



ΓΕΝΙΚΗ ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑ ΥΠΟΥΡΓΕΙΟΥ ΥΓΕΙΑΣ

ΕΠΙΤΡΟΠΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΑΡΑΚΟΛΟΥΘΗΣΗ ΤΗΣ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ ΔΑΠΑΝΗΣ, ΤΗΝ ΟΛΟΚΛΗΡΩΣΗ ΤΩΝ
ΔΙΑΓΝΩΣΤΙΚΩΝ/ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΩΝ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ ΚΑΙ
ΤΗ ΔΗΜΙΟΥΡΓΙΑ ΜΗΤΡΩΩΝ ΑΣΘΕΝΩΝ
(ΦΕΚ 505/ΥΟΔΔ/13.10.2017)

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Γαστροπροστασία - Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση -
Δυσπεψία - Εκρίζωση Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού -
Πεπτικό Έλκος

ΑΠΡΙΛΙΟΣ 2018

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ

ΠΕΡΙΕΧΟΜΕΝΑ.....	2
ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ.....	4
ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε.....	5
ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ.....	6
ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ.....	7
ΓΑΣΤΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ - ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΗΣΗ - ΔΥΣΠΕΨΙΑ - ΕΚΡΙΖΩΣΗ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ - ΠΕΠΤΙΚΟ ΈΛΚΟΣ.....	7
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΓΑΣΤΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ.....	7
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗ ΝΟΣΟ (ΓΟΠΝ).....	8
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΥΣΠΕΨΙΑ.....	10
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΡΙΖΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ.....	13
ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ.....	14
ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΘΑ ΕΠΙΤΡΕΠΟΥΝ ΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ PPIs.....	14
ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ.....	15

ΕΠΙΣΤΗΜΟΝΙΚΗ ΟΜΑΔΑ ΕΡΓΑΣΙΑΣ ΓΑΣΤΡΕΝΤΕΡΟΛΟΓΙΚΩΝ ΠΑΘΗΣΕΩΝ

Βιάζης Νικόλαος (Συντονιστής). Γαστρεντερολόγος, Δ/ντής Γαστρ/γικού Τμήματος Γ.Ν.Α. «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ-ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

Ζωγράφος Κωνσταντίνος. Γαστρεντερολόγος, ΙΑΤΡΙΚΟ ΚΕΝΤΡΟ

Κασαπίδης Παναγιώτης. Γαστρεντερολόγος, Δ/ντής Γαστρ/γικής Κλινικής, Κεντρική Κλινική Αθηνών

Μαργαρίτης Βασίλειος. Γαστρεντερολόγος, Συντονιστής Διευθυντής ΕΣΥ, Γαστρεντερολογικού Τμήματος Γ. Ν. Πατρών

Μιχόπουλος Σπυρίδων. Γαστρεντερολόγος, Συντονιστής Δ/ντής Γαστρ/γικής Κλινικής Γ.Ν.Α. «ΑΛΕΞΑΝΔΡΑ»

Μάντζαρης Γεράσιμος. Γαστρεντερολόγος, Συντονιστής Δ/ντής Γαστρεντερολογικού Τμήματος Γ.Ν.Α «Ο ΕΥΑΓΓΕΛΙΣΜΟΣ-ΟΦΘΑΛΜΙΑΤΡΕΙΟ ΑΘΗΝΩΝ -ΠΟΛΥΚΛΙΝΙΚΗ»

Μπάμιας Γεώργιος. Γαστρεντερολόγος, Αναπλ. Καθηγητής, Γ' Παθολογική Κλινική Ιατρικής Σχολής Πανεπιστημίου Αθηνών, Γ.Ν.Α. «Η ΣΩΤΗΡΙΑ»

ΣΥΝΤΟΝΙΣΜΟΣ ΟΜΑΔΩΝ ΕΡΓΑΣΙΑΣ – ΕΠΙΜΕΛΕΙΑ ΚΕΙΜΕΝΩΝ

Θηραίος Ελευθέριος. Γενικός Ιατρός, Δ/ντής Ε.Σ.Υ., Γενικός Γραμματέας της Ιατρικής Εταιρείας Αθηνών

Μήτρου Παναγιώτα, MD, PhD. Παθολόγος. Συνεργάτης Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

Ποδηματάς Ιωάννης. Φαρμακοποιός. Ειδικός Σύμβουλος Γενικού Γραμματέα Υπουργείου Υγείας

ΓΡΑΜΜΑΤΕΙΑΚΗ ΥΠΟΣΤΗΡΙΞΗ

Κακούτη Φωτεινή

Λεγάντη Μαρία

ΠΡΟΛΟΓΟΣ ΓΕΝΙΚΟΥ ΓΡΑΜΜΑΤΕΑ

Το Υπουργείο Υγείας βρίσκεται σε διαδικασία υλοποίησης μιας μεγάλης μεταρρυθμιστικής προσπάθειας προς όφελος του Πολίτη. Συγκεκριμένα, σε μία προσπάθεια διασφάλισης της ταχύτερης διάγνωσης, της βέλτιστης θεραπείας, της αποτελεσματικότερης παρακολούθησης των ασθενών αλλά και της πλέον αποδοτικής διαχείρισης των πόρων για την υγεία, έχει προχωρήσει από τον Μάιο του 2017 σε ανασύσταση της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης, την κατάρτιση και επεξεργασία των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και τη δημιουργία μητρώων ασθενών.

