esetén elengedhetetlen a beteg gastroenterológiai kivizsgálása.

ÖSSZEFOGLALÁS

Diabetes mellitusban a vegetatív neuropathia következtében gastrointestinalis motilitászavarok is kialakulhatnak. Mivel ezek az életminőség romlása mellett a cukorháztartás rendezését is nehezítik, szükségessé válhat a kezelésük. A hypomotilitásban alkalmazott prokinetikus szerek mellett egyes esetekben antibiotikum, illetve oki kezelésként benfotiamin adása is szóba jön. A kezelésre nem szűnő panaszok, alarm tünetek jelentkezése gastroenterológiai kivizsgálást tesz szükségessé.

IRODALOM

1. Borvendég J., Blaskovits A. és Eggenhofer J.: Bemutatjuk gyógyszereinket. *Gyógyszereink*. 52. 32-34. 2002. –
2. Goebell, H.: Differentialtherapie von Motilitätsstörungen am oberen Gastrointestinaltrakt. In: *Störungen der Motilität des oberen Gastrointestinaltraktes* szerk.: Goebell, H., Layer, P. Springer-Verlag. 109-111. 1992. –
3. Horowitz, M.: Efficacy of Pharmacotherapy in Gastroparesis. In: *Pharmacotherapy of Gastrointestinal Motor Disorders*. Ed. J. Dent Reed Healthcare Communications Sydney, 127-134. 1991. –
4. Jermendy Gy.: Diabetikus neuropathia. *Praxis*. 8/8. 41-48. 1999. –
5. Kempler P.: A diabetikus neuropathia gyógyszeres kezelése. *Gyógyszereink*. 52. 13-17. 2002. –
6. Lonovics J.: Motilitászavarok szerepe a funkcionális gastroenterológiai kórképek patogenezisében. *Háziiorvos Továbbképző Szemle*