

Patronat
POLSKIE
TOWARZYSTWO
LEKARSKIE
POLSKI
KOMITET
ZIELARSKI

ISSN 1233-2755
Vol. XVIII
Rok założenia 1992
Nr 4 (208)
Kwiecień 2011

Punkcja:
Ministerstwa Nauki
i Szkolnictwa Wyższego: 6 pkt
Index Copernicus
Wydawnictwo Farmapress*: 10,63 pkt

CZASOPISMO APTEKARSKIE

Kontynuator tradycji Czasopisma utworzonego w roku 1871 we Lwowie

Zdrowych i spokojnych Świąt Wielkanocnych
Naszym Autorom, Przyjaciółom, Czytelnikom i Sympatykom
życzy Redakcja i Rada Naukowa „Czasopisma Aptekarskiego”

oryginalny

DIAPREL® MR

Gliklazyd 30 mg

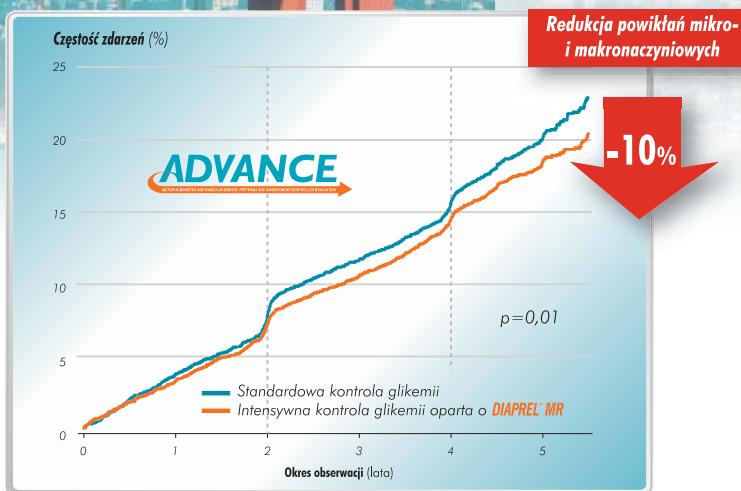
chroni przed ciężkimi powikłaniami cukrzycy*

Terapia oparta o



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

- Największe badanie w cukrzycy typu 2
- 11 140 pacjentów
- 5 lat obserwacji
- 20 krajów na świecie
- intensywna kontrola glikemii (HbA_{1c} 6,5%) oparta o DIAPREL® MR



Skuteczna
i bezpieczna
kontrola glikemii

Ochrona
przed ciężkimi
powikłaniami

DR1011/06

* łącznie łączne incydenty mikro-i makronaczyniowe.
ADVANCE Collaborative Group N Eng J Med. 2008; 358: 2560-2572.



DIAPREL® MR

(Gliclazidum), tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg

SKŁAD

Jedna tabletka o zmodyfikowanym uwalnianiu zawiera 30 mg gliklazu (Gliclazidum).

WSKAZANIA DO STOSOWANIA

Cukrzyca insulinoniezależna (typ 2) u dorosłych, kiedy leczenie dietytyczne i wysiłek fizyczny oraz zmniejszenie masy ciała nie wystarczają do utrzymania prawidłowego stężenia glukozy we krwi.

DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA

Doustnie. Do stosowania tylko u osób dorosłych. Dawkę dobową wynosi od 1 tabletki do 4 tabletek na dobę, tj. od 30 do 120 mg przyjmowanych doustnie, jednorazowo, w porze śniadania. Tabletki (tabletkę) należy podać w całości. W przypadku pominięcia jednej dawki nie należy jej zwiększać w dniu następnym. Podobnie jak w przypadku innych leków o działaniu hipoglikemizującym, dawkę powinna być dostosowana indywidualnie w zależności od reakcji pacjenta (stężenie glukozy we krwi, HbA1c).

Dawka początkowa:

Zalecana dawka początkowa wynosi 30 mg na dobę. Jeśli stężenie glukozy we krwi jest skutecznie kontrolowane, dawka ta może być stosowana jako leczenie podtrzymujące. Jeśli stężenie glukozy we krwi nie jest odpowiednio kontrolowane, dawkę można stopniowo zwiększyć do 60, 90 lub 120 mg na dobę. Nie powinno się zwiększać dawki częściej, niż co najmniej po upływie 1 miesiąca, z wyjątkiem pacjentów, u których stężenie glukozy we krwi nie uległo zmniejszeniu po dwóch tygodniach leczenia. W takich przypadkach, dawkę można zwiększyć pod koniec drugiego tygodnia leczenia. Maksymalna, zalecana dawka dobowa to 120 mg.

Zamiana tabletek produktu zawierającego 80 mg gliklazu (np. Diaprel) na Diaprel MR:

1 tabletkę produktu zawierającego 80 mg gliklazu jest porównywalna z 1 tabletką produktu Diaprel MR. Zmiana może być przeprowadzona pod warunkiem monitorowania parametrów krwi.

Zamiana innego, doustnego leku przeciwczukrzycowego na Diaprel MR:

Diaprel MR może być stosowany w celu zastąpienia innego, doustnego leku przeciwczukrzycowego. Podczas zamiany na Diaprel MR należy wziąć pod uwagę dawkę oraz okres półtrwania uprzednio stosowanego leku przeciwczukrzycowego. Zastosowanie okresu przejściowego nie jest konieczne. Należy zastosować dawkę początkową 30 mg i tak ją modyfikować, aby była dostosowana do reakcji stężenia glukozy we krwi danego pacjenta, tak jak to przedstawiono powyżej.

W razie zmiany innych hipoglikemizujących pochodnych sulfonylomocznika o przedłużonym okresie półtrwania może być konieczna kilkudniowa przerwa w leczeniu, aby zapobiec wystąpieniu efektu addycyjnego dwóch preparatów, który może powodować hipoglikemię. Schemat dawkowania w takich sytuacjach powinien być taki sam jak na początku stosowania leku, tzn. leczenie należy rozpoczęć od dawki 30 mg, a następnie ją zwiększać w zależności od reakcji metabolicznej pacjenta.

Leczenie skojarzone z innymi lekami przeciwczukrzycowymi:

Diaprel MR może być stosowany z biguanidami, inhibitorami alfa-glukozydazy lub insuliną. U pacjentów ze stężeniem glukozy we krwi niedostatecznie kontrolowanym z użyciem leku Diaprel MR leczenie skojarzone z insuliną powinno być wprowadzone pod ścisłą opieką medyczną.

U osób w podeszłym wieku (powyżej 65 lat) lek należy stosować zgodnie z tymi samymi zasadami dawkowania, jakie są zalecane u pacjentów poniżej 65 lat.

U pacjentów z łagodną i umiarkowaną niewydolnością nerek powinny być zastosowane takie same zasady dawkowania, jak u pacjentów z prawidłową czynnością nerek. Pacjenci ci powinni pozostawać pod obserwacją. Dane te zostały potwierdzone w badaniach klinicznych.

Stosowanie u pacjentów z ryzykiem wystąpienia hipoglikemii

Większe ryzyko hipoglikemii dotyczy następujących pacjentów:

- niedożywionych lub złe odżywionych;
- z ciężkimi lub niedostatecznie wyrównanymi zaburzeniami endokrynologicznymi (niedoczynność przysadki, niedoczynność tarczycy, niewydolność kory nadnerczy);
- po zaprzestaniu długotrwałego leczenia i (lub) leczenia dużymi dawkami kortykosteroidów;
- z ciężkimi chorobami tętnic (ciężka choroba wieńcowa, ciężka niewydolność tętnicy szyjnej, choroba naczyniów obwodowych).

Zaleca się stosowanie minimalnej dawki początkowej 30 mg. Brak danych oraz badań klinicznych dotyczących stosowania u dzieci.

PRZECIWWSKAZANIA

Stwierdzona nadwrażliwość na gliklazyd lub krótkowiek substancję pomocniczą, inne pochodne sulfonylomocznika, sulfonamidy. Cukrzyca typu 1. Stan przedśpiączkowy lub śpiączka cukrzycowa. Ketoza i kwasica cukrzycowa. Ciężka niewydolność nerek lub wątroby: w tych przypadkach zaleca się zastosowanie insuliny. Leczenie mikonazolem. Okres karmienia piersią.

SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA**HIPOGLIKEMIA**

Doustne leki hipoglikemizujące można stosować jedynie u pacjentów regularnie i prawidłowo odżywiających się. Hipoglikemia częściej pojawia się podczas stosowania diet niskokalorycznych, w następstwie długotrwałego lub forsownego wysiłku fizycznego, picia alkoholu lub w przypadku, gdy zastosowano leczenie skojarzone lekami przeciwczukrzycowymi. Hipoglikemia może wystąpić w następstwie stosowania pochodnych sulfonylomocznika. Niektóre przypadki hipoglikemii mogą wymagać leczenia szpitalnego i podawania roztworu glukozy dozynie. Aby zmniejszyć ryzyko hipoglikemii, należy indywidualnie ustalać sposób leczenia oraz odpowiednią dawkę.

Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia hipoglikemii:

- brak współpracy ze strony pacjenta;
- niedożywienie, nieregularne pory spożywania posiłków, opuszczanie posiłków, okresy poszczenia lub zmiany w diecie;
- brak równowagi pomiędzy wysiłkiem fizycznym a po-dażą węglowodanów;
- niewydolność nerek;
- ciężka niewydolność wątroby;
- niektóre zaburzenia endokrynologiczne: zaburzenia czynności tarczycy, niedoczynność przysadki oraz niewydolność nadnerczy;
- przedawkowanie produktu Diaprel MR;
- równoczesne podawanie innych preparatów wpływających na glikemię.

Niewydolność nerek i wątroby: farmakokinetyka i (lub) farmakodynamika gliklazu może być zmieniona u pacjentów z niewydolnością wątroby lub ciężką niewydolnością nerek. U tych pacjentów hipoglikemia może się przedłużyć, co może wymagać specjalnego postępowania.

Informowanie pacjenta

Ryzyko hipoglikemii, objawy, leczenie i czynniki predysponujące do jej wystąpienia, należy wyjaśnić pacjentowi oraz członkom jego rodziny.

Slaba kontrola glikemii

Na kontrolę glikemii u pacjentów otrzymujących leczenie przeciwczukrzycowe mogą mieć wpływ: gorączka, uraz, infekcja lub zabieg chirurgiczny. W niektórych przypadkach może być konieczne podanie insuliny. Przed stwierdzeniem wystąpienia u pacjenta wtórnego niepowodzenia terapeutycznego należy rozważyć odpowiednie dostosowanie dawki oraz opracowanie diety. Stosowanie pochodnych sulfonylomocznika u pacjentów z niedoborem dehydrogenazy glukozo-6-fosforanowej może prowadzić do rozwoju niedokrwistości. U tych pacjentów konieczne jest zachowanie ostrożności i rozważenie zastosowania leczenia lekami z innej grupy.

Badania laboratoryjne: oznaczanie stężeń glikowanej hemoglobiny (lub pomiar glukozy w osoczu na czczu)

zaleca się do oceny kontroli glikemii. Użyteczna jest również samokontrola stężenia glukozy we krwi.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Na podstawie doświadczenia ze stosowaniem gliklazyd oraz innych pochodnych sulfonylomocznika opisuje się działania niepożądane:

Hipoglikemia

Tak jak w przypadku innych pochodnych sulfonylomocznika leczenie tym lekiem może powodować hipoglikemię, zwłaszcz w razie nieregularnego odżywiania się. Objawy hipoglikemii: ból głowy, silny głód, nudności, wymioty, zmęczenie, senność, zaburzenia snu, pobudzenie, agresja, ostabiona koncentracja, zaburzenia świadomości oraz spowolnienie reakcji, depresja, uczucie splątania, zaburzenia widzenia i mowy, ołpnięcie, drżenie, niedowład, zaburzenia czucia, zawroty głowy, uczucie bezsilności, utara samokontroli, drgawki, płytki oddech, bradycardia, senność i utara świadomości, co może prowadzić do śpiączki oraz zgromu. Dodatkowo mogą być obserwowane objawy pobudzenia adrenergicznego takie jak: pocenie się, wilgoć skóry, tachykardia, kołatanie serca, wzrost ciśnienia tętniczego, ból w klatce piersiowej oraz zaburzenia rytmu serca. Zazwyczaj objawyступią po podaniu węglowodanów (cukier). Należy jednak pamiętać, że sztuczne substancje słodzące nie wywolują żadnego efektu. Doświadczenia z innymi pochodnymi sulfonylomocznika pokazują, że hipoglikemia może wystąpić ponownie nawet, jeśli pomiary początkowe wskazują na skuteczność leczenia. W przypadku ciężkiej lub długotrwałej hipoglikemii, nawet jeśli jest okresowo kontrolowana poprzez spożycie cukru, niezwłocznie należy rozpocząć leczenie lub nawet może być konieczna hospitalizacja.

Zaburzenia żołądkowo-jelitowe: ból brzucha, nudności, wymioty, niestrawność, biegunka oraz zaparcia. Następujące działania niepożądane są rzadziej obserwowane:

- zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: wysypka, świąd, pokrywka, rumień, wykwity plamkowo-grudkowe, odczyny pecherzowe;
- zaburzenia krwi: zmiany w obrazie hematologicznym krwi występują rzadko, mogą one obejmować: niedokrwistość, leukopenię, małopłytkowość, granulocytozę. Zmiany te przemijają po zaprzestaniu leczenia.
- zaburzenia wątroby: zwiększoną aktywność enzymów wątrobowych (AspAT, AIAT, fosfatazy zasadowej), zapalenie wątroby (odosobnione przypadki). Należy przerwać leczenie w przypadku pojawienia się żółtaczki cholesterolowej. Objawy te zazwyczaj przemijają po odstawieniu leku.
- zaburzenia oka: przemijające zaburzenia widzenia mogą pojawiać się szczególnie na początku leczenia na skutek zmian stężeń glukozy we krwi.

Działania niepożądane danej grupy leków:

W przypadku stosowania preparatów należących do grupy pochodnych sulfonylomocznika opisywano: niedokrwistość, agranulocytozę, niedokrwistość hemolityczną, pancytopenię i alergiczne zapalenie naczyń; obserwano także przypadki zwiększenia aktywności enzymów wątrobowych, a nawet zaburzenia czynności wątroby (np. zastojem żółci i żółtaczką) oraz zapalenie wątroby, które przemijają po odstawieniu pochodzącej sulfonylomocznika, lub w odosobnionych przypadkach prowadzą do zagrożającej życiu niewydolności wątroby.

PODMIOT ODPOWIEDZIALNY

ANPHARM Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne Spółka Akcyjna, ul. Anopol 6B, 03-236 Warszawa

**POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU
(Wyданie przez Ministra Zdrowia) Nr 4430****Produkt leczniczy wydawany na receptę.**

Adres korespondencyjny: Servier Polska Sp. z o.o., 01-248 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 10, tel. (22) 594 90 00, fax (22) 594 90 10. Internet: www.servier.pl, e-mail: info@pl.netgrs.com. (11.12.2009)

* Maksymalna urzędowa cena detaliczna wynosi 35,95 PLN za opakowanie 60 tabletek; maksymalna odpłatność pacjenta wynosi 29,27 PLN za opakowanie 60 tabletek w cukrzycy typu 2.

Maksymalna urzędowa cena detaliczna wynosi 50,50 PLN za opakowanie 90 tabletek; maksymalna odpłatność pacjenta wynosi 42,08 PLN za opakowanie 90 tabletek w cukrzycy typu 2.

Punktacja:
Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego – **6 pkt**
Indeks Copernicus:
Wydawnictwo Farmapress® – **10,63 pkt**

Niezależny Ogólnopolski Miesięcznik Farmaceutyczno-Medyczny dla Aptekarzy, Farmaceutów, Lekarzy, Producentów i Dystrybutorów Leków

Wydawca, Redaktor Naczelny: **Wiktor Szukiel** – tel. kom. 601 282 404

Pełnomocnik Wydawcy Z-ca Redaktora Naczelnego:
Jadwiga Szymańska – tel. kom. 601 986 688, tel. (22) 879-92-62

Honorowy z-ca Redaktora Naczelnego: mgr prawa **Barbara Jendryczko**
Honorowy z-ca Redaktora Naczelnego: dr n. farm. **Marek Jędrzejczak**

Sekretarz Redakcji: **Bogdan Ostrowski**

RADA NAUKOWA

prof. dr hab. n. farm. **Kazimierz Głowniak**
kierownik Katedry i Zakładu Farmakognosji z Pracownią Roślin Lecznich, Uniwersytet Medyczny w Lublinie – przewodniczący

prof. dr Benito del Castillo Garcia

członek Narodowej Akademii Farmaceutycznej w Hiszpanii

prof. dr hab. n. farm. **Roman Kalisz** czł. koresp. PAN i PAU
kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki, Gdańskim Uniwersytecie Medycznym

prof. dr hab. n. farm. **Wincenty Kwapiszewski**
honorowy prezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

prof. dr hab. n. farm. **Stanisław Lipski**

Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii

prof. dr hab. n. farm. **Maciej Pawłowski**

kierownik Katedry Chemii Farmaceutycznej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

prof. dr hab. n. med. **Jerzy Woy-Wojciechowski**
prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

dr hab. n. farm. **Anita Magowska**
kierownik Katedry i Zakładu Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

dr n. farm. **Roman Duda**
Okręgowa Izba Aptekarska w Kielcach

dr n. farm. **Jerzy Jambor**
prezes Polskiego Komitetu Zieliarskiego w Poznaniu

dr n. farm. **Marek Jędrzejczak**
wykładowca farmakologii na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego

dr n. farm. **Jerzy Łazowski**
członek Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP)

Pomysł artystyczny i koncepcja typograficzna – **Bogdan Ostrowski**

Opracowanie graficzno-techniczne i korekta – Zespół

Redakcja zastrzega sobie prawo adiustacji i skracania nadestanych tekstów. Publikacje w „Czasopismie Aptekarskim” nie mogą być kopowane w żadnej formie ani żadnymi metodami mechanicznymi lub elektronicznymi, łącznie z wykorzystaniem systemów przechowywania i odtwarzania informacji bez pisemnej zgody wydawcy, Wydawnictwa Farmapress.

Realizacja Wydania

FARMAPRESS

Biuro Wydawcy i Redakcji: **Zofia Soborowska**
ul. Obarowska 23/2, 04-337 Warszawa Box 81
tel. 22 879-98-69, fax 24 h 22 879-92-32
e-mail: cza@cza.pl

Kolportaż i prenumerata: tel. 22 879-98-69

Prenumerata roczna – 200 zł, półroczena – 120 zł
Wpłaty należy dokonywać na konto: 13 1130 1017 0200 0000 0005 1195

Adres strony WWW „Czasopisma Aptekarskiego”: www.cza.pl

„Czasopismo Aptekarskie” ukazuje się tylko w prenumeracie.
Za treść tekstów promocyjnych, reklam, ogłoszeń, insertów
Redakcja nie odpowiada.

Nakład nie przekracza 15 000 egz.

Tytuł i znak słowno-graficzny prawnie zastrzeżony.
Świadectwo ochronne nr 106721 i nr 145359
wydane przez Urząd Patentowy RP

© Copyright by FARMAPRESS®

Sejm RP przyjął ustawę refundacyjną

25 marca 2011 r. Sejm RP przyjął rządowy projekt ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych. Za przyjęciem w całości projektu ustawy refundacyjnej w brzmieniu proponowanym przez sejmową Komisję Zdrowia wraz z przyjętymi poprawkami głosowało 235 posłów (202 z Platformy Obywatelskiej, 29 z Polskiego Stronnictwa Ludowego i 4 niezrzeszonych). Na tym samym posiedzeniu Sejmu głosowano też nad przyjęciem zgłoszonego w drugim czytaniu wniosku posła PiS Bolesława Piechy, dotyczącego odrzucenia projektu ustawy w całości. Wniosek ten został odrzucony. Ustawa przesłana została do Senatu RP. 1 kwietnia 2011 r. rozpatrzy ją senacka Komisja Zdrowia.

Pierwsze czytanie projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych odbyło się 27 października 2010 r. 14 grudnia 2010 r. powołana została sejmowa podkomisja nadzwyczajna do rozpatrzenia rządowego projektu tej ustawy, która zakończyła pracę 17 lutego 2011 r. W posiedzeniach podkomisji uczestniczyli członkowie samorządu aptekarskiego. Pracami zespołu przedstawicieli Naczelnej Izby Aptekarskiej kierował prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej dr Grzegorz Kucharewicz. Zarówno podkomisja nadzwyczajna, jak i sejmowa Komisja Zdrowia uwzględnili wiele postulatów samorządu aptekarskiego, przyjmując poprawki popierane przez Nacelną Izbę Aptekarską.

Podczas prac legislacyjnych w Senacie NIA zdecydowanie będzie dążyć do zmiany niektórych zapisów tej ustawy.

(Tytuł pochodzi od redakcji)

dr Grzegorz Kucharewicz

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej



**EUROPEJSKI DZIEŃ WALKI
Z OTYŁOŚCIĄ
22 maja każdego roku**

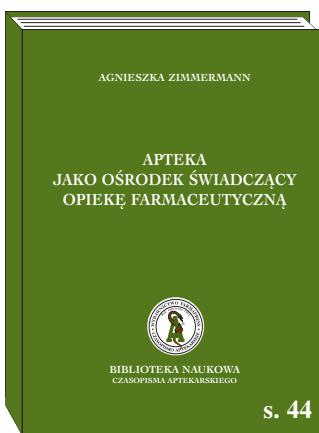
Zwróćcie uwagę na problemu pacjentów cierpiących na nadwagę i otyłość

- 22 maja 2010 roku odbyły się pierwsze obchody „Europejskiego Dnia Walki z Otyłością” w 100 krajach Europy.
- Celem kampanii jest zwiększenie świadomości społeczeństwa, firm, lekarzy, pacjentów i polityków wobec wszystkich skutków wprowadzających obyczaje Europy, powodujących niezdrowe życie i obfitość, w porównaniu z których wszelkie rzeczy zgodne z życiem zdrowym i pozytywną kulturą życia są rzadkość.
- W ramach Inicjatywy „Europejski Dzień Walki z Otyłością” zatrzymamy się do końca lipca 2010 roku i zauważmy, co mówią nam nasze organizacje społeczne, www.oeweb.org.pl w ramach Europejskiej Inicjatywy Otyłości. Zobaczymy, jakie działania prowadzą do zmiany i jakie zmiany powinny przynieść, aby móc skorzystać z możliwości, jakie daje Europejska Inicjatywa Otyłości. Wspierającą naszą działalność, organizacjami, które podjęły się tego zadania, i projektu dofinansowanego przez Komisję Europejską, by uzyskać prosty i pojęty dostęp.
- „Europejski Dzień Walki z Otyłością” cieszy się pełnym poświęceniem od Parlamentu Europejskiego oraz liczących organizacji zrzeszających przedstawicieli ekspertów medycznych, farmaceutycznych, dietyków i patientów.

Poprzedź ideę Europejskiego Dnia Walki z Otyłością
www.obesityday.eu

Logo European Obesity Day
Promującą idea Walki z Otyłością w Europie

s. 10




APTEKA 1

JEDNA MARKA WSPÓLNA SIŁA

DLA PACJENTA

- PAYBACK – unikatowy Program Bonusowy dla Twoich Pacjentów dostępny TRAKTO w APTEKA 1
- Przykrością dla pacjenta jest brak możliwości dostarczenia leku po raz kolejny.
- Uzupełnij informacje PAYBACK i otrzymaj gwarancję, że Twoje leki zostaną bezpłatnie dostarczone.

DLA APTEKI

- Przykrością dla aptekarza jest brak możliwości dostarczenia leku po raz kolejny.
- Przykrością dla aptekarza jest brak możliwości dostarczenia leku po raz kolejny.
- Brak możliwości dostarczenia leku po raz kolejny.

apteka1.pl

s. 63



Biostymina®
Większa odporność z każdą kroplą

Biostymina® to naturalny sposób na odporność:

- NATURALNOŚĆ: 100% naturalny, bez konserwantów, bez sztucznych barwników, bez sztucznych zapachów, bez sztucznych smaków.
- APTEKĄ DOSTĘPNA: Produkt przeznaczony do leczenia i profilaktyki chorób układu odpornościowego.
- PRODUKT NATURALNY: Produkt zawiera 100% naturalnego ekstraktu z czerwów.

s. 64

SPRAWY ZAWODU

Wybiórka w pigułce	6
<i>Aleksandra Krzyżaniak-Gumowska</i>	
Sumienie farmaceuty	11
<i>Anita Magowska</i>	
Prawo farmaceutów do sprzeciwu sumienia	14
<i>Agnieszka Zimmermann</i>	
Apteka – placówka ochrony zdrowia publicznego	18

ROK 2011 ROKIEM OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

<i>Wiesława Stożkowska, Iga Pawłowska</i>	
Opieka farmaceutyczna w leczeniu chorób cywilizacyjnych – karty bazowe dla farmaceutów	22

NAUKA I PRAKTYKA

<i>Wojciech Brzozowski, Andrzej Wysokiński</i>	
Ostra niewydolność serca – aktualne zalecenia Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego	25
<i>Jerzy Jambor</i>	
Herbata – bohaterka popołudniowych spotkań	31

INFORMACJE FARMACEUTYCZNE

<i>Bogdan Ostrowski</i>	
Pneumokoki groźne nie tylko dla dzieci	34
<i>Agata Majda</i>	
EEG Biofeedback – nowoczesna terapia dla dzieci i dorosłych	38

ANGIELSKI W PRAKTYCE FARMACEUTYCZNEJ

<i>Jolanta Suchocka-Strycko, Christopher A. Strycko</i>	
Spotkania z angielskim – cz. X	40

NOWOŚCI WYDAWNICZE

<i>Kazimierz Główniak</i>	
Apteka jako ośrodek świadczący opiekę farmaceutyczną (zagadnienia prawne)	44

SUPLEMENT

<i>Bogdan Ostrowski</i>	
Ocena dostępu polskich pacjentów do innowacji w ochronie zdrowia	46

polecany przez lekarzy jako nr 1

w leczeniu otyłości
i wspomaganiu odchudzania*



alli zapobiega wchłanianiu do 25% tłuszczy, dzięki czemu zwiększa skuteczność odchudzania. Na każde dwa kilogramy zrzucone dzięki diecie i ćwiczeniom, **alli** pomoże zrzucić kolejny kilogram.

„skuteczność alli, w przeciwieństwie do suplementów diety, jest potwierdzona klinicznie”

„Rola leków i suplementów diety w leczeniu otyłości”
Czasopismo Aptekarskie nr 4 (196) 2010



**Prof. dr hab. med.
Barbara Zahorska
–Markiewicz**

Prezes Polskiego Towarzystwa
Badań nad Otyłością

alli - tak jest zdrowiej

alli 60 mg kapsułki twarde. **Skład:** 1 kapsułka zawiera 60 mg orlistatu. **Wskazania do stosowania:** alli stosuje się jako środek zmniejszający masę ciała u osób dorosłych z nadwagą (wskaźnik masy ciała, BMI, $\geq 28 \text{ kg/m}^2$), obejmującą co najmniej 10% nadmiaru wagi. W ciągu doby nie należy przyjmować więcej niż trzy kapsułki po 60 mg każda. Dieta oraz ćwiczenia fizyczne stanowią ważną część programu odchudzania. Zeleca się stosowanie diety i rozpoczęcie programu ćwiczeń fizycznych przed leczeniem preparatem alli. Podczas przyjmowania orlistatu pacjent powinien pozostawać na zrównoważonym pod względem żywieniowym, umiarkowanym niskokalorycznym diecie, w której około 30% kalorii pochodzi z tłuszczy (np. w diecie 2000 kcal/dzień odpowiada to <67 g tłuszczy). Dobowe spożycie tłuszczy, węglowodanów i białek powinno być rozłożone na 3 główne posiłki. Dieta i program ćwiczeń fizycznych należy kontynuować również po zakończeniu stosowania orlistatu. Leczenie nie powinno trwać dłużej niż 6 miesięcy. Pacjenci, u których po 12 tygodniach stosowania leku alli nie nastąpił spadek masy ciała, powinni skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą. Niedobiegłe może okazać się przerwanie kuracji. **Szczególne grupy pacjentów:** Osoby w podeszłym wieku (powyżej 65 lat); dane dotyczące stosowania orlistatu u osób w podeszłym wieku są ograniczone. Jednakże, ze względu na minimalne wchłanianie się orlistatu, nie jest konieczne dostosowanie dawki u osób w podeszłym wieku. Niewydolność wątroby i nerek: Nie badano działania orlistatu u osób z niewydolnością wątroby i/lub nerek. Jednakże, ze względu na minimalne wchłanianie się orlistatu, nie ma potrzeby dostosowywania dawkowania u osób z niewydolnością wątroby i/lub nerek. Populacja pediatryczna: Bezpieczeństwo i skuteczność alli nie zostały ustalone u dzieci w wieku poniżej 18 lat. Nie są dostępne na temat żadne dane. Sposób podawania: Kapsułkę należy przyjmować bezpośrednio przed posiłkiem, podczas posiłku lub w ciągu jednej godziny po każdym z głownych posiłków popijając wodą. Jeśli pacjent nie spożywa posiłku lub gdy posiłek nie zawiera tłuszczy, dawkę należy pominać. **Przeciwwskazania:** Znana nadwrażliwość na orlistat lub jakikolwiek substancję pomocniczą. Równoczesne stosowanie cykloskopryny. Przewlekły zespół zlego wchłaniania cholesterolu. Ciąża. Karmienie piersią. Równoczesne stosowanie warfaryny lub innych doistnych leków przeciwczązkowych. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Należy poinformować pacjentów, aby przestrzegali udzielonych im zaleceń dotyczących diety. Jeżeli orlistat wchłaniavitamin rozpuszczalnych w tłuszczych (A, D, E oraz K), w związku z tym zaleca się przyjmowanie uzupełniającego preparatu wielowitaminowego. W przypadku pacjentów chorych na cukrzycę utracie na wadze może powodować poprawę parametrów metabolizacyjnych, dlatego pacjenci przyjmujący leki przeciwciukrzycowe powinni przed rozpoczęciem stosowania preparatu alli skonsultować się z lekarzem. Może wystąpić konieczność dostosowania dawki leku przeciwciukrzycowego. Utracie na wadze może powodować poprawę ciśnienia krwi oraz poziomów cholesterolu. Pacjenci przyjmujący leki przeciw nadciśnieniu lub obniżające poziom cholesterolu powinni skonsultować się z lekarzem przed rozpoczęciem stosowania preparatu alli, ponieważ mogą być monitorowane ze względu na możliwe zmiany częstości i nasilenia występujących napadów drgawek. W razie takich zmian, należy rozważyć podawanie orlistatu i leków przeciwspadaczkowych o różnych porach dnia. **Działania niepożądane:** Działania niepożądane powiązane z orlistatem są głównie pochodzenia żołądkowo-jelitowego i mają związek z farmakologicznym wpływem leku na zapobieganie wchłanianiu przyjętego z pozybeniem tłuszczy. Działania niepożądane typu żołądkowo-jelitowego ustalone na podstawie trwających od 18 miesięcy do 2 lat badań klinicznych orlistatu 60 mg mają na ogół łagodny przebieg i przemijający charakter. Wystąpiły one przeważnie we wczesnej fazie leczenia (w ciągu 3 miesięcy) zaś u większości pacjentów odnotowano jedynie jednorazowe przypadki. Spożycie żywności ubogiej w tłuszcze zmniejsza prawdopodobieństwo wystąpienia żołądkowo-jelitowych działań niepożądanych. Poniżej wymieniono działania niepożądane według klasyfikacji układów i narządów oraz częstości. Częstość zdefiniowano następująco: bardzo często ($\geq 1/10$), często ($\geq 1/100$ do $<1/10$), niezbyt często ($\geq 1/1,000$ do $<1/100$), rzadko ($\geq 1/10,000$ do $<1/1,000$) i bardzo rzadko ($<1/10,000$). Nieznana (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). Częstość występowania działań niepożądanych identyfikowanych podczas stosowania orlistatu w okresie po jego wprowadzeniu na rynek pozostaje nieznana, gdyż została one zgłoszona dobrovolnie z populacji o nieznanej wielkości. W obrębie każdej grupy o określonej częstości występowania działania niepożądane są wymienione zgodnie ze zmniejszającym się nasileniem. (Kolejno: Klasyfikacja narządów i układów/częstość/działanie niepożądane). Zaburzenia krwi i układu chłonnego: Nieznane: obniżenie aktywności protrombinu i podwyższenie INR. Zaburzenia układu immunologicznego: Nieznane: reakcje nadwrażliwości włączając anafilaksję, skurcz oskrzeli, obrzek naczyń i okrągły, świąd, wysypkę i pokrywkę. Zaburzenia psychiczne: Częste: niepokój (jest prawdopodobne, że leczenie z zastosowaniem orlistatu może prowadzić do pierwotnego lub wtórnego niepokoju wskutek żołądkowo-jelitowych działań niepożądanych.). Zaburzenia żołądka i jelit: Bardzo częste - tłuszczy: plamienie, gazy z wydzieleniem, parcie na stole, tłuszczy, oleiste stoły, oleiste wypróżnienia, wzdele z oddawaniem gazów, luźne stolce. Częste - ból brzucha, nietrzymanie stołu, płynne stoły, wzmożone oddawanie kału. Nieznane: uchyłkowatość, zapalenie trzustki, łagodne krwawienia z odbytu. Zaburzenia nerek i dróg moczowych: Nieznane: nefropatia szczawianowa, Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych: Nieznane: zapalenie wątroby, kamica żółciowa, podwyższenie poziomu transaminaz i fosfatazy zasadowej, Zaburzenia skóry i tkanek podskórnej: Nieznane: wykrywy pęcherzowe. **Podmiot odpowiedzialny:** Glaxo Group Limited, Wielka Brytania. Numer zezwolenia EU: EU/1/07/401/007-0010. Produkt leczniczy wydawany bez przepisu lekarza. Dalsze informacje na życzenie w Glaxo SmithKline Consumer Healthcare Sp. z o.o., Al. Armii Ludowej 26; 00-609 Warszawa tel. (22) 576 96 00.