Η Επιτροπή αυτή είναι υπεύθυνη για την έγκριση και εφαρμογή των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων συνταγογράφησης στην κλινική πράξη, μέσω της ενσωμάτωσής τους στις ηλεκτρονικές εφαρμογές υγείας. Παράλληλα προωθείται η ανάπτυξη κλινικών πρωτοκόλλων τα οποία θα ενσωματωθούν στα πληροφοριακά συστήματα των νοσοκομείων και θα διασυνδεθούν με το σύστημα των Κλειστών Ενοποιημένων Νοσηλίων, η ανάπτυξη και ενσωμάτωση στη συνταγογράφηση ενός συνοπτικού ιατρικού ιστορικού, η ανάπτυξη του Ατομικού Ηλεκτρονικού Φακέλου Ασθενή και η δημιουργία Μητρώων Χρονίων Παθήσεων.

Η σύνταξη των διαγνωστικών και θεραπευτικών πρωτοκόλλων βασίστηκε στις εισηγήσεις των αντίστοιχων Επιστημονικών Ομάδων Εργασίας αποτελούμενων από ιατρούς με αποδεδειγμένη εκπαίδευση, εξειδίκευση και εμπειρία στο εκάστοτε γνωστικό αντικείμενο.

Απώτερος στόχος είναι να αποτελέσουν τα εργαλεία αυτά ηλεκτρονικής υγείας ένα χρήσιμο βοήθημα για την εφαρμογή κανόνων ορθής κλινικής πρακτική με στόχο την αποτελεσματική παροχή φροντίδας υγείας, αλλά και ένα εργαλείο συλλογής μεγάλων δεδομένων (big data) για τη λήψη αποφάσεων σχετικών με πολιτικές υγείας.

Ευχαριστούμε θερμά όσους εργάστηκαν με συνέπεια, υπευθυνότητα και θυσία του προσωπικού τους χρόνου για την ολοκλήρωση του έργου.

Γιώργος Γιαννόπουλος

Γενικός Γραμματέας Υπουργείου Υγείας

Πρόεδρος της Επιτροπής για την παρακολούθηση της φαρμακευτικής δαπάνης,
την ολοκλήρωση των διαγνωστικών/θεραπευτικών πρωτοκόλλων και
τη δημιουργία μητρώων ασθενών

ΕΙΣΑΓΩΓΗ ΣΥΝΤΟΝΙΣΤΗ Ο.Ε

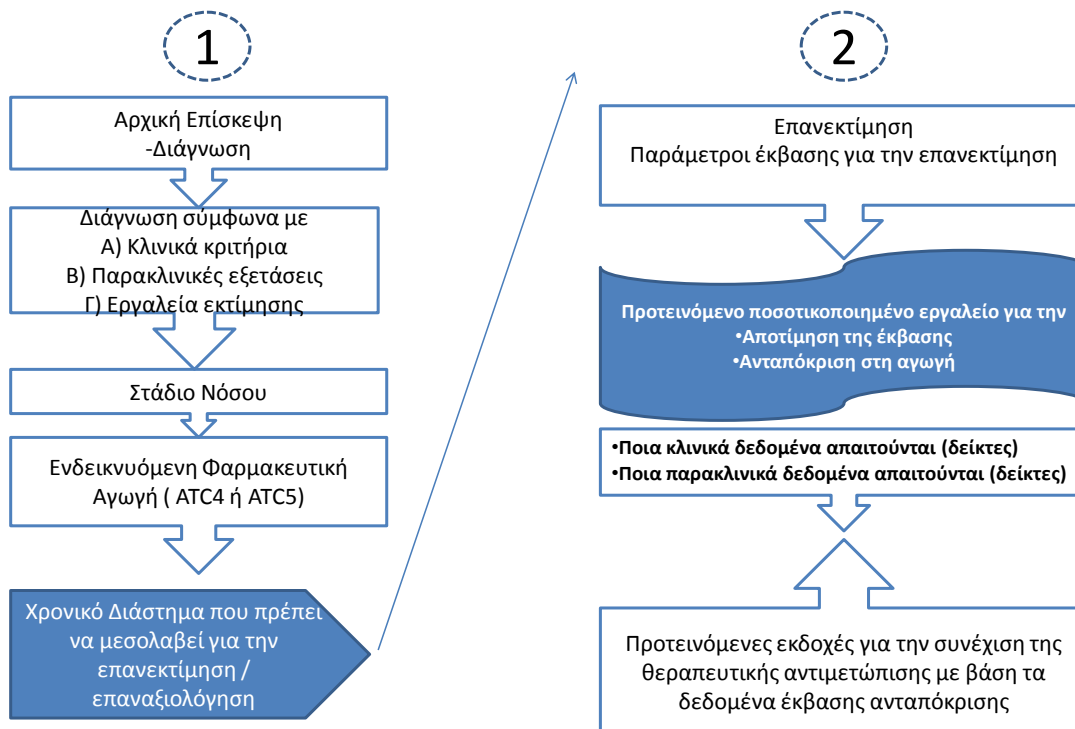
Οι παθήσεις του πεπτικού αυξάνουν σε συχνότητα τις τελευταίες δεκαετίες παγκοσμίως. Ο σύγχρονος τρόπος ζωής και διατροφής σχετίζεται όλο και περισσότερο με συμπτώματα γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης, σε όλες τις δυτικές κοινωνίες, αλλά και στην Ελλάδα. Πρόσφατα επιδημιολογικά δεδομένα αναδεικνύουν ότι 1 στους 4 Έλληνες εμφανίζει – σε άλλοτε άλλη συχνότητα - οπισθοστερνικό καύσο, το τυπικό σύμπτωμα της γαστρο-οισοφαγικής παλινδρόμησης. Για το λόγο αυτό η χρήση αναστολέων αντλίας πρωτονίων, των φαρμάκων που αντιμετωπίζουν αποτελεσματικά τα συμπτώματα της παλινδρόμησης έχει αυξηθεί δραματικά τα τελευταία χρόνια. Τα συγκεκριμένα φάρμακα χρησιμοποιούνται ευρέως παράλληλα και για την αντιμετώπιση της δυσπεψίας, για την εκρίζωση του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού, για τη θεραπεία του πεπτικού έλκους, αλλά και για γαστροπροστασία σε ασθενείς που λαμβάνουν Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα, κλοπιδογρέλη, ασπιρίνη και άλλα αντιπηκτικά. Δυστυχώς, όμως, συχνά γίνεται κατάχρηση των αναστολέων αντλίας πρωτονίων και πάρα πολλοί ασθενείς τα λαμβάνουν σε λάθος δόση, για μεγαλύτερο χρονικό διάστημα από ότι τα χρειάζονται είτε τα παίρνουν χωρίς να τα χρειάζονται καθόλου. Προκειμένου να αντιμετωπιστεί το πρόβλημα αυτό, η ομάδα εργασίας επεξεργάστηκε το συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο, προκειμένου να καθορίσει τα κριτήρια που θα πρέπει να πληρούν οι ασθενείς, οι οποίοι και θα λαμβάνουν αναστολείς αντλίας πρωτονίων. Η ομάδα εργασίας στηρίχθηκε για το σκοπό αυτό στις διεθνείς, αλλά και Ελληνικές κατευθυντήριες οδηγίες που υπάρχουν για το συγκεκριμένο θέμα.

