

12 Jak dobrze wykorzystać potencjał
farmaceutów w systemie ochrony zdrowia?

18 Efektywne zarządzanie małym zespołem
w aptece

28 Nowelizacja ustawy refundacyjnej
oraz ustaw pokrewnych

Innowacyjne Partnerstwo – II Gala ePGF

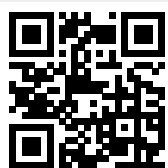




Czasopismo Polskiej Grupy Farmaceutycznej przeznaczone dla aptekarzy ukazuje się od roku 2000. Do roku 2017 wydawane było pod tytułem „Bez Recepty. Magazyn PGF”.

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

Magazyn dostępny w wersji internetowej:
www.magazyn-recepta.pl



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.

SKŁAD I PRZYGOTOWANIE DO DRUKU
IKROPKA
ul. Kustronia 56A, 30-433 Kraków
ikropka.com

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

 **BAĐŹ EKOLOGICZNY.**
WYRZUCAJĄC PAPIER,
WYBIERZ ODPOWIEDNI
POJEMNIK.



Drodzy Czytelnicy!

Rozpoczynamy to wydanie od relacji z II Gali ePGF. Rozwijając Program Partnerski ePGF, stawiamy na innowacyjne partnerstwo z aptekami. Tworzymy nowe usługi logistyczne, merchandisingowe, informatyczne oraz z zakresu e-commerce, by wspierać apteki partnerskie w pracy na konkurencyjnym rynku. Mając ambicję być dla aptek partnerem pierwszego wyboru, koncentrujemy się na Państwa potrzebach.

Już 1 listopada wchodzi w życie nowelizacja ustawy refundacyjnej. Prezentujemy kalendarium wskazujące, kiedy zaczynają obowiązywać zapisy ustawy regulujące m.in. tabelę marż detalicznych na leki refundowane, częstotliwość obwieszczeń refundacyjnych, refundację leków recepturowych i zasady prowadzenia dyżurów przez apteki ogólnodostępne.

W opinii prof. Ryszarda Gellerta, dyrektora Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, potencjał farmaceutów w systemie ochrony zdrowia nadal nie jest w pełni wykorzystywany. Farmaceuci mogą wnieść swoje kompetencje do profilaktyki poważnych zdarzeń medycznych i edukacji pacjentów. W projekcie ustawy o CMKP zawarto wiele działań wspomagających farmaceutów w nabyciu nowych uprawnień i kompetencji, jednak do tej pory nie została ona uchwalona. W dyskusjach branżowych pojawia się również postulat redefinicji szkolenia przeddyplomowego i zmiany jego modelu na rzecz szkolenia w zespołach terapeutycznych, w których to farmaceuci odgrywać będą kluczową rolę w optymalizacji farmakoterapii.

W dzisiejszym dynamicznym środowisku farmaceutycznym zarządzanie zespołem jest ważnym elementem sukcesu apteki. Wymaga umiejętności interpersonalnych, organizacyjnych i przywódczych. Ma istotne znaczenie dla osiągnięcia wysokiej wydajności, zaangażowania i zadowolenia pracowników. O roli lidera w efektywnym zarządzaniu zespołem aptecznym przeczytacie w artykule mgr Karoliny Arciszewskiej.

Życzę miłej lektury!

redaktor naczelny

W numerze

14

Być farmaceutą w Szkocji...



AKTUALNOŚCI

- 6** Innowacyjne Partnerstwo – II Gala ePGF
- 12** Jak dobrze wykorzystać potencjał farmaceutów w systemie ochrony zdrowia?
- 14** Być farmaceutą w Szkocji...

ZARZĄDZAMY APTEKĄ

- 18** Efektywne zarządzanie małym zespołem w aptece



PRAWNIK RADZI FARMACEUCIE

- 22** Zmiany w dyżurowaniu aptek
- 28** Nowelizacja ustawy refundacyjnej oraz ustaw pokrewnych – kalendarium dla aptekarzy

NOWOCZESNA RECEPTURA

- 32** O wykorzystaniu metenaminy w recepturze aptecznej



OPIEKA FARMACEUTYCZNA W PRAKTYCE

- 36** Bezpieczeństwo stosowania leków na przeziębienie
- 40** Dna moczanowa – przyczyny, leczenie i profilaktyka
- 46** Stłuczenia – rozpoznanie i leczenie
- 52** Piękna i zdrowa cera – co doradzi farmaceuta?



O LEKACH I FARMAKOTERAPIACH

- 60** Polekowe uszkodzenia układu moczowego i gospodarki elektrolitowej
- 68** Utrudniony dostęp do liraglutynu
- 68** FDA zatwierdza nowy lek zapobiegający RSV u niemowląt i małych dzieci
- 71** Pierwszy doustny lek w depresji poporodowej
- 71** Projektowanie nowych cząsteczek do leczenia schizofrenii
- 74** Lakozamid – jeden z nowszych leków przeciwpadaczkowych

WHY NOT

- 80** Body Immunity in Autumn



W WOLNYM CZASIE

- 84** Zatroszczyć się o siebie. Rozmowa z Anną Ukalską, psychoterapeutką, trenerką HR
- 88** Rekomendacje kulturalne



II Gala ePGF

INNOWACYJNE
PARTNERSTWO

ePGF

Innowacyjne Partnerstwo – II Gala ePGF



Tomasz Osadowski

Polska Grupa Farmaceutyczna po raz drugi gościła aptekarzy, którzy przystąpili do Programu Partnerskiego ePGF. 15 i 16 września na II Gali ePGF, tym razem zorganizowanej w Warszawie, spotkało się z nami 600 farmaceutów z całego kraju.



Witając gości, prezes PGF S.A. Piotr Cieślak podkreślił, że rozwijając Program Partnerski ePGF, stawiamy na innowacyjne partnerstwo z aptekami. Tworzymy nowe usługi logistyczne, merchandisingowe, informatyczne oraz z zakresu e-commerce, by wspierać apteki partnerskie w pracy na konkurencyjnym rynku. Polska Grupa Farmaceutyczna stawia sobie za cel bycie wiarygodnym partnerem biznesowym, skoncentrowanym na potrzebach swoich partnerów. Mamy ambicję być dla aptek partnerem pierwszego wyboru.

Tradycyjnie już część konferencyjną Gali ePGF poświęciliśmy perspektywom rozwoju współpracy w ramach Programu ePGF. Prezentując korzyści, które aktualnie uzyskują apteki partnerskie, pokazaliśmy plany kolejnych etapów rozwoju. Przeprowadziliśmy również debatę „Usługi opieki farmaceutycznej w aptekach – nowe szanse z biznesowego punktu widzenia”, w której swoje opinie przedstawili dr prof. n. med. prof. UMP Agnieszka Neumann-Podczaska, koordynator Pilotażowego Programu Przeglądów Lekowych, Irena Rej, Prezes Zarządu Izby Gospodarczej „FARMACJA POLSKA”, dr n. farm. Mikołaj Konstanty,

Prezes Śląskiej Izby Aptekarskiej, mec. Tomasz Kaczyński, Partner w Kancelarii Domański Zakrzewski Palinka i dr n. farm. Bartosz Kędziński, Dyrektor ds. Jakości PGF S.A. Moderatorem debaty był Krzysztof Jakubiak, redaktor naczelny portalu mzdrowie.pl.

Entuzjastycznie został przyjęty przez publiczność wykład sędziego piłkarskiego Szymona Marciniaka, który podzielił się z gośćmi swoim motto: „Mając świadomość własnej wartości, łatwiej jest nam wspierać ludzi, których mamy wokół siebie”.

W targach farmaceutycznych towarzyszących konferencji uczestniczyło ponad 60 wystawców. Dużą frekwencją cieszyły się posiedzenia szkoleniowe, zarówno na punkty edukacyjne, jak i doskonalące umiejętności biznesowe przydatne w pracy aptekarza.

Uroczysty sobotni wieczór stał się okazją do nagrodzenia aptekarzy, którzy w najbardziej efektywny sposób wykorzystują narzędzia Programu ePGF. Efektownym dopełnieniem Gali stał się rockowy koncert Kombii.



Program Partnerski ePGF odpowiedzią na potrzeby biznesowe aptek niezależnych

Poziom koncentracji aptek w Polsce nadal się zwiększa. Według analiz firmy IQVIA najszybciej aktualnie rosnącym segmentem rynku okazują się sieci wirtualne skupiające apteki niezależne. Należy do nich już 24,8% aptek w Polsce – to oznacza połowę aptek niezależnych. Generują łącznie 16,8% wartości sprzedaży aptecznej. Program Partnerski ePGF uzyskał w ciągu ostatnich trwał drugą pozycję w rankingu sieci wirtualnych.

– Na przestrzeni ostatnich lat zdobyliśmy zaufanie już ponad 875 aptek. Łącznie tworzymy jedną z największych sieci w Polsce, bo osiągamy wspólnie prawie 5% udziału rynkowego, co pozwala uzyskać dużą siłę negocjacyjną – mówiła Marzena Siemińska z zarządu spółki ePGF Program Partnerski. – Program partnerski, który oferujemy, pozwala zachować z jednej strony niezależność, a z drugiej strony siłę dużego partnera, który jest w stanie pomóc w tych trudnych czasach.

Stworzyliśmy Program Partnerski ePGF w celu kompleksowego wsparcia biznesowego i merytorycznego aptek niezależnych. Aptekarze otrzymują w nim spersonalizowane serwisy zarządzane poprzez platformę B2B. Udział w programie gwarantuje aptece dostęp do zaopatrzenia w produkty w najlepszych cenach rynkowych. Aktualnie oferta handlowa obejmuje już 8000 produktów dostępnych z rabatem na poziomie sieciowym już od 1 sztuki. To dzięki kontraktom z 200 czołowymi producentami farmaceutycznymi. Wziąwszy pod uwagę, że 80% obrotu apteki pochodzi z sprzedaży 4000 produktów, oferta handlowa ePGF pokrywa w pełni potrzeby aptek. Brak konieczności zakupów dużych pakietów, by dysponować dobrą ceną produktu, wspiera racjonalne zarządzanie zapasem magazynowym. Według analiz korzystanie z oferty kontraktowej ePGF zapewnia 8-procentowy spadek warto-



ści magazynu, gwarantując tym samym wymierne oszczędności dla apteki.

– Klienci, którzy dołączyli do Programu ePGF, kupują taniej. Apteka, która wchodzi do programu i korzysta z naszej oferty, zyskuje wymierne oszczędności – mówił Łukasz Szaniawski, dyrektor polityki handlowej PGF.

Marka Apteczna

Integralną częścią oferty Programu Partnerskiego ePGF jest szerokie portfolio suplementów i wyrobów medycznych, które nazywamy łącznie Marką Apteczną. Zespół Marki Aptecznej ze spółki Medicinæ regularnie konsultuje pomysły i plany z farmaceutami zaproszonymi do Rady Marki Aptecznej. Wytwarzamy nasze produkty w wytwórniach, które produkują w standar-

dzie GMP. System zarządzania jakością w Medicinæ oparty jest o ISO 9001. Stawiamy na innowacyjność. Nie wprowadzamy kopii istniejących na rynku produktów, ale rozwijamy produkty z innowacyjnymi składami.

Marki Apteczne to produkty o jakości lidera danej kategorii, a równocześnie w atrakcyjnej cenie dla pacjenta. Zaopatrzenie w pełne portfolio Marek Aptecznych jest korzystne biznesowo – dzięki atrakcyjnym cenom, przyjaznej polityce zwrotów i wydłużonemu terminowi płatności apteka nie jest zmuszona do „mrożenia” swojego kapitału obrotowego nadmiernym zapasem magazynowym. Farmaceuci mogą również wypracować dodatkowe przychody z tytułu narzędzi marketingowych wspierających sprzedaż. Od 3 lat funkcjonuje program odsprzedażowy, w którym można uzyskać dodat-



kowe bonusy. Uczestniczy w nim już ponad 4,5 tysiąca farmaceutów. Aktualnie program jest dostępny również w systemie Kamsoft. Suma korzyści, jakie osiąga apteka aktywnie pracująca z asortymentem Marek Aptecznych, może przekraczać kilka tysięcy złotych miesięcznie.

Warto korzystać przy tym z wytycznych oraz narzędzi merchandisingowych oferowanych przez PGF. Apteki mogą zaopatrzyć się u nas w gondole (regały ekspozycyjne), standy (ekspozitory) na produkty sezonowe (np. Moskine, Dermi, Kierunek Odporność) oraz kosze do sprzedaży impulsowej. Do strefy przykasowej proponujemy ekspozitory i dyspensery. Przygotowujemy również planogramy organizujące ekspozycję na półkach aptecznych. Badania pokazują, że wartość przeciętnego paragonu w aptece korzystającej z tych narzędzi merchandisingowych może wzrosnąć o 20%. Ekspozujemy produkty o wyższej marży, a dzięki temu zwiększa się zarówno przychód ze sprzedaży, jak i poziom marży – nawet o 25%. Wsparciu odsprzedaży służą też akcje promocyjne budujące rozpoznawalność Marek Aptecznych wśród pacjentów.

Korzystaj z serwisu VIP

Apteki należące do Programu ePGF zyskują serwis logistyczny o najwyższym standardzie. Wspólnie ustalamy dogodne godziny dostaw. Apteka korzysta z priorytetowej obsługi posprzedażowej, w tym do zwrotów towaru. Brak wymogu minimum logistycznego ze strony PGF pozwala obsłużyć każdego pacjenta, poszukującego nietypowego lub rzadko rotującego leku. Spersonalizowana obsługa telemarketingowa ułatwia farmaceutom współpracę z naszą hurtownią. Indywidualne doradztwo w zarządzaniu to unikatowa formuła wsparcia, w której właściciele i kierownicy aptek otrzymują merytoryczną pomoc zarówno ze strony doradcy biznesowego apteki PGF, jak i regionalnego kierownika rozwoju programu partnerskiego ePGF.



Serwis VIP dla aptek partnerskich ePGF

- ➔ Dostawa w preferowanych godzinach
- ➔ Priorytetowe podejście do zwrotów
- ➔ Brak minimum logistycznego
- ➔ Spersonalizowana obsługa teleserwisów
- ➔ Indywidualne doradztwo w zarządzaniu

VMI optymalizuje zarządzanie zapasem leków

Jak bezpiecznie i korzystnie zmniejszyć stan magazynowy, czyli nie ponosić zbędnych kosztów zatowarowania? Warto korzystać z usługi VMI, którą oferuje Program Partnerski ePGF. System VMI, analizując trendy w sprzedaży aptecznej na rynkach regionalnych i lokalnych i porównując je ze stanem magazynowym danej apteki, rekomenduje asortyment i ilości opakowań do zamówienia. W dłuższej perspektywie przynosi to zmniejszenie wartości magazynu nawet o 8%. Istotną korzyścią jest również zmniejszenie ryzyka straty z powodu przeterminowania towaru. Dodajmy, że skraca się znacząco czas składania zamówień przez farmaceutę.

– *Chcielibyśmy zaoszczędzić Państwu nawet 40 godzin miesięcznie, aby mogli Państwo zainwestować je we współpracę z pacjentem* – podkreśla Łukasz Szaniawski.

– Dzięki centralnemu zarządzaniu magazynem mojej apteki, zawsze mam asortyment, po który najczęściej przychodzą moi pacjenci. Cenię sobie porządek zarówno na półkach sali ekspedycji, jak i w magazynie. Dzięki wsparciu ePGF nie zalega u mnie towar słabo rotujący. Wyeliminowałem również problem przeterminowanych produktów, co korzystnie wpływa na finanse mojej apteki. Z centralnego zarządzania zapasem korzystam od dawna i widzę znaczną poprawę od tego czasu. Dzięki temu rozwiązaniu zyskuję dodatkowy czas, który mogę poświęcić swoim pracownikom. Oprócz tego, że jestem właścicielem apteki, jestem również farmaceutą. Czas poświęcony moim pacjentom jest dla mnie ważny, dlatego cieszę się, że mam go teraz więcej.

mgr farm. Ryszard Nalepa,
Apteka „Na Węgierskiej”, Pilzno

Dodatkowe serwisy ePGF

- ➔ Obsługa płatności bezgotówkowych ePłatności
- ➔ Kompleksowy serwis odzieży farmaceutycznej
- ➔ Usługa bezpłatnej utylizacji leków z apteki
- ➔ System i serwis monitoringu temperatury i wilgotności powietrza w aptece

Nowe funkcjonalności Asystenta Farmaceuty

Rusza nowa funkcjonalność Asystenta Farmaceuty odpowiadająca na aktualne wyzwania rynkowe, jakim stało się zaopatrzenie apteki w deficyty. Apteka może teraz zarezerwować dowolny produkt z wyprzedzeniem, co w pierwszej kolejności dotyczyć będzie właśnie deficytów. Po dokonaniu rezerwacji z chwilą pojawienia się danego produktu/deficytu w magazynie PGF będzie on automatycznie dołączony do najbliższej dostawy do apteki. W każdej chwili można śledzić w Asystencie Farmaceuty status danej rezerwacji i zamówienia. Funkcjonują również bieżące powiadomienia o zmianach statusu. Podczas rezerwacji deficytu automatycznie pokazujemy dostępne zamienniki, co w rezultacie ułatwi obsługę wielu pacjentów.

– Asystent Farmaceuty to nowoczesne rozwiązanie, dzięki któremu mam ułatwiony kontakt z hurtownią. Oprócz standardowych funkcji, jak możliwość dokonania płatności, reklamacji i zwrotów, mam także dostęp do pełnej oferty produktowej, najbardziej atrakcyjnych promocji i ofert wyprzedażowych, mogę złożyć zamówienie towaru, a także mam pełną informację o swojej aptece. Dzięki codziennym raportom i podsumowaniu moich warunków handlowych oraz celów kontraktowych, mogę na bieżąco podejmować decyzje najkorzystniejsze dla mojej apteki. Asystent Farmaceuty to również pomocna baza

wiedzy, w której mam m.in. wzory umów oraz nowinki prawne ze świata farmaceutycznego.

We współpracy z ePGF cenię sobie szybkie reagowanie na zmiany, jakie stawia rynek. Już dziś widzę szczegółowość moich dostaw. Mam również możliwość sprawdzenia i pobrania raportu pomiaru temperatury dotyczącego przewozu leków do mojej apteki. Ważne dla mnie jest również to, że mam realny wpływ na rozwój Asystenta Farmaceuty (moje uwagi są brane pod uwagę). Cieszę się, że mam takie wsparcie ze strony ePGF.

mgr farm. Michał Kaczmarek,
Apteka Internetowa, Leszno

Asystent Farmaceuty to dostępny on-line portal organizujący współpracę apteki z PGF:

- ➔ składanie zamówień, monitorowanie ich szczegółów i realizacji;
- ➔ stały dostęp do aktualnych warunków współpracy i poziomu realizacji celów w Programie Partnerskim ePGF;
- ➔ ekskluzywne oferty dostępne tylko w Asystencie Farmaceuty;
- ➔ Baza Wiedzy;
- ➔ monitorowanie reklamacji, dokumentów księgowych, dostaw i płatności;
- ➔ kontakt z Biurem Obsługi Klienta;
- ➔ rezerwacja leków deficytowych.

Wyróżnienia dla aptekarzy – partnerów ePGF



Podczas uroczystego wieczoru mieliśmy zaszczyt wyróżnić aptekarzy, którzy wzorcowo wykorzystują możliwości oferowane przez Program Partnerski ePGF.

- ➔ Wyróżnienie dla Apteki, która w 2023 roku wykazała się największą lojalnością we współpracy, otrzymała mgr Agnieszka Nowakowska prowadząca Aptekę Rodzinną w Szczecinie.
- ➔ Wyróżnienie „Największe Zakupy” otrzymała mgr Beata Gieszczyk, właścicielka Apteki „Prima” w Piotrkowie Trybunalskim.
- ➔ Nagrodę Specjalną Marek Aptecznych za osiągnięcie największej odsprzedaży do pacjenta w projekcie pharminD GRID Medicinæ zdobyła mgr Maria Szelc prowadząca Aptekę „Stylowa 6” w Kaliszu.
- ➔ Wyróżnienie za Debiut Roku otrzymali mgr Bożena Gawlik i mgr Adam Potyka z „Apteki pod Kwiatami VI” w Katowicach.
- ➔ Zwycięzcą w kategorii VMI – Innowator w zarządzaniu zapasem, za najlepsze rezultaty w optymalizacji zaopatrzenia zapasu magazynowego przy wykorzystaniu narzędzia VMI w Programie Partnerskim ePGF, został mgr Ryszard Nalepa prowadzący Aptekę „Na Węgierskiej” w Pilźnie.
- ➔ Wyróżnienie Największa Sprzedaż Kontraktowa za najwyższy wynik sprzedaży do pacjentów w oparciu o ofertę kontraktów producenckich dostępnych w Programie Partnerskim ePGF otrzymała mgr Edyta Kornacka z Apteki „Europejskiej” w Katowicach.
- ➔ Liderem Nowości Marek Aptecznych za najwyższą sprzedaż nowości z asortymentu Marek Aptecznych została Apteka SYNAPSA





w Chorzelach, a nagrodę odebrał Miłosz Szulc.

- ✧ Nagroda Specjalna Klubu Farmaceuty przyznana za najwyższy poziom aktywności pracowników apteki w Klubie Farmaceuty powędrowała do Anny i Rafała Drapałów prowadzących Aptekę „Pod Wagą” w Kamienicy Polskiej.
- ✧ Liderem Ekspozycji, wyróżnionym za perfekcję w aranżowaniu ekspozycji aptecznej w oparciu o ofertę kontraktową, narzędzia i wytyczne Programu Partnerskiego ePGF, została mgr Lilla Stankiewicz z Apteki „Pod Lwem” w Białymstoku.
- ✧ Wyróżnienie za całokształt współpracy, to jest za najbardziej kompleksowe wykorzystanie możliwości Programu Partnerskiego ePGF do zarządzania i uzyskanie w efekcie wzrostu rentowności apteki, zdobyły mgr Ewa Kołodyńska i mgr Monika Rogalska-Miłosz prowadzące Aptekę „Malvita” w Rykach.
- ✧ Najaktywniejsza Apteka w Asystencie Farmaceuty – to wyróżnienie za najwyższą aktywność w korzystaniu z Asystenta Farmaceuty i mistrzowskie wykorzystanie tego narzędzia w codziennym zaopatrzeniu i zarządzaniu powędrowało do mgr Michała Kaczmarka z Apteki „Internetowej” w Lesznie.

Co więcej podczas Gali ePGF

- ➔ Zrealizowaliśmy panel szkoleń dla uczestników gali, w tym kurs szkoleniowy „Przegląd lekowy – studium przypadków”, prowadzony przez dr hab. n. med. prof. UMP Agnieszkę Neumann-Podczaską, oraz kurs „Leki recepturowe na bazie surowca *Cannabis sativa* w aptece – aspekty farmakologiczne i formalnoprawne” zrealizowany przez mgr farm. Pawła Kozaczuka. Dziękujemy p. prezesowi Pawłowi Stelmachowi z Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Łodzi za partnerstwo w tym przedsięwzięciu i przyznanie punktów edukacyjnych.

- ➔ Podczas Gali zainaugurowaliśmy akcję „Zielony Gest dla Czterech Łap”. Dzięki aptekarzom – gościom wydarzenia zgromadziliśmy ponad 300 kg karmy suchej i mokrej dla potrzebujących zwierząt. Przekazemy ją – podwajając wynik ze zbiórki – do łódzkiego schroniska dla zwierząt.
- ➔ W trakcie konferencji przekazaliśmy Reprezentacji Polski Blind Football Poland wsparcie na ich szczytną działalność. Już na początku października na rozgrywanym w Indiach IBSA Blind Football Intercontinental Cup 2023 polska drużyna stanęła na 3. miejscu podium, pokonując w meczu o brąz Koreę 2:0.



Jak dobrze wykorzystać potencjał farmaceutów w systemie ochrony zdrowia?



Marta Markiewicz

Rozmowa z prof. dr hab. n. med. Ryszardem Gellertem,
Dyrektorem Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

W swoich publicznych wypowiedziach podkreśla Pan znaczenie farmaceutów jako grupy profesjonalistów, których potencjał nie jest właściwie wykorzystywany. Skąd to stanowisko?

Moim zdaniem w systemie ochrony zdrowia potencjał blisko 40 tys. farmaceutów nie jest w pełni wykorzystywany. To osoby z wyższym wykształceniem, które ukończyły trudne i drogie studia finansowane przez budżet państwa. Farmaceuci to grupa zawodowa, do której pacjenci mają praktycznie bezproblemowy dostęp – dużo lepszy niż do lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej czy do lekarza ambulatoryjnej opieki specjalistycznej. Pacjenci trafiają do aptek nie tylko po leki czy wyroby medyczne, ale przede wszystkim po to, by móc uzyskać poradę i otrzymać lek nie tylko właściwie przechowywany, ale również monitorowany pod względem jakości, np. czy dana seria nie została wycofana z obrotu.

Uważam, że w obecnym systemie ta działalność doradczo-edukacyjna farmaceutów jest praktycznie niewykorzystywana – szczególnie w odniesieniu do leków przepisywanych przez lekarzy. Bardzo często spotykam się z opinią, że,

Farmaceuci, realizując recepty, mają możliwość i czas na to, by pogłębić wywiad i dokonać oceny stosowanej przez pacjenta farmakoterapii. Tylko w największych ośrodkach miejskich pacjenci przemieszczają się pomiędzy aptekami i realizują recepty w różnych punktach.

jeśli lekarz przepisał dany preparat, to kończy to dyskusję o możliwości podania innych preparatów. Jako lekarz pewnie zgodziłbym się z tym stwierdzeniem, ale jednocześnie patrzę na to zagadnienie szerzej. W moim gabinecie lekarskim nie zawsze mam możliwość weryfikacji, jakie inne leki przyjmuje dany pacjent, a sami pacjenci często nie pamiętają nazw leków lub nie uważają, żeby dany lek był na tyle istotny, by o nim mówić. Natomiast farmaceuci, realizując recepty, mają możliwość i czas na to, by pogłębić wywiad i dokonać oceny stosowanej przez pacjenta farmakoterapii. Tylko w największych ośrodkach miejskich pacjenci przemieszczają się pomiędzy aptekami i realizują recepty w różnych punktach.

W małych miejscowościach zazwyczaj farmaceuta zna samego pacjenta i historię jego choroby, a często zna także uwarunkowania społeczne. Jeżeli farmaceuta będzie znał pacjenta oraz lekarza, który przepisał lek, wówczas będzie mógł doradzić choremu, ale również będzie miał możliwość skontaktować się z lekarzem czy postawić przy leku w Internetowym Koncie Pacjenta wykrzyknik sygnalizujący, że terapia wymaga weryfikacji. Dla pacjentów, lekarzy i całego systemu wsparcie farmaceutów byłoby nieocenione.

Oczywiście nie zależy to od lekarzy, farmaceutów, czy CMKP, ale od polityków, którzy powinni ten proces tak poukładać, by farmaceuci mogli bardziej zaangażować się w system ochrony zdrowia.

Czy Pana zdaniem na linii lekarze – farmaceuci można wyczuć chęć porozumienia? Długo było przecież tak, że każdy z zawodów medycznych wręcz bronił swoich kompetencji, nie chciał ich oddawać innym zawodom.

To pacjent powinien mieć wybór. To pacjent powinien decydować, a my nie powinniśmy blokować tej możliwo-

Jestem przekonany, że farmaceuci mogą bardzo dużo wnieść do profilaktyki poważnych zdarzeń medycznych oraz do edukacji, m.in. w obszarze świetnie znanych im leków.



ści. Rzeczywiście mieliśmy sytuację, w której kultywowaliśmy tę tradycję podziału, że powłoki ciała – igłą czy skalpelem – może naruszyć tylko lekarz. Ale pandemia COVID-19 ją przerwała. Magistrowie farmacji mają obecnie odpowiednie uprawnienia.

Farmaceuta, który sprzedaje aparat do mierzenia ciśnienia czy glukometr, wie, jak prawidłowo dokonać pomiaru; wie, które z urządzeń jest godne polecenia. Dlaczego nie może ukłuć palca pacjenta i dokonać pomiaru glikemii? Takie ograniczenia to głęboki archaizm, świat poszedł do przodu i musimy na to reagować i się dostosować. Co istotne, farmaceuci deklarują, że są gotowi na przyjęcie nowych obowiązków.

Czego zatem im brakuje?

Przede wszystkim uprawnień zapisanych w regulacjach prawnych. Jestem przekonany, że farmaceuci mogą bardzo dużo wnieść do profilaktyki poważnych zdarzeń medycznych oraz do edukacji, m.in. w obszarze świetnie znanych im leków. Dlaczego tego nie robią? Bo nie ma jasnych norm prawnych umożliwiających im prowadzenie tej działalności.

Oczywiście w dyskusji o nowych kompetencjach dla farmaceutów przewija się również argument, że wielu z nich nie miało w trakcie studiów odpowiedniego przygotowania. W efekcie część środowiska może nie chcieć wyjść ze strefy komfortu, jaką jest sprzedaż

leków i realizacja leków recepturowych.

I tutaj jest przestrzeń dla Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, które ma możliwość organizowania kursów pozwalających na uzupełnienie wiedzy. Te kursy są już wpisane w projekt ustawy o CMKP, który czeka na procedowanie w sejmowej zamrażarce. Ministerstwo Zdrowia przygotowało projekt, którzy przeszedł całą ścieżkę legislacyjną.

Niestety, dopóki nie zostanie to prawnie usankcjonowane, jako CMKP nie mamy możliwości organizowania tego typu kursów.

Ale części farmaceutów udało się nabyć uprawnienia m.in. do szczepień.

Tak, ale miało to miejsce w trakcie pandemii COVID-19. Wtedy przeszkoliliśmy około 8 tys. farmaceutów w zakresie kwalifikacji i podawania szczepień ochronnych przeciwko COVID-19. Niestety od tamtego czasu farmaceuci, którzy chcieli odbyć szkolenie w późniejszym czasie lub też skończyli studia i dopiero co weszli na rynek pracy, nie mają możliwości jego realizacji. Myślę, że w tym kontekście nabyte prawa zawodu farmaceuty powinny zostać uhonorowane. Takie jest moje zdanie, a cały zespół CMKP jest do tego przygotowany.

CMKP odpowiada za szkolenie podyplomowe, natomiast w ostatnim czasie w dyskusjach pojawia się postulat redefinicji szkolenia przeddyplomowego i zmiany jego modelu na rzecz szkolenia w zespołach terapeutycznych, gdzie oprócz studentów kierunków lekarskiego czy pielęgniarstwa powinni się również pojawić przyszli farmaceuci. W jakim kierunku – Pana zdaniem – powinno podążać kształcenie przyszłych kadr medycznych?

Żaden lekarz nie leczy sam. Lekarz jest od tego, by postawić diagnozę i wskazać sposób postępowania, ale potem do procesu leczenia dołączają kolejni profesjonaliści. Farmaceuci wydają leki i mogą zoptymalizować zaproponowaną farmakoterapię, pielęgniarki koncentrują się na pielęgnowaniu pacjenta, ale również odpowiadają za aspekty edukacyjne, natomiast diagnosta laboratoryjny powinien móc zaproponować dodatkową diagnostykę. Powinniśmy uczyć przyszłych lekarzy, pielęgniarki, farmaceutów i diagnostów współpracy w zespole już na poziomie studiów. Taka organizacja kształcenia nauczycieli medyków nie tylko dobrego rozeznania w kompetencjach innych grup zawodowych, lecz także wzajemnego szacunku do swojej pracy.



Być farmaceutą w Szkocji...



Joanna Bilek
mgr farm.