WYBIÓRKA W PIGUŁCE

MAM HAKA NA RAKA

W styczniu br. rozpoczął się kolejny etap programu „Mam haka na raka”. Do końca lutego młodzież prowadziła działania w regionach, aby przekonać społeczeństwo do badań profilaktycznych. Według danych European Cancer Observatory (ECO) Polska znajduje się na drugim miejscu wśród państw europejskich pod względem zapadalności i śmiertelności na raka płuca. W tym roku aż 3500 młodych ludzi walczyło o zmianę tych statystyk.

Tegoroczna rejestracja do udziału w programie „Mam haka na raka” zakończyła się bardzo dobrym wynikiem: aż 670 zespołów z całej Polski edukowało Polaków w zakresie profilaktyki raka płuca. Najwięcej, bo 91 zespołów zarejestrowało się w województwie dolnośląskim, następnie 76 zespołów w województwie mazowieckim i 71 w województwie śląskim. Według statystyk Krajowego Rejestru Nowotworów to właśnie te trzy województwa przodują w zachorowalności i śmiertelności na nowotwór płuca.

EUROPACOLON

Według Stowarzyszenia Europacolon Polska największym dla Polaków zagrożeniem onkologicznym, obok raka płuca, jest nowotwór jelita grubego. Jak wynika z najnowszych danych Krajowego Rejestru Nowotworów, w 2008 r., w Polsce na ten nowotwór zachorowało ponad 14600 osób, a zmarło ponad 10400.

Dynamika wzrostu zachorowań na raka jelita grubego jest w Polsce najwyższa w Europie, a dynamika wzrostu umieralności na ten typ nowotworu jest jedną z najwyższych spośród wszystkich schorzeń nowotworowych w Polsce, szczególnie u mężczyzn, i jest znacznie wyższa niż w krajach Europy Zachodniej i Północnej, gdzie umieralność zmniejsza się od wielu lat. Tempo wzrostu umieralności na raka jelita grubego w Polsce jest także

bardzo wysokie w porównaniu do innych krajów Europy Środkowej.

W odpowiedzi na tę potrzebę Stowarzyszenie Europacolon Polska tegorocznego marca ogłosili Miesiącem Świadomości Raka Jelita Grubego i już piąty rok z rzędu zachęca Polaków do zwrócenia uwagi na „śmiertelnie” poważny problem, jakim jest rak jelita grubego. Centralnym dniem tego miesiąca był 23 marca, kiedy to odbyły się największe wydarzenia roku poświęcone walce z rakiem jelita grubego, w których udział wzięła założycielka międzynarodowej organizacji pacjenckiej Europacolon, **Jola Gore-Booth**.

Odbędzie się panel edukacyjny przygotowany przez znakomitych ekspertów. O profilaktyce, która może uratować życie, mówił na nim dr **Janusz Meder** – prezes Polskiej Unii Onkologii; zdaniem którego dostęp do wiedzy potrzebują także osoby, u których nowotwór został zdiagnozowany w zaawansowanej postaci, gdyż raka na tym etapie rozwoju także można „oswoić”. Metody leczenia i najnowsze osiągnięcia w walce z nowotworem jelita grubego przedstawił prof. **Andrzej Deptała**. Odpowiedni sposób odżywiania może wspomagać leczenie choroby nowotworowej, wzmacniając siły obronne organizmu. Podczas panelu edukacyjnego 23 marca wykład nt. diety antyrakowej wygłosili dr **Dariusz Włodarek** i dr **Danuta Gajewska** z SGGW w Warszawie, zaś psychonkolog **Bianca-Beata Kotoro** przedstawiła psychologiczne aspekty przeżywania choroby nowotworowej, metody radzenia sobie z trudną diagnozą, jaką jest rak jelita grubego oraz wyjaśniała, na czym polega mechanizm „zjadania” emocji. O własnym doświadczeniu choroby i zwycięskiej walce z rakiem opowiadała pacjentka **Monika Dąbrowska**.

Podczas obrad zaprezentowano książkę dla dzieci od lat 5 zatytułowaną: „A Zosia ma raka na smyczy” – pierwszą taką publikację w Polsce i Europie.

Wykaz dostępnych publikacji książkowych Wydawnictwa Farmapress przydatnych w ciągłym szkoleniu farmaceutów

(zgodnym z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów
Dz. U. z 2007 r. nr 59, poz. 403)

dr n. farm. Jerzy Łazowski

„Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej”

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2005, s. 220, cena 85 zł, po rabacie – 40 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

dr hab. n. med. Marcin Czech

„Farmakoekonomika w opiece farmaceutycznej”

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2008, s. 248, cena 65 zł, po rabacie – 35 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

mgr farm. Ewa Zygałdo

„Komunikacja w pracy aptekarza. Wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne”

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2010, wyd. II, s. 124, cena 30 zł, po rabacie 22 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

dr n. farm., mgr prawa, mgr farm. Agnieszka Zimmermann, aptekarz praktyk

„Apteka jako ośrodek świadczący opiekę farmaceutyczną”

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2010, s., cena 85 zł, po rabacie 45 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

dr n. farm. Paweł Bodera, prof. dr hab. n. farm. Barbara Filipek,

dr n. farm. Marek Jędrzejczak, dr hab. n. med. Jan Ruxer, dr n. farm. Jacek Sapa,

prof. dr hab. med. Barbara Zahorska-Markiewicz

„Profilaktyka oraz leczenie nadwagi i otyłości”

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2010 (w przygotowaniu do druku), cena 75 zł, po rabacie 45 zł (VAT 5%)

dr n. med Mariusz Jasik

„Opieka diabetologiczna. Wybrane zagadnienia diabetologii klinicznej dla aptekarzy”

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2005, s. 360, cena 85 zł, po rabacie 45 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

prof. dr hab. Jerzy Brandys, dr n. med. Mariusz Jasik, prof. dr hab. Sławomir Lipski,

dr n. farm. Jerzy Łazowski, dr n. farm. Agnieszka Skowron

„Opieka farmaceutyczna w nadciśnieniu tętniczym.

Wybrane zagadnienia dla aptekarzy”

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2006, s. 272, cena 85 zł, po rabacie - 45 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

dr n. farm. Sebastian Polak, dr n. farm. Agnieszka Skowron,

mgr farm. Wioletta Turska, mgr farm. Barbara Wiśniowska

„Prowadzenie opieki farmaceutycznej i rozwiązywanie

problemów lekowych na wybranych przykładach”

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2010, s. 168, cena 85 zł, po rabacie 45 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

dr n. med. Stanisław R. Burzyński

„Geny życia”

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2008, s. 116, cena 65 zł, po rabacie 35 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

UWAGA! VAT 0% na podane książki obowiązuje do 30 kwietnia 2011.

Od 1 maja br. do książek i kalendarzy wydanych przed 1 stycznia dodany zostanie 5% VAT.

Rabaty obowiązują od 1 lutego br. i dotyczą wyłącznie prenumeratorów „Czasopisma Aptekarskiego”.

ZIOŁOLECZNICTWO KLASZTORNE HISTORIA I TERAŻNIEJSZOŚĆ

14 maja 2011 r.

Opactwo Benedyktyńów w Lubiniu (Lubiń, ul. Mickiewicza 6, 64-010 Krzywiń)

9.00 rejestracja uczestników, poczęstunek

10.00 otwarcie Konferencji – ojciec Izaak Rafał Kapala OSB, dr Barbara Siwińska, prof. dr hab. Grzegorz Spychalski

10.15 ojciec dr Karol Meissner OSB: wykład inauguracyjny

HISTORIA MEDYCYNY KLASZTORNEJ – prof. dr hab. Kazimierz Główniak

10.45 ojciec Patryk Ostrzyżek: Historia pewnej receptury benedyktynów z Fecamp.

11.15 dr Jerzy Jambor: Europejskie ziołolecznictwo – od postanowień Pierwszego Soboru Nicejskiego do dyrektyw Parlamentu Europejskiego.

11.45 ojciec dr Marcelin Pietryja OFM: Ziołolecznictwo franciszkanów – historia i teraźniejszość.

12.15 dr hab. Anita Magowska: Medycyna klasztorna w Polsce w latach 1945-1970.

12.45 - 13.00 PRZERWA – degustacja herbat ziołowych (Kawon)

WSPÓŁCZESNE ZIOŁOLECZNICTWO KLASZTORNE – dr hab. Anita Magowska

13.00 dr Wojciech Dymowski: Tradycyjne produkty lecznicze roślinne.

13.30 dr Marcin Samosiej: Tradycyjne ziołolecznictwo bonifratrów jako narzędzie dla współczesnego lekarza.

14.00 dr Elżbieta Kędzia-Kierkus: Substancje czynne zawarte w roślinach i ich wykorzystanie w określonych jednostkach chorobowych w szpitalach bonifratrów.

14.30 - 16.30 PRZERWA OBIADOWA – folwark „Soplicowo” w Cichowie

KIERUNKI ROZWOJU ZIOŁOLECZNICTWA – prof. dr hab. Bogdan Kędzia

16.30 prof. dr hab. Kazimierz Główniak: Współczesne badania nad lekiem roślinnym.

17.00 dr Michał Krzysztof Kołodziejczyk, prof. dr hab. Marian Mikołaj Zgoda: Ekstrakty roślinne jako nośniki środków leczniczych we współczesnej technologii stałych postaci leku.

17.30 dr Zbigniew Marczyński, prof. dr hab. Kazimiera Henryka Bodek: Wpływ chitozanu na trwałość i parametry morfologiczne tabletek, zawierających ekstrakt z ziela wierzbownicy drobnokwiatowej (*Epilobium parviflorum* Schreb.).

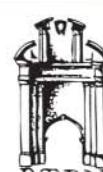
18.00 - 18.15 ZAKOŃCZENIE KONFERENCJI

18.30 Msza Święta w kościele parafialnym pw. Św. Leonarda

Komitek Naukowy: prof. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski (przewodniczący), prof. dr hab. Kazimierz Główniak, prof. dr hab. Bogdan Kędzia, prof. dr hab. Grzegorz Spychalski, prof. dr hab. Marian Mikołaj Zgoda, dr hab. Anita Magowska, dr Waldemar Buchwald, dr Jerzy Jambor, mgr farm. Grzegorz Cessak, Izaak Rafał Kapala OSB, Eugeniusz Kret OH.

Organizatorzy: Opactwo Benedyktyńów w Lubiniu, Polski Komitet Zielarski, Sekcja Fitoterapii Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, Komisja Farmaceutyczna Wydziału Lekarskiego Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk, Instytut Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich, Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego”, Redakcja „Przewodnika Katolickiego”.

Sekretariat Konferencji: Małgorzata Górska-Paukszta, Biuro Zarządu Głównego Polskiego Komitetu Zielarskiego, 61-707 Poznań, ul. Libelta 27, tel.: 616659550, fax: 616659551, e-mail: pkz@iwnirz.pl



OIA

W Białymstoku, Koszalinie, Bydgoszczy, Gdańsku, Kielcach, Poznaniu, Warszawie i we Wrocławiu odbyły się ustawowe zgody okręgowych izb aptekarskich. W trakcie obrad wiele miejsca poświęcono projektowi nowej ustawy refundacyjnej, którą Sejm RP przyjął 25 marca br. Do poruszanych spraw i problemów będziemy powracać na naszych łamach.

Na zdj. goście i członkowie OIA w Kielcach podczas przerwy w obradach.



WARSZAWSKA GALA XX-LECIA

Dwadzieścia lat temu, 19 kwietnia 1991 roku Sejm RP uchwalił ustawę o samorządzie aptekarskim, w roku bieżącym przypada zatem 20-lecie reaktywowania izb aptekarskich w Polsce. Obchody tego jubileuszu jako pierwsza w kraju rozpoczęła warszawska Okręgowa Izba Aptekarska, organizując 16 stycznia 2011 roku Wielką Galę XX-lecia w Filharmonii Narodowej w Warszawie. Jej prezes mgr farm. Alina Fornal jest przekonana, że to samo środowisko farmaceutyczne powinno dbać o właściwą rangę i oprawę wszelkich swoich działań, rocznic, uroczystości i wydarzeń.

Gościmi warszawskiej gali byli wszyscy dotychczasowi prezesi Okręgowej Rady Aptekarskiej w War-

szawie: mgr farm. Elżbieta Góralczyk, mgr farm. Konstanty Potocki i dr n. farm. Włodzimierz Hudemowicz, prezes Naczelnnej Rady Aptekarskiej poprzednich kadencji: mgr farm. Edwarda Kędzierska – prezes w I kadencji, mgr farm. Andrzej Wróbel – prezes w IV kadencji i aktualny prezes NRA dr n. med. Grzegorz Kucharewicz. Nie zapomniano wspomnieć o mgr farm. Romanie Hechmannie, nieżyjącym prezesie w II i III kadencji.

Bardzo uroczysty koncert rozpoczął się prologiem przypominającym aptekarzy – działaczy szczególnie zasłużonych dla odrodzenia aptekarskiej korporacji zawodowej.

Szerzej w majowym wydaniu „CzA”





EUROPEJSKI DZIEŃ WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

22 maja każdego roku

Zwrócenie uwagi na problemy pacjentów cierpiących na nadwagę i otyłość

- ★ 22 maja 2010 roku odbyły się pierwsze obchody „**Europejskiego Dnia Walki z Otyłością**” w Polsce i w całej Europie.
- ★ Celem kampanii jest zjednoczenie społeczności aptekarzy, farmaceutów, lekarzy, pacjentów i polityków wokół wszystkich inicjatyw wspierających obywateli Europy cierpiących na nadwagę lub otyłość, w podejmowaniu przez nich wysiłków na rzecz zmiany trybu życia i poprawienia stanu zdrowia oraz podniesienia jakości życia.
- ★ W ramach inicjatywy „**Europejski Dzień Walki z Otyłością**” zwracamy się do wszystkich obywateli z prośbą o podpisanie petycji dostępnej na stronie www.obesityday.eu w ramach Europejskiej Inicjatywy Obywatelskiej. Zebranie miliona podpisów od obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej pozwoli zwrócić się bezpośrednio do Komisji Europejskiej, by uznała problem i podjęła działania.
- ★ „**Europejski Dzień Walki z Otyłością**” cieszy się poparciem posłów do Parlamentu Europejskiego oraz licznych organizacji zrzeszających przedstawicieli środowisk medycznych, farmaceutycznych, dietetyków i pacjentów.



Poprzyj ideę Europejskiego Dnia Walki z Otyłością
www.obesityday.eu



EUROPEAN OBESITY DAY

Recognising the Voice of Obese & Overweight Patients

ISSN 1233-2755
Vol. XVIII
Rok założenia 1992
Nr 4 (208)
Kwiecień 2011

Punktacja:
Ministerstwa Nauki
i Szkolnictwa Wyższego: **6** pkt
Index Copernicus:
Wydawnictwo Farmapress®: **10,63** pkt
Czasopismo Aptekarskie®: **4,15** pkt



Od redakcji

Do dziś nie milkną echa, wywołanej przez 3 program Polskiego Radia i tygodnik „Wprost”, dyskusji na temat prawa farmaceuty do sprzeciwu sumienia m.in. przy dyspensowaniu środków antykoncepcyjnych i wczesnoporonnych.

Redakcja postanowiła zapoznać swoich Czytelników z artykułem z tygodnika „Wprost” na ten temat, a także przedstawić stanowisko doc. dr hab. Anity Magowskiej z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu w tej sprawie.

Dziękujemy redakcji tygodnika „Wprost” i red. Aleksandrze Krzyżaniak-Gumowskiej za wyrażenie zgody na przedruk artykułu, który ukazał się na łamach tygodnika nr 10 z 7-13 marca 2011 r.

Wiktor Szukiel

SUMIENIE FARMACEUTY

Aleksandra KRZYŻANIAK-GUMOWSKA

Redakcja tygodnika
e-mail: redakcja@wprost.pl



Katoliccy aptekarze, pragnąc życia wiecznego, nie chcą w tym doczesnym wydawać środków antykoncepcyjnych. I chcą to uregulować prawnie.

W sieci Apteka pod Różą pewnych preparatów na receptę po prostu nie ma. – Każdy pracownik musi przyjąć do wiadomości, że nie prowadzimy sprzedaży środków wczesnoporonnych – jak właścicielka Anna Kuroczko nazywa antykoncepcję awaryjną.

Kiedy w 2002 r. otwierała swoją pierwszą aptekę na mazowieckiej wsi, postanowiła prowadzić ją zgodnie z wartościami katolickimi. Teraz ma 49 aptek i tym wartościom wciąż jest wierna. Na stronie internetowej sieci deklaruje: „Nie wstydzimy się naszych chrześcijańskich preferencji, co wyraża się między innymi w ograniczaniu sprzedaży tych preparatów, które bezpośrednio godzą w ludzkie życie. Ze szczególną troską myślimy o każdym życiu, które rozpoczyna-

na się w momencie poczęcia aż do naturalnej śmierci”.

Anna Kuroczko przyznaje, że raz, po wniesionej skardze, inspektor farmaceutyczny nakazał sprowadzenie spirali domacicznej i jej wydanie. Bo prawo farmaceutyczne zastrzega, że apteka powinna zapewnić pacjentowi wszystkie produkty lecznicze dopuszczone w Polsce do obrotu, a jak ich nie ma, ma je sprowadzić. Sprowadzili i wydali. – W tej chwili mogę prosić magistrów i techników o heroizm, żeby nie wydawali tych środków. I nie docierają do mnie głosy, żeby ktoś się skarżył.

Tabletki antykoncepcyjne w aptekach Anny Kuroczko są, choć najchętniej by ich nie miała, bo są sprzeczne z nauczaniem Kościoła. Jednak mogą być przepisywane nie tylko w celach antykoncepcyjnych, ale również leczniczych. – Nie ma wymogu, aby lekarz pisał wskazanie na recepcie, a przy takiej liczbie pracowników



► trudno byłoby mi weryfikować każdy przypadek – mówi.

Osobiście nigdy ich nie stosowała. Ma siedmioro dzieci i uważa się za kobietę spełnioną. – Bycie chrześcijańską matką nie musi stać w sprzeczności z pracą zawodową – zapewnia. Kiedy z pasją mówi o rozwoju swojej sieci, rzeczywiście nie trudno w to uwierzyć. Na rozmowę wyszła ze spotkania w sprawie finansów firmy. – U nas każde zwalnianie, każde zatrudnianie jest omodlone. Jeśli jest przetarg, pytamy Pana Boga, czy w to wchodzimy, czy w to nie wchodzimy. Do tej pory się nie zawiodłam na bożych planach.

Z jej perspektywy wydawanie tak zwanej – podkreśla „tak zwanej” – antykoncepcji „po stosunku” to już grzech, na dodatek grzech śmiertelny. To współußiał w „mordowaniu małego człowieka”.

KLAUZULA

Małgorzata Prusak, która należy do Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski, uważa, że tabletki po stosunku, które lekarze przepisują np. wtedy, gdy pękła prezerwatywa, „mogą wpływać na zniszczenie zarodka ludzkiego”. Z pomocą Klubu Przyjaciół Życia Ludzkiego Prusak podjęła więc wniosek, żeby zmienić prawo. Podstawa? Rezolucja Rady Europy z 2010 r. „Prawo do klauzuli sumienia w ramach legalnej opieki medycznej”. – Z tego prawa korzystają w Polsce lekarze, ale odmawia się go farmaceutom. A my też powinniśmy mieć wolność wyboru w tej kwestii – mówi.

W Polsce jest 27 tys. praktykujących farmaceutów, kilkanaście tysięcy aptek. Do tej pory pod petycją zapisania w prawie farmaceutycznym tzw. klauzuli sumienia podpisało się ponad 6,6 tysiąca osób, lecz – jak przyznaje Małgorzata Prusak – podpisy aptekarzy to na tej liście mniejszość. Reszta to „poparcie społeczne”. Tak naprawdę nie wiadomo więc, ilu katolickich farmaceutów na klauzulę sumienia chciałoby się powoływać.

MISJA

Beata z warszawskiej apteki (chce pozostać anonimowa) musiała się tłumaczyć przed wojewódzkim inspektorem farmaceutycznym. Klient,

który przyszedł z receptą na zwykłe środki antykoncepcyjne, dostał od niej ulotkę o szkodliwości ich działania i „możliwym działaniu poronnym”. – Jak jest kolejka, to nie mówię nic, pacjent ma prawo do prywatności. W tym przypadku dałam wydruk z internetu – opowiada.

Klient, tak się złożyło, był lekarzem, i napisał skargę do Ministerstwa Zdrowia.

Z kolei Jolanta Radecka, właścicielka trzech aptek w Warszawie i Piasecznie, laureatka „Złotego serca farmacji”, opowiada, że kobietę, która przyszła z receptą na antykoncepcję, poprosiła o rozmowę. – Czy pani wie, czym jest ten środek? – mówiła. – Że pani zabija swoje dziecko? Czy pani to przemyśała?

Ostatecznie kobieta tabletek nie wykupiła, urodziła dziecko i potem Radeckiej dziękowała. – Farmaceuta, który jest katolikiem i wie, że stosowanie środków antykoncepcyjnych jest grzeczącym, chciałby nie musieć ich wydawać – tłumaczy. – Ale nie chcemy mówić innym: nie wolno – zastrzega. – Nawet Chrystus zawsze pytał. Jeśli chcesz sobie zaszkodzić, proszę bardzo. Zawsze można pójść do innej apteki.

– A co, jeśli jest jedna apteka we wsi?

– To problem wydumany – uważa Radecka.

– Te środki są wypisywane na receptę. Tam, gdzie jest lekarz ginekolog, zwykle jest więcej niż jedna apteka. A tam, gdzie jest jedna apteka, nie ma lekarza, który mógłby wypisać receptę. Zresztą aptek w Polsce jest za dużo.

KIEDY POJAWIA SIĘ ŻYCIE

40-letnia Marta, farmaceutka z osiedlowej apteki w dziewięciotysięcznym podwarszawskim miasteczku, tłumaczy: – Zarodek jest już człowiekiem. To zbiór genów od obojga rodziców, który coś już mówi o człowieku. Tabletki „po stosunku” usuwają zarodek, bo nie pozwalają na jego zagnieźdzenie w macicy. Wzięcie tej tabletki kończy się zabiciem człowieka – bo tak, logicznie rzecz biorąc, trzeba to nazwać.

Prof. Marek Wichrowski, kierownik Zakładu Bioetyki z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, uważa, że takie rozumowanie to czysty absurd: – To jest kilka komórek! Ze względów, które jest bardzo trudno zrozumieć, w Kościele nastąpiła eskalacja obłędu w związku z początkiem życia. Powstanie zygoty to nie jest

początek człowieka. Ponad 50 proc. kobiet zachodzi potencjalnie w ciąży – nie następuje implantacja w ściance macicy, a 14.-15. dnia organizm odrzuca tę potencjalną ciążę. Nie potrafimy obliczyć nawet, ile takich potencjalnych osób „umiera”. Jak Kościół radzi sobie z tymi duszami? – pyta retorycznie. – W tym przypadku nie pojawia się życie, nie ma cierpienia. Kościół przyjmuje, że życie ludzkie zaczyna się już w wyniku połączenia dwóch komórek.

– Dusze przyjmuje do siebie Pan Bóg, on sobie z nimi radzi, nie Kościół – mówi ks. Miroslaw Jaworski, duszpasterz farmaceutów. Jeżeli nauka udowodni, że życie zaczyna się np. w piątym tygodniu ciąży, to Kościół się do tego ustosunkuje. Wydawanie środków antykoncepcyjnych nie jest grzechem, ale może powodować dyskomfort sumienia. Tam gdzie człowiek czuje się choć trochę zniewolony i jego sumienie jest tlamszone, klauzula sumienia jak najbardziej powinna się pojawić.

– Jeśli ja całym swoim jestestwem chcę życia wiecznego – mówi Marta – to ja się dostosuję do drogi, którą pokazuje mi Kościół. To jest trochę tak jak z przepisami drogowymi. Kościół daje nam znaki, różne przepisy, które mają nas doprowadzić do życia wiecznego – celu chrześcijanina.

ODPOWIEDZIALNOŚĆ

– Nie bardzo rozumiem moralne wątpliwości dotyczące przeniesienia preparatu z półki do ręki pacjenta – Grzegorz Południewski, ginekolog i prezes Towarzystwa Rozwoju Rodziny, jest wyraźnie ziryutowany pomysłem klauzuli sumienia dla aptekarzy.

– Farmaceuci katoliccy zapomnieli, że ich uczestnictwo w procesie leczenia jest związane z dystrybucją leków. Nie wyobrażam sobie, żeby farmaceuta ingerował w to, co ja przepisuję pacjentce. Odpowiedzialność za leczenie ponosi lekarz, nie farmaceuta.

Marta uważa, że jakąś odpowiedzialność jednak ma: – Jako farmaceuta przy okienku jestem po to, żeby podtrzymać organizm przy zdrowiu i życiu. Nie jestem po to, żeby wydawać środek „po stosunku”, bo to nie jest lekarstwo.

Dr Południewski dziwi się, skąd wzięła taką definicję zdrowia. – Według Światowej Organizacji Zdrowia zdrowie to komfort psychiczny,

społeczny i fizyczny. W takim układzie osoba, która nie chce być w ciąży, zabiega o swoje zdrowie, bo wiąże się to z komfortem psychicznym. Nie wydając osobie zgwałconej środka „po stosunku”, farmaceuci powodują, że ta osoba będzie się mogła ubiegać o legalną aborcję.

Dr Marek Jędrzejczak, wiceprezes Naczelnnej Rady Aptekarskiej, uważa, że każdy powinien mieć prawo wypowiedzieć się w kwestiach na pograniczu etyki i wiary, ale trzeba zachować rozwagę. – Jestem aptekarzem i farmakologiem, praktykującym katolicyzm, przeciwstawiam się aborcji. U nas w Polsce są środki hormonalne, które stwarzają środowisko uniemożliwiające zagnieżdżenie się jaja. To nie jest działanie poronne.

Naczelną Radą Aptekarską nie zamierza występować z oficjalnym stanowiskiem w sprawie klauzuli sumienia dla farmaceutów.

Adres do korespondencji:

Aleksandra Krzyżaniak-Gumowska
Redakcja tygodnika
02-672 Warszawa, ul. Domaniewska 39a



PRAWO FARMACEUTÓW DO SPRZECIWU SUMIENIA



doc. dr hab. Anita MAGOWSKA

Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych UM w Poznaniu
e-mail: anitamagowska@yahoo.com

Niedawne przesłanie Ojca Świętego Benedykta XVI do farmaceutów zwróciło uwagę opinii publicznej na dramat ludzi wykonujących codzienną pracę w stanie konfliktu sumienia, którzy zgodnie z obowiązującymi przepisami prawnymi muszą sprzedawać środki antygestagenne oraz (sytuacja taka ma miejsce w tych państwach, w których zalegalizowano eutanazję) wykonywać preparaty służące do eksterminacji pacjentów hospitalizowanych.

Burza, jaka przetoczyła się przez prasę światową po wypowiedzi Papieża, nie znalazła proporcjonalnego odzwierciedlenia w polskich czasopismach farmaceutycznych. Warto jednak zwrócić uwagę na medyczne, moralne, prawne, społeczne i farmaceutyczne aspekty prawa farmaceutów do sprzeciwu sumienia, a także zastanowić się nad możliwościami jego legalizacji w Polsce.

ASPEKTY MEDYCZNE

Powinność zawodowa farmaceuty to pośredniczenie między lekarzem a pacjentem we wszystkich sprawach dotyczących stosowania produktów leczniczych, a więc w kwestiach indywidualnego doboru preparatu i dawkowania, interakcji ze składnikami diety i innymi lekami etc. Inaczej mówiąc, farmaceuta dla dobra pacjenta powinien znaleźć praktyczne zastosowanie swej wszechstronnej wiedzy o lekach i parafarmaceutykach.

Żadnych wątpliwości farmaceutów nie budzą recepty na środki farmaceutyczne służące poprawie lub zachowaniu zdrowia, np. leki przeciw nadciśnieniu, obniżające poziom cukru we krwi,

bakteriobójcze czy przecizwzapalne, bowiem przywracają one stan fizjologiczny. Jeśli przyjmowanie takich środków łączy się z ich działaniami uboczonymi, jest to zło konieczne.

Natomiast w przypadku uniemożliwiających implantację zarodków ludzkich preparatów zawierających progestagen (syntetyczną pochodną progesteronu) sprawa nie jest taka prosta. Ciąża jest stanem fizjologicznym, nie chorobą, a działanie preparatów blokujących implantację zarodków ludzkich prowadzi do zniesienia stanu fizjologicznego za cenę potężnego wstrząsu biologicznego prowadzącego – znacznie częściej niż się przypuszcza – do trwałej, choć zwykle nie natychmiastowej utraty zdrowia.

Od lat wpływ środków antykoncepcyjnych na zdrowie kobiet jest tematem badań naukowych. Np. Światowa Organizacja Zdrowia zrealizowała międzynarodowy projekt „Collaborative Study of Neoplasia and Steroid Contraceptives” zmierzający do wyjaśnienia roli antykoncepcji hormonalnej o przedłużonym działaniu w powstawaniu nowotworów piersi, wątroby i narządów rodnych u kobiet (D.B. Thomas et al.: *Monthly injectable steroid contraceptives and cervical carcinoma*. „American Journal of Epidemiology” 1989 s. 237-247). Uzyskane dzięki projektowi dane z Chile z lat 1979-1983 wykazały silny związek między przyjmowaniem tych środków a występowaniem raka szyjki macicy, choć badania przeprowadzone w Meksyku nie do końca potwierdziły te obserwacje. Szczegółowe omawianie stanu badań nad działaniami niepożądanymi środków zawierających wysokie dawki progestogenu i/lub estrogenu przekraczczą ramy

tego artykułu, ale dotarcie do odpowiedniej literatury anglojęzycznej poprzez bazy on-line nie nastręcza trudności.

Działania niepożądane powodowane przyjmowaniem preparatów zawierających hormony w uderzeniowych dawkach (środki antygestagennie) są dobrze znane lekarzom ginekologom, a także internistom, hepatologom, neurologom, hematologom, psychiatrom i reumatologom, bo to do nich trafiają młode kobiety z zaburzeniami krzepliwości krwi, zapaleniem wątroby, toczniem, depresją czy objawami menopauzy w wieku 25 lat. Problemy powikłań zdrowotnych związanych z przyjmowaniem środków zawierających wysokie dawki progestagenu nie są nagłaśniane. Są one wprawdzie przedstawione we wszystkich leksykonach leków, ale większość kobiet do ich lektury nie sięga. Człowiek zdrowy myśli, że choroba nigdy nie będzie go dotyczyć, dlatego farmaceuci ponoszą wraz z lekarzami zawodową współodpowiedzialność za następstwa zdrowotne stosowania kontrowersyjnych z medycznego punktu widzenia preparatów.

