

recepta.pl

NUMER 1 (230) LUTY-MARZEC 2020

ISSN 2543-7615



TECHNIKI

PRODUKTYWNEGO FARMACEUTY

STR. 18



KOLEJNA EDYCJA FARMACEUTÓW BEZ GRANIC ZA NAMI

STR. 8



ILE CZASU DLA PACJENTA?

STR. 12



NOWE LEKI IMMUNOSUPRESYJNE

STR. 42



Szanowni Państwo,

Na dobre już rozpoczęty rok 2020 przynosi nowe wyzwania i nadzieje. Ministerstwo Zdrowia zapowiada rozpoczęcie w połowie roku pilotażu opieki farmaceutycznej opartej o systemy CSIOZ. Rozważane jest uznanie przeglądów lekowych za świadczenie gwarantowane. Resort rozważa również rozstrzygnięcie kwestii finansowania nocnych i świątecznych dyżurów aptecznych, aczkolwiek uzależnia to od wyników analizy map potrzeb zdrowotnych. Według naszych najnowszych informacji (numer zamykamy do druku) projekt ustawy o zawodzie farmaceuty został przyjęty przez Radę Ministrów i skierowany do Sejmu.

Rozpoczyna się również kolejna kadencja władz samorządu aptekarskiego. Prezes NRA Elżbieta Piotrowska-Rutkowska zapowiedziała po zwycięskich wyborach, że wśród priorytetów, tj. uznania opieki farmaceutycznej za świadczenie z budżetu NFZ i finansowania dyżurów aptek, znajdą się ponownie sprawy ograniczenia sprzedaży pozaaptecznej oraz nowelizacji ustawy refundacyjnej zmierzającej do urealnienia marży na leki refundowane.

E-recepta staje się obowiązującą postacią recepty lekarskiej. Mimo oporów i technicznych problemów – na przełomie roku dopiero 65% placówek medycznych podłączyła się do systemu P1 – zwiększy radykalnie możliwości racjonalnego zarządzania w systemie ochrony zdrowia, a również otworzy nowe możliwości w zakresie opieki farmaceutycznej.

W niniejszym numerze zastanawiamy się ponadto, ile czasu należy poświęcić pacjentowi, a także jakimi metodami zwrócić jego uwagę na asortyment produktów dostępnych w aptece.

Zapraszam do lektury,

Tomasz Osadowski
redaktor naczelny

SPIS TREŚCI

NUMER 1 (230) LUTY-MARZEC 2020

AKTUALNOŚCI

- 02 Aptekarze wybrali władze na najbliższe cztery lata i inne newsy
- 08 Kolejna edycja Farmaceutów bez Granic za nami
- 09 E-recepta stała się faktem

PORADNIK

- 10 Społeczny sposób na nieprzekonanych
- 12 Ile czasu dla pacjenta?
- 16 Pożyteczne przeszkody
- 18 Techniki produktywnego farmaceuty
- 20 Wykorzystaj swoje talenty
- 23 Zero Waste – o pożądanym trendzie, który opłaca się nie tylko planecie

OPIEKA FARMACEUTYCZNA W PRAKTYCE

- 24 Pacjent z zespołem jelita drażliwego w aptece
- 27 Preparaty immunostymulujące z perspektywy farmaceuty

NOWOCZESNA RECEPTURA

- 30 O wykorzystaniu leku recepturowego w ginekologii, cz. II

ZDROWIE

- 39 Analizujemy przypadek pacjenta [2, 3]
- 42 Nowe leki immunosupresyjne
- 46 Notatnik farmaceuty
- 52 β -glukany w sezonie infekcyjnym
- 54 Celiakia – postępowanie dietetyczne
- 58 Zioła w chorobach skóry

WHY NOT?

- 60 Z pacjentem po angielsku

INSPIRACJE

- 62 Filmy: „Pan T.”, „Na noże”
- 63 Książki: „Christine. Powieść o Krystynie Skarbek”, „Poniemieckie”
- 64 Smak życia: Na wszelki wypadek

Czasopismo Polskiej Grupy Farmaceutycznej przeznaczone dla aptekarzy ukazuje się od roku 2000. Do roku 2017 wydawane było pod tytułem „Bez Recepty. Magazyn PGF”.

Dwumiesięcznik „Recepta.pl” zawiera treści skierowane wyłącznie do farmaceutów i osób prowadzących zaopatrzenie w produkty lecznicze.

WYDAWCA
Recepta.pl Sp. z o.o.
ul. Zbąszyńska 3, 91-342 Łódź

Redaktor naczelny:
Tomasz Osadowski, tel. 607 067 675
tomasz_osadowski@pgf.com.pl

REKLAMA
Dział Zakupów PGF S.A.

PROJEKT WYKONANIE PRZYGOTOWANIE DO DRUKU
360 Content Team, Time SA
www.360contentteam.pl

DRUK
Lotos Poligrafia Sp. z o.o.
ul. Wał Miedzeszyński 98
04-987 Warszawa

Opisy produktów przedstawionych w reklamach i artykułach sponsorowanych zostały przygotowane przez producentów. Zdjęcia prezentowanych produktów mogą nieznacznie odbiegać od rzeczywistości.

BĄDŹ EKOLOGICZNY. WYRZUCAJĄC PAPIER, WYBIERZ ODPOWIEDNI POJEMNIK.



APTEKARZE WYBRALI WŁADZE NA NAJBLIŻSZE CZTERY LATA

MGR FARM. ELŻBIETA PIOTROWSKA-RUTKOWSKA PRZEZ KOLEJNĄ KADENCJĘ KIEROWAĆ BĘDZIE SAMORZĄDEM APTEKARSKIM.

Wtrakcie VIII Krajowego Zjazdu Aptekarzy prezes NIA poprzedniej kadencji ponownie uzyskała poparcie większości delegatów (267 z 334 oddanych głosów). Funkcje wiceprezesów Naczelnej Rady Aptekarskiej objęli mgr farm. Małgorzata Pietrzak oraz ponownie mgr farm. Marek Tomków i mgr farm. Michał Byliniak. Wśród priorytetów rozpoczynającej się kadencji prezes Elżbieta Piotrowska-Rutkowska wskazała na kilka kluczowych dla środowiska obszarów. Pierwszym z nich jest współpraca z decydentami na rzecz uznania opieki farmaceutycznej jako świadczenia gwarantowanego, finansowanego z budżetu NFZ. Zdaniem prezes NRA konieczne

jest również rozstrzygnięcie kwestii dyżurów aptek oraz wypracowanie nowelizacji ustawy refundacyjnej, która

nie tylko podniosłaby marżę na leki refundowane, ale również pozwoliłaby aptekom na jej liczenie nie od limitu, ale faktycznej ceny preparatu. Samorząd chce również wrócić do tematu sprzedaży pozaaptecznej i zapowiada, że będzie dążyć do ograniczenia nie tylko wielkości opakowań, ale również listy leków dostępnych poza aptekami.

„Chcemy również przeciwdziałać tzw. słupowaniu farmaceutów. Jednym z zadań na najbliższą kadencję jest także uproszczenie digitalizacji np. umożliwienie aptekarzom wysyłania sprawozdań refundacyjnych w wersji elektronicznej” – zaznaczyła Elżbieta Piotrowska-Rutkowska.



Prezes NRA – mgr farm. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska

NAKLEJKA „TU ZREALIZUJESZ E-RECEPTĘ” NIE NARUSZA ZAKAZU REKLAMY APTEK

ŚLĄSKI WOJEWÓDZKI INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY W KATOWICACH UMORZYŁ W CAŁOŚCI POSTĘPOWANIE ADMINISTRACYJNE.

Postępowanie to efekt skargi na aptekę sieciową, która umieściła naklejkę przy drzwiach wejściowych placówki – „Tu zrealizujesz e-receptę”. Zdaniem osoby zgłaszającej sytuację – takie działanie miało znamiona

niedozwolonej reklamy apteki i zachętało pacjentów do zakupu w danej placówce.

WIF nie podzielił tej argumentacji przychyłając się do argumentów podniesionych przez pełnomocnika apteki. Wskazał on, że treść naklejki opracowana została

przez resort zdrowia i jest elementem rządowej kampanii informacyjno-edukacyjnej dotyczącej e-recepty. W uzasadnieniu odniesiono się także do wyroku Sądu Najwyższego, że wypowiedź jest reklamą, gdy nadwarstwą informacyjną przeważa

zachęta do nabycia towaru – „taki cel przyświeca nadawcy wypowiedzi i tak odbiera ją przeciętny odbiorca, do którego została skierowana”. Odnosząc się do takich argumentów WIF finalnie uznał wszczęte postępowanie za bezprzedmiotowe.

DYŻURY APTEK **BĘDĄ PŁATNE?**

WICEMINISTER ZDROWIA MACIEJ MIŁKOWSKI ZAPOWIEDZIAŁ, ŻE PLANOWANE JEST ROZSTRZYGNIĘCIE W SPRAWIE FINANSOWANIA NOCNYCH I ŚWIĄTECZNYCH DYŻURÓW APTEK.

Pomocne w tej kwestii będą informacje uzyskiwane z DDR (Dokumentów Realizacji Recepty), które w styczniu 2019 roku zastąpiły wcześniejszy sposób otaksowania recept. Wiceminister zapowiedział, że resort ma już koncepcję rozwiązania tego

problemu na styku aptek i jednostek samorządu terytorialnego. Przewiduje, że apteki dyżurujące otrzymają refinansowanie kosztów. Wiążące propozycje przedstawione zostaną jednak dopiero po przeprowadzeniu systemowej analizy w ramach map potrzeb zdrowotnych.



E-ZLECENIA ODDALONE W CZASIE

RESORT ZDROWIA ZDECYDOWAŁ SIĘ NA ODROTCZENIE WEJŚCIA W ŻYCIE ELEKTRONICZNEGO ZLECENIA NA WYROBY MEDYCZNE.

Nową datą wskazaną jako graniczną dla wystawiania zleceń na starych, papierowych drukach jest 1 kwietnia. Do tego czasu NFZ będzie honorował zarówno

zlecenia na starych, jak i nowe, elektroniczne dokumenty. Pierwszy z nich pacjent będzie musiał potwierdzać w oddziale NFZ, drugi natomiast potwierdzony zostanie elektronicznie.

Agnieszka Kister, dyrektor Departamentu e-Zdrowia w Ministerstwie Zdrowia, zapewniła, że do końca 2020 r. realizacja zleceń będzie mogła być przeprowadzana dwutorowo.

NFZ przypomina, że w przypadku realizacji zleceń wystawionych przed 31 grudnia 2019 r. oryginały zleceń powinny zostać przekazane do oddziałów wojewódzkich NFZ, natomiast zlecenia wystawione po 1 stycznia 2020 r. pozostają u świadczeniodawcy, który realizuje zlecenie. Wyjątkiem są stare wzory zleceń wystawione w ramach ważnej karty pacjenta - te powinny zostać przekazane do NFZ.

LEKOWE WYZWANIA NOWEJ KOMISARZ UE

BRAKI LEKÓW TO JEDEN Z KLUCZOWYCH TEMATÓW DLA STELLI KYRIAKIDES, NOWEJ UNIJNEJ KOMISARZ DS. ZDROWIA I BEZPIECZEŃSTWA ŻYWNOSCI.

Jednym z systemowych rozwiązań problemu braku dostępności leków, jaki doświadczają aktualnie wspólnota europejska, ma być wspólna polityka lekowa. Komisarz Kyriakides

planuje również dalsze prace nad stworzeniem wspólnej unijnej oceny HTA. „W pełni rozumiem obawy związane z dostępem do leków, jakie pojawiają się wśród europejskich pacjentów. Moją

misją jest zebranie wszystkich interesariuszy przy jednym stole w celu poprawy dostępności i przystępności cenowej leków” – zaznaczyła komisarz. W swoim pierwszym wystąpieniu odniosła

się również do kwestii istotnych dla rynku wyrobów medycznych, który w maju tego roku będzie musiał implementować unijne rozporządzenie w sprawie wyrobów medycznych (MDR). „Czekamy na jeszcze wiele pracy, ale wspólnie pracując i nie marnując czasu jestem pewna, że będziemy w stanie zaimplementować tę regulację w wyznaczonym czasie” – wskazała Stella Kyriakides.

PILOTAŻ OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ OD 1 LIPCA – JAK BĘDZIE WYGLĄDAĆ INTERFEJS APTEKARZA?

PILOTAŻ OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ RUSZY PRAWDOPODOBNIEM W POŁOWIE ROKU.

Z danie wiceministra zdrowia Macieja Mitkowskiego jest szansą, by program pilotażu opieki farmaceutycznej uruchomić już 1 lipca 2020 r. razem z pilotażem POZ Plus. Obecnie w CSIOZ trwają prace nad makietą systemu

i formularza przeglądu lekowego. W formularzu, który wypełniać będzie farmaceuta, oprócz danych demograficznych zamieszczone będą również szczegółowe dane kliniczne, informacje na temat stylu życia (wzrost, BMI, rodzaj diety, rodzaje używek),

a także informacje o przyjmowanych lekach (wraz ze sposobem ich przechowywania, dawkowania i przyjmowania).

„Opieka farmaceutyczna jest elementem ustawy o zawodzie farmaceuty, ale w projekcie została ona nakreślona w formie

ramowej. Jestem przekonany, że system ochrony zdrowia potrzebuje chociaż takiego minimum, jak przeglądy lekowe. To w naszym odczuciu mogłoby stać się docelowo świadczeniem gwarantowanym” – ocenił Maciej Mitkowski.



BRAK FARMACEUTY W APTEKACH? PLACÓWKI STRACIŁY ZEZWOLENIA

TRZY APTEKI NA TERENIE WOJEWÓDZTWA ZACHODNIOPOMORSKIEGO STRACIŁY ZEZWOLENIA PO TYM, JAK INSPEKTORZY WOJEWÓDZKIEJ INSPEKCJI FARMACEUTYCZNEJ NIE ZASTALI W NICH MAGISTRÓW FARMACJI.

Pierwsza z aptek problemy z obsadą miała już w 2017 r. Po pierwszej kontroli i zaleceniach dotyczących zapewnienia obsady w placówce nadal zdarzały się sytuacje braku personelu fachowego i przy kolejnej, doraźnej kontroli WIF wszczął postępowanie w sprawie cofnięcia placówce zezwolenia na działalność.

Dwie pozostałe apteki wytypował do kontroli GIF. Podstawą

było stwierdzenie, że jeden magister farmacji wykonywał jednocześnie czynności fachowe w systemach informatycznych w czterech placówkach. W kontrolowanych aptekach stwierdzono uchybienia związane z prowadzeniem książki ewidencji personelu. Zdaniem WIF i wbrew tłumaczeniom właściciela, brak personelu fachowego w placówkach nie miał charakteru incydentalnego.

PODATEK OD REKLAMY SUPLEMENTÓW DIETY – RZĄD WYCOFUJE SIĘ Z POMYSŁU

NA OSTATNIEJ PROSTEJ Z RZĄDOWEGO PROJEKTU USTAWY WPROWADZAJĄCEJ PODATKI OD „GRZECHÓW”, TJ. CUKRU ORAZ NAPOJÓW ALKOHOLOWYCH O POJEMNOŚCI DO 300 ML, WYCOFANO PODATEK OD REKLAMOWANIA SUPLEMENTÓW DIETY.

Sektor suplementów diety, agencje, domy mediowe i telewizja są raczej zadowolone z nowej wersji projektu ustawy „podatek cukrowy”. Na razie Ministerstwo Zdrowia chce zobaczyć, jak branża wdroży samoregulację i to podda ocenie – poinformował Arkadiusz Pączka, zastępca dyrektora generalnego Pracodawców RP i jednocześnie szef Centrum Monitoringu Legislacji Pracodawców RP. Jego zdaniem wcześniej zaproponowane regulacje wdrażające podatek od reklam suplementów diety zostaną przeniesione do innego projektu. Producenci suplementów argumentowali, że stawianie na równi

alkoholu, napojów z dodatkiem substancji o właściwościach słodzących i aktywnych z suplementami diety, jest działaniem nieuzasadnionym. Co więcej, taka regulacja zdaniem Ewy Jankowskiej, prezes Polskiego Związku Producentów Leków Bez Recepty PASMI, miałaby negatywne przełożenie na rynek polskich przedsiębiorców, w szczególności z sektora małych i średnich przedsiębiorstw. „Obowiązek uiszczania opłat nie przyczyni się ani do zmniejszenia liczby reklam suplementów diety, ani nie wpłynie na prozdrowotne zachowania konsumentów” – oceniła przedstawicielka branży.



WHO O WYZWANIACH ZDROWOTNYCH NA NAJBLIŻSZE 10-LECIE

ŚWIATOWA ORGANIZACJA ZDROWIA WYTYPOWAŁA NAJWAŻNIEJSZE WYZWANIA ZDROWOTNE NA NAJBLIŻSZE DZIESIĘCIOLECIE.

Zdaniem WHO istotną kwestią będzie zwalczanie nierówności w dostępie do leków, szczepionek oraz narzędzi diagnostycznych. Eksperti zwracają uwagę, że problem ten jest wielowymiarowy i dotyczy zarówno faktycznej dostępności

do leków, jak również barier ekonomicznych. Organizacja wskazała, że jedną z ważniejszych kwestii będzie dalsze zwalczanie procederu fałszowania leków, a także wspieranie państw o niskich dochodach w zapewnieniu swoim mieszkańcom produktów

lecniczych spełniających normy jakościowe.

Ważnym wyzwaniem zdrowotnym dziesięciolecia jest ochrona antybiotyków i działania na rzecz redukcji antybiotykoodporności. WHO wskazuje, że pracując z międzynarodowymi i narodowymi

instytucjami chce w załączku zredukować problem antybiotykoodporności występujący w środowisku, rolnictwie oraz produkcji zwierzęcej. Jednocześnie organizacja wspiera badania i prace rozwojowe dotyczące opracowania nowych antybiotyków.

KOLEJNA EDYCJA FARMACEUTÓW BEZ GRANIC ZA NAMI

TEKST: MGR FARM. EWELINA DRELICH / FOTO: ARCHIWUM PGF SA

WARSZTATY IV EDYCJI PROGRAMU SZKOLENIOWEGO „FARMACEUCI BEZ GRANIC” ODBYŁY SIĘ W GRUDNIU W WARSZAWIE, ŁODZI I KATOWICACH. ŁĄCZNIE UCZESTNICZYŁO W NICH PONAD 300 FARMACEUTÓW. TEMATEM SZKOLEŃ W TYM ROKU BYŁA KOMUNIKACJA I PROFESJONALIZM W OPIECE FARMACEUTYCZNEJ.

Kurs adresowano zarówno do farmaceutów pracujących w aptekach ogólnodostępnych, szpitalnych, jak również nauczycieli akademickich i studentów farmacji przygotowujących się do wykonywania zawodu. Wybór tematu warsztatów nie był przypadkowy. Do nawiązania pozytywnych i pro-

Główny ciężar warsztatów spoczywał na doc. dr Arijanie Meštrović, trenerce w zakresie umiejętności komunikacji, prezentacji i sprzedaży. Jako farmaceutka w aptece ogólnodostępnej przepracowała 14 lat, po czym objęła zarządzanie edukacją oraz rozwojem kompetencji farmaceutów w największej sieci aptek w Chorwacji. W trakcie

O wyzwaniach związanych z budowaniem relacji z pacjentem bazującej na wiedzy medycznej opartej na faktach (Evidence Ba-

Mgr farm. Karolina Arciszewska podzieliła się natomiast swoimi doświadczeniami w zakresie komunikacji pomiędzy lekarza-

**KOMUNIKACJA STAJE SIĘ KLUCZOWĄ,
OBOK WIEDZY FARMACEUTYCZNEJ,
KOMPETENCJĄ W OPIECE ZDROWOTNEJ.**

duktywnych relacji z pacjentem farmaceuta potrzebuje doskonalić umiejętności w zakresie komunikacji – zarówno bezpośredniej, ustnej, jak i pisemnej. Skuteczna komunikacja z pacjentem jest niezbędna i, jak pokazują badania, wpływa pozytywnie na wyniki zdrowotne pacjentów. Głównym celem warsztatów było zainspirowanie uczestników i wskazanie im metod doskonalenia własnych praktyk.

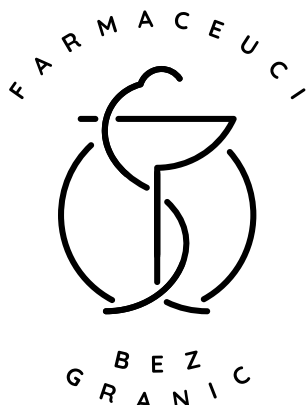
warsztatów Meštrović wielokrotnie podkreślała, że wykonywanie zawodu farmaceuty nie może polegać wyłącznie na wydawaniu leków. Wdrożenie nowych usług, np. opieki farmaceutycznej jest związane ze zdobyciem przez farmaceutę nowych umiejętności, w tym w zakresie asertywnej komunikacji i informacji zwrotnej. Komunikacja staje się kluczową, obok wiedzy farmaceutycznej, kompetencją w opiece zdrowotnej.



OD LEWEJ: ARIJANA MEŠTROVIĆ, WICEPREZES NIA MICHAŁ BYLINIAK, DR N. FARM. PIOTR MERKS

sed Medicine) mówił dr n. farm. Piotr Merks, wskazując na ważną rolę umiejętności komunikacyjnych. Dr n. med. Walentyn Pankiewicz w swoim wykładzie skupił się na recepturze aptecznej, która wydawałoby się jest już zanikającą dziedziną w polskich aptekach.

mi i farmaceutami. W trakcie jej 7-letniej praktyki nie zdarzyło się, aby jakkolwiek lekarz odmówił współpracy. Wręcz przeciwnie, lekarze okazują się bardzo wdzięczni za to, że farmaceuci sami wychodzą z inicjatywą współpracy w celu poprawy stanu



zdrowia i jakości życia pacjentów. Warsztaty „Farmaceuci bez Granic” były świetną okazją do rozdziania farmaceutom uczestniczącym w projektach badawczych nagród w kategoriach: Lider Innowacji 2019, Aptechny Champion 2019 oraz Aptechny Zespół 2019.

Trafiły one do farmaceutów z Łodzi, Katowic oraz Gdańska. Serdecznie dziękujemy za wsparcie w rozwoju naszych projektów. Wydarzenie nie mogłoby się odbyć bez wsparcia i pomocy organizacyjnej Polskiej Grupy Farmaceutycznej, za co bardzo

dziękujemy. Już dziś zapraszamy serdecznie na kolejną, planowaną na maj 2020 r., edycję „Farmaceutów bez Granic”. Jej tematem przewodnim będzie „Przywództwo w opiece zdrowotnej”. Patronaty i wsparcie: Ks. Rektor

Stanisław Dziekoński, Uniwersytet Kardynała Stanisława Wyszyńskiego, Wydział Farmaceutyczny Centrum Medyczne Uniwersytetu Mikołaja Kopernika w Bydgoszczy, Polska Grupa Farmaceutyczna SA, firmy Amara Sp. z o.o., Qpharma Sp. z o.o., Herbapol Poznań, S-Lab.

E-RECEPTA STAŁA SIĘ FAKTEM

OD 8 STYCZNIA LEKARZE MAJĄ OBOWIĄZEK
WYSTAWIANIA RECEPT W FORMIE
ELEKTRONICZNEJ.

Od rozpoczęcia pilotażu w maju 2019 r. lekarze wystawili 63 mln elektronicznych dokumentów. Jak informuje CSIOZ w pierwszym dniu obowiązywania systemu w pełnym zakresie wystawiono ponad 2 mln e-recept. Resort zdrowia i samorząd aptekarski szacują, że do końca roku w aptekach zrealizowanych zostanie nawet 750 mln e-druków. Sukces wdrożenia rozwiązania będzie jednak zależał od usunięcia nadal pojawiających się

błędów, które w ocenie farmaceutów wymagają walidacji na poziomie programów obsługujących gabinety lekarskie. Niektóre z wykorzystywanych przez lekarzy programów do wystawiania e-recept dopuszczają takie błędy, jak brak kompletnego numeru PESEL, czy też niewłaściwe dawkowanie leków. W aptekach nadal funkcjonować mogą w określonych przypadkach recepty na starych, papierowych drukach. Resort zdrowia dopuścił bowiem taką



możliwość w odniesieniu do recept pro auctore i pro familiae, jak również w sytuacji braku dostępu do systemu e-zdrowie w wyniku jego awarii bądź braku dostępu do internetu, czy też w przypadku recept w ramach tzw. importu docelowego. Do końca 2020 roku w aptekach będą się również pojawiać transgraniczne recepty papierowe. „Recepta wystawiona w postaci papierowej również w innych niż ww. przypadkach będzie mogła być zrealizowana tak

jak dotychczas w każdej aptece, w tym lek będzie mógł być objęty refundacją. Tym samym wdrożenie nowych rozwiązań nie utrudni pacjentom dostępu do leków” – zapewnia resort zdrowia. Okazuje się jednak, że część z papierowych druków recept może pochodzić z placówek, które nie podłączyły się do systemu P1. Z informacji CSIOZ wynika, że na przełomie roku do P1 podłączonych było zaledwie 65 proc. placówek medycznych i blisko 60 proc. lekarzy.

SPOŁECZNY SPOSÓB NA NIEPRZEKONANYCH

TEKST: ARTUR STEFANOWICZ / FOTO: SHUTTERSTOCK

SPOŁECZNY DOWÓD SŁUSZNOŚCI JEST PRZYDATNYM ARGUMENTEM PODCZAS REKOMENDACJI PRODUKTÓW.

Aniechaj naród wie, że Polacy nie gęsi, iż swój język mają – ten z pewnością znany cytat z dzieł Mikołaja Reja jest nie tylko potwierdzeniem siły polskiej kultury, ale ma także inny, choć również społeczny wymiar. Jako naród zastrzegamy sobie prawo do odrębności w skali makro, np. na arenie międzynarodowej, bardzo podobnie dzieje się także w skali mikro, np. w kontaktach międzyludzkich. Przykładów z życia, gdy bronimy swojej odrębności, jest aż nadto, co jedynie potwierdza fakt, że lubimy mieć nie tylko własny język, ale przede wszystkim własne zdanie.

Jak przetłamać opór?

Cóż zatem ma zrobić farmaceuta, który chce znaleźć najlepsze rozwiązanie dla pacjenta stojącego przed pierwszym stołem, ale spotyka się z jego oporem? Takie sytuacje przeżywają Państwo na co dzień, gdy rekomendacja fachowca spotyka się z „kręceniem nosem” lub zawieszonym w przestrzeni „hmm”. Na nic zdają się ekspozycje produktów przygotowane zgodnie z zasadami merchandisingu aptecznego, na nic perfekcyjnie

oznakowane półki apteczne i wzorowo skrojony fartuch. W takich sytuacjach, żeby przekonać nieprzekonanego, należy sięgnąć po inne, sprawdzone narzędzia komunikacyjne.

Wyobraźmy sobie sytuację, gdy do apteki wchodzi pacjent w dojrzałym wieku i potrzebuje produktu farmaceutycznego dedykowanego wyłącznie jego grupie wiekowej. Ta grupa pacjentów jest atrakcyjna dla producentów leków, wobec czego w aptece znajduje się wiele różnych marek produktów. Pacjent jest w lekkiej rozterce i potrzebuje pomocy farmaceuty. Ma jednak pewien

produkt znajdujące się w koszu wyprzedażowym, ale za chwilę włączy się w rozmowę, żeby wyrazić swoją opinię i udzielić „najlepszej z rad”.

Mechanizmy psychiki a proces decyzji

Zanim wskażemy rekomendowaną ścieżkę postępowania dla farmaceuty, musimy na chwilę przyrzeć się mechanizmom funkcjonowania ludzkiej psychiki. Otóż, według niezliczonej ilości badań, proces decyzyjny jaki zachodzi w naszych umysłach, to bardzo logiczny układ.