A gdyby tak rzucić wszystko i wyjechać na... Wyspy? I tam, jako farmaceuta, dbać o bezpieczeństwo farmakoterapii, prowadzić konsultacje i po prostu być bliżej pacjenta? Na taki właśnie krok zdecydował się mgr farm. Aleksander Kuliński, który dziś opowie nam o tym, jak wygląda praca farmaceuty w szkockiej aptece.

Aleksandrze, co skłoniło Cię do wyjazdu do Wielkiej Brytanii i dlaczego wybrałeś właśnie Szkocję?

Nie od dziś wiadomo, że Wielka Brytania jest jednym z najlepiej rozwiniętych krajów, jeśli chodzi o wykonywanie naszego zawodu. To było głównym powodem mojej decyzji o wyjeździe. Drugim była pasja odkrywania świata. Ostatnim – słabość do filmów Guya Ritchiego (*śmiech*).

Jeśli zaś chodzi o samą Szkocję: wydawało mi się, że farmaceuci przędą tu najlepiej spośród państw korony brytyjskiej. Mogę się jednak mylić z prawdą: przeprowadziłem się dopiero w lutym tego roku i nie potrafię tej informacji zweryfikować. Rzeczywiście, wchodząc na pokład samolotu do Edynburga, głowę napakowaną miałem ambicjami świadczenia opieki farmaceutycznej. A tutaj niespodzianka! Owszem, tzw. opieka farmaceutyczna jest tutaj mocno rozwinięta, jednak nie to stanowi najciekawszy punkt mojej pracy.

Jakie były Twoje początki w Szkocji? Mam tu na myśli wszelkie formalności, dzięki którym mogłeś zamieszkać na Wyspach.

Nie ukrywam, że było ciężko... Żeby rozpocząć pracę jako „mgr farm.”, trzeba najpierw zdać test językowy z odpowiednio wysokim wynikiem. Jest to wymóg tutejszej izby. Dopiero potem można się zarejestrować w GPhC (*General Pharmaceutical Council*), a następnie szukać pracodawcy – co jest najłatwiejszą częścią, jako że po brexicie farmaceutów (i nie tylko) brakuje. Pracodawca wystawia nam *Certificate of Sponsorship* – z takim dokumentem możemy zacząć ubiegać się o wizę. Jak już mamy wizę, możemy zabukować samolot.

Wszystko to załatwiałem z Polski. Do Szkocji pojechałem tylko raz, by się upewnić, że pogoda jest rzeczywiście taka, jak mówią.

Co do mieszkania – gdyby nie pomoc tutejszej Polonii, byłoby krucho. Trzeba pamiętać, że przyjeżdżając tutaj (zwłaszcza po wyjściu Wielkiej Brytanii z UE), jesteśmy tzw. golcami – bez historii naj-

mu, zdolności kredytowej czy referencji, które wydają się składowymi sukcesu, jeśli chodzi o wynajęcie mieszkania.

Podsumowując: od podjęcia decyzji o wyjeździe do rozpoczęcia pracy upłynął rok.

Czy szybko wdrożyłeś się w nowe warunki, czy musiałeś np. odbywać dodatkowe kursy, aby móc świadczyć różne usługi opieki farmaceutycznej?

Apteka, która mnie zatrudniła, zagwarantowała trzymiesięczny okres treningowy, w którego trakcie miałem zaadaptować się do systemu szkockiego. Szybko przekonałem się, że umiejętności i wiedza, którymi dysponują tutejsi farmaceuci, znacznie odbiegają od moich. Od samego początku w każdej wolnej chwili nadrobiłem zaległości. Mam tutaj na myśli zarówno farmakologię kliniczną (z naciskiem na interakcje), jak i umiejętności pracownika medycznego pierwszego kontaktu – musiałem poznać wszelkie dolegliwości, z którymi w Polsce zwykle idzie się do przychodni bądź nocnej opieki chorych.

Kursów dla farmaceutów jest bardzo dużo, zarówno tych oferowanych przez firmę, w której pracuję, jak i zewnętrznych. Podstawą pracy jest zapoznanie się (i podpisanie) z tzw. PGD (*Patient Group Directions*), które umożliwiają przepisywanie leków na niektóre drobne dolegliwości, np. niepowikłane zapalenie dolnych dróg moczowych i rany zakażone, czy na tabletkę „dzień po”.

Jakie usługi w ramach opieki farmaceutycznej są dostępne w aptece, w której pracujesz? Czy w ogóle określasz je mianem „opieki farmaceutycznej” lub „opieki nad pacjentem”? W USA funkcjonuje jedynie pojęcie *patient care*, choć uznaje się przecież, że termin *pharmaceutical care* wywodzi się właśnie stąd.

Jako pracownicy medyczni wykonujemy po prostu swoje obowiązki. Nie nazywa się to tutaj „opieką farmaceutyczną”, aczkolwiek istnieją terminy *Pharmacy First Scotland* oraz *Patient Group Direc-*



Aleksander Kuliński ukończył studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Medycznym w Gdańsku. Obecnie pracuje w aptece ogólnodostępnej w Buchhaven. Prywatnie wielbiciel sportu, literatury, filmów Quentina Tarantino i książek Andrzeja Sapkowskiego.

tions, pod którymi kryje się leczenie pewnych dolegliwości. Podam przykład: jeśli przyjdzie pacjent z dzieckiem, u którego stwierdzamy liszajca, możemy przepisać na przykład kwas fusydowy w maści. Możemy przepisać pacjentowi z egzemą maści różnego rodzaju. Jeśli diagnozujemy niepowikłaną infekcję dolnych dróg moczowych u nieciężarnych kobiet po 16. roku życia, możemy przepisać antybiotyki. Jeśli będziemy mieli pacjenta, u którego stwierdzimy coś wykraczającego poza nasze kompetencje farmaceuty bez specjalizacji, kierujemy go do lekarza ogólnego. *Pharmacy First Scotland* jest więc nie tyle usługą przepisywania leków, ile raczej profesjonalną diagnozą, kończąca się terapią, poradą lub skierowaniem do lekarza. Chciałbym podkreślić słowo „profesjonalną”, bo opieramy się na konkretnych wytycznych. Prowadzimy też terapie zastępcze dla osób zmagających się z uzależnieniem od narkotyków.

Można powiedzieć, że w Wielkiej Brytanii cały system zdrowotny jest ze sobą ściśle powiązany w opiece nad pacjentem.

Tak, oczywiście. Normą jest tutaj odsyłanie pacjentów z przychodni do apteki.



Zwykle jednak pacjenci najpierw kierują się do nas. Prestiż naszego zawodu jest tutaj na stosunkowo wysokim poziomie. Jako farmaceuci jesteśmy jedyną osobą w aptece, która może sprawdzać recepty klinicznie. Jest to, według mnie, najciekawsza część pracy.

Co do listy usług – oprócz wspomnianych wyżej – zajmujemy się jednoskładnikową antykoncepcją, chłamydiami, zapaleniem spojówek, stosowaniem sildenafilu czy estradiolu dopochwowego, a także rzuceniem palenia, profilaktyką malarii, półpaścem oraz prewencją poszczerpionnej gorączki u maluchów. Do tego dochodzi oczywiście pierwszy kontakt, z czymkolwiek pacjent przyjdzie. Jest tego całkiem sporo, a będzie więcej. I tym wszystkim zajmują się farmaceuci bez tzw. specjalizacji, którą tutaj nazywa się *Independent Prescriber* (IP). Po zrobieniu specjalizacji IP możemy wystawiać recepty na wszystko, ogranicza nas oczywiście kompetencja. Jeśli zrobimy IP z diabetologii, raczej nie będziemy przepisywać leków kardiologicznych.

Nie zdawałam sobie sprawy z tego, że tak wysokie są kompetencje farmaceutów w Wielkiej Brytanii. Posługując się naszą terminologią, można powiedzieć, że zastępujecie lekarzy pierwszego kontaktu. Ile średnio dziennie wystawiacie recepty?

Można tak powiedzieć, chociaż ja określałam to po prostu wykonywaniem zawodu farmaceuty, a nie „zastępowaniem lekarza”. Apteka, w której się szkoliłem,

była jedną z bardziej popularnych; tam miewałem ok. 20–30 konsultacji dziennie. Ta, w której pracuję teraz, położona jest w mniejszym miasteczku; konsultacji mam kilka do kilkunastu.

Wyjaśnij nam, proszę, na czym polega sprawdzanie recept klinicznych.

Polega ono na upewnieniu się, czy leki na receptę nie wchodzi w interakcje ze sobą bądź też z innymi lekami, które pacjent wykupywał u nas wcześniej. Jeśli nasz pacjent odbiera lek, który według systemu komputerowego ma interakcje z innym, otrzymanym wcześniej, dystrybutor – czyli osoba, która gromadzi leki, skanuje i okleja je instrukcjami stosowania – dostarczy nam wydruk informujący o takim problemie. Naszym zadaniem jest stwierdzenie, czy taka interakcja jest istotna klinicznie, czy nie. Dla przykładu: jeśli zobaczyłbym omeprazol wypisany razem z kłopidogrelem, raczej wstrzymałbym się z wydaniem i skontaktował z lekarzem. Jeśli natomiast przy receptce na ibuprofen w żelu dostałbym wzmiankę, że pacjent stosuje ACE inhibitor/ARB+ diuretyk, to zignorowałbym to. Na tym polega nasze główne zadanie. Gdybyśmy mieli w aptece stosować się do instrukcji „wypłutych” przez maszynę, to skończyłoby się na stopowaniu każdej recepty. Reagujemy wtedy, kiedy jest to wskazane i istotne.

Kontrolujemy też dawkowanie.



Jeżeli stosowanie wykracza poza to wynikające z wytycznych, powinniśmy interweniować. Czuwamy również nad pacjentami stosującymi leki wyższego ryzyka. Wygląda to w ten sposób, że gdy mamy receptę na warfarynę, przy wydawaniu leku przez doradcę farmaceutycznego jesteśmy wzywani, żeby zapytać pacjenta, czy regularnie kontrolowany jest INR i jakie miał ostatnio wartości. Jeśli pacjent otrzymuje lit, pytamy, czy regularnie badane są tarczycza i nerki. Bardzo często doradcy farmaceutyczni robią to za nas i wzywają nas, jeśli jest jakaś ewentualna nieprawidłowość.

A czy macie usługi typu pomiar ciśnienia, BMI, glukozy itp.?

Z tego, co wiem, w Szkocji tego nie ma, za to w Anglii już owszem.

Czy pacjenci w Szkocji są przyzwyczajeni do tych usług i sami o nie pytają, czy też proponujecie to, co macie do zaoferowania? W Polsce mamy z tym pewien problem, ponieważ nie możemy zachęcać do korzystania z usług, gdyż mogłoby to być poczytane za niedozwoloną prawnie reklamę.

Apteki mają plakaty informujące o usługach, pacjenci jednak sami przychodzą do nas jako do pierwszej placówki kontaktu medycznego albo są odsyłani przez przychodnię.

Przy okazji warto powiedzieć, że Szkoci za leki na receptach nie płacą. To znaczy płacą, ale w podatkach. Nie pobiera się opłat w aptece. Suplementów prawie nie ma, chyba że apteka połączona jest ze sklepem, co tutaj jest dość powszechne. Mówiąc ogólnie: w aptece zajmujemy się receptami i lekami OTC.

Ponieważ opieka farmaceutyczna w Polsce jest dopiero rozwijana, wielu farmaceutów prowadzi konsultacje w ramach prywatnych usług. Czy w Szkocji takie prywatne konsultacje są również dopuszczalne?

Jak wspominałem, farmaceuci mogą zrobić swojego rodzaju specja-

lizację – *Independent Prescriber*. Po jej ukończeniu mogą przepisywać leki. Robiąc taką specjalizację, wybierają oczywiście dziedzinę, w której chcą być biegli (dermatologia, diabetologia, otolaryngologia itp.). W Szkocji można świadczyć usługi dla firm jako „niezależny przepisywacz”. Prawo nie jest jeszcze odpowiednio sprecyzowane, żeby móc otwierać swoje gabinety.

Czy orientujesz się, ile trwa zdobywanie specjalizacji *Independent Prescriber*?

Specjalizacja taka trwa ok. dwa lata. Najpierw trzeba znaleźć osobę, która może cię wziąć pod swoje skrzydła. Zwykle wybór pada na lekarza z odpowiednią specjalizacją. Nie jest to proste, bo taki lekarz musiałby mieć w tym interes, żeby farmaceutę szkolić. Najłatwiej znaleźć jest opiekuna, będąc farmaceutą klinicznym pracującym w szpitalu, jako że szpital (czy przychodnia) ma z takiego farmaceuty wymierną korzyść.

Domyślałem się, że wraz z posiadanymi dodatkowymi uprawnieniami wzrasta wynagrodzenie. Czy podstawowe wynagrodzenie farmaceuty jest satysfakcjonujące, a dochód z jednego etatu wystarcza, aby utrzymać siebie i rodzinę? W Polsce farmaceuci i inni pracownicy medyczni bardzo często podejmują się dodatkowych godzin czy etatów...

Co się tyczy kwestii zarobków, stawki są oczywiście dużo wyższe niż w Polsce. Powiedzmy, że mogę sobie pozwolić na ładne mieszkanie, wakacje i odkładanie na przyszłe pokolenie. Obecnie nie mam jeszcze dzieci, moja narzeczona jest w trakcie procesu rejestracji w GMC (*General Medical Council*). Nadmienię, że nie robię nadgodzin.

Można jako farmaceuta założyć własną działalność i zacząć pracować jako tzw. locum. W takim wypadku wybieramy, kiedy i gdzie chcemy pracować, a zapotrzebowanie jest ogromne. Stawki potrafią być też trzykrotnie wyższe niż dla farmaceuty ulokowanego w aptece na stałe.



Jestem ciekawa, jakie możliwości pracy ma farmaceuta, który prowadzi własną działalność.

Zakładając własną działalność, można pracować dorywczo i na zlecenia. Lekarze również mają taką możliwość. Zapotrzebowanie na farmaceutów w aptekach jest ogromne, więc ofert pracy jest sporo. A taka praca ma dużo plusów, np. brak długoterminowej odpowiedzialności za aptekę. Przyjeżdżasz, sprawdzasz recepty, konsultacje i... do domu. Zaletą jest też wybór dni, w które chce się pracować. Można dwa tygodnie pracować cały czas, żeby później na dwa tygodnie polecieć na urlop, np. do Włoch. Kolejnym plusem jest pensja, o czym już wspominałem.

Jako wielbicielka receptury chciałam zapytać, czy pracowałeś może w Szkocji w aptece z recepturą?

Receptura w Wielkiej Brytanii nie istnieje. Jeśli trafi się recepta na lek robiony (wielka rzadkość), zamawiamy taki produkt z laboratorium zewnętrznego. Farmaceuty skupiają się raczej na klinicznym aspekcie zawodu.

Drugi mój ulubiony temat to lek roślinny: czy macie roślinne produkty lecznicze, czy tylko ziołowe suplementy diety?

Suplementy diety można dostać w części sklepowej. W aptece są leki na receptę oraz leki OTC. Są również leki ziołowe, jest ich jednak niewiele.

Czy zauważasz jeszcze jakieś znaczące różnice w funkcjonowaniu aptek polskich i szkockich oprócz wyżej przedstawionych?

Jeśli ktoś pyta mnie, jakie są podobieństwa między apteką polską a szkocką, odpowiadam, że niestety jedynym jest obecność leków. Zakres obowiązków, edukacji, podejście środowiska medycznego, a także pacjentów to są cechy nieporównywalne. W Polsce apteczki bliżej niestety do sklepu aniżeli placówki medycznej. Popieram i pochwalam wszelkie ruchy dążące do poprawy sytuacji. Wnioskując jednak z fali kolejnych przepisów zalewających apteki, wydaje mi się, że sytuacja nie zmierza w najlepszym kierunku.

A jak żyje Ci się w Szkocji?

Największą barierę stanowi język. Z angielskiego zawsze byłem nienajgorszy, jednak trzeba zdać sobie sprawę z tego, że Szkoci mówią specyficznie. Akcent i gwara są potężne i powalające. Mało tego: po kilku miesiącach w jednym miasteczku językowo czułem się już wcale pewnie, po czym zostałem wysłany do innego, położonego nieopodal, i ku mojemu zdumieniu okazało się, że mieszkańcy mówią już troszkę inaczej.

Co najbardziej może się podobać w tym kraju? Czy dostrzegasz również jakieś minusy?

Z plusów: wyższy standard życia (przynajmniej dla nas, farmaceutów), piękne widoki i różnorodność kulturowa. Szkoci robią też świetne słodczyce.

Minusy są, a jakże. Największym jest kuchnia – bardzo brakuje mi polskich produktów, zwłaszcza chleba i owoców. Szkocja niestety sportem nie stoi. Nie uświadczymy tylu placówek sportowych, ile w Polsce. Nie zapomnijmy oczywiście o pogodzie: wiatr, deszcz i chmury to nieodłączni kompani.

Dziękujemy za podzielenie się z nami swoimi doświadczeniami zawodowymi. Życzymy satysfakcji z wykonywanej pracy i jak największej słonecznych dni na Wyspach!

Zarządzamy apteka



Efektywne zarządzanie małym zespołem w aptece



Karolina Arciszewska,
mgr farm.

Zarządzanie zespołem to złożony proces, który wymaga umiejętności interpersonalnych, zdolności organizacyjnych i kompetencji przywódczych. W dzisiejszym dynamicznym środowisku farmaceutycznym zarządzanie zespołem jest kluczowym elementem osiągnięcia sukcesu apteki. Powinno opierać się na wielu istotnych płaszczyznach, które mają kluczowe znaczenie dla osiągnięcia wysokiej wydajności, zaangażowania i zadowolenia pracowników.

W tym artykule przyjrzymy się niektórym z tych ujęć oraz roli lidera w efektywnym zarządzaniu zespołem.

Komunikacja i współpraca

Jako kierownik musisz potrafić jasno i skutecznie przekazywać informacje oraz umieć słuchać pracowników. Współpraca i efektywność zespołu opierają się na otwartej, dwustronnej komunikacji, która umożliwia wymianę pomysłów, wyjaśnianie oczekiwań i rozwiązywanie problemów. Ważne jest, aby prowadzić otwartą i dwustronną wymianę informacji z pracownikami. Nie ograniczaj się do narzucania swojego zdania, ale słuchaj również ich uwag, sugestii i opinii. Zadawaj pytania, wyrażaj zainteresowanie i angażuj zespół w proces podejmowania decyzji. Wówczas pracownik poczuje się doceniony.

Jako kierownik możesz organizować regularne spotkania zespołu, podczas których wszyscy mają możliwość dzielenia się postępami, wyzwaniem i pomysłami.

Delegowanie zadań

Ta umiejętność, polegająca na identyfikowaniu mocnych stron i zdolności członków zespołu oraz przekazywaniu im odpowiednich zadań, to klucz do efektywnego przywództwa. Zamiast próbować zrobić wszystko samego, rozdzielaj zadania na podstawie kompetencji i umiejętności pracowników. Pozwala to na produktywnie wykorzystanie czasu i umiejętności członków zespołu. Umożliwia pracownikom rozwijanie się w obszarach, które ich interesują i w których są najlepsi. Przyczynia się także do zwiększenia zaangażowania i daje im poczucie odpowiedzialności za własną pracę. Pamiętaj jednak, żeby zapewnić odpowiednie wsparcie i szkolenia, jeśli twój podwładny potrzebuje pomocy w wykonaniu powierzonych mu zadań.

Podział obowiązków

Określ jasno role i obowiązki każdego członka zespołu. Podział obowiązków pomoże uniknąć zamieszania i zapewnić wydajność pracy. Upewnij się, że wszy-

Efektywne zarządzanie zespołem opiera się na kilku kluczowych aspektach, takich jak komunikacja, współpraca, delegowanie zadań, docenianie pracowników, rozwój umiejętności i mentorowanie.

scy są świadomi swoich obowiązków i tego, jakie zadania są im powierzone. To pomoże uniknąć nieporozumień i zapewni płynne funkcjonowanie apteki.

Motywacja

Motywowanie członków zespołu jest kluczowe dla ich zaangażowania, wydajności i satysfakcji z pracy. Zrozumienie indywidualnych potrzeb i celów pracowników oraz tworzenie motywującego środowiska pracy, w którym docenia się ich wysiłki, jest niezwykle ważne. Znaleźcie sposoby na stymulowanie i inspirowanie członków zespołu, takich jak ustalanie ambitnych celów, zapewnianie nagród i uznania, może przyczynić się do sukcesu.

Rozwój zespołu

Dbanie o rozwój pracowników poprzez organizowanie szkoleń, udostępnianie edukacji, mentoring czy oferowanie możliwości awansu pozwala na budowanie silniejszego i bardziej kompetentnego zespołu. Ponadto przełożeni powinni być dostępni dla pracowników, służyć radą i pomagać w rozwiązywaniu problemów. Liderzy, którzy pokazują pozytywne zachowanie, uczciwość i odpowiedzialność, wpływają na innych. Bycie dobrym przykładem inspirowa i motywuje pracowników do podobnych postaw i podejścia, a tworzenie atmosfery wzajemnego zaufania i otwartości pozwala zatrudnionym czuć się bezpiecznie i komfortowo. Inwestycja w rozwój umiejętności i kompetencji członków zespołu przynosi korzyści

zarówno na poziomie jednostkowym, jak i organizacyjnym.

Docenianie pracowników

Regularnie doceniaj wysiłki i osiągnięcia swojego zespołu. Pochwal za dobre wyniki i zaangażowanie. To motywuje do dalszego rozwoju i wysiłku. Uwzględniaj indywidualne cele pracowników i stwórz środowisko, w którym mogą się rozwijać zawodowo.

Równowaga między pracą a życiem osobistym

Pamiętaj o znaczeniu równowagi między pracą a życiem osobistym członków zespołu. Stosuj elastyczne podejście do harmonogramów pracy, umożliwiaj urlopy i dni wolne, które pozwalają odpocząć i dbać o swoje zdrowie psychiczne i fizyczne.

Możesz zarządzać grupą ludzi młodszych i starszych od siebie, dlatego wykorzystaj w pełni zalety, które każda osoba wnosi do całego zespołu.

Młodszy zespół może przynieść świeże spojrzenie i innowacyjne podejście. Pracownicy tuż po studiach wnoszą energię i entuzjazm. Zaangażowanie i pozytywne podejście do pracy wpływają na motywację i inspirację innych członków zespołu. Młodszy personel często jest bardziej zaznajomiony z najnowszymi technologiami i narzędziami czy ma lepsze umiejętności w obszarze komunikacji online, zarządzania projektem, analizy danych itp. Możesz się uczyć nowych technologii i sposobów wykorzystania ich w pracy. Młodszy pracownik może mieć większą skłonność do myślenia kreatywnego i wprowadzania innowacyjnych rozwiązań, a także przynosić świeże spojrzenie na problemy i pomysły na udoskonalenia.

Z drugiej strony, bardziej dojrzała praca może wnoszą bogate doświadczenie i mądrość zawodową. Często posiadają głęboką wiedzę branżową i techniczną. Nauczysz się od nich wielu ciekawych rzeczy, procedur i praktyk branżowych. Bardziej doświadczeni



Współpraca i efektywność zespołu opierają się na otwartej, dwustronnej komunikacji, która umożliwia wymianę pomysłów, wyjaśnianie oczekiwań i rozwiązywanie problemów.

farmaceuci bywają lepiej wyposażeni w umiejętność dobrej oceny sytuacji i podejmowania trudnych decyzji, lepiej radzą też sobie w sytuacjach kryzysowych. Mają zdolność do produktywnego zarządzania relacjami z klientami, współpracownikami i innymi interesariuszami. Potrafią radzić sobie z trudnymi sytuacjami i konstruktywnie rozwiązywać problemy. Pokażą ci, jak budować dobre relacje, rozwiązywać kryzysy i obsługiwać klientów. Mogą cię wspierać w rozwoju zawodowym, udzielać rad i wskazówek, a także dzielić się swoimi perspektywami na temat kariery i rozwoju.

Stażyści w aptece

Stażyści w aptece to cenny dodatek do zespołu. Wymagają jednak odpowiedniej uwagi i wsparcia. Oto kilka kwestii, na które warto zwrócić uwagę podczas pracy ze stażystami w aptece:

- Zapewnij stażystom odpowiednie szkolenie, aby zapoznać ich z zasadami pracy w aptece, protokołami bezpieczeństwa, zasadami przechowywania i wydawania leków. Upewnij się, że mają jasne wytyczne dotyczące swoich obowiązków i oczekiwań.
- Przydziel odpowiedniego opiekuna, który będzie monitorować postępy stażysty i dostarczać konstruktywnej informacji zwrotnej – osobę,

która pomoże stażystom w zdobyciu wiedzy i umiejętności oraz lepszym zrozumieniu pracy w aptece.

- Regularnie komunikuj się ze stażystami, aby upewnić się, że rozumieją zadania i oczekiwania. Zadawaj pytania, sprawdzaj postępy i służ im pomocą w razie potrzeby. Stwórz otwarte środowisko, w którym stażyści mogą wyrażać obawy lub zgłaszać problemy.
- Zachęcaj stażystów do ciągłego uczenia się i rozwijania swoich umiejętności. Daj im możliwość obserwacji i uczestnictwa w różnych obszarach pracy apteki. Zapewnij im dostęp do szkoleń i materiałów edukacyjnych, które pomogą im rozwijać się zawodowo.
- Pamiętaj, że stażyści mogą mieć trudności w początkowej fazie kariery. Zapewnij im wsparcie emocjonalne i stwórz atmosferę, w której czują się komfortowo i są zauważani.

Zachęcaj stażystów do ciągłego uczenia się i rozwijania swoich umiejętności. Daj im możliwość obserwacji i uczestnictwa w różnych obszarach pracy apteki.

- Staraj się zapewnić stażystom różnorodne doświadczenia. Niech obejmują one różne obszary: obsługa klienta, przygotowywanie recept, kontrola stanów magazynowych, udział w programach profilaktyki zdrowotnej itp.
- Regularnie oceniaj postępy stażystów i doceniaj ich osiągnięcia. Udzielaj im informacji zwrotnej na temat ich pracy i wskaż obszary do poprawy. Doceniaj ich wysiłki i postępy, aby motywować ich do dalszego rozwoju.

Zapewnienie odpowiedniej uwagi i wsparcia stażystom w aptece pozwoli im zdobywać cenne doświadczenie i rozwijać się jako przyszli farmaceuci. To przyczyni się do skuteczniejszej pracy zespołu apteki i podniesienia jakości świadczonych usług.

Efektywne zarządzanie zespołem opiera się na kilku kluczowych aspektach, takich jak komunikacja, współpraca, delegowanie zadań, docenianie pracowników, rozwój umiejętności i mentorowanie. Wszystkie te elementy mają istotne znaczenie dla osiągnięcia sukcesu zespołu i realizacji celów organizacji. Lider odgrywa w tym kluczową rolę poprzez stwarzanie odpowiedniego środowiska pracy, motywowanie pracowników i wdrożenie skutecznej strategii zarządzania.

Prawnik radzi farmaceucie



Zmiany w dyżurowaniu aptek



Agnieszka Jachowicz
Pharma Support Manager w Kancelarii
Fortak & Karasiński Radcowie Prawni Sp. P.

Przyjęta przez Sejm nowelizacja ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw wprowadza istotne zmiany w zasadach pełnienia dyżurów przez apteki ogólnodostępne.

Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw (dalej: nowelizacja ustawy refundacyjnej) na nowo uregulowała kwestię pracy aptek ogólnodostępnych w porze nocnej oraz w dni wolne od pracy. Ustawa wprowadziła definicję prawną dyżuru w porze nocnej i dyżuru w dzień wolny od pracy oraz odniosła się do zasad ustalania rozkładu pracy aptek na terenie powiatu i odpłatności za pełnione dyżury.

Definicja dyżurów aptek

Zgodnie z dodanym do ustawy Prawo farmaceutyczne art. 2 pkt 73 oraz 74, dyżurem w dzień wolny od pracy jest dyżur pełniony przez aptekę ogólnodostępną w dniach, o których mowa w art. 1 lub art. 1a ust. 1 ustawy z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy, bez przerwy przez kolejne 4 godziny zegarowe w przedziale czasowym między godzinami 10.00 a 18.00. Przywołana ustawa z 1951 r. wskazuje, że dniami wolnymi od pracy są niedziele oraz wymienia 13 dni świątecznych*.

Dodatkowo, w przypadku ogłoszenia stanu zagrożenia epidemicznego lub stanu epidemii, dniem wolnym od pracy jest także dzień określony przez Prezesa Rady Ministrów w drodze rozporządzenia.

Dyżurem w porze nocnej natomiast jest dyżur pełniony przez aptekę ogólnodostępną bez przerwy przez kolejne 2 godziny zegarowe w przedziale czasowym między godzinami 19.00 a 23.00.

Zgodnie z nowelizacją art. 94 Prawa farmaceutycznego, rozkład godzin pracy aptek ogólnodostępnych znajdujących się na terenie powiatu jest dostosowany do potrzeb ludności i pozwala na realizację przez te apteki zadań w zakresie zaopatrywania ludności w produkty

lecnicze i inne artykuły oraz zapewnienie świadczenia usług farmaceutycznych i sprawowania opieki farmaceutycznej, w szczególności przez pełnienie dyżurów w dzień wolny od pracy oraz dyżurów w porze nocnej.

Ustawodawca wyłączył z powyższego uregulowania powiaty mające swoją siedzibę w sąsiadujących miastach na prawach powiatu. W tzw. powiatach obwarzankowych mamy do czynienia z lepszą dostępnością komunikacyjną siedziby powiatu, co ułatwia skorzystanie z usług apteki dyżurującej na terenie miasta na prawach powiatu (z powyższym wyłączeniem będziemy mieć do czynienia np. w przypadku powiatu łódzkiego wschodniego, którego siedzibą jest miasto na prawach powiatu – Łódź).

Ustalanie rozkładu pracy aptek – harmonogram prac

Zmieniają się zasady ustalania rozkładu pracy aptek na terenie powiatu. Na podmiot prowadzący aptekę nałożono obowiązek przekazania zarządowi powiatu (albo prezydentowi miasta w przypadku miasta na prawach powiatu) rozkładu godzin pracy tej apteki na dany rok najpóźniej do dnia 30 września roku poprzedzającego rok, w którym ma być podjęta uchwała. O ewentualnych zmianach tego rozkładu powinien informować z co najmniej 30-dniowym wyprzedzeniem. Przywołane obowiązki dotyczą rozkładu pracy nie tylko w porze nocnej oraz w dni wolne od pracy, lecz także w dni powszednie. W rezultacie, podmioty prowadzące apteki powinny w pierwszej kolejności do 30 września ustalić, w jakich godzinach planowana jest praca aptek w kolejnym roku, w tym również, czy apteki podejmują się pełnienia dyżurów. Należy także zwrócić uwagę, że przepisy te obejmują wyłącznie apteki ogólnodostępne i nie dotyczą punktów aptecznych.

Za pracę w dni wolne od pracy (czyli dyżurowanie w niedziele, święta oraz inne dni wolne) przyjmuje się pracę apteki bez przerwy przez kolejne 4 godziny zegarowe w przedziale czasowym między godzinami 10.00 a 18.00, natomiast w porze nocnej – pracę bez przerwy przez kolejne 2 godziny zegarowe w przedziale czasowym między godzinami 19.00 a 23.00.

W trakcie prac nad harmonogramem pracy apteki podmiot prowadzący powinien mieć na względzie, że każda zmiana w godzinach pracy apteki wymaga poinformowania zarządu powiatu (prezydenta miasta) na co najmniej 30 dni przed planowaną zmianą.