ASPEKTY MORALNO-SPOŁECZNE

Skoro ponoszą współodpowiedzialność, to muszą sobie zdawać sprawę i akceptować to, co robią. Farmaceuci, którzy z uwagi na wyznawane wartości nie akceptują niszczenia nowo powstałego życia i uczestnictwa w udostępnianiu preparatów niebezpiecznych dla zdrowia kobiet, powinni mieć zapewnione formalne prawo do sprzeciwu sumienia.

Człowiek, bez względu na swoje wyznanie religijne lub deklarowany ateizm, ma prawo do uznawania ludzkiego życia za wartość ponadczasową i najwyższą. Życie jest wartością, która musi być chroniona. Poza życiem, poza jego granicami jest tylko śmierć.

Nie można dać drugiemu człowiekowi więcej niż życie i odsuwanie w czasie śmierci. Dla farmaceutów, lekarzy, pielęgniarek i położnych uznawanie życia za wartość najwyższą jest zatem kwestią fundamentalną i decydującą o ich wiarygodności wobec chorych, zwłaszcza istot ludzkich niezdolnych do samodzielnej obrony.

Środki hormonalne blokujące implantację zarodków ludzkich i jednocześnie poważnie naruszające zdrowie kobiety są uważane za зло mo-

ralne mniejsze niż przerwanie ciąży, ale jednak зло. Tymczasem osoby opiniotwórcze lansują pogląd, że jakakolwiek krytyka obecności na rynku farmaceutycznym tych preparatów jest przejawem zaściankowości, klerykalizmu i antyfeminizmu. Tak mogą wypowiadać się tylko osoby pozbawione wiedzy medycznej.

Sprawa jest poważna, bo misją zawodową farmaceutów jest służba ludzkiemu życiu od pojęcia do naturalnej śmierci – dokładnie taką przysięgę składają studenci, rozpoczynając naukę na wydziałach farmaceutycznych w Polsce. Obecna sytuacja zmusza absolwentów do łamania przysięgi.

Warto więc przypomnieć, że na mocy Konwencji Praw Człowieka oraz Konstytucji RP w Polsce żaden człowiek nie może być prześladowany ani szkanyowany z powodu wyznawanych wartości, zwłaszcza religijnych. Prawo do sprzeciwu sumienia mają polscy lekarze, gdyż artykuł 39 ustawy o zawodzie lekarza z dnia 5 grudnia 1996 r. mówi: „**Lekarz może powstrzymać się od wykonania świadczeń zdrowotnych niezgodnych z jego sumieniem**, z zastrzeżeniem art. 30, z tym że ma obowiązek wskazać realne możliwości uzyskania tego świadczenia u innego lekarza lub w innym zakładzie opieki zdrowotnej oraz uzasadnić i odnotować ten fakt w dokumentacji medycznej. Lekarz wykonujący zawód na podstawie stosunku pracy lub w ramach służby ma ponadto obowiązek uprzedniego powiadomienia na piśmie przełożonego.”

Nie ma ustawy o zawodzie farmaceuty, dlatego moralne prawo farmaceutów do wyrażania sprzeciwu sumienia powinno znaleźć umocowanie w innym akcie prawnym, czyli najprawdopodobniej w ustawie Prawo farmaceutyczne.

W kraju konstytucyjnym i demokratycznym nikt nie może być nakłaniany do postępowania naruszającego sumienie, dlatego sprawę stosowanej nowelizacji przepisów prawnych należy uznać za pilną.

ASPEKTY MORALNO-PRAWNE

Polskie prawo dopuszcza sprzedaż i reklamę środków hormonalnych o działaniu antygestagennym, ponieważ według definicji Światowej Organizacji Zdrowia początkiem zapłodnienia jest zagnieżdżenie zarodka w macicy, a więc

- z litery prawa kontrowersyjne preparaty mające działanie antykoncepcyjne i tak zostały zarejestrowane.

Prawo naturalne i prawo ludzkie rozmijają się nie tylko w przypadku środków antygestagenowych. Historia prawnych definicji embrionu ludzkiego sięga pierwszej legalizacji aborcji (1927 r., ZSRR) i zapoczątkowanych pół wieku później prób zapłodnienia *in vitro*. Gdy w 1998 r. naukowcy ogłosili, że są w stanie hodować *in vitro* linie komórek macierzystych uzyskanych z embrionów ludzkich, prawo międzynarodowe i narodowe zakazywało prowadzenia takich badań. Aby otworzyć furtkę naukowcom, wykorzystano encyklopedyczną definicję embrionu jako „organizmu ukonstytuowanego i zdolnego do rozwinięcia wszystkich funkcji życiowych”. Pozyskane z embrionów komórki macierzyste takimi nie były, co pozwoliło przekazać dotacje państwowe na badania nad nimi, m.in. w 2001 r. w USA (por.: R.M. Lebovitz: *ES Cells and the definition of an embryo*. „Eubios Journal of Asian and International Bioethics” 2002, s. 151-153).

W Unii Europejskiej, wobec braku jednoznaczności przepisów narodowych, wprowadzono w 1997 r. Konwencję Praw Ludzkich i Biomedycyny, którą jednak ratyfikowało niewiele państw. Celem konwencji było umożliwienie badań naukowych na zarodkach ludzkich we wcześniejszej fazie rozwoju w celu lepszego zrozumienia początku ludzkiego życia, płodności i ludzkiego genomu (por.: C.M. Romeo-Casabona, *Embryonic stem cell research and therapy: the need for a common European legal framework*. „Bioethics” 2002, s. 557-567).

W praktyce w prowadzonych w poszczególnych krajach badaniach naukowych korzysta się z różnych definicji embrionów ludzkich. Np. w zakończonym w 2002 r. projekcie „Ethical guidance on the use of human embryonic and fetal tissue transplantation”, finansowanym przez Unię Europejską a przeprowadzonym w Anglia, Belgii, Danii, Francji, Hiszpanii, Holandii, Portugalii i we Włoszech, embrion ludzki został zdefiniowany jako „wynik poczęcia (lub transferu jądra komórkowego), szczególnie w okresie do ósmego tygodnia ciąży” (G. Wert et al.: *Ethical guidance on human embryonic and fetal tissue transplantation: A European overview*. „Medicine, Health Care and Philosophy” 2002, s. 79-90).

Obowiązujące w Unii Europejskiej definicje nie są zatem jednoznaczne i mogą budzić wątpliwości nawet osób posiadających skromną wiedzę z zakresu biologii, zatem i działanie środków antygestagenne może powodować zastrzeżenia moralne. Prawo to przecież normy stalone przez ludzi, przepisy można zmieniać pod wpływem presji różnych grup interesu.

W 2004 r. walkę ze środkami antygestagenymi, jako niszczącymi zarodki ludzkie w pierwszych godzinach życia, rozpoczął wicemarszałek województwa mazowieckiego. Jego porażce wynikającej z faktu, że środki te zostały wcześniej legalnie zarejestrowane, uważnie przyglądała się polska prasa. Wiosną 2007 r. głośna stała się sprawa pracownika jednej z aptek, **Tomasza Kondeja**, który publicznie ujawnił, że dla niego wydawanie środków antygestagenowych i wcześnioporonnych stanowi konflikt sumienia. Wtedy wydawało się, że zareaguje ktoś z organizacji czy stowarzyszeń farmaceutycznych. Panowało jednak milczenie.

ASPEKTY FARMACEUTYCZNE

Przemysł farmaceutyczny tworzy nowe produkty i szuka dla nich rynku zbytu. Wprowadzając jedno lub dwa słowa do definicji prawnej, można ten rynek otworzyć lub zamknąć. Przy tak chwiejnych podstawach trudno wziąć budzącą zaufanie konstrukcję. System opieki zdrowotnej nie może być kształtowany przez procesy rynkowe i strategie marketingowe ani przez populistycznych polityków.

Czynności fachowe farmaceuty zatrudnionego w aptece nie mogą być podporządkowane niejednoznacznym moralnie regułom, lecz temu, co niezmienne. Stałą jest misja farmaceuty jako pośrednika między lekarzem a pacjentem. Z misji wynika konieczność edukacji w zakresie działań ubocznych wydawanych produktów leczniczych, jednak kontrowersyjne środki nie są lekami, choć zostały zarejestrowane przez Urząd Rejestracji Leków. Z racji działania można je raczej nazwać produktami biobójczymi, bo szkodzą zdrowiu kobiety i niszczą ludzki zarodek.

Nasuwa się wątpliwość, czy dystrybucja takich środków powinna odbywać się poprzez apteki.

Wiele produktów zostało już skierowanych do sprzedaży pozaaptecznej, a dopiero kilkanaście lat temu zlikwidowano punkty wydawania środków antykoncepcyjnych, istniejące jeszcze na początku lat dziewięćdziesiątych w dużych zakładach pracy.

Za takim rozwiązaniem bynajmniej nie stoją tylko racje światopoglądowe. Farmaceuta jest zobowiązany do ponownego (zakładając, że wszechstronnie zrobił to już lekarz) udzielenia informacji o działaniach ubocznych wydawanych środków antygestagennych. W każdym przypadku kobieta może przecież zmienić zdanie. Jej pierwsza decyzja mogła być pochopna, a następstwa zdrowotne poważne, potem mogłyby założyć.

Ludzie wyedukowani na reklamach myślą, że działanie tabletek jest identyczne z działaniem żetonu wrzucanego do automatu z puszkami z coca-colą. Nie zdają sobie sprawy, jak niebezpieczne dla ich organizmu są przyjmowane do wewnętrz związki chemiczne, jak wiele powikłań niesie z sobą farmakoterapia. Z tych względów apteki małe, w których nie ma możliwości odbywania poufnej rozmowy przez magistra farmacji, powinny być prawnie zwolnione z obowiązku utrzymywania na stanie kontrowersyjnych zdrowotnie i moralnie środków.

SYTUACJA MIĘDZYNARODOWA

W krajach, w których dystrybucja środków antygestagennych jest nieograniczona, stały się one elementem stylu życia nastolatków. W USA, Kanadzie, Hiszpanii i Anglii szesnastoletnie dziewczęta niekiedy przychodzą po środki antygestagenne, mające przecież katastrofalny wpływ na młody organizm, nawet kilkanaście razy w miesiącu, co bulwersuje farmaceutów pracujących w aptekach.

I zbruntowali się. Trzy lata temu walkę o formalne prawo do wyrażania sprzeciwu sumienia podjęli farmaceuci amerykańscy. Obecnie toczy się w sądzie ich spór zbiorowy o prawo do odmowy wydawania środków hamujących implantację zarodków ludzkich. W parlamencie włoskim rozpatrywana jest nowelizacja prawa farmaceutycznego pod kątem wprowadzenia zapisu o prawie farmaceutów do wyrażania sprzeciwu sumienia.

Do walki o prawny zapis umożliwiający odmowę wydawania tychże środków szukają się farmaceuci hiszpańscy i angielscy.

W obecnej sytuacji prawnej w Polsce farmaceuci są traktowani jako zawód ubezwłasnowolniony, który „musi” wykonać świadczenia farmaceutyczne zlecone przez lekarza. Nie ulega wątpliwości, że farmaceuta musi służyć życiu i zdrowiu pacjentów, ale pozostaje człowiekiem wolnym, który ma prawo nie akceptować zła moralnego.

Wydaje się, że prawne umocowanie możliwości wyrażania sprzeciwu sumienia będzie okolicznością korzystną dla całego zawodu farmaceutycznego, bo uświadomi społeczeństwu, że farmaceuci są ludźmi, którzy myślą i czują, którzy są faktycznie współodpowiedzialni za zdrowie społeczeństwa.

Tak więc, podobnie jak wprowadzanie opieki farmaceutycznej do aptek ogólnodostępnych, zapewnienie polskim farmaceutom podstaw prawnych do wyrażania sprzeciwu sumienia należy uznać za największe i najważniejsze wyzwanie dla zawodu w najbliższych latach.

Adres do korespondencji:

doc. dr hab Anita Magowska
Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych
UM w Poznaniu
68-812 Poznań, ul. Bukowska 70
tel. 61 854 72 42

APTEKA – PLACÓWKA OCHRONY ZDROWIA PUBLICZNEGO



dr n. farm., mgr prawa Agnieszka ZIMMERMANN, aptekarz praktyk

Zakład Prawa Medycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
e-mail: agnieszka.zimmermann@gumed.gda.pl

Prawo, reglamentując działalność apteczną, określa zasady jej prowadzenia.

Apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą usługi farmaceutyczne.

Ustawa z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne wprowadziła definicję apteki: jest nią placówka ochrony zdrowia publicznego. Wykorzystana terminologia nie jest terminologią prawną ani prawniczą. Termin „placówka” jest nazwą o nieostrej konotacji, zaczerpniętą z języka potocznego [1]. Użyte słowo „placówka” oznacza instytucję prowadzącą działalność w określonej dziedzinie, ograniczoną do pewnego terenu. Może odnosić się do placówki służby zdrowia [2].

Jednocześnie ustawodawca wyznaczył współczesnej aptece wszechstronne zadania, nie ograniczając ich tylko do dystrybucji produktów leczniczych, lecz do świadczenia usług farmaceutycznych, w tym opieki farmaceutycznej.

Działania na rzecz zdrowia publicznego, z którymi utożsamiać należy aptekę, odnoszą się do działań ponadindywidualnych, nastawionych na te determinanty zdrowotne, które nie oddają się zabiegom podejmowanym przez jednostkę. Należy do nich m.in. zagwarantowanie bezpieczeństwa stosowania produktów leczniczych. Działania te nakierowane są na dobro wspólne i dotyczą problemów zdrowotnych szczególnie rozpowszechnionych lub szczególnie ważnych, akcentując przy tym wagę promowania zdrowia [3].

Jednocześnie praktyka apteczna za cel uznaje dobro indywidualnego pacjenta i ochronę jego zdrowia, kierując swoje działania na osiągnięcie przez niego korzyści terapeutycznych, m.in. w procesie świadczenia opieki farmaceutycznej.

APTEKA – DEFINICJA I PODZIAŁ

Akty prawne regulujące zakres spraw związkanych z określeniem zadań apteki, wymogów lokalowych, wyposażenia, kryteriów kadrowych, w tym również wymagań dotyczących osoby kierownika apteki, dopuszczalnego asortymentu apteki, a także zasad wydawania zezwoleń, określają regulły prawidłowego prowadzenia i funkcjonowania apteki, której rola jest wyznaczona prawem. Obecnie obowiązujące przepisy dotyczące funkcjonowania aptek mieszczą się w ramach rozwiązań przyjętych w poszczególnych krajach Unii Europejskiej i nie naruszają żadnej z podstawowych swobód.

Przepisy prawa europejskiego odnoszące się do zasad prowadzenia aptek nie zawierają szczegółowych wytycznych dotyczących ich pracy, nie wprowadzono też zasad wspólnych dla całego rynku detalicznego [4]. Pozostawiono szeroki margines do wprowadzenia rozwiązań indywidualnych dla poszczególnych państw członkowskich, wynikających z uwarunkowań historycznych, przyzwyczajeń lokalnych i tradycji. Wspólnym celem państw członkowskich jest zapewnienie bezpieczeństwa zdrowia publicznego oraz świadczeń z nim związanych [5].

Po raz pierwszy pojęcie „apteka” zdefiniowała ustawa Prawo farmaceutyczne. W myśl zasady wynikającej z art. 86 ust. 1 apteką jest placówką ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione

świerdzą usługi farmaceutyczne. Definicja ta uznała społeczny charakter apteki, akcentując priorytet w jej działalności, czyli ochronę zdrowia publicznego. Pojęcie apteki zostało prawnie zastrzeżone i może być używane tylko w odniesieniu do podmiotu spełniającego ustawowo określone cele i zadania.

Do zadań apteki należy świadczenie usług farmaceutycznych. Według zapisów art. 86 ust. 2 ustawy Prawo farmaceutyczne zalicza się do nich w szczególności: wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, sporządzanie leków recepturowych i leków aptecznych oraz udzielanie informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych.

Zwróćmy uwagę, że ustawa w oryginalnym brzmieniu zawiera zapis: „sporządzenie leków aptecznych”, zamiast „sporządzanie” – trzeba postulować poprawę tego błędu.

Należałyby zaakcentować, że ustawodawca w odmienny sposób, niż to było do tej pory, sytuuje aptekę. Poprzednio obowiązująca ustawa z dnia 10 października 1991 r. o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej, opisując w art. 36 ust. 1 i 2 funkcje apteki, zobowiązywała ją przede wszystkim do zaopatrywania ludności w środki farmaceutyczne i materiały medyczne. Ustawodawca podkreślał więc jej funkcję handlową. Ponadto w aptece należało sporządzać leki recepturowe i wytwarzać leki gotowe, które są preparatami galenowymi, płynami infuzyjnymi lub lekami złożonymi, sprawdzać jakość oraz tożsamość leków gotowych i recepturowych, prowadzić działalność w zakresie informacji o lekach na potrzeby pracowników medycznych i ludności, brać udział w kształceniu i podnoszeniu kwalifikacji farmaceutów i innych pracowników medycznych, uczestniczyć w działalności oświatowo-zdrowotnej i brać udział w racjonalizacji farmakoterapii.

Ustawa Prawo farmaceutyczne w art. 87 ust. 1 wprowadziła następujący podział aptek:

- apteki ogólnodostępne,
- apteki szpitalne,
- apteki zakładowe.

Ustawodawca przewidział także możliwość istnienia działu farmacji szpitalnej, jednostki do tej pory niewystępującej w strukturze farmacji szpitalnej. Dział farmacji szpitalnej może zostać utworzony w szpitalu lub innym zakładzie opieki zdrowotnej na podstawie decyzji wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, uwzględniającego rodzaj udzielanych świadczeń i liczbę łóżek w szpitalu (art. 87 ust. 3). Zgodnie z art. 20a ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej aptekę szpitalną tworzy się w szpitalu posiadającym więcej niż 150 łóżek. Wskazuje się przy tym, że liczbę łóżek, jakimi dysponuje szpital, na potrzeby tej regulacji należy oceniać na podstawie wpisów w rejestrze zakładów opieki zdrowotnej, biorąc pod uwagę wpis określający liczbę łóżek ogółem. Nie ma przy tym znaczenia, czy łóżka te są faktycznie wykorzystane [6]. Zakres usług świadczonych przez działy farmacji szpitalnej jest dużo większy niż aptek szpitalnych. Dział farmacji szpitalnej nie wykonuje leków recepturowych i aptecznych, płynów infuzyjnych, leków do żywienia pozaelitowego i dojelitowego, nie przygotowuje leków w dawkach dziennych ani roztworów do hemodializy. Nie bierze także udziału w badaniach klinicznych. W celu zapewnienia dostępu do usług farmaceutycznych obowiązek prowadzenia apteki szpitalnej powinien dotyczyć co do zasady każdego zakładu opieki zdrowotnej, a zwolnienie z tego obowiązku powinno mieć charakter wyjątkowy. W praktyce natomiast możliwość rezygnacji z prowadzenia apteki szpitalnej otworzyła szpitalom drogę do ich likwidacji [7]. Apteka szpitalna musi spełnić rygorystyczne wymagania kadrowe, lokalowe, dotyczące wyposażenia oraz organizacji pracy, zatem jej utrzymanie jest dużo droższe niż utrzymanie działu farmacji szpitalnej, wobec którego brakuje jakichkolwiek regulacji prawnych dotyczących zasad funkcjonowania. Nie są określone minimalne nawet standardy lokalowe

Nazwa „apteka” zastrzeżona jest wyłącznie dla miejsc świadczenia usług farmaceutycznych.

Ustawodawca wskazuje na społeczny charakter apteki.

Dział farmacji szpitalnej zastępuje aptekę szpitalną w zakładach opieki zdrowotnej, w których ze względu na rodzaj udzielanych świadczeń, liczbę łóżek oraz ich wykorzystanie, wojewódzki inspektor farmaceutyczny zezwolił na ograniczenie wykonywanych usług farmaceutycznych.

- i organizacyjne. Likwidacja aptek szpitalnych stała się przedmiotem ostrej krytyki środowiska farmaceutycznego.

Istnieje ustawowy obowiązek zapewnienia pacjentom dostępności do leków recepturowych i aptecznych.

Pacjent powinien otrzymać lek w aptece, w której zostawił receptę, nie później niż w ciągu 48 h, a w przypadku recepty z adnotacją „cito” lub na lek zawierający środek odurzający – 4 h.

Apteki zakładowe zaopatrują zakłady opieki zdrowotnej utworzone przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości.

Poprzednio obowiązująca ustanowia o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej dawała możliwość funkcjonowania aptek bez receptury, czyli aptek typu B. Obecnie obowiązujące przepisy zniosły podział aptek na typy A i B. Ustalając jednolity rodzaj aptek ogólnodostępnych, nałożono ustawowy obowiązek posiadania receptury oraz wykonywania leków recepturowych i aptecznych przez wszystkie apteki. Widoczne jest więc przewartościowanie, którym ustawodawca podkreślił, że w aptece wykonuje się leki recepturowe i apteczne, a nie tylko dyspensuje leki gotowe. Zaakcentowanie przez ustawodawcę wynikające z samej definicji społecznej roli apteki spowodowało zwiększenie wymogów w zakresie prowadzenia aptek. W zamyśle ma to spowodować, że każda apteka powinna być kojarzona z placówką ochrony zdrowia, w której pacjent zostanie otoczony właściwą opieką.

Przygotowywanie leków recepturowych pozwala na indywidualizację dawki, produkcję leków w odpowiednich dla pacjenta ilościach, zamianę jednej formy leku na inną czy uniknięcie zastosowania konserwantów i barwników wywołujących uczulenia. Wykonywanie leków recepturowych podnosi także prestiż apteki i budzi zaufanie pacjentów. Wielu farmaceutów ocenia jednak prowadzenie receptury jako finansowo nieopłacalne. Podkreślają oni, że nastąpił spadek zapotrzebowania na tego rodzaju leki, zaś aby spełnić wszystkie stawiane wymogi, zarówno pod względem przystosowania pomieszczeń jak i odpowiedniego sprzętu, niezbędne są kosztowne inwestycje. Wysuwane są propozycje zmiany obowiązującego Prawa farmaceutycznego, które miałyby zrezygnować z obligatoryjności posiadania części recepturowej przez każdą aptekę. Apteki nadal byłyby zobowiązane do zapewnienia pacjentom leków recepturowych (art. 95 ust. 3), ale zlegalizowano by możliwość podpisywania umów

o współpracy pomiędzy aptekami bez receptury z apteką, która recepturę posiada. Kształt i zasady zawierania takich umów określa Kodeks cywilny. W umowie zleceniodawcy powinien zobowiązać się do wykonywania leków recepturowych i aptecznych dla pacjentów apteki niedysponującej recepturą, natomiast zleceniodawca powinien zobowiązać się do dostarczenia recepty i często także do odbioru gotowego leku w określonym terminie. Pamiętać należy, że pacjent powinien otrzymać lek w aptece, w której zostawił receptę, nie później niż w ciągu 48 h, a w przypadku recepty z adnotacją „cito” lub na lek zawierający środek odurzający – 4 h (art. 86 ust. 2 pkt 2 ustawy Prawo farmaceutyczne). Strony takiej umowy muszą gwarantować zachowanie procedur zabezpieczających przed pochyłąką przy realizacji recepty oraz zapewniających prawidłowe przetransportowanie wykonanego leku [8].

Apteki zakładowe zaopatrują zakłady opieki zdrowotnej, gabinety, pracownie, izby chorych i oddziały terapeutyczne utworzone przez Ministra Obrony Narodowej i Ministra Sprawiedliwości (art. 87 ust. 1 pkt 1, 2, 3 ustawy Prawo farmaceutyczne). Wymagania stawiane aptekom zakładowym precyzują rozporządzenia Ministra Obrony Narodowej oraz Ministra Sprawiedliwości.

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Agnieszka
Zimmenmann
Zakład Prawa Medycznego
Gdański Uniwersytet Medyczny
80-210 Gdańsk, ul. Tuwima 15
tel. 58 349 14 41

Piśmiennictwo:

1. Ogieglo L. (red.): *Prawo farmaceutyczne*. Komentarz, C.H. Beck, Warszawa, 2010, 706-708.
2. Dunaj B. (red.): *Słownik współczesnego języka polskiego*, Wyd. Wilga, Warszawa, 1996, 753.
3. Czupryna A., Poździech S., Ryś A., Włodarczyk W.C.: *Zdrowie publiczne*, tom I, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne Versalis, Kraków, 2000, 23-26.

4. Kanavos P: *Pharmacies in the European Community*, Pharmacoeconomics, 18, 2000, 523-532.
5. Niewójt Z.: *Podstawowe zadania apteki, Apteka plus prawo i zarządzanie*, Wyd. Raabe, Warszawa, 2003, 1-17 (B 1.3).
6. Dercz M., Rek T: *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa, 2007, 151-177.
7. Kondrat M. (red.), Koremba M., Masetbas W., Zieliński W: *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*, ABC a Wolters Kluwer business, Warszawa, 2009, 823-829.
8. Jendryczko B.: *Rozporządzenia wykonawcze do Prawa farmaceutycznego z komentarzem dla aptekarzy*, Farmapress, Warszawa, 2003, 364-370.

runków prowadzenia apteki (Dz. U. nr 187, poz. 1565).

- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2002 r. w sprawie wykazu pomieszczeń wchodzących w skład powierzchni podstawowej i pomocniczej apteki (Dz. U. nr 161, poz. 1338).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. nr 171, poz. 1395).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2002 r. w sprawie danych wymaganych w opisie technicznym lokalu przeznaczonego na aptekę ogólnodostępną (Dz. U. nr 161, poz. 1337).

Akty prawne:

- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 ze zm.).
- Ustawa z dnia 10 października 1991 r. o środkach farmaceutycznych, materiałach medycznych, aptekach, hurtowniach i Inspekcji Farmaceutycznej (Dz. U. z 1991 r. nr 105, poz. 452 z późn. zm.) – akt archiwalny.
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 ze zm.).
- Ustawa z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej (tekst jednolity Dz. U. z 2007 r. nr 14, poz. 89 ze zm.).
- Ustawa z dnia 23 kwietnia 1964 r. – Kodeks cywilny (Dz. U. z 1964 r. nr 16, poz. 93 ze zm.).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 26 lutego 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. nr 65, poz. 608).
- Rozporządzenie Ministra Sprawiedliwości z dnia 1 kwietnia 2003 r. w sprawie szczegółowych wymagań, jakim powinien odpowiadać lokal apteki zakładowej w zakładach opieki zdrowotnej dla osób pozbawionych wolności (Dz. U. nr 65, poz. 609).
- Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 7 października 2003 r. w sprawie wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych z aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej podległych Ministrowi Obrony Narodowej (Dz. U. nr 179, poz. 1755).
- Rozporządzenie Ministra Obrony Narodowej z dnia 25 listopada 2002 r. w sprawie wymagań, jakim powinny odpowiadać lokale aptek zakładowych w zakładach opieki zdrowotnej utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej (Dz. U. nr 208, poz. 1770).
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych wa-

OPIEKA FARMACEUTYCZNA W LECZENIU CHORÓB CYWILIZACYJNYCH KARTY BAZOWE DLA FARMACEUTÓW

dr hab. n. farm. Wiesława STOŻKOWSKA, mgr farm. Iga PAWŁOWSKA

Wydział Farmaceutyczny Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego
e-mail: wsto@amg.gda.pl

Karty bazowe dla farmaceutów stanowią narzędzie opieki farmaceutycznej i ułatwiają edukację oraz komunikację z pacjentem.

Opieka farmaceutyczna ma szczególnie znaczenie w leczeniu najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych. Choroby te mają charakter przewlekły i podlegają długotrwałemu leczeniu. Często dotyczą wielu układów i narządów i prowadzić mogą do groźnych powikłań i następstw a nawet przedwcześnie umieralności. Dlatego każde działanie zmierzające do podniesienia skuteczności terapii posiada dużą wagę.

W wyniku badań sondażowych przeprowadzonych wśród farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych oraz w aptekach szpitalnych stwierdzić można, że farmaceuci wi-

dzą konieczność sprawowania opieki nad pacjentem i doceniają jej rolę w swojej działalności.

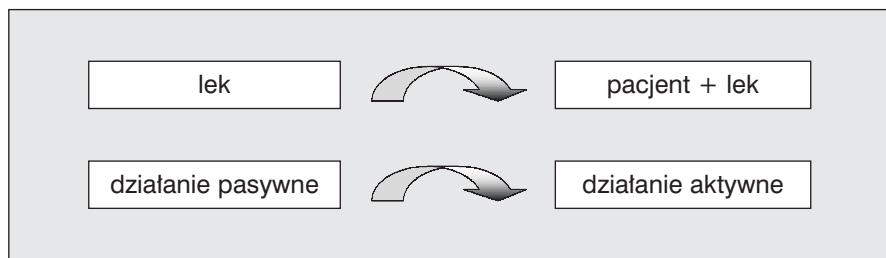
Opieka farmaceutyczna oznacza udział farmaceutów w zapewnieniu prawidłowego stosowania leków i ochronę pacjentów przed niepożądanymi skutkami ubocznymi powodowanymi przez leki. Oznacza również udział w niefarmakologicznym leczeniu, profilaktyce i promocji zdrowia.

Funkcja edukacyjna farmaceuty wobec pacjentów wynika z realizacji opieki farmaceutycznej i wpływa na zwiększenie świadomości zdrowotnej pacjentów. Należy dążyć nie tylko do wyjaśnienia celowości zastosowanego postępowania terapeutycznego i przedstawienia zasad przyjmowania leków oraz zagrożeń wynikają-

cych z niewłaściwego ich stosowania lecz także do wskazania czynników ryzyka sprzyjających powstaniu choroby i uświadomieniu znaczenia prozdrowotnych działań profilaktycznych oraz możliwości wpływu na własne zdrowie. Prowadzenie zdrowego stylu życia, stosowanie odpowiedniej diety i aktywności fizycznej, zwalczanie nałogów, kontrola masy ciała i dokonywanie pomiarów wskaźników biochemicznych przyczynia się do osiągnięcia dobrych efektów terapeutycznych.

Opieka farmaceutyczna obejmująca promocję zdrowia prowadzi do zwiększenia świadomości zdrowotnej pacjentów.

W celu urzeczywistnienia założeń opieki farmaceutycznej przedstawiamy Państwu **karty bazowe dla farmaceutów** zawierające informacje na temat wybranych chorób przewlekłych. Karty zostały opracowane z uwzględnieniem stanowiska krajowych i międzynarodowych towarzystw naukowych, dotyczącego standardów i zaleceń postępowania. Karty bazowe dla farmaceutów zawierają stałe moduły odnoszące się do



Rys. 1. Relacja pacjent – farmaceuta

norm, wskaźników i wartości referencyjnych, objawów omawianych jednostek chorobowych, zagrożeń, czynników ryzyka, zaleceń i profilaktyki. Poszczególne moduły umieszczone są na karcie w określonej kolejności, zawsze w tym samym miejscu.

Zaletą kart jest łatwy dostęp do informacji. Zawierają najnowsze dane i wytyczne, przedstawione w zwięzły sposób. Piśmiennictwo znajduje się na odwrocie karty.

Karty przyczynią się do kształtowania pozytywnych relacji pomiędzy farmaceutą i pacjentem.

KARTY BAZOWE – ELEMENT PROFESJONALNEJ OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

Obok wielu broszur i prospektów dla pacjentów spotkać można również materiały specjalnie opracowane i wydane dla lekarzy. Obecnie ukazują się także publikacje dla farmaceutów, lecz dotyczą one spraw związanych z prowadzeniem apteki, rozliczeniami z instytucjami ubezpieczeniowymi, odpłatnością za leki czy zarządzaniem personelem. Dostępne są też obszerne wydawnictwa książkowe na temat różnych schorzeń, z których mogą korzystać farmaceuci. Natomiast nie ma zwięzłych materiałów, które ułatwiałyby im rozmowę z pacjentem podczas sprawowania opieki farmaceutycznej.

