

## Komentarz do artykułu T. Wociała i wsp.

Przedstawiamy Państwu, można powiedzieć, „historyczny” dokument. Jest to pierwsza polska publikacja z dziedziny gastroenterologii, która powstała dzięki udziałowi, poprzez głosowanie, dużej grupy polskich ekspertów, członków Zarządu Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii (PTG-E).

Najpierw przygotowano pojedyncze zdania/stwierdzenia dotyczące wybranej tematyki. Stwierdzenia te nie zostały wymyślone przez autorów, lecz były odzwierciedleniem poglądów formalnych grup eksperckich międzynarodowych oraz polskich i oparte na opublikowanych dokumentach (odnośniki do tych dokumentów umieszczono na końcu każdej sekcji tematycznej). Celem głosowania przeprowadzonego wśród grupy ekspertów polskich było sprawdzenie, czy i z jakim stopniem zgodności stwierdzenia te są akceptowane do stosowania w warunkach polskich.

W głosowaniu wzięło udział 20 spośród 25 zaproszonych członków Zarządu Głównego PTG-E. Dwadzieścia jeden z 26 stwierdzeń zaakceptowano w całości lub jedynie z pewnym zastrzeżeniem (stopień poparcia A lub B) przez co najmniej 85% głosujących. Jednocześnie żadnego ze stwierdzeń nie odrzucono poprzez formalne głosowanie (definicja odrzucenia to > 50% głosów za opcją D lub E). Tak wysoki stopień poparcia większości stwierdzeń zawartych w konsensusie przez członków Zarządu Głównego PTG-E upoważnia do stwierdzenia, że przedstawione zasady wykorzystania leków hamujących wydzielanie kwasu solnego w żołądku mogą być szeroko rekomendowane w praktyce lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej.

Pośród pozostałych pięciu stwierdzeń trzy (nr: 6, 25 i 26) uzyskały poparcie wynoszące 74% lub więcej. Nie jest to pełne poparcie, ale jednak na tyle duże, że można je zalecać do stosowania w codziennej praktyce lekarskiej.

Najwięcej kontrowersji dotyczyło zastosowania antagonistów receptorów H<sub>2</sub> (H<sub>2</sub>RA) w profilaktyce powikłań ze strony przewodu

pokarmowego u osób długotrwale leczonych kwasem acetylosalicylowym lub innymi lekami z grupy NLPZ (stwierdzenie nr 23). Stwierdzenie to postulowało traktowanie H<sub>2</sub>-blokerów jako leków alternatywnych dla inhibitorów pompy protonowej. Głosowanie pokazało największy rozrzut głosów. Najwięcej procentowo uzyskała odpowiedź: „poparcie stwierdzenia z dużym zastrzeżeniem”. Istnienie kontrowersji w odniesieniu do tego stwierdzenia jest zrozumiałe i uzasadnione. Wynikają one z mniejszej skuteczności antagonistów receptorów H<sub>2</sub> w profilaktyce powikłań ze strony żołądka niż dwunastnicy i rozwoju zjawiska tolerancji. Zachodni autorzy w swoich intencjach brali jednak pod uwagę przewagę H<sub>2</sub>RA nad placebo i większą efektywność pod względem kosztów w porównaniu z inhibitorami pompy protonowej. W Polsce szczególnie aspekt ekonomiczny mógłby być brany pod uwagę w większym stopniu.

Duży odsetek zastrzeżeń budziło również stwierdzenie, że u osób z dyspepsją, która nie była wcześniej diagnozowana, zaleca się wykonanie testu i leczenie infekcji *H. pylori*, jeżeli nie przekroczyli oni 45. roku życia i nie mają objawów alarmujących — strategia „testuj i lecz” (stwierdzenie nr 13). Strategia ta, stosowana w opiece podstawowej na Zachodzie, ma swoje zalety oraz wady i rzeczywiście nie może być w Polsce przyjęta bez zastrzeżeń. Uzasadnieniem do jej stosowania jest między innymi duże rozpowszechnienie zakażenia *H. pylori* w naszym kraju (ok. 80% dorosłej populacji), co sprawia, że prawdopodobieństwo wystąpienia objawów związanych z infekcją jest bardzo duże. Dodatkowo, trzeba pamiętać, że koszt badań endoskopowych jest większy niż samego testowania w kierunku obecności infekcji *H. pylori*. Jednak, gdyby przyjąć za powszechną strategię „testuj i lecz”, trzeba by pamiętać, że ze względu na ciągle dużą zachorowalność na raka żołądka w Polsce uzasadniona jest niższa granica wieku ( $\leq 45$  lat), po przekroczeniu której kwalifikuje się do wcześniejszej gastrokopii niż proponowana w wy-

tycznych amerykańskich (55 lat). Wadą strategii „testuj i lecz” może być natomiast ryzyko opóźnienia rozpoznania nowotworu żołądka. Należy jednak pamiętać, że z drugiej strony nie udowodniono niekorzystnego wpływu tej strategii na rokowanie w tych przypadkach.

Ciekawe wyniki głosowania uzyskano w odniesieniu do stwierdzeń 24–26 dotyczących wyboru inhibitora pompy protonowej. Stwierdzenia te uzyskały poparcie głosujących. Oznacza to jasny stosunek głosujących do obserwowanych w ostatnich miesiącach kontrowersji dotyczących interakcji inhibitorów pompy protonowej. Interakcje te wbrew początkowym podejrzaniom nie mają jednak większego znaczenia klinicznego. W szczególności inte-

rakcja z kłopidogrelem, jak się wydaje, została nagłośniona przedwcześnie; aktualnie sądzi się, że wcześniejsze doniesienia o znaczeniu tej interakcji nie zostały potwierdzone i nie mogą być podstawą ani do unikania, ani do zamiany inhibitorów pompy protonowej.

Przedstawiony artykuł, jak wspomniano wcześniej, jest bardzo wartościowym metodologicznie i, mam nadzieję, wzorcowym sposobem podejścia do wprowadzania zaleceń „zachodnich” w Polsce. Sprawdzenie stosunku polskich ekspertów do takich zaleceń z uwzględnieniem polskiej rzeczywistości powinno, moim zdaniem, stać się sposobem „polskiej walidacji” poglądów międzynarodowych.