Wyznaczanie aptek do dyżurowania

Zarząd powiatu uzyskał uprawnienie do wyznaczenia aptek zobowiązanych do pełnienia dyżurów. W przypadku gdy praca aptek ogólnodostępnych na terenie powiatu, którego siedzibą jest miasto liczące nie więcej niż 40 tys. mieszkańców, zgodna z przekazanymi przez podmioty prowadzące rozkładami godzin ich pracy, nie gwarantuje zaspokojenia potrzeb ludności, zarząd powiatu wyznacza, w drodze uchwały, aptekę ogólnodostępną do pełnienia dyżurów w porze nocnej lub dyżurów w dni wolne od pracy. Uchwała jest wydawana na okres jednego roku kalendarzowego i określa dni oraz godziny pełnienia dyżurów przez aptekę ogólnodostępną prowadzoną przez określonego przedsiębiorcę.

Ustalanie liczby mieszkańców miasta stanowiącego siedzibę powiatu bądź miasta na prawach powiatu następuje według stanu wskazanego w dokumencie pt. „Powierzchnia i ludność w przekroju terytorialnym” opracowywanym przez Główny Urząd Statystyczny, publikowanym na stronie internetowej Głównego Urzędu Statystycznego,

* 1 stycznia – Nowy Rok, 6 stycznia – święto Trzech Króli, pierwszy dzień Wielkiej Nocy, drugi dzień Wielkiej Nocy, 1 maja – święto państwowe, 3 maja – Święto Narodowe Trzeciego Maja, pierwszy dzień Zielonych Świątek, dzień Bożego Ciała, 15 sierpnia – Wniebowzięcie Najświętszej Maryi Panny, 1 listopada – Wszystkich Świętych, 11 listopada – Narodowe Święto Niepodległości, 25 grudnia – pierwszy dzień Bożego Narodzenia, 26 grudnia – drugi dzień Bożego Narodzenia.



aktualnym na dzień 30 września roku poprzedzającego rok kalendarzowy, na który ma zostać podjęta uchwała.

Zarząd powiatu informuje podmioty prowadzące o potrzebie wyznaczenia apteki do pełnienia dyżurów indywidualnie albo zbiorowo, za pośrednictwem środków komunikacji elektronicznej. Musi to wykonać co najmniej na 21 dni przed dniem wydania uchwały, wskazując dni i godziny, w jakich mają być pełnione te dyżury.

W terminie 7 dni od dnia doręczenia informacji przedsiębiorca prowadzący aptekę może zgłosić gotowość do pełnienia dyżurów przez prowadzoną przez siebie aptekę, we wskazanych przez siebie dniach i godzinach zgodnych z dniami i godzinami wskazanymi w informacji przekazanej przez zarząd powiatu. Wraz ze zgłoszeniem składa oświadczenie, że nie zachodzą okoliczności wyłączające aptekę z możliwości pełnienia dyżurów, o czym będzie mowa w dalszej części artykułu, oraz że w zgłaszanej aptece spełnione są wymagania określone przez ustawodawcę, co również zostanie przybliżone poniżej. Oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń przewidzianej w art. 233 § 6 Kodeksu karnego. Składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści:

Na przedsiębiorców nałożono nowe obowiązki, m.in. informowania zarządu powiatu o planowanych godzinach pracy do dnia 30 września czy wysyłania do NFZ zestawień potwierdzających pracę aptek w określonych godzinach w trakcie dyżurów.

„Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

Nowelizacja ustawy refundacyjnej przekazuje kompetencje do podejmowania uchwał w sprawie godzin pracy aptek na terenie powiatu na rzecz zarządu powiatu (do tej pory była to właściwość organu stanowiącego powiatu, czyli rady powiatu). Warto zwrócić uwagę, że w myśl art. 94 ust. 18 ustawy Prawo farmaceutyczne, uchwały w przedmiocie dyżurów aptek podejmowane przez zarząd powiatu nie stanowią aktów prawa miejscowego, co oznacza, że nie podlegają publikacji w Dzienniku Urzędowym danego województwa.

Warunki formalne wyboru apteki do pełnienia dyżuru

Ustawodawca wskazuje, jakie warunki powinna spełnić apteka, która została zgłoszona przez przedsiębiorcę do pełnienia dyżurów. W pierwszej kolejności, o czym była mowa, podmiot prowadzący aptekę albo upoważniona przez niego osoba składają oświadczenia:

- o możliwość zapewnienia przez podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną niezbędnego asortymentu na potrzeby mieszkańców powiatu w zakresie zaopatrzenia w produkty lecznicze, w tym leki recepturowe, wyroby medyczne oraz pozostałe produkty aptek ogólnodostępnych oraz w zakresie świadczenia usług farmaceutycznych i sprawowania opieki farmaceutycznej oraz liczby personelu dostosowanej do zapewnienia wskazanych potrzeb,
- że nie zachodzi żadna z okoliczności wyłączająca możliwość wyznaczenia apteki do pełnienia dyżurów.

Zgodnie z art. 94 ust. 8 ustawy Prawo farmaceutyczne, do pełnienia dyżurów w porze nocnej lub dyżurów w dni wolne od pracy nie wyznacza się apteki ogólnodostępnej, jeżeli wobec podmiotu, który ją prowadzi:

1. toczy się postępowanie administracyjne w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki,
2. w okresie 3 lat poprzedzających rok, w którym ma być pełniony dyżur, wydano:

- a) ostateczną decyzję w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej,
- b) ostateczną decyzję w przedmiocie nakazania usunięcia w ustalonym terminie stwierdzonych uchybień w prowadzeniu działalności objętej zezwoleniem na prowadzenie apteki ogólnodostępnej,
- c) prawomocne orzeczenie zakazujące wykonywania działalności gospodarczej objętej zezwoleniem na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.

Wątpliwości może budzić w szczególności przesłanka wskazana w ust. 8 pkt 2 lit. b, ponieważ jej brzmienie wskazuje, że jakakolwiek decyzja ostateczna nakazująca usunięcie uchybień w prowadzeniu działalności aptecznej, np. decyzja wydana w wyniku postępowania kontrolnego czy decyzja w przedmiocie naruszenia zakazu reklamy aptek, wydana w okresie 3 lat poprzedzających rok, w którym ma być pełniony dyżur, uniemożliwi aptecze pełnienie dyżuru. Ustawodawca nie wskazuje ani nie różnicuje bowiem, o jakim uchybieniu mowa (nie ma wskazania np. na rażące naruszenie). W rezultacie każde uchybienie, do którego usunięcia apteka została zobowiązana decyzją administracyjną, a która stała się ostateczna, np. zobowiązanie do zakupu aktualnej Farmakopei Polskiej po kontroli, wykluczy aptekę z kręgu podmiotów uprawnionych do dyżurowania.

Zarząd powiatu dokonuje wyboru apteki ogólnodostępnej do pełnienia dyżurów, biorąc pod uwagę potrzeby mieszkańców, lokalne uwarunkowania geograficzne i demograficzne oraz położenie lokalu apteki ogólnodostępnej, a także możliwość zapew-

nienia przez podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną niezbędnego asortymentu oraz liczby personelu dostosowanej do zapewniania potrzeb mieszkańców powiatu.

Wyznaczenie apteki do pełnienia dyżuru

Zarząd powiatu, wyznaczając aptekę do pełnienia dyżurów, dokonuje wyboru spośród aptek zgłoszonych w sposób opisany powyżej. W przypadku braku zgłoszenia apteki lub w przypadku zgłoszenia apteki, która nie spełnia wskazanych kryteriów, zarząd wyznacza do pełnienia dyżurów inną aptekę, biorąc pod uwagę wymagane kryteria, o których była mowa.

Po analizie poziomu zaspokajania potrzeb mieszkańców, zwłaszcza weryfikacji funkcjonowania na terenie powiatu przynajmniej jednej apteki w trybie całodobowym, zarząd powiatu może również wyznaczyć dodatkowo:

- a. apteki do pełnienia dyżurów w mieście będącym siedzibą powiatu, liczącym więcej niż 40 tys. mieszkańców lub
- b. szerszy niż określony w definicji dyżuru zakres godzinowy do pełnienia przez wyznaczoną aptekę ogólnodostępną (praca w dni wolne od pracy: kolejne 4 godziny zegarowe w przedziale czasowym między godzinami 10.00 a 18.00, praca w porze nocnej: kolejne 2 godziny zegarowe w przedziale czasowym między godzinami 19.00 a 23.00).

Przed podjęciem uchwały, w której zarząd powiatu samodzielnie wskazuje aptekę do pełnienia dyżurów, podmiot prowadzący wskazaną aptekę (bądź osoba przez niego upoważniona) w terminie 7 dni od dnia wezwania przez zarząd powiatu jest zobowiązana do złożenia oświadczenia o niezachodzeniu okoliczności wyłączających aptekę z pełnienia dyżurów. Także w tym przypadku oświadczenie składa się pod rygorem odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń przewidzianej w art. 233 § kodeksu

karne, a składający oświadczenie jest obowiązany do zawarcia w nim klauzuli następującej treści: „Jestem świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia”. Klauzula ta zastępuje pouczenie organu o odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych oświadczeń.

W przypadku uzasadnionych wątpliwości w zakresie prawdziwości okoliczności wskazanych w oświadczeniach, zarząd powiatu może wystąpić do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego z wnioskiem o potwierdzenie tych okoliczności. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny udziela zarządowi powiatu odpowiedzi niezwłocznie, jednak nie później niż w terminie 14 dni od dnia otrzymania wniosku.

Kopię uchwały w przedmiocie pracy aptek na terenie powiatu zarząd powiatu niezwłocznie przekazuje właściwemu miejscowo wojewódzkiemu inspektorowi farmaceutycznemu, dyrektorowi oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia oraz aptecze wyznaczonej do pełnienia dyżurów.

Finansowanie dyżurów

Istotną zmianą wprowadzoną przez nowelizację ustawy refundacyjnej jest finansowanie dyżurów przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W myśl art. 94 ust. 13 ustawy Prawo farmaceutyczne, pełnienie przez aptekę dyżurów na podstawie uchwały zarządu powiatu podlega finansowaniu ze środków Narodowego Funduszu Zdrowia. Wyjątkiem jest pełnienie dyżurów w tzw. rozszerzonym zakresie godzinowym, tj. w czasie powyżej kolejnych 4 godzin zegarowych w przedziale czasowym między godzinami 10.00 a 18.00 (dla pracy w dni wolne) lub powyżej kolejnych 2 godzin zegarowych między godzinami 19.00 a 23.00 (dla pracy w porze nocnej). W tej sytuacji powiat jest zobowiązany do finansowania pełnienia dyżurów z własnych środków, w zakresie wykraczającym ponad wskazany zakres godzinowy. W uzasadnieniu do nowelizacji ustawy refundacyjnej wskazano, że dostępne dane jednoznacznie wskazują na zanik zakupu leków refundowanych po godz. 23.00,

Istotą nowych uregulowań jest odejście od przymusu pełnienia dyżurów na rzecz ich dobrowolności.

co potwierdza zasadność finansowania ze środków publicznych dyżurów wyłącznie do godz. 23.00. Jednocześnie zwrócono uwagę, że nie ma przeszkód, aby zarząd powiatu wyznaczył apteki do pełnienia dyżurów także po godz. 23.00, jednakże wówczas dyżury będą musiały być pełnione nieodpłatnie albo płatność będzie finansowana ze środków własnych powiatu.

Finansowanie dyżurów aptek przez NFZ ma postać wynagrodzenia ryczałtowego w kwocie stanowiącej równowartość 3,5% minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, w przeliczeniu na 1 godzinę faktycznie przeprowadzonego dyżuru.

W celu sfinansowania dyżurów niezbędne jest zawarcie przez podmiot prowadzący aptekę oddzielnej od umowy refundacyjnej umowy z NFZ na okres obowiązywania tej uchwały. Wzór umowy zostanie umieszczony w Biuletynie Informacji Publicznej Narodowego Funduszu Zdrowia.

Do rozliczenia umowy apteka będzie zobowiązana do przekazania do właściwego oddziału wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia (dalej: OW NFZ) zestawienia godzin dyżurów odbytych w danym okresie rozliczeniowym, opracowanego zgodnie z zawartą umową, wraz z zestawieniem refundacyjnym. Wynagrodzenie będzie wypłacane przez OW NFZ na numer rachunku bankowego przedsiębiorcy podanego w umowie nie później niż w terminie 15 dni od dnia otrzymania zestawienia godzin dyżurów.

Dane dotyczące pełnionych dyżurów przekazywane przez apteki do OW NFZ, na podstawie których następuje wypłata finansowania, podlegają kontroli ze strony Funduszu na zasadach określonych

w przepisach ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Jeżeli w wyniku kontroli zostanie stwierdzone, że apteka nie pełniła dyżuru albo pełniła go w wymiarze mniejszym, niż zostało wyznaczone, podmiot prowadzący aptekę ma obowiązek zwrotu dotychczas otrzymanego wynagrodzenia ryczałtowego z tytułu pełnienia dyżurów, od czasu wyznaczenia do ich pełnienia, wraz z odsetkami ustawowymi za opóźnienie, w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty.

W przypadku gdy z przyczyn losowych wyznaczona do pełnienia dyżurów apteka nie ma możliwości ich pełnienia, przedsiębiorca informuje o tym zarząd powiatu, który wyznacza inną aptekę do pełnienia dyżurów. W tej sytuacji umowa na pełnienie dyżurów zawarta przez NFZ z pierwotnie wyznaczoną apteką wygasa z dniem skutecznego poinformowania NFZ przez zarząd powiatu o podjęciu uchwały o wyznaczeniu nowej apteki do dyżurowania, przy czym finansowanie tej apteki dyżurów następuje za okres ich faktycznego pełnienia.

Zarząd powiatu wydaje uchwałę zmieniającą pierwotną uchwałę w sprawie dyżurów w zakresie wskazania w niej nowo wyznaczanej do pełnienia dyżurów apteki, przy czym okres obowiązywania zmienianej uchwały pozostaje bez zmian. Wyznaczenia nowej apteki ogólnodostępnej do pełnienia dyżurów dokonuje się na podstawie informacji uzyskanych we wcześniejszej procedurze wyznaczania aptek do dyżurowania, przy czym w pierwszej kolejności, jeżeli to możliwe, wyboru dokonuje się spośród aptek dobrowolnie zgłoszonych.

Podsumowanie

Nowelizacja ustawy refundacyjnej wprowadza nowy model ustalania rozkładu godzin pracy aptek na terenie powiatu. Na przedsiębiorców nałożono nowe obowiązki, m.in. informowania zarządu powiatu o planowanych godzinach pracy do dnia 30 września czy wysyłania do NFZ zestawień potwierdzających pracę aptek w określonych godzinach

w trakcie dyżurów. Nowym rozwiązaniem prawnym jest umowa z NFZ obejmująca finansowanie dyżurów w podstawowym – wskazanym w ustawie – zakresie godzinowym.

Jak wskazano w uzasadnieniu do nowelizacji ustawy refundacyjnej, istotą nowych uregulowań jest odejście od przymusu pełnienia dyżurów na rzecz ich dobrowolności. Z tego względu w przypadku odgórnego wyznaczenia aptek do dyżurowania w miejscowościach będących siedzibami powiatów nieprzekraczającymi 40 tys. mieszkańców, dyżury będą finansowane ze środków NFZ, natomiast w przypadku miejscowości liczących powyżej 40 tys. mieszkańców – o zasadności pełnienia dyżurów będzie decydował zarząd powiatu, uwzględniając zarówno potrzeby miejscowej ludności, jak i własne możliwości pokrycia kosztów dyżurowania.

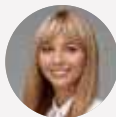
Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw została podpisana przez Prezydenta RP i opublikowana w Dzienniku Ustaw, poz. 1938 w dniu 20.09.2023 r.

Omówione zmiany w przepisach ustawy Prawo farmaceutyczne dotyczące dyżurów aptek wejdą w życie z dniem 1.11.2023 r.

Podstawa prawna:

1. Ustawa z dnia 17 sierpnia 2023 r. o zmianie ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych oraz niektórych innych ustaw.
2. Ustawa z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.
3. Ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
4. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne.
5. Ustawa z dnia 18 stycznia 1951 r. o dniach wolnych od pracy.

Nowelizacja ustawy refundacyjnej oraz ustaw pokrewnych – kalendarium dla aptekarzy



Opracowała
mec. Anna Szauder,
Kancelaria Fortak & Karasiński Radcowie Prawni Sp. P.

W trakcie ostatniego kwartału tego roku wchodzi w życie szereg ważnych zmian w prawie regulującym działalność aptek. Prezentujemy kalendarium tej nowelizacji [red.].

30.08.2023

✓ Rozszerzenie grupy osób uprawnionych do otrzymania leków bezpłatnie

- 30.08.2023 – dla seniorów
- 1.09.2023 – dla dzieci
- 1.11.2023 – dla kobiet w połogu

Do grupy osób uprawnionych do otrzymania leków bezpłatnie dołączają:

- ➔ osoby powyżej 65. roku życia (uprawnienie „S”)
- ➔ osoby poniżej 18. roku życia (uprawnienie „DZ”)
- ➔ kobiety w połogu (uprawnienie „C”)

W obwieszczeniu leków refundowanych jest zamieszczany wykaz leków przysługujących pacjentom bezpłatnie na podstawie odpowiednio wystawionych recept.

Zgodnie z Komunikatem NFZ z dnia 18.09.2023 r. w przypadku, gdy inna recepta wystawiona przed 1 września 2023 r. nie została jeszcze w całości zrealizowana, a pacjent zyskał od tego dnia prawo do bezpłatnych leków, lekarz może wystawiać receptę refundowaną z symbolem „S” lub „DZ”. Wystawienie takiej recepty gwarantuje realizację nabytego prawa pacjenta do leku z listy leków 65+ albo 18– bez konieczności dopłaty w aptece, w której recepta zostanie zrealizowana.

Zmieniane przepisy: art. 43a oraz art. 43b ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

1.10.2023

✓ Rozszerzenie uprawnień farmaceutów do wykonywania szczepień

Szczepienia przeciwko COVID-19 nie będą już uzależnione od stanu zagrożenia epidemicznego, który skończył się

1 lipca. MZ będzie ogłaszał, w drodze obwieszczenia, szczepienia ochronne przeprowadzane w aptece. Szczepienia ochronne i przeciwko COVID-19 oraz badania kwalifikacyjne, które będzie przeprowadzał farmaceuta w aptece, będą podlegały finansowaniu z Funduszu Medycznego oraz NFZ. Przy czym w obwieszczeniu określającym wykaz szczepień, które będą mogły być przeprowadzane w aptece, MZ będzie określało, czy będą finansowane w całości, czy w części.

Wprowadzono również nowe zasady badań kwalifikacyjnych oraz szczepień dla dorosłych i dzieci. Zalecane szczepienie ochronne oraz przeciw COVID-19 będzie przeprowadzane w przypadku osoby:

- ➔ dorosłej – przez lekarza, lekarza dentystę, felczera, pielęgniarkę, położną, higienistkę szkolną, ratownika medycznego, fizjoterapeutę, diagnostę laboratoryjnego albo farmaceutę,
- ➔ do ukończenia 18. roku życia – przez lekarza, felczera, pielęgniarkę, położną, higienistkę szkolną lub ratownika medycznego,
- ➔ ww. posiadający kwalifikacje określone w przepisach lub którzy ukończyli kurs teoretyczny i praktyczny do szczepień. Jego program został zatwierdzony przez Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

Wykonanie szczepienia ochronnego oraz przeciw COVID-19 będzie poprzedzone badaniem kwalifikacyjnym w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania tego szczepienia. Badanie to może zawsze przeprowadzić lekarz lub felczer, a w przypadku osoby dorosłej również: lekarz dentysta, pielęgniarka, położna, ratownik medyczny, fizjoterapeuta, diagnosta laboratoryjny lub farmaceuta, który uzyskał dokument potwierdzający ukończenie szkolenia teoretycznego, dostępnego na platformie e-learningowej Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego.

W praktyce oznacza to, że farmaceuta będzie mógł wykonać szczepienie tylko u osoby dorosłej i tylko po ukończonych szkoleniach uprawniających do wykonania badania kwalifikacyjnego i szczepienia.

Ponadto farmaceuta będzie mógł przeprowadzić ww. szczepienia, jeżeli samodzielnie dokonał kwalifikacji w stosunku do pacjenta podlegającego zaszczepieniu albo kwalifikacji do szczepienia dokonał lekarz, felczer, lekarz dentysta i wystawił on receptę na szczepionkę.

Zmieniane przepisy: art. 97 ust. 3 oraz ust. 3i–3l ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowych ze środków publicznych; art. 18 ust. 5c i 5d; art. 19 ust. 2a i 2b, ust. 5–8, ust. 10, art. 21a ust. 2 i 5 ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi.

1.11.2023

✓ Nowe zasady realizacji recept rocznych

- 21.09.2023 – wydanie leku na nie więcej niż 120 dni stosowania
- 1.11.2023 – możliwość wydania kolejnej ilości po upływie $\frac{3}{4}$ okresu poprzedniej realizacji recepty
- 1.03.2024 – obliczanie ilości leku przez system P1

Zgodnie z Komunikatem MZ z dnia 22.09.2023 r. w przypadku realizacji recepty elektronicznej, od dnia 21 września 2023 r., pacjent może otrzymać maksymalnie ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego niezbędną do 120-dniowego okresu stosowania, niezależnie od tego, kiedy recepta została wystawiona i na jaki okres. Dotyczy to zarówno recept realizowanych po raz pierwszy, jak i recept, których realizację rozpoczęto przed 21 września 2023 r., przy czym nie ma znaczenia czy pacjent tę receptę będzie realizował jednorazowo czy częściami.

W praktyce oznacza to, że jeśli pacjent rozpocznie realizację recepty rocznej i wykupi lek do 120-dniowej terapii, kolejną ilość leku na 120 dni terapii będzie mógł wykupić dopiero po 90 dniach od poprzedniej realizacji recepty. Wydanie maksymalnej ilości na 120 dni kuracji może być realizowane w ramach częściowej realizacji recepty.

Obliczenie ilości leku do wydania pacjentowi ma przejąć system P1. Nie dotyczy to ilości leku recepturowego oraz ilości leku przeznaczanego do stosowania na okres nie dłuższy niż 120 dni.

Zmieniane przepisy: art. 96a ust. 7a pkt 2 oraz art. 96a ust. 7aa i ust. 7ab Prawa farmaceutycznego.

✓ Wprowadzenie obowiązku wystawiania recept Rpw i na leki psychotropowe wyłącznie w postaci elektronicznej

Wprowadzono zmianę, która zastrzega wystawianie recept wyłącznie w postaci elektronicznej dla leków wydawanych z przepisu lekarza, zawierających środki odurzające lub substancje psychotropowe, określone w odrębnych przepisach – Rpw oraz innej kategorii dostępności, zawierające w swoim składzie substancję psychotropową lub środek odurzający, należące do grupy II-N, III-P albo IV-P określonej w ustawie o przeciwdziałaniu narkomanii.

Recepty wystawione do 31 października 2023 r. włącznie zachowują swoją ważność.

Z tego obowiązku wyłączono lekarzy weterynarii, którzy nadal będą mogli wystawiać recepty na te leki w postaci papierowej.

Zmieniane przepisy: art. 95b ust. 1a Prawa farmaceutycznego.

✓ Wprowadzenie nowego rozumienia adnotacji „nie zmieniać” na recepte

Wprowadzono zmianę, która uniemożliwia zastrzeganie na recepte konieczności wydania pacjentowi wyłącznie określonego produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego – na rzecz wprowadzenia możliwości zamieszczania na recepte „informacji o zasadności” wydania pacjentowi określonego produktu i pod warunkiem uzasadnionych wskazań medycznych lub udokumentowanych działań niepożądanych występujących przy zastosowaniu tego produktu leczniczego.

W praktyce oznacza, to że zapis „nie zamieniać” (NZ) nie będzie już miał charakteru zastrzeżenia i nie będzie tym samym bezwzględnie wiążący dla aptekarza.

Ze zmianą wiąże się obowiązek nałożony na osobę wystawiającą receptę do zamieszczania w dokumentacji medycznej pacjenta szczegółowego uzasadnienia przepisania temu pacjentowi określonego leku.

Wydanie zamiennika będzie możliwe na żądanie lub za zgodą pacjenta, jeżeli całkowita ilość substancji czynnej albo substancji czynnych, zawartych w wydawanym leku, odpowiada całkowitej ilości substancji czynnej albo substancji czynnych zawartych w przepisanej na receptę leku, a produkty te posiadają również te same wskazania i tę samą drogę podania.

Zmieniane przepisy: art. 96 a ust. 1d, ust. 1da oraz ust. 1 db Prawa farmaceutycznego.

✓ Zmiany preferencyjne dla przedsiębiorców, którzy zdecydują się na produkcję leków w Polsce oraz obniżenie odpłatności pacjenta za lek produkowany w Polsce

Wprowadzono możliwość wykorzystania dodatkowych preferencji dla przedsiębiorców, którzy zdecydują się na produkcję w Polsce leków oferowanych na polskim rynku. Przy przyznaniu preferencji administracyjnych i ekonomicznych w toku składania wniosków o objęcie refundacją będą brane pod uwagę dwa kryteria: czy lek jest wytwarzany w Polsce oraz czy lek jest wytwarzany z substancji czynnej wytworzonej w Polsce.

Wprowadzono również obniżenie odpłatności pacjenta za lek znajdujący się na liście refundacyjnej. Odpowiednio obniżka będzie wynosiła:

- ➔ 10 % dla leku wytwarzanego w Polsce bądź wytwarzanego z substancji czynnej wytworzonej w Polsce;
- ➔ 15 % dla leku wytwarzanego w Polsce, z substancji czynnej również wytworzonej w Polsce.

Koszt obniżki ma być finansowany przez Fundusz.

Zmienne przepisy: art. 6 ust. 2a oraz art. 13 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

✓ Wprowadzenie maksymalnej wartości marży na leki recepturowe

Uregulowano marżę na leki recepturowe (w wysokości 25%, liczonej od kosztu jego sporządzenia, wynoszącej nie więcej niż koszt wykonania leku recepturowego przygotowywanego w warunkach aseptycznych). W praktyce oznacza to, że całkowita wartość marży nie będzie mogła być wyższa niż 24,66 zł.

Zmienne przepisy: art. 7 ust. 8 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

✓ Zmiana marży hurtowej oraz urzędowej tabeli marż detalicznych na leki refundowane

- 1.11.2023 – wersja przejściowa do 31.12.2024
- 1.01.2025 – wersja ostateczna

Podwyższono urzędową marżę hurtową, którą z poziomu wysokości 5% ustalono na poziomie 6% ceny zbytu netto leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego, nie niższej niż 0,50 zł i nie wyższej niż 150 zł w przypadku leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego dostępnego w aptece na receptę. Natomiast górne ograniczenie marży w przypadku leków stosowanych w chemioterapii i w programie lekowym wyniesie 2 000 zł. Podwyższenie zostało zaplanowane na dwa etapy:

1. Marże obowiązujące do 31 grudnia 2024 r.

od	do	zasada marży
–	10,00 zł	0,35 zł + 35%*x
10,01 zł	20,00 zł	3,85 zł + 25%*(x – 10,00 zł)
20,01 zł	40,00 zł	6,35 zł + 15%*(x – 20,00 zł)
40,01 zł	80,00 zł	9,35 zł + 10%*(x – 40,00 zł)
80,01 zł	160,00 zł	13,35 zł + 5%*(x – 80,00 zł)
160,01 zł	640,00 zł	17,35 zł + 2,75%*(x – 160,00 zł)
640,01 zł		30,55 zł + 2%*(x – 640,00 zł)

x – cena hurtowa brutto leku stanowiącego podstawę limitu, uwzględniająca dawkę dobową

2. Marże obowiązujące od 1 stycznia 2025 r.

od	do	zasada marży
–	10,00 zł	0,35 zł + 35%*x
10,01 zł	20,00 zł	3,85 zł + 25%*(x – 10,00 zł)
20,01 zł	40,00 zł	6,35 zł + 15%*(x – 20,00 zł)
40,01 zł	80,00 zł	9,35 zł + 10%*(x – 40,00 zł)
80,01 zł	160,00 zł	13,35 zł + 5%*(x – 80,00 zł)
160,01 zł	640,00 zł	17,35 zł + 2,75%*(x – 160,00 zł)
640,01 zł		30,55 zł + 2%*(x – 640,00 zł)

x – cena hurtowa brutto leku stanowiącego podstawę limitu, uwzględniająca dawkę dobową

Zmienne przepisy: art. 7 oraz art. 15 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

✓ Zmiany w zakresie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki

Wprowadzono możliwość odstąpienia od cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, w przypadku gdy stwierdzone naruszenie dot. istnienia tzw. odwróconego łańcucha jest znikome.

Wprowadzono również możliwość cofnięcia zezwolenia w przypadku zbycia produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych niezgodnie z zasadami reglamentacji.

Zmienne przepisy: art. 103 Prawa farmaceutycznego.

1.01.2024

✓ Zmniejszenie częstotliwości publikowanych obwieszczeń refundacyjnych oraz wprowadzenie możliwości zwrotu leku usuniętego z listy refundacyjnej

Obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych będą publikowane raz na 3 miesiące, czyli rzadziej, niż było to dotychczas (raz na 2 miesiące), najpóźniej 14 dni przed zmianą.

Wprowadzono również możliwość zwrotu leku, którego usunięto z listy refundacyjnej (w sytuacji, gdy skrócono decyzję o objęciu refundacją, lub dla którego decyzja ta wygasła). Apteka będzie mogła zwrócić taki lek w terminie 30 dni od dnia wejścia w życie obwieszczenia refundacyjnego. Dla hurtowni przewidziano termin 45 dni na zwrot leku do podmiotu odpowiedzialnego.

Zmienne przepisy: art. 34a oraz art. 37 ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

✓ Dostarczanie leków zagrożonych brakiem dostępności do co najmniej 10 hurtowni w równej części

Wprowadzono rozwiązanie, że w przypadku zagrożenia brakiem dostępności na terytorium Polski leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych objętych refundacją w kategorii dostępności refundacyjnej na receptę, producent obowiązany będzie do dostarczenia produktów zagrożonych dostępnością w równej części do co najmniej 10 przedsiębiorców prowadzących hurtownie farmaceutyczne, w ilości koniecznej do zabezpieczenia pacjentów. Wykaz takich hurtowni będzie ustalany raz w roku do 30 kwietnia.

To rozwiązanie będzie dotyczyć tylko refundowanych produktów zagrożonych dostępnością, ogłoszonych przez MZ w Dzienniku Urzędowym.

W praktyce oznacza to, że otrzymanie leków deficytowych objętych tym mechanizmem będzie możliwe tylko z określonych hurtowni.

Zmieniane przepisy: art. 34 ust. 3a–3d ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

✓ Zmiany w lekach recepturowych

- 1.01.2024 – obowiązywanie limitów (ogłoszenie wykazu przez MZ ma nastąpić jeszcze w roku 2023); kolejna zmiana będzie obowiązywać od 1.07.2024

Wprowadzono limit finansowania jednostkę surowca farmaceutycznego do sporządzania leków recepturowych (15 percentyla rozkładu cen danego surowca farmaceutycznego w roku poprzedzającym). Wykazy limitów będą ustalone przez Prezesa NFZ raz do roku i nie będą mogły przekroczyć 30 percentyla rozkładu cen z roku poprzedniego. Wykazy limitów będą obowiązywać od 1 lipca danego roku. W sytuacji, gdy apteka kupi surowiec, który będzie droższy niż wskazany limit finansowania, wówczas to pacjent pokryje różnicę pomiędzy ceną nabycia surowca a limitem finansowania. W sytuacji gdy lek jest wieloskładnikowy, pacjent będzie musiał zapłacić różnicę za przekroczenie limitu każdego surowca wchodzącego w skład leku.