Aby ułatwić opiekę farmaceutyczną, w Samodzielnej Pracowni Farmacji Społecznej Akademii Medycznej w Gdańsku opracowano programy w formie

Tabela 1. Rozpoznanie potrzeb pacjentów i farmaceutów

Pacjent oczekuje	Farmaceuta potrzebuje
<ul style="list-style-type: none"> - czasu - kompetentnej informacji - poświecenia uwagi - wyjaśnienia problemów lekowych 	<ul style="list-style-type: none"> - odpowiedniej wiedzy (studia, kursy specjalistyczne, szkolenia) - odpowiednich warunków do pracy z pacjentem - materiałów informacyjnych zawierających najnowsze zalecenia i wytyczne podane w skrótowej formie (karty bazowe)

kart bazowych dla farmaceutów zawierających informacje dotyczące najczęściej występujących chorób przewlekłych.

Celem tego przedsięwzięcia jest skrótowe przypomnienie i dostarczenie farmaceutu wiadomości na temat poszczególnych schorzeń i chorób cywilizacyjnych, które dotyczą pacjentów i z którymi zwracają się oni o pomoc do aptekarza. Karty bazowe mają ułatwić rozmowę i komunikację z pacjentem. Opracowania te zawierają stałe moduły odnoszące się nie tylko do norm, wskaźników, wartości referencyjnych i objawów omawianych jednostek chorobowych, lecz również do zagrożeń, czynników ryzyka oraz zaleceń i profilaktyki. Poszczególne moduły umieszczone są na karcie w określonej kolejności, zawsze w tym samym miejscu.

Karty bazowe zostały opracowane dla następujących schorzeń:

1. Nadciśnienie tętnicze;
2. Cukrzyca typu 2;
3. Choroba niedokrwienienna serca;
4. Niewydolność układu krążenia;
5. Hiperlipidemia;

6. Zespół metaboliczny;
7. Astma;
8. Atopowe zapalenie skóry;
9. Niewydolność żylna;
10. Osteoporozą;
11. Choroba wrzodowa;
12. Badania laboratoryjne posiadają odrębną kartę zawierającą wartości referencyjne dotyczące badania krwi i moczu.

STAŁE MODUŁY KART BAZOWYCH

Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)

Jest to pierwszy moduł karty. Zawiera wartości parametrów diagnostycznych uznane za prawidłowe dla zdrowego dorosłego człowieka. W niektórych przypadkach wartości te różnią się dla kobiet i mężczyzn. Również wiek i stan patofizjologiczny ma wpływ na wielkość tych wartości.

W przypadku jednostek chorobowych, dla których brak wartości referencyjnych, jak np. atopowe zapalenie skóry, przewlekła niewydolność żylna, choroba wrzodowa, moduł ten zawiera kryteria klasyfikacyjne. W niektórych przypadkach podana jest definicja.

Opieka farmaceutyczna – karty bazowe dla farmaceutów

OSTEOPOROZA

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)
Densytometria – stężenie mineralnej kości.
Wynik zostaje podany w oparciu o wskaźniki:
I. BMD (bone mineral density) - bezwzględna wartość gęstości mineralnej kości [g/cm²]

Stadia osteoporyzy w zależności od wyniku T-score (WHO):	
Rozporanie	Pomiar BMD

Opieka farmaceutyczna – Karty Bazowe dla farmaceutów

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)
Klasifikacja ciśnienia tętniczego [mm Hg]^{1,2,3}:

Ciśnienie skurczowe	Ciśnienie rozkurczowe	Kategoria
< 120	< 80	Ciśnienie optymalne
120 – 129	80 – 84	Ciśnienie prawidłowe
130 – 139	85 – 89	Ciśnienie wysokie prawidłowe

wartości prawidłowe

Opieka farmaceutyczna – Karty Bazowe dla farmaceutów

CUKRZYCA TYPU 2

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)
Glikemia na czزو – stężenie glikozy w próbce krwi pobranej co najmniej 8 h od ostatniego posiłku

1. Prawidłowa glikemia na czزو (stężenie glikozy w osoczu: 60 - 99 mg/dl)
2. Kryteria rozpoznawania cukrzycy:

Opieka farmaceutyczna – Karty Bazowe dla farmaceutów

ZESPÓŁ METABOLICZNY

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)
Zespół metaboliczny – połączenie najbardziej niebezpiecznych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych do których należą nadmierna masa ciała, zaburzenia gospodarki węglowodanowej i lipidowej oraz podwyższone ciśnienie tętnicze krwi.

Kryteria rozpoznania zespołu metabolicznego:

Rozpoznanie zespołowi metabolicznego wymaga stwierdzenia otyłości centralnej (brzusznej)*	Obwód talii dla populacji europejskiej: mężczyźni ≥ 94 cm kobiety ≥ 80 cm
oraz 2 z 4 czynników	

1. Podwyższone stężenie triglicerydów (lub TG ≥ 150 mg/dl)

www.cza.pl • e-mail: cza@cza.pl

OPIEKA FARMACEUTYCZNA

ISSN 1233-2755 • Wydanie specjalne 2009

dr hab. n. farm. Wiesława STOŻKOWSKA
mgr farm. Iga WAPNIARSKA

KARTY BAZOWE DLA FARMACEUTÓW

Karty bazowe zostały opracowane dla następujących schorzeń:

- Nadciśnienie tętnicze
- Cukrzyca typu 2
- Choroba niedokrwiennej serca (choroba wieńcową)
- Niewydolność układu krążenia
- Hiperlipidemia
- Zespół metaboliczny
- Asta
- Atopowe zapalenie skóry
- Niewydolność żylna
- Osteoporza
- Choroba wrzodowa
- Badania laboratoryjne – odrębna karta zawierająca wartości referencyjne dotyczące badań krwi i moczu

Objawy

Każda jednostka chorobowa jest rozpoznawana na podstawie charakterystycznych objawów. Ta część karty ma na celu ułatwić farmaceucie rozmowę z pacjentem, podczas której może on podjąć decyzję o możliwości zastosowania leków z grupy OTC bądź o konieczności skierowania pacjenta do lekarza.

Zagrożenia

W module tym zawarte są informacje o konsekwencjach nieleczonej lub niewłaściwie leczonej choroby. Farmaceuta powinien przestrzec pacjenta przed zaniechaniem leczenia, nierozpoczęciem terapii oraz przed nieprawidłowym i nieregularnym stosowaniem leków. Nieświadomość pacjenta może pogorszyć stan zdrowia i stać się przyczyną hospitalizacji.

Czynniki ryzyka

Poznanie czynników sprzyjających pojawiению się i rozwojowi choroby pozwala zrozumieć jej istotę i wyeliminować przyczyny powstawania.

Zalecenia i profilaktyka

Ten ostatni moduł, znajdujący się u dołu karty, zawiera wskazówki przydatne w rozmowie z pacjentem. Należy zwrócić uwagę na postępowanie niefarmacologiczne, które może opóźnić pojawienie się i rozwój choroby. W niektórych schorzeniach, szczególnie w początkowym okresie, niezbędne jest wskazanie konieczności modyfikowania stylu życia poprzez zmianę nawyków żywieniowych, zmniejszenie nadwagi, umiarkowane zwiększenie aktywności ruchowej, zwalczanie nałogów. Przykładem jest niezbyt podniesione ciśnienie tętnicze lub łagodna cukrzycy typu 2. W przypadku niewydolności żylnej istotne jest ograniczenie przebywania w pozycji stojącej, noszenie pończoch i podkolanówek uciskowych, dieta bogata w błonnik.

Szanowni Czytelnicy,
W sprzedaży znajduje się wydanie specjalne „Opieki Farmaceutycznej” zawierające karty bazowe autorstwa dr hab. n. farm. Wiesławy Stożkowskiej i mgr farm. Igi Wapniarskiej z Wydziału Farmaceutycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

Koszt wydania wynosi 20 zł + 6 zł opłata pocztowa wraz z pakowaniem.

Wpłacając kwotę na konto
1311 3010 1702 0000 0000 0511 95
należy podać wszystkie dane niezbędne do wystawienia faktury VAT.

OSTRA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA – AKTUALNE ZALECENIA EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO

dr n. med. Wojciech BRZOZOWSKI, prof. dr hab. n. med. Andrzej WYSOKIŃSKI

Katedra i Klinika Kardiologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie
e-mail: a.wysokinski@am.lublin.pl

Acute heart failure – European Society of Cardiology current management guidelines

Streszczenie. Ostra niewydolność serca jest definiowana jako nagłe pojawienie się objawów niewydolności serca wymagających natychmiastowej zaawansowanej terapii. Wystąpienie ostrej niewydolności serca inicjuje przyczyny sercowe, jak i pozasercowe. Skuteczność terapii uzależniona jest od znajomości i umiejętności zastosowania w praktyce złożonych algorytmów postępowania. Aktualny algorytm postępowania obejmuje między innymi zastosowanie tlenoterapii, wentylacji nieinwazyjnej, morfiny, diuretyków pętlowych, wazodilatatorów oraz leków inotropowych.

Słowa kluczowe: ostra niewydolność serca, postępowanie, wytyczne ESC.

Summary. Acute heart failure is defined as rapid onset in signs and symptoms of heart failure, resulting in the need of immediate advanced therapy. Multiple cardiovascular and non-cardiovascular diseases may provide to acute heart failure. Clinical treatment effectiveness depends on knowledge of complex proceedings. Recent algorithm includes oxygen therapy, non-invasive ventilation, morphine, loop diuretics, vasodilators, inotropic agents and other.

Keywords: acute heart failure, management, guidelines ESC.

Ostra niewydolność serca jest stanem bezpośredniego zagrożenia życia powstającym na podłożu naglej, szybko postępującej pierwotnej lub też wtórnej dysfunkcji serca [1, 2, 3]. Wymaga ona zwykle natychmiastowej interwencji – rozpoznania jednostki chorobowej leżącej u jej podstaw i leczenia objawowego oraz przede wszystkim – o ile jest to możliwe – przyczynowego. U znaczącego odsetka chorych ostra niewydolność serca jest pierwszą manifestacją choroby serca, przede wszystkim choroby niedokrwiennej serca. Niemniej jednak przyczyny ostrej niewydolności serca obejmują bardzo szeroki wachlarz pato-

logii klinicznych, u podłoża których leży najczęściej niewydolność serca skurczowa, rozkurczowa lub też zaistniała dysproporcja pomiędzy obciążeniem wstępny a następczym.

Ze względu na dużą różnorodność przyczyn powodujących ostrą niewydolność serca jej obraz kliniczny może odpowiadać jednej z poniższych sytuacji klinicznych [2, 3]:

- zaostrzenie lub dekompensacja przelewnej niewydolności serca, znana przelewka niewydolność serca, przeważnie obecne obrzęki obwodowe oraz cechy zastoju nad polami płucnymi,

U znaczącego odsetka chorych ostra niewydolność serca jest pierwszą manifestacją choroby serca, przede wszystkim choroby niedokrwiennej serca.



- - obrzęk płuc,
 - ciężka niewydolność oddechowa z tachypnoe i ortopnoe oraz obniżeniem saturacji poniżej 90 % podczas oddychania powietrzem atmosferycznym,
 - wstrząs kardiogenny – krytyczna hipoperfuzja tkankowa mimo optymalizacji

Tabela 1. Możliwe przyczyny oraz stany sprzyjające wystąpieniu ostrej niewydolności serca [1].

Choroba niedokrwienienna serca
<ul style="list-style-type: none"> - niedokrwienie (często nieme, niestabilna dławica piersiowa obejmująca duży obszar mięśnia sercowego) - zawał serca (w szczególności zawał prawej komory) - mechaniczne powikłania zawału serca
Wady serca wrodzone i nabyte wady zastawkowe oraz choroby dużych naczyń
<ul style="list-style-type: none"> - wady zastawki mitralnej i aortalnej - ubytki przegrody międzykomorowej i międzyprzedsionkowej - zapalenie wsierdzia - rozwarstwienie aorty
Kardiomiopatie i zapalenie mięśnia sercowego
<ul style="list-style-type: none"> - rozstrzeniowa, przerostowa, restrykcyjna - połogowa - ostre zapalenie mięśnia sercowego
Nadciśnienie tętnicze
Zaburzenia rytmu serca
<ul style="list-style-type: none"> - tachykardia (migotanie przedsionków - tachykardiomiopatia) - bradykardia (np. blok a-v całkowity)
Dekompensacja uprzednio istniejącej niewydolności serca
<ul style="list-style-type: none"> - niewłaściwa współpraca chorego leczonego z powodu niewydolności serca - przeciążenia objętościowe - stany zapalne - naczyniopochodne uszkodzenie mózgu - prowadzone leczenie chirurgiczne innych jednostek chorobowych - niewydolność nerek
Alkohol i leki
<ul style="list-style-type: none"> - alkohol - leki działające kardiodepresyjnie (β-blokery, blokery kanału wapniowego, leki antyarytmiczne)
Choroby osierdzia
<ul style="list-style-type: none"> - zaciskające zapalenie osierdzia - wysięk/przesięk w worku osierdziowym (tamponada)
Inne przyczyny
<ul style="list-style-type: none"> - posocznica - tyreotoksykoza - niedokrwistość - przetoki - nadciśnienie płucne (zatorowość płucna, przewlekła obturacyjna choroba płuc, astma) - choroba Pageta

- zacji obciążenia wstępnego i następczego, zwykle charakteryzuje go ciśnienie skurczowe < 90 mmHg lub też spadek wartości średniego ciśnienia o 30 mmHg, oraz bezmocz (< 0,5 ml/kg/godz),
- izolowana niewydolność serca – zespół małego rzutu z brakiem cech zastoju nad polami płucnymi, podwyższonym ciśnieniem w żyłach szyjnych, możliwym powiększeniem wątroby oraz obniżeniem ciśnienia napełniania lewej komory,
 - ostra niewydolność serca na podłożu ostrego zespołu wieńcowego – ostra niewydolność serca inicjowana ostrym niedokrwieniem i wynikającą z tego dysfunkcją dużych obszarów mięśnia sercowego.

W rozpoznaniu i ustaleniu sposobów dalszej terapii odpowiedniej postaci ostrej niewydolności serca jest niezwykle przydatna klasyfikacja wg Forrestera, bazująca na objawach klinicznych oraz charakterystyce klinicznej chorych (tabela 2).

Szybkie rozpoznanie ostrej niewydolności serca oraz bezbłędne ustalenie przyczyny leżącej u jej podstaw w sposób istotny wpływają na rokowanie. **Ocena objawów podmiotowych** oraz **przedmiotowych** ze szczególnym uwzględnieniem cech zastoju nad polami płucnymi, obserwacja wy pełnienia żył szyjnych, patologicznych szmerów i tonów serca powinna poprzedzać badania dodatkowe, pozwalając tym samym na włączenie leczenia empirycznego – objawowego najszybciej, jak to będzie możliwe.

Badanie elektrokardiograficzne to podstawowe badanie, które pozwala na rozpoznanie najczęstszej przyczyny ostrej niewydolności serca – niedokrwienia. Obecność cech świeżej martwicy mięśnia sercowego, zaburzeń rytmu, przewodzenia czy też cech przebytego zawału serca najczęściej jednoznacznie pozwala ukierunkować dalsze leczenie chorego z ostrą niewydolnością serca.

Badanie radiologiczne klatki piersiowej umożliwia nie tylko ocenę stopnia

zastoju w krażeniu płucnym, ale równocześnie może wskazać inną pozasercową przyczynę tego stanu.

Gazometria krwi tętniczej powinna być wykonana u wszystkich chorych z ostrą niewydolnością serca, a szczególnie u chorych z towarzyszącą niewydolnością oddechową. Podkreślić jednocześnie należy istotne ograniczenia oceny nieinwazyjnej z zastosowaniem pulsoksymetru u chorych w ciężkim stanie.

Badania laboratoryjne, które obejmują pełną morfologię krwi, ocenę stężenia sodu, potasu, kreatyniny, mocznika, enzymów wątrobowych, INR oraz enzymów wskaźnikowych martwicy mięśnia sercowego i peptydów natriuretycznych typu B, są przydatne nie tylko jako testy rozpoznawcze, ale mają również istotne znaczenie rokownicze [4].

Badanie echokardiograficzne należy wykonać u chorych z podejrzeniem ostrej niewydolności serca najszybciej, jak to możliwe. Zwraca się uwagę na fakt, że wyniki tego badania niejednokrotnie determinują sposób leczenia pacjentów z ostrą niewydolnością serca. Możliwość oceny globalnej oraz odcinkowej kurczliwości mięśnia sercowego i ich zaburzeń, a także ewentualnych patologii napełniania, synchornii skurczu i funkcji zastawek w sposób w pełni nieinwazyjny i powtarzalny predystynuje echokardiografię do roli głównego badania monitorującego u chorych z ostrą niewydolnością serca.

W sytuacjach zaistnienia wątpliwości oprócz nieinwazyjnego monitorowania wartości ciśnienia tętniczego, saturacji, ilości wydalanego moczu i elektrokardiogramu u wybranych pacjentów można wykorzystać monitorowanie inwazyjne. Obejmuje ono **kaniulację tętnic, żył centralnych** oraz **cewnikowanie tętnicy płucnej**. Pierwsza z metod umożliwia ciągłą ocenę inwazyjną wartości ciśnienia tętniczego oraz ułatwia pobieranie próbek krwi tętniczej do badań gazometrycznych. Druga zapewnia możliwość podawania płynów i leków bezpośrednio do krażenia centralnego. Cewnikowanie tętnicy płucnej wyko-

Tabela 2. Klasyfikacja wg Forrestera

perfuzja tkanek obwodowych	Klasa I stan prawidłowy pacjent „ciepły i suchy” - bez objawów hipoperfuzji obwodowej - bez objawów zastoju krwi w krażeniu płucnym	Klasa II izolowany obrzęk płuc pacjent „ciepły i mokry” - bez objawów hipoperfuzji obwodowej - objawy zastoju krwi w krażeniu płucnym
	Klasa III wstrząs hipowolemiczny pacjent „zimny i suchy” - objawy hipoperfuzji obwodowej - objawy zastoju krwi w krażeniu płucnym	Klasa IV wstrząs kardiogenny pacjent „zimny i mokry” - objawy hipoperfuzji obwodowej - objawy zastoju krwi w krażeniu płucnym
	hipowolemia	zastój krwi w krażeniu płucnym
	→ ciśnienie zaklinowania w kapilarach płucnych →	

nuje się u wybranych pacjentów, u których po ocenie echokardiograficznej nie udało się uzyskać wiarygodnych danych, oraz którzy nie odpowiadają na typowe, intensywne leczenie.

U pacjentów z podejrzeniem choroby niedokrwiennej serca jako przyczyny ostrej niewydolności serca należy wykonać **badanie koronarograficzne**, o ile nie stwierdzono do niego przeciwwskazań. Skutecznne leczenie reperfuzyjne po stwierdzeniu choroby niedokrwiennej u chorego z ostrą niewydolnością serca istotnie poprawia rokowanie.

LECZENIE NIEFARMAKOLOGICZNE I FARMAKOLOGICZNE

Leczenie chorego z podejrzeniem ostrej niewydolności serca powinno rozpocząć się bezzwłocznie po wstępny ustaleniu rozpoznania [1, 5, 6]. **Tlen** należy podać wszystkim chorym niedotlenionym tak, aby saturacja krwi tętniczej osiągnęła > 95%. Szczególną ostrożność należy jednak zachować u pacjentów ze współistniejącą chorobą płuc.

Nieinwazyjną wentylację z dodatnim ciśnieniem końcowowydechowym z wykorzystaniem uszczelnionej maski twarzowej należy rozważyć u wszystkich chorych z ostrym obrzękiem płuc pochodzenia

U pacjentów z podejrzeniem choroby niedokrwiennej serca jako przyczyny ostrej niewydolności serca należy wykonać badanie koronarograficzne, o ile nie stwierdzono do niego przeciwwskazań.

- sercowego oraz ostrą nadciśnieniową niewydolnością serca. Metoda ta ogranicza konieczność intubacji oraz zmniejsza wcześniejszą śmiertelność. W początkowym okresie leczenia należy ustawić wartość PEEP między 5-7,5 cmH₂O i stopniowo zwiększać w zależności od odpowiedzi klinicznej do 10 cmH₂O.

We wczesnej fazie leczenia można rozważyć **zastosowanie morfiny**. Oслabia ona uczucie duszności, zmniejsza nasilenie wielu innych objawów oraz może poprawić współpracę chorego przy stosowaniu innych metod leczenia ostrej niewydolności serca.

Podawanie dożylnie **leków moczopędnych pętlowych** zaleca się u wszystkich chorych z ostrą niewydolnością serca i objawami zastaju oraz przeciążenia objętościowego [7]. Jednocześnie należy mieć świadomość, że chorzy z ostrą niewydolnością serca i wartościami ciśnienia tętniczego skurczowego poniżej 90 mmHg nie zareagują na zastosowane leczenie moczopędne.

Dawkę początkową leku moczopędnego (np. Furosemid 20-40 mg i.v.) należy podać już przy przyjęciu do szpitala. Można rozważyć zacewnikowanie pacjenta, aby możliwa była lepsza kontrola ilości wydalanego moczu i ocena odpowiedzi na zastosowane leczenie. Dawkowanie leków moczopędnych dostosowuje się do nasilenia cech przeciążenia objętościowego oraz do stopnia stwierzonej dysfunkcji nerek. Sukcesywne podawanie dożylnie leku można zastąpić wlewem ciągłym. Całkowita dawka furosemidu powinna wynosić do 100 mg w czasie pierwszych 6 godzin i do 240 mg przez pierwsze 24 godziny leczenia pacjenta. Do leków moczopędnych pętlowych

Tabela 3.

Zatrzymanie płynów	Lek moczopędny	Dawka dzienna (mg)	Uwagi
Umiarkowane	furosemid lub bumetanid	20-40	doustnie lub dożylnie zależnie od objawów klinicznych
	bumetanid lub torasemid	0,5-1	dostosować dawkę zależnie od odpowiedzi klinicznej
	torasemid	10-20	monitorować stężenie K, Na, kreatyniny i ciśnienie krwi
Ciężkie	furosemid	40-100	zwiększone dawki dożylnie
	wlew furosemidu	(5-10 mg/godz.)	korzystniej niż bolus w bardzo wysokich dawkach
	bumetanid	1-4	doustnie lub dożylnie
	torasemid	20-100	doustnie
Oporne na pętlowe leki moczopędne	dodać hydrochlorotiazyd lub metolazon	50-100	połączenie korzystniejsze od bardzo wysokiej dawki pętlowego leku moczopędnego
	metolazon lub spironolakton	2,5-10	skuteczniejsze przy klirensie kreatyniny < 30 ml/min.
	spironolakton	25-50	spironolakton jest lekiem z wyboru gdy nie ma niewydolności nerek a poziom K jest prawidłowy lub niski
Z zasadowicą	acetazolamid	0,5	dożylnie
Oporne na pętlowe leki moczopędne i tiazidy	dodać dopaminę (poszerzenie naczyń nerkowych) lub dobutamine		rozoważać ultrafiltrację lub hemodializę, gdy współistnieje niewydolność nerek, hiponatremia

można dodać w wybranych przypadkach leki moczopędne tiazydowe lub antagonistów aldosteronu. Tego typu połączenia są czasami skuteczniejsze i niwelują niektóre skutki uboczne dużych dawek jednego leków.

Zastosowanie antagonistów wazopresyny (koniwaptan i tolwaptan) łagodzi objawy związane z przewodnieniem i sprzyja utracie masy ciała w ostrej niewydolności serca, jednak dotychczas nie wykazano, aby zmniejszało śmiertelność.

Leki rozszerzające naczynia znajdują zastosowanie u chorych z ostrą niewydolnością serca bez objawowego niedociśnienia i istotnych wad serca [8]. Azotany oraz nitroprusydek sodu w postaciach dożylnych zaleca się u chorych ze skurczowym ciśnieniem tętniczym powyżej 110 mmHg. Leki te zmniejszają ciśnienie napełniania oraz obniżają opór systemowy łagodząc uczucie duszności. Nie zwiększą zapotrzebowania mięśnia sercowego na tlen i nie zmniejszą objętości wyrzutowej, co ma szczególnie znaczeniu u pacjentów z ostrą niewydolnością serca na podłożu choroby niedokrwiennej. W trakcie podawania dożylnego leków rozszerzających naczynia należy intensywnie monitorować wartości ciśnienia tętniczego, przy czym zwykle (w przypadku azotanów i nesiritudu) wystarczają pomiary metodami nieinwazyjnymi. Kaniulacja tętnicy i pomiary inwazyjne zalecane są w sytuacji zastosowania nitroprusydu sodu.

Środki inotropowe należy stosować jedynie u chorych z ostrą niewydolnością serca, u których stwierdza się niskie wartości ciś-

nienia skurczowego oraz cechy hipoperfuzji lub zastoju [5, 6, 9]. W zaleceniach wyraźnie podkreśla się, że leczenie to należy zarezerwować dla chorych z poszerzonymi hipokinetycznymi komorami serca. Leki te należy podać tak wcześnie, jak to jest możliwe, a jednocześnie odstawić je bezpośrednio po przywróceniu prawidłowej perfuzji. Zastosowaniu leków inotropowych towarzyszy zwiększenie arytmii przedsiemkowych oraz komorowych.

Dobutaminę charakteryzuje zależne od pobudzenia receptorów β_1 -adrenergicznych i wielkości dawki działanie inotropowo i chronotropowo dodatnie. Podawanie leku rozpoczyna się od dawki 2-3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, bez stosowania dawki nasycającej. Szybkość wlewu może być stopniowo zwiększana pod kontrolą stanu klinicznego pacjenta. Dawkę leku można zwiększać do 15 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. U chorych otrzymujących jednocześnie β -adrenolityki dawkę leku można zwiększać do 20 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$. Dobutaminę należy odstawać stopniowo, redukując dawkę i jednocześnie dostosowując leczenie doustne.

Kolejnym lekiem znajdującym zastosowanie u chorych z ostrą niewydolnością serca pobudzającym receptory β -adrenergiczne jest dopamina. Niewielkie dawki leku ($\leq 2-3 \mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$) wpływają nieznacznie na zwiększenie diurezy. Większe mogą być wykorzystane do utrzymania wyższych wartości ciśnienia skurczowego, przy czym należy liczyć się z istotnym ryzykiem tachykardii i zaburzeń rytmu. Pobudzenie

Leki rozszerzające naczynia znajdują zastosowanie u chorych z ostrą niewydolnością serca bez objawowego niedociśnienia i istotnych wad serca.

Tabela 4.

Lek naczyniorozszerzający	Wskazanie	Dawkowanie	Główne działanie uboczne	Inne
Nitrogliceryna	zastój w płucach/obrzęk płuc BP.90 mmHg	rozpocząć od 10-20 $\mu\text{g}/\text{min}$, zwiększać do 200 $\mu\text{g}/\text{min}$	niedociśnienie, ból głowy	tolerancja przy ciągłym stosowaniu
Dwuazotan izosorbidu	zastój w płucach/obrzęk płuc BP.90 mmHg	rozpocząć od 1 mg/godz., zwiększać do 10 mg/godz.	niedociśnienie, ból głowy	tolerancja przy ciągłym stosowaniu
Nitroprusydek	nadciśnieniowa HF./obrzęk płuc BP.90 mmHg	rozpocząć od 0,3 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$, zwiększać do 5 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	niedociśnienie, toksyczność izocyjanianu	nadwrażliwość na światło
Nesiritid	zastój w płucach/obrzęk płuc BP.90 mmHg	bolus 2 $\mu\text{g}/\text{kg}$ + wlew 0,015-0,03 $\mu\text{g}/\text{kg}/\text{min}$	niedociśnienie	

- receptorów α spowodowane zastosowaniem dużych dawek tych leków lub też leczeniem skojarzonym dobutaminą i dopaminą może wywołać tachykardię i wzrost oporu obwodowego.

Inhibitory fosfodiesterazy (milrinon oraz enoksymon) hamują rozkład cyklicznego AMP. Działanie ich utrzymuje się również w trakcie stosowania leków β -adrenolitycznych. Działają inotropowo dodatnio, rozkurczają naczynia obwodowe, zwiększają rzut serca i objętość wyrzutową, jednocześnie obniżają ciśnienie w tętnicy płucnej, ciśnienie zaklinowania oraz opór systemowy i płucny. Znajdują zastosowanie u chorych z zachowanym ciśnieniem tętniczym.

Lewosimendan poprzez uwrażliwienie na wapń iłączenie wapnia z troponiną C w kardiomiocytach poprawia czynność skurczową mięśnia sercowego [10]. Wlew dożylny leku zwiększa rzut serca, zmniejsza ciśnienie w tętnicy płucnej oraz obciążenie wstępne i następcke. Jednocześnie odpowiedź hemodynamiczna na lewosimendan utrzymuje się przez wiele dni. Może być również stosowany u chorych aktualnie leczonych lekami β -adrenolitycznymi. W trakcie podawania leku należy monitorować wartość ciśnienia tętniczego, aby uniknąć hipotonii.

Leki obkurczające naczynia (norepinefryna) wskazane są jedynie we wstrząsie kardiogennym w sytuacjach, gdy uprzednie zastosowanie leków inotropowych i płynów nie spowodowało podwyższenia wartości ciśnienia skurczowego powyżej 90 mmHg. Epinefryna nie jest zalecana we wstrząsie kardiogennym jako lek o działaniu inotropowo dodatnim lub obkurczającym naczynia. Stosowana powinna być jedynie w sytuacjach zagrożenia życia – w przypadku naglego zatrzymania krążenia.

Piśmiennictwo:

1. Task Force for Diagnosis and Treatment of Acute and Chronic Heart Failure 2008 of European Society of Cardiology; Dickstein K., Cohen-Solal A., Filippatos G. i wsp., ESC Committee for Practice Guidelines, Vahanian A., Camm J., De Caterina R. i wsp.: *ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2008*, Eur. Heart J., 2008, 29(19):2388-442.
2. Mosterd A., Hoes A.W.: *Clinical epidemiology of heart failure*. Heart, 2007, 93, 1137-46.
3. Cowie M.R., Wood D.A., Coats A.J. i wsp.: *Incidence and aetiology of heart failure; a population-based study*. Eur. Heart J., 1999, 20, 421-8.
4. Palazzuoli A., Gallotta M., Quatrini I. i wsp.: *Natriuretic peptides (BNP and NT-proBNP) measurement and relevance in heart failure*. Vasc. Health Risc. Menag., 2010, 6, 411-8.
5. Joseph S.M., Cedars A.M., Ewald G.A.: *Acute decompensated heart failure. Contemporary medical management*. Tex Heart Ins. J., 2009, 36(6), 510-520.
6. Zannad F., Agrinier N., Alla F.: *Heart failure burden and therapy*. Europace, 2009, Suppl. 5, v 1-9.
7. Felker G.M., O'Connor C.M., Braunwald E.: *Heart failure clinical research network investigators: Loop diuretics in acute heart failure: necessary? Evil? A necessary evil?*, Circ. Heart Fail, 2009, 2, 56-62.
8. Moazemi K., Chana J.S., Willard A.M. i wsp.: *Intravenous vasodilator therapy in congestive heart failure*. Drugs Aging, 2003, 20, 485-508.
9. Bayram M., De Luca L., Massie M.B. i wsp.: *Reassessment of dobutamine, dopamine and milrinone in the management of acute heart failure syndromes*. Am. J. Cardiol., 2005, 96, 47G-58G.
10. Mebazaa A., Nieminen M.S., Packer M. i wsp.: *Levosimendan vs dobutamine for patients with acute decompensated heart failure: the SURVIVE Randomized Trial*. JAMA, 2007, 297, 1883-91.

Adres do korespondencji:

dr n. med. Wojciech Brzozowski
Katedra i Klinika Kardiologii UM w Lublinie
20-950 Lublin, ul. Jacewskiego 8
tel. 81 724 41 51

HERBATA BOHATERKA POPOŁUDNIOWYCH SPOTKAŃ

dr n. farm. Jerzy JAMBOR

Polski Komitet Zielarski
e-mail: jerzy.jambor@phytopharm.com.pl



© Jerzy Jambor

Wśród licznych surowców zawierających kofeinę moim zdaniem najciekawszy pod wieloma względami jest liść herbaty – *Thea folium*, który zawiera aż 4,5% kofeiny. Ojczyzną herbaty są prawdopodobnie Indie, choć wielu historyków uważa, że Chiny. Najstarsze wzmianki o herbacie znajdują się na pewno w źródłach chińskich (2757 r. p.n.e.). Wiadomo, że najpierw zbierano ją z dzikich stanowisk, a pierwsze uprawy powstały około 300 r. Parzenie herbaty zaczęło się gdzieś w latach 600–900. Do Japonii herbata trafiła około 800 r., a do Europy przywieźli ją Arabowie około 1550 r. Potem monopol na produkcję herbaty przejęli Holendrzy, którzy uprawiali ją w Indonezji, i Anglicy, którzy zakładali ogromne plantacje na południu Azji. W Gruzji zaczęto uprawiać herbatę dopiero w XIX w. Rytuał parzenia herbaty wprowadzili Japończycy, a od nich przejęli go Brytyjczycy i upowszechnili w innych krajach.