Στη συνέχεια, η ομάδα εργασίας κατέληξε στην κατάρτιση ενός θεραπευτικού πρωτοκόλλου για τη σωστή συνταγογράφηση των φαρμάκων που χορηγούνται στους ασθενείς με Ιδιοπαθή Φλεγμονώδη Νοσήματα του Εντέρου, δηλαδή για ασθενείς με ελκώδη κολίτιδα και νόσο του Crohn. Και τα νοσήματα αυτά, παρότι σε απόλυτο αριθμό δεν είναι πολύ διαδομένα, αυξάνουν συνεχώς σε συχνότητα εμφάνισης και απασχολούν μεγάλο αριθμό Γαστρεντερολόγων, δεδομένης και της χρονιότητας τους. Στο συγκεκριμένο πρωτόκολλο γίνεται ιδιαίτερη αναφορά στη σωστή χρήση της κορτιζόνης που συχνά απαιτείται για την αντιμετώπιση των εξάρσεων της νόσου, αλλά και για στη σωστή χρήση των ανοσοκατασταλτικών. Παράλληλα, υπάρχουν πλέον πολύ ισχυρές, αλλά και πολύ ακριβές θεραπείες για τα νοσήματα αυτά, οι βιολογικοί παράγοντες, των οποίων η χρήση καθορίζεται επακριβώς στο συγκεκριμένο θεραπευτικό πρωτόκολλο και πάλι με βάση τις διεθνείς κατευθυντήριες οδηγίες.

Νίκος Βιάζης, Γαστρεντερολόγος, Διευθυντής ΕΣΥ
Συντονιστής της Ομάδας Εργασίας

ΜΕΘΟΔΟΛΟΓΙΑ ΑΝΑΠΤΥΞΗΣ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΩΝ

ΠΡΟΤΥΠΟ ΑΛΓΟΡΙΘΜΟΥ ΔΙΑΓΝΩΣΗΣ



ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ ΑΝΑΣΤΟΛΕΩΝ ΑΝΤΛΙΑΣ ΠΡΩΤΟΝΙΩΝ ΣΕ ΕΝΗΛΙΚΕΣ

Γαστροπροστασία - Γαστροοισοφαγική Παλινδρόμηση - Δυσπεψία - Εκρίζωση Ελικοβακτηριδίου του Πυλωρού - Πεπτικό Έλκος

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΓΑΣΤΡΟΠΡΟΣΤΑΣΙΑ

(ICD-10: T88.7)

Τα Μη Στεροειδή Αντιφλεγμονώδη Φάρμακα (ΜΣΑΦ) χρησιμοποιούνται ευρέως για την αντιμετώπιση συμπτωμάτων από το μυοσκελετικό, όμως η χρήση τους σχετίζεται με την εμφάνιση παρενεργειών από το ανώτερο πεπτικό και συγκεκριμένα με τη δημιουργία πεπτικού έλκους, αλλά και την εμφάνιση αιμορραγίας ή ακόμα και διάτρησης ανωτέρου πεπτικού. Οι γαστρεντερολόγοι, παθολόγοι, ρευματολόγοι ή άλλοι ιατροί που συνταγογραφούν ΜΣΑΦ θα πρέπει να γνωρίζουν i) ποιοί ασθενείς βρίσκονται σε μεγαλύτερο κίνδυνο εμφάνισης αυτών των παρενεργειών, καθώς και ii) ποιος είναι ο ενδεδειγμένος τρόπος πρόληψης των επιπλοκών αυτών.