Zmieniane przepisy: art. 6 ust. 8a–8e ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

✓ Uregulowanie zasad prowadzenia przez apteki ogólnodostępne dyżurów w porze nocnej oraz w dni wolne od pracy

Doprecyzowano pojęcie dyżuru w aptece. Jest to praca apteki w dzień wolny od pracy, tj. w niedziele i święta przez

4 godziny zegarowe w godzinach między 10.00 a 18.00 oraz w porze nocnej przez 2 godziny zegarowe w godzinach między 19.00 a 23.00.

Podmiot prowadzący aptekę będzie miał obowiązek przekazania zarządowi powiatu (albo prezydentowi miasta w przypadku miasta na prawach powiatu), na terenie którego znajduje się apteka, rozkładu godzin pracy tej apteki na dany rok najpóźniej do dnia 30 września roku poprzedzającego rok, w którym ma być podjęta uchwała zarządu powiatu. Będzie również obowiązek informowania zarządu powiatu o zmianach tego rozkładu z co najmniej 30-dniowym wyprzedzeniem. Przywołane obowiązki dotyczą rozkładu pracy nie tylko w porze nocnej oraz w dni wolne od pracy, lecz także w dni powszednie.

W 2024 r. podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną będzie musiał przekazać zarządowi powiatu albo prezydentowi miasta na prawach powiatu, w którym znajduje się ta apteka, rozkład godzin pracy tej apteki na dany rok w terminie do dnia 31 stycznia 2024 r.

Obowiązek wyznaczenia dyżurów będzie dotyczył tylko tych powiatów, których siedziba nie przekracza 40 tys. mieszkańców. W pozostałych przypadkach taki obowiązek będzie dotyczył tylko tych powiatów, w których zarząd powiatu uzna pełnienie takich dyżurów za konieczne dla zaspokojenia potrzeb ludności.

Pełnienie przez aptekę dyżurów na podstawie uchwały zarządu powiatu będzie podlegać finansowaniu NFZ. Wyjątkiem będzie pełnienie dyżurów w tzw. rozszerzonym zakresie godzinowym, tj. w czasie powyżej kolejnych 4 godzin zegarowych w przedziale czasowym między godzinami 10.00 a 18.00 (dla pracy w dni wolne) lub powyżej kolejnych 2 godzin zegarowych w przedziale czasowym między godzinami 19.00 a 23.00 (dla pracy w porze nocnej). Wówczas to powiat będzie musiał sfinansować pełnienie dyżurów w zakresie wykraczającym ponad wskazany zakres godzinowy.

Wynagrodzenie ryczałtowe ma stanowić równowartość 3,5% minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę, w przeliczeniu na 1 godzinę faktycznie przeprowadzonego dyżuru.

Zmieniane przepisy: art. 94 Prawa farmaceutycznego.



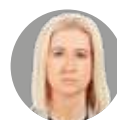
O wykorzystaniu metenaminy w recepturze aptecznej



Katarzyna Olechno
dr n. farm.



Anna Czajkowska-Kośnik
dr n. farm.



Katarzyna Winnicka
prof. dr hab. n. farm.

Zakład Farmacji Stosowanej, Uniwersytet
Medyczny w Białymstoku

Metenamina wykazuje działanie przeciwbakteryjne. Obecnie surowiec ten wykorzystywany jest przede wszystkim w preparatach do użytku zewnętrznego w terapii nadmiernej potliwości dłoni i stóp. Stosowany wewnętrznie w leczeniu nawracających zakażeń dróg moczowych stanowi alternatywę dla antybiotyków. W niniejszym artykule opisano możliwości wykorzystania surowca w lekach recepturowych.

Właściwości, mechanizm działania

Metenamina (syn. łac. *methenaminum*, *urotropinum*) została otrzymana w 1859 r. przez Aleksandra Butlerowa (rosyjskiego chemika) w wyniku syntezy amoniaku i aldehydu mrówkowego [1]. Substancja przyjmuje postać białego lub prawie białego, krystalicznego proszku bądź bezbarwnych kryształów [2] o słodkawo-gorzkiemu smaku. Jest bezzapachowa – pojawienie się specyficznej woni wskazuje na zawilgocenie surowca [3, 4]. Urotropina jest łatwo rozpuszczalna w wodzie oraz rozpuszczalna w etanolu [2]. Ze względu na higroskopijność substancji, należy ją przechowywać w szczelnych pojemnikach i suchym miejscu w celu zabezpieczenia przed wilgocią [4, 5]. Surowiec charakteryzuje się szerokim spektrum działania bakteriobójczego zarówno wobec bakterii Gram+ (m.in. *E. faecalis*, *S. agalactiae*, *S. saprophyticus*), jak i gram Gram– (w tym *E. coli*, *P. aeruginosa* oraz niektórych patogennych gatunków *Klebsiella* i *Proteus*). Metenamina jest stabilna w fizjologicznym pH, natomiast po zmianie pH na kwasowe (w kontakcie z moczem, potem) metabolizowana jest do aktywnego metabolitu – formaldehydu, który jest odpowiedzialny za działanie odkażające. Formaldehyd jest niespecyficznym środkiem biobójczym, który wykazuje powinowactwo do białek i kwasów nukleinowych błony i ściany komórek bakteryjnych, powodując ich denaturację i blokując replikację. Ponadto formaldehyd osłabia aktywność gruczołów potowych, zmniejszając wydzielanie potu i hamując jego rozkład przez drobnoustroje [6–9].

Wskazania, zastosowanie

Zgodnie z zaleceniami farmakopealnymi (FP XII) doustne dawki maksymalne – jednorazowa oraz dobowa urotropiny wynoszą odpowiednio: 1,0 g i 4,0 g, a dawki zwykle stosowane – jednorazowa 0,3–1,0 g; dobowe 1,5–3,0 g [2]. Miejscowo surowiec stosuje się w zakresie stężeń od 2,0% do 20,0% [2]. Działanie przeciwbakteryjne metenami-

ny wykorzystywane jest w profilaktyce i leczeniu nawracających zakażeń dróg moczowych oraz terapii bezobjawowej bakteriurii. Ze względu na rosnącą oporność mikroorganizmów, urotropina stanowi alternatywny do antybiotyków środek przeciwdrobnoustrojowy. Należy podkreślić, że nieznana jest oporność na metenaminę, bakterie nie są zdolne do jej rozwinięcia [6, 10–14]. Agencja Żywności i Leków (ang. *Food and Drug Administration*, *FDA*) wskazuje na możliwość stosowania substancji w profilaktyce nawracających zakażeń układu moczowego u pacjentów od szóstego roku życia. Badania przeprowadzone w grupie pacjentów pediatrycznych wykazały skuteczność urotropiny w tej populacji [11, 15]. Jednak należy mieć na uwadze, że podczas przyjmowania urotropiny doustnie, hydroliza surowca w kwaśnym pH żołądka powoduje utratę ok. 30% dawki leku [6].

W recepturze aptecznej urotropina stosowana jest przede wszystkim zewnętrznie jako środek przeciwpotny, który hamuje aktywność wydzielniczą gruczołów potowych [4, 5, 16]. Wyróżnia się dwa rodzaje gruczołów potowych: ekrynowe i apokrynowe. Gruczoły ekrynowe należą do przydatków skóry niezwiązanych z mieszkami włosowymi i są umiejscowione w skórze na całej jej powierzchni. Szczególnie licznie występują w obrębie dłoni, podeszw, dołów pachowych i czoła. Pot przez nie wydzielany jest istotnym elementem mechanizmów termoregulacyjnych organizmu. Gruczoły apokrynowe nie biorą udziału w termoregulacji, z tego względu ich rola w patogenezie nadpotliwości nie jest istotna.

Nadmierna potliwość (hyperhidroza, łac. *hyperhidrosis*) jest często spotykanym problemem dermatologicznym, dotyczącym zarówno dzieci, jak i osób dorosłych. Nadpotliwość to przewlekłe zaburzenie objawiające się nadmierną produkcją potu, przekraczającą wydzielanie fizjologiczne, niezbędne do utrzymania termicznej homeostazy organizmu. Wyróżnia się podział hyperhidrozy ze względu na przyczynę: pierwotna (idiopatyczna), wtórna (objawowa) oraz ze względu na powierzchnię, której dotyczy:

ogniskowa i uogólniona. Etiopatogeneza hyperhidrozy idiopatycznej wynika z zaburzenia funkcji ekrynowych gruczołów potowych, a nadpotliwość wtórna występuje w związku z istniejącą chorobą ogólnoustrojową, m.in. tyreotoksykozą, cukrzycą, gruźlicą, zapaleniem mózgu czy schorzeniami autoimmunologicznymi. Może być także wywołana lekami: przeciwbólowymi (t.j. morfina, naproksen, tramadol), antybiotykami i lekami przeciwwirusowymi (m.in. ciprofloksacyna, acyklowir), lekami kardiologicznymi (propanolol, metoprolol, werapamil) czy przeciwdepresyjnymi (trójpierścieniowe, inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny). Nadpotliwość dłoniowo-podeszwowa jest ogniskową formą schorzenia występującą najczęściej [5, 16–19].

Zewnętrznie preparaty urotropiny podaje się z częstotliwością od jednego razu w tygodniu do dwóch razy dziennie. Nanosi się je na umytą i wysuszoną skórę dłoni lub stóp, najlepiej na noc. Następnie rano zaleca się dokładne umycie skóry. Warto wspomnieć, że preparaty zawierające w swoim składzie metenaminę są powszechnie stosowane wśród wspinaczy skałkowych w celu wyeliminowania potliwości dłoni – metenamina sprawia, że skóra staje się szorstka i sucha [3, 5–7].

Działania niepożądane

Najczęściej występującymi działaniami niepożądanymi podczas stosowania urotropiny wewnętrznie są podrażnienie żołądka, nudności, wymioty i wzdęcia. Nie powinna być ona stosowana u pacjentów z niewydolnością wątroby i nerek, zakażeniem mięszo nerek, odwodnionych, z kwasica metaboliczną, dną moczanową czy kamicą nerkową. Substancja zwiększa możliwość wystąpienia krystalurii (powstawanie kryształów w moczu) podczas jednoczesnego stosowania z kotrimoksazolem (połączenie sulfametoksazolu z trimetoprimem zawarte np. w preparacie *Biseptol*) oraz sulfasalazyną. Na zmniejszenie skuteczności działania surowca wpływają cytrynian magnezu oraz potasu. W czasie terapii należy unikać diety alkalinizującej mocz. Metenamina fałszuje wyniki ozna-

Tabela 1. Przykładowe składy leków recepturowych zawierających w swoim składzie metenaminę [4, 5, 20]

Recepta	Działanie, uwagi
Roztwory, zawiesiny	
Rp. Mentholi 1,0 Ac. salicylici 1,5 Urotropini 10,0 70% Ethanolu ad 100,0 M.f. sol.	Mentol wykazuje działanie antyseptyczne, na skórę stosowany jest w stężeniu do 10%. Kwas salicylowy stosowany zewnętrznie w zakresie stężeń 1–3% wykazuje działanie odkażające.
Rp. Ac. borici 1,0 Ac. tannici 5,0 Glyceroli 10,0 Urotropini 20,0 Ol. Lavendulae gtt. No 5 60% Ethanolu ad 100,0 M.f. sol.	Kwas borny wykazuje słabe działanie przeciwbakteryjne i przeciwgrzybicze, przywraca pH. W postaci roztworów stosowany jest w stężeniu 1–3%, w postaci maści, zasypek 1–10%. Tanina (syn. <i>tanninum</i>, <i>acidum tannicum</i>) działa silnie ściągająco, przeciwpotnie i przeciwpalnie. Denaturuje białka bakteryjne, dzięki czemu działa również odkażająco.
Rp. Mentholi 5,0 Urotropini 5,0 Formaldehydi sol. 35% 10,0 Glyceroli 10,0 70% Ethanolu ad 100,0 M.f. sol	Formaldehyd wykazuje silne działanie odkażające, przeciwpotne i ściągające. Roztwór formaldehydu 35% jest surowcem recepturowym – miesza się z wodą i z etanolem 96%.
Rp. Methenamini 5,0 Talcu Zinci oxydi 2% Spir. salicylici aa 20,0 Aqua ad 150,0 M.f. susp.	Talk to sproszkowany, oczyszczony, naturalny, uwodniony krzemian magnezu, wykazuje działanie osuszające i osłaniające. Tlenek cynku działa osuszająco, ściągająco i odkażająco.
Proszki niedzielone do użytku zewnętrznego: pudry lecznicze, zasyпки	
Rp. Tannini 0,8 Resorcini 2,0 Ac. borici 4,0 Urotropini 5,0 Zinci oxydi Talcu aa ad 80,0 M.f. pulv.	W receptce występuje niezgodność urotropiny z rezorcyną i taniną, która prowadzi do powstania mieszaniny eutektycznej i upłynnienia składników. Z tego względu każdą substancję należy rozcierać oddzielnie, a w końcowym etapie sporządzania preparatu delikatnie zmieszać.
Rp. Talcu 1,5 Magnesi oxydi 1,5 Urotropini 9,0 Ac. borici 9,0 M.f. pulv.	Rp. Talcum veneti 10,0 Urotropinum 70,0 M.f. pulv.
Kremy	
Rp. Urotropini 10,0 Lekobazae PhC 30,0 Aqua ad 100,0 M.f. cremor	Przykład kremu do stosowania na skórę stóp. Lekobaza PhC zaliczana jest do podłoży amfifilowych (dobrze absorbują zarówno wodę, jak i roztwory olejowe). Charakteryzuje się wysoką liczbą wodną (LW) > 300 i posiada praktycznie nieograniczone możliwości emulgowania roztworów wodnych, aż do uzyskania konsystencji mleczka. Jest podłożem łatwo zmywalnym, o dobrej rozsmarowywalności i fizjologicznym dla skóry pH (ok. 5,5). W Stanach Zjednoczonych wykonuje się żele recepturowe zawierające w swoim składzie urotropinę w stężeniu 5%, które zalecane są w terapii zakażeń dróg moczowych, bakteryjnego zapalenia pochwy, zapalenia mieszków włosowych. Stosowane są również pomocniczo w leczeniu chorób skóry (egzema, łuszczyca, trądzik, pieluszkowe zapalenie skóry) w celu złagodzenia swędzenia oraz zmniejszenia ryzyka nadkażenia bakteryjnego [21, 22].

czeń amin katecholowych, hydroksykortykosteroidów i estriolu w moczu, co jest istotne w badaniach antydopingowych u sportowców. Urotropina stosowana zewnętrznie może powodować reakcje nadwrażliwości (pokrzywka, obrzęk naczyń ruchomych, wysypka czy świąd). Nie należy jej stosować na błony śluzowe i uszkodzoną skórę (rany, owrzodzenia, otarcia) [6–9].

Trudności recepturowe

Metenamina tworzy niezgodności recepturowe (mieszanie eutektyczne) z kwasem salicylowym, tymolem, mentolem, taniną, rezorcyną, węglanem sodu, salicylanem fenylu i sodu oraz suchymi wyciągami roślinnymi. Mieszanie eutektyczne stanowią przykład niezgodności fizycznych polegających na zmianie konsystencji, stanu skupienia bądź zaniku własności leczniczych. Zjawisko obserwowane jest również podczas sporządzania globulek na bazie podłoży żelatynowo-glicerolowych. W związku z nieprawidłowym połączeniem surowców dochodzi do wzajemnego obniżenia temperatury topnienia składników i upłynnienia preparatu. Z tego względu sporządzając zasyпки, należy rozetrzeć każdy ze składników oddzielnie i w końcowym etapie przygotowywania preparatu delikatnie je zmieszać. Metenamina posiada również właściwości higroskopijne – może spowodować zmianę konsystencji proszku, ponieważ na skutek pochłaniania wody z powietrza prowadzi do jego zwilgotnienia [4, 5, 20].

Leki recepturowe z metenaminą

W praktyce recepturowej urotropina stosowana jest przede wszystkim zewnętrznie w postaci roztworów wodnych i wodno-etanolowych do przecierania lub pędzlowania dłoni i stóp, maści, zawiesin czy pudrów (zasypek). W terapii nadmiernej potliwości przydatnymi surowcami recepturowymi są również tanina, formaldehyd, talk, mentol, tlenek cynku oraz kwasy:

borowy i salicylowy [4, 5, 20]. W Tabeli 1 przedstawiono przykładowe składniki leków recepturowych zawierających metenaminę.

Źródła:

1. Brzeziński, T. *Historia medycyny*. PZWL Wydawnictwo Lekarskie, Warszawa 2004.
2. Farmakopea Polska XII. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Warszawa 2020.
3. Sweetman, S.C. Martindale: *The complete drug reference*. 36th ed. Pharmaceutical Press, Londyn 2009.
4. Jachowicz R. (red.). *Receptura apteczna. Podręcznik dla studentów farmacji*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2021.
5. Strona internetowa: akademiafarmacji.pl, stan z dnia 16.09.2023.
6. Chwalibogowska-Podlowska, A.; Podlowski, J. *Leki współczesnej terapii*. Wyd. XXII. Medical Tribune Polska, Warszawa 2019.
7. Mutschler, E.; Geisslinger, G.; Kroemer, H. *Farmakologia i toksykologia*. Podręcznik. Urban & Partner, Wrocław 2012.
8. Zejc, A.; Gorczyca M. *Chemia leków*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2004.
9. Kostowski, W.; Herman, Z.S. *Farmakologia – podstawy farmakoterapii: podręcznik dla studentów medycyny i lekarzy*. Wyd. 3 poprawione i uzupełnione. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2006.
10. Lo, T.S.; Hammer, K.D.; Zagarra, M.; et al. *Methenamine: a forgotten drug for preventing recurrent urinary tract infection in a multidrug resistance era*. Expert Rev. Anti. Infect. Ther. 2014, 12, 549–554.
11. Chwa, A.; Kavanagh, K.; Linnebur, S.A. et al. *Evaluation of methenamine for urinary tract infection prevention in older adults: a review of evidence*. Ther. Adv. Drug. Saf. 2019, 10: 2042098619876749.
12. Harding, C.; Mossop, H.; Homer, T. et al. *Alternative to prophylactic antibiotics for the treatment of recurrent urinary tract infections in women: multicentre, open label, randomised, non-inferiority trial*. BMJ, 2022, 376: e068229.
13. Sihra, N.; Goodman, A.; Zakri, R. *Nonantibiotic prevention and management of recurrent urinary tract infection*. Nat. Rev. Urol. 2018, 15, 750–776.
14. Hoffmann, T.C.; Bakhit, M.; Del Mar, C. *Methenamine hippurate for recurrent urinary tract infections*. BMJ, 2022, 376: o533.
15. FDA metenamina, dostępne online: https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2017/017681s0181bl.pdf, stan z dnia 16.09.2023.
16. Cullen, S.I. *Topical methenamine therapy for hyperhidrosis*. Arch. Dermatol. 1975, 111, 1158–1160.
17. Gordon J.R.; Hill, S.E. *Update on pediatric hyperhidrosis*. Dermatol. Ther. 2013, 26, 452–461.
18. Lis-Święty, A. *Nadmierna potliwość pierwotna – aktualne możliwości terapeutyczne*. Dermatologia po dyplomie, 2015, 6.
19. Traczyk, W.Z.; Trzebski A. *Fizjologia człowieka z elementami fizjologii stosowanej i klinicznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
20. Gajewska M., Sznitowska M. (red.). *Podstawy receptury aptecznej. Materiały do ćwiczeń dla studentów farmacji*. Fundacja Pro Pharmacia Futura, Warszawa 2020.
21. 5% żel z metenaminą, dostępne online: <https://compoundingtoday.com/Formulation/FormulationInfo.cfm?ID=3744>, stan z dnia 16.09.2023.
22. 5% żel z metenaminą, dostępne online: <https://www.bayviewrx.com/formulas/Methenamine-5-Topical-Gel-Urinary-Tract-Infections-Bacterial-Vaginitis-Fungal-Infections-Yeast-Infections-Intertrigo>, stan z dnia 16.09.2023.

O pieka farmaceutyczna w praktyce

Bezpieczeństwo stosowania leków na przeziębienie



Konrad Tuszyński wraz z zespołem
mgr farm.
dyktor ds. naukowych 3PG,
redaktor naukowy Wydawnictwa
Farmaceutycznego

Wszystkie dostępne w Polsce preparaty bez recepty na objawy przeziębienia i grypy mają bardzo dobry profil bezpieczeństwa i ich krótkotrwałe stosowanie w dawkach terapeutycznych nie niesie ze sobą istotnego ryzyka wystąpienia działań ubocznych u osób, które nie leczą się na choroby przewlekłe. Warto jednak zwrócić uwagę na kilka kontrowersyjnych kwestii związanych z bezpieczeństwem stosowania leków na przeziębienie, które mogą wymagać dodatkowego wyjaśnienia.

NLPZ a ryzyko sercowo-naczyniowe

Stosowanie leków z grupy NLPZ związane jest ze zwiększonym względ- nym ryzykiem udaru i zawału zarówno w grupie pacjentów zdrowych, jak i tych z czynnikami ryzyka sercowo- -naczyniowego. Jednak ze względu na to, że w przypadku pacjentów zdrowych ryzyko wyjściowe zawału lub udaru jest niskie, ryzyko bezwzględne rośnie tylko nieznacznie. Okazjonalne stosowanie niskich dawek NLPZ, jak ma to miejsce w czasie przeziębienia, u osób zdrowych wydaje się bezpieczne. Inaczej sytuacja wygląda w przypadku osób z chorobami układu sercowo-naczyniowego. U takich pacjentów nawet krótkotrwałe stoso- wanie NLPZ zwiększa ryzyko udaru lub zawału, a u osób z niewydolnością serca może prowadzić do zaostrzenia cho- roby. Pamiętaj, że w grupie pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi, preferowanym lekiem przeciwbólowym, szczególnie w przypadku długotrwałego stosowania, jest paracetamol z ewentu- alnym dodatkiem słabego opioidu.

Według przeglądu systematycz- nego z 2020 roku nie ma leku z grupy NLPZ, który mógłby być określany jako bezpieczny dla pacjentów z chorobami układu krążenia, nawet w przypadku krótkotrwałego (<7 dni) stosowania. Do podobnych wniosków doszli autorzy metaanalizy z 2017 roku. Według nich wszystkie NLPZ (poza kwasem acetylosalicylowym) w pewnym stopniu zwiększają ryzyko incydentów sercowo- -naczyniowych.

Zwróć uwagę na starszych pacjentów stosujących przewlekłe duże dawki dostępnych OTC leków przeciwbó- lowych takich jak: ibuprofen, naproksen, diklofenak – warto poinformować ich o istniejącym ryzyku sercowo-naczy- niowym związanym z przyjmowaniem dużych dawek NLPZ.

Zwróć uwagę na starszych pacjentów stosujących przewlekłe duże dawki dostępnych OTC leków przeciwbólowych takich jak: ibuprofen, naproksen, diklofenak – warto poinformować ich o istniejącym ryzyku sercowo-naczyniowym związanym z przyjmowaniem dużych dawek NLPZ.

➔ Leki przeciwbólowe w połączeniu z lekami przeciwzakrzepowymi

Przewlekłe stosowanie NLPZ z leka- mi przeciwzakrzepowymi, należącymi do grup takich jak: bezpośrednie inhi- bitory trombiny, inhibitory czynnika Xa oraz antagonisty wit. K zwiększa ryzyko wystąpienia uszkodzeń błony śluzowej żołądka i dwunastnicy oraz krwawień z przewodu pokarmowego. Ryzyko to nie wynika bezpośrednio z wydłużenia INR (wpływ naproksenu, diklofenaku czy ibuprofenu na INR jest bardzo mało prawdopodobny u więk- szości pacjentów), lecz z gastrotok- sycznego działania tych leków. Krwa- wienie wywołane lekiem z grupy NLPZ u osoby stosującej antykoagulanty może prowadzić do znacznej utraty krwi, a nawet śmierci pacjenta.

Warto zaznaczyć, że łączenie NLPZ z lekami przeciwzakrzepowymi nie jest bezwzględnie przeciwwskazane. Pacjenta, który stosuje takie połącze- nie, należy poinformować o możliwym ryzyku i zalecić mu monitorowanie objawów krwawienia do górnego odcin- ka przewodu pokarmowego takich jak smoliste stolce (zawierające strawioną krew) lub fusowate wymioty (hematyna wytworzona przy połączeniu krwi z so- kiem żołądkowym przypominają fusy po kawie). Jeśli u pacjenta wystąpiły takie objawy, musi natychmiast zgłosić się do szpitala.

Ciemny stolec może wystąpić także po spożyciu suplementu lub leku z że- lazem, więc warto przed wystąpieniem pacjenta na SOR dopytać o wszystkie leki i suplementy, jakie spożywa.

Paracetamol może wpływać na INR, lecz jest preferowanym wyborem u pa- cjentów stosujących antykoagulanty. Niektórzy autorzy zalecają dodatkową kontrolę INR przy stosowaniu dawek pa- racetamolu >2 g, jednak wnioski z badań są w tej kwestii niespójne.

➔ Leki przeciwbólowe w połączeniu z ASA w dawce kardiologicznej

Według badania obserwacyjnego z 2003 roku u pacjentów przyjmujących ibuprofen w połączeniu z ASA wykazano zwiększenie śmiertelności z przyczyn sercowo-naczyniowych w porównaniu z pacjentami stosującymi tylko ASA. W przypadku pacjentów przyjmujących ASA i diklofenak lub ASA i inne NLPZ ry- zyko było zbliżone do tego wykazanego w grupie przyjmującej tylko ASA. Warto jednak zaznaczyć, że według przeglądu systematycznego z 2016 roku, mimo że mechanizm molekularny tej interak- cji i jej wpływ na stopień hamowania płytek krwi są dobrze udokumento- wane w badaniach *in vitro* i *ex vivo*, to jednak zakres, w jakim wpływa ona na skuteczność protekcyjnego działania aspiryny, pozostaje niejasny. W tę interakcję w przypadku przewlekłego

łączenie NLPZ z lekami przeciwzakrzepowymi nie jest bezwzględnie przeciwwskazane. Pacjenta, który stosuje takie połączenie, należy poinformować o możliwym ryzyku i zalecić mu monitorowanie objawów krwawienia do górnego odcinka przewodu pokarmowego.

stosowania oprócz ibuprofenu wchodzi również naproksen. Doraźne stosowanie wymienionych leków nie wydaje się problematyczne. Jednak, na wszelki wypadek, zalecane jest rekomendowanie pacjentom zachowania odstępu w czasie i zastosowanie ibuprofenu co najmniej na 8 h przed lub 3–4 h po zażyciu aspiryny dojelitowej (Acard, Aspirin Cardio, Polocard). Naproksen ma dłuższy okres półtrwania niż ibuprofen, dlatego też wymagany odstęp pomiędzy poszczególnymi dawkami powinien być znacznie dłuższy. Dlatego też lepiej unikać rekomendowania naproksenu pacjentom stosującym ASA w dawkach kardiologicznych. Leki przeciwbólowe niewchodzące w tę interakcję to m.in. meloksykam oraz paracetamol.

W ostrzeżeniu wydanym przez EMA zamieszczono informację, że według badań laboratoryjnych ibuprofen może znosić ochronne działanie ASA, jednak podkreślono, że jest mało prawdopodobne, aby okazjonalne stosowanie ibuprofenu miało klinicznie istotny wpływ na skuteczność ASA.

Niezależnie od opisanej interakcji, jednoczesne stosowanie NLPZ i ASA (nawet w małej dawce) wielokrotnie zwiększa ryzyko krwawień z przewodu pokarmowego.

➔ Leki na przeziębienie w połączeniu z alkoholem

W teorii alkohol zwiększa ryzyko uszkodzenia wątroby przy przedawkowaniu paracetamolu, szczególnie u osób cierpiących na chorobę alkoholową, jednak jak podają autorzy przeglądu systematycznego z 2016 roku, nie ma wiarygodnych danych z badań klinicznych potwierdzających tę hypo-

tezę. Co więcej, w badaniu klinicznym z 2001 roku nie wykazano, aby funkcjonowanie wątroby było upośledzone u osób pijących alkohol i stosujących paracetamol w dawce 4 g/dziennie.

Teoretycznie paracetamol stosowany w dawkach terapeutycznych może być łączony z alkoholem (FDA zaleca jednak nieprzekraczanie 3 standardowych porcji alkoholu dziennie, tj. np. 2 małe piwa 5%). Wcześniejsze ostrzeżenia wynikały z teoretycznych przesłanek i opisów pojedynczych przypadków. W większości przypadków należy stanowczo odradzać pacjentom łączenie alkoholu z paracetamolem, głównie z uwagi na ryzyko łatwiejszego, nawet przypadkowego, przedawkowania.

Należy pamiętać, że łączenie NLPZ z alkoholem zwiększa ryzyko krwawień z przewodu pokarmowego, ale dopiero przy regularnym stosowaniu takiego połączenia.

Interakcje leków na przeziębienie z inhibitorami MAO

W ChPL i ulotce każdego leku zawierającego w swoim składzie pseudoefedrynę, fenylefrynę, dekstrometorfan lub/i antyhistaminik I generacji znajdziesz ostrzeżenie o ryzyku interakcji z inhibitorami MAO i możliwości wystąpienia przełomu nadciśnieniowego lub zespołu serotoninowego. Należy zwrócić uwagę, że ostrzeżenia te bazują na opisach przypadków przy stosowaniu nieselektywnych IMAO, które w Polsce są niedostępne, a stosowane obecnie moklobemid (Moklar), selegilina (Selgres) i rasagilina (Ralago) nie wchodzi w tak groźne farmakokinetyczne interakcje.

➔ Inhibitory MAO i antyhistaminiki

Ostrzeżenie zawarte w ulotkach leków mówiące o zakazie łączenia inhibitorów MAO i antyhistaminików opiera się na badaniach przeprowadzonych na królikach w 1972 roku, podczas którego wystąpił śmiertelny zespół serotoninowy po jednoczesnym podaniu nieselektywnego IMAO (fenelzyny) razem z chlorfeniraminą i kilkoma innymi antyhistaminikami. Od tego czasu nigdzie na świecie nie zaobserwowano interakcji u ludzi, więc można założyć, że interakcja ta nie jest istotna. Łączenie antyhistaminików I generacji z innymi lekami oddziałującymi na ośrodkowy układ nerwowy może nasilić sedację, jednak jest to niegroźna interakcja farmakodynamiczna, niestanowiąca zagrożenia zdrowia i życia.

➔ Inhibitory MAO i sympatykomimetyki

Nie zaobserwowano w badaniach farmakokinetycznych, aby doustne podanie fenylefryny czy pseudoefedryny skutkowało wzrostami ciśnienia tętniczego, jednak producenci zalecają ostrożność przy zastosowaniu takiego połączenia.

➔ Inhibitory MAO i dekstrometorfan

Odnotowano kilka przypadków wystąpienia zespołu serotoninowego po jednoczesnym zastosowaniu selegiliny, rasagiliny i moklobemidu z dekstrometorfanem (Acodin, Tussidex). Wystąpienie tej interakcji jest bardzo mało prawdopodobne, ale biorąc pod uwagę poważne konsekwencje jej wystąpienia i to, że dekstrometorfan jest lekiem działającym jedynie objawowo, nie zaleca się łączenia tych leków.