Warto przypomnieć, że wcześniej herbatę spożywano w innych postaciach. Chińczycy wędzili liście herbaty, następnie gotowali je z solą, imbirem,



- cebulą i innymi przyprawami, dodając do tego ryż i mleko. Był to rodzaj zupy. Jeszcze dziwniejsze zwyczaje mieli Mongołówie, którzy poddawali liście długotrwałej fermentacji, a potem suszyli i prasowali w małe cegielki, z których gotowali zupę, dodając mleko, zjełcały tłuszcz, sól i owczą krew. Tybetańczycy z kolei gotowali herbatę z kaszą jęczmienną, masłem i soją, Uzbecy dodawali do zaparzonej herbaty pieprzu i miodu, Irańczycy – imbiru i cynamonu, Turkmeni – tłustego mleka. W Tajlandii podaje się nawet herbatę kiszoną w formie przystawki do posiłków.

Herbatę (*Thea*) zalicza się do rodziny herbatowatych (*Theaceae*), której systematyka jest dość kontrowersyjna z uwagi na dużą zmienność gatunkową. Dziś liczą się tylko dwa gatunki herbaty: chińska (*Thea sinensis*) i assamska (*Thea assamica*). Pod-

stawowa różnica między nimi polega na gabarytach: herbata chińska jest krzewem lub niewielkim drzewem, a assamska jest drzewem rosnącym do 15 m. Herbata jest w ogółie piękną rośliną o zimozielonych, skórzastych liściach i dużych białych kwiatach. Owocem jest torebka z 1-3 nasionami, z których otrzymujemy olej do celów spożywczych i technicznych.

Herbata wymaga ciepłego i łagodnego klimatu, a optymalna dla jej rozwoju średnia temperatura roczna winna wynosić 20°C, przy sumie rocznych opadów około 2000 mm. Dlatego obszar, na którym można uprawiać herbaciane krzewy, jest bardzo ograniczony.

Bogactwo herbat na rynku wynika ze zróżnicowania procesów, jakim poddaje się liście zebrane z herbacianych krzewów. Wyróżnia się cztery typy herbat: zieloną,



Autor artykułu w rozmowie z opiekunką plantacji herbaty

czarną, żółtą i czerwoną. Herbatę zieloną otrzymuje się z liści stabilizowanych bezpośrednio po zbiorze parą wodną, a następnie suszonych. Napar z takiej herbaty ma barwę zielonkowo-żółtą, jest bardzo aromatyczny i pobudzający. To bez wątpienia najlepsza herbata, choć nie posiada tych walorów smakowych, jakie cenią Europejczycy.

Aby uzyskać herbatę czarną, układa się na sitach liście i pędy herbaty, a kiedy lekko zwiędną, zgniaata się je i umieszcza na 20-30 godzin w komorach fermentacyjnych w temperaturze 20-25°C. Następuje wówczas utlenienie zawartych w herbacie katechin, a liście ciemnieją. Potem podgrzewa się je w celu zniszczenia enzymów, a następnie suszy. Herbaty: żółta i czerwona są to herbaty pośrednie, tzn. nie do końca sfermentowane. Ich handlowa nazwa to ulung.

Herbata należy do roślin bogatych w kofeinę. Zawiera jej nawet więcej niż kawa. Dawniej niesłusznie uważało się, że kofeinę zawiera tylko kawa, natomiast w herbacie występuje teina. W końcu okazało się, że teina to też kofaina. Nazwa „kofaina” pochodzi od kawy, bo jest to główny związek czynny krzewu kawowego. Co ciekawe, w Polsce występuje też roślina, w której odnaleziono kofeinę, ale w śladowych ilościach. Jest to niewielka bylina zwana iglicą (*Erodium cicutarium*).

Kofaina należy do grupy alkaloidów purynowych, pochodnych ksantyny. Jedynie profesor Hegnauer, twórca chemotaksonomii roślin, nie zalicza tych związków do alkaloidów, lecz do pseudoalkaloidów, ponieważ nie wywodzą się one bezpośrednio z aminokwasów.

Do tej samej grupy co kofaina należą jeszcze dwa inne alkaloidy: teobromina i teofilina. Zazwyczaj te trzy związki występują razem, ale każdy z nich wykazuje inne działanie i właściwości. Teobromina (3,7-dimetyloksantyna) jest głównym alkaloidem nasion kakaowca, a działa przede wszystkim moczopędnie. Teofilina (1,3-dimetyloksantyna) występuje głównie w liściach herbaty, a najważniejszą jej cechą jest

działanie spazmolityczne. Wiele leków stosowanych powszechnie w astmie oskrzelowej, chorobie wieńcowej czy nadciśnieniu opartych jest na teofilinie lub jej pochodnych (np. aminofilina).

Kofaina (1,3,7-trimetoksantyna) w odróżnieniu od teobrominy i teofiliny wykazuje działanie analeptyczne, czyli pobudzające ośrodkowy układ nerwowy. Jest analeptykiem układu oddechowego i naczyniorychowego. W literaturze spotykamy się często z poglądem, że kofaina jest psychoanaleptykiem, ponieważ rozszerza naczynia mózgowe, przyspieszając procesy myślenia i odbioru wrażeń. Ponadto ma właściwości diuretyczne, ale to działanie traktuje się jako uboczne.

Rejon upraw stanowi też kryterium różniania herbaty. Są więc herbaty indyjskie i cejlońskie (najwyższej jakości, o intensywnym kolorze, aromacie i ostrym smaku), chińskie (o łagodniejszym smaku), gruzińskie (o cierpkim smaku). Są jeszcze herbaty afrykańskie, ale zdecydowanie niższej jakości. Niektóre gatunki herbaty oddaje się aromatyzacji poprzez dodanie kwiatów jaśminu, róży lub innych roślin, a także olejków eterycznych. Herbaty dzieli się również pod względem ich struktury: na herbaty liściaste, łamane i tzw. okruchy.

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Jerzy Jambor
Prezes Polskiego Komitetu Zielarskiego
Phytopharm Klęka SA
63-040 Nowe Miasto n/Wartą, Klęka 1
tel. 061 286 85 05

PNEUMOKOKI GROŹNE NIE TYLKO DLA DZIECI

Bogdan OSTROWSKI

Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” w Warszawie
e-mail: cza@cza.pl

Infekcje wywoływanne przez pneumokoki są obecnie jednym z najważniejszych problemów zdrowia publicznego. Bakterie te mogą być przyczyną groźnych dla życia i zdrowia chorób, takich jak zapalenie płuc, zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych czy sepsa, z powodu których co roku na świecie umiera ponad 1 milion osób. Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) umieściła infekcje pneumokokowe na pierwszym miejscu obok malarii na liście chorób zakaźnych, których zwalczaniu oraz zapobieganiu należy nadać najwyższy priorytet.

Osoby, którym grozi ciężki przebieg infekcji pneumokokowych, to osoby starsze i przewlekle chorzy, a także dzieci. Niebezpieczeństwo dla zdrowia i życia ze strony pneumokoków wynika między innymi z ich wyjątkowej zdolności, powszechności ich występowania, a także rosnących w ostatnich dekadach zapadalności na choroby pneumokokowe oraz oporności bakterii na antybiotyki.

Na zlecenie organizatorów kampanii „Pneumokoki u dorosłych – zaszczep zdrowe nawyki” w dniach 3-5 grudnia

2010 roku PBS DGA na reprezentatywnej, losowej próbie 1053 Polaków w wieku 15 i więcej lat przeprowadziło badanie mające na celu określenie stanu wiedzy Polaków na temat pneumokoków, zagrożeń z nimi związanych oraz możliwych form zapobiegania. Wyniki badania są jednoznaczne i alarmujące: Polacy nie mają nawet podstawowej wiedzy na temat pneumokoków czy sposobów zapobiegania chorobom przez nie wywoływanym. Ponad 70% posiada błędnią wiedzę lub przyznaje, że nie wie, że pneumokoki to bakterie. Tylko kilka do kilkunastu procent respondentów wie, jakie choroby mogą wywołać pneumokoki: zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych wskazuje 21%, sepsę i zapalenie płuc – 16%, a zapalenie gardła – zaledwie 5% pytaných. Również prawie 70% Polaków nie wie, że zakażeniem pneumokokowym u dorosłych można zapobiegać za pomocą szczepień ochronnych.

Wiedza Polaków na temat pneumokoków jest zatem – co pokazało badanie – bliska zeru, zaś jedyne skojarzenie badanych na ten temat wiąże się z chorobą niebezpieczną dla małych dzieci. Żadne inne gru-

py ludności, takie jak osoby starsze, przewlekle chore czy palące tytoń, nie są identyfikowane przez Polaków jako zagrożone zachorowaniem na infekcje wywoływanie przez te bakterie. Podobnie bardzo niska jest wiedza społeczeństwa na temat chorób, jakie mogą wywoływać pneumokoki, a także możliwości profilaktyki zakażeń pneumokokowych.

GROŹNA BAKTERIA POLISACHARYDOWA

Pneumokok (łac. *Streptococcus pneumoniae*) to bakteria otoczkowa, zwana również dwoinką zapalenia płuc. Głównym czynnikiem zjadliwości pneumokoka jest otoczka polisacharydowa o własnościach, które ułatwiają jej przenikanie do krwi i płynów ustrojowych, prowadząc do poważnych inwazyjnych zakażeń. Pneumokoki pierwszy raz opisał w 1881 r. Ludwik Pasteur. Od tego czasu zbadano ponad 90 typów serologicznych pneumokoków, spośród których 10 najczęstszych jest odpowiedzialnych za około 62% inwazyjnych chorób pneumokokowych.

Pneumokoki wywołują infekcje o różnym stopniu zagroże-

nia, które można podzielić na zakażenia nieinwazyjne i inwazyjne. Mniej groźne, ale częściej występujące zakażenia nieinwazyjne oznaczają infekcje, w których bakterie występują w obrębie danego organu, np. kolonizując błonę śluzową, i obejmują m.in.: zapalenie zatok, zapalenie ucha środkowego, zapalenie płuc, zapalenie spojówek.

Drugą, znacznie groźniejszą grupę infekcji stanowią inwazyjne zakażenia pneumokokowe. W ich przypadku bakterie z układu oddechowego przedostają się do krwi (tzw. bakteremia) lub innego płynu ustrojowego. Następnie infekcja pneumokokowa może rozprzestrzenić się, atakując różne organy i powodując choroby skutkujące poważnymi powikłaniami lub nawet śmiercią.

Zakażenia pneumokokowe są rozpowszechnione na całym świecie. Najczęściej przybierają postać bezobjawową, bądź infekcji górnych dróg oddechowych. Po przechorowaniu infekcji wywołanej określonym serotypem pneumokoka uzyskuje się nań wieloletnią odporność. Poziom nosicielstwa pneumokoków jest wysoki i waha się od 5 do 10% u zdrowych dorosłych do 20-40% u zdrowych dzieci. Bakterie te bytują najczęściej w jamie nosowej i gardle. Do infekcji dochodzi drogą kropelkową lub poprzez kontakt bezpośredni. Nie u każdego nosiciela występują objawy chorobowe. Pneumokoki mogą jednak zaatakować nosiciela z opóźnieniem, w momencie osłabienia układu odpornościowego, np. po przejściu lub w trakcie gry-

py. Bezobjawowi nosiciele zarażają również osoby ze swojego otoczenia.

GRUPY RYZYKA W ŚRÓD DOROSŁYCH PACJENTÓW

Pneumokoki są najgroźniejsze dla dzieci do drugiego roku życia, gdyż nie w pełni wykształcony układ odporności maluchów nie rozpoznaje polysacharydów obecnych w otoczeniu bakterii. To w tej grupie wiekowej jest najwięcej zgonów z powodu inwazyjnej choroby pneumokokowej (IChP), która może przybierać postać zapalenia płuc z bakteremią (tj. zakażeniem krwi), zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, sepsy, zapalenia otrzewnej.

Wśród dorosłych pacjentów szczególnie narażonych na ciężki przebieg choroby pneumokokowej wymienia się osoby powyżej 65. roku życia. To właśnie wśród nich odnotowuje się 32% wszystkich przypadków, ale aż 52% wszystkich zgonów. Zakażenie może być także bardzo groźne dla osób cierpiących na choroby przewlekłe, m.in. układu oddechowego, sercowo-naczyniowego oraz na cukrzycę. Wśród osób chorujących przewlekłe zapadalność na inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP) jest nawet do dziesięciu razy wyższa niż w grupie zdrowych dorosłych.

Ludzie po 65. roku życia i cierpiący na przewlekłe choroby należą do osób najbardziej narażonych na śmiertelnie groźne choroby wywołane przez pneumokoki. Najlepszą ochronę może im zapewnić szczepienie przeciw tym bakteriom – mówili lekarze podczas

konferencji prasowej rozpoczętej tegoroczną kampanią „Pneumokoki u dorosłych – zaszczep zdrowe nawyk” 3 lutego br. w Warszawie, której celem jest zwiększenie poziomu wiedzy na temat zagrożenia i świadomości narażenia na niebezpieczeństwo nawet śmiertelnych chorób wywołanych przez pneumokoki nie tylko u dzieci, ale także u osób starszych i przewlekłe chorych, z osłabioną odpornością.

Jak przypomniał podczas konferencji pulmonolog dr **Tadeusz Zielonka** z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, zapalenie płuc znajduje się w ścisłej czołówce wśród przyczyn zgonów ludzi na całym świecie. W dużym stopniu odpowiadają za to pneumokoki. Bakterie te wywołują również najwięcej groźnych dla życia powikłań grypy sezonowej i sporą liczbę powikłań grypy pandemicznej.

– Co roku w sezonie grypowym, czyli od września do marca, obserwujemy rosnącą liczbę osób hospitalizowanych z powodu pneumokokowych powikłań pogrypowych, w szczególności zapalenia płuc. Wirus grypy uszkadza błonę śluzową, w którą znacznie łatwiej może wniknąć bakteria. Ponadto ogólne osłabienie organizmu podczas tej infekcji wirusowej sprawia, że stajemy się bardziej podatni na wszelkie zakażenia bakteryjne, w tym pneumokokowe – wyjaśnił dr med. **Paweł Grzesiowski** z Narodowego Instytutu Leków. Naukowcy oceniają, że zakażenia pneumokokami były ważną przyczyną śmiertelności w przebiegu pandemii grypy z lat 1918-19 (tzw. hiszpanki). Z aktualnych szacunków

▶ wynika, że bakterie te powodują rocznie 1,6 mln zgonów na świecie.

Do pacjentów szczególnie narażonych na ciężki przebieg infekcji pneumokokowej zalicza się też – i to bez względu na wiek – osoby z przewlekłymi schorzeniami układu krążenia, oddechowego (jak astma, przewlekła obturacyjna choroba płuc – POChP), cukrzycą, chorobami wątroby (w tym mariskością), niewydolnością nerek oraz osoby niedożywione, osłabione, z niedoborami immunologicznymi.

Według dr. hab. **Leszka Szenborna** z Akademii Medycznej we Wrocławiu drugą grupą wiekową najbardziej zagrożoną IChP są osoby po 65. roku życia, które chorują nawet częściej niż 3-, 4-latki, również zaliczane do grup zwiększonego ryzyka. Przyczyną tego jest osłabienie układu odporności w starszym wieku. Jak podkreślił dr Szenborn, pacjenci ci oraz osoby po 65. roku życia powinny się szczepić przeciw pneumokokom 23-walentną szczepionką polisacharydową, która jest najbardziej skuteczna po 5. roku życia, a najlepsze efekty (tj. spadek liczby hospitalizacji i zgonów z powodu zapalenia płuc) daje u osób do 70. roku życia. Preparat ten chroni przed infekcjami wywołanymi przez 23 serotypy pneumokoka, które odpowiadają za blisko 90 proc. zakażeń u dorosłych. Jej skuteczność w przypadku osób po 65. roku życia wynosi 75 proc., a u osób z chorobami przewlekłymi wahę się od 65 do 84 proc.

Do grupy szczególnego zagrożenia należą również osoby

palące tytoń. Przeprowadzone badania kliniczne wskazują, że palacze stanowią ponad połowę wszystkich chorych na IChP.

Dr **Tadeusz Zielonka** zaznaczył, że infekcji pneumokokowych nie wolno lekceważyć również dlatego, że coraz więcej szczepów tych bakterii staje się opornych na znane antybiotyki. To sprawia, że coraz więcej krajów zaczyna wdrażać programy ochrony antybiotyków, w których ważną rolę odgrywają właśnie szczepienia profilaktyczne. Szczepienia przeciw pneumokokom dla osób w wieku starszym i chorych przewlekle są zalecane przez Światową Organizację Zdrowia (WHO), a w Polsce przez Głównego Inspektora Sanitarnego (GIS). W 11 krajach europejskich w całości lub częściowo refundowane. W Polsce za szczepienie trzeba zapłacić z własnej kieszeni.

– Szczepionka dla dorosłych jest jednak znacznie tańsza niż szczepionki koniugowane, przeznaczone dla najmłodszych dzieci – zaznaczył dr Grzesiowski. – Wystarczy jedna dawka, za którą u lekarza rodzinnego zapłacimy za ok. 50 zł. Po 5-10 latach, w zależności od wieku i chorób towarzyszących, trzeba przyjąć dawkę przypominającą.

Jak podkreślił specjalista, systematyczne starzenie się społeczeństw jest ogromnym wyzwaniem dla państwowych systemów ochrony zdrowia. Już w 2007 roku niemal 18 proc. obywateli naszego kraju przekroczyło 60. rok życia, a w 2020 r. w tej grupie wiekowej znajdzie się niemal co czwarty Polak. – W tej sytuacji najbardziej opłacalną dla państwa strategią jest inwestowa-

nie w profilaktykę zdrowotną, czyli m.in. w szczepienia – podsumował Paweł Grzesiowski.

PNEUMOKOKOWE ZAPALENIA PŁUC GROŹNIEJSZE NIŻ INNE

Zapalenie płuc to często występująca choroba, z powodu której co roku na świecie, w tym również w krajach rozwiniętych, umiera ponad 4 mln ludzi. Mimo że największy społeczny lęk budzą choroby nowotworowe czy HIV, warto pamiętać, że na zapalenie płuc i gruźlicę umiera dziś więcej osób niż na AIDS czy raka. Jest to o tyle istotne, że zapalenie płuc jest poważną chorobą zakaźną, charakteryzującą się najwyższą śmiertelnością wśród osób starszych.

Według Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) w krajach europejskich najczęstszą przyczyną pozaszpitalnego zapalenia płuc są pneumokoki, które odpowiadają za ok. 70% przypadków tej choroby. Częstość zachorowań rośnie w sezonie jesiennym oraz wiosennym, co związane jest m.in. ze zwiększoną zachorowalnością na grypę. Pneumokokowe zapalenie płuc jest jednym z najczęstszych powikłań grypy. Bakterie pneumokokowe odpowiadają także za największą liczbę zgonów w wyniku tej choroby.

Około 20% przypadków pneumokokowego zapalenia płuc przebiega w szczególnie niebezpiecznej, inwazyjnej formie, w której bakterie obecne są nie tylko w drogach oddechowych, ale pojawiają się również we krwi i/lub innych płynach ustrojowych.

U młodych i zdrowych osób, których układ odpornościowy działa sprawnie, zapalenie płuc przebiega w sposób stosunkowo łagodny. Ciężki przebieg choroby, wymagający hospitalizacji lub stanowiący zagrożenie dla życia, dotyczy osób z tzw. grup podwyższzonego ryzyka, do których należą m.in. osoby powyżej 65. roku życia, chore przewlekle, palące tytoń, a także inne, których odporność jest osłabiona.

Wzrost zagrożenia dla osób z grup ryzyka obrazują dane dotyczące śmiertelności. O ile śmiertelność z powodu pneumokokowego zapalenia płuc w ogólnej populacji waha się w przedziale 5-10%, o tyle w przypadku pacjentów w starszym wieku wzrasta do ok. 20% przypadków.

ZAGROŻENIE DLA PALACZY

Nowe, oficjalne wytyczne ACIP uwzględniały dorosłe osoby palące tytoń wśród grup ryzyka, którym zalecane jest szczepienie przeciw pneumokokom. Badania kliniczne dowodzą, że palenie tytoniu znajduje się w czołówce czynników zwiększających ryzyko zachorowania na inwazyjną chorobę pneumokokową (IChP). Wśród palaczy w wieku 18-64 lat ryzyko to jest wyższe nawet w porównaniu do osób chorych przewlekle, które do tej pory obok seniorów były uważane za najpoważniejszą grupę ryzyka w populacji dorosłych. Osoby palące stanowią ponad połowę wszystkich chorych na inwazyjną chorobę pneumokokową.

Palenie papierosów negatywnie wpływa na szereg mechanii-

zmów obronnych organizmu. W szczególności zwiększa ryzyko infekcji dróg oddechowych, przez które pneumokoki wnikają do organizmu. Przede wszystkim powoduje zmniejszenie poziomu przeciwciał o ok. 10-20%, co osłabia odpowiedź organizmu w razie pojawiennia się infekcji. Palenie wpływa również negatywnie na liczebność i funkcjonowanie komórek układu odpornościowego, w tym makrofagów, leukocytów i limfocytów.

Ponadto palenie utrudnia mechaniczne oczyszczanie dróg oddechowych – powoduje zwiększenie produkcji śluzu przy jednoczesnym ograniczeniu możliwości jego odkrztuszania.

Zagrożenie ze strony pneumokoków jest tym większe, im więcej papierosów dziennie dana osoba pali, a także im więcej lat trwa w nałogu. Najwyższe prawdopodobieństwo zachorowania charakteryzuje osoby, które palą dziennie 25 i więcej papierosów. W ich przypadku ryzyko zachorowania na IChP jest ponad siedmiokrotnie wyższe w porównaniu do osoby niepalącej.

Na negatywne skutki palenia narażeni są również byli i bierni palacze. Bierni palacze są średnio 2,5 raza bardziej narażeni na ryzyko wystąpienia inwazyjnej choroby pneumokokowej niż osoby, które nie mają kontaktu z dymem papierosowym. Dla porównania: w przypadku osób aktualnie palących prawdopodobieństwo zachorowania jest ponad 4-krotnie wyższe niż u niepalących. W przypadku byłych palaczy podwyższone ryzyko zachorowania zależy od upływu czasu od rzucenia pale-

nia, a negatywny wpływ nałogu utrzymuje się do 10-13 lat po zerwaniu z nim.

Osoby szczególnie narażone na zachorowanie mogą znacznie obniżyć ryzyko wystąpienia inwazyjnej choroby pneumokokowej dzięki szczepieniom profilaktycznym. W 2010 r. Amerykański Komitet Doradczy ds. Szczepień Ochronnych (*Advisory Committee on Immunization Practices – ACIP*) uwzględnił osoby palące tytoń w swoich oficjalnych rekomendacjach. Palaczom w wieku 19-64 lat zalecane jest szczepienie z użyciem 23-walentnej, polisacharydowej szczepionki przeciw pneumokokom, a także udzielenie im porad, jak rzucić palenie. Zostało bowiem udowodnione, że zaprzestanie palenia pozwala z powrotem zmniejszyć ryzyko wystąpienia inwazyjnej choroby pneumokokowej, a każdy kolejny rok niepalenia oznacza jego spadek o ok. 14%.

JAK OBNIŻYĆ RYZYKO ZACHOROWANIA?

Za najlepszą metodę leczenia zakażeń pneumokokowych uważa się antybiotyki. Jednak powszechnie stosowanie tej metody leczenia powoduje narażającą w ostatnich dekadach oporność pneumokoków na większość stosowanych antybiotyków. Rosnąca oporność bakterii na ten typ leczenia przesunęła ciężar zainteresowania w kierunku profilaktyki. Obecnie za najlepszą metodę zapobiegania infekcjom pneumokokowym uważa się szczepienia profilaktyczne.

Wiedza o dostępności tej formy profilaktyki jest raczej

► powszechna (ok. 85% badanych), ale zaledwie 30,5% osób zdaje sobie sprawę, że szczepić mogą się nie tylko dzieci, ale i dorosli (być może to między innymi z tak niskiej świadomości wynika fakt, że wśród badanych, a więc osób powyżej 15 r.z.), zaledwie 3,3% poddało się w swoim życiu szczepieniu przeciwko pneumokokom; wśród palaczy i seniorów odsetek ten był jeszcze niższy – odpowiednio 2,5% i 2,9%).

Zarówno u osób w wieku powyżej 65 lat, jak i z chorobami przewlekłymi (powyżej 2. roku życia) stosuje się 23-walentną szczepionkę polisacharydową. Szczepionka ta chroni przed infekcjami wywołanymi przez 23 serotypy pneumokoka, odpowiadające za blisko 90% zakażeń u dorosłych.

Wykazano, że szczepionka polisacharydowa przeciwko pneumokokom jest skuteczna w zapobieganiu IChP, zarówno u osób starszych jak i u osób z chorobami przewlekłymi. W przypadku pacjentów powyżej 65. roku życia skuteczność ta wynosi 50-80%, natomiast w przypadku osób z chorobami przewlekłymi waha się w przedziale 65-84%, w zależności od rodzaju schorzenia.

Aby zwiększyć ochronę osób dorosłych z grup ryzyka przed inwazyjnymi chorobami pneumokowymi, organizatorzy kampanii „Pneumokoki u dorosłych – zaszczep zdrowe nawyki” w dniach 14 lutego – 14 marca 2011 r. zrealizują ogólnopolską akcję szczepień przeciw pneumokokom. Akcja pod patronatem Polskiego Towarzy-

stwa Oświaty Zdrowotnej (PTOZ) zostanie przeprowadzona w ponad 150 placówkach opieki medycznej w całym kraju. Dorosli z grup szczególnie narażonych na inwazyjną chorobę pneumokokową będą mogli się wtedy zaszczepić 23-walentną szczepionką polisacharydową w promocyjnej cenie: ok. 40-45 zł (zazwyczaj koszt szczepienia to ok. 60-80 zł).

Adres do korespondencji:

Redakcja
„Czasopisma Aptekarskiego”
04-337 Warszawa
ul. Obarowska 23/2
tel. 22 879 98 69

EEG BIOFEEDBACK – NOWOCZESNA TERAPIA DLA DZIECI I DOROSŁYCH

Agata MAJDA

Pracownia Terapeutyczna „ALFA” w Olkuszu
e-mail: ag.ma@poczta.onet.pl

Co wspólnego może mieć zwykła szkoła z NASA? Okazuje się, że wiele. Jakiś czas temu Ministerstwo Edukacji Narodowej zakupiło dla wielu szkół i poradni psychologiczno-pedagogicznych sprzęt, który wykorzystywany jest do treningów terapeutyczno-relaksacyjnych

między innymi przez astronautów w NASA.

EEG Biofeedback, bo o tym rodzaju terapii będzie mowa, to wysoko wyspecjalizowany technicznie sprzęt komputerowy stosowany we wspomaganiu leczenia zarówno dzieci jak i dorosłych z różnego rodzaju

zaburzeniami. Stosowany jest również przez osoby zdrowe chcącą poprawić swoją pamięć, okiełznać stres czy wpłynąć na poprawę snu.

Stosują go sportowcy, którzy dzięki treningowi EEG Biofeedback mogą poprawić precyzję ruchów, koncentrację,

zredukować napięcie towarzyszące ciągłej rywalizacji.

Metoda doskonała jest również dla studentów i uczniów, gdyż treningi pomagają w skupieniu uwagi, poprawiają pamięć, co automatycznie przekłada się na lepsze wyniki w nauce.

Metoda Biofeedback działa na zasadzie sprzężenia zwrotnego. Za pomocą komputera monitoruje się czynności fizjologiczne organizmu. W przypadku EEG Biofeedback monitorujemy czynność bioelektryczną mózgu. Uzyskane informacje pozwalają na kontrolę i poprawę obserwowanych parametrów. Pacjent uczy się panować nad niekorzystnymi procesami, jakie zachodzą w jego organizmie, panowania nad swoimi reakcjami, odpowiedniej relaksacji, radzenia sobie w trudnych momentach. Mózg „uczy się” pracy na pożądanych częstotliwościach, które trenuje się z pomocą terapeuty, a nauka wpływa pozytywnie na funkcjonowanie i pomaga w leczeniu.

W 1972 roku profesor Stermann opublikował wyniki swoich nowatorskich badań na temat leczenia padaczki właśnie metodą EEG Biofeedback. Badania prowadził w ośrodku astronomicznym NASA i od tego momentu nastąpił burzliwy rozwój metody. Stwierdził, że dzięki treningowi podwyższa się znacznie próg drgawkowy, ale również zanika nadpobudliwość.

Zauważono także poprawę zdolności uczenia się. Dalsze badania zaś potwierdziły skuteczność terapii w innych problemach: zaburzeniach funkcji poznawczych, tikach, zmęczeniu, zmianach nastroju, lękach,

koszmarach sennych, depresji, uzależnieniach.

Obecnie trening EEG Biofeedback ma zastosowanie w: ADHD, zespołach Aspergera i innych odmianach autyzmu, zaburzeniach zachowania, zaburzeniach koncentracji, zaburzeniach mowy, dyslekci, problemach szkolnych, bólach głowy, po udarach czy urazach.

Przebieg samego treningu jest bardzo ciekawy, zwłaszcza dla dzieci, które wizytę w gabinecie terapeutycznym kojarzą z wizytą u lekarza. Tymczasem spotyka je miła odmiana, bo okazuje się, że terapia może być zabawą – mimo intensywnej pracy i sporego zaangażowania.

Do treningu wykorzystuje się komputer wyposażony w przystawkę do sprzężenia zwrotnego, który dokonuje ilościowych i jakościowych pomiarów zapisów fal mózgowych poszczególnych części mózgu. W wybranych punktach na głowie pacjenta umieszcza się elektrody rejestrujące czynność bioelektryczną mózgu. Czynność ta jest widoczna na ekranie komputera terapeuty w postaci wykresów, zaś na ekranie pacjenta w postaci gry komputerowej.

Trenująca osoba widzi np. okno i musi dostosować wytwarzaną przez mózg czynność do stawianych mu wymagań. W tym przypadku wymaganiami będzie, by okno otwierało się szeroko, szeroko rozsuwały się zasłony, a za oknem widać było piękny widok bez mgły.

Jeżeli aktywują się pożądane fale i obniżają niepożądane, to tak się stanie, za co pacjent otrzyma nagrodę w postaci punktu.

Jeżeli treningi będą systematyczne, pacjent nauczy się zmie-

niać wzorzec wytwarzanych fal mózgowych. Terapeutu doprowadzi do tego za pomocą dostosowania odpowiednich protokołów, wzmocnień pozytywnych i wyhamowywania niepożądanych częstotliwości.

Aby jednak doszło do poprawy, potrzebna jest cierpliwość i motywacja. Terapia jest długotrwała, ale przynosząca efekty, które można zaobserwować po dwudziestu treningach. Wszystko uzależnione jest oczywiście od pacjenta, do każdego należy podejść indywidualnie. U jednych osób poprawa widoczna jest wcześniej, u innych później.

Efekty terapii uzależnione są również od rodzaju zaburzenia, nad którym się pracuje. W poważnych przypadkach, takich jak na przykład ADHD, czy w zaburzeniach koncentracji potrzeba od czterdziestu do sześcidziestu sesji, a czasem więcej. Przy autyzmie nawet do stu seansów. Zawsze ważna jest systematiczność. Trening musi odbyć się minimum raz w tygodniu, lecz najlepsze efekty osiąga się przy spotkaniach dwa razy w tygodniu i zachowaniu stałej pory.

Osoby, które korzystają z terapii EEG Biofeedback, widzą zdecydowaną poprawę funkcjonowania i zmniejszenie deficytów. Po pewnym czasie przerwy wracają do gabinetów na treningi „przypominające”, zwłaszcza że pomagają one w nauce, dzieci osiągają lepsze oceny i rodzice zadowoleni są z efektywności terapii.