REKOMENDUJĄC PRODUKT NALEŻY WSKAZAĆ, KTÓRY Z PROPONOWANYCH MA NAJLEPSZĄ OPINIĘ WŚRÓD INNYCH PACJENTÓW LUB KTÓRY Z NICH JEST NAJCHĘTNIEJ WYBIERANY.

kłopot, ponieważ osoba w białym fartuchu jest bardzo miła, ale też bardzo młoda, i z pewnością nie ma doświadczenia w rozwiązywaniu problemów zdrowotnych właściwych dla podeszłego wiekiem. Żeby wyostrzyć tę sytuację, można dodać, że w aptece znajduje się jeszcze jedna osoba, która skrupulatnie przegląda

Najpierw otrzymujemy jakiś bodziec – wzrokowy, słuchowy czy związany z innym zmysłem percepcji, a następnie odbywa się przetwarzanie tych sygnałów i po milisekundach następuje reakcja. Wszystko to czysta fizyka, która przetwarza impulsy elektryczne w siłę sprawczą. W wielu przypadkach zjawiska



te odbywają się podświadomie, nasza reakcja jest automatyczna, np. cofanie ręki, gdy dotknijemy gorącego naczynia. Jeśli jednak do głosu dochodzi nasza świadomość, to proces nie wygląda już tak prosto. Często potrzebujemy wielu bodźców, żeby wywołać reakcję. Zależy to od naszej osobowości, kondycji umysłu, stopnia ważności

decyzji, i wielu innych czynników. W każdym razie często jeden bodziec, np. ładne opakowanie, nie wystarczy, żeby podjąć decyzję. Wróćmy do naszej sytuacji. Na poziomie podświadomym pojawia się rozdźwięk pomiędzy wiekiem oraz doświadczeniem obu stron transakcji. Ewidentnie dojrzała osoba potrzebuje pomocy w podjęciu decyzji, bo wielość opcji jest dla niej wyzwaniem trudnym do pokonania i jeśli farmaceuta nie przyjdzie z pomocą, pójdzie ona dość standardową ścieżką. Oцени wówczas proponowane produkty z perspektywy, którą zna i rozumie, czyli z perspektywy ceny.

bardzo istotne, ponieważ może mieć ona decydujący wpływ na zmianę decyzji pacjenta. I tu ponownie przywołam zdanie, które każdy z farmaceutów

czy nawet miły uśmiech i rekomendacja pani farmaceutki. To wyraźny i jednoznaczny dowód, że zadziałał bardzo silny bodziec komunikacyjny, jakim jest spo-

poczucie bezpieczeństwa. W naszym przykładzie była to pierwotnie cena, ale gdy tylko pojawił się pogląd innego pacjenta, to jego sugestie bardzo chętnie została przyjęta.

SPÓŁECZNY DOWÓD SŁUSZNOŚCI JEST SKUTECZNY, BO TRAFIA W POCZUCIE PRZYNALEŻNOŚCI.

słyszał w swojej karierze setki razy – „pani tego nie bierze, bo to nic nie daje; lepiej wziąć to” (i tu pada nazwa ulubionego produktu naszego kolejkowego

leczny dowód słuszności. Ta technika oddziaływania okazuje się niezwykle skuteczna, ponieważ trafia i pobudza tę część naszego umysłu, które są

Spółeczny dowód słuszności

Farmaceuta nie może się dziwić takiemu przebiegowi wydarzeń. Powinien natomiast uświadomić sobie, że w tej konkretnej sytuacji niewłaściwie rozpoznał potrzeby pacjenta, nie tylko produktowe, ale przede wszystkim emocjonalne. Gdy mamy do czynienia z różnicą wieku, płci, doświadczeń należy bowiem sięgnąć po technikę społecznego dowodu słuszności, aby wspomóc proces decyzyjny pacjenta. Rekomendując produkt należy wskazać, który z proponowanych ma najlepszą opinię wśród innych pacjentów lub który z nich jest najchętniej wybierany. Prezentacja zawierająca określenia typu: „wszystkie z tych trzech kremów są dobrymi produktami, ale szczególnie ten jeden stał się ulubionym wśród pań ceniących sobie wysoką jakość” jest w stanie przekonać pacjentkę do określonego kosmetyku.

Spółeczny dowód słuszności jest skuteczny, bo trafia w poczucie przynależności. Jego użycie powoduje, że czujemy się bezpiecznie, gdyż korzystamy ze sprawdzonych wcześniej rozwiązań. Mamy prawo decydowania, ponieważ jest to coś, o co walczyliśmy, ale też nie czujemy się samotni w swoich wyborach.

Z jednej strony nasze zdanie jest najważniejsze, ale z drugiej, proces decyzyjny oparty jest na silnych bodźcach zewnętrznych. Oczywiście nie każdy jest podatny na ten sposób oddziaływania, dlatego farmaceuta powinien używać tej techniki w odpowiednich sytuacjach. Warto po nią sięgnąć, jeśli wiedza pacjenta o produkcie jest ograniczona i domaga się od farmaceuty pomocy w wyborze.



Znajdzie albo najtańsze rozwiązanie, albo bezpieczną przystań, czyli wybierze produkt w średniej cenie. Nie zawsze ta opcja będzie dla pacjenta najlepsza z punktu widzenia skuteczności preparatu, ale skoro pacjent nie ma innego kryterium – wybierze cenę. Pojawienie się w tej historii osoby trzeciej, która wybiera produkty z kosza wyprzedażowego, jest

doradcy). Co się dzieje dalej też nie jest zaskoczeniem. Pacjent dokonujący zakupu mierzy wzrokiem nadawcę tego komunikatu, a potem z lekkim potakiwaniem, zachęcającym do dalszych wypowiedzi, decyduje się na sugestię osoby postronnej. W ocenie pacjenta głos kogoś kto znajduje się po tej samej stronie co on, jest ważniejszy niż cena, opakowanie

odpowiedzialne za poczucie bezpieczeństwa. W tym kontekście to kryterium wydaje się najważniejsze w procesie podejmowania decyzji zakupowej produktów leczniczych – lek musi być skuteczny, ale musi być również bezpieczny. Jeśli pacjent nie poczuje się bezpiecznie, zacznie sam dokonywać wyboru w obszarach, które według niego, zapewnią mu

ILE CZASU DLA PACJENTA?

TEKST: ALEKSANDRA TASARZ-SPĘTANA / FOTO: SHUTTERSTOCK

NA CAŁYM ŚWIECIE PRZEPROWADZANE SĄ BADANIA ORAZ ZALECENIA OKREŚLAJĄCE ŚREDNI CZAS WIZYTY PACJENTA U LEKARZA. W APTECE JEST NIECO INACZEJ, NIKT NIE BADA RAM CZASOWYCH OBSŁUGI PRZY OKIENKU, LECZ SAMI INTERESANCI I PIĘTRZĄCE SIĘ KOLEJKI WYMUSZAJĄ NA FARMACEUTACH SKRÓCENIE CZASU I ZWIĘKSZENIE EFEKTYWNOŚCI PRACY ZA PIERWSZYM STOŁEM.

Ole czasu farmaceuta powinien poświęcić pacjentowi? Czy każdy pacjent powinien otrzymać tyle samo uwagi osoby pracującej w aptece? I w końcu jak pogodzić coraz większy zakres i liczbę obowiązków z pracą za pierwszym stołem?

Realia i potrzeby

Podstawową czynnością wykonywaną przez farmaceutów obsługujących pacjenta jest wydanie produktu leczniczego. Jej wykonanie może zająć naprawdę niewiele czasu, choć należy pamiętać, że sprawdzenie recepty i prawidłowe jej wprowadzenie do systemu już go wydłuża. W zakres tej usługi należy wliczyć dodatkowe, trwające zazwyczaj kilka minut, zbudowanie relacji z pacjentem oraz drobne konsultacje zdrowotne. W taki oto sposób wielu pacjentów postrzega pracę w aptece, jednak z punktu widzenia farmaceuty proces obsługi pacjenta jest bardzo skomplikowany. Jednak sam pacjent nie ma świadomości tego, co dzieje się na zapleczu, za ścianą ekspozycyjną czy na monitorze, którego zawartość jest widoczna

tylko dla pracownika apteki. Nie przeszkadza to jednak pacjentom być bardziej roszczeniowymi niż jeszcze kilka lat temu. A wszystko za sprawą ciągłych zmian i wymagań, szybszego tempa życia i rosnących oczekiwań społecznych. Równocześnie farmaceutom przybył niedawno szereg nowych obowiązków związanych choćby z dyrektywą fałszywkową – zmiany i nowelizacje prawne, wciąż nowe procedury i wymagania, którym muszą sprostać, wydłużyły czas standardowej

obsługi. Reasumując, pacjent nie ma czasu na stanie w długich kolejkach, a farmaceuta na długie pogawędki wyjaśniające wszystkie zawiłości, procedury oraz informacje merytoryczne. Po jednej stronie są zatem realia,

które z pewnością każdy z nas rozumie, a po drugiej – niezaspokojone potrzeby. Nic nie ułatwiłoby pracy aptekarzowi tak, jak spokój i czas pozwalający na rzetelne zapoznanie się z receptą, przeprowadzenie pełnego wywiadu oraz przygotowanie leków znajdujących się pod ręką i prosty, intuicyjny system wczytywania recept. Możliwość zajmowania się tylko obsługą pacjenta, bez presji związanej z piętrzącymi się obowiązkami na zapleczu apteki. Przyglądając się pacjentom oraz przysłuchu-

chorób i dolegliwości, z niewyjaśnionymi stanami zdrowia oraz z niezaopiekowanymi lękami i obawami, bo przecież zdrowie dla każdego jest najważniejsze.

Chęci versus możliwości

Farmaceuta świadomie wybierając swój zawód bierze na siebie zadanie bycia aktywnym doradcą i powiernikiem zdrowotnym pacjenta. Niesienie pomocy jest misją, z którą jest związany ten zawód. Jednak pierwsze lata pracy bardzo szybko zmieniają motywację i nastawienie młodych pracowników aptek. Z roku na rok widać w tej grupie zwiększające się wypalenie zawodowe. Zmniejsza się liczba osób chętnych do pracy w tym zawodzie. Jednocześnie rośnie liczba pacjentów przypadających na jedno okienko, co wiąże się z faktem, że mamy starzejące się społeczeństwo obciążone wieloma dolegliwościami i wysuwające wciąż nowe oczekiwania. I choć farmaceuci mają wielkie chęci zaspokoić potrzeby i oczekiwania pacjentów, to realia sprawiają, że staje się to coraz trudniejsze. Niczym w kołowrotku, z roku na rok coraz

PACJENT NIE MA CZASU NA STANIE W DŁUGICH KOLEJKACH, A FARMACEUTA NA POGAWĘDKI WYJAŚNIAJĄCE WSZYSTKIE ZAWIŁOŚCI, PROCEDURY ORAZ INFORMACJE MERYTORYCZNE.

jąc się ich rozmowom, zwłaszcza w przychodniach szybko można wywnioskować, jak czują się zbywani i traktowani po macoszemu. Nikt nie ma dla nich czasu, a oni sami każdego dnia borykają się z uciążliwymi objawami swoich



bardziej się to wszystko nakręca – oczekiwania, roszczenia, wymagania, napięcie, zwiększenie obowiązków... A czasu i empatii coraz mniej.

Im więcej, tym mniej

Rozwiązanie jest proste, choć niełatwe, ale jak większość skutecznych rozwiązań wymaga zmiany myślenia.

Więcej czasu i uwagi przeznaczonych dla każdego pacjenta to długofalowy sposób rozładowania napięcia panującego w aptece. Pierwsze spotkania powinny nawiązywać do wizyty u specjalisty. Farmaceuta miałby zatem poinformować pacjenta na temat panujących w aptece zasad, procedur obsługi i wyjaśnić, dlaczego proces sprawdzenia i wprowadzenia do systemu recepty tyle trwa. Takie wprowadzenie to coś na kształt „wychowania” i przygotowania gruntu pod dalszą długoletnią relację

farmaceuta–pacjent. Oczywiście pierwsza wizyta to też „edukacja” farmaceuty, który zbiera informacje o pacjencie, zmierza do ustalenia, czego potrzebuje, co jest dla niego najważniejsze, jak wygląda logistycznie jego droga z domu do lekarza i do apteki. Tego typu informacje pozwolą mu

docelowo na zbudowanie relacji oraz wzmocnienie jego szacunku i zaufania do pracy farmaceuty. Kiedy tylko na chwilę się zatrzymamy i wzajemnie posłuchamy, okazuje się, że wiele trudności i problemów można rozwiązać zanim powstaną, a najlepszym na to sposobem są komunikacja oraz empatia – wczucie się w sytuację drugiej strony.

Pacjent pacjentowi nierówny

Jak by wyglądał dzień pracy aptekarza, gdyby z każdym pacjentem miał rozmawiać o wszystkich szczegółach pracy w aptece i o wszystkich dolegliwościach oraz oczekiwaniach pacjenta? Oczywiście, jeśli przyjąć moje wcześniej-

mamy już ponad 100 pacjentów, których każda następną wizyta będzie krótsza i przyjemniejsza. Zainwestowany na początku czas będzie procentował w przyszłości jak dobra lokata. Weźmy też pod uwagę, że nie każdy będzie tego potrzebował. Pacjenci przyjezdni, których to pierwsza i prawdopodobnie ostatnia wizyta, będą wymagać innej uwagi niż pacjent odwiedzający naszą aptekę regularnie, raz w miesiącu, a może nawet raz w tygodniu.

Inne oczekiwania ma młody aktywny zawodowo mężczyzna z katarem, a zupełnie inne młoda mama z receptą na mleko i kilkumiesięcznym maleństwem w nosidełku. Różne grupy pacjentów będą wymagać różnego podejścia i poświęcenia im różnej ilości czasu.

Warto przy tym jednak zadbać, by rutyna nie stała się przeszkodą w świadomym podejmowaniu decyzji o czasie, który poświęcimy danemu pacjentowi.

RÓŻNE GRUPY PACJENTÓW BĘDĄ WYMAGAĆ RÓŻNEGO PODEJŚCIA I POŚWIĘCENIA IM RÓŻNEJ ILOŚCI CZASU.

sze słowa w tak dosłowny sposób, to apteka nie miałaby się z czego utrzymać, bo z samej rozmowy przychodu ani zysku nie będzie. Przyjmijmy, że średnio magister na zmianie obsługuje około stu lub więcej pacjentów, z tej licznej grupy na początek tylko 5-10 pacjentom poświęcając dwa razy więcej czasu i uwagi niż dotychczas. W ten sposób po miesiącu

POŻYTECZNE PRZESZKODY

TEKST: ARTUR STEFANOWICZ / FOTO: SHUTTERSTOCK

ZARZĄDZANIE RUCHEM PACJENTA W APTECE POZWALA WPŁYNAĆ NA JEGO DECYZJE ZAKUPOWE.

Przypadkowe osoby zapytane, czego im najbardziej brakuje, z dużym prawdopodobieństwem odpowiadają, że pieniędzy i czasu. Ta druga odpowiedź nie powinna dziwić, biorąc pod uwagę, jak

szybko zmienia się świat dookoła nas. Czas jest w związku z tym dobrem, o które wielu z nas walczy codziennie. Chcemy go dogonić, okiełznać, a nawet nim zarządzać, co jest zrozumiałe z punktu widzenia

szybkiej i nieodwracalnej utraty tego zasobu. Czas jest wartością istotną, nie tylko w życiu osobistym każdego z nas, ale także biznesowym, czyli również aptecznym.

W aptece niekiedy wydaje się on dobrem luksusowym, zwłaszcza jeśli weźmiemy pod uwagę ilość zadań spoczywających na barkach farmaceuty „atakowanego” przez kolejne systemy weryfikacji informacji przepływających przez placówkę. Czas

być zatem sprzymierzeńcem, dlatego bardzo ważne jest odpowiednie jego wykorzystanie.

Po pierwsze – potykacz

Apteka, jak wiele innych miejsc dokonywania zakupów, w świetle zmieniających się dynamicznie przepisów, musi informować swoich odbiorców o ważnych kwestiach organizacyjnych lub handlowych. To doskonały powód, żeby wykorzystać narzę-



UMIĘJĘTNE ZARZĄDZANIE RUCHEM PACJENTA, WPŁYWA BEZPOŚREDNIO LUB POŚREDNIO NA JEGO OSTATECZNE DECYZJE ZAKUPOWE.

w aptece to również kwestia odpowiedniego wpływania na zachowania pacjentów, które stają się tym bardziej wartościowe, im więcej go pacjenci „zostawiają” w aptece. Stąd ważne jest umiejętne zarządzanie ruchem pacjenta, niezbędne by wpłynąć bezpośrednio lub pośrednio na jego ostateczne decyzje zakupowe, które właśnie z czasem mają największe korelacje. W aptece może

dzie wywołujące, jak sama nazwa wskazuje, efekt potknięcia, do wpływania na czas obecności w aptece. To bezpośredni wpływ: pacjent zainteresowany najnowszymi informacjami, przystanie na chwilę przed potykaczem i odda się lekturze, która lepiej przygotuje go do zakupów. Jego pośredni wpływ na czas spędzony przez pacjentów w aptece, to oddziaływanie na ich ruch. Odpowiednio ustawiona przeszkoda,

spowoduje przekierowanie zainteresowanych w inne, ważne dla apteki miejsce, a co za tym idzie, wydłuży ich czas przebywania wewnątrz placówki.

Po drugie – wyspa

Doskonałym sposobem na przyciągnięcie uwagi pacjentów, a co za tym idzie oddziaływanie na ich czas pobytu w aptece jest tzw. wyspa. Ten element zabudowy, stojący swobodnie na sali ekspedycyjnej ma to do

i przeznaczenie są innowacyjne, to sama cena i możliwość wyboru tego, co najbardziej atrakcyjne stanowią wystarczający magnes, żeby podejść do takiego kosza i spędzić w aptece trochę więcej czasu niż zwykle.

Po czwarte – ruchome obrazy

W zakresie działań audiowizualnych, czyli emisji nadających łącznie obraz i dźwięk, apteka nie ma przestrzeni do realizacji.

TO, CO JEST NIEWIDOCZNE, JEST NIESPRZEDAWALNE.

siebie, że budzi zaciekawienie zarówno ofertą znajdującą się na wprost, jak i tą, która jest ukryta po drugiej stronie wyspy. Nie może ona być zbyt wysoka, tzn. maksymalna wysokość ekspozycji to 150 cm (mierzone do górnej krawędzi produktów umieszczonych na najwyższym poziomie). W przeciwnym razie będzie ograniczała optycznie powierzchnię apteki i wywoła niewłaściwy efekt.

Po trzecie – kosz wyprzedazowy

Jest takie powiedzenie brzmiące z angielskiego *unseen = unsold*, czyli to, co jest niewidoczne, jest niesprzedawane. W wielu aptekach nie zawsze powierzchnia ekspozycyjna pozwala na pełne demonstrowanie oferty, a często są to pojedyncze produkty, które mogą burzyć przyjętą zasadę tworzenia plam produktowych. Wówczas, zamiast do szuflady, pojedynczy produkt lub kilka jego sztuk, trafia do kosza, w którym apteka organizuje czasową bądź stałą ofertę wyprzedazową. Zawsze znajdują się w otoczeniu apteki tacy pacjenci, którzy z zaciekawieniem przyjmą ofertę obniżonej ceny na produkty. Nawet jeśli ich asortyment

Jednak w zakresie wykorzystania jedynie sygnału wizyjnego, oferta apteki staje się bardziej atrakcyjna, bo dostosowana formą do obecnych czasów. Sprytnie ustawiony monitor emitujący informacje o produktach leczniczych staje się zatem skutecznym narzędziem do przyciągnięcia uwagi pacjenta na kolejnych kilka sekund i być może wywołania impulsu do zapytania farmaceuty: „czy pani magister uważa, że dobry jest ten reklamowany produkt?” Jest to jednocześnie sposób na utrzymanie uwagi dla tych, którzy w aptece pełnią rolę osób towarzyszących lub po prostu pacjentów oczekujących na realizację leku przygotowywanego na miejscu.

Po piąte – podkreślona ekspozycja

Być może od tego powinniśmy rozpocząć tę wyliczankę sposobów na zagospodarowanie czasu pacjenta, tak żeby był on jak najbardziej efektywny dla apteki. Rzecz wydaje się jednak na tyle oczywista, że wspomnę o niej jedynie dla porządku. Każdy sposób zwrócenia uwagi na ekspozycję



lekową (migające światło, kolorowa obramówka czy cenówka, zaproszenie do testowania produktu kosmetycznego) jest zawsze doskonałym sposobem na spowodowanie, żeby przystawiony Kowalski przystanął na chwilę dłużej niż planował. Jeśli choćby jego wzrok zagości o ułamek sekundy dłużej na ciekawej ekspozycji, to już apteka zyskuje większą zapamiętywalność, a co za tym idzie większy wpływ na budowanie skutecznych impulsów zakupowych.

Najważniejszy wniosek z powyższej wyliczanki jest taki: zrób drogi farmaceuto wszystko, co jest możliwe, żeby twoi pacjenci w aptece zwołili. Każdy z nich chciałby być obsłużony jak najszybciej i najlepiej. Z punktu widzenia pacjenta byłoby tak wtedy, gdyby wchodził do apteki, w której farmaceuta czeka na niego w otwartej i przyjaznej pozycji. Jednak dla apteki takie zjawisko wcale nie jest pożądane. Jest wręcz odwrotnie, bowiem puste

miejsca odstraszaają. Puste wnętrza wysyłają sygnał – nikogo tu nie ma, więc to miejsce chyba nie jest zbyt atrakcyjne. To duża przewrotność naszego umysłu, który z jednej strony oczekuje pustego okienka, a z drugiej ta pustka nie buduje dobrego nastawienia. Z tego powodu, nawet jeśli w danej chwili jest w aptece wystarczająca ilość personelu, żeby dwójka pacjentów mogła mieć pełen komfort obsługi, warto wstrzymać się z uruchamianiem drugiego stanowiska, celem wywołania wrażenia małej kolejki. Gdy widać, że wewnątrz apteki są ludzie, niezależnie w jaki sposób apteka to wywoła, będzie to dobry sygnał dla innych. Dlatego „utrudniamy” trochę pacjentom przebywanie w aptece i „zabieramy” im trochę cennego czasu, a będzie to miało przełożenie na lepsze wyniki sprzedaży. Wpływajmy na tworzenie się kolejki lub zatrzymanie pacjentów na dłużej wewnątrz, bo im więcej czasu tam spędzą, tym większe korzyści ma z tego apteka.

TECHNIKI PRODUKTYWNEGO FARMACEUTY

TEKST: ARTUR RAKOWSKI / FOTO: SHUTTERSTOCK

W APTECE MOŻNA PRACOWAĆ SZYBCIEJ I SPRAWNIEJ. WYSTARCZY TYLKO ZMIENIĆ DOTYCHCZASOWE NAWYKI I ZASTOSOWAĆ KILKA TECHNIK, KTÓRE SPRAWIAJĄ, ŻE UDA SIĘ ODZYSKAĆ SPORO CENNYCH ROBOCZOGODZIN. BY UŁATWIĆ SOBIE TO ZADANIE, FARMACEUTA POWINIEN OPRACOWAĆ SWÓJ WŁASNY SYSTEM PRODUKTYWNOŚCI.

Jestem bardziej niż pewny, że w większości polskich aptek praca farmaceuty zaczyna się od wprowadzenia i podpisania faktur, retaksacji recept i sporządzenia dobowego raportu kasowego. Niejednokrotnie zadania te są wykonywane „pomiędzy pacjentami”, są zakłócone przez urywające się telefony i dobijających się do drzwi dostawców z towarami. Skołowany farmaceuta siada do następnych zadań, które dyktowane są przez pojawiające się w skrzynce odbiorczej e-maile. Merchandising na półkach, komunikaty o wycofaniu serii z GIF, raport do księgowości, przesunięcie międzymagazynowe. Po kilku godzinach pracy wydawać by się mogło, że farmaceuta pracował bez wytchnienia i wykonał mnóstwo zadań. Nie jest nawet świadomy, że zamiast zadań ważnych wykonał te pilne i choć wspinał się dzielnie po wysokiej drabinie, to była przystawiona ona do niewłaściwego muru. Kluczem do zmiany nawyków jest inne spojrzenie na codzienną pracę. W poprzednim numerze

omawialiśmy temat przeglądu tygodnia, który pozwala farmaceucie wybrać kilkanaście kluczowych zadań i nadać im odpowiedni priorytet. Wcale nie musimy zaczynać pracy od podliczenia utargu z poprzedniego dnia. Zamiast tego możemy zacząć się zmianą ekspozycji na sali ekspedycyjnej czy rozwiązaniem

problemu lekowego stałego pacjenta i wieloma innymi, ważnymi sprawami, które zawsze odwołujemy. By uwolnić zasoby czasowe warto stosować właściwe techniki, które znacznie przyspieszą naszą pracę. W artykule wypunktowałem kilka z nich.

Technika Pomodoro

Popularna w korporacjach praca w blokach czasowych pozwala pracować w nieustannym skupieniu. Wiadomym jest, że nasz

mózg w trybie analitycznym potrafi pracować w sposób ciągły przez bardzo ograniczony czas. Technika Pomodoro zakłada pracę w 25-minutowych interwałach przedzielonych 5-minutową przerwą. Czwarty interwał kończy się dłuższą 25-minutową przerwą. Dzięki temu utrzymujemy mózg w nieustannym sku-

pieniu, dając mu krótkie chwile wytchnienia. Już po kilku dniach pracy zgodnie z Pomodoro daje się odczuć pierwsze efekty. Przenosząc to na realia apteczne – z powodzeniem możemy przez 25 minut wprowadzać faktury i wykonywać prace biurowe, by potem pozwolić sobie na 5-minutową przerwę na zaparzenie herbaty, toaletę czy zwykłe ćwiczenia rozciągające. Interwały można zastosować również w czasie pracy przy pierwszym

stole – po 25 minutach intensywnej obsługi możemy na chwilę wyjść na zaplecze, by odetchnąć lub napić się wody. Jeśli 25 minut nie pasuje do specyfiki naszych obowiązków, z powodzeniem możemy wydłużyć interwał wedle naszego uznania. Obecnie jest sporo aplikacji, które pozwalają odmierzać interwały np. **FocusKeeper**. Odpowiednią wtyczkę można również zainstalować w przeglądarce, która poinformuje nas o zakończonym okresie pracy i konieczności zrobienia sobie przerwy (**Time D'oro**).

Reguła Parkinsona

Jeszcze z czasów akademickich pamiętam sytuację, gdy planowałem jakieś duże przedsięwzięcie – napisanie pracy magisterskiej czy przygotowanie do dużego egzaminu. Zakładałem, że potrzebuję bardzo dużo czasu. W przypadku obrony pracy obiecałem sobie, że przez cały rok będę czytał, zbierał materiały i pisał każdego dnia po parę akapitów lub stron. W obliczu odległego terminu złożenia pracy często odpuszczałem pisanie, przekładając je na kolejny dzień, i kolejny, i kolejny. Prokrastynując w ten sposób dotarłem do miejsca, gdy na napisanie i obronę pracy został mi tydzień. Oczywiście wyrobiłem się. Co więcej, przygotowałem się koncertowo. Nie znałem wtedy jeszcze reguły Cyrila Northcote'a Parkinsona. Ten brytyjski historyk i doradca

konserwatystów w Izbie Gmin wypowiedział kiedyś takie słowa – *Praca rozszerza się tak, aby wypełnić czas dostępny na jej ukończenie.*

Oznacza to, że jeśli założymy, że daną czynność wykonamy w ciągu tygodnia, to zrobimy to dokładnie w ciągu 7 dni. Jeśli w przypadku tego samego zadania obiecamy sobie, że zrobimy je w ciągu 8 godzin – skoncentrujemy się i tą samą pracę wykonamy w ciągu 8 zegarowych godzin. Często w pracy mamy tendencję do rozwlekania zadań. Jesteśmy opieszali w podejmowaniu decyzji i zostawiamy wszystko na ostatnią chwilę. Tymczasem narzucając sobie bliskie „deadline’y” sami w sobie pracujemy efektywniej. Dzięki temu nie zaprzątamy sobie danym tematem głowy przez długi czas i zyskujemy przestrzeń na nowe, inne zadania. Kiedy więc słyszymy, że odbiór leków przeterminowanych do utylizacji zaplanowany jest na za dwa tygodnie – już dzisiaj zrobmy pierwszy krok

w jego realizacji – wydrukujmy protokoły, przygotujmy kartony i dokładnie je oznaczmy. Dzięki temu popchniemy sprawy do przodu i nadamy im odpowiedniego tempa.