Bezpieczeństwo stosowania antyhistaminików

Leki należące do grupy antyhistaminików I generacji blokują obwodowe i ośrodkowe receptory H1, a ponadto receptory cholinergiczne, adrenergiczne

ne, serotonergiczne i dopaminergiczne. Z niespecyficzności receptorowej wynika ich dodatkowa aktywność nasenna i uspokajająca. Dzięki temu wieczorem będą ułatwiały zasypianie, natomiast w ciągu dnia mogą zmniejszać koncentrację i zdolność do prowadzenia pojazdów mechanicznych. Ze względu na osłabienie funkcji poznawczych, powodowanie zaparć, suchości w ustach oraz zwiększone ryzyko upadków, antyhistaminiki I generacji nie powinny być rekomendowane pacjentom w podeszłym wieku. Warto również pamiętać, że są to jedne z leków znajdujących się na liście Beersa.

Bezpieczeństwo stosowania sympatykomimetyków

Stosowane doustnie sympatykomimetyki, takie jak fenylefryna i pseudoefe-

dryna, mogą powodować wzrost ciśnienia tętniczego, tachykardię oraz arytmie. U osób z prawidłowym ciśnieniem krwi nie obserwuje się jego wzrostu po podaniu omawianych leków. Jednak ze względu na ryzyko podniesienia ciśnienia tętniczego, sympatykomimetyki nie powinny być rekomendowane pacjentom ze zdiagnozowanym nadciśnieniem tętniczym. Należy pamiętać, że ich stosowanie może prowadzić do pogorszenia przepływu moczu u osób cierpiących na rozrost prostaty – działają antagonistycznie do leków takich jak tamsulozyna i doksazosyna.

Bezpieczeństwo stosowania dekstrometorfanu

Leki hamujące metabolizm dekstrometorfanu takie jak: bupropion (Wellbutrin XR), cynakalcet (Cinacalcet

Accord) czy linezolid (Linezolid Adamed) zwiększają jego stężenie we krwi, co może powodować nasilenie działań niepożądanych. W praktyce interakcje te są nieistotne klinicznie, mogą okazać się groźne jedynie dla osób będących tzw. szybkimi metabolizatorami.

Podczas stosowania dekstrometorfanu pacjenci powinni unikać spożywania alkoholu. Alkohol zwiększa jego biodostępność, co powoduje z kolei nasilenie działania depresyjnego leku na OUN i wystąpienie działań niepożądanych takich jak: zawroty głowy, senność oraz osłabienie koncentracji.

Źródło:

Tuszyński, P.K. (red). *Przeziębienie, grypa i COVID-19*. Wydawnictwo Farmaceutyczne, Wydanie III. Kraków 2022.

reklama



Dna moczanowa – przyczyny, leczenie i profilaktyka



Anna Janaszkiewicz
mgr. farm.

Dna moczanowa – inaczej zwana hiperurykemią, podagrą lub artretyzmem – to choroba reumatyczna, związana z zapaleniem stawów. To najczęstsza forma zapalenia stawów u mężczyzn po 40. roku życia, a ryzyko pojawienia się podagry wzrasta z wiekiem i osiąga szczyt w ósmej dekadzie życia. Kobiety natomiast na ogół zaczynają cierpieć z powodu dny moczanowej po menopauzie, co związane jest ze zmniejszeniem produkcji estrogenów. Styl życia niewątpliwie wpływa na ryzyko wystąpienia objawów choroby. Co zrobić, aby zmniejszyć to ryzyko i jak pomóc pacjentowi?

Patogeneza dny moczanowej

Kwas moczowy to słaby kwas organiczny o niskiej rozpuszczalności w wodzie, wytwarzany jako końcowy produkt metabolizmu puryn. Jego stężenie w organizmie zależy od równowagi między jego produkcją a wydalaniem. W 70% wydalaany jest drogą nerkową, a w mniejszym stopniu drogą pokarmową.

Podwyższony poziom kwasu moczowego (hiperurykemia) to główny czynnik etiologiczny dny moczanowej, jednak nie u każdego pacjenta z wysokim poziomem kwasu moczowego dojdzie do wystąpienia objawów choroby. O podwyższonym poziomie kwasu moczowego mówimy, gdy osiąga on w surowicy stężenie powyżej 7 mg/dl lub 420 $\mu\text{mol/l}$. Stężenie to jest graniczne dla rozpuszczalności kwasu moczowego.

Aby doszło do zaostrzenia choroby i objawów, musi dojść do krystalizacji moczanu sodu oraz powstawania złogów, które następnie odkładają się w tkankach stawowych i innych narządach. Kryształy kwasu moczowego mogą odkładać się również w małżowinach usznych i układzie moczowym – tkance śródmiąższowej nerek, cewkach zbiorczych oraz moczowodach.

Czynnik odpowiedzialny za krystalizację kwasu moczowego i moczanów w płynie stawowym i tkankach pozostaje nieznany. Do krystalizacji dochodzi najczęściej w miejscach słabo ukrwionych i o obniżonej ciepłocie ciała.

Hiperurykemia bardzo rzadko występuje jako pojedyncze zaburzenie. Najczęściej dotyczy pacjentów z chorobami towarzyszącymi, takimi jak hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, otyłość, nadmierne spożywanie alkoholu, cukrzyca oraz choroby sercowo-naczyniowe, szczególnie o podłożu miażdżycowym.

Ogromne znaczenie ma również styl życia. Dawniej chorobę tę nazywano „chorobą bogaczy”, ponieważ dotyczyła osób, które prowadziły wystawny tryb życia, jadły posiłki bogate w mięso i tłuszcz oraz spożywały alkohol.

Hiperurykemia bardzo rzadko występuje jako pojedyncze zaburzenie. Najczęściej dotyczy pacjentów z chorobami towarzyszącymi, takimi jak hiperlipidemia, nadciśnienie tętnicze, otyłość, nadmierne spożywanie alkoholu, cukrzyca oraz choroby sercowo-naczyniowe.

Poziom kwasu moczowego w surowicy wzrasta bowiem, gdy:

- ➔ występuje zwiększona podaż puryn w diecie – w przypadku diety bogatej w mięso (podroby, indyk, dziczyzna, cielęcina), ryby (śledzie, sardynki, ostrygi, małże), a także warzywa strączkowe (fasola, soczewica);
- ➔ następuje nadmierne spożycie alkoholu – co związane jest z przyspieszonym rozkładem ATP, ponadto piwo zawiera puryny, co zwiększa poziom kwasu moczowego;
- ➔ występuje zwiększona podaż fruktozy – z owoców, soków czy syropu glukozowo-fruktozowego znajdującego się w produktach przetworzonych.

Dieta bogata w puryny podnosi poziom kwasu moczowego, ponieważ jest on ostatnim produktem ich katabolizmu. Natomiast fruktoza w organizmie podlega fosforylacji, przy udziale ATP, którego hydroliza zwiększa poziom kwasu moczowego. Im więcej fruktozy dostarczymy, tym więcej kwasu moczowego powstanie, ponieważ reakcje te nie podlegają kontroli ujemnego sprzężenia zwrotnego.

Hiperurykemia może wystąpić również u pacjentów z padaczką, niedoczynnością tarczycy oraz u osób z predyspozycjami genetycznymi.

Objawy dny moczanowej

Najczęściej objawy dny moczanowej pojawiają się w obrębie stawu podstawy palucha w stopie, ale zmiany mogą wystąpić również w innych miejscach, np. w stawach stopy, kolanowych, barkowych czy stawach dłoni.

Chory skarży się na bardzo intensywny ból, który pojawia się w nocy, a jego nasilenie zwiększa się. Zaatakowany staw jest obrzęknięty, rozwija się w nim stan zapalny, miejsce choroby jest zaczerwienione i ciepłe, a naskórek się złuszcza. Możliwe są również objawy ogólne, takie jak gorączka, dreszcze i uczucie osłabienia, przypominające objawy przeziębienia lub grypy.

Dolegliwości najczęściej utrzymują się kilkanaście dni (nielezione), a zmiany mogą dotknąć także inne stawy. W zaawansowanej postaci schorzenia może dojść do nieodwracalnych zmian w obrębie stawów i narządu ruchu, a także uszkodzenia nerek lub tworzenia się guzków dnawych w tkankach miękkich.

Wpływ leków na poziom kwasu moczowego

Niektóre stosowane leki mogą wpływać na poziom kwasu moczowego w surowicy.

Do leków indukujących hiperurykemię zaliczamy:

- ➔ diuretyki stosowane w terapii nadciśnienia tętniczego – szczególnie diuretyki pętlowe i tiazydowe;
- ➔ leki immunosupresyjne – szczególnie inhibitory kalcyneuryny: cyklosporyna i takrolimus;
- ➔ leki stosowane w terapii gruźlicy – ethambutol i pyrazynamid;
- ➔ kwas acetylosalicylowy – w dawce kardioprotekcyjnej, w wyższych dawkach wykazuje natomiast działania urykozuryczne.

Diuretyki a hiperurykemia

Diuretyki tiazydowe (hydrochlorotiazyd) wywołują wzrost stężenia kwasu moczowego w surowicy podczas długotrwałej terapii np. nadciśnienia

Najczęściej objawy dny moczanowej pojawiają się w obrębie stawu podstawy palucha w stopie, ale zmiany mogą wystąpić również w innych miejscach, np. w stawach stopy, kolanowych, barkowych czy stawach dłoni.



tętniczego. Efekt ten zależy od dawki stosowanego diuretyku. Do wzrostu stężenia kwasu moczowego dochodzi na skutek zwiększonej reabsorpcji kwasu moczowego oraz zmniejszonego wydalania kwasu moczowego przez nerki.

W badaniach wykazano, że po kilku miesiącach terapii diuretykami tiazydowymi dochodzi do wzrostu stężenia kwasu moczowego średnio o ok. 1,07 mg/dl. Podobne wyniki związane są ze stosowaniem diuretyków pętlowych (furosemid).

Hiperurykemia w nadciśnieniu tętniczym najprawdopodobniej spowodowana jest zaburzeniami hemodynamicznymi nerek. Częstość występowania podwyższonego poziomu kwasu moczowego u pacjentów z nieleczonym nadciśnieniem tętniczym jest podobna do częstości u osób z prawidłowymi wartościami ciśnienia krwi.

Zakłada się, że u pacjentów stosujących terapię na nadciśnienie wzrost stężenia kwasu moczowego wynika ze stosowania niektórych diuretyków oraz diety niskosodowej. Co ważne – hiperurykemia indukowana diuretykami stanowi ryzyko pojawienia się choroby niedokrwiennej serca.

Podkreślić należy, że do leków diuretycznych pozbawionych działania hiperurykemicznego należą indapamid oraz diuretyki oszczędzające potas (np. triamteren, eplerenon i spironolakton).

Postępowanie u pacjentów z nadciśnieniem i dną moczanową

W przypadku pacjentów z hiperurykemią bezobjawową (podwyższony poziom

kwasu moczowego bez objawów dny moczanowej) leczonych na nadciśnienie tętnicze preferuje się terapię inhibitorami konwertazy angiotensyny, antagonistami receptora angiotensyny II lub antagonistami wapnia. Niewskazane są diuretyki, z wyjątkiem indapamidu. Jeśli stężenie kwasu moczowego w surowicy przekroczy 11 mg/dl, wskazany jest lek moczopędny (probenecid) lub allopurinol.

Pacjenci z objawową dną moczanową, leczeni na nadciśnienie tętnicze, również nie powinni otrzymywać diuretyków. Preferowane leki hipotensyjne to te same, które zaleca się w przypadku bezobjawowej hiperurykemii. Różnica jednak dotyczy granicy, przy której konieczne jest włączenie allopurynolu lub probenecidu. Zaleca się, aby włączyć je do terapii przy stężeniu kwasu moczowego powyżej 5 mg/dl.

Wpływ leków immunosupresyjnych na poziom kwasu moczowego

U pacjentów po przeszczepach, przyjmujących cyklosporynę, często obserwuje się hiperurykemię, która jest bezpośrednio związana z przyjmowaniem leków immunosupresyjnych. Wpływają one bowiem na zmniejszenie klirensu nerkowego moczanów.

Badania wykazały, że u pacjentów przyjmujących cyklosporynę wzrost poziomu kwasu moczowego w surowicy dotyczył 60% pacjentów, a jeśli otrzymywali również leki moczopędne – aż 90% pacjentów. Objawowa dna moczanowa rozwinęła się u ok. 7% pacjentów.

W nowszych badaniach analizowano, czy takrolimus w porównaniu z cyklo-

sporyną w mniejszym stopniu wpływa na wzrost poziomu kwasu moczowego. Nie wykryto jednak istotnych różnic ani korzyści związanych z hiperurykemią, a wzrost poziomu kwasu moczowego u pacjentów leczonych cyklosporyną lub takrolimusem był zbliżony.

Co ważne, azatiopryna wykazuje niższy – w porównaniu z cyklosporyną – wskaźnik podnoszenia stężenia kwasu moczowego w surowicy. Tylko 15% pacjentów przyjmujących ten lek odnotowało hiperurykemię, jednak u żadnego z nich nie rozwinęła się podagra. Jeśli pacjenci przyjmowali również diuretyki, u połowy z nich zaobserwowano wzrost stężenia kwasu moczowego.

Opieka farmaceutyczna nad pacjentem z dną moczanową

Styl życia niewątpliwie wpływa na ryzyko wystąpienia objawowej dny moczanowej, dlatego warto edukować pacjentów w zakresie odpowiedniej diety, także w okresie międzynapadowym, aby uniknąć zaostrzenia objawów.

W terapii dny moczanowej należy dążyć do osiągnięcia i utrzymania do końca życia stężenia kwasu moczowego poniżej 6 mg/dl. W przypadku osób, u których często występują napady dny, mają przewlekłą artropatię lub guzki dnawe, początkowo dąży się do obniżenia poziomu kwasu poniżej 5 mg/dl. Co ważne, niewskazane jest nadmierne obniżenie stężenia kwasu moczowego (poniżej 3 mg/dl), ponieważ może to sprzyjać rozwojowi chorób neurologicznych, takich jak choroba Parkinsona albo choroba Alzheimer'a.

Do leków dostępnych bez recepty, które można zaproponować pacjentowi z objawami podagry, należą przede wszystkim niesteroidowe leki przeciwzapalne.

Zalecenia dla pacjenta podczas napadu dny moczanowej

W przypadku ostrego napadu dny moczanowej możemy zaproponować pacjentowi niesteroidowe leki przeciwzapalne, aby doraźnie zmniejszyć ból. Jeśli objawy wystąpiły po raz pierwszy, konieczny jest kontakt z lekarzem i wykonanie badań laboratoryjnych oraz przepisanie leków obniżających poziom kwasu moczowego do stosowania krótkotrwałego – np. kolchicyny.

Spośród NLPZ zaproponować można naproksen po upewnieniu się, że u pacjenta nie występuje niewydolność nerek lub wątroby albo zaostrzenie choroby wrzodowej żołądka czy krwawienie z przewodu pokarmowego. Ze względu na ryzyko wystąpienia działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego, do rozważenia jest włączenie inhibitorów pompy protonowej (krótkotrwale) na czas przyjmowania NLPZ.

Co ważne, podczas ataku nie należy rozpoczynać kuracji allopurynolem, który ze względu na wpływ na kryształowy moczanu sodu może przejściowo nasilać objawy choroby.

Pacjent powinien zwiększyć ilość spożywanych płynów, nawet do 3–4 l dziennie.

Bezwzględnie przeciwwskazany jest alkohol (szczególnie bogate w puryny piwo).

Należy wyłączyć z diety takie składniki jak mięso i jego przetwory, w tym buliony i galarety mięsne. Niezalecane są również podroby i owoce morza.

Istotną rolę w podnoszeniu poziomu kwasu moczowego pełni fruktoza, dlatego należy ograniczyć jej spożycie. Szczególnie należy zwrócić uwagę pacjentowi na słodzone soki i napoje gazowane, które mogą zawierać syrop

glukozowo-fruktozowy. Przeciwwskazany jest także miód.

W okresie napadu należy ograniczyć ilość zjadanych owoców oraz warzyw strączkowych, grzybów i szpinaku.

Ze względu na udowodnione działanie obniżające poziom kwasu moczowego, należy włączyć do diety ubogie w tłuszcz przetwory mleczne.

Zalecenia dla pacjenta w okresie międzynaapadowym

Aby zmniejszyć prawdopodobieństwo kolejnych ataków, pacjent powinien zmienić swój styl życia. Należy ograniczyć spożywanie wymienionych wcześniej produktów, które zwiększają poziom kwasu moczowego w surowicy, w tym fruktozy pochodzącej ze słodzonych napojów.

Warto zadbać o prawidłową masę ciała oraz ograniczyć spożywanie alkoholu i mięsa, natomiast zwiększyć ilość nabiału i wypijanych płynów w ciągu dnia.

Ważne jest również, aby leczyć występujące choroby współistniejące, takie jak nadciśnienie tętnicze, hiperlipidemia, cukrzyca, choroby nerek czy kamica nerkowa.

Spośród leków stosowanych przewlekle, aby zmniejszyć poziom kwasu moczowego, wymienić należy allopuryinol, febuksostat, a także fenofibrat i losartan, które mogą być stosowane pomocniczo w terapii chorób współistniejących.

Źródła:

Szczeklik A., *Interna Szczeklika*, wyd. Medycyna Praktyczna, 2015.

Kostka-Jeziorny K., Tykarski A., Wpływ terapii hipotensyjnej na stężenie kwasu moczowego, https://journals.viamedica.pl/arterial_hypertension/article/download/12503/10338, stan z dnia 12.09.2023.

Raszeja-Wanic B., Wanic-Kossowska M., *Diuretyki – rys historyczny*, https://journals.viamedica.pl/arterial_hyper

Istotną rolę w podnoszeniu poziomu kwasu moczowego pełni fruktoza, dlatego należy ograniczyć jej spożycie.

Szczególnie należy zwrócić uwagę pacjentowi na słodzone soki i napoje gazowane, które mogą zawierać syrop glukozowo-fruktozowy. Przeciwwskazany jest także miód.

tension/article/viewFile/12448/10285, stan z dnia 12.09.2023.

Tuhina Neogi, *Dna moczanowa*, https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdfarticles/000/010/853/original/Strony_od_MpD_2011_10-7.pdf?1468573825, stan z dnia 12.09.2023.

Zawiasa A., Szklarek-Kubicka M., Fijałkowska-Morawska J. et al, *Effect of oral fructose load on serum uric acid and lipids in kidney transplant recipients treated with cyclosporine or tacrolimus*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19249511/>, stan z dnia 12.09.2023.

Lin H.Y., Rocher L.L. et al, *Cyclosporine-induced hyperuricemia and gout*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2664517/>, stan z dnia 12.09.2023.

Kanbay M., Akcay A., Huddam B. et al., *Influence of cyclosporine and tacrolimus on serum uric acid levels in stable kidney transplant recipients*, <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16213325/>, stan z dnia 12.09.2023.

Caliceti C., Calabria D. et al, *Fructose Intake, Serum Uric Acid, and Cardio-metabolic Disorders: A Critical Review*, <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5409734/>, stan z dnia 12.09.2023.

Centrum wiedzy, *Dna moczanowa*, <https://www.mp.pl/reumatologia/dna-moczanowa>, stan z dnia 12.09.2023.



Stłuczenia – rozpoznanie i leczenie



Izabela Ośródka
mgr farm.

Stłuczenie to jeden z najpowszechniejszych urazów, z jakim zgłaszają się do aptek pacjenci w różnym wieku. Większość powstałych stłuczeń ulega samoograniczeniu i nie wymaga interwencji lekarskiej. Warto jednak znać zasady pierwszej pomocy i możliwości terapeutyczne, których zastosowanie pozwoli złagodzić nieprzyjemne skutki urazu i przyspieszyć rekonwalescencję.

Stłuczenie to tępy uraz, który powstaje w wyniku nacisku lub uderzenia na konkretną partię ciała. Do jego wystąpienia może się przyczynić wiele codziennych czynności, a także nieszczęśliwe wypadki czy akty agresji. Stłuczenia to problem dotyczący szczególnie osób uprawiających sport (zwłaszcza dyscypliny kontaktowe) oraz pracujących fizycznie. Duża ilość potencjalnych przyczyn sprawia, że stłuczenia są częstym problemem w praktyce farmaceutycznej i dotyczą pacjentów różnicowanych wiekowo – od aktywnych fizycznie dzieci, które raz po raz ulegają drobnym kontuzjom, po osoby starsze szczególnie podatne na upadki i niefortunne uderzenia.

Stłuczenie zaliczane jest do obrażeń zamkniętych, ponieważ w jego konsekwencji nie dochodzi do przerwania ciągłości skóry. Oddziałująca na organizm siła powodująca uraz uszkadza natomiast tkankę podskórną i drobne naczynia krwionośne, czasem również mięśnie, czego efektem jest ból, opuchlizna i krwiak podskórny. Nasilenie objawów stłuczenia jest uzależnione od siły uderzenia czy nacisku – w cięższych przypadkach mogą one obejmować także stawy oraz okostną. Na głębokość obrażeń wpływa również napięcie mięśni w chwili urazu (im bardziej napięty mięsień, tym mniej nasilone stłuczenie).

Jak rozpoznać stłuczenie?

Objawy towarzyszące stłuczeniom wykazują różnicowane nasilenie, jednak zwykle należą do nich:

- punktowy, ograniczony, kłujący ból w miejscu urazu – utrzymujący się przez jeden – dwa dni, a następnie malejący; czasem towarzyszy mu uczucie pulsowania lub rozpierania;
- tkliwość, bolesność podczas ucisku – po kilku dniach od urazu, kiedy ostry ból ustępuje, pozostaje

Niepokój powinny wzbudzić takie objawy, jak: nieustępujący, wręcz narastający ból, uczucie drętwienia, zaburzenia czucia, silny obrzęk i rozległy krwiak.

jedynie odczuwalna bolesność podczas dotykania i uciskania stłuczonego obszaru;

- krwiak (nagromadzenie wydobytej krwi w utworzonym zbiorniku tkankowym) lub siniak (nasiąkanie uszkodzonych tkanek krwią) – oba powstają w wyniku uszkodzenia drobnych naczyń krwionośnych i wydostania się z nich krwi; początkowo powodują zaczerwienienie stłuczonego obszaru, które wraz z upływem czasu i rozkładem zawartej we krwi hemoglobiny zmienia barwę na fioletową, zieloną i żółtą, a ostatecznie po upływie 7–10 dni wchłania się; rozległe siniaki powstają w szczególności u osób cierpiących na nadciśnienie tętnicze oraz stosujących leki rozrzedzające krew, ale także w przypadku urazów obejmujących bogato unaczynione obszary ciała, szczególnie twarz;
- obrzęk i uczucie ciepła w stłuczonym obszarze – również związane z uszkodzeniem okolicznych naczyń krwionośnych, a następnie rozpieraniem i uciskiem pobliskich tkanek;
- deformacja i zmniejszenie ruchomości sąsiadujących stawów – co jest bezpośrednim efektem pojawiającego się obrzęku, a także uszkodzeń mięśni powstałych w momencie urazu.

Stłuczenie – diagnostyka różnicowa

Objawy, podobne do przedstawionych powyżej, pojawiają się także w przypadku innych urazów, które bywają mylone ze stłuczeniem. Można do nich zaliczyć:

- skręcenie stawu – uraz wynikający z przekroczenia fizjologicznego zakresu ruchu w stawie, które prowadzi do uszkodzenia torebki stawowej i więzadeł;
- zwinięcie stawu – uraz spowodowany nieprawidłowym przemieszczeniem struktur stawu, przez co dochodzi do rozerwania więzadeł i torebki stawowej;
- złamanie kości – uraz polegający na przerwaniu ciągłości kości.

Istotnym czynnikiem pozwalającym na odróżnienie stłuczenia od powyższych urazów jest stopień nasilenia bólu. W przypadku stłuczeń ból ogranicza się do konkretnego obszaru i wykazuje tendencję do słabnięcia z upływem czasu. Natomiast ból towarzyszący skręceniu, zwinięciu czy złamaniu jest znacznie bardziej intensywny i narasta, jeśli nie zastosuje się odpowiedniego leczenia. Efektem tych urazów jest także znacznie bardziej nasilone ograniczenie ruchomości stawu, co uniemożliwia poruszanie i wykonywanie codziennych czynności.

Warto zaznaczyć, że ból towarzyszący urazom bywa mało miarodajny i diagnoza na jego podstawie może okazać się błędna. Zdarza się, że uraz uznany za stłuczenie okazuje się łagodnym zwinięciem, skręceniem lub nawet pęknięciem kości (np. kości palców stopy). Jednocześnie bardzo silny ból nie musi oznaczać złamania. Dlatego tak ważne jest, aby każdy przypadek urazu traktować indywidualnie i obserwować jego przebieg, a w razie wątpliwości zgłosić się do specjalisty.



Pierwsza pomoc w stłuczeniach

Stłuczenie to uraz, który zwykle nie wymaga interwencji lekarskiej i zanika samoistnie po upływie kilku – kilkunastu dni. Chcąc jednak zniwelować towarzyszący mu dyskomfort i ból oraz przyspieszyć regenerację uszkodzonych tkanek, warto zastosować następujące metody niefarmakologiczne:

- ➔ schłodzić stłuczony obszar ciała – należy uczynić to jak najszybciej, ponieważ chłodzenie obkurcza naczynia krwionośne, zapobiega rozwojowi silnego obrzęku oraz krwiaka, a ponadto rozluźnia napiętą tkankę mięśniową; niska temperatura spowalnia też przewodnictwo nerwowe, przez co ból staje się mniej odczuwalny; w celu schłodzenia stłuczonego obszaru można użyć specjalnego preparatu chłodzącego w formie aerozolu, schłodzonego kompresu żelowego lub kostek lodu owiniętych ściereczką czy ręcznikiem; zabieg chłodzenia powinien trwać od 3 do 7 minut i być powtarzany nie rzadziej niż co 2 godziny;
- ➔ zastosować opatrunek uciskowy – jego celem jest zahamowanie rozwoju obrzęku i ochrona stłuczonych tkanek; można w tym celu użyć bandaża elastycznego lub gotowej opaski uciskowej na konkretną partię ciała; ważne, aby odpowiednio dobrać stopień kompresji i nie zaburzać prawidłowego przepływu krwi;
- ➔ unieruchomić i odciążyć stłuczony obszar – szczególnie jeśli stłuczenie dotyczy kończyn; najlepiej zrezygnować z aktywności fizycznej i nadmiernego obciążania

Zdarza się, że uraz uznany za stłuczenie okazuje się łagodnym zwichnięciem, skręceniem lub nawet pęknięciem kości (np. kości palców stopy).

kończyny, odpocząć i ułożyć kończynę nieco uniesioną względem klatki piersiowej (ok. 20 cm), aby ułatwić odpływ krwi i zmniejszyć obrzęk; dla unieruchomienia stłuczonego obszaru można również zastosować ortezę;

- ➔ zastosować ciepły okład – ważne, aby uczynić to najwcześniej po upływie kilku godzin od urazu, najlepiej w drugiej dobie; ogrzanie ma na celu przyspieszenie procesu zanikania krwiaków i siniaków; można do tego wykorzystać ogrzany kompres żelowy, termofor wypełniony wodą lub pestkami owoców.

Farmakologiczne możliwości zwalczania stłuczeń

Chcąc wspomóc leczenie stłuczenia, warto zaproponować pacjentowi metody farmakologiczne. Obejmują one stosowanie dostępnych w aptece preparatów, które wspomagają regenerację uszkodzonych tkanek i niwelują nieprzyjemne skutki urazu. Preparaty te można podzielić na kilka grup.

➔ Preparaty przeciwbólowe i przeciwzapalne

Z reguły najbardziej dokuczliwym objawem stłuczenia jest towarzyszący mu ból. Z tego względu warto zalecić pacjentowi preparaty na bazie substancji zaliczanych do grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych, takich jak diklofenak, ibuprofen, naproksen, etofenamat czy salicylany. Podstawą ich działania jest hamowanie aktywności cyklooksygenazy biorącej udział w syntezie prostaglandyn z lipidów błon komórkowych. Prostaglandyny uczestniczą w rozwoju stanu zapalnego, a zahamowanie ich

syntezy leży u podstaw przeciwbólowego i przeciwzapalnego działania NLPZ.

Preferowane jest ich podanie w formie preparatów zewnętrznych (maści, żele, aerozole), aby uniknąć działań niepożądanych występujących po podaniu doustnym i osiągnąć jak największe stężenie leku w stłuczonym obszarze. Dla osiągnięcia lepszych efektów można je aplikować po uprzednim schłodzeniu w lodówce. W przypadku bardzo bolesnych i rozległych stłuczeń może okazać się konieczne zastosowanie NLPZ lub innych leków przeciwbólowych w formie doustnej.

➔ Preparaty przeciwobrzękowe

W zwalczaniu pourazowych obrzęków oprócz opatrunku uciskowego, unieruchomienia i chłodzenia pomocne okazują się preparaty przeciwobrzękowe. Najpopularniejszym związkiem o takim działaniu jest octanowinian glinu występujący w postaci żelu na skórę lub tabletek do sporządzenia roztworu do okładów. Substancja ta wykazuje właściwości ściągające, zmniejsza obrzęk, a także działa lekko przeciwbólowo i przeciwzapalnie. Warto jednak zaznaczyć, że preparatów na jego bazie nie używa się, jeśli podczas stłuczenia doszło do uszkodzenia skóry.

Obrzęki można także zniwelować, stosując preparaty zawierające escynę – związek pozyskiwany z nasion kasztanowca. Substancja posiada właściwości ochronne wobec naczyń krwionośnych, zmniejsza przepuszczalność ich ścian i wzmacnia je, przez co działa przeciwobrzękowo i przeciwwysiękowo. Escyna jest ponadto antyoksydantem, dzięki czemu wykazuje działanie przeciwzapalne. Preparaty zawierające escynę dostępne są w formie żelu na skórę lub tabletek doustnych.

➔ Preparaty zwalczające zasinienia

Urazy prowadzą do powstawania krwiaków i zasinień, nawet jeśli zadba się o szybkie schłodzenie stłuczonego obszaru. Choć defekty te ustępują samoistnie, wielu pacjentów zgłasza

się z prośbą o polecenie skutecznego preparatu, który pomoże usunąć zasinienie, szczególnie jeśli nieestetyczny siniak znajduje się na twarzy lub innych eksponowanych obszarach ciała. W takim przypadku warto zarekomendować preparaty na bazie heparyny. Ten organiczny związek jest polisacharydem produkowanym naturalnie przez bazoofile i komórki tuczne. W warunkach fizjologicznych heparyna zapobiega powstawaniu skrzepu, ale nie działa fibrynolitycznie i nie rozpuszcza istniejących skrzepów. Stosowana miejscowo na skórę w formie żelu lub kremu wykazuje miejscowe działanie przeciwzakrzepowe, usprawnia przepływ krwi i przyspiesza wchłanianie krwiaków podskórnych. Działa także przeciwzapalnie i przeciwobrzękowo.

Skuteczne jest stosowanie preparatów w formie maści i żelu zawierających wyciąg w kwiatów arniki. Surowiec ten bogaty w laktony seskwiterpenowe, flawonoidy i garbniki wykazuje działanie pleiotropowe. Przede wszystkim usprawnia krążenie, przez co dochodzi do szybszego wchłonięcia powstałego zasinienia. Posiada także właściwości przeciwzapalne, przeciwobrzękowe, wzmacniające naczynia krwionośne i antyseptyczne.

➔ Preparaty dezynfekujące

Ich zastosowanie jest uzasadnione, jeśli w wyniku urazu doszło do otarcia lub naruszenia naskórka. Środki odkażające w formie płynu lub aerozolu należy zastosować bezpośrednio na skórę, a następnie zaopatrzyć stłuczone miejsce za pomocą kompresu z jałowej gazy przymocowanego bandażem lub przylepcem.