Adres do korespondencji:

Agata Majda
Pracownia Terapeutyczna „ALFA”
32-300 Olkusz, ul. Floriańska 2/24
tel. 512 331 430

SPOTKANIA Z ANGIELSKIM cz. X

mgr farm. Jolanta SUCHOCKA-STRYSKO, Christopher STRYSKO

Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” w Warszawie
e-mail: cza@cza.pl

I. Match the words given below with their correct definitions:

1. mortar 2. pestle 3. (measuring) beaker
4. flask 5. weight 6. scale

A. a heavy bat* – shaped object, the end of which is used for crushing, grinding, or mixing substances, or for stirring them with the basis

* bat – pl. kij, pałka

B. a glass vessel, used for holding fluids

C. a bowl, usually made of hard material, such as china, clay or marble. The substance(s) placed in it is (are) ground* or crushed and/or mixed with the pestle.

* ground – grind, ground, ground, pl. zmielony

D. usually glass vessel whose shape and a size can vary, but its common and a distinguishing feature is a wider body and a narrower tubular section at the top, with an opening

E. an object with an exactly determined mass, being an example and the referring point while weighing the other object whose mass is unknown; it is usually made of metal

F. a beam* placed in the center, equipped with two pans of equal weight, suspended from its ends; or, a digital device to determine or/and check the mass of objects

* beam – pl. belka

II. English understanding

Needles and Thorns

A practice running parallel to established medicine in the West, traditional Chinese medicine – often abbreviated as “TCM” – traces its origins back roughly twenty centuries.

It is widely believed that the earliest known reference of a system associated with TCM is a work commonly called “Neijing: Suwen,” or, “Inner Canon: Basic Questions.” Being that legend originally ascribed* this composition to the “Yellow Emperor” (a claim often refuted** by scholars), the title is known as “Huangdi Neijing”, or “Yellow Emperor’s Inner Canon.” Subsequent*** works also considered milestones in the history of TCM include numerous manuals related to acupuncture and moxibustion****; there are also several related to the use of herbs and macerations.

Besides acupuncture and herbal medicine, another staple of TCM is an exercise form known as “qigong.” The name derives from “Qi,” which is considered a vital energy and the main substance of the human body; practitioners maintain that “qigong” balances the flow of “Qi” and helps to preserve health, and/or to treat illnesses.

Dried fruits and animal parts play a key role in TCM. A mushroom known as Lingzhi ranks among the most important of these. Many other items are viewed as beneficial in the employment of TCM; certain types of snakes, and parts taken from turtles, may even be used in some way or another, at times.

In the West, though a few of the system’s practices have gained a gradual acceptance,

several components of TCM are generally viewed as controversial. Allergic reactions to some Chinese herbal medicines have been known to at times result in poisoning, or even death. Another factor which tends to be a thorn in the West's side, is the source of certain ingredients used in TCM. These come not only from herbs or fungi, but also from animals which are considered endangered (or potentially-endangered) species. The seahorse, Sumatran Tigers, sharks, and (as mentioned earlier) turtles are a few notable examples.

In China itself, TCM continues to prove a divisive***** issue. A number of Chinese scholars who received their medical education in the West have launched efforts to have the use of TCM either curtailed***** or banned completely; thus far, however, they have met with little success, and the practice of TCM still flourishes*****. On the other hand, the 21st century has seen a rise – albeit, a slow one – in the number of patients who are willing to use both TCM and Western medicine interchangeably.

Neither of the parallel lines looks to break any time soon – yet they may, finally, be about to reach a crossroads*****.

* ascribe – pl. przypisywać, ** refute – disprove, *** subsequent – following one another, **** moxibustion – cauterisation (pl. przyżeganie) with Artemisia moxa plant (pl. chiński piołun), ***** divisive – separating, ***** curtail – (to) limit, suppress, ***** a crossroads – despite “-s” at the end it’s singular!

1. Approximately, how far back have the origins of TCM been traced?
 - a. one-thousand years
 - b. twelve-hundred years
 - c. two-thousand years
 - d. six-hundred and twenty years

2. Which of the following is NOT mentioned in association with TCM?
 - a. acupuncture
 - b. balancing of energy
 - c. herbalism
 - d. aromatherapy

3. Have any aspects of TCM gained recognition in the West?
 - a. no, they are all criticised as being reckless*
 - b. all aspects have met with mainstream approval
 - c. TCM is completely ignored in the West, so it is irrelevant
 - d. a few of them have, but a number of them have not

* reckless – unsafe

4. What is meant by “a thorn in the West’s side”?
 - a. a major cause of irritation, pain, problems, etc., to the West
 - b. something which pleases or appeases the West very much
 - c. an attempt to copy the West
 - d. a stain on the West’s image or reputation

5. In modern-day China, TCM...
 - a. is unequivocally* accepted
 - b. is the subject of many jokes
 - c. is condemned by some, but still widely practiced
 - d. is the only legal form of treatment

* unequivocally – clearly, unquestionably

6. In the 21st century...
 - a. TCM has become almost completely abandoned, used only by some elderly
 - b. more people than before are combining TCM with Western medicine
 - c. TCM no longer uses any animal-derived ingredients
 - d. TCM and Western medicine are more tolerant of each other, than in the past
 - e. answers a and c are correct
 - f. answers b and d are correct

7. Which phrase could replace “looks to break” best?
 - a. is going to break
 - b. has to break

- c. is likely to break
 - d. is looking forward to break
 - e. none of the above are correct
8. If something flourishes it means that:
- it's about to fade
 - it's at its worst
 - it's very popular
 - it's in bloom
 - correct answers are a and b
 - correct answers are c and d
9. If something is e.g. used interchangeably it means that:
- it's used parallelly with the other thing, object etc.
 - it's used instead of something else
 - it's used alternatively to something else
 - it's used in cycle either following or preceding the other thing, object etc.
10. "To launch" sth means:
- to start with sth
 - to initialise sth
 - to get sth off the ground
 - to set sth into motion
 - all above are correct

III. Grammar

Some of the sentences need a proper article (a, an, the) while others don't. Fill in the gaps with articles in the 1st case and put “–” in the other.

- My headaches seem to be stronger than aspirin. I need something more powerful.
- Would you give me hand with aspirin? I'm out of any painkillers.
- Please, stop nagging! It's only trivial toothache, not black plague.
- I accomplished my pharmaceutical studies at University of Prague.
- See, how empty is now hour before there was such crowd in the drugstore.

- Since ancient times Rose Blossom has been widely used in cosmetology.
- When I was 7 I visited pharmacy when my mom worked. That day I made decision one day I'd become pharmacist. It was just love at first sight.
- highest summit of Tatra mountains is called Gerlach, longest river in world is Nile, and most unappreciated medical profession is pharmacist.
- Look, they must've made mistake in that leaflet, putting gout in one row with childhood diseases such as mumps*, German measles** and measles.***
- more you work more skeptical you get about theory in practice.
- This is often sold in form of sirup.
- To manage to satisfy all visiting patients you'd have to reach speed of light. By way, would you give me light? I know, smoking is bad habit.
- When I get home tonight I need to do cleaning Cleaning is what I really “love”.
- In medieval times they used to sell coffee in pharmacies, as drug.
- Let's order some cake and coffee cup of coffee is something that will do good for both of us.

* mumps – pl. świnia (med.), ** German measles – pl. różyczka (med.), *** measles, rubella – pl. odra (med.)

IV. Phrasal verbs

Replace the verbs or phrases *in italics* with their phrasal equivalents. Next to each sentence, in the brackets, you have phrasal verbs to use; however, in the wrong order.

1. That writer's storylines tend to *keep playing out* for much too long. (iron out)
 2. I know that I can always *trust in* the advice you give me at your drugstore. (fall through)
 3. Do you think that they'll ever *resolve* their differences? (drag on)
 4. I would be neither willing nor able to *follow* such rules. (join in)
 5. Though at first reluctant, she later decided to *enter* the game. (count on)
 6. It was a brilliant plan, but it quickly *failed*. (abide by)
 8. I'd have to read that again, more carefully. I only *glared* before.
 9. Who's the man *winking* at you right now? I don't know, but he's wrong, I'm not easy to pick up.
 10. Could you take a look at this, please? I'm too busy, I was only able to *glimpse* shortly.
 11. I can see them now walking toward.

V. The words *in italics*, used in the sentences below have something in common, they all refer to the way we perceive by sight. The problem is, some of them are used in a wrong context, some correctly. Your task is to replace with the right word in the 1st case and tick next to the sentence in case of the other.

1. That woman that just left our store must be somewhat disordered. Did you notice how she was *gazing into* me angrily?
 2. Little brat of you and a master of liars! I could *gaze into* your blue innocent eyes for hours and couldn't read anything you don't want me to know.
 3. Don't you think that *glaring at* someone you completely don't know is a bit impertinent? I swear, I'm only *blinking*, it's not intentional, my eyes got irritated.
 4. Look, that guy's been *staring at* our window for an hour or so. Do you think we should call the police?
 5. I don't feel like *watching* this again. I've *watched* those pics many times before.
 6. I don't feel like *watching* this again. I've *watched* that film before.
 7. Did you *look at* this carefully? Don't think so, just *gazed into*.

gaze into – pl. „wpatrywać się”, glare at – pl. „patrzeć gniewnie”, wink – pl. „puszczać oczko”, blink – pl. „mrugać” (unintentionally), stare – pl. „gapić się”, glimpse – pl. „zerknąć”, “watch” (pl. „oglądać”) for objects that move, “see” (pl. „widzieć”) for objects that are static – e.g. **film** vs **picture**

V. 1. glaring at me, however "gazing into someone angrily" is also acceptable in this case, 2. correct, 3. winking at, correct, 4. correct, 5. looking at, have seen, 6. correct, correct, 7. correct, glimpsed, 8. glimpsed, "look at" could also be acceptable, 9. correct, 10. correct, 11. correct

V. 1. glaring at me, however "gazing into someone angrily" is also acceptable in this case, 2. correct, 3. winking at, correct, 4. correct, 5. looking at, have seen, 6. correct, correct, 7. correct, glimpsed, 8. glimpsed, "look at" could also be acceptable, 9. correct, 10. correct, 11. correct

V. 1. glaring at me, however "gazing into someone angrily" is also acceptable in this case, 2. correct, 3. winking at, correct, 4. correct, 5. looking at, have seen, 6. correct, correct, 7. correct, glimpsed, 8. glimpsed, "look at" could also be acceptable, 9. correct, 10. correct, 11. correct

V. 1. glaring at me, however "gazing into someone angrily" is also acceptable in this case, 2. correct, 3. winking at, correct, 4. correct, 5. looking at, have seen, 6. correct, correct, 7. correct, glimpsed, 8. glimpsed, "look at" could also be acceptable, 9. correct, 10. correct, 11. correct

APTEKA JAKO OŚRODEK ŚWIADCZĄCY OPIEKĘ FARMACEUTYCZNĄ (zagadnienia prawne)



prof. zw. dr hab. n. farm. Kazimierz GŁOWNIAK

Rada Naukowa „Czasopisma Aptekarskiego”

e-mail: cza@cza.pl

J uż sam tytuł nowej pozycji, jaką przygotowaliśmy w serii Biblioteki Naukowej „Czasopisma Aptekarskiego”, wyjaśnia, że jest ona poświęcona przede wszystkim zagadnieniom prawnym związanym ze świadczeniem w aptece opieki farmaceutycznej jako jednej z usług farmaceutycznych, które należą do podstawowych powinności zawodu farmaceuty. Sprawowanie opieki farmaceutycznej wymaga od aptekarzy podejmujących się tego zadania właściwego przygotowania merytorycznego pracowników apteki, jak i organizacyjnego samych aptek. Ma im w tym pomóc niniejsze opracowanie Agnieszki Zimmermann – magistra prawa i doktora nauk farmaceutycznych, a zarazem aptekarza praktyka. Znajdą w niej bowiem analizę różnych aspektów prawnych prowadzenia tej usługi oraz statusu współczesnej apteki przez pryzmat jej zadań w ochronie zdrowia publicznego.

W publikacji zawarto także próbę kompleksowego opisu i charakterystykę problemów prawnych związanych z opieką farmaceutyczną. Autorka wiele uwagi poświęca roli współczesnego farmaceuty oraz wpływowi sprawowanej przez niego opieki farmaceutycznej nad pacjentami na podkreślenie jego pozycji w służbie zdrowia, której ten zawód, zgodnie z obowiązującym prawem, jest przedstawicielem. Akcentując społeczny charakter działalności apteki, wyróżnia na tle innych form jej działalności opiekę farmaceutyczną jako tę, której oczekuje od farmaceuty współczesny pacjent. Odwołując się do nałożonych przez ustawodawcę zadań na aptekę uzna-

je, iż uzasadnione jest dla niej miano „ośrodka świadczenia opieki farmaceutycznej”. Wskazuje na różne aspekty praktyki aptecznej, które mając wpływ na zasady funkcjonowania apteki, dają gwarancję spełnienia wymogów niezbędnych do właściwego świadczenia opieki farmaceutycznej.

Współpracująca z „Czasopismem Aptekarskim” A. Zimmermann w swoich artykułach zamieszczanych na jego łamach podejmuje zawsze aktualne zagadnienia z dziedziny prawa farmaceutycznego, które są szczególnie ważne w pracy farmaceuty i funkcjonowaniu dzisiejszej apteki. Taka aktualność tematyki jest także ważnym walorem treści prezentowanej tu jej książce o prawnych aspektach opieki farmaceutycznej. Autorkę do jej napisania, a wydawcę do wydania, zainspirowała świadomość braku monograficznego opracowania tematu funkcji apteki i roli farmaceuty w ochronie zdrowia publicznego.

Ustawodawca formułując definicję apteki i zakres przedmiotowy wykonywania zawodu farmaceuty, wyznaczył za jego cel właśnie ochronę zdrowia społeczeństwa. W opiece farmaceutycznej głównym beneficjentem podejmowanych przez farmaceutę działań jest pacjent, a dobrem nadzewnętrznym – jego dobro. Na świadczeniu opieki farmaceutycznej jednak może korzystać całe społeczeństwo, gdyż ogranicza ona występowanie chorób jatrogennych i działań niepożądanego, zwiększa świadomość następstw niewłaściwego stosowania leków, a co za tym idzie – zmniejsza wydatki publiczne na redukowanie

następstw nieracjonalnej farmakoterapii.

Mam przekonanie, że oma-wiana książka, mająca walory praktycznej przydatności, bę-dzie cenną pomocą we wdrażaniu do praktyki aptecznej opieki farmaceutycznej. Te jej treści, które odnoszą się do uwa-runkowań prawnych działalności apteki i pracy farmaceutów, powinny zaciekawić także stu-dentów farmacji oraz wszys-tkich, którym bliska jest idea opieki farmaceutycznej. Cenne z punktu widzenia praktycznego wykorzystania publikacji jest wskazanie przez jej autorkę w podsumowaniu na końcu każdego rozdziału aktualnych aktów prawnych odnoszących się do analizowanych spraw.

Polecam tę pozycję wydawniczą tym, którzy nie mają wąt-pliwości, że opieka farmaceutyczna jako ważny element wy-różniający aptekę wśród in-nych miejsc, w których można dzisiaj nabyć produkty leczni-cze, zawsze powinna być koja-rzona z praktyką apteczną i że jest ona wyzwaniem dla sko-mercializowanego wizerunku apteki jako miejsca sprzedawy i promocji leków.

Opisując działalność apteki przez pryzmat zagadnień praw-nych, autorka uzasadnia jej go-towość do prowadzenia opieki farmaceutycznej dla dobra po-jedynczego pacjenta, jak i zdro-wia publicznego.

Opracowanie to, analizując kwalifikacje i uprawnienia farmaceutów, wskazuje jednoco-snie na ich przygotowanie do udzielania tej nowej usługi far-maceutycznej i odgrywanie zna-czącej roli w zakresie ochrony zdrowia społeczeństwa.

AGNIESZKA ZIMMERMANN

APTEKA JAKO OŚRODEK ŚWIADCZĄCY OPIEKĘ FARMACEUTYCZNĄ



BIBLIOTEKA NAUKOWA
CZASOPISMA APTEKARSKIEGO

W publikacji zwrócono uwagę na ochronę zdrowia – podstawowy cel, jaki wyznaczył aptece i funkcjonowaniu zawodu farmaceuty legislator. Wykazano jednakże, że w działalności zarówno apteki jak i samych aptekarzy dobro każdego pacjenta jest wartością nadrzedną, która ujawnia się zwłaszcza w procesie sprawowania opieki farmaceutycznej.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. n. farm. Kazimierz Górnianiak
Przewodniczący Rady Naukowej „Czasopisma Aptekarskiego”
ul. Obarowska 23/2
04-337 Warszawa
tel. 22 879 98 69

OCENA DOSTĘPU POLSKICH PACJENTÓW DO INNOWACJI W OCHRONIE ZDROWIA

Bogdan OSTROWSKI

Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” w Warszawie
e-mail: cza@cza.pl

Pod koniec roku 2010 (pisaliśmy o tym w lutym wydaniu „CzA”) Grupa Robocza na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej po raz kolejny przedstawiła analizę systemu ochrony zdrowia w Polsce pod kątem dostępności nowoczesnych technologii medycznych, sprzętu oraz leków, oceniając przede wszystkim stopień wdrożenia w minionych dwóch latach rekomendacji zawartych w jej pierwszym takim raporcie oraz propozując niezbędne kierunki zmian w tym zakresie na drugie dziesięciolecie XXI wieku.

Diagnoza z roku 2010 ma tym większe znaczenie, jako że została sporządzona tuż przed przejęciem przez Polskę (od 1 lipca br.) przewodnictwa w Radzie Unii Europejskiej. „W okresie tym – podkreślają na wstępie autorzy raportu – nasz system zdrowotny w sposób szczególny zostanie poddany międzynarodowej ocenie nie tylko w względzie na dostępność powszechnie stosowanych metod diagnostyki i leczenia, ale przede wszystkim jeśli chodzi o dostęp jego użytkowników do nowych i ulepszonych technologii medycznych służących zwiększeniu skutecznego leczenia, bezpieczeństwa zdrowotnego oraz poprawy jakości życia. Wdrażanie do powszechnie dostępnej praktyki innowacyjnych technologii jest przecież jednym z priorytetów Strategii Lizońskiej i innych kluczowych aktów kształtujących rozwój Unii Europejskiej. Prezydencja Polski w Radzie Unii Europejskiej to także okazja do przedstawienia na forum Unii Europejskiej priorytetów polskiej polityki zdrowotnej, zaakcentowania najistotniejszych problemów ochrony zdrowia oraz przedłożenia własnych pomysłów i inicjatyw dotyczących wzrostu dostępności do nowoczesnych technologii medycznych”.

Warto zauważyć, że drugi raport na temat dostępności do innowacji w polskiej ochronie

zdrowia powstał w okresie, gdy dobiegają końca prace nad dyrektywą o transgranicznej opiece medycznej, która w nieodległej perspektywie pozwoli na bezpośrednią ocenę przez pacjentów tego, co w porównaniu z rodziną ochroną zdrowia mają do zaoferowania systemy zdrowotne w innych krajach. Wprowadzenie w życie postanowień dyrektywy zwiększy także zainteresowanie pacjentów z innych państw Unii Europejskiej ofertą polskiego systemu ochrony zdrowia. Według danych Izby Gospodarczej Turystyki Medycznej już obecnie co roku z planowych świadczeń zdrowotnych w Polsce korzysta około 300 tysięcy pacjentów z innych państw.

TRZY WYZWANIA WSPÓŁCZESNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ

Cel rapportu to nakreślenie diagnozy dotyczącej poziomu udostępnienia polskim pacjentom nowej lub też ulepszonej wiedzy medycznej służącej podniesieniu skuteczności i bezpieczeństwa terapii oraz poprawie jakości życia chorych w Polsce na tle innych krajów Unii Europejskiej. Przygotowano ją na przykładzie trzech wybranych problemów zdrowotnych: chorób nowotworowych, cukrzycy oraz osteoporozy, które w perspektywie starzenia się populacji w Europie stanowią coraz większe wyzwanie dla systemów opieki zdrowotnej, a także generują wysokie koszty ekonomiczne i społeczne.

Choroby nowotworowe, od lat jedna z trzech głównych przyczyn zgonów, wciąż wykazują rosnącą dynamikę zachorowań i to one nadal stanowią najpoważniejsze zagrożenie dla zdrowia społeczeństwa. Nic zatem dziwnego, że są szczególnym przedmiotem uwagi autorów

raportu Grupy Roboczej na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej.

Podobnie ciągłe rosnące tendencje epidemiologiczne dotyczą cukrzycy, ale problemy związane z tą chorobą nie są tak mocno obecne w świadomości społecznej Polaków jak zagadnienia związane z chorobami nowotworowymi, nie mają więc oni wystarczającej wiedzy o cukrzycy. Dotyczy to w szczególności osób z grup ryzyka, które nie orientują się w zagrożeniach zdrowotnych, w tym w możliwych powikłaniach cukrzycy. Ze względu na niekorzystne prognozy występowania cukrzycy w Polsce, a także zagrażającą nam epidemię otyłości, która stanowi poważny czynnik ryzyka rozwoju cukrzycy, w omawianym raporcie poddane zostały szczegółowej analizie istotne przesłanki intensyfikacji działań na rzecz doskonalenia metod profilaktyki, diagnostyki i leczenia.

Istotne wyzwanie dla polityki zdrowotnej wszystkich starzejących się społeczeństw stanowi zapobieganie i leczenie chorób kostno-szkieletoowych, a w tym osteoporozy. Są one istotną przyczyną pogłębiającej się niepełnosprawności ludzi starszych (przede wszystkim kobiet), obniżającej się jakości ich życia, a powikłania choroby prowadzą do wzrostu śmiertelności. Szacuje się, że problem ten dotyczy ok. 200 milionów kobiet na świecie. Skala problemu w Polsce nie jest dokładnie znana, jest to jednak niewątpliwie zjawisko istotne stanowiące znaczne obciążenie finansowe dla systemu opieki zdrowotnej, związane z hospitalizacją, rehabilitacją i długoterminową opieką pielęgniarską.

OCENA STOPNIA WDROŻENIA REKOMENDACJI Z 2008 r.

W pierwszym raporcie Grupy Roboczej na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej z 2008 roku sformułowano rekomendacje działań pilnych i długookresowych skierowanych do wielu podmiotów mających wpływ na kształt polskiej polityki zdrowotnej, których celem było zwiększenie dostępności innowacji w ochronie zdrowia dla polskich pacjentów, m.in.: uwzględnienie w nowych regulacjach prawnych rozwiązań sprzyjających wzrostowi dostępu do innowacji, przyspieszenie dostępu do technologii, diagnostyki medycznej, leków oraz terapii zatwierdzono-

nich do stosowania na terenie Unii Europejskiej, tworzenie systemów motywacji dla przedsiębiorstw uczestniczących w procesie wytwarzania nowych technologii w ramach systemu podatkowego lub w systemie pomocy publicznej, nagradzanie innowacji wnoszących wartość dodaną i efektywnych kosztowo, likwidację barier prawnych i administracyjnych hamujących prowadzenie prac badawczo-rozwojowych, dalsze wzmacnianie instytucji eksperckich zajmujących się analizą nowych technologii i wiedzą o procesach zachodzących w systemie ochrony zdrowia, prowadzenie kampanii wyjaśniających znaczenie i rezultaty wprowadzania nowych technologii medycznych przez media, określenie miejsca i roli Agencji Oceny Technologii Medycznych w systemie ochrony zdrowia oraz zwiększenie zakresu i przejrzystości jej działania przez Ministerstwo Zdrowia, uporządkowanie kompetencji i efektywnej koordynacji zadań pomiędzy instytucjami wpływającymi na funkcjonowanie ochrony zdrowia oraz wytwarzanie i wdrażanie innowacji, uporządkowanie i zwiększenie przejrzystości systemu refundacji oraz urzędowego ustalania cen leków, inwentaryzację infrastruktury technicznej opieki zdrowotnej, stworzenie przez samorządy terytorialne instrumentów umożliwiających ocenę decyzji szpitali podejmowanych w zakresie innowacji i inwestycji.

Pierwszą część raportu eksperci z grupy Roboczej poświęcili ocenie, w jakim stopniu powyższe rekomendacje zostały realizowane i na ile zwiększyły dostęp do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce w latach 2008-2010, poprzedzając ją ogólnym, niestety niezbyt optymistycznym stwierdzeniem, iż: „przedstawione w poprzednim raporcie problemy ochrony zdrowia w Polsce w zakresie ograniczonej dostępności pacjentów do nowoczesnych terapii medycznych, pomimo pewnych pozytywnych zmian, w większości pozostają nadal aktualnym wyzwaniem dla systemu zdrowotnego”. Aczkolwiek – jak dodają autorzy raportu – „w strategicznych dokumentach na temat polityki zdrowotnej państwa (Narodowy Program Zdrowia na lata 2007-2015 oraz Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013) istnieją kierunkowe wskazania do wprowadzania zmian w procesie pożądanej ze względów epidemiologicznych i społecznych alokacji środków na ochronę

► zdrowia, ale brak jest systemu monitorowania i analizy ich realizacji. Inny akt, powstały w Ministerstwie Zdrowia w 2009 r. rozporządzenie z dnia 21 sierpnia 2009 roku w sprawie priorytetów zdrowotnych, określające bieżące priorytety zdrowotne w Polsce, stanowi raczej ramy dla tzw. ustawy koszykowej (ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych). Wymienione w rozporządzeniu priorytety (w sumie 11 – przyp. red.) oznaczać powinny najwyższą dostępność do świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych".

Praktyka oddziaływania tego rozporządzenia – brzmi opinia ekspertów – nie wykazała ograniczeń w formalnym dostępie do usług zdrowotnych. W realnym dostępie natomiast decydujące znaczenie mają nadal niedostateczne zasoby (kadrowe, finansowe i organizacyjne), jakimi dysponują placówki zdrowotne.

Zdaniem autorów diagnozy 2010 ciągle niewystarczający jest stopień wdrożenia stabilnych rozwiązań, które w istotny sposób poprawiąją dostępność polskich pacjentów do nowoczesnej ochrony zdrowia, także w innych obszarach polityki zdrowotnej, jak np. dotyczących funkcjonowania Agencji Oceny Technologii Medycznych, czy też propozycji konstruktywnych rozwiązań w postaci projektów aktów prawnych, np. w sferze informacji o zdrowiu, badań czy refundacji leków.

Za niesatyfakcyjujące Grupa Robocza na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej uznała także efekty takich rekomendowanych przez nią działań długookresowych jak prowadzenie systematicznych ocen skutków regulacji proinwestycyjnych, opracowanie i realizacja strategii informacyjnej w dziedzinie promowania innowacji i racjonalnego korzystania z nowych technologii, strategia dostępu do systemu edukacji i szkoleń personelu medycznego.

„W polskim systemie ochrony zdrowia – stwierdza raport z 2010 r. – nadal brak jest instytucji w pełni odpowiedzialnej za długookresową strategię planowania infrastruktury technicznej. Politycy zajmujący się ochroną zdrowia nie scharakteryzowali dotychczas mierzalnych wskaźników innowacyjności polskiej ochrony zdrowia, jak również koncepcji monitorowania dokonującego się w niej postępu.”

Jako pozytywny przykład działań długookresowych służących rozwojowi innowacyjności raport wskazuje natomiast opracowanie planu informatyzacji „E-Zdrowie Polska na lata 2009-2015” przez Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia oraz sporządzenie przez Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego Krajowego Programu Badań Naukowych i Prac Rozwojowych, uwzględniającego wśród priorytetów zwiększenie innowacyjności w dziedzinie nauk medycznych w Polsce. Pozytywnie oceniono także reformę nauki w Polsce rozpoczętą w 2010 roku, której celem jest „uniezależnienie nauki od polityki poprzez utworzenie Narodowego Centrum Nauki, którego podstawowym zadaniem jest udzielanie na przejrzystych zasadach środków finansowych na prowadzenie badań podstawowych przez polskich naukowców oraz utworzenie Narodowego Centrum Badań i Rozwoju odpowiedzialnego za zarządzanie strategicznymi programami badań naukowych i prac rozwojowych, wraz z ich finansowaniem”.

Eksperci postulują wzmacnianie działalności Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego – „najstarszej instytucji zdrowia publicznego w kraju, którego autorytet i potencjał w dziedzinie formułowania nowoczesnych strategii, badań, technologii i procedur medycznych w Polsce nie jest dostatecznie wykorzystany”.

Odnosząc dalszą, chociaż niedostateczną poprawę w zakresie finansowania ochrony zdrowia w Polsce, raport stwierdza, że „nadál wydaje się u nas istotnie mniej w porównaniu do przeciętnej krajów Organizacji Współpracy Gospodarczej i Rozwoju (OECD) jak i krajów członkowskich Unii Europejskiej i to zarówno relatywnie (w relacji do PKB), jak i absolutnie (PPP per capita). Całkowite (publiczne i prywatne) wydatki na opiekę zdrowotną stanowią w Polsce zaledwie około 7% PKB, gdy wskaźnik przeciętny dla krajów zachodnich wynosi 9%. Wydatki publiczne w Polsce stanowią 4,7% PKB, a przeciętnie w krajach OECD są o 2 punkty procentowe wyższe. W wielkościach absolutnych wydatki na ochronę zdrowia w Polsce wynoszą 1200 USD wg PPP, co oznacza trzykrotnie mniej niż w krajach starej Unii Europejskiej, także mniej niż w Czechach – o 500 USD. W Europie najwięcej absolutnie i w relacji do PKB wydają takie kraje jak Francja – 11%, Bel-

gia, Austria, Niemcy i Szwajcaria – ponad 10%. Także nasi środkowo- i wschodnioeuropejscy sąsiedzi, czyli Czesi, Słowacy i Węgrzy, wydają więcej, szczególnie w części publicznej. To sytuuje Polskę nadal na jednej z najniższych lokat spośród krajów OECD”.

AKTUALNY STAN INNOWACJI MEDYCZNYCH W POLSCE

Zgodnie z najnowszą strategią Komisji Europejskiej na rzecz inteligentnego i zrównoważonego rozwoju – „Europa 2020” po przejściu kryzysu gospodarczego badania i innowacje, w tym także w ochronie zdrowia, są jednym z pięciu priorytetów rozwoju Wspólnoty Europejskiej w najbliższym dziesięcioleciu. Od państw członkowskich Komisja Europejska oczekuje m.in. reformy krajowych (i regionalnych) systemów prowadzenia działalności badawczo-rozwojowej i innowacyjnej sprzyjającej inteligentnej specjalizacji, promowania wydatków na wiedzę, między innymi przez stosowanie ulg podatkowych i innych instrumentów finansowych umożliwiających wzrost poziomu prywatnych inwestycji w badania i rozwój.

Budowa w Polsce gospodarki opartej na wiedzy, traktowanej jako najsielniejszy bodziec rozwoju społecznego i gospodarczego, jest priorytetem polityki naukowej państwa wyrażonej m.in. w Krajowym Programie Badań Naukowych i Prac Rozwojowych, Narodowym Planie Rozwoju oraz założeniach polityki naukowej i naukowo-technicznej oraz innowacyjnej państwa do roku 2020.

Jednym z pięciu priorytetów badawczych w Polsce jest obszar zdrowia, a w szczególności działania takie jak usprawnienie systemów zbierania i przetwarzania danych epidemiologicznych dotyczących chorób cywilizacyjnych, rozwój epidemiologii molekularnej, prowadzenie badań nad predyspozycjami dziedzicznymi warunkującymi zwiększone ryzyko zachorowań na choroby cywilizacyjne, poznawanie przyczyn i mechanizmów rozwoju chorób, poszukiwanie markerów użytecznych w diagnostyce oraz w tworzeniu nowych metod leczenia, badanie procesów zachodzących w układzie nerwowym, a także diagnostyka i leczenie chorób psychicznych, naczyniowych, neurodegeneracyjnych oraz uzależnień,

rozwój medycyny regeneracyjnej, w tym zastosowanie komórek macierzystych w odtwarzaniu tkanek i narządów, jak również rozwój nowych technologii dla potrzeb farmakoterapii.

Do konkretnych aktywności, których realizację zakłada Krajowy Program Badań Naukowych i Prac Rozwojowych, należą m.in. utworzenie sieci co najmniej 100 specjalistycznych gabinetów oceniających funkcję nabłonka naczyniowego u chorych oraz osób zdrowych z grup ryzyka, utworzenie komercyjnego Centrum Leków Innowacyjnych finansowanego ze środków pozabudżetowych, poprawa profilaktyki chorób w oparciu o system badań przesiewowych wykorzystujących zidentyfikowane markery molekularne, obniżenie toksyczności stosowanych do tej pory terapii lekowych w oparciu o ulepszoną klasyfikację molekularną chorób, opracowanie procedur indywidualnego doboru terapii dla pacjenta, opracowanie nowych metod leczenia opartych na klinicznym wykorzystaniu komórek macierzystych w kardiologii, neurologii, diabetologii, neonatologii i okulistycznej.