Η συνταγογράφηση PPIs ως γαστροπροστασία απαιτείται αν πληρείται μία από τις κάτωθι συνθήκες:

A) Χορήγηση ΜΣΑΦ ή αντιπηκτικών ή ασπιρίνης και ένα τουλάχιστον εκ των:

- Ηλικία > 65
- Ιστορικό αιμορραγίας ανωτέρου πεπτικού ή έλκους με ή χωρίς επιπλοκές
- Συγχορήγηση με ένα ακόμη εκ των: ΜΣΑΦ, αντιπηκτικών, αντιαμοπεταλιακών κορτικοστεροειδών

B) Χορήγηση κορτικοστεροειδών ή κλοπιδογρέλης και ένα τουλάχιστον εκ των:

- Συγχορήγηση κορτικοστεροειδών με ένα ακόμη εκ των: ΜΣΑΦ, αντιπηκτικών, αντιαμοπεταλιακών (ασπιρίνης ή κλοπιδογρέλης)
- Συγχορήγηση κλοπιδογρέλης με ένα ακόμη εκ των: ΜΣΑΦ, αντιπηκτικών, κορτικοστεροειδών ή ασπιρίνης
- Ιστορικό έλκους με ή χωρίς επιπλοκές

Η διάρκεια χορήγησης γαστροπροστασίας **ταυτίζεται με τη διάρκεια χορήγησης του φαρμακευτικού παράγοντα** για τον οποίο χορηγείται η γαστροπροστασία.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΓΑΣΤΡΟΟΙΣΟΦΑΓΙΚΗ ΠΑΛΙΝΔΡΟΜΙΚΗ ΝΟΣΟ (ΓΟΠΝ)

(ICD-10: K21,K20)

Ορισμός – διάγνωσης ΓΟΠΝ

Η Γαστροοισοφαγική παλινδρομική νόσος (ΓΟΠΝ) είναι η κατάσταση η οποία αναπτύσσεται όταν η παλινδρόμηση του γαστρικού περιεχομένου προκαλεί σημαντικά προβλήματα ή/και επιπλοκές.

Περαιτέρω ταξινόμηση της νόσου περιλαμβάνει την: 1) Παρουσία συμπτωμάτων χωρίς διαβρώσεις κατά την ενδοσκόπηση (Non-Erosive Reflux Disease - NERD) και 2) Συμπτώματα με ταυτόχρονη παρουσία διαβρώσεων (Erosive Reflux Disease - ERD).

Τα συμπτώματα της νόσου χωρίζονται σε τυπικά, άτυπα και εξωοισοφαγικά. Τα τυπικά συμπτώματα αποτελούν ο οπισθοστερνικός καύσος, οι αναγωγές και το θωρακικό άλγος. Στα άτυπα περιλαμβάνονται η ναυτία, οι ερυγές, ή ο πρόωρος κορεσμός, ενώ στα εξωοισοφαγικά ο χρόνιος βήχας, το άσθμα, η χρόνια λαρυγγίτιδα.

Η διάγνωση της ΓΟΠΝ βασίζεται στη συσχέτιση μεταξύ της παρουσίας συμπτωμάτων, ευρημάτων από αντικειμενικές δοκιμασίες όπως η ενδοσκόπηση και η pHμετρία και ανταπόκρισης στην αντιεκκριτική αγωγή. Όσον αφορά στα συμπτώματα, ο οπισθοστερνικός καύσος και οι αναγωγές αποτελούν τα πιο αξιόπιστα συμπτώματα για μία πιθανή διάγνωση με βάση μόνο το ιστορικό.

Σε τέτοιες περιπτώσεις μπορεί να γίνει δοκιμή χορήγησης εμπειρικής θεραπείας (αναστολείς αντλίας πρωτονίων, PPIs x 1 για 1-2 μήνες), **χωρίς να προηγηθεί γαστροσκόπηση**, με την απάντηση στην αγωγή να επιβεβαιώνει την διάγνωση.

Με την ενδοσκόπηση υπάρχει η δυνατότητα εκτίμησης των ευρημάτων του οισοφαγικού βλεννογόνου σε ασθενείς με συμπτώματα που αποδίδονται σε ΓΟΠΝ. Γι'αυτό το λόγο η ειδικότητα της για τη διάγνωση είναι άριστη, ειδικά σε περιπτώσεις διαβρωτικής οισοφαγίτιδας.

Η πλειονότητα των ασθενών όμως με τυπικά συμπτώματα δε θα έχουν ευρήματα και γι'αυτό δεν συνιστάται ενδοσκόπηση σε αυτές τις περιπτώσεις. Εξαιρέση αποτελεί η παρουσία alarm symptoms (δυσφαγία, αιμορραγία, σιδηροπενική αναιμία, απώλεια βάρους) και για screening ασθενών υψηλού κινδύνου για επιπλοκές.

Η pHμετρία/εμπέδηση επιτρέπει την ανίχνευση παθολογικής έκθεσης του οισοφάγου σε οξινή ή μη όξινη παλινδρόμηση και τον προσδιορισμό της συχνότητας των επεισοδίων παλινδρόμησης. Υπάρχει δυνατότητα συσχέτισης των συμπτωμάτων με τα παλινδρομικά επεισόδια μέσω του SI (Symptom Index) και του SAP (Symptom Association Probability), καθώς και εξέτασης τόσο "on therapy" όσο και "off therapy". Ένα εντόνως θετικό αποτέλεσμα υποδεικνύει την ανάγκη για θεραπευτική παρέμβαση, σε αντίθεση με αρνητική συσχέτιση όπου τα συμπτώματα του ασθενούς πιθανότατα δεν οφείλονται στην

παλινδρόμηση. Έτσι, η pHμετρία/εμπέδηση συστήνεται πριν την ενδοσκοπική ή χειρουργική παρέμβαση σε ασθενείς χωρίς διαβρώσεις, σε όσους δεν ανταποκρίνονται στην αγωγή με PPIs και επί αμφιβολίας της διάγνωσης της ΓΟΠΝ.