➔ Preparaty

o wielokierunkowym działaniu

Oprócz produktów jednoskładnikowych na rynku aptecznym dostępne są również preparaty wieloskładnikowe, które wykazują wielokierunkowe działanie w zwalczaniu objawów stłuczenia.

Udowodniono, że zastosowanie kinesiotalingu w drugiej dobie po stłuczeniu przyczynia się do znacznej redukcji bólu, obrzęku i krwawych wybroczyn podskórnych.

Można wśród nich znaleźć maści i żele zawierające zarówno substancje przeciwbólowe i przeciwzapalne, jak i heparynę i escynę. Spotyka się także połączenia octanowinianu glinu z wyciągiem z arniki, nagietka oraz mentolem. Istnieją również preparaty oparte na składnikach pochodzenia roślinnego otrzymanych z arniki, nagietka, kasztanowca lub żywokostu.

Leczenie wspomagające

Rozległe stłuczenia wymagają dłuższego leczenia, szczególnie jeśli zlokalizowane są w sąsiedztwie stawów. Powrót do pełnej sprawności wspomagają metody fizjoterapeutyczne, m.in. kinesiotaling, inaczej plastrowanie dynamiczne (ang. *kinesiology taping*). Idea opracowanej w Japonii metody polega na odpowiednim aplikowaniu na skórę elastycznych, przylepnych taśm. Wytworzone dzięki nim fałdy na powierzchni skóry powodują zwiększenie podskórnej przestrzeni międzykankowej, co przynosi wiele korzyści: obniża ciśnienia krwi, przywraca prawidłowe mikrokrążenie krwi i przepływ chłonki, normalizuje napięcie mięśniowe, zmniejsza drażnienie receptorów czuciowych oraz przywraca pełny zakres ruchu. Udowodniono, że zastosowanie kinesiotalingu w drugiej dobie po stłuczeniu przyczynia się do znacznej redukcji bólu, obrzęku i krwawych wybroczyn podskórnych.

W zwalczaniu skutków stłuczenia pomocne okazują się również inne zabiegi fizjoterapeutyczne, takie jak laseroterapia, elektroterapia, zabiegi z wykorzystaniem ultradźwięków oraz pola

magnetycznego małej częstotliwości. Dla odzyskania pełnej sprawności i bezbolesnej ruchomości wprowadza się również indywidualną terapię, która obejmuje delikatne techniki mięśniowo-powięziowe oraz mobilizację stawowe.

O tym pamiętajmy!

Choć stłuczenia szybko się regenerują i w niedługim czasie zanikają bez śladu, nie powinno się ich bagatelizować. Zaleca się ich baczna obserwację, a w przypadku nieswoistych symptomów wskazana jest konsultacja lekarska. Niepokój powinny wzbudzić takie objawy, jak: nieustępujący, wręcz narastający ból, uczucie drętwienia, zaburzenia czucia, silny obrzęk i rozległy krwiak. Bezwzględny wskazaniem do wizyty u specjalisty są stłuczenia w obrębie głowy, szyi i kręgosłupa, a także urazy dotyczące dzieci i osób starszych. Aby wykluczyć inne rodzaje urazów oraz potencjalne powikłania, konieczne jest przeprowadzenie badania ultrasonograficznego (USG) lub radiologicznego (RTG).

Źródła

1. Rutter P. *Opieka farmaceutyczna*. Wydawnictwo Urban&Partner, 2018.
2. Janiec W. *Kompendium farmakologii*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2012.
3. Chydzynski W. *Techniki kinezyterapii stosowane w rehabilitacji* [w:] Kiwerski J, red. *Rehabilitacja medyczna*. Warszawa: Wyd. Lek. PZWL, 2005: 70–93.
4. Zimmer K. *Krioterapia ogólna w medycynie sportowej*. Sport Wyczynowy 2003; 5: 6.
5. Jezierski C. *Kriostymulacja w reumatologii, traumatologii, ortopedii i odnowie biologicznej*. Cz. IV: *Zastosowanie kriostymulacji w leczeniu urazów narządu ruchu*. Acta Bio-Optica et Informatica Medica. Inżynieria Biomedyczna 2009; 15(1): 32–34.



Piękna i zdrowa cera – co doradzi farmaceuta?



Karolina Arciszewska,
mgr farm.

Skóra odgrywa kluczową rolę w ochronie organizmu przed czynnikami zewnętrznymi. Składa się z trzech warstw: naskórka, skóry właściwej i tkanki podskórnej, a jej funkcje obejmują regulację temperatury ciała, ochronę przed infekcjami oraz kontrolę utraty wody i soli mineralnych przez organizm. Skórę twarzy, która zawiera mniej tkanki tłuszczowej, nazywamy cerą. Jest ona szczególnie wystawiona na działanie czynników zewnętrznych. Zależnie od indywidualnych potrzeb, wymaga szczególnej troski. W artykule omówimy strategię pielęgnacyjną i substancje służące utrzymaniu zdrowej i promiennej cery. Skupimy się głównie na potrzebach cery problematycznej – trądzikowej i wrażliwej.

Rodzaje cery

Rodzaje cery różnią się m.in. ze względu na poziom produkcji sebum (naturalnego oleju skórniego) oraz inne cechy, takie jak tekstura, wygląd porów i skłonność do problemów.

Wyróżniamy cztery główne rodzaje cery: normalną, suchą, tłustą i mieszaną.

➔ Cera normalna jest dobrze zrównoważona pod względem produkcji sebum i wilgotności. Jest gładka, miękka w dotyku i nie ma nadmiernego połysku ani nie powoduje uczucia suchości. Jest mniej podatna na problemowe zmiany, takie jak trądzik czy zaskórniki. Osoby z cerą normalną zazwyczaj mają małe potrzeby pielęgnacyjne.

➔ Cera sucha może się wydawać matowa i szorstka. Brakuje jej odpowiedniej ilości naturalnego oleju skórniego, co prowadzi do uczucia napięcia i czasem do łuszczenia się skóry. Osoby z suchą skórą muszą regularnie ją nawilżać i stosować produkty, które pomagają w utrzymaniu wilgotności.

➔ Cera tłusta charakteryzuje się nadmierną produkcją sebum. Skóra może się wydawać błyszcząca, a pory są poszerzone. Osoby z tłustą cerą mogą zmagać się z trądzikiem i zaskórnikami. W pielęgnacji powinny stosować produkty regulujące wydzielanie sebum i oczyszczające.

➔ Cera mieszaną – mówimy o niej, gdy na różnych obszarach twarzy skóra ma odmienne cechy. Na przykład strefa T (czoło, nos, broda) może być tłusta, a reszta twarzy sucha lub normalna. Wymaga to odpowiedniej pielęgnacji, by zrównoważyć różnice między strefami.

Dodatkowo wyróżniamy jeszcze inne typy cery, w zależności od konkretnych potrzeb.

➔ Cera wrażliwa jest podatna na podrażnienia, w wyniku których pojawiają się zaczerwienienia i uczucie pieczenia. Wymaga delikatnej pielęgnacji i unikania substancji drażniących.

➔ Cera trądzikowa z wypryskami, zaskórnikami i stanami zapalnymi. Potrzebuje specjalnej opieki, w tym stosowania produktów leczniczych.

Typy skóry mogą się łączyć, np. cera mieszaną może być jednocześnie wrażliwa, a cera trądzikowa – skłonna do podrażnień. Dlatego pielęgnacja skóry powinna być dostosowana do indywidualnych potrzeb.

Znajomość rodzaju skóry pacjenta jest ważna, ponieważ pozwala farmaceutom na odpowiednie rekomendacje metod pielęgnacji i właściwy dobór produktów kosmetycznych.

Prawidłowa pielęgnacja skóry

Skóra jest pierwszą linią obrony przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi, takimi jak promieniowanie UV czy zanieczyszczenia. Prawidłowa pielęgnacja pomaga w ochronie przed ich wpływem. Dzięki niej skóra jest mniej podatna na infekcje, stany zapalne i inne problemy dermatologiczne. Pielęgnacja może pomóc w utrzymaniu jędrności, elastyczności i zdrowego koloru skóry, a to z kolei pozytywnie wpływa na pewność siebie i samopoczucie.

Ogólne wskazówki dotyczące pielęgnacji skóry:

- ➔ Codzienna higiena – oczyszczanie twarzy delikatnym, łagodnym żelem lub pianką odpowiednimi do rodzaju cery rano, wieczorem i po intensywnym wysiłku fizycznym. Przypomnij pacjentom o unikaniu mydła, które może przesuszać skórę.
- ➔ Używanie toniku lub mgiełki, które pomogą przywrócić pH skóry twarzy i przygotują do aplikacji innych produktów.
- ➔ Nawilżanie – jest kluczowe, niezależnie od rodzaju cery. Należy dobrać krem nawilżający odpowiednio do rodzaju cery twarzy: skóra sucha wymaga bogatszej formuły, a tłusta – produktów o lekkiej konsystencji.
- ➔ Ochrona przeciwsłoneczna – promieniowanie UV jest szkodliwe dla skóry i może przyspieszać proces starzenia, dlatego należy stosować krem z filtrem SPF o odpowiednim współczynniku ochrony nawet w dni pochmurne.
- ➔ Unikanie długotrwałego działania słońca – zwłaszcza w godzinach największego nasłonecznienia (10.00–16.00). Prócz stosowania kremu z filtrem warto nosić okulary przeciwsłoneczne, kapelusz i odzież ochronną.
- ➔ Zdrowa dieta – bogata w owoce, warzywa, białko, tłuszcze i wodę. Polec pacjentom, aby koncentrowali się na antyoksydantach, które pomagają zwalczać wolne rodniki.
- ➔ Unikanie palenia i nadmiernego spożycia alkoholu.
- ➔ Higiena snu – przynajmniej 7–8 godzin na dobę.
- ➔ Regularna pielęgnacja i odpowiednio dobrane produkty, takie jak serum, kremy przeciwstarzeniowe czy specjalne preparaty na problemy skórne (np. trądzik).
- ➔ Demakijaż przed snem – zapobiega zatykaniu porów i chroni przed problemami skórnymi.
- ➔ Unikanie dotykania twarzy brudnymi rękoma – może to wprowadzać bakterie na skórę i skutkować powstawaniem wyprysków.
- ➔ Regularne wizyty u dermatologa w przypadku osób zmagających się z poważnymi problemami skórnymi. Lekarz może zalecić specjalistyczne zabiegi lub produkty.

Przypominaj pacjentom, że pielęgnacja powinna być dostosowana do indywidualnego typu cery i jej potrzeb. Polec konsultację z dermatologiem lub kosmetykiem.

Wsparcie skóry trądzikowej:

⇒ Delikatne oczyszczanie:

- polecaj łagodne środki myjące bez mydła lub mydła o niskim pH, aby nie przesuszać skóry;
- przypomnij o delikatnym myciu twarzy dłońmi i nieużywaniu zbyt gorącej wody, która może podrażniać skórę.

⇒ Unikanie produktów z alkoholem – mogą wysuszać i podrażniać skórę.

⇒ Stosowanie produktów przeciwtrądzikowych:

- polecaj produkty zawierające składniki aktywne, takie jak kwas salicylowy, kwas glikolowy lub benzoesan peroksynu, które pomagają w oczyszczeniu porów i redukcji trądziku;
- przypomnij o stosowaniu preparatów zgodnie z zaleceniami

dermatologa lub wskazówkami na opakowaniu.

⇒ Unikanie wyciskania pryszczy i zaskórników – prowadzi do powikłań i blizn.

⇒ Nawilżanie skóry:

- polecaj kremy bez dodatku olejów lub na bazie żelu;
- przypomnij, że nawilżenie pomaga w utrzymaniu równowagi skóry i zmniejsza ryzyko nadmiernego wydzielania sebum.

⇒ Ochrona przeciwsłoneczna:

- polecaj stosowanie kremu z filtrem SPF o odpowiednim współczynniku ochrony, aby uniknąć podrażnień i przeciwdziałać pogorszeniu stanu trądzikowego skóry.

⇒ Unikanie kosmetyków komedogennych, które zatykają pory.

⇒ Zdrowa dieta i nawodnienie:

- unikanie spożywania jedzenia o wysokim indeksie glikemicznym i ograniczenie w diecie produktów mlecznych, które mogą wpływać na trądzik;
- picie odpowiedniej ilości wody, aby utrzymać skórę nawodnioną.

⇒ Regularne wizyty u dermatologa:

- poleć konsultację się z dermatologiem w celu dostosowania planu leczenia;
- lekarz może przepisać leki przeciwtrądzikowe lub zalecić procedury kosmetyczne.

Przypomnij pacjentom, że efekty pielęgnacji skóry trądzikowej mogą być widoczne dopiero po pewnym czasie, więc ważna jest cierpliwość i konsekwencja.

Wsparcie skóry wrażliwej:

⇒ Delikatne produkty do pielęgnacji:

- polecaj łagodne żele lub pianki do mycia twarzy, które nie zawierają silnych detergentów ani substancji drażniących;
- przypomnij o unikaniu produktów myjących o intensywnym zapachu lub zawierających sztuczne barwniki.

⇒ Ograniczenie ekspozycję na skrajne warunki atmosferyczne:

- w zimie przypomnij o stosowaniu kremów ochronnych oraz ochronie przed wiatrem i zimnem;
- w lecie o unikaniu długotrwałego nasłonecznienia i używaniu kremów z filtrem SPF.

⇒ Unikanie substancji drażniących:

- nie polecaj kosmetyków i produktów do pielęgnacji skóry zawierających alkohol, olejki eteryczne, parabeny i inne potencjalnie drażniące składniki;
- zwracaj uwagę na produkty

oznaczone jako „hipoalergiczne” lub „dla skóry wrażliwej”.

⇒ Testowanie nowych produktów:

- przypomnij, że przed nałożeniem nowego produktu na całą twarz należy przetestować go na małym obszarze, aby sprawdzić, czy nie wywołuje reakcji alergicznych.

⇒ Unikanie gorącej wody:

- przypomnij, że mycie twarzy gorącą wodą może prowadzić do podrażnień i przesuszenia skóry. Do mycia twarzy należy używać letniej wody.

⇒ Regularne nawilżanie:

- polecaj lekkie kremy nawilżające bezpieczne dla skóry wrażliwej, aby utrzymać odpowiednią wilgotność skóry;
- przypomnij, że zawartość kwasu hialuronowego lub ceramidów może być korzystna.

⇒ Ograniczenie eksfoliacji:

- nie polecaj agresywnego peelingu ani eksfoliacji, która może

uszkodzić delikatną barierę skórną;

- jeśli pacjenci chcą stosować peelingi, rekomenduj delikatne produkty i zwróć uwagę na częstotliwość używania.

⇒ Stosowanie zdrowej diety bogatej w owoce, warzywa, zdrowe tłuszcze i wodę:

- przypomnij o unikaniu pikantnej żywności, która może powodować rumień i podrażnienia.

⇒ Ochrona przeciwsłoneczna:

- polecaj kremy z filtrem o wysokim SPF, szczególnie w okresie letnim.

⇒ Unikanie stresu – może wpływać na stan skóry wrażliwej:

- polecaj praktyki relaksacyjne, takie jak joga lub medytacja.

Przypomnij pacjentom, że dbanie o skórę wrażliwą wymaga wybierania produktów oraz strategii pielęgnacyjnych, które minimalizują podrażnienia i uczucie dyskomfortu.

Składniki zwarte w kosmetykach

W dzisiejszym świecie mamy szeroki dostęp do różnych produktów kosmetycznych, dlatego warto zwracać uwagę na skład produktów do pielęgnacji – mają one ogromne znaczenie dla skuteczności i bezpieczeństwa stosowania.

- ⇒ Bezpieczeństwo – istotne, aby produkty nie zawierały szkodliwych substancji chemicznych, które mogą wywoływać reakcje alergiczne, podrażnienia lub inne problemy skórne.
- ⇒ Skuteczność – produkty z odpowiednimi składnikami pozwolą osiągnąć lepsze efekty w pielęgnacji skóry, włosów czy paznokci; np. preparaty zawierające kwas hialuronowy lub witaminę C mogą pomóc w nawilżeniu i poprawie elastyczności skóry twarzy.
- ⇒ Składniki naturalne vs. chemiczne – obecnie wiele osób preferuje kosmetyki oparte na składnikach naturalnych, ponieważ uważa się, że są one bardziej bezpieczne i przyjazne dla środowiska. Warto pamiętać, że nie wszystkie substancje chemiczne są szkodliwe, tak jak nie wszystkie składniki naturalne są bezpieczne dla każdego typu skóry. Na przykład składniki pochodzenia roślinnego i zioła mogą podrażniać wrażliwą cerę.
- ⇒ Etyka i środowisko – coraz więcej konsumentów zwraca uwagę na etykę producentów kosmetyków i ich wpływ na środowisko. Wybieranie produktów firm, które dbają o zrównoważony rozwój, recykling opakowań i ograniczenie testów na zwierzętach, może pomóc w promowaniu bardziej odpowiedzialnego podejścia do kosmetyków.
- ⇒ Unikanie alergii i podrażnień – każda skóra jest inna, dlatego ważne jest, aby pacjenci wiedzieli, na które składniki są uczuleni lub które mogą podrażniać ich skórę.



Najlepsze składniki kosmetyczne dla skóry trądzikowej:

- ⇒ Ekstrakt z szalwii
 - pomaga kontrolować nadmierne wydzielanie sebum,
 - zmniejsza ryzyko powstawania niedoskonałości.
- ⇒ Niacynamid (witamina B3)
 - ma właściwości przeciwzapalne i pomaga w zmniejszeniu trądziku,
 - poprawia funkcje barierowe skóry i zwiększa odporność skóry na infekcje,
 - pomaga w wygładzeniu skóry.
- ⇒ Ekstrakt z liści zielonej herbaty
 - posiada właściwości przeciwzapalne i antyoksydacyjne,
 - pomaga chronić skórę przed szkodliwym wpływem czynników zewnętrznych, takich jak promieniowanie UV i zanieczyszczenia powietrza.
- ⇒ Glukonolakton
 - to łagodny kwas, który pomaga w delikatnym złuszczeniu naskórka i poprawie tekstury skóry,
 - doskonały składnik dla osób, które szukają delikatnych metod peelingu.
- ⇒ Ekstrakt z owoców jałowca pospolitego
 - ma działanie przeciwzapalne i antybakteryjne,
 - może przyspieszyć gojenie się skóry.
- ⇒ Kwas migdałowy
 - pomaga w złuszczeniu martwych komórek skóry i pozbyciu się nadmiaru zaskórników,
 - może poprawić teksturę cery.

Najlepsze składniki kosmetyczne dla skóry wrażliwej:

- ⇒ Ekstrakt z nagietka lekarskiego
 - ma właściwości przeciwzapalne i łagodzące,
 - może pomóc złagodzić podrażnienia i zaczerwienienia, przynosząc ulgę podrażnionej skórze.
- ⇒ Sok z aloesu
 - łagodzi podrażnienia i nawilża skórę,
 - pomaga przywrócić jej równowagę i redukuje zaczerwienienia.
- ⇒ Alantoina
 - ma właściwości łagodzące,
 - pomaga w regeneracji i gojeniu ran.
- ⇒ Trehaloza
 - nawilża skórę i chroni ją przed utratą wilgoci.

Podsumowanie

Pielęgnacja to klucz do zachowania zdrowia i atrakcyjnego wyglądu skóry. Proces ten wymaga stałego zaangażowania, cierpliwości i regularności. Najważniejszy jest wybór odpowiednich składników w kosmetykach. Dobrze dobrane produkty mogą poprawić efekty pielęgnacyjne, jednocześnie minimalizując ryzyko alergii i wystąpienia innych problemów skórnych. Ważne jest także wybieranie produktów od odpowiedzialnych producentów, co przyczynia się do ochrony środowiska i wspierania etycznych standardów w branży kosmetycznej. Pielęgnacja skóry to nie tylko troska o siebie, lecz także o nasze otoczenie i społeczność.

O lekach i farmakoterapiach



Polekowe uszkodzenia układu moczowego i gospodarki elektrolitowej



Magdalena Markowicz-Piasecka
dr hab. n. farm. prof. uczelni
Uniwersytet Medyczny w Łodzi

Niepożądane działania leków mogą dotyczyć wielu tkanek i narządów, w tym także nerek. Te główne narządy wydalające leki są narażone na bezpośredni kontakt nie tylko ze związkami sensu stricto nefrotoksycznymi, lecz także z wieloma innymi substancjami mogącymi je uszkadzać na skutek działania różnych mechanizmów.

Nerki są narządem szczególnie podatnym na uszkodzenia po-
lekowe, co jest uwarunkowane
ich funkcją detoksykacyjną i filtracyjną. Komórki śródłonka naczyniowego nerek są wielokrotnie bardziej narażone na kontakt ze składnikami krwi niż komórki innych narządów. Mechanizm toksycznego oddziaływania leków na nerki może polegać m.in. na uszkodzeniu błony komórek cewkowych, zaburzeniu ukrwienia nerek oraz upośledzeniu drożności cewek nerkowych.

Czynniki ryzyka uszkodzenia nerek przez leki

Czynniki ryzyka polekowego uszkodzenia nerek są zależne od pacjenta i towarzyszących im stanów fizjologicznych lub patologicznych. Wśród tych czynników bardzo ważny jest podeszły wiek, który może powodować często zaburzenia funkcji nerek pod postacią obniżenia przepływu krwi przez nerki, wielkości filtracji kłębuszkowej oraz upośledzenia czynności cewek nerkowych. Dodatkowo, u starszych pacjentów pojawiają się czynniki, takie jak: niewydolność wątroby, skłonności do odwadniania, czy też niedobory głównych jonów.

Druga grupa czynników prowadzących do nefrotoksyczności leków jest związana w sposób bezpośredni z fizjologicznymi i biochemicznymi uwarunkowaniami ich funkcjonowania. Czynniki te zostały przedstawione w Tabeli 1.

Ponadto, czynnikami ryzyka sprzyjającymi powstawaniu lub nasileniu nefropatii polekowej są duże dawki i częste podawanie leku oraz jednoczesne stosowanie innych, nefrotoksycznych substancji leczniczych.

Leki mogą powodować także niewydolność nerek także w sposób pośredni, gdy w wyniku ich stosowania powstają czynniki nefrotoksyczne.

Schemat 1. przedstawia rodzaje uszkodzeń układu moczowego powstałych w następstwie działań niepożądanych leków.



Tabela 1. Czynniki ryzyka nefrotoksyczności leków

Czynniki ryzyka nefrotoksyczności leków	
Zależne od pacjenta	Zależne od samych nerek
➤ podeszły wiek ➤ wcześniejsze choroby nerek ➤ upośledzenie funkcji wydalniczej nerek ➤ niewydolność wątroby ➤ niewydolność serca ➤ współistnienie zakażenia (posocznica) ➤ odwodnienie ➤ niedobory sodu, potasu, wapnia i/lub magnezu	➤ duży przepływ krwi (25% rzutu serca) ➤ duża aktywność metaboliczna ➤ największa powierzchnia śródłonka na masę narządu ➤ wielość systemów enzymatycznych ➤ transport przezkomórkowy i przezbłonowy ➤ zagęszczenie substancji (leków) ➤ odłączanie białek

Ostra niewydolność nerek (ONN)

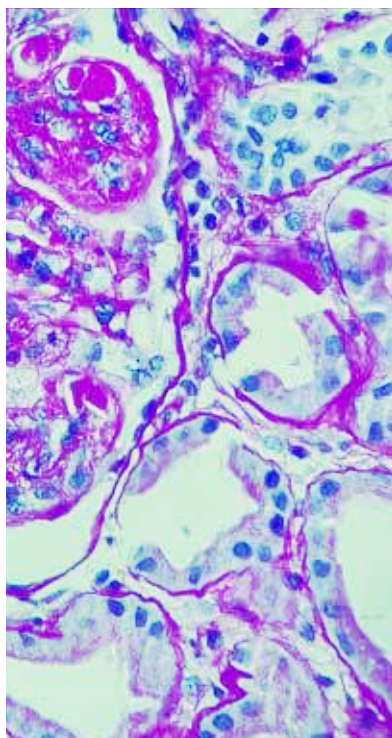
ONN to zespół chorobowy powodowany przez nagłe pogorszenie się czynności nerek. Często powodują go leki, zwłaszcza te o wysokim potencjale nefrotoksycznym. W tabeli 2 przedstawiono podstawowe mechanizmy działania leków, które mogą prowadzić do rozwoju ONN. Wśród leków

o działaniu nefrotoksycznym wymienia się powszechnie stosowane preparaty przeciwbólowe, chemioterapeutyki, immunosupresanty, a także antybiotyki.

Z uwagi na wymienione wyżej zagrożenia u pacjentów z już istniejącymi chorobami nerek należy zachować dużą ostrożność w zakresie stosowanych leków. Grupą pacjentów obarczonych zwiększonym ryzykiem

Tabela 2. Mechanizmy wywoływania ONN przez leki

Mechanizmy wywoływania ONN przez leki
1. Przednerkowa ONN NLPZ, inhibitory konwertazy, cyklosporyna, takrolimus, norepinefryna
2. Ostra martwica cewkowa Antybiotyki: aminoglikozydy, cefradyna, cefalotyna, cyklosporyna, amfoterycyna B, takrolimus, NLPZ, cisplatyna, środki kontrastowe, fludaralina, karmestyna, pentostatyna
3. Ostre cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek Antybiotyki: metycylina, ampicylina, oksacylina, cefalotyna, rifampicyna, NLPZ, allopurinol, sulfonamidy, diuretyki
4. Tubulopatia obstrukcyjna Sulfonamidy, metotreksat, metoksyfluran, głafenina, triamteren, acyklowir
5. Odczynowe zapalenie naczyń Pochodne penicyliny G, ampicylina, sulfonamidy
6. Mikroangiopatia zakrzepowa (zespół hemolityczno-mocznicowy) Mitomycyna C, cyklosporyna, takrolimus, doustne leki antykoncepcyjne, kłopidogrel, tiklopidyna
7. Zespół rozpadu guza Cytostatyki, antymetabolity i inne leki stosowane w schematach leczniczych w onkologii



powikłań polekowych są także osoby starsze, u których z wiekiem dochodzi do fizjologicznego pogorszenia funkcji nerek. Tacy pacjenci zdecydowanie powinni unikać leków nefrotoksycznych oraz stosować tylko najpotrzebniejsze leki o dobrze poznanych działaniach niepożądanych. Wskazane jest także monitorowanie funkcji nerek i stężenia leków we krwi w trakcie terapii. W niektórych postaciach ONN, takich jak ostre cewkowo-śródmiąższowe zapalenie nerek, odczynowe zapalenie naczyń, mikroangiopatia zakrzepowa czy zespół rozpadu guza niezbędne jest podjęcie typowego w takich przypadkach leczenia. Należy zwrócić uwagę, iż istnieją szczególnie nefrotoksyczne połączenia leków z różnych grup i świadomość takich połączeń powinna być przestrożą dla stosowania tego typu kombinacji terapeutycznych. W przydadku, gdy nie

Komórki śródbłonna naczyniowego nerek są wielokrotnie bardziej narażone na kontakt ze składnikami krwi niż komórki innych narządów.

ma innej możliwości terapeutycznej, należy przestrzegać zasad dotyczących dostosowywania dawki leków do stopnia upośledzenia filtracji kłębuszkowej (eGFR) oraz odpowiednio monitorować funkcje nerek w trakcie terapii. Wśród niekorzystnych połączeń, których należy unikać, znajdują się: aminoglikozydy + cefalosporyny, szczególnie z dodatkiem leku moczopędnego lub leku z grupy NLPZ, inhibitor konwertazy angiotensynowej + NLPZ + cyklosporyna lub takrolimus.

U około 10% chorych leczonych mitomycyną w dawce sumarycznej 30–100 mg/m² powierzchni ciała obserwuje się, w ostatnich 6 miesiącach terapii, niewydolność nerek z tzw. mikroangiopatyczną niedokrwistością hemolityczną.

W profilaktyce ONN odpowiedni dobór leków, w tym tych dostępnych bez recepty, pozwala uniknąć uszczerbku na zdrowiu pacjenta. Fachowa porada farmaceuty może stanowić nieocenioną pomoc w podejmowaniu przez pacjenta świadomych decyzji zakupowych, choćby w przypadku stosowania NLPZ, ponieważ leki te poprzez zmniejszenie wydzielania prostaglandyn blokują ich wewnątrznerkowe działanie hemodynamiczne i mogą być przyczyną znacznego upośledzenia funkcji nerek. Z tego względu u pacjentów z czynnikami ryzyka jako lek przeciwbólowy poleca się paracetamol.

Nefropatia cewkowo-śródmiażdżowa (C-ŚZN)

W tabeli 3 przedstawiono leki mogące powodować nefropatię cewkowo-śródmiażdżową. Większość z wymienionych leków nie tylko doprowadza do wystąpienia ostrego C-ŚZN, lecz także może spowodować rozwój przewlekłego C-ŚZN.

Przyczyną mogą być reakcje nadwrażliwości na wiele leków charakteryzujące się w obrazie morfologicznym naciekami limfocytarnymi oraz objawami ogólnoustrojowymi, do których należą: gorączka, złe samopoczucie i zmiany skórne. Śródmiażdżowe zapalenie nerek na tle nadwrażliwości może także przebiegać z tworzeniem ziarnin i prowadzić do trwałego pogorszenia czynności nerek. Ostre śródmiażdżowe zapalenie nerek może przebiegać z zespołem nerczycowym, ale występuje dopiero po wielu miesiącach leczenia, zwłaszcza u starszych kobiet.

Należy podkreślić, że objawy nefropatii cewkowo-śródmiażdżowej występują równolegle z ogólnymi objawami nadwrażliwości (swędząca wysypka, wzrost ciepłoty ciała, występowanie bólów stawowych). Spośród objawów bezpośrednio związanych z odczynem cewkowo-śródmiażdżowym ze strony nerek wymienić należy spadek ilości oddawanego moczu lub bóle w okolicy lędźwiowej.

Odstawienie leku powoduje najczęściej ustąpienie objawów C-ŚZN. Bywa jednak, że nie chcą one ustąpić i może dojść do rozwoju ostrej niewydolności nerek. Wówczas konieczne jest stosowanie sterydów (najczęściej dawki uderzeniowe – 500–1000 mg metyloprednizonu dożylnie) oraz dializoterapii.

Martwica brodawek nerkowych

Ostra polekowa niewydolność nerek może być także wywołana martwicą

brodawek nerkowych, związaną z terapią fenacetyną, kwasem acetylosalicylowym i kwasem mefenamowym.

Uszkodzenie kłębuszków nerkowych

Jest to zaburzenie wywołane stosowanymi lekami (np. diklofenak, fenylobutazon, fluorouracyl, hydralazy-na, ifosfamid, interferon gamma, kwas mefenamowy, mitomycyna, nifedypina, NLPZ, probenecyd, propyltiouracyl, ryfampicyna, sole złota). Przebiega często z zespołem nerczycowym. Pod względem morfologicznym odpowiada glomerulopatii błoniastej, rzadziej submikroskopowej.

