

Komentarz do artykułu E. Zagórowicz i wsp.

Przedstawiamy Państwu już drugi dokument będący rekomendacjami przystosowanymi do polskich warunków i stworzony dzięki współdziałaniu licznej grupy polskich specjalistów. Podobnie jak w pierwszym artykule tego typu [1], opublikowanym na łamach „Gastroenterologii Klinicznej”, najpierw powstały stwierdzenia (pojedyncze zdania), oparte na zaleceniach międzynarodowych, a następnie stwierdzenia te poddano głosowaniu, aby uzyskać opinię dotyczącą ich przydatności (użyteczności) w Polsce. Tym razem grupę ekspertów stanowili członkowie Sekcji Jelitowej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, a więc osoby zajmujące się chorobami zapalnymi jelit, zarówno w teorii, jak i praktyce. Wyniki głosowania podano pod każdym stwierdzeniem. Duża część stwierdzeń była celowo konstruowana w sposób kontrowersyjny lub otwarty tak, aby mogły stanowić pretekst do pogłębianej dyskusji. Dlatego bardzo ważne jest, aby zapoznać się z komentarzami do poszczególnych stwierdzeń oraz wyników głosowań i dobrze zrozumieć ostateczne wnioski.

Poniżej przedstawiam dwa wybrane praktyczne aspekty rekomendacji dotyczące dawkowania aminosalicylanów. Wybrałem je z myślą o wykorzystywaniu niniejszego dokumentu w szerokiej praktyce klinicznej.

Pierwszy aspekt dotyczy zastosowania aminosalicylanów we wrzodziejącym zapale-

niu jelita grubego, jako leków służących do indukcji remisji. Warto przypomnieć, że leczeniem pierwszego wyboru w łagodnym i umiarkowanym rzucie choroby są preparaty aminosalicylanów stosowane doustnie lub miejscowo (albo jednocześnie doustnie i miejscowo). Dawki, jakie zaleca się w tym celu, to 3–4 g mesalazyny na dobę stosowane doustnie, a w przypadkach z zajęciem dużej części jelita nawet sięgające 4,8 g na dobę. Dawka aminosalicylanów stosowana miejscowo sięga 1 g na dobę.

Drugi aspekt praktyczny dotyczy rozważań na temat zastosowania aminosalicylanów w terapii podtrzymującej wrzodziejącego zapalenia jelita grubego. W tym przypadku należy brać pod uwagę nie tylko cel, jakim jest utrzymanie remisji klinicznej i endoskopowej, lecz także chemoprewencyjne działanie mesalazyny. Działanie chemoprewencyjne jest rozumiane jako prewencja rozwoju raka jelita grubego, do którego może dojść w następstwie wieloletniej choroby zapalnej jelit. Powikłanie to rozwija się podstępnie, przez fazę dysplazji i może być ostatecznie przyczyną zgonu. Ze względu na wymienione wyżej dwa cele terapii podtrzymującej należy stwierdzić, że optymalna dawka w przypadku tej grupy leków w wieloletniej terapii podtrzymującej powinna wynosić 2 g mesalazyny na dobę.

1. Wocial T., Bartnik W., Bartosz K. i wsp. Konsensus dotyczący zastosowania leków hamujących wydzielanie kwasu solnego w żołądku w najczęstszych chorobach gór-

nego odcinka przewodu pokarmowego praktyce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. *Gastroenterologia Kliniczna* 2009; 1: 1–6.