Θεραπεία ΓΟΠΝ

Μέρος της διαχείρισης της ΓΟΠΝ αποτελούν οι συστάσεις για τροποποίηση του τρόπου ζωής/καθημερινότητας όπως η απώλεια βάρους, η αποφυγή γευμάτων πριν την κατάκλιση, η ανύψωση της κεφαλής του κρεβατιού και η διακοπή του καπνίσματος και του αλκοόλ.

Στις φαρμακευτικές επιλογές περιλαμβάνονται τα αντιόξινα, οι ανταγωνιστές των H₂ υποδοχέων της ισταμίνης (H₂RA), οι αναστολείς αντλίας πρωτονίων (PPIs), οι προκινητικοί παράγοντες και ο GABA_B αγωνιστής.

Έχει φανεί από μελέτες ότι η αγωγή με PPIs επιτυγχάνει μεγαλύτερο και ταχύτερο ρυθμό επούλωσης της οισοφαγίτιδας σε σχέση με H₂RA και Placebo, ταχύτερη και πιο πλήρη ανακούφιση των συμπτωμάτων, καθώς και μειωμένο ποσοστό υποτροπής.

Μεταξύ των διαθέσιμων PPIs (ομεπραζόλη, λανσοπραζόλη, εσομεπραζόλη, παντοπραζόλη, ραμπεπραζόλη) δεν υπάρχουν σημαντικές διαφορές όσον αφορά την αποτελεσματικότητα τους στην αντιμετώπιση της ΓΟΠΝ.

Θεραπεία εκλογής για την ύφεση των συμπτωμάτων και την επούλωση της οισοφαγίτιδας αποτελεί η χορήγηση PPI μία φορά την ημέρα, 30-60 λεπτά προ του πρώτου γεύματος για 8 εβδομάδες. Σ' αυτό το διάστημα, το 70-80% των ασθενών με ERD και το 50-60% αυτών με NERD θα εμφανίσουν πλήρη ύφεση των συμπτωμάτων.

Ένα ποσοστό 30-40% θα παρουσιάσουν μερική μόνο ανακούφιση. Στους παράγοντες κινδύνου για μερική απάντηση στην αγωγή περιλαμβάνονται η μεγαλύτερη διάρκεια της νόσου, η ύπαρξη διαφραγματοκήλης, η παρουσία εξω-οισοφαγικών συμπτωμάτων και η έλλειψη συμμόρφωσης στην αγωγή. Σ' αυτή την περίπτωση μπορεί να δοκιμαστεί αλλαγή σε διαφορετικό PPI ή αύξηση της δοσολογίας σε δις ημερησίως. Αν και τα δεδομένα που στηρίζουν αυτή την πρακτική είναι περιορισμένα, ορισμένοι ασθενείς παρουσιάζουν όφελος στην κλινική τους εικόνα.

Σε περίπτωση διακοπής της αγωγής, τα 2/3 των ασθενών με NERD θα εμφανίσουν υποτροπή των συμπτωμάτων τους κάποια στιγμή στο μέλλον, καθώς και το 100% αυτών με οισοφαγίτιδα C και D βαθμού κατά LA εντός 6μήνου.

Επομένως, θεραπεία συντήρησης θα χρειαστούν οι ασθενείς με επιμονή των συμπτωμάτων μετά την διακοπή της αγωγής και ασθενείς με επιπλοκές όπως διαβρωτική οισοφαγίτιδα και οισοφάγος Barrett. Η θεραπεία συντήρησης πρέπει να χορηγείται στην όσο το δυνατόν χαμηλότερη αποτελεσματική δοσολογία, συμπεριλαμβανομένης διαλείπουσας ή κατ'επίκλησης αγωγής ή ακόμα και step down σε H₂RA σε ασθενείς με NERD.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗ ΔΥΣΠΕΨΙΑ

(ICD-10: K30,K29)

Ως δυσπεψία ορίζεται η εμφάνιση επιγαστρικού πόνου ή δυσφορίας που εμφανίζεται για τουλάχιστον 1 μήνα. Η δυσπεψία μπορεί να συνδυάζεται με την εμφάνιση επιγαστρικής πληρότητας, ναυτίας, εμέτων ή ακόμα και οπισθοστερνικού καύσου.

Ο όρος λειτουργική δυσπεψία αναφέρεται σε ασθενείς που εμφανίζουν συμπτώματα δυσπεψίας, όμως ο ενδοσκοπικός έλεγχος και οι άλλες εξετάσεις έχουν αποκλείσει οργανική παθολογία.

Για την αντιμετώπιση της δυσπεψίας προτείνονται τα ακόλουθα:

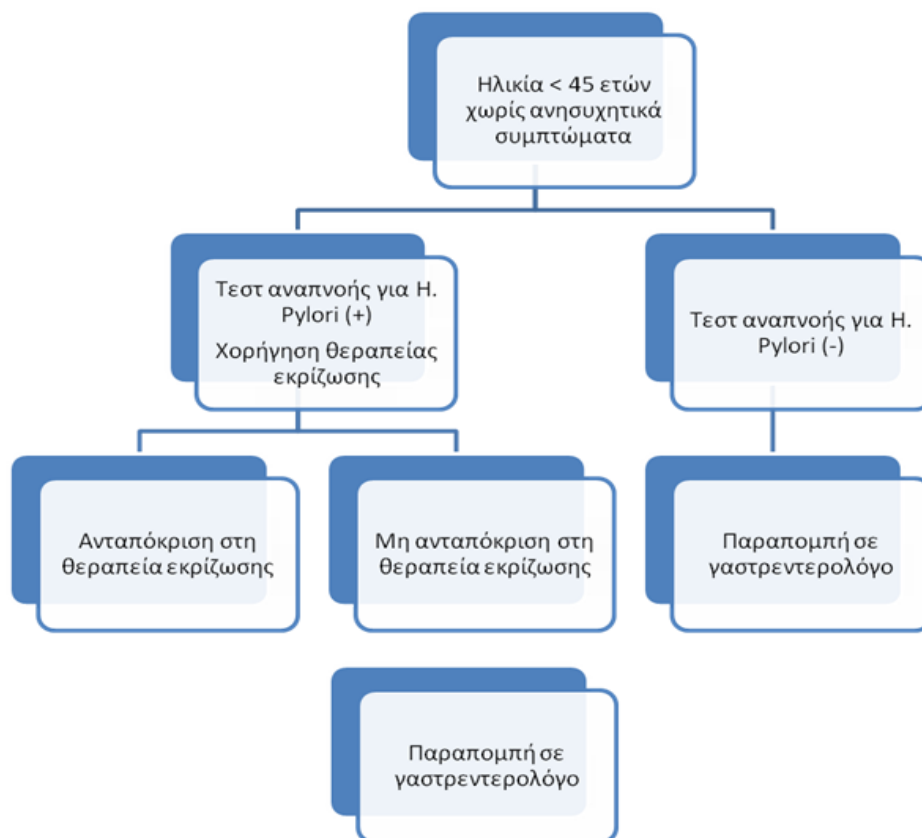
- Σε ασθενείς που έχουν ηλικία < 45 ετών και δεν εμφανίζουν ανησυχητικά συμπτώματα (απώλεια βάρους, σιδηροπενική αναιμία, δυσφαγία, αιμορραγία πεπτικού) δεν απαιτείται η διενέργεια ενδοσκόπησης, αλλά αρκεί η εξέταση για ανίχνευση ελικοβακτηριδίου του πυλωρού με τεστ αναπνοής και επί θετικού η χορήγηση θεραπείας εκρίζωσης
- Σε ασθενείς > 45 ετών ή σε εκείνους μικρότερης ηλικίας με ανησυχητικά συμπτώματα απαιτείται η διενέργεια γαστροσκόπησης.
- Σε ασθενείς με λειτουργική δυσπεψία που δεν ανταποκρίνονται στην αγωγή με H₂ ανταγωνιστές ή αναστολείς αντλίας πρωτονίων θα πρέπει να χορηγούνται τρικυκλικά αντικαταθλιπτικά.

Βήματα Θεραπευτικού Πρωτοκόλλου Συνταγογράφησης (ΘΠΣ)

1^η φορά εισαγωγή στο ΘΠΣ

Σε ασθενείς που εντάσσονται 1^η φορά στο ΘΠΣ και εμφανίζουν κλινική συμπτωματολογία δυσπεψίας, δίδεται η δυνατότητα συνταγογράφησης H₂ ανταγωνιστών ή PPIs χωρίς διερεύνηση για μέγιστο χρονικό διάστημα 2μηνών. Μετά το πέρας του 2μήνου:

A) Ηλικία <45 ετών χωρίς ανησυχητικά συμπτώματα (απώλεια βάρους, σιδηροπενική αναιμία, δυσφαγία, αιμορραγία πεπτικού):



Στις περιπτώσεις που προβλέπεται παραπομπή του ασθενούς σε Γαστρεντερολόγο για ενδοσκοπικό έλεγχο, ο Γαστρεντερολόγος που έχει διενεργήσει την γαστροσκόπηση ή άλλος Γαστρεντερολόγος δύναται να συνταγογραφήσει H₂ ανταγωνιστές ή PPIs εάν κρίνει ότι είναι αναγκαίο αφού:

- συμπληρώσει στις αρχικές παραμέτρους του πρωτοκόλλου ότι διενεργήθηκε γαστροσκόπηση (NAI, OXI) και καταχωρήσει την ημερομηνία και το ΑΜΚΑ του ιατρού που διενέργησε τον έλεγχο

- εκδώσει γνωμάτευση στην οποία θα αναφέρεται η ημερομηνία του ενδοσκοπικού ελέγχου, το ΑΜΚΑ του ιατρού που διενέργησε τον έλεγχο, η αναγκαιότητα χορήγησης H₂ ανταγωνιστών ή PPIs, η δόση και το χρονικό διάστημα.

Μετά την πρώτη συνταγογράφηση από γαστρεντερολόγο δίδεται η δυνατότητα σε ιατρούς ειδικότητας Παθολογίας, Γενικής Ιατρικής να επαναλαμβάνουν την αρχική συνταγή του Γαστρεντερολόγου (αναφερόμενοι στην γνωμάτευση Γαστρεντερολόγου που θα προσκομίζει ο ασθενής) για το διάστημα που έχει καθοριστεί από τον γαστρεντερολόγο ότι είναι αναγκαία η χορήγηση αγωγής.

B) Ηλικία >45 ετών ή μικρότερης ηλικίας με ανησυχητικά συμπτώματα ή μετά από 2μηνη εμπειρική θεραπεία με H₂ ανταγωνιστές ή PPIs συνιστάται παραπομπή σε Γαστρεντερολόγο για διενέργεια ενδοσκοπικού ελέγχου.