Glomerulopatie wywołane odczynem immunologicznym

Glomerulopatie można podzielić na dwa główne odczyny mogące występować jako następstwa działań niepożądanych leków. Są to zmiany minimalne

Tabela 3. Leki mogące wywołać ostre lub przewlekłe cewkowo-śródmiażdżowe zapalenie nerek

Mechanizmy wywoływania ONN przez leki
ANTYBIOTYKI: ⇒ pochodne penicyliny: metycylina, ampicylina, penicylina, karbenicylina, oksacylina, mezlocylina, fluksacylina ⇒ cefalosporyny: cefalotyna, cefradyna, cefaleksyna, cefoksyna, cefotaksym ⇒ pochodne sulfonamidów: sulfametoksazol, kotrimoksazol ⇒ inne antybiotyki: gentamycyna, kanamycyna, wankomycyna, aztreonam, erytromycyna, azitromycyna, tetracykliny, teikoplanina LEKI PRZECIWWIRUSOWE: acyklowir, foskarnet, indawir LEKI PRZECIWGRUŻLICZE: etambutol, izoniazyd, rifampicyna LEKI PRZECIWDRGAWKOWE: diazepam, fenobarbital, fenytoina, karbamazepina, kwas walproinowy LEKI MOCZOPĘDNE: tiazydy, furosemid, triamteren, chlortalidon, indapamid INNE LEKI: allopurinol, cymetydyna, ranitydyna, azatiopryna, cyklosporyna, metyldopa, kaptopril, klofibrat, tiklopidyna, chinina, omeprazol, warfaryna, sole złota, steptokinaza

Tabela 4. Leki wywołujące zaburzenia elektrolitowe

Leki wywołujące zaburzenia elektrolitowe	
Rodzaj uszkodzenia	Leki wywołujące uszkodzenie
Zatrzymanie płynów i jonów sodowych	glikokortykosteroidy, steroidy anaboliczne, androgeny, estrogeny, rezerpina, diazoksyd, guanetydyna, klonidyna, fenylbutazon
Działanie podobne do działania hormonu antydiuretycznego	chlorpropamid, tolbutamid, karbamazepina, winkrystyna, cyklofosfamid, diuretyki tiazydowe
Nefrogenna moczówka prosta	sole litu
Hiponatriemia	cyklofosfamid, heparyna, spironolakton, niesteroidowe leki przeciwzapalne, karbamazepina
Hipokaliemia	amfoterycyna B, cisplatyna, glikokortykosteroidy, gentamycyna, lewodopa, neomycyna, nifedypina, streptozocyna, tiazydowe leki moczopędne
Hiperkaliemia	amiloryd, cyklosporyna, heparyna, kaptopryl, NLZP, spironolakton, triamteren
Hipomagnezemia	cisplatyna, cyklosporyna
Hipofosfatemia	cisplatyna, doksycyklina, ifosfamid, streptozocyna
Hipokalcemia	barbiturany, furosemid, kwas etakrynowy, neomycyna, pochodne hydantoiny
Hiperkalcemia	duże dawki estrogenów i androgenów, hiperwitaminoza D, A, sole litu, tiazydowe leki moczopędne
Hiperurikemia	cytostatyki, saluretyki, wiomycyna

lub nefropatia błoniasta. Przykładem mogą być glomerulopatie występujące w trakcie stosowania D-penicylaminy i soli złota.

Należy zwrócić jednak uwagę, że nawet kaptopril czy furosemid mogą stać się przyczyną wystąpienia odczynu w kłębuszkach nerkowych. Te leki często stosuje się właśnie u pacjentów z chorobami nerek.

Pojawianie się glomerulopatii polekowej może objawić się wystąpieniem zespołu nerczycowego. Często jednak jedyną cechą świadczącą o pojawieniu się tego powikłania może być ujawnianie się bezobjawowych zmian w moczu

pod postacią umiarkowanego białkomoczu lub krwinkomoczu. Odstawienie leku powodującego wystąpienie odczynu w kłębuszkach nerkowych powoduje najczęściej ustąpienie objawów glomerulopatii. Niekiedy jednak konieczne jest zastosowanie hormonów sterydowych.

Należy podkreślić, że leki mogą powodować niewydolność nerek także w sposób pośredni, gdy w wyniku ich stosowania powstają czynniki nefrotoksyczne. Przykładami mogą być zespół lizy guza, zespół hemolityczno-mocznicowy oraz krwotoczne zapalenie pęcherza moczowego.

Zespół lizy guza

Zaburzenia czynności nerek mogą być wywołane szybkim rozpadem dużej liczby komórek nowotworowych i wydalaniu przez nerki nadmiernej ilości produktów tego rozpadu pod wpływem stosowanej chemioterapii przeciwnowotworowej. Zespół ostrego rozpadu nowotworu występuje zwłaszcza w przebiegu leczenia przeciwnowotworowego ostrej białaczki szpikowej, chłoniaków i raka drobno-komórkowego płuca. Bezpośrednią przyczyną choroby jest wytrącanie się w nerkach kwasu moczowego, końcowego produktu przemiany puryn.



Dodatkowo w organizmie gromadzą się i są wydalone w nadmiernej ilości jony wapniowe, potasowe i fosforany. Wytrącanie się w kanalikach nerkowych kryształów kwasu moczowego lub jonów wapniowych prowadzi do nefropatii moczanowej, a gromadzenie się w organizmie moczanów, jonów wapniowych, potasowych i fosforanów grozi wystąpieniem skazy moczanowej lub poważnych zaburzeń elektrolitowych.

Zespół hemolityczno-mocznicowy

U około 10% chorych leczonych mitomycyną w dawce sumarycznej 30–100 mg/m² powierzchni ciała obserwuje się, w ostatnich 6 miesiącach terapii, niewydolność nerek z tzw. mikroangiopatyczną niedokrwistością hemolityczną. Zmiany patologiczne w nerkach występują w postaci martwicy kanalików nerkowych i ognisk martwiczych w kłębuszkach nerkowych oraz w tętniczkach, ze złogami włóknika w ścianach naczyń włosowatych.

Krwotoczne zapalenie pęcherza moczowego

Akroleina – toksyczny metabolit cyklofosfamid i ifosfamid – może być przyczyną krwotocznego zapalenia pęcherza moczowego. Częstość występowania tego powikłania zależy od dawki leku.

Drugą ważną grupą powikłań polekowych są zaburzenia gospodarki wodnej i gospodarki elektrolitowej. Są one najczęściej skutkiem działań ubocznych przy stosowaniu leków moczopędnych (tabela 4).

Pośród zaburzeń wywołanych przez grupę leków (acetaolamid, chlorotiazyd) wymienić należy przede wszystkim odwodnienie, które może prowadzić do upośledzenia wolemii i spadku wielkości filtracji kłębuszkowej. Warto zwrócić uwagę także na zmiany w gospodarce potasowej – hipo- i hiperkaliemię. Hipokaliemia występuje przy długotrwałym stosowaniu leków moczopędnych i może prowadzić wtórnie do zmian organicznych określanych mianem tubulopatii hipokaliemicznej. Hiperkaliemia może być wywołana

przez stosowanie leków moczopędnych z grupy oszczędzających potas (np. spironolakton).

Źródło:

Mroczkowska A., *Zaburzenia elektrolitowe wywołane lekami*, <https://www.aptekarzpolski.pl/wiedza/zaburzenia-elektrolitowe-wywołane-lekami/4/>, stan z dnia 31.08.2023.

Budziszewska B., *Zaburzenia metaboliczne i wodno-elektrolitowe u pacjentów z hematologicznymi chorobami nowotworowymi*, file:///C:/Users/User/Downloads/59135-156572-1-PB.pdf, stan z dnia 31.08.2023.

Witek P., *Postępy w rozpoznawaniu i leczeniu hiponatremii*, *Post Nauk Med.* 2008; 2: 75–82.

Jakubas-Kwiatkowska W., Błachowicz A., Franek E., *Hipokalcemia w praktyce klinicznej – przyczyny, objawy i leczenie*, *Chor Serca Naczyń.* 2005; 2: 232–237.

<https://www.mp.pl/pacjent/nefrologia/lista/89030,polekowe-uszkodzenia-nerek>, stan z dnia 30.08.2023.



Utrudniony dostęp do liraglutynu



Pracownicy ochrony zdrowia otrzymali komunikat dotyczący występowania trudności w dostępie do leku zawierającego liraglutynę w formie roztworu do wstrzykiwań. Informację podał – w porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych – polski przedstawiciel podmiotu odpowiedzialnego.

Liraglutynę to acylowany analog ludzkiego glukagonopodobnego peptydu-1 (GLP-1), hormonu inkrzynowego, charakteryzujący się homologią z ludzkim GLP-1 w 97%. GLP-1 nasila zależne od glukozy wydzielanie insuliny

z komórek β trzustki. Podstawowe wskazanie do stosowania leku to leczenie cukrzycy typu 2 jako uzupełnienie odpowiedniej diety i wysiłku fizycznego u dorosłych i dzieci po 10. roku życia w monoterapii, u pacjentów, u których stosowanie metforminy jest niewskazane ze względu na nietolerancję lub istniejące przeciwwskazania albo w skojarzeniu z doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi i/lub insuliną. Ze względu na możliwość stosowania liraglutynu w celu kontrolowania masy ciała u dorosłych, u których wartość wskaźnika BMI wynosi $\geq 30 \text{ kg/m}^2$ lub mieści się w zakresie $27\text{--}30 \text{ kg/m}^2$ oraz występuje przynajmniej jedna choroba współistniejąca, związana z nieprawidłową masą ciała (zaburzenia gospodarki węglowodanowej – stan przedcukrzycowy lub cukrzyca typu 2,

nadciśnienie tętnicze, dyslipidemia), nastąpił gwałtowny wzrost popytu na produkt zawierający w swoim składzie liraglutynę. Podmiot odpowiedzialny prosi o wzięcie pod rozwagę: priorytetyzacji pacjentów, którzy obecnie stosują farmakoterapię z wykorzystaniem liraglutynu, by zwiększyć szanse dostępu do już rozpoczętego leczenia i możliwie zapewnić ciągłość opieki oraz wstrzymania inicjacji nowych terapii u pacjentów, którzy do tej pory nie kontrolowali glikemii za pomocą tego leku.

Źródło:

<https://www.urpl.gov.pl/pl/victoza%C2%AE-liraglutyn-6-mgml-roztw%C3%B3r-do-wstrzykiwa%C5%84-w-fabryczynie-nape%C5%82nionym-wstrzykiwaczem-0>, stan z dnia 1.09.2023.

FDA zatwierdza nowy lek zapobiegający RSV u niemowląt i małych dzieci



RSV (ang. *respiratory syncytial virus*) to wirus wywołujący ostrą infekcję dróg oddechowych u osób w każdym wieku. Podczas gdy większość niemowląt i małych dzieci doświadcza łagodnych objawów przypominających przeziębienie, u niektórych, zwłaszcza przy pierwszej infekcji, rozwijają się choroby dolnych dróg oddechowych, takie jak zapalenie płuc i zapalenie oskrzelików (obrzęk małych dróg oddechowych w płucach), co często owocuje wizytą na oddziale ratunkowym. Wcześniaki oraz niemowlęta z przewlekłą chorobą płuc lub istotną wrodzoną wadą serca są najbardziej

nażone na ciężką chorobę wywołaną wirusem RSV.

17 lipca 2023 roku Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zatwierdziła nowy preparat o nazwie nirsevimab-alip do zapobiegania chorobie dolnych dróg oddechowych wywołanej wirusem RSV u noworodków i niemowląt urodzonych w trakcie pierwszego sezonu zakażenia wirusem RSV lub rozpoczynających jego pierwszy sezon oraz u dzieci do 24. miesiąca życia, które są podatne na ciężką chorobę wywołaną przez RSV w trakcie drugiego sezonu. Zatwierdzony lek jest przeciwciałem monoklonalnym wykazującym aktywność przeciwko wirusowi RSV. Przeciwciała monoklonalne to białka wytwarzane labora-

toryjnie, które naśladują zdolność układu odpornościowego do zwalczania patogenów, takich jak wirusy. Jedna dawka leku, podana w postaci pojedynczego wstrzyknięcia domięśniowego przed sezonem zakażenia wirusem RSV lub w jego trakcie, może zapewnić ochronę w sezonie zakażenia wirusem RSV.

Jak wskazują badania kliniczne, nirsevimab-alip jest lekiem bezpiecznym, możliwe działania niepożądane to wysypka i reakcja w miejscu wstrzyknięcia.

Źródło:

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-new-drug-prevent-rsv-babies-and-toddlers>, stan z dnia 1.09.2023.

Pierwszy doustny lek w depresji poporodowej



Depresja poporodowa (PPD) charakteryzuje się smutkiem i/lub utratą zainteresowania czynnościami, które dotychczas sprawiały przyjemność oraz zmniejszoną zdolnością odczuwania zadowolenia. Może objawiać się zaburzeniami funkcji poznawczych, uczuciem smutku lub nieadekwatności, utratą energii lub myślami samobójczymi.

Amerykańska Agencja ds. Żywności i Leków (FDA) zatwierdziła nowy lek zuranolon, pierwszy doustny lek wskazany w leczeniu depresji poporodowej

u dorosłych. PPD to poważny epizod depresyjny, który zwykle pojawia się po porodzie, ale może również rozpocząć się w późniejszych miesiącach ciąży. Do tej pory leczenie PPD było dostępne wyłącznie w postaci zastrzyku dożylnego podawanego przez pracownika służby zdrowia w wybranych placówkach opieki zdrowotnej. Skuteczność zuranolonu w leczeniu PPD u dorosłych wykazano w dwóch randomizowanych, wieloośrodkowych badaniach z podwójnie ślepą próbą, kontrolowanych placebo. Najczęstsze działania niepożądane to: senność, zawroty głowy, biegunka, zmęczenie,

zapalenie nosogardzieli i zakażenie dróg moczowych. Stosowanie leku może powodować myśli i zachowania samobójcze. Ponadto, lek może powodować uszkodzenie płodu.

Zalecana dzienna dawka leku wynosi 50 mg. Zuranolon należy przyjmować raz dziennie przez 14 dni, wieczorem, podczas posiłku bogatego w tłuszcze.

Źródło:

<https://www.fda.gov/news-events/press-announcements/fda-approves-first-oral-treatment-postpartum-depression>, stan z dnia 1.09.2023.

Projektowanie nowych cząsteczek do leczenia schizofrenii



Ze względu na złożoność schizofrenii, obecnym trendem w chemii medycznej jest projektowanie nowej jednostki chemicznej o „selektywnym” profilu wieloreceptorowym, która oddziałuje z kilkoma określonymi celami, aby uzyskać większe bezpieczeństwo i skuteczność leczenia.

Wu i in. opisali syntezę nowych pochodnych arylopiperazyny z ugrupowaniami chinolinonowymi. Jedna z otrzymanych struktur, związek z ugrupowaniem benzo[d]izotiazolowym, charakteryzowała się obiecującym profilem przeciwpsychotycznym, łączącym częściową aktywność agonistyczną wobec

receptorów D2, aktywność agonistyczną wobec receptorów 5-HT1A i aktywność antagonistyczną wobec 5-HT2A. Co ważne, związek ten nie wywierał znaczącej aktywności na cele związane z efektami ubocznymi. Badania *in vivo* wykazały, że związek ten wykazuje działanie przeciwpsychotyczne i przeciwdepresyjne oraz charakteryzuje się korzystną farmakokinetyką.

Z kolei Huang i in. przedstawili syntezę szeregu pochodnych benzoksazolo-piperydyny wykazujących powinowactwo do receptorów D2 i 5-HT1A, 5-HT2A. Jeden z tych związków charakteryzował się bardzo obiecującymi właściwościami, w tym wysokim powinowactwem do receptorów D2, 5-HT1A, 5-HT2A, 5-HT7 i $\alpha 2$ oraz niskim powinowactwem do receptorów

5-HT2C, H1 i $\alpha 1$. Wyniki te sugerują, że związek ten może być obiecującym kandydatem do dalszego rozwoju jako lek przeciwpsychotyczny.

Źródła:

Wu C, Wang Y, Yang F, Shi W, Wang Z, He L. *Synthesis and Biological Evaluation of Five-Atom-Linker- Based Aryl-piperazine Derivatives with an Atypical Antipsychotic Profile*. ChemMedChem. 2019;14:2042–51.

Huang L, Zhang W, Zhang X, Yin L, Chen B, Song J. *Synthesis and pharmacological evaluation of piperidine (piperazine) – substituted benzoxazole derivatives as multi-target antipsychotics*. Bioorg Med Chem Lett. Elsevier Ltd; 2015;25:5299–305.



Lakozamid – jeden z nowszych leków przeciwpadaczkowych



Karolina Wrąbel
mgr farm.

Padaczka jest nazywana mianem choroby społecznej, ponieważ cierpi na nią ok. 1% populacji na całym świecie. Obecnie jesteśmy w stanie kontrolować epilepsję, stosując odpowiednio dobraną farmakoterapię. Do tej pory zdarzają się jednak przypadki, w których mimo leczenia pacjenci uskarżają się na częste napady drgawek. Z tego powodu nadal poszukuje się leków o zróżnicowanych mechanizmach działania, które pozwoliłyby na poprawę skuteczności terapii.

D iagnozowanie padaczki

Padaczka jest chorobą, której charakterystycznym objawem są drgawki, przy czym należy pamiętać, że nie każde ich wystąpienie wskazuje bezpośrednio na rozwój epilepsji. Kiedy napady zaczynają się powtarzać, powinien być to sygnał alarmowy, natomiast jednokrotne pojawienie się drgawek nie jest podstawą do diagnozy tej choroby. Przykładem drgawek niezwiązanych z padaczką są drgawki pojawiające się przy podwyższonej temperaturze ciała, które nazywane są drgawkami gorączkowymi. Według Międzynarodowej Ligi Padaczkowej o wystąpieniu padaczki można mówić, gdy: 1) wystąpią przynajmniej dwa nieprovokowane napady padaczkowe w odstępie większym niż 24 godziny, 2) wystąpi jeden nieprovokowany bądź odruchowy napad padaczkowy z dużym prawdopodobieństwem wystąpienia kolejnych w ciągu 10 lat, podobnie do ryzyka nawrotu po dwóch nieprovokowanych napadach (minimum 60%), 3) nastąpi rozpoznanie zespołu padaczkowego. W celu potwierdzenia rozwoju padaczki niezbędne są wyniki badań wskazujące na charakterystyczne zmiany w zapisie EEG.

Rodzaje napadów padaczkowych

Napady padaczkowe dzielą się na uogólnione i częściowe. Te pierwsze mają swój początek w obu półkulach mózgu, te drugie pojawiają się w obrębie jednej półkuli, a nawet jedynie w określonej jej części. Napady uogólnione możemy podzielić na *grand mal* – charakteryzujące się drgawkami toniczno-klinicznymi – oraz *petit mal*, tzw. małe napady, podczas których chory traci świadomość, a skurcze mięśni szkieletowych mogą nie wystąpić. Napady częściowe możemy podzielić z kolei na złożone, w których może nastąpić utrata świadomości, oraz proste, gdy pacjent jest w pełni świadomy zaistniałej sytuacji.

Ogólna charakterystyka leków przeciwpadaczkowych

Leki przeciwpadaczkowe (LPP) obejmują podział na trzy generacje.

Dawka maksymalna lakozamidu różni się w poszczególnych rodzajach terapii: w monoterapii wynosi 600 mg na dobę, natomiast kiedy jest on stosowany jako terapia wspomagająca, pacjent może przyjąć maksymalnie 400 mg leku w ciągu doby.

Najstarszy z nich – fenobarbital (wprowadzony w 1912 r.) – zaliczany jest do leków pierwszej generacji, a najnowsze leki stosowane w tej chorobie należą do ostatniej na ten moment, trzeciej generacji. Wybór leku przeciwpadaczkowego odpowiedniego dla danego pacjenta uzależniony jest od kilku czynników. Każdy lek cechuje się innymi właściwościami farmakokinetycznymi oraz odmiennym ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych. Dodatkowo jeżeli pacjent boryka się z chorobami współistniejącymi bądź przyjmuje preparaty dostępne w aptece bez recepty, ocenie podlega również ryzyko wystąpienia istotnych klinicznie interakcji między przyjmowanymi lekami. Wiele leków przeciwpadaczkowych wchodzi w interakcje nie tylko z lekami stosowanymi w innych grupach terapeutycznych, lecz także między sobą. Taką niepożądaną interakcją jest np. połączenie kwasu walproinowego z fenytoiną. Nie każdy lek przeciwpadaczkowy będzie odpowiedni do zastosowania we wszystkich rodzajach napadów padaczkowych. Ze względu na szeroki wachlarz możliwości leczenia terapia dobierana jest indywidualnie do profilu każdego pacjenta. Leczenie rozpoczyna się od terapii jednym lekiem, a wdrożenie drugiego, wspomagającego leku przeciwdrgawkowego, a tym samym wprowadzenie politerapii, może nastąpić zazwyczaj dopiero po kolejnych nieudanych próbach monoterapii innymi substancjami leczniczymi. Nie należy odstawiać leku w sposób nagły, gdyż grozi to wystąpieniem stanu padaczkowego. Przy zmianie leku na inny preparat należy

stopniowo wycofywać stosowanie starego leku i powoli wprowadzać kolejny, okresowo zwiększając jego dawkę.

Lakozamid – ogólne informacje

Lakozamid (LC) został zaklasyfikowany jako lek trzeciej generacji, gdyż jest obecnie jednym z najnowszych leków przeciwpadaczkowych. W 2008 r. zarejestrowano go na terenie Unii Europejskiej. Mogą go stosować chorzy na padaczkę dorośli, młodzież oraz dzieci powyżej 4. roku życia. W Polsce jest to lek refundowany przez Narodowy Fundusz Zdrowia. Z powodzeniem funkcjonuje jako monoterapia, jednakże w cięższych przypadkach stosuje się go w skojarzeniu z innymi LPP.

Lakozamid występuje pod kilkoma postaciami. Najczęściej wybieraną formą leku u osób dorosłych są tabletki dostępne w kilku dawkach; można stosować go także jako roztwór doustny lub podawać doustnie. Kiedy pacjent ma problemy z połykaniem bądź podlega czasowej hospitalizacji, dobrą alternatywą dla podania doustnego jest możliwość terapii drogą doustną. Dzieci i młodzież o masie ciała mniejszej niż 50 kg przyjmują dawkę leku dobraną odpowiednio do swojej wagi; można u nich stosować roztwór doustny, np. syrop.

Terapię przeciwpadaczkową rozpoczyna się najczęściej od niskich dawek, poszukując tej odpowiedniej dla danego pacjenta, która pozwoli na optymalizację terapii. Lakozamid stosuje się najczęściej dwa razy dziennie; zwykle rano i wieczorem. Leczenie rozpoczyna się standardowo od dawki 50 mg przyjmowanej dwa razy w ciągu doby. Po około tygodniu zalecane jest dwukrotne zwiększenie dawki do wstępnej dawki terapeutycznej. Następnie, w zależności od tolerancji leku i efektów leczenia, określana jest odpowiednia dawka podtrzymująca. Dawka maksymalna lakozamidu różni się w poszczególnych rodzajach terapii: w monoterapii wynosi 600 mg na dobę, natomiast kiedy jest on stosowany jako terapia wspomagająca, pacjent może przyjąć maksymalnie 400 mg leku w ciągu doby.

Mechanizm działania lakozamidu

Istnieje kilka podstawowych mechanizmów działania leków przeciwpadaczkowych. Działanie lakozamidu jest niestandardowe w porównaniu z mechanizmami leków starszych generacji, które działają m.in. poprzez szybką blokadę kanałów jonowych. Lakozamid selektywnie wzmacnia powolną inaktywację zależnych od napięcia kanałów sodowych, dzięki czemu stabilizuje nadmierną pobudliwość błon komórkowych komórek nerwowych, nie wpływając znacząco na prawidłowo funkcjonujące neurony. Jednocześnie lakozamid nie działa poprzez szybką inaktywację napięciозależnych kanałów sodowych.

Farmakokinetyka lakozamidu

Zastosowany w formie doustnej szybko się wchłania. Można przyjmować go razem z pokarmem, który nie ma wpływu na jego działanie, co jest niekwestionowanym udogodnieniem dla pacjenta. Dodatkowo lakozamid cechuje się niewielkim ryzykiem interakcji lekowych, ponieważ w bardzo małym stopniu wiąże się z białkami (na poziomie mniejszym niż 15%). Z tego powodu jest dość często stosowany w skojarzeniu z innymi lekami przy dalszych etapach leczenia padaczki w ramach terapii wspomagającej. Charakteryzuje go również wysoka biodostępność w przypadku podania doustnego, sięgająca właściwie 100%. Jego okres półtrwania w osoczu krwi określono na około 13 godzin, natomiast szczyt stężenia w osoczu krwi po podaniu doustnym osiągany jest pomiędzy pierwszą a czwartą godziną od przyjęcia. Podczas metabolizmu leku powstaje nieaktywny *in vivo* O-demetylowany metabolit.

Pozytywnym aspektem terapii lakozamidem jest to, że do tej pory w wynikach wielu badań nie zaobserwowano, aby wchodził on w klinicznie istotne interakcje zarówno z lekami przeciwpadaczkowymi, jak i stosowanymi w przypadku innych chorób. Nie jest on ani inhibitorem, ani induktorem enzymów cytochromu p-450.

Wskazania do stosowania lakozamidu

Wskazaniami do stosowania lakozamidu jest monoterapia napadów ogniskowych oraz leczenie wspomagające napadów częściowych i częściowych wtórnie uogólnionych. Istnieją również badania sugerujące, że mógłby być stosowany do leczenia bólu w neuropatii cukrzycowej.

Możliwe działania niepożądane podczas stosowania leku

Podobnie jak każdy inny lek, lakozamid może powodować różne skutki uboczne. Najczęstszymi działaniami niepożądanymi, jakie mogą wystąpić w trakcie leczenia lakozamidem, są zawroty głowy, nudności i podwójne widzenie. Często mogą wystąpić również związane z nudnościami wymioty, a także drżenie, zaburzenia koordynacji ruchowej, szumy uszne, zaburzone widzenie, senność lub odwrotnie – bezsenność. Znacznie rzadziej występują agresja, omamy, zaburzenia psychotyczne czy euforyczny nastrój. Gdy pacjenci z neuropatią cukrzycową przyjmowali lakozamid, podczas badań u 0,5% z nich pojawiło się migotanie bądź trzepotanie przedsionków. Gdy lek był przyjmowany przez tych pacjentów w wysokich dawkach, tj. 400 mg na dobę lub więcej, zaobserwowano pojawiające się omdlenia. Co warto podkreślić, ryzyko wystąpienia powyższych działań ubocznych rosło wraz ze zwiększaniem dziennej dawki leku oraz w połączeniach z innymi lekami przeciwpadaczkowymi.

Przeciwwskazania do terapii lakozamidem

Przeciwwskazaniem do stosowania tego leku jest oprócz nadwrażliwości na substancję czynną również potwierdzony blok przedsionkowo-komorowy II lub III stopnia. Należy więc zachować szczególną ostrożność przy stosowaniu lakozamidu u pacjentów z wywiadem kardiologicznym (np. u chorych z przebytym zawałem mięśnia sercowego). Przed rozpoczęciem terapii należy też zwrócić uwagę na występowanie chorób

Lakozamid cechuje się niewielkim ryzykiem interakcji lekowych, ponieważ w bardzo małym stopniu wiąże się z białkami (na poziomie mniejszym niż 15%). Z tego powodu jest dość często stosowany w skojarzeniu z innymi lekami przy dalszych etapach leczenia padaczki w ramach terapii wspomagającej.

współistniejących, a co za tym idzie – na zażywane przez pacjenta leki, które mogą wpływać na rytm serca (a konkretnie na wydłużenie odstępu PR). Jeżeli lekarz podejmie decyzję o wdrożeniu lakozamidu do terapii pacjenta kardiologicznego, zaleca się wykonanie badania EKG przed rozpoczęciem terapii i po ustaleniu optymalnej dla pacjenta dawki, a w szczególności wtedy, kiedy jest ona dosyć wysoka. W związku z tymi informacjami zasadne jest poinformowanie pacjenta o objawach bloku przedsionkowo-komorowego, aby w razie ich wystąpienia zwrócił się po pomoc lekarską. Oprócz możliwego wpływu na układ sercowo-naczyniowy lakozamid, podobnie do innych leków przeciwpadaczkowych, może zwiększać prawdopodobieństwo zachowań samobójczych, przed czym należy przestrzec zarówno pacjenta, jak i jego najbliższą rodzinę.

Przedawkowanie leku

Kiedy dojdzie do przedawkowania leku, objawy są podobne do działań niepożądanych i obejmują głównie układ nerwowy oraz pokarmowy. Mogą pojawić się zawroty głowy, nudności, wymioty, jak również napady padaczkowe, aż do stanu padaczkowego, który stanowi bezpośrednie zagrożenie dla życia pacjenta. W niektórych przypadkach może dojść do wstrząsu, a nawet śpiączki. W wypadku przedawkowania lakozamidu nie jest dostępna swoista odtrutka. Kiedy zajdzie taka potrzeba, można zastosować hemodializę.



Oprócz możliwego wpływu na układ sercowo-naczyniowy lakozamid, podobnie do innych leków przeciwpadaczkowych, może zwiększać prawdopodobieństwo zachowań samobójczych, przed czym należy przestrzec zarówno pacjenta, jak i jego najbliższą rodzinę.

Wpływ na ciążę

Brak danych odnośnie do wpływu lakozamidu na ciążę. Jeżeli kobieta lecząca się lakozamidem zdecyduje się zająć w ciążę, należy indywidualnie rozważać korzyści płynące z dalszej terapii lekiem.

Możliwe inne kierunki działania lakozamidu – krok w przyszłość

Istnieją badania, których wyniki sugerują, że lakozamid – prócz działania przeciwdrgawkowego i terapii padaczki – mógłby być wykorzystywany również w innych jednostkach chorobowych. Badano go także pod kątem wpływu na pamięć i zastosowania w chorobie Alzheimer'a. Na podstawie wyników badania przedklinicznego Shraddha R. Bang i inni przypuszczają, iż lakozamid może działać poprzez inhibicję deacetylazy histonowej (HDAC), a jego działanie może cechować się brakiem wpływu na poziom acetylocholinoesterazy – AChE. Potrzeba więcej badań, aby potwierdzić słuszność tej hipotezy.

Lakozamid był również szeroko badany pod kątem zastosowania w bólu w neuropatii cukrzycowej. Badania potwierdziły, że w porównaniu z placebo ma on wpływ na zmniejszenie odczuwania bólu.

Źródła:

Charakterystyka Produktu Leczniczego, Lactosamide Stada 50/100/150/200 mg tabletki powlekane, stan z dnia 25.05.2023.

<https://neurologia-praktyczna.pl/a5837/Lakozamid-jako-lek-przeciwpadaczkowy-nowej-generacji.html/m305>, stan z dnia 25.05.2023.

Fisher R.S. et al., *ILAE Official Report: A practical clinical definition of epilepsy*, *Epilepsia*, 2014, 55(4), 475–482.

Miziak B., Konarzewska A., Ułamek-Kozioł U., Dudra-Jastrzębska M., Pluta R., Czuczwar S.J., *Przeciwpadaczkowe działanie leków przeciwpadaczkowych*, *Int. J. Mol. nauka* 2020, 21 (7), 2340.

Orzechowska-Juzwenko K., *Farmakologia kliniczna – znaczenie w praktyce medycznej*, Górnicki Wydawnictwo Medyczne, Wrocław 2021.

Rajtar-Cynke G., *Farmakologia*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa, wydanie III zmienione i uzupełnione, 2015, s. 132–134, 143.

Korbut R. i in., *Farmakologia*, Wydawnictwo PZWL, Warszawa, wydanie II uaktualnione i rozszerzone – drugi dodruk, 2019.

Rang H.P. i in., *Rang and Dale's pharmacology*, Elsevier, 9th edition, redakcja wydania polskiego Mirowska-

-Gruzel D., Okopień B., *Farmakologia*, Wydawnictwo Edra Urban & Partners, 2020.