Zapewnienie dynamicznego rozwoju nowych technologii, testowanie i wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań do praktyki wymaga poparcia priorytetów państwa odpowiednim finansowaniem. W Polsce systematycznie rosną wydatki publiczne na funkcjonowanie sektora nauki. W 2009 roku na naukę wydatkowano 4,7 mld złotych, a w 2010 roku – 5,1 mld złotych.

„Pomimo rosnących nakładów na badania i rozwój stan innowacji w Polsce w porównaniu z innymi krajami oceniany jest krytycznie. Zapewnienie dynamicznego rozwoju nowych technologii, testowanie i wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań do praktyki wymaga poparcia priorytetów państwa odpowiednim finansowaniem. W Polsce systematycznie rosną wydatki publiczne na funkcjonowanie sektora nauki. W 2009 roku na naukę wydatkowano 4,7 mld złotych, a w 2010 roku – 5,1 mld złotych.

„Pomimo rosnących nakładów na badania i rozwój stan innowacji w Polsce w porównaniu z innymi krajami oceniany jest krytycznie. Zapewnienie dynamicznego rozwoju nowych technologii, testowanie i wprowadzanie innowacyjnych rozwiązań do praktyki wymaga poparcia priorytetów państwa odpowiednim finansowaniem. W Polsce systematycznie rosną wydatki publiczne na funkcjonowanie sektora nauki. W 2009 roku na naukę wydatkowano 4,7 mld złotych, a w 2010 roku – 5,1 mld złotych.

APTEKA 1

**JEDNA MARKA
WSPÓŁNA SIŁA**

DLA PACJENTA

- PAYBACK – Unikatowy Program Bonusowy dla Twoich Pacjentów dostępujący Tylko w APTEKA 1
- Mogliwość akumulacji punktów na stronie PAYBACK lub w sklepach APTEKA 1 różnych marek
- Punkty promocyjne PAYBACK istotnie promują korzystanie bezpłatnymi rozszerzonymi informacjami

DLA APTEKI

- Twoje Przecenione Klientów w Programie – im wyższy poziom firm więcej bonusów
- Przybędzie nowych klientów APTEKA 1 w Twoim sklepie
- Kupujesz całość sukcesu Twojego sklepu i Twoich klientów
- Specjalna Infolinia z żądaniem poznania szczegółów działania PAYBACK w APTEKA 1

Jeżeli chcesz dołączyć do naszej sieci:
1. skontaktuj się z Państwolickim Konsultantem FHOINEX Pharma Polska Sp. z o.o.
2. wypełnij karty zgłoszenia na nasze: infolip@apteka1.com.pl
3. wypełnij formularz zgłoszenia: www.apteka1.com.pl
4. skontaktuj się z Koordynatorem Programu APTEKA 1 telefonem: pod numer telefonu: +48 422 970 748

► wacyjnych oraz wyników gospodarczych związanych z działalnością innowacyjną klasyfikuje Polskę na 23 miejscu wśród 27 państw poddanych ocenie” – to kolejna mało optymistyczna opinia płynąca z raportu 2010 r.

Niski stopień wdrożenia i wykorzystania innowacji przez polskie przedsiębiorstwa potwierdzają badania krajowe. Jak z nich wynika, jedynie 26% mikroprzedsiębiorstw w Polsce wprowadza innowacje do swojej działalności, a tylko 3%, prowadzi działalność badawczo-rozwojową. Wśród mikroprzedsiębiorstw niskie jest też wykorzystanie takich instrumentów jak dotacje, kredyty technologiczne czy fundusze kapitału podwyższonego ryzyka.

Podmiotami w szczególności odpowiedzialnymi za wdrażanie innowacji w ochronie zdrowia w Polsce są jednostki naukowo-badawcze, uczelnie medyczne, szpitale kliniczne, a także inne jednostki organizacyjne podlegające lub nadzorowane przez Ministerstwo Zdrowia. W 2008 roku z budżetu ministra zdrowia na realizację ok. 40 kluczowych dla systemu ochrony zdrowia inwestycji (bez inwestycji wieloletnich) przeznaczono ok. 613 265 tys. zł. Na wydatki majątkowe w uczelniach medycznych przeznaczonych zostało z budżetu w 2008 roku zaledwie 36 853 tys. zł, co stanowiło 3,6% całości wydatków poniesionych przez resort zdrowia na szkolnictwo. W 2008 roku Ministerstwo Zdrowia wydatkowało w sumie 48 993 tys. zł na zakup nowoczesnego sprzętu i aparatury medycznej do szpitali klinicznych oraz instytutów naukowo-badawczych, do których należały m.in. tomografy komputerowe, rezonanse magnetyczne, gamma kamery, inkubatory, aparaty do nefrodializy, mikroskopy operacyjne i inne nowoczesne urządzenia.

Poprawa dostępności do innowacji w ochronie zdrowia, w tym w szczególności do diagnostyki obrazowej, chirurgii małoinwazyjnej, nowoczesnych metod leczenia, odbywa się także dzięki intensywnemu rozwojowi w Polsce sektora niepublicznego; otwieraniu nowoczesnych placówek szpitalnych, centrów diagnostycznych oraz naukowo-badawczych w sektorze niepublicznym. Inwestycje niepublicznych podmiotów, pochodzące m.in. z przychodów za świadczenie usług medycznych, w tym abonamentów oraz dodatkowych ubezpieczeń zdrowotnych, są źródłem dodatkowych pieniędzy w systemie ochrony

zdrowia, przeznaczanych z kolei m.in. na wdrażanie do codziennej praktyki klinicznej nowoczesnych technologii w niepublicznym sektorze ochrony zdrowia.

Szacuje się, iż obecnie sektor prywatnych przedsiębiorstw w Polsce ponosi jednak zaledwie 25% całości nakładów przeznaczonych na działalność badawczą i rozwój w kraju.

Wartość komercyjnego rynku medycznego w Polsce według stanu na 2009 rok wzrosła o 8% w porównaniu z rokiem 2008. Optymistyczne prognozy dotyczące rozwoju sektora niepublicznego w Polsce prognozowane są przez ekspertów na lata 2010-2012.

Zwiększenie innowacyjności polskiej ochrony zdrowia finansowane jest nie tylko ze środków publicznych czy niepublicznych, ale także z funduszy UE. Najważniejszym wspólnotowym źródłem finansowania działalności badawczej, w tym w dziedzinie ochrony zdrowia, jest wspomniany w pierwszej części raportu VII Program Ramowy Unii Europejskiej. Budżet programu na lata 2007-2013 wynosi ponad 50 mld euro. Według wstępnie podsumowania Komisji Europejskiej Polska znajduje się na 13. miejscu w Unii Europejskiej, jeśli chodzi o liczbę uczestników programu, a także na 13. miejscu pod względem wykorzystania środków na badania i rozwój.

Wniosek z oceny ekspertów: Pomimo rosnących nakładów finansowych polski system ochrony zdrowia charakteryzuje się nadal niezadowalającym poziomem dostępności zarówno do świadczeń podstawowych jak i do nowoczesnych, wysoce skutecznych oraz korzystnych ekonomicznie metod zapobiegania, diagnostyki i leczenia oraz poprawiania jakości życia pacjentów. Argumenty uzasadniające taką tezę odnaleźć można nie tylko w raportach i dokumentach krajowych, ale także w międzynarodowych analizach porównujących systemy ochrony zdrowia, do których należy np. Europejski Konsumentki Indeks Zdrowia 2009 czy Raport Karolinska Institute.

DOSTĘP DO INNOWACYJNYCH LEKÓW

Według danych IMS Health jedynie 15% polskiego rynku aptecznego stanowią leki innowacyjne oryginalne, co w tej dziedzinie plasuje

Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej. Niska jest też dynamika wzrostu refundacji leków innowacyjnych dla polskich pacjentów. Refundacja ta jest warunkiem wdrażania innowacji do powszechniej praktyki klinicznej. W latach 2004-2007 nastąpił ponad 10% wzrost sprzedaży refundowanych leków innowacyjnych w Polsce. Średnie ceny refundowanych leków innowacyjnych spadły w tym okresie o 7,8%.

Jednym z podstawowych źródeł dostępności nowoczesnych leków w ramach finansowania ze środków publicznych są terapeutyczne programy zdrowotne. W 2009 roku Narodowy Fundusz Zdrowia finansował 35 programów lekowych, w tym 8 programów onkologicznych i 27 programów nieonkologicznych, na łączną kwotę 1,09 mld złotych. W 2009 roku NFZ wprowadził 9 nowych programów lekowych, co wiązało się z poszerzeniem katalogu substancji czynnych o nowe substancje. Dotyczyły one następujących schorzeń: przewlekłego zapalenia płuc u pacjentów z mukowiscydozą (tobramycinum), choroby Pompego (alglucosiadase alfa), mukopolisacharydozy typu II (idursulfase), mukopolisacharydozy typu IV (galsulfase), leczenia niskorosłych dzieci z ciężkim pierwotnym niedoborem insulino-wego czynnika wzrostu 1 (IGF-1) (mecaserminum), leczenia raka nerki (sunitynib), leczenia reumatoidalnego zapalenia stawów (RZS) i młodzieńczego idiopatycznego zapalenia stawów (MIZS) lekami modyfikującymi o dużej i umiarkowanej aktywności choroby w warunkach ambulatoryjnych (methotrexatum subcutaneum), leczenia inhibitorami czynnika martwicy nowotworów (TNF) chorych z ciężką, aktywną postacią zesztyniąjącego zapalenia stawów (ZZSK) (infliximabum lub etanerceptum lub adalimumab), leczenia ostrych porfirii wątrobowych (hemina ludzka).

W 2009 roku Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) wprowadził także nowe substancje czynne w programach terapeutycznych następujących schorzeń: białaczka szpikowa (nilotynib), nowotwory podścieliska przewodu pokarmowego (sunitynib), tętnicze nadciśnienie płucne (treprostinizil), reumatoidalne zapalenie stawów i młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów o przebiegu agresywnym (methotrexatum subcutaneum).

Wniosek autorów raportu: Pomimo wprowadzania nowych substancji czynnych w 2009 roku stwierdzić należy, iż Polska nadal w niezadowalającym stopniu wywiązuje się z postanowień złożonych w ramach swojej działalności we wspólnotowej grupie roboczej High Level Pharmaceutical Forum, której celem jest poprawa dostępności do innowacji w ochronie zdrowia poszczególnych państw wspólnoty, premiowanie rozwoju innowacyjności w ochronie zdrowia, jak również optymalizacja dostępnych terapii.

Raport szczegółowo omawia bariery w dostępności do nowoczesnej terapii w leczeniu najczęstszych chorób, takich jak nowotwory, cukrzyca i osteoporoza. Zaznacza jednak, że trudności w dostępie do nowoczesnej terapii refundowanej ze środków publicznych występują także, jeśli chodzi o leczenie niektórych chorób rzadkich.

Przykładem choroby, w leczeniu której dla polskich pacjentów niedostępne są nowoczesne leki, może być hemofilia. Polska jest jednym z nielicznych krajów Europy, w których w leczeniu hemofilii stosuje się głównie krwiopochodne czynniki krzepnięcia i nie ma powszechnego dostępu do najbezpieczniejszych czynników rekombinowanych, uzyskanych metodami biotechnologicznymi, co jest sprzeczne z zasadami leczenia tej choroby zalecanymi przez Parlament Europejski. Leki rekombinowane w leczeniu hemofilii zostały zakupione w Polsce w niewielkiej ilości po raz pierwszy dopiero w 2010 roku i przeznaczone są dla bardzo małej grupy dzieci nowo zdiagnozowanych i wcześniej nieleczonych.

Innym przykładem jest leczenie reumatoidalnego zapalenia stawów w Polsce. Z nowoczesnego leczenia biotechnologicznego korzysta jedynie 1,2 do 2% pacjentów. Średnia europejska wynosi w tym obszarze 10%.

Jedną z podstawowych dróg dostępu pacjentów do innowacyjnego leczenia są badania kliniczne. W świetle międzynarodowych analiz w Polsce pomimo wysokiego potencjału w tym zakresie – oceniają eksperci z Grupy Roboczej – liczba badań klinicznych przeprowadzonych pozostaje niezadowalająca. Rocznie w Polsce rejestruje się ok. 450 nowych badań, w których bierze udział 30-40 tys. osób. Pod tym względem ustępujemy m.in. Wielkiej Brytanii i Niemcom

► (ok. 1,5 tys. badań rocznie). W Czechach i na Węgrzech prowadzi się ich podobną liczbę, choć są to kraje mniejsze od Polski. Samodzielne krajobadania kliniczne zaproponowane przez polskie ośrodki badawczo-kliniczne należą do rzadkości.

Podsumowanie problemu w raporcie:

Sytuację na rynku technologii medycznych w Polsce scharakteryzować można następująco: dramatycznie niski poziom produkcji aparatury medycznej i materiałów medycznych w kraju, potrzeba wprowadzania schematów działań profilaktycznych i rehabilitacyjnych, potrzeba skorelowania środków technicznych wykorzystywanych w diagnostyce i terapii z najważniejszymi społecznie chorobami. W krajach Unii Europejskiej dostępnych jest ok. 8 000 wyrobów medycznych. W Polsce w ramach środków publicznych dostępnych jest ok. 300 przedmiotów ortopedycznych oraz środków pomocniczych.

NIEZADOWALAJĄCA STOPA WZROSTU POZIOMU REFUNDACJI

W 2009 roku refundacja wyrobów medycznych dla pacjentów w Polsce kosztowała Narodowy Fundusz Zdrowia 587 mln złotych. Poziom refundacji wyrobów medycznych i stopa jego wzrostu w ostatnich latach oceniane są w raporcie jako niezadowalające i ograniczające dostępność pacjentów do wyrobów medycznych. Przykładem dziedziny, w której powszechna dostępność nowoczesnych wyrobów medycznych w Polsce jest niezadowalająca, może być leczenie ran przewlekłych powstałych przede wszystkim w wyniku przewlekłej niewydolności żyłnej, w przebiegu stopy cukrzycowej lub odleżyn i oparzeń. Jak szacują eksperci, problem ten może dotyczyć w Polsce ok. 500 000 osób. Obecnie w Polsce refundowane są tylko 3 grupy opatrunków. Refundacji nie podlegają opatrunki tzw. pierwszego rzutu – najbardziej skuteczne w fazie zakażenia oraz oczyszczania rany. W celu poprawy dostępności polskich pacjentów do nowoczesnego leczenia ran przewlekłych konieczne wydaje się podjęcie następujących działań: wprowadzenie interdyscyplinarnego podejścia do leczenia ran przewlekłych, wprowadzenie do nauczania uniwersyteckiego podstaw leczenia ran, a także podyplomowych kursów spe-

cjalistycznych prowadzonych przez ośrodki referencyjne, stworzenie sieci specjalistycznych ośrodków, poradni, centrów leczenia ran, wdrożenie odrębnych ambulatoryjnych procedur miejscowego leczenia ran przewlekłych przez NFZ i wprowadzenie refundacji na opatrunki specjalistyczne zgodnie z zaleceniami Polskiego Towarzystwa Leczenia Ran.

Przykładem nowoczesnej technologii, której dostępność w Polsce poprawia się w ostatnich latach dzięki wydatkom ze środków publicznych, jest natomiast oksigenacja pozaustrojowa (ECMO). W 2010 roku szpitale w Polsce dzięki środkom z budżetu Ministerstwa Zdrowia wprowadziły do praktyki klinicznej 9 uniwersalnych zestawów do ECMO, czyli tzw. sztucznych płucoserc przeznaczonych do leczenia chorych z ostrą niewydolnością oddechowo-krążeniową".

Obszarem, który autorzy raportu omówili szerszej, jest chirurgia małoinwazyjna – obecnie jedna z najbardziej dynamicznie rozwijających się technologii medycznych na świecie. Przynosi ona nie tylko lepsze efekty terapeutyczne w porównaniu z metodami klasycznymi, ale także obniża koszty leczenia poprzez skrócenie okresu hospitalizacji i czasu powrotu operowanych pacjentów do aktywności. Nieporównywalne są także efekty dla jakości życia pacjentów. Dziedzina ta obejmuje m.in. klasyczne operacje laparoskopowe, operacje laparoskopowe z wykorzystaniem pojedynczego nacięcia w powłokach, całą gamę małoinwazyjnych zabiegów endoskopowych znajdujących zastosowanie w urologii, ginekologii, laryngologii, neurochirurgii, anestezjologii, kardiochirurgii i chirurgii ogólnej, jak również operacje prowadzone przez naturalne otwory ciała.

Chirurgia małoinwazyjna – według ekspertów – rozwija się w Polsce w niewystarczającym tempie, a jedną z przyczyn tego stanu rzeczy najczęściej podnoszoną w debacie publicznej jest brak różnic w finansowaniu procedur chirurgicznych przeprowadzanych metodami klasycznymi i małoinwazyjnymi przez publicznego płatnika.

Zdaniem ekspertów w ocenie kosztów leczenia w Polsce wciąż nie są brane pod uwagę oszczędności i korzyści wynikające z zastosowania innowacyjnych technologii medycznych. Małoinwazyjne metody leczenia oznaczają dla

pacjenta m.in. krótszy czas rekonwalescencji, zmniejszenie bólu pooperacyjnego oraz szybszy powrót do normalnego życia. Dla systemu ochrony zdrowia skrócenie czasu hospitalizacji przynosi wymierne korzyści finansowe. Jednocześnie stosowanie innowacyjnych procedur prowadzi do zmniejszenia potencjalnych powikłań, powtórnych operacji, a także zmniejszenia zużycia leków.

Współczesnym wsparciem dla chirurgów wykonujących zabiegi małoinwazyjne, w tym szczególnie w onkologii, jest robotyka chirurgiczna, która skraca czas hospitalizacji i rehabilitacji oraz przyspiesza powrót do aktywności pacjentów. W 2010 roku w Polsce przeprowadzone zostały pierwsze demonstracje pracy tego nowoczesnego urządzenia, jednak na stałe jest ono niedostępne w codziennej praktyce klinicznej. Obecnie na świecie pracuje ponad 1 570 robotów chirurgicznych, w tym w Czechach – 9, Rosji – 8, Rumunii – 8, Turcji – 7, Bułgarii – 129.

Innowacyjne technologie w innych dziedzinach medycyny, szczególnie w terapii podnoszącej jakość życia osób cierpiących z powodu chorób przewlekłych, pojawiają się w Polsce stosunkowo rzadko, a ich upowszechnianie w codziennej praktyce klinicznej jest mocno wydłużone w czasie – to ocena tego zagadnienia w raporcie z 2010 roku.

Za niezadowalający raport uznał utrzymujący się w polskim systemie ochrony zdrowia poziom dostępności pacjentów do diagnostyki obrazowej, w tym szczególnie do tomografii komputerowej oraz rezonansu magnetycznego, jak również nadzór nad jakością badań obrazowych. Polska należy do państw Unii Europejskiej o jednej z najniższych dostępności do badań diagnostycznych z użyciem rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej.

Zdaniem ekspertów problem ograniczonej dostępności do diagnostyki obrazowej w ramach świadczeń finansowanych ze środków publicznych szczególnie widoczny jest w onkologii, gdzie zbyt długi czas oczekiwania na badania diagnostyczne ma bezpośredni wpływ na późną rozpoznawalność chorób nowotworowych oraz obniżenie skuteczności leczenia onkologicznego wdrożonego z opóźnieniem.

Nadal niezadowalająca jest także dostępność polskich pacjentów do diagnostyki w ramach

medycyny nuklearnej, stosowanej m.in. w diagnostyce chorób układu kostnego, endokrynnego, pokarmowego, w tym w szczególności do diagnostyki chorób onkologicznych. W Polsce wykonuje się 3-4 razy mniej badań tego typu niż w Niemczech, 2-3 razy niż w Czechach i na Słowacji. Niedostępne są też najnowsze technologie diagnostyczne z zakresu medycyny nuklearnej, takie jak np. aparaty hybrydowe złożone z gamma kamery i tomografu komputerowego, stosowane już w innych krajach UE.

Systematycznie, choć powoli poprawia się natomiast w Polsce dostępność do wysokospecjalistycznej diagnostyki obrazowej, do której należy przede wszystkim tomografia pozytonowa (PET), obecna w polskiej medycynie od 2003 roku. Ta jedna z najnowocześniejszych, ale i najdroższych technik obrazowania pozwala m.in. na wczesne wykrywanie przerzutów w chorobach nowotworowych, a także na prowadzenie badań czynnościowych przede wszystkim w schorzeniach kardiologicznych. W publicznych i niepublicznych zakładach opieki zdrowotnej pracuje obecnie 12 tego typu urządzeń. Wskaźnik liczby skanerów PET w przeliczeniu na 1 mln





JEDNA MARKA WSPÓLNA SIŁA

DLA PACJENTA

- ▢ PAYBACK – unikalny Program Bonusowy dla Twoich Pacjentów dostępny Tylko w APTEKA 1
- ▢ możliwość zbierania punktów u wielu Partnerów PAYBACK z różnych branż
- ▢ punkty promocyjne PAYBACK i atrakcyjne promocje cenowe wsparte bezpłatnymi materiałami informacyjnymi

DLA APTEKI

- ▢ Iźw. Pozłoty Uczestniczą w Programie – im wyższy poziom tym więcej korzyści
- ▢ pakiet do wizualizacji Apteki zewnętrznej i wewnętrznej lokalu
- ▢ bogata oferta sklepowicja dla personelu Apteki z zakresu farmacji i prowadzenia biznesu
- ▢ specjalna Infolinia z fachowym poradnictwem dotyczącym codziennej pracy w Aptece

Jeżeli chcesz dowiedzieć się więcej:

- ▢ skontaktuj się z Przedstawicielem Handlowym PHOENIX Pharma Polska Sp. z o.o.
- ▢ wyślij zapytanie na adres: info@apteka1.com.pl
- ▢ wejdź na www.apteka1.com.pl
- ▢ skontaktuj się z Koordynatorem Programu APTEKA 1 dzwoniąc pod numer telefonu: +48 605 970 968



► mieszkańców wynosił w Polsce w 2010 roku – 0,35 i choć wzrósł w ostatnich latach, nadal należy do najniższych w Europie.

Poprawia się natomiast dostępność w kraju do radiofarmaceutyków wykorzystywanych do badania PET. W ramach Narodowego Programu Zwalczania Chorób Nowotworowych stworzone zostały trzy krajowe ośrodki produkcji radioizotopów, z których dwa rozpoczęły działalność.

Niezrealizowanym dotychczas w pełni w Polsce warunkiem efektywności diagnostyki PET jest natomiast ustalenie i wdrożenie do praktyki klinicznej precyzyjnych kryteriów kwalifikowania oraz procedur kierowania pacjentów na to badanie.

Wniosek ekspertów: Problemem polskiego systemu ochrony zdrowia jest brak wystarczającego nadzoru nad jakością badań diagnostycznych.

PRAWNE I INSTYTUCJONALNE ASPEKTY DOSTĘPU DO INNOWACJI MEDYCZNYCH W POLSCE

Wiodącą instytucją merytoryczną mającą, obok Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia, znaczący wpływ na to, jakie świadczenia zdrowotne, technologie medyczne, wyroby medyczne i leki będą powszechnie dostępne dla pacjentów w Polsce, jest Agencja Oceny Technologii Medycznych (AOTM). Rola AOTM podlega ciągłej ewolucji.

Od stycznia 2010 roku prezes AOTM wprowadził nowe wytyczne służące ocenie świadczeń opieki zdrowotnej, wpływające na zwiększenie przejrzystości i transparentności decyzji i opinii refundacyjnych podejmowanych przez organy AOTM. Najnowsze zmiany w tym zakresie działalności Agencji zmierzają do rezygnacji z oceny warunków wykonywania świadczeń medycznych dokonywanych dotychczas przez AOTM. Ocena dostępu do świadczeń zdrowotnych i analiza liczby zawartych umów pod kątem potrzeb zdrowotnych świadczeniobiorców i poziomu zapewnienia świadczeń zdrowotnych należeć będzie wg ostatnich zmian prawnych do dyrektorów wojewódzkich oddziałów NFZ.

Z kolei propozycję rozszerzenia obszaru działań AOTM zawiera projekt regulacji prawnych w zakresie refundacji leków zaproponowany przez Ministerstwo Zdrowia.

Pomimo pozytywnych zmian, jakie dokonały się w przedmiocie działalności AOTM, systemowym problemem pozostaje brak ścisłego związania jej opiniami i rekomendacjami decydentów polityki zdrowotnej. Dlatego też w dalszym ciągu mnożyć można przykłady decyzji Rady Konsultacyjnej AOTM, które nie są respektowane przez MZ w prowadzeniu polityki refundacyjnej. Przykładem braku związania MZ rekomendacjami AOTM były aż do ostatniej propozycji listy refundacyjnej z 2010 roku, długodziałające analogi insulin ludzkich, które mimo pozytywnych rekomendacji nie występowały na liście leków refundowanych w Polsce.

W działalności instytucji ochrony zdrowia w Polsce mających wpływ na dostępność nowoczesnych terapii dla pacjentów raport podkreśla konieczność zmniejszenia barier administracyjnych oraz zwiększenia wydajności oddziałów wojewódzkich Narodowego Funduszu Zdrowia w zakresie rozpatrywania wniosków dotyczących terapii niestandardowej, co ma kluczowe znaczenie dla skuteczności prowadzonego leczenia onkologicznego.

„W opinii lekarzy – argumentują jego autorzy – poprawa wydajności tego działania winna nastąpić poprzez eliminację wielokrotnego powtarzania tych samych czynności przez wydziały gospodarki lekami oddziałów wojewódzkich NFZ. Nadmierne zbiurokratyzowanie procedury administracyjnej dotyczącej uzyskania zgody płatnika na finansowanie chemioterapii niestandardowej podnoszone jest przez środowisko onkologów jako poważna bariera dla pacjentów w szybkiej dostępności do nowoczesnego leczenia onkologicznego. Obecnie wnioski na terapię niestandardową przygotowane są przez wnioskującego lekarza specjalistę. Pierwszym krokiem jest uzyskanie na wniosku zgody konsultanta wojewódzkiego, dyrektora lub dyrektora ds. finansowych szpitala, z którego budżetu terapia ma być sfinansowana, oraz ordynatora oddziału lub osoby przez niego wyznaczonej.

Następnie wnioski kierowane są do dyrektora wojewódzkiego oddziału NFZ, który wyraża ew. zgodę na finansowanie terapii. Przed uzyskaniem decyzji dyrektora NFZ wniosek jest opracowywany przez wydziały gospodarki lekami w oddziałach wojewódzkich NFZ. Aktualnie nie ma żadnej formalnej koordynacji pomiędzy

wydziałami gospodarki lekami poszczególnych oddziałów wojewódzkich NFZ w zakresie rozpatrywania wniosków na terapię niestandardową. Wynika stąd, że poszczególne wydziały zajmują się często identycznymi wnioskami – wnioskami dotyczącymi tych samych interwencji (te same leki), które mają być stosowane u pacjentów o takiej samej lub zbliżonej charakterystyce klinicznej (to samo wskazanie). Tymczasem od 2007 roku istnieją rekomendacje ekspertów dotyczące budowy systemu skoordynowanej oceny wniosków o terapię niestandardową, niewykorzystane dotychczas przez polityków zajmujących się ochroną zdrowia w Polsce. Próbą rozwiązymania problemu dostępności do chemioterapii niestandardowej dla polskich pacjentów jest powołanie w 2010 roku przez prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zespołu ds. onkologii, którego głównym zadaniem jest próba uporządkowania zasad finansowania terapii niestandardowej”.

W instytucjonalnych aspektach dostępności do innowacji w polskiej ochronie zdrowia – jak podkreślają eksperci z Grupy Roboczej – należy dostrzec wzrastającą i coraz bardziej widoczną na scenie krajowej polityki zdrowotnej rolę organizacji pozarządowych, które nie tylko są źródłem transferu wiedzy o najnowszych sposobach leczenia danych chorób, ale także coraz częściej zabierają stanowczy głos na temat braku innowacyjnych metod prewencji, diagnostyki, leczenia, rehabilitacji oraz pielęgnacji osób cierpiących na schorzenia przewlekłe.

Wałąną inicjatywą dla użytkowników systemu ochrony zdrowia jest ogólnopolski monitoring dostępności pacjentów do świadczeń zdrowotnych podjęty przez Fundację Watch Health Care, mający na celu wskazywanie obszarów nierówności w zakresie dostępu do świadczeń medycznych, określanie sposobów zmiany negatywnego stanu rzeczy w zakresie dostępu do świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadami oceny technologii medycznych oraz promowanie najbardziej efektywnych klinicznie, bezpiecznych i opłacalnych technologii medycznych w warunkach ograniczonych możliwości finansowych państwa tak, aby były one dostępne ogólnemu społeczeństwu.

„Bariery prawne hamujące wykorzystanie w codziennej praktyce klinicznej nowoczesnych technologii w polskiej ochronie zdrowia wiążą

się przede wszystkim z brakiem krajowych regulacji prawnych dotyczących określonego obszaru, brakiem implementacji do polskiego systemu prawnego przepisów wspólnotowych, jak również niewywijaniem się przez Polskę z międzynarodowych zobowiązań, a także takim kształtem przepisów powszechnie obowiązującym prawa, który w sposób negatywny oddziałuje na obszary innowacji w ochronie zdrowia.

Zwiększenie dostępu do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce zdrowotnej niezależnie od przyjętego modelu organizacyjnego opieki zdrowotnej oraz zasad jej finansowania, stworzenie stabilnego systemu informacji w ochronie zdrowia, charakteryzującego się z jednej strony elastycznym podejściem do organizacji systemu zasobów ochrony zdrowia, w tym do modelu finansowania świadczeń ze środków publicznych, z drugiej strony odpornością na zaburzenia w gromadzeniu i archiwizacji danych, spowodowanych zmianami systemowymi w ochronie zdrowia, zmniejszenie luki informacyjnej w sektorze ochrony zdrowia, uniemożliwiającej zbudowanie optymalnego modelu opieki zdrowotnej, uporządkowanie istniejącego systemu zbierania, przetwarzania i wykorzystywania informacji w ochronie zdrowia zapewniającego m.in. wymianę danych pomiędzy poszczególnymi elementami systemu informacji w ochronie zdrowia, ograniczanie redundancji danych gromadzonych w poszczególnych elementach systemu informacji w ochronie zdrowia, funkcjonalizację i zmniejszenie obciążeń administracyjnych oraz kosztów gromadzenia i wymiany informacji w ochronie zdrowia, a także zapewnienie wysokiego poziomu wiarygodności i jakości danych” – **brzmi wniosek podsumowujący w raporcie.**

UWAGI DO ZMIAN W PRAWIE FARMACEUTYCZNYM

Jako niepokojące dla dostępu innowacji w Polsce autorzy raportu interpretują propozycje zmian prawa dotyczące funkcjonowania innowacyjnego sektora farmaceutycznego.

„Firmy farmaceutyczne miałyby płacić dodatkowy podatek w wysokości 3 proc. od przychodów osiąganych z refundacji. Ten podatek (nazywany podatkiem Garattiniego) we Włoszech jest liczony od wydatków na marketing firm

➤ farmaceutycznych i miał ograniczyć środki przeznaczane na ten cel. W Polsce natomiast ma to być praktycznie podatek obrotowy i nie ograniczy wydatków marketingowych. Istnieje też obawa, że takie dodatkowe obciążenie, w ostatecznym rozrachunku przeniesione zostanie na chorego.

Ponadto sam cel pobierania tego podatku (finansowanie niezależnych projektów naukowych) może pograżyć się w procedurach wydatkowania środków pochodzących z tego obciążenia finansowego. Jako problematyczne oceniane jest także zamrożenie wydatków na refundacje na poziomie 17% proponowane przez MZ."