Jedna rzecz

Uwielbienie wielozadaniowości jest już w biznesie passe. Multitasking nie sprawdził się – czego możemy doświadczyć również w aptece. Sprawdzanie recept między pacjentami nigdy nie będzie tak dokładne jak w zaciszu pokoju kierownika. I tak prędzej czy później zajdzie konieczność ponownego ich sprawdzenia w spokoju. Wprowadzanie faktur i jednoczesne odpowiadanie na e-maile, odbieranie telefonów i przeglądanie portali informacyjnych zawsze zakończy się tym, że popełnimy co najmniej kilka błędów – ustawimy złą cenę, pominiemy mnożnik. Każdy powrót do poprzedniego zadania wybija z rytmu, kosztuje sporo czasu, a co więcej – obciąża mózg. Dlatego w codziennej

pracy w aptece zawsze trzeba w danym momencie robić jedną rzecz. Jeśli stoję za pierwszym stołem i obsługuję pacjentów – to robię to na maksimum swoich możliwości. Faktury i cenówki mogą poczekać do momentu, gdy przyjdzie druga zmiana.

Naucz się oddzwaniać

W każdej aptece oprócz dźwięku czytników kodów i stukotu klawiatury słychać nieustannie dzwoniący telefon. Czasem jest to sąsiednia apteka, która pyta o dostępność leku. Niekiedy pacjent chce poznać cenę jakiegoś suplementu. Innym razem może to być księgowia, bo kolejny raz namieszaliśmy coś w dokumentach. Kiedy jesteśmy skupieni na jakimś zadaniu – każdy dźwięk dzwonka to pewien ładunek stresu, który wybija nas z pracy, a jego niewidzialna siła popycha do odebrania telefonu. Żeby przestać być niewolnikiem telefonu w aptece, trzeba nauczyć się po prostu ODDZWANIAĆ. Świat nie zawali się, jeśli dokończymy

trwającą właśnie czynność i oddzwonimy po kilkunastu minutach. Ja nauczyłem się korzystać z telefonu w pracy o stałych porach – np. po godzinie 14-tej. Wyłączyłem większość powiadomień zostawiając jedynie te, które wymagają natychmiastowej reakcji – telefon z apteki z naszej sieci w innej części miasta czy od zaprzyjaźnionego lekarza, który często dzwoni przy pacjencie i pyta o dostępność leku.

Wykonaj zadania blokami

Jeśli masz do wykonania w ciągu dnia kilka telefonów – zaplanuj rozmowy telefoniczne tak, by odbyły się jedna po drugiej. Gdy musisz napisać e-mail do księgowości – zrób to w czasie, gdy odpowiadasz na wszystkie zaległe e-maile ze skrzynki. Jeśli jedziesz do Narodowego Funduszu Zdrowia z formularzem refundacji, załatw przy okazji drobne w banku, wyślij korespondencję na pocztę i popraw błędne recepty.

Najpierw duże zadania, a potem mniejsze

Zapewne znasz przykład z wypełnianiem słoika kamieniami. Jeśli masz zmieścić w słoiku duże kamienie, drobne kamyczki i piasek – nie zaczniesz od piasku i drobnych kamyczków, bo zabraknie ci miejsca na te największe. Jeśli chodzi o planowanie pracy w aptece jest podobnie. Jeśli zaczniesz poranne obowiązki od mało ważnych, ale zajmujących rzeczy – to na zadania bardziej wymagające zabraknie ci czasu i energii. Dlatego warto dzień w aptece zacząć od czegoś absorbującego, np. zamknięcia miesiąca i przesłania dokumentów do księgowości, spychając telefony i e-maile na koniec dnia pracy. Takie podejście do aptecznych obowiązków sprawi, że każdego dnia będziesz miał odhaczoną listę „to-do”.



WYKORZYSTAJ SWOJE TALENTY

TEKST: AGATA DOMAŃSKA / FOTO: SHUTTERSTOCK

TALENT POZWALA NAM SZYBCIEJ I PRZYJEMNIEJ ROBIĆ TO, CO MAMY DO ZROBIENIA – OCZYWIŚCIE, JEŚLI DZIAŁAMY ZGODNIE Z NIM.

Kiedy słyszymy słowo „talent”, zazwyczaj kojarzymy je z artystą lub sportowcem. Ale można spojrzeć na talent inaczej. Profesor psychologii, Martin Seligman, powiedział: *Kluczem do szczęścia i sukcesu jest nie korygowanie wad, ale wykorzystywanie swoich silnych stron.* Tę konstatację rozwinął Donald Clifton, mianowany ojcem psychologii opartej na mocnych stronach: już przeszło 60 lat temu stworzył Model Clifton StrengthsFinder, pozwalający na ocenę wrodzonych predyspozycji, zwanych talentami. Z modelu tego można skorzystać za pośrednictwem Instytutu Gallupa – stąd zwie się go potocznie talentami Gallupa. Poprosiliśmy psychologa biznesu, Agnieszkę Fudzińską, by powiedziała nam więcej o talentach oraz o tym, czy można ich znajomość wykorzystać w pracy farmaceuty (więcej o naszej ekspertce na www.agnieszkafudzinska.pl).

Zacznijmy może od tego, czym jest talent w myśl Modelu Clifton StrengthsFinder – skoro to coś innego, niż na co dzień rozumiemy pod tym pojęciem.

W myśl tego modelu, talent to pewien naturalny sposób

działania, myślenia i odczuwania, wrodzony i typowy dla każdego z nas. Talenty można przekuwać w mocne strony, jeśli je poznamy i będziemy pracować nad ich doskonaleniem. A mocna strona to sfera, w której jesteśmy w stanie dostarczyć najlepsze możliwe wyniki, zużywając przy tym optymalną ilość energii i utrzymując wysoki poziom wydajności nawet przez długi czas.

To brzmi wspaniale!

I rzeczywiście jest wspaniale. Poznając swoje wrodzone talenty i pracując nad nimi osiągamy stan, w którym nie tylko maksymalizujemy swój osobisty potencjał,

ale też zaczynamy siebie lepiej rozumieć i wpływać na to, kim się stajemy. Ale proszę nie rozumieć tego jako magicznej recepty na szybki sukces: poznaję swoje talenty i już jestem mistrzem.

A nie jest tak?

Niestety, nie. Talent określa, jakie sposoby wykonywania

codziennych czynności są dla nas najlepsze. Albo jakie obszary tej codzienności przyjdzie nam najłatwiej opanować i zagościć. Ale mówi głównie o wrodzonej predyspozycji, wskazuje ogólny kierunek. Aby stał się naszą mocną stroną i zaczął dla nas pracować, potrzebna jest świadomość, wiedza i umiejętności.

Proszę wobec tego o jakiś konkretny przykład, czym jest talent i jak działa. Będzie nam łatwiej rozmawiać, kiedy zrozumiemy, o czym mówimy.

Dobry pomysł. Widzę u pani talent Rozwagi (śmiejch). Już

Rozumiem, że to są właśnie przykłady dwóch talentów? Jaka będzie różnica pomiędzy Rozwagą a Aktywatorem?

Tak. Rozwaga sprawę najpierw przemyśli, zbierze wszystkie dane, wybierze najlepsze oferty, zrobi dokładny research, podsumuje za i przeciw, zrobi gruntowną analizę, naniesie poprawki, przemyśli raz jeszcze – i wtedy zgłosi wyniki. A Aktywator pomyśli „ok, kogo ja mam w telefonie?” i od razu zadzwoni i zacznie wypytywać. Myśleć będzie potem, kiedy wyciągnie feedback z tego, co usłyszał. Jeśli mu czegoś brakuje, zadzwoni jeszcze w parę miejsc. Czyli najpierw zrobi akcję, potem analizuje dane.

To samo zadanie, efekt w gruncie rzeczy ten sam – ale dwa zupełnie różne sposoby wykonania.

I czas trwania: Aktywator działa szybciej. Można się jeszcze zastanawiać, na ile można na pozyskanych danych coś zbudować i im zaufać, na ile są one reprezentatywne w każdym z obu przypadków – ale tu już mądry menadżer powinien wiedzieć, jakie ma wymagania w stosunku do wyniku i w związku z tym komu zlecić zadanie. Jeśli potrzebuje wyniku w szybkim czasie, Rozwaga się nie sprawdzi, bo będzie zbyt

wyjaśniam. Założmy, że mamy takie zadanie: właściciel/menedżer apteki zleca pracownikom opracowanie modelu nowego działu, np. samoobsługowej ekspozycji z kosmetykami dermatologicznymi. Wśród członków zespołu ma osoby o talentach Rozwaga i Aktywator.

DZIAŁAJĄC W OPARCIU O MOCNE STRONY I TALENTY, MOŻEMY WYCHODZIĆ Z PRACY SZCZĘŚLIWI I MNIEJ ZMĘCZENI.



długo analizować możliwości. Za to Aktywator rzuci się do akcji i szybko dostarczy pomysł.

W farmacji takie sytuacje zdarzają się wprawdzie rzadko i Rozwaga pewnie będzie bardziej na miejscu, ale jak widać, każdy talent może się przydać.

Nie ma dobrych czy złych talentów. Wszystkie są tak samo dobre, tylko w różnych sytuacjach potrzeba różnych sposobów działania. Największa przestrzeń do rozwoju każdej osoby to obszar jej najsilniejszych stron, jakie by one nie były.

I uważa pani, że każdy powinien poznać swoje talenty?

Konieczność! W teorii talentów mówi się Top5 i Bottom5 – czyli o pięciu talentach, które są dla mnie najbardziej charakterystyczne i pięciu, których mam najmniej. Wiedza, które talenty znajdują się w naszym osobistym Top5 i Bottom5 może nam oszczędzić mnóstwo energii. Bo działanie, bazujące na talentach z listy Bottom5 kosztuje nas dużo wysiłku, ponieważ nie są one naszym naturalnym sposobem działania. Stracimy na to o wiele więcej czasu, a finalnie i tak

osiągniemy zbliżone lub gorsze efekty, niż gdybyśmy poszli ścieżką, która jest dla nas właściwsza.

A działanie według Top5 talentów?

Sprawia, że pracujemy niejako bez wysiłku, z lekkością, satysfakcją, jesteśmy bardziej efektywni, mamy najmniejsze straty energetyczne. One dają największą energię, pozwalają na pracę w stanie flow. Kiedy brakuje nam energii do działania, najłatwiej będzie nam zmotywować się do zadań wymagających wykorzystania czy oparcia się o tę najsilniejszą piątkę. Jeśli robimy w pracy najczęściej te rzeczy, które są naszą ostatnią piątką, czujemy się nieszczęśliwi, zmęczeni bez przerwy i szybciej wpadamy w wypalenie zawodowe.

Wygląda na to, że tę podstawową piątkę naprawdę każdy powinien znać! A ile talentów wyodrębnił Donald Clifton?

W sumie jest ich aż 34. Wyciszyć?

Tak, poproszę. Z krótką charakterystyką, jeśli można.

Oczywiście, część ich nazw mówi sama za siebie – jak choćby

Odpowiedzialność, Optymista, Organizator, Odkrywczość, Wiara w siebie, Wizjoner, Rywalizacja, Uczucie się, Zgodność, Strateg, Bezstronność, Dyscyplina, Dowodzenie, Elastyczność, Empatia, Analityk czy Komunikatywność.

Rozwagę też już poznaliśmy. I Aktywatora – czyli talent popychania do działania, pomagania zdarzeniom się dziać, przekuwania myśli i planów w czyn, robienia, a nie gadania...

Tak. Mamy jeszcze Bliskość, czyli talent pozwalający najlepiej funkcjonować w relacjach z innymi; Czar, czyli umiejętność oczarowania każdego i szybkie przełamywanie lodów; Integratora, czyli talent, pozwalający łączyć ludzi w grupy, a także Maksymalistę, który uwielbia rzeczy dobre przerabiać na idealne, doskonałe. Trochę podobne jest Naprawianie, tylko tutaj chcemy poprawiać wszystko, co nie działa. Ukierunkowanie pozwala nam nastawić się na cel i dążyć do niego, nigdy nie tracąc go z oczu; Indywidualizacja pozwala widzieć i doceniać różnice pomiędzy ludźmi; Kontekst pomaga wyciągać wnioski z przeszłości i stosować zdobyte informacje w teraźniejszości, a Osiąganie sprawia, że wciąż

chcemy przeć do przodu i robić coś więcej.

Dużo tego...

A będzie jeszcze więcej (śmiech). Bo teraz mamy Poważanie, czyli potrzebę wyróżniania się, bycia wyjątkowym; Rozwijanie innych, czyli umiejętność dostrzegania potencjału każdego i szukanie mu odpowiednich wyzwań; Zbieranie, które sprawia, że zbieramy rzeczy, ale też informacje i wiedzę; Pryncypialność, które powoduje, że naszym życiem kierują wartości fundamentalne i trzymanie się ich daje nam satysfakcję i wreszcie – Współzależność, dzięki której umiemy budować pomosty między ludźmi i wiemy, że nawet najmniejsza częśćka jest zawsze częścią większej całości.

Rzeczywiście, te talenty w naszym nie przypominają tradycyjnego podejścia do pojęcia „talent”...

A jeszcze trzeba wiedzieć, że talenty mogą być dojrzałe lub niedojrzałe...

Czyli mają blaski i cienie?

Tak! Niedojrzały talent obciąża, podczas gdy dojrzały uskrzydla. Np. niedojrzały Aktywator robi,

żeby robić. Mając 10 rzeczy do zrobienia, zaczyna robić wszystkie 10 naraz, w efekcie nie kończąc żadnego. To trochę jak ten robotnik, który biegł z pustą taczka po budowie, bo nie miał czasu jej załadować.

A jaka będzie dojrzała postać Aktywatora?

Dojrzały Aktywator będzie umiał poczekać, aż ktoś inny (np. Rozwaga) zbierze wszystkie informacje. Dopiero wtedy ruszy do działania. Ale jak już ruszy, to nic go nie zatrzyma. Całą energię włoży w działanie, mając już konieczne narzędzia. Jego droga do efektu może nie być ładna, ale będzie krótka (śmiesz). Dojrzały Aktywator uczy się też zapisywania pomysłów, bo ma ich wiele, ale szybko mu ulatują. Z kolei dojrzała Rozwaga narzuci sobie pewne ograniczenia co do ilości analizowanych zakresów oraz z góry określi jakieś ramy czasowe, żeby nie deliberować bez końca.

Co jeszcze warto wiedzieć o talentach?

To, że one nigdy nie działają osobno, zawsze działają w dynamice. Jeden wspiera drugi – albo mu przeszkadza... Dlatego warto zrobić sobie test, odkrywający nie tylko Top5, ale pozwalający poznać wszystkie 34 talenty. Warto jeszcze pamiętać, że celem badania Clifton StrengthsFinder nie jest proste obwieszczenie, że mamy takie a takie talenty, ale wskazanie, gdzie kryje się nasz największy (lub najmniejszy) potencjał do ich rozwinięcia.

Ja bym chętnie poznała zwłaszcza swoje Bottom5...

Słusznie. Ta piątka mówi nam „nie trać na to czasu”. Ludzie często skupiają się na swoich słabych stronach i nad nimi usilnie pracują. Ale w teorii talentów Gallupa chodzi o to, żeby się nie skupiać na tym, co jest u nas na samym dole. I nie starać się tego dołu „wyciągnąć”.

Dlaczego? Bo nie można tego zrobić?

Ależ można! Każdą umiejętność da się wyćwiczyć. Tylko koszt energetyczny stosowania tych umiejętności będzie bardzo duży, będziemy płacić za to sporym wysiłkiem. Działając natomiast w oparciu o mocne strony i talenty, możemy wychodzić z pracy szczęśliwi i mniej zmęczeni. Bez sensu jest pompować energię w coś, co nie jest dla nas typowe, bo możemy nigdy nie osiągnąć nawet połowy możliwości w zakresie, który jest naszą silną stroną – choć nie jest ćwiczony.

Aby być dobrym kierownikiem apteki, też warto znać tę teorię?

Najpierw trzeba zrozumieć, jak te talenty wyglądają u nas. Potem uczy się obserwować sytuacje, w których dochodzą one do głosu w naszym działaniu. A potem możemy zacząć przyglądać się talentom naszego zespołu. I tak, warto to robić, bo zaczynamy tak budować zespoły i partnerstwa, by osiągać synergii. Łatwiej zarządzać satysfakcją zespołu, kiedy znamy swoje talenty i talenty innych. Będzie wtedy znacznie łatwiej przydzielać pracownikom zadania zgodnie z ich predyspozycjami, w rezultacie tworząc warunki, by praca dała im satysfakcję. Jeśli jedna osoba ma w Top5 to, co druga ma w Bottom5, to mogą się albo skonfliktować, albo cudownie uzupełniać. To zależy od dojrzałości osób oraz dojrzałości talentów. No i naszej zdolności do oceny tych zagadnień.

Dobrze, to teraz praktyka: czy te testy można zrobić przez internet?

Tak, są dostępne na stronie gallup.com/cliftonstrengths/.

Jestem pewna, że nasi farmaceuci dadzą sobie z tym radę. Dziękuję za rozmowę!



ZERO WASTE TO MODNE HASŁO, ZA KTÓRYM KRYJE SIĘ POSTAWA TROSKI O PLANETĘ I JEJ PRZYSZŁE LOSY. CORAZ CZĘŚCIEJ MOŻEMY ZAOBSERWOWAĆ JEJ PRZEJAWY TAKŻE W DZIAŁANIACH MAŁYCH I DUŻYCH PRZEDSIĘBIORSTW.

Rozwiązania proekologiczne z powodzeniem wdrażają również polskie apteki – na szczególną uwagę zasługuje ogólnopolska akcja zbiórki przeterminowanych leków. Trend zero waste charakteryzuje zaangażowanie w inicjatywy społeczne, chęć zmiany codziennych nawyków oraz popularyzowanie wiedzy proekologicznej. Rosnąca świadomość ekologiczna sprawia, że istotne staje się dla nas prowadzenie biznesu w sposób zrównoważony, zgodnie z ekologicznymi potrzebami współczesnego świata. Co ciekawe, wdrażanie niewielkich zmian może okazać się dobre nie tylko dla planety, ale także dla budżetu danej firmy. Przyjrzyjmy się zatem, jakie zmiany najczęściej wdrażają apteki opierające swój biznes na filozofii niemarnowania.

Segregacja odpadów

Segregacja odpadów to już nie tylko przejaw dobrych chęci, ale obowiązek wynikający z nowelizacji ustawy o utrzymaniu czystości i porządku w gminach (Dz.U. 2019, poz. 2010). Właściciele nieruchomości muszą dopilnować, by na wyposażeniu znalazły się pojemniki umożliwiające selektywną zbiórkę wybranych frakcji odpadów. Samo umieszczenie zestawu koszy w aptece nie gwarantuje jednak sukcesu. Pracownicy przyzwyczajeni wyrzucać odpady do pojemnika znajdującego się pod biurkiem, muszą najpierw zmodyfikować swoje dotychczasowe

nawyki. Ważne jest budowanie świadomości zasad i celów segregacji, któremu sprzyjają czytelne oznaczenia.

Przeterminowane leki

Dobra kondycja naszej planety jest w interesie nas wszystkich. Rozwiązaniem, które farmaceuci mają do zaoferowania swoim pacjentom jest możliwość oddania przeterminowanych leków do apteki. Lekarstwa w postaci pastylek, tabletek, drażetek, aerozoli, syropów i kropli (w szczelnie zakręconych opakowaniach) można wrzucać do specjalnych pojemników umieszczonych w wybranych aptekach. Szczegółowe informacje dotyczące aptek uczestniczących w projekcie, a także instrukcje, jak wyrzucać leki znajdują się na oficjalnych stronach urzędów gminy. Celem akcji jest wyeliminowanie niebezpiecznych dla środowiska odpadów.

E-fakturowanie

Decyzja o rezygnacji z faktur papierowych to bardzo istotny krok w stronę ochrony środowiska. Minimalizujemy ślad węglowy, jaki wiąże się z fizycznym przekazywaniem dokumentów, ograniczamy zużycie energii elektrycznej i zużycie papieru, a także przeciwdziałamy zanieczyszczaniu wód. E-faktura to również wiele korzyści istotnych z punktu widzenia pracodawcy. Zyskujemy czas poświęcany dotąd na drukowanie, wysyłanie

ZERO WASTE – O POŻĄDANYM TRENDZIE, KTÓRY OPŁACA SIĘ NIE TYLKO PLANECIE

TEKST: MONIKA BARAŃSKA / FOTO: SHUTERSTOCK



lub zlecenie wysyłki i ewentualne kolejki na pocztę. Oszczędzamy pieniądze przeznaczone na zakup papieru i materiałów związanych z eksploatacją drukarki, a także opłacenie wysyłki. Wreszcie uwalniamy się od konieczności wygospodarowania odpowiedniego miejsca do przechowywania stale przybywających dokumentów.

Digitalizacja faktur może wydawać się procesem nietatym w wdrożeniu, przez co nie zawsze spotyka się z entuzjazmem. Warto wiedzieć, że na rynku dostępne są narzędzia informatyczne dedykowane różnym branżom, w tym także branży farmaceutycznej, które oferują kompleksowe wsparcie w tym zakresie. Dzięki nim otrzymujemy pomoc w ewidencji i weryfikacji faktur elektronicznych, które podobnie jak ich papierowe odpowiedniki, wymagają przechowywania przez 5 lat.

Eko papier

Dla świadomego pracodawcy jest to punkt obowiązkowy na liście działań proekologicznych. Wybór papieru ekologicznego pochodzącego z certyfikowanych źródeł to rozwiązanie bezpieczne dla środowiska. Warto jednak poświęcić chwilę na zapoznanie się z obowiązującymi certyfikatami, by móc odróżnić wydawane przez międzynarodowe organizacje, które ściśle kontrolują proces wytwarzania od tych, które zamieszcza producent celem wyróżnienia swojego produktu na rynku. Obecnie dwa najpopularniejsze certyfikaty, których powinniśmy szukać na opakowaniach papieru to PEFC oraz FSC. Aby zredukować ilość zużywanego papieru, dobrym pomysłem jest zachęcenie swoich pracowników do korzystania z elektronicznych notesów, terminarzy, a także dedykowanych narzędzi i aplikacji, które pozwalają organizować pracę w zespole,

dzielić zadania, rozpisać projekty i śledzić je na każdym etapie realizacji.

Woda

Informacji o niepokojącym kurczeniu się zasobów wody pitnej stale przybywa. Nie można dłużej udawać, że problem nie istnieje. Polska znajduje się na skraju zapotrzebowania na wodę. Według statystyk na mieszkańca Europy przypada rocznie 4600 m³ wody, podczas gdy w Polsce jest to zaledwie 1600 m³. Nasz kraj znajduje się pod tym względem znacznie poniżej średniej UE. Z pewnością nieprędko uda nam się cofnąć skutki niewydolnej gospodarki wodnej, której przyczyna sięga jeszcze poprzedniego

ustroju. Możemy jednak przeciwdziałać deficytowi wody zarówno na poziomie konsumentów indywidualnych, jak i dużych przedsiębiorstw. Kluczowym krokiem jest zmiana nawyków.

Zmywanie ręczne jest zazwyczaj mniej ekonomiczne niż użycie zmywarki. Warto rozważyć jej zakup do miejsca pracy. Będąc świadkiem kapania lub wycieku wody, należy powiadomić o tym jak najszybciej osoby odpowiedzialne za naprawianie tego typu usterek. Ponad 30% zużycia wody w pracy stanowią toalety, dla oszczędności warto pamiętać o używaniu toalety z podwójnym spłukiwaniem. Pozwala to zaoszczędzić połowę zużywanej wody.



PACJENT Z ZESPOŁEM JELITA DRAŻLIWEGO W APTECE

TEKST: MGR FARM. KONRAD TUSZYŃSKI¹ I MGR FARM. EFFIOM UMAN-NTUK² Z ZESPOŁEM
FOTO: SHUTTERSTOCK

¹ Dyrektor ds. naukowych opieka.farm sp. z o.o., twórca i redaktor naukowy „Zeszytów Aptecznych”

² Prezes Zarządu opieka.farm sp. z o.o., współautor „Zeszytów Aptecznych”

W PRZEBIEGU ZESPOŁU JELITA DRAŻLIWEGO – IRRITABLE BOWEL SYNDROME (IBS) – PACJENCI ODCZUWAJĄ BÓL BRZUCHA I OBJAWY TOWARZYSZĄCE, TAKIE JAK WZDĘCIA, GAZY I ZMIANA RYTMU WYPRÓŻNIEŃ. SĄ TO SYMPTOMY CHARAKTERYSTYCZNE DLA CZYNNOŚCIOWYCH ZABURZEŃ PRZEWODU POKARMOWEGO – NIEZWIĄZANYCH Z CHOROBA ORGANICZNĄ, CZYLI Z WIDOCZNYMI ZMIANAMI W ORGANIZMIE.

Pacjenci z zespołem jelita drażliwego mogą cierpieć zarówno na biegunkę, jak i zaparcie. Takich osób w Polsce może być nawet 15%, zatem to schorzenie dotyczące bardzo dużej liczby pacjentów. Najczęściej jednak pacjent odwiedza aptekę, skarżąc się na częste bóle brzucha, a nie IBS. Warto więc wiedzieć, czym jest zespół jelita drażliwego.

Rozpoznanie zespołu jelita drażliwego

Według tzw. kryteriów rzymskich IV (czyli znanych na całym świecie wytycznych opracowanych w Rzymie, które dotyczą chorób czynnościowych) IBS rozpoznaje się u pacjenta, którego boli brzuch oraz są spełnione co najmniej dwa kryteria:

- ból związany z wypróżnianiem,
- ból związany ze zmianą rytmu wypróżnień,
- ból związany ze zmianą konsystencji lub wyglądu stolca.

Początek dolegliwości powinien mieć miejsce nie wcześniej niż 6 miesięcy przed diagnozą, a objawy pojawiać się średnio raz w tygodniu przez ostatnie 3 miesiące. Na IBS najczęściej cierpią kobiety. Pierwsze symptomy choroby pojawiają się około 20.–30. roku życia. Wyróżnia się cztery typy zespołu jelita drażliwego:

- **IBS-D** – z dominującymi **biegunkami** (D od ang. *diarrhea*, czyli biegunka),
- **IBS-C** – z dominującymi **zaparciami** (C od ang. *constipation*, czyli zatwardzenie),
- **IBS-M** – mieszany,
- **IBS-U** – niesklasyfikowany.

Przyczyny zespołu jelita drażliwego

Przyczyny rozwoju IBS nie zostały dokładnie poznane. Wśród możliwych czynników wymienia się m.in.:

- zmianę mikrobioty bakteryjnej oraz przerost mikrobioty bakteryjnej w jelicie cienkim (SIBO – *Small Intestinal Bacterial Overgrowth*),

- spożywanie produktów spożywczych, takich jak: gluten, laktoza, fruktoza oraz fermentujące poliole i oligosacharydy (FODMAPs),
- nietolerancje i alergie pokarmowe,
- zaburzenia i choroby psychiczne.

Objawy zespołu jelita drażliwego

Pacjent z IBS w aptece najczęściej będzie skarżył się na ból brzucha, który:

- występuje w dolnej części brzucha,
- utrzymuje się stale lub występuje jako nagły skurcz,
- jest związany z produkcją nadmiernej ilości gazów w jelitach.

Inne objawy, które mogą występować u pacjentów z IBS, to:

- wzdęcia i oddawanie gazów,
- nabrzmienie i napięcie brzucha,
- uczucie niepełnego wypróżnienia,
- śluz w stolcu (występuje nawet u 50% pacjentów z IBS),
- nudności,
- ospałość i zmęczenie,
- bóle pleców, mięśni i stawów.

Zespół jelita drażliwego to stan mający **charakter chroniczny**, tzn. objawy utrzymują się dłuższy czas, a tylko czasem dochodzi do ich zaostrzeń. Dolegliwości mogą nasilać się po spożyciu posiłku oraz w sytuacjach stresowych. Występujące objawy są odczuwane przez pacjentów jako uciążliwe i obniżające jakość życia. Z tego też względu razem z IBS mogą współistnieć: depresja, lęk, niepokój, hipochondria i somatyzacja (czyli odczuwanie problemów psychologicznych jako bólu).

Postępowanie niefarmakologiczne w IBS

Pacjenci z IBS powinni być zachęceni do zwiększenia aktywności fizycznej. Zwróć uwagę, czy pacjent bez powodu nie unika aktywności fizycznej, którą może odbierać jako przyczynę nasilenia dolegliwości.