Στις περιπτώσεις αυτές ο Γαστρεντερολόγος που έχει διενεργήσει την γαστροσκόπηση ή άλλος Γαστρεντερολόγος δύναται να συνταγογραφήσει H₂ ανταγωνιστές ή PPIs εάν κρίνει ότι είναι αναγκαίο αφού:

- συμπληρώσει στις αρχικές παραμέτρους του πρωτοκόλλου ότι διενεργήθηκε γαστροσκόπηση και καταχωρήσει την ημερομηνία και το ΑΜΚΑ του ιατρού που διενέργησε τον έλεγχο
- εκδώσει γνωμάτευση στην οποία θα αναφέρεται η ημερομηνία του ενδοσκοπικού ελέγχου, το ΑΜΚΑ του ιατρού που διενέργησε τον έλεγχο, η αναγκαιότητα χορήγησης H₂ ανταγωνιστών ή PPIs, η δόση και το χρονικό διάστημα.

Μετά την πρώτη συνταγογράφηση από γαστρεντερολόγο δίδεται η δυνατότητα σε ιατρούς ειδικότητας Παθολογίας, Γενικής Ιατρικής να επαναλαμβάνουν την αρχική συνταγή του Γαστρεντερολόγου (αναφερόμενοι στην γνωμάτευση Γαστρεντερολόγου που θα προσκομίζει ο ασθενής) για το διάστημα που έχει καθοριστεί από τον γαστρεντερολόγο ότι είναι αναγκαία η χορήγηση αγωγής.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΚΡΙΖΩΣΗ ΤΟΥ ΕΛΙΚΟΒΑΚΤΗΡΙΔΙΟΥ ΤΟΥ ΠΥΛΩΡΟΥ

(ICD-10: K25, K26, K27, K28, K29, K30)

Το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού (ΕΠ) αποικίζει τον ανθρώπινο γαστρικό βλεννογόνο προκαλώντας χρόνια ενεργό γαστρίτιδα. Είναι καθορισμένο ότι εκτός από χρόνια γαστρίτιδα το ΕΠ μπορεί να προκαλέσει έλκος στομάχου-δωδεκαδακτύλου, ατροφική γαστρίτιδα, γαστρικό λέμφωμα, γαστρικό καρκίνο. Σχετίζεται επίσης με σιδηροπενική αναιμία και θρομβοπενική πορφύρα. Σε ασθενείς με μακροχρόνια λήψη αντιφλεγμονωδών φαρμάκων αλλά και ασπιρίνης η παρουσία ΕΠ αυξάνει την συχνότητα ελκών και αιμορραγίας ανώτερου πεπτικού. Συνεπώς όλα τα παραπάνω αποτελούν και ενδείξεις για να χορηγηθεί θεραπεία εκρίζωσης.

Η παρουσία του ελικοβακτηριδίου του πυλωρού εξακριβώνεται με απλές μεθόδους όπου δεν απαιτείται γαστροσκόπηση αλλά και με την λήψη δείγματος από το στομάχι κατά την διάρκεια γαστροσκόπησης. Από τις απλές εξετάσεις σημαντική θεωρείται το τεστ αναπνοής (¹³C Urea Breath Test ή τεστ ουρίας). Υπάρχουν επίσης η ανίχνευση του ελικοβακτηριδίου από τα κόπρανα και το αίμα. Μετά την θεραπεία εκρίζωσης η πιο συχνή μέθοδος ελέγχου είναι το τεστ αναπνοής.

Τα φαρμακευτικά σχήματα που προτείνονται από την Ελληνική Γαστρεντερολογική Εταιρεία για την εκρίζωση του ΕΠ έχουν αναθεωρηθεί προσφάτως και εξασφαλίζουν την μεγαλύτερη πιθανότητα εκρίζωσης με βάση τα δεδομένα αντοχής στα αντιβιοτικά για τον πληθυσμό της Ελλάδας. Αυτά είναι :

- 1) Το «συνεχές τετραπλό σχήμα χωρίς βισμούθιο» που περιλαμβάνει έναν αναστολέα αντλίας πρωτονίων + αμοξικιλίνη + κλαρυθρομυκίνη + μετρονιδαζόλη χορηγούμενα όλα συγχρόνως για 10 ή 14 ημέρες
- 2) Το «υβριδικό τετραπλό σχήμα χωρίς βισμούθιο» συνολικής διάρκειας 14 ημερών που περιλαμβάνει έναν αναστολέα αντλίας πρωτονίων + αμοξικιλίνη για τις πρώτες 7 ημέρες και αναστολέα αντλίας πρωτονίων + κλαρυθρομυκίνη + μετρονιδαζόλη για τις επόμενες 7 ημέρες

Σε περίπτωση αποτυχίας του πρώτου φαρμακευτικού σχήματος εκρίζωσης προτείνεται η χορήγηση σχήματος 2^{ης} γραμμής διάρκειας 10 έως 14 ημερών που περιλαμβάνει έναν αναστολέα αντλίας πρωτονίων + αμοξικιλίνη + λεβοφλοξασίνη ή μοξιφλοξασίνη.

Η δοσολογία των αντιβιοτικών στα ανωτέρω σχήματα είναι η εξής:

- Αμοξικιλίνη 1000mg δις ημερησίως
- Κλαρυθρομυκίνη 500mg δις ημερησίως
- Μετρονιδαζόλη 500mg δις ημερησίως
- Λεβοφλοξασίνη 500mg άπαξ ημερησίως
- Μοξιφλοξασίνη 400mg άπαξ ημερησίως

Ο αναστολέας της αντλίας πρωτονίων χορηγείται δις ημερησίως.