Harris J.A., Murphy J.A., *Lacosamide and Epilepsy*, *CNS Neuroscience & Therapeutics*, 2011, 17(6), 678–682. doi: 10.1111/j.1755-5949.2010.00198.x.

Bang S.R., Ambavade S.D., Jagdale P.G., Adkar P.P., Wagnare A.B., Ambavade P.D., *Lacosamide reduces HDAC levels in the brain and improves memory: Potential for treatment of Alzheimer's disease*, *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 2015, 134, 65–69.

Shaibani A., Fares S., Selam J.L., Arslanian A., Simpson J., Sen D., Bongardt S., *Lacosamide in painful diabetic neuropathy: an 18-week double-blind placebo-controlled trial*, *J Pain*, 2009, 10(8), 818–828. doi: 10.1016/j.jpain.2009.01.322.

Wymer J.P., Simpson J., Sen D., Bongardt S., *Lacosamide SP742 Study Group. Efficacy and safety of lacosamide in diabetic neuropathic pain: an 18-week double-blind placebo-controlled trial of fixed-dose regimens*, *Clin J Pain*, 2009, 25(5), 376–385. doi: 10.1097/AJP.0b013e318196d2b6.

Body Immunity in Autumn

The autumn and winter period is a time when we are prone to catching colds and is sometimes the cause of more frequent respiratory infections. In order to protect ourselves against them, it is worth ensuring that our immune system is in a good condition. A balanced diet rich in vitamins and trace elements, regular physical activity and optimum amount of sleep are very important elements in combating the midwinter.

Materiał jest skróconą wersją artykułu mgr farm. Izabeli Ośródko „Jesienna odporność organizmu”, który ukazał się w poprzednim numerze. Przeczytasz go tutaj:



Tłumaczenie:
Anna Fabjańczyk-Woźniak

The immune system plays one of the most important functions, namely the protection of the body from attack by pathogens. Its effectiveness comes from the ability to recognise its own and extraneous factors, to learn and to remember. The human immune system's structures are formed already in foetal life and become fully functional after **puberty**. The elements that **comprise** the human immune system include:

- ↳ the bone marrow (B lymphocytes development starts there),
- ↳ the thymus (T lymphocytes development and selection),
- ↳ the spleen (blood antigen recognition),
- ↳ the lymph glands (lymphatic antigen recognition),
- ↳ the lymphatic tissues (associated with the mucous membranes of the skin, the digestive tract, nose and bronchi).

How does the immune system work?

The exposure of the body to a pathogen **triggers** a complex immune system response, which includes non-specific and specific mechanisms. Non-specific (or innate) immunity is the body's so called first line of defence against infections caused by environmental factors. It is activated independently of earlier contact with the pathogenic agent. Its response is rapid and effective, albeit not precise. Mast cells, macrophages, NK cells, monocytes and granulocytes, as well as, a number of protein-like compounds (e.g. lactoferrin, defensins) are all involved in non-specific immunity mechanisms.

In turn, specific (**a.k.a.** acquired) immunity is characterised by precision and selectivity due to its ability to produce immunological memory upon the first encounter with a pathogen. This repeated contact with a specific antigen induces an immune response. Specific immunity can be cellular or humoral in nature. The cell-mediated type of immunity serves to defend the organism against infections caused by microorganisms present in the body. It exists thanks to the activity of cytotoxic T cells (leading to pathogen apoptosis), as well as, helper and regulatory T cells

(inducing cytokine secretion). Humoral immunity, on the other hand, results from the activity of the B lymphocytes and the antibodies they produce, which, upon binding with an antigen, lead to its neutralisation and elimination from the body.

Preparations supporting the immune system

The autumn period is a time when the **incidence** of colds and respiratory infections increases significantly. This is due to a lower consumption of fruit and vegetables compared to the summer period, which results in a reduction of precious vitamins and antioxidants in the body. With the onset of the autumn season, patients turn to pharmacies for immune support products, with the **aim** of supplementing the diet with deficient components that can have a positive effect on the immune system. According to research, up to 41% of Poles turn to preparations of this type, and among the active ingredients, the most commonly mentioned ones are vitamin C, D3, zinc, garlic extract, fish oil and shark liver oil.

Vitamin C

Vitamin C, also known as ascorbic acid, is a glucose derivative with strong



reductive (antioxidant) properties. Linus Pauling began researching its role in the human body in the 1970s. He observed that administration of vitamin C in large doses significantly shortens the duration of an infection and **alleviates** its **course**. But despite years of clinical research, its specific mechanism has still not been identified. The beneficial effect of vitamin C, most likely comes from its pleiotropic function on human beings.

Vitamin C plays a distinctive role for neutrophils (neutrophilic granulocytes), which are a part of non-specific immunity. When stimulated, several oxidative compounds - primarily reactive forms of oxygen - are released. These compounds destroy pathogens, but are also harmful to the cells of the human body, including neutrophils themselves, and can thus impair the functions of the immune system. As a powerful antioxidant, vitamin C neutralises free radicals, thus protecting both neutrophils and the entire body from oxidative stress. Additionally, it has an immunostimulatory effect by stimulating T-lymphocyte proliferation and increasing cytokine secretion.

The human body does not have the capability to synthesise vitamin C, therefore it is essential to obtain it from

food. Acerola and **rosehip**, **peppers**, strawberries, **blackcurrants**, **parsley**, as well as, citrus fruits are a rich source of the vitamin. The alternative is to take oral preparations containing vitamin C. It has been proven that their long-term use significantly shortens the duration of the infection and reduces the risk of subsequent infections. To support immunity, an intake of 1000-2000 mg of vitamin C per day is recommended. High dose ascorbic acid therapy has been found to be safe, contrary to the popular claim that it can increase the risk of kidney stones. Excess vitamin C is eliminated through urine and diarrhoea is believed to be the only symptom of overdose. In order to avoid **diarrhoea** and ensure adequate absorption of vitamin C, it is **advisable** to use prolonged release preparations.

Vitamin D3

Vitamin D3 is a steroid-like compound which is formed in the skin under the influence of UVB radiation. Once transported to the liver, it undergoes enzymatic transformation to its active form, 1 α ,25-dihydroxycholecalciferol (calcitriol, 1,25(OH)2D3). Until recently, this compound was thought to have a function mostly in calcium homeostasis and bone metabolism. However,

attention is now turning to its much greater role in the proper functioning of the body - this is confirmed by the fact that VDR receptors, which are affected by 1,25(OH)2D3, are present in almost all human cells.

Research findings of the past three decades have proven that vitamin D3 plays a significant role in regulating the functioning of the immune system. It has been found that VDR receptors show distinctive expression in immune cells such as T and B lymphocytes, monocytes and antigen-presenting cells, i.e. macrophages and dendritic cells. Additionally, these cells possess enzymes which are capable of locally activating vitamin D3 to 1,25(OH)2D3. The role of the vitamin is to modulate immune processes such as the activation and proliferation of lymphocytes, the differentiation of Th lymphocytes and the production of antibodies and antimicrobial peptides. The active form of vitamin D3 also serves as a negative signal for the production of cytokines by macrophages, therefore weakening the enhanced immune response and can reduce the risk of autoimmune diseases.

Solar synthesis accounts for more than 80% of vitamin D3 in humans. The remaining amount is supplemented



through food, primarily in the form of fish oils and marine fish (herring, mackerel, salmon), meat, **offal** and **dairy** products. The reduced solar synthesis of vitamin D3 during the autumn period and the low intake of fish make vitamin D3 deficiency a common phenomenon among the population.

There are many research findings which suggest, that for various reasons, populations exposed to vitamin D3 deficiency are more susceptible to infections. Because of this, supplementation of this vitamin is recommended between September and April, although a year-round supplementation is recommended in the event of low exposure to sunlight (especially in people who stay mainly indoors and young children). In order to decide on an appropriate dose of vitamin D3, it is worth assessing the extent of vitamin D3 deficiency by determining the level of calcidiol (25OHD3) in the blood (recommended level 30-50 ng/ml). It has been proven that pharmacological doses of vitamin D3 are an effective measure in preventing and treating infections.

Zinc

Zinc plays an extremely important role in the proper functioning of the immune system. This microelement is a component of more than 300 enzymes including superoxide dismutase,

which plays a protective role against the damaging effects of free radicals. Zinc is essential for the morphological integrity of the thymus gland and its normal secretory functions. Thymulin which is produced by the thymus gland is a particularly important hormone that, once activated in the presence of zinc ions, regulates the T-lymphocyte maturation and its functioning in the blood. It has been shown that zinc deficiency leads to the atrophy of the thymus gland and consequently to a disturbance in the production of lymphocytes. Furthermore, it contributes to a reduced ability of the macrophages to phagocytose, reduced chemotaxis of neutrophils and a lack of balance between Th1 and Th2 lymphocytes. Zinc is supplied to the body through food, and to a lesser extent through the respiratory system and the skin. Foods rich in zinc include plant-based products such as dark bread, legumes, buckwheat groats and nuts (but these contain phytates which limit zinc absorption). Zinc found in animal products such as **rennet cheese**, meat, eggs, oysters and fish is much better absorbed. Too much sugar in the diet, high calcium and iron intake, as well as, gastrointestinal diseases with poor intestinal absorption can also impair zinc absorption. Concentration of zinc in

plasma can also decrease in response to infections, and therefore this can easily lead to zinc deficiency in the body.

In order to prevent zinc deficiency and to take care of the immune system, it is worth supplementing zinc. It has been proven that long-term zinc intake (more than 5 months) prevents upper respiratory tract infections and that taking zinc during the first 48 hours of an infection greatly reduces its duration. No specific recommended dose of zinc as a prophylactic has yet been specified, but the dose of 20 mg per day is most commonly used. A dosage of 15 mg zinc three times a day is also observed.

Zinc is considered to be a low-toxic element and the human body can tolerate relatively high doses (according to the WHO, the maximum intake is 45 mg per day). It is worth mentioning here that long-term zinc supplementation can lead to copper deficiency in the body (both elements compete during the absorption phase), which negatively impacts the immune process and increases **susceptibility** to infections.

Fish oil and shark liver oil

Fish oil, which is a liquid fat extracted from the liver of fish from the cod family, contains a large amount of essential unsaturated fatty acids

of the omega-3 group (EFAs, mainly EPA and DHA). These acids determine the anti-inflammatory quality of cod liver oil, and thanks to the presence of vitamins A, D and E, this product contributes to the proper functioning of the immune system.

Shark liver oil which is often confused with cod liver oil has a slightly different composition. Similarly to fish oil, it contains EFAs from the omega-3 group and vitamins A and D. It is also the richest source of squalene, which conditions the functioning and regeneration of immune cells, as well as, vitamin D synthesis and protects against free radicals. It also contains alkylglycerols that are compounds which prevent viral and bacterial infections.

It should be noted that fish oil and shark liver oil should not be used simultaneously because this can lead to an overdose of vitamin A. Instead, taking them alternatively is recommended.

Garlic

Garlic owes its immune system-stimulating properties to its high levels of allicin. This compound is considered a natural antibiotic, which additionally has antifungal, anti-inflammatory, anti-atherosclerotic, blood pressure and blood glucose reducing properties. Garlic stimulates the activity of the immune system by activating NK cells, enhancing macrophage phagocytosis and the cytokine response of T cells. During the autumn and winter period, it is a good idea to supplement your diet with garlic - be it in the form of fresh cloves or in the form of ready-to-use oral preparations.

Other elements supporting the immune system

Preparations used to strengthen immunity are typically characterised by a varying composition. Apart from the above-mentioned ingredients, they also contain:

- **echinacea extract** – stimulating T-lymphocyte activity, phagocytosis

and pathogen elimination via macrophages and granulocytes

- **ginseng extract** – enhancing T-lymphocyte proliferation, the phagocytic potential of the macrophages and neutrophils and activating NK cells
- **elderberry** flower and fruit extract – having antiviral, anti-inflammatory and immune-strengthening properties
- **astragalus** extract – having immunomodulatory and antioxidant properties
- **propolis** – a potent antioxidant, anti-inflammatory, antimicrobial and immune system-stimulating ingredient
- **vitamin A** – which ensures the integrity of mucous membranes

and prevents the invasion of microorganisms, conditions the maturation and differentiation of immune cells and reduces inflammation

- **Vitamin E** – which is a powerful antioxidant and regulator of Th lymphocyte activity
- **selenium** – a component of antioxidant enzymes that also stimulates T lymphocyte development, NK cell activity and the antigen response
- **iron** – affecting the proliferation and activation of lymphocytes
- **N-acetylcysteine** – which boosts the production of antioxidant glutathione, reduces the risk of infection and prevents autoimmune diseases

Słowniczek:

advisable – wskazany
aim – cel
a.k.a. – skrót od: also known as
astragalus – traganek
blackcurrant – czarna porzeczka
capability – zdolność
comprise – obejmować, zawierać
course – przebieg
diarrhoea – biegunka
dairy – nabiał
elderberry – dziki bez
incidence – częstość (występowania)
offal – podroby
parsley – natka pietruszki
pepper – papryka
prone (to) – podatny (na)
puberty – dojrzewanie płciowe
rennet cheese – ser podpuszczkowy
rosehip – dzika róża
susceptibility – podatność; susceptible (to) – podatny (na)
trigger – uruchomić, wywołać

Zatroszczyć się o siebie

Rozmowa z Anną Ukalską, psychoterapeutką, trenerką HR

Rozmawiała: Marzena Korosteńska



Anna Ukalska – psycholożka, psychoterapeutka, mentorka, trenerka biznesu i konsultantka kariery. Pracuje w podejściu integracyjnym ze szczególnym uwzględnieniem nurtu Gestalt, technik behawioralno-poznawczych oraz modelu IFS. Absolwentka psychologii KUL-u i Zarządzania Zasobami Ludzkimi na WSPiA w Lublinie, a także kursów coachingu i mentoringu w Coach Wise Poland S.A. Ukończyła Szkołę Psychoterapii INTRA w Warszawie. Doradzała międzynarodowym korporacjom, spółkom giełdowym i Skarbu Państwa oraz firmom rodzinnym, wspierając kadrę zarządzającą i liderów przy realizacji polityki personalnej. Jest współzałożycielką Fundacji WARTA UWAGI.

Farmaceuci i farmaceutki pracujący w aptekach otwartych codziennie kontaktują się z klientami. Farmaceuta to osoba zaufania publicznego, poddawana jednocześnie ogromnej presji. Ma nam doradzić wybór leku lub suplementu, sprawdzić, czy lekarz się nie pomylił, wypisując receptę, znaleźć tańszy zamiennik leku... Nie za dużo wymagań?

To zawód szczególnie. Pamiętam opowieść mojej babci, która jako kilkunastoletnia dziewczynka była zmuszona szukać pomocy dla swojej chorej mamy. Udała się do apteki do pobliskiego miasteczka i tam tę pomoc otrzymała.

Osoba funkcjonująca stale w relacjach z klientami jest dużo bardziej narażona na ryzyko wypalenia zawodowego niż ci, którzy takiego kontaktu nie mają. A przedłużający się stan wypalenia zawodowego jest niebezpieczny. Prowadzi do zaburzeń afektywnych, depresyjnych, a wtedy potrzebna jest już terapia psychologiczna, a czasem nawet farmakoterapia.

Jak można temu zjawisku zapobiec?

Poprzez zajęcie się sobą. Do nazwania tych działań często używa się zamiennie terminów, które przejęliśmy z języka angielskiego: *self-care* lub *wellbeing* albo rodzimego określenia „dobrostan”. Ja lubię termin „samotroska” i najczęściej posługuję się właśnie nim.

Wiele osób uważa, że mówienie o zajmowaniu się sobą to psychologiczna mowa-trawa, ale warto uświadomić sobie, jakie konsekwencje niesie zignorowanie potrzeb organizmu. Aby właściwie zaopiekować się sobą, trzeba się zastanowić, co mnie wspiera i co mnie buduje. Dla każdego jest to inna rzecz – aktywność fizyczna, czas z rodziną, praca w ogródku.

Ze swoimi pacjentami pracuję, tworząc „koło satysfakcji”. Polecam tę metodę, ponieważ nadaje się do samodzielnego wdrożenia w procesie dbania o siebie. Należy wyznaczyć kluczowe

sfery swego życia, a następnie nanieść je na rysunek koła. Zazwyczaj umieszcza się od 8 do 10 stref ważnych dla prowadzenia satysfakcjonującej egzystencji, np. rodzina, finanse, kariera, rozwój osobisty, relaks, przyjaciele, zdrowie, duchowość, niezależność. Głównym celem jest określenie, jak zrównoważone jest obecnie nasze życie.

Ważne jest poznanie obszaru, na który mamy wpływ, i tego, na co wpływu nie mamy. Ta świadomość przydaje się w trudnej sytuacji. Możemy wówczas unikać rzeczy, o których wiemy, że nas dodatkowo męczą lub denerwują.

W pracy farmaceuty jest to szczególnie ważne. Recepty bywają niewłaściwie wypisane, elektroniczny system NFZ potrafi się zawiesić, internet nie jest stabilny... A w dodatku klient miał trudny dzień i zachowuje się w sposób obraźliwy. Nie możemy pozwolić się tak traktować. Musimy zadbać o swój komfort.

Do radzenia sobie z trudnymi ludźmi przydaje się trening asertywności. Asertywność jest usytuowana pomiędzy agresją a uległością. Zachowujemy się łagodnie, ale stanowczo i bez lęku.

Prowadzi Pani treningi asertywności dla kadry kierowniczej dużych spółek i dyrektorów HR. Co to znaczy, że ktoś jest asertywny? Umie odmawiać?

Asertywność nie oznacza tylko umiejętności mówienia „nie”. Każdy

asertywny komunikat powinien spełniać kilka kluczowych warunków: odwołuję się do konkretnej sytuacji, mówię o sobie i swoich uczuciach, pokazuję konsekwencje, jakie dla mnie ma dana sytuacja czy zachowanie, oraz formułuję oczekiwanie lub prośbę, a w skrajnych sytuacjach – nawet żądanie. W ten sposób nie jesteśmy w stanie nikogo zranić ani nie możemy zrobić nikomu krzywdy.

Warto ćwiczyć tę umiejętność w zwykłych, codziennych sytuacjach, przygotowując się do tych szczególnie trudnych, podczas których swoje zdanie będzie trzeba wypowiedzieć wobec osób szczególnie ważnych lub w niełatwych sytuacjach w kontaktach z klientami.

Asertywność to każda opinia, zdanie, stanowisko czy punkt widzenia, który być może stoi w opozycji do świata, ale jest osobisty. Wypowiedziany w sposób zdecydowany, ale z życzliwością, bez złych intencji i próby ataku staje się asertywny.

Ale to chyba niełatwe?

Wierzę w wystarczające zasoby każdego, kto zetknie się z taką sytuacją. Mamy prawo do wyznaczania granic i ochrony siebie. Mogę powiedzieć pacjentowi, że jego zachowanie mnie boli. Najważniejsze: trzeba mówić o sobie, uświadomić rozmówcy efekt jego słów i o tym powiedzieć.

Nie można mówić: „Pan/Pani źle się zachowuje”, bo to będzie nieskuteczne. Inaczej natomiast działa powiedzenie:

Co to jest FUKO?

F jak fakt

➔ Klient oskarża mnie o zaniedbanie.

U jak uczucia

➔ W tej sytuacji jest mi przykro.

K jak konsekwencje

➔ To mnie boli.

O jak oczekiwania

➔ Mówię, że nie podoba mi się takie zachowanie i nie pozwolę się tak traktować. W sytuacji, gdy z drugiej strony widzę agresję albo krzyk, mogę powiedzieć stanowczo: „Nie życzę sobie tego” lub „Nie życzę sobie takiego zachowania”.

„Pana/Pani słowa sprawiły mi przykrość”. Umiejętność zdystansowania się jest tu niezwykle potrzebna. Warto sobie uświadomić, że to nie są historie o nas. To są historie innych ludzi, którzy przynoszą do naszego miejsca pracy swoje rozczarowania i frustracje.

Trzeba też uznać, że mamy prawo być źli czy zdenerwowani, gdy ktoś zarzuci nam nieprawidłowości, za które nie jesteśmy odpowiedzialni. Nie można udawać, że nic złego się nie dzieje, wszystko jest w porządku, nie ma co się nad sobą rozczulać i trzeba wziąć się w garść. Tak działają świetnie wykształcone mechanizmy obronne wyparcia i racjonalizacji.

Nie powinniśmy bagatelizować naszych uczuć. Uznawać, że nie warto zwracać sobie nimi głowy, przejmować się nimi czy mówić, że to nas nie dotknęło. Najczęściej nas dotknęło i to bardzo. Trzeba o tych emocjach mówić.

Dlaczego to takie ważne?

Uznane emocje tracą na sile. Zwykle w takich sytuacjach pojawia się w nas chęć wyrugowania tych „niedobrych” emocji. Zaprzeczamy frustracji czy złości. Tymczasem te emocje nie są złe. One jedynie mogą być dla nas trudne.

Zgoda na emocje, które w nas się pojawiają, jest konieczna. Jedyna metoda, żeby sobie z nimi poradzić, to dać sobie prawo do ich przeżywania, doświadczania tych niełatwych dla nas uczuć. Gdy czuję, że wybuchnę, albo jestem tak wściekła, że zaraz eksploduję, to po nazwaniu tych uczuć czuję ulgę. To rozpoznanie przynosi spokój. Nie należy się tego wstydzić czy unikać wyrażania takich uczuć.

Gdyby miała Pani zamknąć swoje porady w jednym zdaniu, to jak by to stwierdzenie brzmiało?

Rób to, co możesz, z tym, co masz. Pierwsza część tego stwierdzenia odnosi się do tego, na co mamy wpływ: „rób to, co możesz”. Druga część „z tym, co masz” odwołuje się do naszych zasobów.

11 kroków do wellbeingu według Anny Ukalskiej

1. Aktywność fizyczna

- Jak czujesz się w swoim ciele?
- Jak dbasz o swoje zdrowie?
- Czy jesteś czujny na sygnały płynące z Twojego ciała?

2. Dobry sen

- Ile dajesz sobie czasu na regenerację?
- Co przedkładaś ponad sen?
- Co staje się ważniejsze od 7 godzin bycia offline w życiu?

3. Dieta, regularne posiłki oraz post/detoks

- Na ile nagradzasz się jedzeniem za trudy codzienności?
- Na ile Twoje codzienne aktywności stają się pilniejsze od regularnych posiłków?
- Czy jesteś w stanie odmówić sobie jedzenia rzeczy, które Ci nie służą?
- Czy potrafisz zdecydować się na post/detoks, który pomoże zrobić Ci krok w głąb siebie i odnaleźć drogę do wewnętrznej wolności od materialnego przesyty?

4. Odpoczynek

- Czy potrafisz „zmarnować” czas na siebie samego?
- Czy uważasz, że jesteś wart swojego czasu?
- Które miejsce w hierarchii ważności zajmujesz Ty sam?

5. Równowaga

- Czy troszczysz się z równą uwagą o każdą część siebie?
- Czy jesteś uważny na podejmowane przez siebie aktywności, czy może skupiasz się jedynie na wyczerpujących treningach fizycznych czy eksploatowaniu siebie tylko zawodowo lub tylko w jednej roli – pracownika, matki, ojca?

6. Balans i satysfakcja w zakresie wszystkich ważnych sfer życia

- Czy czujesz satysfakcję ze sposobu, w jaki funkcjonujesz w każdej sferze swojego życia?

- Czy w równej mierze dbasz o sferę rodzinną, zawodową, finansową, rozwój osobistego, hobby, relaksu, relacji z innymi, zdrowia i kondycji fizycznej, psychicznej, duchowości?
- Czy dbasz o balans między tymi obszarami?

7. Dbanie o własne kompetencje psychologiczne i społeczne

- Czy starasz się być coraz lepszy w obszarze relacji z innymi?
- Czy dbasz o utrzymanie zdrowych, satysfakcjonujących kontaktów z ludźmi?
- Czy potrafisz słyszeć i mówić otwarcie o własnych uczuciach, opiniach?

8. Świadomość własnych praw

- Czy jesteś świadomy swoich praw i masz odwagę się o nie upominać bez poczucia bycia nie OK i bez obawy o krzywdę drugiego człowieka?

9. Praca nad poczuciem własnej wartości i samoakceptacja

- Czy starasz się pokochać siebie tak, jak na to zasługujesz?
- Czy wierzysz, że jesteś wart prawdziwej miłości, a Twoje doświadczenia z przeszłości nie determinują Twojej wartości?

10. Dobra organizacja i planowanie pracy

- Czy dbasz o swój kalendarz i sposób, w jaki planujesz swoje zadania?
- Czy potrafisz powiedzieć STOP, kiedy zadań jest zbyt wiele?
- Czy jesteś asertywny wobec osób, które przekraczają Twoje granice?

11. Pomoc specjalistyczna

- Czy masz odwagę poprosić o pomoc, kiedy staje się to potrzebne?
- Czy wierzysz, że to jest OK, gdy przyznasz, że potrzebne Ci wsparcie psychologiczne, psychoterapia, coaching, grupa wsparcia?

W wolnym czasie

SIĘ ŻYJE. KORA. BIOGRAFIA

KATARZYNA KUBISIOWSKA,
ZNAK

Jedyna taka biografia Kory Jackowskiej, jednej z najbardziej charyzmatycznych postaci polskiego rocka, wokalistki zespołu Maanam, która miała wiele twarzy. Każdy z jej najbliższego otoczenia zapamiętał ją jako inną osobę, dlatego najnowsza książka autorstwa Katarzyny Kubisiowskiej to opowieść o wyjątkowej kobiecie przedstawiona z zupełnie innej perspektywy. Powstała na podstawie niepublikowanych dotąd rozmów z najbliższymi osobami, nagrań i fotografii, tworząc nowy obraz Kory Jackowskiej.



PRZED WIELKIM WYBUCHEM

LAURA MERSINI-HOUGHTON,
PRÓSZYŃSKI I SKA

Książka opowiada o wielkiej zmianie w sposobie myślenia, jaka dokonała się w fizyce i kosmologii na początku XXI wieku – otóż nasz Wszechświat może nie być jedynym, jaki istnieje, mamy bowiem przesłanki, aby sądzić, że w rzeczywistości stanowi część wieloświata. Autorka z lekkością i płynnością zaprasza czytelnika do świata swoich naukowych fascynacji i wzbogaca opowieść elementami własnej biografii. Właśnie fragmenty dotyczące jej życiowej drogi, umiejętnie wplecione w naukowe wywody, czynią *Przed Wielkim Wybuchem* jedną z najbardziej osobistych książek popularnonaukowych, jakie kiedykolwiek napisano.

MROŻEK. BIOGRAFIA

ANNA NASIŁOWSKA,
WYDAWNICTWO LITERACKIE

Sławomir Mrożek był postacią tajemniczą. Unikał rozgłosu i rzadko udzielał wywiadów. Przez całe życie uciekał: z Krakowa do Warszawy, potem do Włoch, stamtąd do Paryża, następnie do Meksyku, ponownie do Krakowa i do Nicei. Udawało mu się długo godzić sprzeczne racje, ale kolejne kryzysy polityczne w Polsce sprawiały, że znów trzeba było układać się z historią na nowo. Nie uciekał jednak przed sobą. Nie ukrywał socrealistycznych początków własnej kariery. Był znany z nieśmiałości, jednak kobiet w jego życiu było zwykle za dużo, co powodowało pewne kolizje. Anna Nasiłowska, opierając się na materiałach źródłowych i kreśląc kontekst historyczny, wypełniła białe plamy i złożyła te pozornie niepasujące do siebie elementy w kompletną, spójną i wciągającą biografię. Wyjaśnia też tajemnicę „podwójnego debiutu” Sławomira Mrożka, przybliża postać jego pierwszej żony i rzuca nowe światło na okoliczności wyjazdu pisarza z Krakowa.



DIUNA, CZ. 2.

REŻYSERIA: DENIS VILLENEUVE

GATUNEK: SF

PLANOWANA DATA PREMIERY W POLSCE:
15 MARCA 2024 R.

W kolejnej części filmowej serii ukazany zostanie nowy rozdział w życiu Paula Atrydy, który dołącza do Fremenów, zwracając się przeciwko spiskowcom, odpowiedzialnym za upadek jego rodziny. Chłopak staje w obliczu największego z dotychczasowych wyzwań. Musi wybrać: miłość albo losy wszechświata.

**NAPOLEON**

REŻYSERIA: RIDLEY SCOTT

GATUNEK: BIOGRAFICZNY, DRAMAT

PLANOWANA DATA PREMIERY W POLSCE:
24 LISTOPADA 2023 R.

Napoleon to epicki dramat historyczny, wyreżyserowany i wyprodukowany przez Ridleya Scotta, a napisany przez Davida Scarpę. Opiera się na prawdziwej historii Napoleona Bonaparte. Przedstawia przede wszystkim dojście francuskiego przywódcy do władzy, a także jego związek z cesarową Józefiną.

PIEŚŃ ZIEMI

REŻYSERIA: MARGRETH OLIN

GATUNEK: DOKUMENT

PLANOWANA DATA PREMIERY W POLSCE:
27 PAŹDZIERNIKA 2023 R.

Reżyserka odwiedza z kamerą górskie rejony zachodniej Norwegii, by podążając śladami swoich rodziców i przodków, odpowiedzieć sobie na pytanie: skąd jestem? *Pieśń Ziemi* to spotkanie z lokalną historią, dziewiczą naturą, z nieustającym cyklem narodzin i śmierci. Opowieść rodzinna zamienia się w zapierający dech w piersiach wizualno-dźwiękowy poemat. Film odświeża przed nami świat intymny i zarazem bardzo uniwersalny.



ARKADIA, MUZEUM NARODOWE W WARSZAWIE PAŹDZIERNIK 2023 – LUTY 2024.

Na ekspozycji będzie można podziwiać dzieła sztuki od wczesnego renesansu do współczesności. Będą to przede wszystkim obiekty ze zbiorów MNW, wzbogacone obrazami z muzeów francuskich i niemieckich (m.in. Musée du Louvre; Musée d'Orsay; Schloss Charlottenburg, Berlin; Staatliche Museen zu Berlin) a także kolekcji polskich (m.in. Muzeum Łazienki Królewskie oraz Zamek Królewski na Wawelu – Państwowe Zbiory Sztuki). Nicolas Poussin, François Boucher, Claude Lorrain, Rembrandt, Antoine Watteau, Henryk Siemiradzki, Józef Mehoffer, Jacek Malczewski, Pablo Picasso to mistrzowie, których prace będzie można obejrzeć na wystawie. Uczestniczyć w niej będą także wybitni artyści współcześni: Jarosław Kozakiewicz, rzeźbiarz i projektant architektury, oraz Mirosław Bałka, światowej sławy twórca rzeźb i video-artu.



STARA KOPALNIA W WAŁBRZYCHU

Stara Kopalnia w Wałbrzychu to dawna kopalnia węgla kamiennego z podziemną trasą turystyczną, na którą składa się sieć sztolni i podziemnych chodników. Turyści podczas zwiedzania podziemi prowadzeni są przez byłych górników – dziś przewodników opowiadających o zwyczajach, anegdotach i warunkach swojej pracy. Wycieczka obejmuje podejście do przodka węglowego oraz przejście przez sztolnie i chodniki przedstawiające poszczególne stanowiska pracy i techniki górnicze.

MUZEUM WODY WE WROCŁAWIU

Wrocławskie centrum wiedzy o wodzie Hydropolis to miejsce, które za sprawą interaktywnej wystawy łączy walory edukacyjne z zabawą. W Hydropolis znajdują się dziesiątki modeli statków, łodzi i innych konstrukcji. Zobaczyć tu można i dotknąć wielu urządzeń, pomp, silników czy dźwigni.