Jedno badanie z randomizacją pokazało, że aktywność fizyczna zmniejsza intensywność objawów związanych z zespołem jelita drażliwego. Pozytywny efekt wykazano dla 20–60 minutowych ćwiczeń fizycznych o intensywności od umiarkowanej do wysokiej wykonywanych od 3 do 5 razy w tygodniu.

Ogólne zalecenia dietetyczne, które mogą zostać przekazane każdemu pacjentowi to: (a) regularne spożywanie posiłków, co 2–3 h, bez pośpiechu, (b) picie ok. 2 litrów płynów dziennie, w szczególności wody oraz herbat ziołowych, (c) unikanie kofeiny w napojach i ograniczenie spożycia kawy i herbaty do 3 porcji dziennie, (d) ograniczenie spożycia owoców do 3 porcji dziennie, (e) ograniczenie spożycia skrobi odpornej, czyli niepodlegającej trawieniu w jelicie cienkim (bogate w nią są produkty przetworzone), (f) ograniczenie spożycia błonnika nierozpuszczalnego, który występuje w otrębach pszennych i żytnich, ziarnach, orzechach, fasoli, warzywach korzeniowych i kapustnych, (g) zwiększenie spożycia błonnika rozpuszczalnego, np. pochodzącego z babki płesznik, czy otrębów owsianych.

Jeśli pacjent cierpi na biegunki, możesz zalecić mu unikanie:

- produktów wzdymających, np. kalafiora, kapusty, grochu, fasoli,
- słodzików, np. sorbitolu,
- spożycia błonnika.

U osób z zespołem jelita drażliwego często występuje nietolerancja na produkty z grupy tzw. FODMAPs. Są to fermentujące oligosacharydy,

disacharydy, monosacharydy i poliole, czyli krótkołańcuchowe węglowodany. Związki z tej grupy nie są trawione i wchłaniane w jelicie cienkim, są osmotycznie czynne, przez co mogą ściągać wodę do światła jelita i powodować biegunki. Są również gwałtownie fermentowane przez bakterie, a produktem fermentacji jest wodór, który powoduje wzdęcia. Dieta polegająca na eliminacji FODMAPs jest jednak dietą restrykcyjną, która musi być prowadzona pod okiem specjalisty.

Leczenie farmakologiczne zespołu jelita drażliwego

Według rekomendacji Polskiego Towarzystwa Gastroenterologicznego (PTG), podstawą leczenia IBS jest edukacja pacjenta, unikanie sytuacji nasilających objawy, następnie modyfikacja diety oraz stylu życia. Dopiero jeśli brak jest efektów dotychczasowego postępowania, należy włączyć leczenie farmakologiczne.

W pierwszej kolejności powinno się rozważyć włączenie preparatów, takich jak: probiotyki, olejek z mięty pieprzowej i błonnik rozpuszczalny. W przypadku ich nieskuteczności wybiera się stosowane doraźnie loperamid, makrogole i leki rozkurczające (Tabela 1). Dodatkowo lekarz może zaordynować leki przeciwdepresyjne w małych dawkach i ryfaksyminę (antybiotyk doustny, którego nie należy mylić z ryfampicyną).

Tabela 1. Preparaty rekomendowane przez PTG u osób z zespołem jelita drażliwego.

DOLEGLIWOŚCI	SUBSTANCJA	DAWKA	PRZYKŁADOWY PREPARAT	STATUS	UWAGI
ból brzucha	drotaweryna	40 mg	No-spa, Deespa	OTC	max. dawka dobową 240 mg
		80 mg	No-spa Max	OTC	
	hioscyna	10 mg	Buscopan, Scopolan	OTC	max. dawka dobową 100 mg
		20 mg	Buscopan Forte	OTC	
	olejek miętowy	182 mg	Oleomint	OTC	podawać 30–60 minut przed posiłkiem
	symetykon	40 mg	Espumisan	OTC	wzmacnia działanie leków rozkurczających
	STW-5	preparat wieloskładnikowy	Iberogast	OTC	działanie wielokierunkowe, można stosować od 6. r.ż.
	Lactobacillus plantarum 299v	1x10 ¹⁰ CFU	Sanprobi IBS	Suplement diety	wymagane długotrwałe stosowanie
VSL#3	11,2x10 ¹⁰ CFU	Vivomixx kapsuki 112	Suplement diety	należy przechowywać w lodówce	
	4,5x10 ¹¹ CFU	VSL#3 Vivomixx saszetki 450	Suplement diety		
wzdęcia	STW-5	lek wieloskładnikowy	Iberogast	OTC	działanie wielokierunkowe, można stosować od 6. r.ż.
	Lactobacillus plantarum 299v	1x10 ¹⁰ CFU	Sanprobi IBS	Suplement diety	wymagane długotrwałe stosowanie
biegunka	loperamid	2 mg	Stoperan, Laremid	OTC	max. dawka dobową 16 mg
zaparcie	makrogol 4000	10 g	Forlax	OTC	zawiera sorbitol, saszetki do rozpuszczenia
		5 g/10ml	Dulcosoft	Wyrób medyczny	syrop
	makrogol 3350	10 g	Dicopeg	Wyrób medyczny	saszetki do rozpuszczenia
	makrogol 4000 z elektrolitami	13,81 g makrogolu, chlorki sodu i potasu oraz wodorowęglan sodu	Xenna Balance	Wyrób medyczny	zawiera sorbitol, saszetki do rozpuszczenia



W aptece dysponujemy całym wachlarzem preparatów, które można wydać bez recepty, dlatego nasza pomoc jako farmaceutów często może być wystarczająca, żeby poprawić jakość życia pacjenta z IBS. Zapamiętaj, aby unikać rekomendowania poniższych preparatów:

- laktulozy w przypadku zaparcia (mimo że jest to bezpieczny środek przeczyszczający, u pacjentów z IBS może wywołać bolesne wzdęcia) – pacjentom z zespołem jelita drażliwego cierpiącym na zaparcie rekomenduj makrogole,
- NLPZ do leczenia bólu,
- probiotyków, prebiotyków i synbiotyków z inuliną, jeśli pacjent nie toleruje substancji z grupy FODMAPs,
- błonnika nierozpuszczalnego.

Jedynym rekomendowanym lekiem przeciwbiegunkowym u pacjentów z zespołem jelita drażliwego jest Loperamid. Jego podawanie wpływa wyłącznie na częstość oddawania stolców i ich konsystencję, nie powoduje złagodzenia bólu brzucha ani objawów IBS ogółem. Leki rozkurczające mogą być stosowane we wszystkich grupach pacjentów z zespołem jelita drażliwego. Rekomenduje się ich użycie u pacjentów, którzy cierpią na bóle i skurcze w obrębie jamy brzusznej.

Nie zaleca się podawania leków z grupy NLPZ pacjentom z zespołem jelita drażliwego. Nie udowodniono ich działania w łagodzeniu bólu w przebiegu IBS, za to ich długotrwałe przyjmowanie może wiązać się z poważnymi działaniami niepożądanymi, np. krwawieniami z przewodu pokarmowego.

Z preparatów rozkurczających dostępnych w Polsce PTG rekomenduje przyjmowanie hioscyny i drotaweryny, a nie leków rozkurczających jako grupy. W wytycznych PTG miejsca nie znalazła trimebutyna. Autorzy wytycznych uznali, że dowody na jej skuteczność są niewystarczające do tego, aby uznać ją za rekomendowaną substancję w IBS.

Leki z przepisu lekarza stosowane w IBS

Jeśli typowo stosowane leki okazują się nieskuteczne, w kolejnym rzucie lekarz może włączyć leki przeciwdepresyjne. W pierwszej kolejności stosuje się trójcykliczne (TLPD) w małej dawce. Pacjentom z zaparciem lub u starszych pacjentów zaleca się te o mniejszym działaniu cholinolitycznym, np. doksepinę. Amitryptylina sprawdzi się natomiast lepiej u osób z częstymi biegunkami i cierpiącymi na bezsenność (bo dodatkowo, za sprawą działania cholinolitycznego, zapiera i usypia). W przypadku nieskuteczności TLPD rozpoczyna się leczenie selektywnymi inhibitorami zwrotnego wychwytu serotoniny (SSRI). PTG rekomenduje wybieranie leków, które były przebadane w tym wskazaniu, czyli fluoksetyny i paroksetyny. Uprzedź pacjenta, że na efekt leczenia musi poczekać kilka tygodni i nie powinien się zrażać jego brakiem w pierwszych dniach.

Dodatkową opcją lub alternatywą jest ryfaksymina – antybiotyk, który może być stosowany u wszystkich pacjentów cierpiących na IBS z wyłączeniem pacjentów z dominującymi zaparciami. Wpływa ona wyłącznie na szkodliwe bakterie (*Clostridium*, *Escherichia*), nie zaburząc przy tym składu naturalnej mikroflory jelit. Dwutygodniowa terapia zwiększa liczbę *Bifidobacterium* i *Lactobacillus*. Ryfaksymina nie wchłania się z przewodu pokarmowego i ma bardzo dobry profil bezpieczeństwa. Leczenie może być szczególnie skuteczne u pacjentów z SIBO. PTG zaleca jej stosowanie w schemacie 4 x 400 mg ryfaksyminy (4 x 2 tabl. à 200 mg) przez 14 dni. Warto na to zwrócić uwagę, bo jej stosowanie w tym wskazaniu to zastosowanie off-label, a w dodatku tak częstego dawkowania nie ma w ChPL lub ulotce do leku, więc koniecznie należy zapisać je pacjentowi na opakowaniu.

Piśmiennictwo:

Tuszyński P.K. i wsp.: Zeszyty Apteczne – Schorzenia układu pokarmowego okiem farmaceuty. Wydawnictwo Farmaceutyczne, Kraków 2019.

PREPARATY IMMUNOSTYMULUJĄCE Z PERSPEKTYWY FARMACEUTY

TEKST: MGR FARM. KONRAD TUSZYŃSKI¹ WRAZ Z ZESPOŁEM / FOTO: SHUTTERSTOCK

¹Dyrektor ds. naukowych opieka.farm sp. z o.o., twórca i redaktor naukowy „Zeszytów Aptecznych”

SUBSTANCJE IMMUNOSTYMULUJĄCE TO NATURALNE LUB SYNTETYCZNE ŚRODKI, KTÓRE MOGĄ WZMOCNIĆ ODPORNOŚĆ ORGANIZMU NA RÓŻNE INFEKCJE POPRZEC WSPARCIE PODSTAWOWYCH MECHANIZMÓW ODPOWIEDZI IMMUNOLOGICZNEJ. SĄ ONE CZĘSTO STOSOWANE W PROFILAKTYCE LUB PODCZAS LECZENIA PRZEZIĘBIENIA, MIMO ŻE WIĘKSZOŚĆ Z NICH NIE MA UDOWODNIONEJ SKUTECZNOŚCI KLINICZNEJ W TYCH WSKAZANIACH.

Preparaty bazujące na substancjach immunostymulujących są stosunkowo bezpieczne i wszystkie (poza szczepionkami) dostępne bez recepty.

Najpowszechniej stosowane z nich to:

- pranobeks inozyny,
- ekstrakt z pelargonii afrykańskiej,
- ekstrakt z aloesu drzewiastego,
- nieswoiste szczepionki bakteryjne,
- probiotyki,
- beta-glukany,
- wyciąg z jeżówki purpurowej,
- olej z wątroby rekina,
- kwiat i owoce dzikiego bzu.

Na wstępie warto zaznaczyć, że żadnego z dostępnych preparatów bez recepty o działaniu „immunomodulującym” nie znajdziemy w rekomendacjach towarzystw naukowych i należy traktować je raczej jako środki wspomagające leczenie, a na co dzień kierować się przede wszystkim oceną ich bezpieczeństwa.

W materiałach marketingowych, z którymi farmaceuci mają styczność najczęściej, podaje się wyniki pojedynczych badań klinicznych z pominięciem przeglądów systematycznych i metaanaliz, co jest, jak wiadomo, postępowaniem niezgodnym z kryteriami EBM (medycyna opartej na faktach). Wskazuje się wtedy na istotność statystyczną efektu stosowania danego preparatu, jednak żeby coś faktycznie rekomendować pacjentom, powinna nas interesować istotność kliniczna efektu, czyli mówiąc inaczej, czy nasz pacjent odczuje korzyść z leczenia lub suplementacji. Na tych praktycznych aspektach skupimy się w dalszej części artykułu.



Izoprynozyna (pranobeks inozyny)

Pranobeks inozyny jest stosowany (i wskazany) w leczeniu infekcji wirusowych oraz wspomagająco u osób o obniżonej odporności w przypadku nawracających infekcji górnych dróg oddechowych. Jego działanie polega na zwiększaniu liczby limfocytów i choć istnieją dowody na to, że mobilizuje układ odpornościowy, brakuje wiarygodnych danych, które wskazywałyby na jego skuteczność w infekcjach dróg oddechowych, zarówno w skracaniu czasu trwania objawów, jak i łagodzeniu przebiegu wirusowych infekcji górnych dróg oddechowych. Wiadomo przy tym, że pranobeks inozyny może zwiększać poziom kwasu moczowego, w związku z tym nie powinien być stosowany u pacjentów ze stwierdzoną w wywiadzie dną moczaniową, hiperurykemią, kamicą moczaniową oraz u osób z zaburzeniami czynności nerek – a więc u całkiem dużej grupy pacjentów. Należy również zwrócić szczególną uwagę na osoby stosujące diuretyki pętłowe (furosemid, torasemid), tiazydowe (hydrochlorotiazyd) czy tiazydopodobne (indapamid, chlortalidon), czyli leki, które mogą zwiększać stężenie kwasu moczowego.

Pelargonія afrykańska

Wpływ korzenia pelargonii (*Pelargonium sidoides*) na objawy zakażenia dróg oddechowych był przedmiotem bardzo wielu analiz. W niewielkich badaniach klinicznych potwierdzono skuteczność różnych konkretnych wyciągów w łagodzeniu kaszlu, gorączki, bólu gardła i złego samopoczucia. Udowodniono także, że wyciąg z pelargonii może być skuteczny w łagodzeniu objawów ostrego zapalenia oskrzeli i zatok u dzieci i osób dorosłych, a także w zapaleniu gardła i migdałków podniebiennych oraz błony śluzowej nosa u dzieci poniżej 6. roku życia. Wykazano również, że włączenie wyciągu

z korzenia pelargonii afrykańskiej wiązało się ze zmniejszeniem przekrwienia błony śluzowej nosa i statystycznie zmniejszało ilość napadów astmy u dzieci i młodzieży przechodzących wirusową infekcję dróg oddechowych. Mimo że oprócz suplementów dostępny jest na rynku również produkt leczniczy zawierający wyciąg z korzenia pelargonii, należy zaznaczyć, że jest to jedynie preparat o skuteczności popartej tradycją. Przegląd badań wykonany przez Europejską Agencję Leków (EMA) wykazał bowiem, że aktualnie nie można uznać wyników badań nad korzeniem pelargonii za wystarczająco wiarygodne, aby zakładać, że surowiec ten przynosi istotne klinicznie korzyści w leczeniu infekcji dróg oddechowych.

Aloes drzewiasty

Wyciąg z aloesu drzewiastego to kolejny surowiec, którego skuteczność, jak na razie, potwierdza jedynie tradycja, a według charakterystyk może być stosowany wspomagająco w wirusowych i bakteryjnych zakażeniach górnych dróg oddechowych oraz pomocniczo w nawracających infekcjach. Ze względu na obecność polisacharydów, przypisuje się mu działanie immunostymulujące. Brakuje jednak badań klinicznych dowodzących skuteczności działania immunomodulującego u ludzi. W badaniach przedklinicznych dowiedziono, że podawanie wyciągu z aloesu powoduje m.in. wzrost poziomu limfocytów. Na rynku dostępny jest płyn w ampułkach z wyciągiem z aloesu do podania doustnego oraz syrop zawierający dodatkowo witaminę C. Pomimo ograniczonych dowodów na skuteczność, z uwagi na status leku (a nie suplementu) i dobry profil bezpieczeństwa, wyciąg z aloesu wydaje się dobrym wyborem dla pacjentów i rodziców odczuwających potrzebę zażycia lub podania preparatu do wspomagania leczenia chorób infekcyjnych dróg oddechowych.

Nieswoiste szczepionki bakteryjne

Spośród wszystkich preparatów opisanych w tym artykule, tak naprawdę jedynie szczepionki bakteryjne mają udowodnioną skuteczność kliniczną w zapobieganiu infekcjom. Składnikami szczepionek są najczęściej lizaty bakterii, które wywołują zakażenia górnych dróg oddechowych lub towarzyszą stanom zapalnym górnych dróg oddechowych. Stosowane są w celu zapobiegania nawracającym zakażeniom dróg oddechowych lub w leczeniu wspomagającym w przypadku występowania ostrych zakażeń dróg oddechowych (choć wg EMA zastosowanie ich w tym wskazaniu nie jest poparte wiarygodnymi dowodami i powinny być stosowane jedynie jako profilaktyka). Przykłady lizatów to Broncho-Vaxom, Luivac i Ismigen – są one dostępne jedynie z przepisu lekarza.

Probiotyki

Probiotyki są chętnie przyjmowane przez pacjentów nie tylko jako osłona do antybiotyku, ale też jako preparaty mające wspierać odporność. Przegląd systematyczny z metaanalizą z 2015 r. wykonany przez Cochrane (niezależną fundację badawczą), który obejmował 12 badań klinicznych z randomizacją (czyli tych najbardziej wiarygodnych badań), wykazał, że przyjmowanie probiotyków zawierających różne szczepy *Lactobacillus* i *Bifidobacterium* wiązało się ze zmniejszeniem liczby osób doświadczających co najmniej jednego epizodu ostrej infekcji dróg oddechowych oraz skracalo średni czas trwania choroby. Istnieją więc pewne przesłanki, żeby zakładać, że niektóre szczepy probiotyków,



takie jak LGG, mogą w istotny sposób zmniejszać ryzyko zachorowania na ostre wirusowe infekcje dróg oddechowych.

Beta-glukany pochodzenia grzybowego

Wszystkie preparaty beta-glukanów to suplementy diety, dlatego trudno odnieść wyniki badań klinicznych do faktycznego składu preparatów dostępnych w Polsce. Niemniej w badaniach klinicznych z randomizacją potwierdzono działanie immunomodulujące beta-glukanów drożdżowych oraz wykazano ich skuteczność w łagodzeniu typowych objawów przeziębienia, działaniu profilaktycznym na występowanie przeziębienia, a także zwiększaniu potencjału organizmu do obrony przed inwazyjnymi patogenami. U pacjentów przyjmujących preparaty z beta-glukanami zauważono wzmożoną aktywność makrofagów. Potwierdzono także aktywność immunomodulującą preparatu zawierającego beta-glukany z boczniaka ostrygowatego oraz jego skuteczność w zapobieganiu infekcjom górnych dróg oddechowych u dzieci. Dane te dostarczają jednak dowodów słabej jakości i nie można na ich podstawie określić, czy preparaty z beta-glukanami pochodzenia grzybowego faktycznie warto rekomendować na „wzmocnienie odporności”.

Jeżówka purpurowa

Preparaty z ziela i korzenia jeżówki purpurowej (*Echinacea purpurea*) mogą stanowić uzupełniające leczenie infekcji dróg oddechowych, a samo stosowanie ekstraktów przez 4 miesiące okazało się korzystne w zapobieganiu przeziębieniu. Wyniki badań klinicznych oceniających profilaktyczne działanie wyciągów z jeżówki wskazują na pozytywny efekt zapobiegania w przeziębieniu oraz grypie. Badania kliniczne z randomizacją potwierdziły działanie przeciwwirusowe preparatów (ich skuteczność była porównywalna z działaniem inhibitorów neuraminidazy, czyli leków na grypę), przeciwzapalne oraz immunomodulujące. Według metaanaliz, w leczeniu przeziębienia i grypy skuteczność wyciągów z jeżówki jest bardzo ograniczona, warto jednak zaznaczyć, że analiza danych klinicznych EMA (którą wykonuje komitet HMPC) zatwierdziła możliwość rejestracji niektórych preparatów z jeżówki już nie jako lek roślinny tradycyjny, lecz w oparciu o ugruntowane zastosowanie medyczne (*well-established use*). Jest to jedyny surowiec roślinny w tym zestawieniu o tak przekonujących dowodach na skuteczność.

Olej z wątroby rekina

Uważa się, że olej z wątroby rekina korzystnie działa na układ odpornościowy, ponieważ jest bogaty w alkiloglicerole, które wspomagają

produkcję białych krwinek i regulują wydzielanie cytokin. Dane dotyczące skuteczności alkilogliceroli oparte są jednak na badaniach przedklinicznych (in vitro i in vivo), a więc bardzo niewiele wiemy o ich faktycznej efektywności klinicznej. Preparaty z olejem z wątroby rekina wydają się bezpieczne. Zawierają także kwasy omega-3 (lecz w znacznie mniejszej ilości niż w tranie), zatem mogą przynosić korzystny efekt zdrowotny. Brakuje jednak wiarygodnych dowodów na skuteczność oleju z wątroby rekina w skracaniu czasu trwania objawów czy zapobieganiu infekcjom. Biorąc więc pod uwagę duże zróżnicowanie w jakości preparatów dostępnych na rynku, nie można ocenić, czy warto je rutynowo rekomendować jako „preparaty na odporność”.

Dziki bez czarny

Kwiaty dzikiego bzu czarnego (*Sambucus nigra*), którym przypisuje się m.in. działanie napotne, to tradycyjny ziołowy produkt leczniczy stosowany w celu łagodzenia wczesnych objawów przeziębienia. Napar stosuje się tradycyjnie w takich stanach zapalnych, jak zapalenie krtani, zapalenie oskrzeli, kaszel, krztusiec i zapalenie płuc. W jednym z badań klinicznych z randomizacją wykazano, że ekstrakt z owoców czarnego bzu zmniejszał czas trwania i łagodził objawy przeziębienia. W kilku badaniach wykazano również skuteczność ekstraktów w łagodzeniu objawów grypy. Badania te nie dostarczyły jednak silnych dowodów. Preparaty z bzu czarnego mogą być zatem skuteczne w przeziębieniu, jednak dowody z badań są bardzo ograniczone i słabej jakości.

Bezpieczeństwo stosowania preparatów immunomodulujących

Dla bezpieczeństwa nie zaleca się stosowania preparatów typowo immunostymulujących osobom, które chorują na schorzenia o podłożu autoimmunologicznym, osobom zakażonym HIV oraz z białaczką, a także po przebytej transplantacji organów. Nasilenie aktywności układu odpornościowego mogłoby teoretycznie zaostrzyć objawy choroby, jednak taki efekt obserwowano tylko w pojedynczych przypadkach.

Piśmiennictwo:

Tuszyński P.K. i wsp.: Zeszyty Apteczne – Przeziębienie i grypa z perspektywy farmaceuty. Wydawnictwo Farmaceutyczne, Wydanie II, Kraków 2019.



O WYKORZYSTANIU LEKU RECEPTUROWEGO W GINEKOLOGII, CZ. II

TEKST: MGR FARM. KATARZYNA WASILEWSKA, PROF. DR HAB. N. FARM. KATARZYNA WINNICKA,
ZAKŁAD FARMACJI STOSOWANEJ UNIwersYTETU MEDYCZNEGO W BIAŁYMSTOKU
FOTO: SHUTTERSTOCK

STOSOWANIE PREPARATÓW RECEPTUROWYCH JEST WARTOŚCIOWYM ELEMENTEM TERAPII SCHORZEŃ GINEKOLOGICZNYCH. HORMONY STEROIDOWE (ESTRADIOL, PROGESTERON, TESTOSTERON), GLIKOKORTYKOSTEROIDY CZY SILDENAFIL PRO RECEPTURĄ STWARZAJĄ MOŻLIWOŚĆ DOSTOSOWANIA DAWEK I POSTACI LEKU DO INDYWIDUALNYCH POTRZEB PACJENTKI.

Leki magistralne przepisywane są głównie ze względu na możliwość dostosowania jakościowego i ilościowego składu preparatu dla konkretnej pacjentki w zależności od stopnia zaawansowania schorzenia. Warto podkreślić, że użycie surowców *pro receptura* stwarza możliwość zastosowania ich w stężeniach i postaciach innych niż w dostępnych preparatach gotowych. Ważnymi surowcami w recepturze leków ginekologicznych stosowanych w terapii stanów zapalnych, dystrofii narządów rodnych czy niepłodności są estradiol, testosteron, progesteron, prednizolon, hydrokortyzon oraz sildenafil [1-6]. Najczęściej sporządzanymi recepturowymi postaciami leków w praktyce ginekologicznej są globulki dopochwowe, maści i kremy [1,4-6]. Jako alternatywę dla globulek dopochwowych można zastosować kapsułki żelatynowe. Do zalet wynikających z ich stosowania zalicza się brak wyciekania masy kakaowej (co powoduje dyskomfort pacjentek oraz może prowadzić do przyspieszonego usuwania leku z pochwy), szybszy proces wykonania postaci leku, homogenność i estetykę otrzymanego preparatu. W zależności od ilości składników dobiera się odpowiednią wielkość kapsułki żelatynowej [7]. Zaletą podania leku drogą dopochwową jest duża powierzchnia przenikania, bogate unaczynienie miejsca aplikacji oraz wywołanie działania miejscowego [8].

Hormony płciowe

Zaburzenia hormonalne na tle niedoboru żeńskich hormonów płciowych mogą powodować występowanie różnych dolegliwości, m.in. infekcji intymnych, stanów zapalnych, zmian skórnych czy zaniku tkanek (atrofii). Nieprawidłowe stężenie hormonów skutkuje także upośledzeniem płodności, cyklu menstruacyjnego oraz regeneracji

po zabiegach operacyjnych w obrębie żeńskiego układu płciowego. Dolegliwości występujące z jednoczesnym zaburzeniem funkcji wydzielania hormonów dotyczą pacjentek niezależnie od wieku – w okresie pokwitania, rozrodczym i okołomenopauzalnym [8-11]. Hormonami płciowymi zarejestrowanymi w Polsce jako surowce *pro receptura* są: estradiol, testosteron oraz progesteron [12].

Estrogeny to grupa żeńskich, steroidowych hormonów płciowych, do których zaliczane są trzy główne postacie estrogeny występującego naturalnie w organizmie kobiety: estradiol, estron i estriol. Stan nabłonka i środowisko pochwy, w dużej mierze zależy od stężenia estrogenów. Ich niedobór (hipoestrogenizm) jest stanem fizjologicznym pacjentek w okresie menopauzalnym, karmiących piersią czy będących w trakcie leczenia onkologicznego lub immunosupresyjnego. Jest również związany z narażeniem na stres, paleniem tytoniu oraz występowaniem chorób towarzyszących, m.in. cukrzycy, przewlekłej niewydolności serca czy alergii, a także stosowaniem środków antykoncepcyjnych lub leków przeciwdepresyjnych. Estrogeny są odpowiedzialne m.in. za prawidłowe ukrwienie, przepuszczalność i proliferację nabłonka pochwy, syntezę kolagenu i elastyny czy zapewnienie odpowiedniego nawilżenia. Stymulują także magazynowanie glikogenu niezbędnego dla funkcjonowania naturalnej biocenozy pochwy. Zaburzona homeostaza hormonalna może przejawiać się wystąpieniem infekcji intymnych, stanu zapalnego oraz atrofii pochwy i sromu. W przebiegu atrofii skóra staje się cieńsza, mniej elastyczna, bardziej podatna na urazy i krwawienia, zmniejsza się również objętość tkanek okolic intymnych. Zmianom zanikowym w pochwie towarzyszą świąd i pieczenie – objawy typowe dla podrażnienia tkanek. Prawidłowy



poziom estrogenów jest podstawą właściwego funkcjonowania układu płciowego kobiety [13].