Σημειώνεται ότι τα σχήματα με κινολόνες (λεβοφλοξασίνη ή μοξιφλοξασίνη) χορηγούνται μόνο σαν 2^{ης} γραμμής θεραπεία και ποτέ έως 1^{ης} γραμμής. Σε περίπτωση αποτυχίας και της θεραπείας 2^{ης} γραμμής απαιτείται καλλιέργεια του ελικοβακτηριδίου και τεστ ευαισθησίας. Παρόλα αυτά λόγω πολλών ιδιαιτεροτήτων που παρουσιάζουν συνήθως οι θεραπείες μετά την 2^η γραμμή σε ότι αφορά στην επιλογή φαρμάκων και χρόνου χορήγησης τους, προτείνεται η παραπομπή του ασθενούς σε γαστρεντερολόγο που είναι ο ειδικός στην διαχείριση αυτών των δύσκολων καταστάσεων.

Σε ασθενείς με αλλεργία στην πενικιλίνη, θα πρέπει κατ' εξαίρεση να χορηγείται σχήμα 1^{ης} γραμμής με βάση τις κινολόνες (λεβοφλοξασίνη-μοξιφλοξασίνη), ενώ σε αυτές τις περιπτώσεις θα μπορούσε να προηγηθεί καλλιέργεια και τεστ ευαισθησίας προκειμένου να ανευρεθεί η καλύτερη δυνατή θεραπευτική επιλογή για το συγκεκριμένο ασθενή.

Στις περιπτώσεις αποτυχίας των δύο σχημάτων ή στις περιπτώσεις αλλεργίας μπορεί να χρειασθεί χορήγηση σχημάτων που περιέχουν βισμούθιο που δεν κυκλοφορεί προς το παρόν στην Ελλάδα. Μετά από θετική εισήγηση γαστρεντερολόγου τούτο να μπορεί να επιτευχθεί μέσω ειδικής παραγγελίας στον ΙΦΕΤ.

ΘΕΡΑΠΕΥΤΙΚΟ ΠΡΩΤΟΚΟΛΛΟ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗΣ ΓΙΑ ΤΟ ΠΕΠΤΙΚΟ ΕΛΚΟΣ

(ICD-10: K25, K26, K27, K28)

- Στην περίπτωση 12δακτυλικού έλκους επιβεβαιωμένου ενδοσκοπικά, απαιτείται η χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPIs) για 1 μήνα και παράλληλα χορήγηση θεραπείας εκρίζωσης για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, εφόσον αυτό υπάρχει,
- Στην περίπτωση γαστρικού έλκους επιβεβαιωμένου ενδοσκοπικά, απαιτείται η χορήγηση αναστολέων αντλίας πρωτονίων (PPIs) για 3 μήνες και παράλληλα χορήγηση θεραπείας εκρίζωσης για το ελικοβακτηρίδιο του πυλωρού, εφόσον αυτό υπάρχει.
- Η θεραπεία για το πεπτικό έλκος μπορεί να επαναληφθεί εφόσον διαπιστωθεί εκ νέου η παρουσία έλκους ενδοσκοπικά.

ΕΠΙΠΡΟΣΘΕΤΕΣ ΔΙΑΓΝΩΣΕΙΣ ΠΟΥ ΘΑ ΕΠΙΤΡΕΠΟΥΝ ΤΗ ΣΥΝΤΑΓΟΓΡΑΦΗΣΗ PPIs

K22, K23, K31

ΒΙΒΛΙΟΓΡΑΦΙΑ

1. Hunt R, Armstrong D, Katelaris P, Afihene M, Bane A, Bhatia S, Chen MH, Choi MG, Melo AC, Fock KM, Ford A, Hongo M, Khan A, Lazebnik L, Lindberg G, Lizarzabal M, Myint T, Moraes-Filho JP, Salis G, Lin JT, Vaidya R, Abdo A, LeMair A; Review Team: World Gastroenterology Organization global guidelines: GERD global perspective on gastro-esophageal reflux disease. *J Clin Gastroenterol*. 2017 Jul;51(6):467-478.
2. Freedberg DE, Kim LS, Yang YX. The Risks and Benefits of Long-term Use of Proton Pump Inhibitors: Expert Review and Best Practice Advice from the American Gastroenterological Association. *Gastroenterology* 2017 Mar;152(4):706-715.
3. Moayyedi PM, Lacy BE, Andrews CN, Enns RA, Howden CW, Vakil N. ACG and CAG clinical guideline. Management of dyspepsia. *Am J Gastroenterol*. 2017 Jul;112(7):988-1013
4. Pinto-Sanchez MI, Yuan Y, Hassan A, Bercik P, Moayyedi P. Proton pump inhibitors for functional dyspepsia. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017 Nov 21;11:CD011194.
5. Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA, Atherton J, Axon AT, Bazzoli F, Gensini GF, Gisbert JP, Graham DY, Rokkas T, El-Omar EM, Kuipers EJ; European Helicobacter Study Group. Management of helicobacter pylori infection-the Maastricht IV/Florence consensus report. *Gut*. 2012 May;61(5):646-64.
6. Abraham NS, Hlatky MA, Antman EM, Bhatt DL, Bjorkman DJ, Clark CB, Furberg CD, Johnson DA, Kahi CJ, Laine L, Mahaffey KW, Quigley EM, Scheiman J, Sperling LS, Tomaselli GF; ACCF/ACG/AHA. ACCF/ACG/AHA 2010 expert consensus document on the concomitant use of proton pump inhibitors and thienopyridines: a focused update of the ACCF/ACG/AHA 2008 expert consensus document on reducing the gastrointestinal risks of antiplatelet therapy and NSAID use. *Am J Gastroenterol*. 2010 Dec;105(12):2533-49
7. Lanas A, Chan FKL. Peptic ulcer disease. *Lancet*. 2017 Aug 5;390(10094):613-624