Jako niesprzyjający szerszemu dostępowi polskich pacjentów do nowoczesnej terapii raport ocenia dotychczasowy brak pełnej implementacji do polskiego prawa postanowień Dyrektywy Rady 89/105/ EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. („Dyrektywa Przejrzystości”), określająca standardy administracyjne podejmowania decyzji refundacyjno-cenowych przez organy państwa. Próbą naprawy tej sytuacji jest projekt ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych przekazanych do konsultacji społecznych przez MZ we wrześniu 2010 roku. Według części ekspertów rynku farmaceutycznego po raz pierwszy w Polsce kryteria refundacyjno-cenowe w proponowanym kształcie spełniają wymogi Komisji Europejskiej i Dyrektywy Transparentności. Zgodnie z propozcjami zawartymi w projekcie ustawy w Polsce powołana zostanie Komisja Ekonomiczna, która zacznie prawidłowo realizować politykę cenową (na kształt australijskiej agencji cen, tzw. PBPA), wprowadza się również umowy podziału ryzyka, które pozwolą na refundację większej liczby innowacyjnych leków w ramach dostępnych środków finansowych.

W obowiązujących polskich przepisach prawnych nie została także dotychczas uregulowana problematyka skoordynowanej opieki farmaceutycznej. Zakłada ona udział farmaceuty w procesie farmakoterapii, poprzez: „zapewnienie prawidłowego stosowania leków, ograniczenie działań niepożądanych i interakcji leków, eliminację błędów, uniemożliwienie podwójnej ordynacji, a także śledzenie efektów zastosowania leków”. Takie zaangażowanie farmaceuty

w proces leczenia pozwala na zwiększenie bezpieczeństwa terapii. (...) Dostrzeżono to już w innych krajach, gdzie problematyka opieki farmaceutycznej stała się przedmiotem regulacji prawa oraz funkcjonuje w praktyce aptek ogólnodostępnych i szpitalnych. **W związku z powyższym** – podkreślono w raporcie – **celowe wydaje się uregulowanie opieki farmaceutycznej i zaliczenie jej do katalogu świadczeń zdrowotnych** (pod. red.).

DOSTĘP DO INNOWACJI W ONKOLOGII

Na wstępie części raportu dotyczącej szczegółowej oceny innowacji w onkologii eksperci z Grupy Roboczej zastrzegają, że wobec braku „wiarygodnych badań trudno porównać skuteczność leczenia nowotworów w Polsce z innymi państwami Unii Europejskiej”. Za jeden podstawowych problemów polskiej onkologii uznają zaś brak pełnej i aktualnej wiedzy na temat sytuacji epidemiologicznej chorób nowotworowych. Takim źródłem według nich mogą być przede wszystkim rejesty kliniczne poszczególnych nowotworów prowadzone przez towarzystwa naukowe lub ośrodki naukowo-badawcze, jednak ich funkcjonowanie w Polsce nie jest jeszcze w pełni rozwinięte. Krajowy Rejestr Chorób Nowotworowych w Polsce, stanowiący podstawowe źródło danych epidemiologicznych o chorobach nowotworowych, jest zdaniem ekspertów źródłem niepełnej informacji w tej dziedzinie, przede wszystkim z uwagi na zaniedbywanie obowiązku zgłaszania chorób nowotworowych przez placówki medyczne w kraju.

Niezależnie od źródeł danych – zdaniem ekspertów w dziedzinie onkologii – w niektórych chorobach nowotworowych, takich jak rak jelita grubego, rak płuca czy rak szyjki macicy udział 5-letnich przeżyć w Polsce jest znacznie niższy niż w większości państw Unii Europejskiej. Jako przyczyna takiego stanu rzeczy wskazywana jest późna wykrywalność spowodowana przede wszystkim brakiem odpowiedniej edukacji zdrowotnej oraz niskim udziałem mieszkańców Polski w działaniach profilaktycznych.

Na stan opieki onkologicznej bezpośredni wpływ ma bez wątpienia poziom wydatków finansowych przeznaczanych na profilaktykę, diagnostykę, leczenie oraz opiekę paliatywną, w tym

niska wycena świadczeń zdrowotnych z zakresu onkologii. Nakłady ponoszone ze środków publicznych na badania przesiewowe pozwalające na wczesne wykrywanie chorób nowotworowych choć wzrastają, to jednak nadal są zdaniem onkologów zbyt niskie i niewystarczające dla osiągnięcia poprawy wyników we wczesnym wykrywaniu najczęstszych chorób nowotworowych.

Pomimo wzrostu nakładów na leczenie onkologiczne Polska na tle porównawczych analiz przeprowadzonych przez Karolinska Institute w 2009 roku jest jednym z państw Unii Europejskiej, które na walkę z nowotworami ponosi jedne z najmniejszych wydatków. Zdaniem autorów raportu niskie nakłady na terapie onkologiczne oraz zbyt niska wycena sporej części procedur onkologicznych są przyczyną istotnych utrudnień występujących w dostępie zarówno do klasycznych, jak i nowoczesnych metod leczenia chorób nowotworowych.

W aspekcie skuteczności leczenia onkologicznego podkreślić należy problem czasu oczekiwania na badania diagnostyczne, jak również nadzoru nad ich jakością. Zdaniem ekspertów czas oczekiwania na badanie obrazowe przez chorych na nowotwory sięgający w niektórych regionach kraju 3 miesiące i dłużej opóźnia rozpoczęcie leczenia onkologicznego i nie pozwala ocenić jego skuteczności.

Przykładem zróżnicowania jakości diagnostyki chorób nowotworowych w Polsce są wyniki auditów pracowni mammograficznych. Przeprowadzony w 2007 roku audit większości świadczennodawców prowadzących diagnostykę mammograficzną w ramach Narodowego Programu Walki z Rakiem wykazał braki jakościowe części realizowanych zdjęć mammograficznych wynikające głównie z niedostatecznego doświadczenia i przygotowania personelu medycznego opisującego zdjęcia mammograficzne. Należy tu jednak dodać, że kontrole pracowni mammograficznych w kraju przeprowadzone w 2009 roku wskazują na poprawę jakości wykonywanych badań mammograficznych.

Problem czasu oczekiwania na wyniki badań oraz nadzoru nad jakością dotyczy także diagnostyki cytologicznej i patomorfologicznej, mającej kluczowe znaczenie dla prowadzenia skutecznego, nowoczesnego i bezpiecznego dla pacjenta leczenia onkologicznego. Ilustracją problemów

w tym obszarze mogą być warunki realizacji Narodowego Programu Profilaktyki Raka Szyjki Macicy finansowanego ze środków publicznych, negatywnie ocenione przez Polskie Towarzystwo Patologów (PTP). W opinii PTP zaniedżenie wymagań dotyczących kwalifikacji personelu medycznego zaangażowanego na etapie diagnostyki cytologicznej i innych wymagań kontroli jakości mogło skutkować zwiększoną liczbą fałszywie ujemnych i fałszywie dodatnich rozpoznań cytologicznych. Problem niskiej jakości diagnostyki cytologicznej, w tym cytologii ginekologicznej będącej źródłem wielu fałszywych dodatnio i ujemnie wyników, podnosi także w wystąpieniu do ministra zdrowia Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Lekarzy.

Według Polskiego Towarzystwa Patologii, w Polsce funkcjonuje jedynie 16 zakładów i pracowni spełniających jakościowe rekomendacje Światowej Organizacji Zdrowia, Komisji Europejskiej oraz Polskiego Towarzystwa Patologii,



APTEKA 1

JEDNA MARKA WSPÓLNA SIŁA

DLA PACJENTA

- PAYBACK – unikalny Program Bonusowy dla Twoich Pacjentów dostępny TYLKO w APTEKA 1
- możliwość zbierania punktów u wielu Partnerów PAYBACK z różnych branż
- punkty promocyjne PAYBACK i atrakcyjne promocje cenowe wsparte bezpłatnymi materiałami informacyjnymi

DLA APTEKI

- Iry Poziomy Uczestnictwa w Programie – im wyższy poziom tym więcej korzyści
- pakiet do wizualizacji Apteki z zewnątrz i wewnątrz lokalu
- bogata oferta szkoleniowa dla personelu Apteki z zakresu farmacji i prowadzenia biznesu
- specjalna Infolinia z fachowym poradnictwem dotyczącym codziennej pracy w Aptece

Jeżeli chcesz dowiedzieć się więcej:

- skontaktuj się z Przedstawicielem Handlowym PHOENIX Pharma Polska Sp. z o.o.
- wyślij zapytanie na adres: info@apteka1.com.pl
- wejdź na www.apteka1.com.pl
- skontaktuj się z Koordynatorem Programu APTEKA1 dzwoniąc pod numer telefonu: +48 605 970 968

PAYBACK

- które mogą wykonywać ponad 15 tys. badań cytologicznych szatyki macicy rocznie.

Systemowym problemem w zakresie diagnostyki patomorfologicznej jest ponadto długi czas oczekiwania na wynik badań wynikający przede wszystkim z deficytu kadr lekarzy patomorfologów w Polsce jak również zmian organizacyjno-właśnościowych zachodzących na rynku diagnostyki patomorfologicznej.

W zakresie diagnostyki histopatologicznej, jak również w diagnostyce biomarkerów nowotworowych zwraca uwagę także problem niedookreślenia kwestii ich kosztów w rozliczeniach z płatnikami świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych.

Istotnym problemem jest bardzo trudna sytuacja w zakresie diagnostyki patomorfologicznej – czas oczekiwania na rozpoznanie wynosi w niektórych regionach kilka tygodni.

Prywatyzacja pracowni spowodowała ponadto według niektórych ekspertów spadek jakości wykonywanych badań.

Podstawową metodą leczenia chorób nowotworowych jest radioterapia onkologiczna. Jej znaczenie terapeutyczne stale wzrasta z uwagi na zwiększenie wskazań do radioterapii przedoperacyjnej, pooperacyjnej, skojarzonej z chemo-hormonoterapią. O jej skuteczności oraz bezpieczeństwie decydują nie tylko nowoczesne standardy postępowania i wykształcenie personelu medycznego, ale także nowoczesność sprzętu medycznego wykorzystywanego do napromieniania. Do najnowocześniejszych i najbardziej bezpiecznych form radioterapii należą: radioterapia 3-D, konformalna, radioterapia z modulacją intensywności wiązki (IMRT), bramkowana, tomoterapia, radioterapia skojarzona z hipertermią i protonowa. Podstawowym problemem polskiej radioterapii jest jej ograniczona dostępność i zbyt długi okres oczekiwania pacjentów, wynikające z niewystarczającej liczby aparatów do radioterapii.

Konsultant krajowy określa zapotrzebowanie systemu ochrony zdrowia na 150 akceleratorów (99 istniejących), uzupełnienie aparatury do brachiterapii oraz wymianę przestarzałych urządzeń, uzupełnienie stacji planowania radioterapii i innych urządzeń.

Niezbędne jest także zwiększenie dostępności dla pacjentów w Polsce do najnowocześniejszej

szych technik i metod radioterapii, takich jak m.in. IMRT, stereotaksja, hipertermia, tomoterapia. Ograniczony jest też dostęp do terapii protonowej (1 ośrodek w kraju wykonujący bardzo ograniczone procedury). W Polsce niedostępna jest także terapia ciężkimi jonami, wykonywana dotychczas przez kilkanaście ośrodków na świecie.

Małoinwazyjna chirurgia, w tym chirurgia robotowa, ma współcześnie także szerokie zastosowanie w onkologii. Metodą laparoskopową dokonuje się usunięcia m.in. raka jelita grubego, raka nerki, trzustki. Według oceny Grupy Roboczej metody małoinwazyjne, oszczędzające są jednak ciągle w sposób niewystarczający wykorzystywane w leczeniu chorób nowotworowych w Polsce. Jedną z podstawowych przyczyn tego stanu rzeczy jest brak korzystniejszego finansowania chirurgii małoinwazyjnej w stosunku do chirurgii klasycznej. Jako bariera w rozwoju oszczędzającej chirurgii onkologicznej w Polsce wskazywany jest także brak współpracy pomiędzy ośrodkami chirurgii onkologicznej a technicznymi ośrodkami naukowymi.

W nowoczesnej chirurgii onkologicznej nie sposób też nie wspomnieć o technologiach i wyrobach medycznych poprawiających jakość życia chorych na nowotwory. Przykładem takiej technologii niedostępnej powszechnie dla polskich pacjentów są stenty dojelitowe, stosowane u pacjentów z zaawansowanym rakiem jelita grubego. Wprowadzenie stentu chroni pacjenta przed operacją, w wyniku której musi mieć najczęściej wykonaną stomię. Ponieważ stenty dojelitowe nie są w Polsce refundowane, dominują operacje z wykonaniem stomii, do której sprzęt jest refundowany pacjentom przez publicznego płatnika. Podobna sytuacja dotyczy protez onkologicznych stosowanych w leczeniu oszczędzającym kończącym w pierwotnych nowotworach kości, gdzie warunkiem kwalifikacji chorego do leczenia oszczędzającego jest uzyskanie indywidualnej zgody płatnika na zastosowanie protezy onkologicznej. Barierą leczenia oszczędzającego u chorych na mięsaki jest również znacznie zaniżona wycena procedur przez NFZ, promująca wykonanie amputacji (jako procedury lepiej finansowanej) zamiast leczenia oszczędzającego kończynę.

Podobnie wygląda problem, jeśli chodzi o małoinwazyjne leczenie chirurgiczne innych scho-

rzeń onkologicznych. Problem dostrzeżono np. w leczeniu chirurgicznym nowotworów klatki piersiowej, dlatego poprawa standardów leczenia operacyjnego w tej dziedzinie jest jednym z priorytetów Narodowego Programu Zwalczenia Chorób Nowotworowych.

W Polsce operowanych jest co roku jedynie 17% chorych na nowo rozpoznanego raka płuca, co w dużym stopniu jest spowodowane późnym rozpoznawaniem tego nowotworu.

Do zwiększenia skuteczności leczenia nowotworów klatki piersiowej w Polsce według ekspertów niezbędne jest podjęcie następujących działań: ujednolicenie dostępu do leczenia operacyjnego w zakresie chirurgii klatki piersiowej we wszystkich regionach kraju z wydeleniem jednego ośrodka referencyjnego w każdym województwie, dostosowanie bazy i standardów wyposażenia klinik i oddziałów do wymogów stawianych przez Unię Europejską oraz wytycznych krajowych, stworzenie narodowego rejestru raka płuca gromadzącego, obok danych epidemiologicznych, informacje o przebiegu i wynikach leczenia, rozwój nowych metod diagnostyki inwazyjnej i leczenia operacyjnego, w tym technik małoinwazyjnych, a także ścisła współpraca torakochirurgów z lekarzami innych specjalności w celu zwiększenia wskaźników resekcjonalności nowotworów klatki piersiowej.

Według ekspertów konieczne jest także stworzenie ogólnopolskiego systemu jakości w zakresie chirurgii onkologicznej w Polsce, poprawy standaryzacji procedur, a także wprowadzenia referencyjności poszczególnych ośrodków.

Przykładem pozytywnych zmian zainicjowanych przez środowisko chirurgów onkologicznych jest propozycja przedłożona Ministerstwu Zdrowia w zakresie utworzenia systemu referencyjności ośrodków chirurgii nowotworów trzustki, przełyku i mięsaków na podstawie standardów jakości leczenia chirurgicznego. W koncentracji leczenia chirurgicznego poszczególnych nowotworów w wyspecjalizowanych ośrodkach upatrywana jest szansa na lepszy dostęp w ramach działalności naukowo-badawczej do najnowszych i najbardziej innowacyjnych technologii leczenia. Projekt ten dotychczas nie doczekał się jednak oficjalnej akceptacji ze strony resortu zdrowia.

NOWOCZESNE LEKI W POLSKIEJ ONKOLOGII

W Polsce chemioterapia chorób nowotworowych dostępna jest w ramach finansowania ze środków publicznych przede wszystkim w formie chemioterapii standardowej, zgodnie z rejestracją poszczególnych leków. Większość najnowszych leków onkologicznych jest dostępna dla pacjentów w ramach finansowania ze środków publicznych specjalnych programów terapeutycznych lub też w ramach tzw. chemioterapii niestandardowej. Obydwie ścieżki dostępności do najnowszych leków onkologicznych obarczone są jednak złożonymi procedurami administracyjnymi, znacznie obniżającymi dostępność pacjentów do nowoczesnej chemioterapii. Zupełnie archaiczna i nieodpowiadająca potrzebom jest również realizacja chemioterapii w Polsce. Podczas gdy w większości krajów świata leczenie to niemal w całości podawane jest w formie ambulatoryjnej, w Polsce przeważa tryb trwającej niejednokrotnie wiele dni hospitalizacji. Jest to spowodowane w dużej mierze istniejącym w Polsce systemem finansowania chemioterapii przez NFZ, który w wielu przypadkach wymusza konieczność hospitalizacji lub przynajmniej stanowi do niej zachętę. Związane z tym koszty budżetowe w dużej części uszczuplają możliwości finansowania nowych procedur leczniczych.

W 2010 roku nastąpił istotny postęp w zakresie dostępności dla pacjentów w Polsce do nowoczesnych terapii szpiczaka mnogiego, o co od dłuższego czasu zabiegały środowiska pacjentów oraz hematolodzy. Nowe podejście do leczenia szpiczaka opiera się na zastosowaniu leków ukierunkowanych nie tylko na komórki szpiczakowe, ale także na interakcje komórka nowotworowa – podścielisko szpiku kostnego. W ciągu ostatnich 10 lat opracowano nowe strategie lecznicze oparte na lekach immunomodulujących, takich jak talidomid i jego nowe analogi, czy bortezomib.

Zdaniem Polskiego Towarzystwa Hematologów i Trasfuzjologów oraz Polskiej Grupy Szpiczakowej wprowadzenie do leczenia w Polsce nowoczesnych leków (talidomid, bortezomib, lenalidomid) jest przełomem w leczeniu szpiczaka mnogiego. Jeszcze w 2010 roku spodziewany

► jest na rynku polskim kolejny lek (bendamustyna) stosowany w terapii przewlekłej białaczki limfatycznej, opornych chłoniaków grudkowych oraz szpiczaka mnogiego, zarejestrowany przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) w 2008 roku. W grupie preparatów z zakresu onkologii, które w latach 2009-2010 nie uzyskały rekomendacji Rady Konsultacyjnej Agencji Oceny Technologii Medycznych kwalifikującej do finansowania ze środków publicznych znalazły się m.in. szczepionki przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego (HPV).

Natomiast wybrane, pozytywne rekomendacje Rady Konsultacyjnej dotyczyły leczenia raka wątrobowokomórkowego przy wykorzystaniu produktu leczniczego sorafenib w ramach terapeutycznego programu zdrowotnego Narodowego Funduszu Zdrowia, jako świadczenia gwarantowanego. Rada uznała, że w podgrupach chorych, zdefiniowanych w proponowanym programie terapeutycznym, terapia raka wątrobowokomórkowego z zastosowaniem sorafenibu charakteryzuje się zadowalającym stosunkiem ryzyka do efektu klinicznego i jest obecnie jedyną opcją terapeutyczną o udokumentowanej skuteczności. Rak wątrobowokomórkowy (ang. *hepatocellular carcinoma*, HCC) rozwija się głównie na podłożu marskości, najczęściej związanej z wirusowym zapaleniem wątroby typu B lub C i odpowiada za niemal 2 tys. zgonów w Polsce.

Tymczasowo pozytywną rekomendację Rady Konsultacyjnej AOTM zyskało także wykorzystanie lapatinibu w terapii uogólnionego raka piersi po niepowodzeniu leczenia trastuzumabem. Z uwagi na wysokie koszty terapii, po 2 latach stosowania będzie ona poddana ponownej ocenie pod kątem celowości jej finansowania z uwzględnieniem wpływu na całkowite przeżycie chorych.

W obszarze leczenia chorób nowotworowych należy zwrócić uwagę, iż od poprzedniego raportu Grupy Roboczej ds. Innowacji w Opiece Zdrowotnej poprawił się dostęp polskich pacjentów do leku trastuzumab (herceptyna).

e-HEALTH W POLSCE

Sytuacja w zakresie dostępności do nowoczesnych technologii informatycznych w Polsce ma się poprawić dzięki realizacji planu informaty-

zacji „e-Zdrowie Polska” do 2015 roku. Pozytywnie należy ocenić – czytamy w raporcie – wszystkie propozycje działań zawarte w planie informatyzacji „e-Zdrowie Polska” do 2015 roku, w szczególności ujednolicenie standardów informatycznych wśród wszystkich świadczeniodawców medycznych, budowę nowoczesnego Systemu Informacji Medycznej pozwalającego na kompleksową rejestrację wszystkich procesów zachodzących w ochronie zdrowia, integrację działających baz i rejestrów, w tym utworzenie nowych, takich jak rejestr aptek, rejestrów zawodów medycznych oraz osób uprawnionych do wykonywania zawodów medycznych, rejestr doskonalenia zawodowego kadra ochrony zdrowia, centralnej bazy wysokospecjalistycznego sprzętu i aparatury medycznej, bazy zarejestrowanych produktów leczniczych, map cyfrowych jednostek ochrony zdrowia, rejestrów pacjentów z wybranymi schorzeniami zdrowotnymi, rozwój elektronicznych systemów kodowania, utworzenie centralnego portalu informacyjnego o zdrowiu, utworzenie systemu monitorowania czasu oczekiwania na świadczenia zdrowotne, rozwój systemu elektronicznej rejestracji, rozwój warunków do świadczenia usług medycznych na odległość, rozwój internetowych szkoleń dla pacjentów oraz personelu medycznego.

REKOMENDACJE GRUPY ROBOCZEJ NA KOLEJNE LATA

Grupa Robocza na rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej zaleca następujące działania, które mają poprawić dostęp polskich pacjentów do nowoczesnej ochrony zdrowia:

Po pierwsze – uczestnictwo naszego kraju w europejskich strategiach innowacyjnego rozwoju (Europa 2020) zarówno przez tworzenie krajowych strategii uwzględniających innowacje jako podstawę przyszłego rozwoju, jak i przez przygotowywanie nowych regulacji prawnych, implementację do polskiego systemu przepisów wspólnotowych Unii Europejskiej oraz przez podjęcie konkretnych działań, wynikających z międzynarodowych zobowiązań dotyczących zwiększenia innowacyjności polskiej gospodarki. Jako że strategie innowacyjnego rozwoju kra-

jów UE w znacznym zakresie obejmują sektor zdrowotny, konieczne jest wypracowanie krajo-wego podejścia do wprowadzania innowacyjno-si w ochronie zdrowia oraz zaprojektowania nowoczesnych i przejrzystych regulacji prawnych zapewniających rozwój innowacji, w szczególności w zakresie prawa medycznego, farma-ceutycznego i podatkowego. W tym mieści się także potrzeba pełnego implementowania do polskiego systemu przepisów wspólnotowych, takich jak m.in. Dyrektywa Rady 89/105/ EWG z dnia 21 grudnia 1988 r. („Dyrektywa Przejrzystości”), określająca standardy administracyjne podejmowania decyzji refundacyjno-cenowych przez organy państwa.

Po drugie – dwa strategiczne dokumenty dotyczące zdrowia: Narodowy Program Zdrowia (2007-2015) oraz Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia w Polsce na lata 2007-2013, opracowana jako dokument towarzyszący realizacji Narodowego Planu Rozwoju, wymagają analizy i oceny realizacji określonych w tych dokumentach priorytetów zdrowotnych.

Po trzecie – poprawa systemu ochrony zdrowia w zakresie zarządzania zarówno na poziomie sektora zdrowotnego jak i na poziomie świadczeniodawców. Jest to konieczne wobec wzrostu obciążen finansowych związanych z rychłym wzrostem grupy osób starszych i chorych przewlekle. W tym celu niezbędne jest z jednej strony wyrównanie dostępności do opieki zdrowotnej we wszystkich regionach kraju przy wprowadzeniu systemu referencyjności ośrodków klinicznych, a z drugiej – standaryzacja procedur, zwiększenie udziału małoinwazyjnych technik i technologii w ochronie zdrowia, indywidualizacja farmakoterapii, zmniejszenie liczby procedur medycznych wykonywanych zaledwie w warunkach szpitalnych

i przesunięcie ich do opieki ambulatoryjnej oraz domowej.

Po czwarte – pilna poprawa systemu gromadzenia i udostępniania informacji o zdrowiu Polaków. W szczególności niezbędne jest prowadzenie wiarygodnych rejestrów chorób, w tym rejestrów poszczególnych nowotworów oraz przypadków cukrzycy, bez których terapia chorych nie będzie ani nowoczesna, ani efektywna.

Wobec licznych przypadków braku wiarygodnych danych epidemiologicznych w zakresie najczęściej występujących chorób cywilizacyjnych, a szczególnie nowotworów i cukrzycy, niezbędną ➤



JEDNA MARKA WSPÓLNA SIŁA

DLA PACJENTA

- + PAYBACK – unikalny Program Bonusowy dla Twoich Pacjentów dostępny Tylko w APTEKA1
- + możliwość zbierania punktów u wielu Partnerów PAYBACK z różnych branż
- + punkty promocyjne PAYBACK i atrakcyjne promocje cenowe wsparte bezpłatnymi materiałami informacyjnymi



DLA APTEKI

- + trzy Poziomy Uczestnictwa w Programie – im wyższy poziom tym więcej korzyści
- + pakiet do wizualizacji Apteki z zewnątrz i wewnątrz lokalu
- + bogata oferta szkoleniowa dla personelu Apteki z zakresu farmacji i prowadzenia biznesu
- + specjalna Infolinia z fachowym poradnictwem dotyczącym codziennej pracy w Aptece



Jeżeli chcesz dowiedzieć się więcej:

- ⬆ skontaktuj się z Przedstawicielem Handlowym PHOENIX Pharma Polska Sp. z o.o.
- ✉ wyslij zapytanie na adres: info@apteka1.com.pl
- 👤 wejdź na www.apteka1.com.pl
- ⬇ skontaktuj się z Koordynatorem Programu APTEKA1 dzwoniąc pod numer telefonu: +48 605 970 968

APTEKA 1
PAYBACK

► jest zdecydowana poprawa systemu gromadzenia i udostępniania informacji o zdrowiu Polaków, wykonywaniu badań bilansowych stanu zdrowia (szczególnie dzieci i młodzież) oraz prowadzenie rejestrów najczęstszych chorób. Niezbędne są także systematyczne badania oceniające stan zdrowia Polaków.

Po piąte – funkcjonowanie sprawnego sektora zdrowotnego we współczesnym świecie wymaga szerokiego zastosowania technologii informatycznych; e-health, neuroinformatyki oraz telemedycyny. Potrzebne jest wypracowanie praktycznej koncepcji wdrażania efektywnych rozwiązań w tym zakresie, wychodzących na przeciw potrzebom koordynacji działań w opiece medycznej oraz dążenie do zniwelowania ograniczeń w odniesieniu do zasobów kadry medycznej i opiekuńczej. Niezbędne jest zapewnienie środków finansowych na rozwój tych dziedzin, jak również stworzenie warunków prawnych regulujących kwestie świadczenia usług medycznych na odległość.

Po szóste – system ochrony zdrowia w Polsce jest w długim okresie niedostatecznie finansowany, co utrudnia modernizację infrastruktury, poprawę wyposażenia, dostateczne kształcenie kadra oraz szersze stosowanie nowoczesnych i skutecznych metod terapii. Potrzebna jest profesjonalna debata ekspercka i społeczna o zasadności i możliwościach wzrostu środków na ochronę zdrowia. Wobec utrzymującej się nierównowagi między przychodami i wydatkami na ochronę zdrowia przy wzrastających trudnościach w dostępie do usług zdrowotnych, konieczne jest pilne i uczciwe postawienie problemu konieczności wzrostu źródeł publicznych albo wprowadzenia dodatkowych, w tym prywatnych źródeł zasilenia ochrony zdrowia w środki finansowe.

Z pewnością na taki niezbyt budujący obraz naszego systemu opieki zdrowotnej w omawianym raporcie – diagnozie miał wpływ fakt, iż ostatnie dwa lata, w przedziale których raport Grupy Roboczej został sporządzony, to okres światowego kryzysu gospodarczego, który nie pozostał bez wpływu na dynamikę rozwoju ochrony zdrowia i jej dostępność w naszym kra-

ju. „Trudności gospodarcze nie powinny być jednak usprawiedliwieniem dla ograniczeń w dostępności do świadczeń zdrowotnych, zarówno tych powszechnie wykonywanych, jak i tych nowoczesnych, ulepszonych i zmodernizowanych, warunkujących realny postęp w ratowaniu życia i zdrowia” – warto powtórzyć za autorami raportu.

Czy wnioski i rekomendacje wypracowane w raporcie – jak chcą jego autorzy – posłużą do poważnej debaty publicznej na temat sytuacji polskich pacjentów w zakresie dostępności do nowoczesnej medycyny, w szczególności efektywności czynionych w tym obszarze inwestycji publicznych i prywatnych, jak również prawnych i instytucjonalnych barier oraz szans w upowszechnianiu w praktyce klinicznej nowoczesnych rozwiązań, technologii, leków, wyrobów medycznych, pokaże najbliższa przyszłość.

Adres do korespondencji:

Redakcja
„Czasopisma Aptekarskiego”
04-337 Warszawa, ul. Obarowska 23/2
tel. 22 879 98 69

JEDNA MARKA
WSPÓLNA SIŁA

DLA PACJENTA



- ⊕ **PAYBACK** – unikalny Program Bonusowy dla Twoich Pacjentów dostępny TYLKO w APTEKA1
- ⊕ możliwość zbierania punktów u wielu Partnerów PAYBACK z różnych branż
- ⊕ punkty promocyjne PAYBACK i atrakcyjne promocje cenowe wsparcie bezpłatnymi materiałami informacyjnymi



DLA APTEKI



- ⊕ trzy Poziomy Uczestnictwa w Programie – im wyższy poziom tym więcej korzyści
- ⊕ pakiet do wizualizacji Apteki z zewnątrz i wewnętrz lokalu
- ⊕ bogata oferta szkoleniowa dla personelu Apteki z zakresu farmacji i prowadzenia biznesu
- ⊕ specjalna **Infolinia** z fachowym poradnictwem dotyczącym codziennej pracy w Aptece



Jeżeli chcesz dowiedzieć się więcej:

- ❶ skontaktuj się z Przedstawicielem Handlowym PHOENIX Pharma Polska Sp. z o.o
- ❷ wyślij zapytanie na adres: info@apteka1.com.pl
- ❸ wejdź na www.apteka1.com.pl
- ❹ skontaktuj się z Koordynatorem Programu APTEKA1 dzwoniąc pod numer telefonu: +48 605 970 968



Biostymina®

Większa odporność z każdą kroplą



Biostymina® to naturalny sposób na odporność:



SKUTECZNOŚĆ

Badania wskazują, że Biostymina® powoduje*:
• zwiększenie liczby limfocytów T i B oraz przeciwciał krążących we krwi
• pobudza aktywność fagocytarną układu odpornościowego



APLIKACJA DOUSTNA

Postać płynna ma lepszą dostępność biologiczną w ustroju od postaci stałej, ponieważ szybciej się wchłania



PRODUKT NATURALNY

Forma sterylnnej ampułki zapewnia 100% naturalności. Produkt zawiera czysty wyciąg płynny ze świeżych liści aloesu drzewiastego

* Skopińska-Różewska E.: Sprawozdanie z badań immunotropowej aktywności Biostyminy. Zakład Immunologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. Warszawa 2002

Skład: w 1 ml płynu znajduje się 1 ml substancji czynnej wyciąg płynny ze świeżych liści aloesu drzewiastego (1:4). Rozpuszczalnik ekstrakcyjny: woda. *Aloe arborescens folium recens extractum fluidum* (1:4). Solvens ad extractionem: aqua. **Postać farmaceutyczna:** płyn doustny. **Wskazania do stosowania:** infekcje górnych dróg oddechowych o podłożu bakteryjnym i wirusowym, pomocniczo w nawracających zakażeniach górnych dróg oddechowych i innych, rozpoznanych przez lekarza, stanach obniżonej odporności. **Dawkowanie i sposób podania:** dorosły: 1 ml (1 ampulkę) dziennie lub co drugi dzień; dzieci powyżej 5. roku życia: 0,5 ml (pół ampulki) dziennie lub co drugi dzień. **Czas trwania terapii:** 10-20 dni; w razie potrzeby powtórzyć kurację po 4-tygodniowej przerwie. **Przeciwskazania:** uzupełnianie na preparat, postępujące choroby układowe: białaczka, kolagenozy, gruźlica, choroby rozrostowe i autoagresji. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** nie stosować w postaci iniekcji. **Działania niepożądane:** dotychczas nie stwierdzono. **Produkt leczniczy wydawany bez recepty.** Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu – R/0081. Podmiot odpowiedzialny: PhytoPharm Kłęka SA, Kłęka 1, 63-040 Nowe Miasto nad Wartą.