Spośród estrogenów największe znaczenie w lecznictwie ma estradiol oraz estriol. Estradiol (FP XI, wykaz B) odpowiedzialny jest m.in. za rozwój żeńskich narządów rozrodczych, rozrost błony śluzowej macicy, a także regulację cyklu miesięczkowego. Estradiol jako jedyny z wyżej wymienionych estrogenów występuje w postaci substancji *pro receptura* (estriol oraz estron nie są dostępne jako surowce do receptury w Polsce). Estriol ma najstabsze działanie biologiczne spośród wszystkich estrogenów, natomiast estron jest hormonem o kilkukrotnie mniejszej aktywności w porównaniu do estradiolu [13, 14]. Stosując estradiol w postaci dopochwowej osiąga się zadowalający efekt terapeutyczny, ze względu na to, że jest on dobrze wchłaniany przez błonę śluzową pochwy, co umożliwia zmniejszenie dawki terapeutycznej hormonu do wartości minimalnych [13, 15].

Miejscowe zastosowanie estrogenów poprawia funkcję tkanek układu moczowo-płciowego w zakresie mechanizmów warunkujących obronę przed infekcjami, przyczynia się do odtworzenia prawidłowej biocenozy pochwy, zapobiega atrofii (estrogenoterapia jest metodą z wyboru w leczeniu atrofii pochwy) w okresie laktacji, menopauzy oraz po zabiegach ginekologicznych (szczególnie po usunięciu jajników) i w trakcie leczenia onkologicznego. Terapia miejscowa przynosi również pożądany efekt terapeutyczny we wczesnych stadiach problemów z nietrzymaniem moczu [8–11, 13, 15].

Zaletą miejscowej terapii estrogenowej w okresie przed- i pooperacyjnym jest zwiększenie grubości błony śluzowej pochwy, korzystny efekt dotyczący ukrwienia jej ścian, odnowa nabłonka oraz wzmocnienie napięcia mięśniowego, co optymalizuje proces gojenia ran, zapobiega procesom zanikowym i zwiększa odporność na zakażenie. Również w przypadku potrzeby szybkiego przygotowania pacjentki do zabiegu operacyjnego należy zastosować miejscową hormonoterapię opartą na dopochwowej postaci estradiolu – hormon ten odgrywa rolę immunomodulatora [8, 11, 13, 15].

Liszaj twardzinowy sromu to przewlekła choroba autoimmunologiczna o nie w pełni poznanej etiologii, występująca zarówno u pacjentek w okresie menopauzalnym, jak i dziewcząt przed okresem dojrzewania. Jako prawdopodobną przyczynę schorzenia wskazuje się m.in. niedobory hormonalne. Charakterystycznymi objawami choroby są pogrubienie skóry okolic intymnych oraz wytworzenie białych grudek zlewających się w większe, lekko stwardniałe ogniska. W miarę czasu trwania dolegliwości pojawiają się zmiany zanikowe, polegające na ścięczeniu skóry tej okolicy z jednoczesnym wystąpieniem suchości pochwy [16]. W terapii liszaja twardzinowego stosuje się miejscowo estrogeny, glikokortykosteroidy (przede wszystkim prednizolon i hydrokortyzon) oraz substancje przeciwświądowe (benzokaina, mentol) [1, 8, 15, 16].

Progesteron (FP XI, wykaz B) należy do hormonów steroidowych z grupy gestagenów. Jego nazwa wiąże się z najważniejszą funkcją tego związku (łac. *pro gestationem* znaczy – dla utrzymania ciąży). Hormon

sprzyja owulacji poprzez stymulowanie proteolizy ściany pęcherzyka Graafa, a także wspiera prawidłowy rozwój endometrium, umożliwiając implantację zapłodnionego jaja. Podawany jest pacjentkom zmagającym się z niepłodnością, stosowany jest także w leczeniu endometriozy – schorzenia charakteryzującego się obecnością komórek endometrium poza jamą macicy oraz dystrofii błon śluzowych pochwy w przebiegu menopauzy. Wykazuje działanie uelastyczniające tkanki i wpływa korzystnie na zmiany troficzne. Jako że progesteron

charakteryzuje się niską biodostępnością z przewodu pokarmowego (około 10%), zalecana jest jego aplikacja drogą dopochwową [14, 17]. Testosteron (FP XI, wykaz B) jest hormonem steroidowym z grupy androgenów. Stosowany miejscowo wywiera korzystne działanie na nabłonek pochwy, redukuje suchość, świąd i pieczenie. Testosteron wykorzystywany jest w leczeniu zanikowych zmian zapalnych pochwy i sromu, często łącznie z estrogenami [14, 18, 19]. Na rynku farmaceutycznym dostępnych jest wiele preparatów zawierających estrogeny, progesteron i testosteron (Tabela 1). Przykładowe składy recepturowych postaci leku zawierających hormony przedstawiono w Tabeli 2.

Tabela 1. Przykłady preparatów gotowych zawierających estrogeny, progesteron i testosteron [8, 11, 13, 15, 17, 20–38].

POSTAĆ LEKU, PREPARAT FARMACEUTYCZNY	HORMON	WSKAZANIA DO STOSOWANIA
System transdermalny – plastry Climara-50; Estraderm MX 25, 50, 100; Oesclim 25, 50; System 50	estradiol	Hormonalna terapia zastępcza w leczeniu objawów niedoboru estrogenów; zapobieganie osteoporozie u kobiet po menopauzie z dużym ryzykiem złamań kości.
Tabletki powlekane Estrofem mite 1 mg		
Aerozol na skórę, roztwór Lenzetto		
Żel w saszetkach Divigel 0,1%		
Tabletki dopochwowe Vagifem		
Krem dopochwowy Oekolp 1mg/ml; Ovestin 1 mg/ml	estriol	Hormonalna terapia zastępcza w przypadku zmian zanikowych dolnego odcinka dróg moczowo-płciowych, spowodowanych niedoborem estrogenów; leczenie przed- i pooperacyjne pochwy u kobiet po menopauzie; niepłodność.
Globulki dopochwowe Oekolp forte 0,5 mg; Ovestin 0,5 mg		
Tabletki Ovestin 2 mg		
Tabletki podjęzykowe Luteina 50 mg	progesteron	Zaburzenia miesiączkowania; zespół napięcia przedmiesiączkowego; zapobieganie wzrostom endometrium u kobiet przyjmujących estrogeny (np. w hormonalnej terapii zastępczej).
Żel dopochwowy Crinone 80 mg/g		
Tabletki dopochwowe Luteina 50, 100, 200 mg Kapsułki dopochwowe Utrogestan 200 mg		
Roztwór do wstrzykiwań Prolutex 25 mg		
Roztwór do wstrzykiwań Testosteronum prolongatum 100 mg/ml		

Sildenafil

Sildenafil jest selektywnym inhibitorem fosfodiesterazy cyklicznego monofosforanu guanozyny typu V (PDE5), który wykazuje wysoką aktywność w obrębie ciał jamistych oraz mięśni gładkich. Po podaniu na błonę śluzową pochwy przyczynia się do zwiększenia grubości błony endometrium i wzrostu efektywności zabiegów zapłodnienia *in vitro* (bywa stosowany w połączeniu z progesteronem). Sildenafil poprzez rozszerzenie naczyń krwionośnych powoduje zwiększony napływ krwi do macicy i w konsekwencji lepsze dotlenienie tkanki, co może łagodzić dolegliwości spowodowane skurczami mięśni gładkich. Podany drogą doustną wykazuje szereg działań niepożądanych – głównie to silny, promieniujący ból głowy, nudności, wymioty czy reakcje alergiczne. Podanie dopochwowe jest drogą preferowaną ze względu na szybsze, miejscowe działanie i zmniejszenie działań niepożądanych.

Sildenafil *pro receptura* występuje w postaci soli – cytrynianu, co należy uwzględnić podczas wykonywania obliczeń. Globulki dopochwowe z sildenafilem sporządza się zazwyczaj w dawce 25 mg sildenafilu, co odpowiada 35 mg cytrynianu sildenafilu *pro receptura* [2, 7, 39, 40]. Poniżej przedstawiono przykłady leków recepturowych zawierających sildenafil.

Rp.	Rp.	Rp.
Sildenafil 0,025 Vehiculi q.s. M.f. glob. vag. D.t.d. no 12	Sildenafilu citras 0,035 Cacao olei q.s. M.f. glob. vag. D.t.d. no 12	Progestreroni 0,2 Sildenafilu citras 0,035 Vehiculi q.s. M.f. glob. vag. D.t.d. no 12

Obliczenie ilości substancji czynnej potrzebnej do wykonania postaci leku:

$$1 \text{ globulka} - 25 \text{ mg sildenafilu}$$

$$12 \text{ globulek} - x$$

$$x = 300 \text{ mg}$$

$$\text{Masa cząsteczkowa sildenafilu} = 474,6$$

$$\text{Masa cząsteczkowa cytrynianu sildenafilu} = 667,0$$

Ilość cytrynianu sildenafilu potrzebna do wykonania postaci leku:

$$474,6 - 667,0$$

$$300 - x, x = 421,62 \text{ mg (0,43 g)}$$

Tabela 2. Przykładowe składy leków recepturowych zawierających hormony płciowe [1–6, 14].

RECEPTA	UWAGI
GLOBULKI DOPOCHWOWE	
Rp. Estradioli 0,0003 Vehiculi* q.s. M.f. glob. vag. D.t.d. no 12	Estradiol (półwodny, mikronizowany, FP XI, wykaz B) stosowany jest zewnętrznie w stężeniu do 0,1% (krem). FP XI nie określa dawek do podania dopochwowego.
Rp. Progesteroni 1,0 Vehiculi* q.s. M.f. glob. vag. D.t.d. no 10	Progesteron (wykaz B) – FP XI nie określa dawek do podania zewnętrznego. Stosowany domięśniowo i podjęzykowo – dawka maksymalna jednorazowa wynosi 0,05 g, natomiast dobowo odpowiednio 0,1 i 0,15 g.
Rp. Estrioli 0,004 Vehiculi* q.s. M.f. glob. vag. D.t.d. no 10	Estriol (wykaz B) – FP XI nie określa dawek do podania zewnętrznego. Należy skorzystać z preparatu gotowego Ovestin (tabletki w dawce 2 mg) [32].
Rp. Estradioli Benzocaini 0,1 Bismuthi subgallatis 0,35 Vehiculi* q.s. M.f. glob. vag. D.t.d. no 10	Benzokaina (FP XI, wykaz B) stosowana jest zewnętrznie w stężeniu 1–3% (roztwór), do 5% (zawiesina) oraz do 10% (maść). Działa miejscowo znieczulająco i przeciwświądowo. Galusan bizmutu (FP XI, wykaz B) wykazuje działanie ściągające i łagodnie odkażające. FP XI nie określa dawek do podania dopochwowego dla wymienionych substancji.
MAŚCI I KREMY	
Rp. Clotrimazoli pulvis 0,45 Ovestin w kremie ad 45,0 M.f. cremor D.S. dopochwowo	Ovestin to krem dopochwowy zawierający estriol 1mg/g [29]. Klotrymazol (FP XI, wykaz B) wykazuje działanie przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, przeciwzapalne. Wg FP XI klotrymazol może być stosowany dopochwowo w dawce 0,1 – 0,5 g (dawka zwykle stosowana jednorazowa i dobowo) oraz 1 g (maksymalna dawka dobowo i jednorazowa), natomiast w postaci maści bądź kremu – w stężeniu 1%.
Rp. Testosteroni 0,7 Progesteroni 1,0 Eucerini** ad 100,0 M.f. ung. D.S. dopochwowo	Testosteron (wykaz B) – FP XI nie określa dawek do stosowania zewnętrznego.
Rp. Testosteroni 1,25 Neomycini 0,5 Hydrocortysoni 1,0 Vaselini albi** ad 100,0 M.f. ung. D.S. do smarowania sromu	W połączeniu z neomycyną (wykaz B, FP XI) maść wykazuje dodatkowe działanie bakteriobójcze w stosunku do bakterii beztlenowych. Hydrokortyzon (FP XI, wykaz B) działa przeciwzapalnie, łagodzi obrzęk i świąd.
Rp. Testosteroni prolongati 0,3 Benzocaini 0,1 Hydrocortysoni 0,3 Mentoli 1,0 Vaselini albi** ad 100,0 M.f. ung. D.S. do smarowania sromu	W receptacie należy skorzystać z testosteronu dostępnego w fiolkach (lek gotowy Testosteronum prolongatum). Roztwór olejowy testosteronu dostępny jest w stężeniu 100 mg/ml (fiolka 1 ml) [38]. Pozostałe składniki preparatu to alkohol benzylowy 50 mg oraz olej arachidowy do 1 ml. Lek z fiołki należy wprowadzić na końcu podczas wykonywania leku. Mentol działa łagodnie przeciwbakteryjnie, przeciwświądowo i chłodząco.
Rp. Testosteroni Prednisoloni 0,5 Mentholi 3,5 Benzocaini 5,0 Eucerini** ad 100,0 M.f. ung. D.S. dopochwowo	Prednizolon (FP XI, wykaz B) – stosowany zewnętrznie w stężeniach 0,25–0,5%. Wykazuje działanie przeciwzapalne i przeciwświądowe. Stosowany w terapii atrofii pochwy i sromu, w przebiegu liszaja twardzinowego.

*Do sporządzania globulek jako podłoże zastosować można masło kakaowe lub Witepsol H15.

**Do sporządzania preparatów dopochwowych zastosować można podłoża o lepszych właściwościach adhezyjnych/reologicznych czy zapewniających lepsze przenikanie substancji czynnej (np. Lekobaza Lux lub Pentravan®).

Nowoczesne podłoża maściowe w recepturze półstałych preparatów ginekologicznych – Pentravan® i Lekobaza Lux

Lekobaza Lux i Pentravan® to nowoczesne, wieloskładnikowe podłoża do potencjalnego wykorzystania w preparatach ginekologicznych. Lekobaza Lux jest lipofilowym kremem o miękkiej konsystencji. W swoim składzie zawiera hydrofobowy żel bazowy (z palmitynianem izopropylu), glicerol, emulgatory (m.in. izostearynian triglicerolu) oraz wodę (65%). Charakteryzuje się zadowalającym stopniem rozsmarowywania oraz przyczepności do błon śluzowych. Wykazuje dużą zdolność penetracji i zapewnia efekt chłodzenia [2,41]. Pentravan® jest podłożem o konsystencji lekkiego kremu, typu emulsja olej w wodzie (o/w). Szczegółowy skład podłoża maściowego Pentravan® przedstawia Tabela 3 [2, 41–43].

Tabela 3. Skład podłoża Pentravan®.

SUBSTANCJA	FUNKCJA
lecycyna sojowa	stabilizator emulsji, promotor wchłaniania
palmitynian izopropylu	promotor wchłaniania
mirystynian izopropylu	promotor wchłaniania, regulator konsystencji, emolient
kwas stearynowy	emulgator w/o, stabilizator
monostearynian glicerolu	emulgator w/o, regulator konsystencji
stearynian polioksyetylen-40	emulgator w/o
simetikon	regulator konsystencji
mocznik	substancja utrzymująca wilgoć
alkohol cetylowy, polimer kwasu akrylowego (Carbomer)	modyfikator właściwości reologicznych (właściwości zagęszczające)
kwas sorbowy, sorbinian potasu, kwas benzoesowy	środki konserwujące
kwas solny 36%	regulator pH
woda oczyszczona	faza rozproszona 62%

Zastosowanie powyższego składu podłoża umożliwia utworzenie struktur liposomalnych wpływających na poprawę penetracji substancji czynnych. Z tego względu podłoże to może być wykorzystywane jako nośnik hormonów aplikowanych na błonę śluzową pochwy [2, 41–43]. Preparaty sporządzone z wykorzystaniem Pentravanu® z powodzeniem stosowane są w leczeniu endometriozy, niepłodności, dolegliwości związanych z menopauzą oraz stanów zapalnych wymagających miejscowego leczenia hormonalnego. W krajach Europy Zachodniej w terapii endometriozy wykonuje się recepturowe kremy dopochwowe na bazie Pentravanu® z resweratolem (w Polsce nie występuje jako substancja *pro receptura*), gestrinonem (pochodna 19-nortestosteronu, brak rejestracji w Polsce) oraz danazolem. Danazol jest lekiem wywierającym działanie androgenne oraz niewielkie estrogenne i progestagenne. W wyniku jego stosowania dochodzi do zmniejszenia ognisk endometriozy i zaniku endometrium. W Polsce danazol występuje w postaci tabletek doustnych (Danazol Polfarmex 100 mg) [42, 44–46].

Rp.	Rp.
Gestrinoni 0,5	Danazoli 1,0
Resveratrolu 1,0	Pentravani ad 100,0
Pentravani ad 100,0	M.f. cremor
M.f. cremor	D.S. dopochwowo
D.S. dopochwowo	

Przygotowując lek recepturowy z wykorzystaniem Pentravanu® należy pamiętać, że silne mieszanie podłoża uszkadza delikatną strukturę liposomalną, z tego względu używając miksera aptecznego wskazane jest stosowanie jak najniższych obrotów [1–2]. Preparaty z Pentravanem® można także wykonać w moździerzu [2, 41–43].

Kolejna część artykułu poświęcona zostanie lekom recepturowym stosowanym wspomagająco w terapii schorzeń ginekologicznych – preparatom o działaniu nawilżającym i regenerującym.

Piśmienictwo:

1. Receptariusz ginekologiczny, Fagron sp. z o.o., Kraków 2019.
2. Strona internetowa: fagron.pl (stan z dnia: 14.10.2019 r.).
3. Aplikacja mobilna: Fagron Receptura (stan z dnia 14.10.2019 r.).
4. Gajewska M., Sznitowska M. (red.), Podstawy receptury aptecznej. Materiały do ćwiczeń dla studentów farmacji, Fundacja Pro Pharmacia Futura, Warszawa 2019.
5. Chmielak W. Ściąga z receptury, wyd. 1, ITEM Publishing, Szczecin 2014.
6. Jachowicz R. (red.), Receptura apteczna. Podręcznik dla studentów farmacji, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2015.
7. Szymańska E., Sosonowska, K., Winnicka, K. Leki recepturowe z cytrynianem sildenafilu. Recepta.pl, 2019, luty–marzec, 36–39.
8. Bręborowicz G.H., Położnictwo i ginekologia. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2017.
9. Muhleisen A.L.; Herbst-Kralovetz, M.M. Menopause and the vaginal microbiome. *Manuritas*, 2016, 91, 42–50.
10. Naumova I.; Castelo-Branco, C. Current treatment options for postmenopausal vaginal atrophy. *Int. J. Womens Health*, 2018, 10, 387–395.
11. Kokot-Kierepa M.; Bartuzi, A.; Kulik-Rechberger, B.; Rechberger, T. Lokalna terapia estrogenowa – implikacje kliniczne – 2012 update. *Ginekol. Pol.* 2012, 83, 772–777.
12. Wykaz surowców farmaceutycznych. Dostępne on-line: <https://sf.rejestrymedyczne.csioz.gov.pl/?AspxAutoDetectCookieSupport=1> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
13. Krause M.; Wheeler T.L.; Snyder T.E.; Richter H.E., Local effects of vaginally administered estrogen therapy: a review. *J. Pelvic. Med. Surg.* 2009, 15, 105–114.
14. Farmakopea Polska XI. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Warszawa 2017.
15. Kotarski J.; Nowak-Markwitz E.; Poręba, R.; Rechberger T.; Tomaszewski J., Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w sprawie dopochwowego zastosowania estradiolu (Vagifem) w schorzeniach uroginekologicznych. *Ginekol. Pol.* 2008, 79, 69–77.



16. Kirtschig G. Lichen Sclerosus—Presentation, Diagnosis and Management. *Dtsch. Arztebl. Int.* 2016, 113, 337–343.
17. Bomba-Opoń D.; Czajkowski K.; Karowicz-Bilińska A.; Kotarski J.; Nowak-Markwitz E.; Oszukowski P.; Paszkowski T.; Poręba, R.; Spaczyński M.; Wielgoś M., Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące stosowania progesteronu w ginekologii i położnictwie, *Ginekol. Pol.* 2015, 86, 234–238.
18. Fernandes T.; Costa-Paiva L.H.; Pedro A.O.; Baccaro L.F.; Pinto-Neto A.M., Efficacy of vaginally applied estrogen, testosterone, or polyacrylic acid on vaginal atrophy: a randomized controlled trial. *Menopause*, 2016, 23, 792–798.
19. Fernandes T.; Pedro A.O.; Baccaro L.F.; Costa-Paiva L.H. Hormonal, metabolic, and endometrial safety of testosterone vaginal cream versus estrogens for the treatment of vulvovaginal atrophy in postmenopausal women: a randomized, placebo-controlled study. *Menopause*, 2018, 25, 641–647.
20. Climara 50. Dostępne online: http://leki.urpl.gov.pl/files/Climara_50.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).
21. Estraderm MX. Dostępne online: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/31516,Estraderm-MX-25-system-transdermalny> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
22. Oescclim. Dostępne online: http://leki.urpl.gov.pl/files/25_Oescclim_25_50_syst_transder.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).
23. System 50. Dostępne online: http://leki.urpl.gov.pl/files/25_System_50_syst_transder.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).
24. Estrofem mite. Dostępne online: http://leki.urpl.gov.pl/files/25_Estrofem_mite_tab_pow.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).
25. Lenzetto. Dostępne online: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/89165,Lenzetto-aerazol-na-skore-roztwor> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
26. Divigel. Dostępne online: http://leki.urpl.gov.pl/files/25_Divigel_zel_0_5_0_5_1_0_1_0_0.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).
27. Vagifem. Dostępne online: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/74490,Vagifem-tabletki-dopochwowe> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
28. Oekolp krem. Dostępne online: http://chpl.com.pl/data_files/2013-04-10_ChPl_OeKolp_cream.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).
29. Ovestin krem. Dostępne online: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/40334,Ovestin-krem-dopochwowy> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
30. Oekolp forte globulki. Dostępne online: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/53706,Oekolp-forte-globulki-dopochwowe> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
31. Ovestin globulki. Dostępne online: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/40333,Ovestin-globulki> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
32. Ovestin tabletki. Dostępne online: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/40336,Ovestin-tabletki> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
33. Luteina tabletki podjęzykowe. Dostępne online: http://leki.urpl.gov.pl/files/25_Luteina50_tabl_podjezyk.pdf (stan z dnia 29.12.2019 r.).
34. Crinone żel. Dostępne online: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/89122,Crinone-zel-dopochwowy> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
35. Luteina tabletki dopochwowe. Dostępne online: http://leki.urpl.gov.pl/files/Luteina_100_tabl_dop.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).
36. Utrogestan kapsułki dopochwowe. Dostępne online: https://www.leki-informacje.pl/sites/default/files/indeks_lekow/ulotka-Utrogestan.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).
37. Prolutex roztwór do wstrzykiwań. Dostępne online: https://www.leki-informacje.pl/sites/default/files/Charakterystyka_2013-07-31_prolutex_proszek_chpl.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).
38. Testosteronum prolongatum. Dostępne online: <https://www.mp.pl/pacjent/leki/lek/45230,Testosteronum-prolongatum-roztwor-do-wstrzykiwan> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
39. Tehraninejad, E.S.; Khazaei, N.; Ayati, E.; Azimaraghi, O. Effect of vaginal sildenafil on in vitro fertilization success rates in women with previous failed in vitro fertilization attempts. *Asian J. Pharm. Clin. Res.* 2018, 11, 486.
40. Dmitrovic R.; Kunselman A.R.; Legro, R.S. Sildenafil citrate In the treatment of pain in primary dysmenorrhea: a randomized controlled trial. *Hum. Reprod.* 2013, 28, 2958–2965.
41. Kowalska-Pandyra B.; Jaworek A. Receptura okiem praktyka – część druga. Dobór podłoża w zależności od problemu terapeutycznego. *Aptekarz polski*, 2019, 5.
42. Pentravan®. Dostępne online: <https://fagron.com/en/company/news/pentravanr-new-route-administration-innovative-treatments> (stan z dnia 28.12.2019 r.).
43. Szymańska E.; Winnicka K. Pentravan i chlorowodorek prometyzyny – nowe surowce do receptury. *Recepta.pl*, 2017, maj, 26–29.
44. Gestrinon, Danazol. Dostępne online: https://br.fagron.com/sites/default/files/page/attachment/folder_pentravan_0.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).
45. Pentravan®. Dostępne online: https://www.researchgate.net/publication/323864048_Feasibility_Study_Evaluating_PentravanR_for_the_Intravaginal_Administration_of_Active_Pharmaceutical_Ingredients_to_Reduce_Pelvic_Pain_Related_to_Endometriosis (stan z dnia 28.12.2019 r.).
46. Danazol. Dostępne online: http://leki.urpl.gov.pl/files/25_Danazol_tab.pdf (stan z dnia 28.12.2019 r.).

ANALIZUJEMY

PRZYPADEK PACJENTA (2, 3)

TEKST: DR N. FARM. PIOTR MERKS, ADIUNKT, WYDZIAŁ MEDYCZNY COLLEGIUM MEDICUM, UNIWERSYTET KARDYNAŁA STEFANA WYSZYŃSKIEGO W WARSZAWIE / FOTO: SHUTTERSTOCK

Recenzja: dr n. med. Michał Stuss, Zakład Zaburzeń Endokrynych i Metabolizmu Kostnego UM w Łodzi
Regionalny Ośrodek Menopauzy i Osteoporozy USK im. WAM-CSW w Łodzi

CYKL „ANALIZUJEMY PRZYPADEK PACJENTA” PREZENTUJE WYTYCZNE WSPOMAGAJĄCE FARMACEUTĘ W PROWADZENIU OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ.

Nasze studia przypadków oparte są na światowych, dostępnych do użytku publicznego, schematach opieki farmaceutycznej. Materiał został opracowany przez polskich lekarzy i farmaceutów, dostosowany do warunków polskiej apteki oraz dostępnych na polskim rynku farmaceutycznym produktów leczniczych wydawanych na receptę (Rp.).

Przypadek 2

Pani Maria jest 36-letnią, zamężną kobietą, która cierpi na cukrzycę typu 1 oraz planuje w przyszłym roku zajść w ciążę i chce zadbać o wcześniejszą suplementację prenatalną. W trakcie rozmowy dowiadujesz się, że jej ostatni wynik HbA1C wynosił 7,3% (56 mmol/mol) oraz, że stosuje również leki na nadciśnienie i dyslipidemię.

Historia Medyczna Pacjenta: cukrzyca typu 1, nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia.

Zgłaszane Dolegliwości i Problemy: porada dotycząca suplementacji przed planowaną ciążą.

Historia Lekowa Pacjenta:

1. ramipril (Polpril®) 10 mg OD,

2. simvastatin (Simvasterol®) 40 mg ON,



3. insulin aspart 100 j./ml – 3 ml pen (wstrzykiwacz) UD,

4. insulin glargine 100 j./ml – 3 ml pen (wstrzykiwacz) UD,



5. 8 mm/12 G igły do wstrzykiwacza UD,

6. nakłuwacz UD,

7. paski testowe UD.

Sytuacja Socjalna Pacjenta: planuje zajść w ciążę.

GŁÓWNE PUNKTY PORADY:

- Przedstaw pani Marii, jak cukrzyca wpływa na ciążę, i jak ciąża wpływa na cukrzycę. Opowiedz, jakie suplementy, i w jaki sposób należy stosować, a także jakie leki przeciwcukrzycowe zagrażają życiu i zdrowiu poczętego dziecka oraz matki w czasie ciąży. Pani Maria powinna suplementować kwas foliowy w dawce dobowej przynaj-



mniej 0,4 mg, a także jod w ilości 200 µg dziennie oraz przyjmować 800–2000 IU witaminy D3. W ramach opieki farmaceutycznej dotyczącej opieki prenatalnej poinformuj panią Marię o tym, jak ważne jest optymalne prowadzenie kontroli stężenia glukozy we krwi w celu zredukowania do minimum ryzyka poronienia, rozwoju wad wrodzonych u dziecka oraz wewnątrzmacicznego obumarcia płodu związanego z cukrzycą we wczesnym okresie ciąży.

2. Pani Maria powinna osiągnąć wartości HbA1C <6,5% (48 mmol/mol) przed poczęciem dziecka.
3. Pani Maria powinna utrzymywać w czasie ciąży poranny poziom glukozy na czczo w granicach wartości 70–90 mg/dl (3,9–5,0 mmol/l). Ponadto wartości glikemii oznaczane po 1 godz. od zakończenia posiłku nie powinny przekraczać 140 mg/dl (7,8 mmol/l), a pomiędzy godz. 2.00 a 4.00 muszą wynosić 70–90 mg/dl (3,9–5,0 mmol/l).
4. Pani Maria powinna porozmawiać ze swoim lekarzem na temat modyfikacji leczenia nadciśnienia tętniczego oraz dyslipidemii, gdyż przyjmowanie ramiprylu oraz simwastatyny w ciąży jest przeciwwskazane.

REZULTATY:

1. Pani Maria uzyskała wiedzę, jak ważne jest przygotowanie do ciąży w jej sytuacji zdrowotnej, udała się do lekarzy na konsultację ginekologiczną i diabetologiczną oraz zapisała się do grupy wsparcia dla kobiet chorujących na cukrzycę i planujących zajść w ciążę.
2. Ponadto zdecydowała się na jeszcze bardziej skrupulatne niż dotychczas monitorowanie stężenia poziomów glukozy we krwi.

Piśmiennictwo

1. Gajewski P. (red.): Interna Szczeklika – 2016. Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.
2. Joint Formulary Committee, BMA and RPSGB: British National Formulary (BNF) 71. Pharmaceutical Press, London 2016.
3. Laiglesia N.: Patients with diabetes: Problems revealed by medicine use reviews. Pharm J. 2007, <http://www.pharmaceutical-journal.com/career/career-feature/patients-with-diabetes- HYPERLINK „http://www.pharmaceutical-journal.com/career/career-feature/patients-with-diabetes-problems-revealed-by-medicines-use-reviews/10007382.article”-problems-revealed-by-medicines-use-reviews/10007382>.



- article [dostęp: 15.11.2016].
4. Rekomendacje Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego w zakresie stosowania witamin i mikroelementów u kobiet planujących ciążę, ciążarnych i karmiących. Ginekol Pol. 2014;85:395–399.
 5. Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN): Management of Diabetes. SIGN Guideline 116, Edinburgh 2013, <http://sign.ac.uk/pdf/sign116.pdf> [dostęp: 15.11.2016].
 6. Walkers R., Whittlesea C.: Clinical Pharmacy and Therapeutics. Churchill Livingstone, Edinburg–London–New York–Oxford–Philadelphia–St. Louis–Sydney–Toronto 2012.
 7. Youssef S.: Medicines Use Reviews. Pharmaceutical Press, London 2010.
 8. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2016. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetol Klin. 2016;5(supl. A).
 9. Zalecenia kliniczne dotyczące postępowania u chorych na cukrzycę 2017. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego. Diabetol Prakt. 2017;3(supl. A).

oraz:

Charakterystyki Produktów Leczniczych wybranych leków.

WYKAZ SKRÓTÓW (DAWKOWANIE):

- ON** – omni nocte – każdego wieczora, codziennie wieczorem
UD – ud dictum – według wskazań

Przypadek 3

Pani Łucja (58-lątka) przychodzi do apteki w celu zrealizowania recepty na swoje stale przyjmowane leki, a dodatkowo zauważyła ostatnio u siebie chrypkę podczas mówienia i nie jest pewna, dlaczego tak się dzieje. Podczas rozmowy dowiadujesz się, że pani Łucja wypala 15 papierosów dziennie i naprawdę chciałaby zaprzestać palenia. Proponujesz pani Łucji spotkanie w celu omówienia kwestii stosowanych przez nią leków – upewnienia się, czy wie, po co stosuje przepisane produkty lecznicze oraz czy stosuje we właściwy sposób inhalacje, by osiągnąć jak największe korzyści z farmakoterapii. Poinformuj panią Łucję, że jeśli ma jakieś pytania czy wątpliwości dotyczące stosowania przepisanych produktów leczniczych, to może Cię o to spytać.

Historia Medyczna Pacjenta: astma

Zgłaszane Dolegliwości i Problemy: chryпка w głosie podczas mówienia

Historia Lekowa Pacjenta:

1. salbutamol pMDI (inhalator ciśnieniowy) 100 mcg 2 wziewy (inhalacje) PRN,



2. formoterol DPI (Oxodil PPH) 12 mcg 2 wziewy (inhalacje) BD,





3. beclometasone dipropionate 250 mcg aerozol 2 wziewy (inhalacja) BD,



4. theophylline 250 mg 1 tabletką ON.



Sytuacja Socjalna Pacjenta: wypala 15 papierosów dziennie

GLÓWNE PUNKTY PORADY:

1. Określenie etapu farmakoterapii astmy: Pani Łucja obecnie jest na jednym z bardziej zaawansowanych etapów farmakoterapii astmy na podstawie prezentowanych objawów (krok 4).
2. Chrypka w głosie: Może być spowodowana stosowaniem inhalatora z beclometasone. Pani Łucja twierdzi, że nigdy nie została poinformowana, by płukać jamę ustną i gardło wodą po użyciu inhalatora z beclometasone. W przypadku nieustania chrypki, należy zalecić pacjentce wizytę u laryngologa.
3. Sprawdź technikę wykonywania inhalacji przez panią Łucję podczas przeglądu lekowego.
4. Zaprzestanie palenia: Przekaż pani Łucji informację na temat programu „rzuc palenie” prowadzonego w aptece i zachęć do wzięcia udziału, szczególnie ze względu na współistniejącą chorobę. Jeśli pani Łucja zdecyduje się rzucić palenie, wówczas powiadom lekarza pacjentki, że powinien zmniejszyć dawkowanie theophylline – palenie papierosów przyspiesza metabolizm teofiliny, co powoduje krótsze przebywanie w organizmie tego związku. Po po-

tencjalnym zaprzestaniu palenia papierosów przez panią Łucję, a przy zachowanym jak dotychczas dawkowaniu theophylline, może dojść do zaburzeń elektrolitowych związanych z jonami K⁺, co może doprowadzić do zaburzeń rytmu serca.

REZULTATY:

1. Pani Łucja zastosowała się do Twojej porady dotyczącej stosowania inhalatora z beclometasone. Już nie ma chrypki przy mówieniu.
2. Pani Łucja zdecydowała się dołączyć do programu „rzuc palenie” prowadzonego w aptece i udało jej się zerwać z nałogiem. W konsekwencji kontrola astmy u pani Łucji uległa poprawie, a dawka theophylline została zredukowana.

Piśmiennictwo:

1. Kerr C., Freemantle A. et al.: “Asthma, the new medicine service and targeted MURs.” The Continuing Professional Development Programme Module 191. Pharmacy Magazine, September 2011.
2. „Interna Szczeklika –2016” Piotr Gajewski (red.), Medycyna Praktyczna, Kraków 2016.
3. „Asthma” – Wacław Droszcz, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007
4. „British guideline on the management of asthma, a national clinical guideline”, British Thoracic Society and Scottish Intercollegiate Guidelines Network: London 2014. Dostępne pod adresem: <https://www.brit-thoracic.org.uk/document-library/clinical-information/asthma/btssign-asthma-guideline-2014> (dostęp: 15.11.2016).
5. “Medicines Use Reviews”. S. Youssef. Pharmaceutical Press, London 2010.
6. „Patients with asthma: problems revealed by medicines use reviews”, P. Melnick, Pharm J 2008; 280:281.
7. Asthma UK charity. Dostępne pod adresem: <https://www.asthma.org.uk> (dostęp: 15.11.2016.).
8. „British National Formulary (BNF) 71”, Joint Formulary Committee, BMA and RPSGB, Pharmaceutical Press, London 2016.
9. „Aspirin-Induced Asthma”. A.M. Hamad, A.M. Sutcliffe, A.J. Knox; Drugs 2004, 64, 21, p. 2417–2432.
10. “Global Strategy for Asthma Management and Prevention (2017 update)”, Global Initiative for Asthma 2017. Dostępne pod adresem: <http://ginasthma.org/2017-gina-report-global-strategy-for-asthma-management-and-prevention/> (dostęp: 29.10.2017).

oraz

Charakterystyki Produktów Leczniczych wybranych leków

WYKAZ SKRÓTÓW (DAWKOWANIE):

PRN – pro re nata – w razie potrzeby

BD – bis die – dwukrotnie w ciągu dnia, dwa razy dziennie

ON – omni nocte – każdego wieczora, codziennie wieczorem

OM – omni mane – każdego ranka, codziennie rano

CC – cum cibum – z posiłkiem

POZOSTAŁE:

DPI (dry powder inhaler) – inhalator suchego proszku (inhalator wytwarzający aerozol z leku w formie sproszkowanej)

pMDI (pressurized metered-dose inhaler) – inhalator ciśnieniowy dozujący (wyzwalany ręcznie lub synchronicznie)

NOWE LEKI IMMUNOSUPRESYJNE

TEKST: DR HAB. N. FARM. MAGDALENA MARKOWICZ-PIASECKA, UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI
FOTO: SHUTTERSTOCK

IMMUNOSUPRESJA JEST STANEM ZMNIJSZONEJ LUB ZAHAMOWANEJ ODPOWIEDZI IMMUNOLOGICZNEJ. WIĄŻE SIĘ TO Z PRZEJŚCIOWYM BĄDŹ STAŁYM USZKODZENIEM FUNKCJI MECHANIZMÓW ODPORNOŚCI KOMÓRKOWEJ LUB HUMORALNEJ.

- E** fekt immunosupresyjny może zostać osiągnięty w wyniku:
- wykonywania zabiegów chirurgicznych polegających na usunięciu narządów układu odpornościowego, np. grasicy;
 - stosowania czynników fizycznych, np. jako skutek ekspozycji na działanie fal rentgenowskich;
 - stosowania leków o działaniu immunosupresyjnym.

Uwzględniając mechanizmy działania układu odpornościowego wyróżniamy dwa typy immunosupresji: komórkowy oraz humoralny. Do zmian w obrębie odporności typu humoralnego zaliczono niedobory przeciwciał różnych klas, zwłaszcza IgG, IgA oraz IgM. Znacznie częściej odnotowuje się niedobory odporności typu komórkowego, skutkujące zmniejszeniem liczby limfocytów T i uszkodzeniem ich funkcji.

Efekty działania leków immunosupresyjnych zależą od wielu czynników, w tym od czasu podawania preparatu immunosupresyjnego, jego dawki oraz bieżącego stanu układu odpornościowego pacjenta. Biorąc pod uwagę wpływ na komórki układu odpornościowego, immunosupresję można osiągnąć przez: eliminację limfocytów, zablokowanie ich krążenia czy też zablokowanie szlaków przekazywania sygnału w procesie aktywacji limfocytów.

Zastosowanie leków immunosupresyjnych to w głównej mierze: transplantologia, onkologia oraz leczenie chorób o podłożu autoimmunizacyjnym. Glikokortykosteroidy były jednymi z najwcześniej użytych preparatów o działaniu immunosupresyjnym, które zastosowano w transplantologii. Leki immunosupresyjne przyczyniły się do ogromnego postępu w tej dziedzinie medycyny. Użycie leków immunosupresyjnych w terapii chorób autoimmunizacyjnych ma na celu wyeliminowanie odznaczających się nadmierną reaktywnością limfocytów T. Immunosupresja to również istotna grupa leków o działaniu przeciwnowotworowym. Leki te szczególnie sprawdzają się w terapii nowotworów rozsianych. Podstawową grupą leków immunosupresyjnych, która znalazła zastosowanie w onkologii są blokujące cykl komórkowy cytostatyki.

Leki immunosupresyjne to niejednorodna grupa związków chemicznych oraz biologicznych o różnym mechanizmie działania, ale wywierających takie samo działanie na organizm w postaci hamowania funkcjonowania układu odpornościowego.

Leki o działaniu immunosupresyjnym można podzielić na:

- I) Glikokortykosteroidy;
- II) Leki cytostatyczne: leki alkilujące oraz inhibitory syntezy zasad purynowych i pirymidynowych;
- III) Cyklosporyna;
- IV) Leki działające na immunofiliny;
- V) Inne leki immunosupresyjne stosowane w transplantologii, np. gu-sperimus, mykofenolan mofetylu;
- VI) Przeciwciała monoklonalne.

Podstawowym celem stosowania leków immunosupresyjnych jest ingerencja w główne mechanizmy efektorowe odpowiedzi immunologicznej w celu uzyskaniażądanego efektu terapeutycznego. Działania niepożądane klasycznych leków immunosupresyjnych to przede wszystkim nawracające zakażenia bakteryjne, wirusowe (zwłaszcza wirusem opryszczki) oraz grzybicze. Leki te powodują także utrudnione gojenie ran, jak również predysponują do chorób rozrostowych układu chłonnego o charakterze nowotworowym. To ostatnie działanie występuje zwłaszcza w wyniku stosowania leków onkostatycznych, ale również może dotyczyć tych leków, które działają względnie wybiórczo na limfocyty (np. cyklosporyna). Przeciwciała monoklonalne stosowane w transplantologii produkowane metodami inżynierii genetycznej wykazują znacznie mniej działań niepożądanych niż klasyczne leki immunosupresyjne, ale największą ich wadą jest wysoka cena.

Najczęściej stosowanymi lekami o działaniu immunosupresyjnym są glikokortykosteroidy, które znajdują zastosowanie w leczeniu chorób autoimmunizacyjnych i w zapobieganiu odrzuceniu przeszczepów.

Ze względu na wielopłaszczyznowy mechanizm działania, skutki użycia glikokortykoidów mają różnorodny charakter. Oddziałują zarówno na mechanizmy humoralne, jak i komórkowe odporności. Steroidy hamują transkrypcję licznych genów kodujących białka uczestniczące w przebiegu reakcji zapalnej, w tym interleukin: IL-1, -2, -3, -4, -5, -6, -11, -13, TNF- α (czynnik martwicy nowotworów), GM-CSF (czynnik stymulujący tworzenie kolonii granulocytów i makrofagów), chemokin: IL-8, MCP 1-4, cząstek adhezyjnych: VCAM-1, ICAM-1, E-selektyny, a także enzymów regulujących syntezę mediatorów: indukowalną syntezę tlenu azotu, cyklooksygenazę 2, cytoplazmatyczną fosfolipazę A2. Glikokortykoidy ograniczają żywotność eozynofili, redukują liczbę komórek dendrytycznych, wykazują działanie supresyjne względem limfocytów i bazofili.

W porównaniu z innymi lekami z tej grupy są mniej toksyczne. Jednak stosowanie glikokortykosteroidów w wysokich dawkach związane jest z występowaniem poważnych działań niepożądanych, do których zaliczamy m.in. zaburzenia dobowego rytmu snu, nasilenie apetytu, hipercholesterolemię, zaćmę, osteoporozę, cukrzycę, wrzody żołądka, zespół Cushinga (związany z podwyższonym stężeniem steroidów kory nadnerczy), nadciśnienie, objawy neuropsychiatryczne.

Leki cytostaticzne stanowią bardzo heterogenną grupę. Ich działanie opiera się na hamowaniu podziałów komórkowych zarówno limfocytów T, jak i limfocytów B. Część cytostatyków ujawnia działanie niezależnie od fazy cyklu komórkowego, inne wykazują aktywność swoiście dla danej fazy. Mniejsze dawki podawane są pacjentom z chorobami autoimmunizacyjnymi, natomiast większe – z nowotworami. Biorąc pod uwagę mechanizm działania, w obrębie leków cytostaticznych można wyróżnić: leki alkilujące, antymetabolity, antybiotyki cytostaticzne. Leki alkilujące działają w wyniku wytworzenia reaktywnego jonu alkilującego azot w pozycji 7 (N7) guaniny, która jest najbardziej nukleofilowym składnikiem DNA, co powoduje pęknięcia w nici kwasu deoksyrybonukleinowego (DNA) lub powstawanie wiązań krzyżowych między niemi jednej cząsteczki kwasu nukleinowego. Z kolei antymetabolity oddziałują na syntezę kwasów nukleinowych przez wbudowanie się w ich strukturę lub poprzez hamowanie podstawowych reakcji enzymatycznych w metabolizmie komórkowym. Antybiotyki cytostaticzne wywierają działanie wielokierunkowe, obejmujące zaburzenie syntezy DNA i RNA, upośledzanie mechanizmów naprawy DNA, tworzenie wolnych rodników uszkadzających nić DNA i inne struktury komórkowe.

Cyklosporyna to cykliczny polipeptyd złożony z 11 aminokwasów wytwarzany przez grzyb *Tolypocladium inflatum*. Jest silnym lekiem o działaniu immunosupresyjnym. Zapobiega odrzucaniu allogenicznym przeszczepów serca, nerek, wątroby, trzustki, jelita cienkiego, płuc i skóry; osłabia reakcję GvH („przeszczep przeciw gospodarzowi”) po przeszczepieniu szpiku. Hamuje humoralne i komórkowe reakcje immunologiczne, modyfikuje przewlekłe procesy zapalne, zmniejsza wytwarzanie i wydzielanie limfokin (m.in. IL-2), czynnika wzrostu komórek (TCGF), wpływa na limfocyty typu pomocniczego (Th). Hamuje fazę indukcji w procesie proliferacji komórek limfatycznych. Wskazania do stosowania cyklosporyny obejmują: zapobieganie odrzucaniu przeszczepu po allogenicznym przeszczepieniu narządów mięsnych, szpiku lub komórek macierzystych; leczenie odrzucania przeszczepu u pacjentów uprzednio otrzymujących inne leki



immunosupresyjne; zapobieganie chorobie „przeszczep przeciw gospodarzowi” lub jej leczenie; czynne, zagrażające utratą wzroku zapalenie błony naczyniowej pośredniego lub tylnego odcinka oka pochodzenia niezakaźnego, gdy leczenie konwencjonalne jest nieskuteczne; steroidozależny i steroidooporny zespół nerczycowy u dorosłych i dzieci, wywołany przez choroby kłębuszków nerkowych, takie jak nefropatie z minimalnymi zmianami, ogniskowe i segmentowe stwardnienie kłębuszków lub błoniaste zapalenie kłębuszków nerkowych. Cyklosporyna może być także stosowana w celu wywołania remisji i jej utrzymania lub podtrzymania remisji wywołanej steroidami (możliwe wycofanie steroidów z leczenia). Ponadto, lek stosowany jest w leczeniu ciężkiego czynnego RZS, ciężkiej łuszczycy u pacjentów, u których konwencjonalne metody leczenia są nieskuteczne lub niewskazane oraz ciężkiego AZS wymagającego leczenia ogólnego.

Immunofiliny to białka odznaczające się zdolnością wiązania z substancjami immunosupresyjnymi. Uczestniczą w wielu procesach wewnątrzkomórkowych związanych m.in. z apoptozą, przesyłaniem sygnałów, przetwarzaniem RNA, stabilizacją kompleksów receptorów.

Leki działające na immunofiliny znalazły głównie zastosowanie w transplantologii, ale także chorobach skórnych, takich jak łuszczycza, atopowe zapalenie skóry, piodermia zgorzelinowa, rzadziej są stosowane w toczniu rumieniowatym. Do leków tych, poza cyklosporyną, zaliczają się takrolimus oraz sirolimus. Takrolimus poprzez wiązanie się ze specyficzną cytoplazmatyczną immunofiliną (FKPB-12) hamuje zależne od wapnia kaskady przenoszenia sygnałów w limfocytach T, zapobiegając w ten sposób transkrypcji i syntezie IL-2, IL-3, IL-4, IL-5 i innych cytokin, takich jak GM-CSF, TNF- α i IFN- γ . Sirolimus to

wybiórczy lek immunosupresyjny hamujący aktywację limfocytów T indukowaną przez większość czynników pobudzających poprzez blokowanie wewnątrzkomórkowego przewodzenia sygnałów zależnego i niezależnego od jonów wapnia. Mechanizm działania polega na wiązaniu ze specyficznym białkiem cytozolowym FKPB-12, a powstający kompleks FKPB-12-sirolimus hamuje aktywację mTOR (mammalian target of rapamycin), co prowadzi do zablokowania wielu swoistych szlaków przewodzenia sygnałów w komórce. Powoduje to zahamowanie aktywacji limfocytów i odczynów immunologicznych, w tym także reakcji odrzucania przeszczepów. Ewerolimus jest lekiem o działaniu immunosupresyjnym oraz przeciwnowotworowym, który także polega na wiązaniu z białkiem FKBP-12. Ewerolimus jest inhibitorem sygnału proliferacji, wykazuje działanie immunosupresyjne przez hamowanie proliferacji i ekspansji klonalnej limfocytów T aktywowanych

antygenem, poprzez interleukiny specyficzne dla limfocytów T, np. IL-2 i IL-15. Zahamowanie sygnału proliferacji prowadzi do zatrzymania komórek w fazie G1 cyklu komórkowego. Ewerolimus zmniejsza stężenie czynnika wzrostu śródbłonna naczyniowego, hamując proliferację komórek mięśni gładkich naczyń oraz angiogenezę guza. Ewerolimus jest silnym inhibitorem wzrostu i namnażania komórek guza, komórek śródbłonna, fibroblastów i komórek mięśni gładkich naczyń krwionośnych, hamuje glikolizę guzów litych in vitro i in vivo.

Mykofenolan mofetylu jest estrem 2-morfolinoetylowym kwasu mykofenolowego (MPA) o działaniu cytostaticznym na limfocyty T i B. Kwas mykofenolowy hamuje wybiórczo i odwracalnie dehydrogenazę monofosforanu inozyny, biorąc udział w syntezie nukleozydów guanozynowych niezbędnych do budowy DNA. Zmniejsza liczbę limfocytów i monocytów w ognisku zapalnym, nie zmniejsza aktywności neutrofilii. Mykofenolan mofetylu stosowany jest w zapobieganiu ostremu odrzucaniu przeszczepów narządów (nerka,

serce, wątroba) w skojarzeniu z cyklosporyną i kortykosteroidami u biorców przeszczepów alogenicznych. Najczęściej występujące działania niepożądane związane ze stosowaniem mykofenolanu mofetylu to: posocznica, kandydoza przewodu pokarmowego, zakażenie dróg moczowych, zakażenie wirusem opryszczki zwykłej, półpasiec, leukopenia, małopłytkowość, niedokrwistość, wymioty, ból brzucha, biegunka, nudności.

Przeciwciała znalazły szerokie zastosowanie w lecznictwie, zwłaszcza jako szybka i skuteczna metoda zapobiegania odrzucaniu przeszczepu. Biorąc pod uwagę ich swoistość, dzieli się je na mono- i poliklonalne. Przeciwciała monoklonalne (mAbs – monoclonal antibodies) to immunoglobuliny (IgG), które

swoiście łączą się z innymi białkami (rozpoznają tylko jedną, ściśle określoną determinantę antygenową) obecnymi na powierzchni komórek znajdujących się w układzie krążenia lub w obrębie tkanek. Przeciwciała monoklonalne znalazły zastosowanie w różnych dziedzinach medycyny, w tym w onkologii, transplantologii oraz terapii chorób autoimmunologicznych. Należy zwrócić jednak uwagę na próby ich zastosowania w leczeniu innych chorób, takich jak: osteoporoza czy astma. Warto podkreślić ich zastosowanie w diagnostyce laboratoryjnej (podstawa testów diagnostycznych ELISA i RIA; m.in. w diagnostyce HIV); oczyszczaniu różnych substancji oraz w badaniach naukowych (m.in. selekcja i liczenie komórek (np. cytometria przepływową), badanie różnorodnych białek komórkowych).

W terapii przeciwnowotworowej przeciwciała monoklonalne mogą bezpośrednio wpływać (niszczyć) na komórki nowotworowe lub



Tabela 1. Przeciwciała monoklonalne o działaniu immunosupresyjnym.

PRZECIWCIAŁO	CHARAKTERYSTYKA	WSKAZANIA
Adalimumab	Rekombinowane przeciwciało monoklonalne klasy IgG1 skierowane przeciw czynnikiowi TNF- α , z którym wiąże się swoiście. Hamuje interakcję podjednostki α cząsteczki TNF z rec. p55 i p75 znajdującymi się na powierzchni komórki, hamując tym samym jego aktywność biologiczną.	RZS, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, tłuszczycowe zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów, choroba Crohna, łuszczycyca.
Alemtuzumab	Humanizowane przeciwciało monoklonalne IgG1 κ przeciw glikoproteinie CD52.	Aktywna rzutowo-ustępująca postać stwardnienia rozsianego, potwierdzona przez objawy kliniczne lub wyniki diagnostyki obrazowej.
Bazyliksymab	Chimerowe ludzko-mysie przeciwciało monoklonalne (IgG1 κ) produkowane metodami inżynierii genetycznej. Bazyliksymab wiąże się wybiórczo z antygenem CD25 (łańcuch α receptora dla interleukiny-2 [IL-2]) na powierzchni zaktywowanych limfocytów T, blokując przyłączenie IL-2, a tym samym uniemożliwiając przekazanie sygnału powodującego proliferację limfocytów T.	Zapobieganie ostremu odrzuceniu przeszczepu po allogenicznym przeszczepieniu nerki de novo u dorosłych i dzieci po 1. r.ż. równoległe z leczeniem immunosupresyjnym cyklosporyną oraz kortykosteroidami, u pacjentów z panelem przeciwciał reaktywnych <80% lub równoległe z leczeniem immunosupresyjnym cyklosporyną, kortykosteroidami oraz azatiopryną lub mykofenolanem mofetylu.
Certolizumab	Rekombinowany, humanizowany fragment Fab' przeciwciała przeciwko czynnikiowi martwicy nowotworu (TNF- α), uzyskiwany przez ekspresję w komórkach E. coli i sprzęganie z polietylenoglikolem (PEG).	Leczenie skojarzone z metotreksatem czynnego RZS o umiarkowanym lub ciężkim nasileniu u dorosłych pacjentów niedostatecznie reagujących na inne leki przeciwreumatyczne modyfikujące przebieg choroby, w tym metotreksat. Łuszczycowe zapalenie stawów; łuszczycyca plackowata.
Golimumab	Ludzkie przeciwciało monoklonalne tworzące stabilne kompleksy o dużym powinowactwie do postaci rozpuszczalnej i przezbłonowej ludzkiego czynnika martwicy nowotworu (TNF- α), zapobiegając wiązaniu TNF- α z jego receptorami.	Reumatoidalne zapalenie stawów, tłuszczycowe zapalenie stawów, zeszywniające zapalenie stawów, młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów, wrzodziejące zapalenie jelita grubego.
Infliximab	Chimerowe ludzko-mysie przeciwciało monoklonalne IgG1 wytwarzane z rekombinowanej linii komórkowej. Wykazuje duże powinowactwo do rozpuszczalnej i transbłonowej postaci ludzkiego czynnika martwicy nowotworu alfa (TNF- α).	RZS, choroba Leśniowskiego i Crohna, wrzodziejące zapalenie jelita grubego, zeszywniające zapalenie jelita grubego, tłuszczycowe zapalenie stawów, łuszczycyca plackowata.
Natalizumab	Rekombinowane, humanizowane przeciwciało przeciwko integrynie 4 wytwarzane w mysich liniach komórkowych metodą rekombinacji DNA. Selektywny inhibitor molekuł adhezyjnych, wiążący się z podjednostką α 4 integryny ludzkiej, która ulega znacznej ekspresji na powierzchni wszystkich leukocytów z wyjątkiem neutrofilii.	Monoterapia u dorosłych pacjentów w celu modyfikacji przebiegu ustępująco-nawracającej postaci stwardnienia rozsianego o dużej aktywności.
Tocilizumab	Rekombinowane, humanizowane przeciwciało monoklonalne IgG1 wytwarzane z zastosowaniem rekombinacji DNA. Wiąże się swoiście z receptorami IL-6 (sIL-6R i mIL-6R), zarówno rozpuszczalnymi, jak i związanymi z błonami komórkowymi, przez co hamuje przekazywanie sygnału szlakiem, w którym te receptory pośredniczą; dochodzi do osłabienia działania IL-6, będącej plejotropową cytokiną prozapalną.	Leczenie skojarzone z metotreksatem czynnego RZS o umiarkowanym i ciężkim nasileniu u dorosłych pacjentów. Młodzieńcze idiopatyczne zapalenie stawów.
Ustekinumab	Ludzkie przeciwciało monoklonalne IgG1 κ , które z dużą swoistością wiąże się z podjednostką białkową p40 wspólną dla cytokin IL-12 i IL-23, hamuje ich aktywność, zapobiegając wiązaniu tych cytokin z ich receptorem białkowym IL-12R β 1 znajdującym się na powierzchni komórek układu odpornościowego.	Łuszczycyca plackowata.

pośrednio wpływać na nie poprzez aktywację układu immunologicznego gospodarza. Mogą uruchomić odpowiedź immunologiczną w mechanizmie cytotoksyczności komórkowej zależnej od przeciwciał (ADCC) lub cytotoksyczności zależnej od dopełniacza (CDC). Komórki nowotworowe mogą również ulec zniszczeniu w wyniku indukowania przez przeciwciało apoptozy lub blokowania ekspresji zewnątrzkomórkowych białek istotnych fenotypowo. Przeciwciała monoklonalne mogą także blokować receptory komórkowe dla czynników wzrostu, w konsekwencji czego dochodzi do zahamowania wzrostu guza. Ponadto przeciwciała mogą działać na wybrane elementy mikrośrodowiska guza, na przykład na angiogenezę. Zastosowanie przeciwciał monoklonalnych o działaniu immunosupresyjnym przedstawiono w Tabeli 1.

Preparaty o działaniu molekularnym, w tym przeciwciała monoklonalne, nie dają toksyczności charakterystycznych dla innych leków

o działaniu immunosupresyjnym, jednakże są przyczyną innych niepożądanych objawów, także zagrażających życiu. Ponadto wciąż niewiele wiadomo o odległych skutkach leczenia molekularnego, ponieważ brakuje danych z długotrwałej obserwacji.

Bibliografia:

1. Elżbieta Ograczyk, Magdalena Kowalewicz-Kulbat, Sebastian Wawrocki, Marek Fol. Immunosupresja – wymagający sprzymierzeniec na trudne czasy. Postępy Hig Med Dosw (online), 2015; 69: 1299-1312.
2. W. Kostowski, Z. Herman. Farmakologia – podstawy farmakoterapii, PZWL, 2006.
3. <https://indeks.mp.pl/desc.php?id=180>, stan z dnia 14.12.2019.
4. <https://indeks.mp.pl/desc.php?id=1431>, stan z dnia 14.12.2019.
5. <https://indeks.mp.pl/desc.php?id=955>, stan z dnia 15.12.2019.
6. <https://indeks.mp.pl/leki/desc.php?id=7942>, stan z dnia 15.12.2019.

NOTATNIK FARMACEUTY

TEKST: DR N. FARM. MAGDALENA MARKOWICZ-PIASECKA, UNIWERSYTET MEDYCZNY W ŁODZI
FOTO: SHUTTERSTOCK

GRZYBY – MAŁO ZNANE ŹRÓDŁO WITAMINY D

Grupa witamin D jest rozpuszczalna w tłuszczach. Podstawowe znaczenie mają jej dwie formy, różniące się budową chemiczną łańcucha bocznego: ergokalcyferol (witamina D₂), naturalnie występujący w organizmach roślinnych oraz chole-

obecnie odnotowuje się powszechny niedobór witaminy D w prawie każdej grupie wiekowej. Do najczęstszych przyczyn zalicza się: obniżoną syntezę skórną, niedostateczną podaż w diecie i suplementach, otyłość, choroby wątroby, nerek, zespoły

cywilizacyjne (np. miażdżyca, cukrzyca typu 2, choroby sercowo-naczyniowe). Obserwuje się także zależność między niedoborem witaminy D w organizmie a zwiększonym ryzykiem chorób neurodegeneracyjnych (np. choroby Alzheimera) i zaburzeń psy-

gatkowych. Stwierdzono, że grzyby dziko rosnące dzięki naturalnej ekspozycji na promieniowanie UV zawierają więcej ergokalcyferolu w porównaniu z tymi, które pochodzą z upraw. Co ważne, witamina D₂ wytworzona pod wpływem światła UV jest dość trwała, jej straty podczas przechowywania grzybów są stosunkowo niewielkie, a obróbka kulinarna, np. gotowanie, nie zmienia zawartości ergokalcyferolu w grzybach. Autor pracy, profesor Kochan, podkreśla, że zawarta w grzybach witamina D₂ jest łatwo przyswajalna, podlega w organizmie człowieka prawidłowym przemianom metabolicznym i wykazuje aktywność biologiczną, umożliwiając m.in. wzmożone wchłanianie wapnia i podniesienie jego stężenia we krwi. Autorzy cytują wyniki badań, które udowadniają, że wzbogacenie diety w grzyby jadalne, naświetlane wcześniej UV w celu podwyższenia zawartości witaminy D₂, pozwala na uzyskanie znacznego zwiększenia gęstości kości.

Źródło:

Z. Kochan, K. Jędrzejewska, J. Karbowska. Witamina D w grzybach jadalnych – biosynteza, zawartość, biodostępność i znaczenie w żywieniu. *Postępy Hig Med Dosw (online)*, 2019; 73: 662–673.



kalcyferol (witamina D₃), naturalnie występujący w organizmach zwierzęcych.

Zarówno witamina D₂, jak i D₃ ulegają dalszym przemianom do związków biologicznie czynnych, takich jak: kalcydiol [25(OH)D₃] i kalcytriol [1,25(OH)₂D₃]. Szybkość syntezy kalcydiolu jest uzależniona od dostarczenia witaminy D z dietą, suplementami i lekami, dlatego uważa się, że jest to marker pokrycia jej zapotrzebowania.

złego wchłaniania, choroby genetyczne oraz stosowanie leków przeciwdrgawkowych.

W licznych badaniach obserwacyjnych zauważono zależność pomiędzy małym stężeniem kalcydiolu [25(OH)D₃] a zwiększonym ryzykiem rozwoju niektórych chorób, takich jak choroby nowotworowe (np. okrężnicy, piersi, jajników, prostaty), autoimmunologiczne (np. cukrzyca typu 1, choroba Hashimoto) czy

chiatrycznych (np. schizofrenia, depresja).

Grzyby jadalne są dobrym źródłem steroidów – głównie ergosterolu, którego zawartość wynosi około 300–700 mg w 100 g suchej masy. Ergosterol pod wpływem promieniowania słonecznego ulega przemianie do ergokalcyferolu, czyli witaminy D₂. Intensywność tego procesu zależy od warunków zewnętrznych oraz od cech

ANTYOKSYDANTY W LECZENIU CHOROBY PARKINSONA

Ostotą choroby Parkinsona jest zanik tzw. komórek dopaminergicznych znajdujących się w mózgu, co powoduje objawy, takie jak spowolnienie ruchowe, sztywność mięśni, drżenie spoczynkowe, zaburzenia chodu i postawy. Zmiany neurodegeneracyjne wynikają z działania różnych czynników, w tym przewlekłego stanu zapalnego, działania czynników toksycznych, zaburzenia metabolizmu białek czy też stresu oksydacyjnego. Najskuteczniejszym lekiem stosowanym w leczeniu choroby Parkinsona jest lewodopa (L-DOPA). Mimo iż jest

to tzw. „złoty standard”, to przy długotrwałym stosowaniu odpowiedź na lek ulega wyczerpaniu, co powoduje zwiększanie dawki i prowadzi do pojawiania się niepożądanych objawów. Aktualnie nie ma skutecznego preparatu, który mógłby zatrzymać postęp choroby.

Biorąc pod uwagę czynniki etiologiczne choroby Parkinsona oraz rolę równowagi oksydacyjno-redukcyjnej, to właśnie w zaburzeniach oksydacyjnych upatruje się możliwości terapeutycznych związanych z podawaniem substancji o działaniu

antyoksydacyjnym, które mogłyby ten stan zniwelować, przyczyniając się do poprawy jakości życia chorego.

Praca przeglądowa przygotowana przez D. Markowską oraz współautorów omawia między innymi możliwości zastosowania takich przeciwutleniaczy jak: koenzym Q10, witaminy z grupy B, witaminy D i E, resweratrol oraz N-acetylocysteina. Dokonany przegląd literatury nie daje jednak jednoznacznej odpowiedzi na temat skuteczności terapii za pomocą ww. przeciwutleniaczy. Wykazano natomiast, że u pacjentów

chorujących na chorobę Parkinsona odnotowuje się niższy poziom m.in. koenzymu Q10 oraz witaminy D. Stąd też postuluje się niwelowanie niedoborów antyoksydantów oraz osiągnięcie ich fizjologicznych stężeń, ponieważ przekłada się to na znaczne korzyści zdrowotne.

Źródło:

D. Markowska, D. Malicka, J. Nuszkiewicz, K. Szewczyk-Golec. Rola wybranych antyoksydantów w rozwoju i leczeniu choroby Parkinsona. *Postepy Hig Med Dosw (online)*, 2019; 73: 516–528.

BIAŁKO PRZENOSZĄCE ESTRY CHOLESTEROLU A ROZWÓJ CHOROBY ALZHEIMERA

Choroba Alzheimera jest chorobą zwyrodnieniową mózgu, charakteryzującą się postępującymi zaburzeniami pamięci oraz zachowania, które z czasem całkowicie uniemożliwiają prawidłowe funkcjonowanie chorego w codziennym życiu. W przebiegu choroby dochodzi do odkładania się w mózgu białek o patologicznej strukturze, czyli β -amyloidu i białka tau. Pojawienie się tych patologicznych białek prowadzi do śmierci komórek nerwowych. Zmniejszenie liczby neuronów powoduje zmniejszenie ilości produkowanych przez nie substancji przekaźnikowych, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania mózgu.

Wyniki badań wskazują, że rozwój choroby Alzheimera zależy w dużej mierze od metabolizmu cholesterolu, głównie od stężenia HDL. Zaobserwowano, że wysokie stężenie HDL zmniejsza ryzyko rozwoju



choroby neurodegeneracyjnej oraz łagodzi jej objawy, ponieważ cząsteczki HDL wchodzi w interakcje z β -amyloidem, hamując jego agregację. Ponadto dowiedziono istotną rolę apolipoproteiny E w patogenezie choroby Alzheimera. Wydaje się, że ważną funkcję w tym procesie może pełnić także białko przenoszące estry cholesterolu (CETP, cholesterol ester transfer protein),

które biorąc udział w transporcie cholesterolu, pośredniczy w wymianie lipidów między lipoproteinami HDL i LDL/VLDL. Wykazano bowiem, iż CETP nasila wychwyt cząstek HDL przez neurony poprzez oddziaływanie na receptor apoE. W badaniach klinicznych analizowano związek między polimorfizmami genu CETP a rozwojem choroby Alzheimera, jednak nie wykazano

jednoznacznej korelacji między polimorfizmem CETP a rozwojem choroby Alzheimera.

Źródło:

J. Pawlik, D. Wrześniok. Białko przenoszące estry cholesterolu: charakterystyka fizjologiczna i molekularna w aspekcie patogenezy miażdżycy i choroby Alzheimera. *Postepy Hig Med Dosw (online)*, 2019; 73: 387–396.

β -GLUKANY W SEZONIE INFEKCYJNYM

TEKST: DR N. MED. JUSTYNA WODOWSKA / FOTO: SHUTTERSTOCK

BADANIA WSKAZUJĄ POTENCJAŁ β -GLUKANÓW W DZIAŁANIU ZWIĘKSZAJĄCYM ODPORNOŚĆ.

Medycyna naturalna wzbudza rosnące zainteresowanie jako istotną metodą wspomagania terapii farmakologicznych. W ostatnich latach prowadzone są szczególnie intensywne badania nad możliwościami zastosowania β -glukanów. Wzmoczone zainteresowanie tymi związkami datuje się na początek lat 90. XX wieku, kiedy to wykazano doświadczalnie (na modelach zwierzęcych), że mogą mieć działanie zwiększające odporność. Ich historia jest jednak znacznie starsza. Wystarczy wspomnieć o japońskim twardziaku jadalnym, powszechnie znanym jako „shiitake”, który jest również źródłem β -glukanu o nazwie „lentinan”. Nie da się więc zaprzeczyć, że związki te mają ogromny potencjał. Czy jednak warto przypomnieć sobie o nich w szczycie sezonu infekcyjnego, kiedy półki apteczne uginają się od innych środków immunostymulujących (aloes, bez czarny czy preparaty jeżówki)?

Występowanie i budowa

β -D-glukany to homopolimery powstałe z monomerów D-glukozy, połączonych wiązaniami β -glikozydowymi. Te zróżnicowane związki (o różnym stopniu rozgałęzienia) znajdują się np. w ścianach komórkowych grzybów i drożdży piekarniczych (*Saccharomyces cerevisiae*), w algach oraz w ziarnach niektórych zbóż (głównie owsa i jęczmienia). Budowa strukturalna łańcucha polimeru oraz rodzaj wiązań zmieniają się w zależności od pochodzenia związku, co rzutuje na spektrum jego właściwości biologicznych. Grupą najszerszej przebadaną są β -(1-3)-D-glukany. Są one składnikami ścian komórkowych grzybów albo wydzielinami egzopolisacharydowymi bakterii. Preparaty takie można uzyskać w wydajny sposób, z wysoką czystością, co czyni ich przemysłową produkcję opłacalną. Niewątpliwie wiele komplikuje jednak fakt, że fizykochemiczne właściwości β -glukanów zależą nie tylko od źródła pozyskania glukanu, ale nawet od procedury izolacyjnej.

Mechanizm immunomodulującego działania β -glukanów

Najwięcej informacji w odniesieniu do takich właściwości znajdziemy w przypadku glukanów β -D-(1-3). W marcu 2019 r. w czasopiśmie *Molecules* (Impact factor tego czasopisma z 2018 wyniósł 3,06) ukazała się ciekawa praca przeglądowa zatytułowana *β -glukan. Suplement czy lek? Od laboratorium do badań klinicznych?* W świetle tej pracy β -glukany są zdolne do zapoczątkowania szeregu reakcji odpowiedzi

immunologicznej typu komórkowego i humoralnego. Na błonie komórkowej makrofagów występują receptory gotowe do aktywacji przez reszty cukrowe. Niezwykły jest fakt, że receptory te idealnie pasują do łańcucha polisacharydowego β -glukanów. Można pokusić się nawet o stwierdzenie, że β -glukany są najpowszechniej obserwowanym w przyrodzie aktywatorem makrofagów (podobny mechanizm występuje u zwierząt i roślin). Najważniejszymi spośród wspomnianych receptorów są Dectin-1 i CR3. Dodatkowo receptory obejmują Toll-2. Po związaniu zachodzą różne procesy, w tym bezpośrednia aktywacja receptora i/lub aktywacja szlaku komórkowego. Dobrze opisanym efektem biologicznym jest między innymi pobudzenie makrofagów do fagocytozy (napotykając wirusy, komórki bakterii czy też zmienione komórki własnego ustroju pochłaniają je i unieszkodliwiają). Część makrofagów przemieszcza się do węzłów chłonnych, gdzie prezentuje antygeny limfocytom T oraz powoduje uwalnianie cytokin oraz interferonów. Wiele raportów opisuje też, że β -glukan inicjuje wydzielanie pewnych prozapalnych limfokin (takich jak IL-8).

Zachęcam do zapoznania się z całością wspomnianego wyżej artykułu: *Beta Glucan: Supplement or Drug? From Laboratory to Clinical Trials, Vetvicka i wsp., Molecules, 2019, 24(7)*. Zaprezentowana w nim grafika



wyczerpuje w sposób szczegółowy kaskadę możliwych immunologicznych reakcji. Warto też przejrzeć zasoby największej bazy badań klinicznych – strony Narodowego Instytutu Zdrowia (www.clinicaltrials.gov). Zgodnie z zasadami każde badanie kliniczne musi być zarejestrowane w publicznie dostępnej bazie danych jeszcze przed rekrutacją pierwszego uczestnika. Fakt ten oraz podanie do wiadomości publicznej są istotne przede wszystkim dla społeczności akademickiej, gdyż pozwalają uniknąć powielania podobnych badań, a także uzyskać informacje na temat ewentualnych negatywnych wyników, które nie zawsze są dostępne w formie artykułu. Jedną z baz danych umożliwiających rejestrację badania klinicznego jest wspomniana powyżej baza Narodowego Instytutu Zdrowia. Obecnie podsumowuje ona prawie 200 badań klinicznych dotyczących β -glukanu, nie tylko w odniesieniu do reakcji immunologicznych, ale również właściwości antynowotworowych, poprawy gospodarki lipidowej i łagodzenia niektórych chorób przewodu pokarmowego.

Porada dietetyczna w aptece?

Czemu o tym wspominam pisząc o β -glukanie? To bowiem doskonały sposób na holistyczne podejście do pacjenta, który zgłasza się do apteki i wspomina o słabszej kondycji układu odpornościowego. Warto tu oprócz gotowych, aptecznych źródeł β -glukanu zaproponować... owsiane śniadanie. Wśród wszystkich zbóż wyróżnia się unikatowym składem (zawartość białka w płatkach owsianych jest o około 20% większa niż w innych zbożach, stanowią one też dobre źródło aminokwasów egzogennych). Owsiane β -glukany wpływają korzystnie na układ odpornościowy oraz redukują ewentualną hiperglikemię. Wykazano też, że regularne spożywanie owsa obniża stężenie cholesterolu LDL. Wciąż nie jest jasne, na jakiej zasadzie. Jeden z mechanizmów zakłada, że β -glukan owsiany ma zdolność wiązania kwasów żółciowych. Biorąc pod uwagę, że płatki owsiane są łatwo dostępne, tanie i dają szerokie możliwości wykorzystania w codziennym żywieniu, nie sposób o tym nie wspomnieć. Wyróżnia się trzy typy płatków: błyskawiczne (gotowe do spożycia bez konieczności gotowania), górskie (lekko przetworzone, słodkie) i zwykłe (najmniej przetworzone). Warto przy tym pamiętać, że przetwarzanie nie wpływa znacząco na skład odżywczy płatków owsianych, a już na pewno nie zmienia zawartości β -glukanów.

Co podkreślić w rozmowie z pacjentem?

Preparaty z β -glukanami zaleca się przyjmować profilaktycznie przez okres od kilku do kilkunastu tygodni. U dzieci oraz osób dorosłych zaleca się stosowanie preparatu w większych porcjach przez około 1 tydzień. Po tygodniowej przerwie należy wznowić przyjmowanie preparatu w mniejszych porcjach. Wciąż jednoznacznie nie ustalono skutecznej „dawki dobowej” tych polisacharydów. Powiedzenie *co za dużo, to niezdrowo* także w tym konkretnym przypadku znajduje jednak odzwierciedlenie. Nadmierna podaż mogłaby wywołać dyskomfort w jamie brzusznej czy wzdęcia, a także skutkować niekorzystnym wpływem na przyswajanie pewnych pierwiastków. Choć zdarzają się przypadki reakcji alergicznych (dotyczą one głównie preparatów słabo oczyszczonych), preparaty z β -glukanami uznaje się za bezpieczne. Podkreślam jednak, że na polskim rynku preparaty z β -glukanami

funkcjonują jako suplementy diety, czyli żywność. Należy więc być też ostrożnym i nie przytaczać w rozmowie z pacjentem działań leczniczych. Ogromną ostrożność musimy również zachować we wszystkich przypadkach szczególnie obciążających system immunologiczny (w chorobach nowotworowych czy po stosowaniu leków immunosupresyjnych).

Podsumowanie

β -glukany zajmują niewątpliwie znaczącą pozycję wśród immunomodulatorów. Zdecydowanie warto pamiętać o nich w sezonie infekcyjnym (zima, rok szkolny). Warto też, na koniec, wspomnieć o ich roli w dermatologii i kosmetyce. Długotrwałe stosowanie kosmetyków o takim składzie zmniejsza głębokość zmarszczek i ogólną szorstkość skóry, co prawdopodobnie jest spowodowane stymulacją fibroblastów i zwiększeniem produkcji kolagenu. β -glukany mogą być również z powodzeniem użyte jako składnik dermokosmetyków o właściwościach ochronnych przeciw promieniowaniu (działanie przeciwutleniające i łagodzące mikropodrażnienia). Nie zapominajmy też o pozytywnej regulacji wydzielania prolaktyny przez β -glukan pochodzący z jęczmienia. Jest to bowiem przykład dobrej praktyki postępowania dietetycznego wspierającego laktację.



CELIAKIA

– POSTĘPOWANIE DIETETYCZNE

TEKST: MGR INŻ. NATALIA ŻUREK / FOTO: SHUTTERSTOCK

GLUTEN W CIĄGU OSTATNICH KILKU LAT STAŁ SIĘ JEDNYM Z NAJBARDZIEJ POPULARNYCH TERMINÓW ŻYWIENIOWYCH. DLA SPOREJ CZĘŚCI OSÓB REZYGNACJA Z JEGO SPOŻYCIA JEST TYLKO PRZEJŚCIOWĄ MODĄ, DLA POZOSTAŁYCH – JEDYNĄ FORMĄ LECZENIA.



Celiakia (coeliakus, choroba trzewna) jest trwającą przez całe życie, immunologiczną, glutenozależną enteropatią zapalną jelita cienkiego, występującą u osób predysponowanych genetycznie. Wywołana nieprawidłową reakcją organizmu na białka obecne w zbożach, określanych jako gluten, prowadzi do zaburzeń trawienia, wchłaniania i motoryki jelit. W ostatnich kilkudziesięciu latach zaobserwowano znaczący wzrost zachorowań na celiakię. Obecnie diagnozowana jest u 1 na 100 osób, częściej u kobiet niż u mężczyzn. Ze względu na znaczne zróżnicowanie obrazu klinicznego choroby wyróżnia się jej trzy główne typy: jawna, ubogoobjawowa i utajona – rozpoznane na podstawie oznaczenia typowych dla tego schorzenia przeciwciał oraz biopsji dwunastnicy. Objawy choroby są różnorodne i niespecyficzne. Do dolegliwości, które mogą wskazywać na celiakię należą: przewlekła biegunka, wzdęcia, bóle brzucha, spadek masy ciała, anemia, bóle kości i stawów, zmiany skórne oraz stany depresyjne. Pomimo licznych badań nad opracowaniem nowych metod terapii celiakii, nadal podstawową i jedyną formą jej leczenia pozostaje dieta eliminacyjna.

Gluten

Dieta eliminacyjną zalecaną w leczeniu celiakii jest dieta bezglutenowa, stosowana przez całe życie chorego. Polega ona na całkowitym zaprzestaniu spożycia glutenu, czyli mieszaniny białek prolaminowych występujących w ziarnach niektórych zbóż i odpowiedzialnych za uszkodzenie błony śluzowej jelita cienkiego. W pszenicy do podstawowych toksycznych dla chorego białek należy gliadyna, w jęczmieniu – hordeina, w życie – sekalina, zaś w owsie – avenina. Wymienione frakcje w zależności od budowy chemicznej mogą w różnym stopniu prowokować uszkodzenie komórek jelita cienkiego. W związku z tym powyższe zboża zostały uszeregowane ze względu na stopień ich negatywnego oddziaływania na organizm człowieka, od najgroźniejszego – pszenica, jęczmień, żyto, po najmniej szkodliwy – owies. W porównaniu do pozostałych zbóż owies zawiera znacznie mniejsze ilości białek prolaminowych, jednak ze względu na wysokie ryzyko zanieczyszczenia glutenem podczas uprawy czy przerobu, jego wyeliminowanie z diety

jest również zalecane. Dopuszczalny do spożycia może być natomiast specjalny owies certyfikowany, pozbawiony glutenu.

Dieta

Codzienna dieta chorego na celiakię powinna opierać się zatem na rezygnacji ze spożycia głównych źródeł glutenu, czyli wcześniej wspomnianych zbóż (w przypadku pszenicy także jej starych odmian, jak orkisz, płaskurka i samopsza) oraz produktów z nich powstałych (mąka, pieczywo, kasza, makaron, wyroby cukiernicze, płatki, piwo). W ich miejsce mogą być wprowadzone produkty naturalnie bezglutenowe, takie jak: ryż, kukurydza, gryka, proso, tapioka, amarantus, mąka sojowa i skrobia ziemniaczana. Na rynku dostępne są już praktycznie wszystkie odpowiedniki tradycyjnych produktów glutenowych.

W wielu artykułach spożywczych gluten występuje także w tzw. formie ukrytej. Dodawany jest m.in. do wędlin, jogurtów owocowych, słodczy, zup w proszku i kostek rosółowych. Dokładny wykaz produktów zawierających gluten przedstawiono w tabeli 1.

Dzienna racja pokarmowa ma uwzględniać produkty z każdej grupy. Posiłki powinny być urozmaicone, pełnowartościowe, a przy tym atrakcyjne i smaczne. Ponieważ produkty zbożowe dostarczają dużej ilości białka, w diecie bezglutenowej muszą być one zastąpione innym dobrym źródłem tego składnika pokarmowego, najlepiej mięsem drobiowym, cielęciną, wołowiną czy rybą. Wykluczenie produktów zbożowych wymaga także zapewnienia odpowiedniej ilości błonnika pokarmowego. W tym przypadku bardzo dobrym wyborem będą

Tabela 1. Produkty przeciwwskazane w diecie bezglutenowej.

KATEGORIA ARTYKUŁÓW SPOŻYWCZYCH	PRODUKT
pieczywo i kasze	pieczywo tradycyjne, wyroby cukiernicze, makarony, kasze: jęczmienna (perłowa, pęczak), manna, kuskus, musli, otręby, bułka tarta, płatki śniadaniowe z dodatkiem słodu
mleko i przetwory mleczne	jogurty z musli, produkty z możliwym dodatkiem skrobi pszenicznej – śmietana, jogurty owocowe, serki homogenizowane
mięso i przetwory mięsne	wędliny, konserwy mięsne i rybne, kielbasa, parówki, paszтет, kaszanka, salceson, paluszki rybne
słodycze	ciasta, ciasteczka, batony, biszkopty, paluszki, nadziewane czekolady, chałwa, budynie, galaretki, żelki, marcepan
napoje	kawa zbożowa, kawa z dodatkiem słodu, niektóre herbatki owocowe
alkohol	whisky, piwo, kwas chlebowy
dodatki	majonezy, ketchupy i musztardy z dodatkiem mąki pszennej, zupy w proszku, sos sojowy, kostki rosółowe
inne	gumy do żucia, chipsy smakowe

warzywa i owoce, jeśli to możliwe – spożywane ze skórką i drobnymi pestkami.

W początkowym okresie leczenia celiakii w czasie silnego zaostrzenia dolegliwości ze strony przewodu pokarmowego, poza eliminacją z diety produktów zawierających gluten, w wielu przypadkach istnieje również konieczność wykluczenia mleka i jego przetworów. Najpierw mogą być

one zastąpione odpowiednikami roślinnymi, jak mleko sojowe, ryżowe czy migdałowe. Natomiast po ustąpieniu dolegliwości można stopniowo wprowadzić produkty mleczne odzwierzęce.

W diecie bezglutenowej należy także zwrócić uwagę na sposób przygotowania potraw. Pacjenci powinni unikać krojenia pieczywa na deskach, z których korzystali pozostali domownicy oraz smażenia w tłuszczu, w którym były smażone produkty zawierające gluten. Najlepiej, aby osoby z celiakią miały własne przybory kuchenne, przeznaczone tylko dla nich.

Znakowanie żywności

W wytycznych podanych przez Komitet Kodeksu Żywnościowego FAO/WHO ds. Żywienia i Żywności Specjalnego Żywnościowego Przeznaczenia wyróżniono dwie kategorie żywności dedykowanych dla osób z celiakią. Pierwszą stanowi żywność bezglutenowa, w której całkowite stężenie glutenu nie może przekraczać 20 mg/kg, drugą zaś żywność o jego obniżonej zawartości, gdzie całkowita ilość glutenu powinna mieścić się poniżej wartości 100 mg/kg. W kilku ostatnich latach na rynku polskim znacznie wzrosła oferta produktów bezglutenowych. W celu ich łatwej identyfikacji wprowadzono licencjonowany znak Przekreślonego Kłosa, gwarantujący bezpieczną dla pacjentów z chorobą trzewną żywność, pochodzącą z audytowanych zakładów produkcyjnych.

Leki bezglutenowe

Poza produktami spożywczymi gluten można znaleźć także w niektórych lekach. W przeprowadzonych w latach 90. w Stanach Zjednoczonych badaniach preparatów leczniczych, spośród 49 analizowanych leków, aż w 70% z nich stwierdzono obecność glutenu. Jego zawartość wynika z faktu stosowania jako substancji pomocniczej skrobi pszenicznej, która zawiera śladowe ilości glutenu. Dopuszczalna ilość białka w skrobi, zgodnie z obowiązującą Farmakopeą Europejską, nie powinna przekraczać 0,3%, co odpowiada zawartości glutenu w ilości 100 ppm. Natomiast za produkt bezglutenowy uznaje się wyłącznie ten, który zawiera poniżej 20 ppm glutenu. Osoby z celiakią powinny zatem unikać zażywania leków, w składzie których jako substancję pomocniczą zastosowano skrobię pszeniczną. Pomimo że w przeliczeniu na gotowy preparat mogą to być bardzo małe ilości, to regularne przyjmowanie takiego leku przez osoby bardzo wrażliwe na gluten, może powodować nawrót choroby.

Należy także pamiętać, że dieta bezglutenowa powinna być praktykowana tylko w wypadku medycznego wskazania. Stosowanie się do jej zaleceń bez konsultacji lekarskich, w przypadku pacjentów, u których istnieje ryzyko wystąpienia celiakii, może prowadzić do trudności diagnostycznych oraz niedoborów niektórych witamin i składników mineralnych.

ZIOŁA W CHOROBYCH SKÓRY

TEKST: MGR FARM. MARTYNA CIASTEK
FOTO: SHUTTERSTOCK

SKÓRA TO NAJWIĘKSZY ORGAN LUDZKIEGO CIAŁA, A TAKŻE NAJWAŻNIEJSZA, PIERWSZA LINIA OBRONY PRZED POTENCJALNIE NIEBEZPIECZNYMI CZYNNIKAMI ŚRODOWISKA I DROBNOUSTROJAMI. ZABURZENIA KONDYCJI SKÓRY, CHOĆ CZĘSTO NIEPOZORNE, MOGĄ WPŁYWAĆ NA FUNKCJONOWANIE CAŁEGO ORGANIZMU. MIMO ROSNĄCEJ ŚWIADOMOŚCI W ZAKRESIE HIGIENY I PROFILAKTYKI CHOROBY SKÓRY, SĄ TO WCIAŻ JEDNE Z CZĘŚCIEJ WYSTĘPUJĄCYCH PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH, KTÓRE DOTYCZĄ ZARÓWNO NIEMOWLĄT, STARSZYCH DZIECI, JAK I DOROŚŁYCH.

Niektóre rośliny lub ich części są od lat z powodzeniem wykorzystywane w leczeniu chorób skóry. Popularność tego typu preparatów wynika ze stosunkowo niskiej ceny i wysokiego wskaźnika bezpieczeństwa ich stosowania. Warto przyjrzeć się kilku najbardziej popularnym i najczęściej polecanym surowcom oraz ich składnikom, które słyną z dobroczynnego wpływu na skórę. Leki ziołowe mogą stanowić bardzo skuteczną i dobrze tolerowaną przez pacjenta alternatywę dla leków syntetycznych.

Trądzik

Kwasy owocowe, takie jak kwas cytrynowy, jabłkowy i winowy, stosowane miejscowo, wykazują skuteczność w leczeniu trądziku. Są

istotne przede wszystkim ze względu na swoje właściwości złuszczące. Warto jednak pamiętać, że stosowanie kwasów owocowych może powodować podrażnienie.

Inne substancje – garbniki, mają naturalne właściwości ściągające, dzięki czemu mogą ograniczać wydzielanie sebum przez komórki skóry. Garbniki wchodzi w skład wyciągów takich surowców, jak kora: leszczyny, dębu czy orzecha włoskiego. Preparaty te należy odcedzić przed użyciem. Mogą być stosowane dwa lub trzy razy dziennie.

W walce z trądzikiem pomocny może okazać się również olejek z drzewa herbacianego (pozyskiwany z liści *Melaleuca alternifolia*). Zawiera on około stu różnych związków aktywnych – głównie terpenów roślinnych. W jednym z przeprowadzonych badań porównywano skuteczność 5% olejku z drzewa herbacianego w żelu na bazie wody z 5% nadttlenkiem benzoilu, który jest często stosowany w leczeniu trądziku. Co ciekawe, choć olejek z drzewa herbacianego nie działał tak szybko jak nadttlenek benzoilu (wykazał on statystyczną poprawę liczby zmian trądzikowych pod koniec trzeciego miesiąca terapii), jednak jego stosowanie w porównaniu z nadttlenkiem benzoilu wiązało się ze znacznie mniejszą ilością działań niepożądanych, takich jak: suchość, podrażnienie czy swędzenie.

Wśród surowców o działaniu wspomagającym leczenie trądziku, należy również wspomnieć o fiołku trójbarwnym, który dzięki wysokiej zawartości flawonoidów – wiolantyny (glikozyd apigeniny) oraz rutyny (glikozyd kwercetyny) wykazuje działanie antyoksydacyjne i przeciwzapalne. Pamiętajmy, że przy stosowaniu naparów z bratka kondycja skóry poprawia się powoli. Na początku terapii może się pojawić krótkotrwałe zwiększenie ilości wyprysków na skórze. Warto jednak kontynuować kurację, by uzyskać pożądaną poprawę.

Zakażenia bakteryjne i grzybicze

Działanie przeciwgrzybicze, zarówno po podaniu wewnętrznym, jak i zewnętrznym wykazuje czosnek (*Allium sativum*). Roślina zawiera cenny ajoen, którego skuteczność w określonych wskazaniach była wielokrotnie potwierdzana. W jednym z badań pacjentów z grzybicą stóp leczono miejscowo 0,4% kremem z ajoenem. Zauważono poprawę u 79% chorych w ciągu 7 dni, u pozostałych badanych poprawa nastąpiła w ciągu 14 dni. Opisany wcześniej olejek z drzewa herbacianego, który jest z powodzeniem wykorzystywany w leczeniu trądziku stosuje się również miejscowo w leczeniu infekcji bakteryjnych i grzybiczych. Wykazuje on skuteczność wobec licznych drobnoustrojów, m.in. *Staphylococcus aureus*, *Escherichia coli* czy *Candida albicans*. W randomizowanym badaniu z udziałem 117 pacjentów porównano roztwór 100% olejku z drzewa herbacianego z 1% roztworem klotrimazolu w leczeniu grzybicy paznokci. Dwie grupy wykazały porównywalne wyniki po 6. miesiącach leczenia. Olejek z drzewa herbacianego może zatem odgrywać ważną rolę w objawowym leczeniu grzybicy stóp, grzybicy paznokci i innych powierzchownych ran. Inny olejek – pozyskiwany z tymianku, może być równie skutecznie stosowany miejscowo jako środek przeciwbakteryjny.

Dermatozy

Jednymi z najczęściej stosowanych na skórę roślin są arnika i rumianek. Ta pierwsza, podana doustnie, nawet w niewielkich ilościach może być szkodliwa, jednak jej preparaty do stosowania na skórę są bezpieczne i skuteczne jako środek przeciwzapalny (do wcierania w obolałe miejsca, np. po stłuczeniach), ale także po ukąszeniach



owadów, w przypadku czyraków czy hemoroidów. Arnika to również ważny składnik terapii wspomagającej leczenie łojotokowego zapalenia skóry i łuszczycy. Aktywnymi składnikami występującymi w roślinie są laktony seskwiterpenowe, takie jak helenalina i inne pochodne estrowe. Arnika nie jest zalecana do stosowania na otwarte rany. Rumianek (*Matricaria recutita*) używany jest od wieków zarówno wewnętrznie, jak i zewnętrznie. Sprawdza się w leczeniu wielu schorzeń, zwłaszcza związanych z występowaniem objawów ze strony przewodu pokarmowego, ale także zapaleń jamy ustnej i przede wszystkim stanów zapalnych w obrębie skóry. Najczęściej wykorzystuje się napary z tego surowca, ale także kremy lub maści. Rumianek, dzięki zawartości α -bisabololu, chamazulenu i flawonoidów, wykazuje działanie przeciwzapalne i przeciwdrobnoustrojowe, dzięki czemu ogranicza występowanie zmian chorobowych.

Opryszczka

Zastosowanie miejscowe olejku z melisy (*Melissa officinalis*) przynosi zadowalające efekty w leczeniu zarówno opryszczki pospolitej, jak i drobnych ran. Działanie tego surowca zostało potwierdzone w randomizowanym badaniu, w którym wzięło udział 116 osób. 96% pacjentów

zgłosiło całkowite zniknięcie zmian chorobowych (pęcherzyków opryszczki) w 8. dniu po zastosowaniu kremu z ekstraktem z melisy. Surowiec jest niezwykle bezpieczny i może być stosowany przez szeroką grupę pacjentów – zarówno wśród dzieci, jak i dorosłych. Inne preparaty ziołowe, które wykazały pewną aktywność *in vitro* przeciwko opryszczce pospolitej to jeżówka purpurowa, majeranek i mięta pieprzowa. Te wyniki wymagają jednak potwierdzenia w rzetelnych badaniach klinicznych.

ARNIKA TO WAŻNY SKŁADNIK TERAPII WSPOMAGAJĄCEJ LECZENIE ŁOJOTOKOWEGO ZAPALENIA SKÓRY I ŁUSZCZYCY.

Zioła na skórę – czy warto?

Preparaty ziołowe były stosowane w chorobach skóry od wieków. Ich mechanizm działania i skuteczność stanowiły i stanowią częsty przedmiot badań naukowych. Część wstępnych

dowodów korzystnego wpływu na kondycję skóry tego typu preparatów wciąż wymaga potwierdzenia. Warto pamiętać, że powszechnie dostępne surowce ziołowe to ciekawa opcja terapeutyczna, jednak wymagająca szczególnego zaangażowania i fachowego nadzoru farmaceutycznego, zwłaszcza w zakresie sposobu stosowania, działań niepożądanych oraz potencjalnych interakcji z innymi stosowanymi lekami.

PATIENTS' PERSONALITY TYPES



TEKST: ANNA FABIJAŃCZYK-WOŹNIAK FOTO: SHUTTERSTOCK

THE FEATURES AND PREDISPOSITIONS WHICH MAKE UP OUR PERSONALITY IS WHAT DIFFERENTIATES US FROM OTHER PEOPLE AND GIVES US THE SENSE OF INDIVIDUALITY. PERSONALITY TYPOLOGY IS USEFUL IN IMPROVING COMMUNICATION WITH THE PATIENT.

Each patient is different and has different needs and different ailments – their behaviour also depends on several factors. An experienced pharmacist will notice some features and similarities which help to group patients.

Our behaviour is determined by a set of psychological features which are manifested in our everyday functioning. The patients who come to the pharmacy have their different characteristics, needs and requirements and their behavior often becomes a 'case study' for the pharmacist. This knowledge helps to choose the best approach.

Although, each of us is different, we have certain features which determine our preferred style of functioning. There are four main types of patients. We will use a different colour (green, red, blue and yellow energy) for each group as well as a term describing a characteristic set of traits for each one of them (friend, ruler, analyst and extrovert). Each person has all four colour energies, and their combination affects our individual style of functioning, manner of reaction and behavior. Usually one of the

colour energies is dominant and knowing which one it helps you understand the patient's needs.

Friend – the patient with green energy

People with this type of personality have the desire to build harmony and long-term relationships with other people. These people are calm, well balanced and they manage to keep a cool head in difficult situations. What is more, these people are gentle, tolerant and although they tend to be distrustful, they are full of empathy.

How do we recognize such a patient?

A 'friend' is a rather shy and calm patient who pays attention to being polite and good manners. This type of patient listens to the pharmacist and is a good listener. A 'friend' asks a lot of questions, speaks quietly and slowly and prefers to listen rather than speak.

What does such patient need?

First of all, this patient needs acceptance and care and is reluctant to make their own decisions thus any hints are welcome

– prefers informal contact and appreciates a 'warm' disposition of their interlocutor.

How do we serve such patient?

Try to build a personal relationship with this patient. Show that the patient is important to you as a person. A 'friend' will appreciate your advice and opinions but you need to give the patient more time to make a decision.

Ruler – the patient with red energy

'Man of action' – this is what a person with red energy can easily be called. This type of patient has a strong personality and is determined to act but finds it difficult to accept other opinions so usually comes to the pharmacy to ask for a specific product. Effectiveness is what counts the most. As an impatient person, the 'man of action' expects immediate action.

How do we recognize such a patient?

The 'ruler' is confident and independent, usually uses short, precise sentences accentuating what is important and looks straight into the eyes. The gestures

and facial expressions show no emotions – prefers to speak and often interrupts others.

What does such patient need?

Decision-making and having the last word is what is most important for the 'ruler'. Saving time and presenting only the most important arguments is what counts. The 'ruler' likes the interlocutor to recognize what is important and the pharmacist should adjust to those needs.

How do we serve such patient?

During conversation, go straight to the point, time is very important for this type of person. Make sure you maintain eye contact, concentrate on facts. Try not to impose your opinion, present options. This type of patient respects firm people.

Analyst – the patient with blue energy

This type of patient is a perfectionist who values peace and quiet and establishes long-term friendships with chosen people. The analyst will examine, compare before making a decision. This is an ideal, loyal patient.

How do we recognize such a patient?

This type of patient has an elegant outfit, in which every detail has been carefully thought out. The clothes tend to be practical, as an 'analyst' must be prepared for all types of weather. The patient is economical with words and gestures, uses precise expressions and often uses numbers, percentages and previously made analyzes.

What does such patient need?

The patient needs precise information, detailed data preferably juxtaposed with an attractive offer. An analyst likes leaflets containing useful information.

How do we serve such patient?

Just like the 'ruler', the 'analyst' values time. Conversations needn't be that short because the patient needs details of the proposals. Share your knowledge and pharmaceutical experience - this will be appreciated.

Extrovert – the patient with yellow energy

An 'extrovert' is a born optimist who is open and spontaneous in conversation. This type of patient often changes their mind thus

is not always a loyal client. The 'extrovert's' sense of humour and personality attracts attention. As a patient – is willing to try new remedies and challenges.

How do we recognize such a patient?

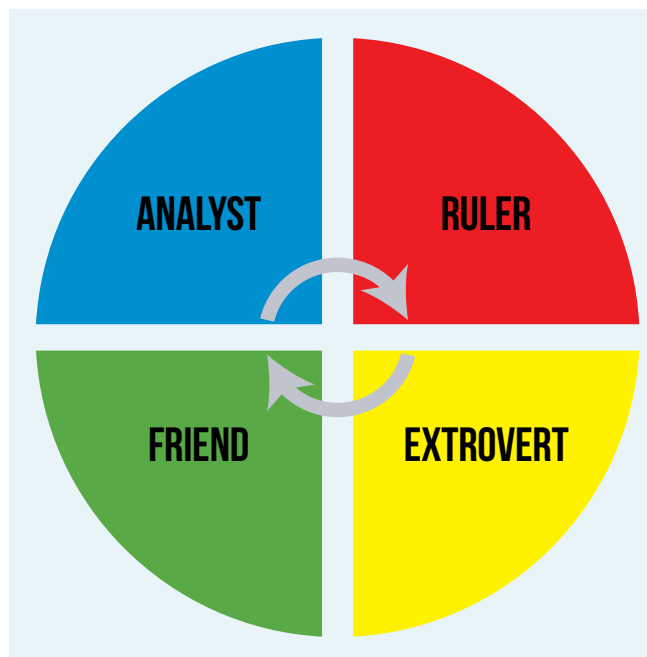
It is hard not to recognize an 'extrovert'. People notice the 'extrovert's' colourful personality, looks, gestures and facial expressions and sometimes excessive excitability. The patient with yellow energy talks a lot and often goes from one topic to another.

What does such patient need?

This type of patient needs to be noticed and likes to be the centre of attention – likes new, specially tailored things. The extrovert is easygoing and expects openness from the interlocutor.

How do we serve such patient?

As a patient, the 'extrovert' likes well-organized pharmacists who remember and think for them – likes to be reminded by a text message. At the same time, the patient expects flexibility and expects the pharmacist to adapt to new ideas in case they change their mind last minute.



Słowniczek:

ailment – dolegliwość

(to) appreciate – docenić, być wdzięcznym (za coś)

calm – spokojny

distrustful – nieufny

easygoing – spokojny, niezbyt wybredny

effectiveness – skuteczność

excessive – nadmierny

excitability – pobudliwość

experienced – doświadczony

hint – wskazówka, rada

(to) improve – ulepszyć

(to) interrupt – przerywać

(to) juxtapose – zestawzić z czymś

(to) to keep a cool head – zachować spokój

leaflet – ulotka

outfit – strój

precise – dokładny

remedy – lekarstwo, remedium

to tailor (tailored) – dostosować coś do czegoś

(to) value – cenić

"Tekst jest streszczeniem artykułu „Typy osobowości pacjenta” Aleksandry Tasarz-Spętanej, publikowanym w nr 4/2019.





FILM

„PAN T.”, REŻ. MARCIN KRZYSZTAŁOWICZ

TEKST: NATALIA LEMANN, INSTYTUT KULTURY WSPÓŁCZESNEJ, UNIWERSYTET ŁÓDZKI / FOTO: MATERIAŁY WYDAWCY

W kinie polskim trwa moda na filmy w stylu vintage i noir, osadzone w czasach minionego systemu. „Pana T.”, można zestawić z „Idą”, „Zimną wojną”, czy „Rewersem”. Filmy tego typu są świadectwem

normalizacji pamięci kulturowej, dotyczącej epoki komunizmu. Krzyształowicz stworzył film wybitny pod każdym względem! Zastępująca na Oscara kreacja Pawła Wilczaka jako tytułowego Pana T. to jeden z wielu atutów

filmu. Rekonstrukcja Warszawy z lat 50. również zasługuje na uznanie, podobnie jak niezwykle dynamiczne ujęcia (np. scena z toczącą się monetą) i oniryczno-fantazmatyczny motyw lalek dla dorosłych i planów

wysadzenia Pałacu Kultury i Nauki. To również kino groteskowe, bo o takie rejestry zahaczają sceny z udziałem Bolesława Bieruta, doskonale granego przez Jerzego Bończaka.

„Pan T.” to kino intelektualne. Oczywiście, już sam wybór Leopolda Tyrmanda, autora „Dziennika 1954” i „Złego”, kieruje nas na ścieżkę literacką. Przez ekran przewijają się inne znane postaci świata literatury tj. Stefan Kisielewski czy Zbigniew Herbert. Krzyształowicz zaznacza jednak, że to nie jest film o Tyrmandzie i ma rację!

„Pan T.”, to opowieść o artyście stłamszonym przez system, który nie godzi się na żadne moralne kompromisy, mimo iż przymiera głodem, udzielając korepetycji z języka polskiego. Pan T., chce po prostu być sobą! Pisać, kochać, słuchać zakazanego jazzu i mieć w nosie system i panoszący się w literaturze socrealizm. To również film o uwiedzeniu przez system, jakiemu ulegają młodzi ludzie z tzw. awansu społecznego, wywodzący się z klasy robotniczej. To wreszcie film o absurdach władzy komunistycznej, i to w najgorszym jej momencie, bo w roku 1953; władzy sportretowanej w sposób godny Mrożka. Rozrywka na najwyższym poziomie gwarantowana!

„NA NOŻE”, REŻ. RIAN JOHNSON

„Na noże” to znakomita komedia kryminalna, lekko trąca myszką i przywodząca na myśl powieści Agathy Christie o Herkulesie Poirot. Doborowa obsada (Daniel Craig, Chris Evans, Jamie Lee Curtis, Don Johnson, Toni Collette, Christopher Plummer) zapewnia fajerwerki humoru i wartką akcję. Ekscentryczny detektyw (Daniel Craig) ma rozwikłać sprawę zabójstwa milionera, autora poczytnych powieści kryminalnych (Christopher Plummer). Morderstwo zostało popełnione podczas przyjęcia urodzinowego pisarza i pewne jest, że dokonał go ktoś mu bliski. W tle mający wielki spadek i ambicje każdego z członków skonfliktowanej i ekscentrycznej rodziny, która rzuca się sobie radośnie do gardła na oczach przedstawicieli władzy. Śledztwo przebiega dość nietuzinkowo, zwłaszcza że pewna piękna latynoska pielęgniarka, opiekująca się zabitym seniorem ma reakcję alergiczną na kłamstwo. Powoduje ono u niej gwałtowne skurcze górnych części przewodu pokarmowego... Może więc, przy tak nietypowej, ale nieocenionej pomocy, jest nadzieja na rozwikłanie naprawdę skomplikowanej zagadki kryminalnej? Wszyscy kłamią, jak mawiał doktor House!



KSIĄŻKA

„CHRISTINE. POWIEŚĆ O KRYSTYNIE SKARBEEK”, VINCENT V. SEVERSKI, WYD. OSNOVA

TEKST: NATALIA LEMANN, INSTYTUT KULTURY WSPÓŁCZESNEJ,
UNIwersytet Łódzki / FOTO: MATERIAŁY PRODUCENTA

Vincent V. Severski, autor bestsellerowych powieści szpiegowskich (m.in. *Nielegalni* i *Zamęt*), pracę w wywiadzie zna od podszewki. Tym razem jednak postanowił eksplorować nowe dla siebie obszary literatury. *Christine* to powieść szpiegowska, ale i historyczna, poniekąd beletryzowana biografia najśłynniejszej polskiej agentki, która w czasie II wojny światowej pracowała dla wywiadu brytyjskiego. O Skarbek Churchill miał mawiać w samych superlatywach, a nie był to człowiek zbyt wylewny. Krystyna Skarbek to postać na tyle fascynująca, że podobno postać Vesper Lynd z *Casino Royale* została skonstruowana w oparciu o losy polskiej agentki. Skarbek działała na Bałkanach, wielokrotnie podejmowała misje szpiegowskie do Polski. Jej działania doprowadziły do ujawnienia szczegółów planowanej operacji Barbarossa. Po wojnie jednak, jak wielu Polaków służących w wojsku brytyjskim, przymierała głodem, pracowała jako sprzedawczyni w Harrodsie, bywała stewardesą na statkach wycieczkowych. Była piękną, charyzmatyczną kobietą, nie stroniącą od romansów. Jeden z nich skończył się tragicznie, bo zazdrosny kochanek zasztyletował ją w hotelu. Ta niesamowita kobieta umiała poradzić sobie



z gestapo i wywiadami państw Osi, nie doceniła jednak siły zło-wieszczej namiętności zawiedzionego, zazdrosnego młodego kochanka... Powieść szpiegowska na kanwie losów Krystyny Skarbek pisze się niemal sama! Severski akcją powieści osadził w Belgradzie, gdzie Skarbek i jej ukochany Andrzej Kowerski, również agent brytyjski, starają się nie dopuścić do przystąpienia Jugosławii do państw Osi. Stawka była bardzo wysoka, bo Bałkany miały wielkie znaczenie strategiczne... Skarbek i Kowerski starają się odwrócić tendencje panujące w Belgradzie, tak by Jugosławia poparła Aliantów, co miało utrudnić działania nazistów w Grecji i odwlec planowany przez Hitlera atak na ZSRR. W rozgrywce uczestniczą agenci radzieccy, niemieccy, brytyjscy

i wielu, wielu innych. Nie zawsze da się rozpoznać, kto jest kim, bo już podczas II wojny światowej istniała instytucja podwójnych i potrójnych agentów. Rozgrywka jest więc mordercza, a wszystko zmienia się jak w kalejdoskopie, zmuszając Skarbek do gigantycznego wysiłku intelektualnego. Akcja powieści przypomina najlepsze kino sensacyjne, postaci są skrojone wybornie. Severski, poszukując inspiracji, musiał przekopać się przez przepastne archiwa. Autor bestsellerów, były agent, wystawił Krystynie Skarbek literacki pomnik. Można odnieść wrażenie, że ten ciężar dokumentalnego pisarza przygniótł. Widać, iż powściągał imaginację na korzyść walorów faktograficznych. *Christine* czyta się jednak wybornie, a to jest najważniejsze.



Karolina Kuszyk
Ponemieckie

„PONIEMIECKIE”, KAROLINA KUSZYK

WYD. CZARNE

Ziemie Odzyskane to bardzo ważne miejsce dla procesów kształtowania się polskiej tożsamości narodowej. Przybysze z Kresów wschodnich i innych rejonów dawnej Polski musieli zagospodarować te ziemie. Karolina Kuszyk opisała fenomen życia „na ponemieckim”. Z pieczołowitością śledzi syndrom życia w ponemieckich domach, w otoczeniu przedmiotów odziedziczonych po dawnych mieszkańcach tych ziem. Stoły, zastawy, ściereczki, łóżka to niemi świadkowie historii. Podobnie jak niemieckie cmentarze, rynki czy domy. „Ponemieckie” to fascynujące świadectwo tego, w jaki sposób przedmioty codziennego użytku konstruują historię, stając się wreszcie „polskimi” łyżeczkami i stołami.

SMAK ŻYCIA

NA WSZELKI WYPADEK

TEKST: GRAŻYNA LUTOSŁAWSKA

Na wszelki wypadek zjadłam cztery. Normalnie mijam pączki obojętnie, a nawet patrzę w ich stronę z pewną niechęcią, ale w tłusty czwartek zjadam zawsze, pomna tego, co mawiają od pokoleń: nie zjesz pączka w tłusty czwartek i nieszczęście gotowe.

Zemdliło mnie tylko troszeczkę. A później zadzwoniła Agnieszka z pytaniem, czy torebka chipsów (bo pączków nie miała pod ręką) zjedzona tego dnia też przyniesie efekt w postaci zadośćuczynienia tradycji obżarstwa w zapusty i zagwarantuje szczęście.

Agnieszka na co dzień nie jada chipsów. Ja pączków. Wieczorem piłyśmy miętę na zmianę z rumiankiem, ratując żołądki od całkowitej kłęski.

Zjadam chińskie ciastko w chiński nowy rok i co najmniej przez kwadrans przejmuję się wyjętą z niego wróżbą. Koniecznie porcją marchewki na Rosh Hashana, bo Iza wytłumaczyła mi kiedyś,

że marchewkowe talarki zjedzone tego dnia wróżą dobrobyt. Czosnek dodaję do wszystkiego, bo lubię, ale trzymam też zawsze wianek na oknie. Mówią, że odstrasza złe. Nie wiem, czy ono wchodzi oknem, ale robię tak na wszelki wypadek. Z tego samego powodu (na wszelki wypadek...) nigdy nie omijałam podczas wigilii postnej kapusty, chociaż jej nie znoszę. Mam kłopot (jako wegetarianka) z mięsnym stołem wielkanocnym. Podczas śniadania skubię więc cukrowego baranka, próbując sobie wmówić, że to prawie tak, jakbym jadła tradycyjnie jedzony tego dnia, w niektórych rejonach pieczony barani udziec. Wszystko to na wszelki wypadek, bo może to jednak prawda z tymi przesadami, że jak tego dnia nie spróbujesz... Kiedy ktoś je nowalijkę stukam go łyżką w czoło, bo tak się podobno robi na szczęście. A czasem mam ochotę stuknąć siebie, kiedy całkiem już zaplączę się w pamiętanie co, kiedy i dla czego jeść należy.

GOŁĄBKI Z KASZY, GRZYBÓW I WARZYW (NA WSZELKI WYPADEK, BO MOŻE KTOŚ LUBI TAKIE ZESTAWIENIE)

- Kasza gryczana – szklanka
- Kasza jaglana – pół szklanki
- Suszone grzyby – garść
- Marchewka, pietruszka – po jednej, może być dodatkowo korzeń pasternaku
- Cebula – jedna
- Sól, pieprz, olej

Kaszę gryczaną i jaglaną trzeba ugotować (osobno), a nawet ciut rozgotować.

Suszone grzyby namoczyć, ugotować, pokroić – w kostkę albo w paski. Marchewkę, pietruszkę, pasternak zetrzeć na tarce (na grubych oczkach), cebulę pokroić w kostkę. Dodać grzyby. Wszystko przesmażyć na oleju. Dodać kasze, sól i pieprz. Wymieszać. Gdyby masa była za gęsta, można dodać trochę wody po gotowanych grzybach. Masę można nakładać na liście kapusty (sparzonej), formować gołąbki, układać je w naczyniu, dodać sos pomidorowy i dusić (aż kapusta zmięknie).

Ale na wszelki wypadek dodam, że można też usmażyć z tej masy kotlety. Albo można ją włożyć do wysmarowanej tłuszczem i wysypanej bułką tartą foremki – wtedy będziemy mieć gryczano-grzybowy pasztet.

Koniec. W tym roku w tłusty czwartek zjem sałatę. W końcu nie tłusty kawałek ciasta, ale ja decyduję o tym, czy następne miesiące

będą dobre, czy złe! Ale co, jeśli to jednak nie przesady, tylko prawda? Nie, nie będę ryzykować. Zjem pączka. Na wszelki wypadek.



FOTO: SHUTTERSTOCK