

Farmacja praktyczna

POLPHARMA FARMACEUTOM

Nr 5-6 (116) Maj-Czerwiec 2019 Cena: 6,70 zł

Dużo aptek, mało farmaceutów

W Polsce brakuje magistrów farmacji uprawnionych do kierowania apteką – tej luki na rynku pracy nie da się szybko wypełnić



OPIEKA FARMACEUTYCZNA

Napady migreny

Sumatryptan w zwalczaniu objawów dolegliwości

NAUKA

Znaczenie higieny brzegów powiek

Zalecenia dla pacjentów z zespołem suchego oka

PROWADZENIE APTEKI

Kontrole w aptece

Nowe uprawnienia Sanepidu i NFZ



Pyrantelum

Polpharma

tabletki

teraz dostępne bez recepty



Dowiedz się więcej na:

www.bezowsikow.pl

Pyrantelum Polpharma (Pyrantelum). Skład i postać: Każda tabletki zawiera 250 mg pyrantelu (Pyrantelum) w postaci embonianu pyrantelu (Pyranteli embonas) (720 mg). **Wskazania:** Owsica u dzieci w wieku od 6 lat i dorosłych, wywołana przez *Enterobius vermicularis*. **Dawkowanie i sposób podawania:** Dawkowanie. Dawkę tę należy powtórzyć po dwóch lub trzech tygodniach. Nie należy przekraczać zalecanej dawki leku. Ze względu na postać farmaceutyczną produkt leczniczy nie powinien być stosowany u dzieci w wieku poniżej 6 lat. Pyrantel jest dostępny na rynku także w postaci zawiesiny doustnej. Forma zawiesiny jest przeznaczona zwłaszcza dla małych dzieci, gdyż zwiększa komfort przyjmowania leku. Poniżej przedstawiono dawkowanie tabletek Pyrantelum Polpharma w zależności od masy ciała pacjenta (masa ciała /dawka jednorazowa /dawka jednorazowa [mg]): 17-28 kg /1 tabletki /250 mg; 29-39 kg /1,5 tabletki /375 mg; 40-50 kg /2 tabletki /500 mg; 51-62 kg /2,5 tabletki /625 mg; 63-75 kg /3 tabletki /750 mg. Dorośli o mc. >75 kg 4 tabletki 1 000 mg. Pacjenci z zaburzeniami czynności wątroby. U pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby można rozważyć zmniejszenie dawki, gdyż produkt leczniczy powoduje przemijające zwiększenie aktywności aminotransferazy asparaginianowej (AspAT) we krwi. Sposób podawania. Produkt stosuje się doustnie w czasie lub po posiłku popijając wodą. Przed połknięciem tabletkę należy bardzo dokładnie rozgryźć lub rozkruszyć. Nie ma konieczności stosowania środków przeczyszczających przed podaniem Pyrantelum Polpharma, 250 mg, tabletki powlekane. Uwaga: 1. W leczeniu owsicy kurację powinna jednocześnie prowadzić cała rodzina. 2. Konieczne jest rygorystyczne przestrzeganie zasad higieny. 3. Po upływie 14 dni od zakończenia leczenia należy wykonać kontrolne badania parazytologiczne. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Jednoczesne stosowanie piperazyny. Stosowanie w czasie leczenia mianstienil. **Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności:** U pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby należy zachować ostrożność i kontrolować aktywności AspAT we krwi. Może być konieczne zmniejszenie dawki. Należy zachować ostrożność podczas stosowania produktu leczniczego u pacjentów niedożywionych lub z niedokrwistością. **Działania niepożądane:** Po zastosowaniu produktu Pyrantelum Polpharma działania niepożądane nie występują często i przemijają po przerwaniu leczenia. Do określenia częstości występowania działań niepożądanych zastosowano następującą klasyfikację: bardzo często ($\geq 1/10$), często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$), niezbyt często ($\geq 1/1000$ do $< 1/100$), rzadko ($\geq 1/10000$ do $< 1/1000$), bardzo rzadko ($< 1/10000$), nieznaną (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). Zaburzenia układu nerwowego. Rzadko: bóle głowy, zawroty głowy, senność, bezsenność. Częstość nieznaną: omamy z dezorientacją, parestezje. Zaburzenia ucha i błędnika. Częstość nieznaną: zaburzenia słuchu. Zaburzenia żołądka i jelit. Rzadko: nudności, wymioty, bóle i skurcze żołądka, biegunki, brak łaknienia. Częstość nieznaną: parcie na stolec. Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych. Rzadko: przejściowe zwiększenie aktywności aminotransferaz. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej. Rzadko: wysypka. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania. Rzadko: osłabienie. Częstość nieznaną: gorączka. Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, Tel.: + 48 22 49 21 301; Faks: + 48 22 49 21 309; e-mail: ndl@urpl.gov.pl. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. **Podmiot odpowiedzialny:** Zakłady Farmaceutyczne Polpharma S.A. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu leku Pyrantelum Polpharma nr: R/2064 wydane przez MZ. Dodatkowych informacji o leku udziela: Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, tel. +48 22 364 61 00; fax: +48 22 364 61 02. www.polpharma.pl. Lek wydawany bez recepty. ChPL: 2018.12.31.



mgr farm. Barbara Misiewicz-Jagielak
Redaktor Merytoryczna
„Farmacji Praktycznej”

Barbara Misiewicz-Jagielak

Szanowni Państwo!

W lutym br. Naczelny Sąd Administracyjny uznał, że obecność magistra farmacji z prawem wykonywania zawodu – co było dotychczasowym warunkiem funkcjonowania apteki – jest niewystarczająca, by placówka mogła przyjmować pacjentów. Zgodnie z nowym orzeczeniem pieczę nad działaniem apteki sprawować powinien farmaceuta z uprawnieniami kierowniczymi. A te, w myśl obowiązujących przepisów, nabywa się po pięciu latach pracy lub po trzech, jeśli po studiach magisterskich świeżo upieczony adept farmacji zdecydował się na zrobienie odpowiedniej specjalizacji. Tymczasem z danych Głównego Urzędu Statystycznego z końca 2017 r. wynika, że farmaceutów niezbędnych do funkcjonowania apteki zgodnie z wymogami NSA jest na rynku raptem 21 tys. Jeśli zestawić te dane z liczbą działających placówek aptecznych, wnioski nasuwają się same. W Polsce brakuje magistrów farmacji, zwłaszcza tych, którzy mają uprawnienia do kierowania apteką – jest ich za mało o ok. 9-10 tysięcy. Jak wypełnić tę lukę? Co planują urzędnicy? I wreszcie, jak w tych realiach radzą sobie sami aptekarze? O tym wszystkim przeczytaj Państwo w naszym raporcie, do lektury którego serdecznie zapraszamy.



27

LAKTACJA – CO POWINNIŚMY O NIEJ WIEDZIEĆ?

Zgodnie ze współczesną wiedzą karmienie piersią jest jedynym sposobem żywienia niemowląt i małych dzieci, który zapewnia im optymalny rozwój oraz stan zdrowia

AKTUALNOŚCI

- 4 INFORMACJE
- 6 RAPORT: DUŻO APTEK, MAŁO FARMACEUTÓW
- 9 SONDA: POTRZEBUJEMY USTAWY O ZAWODZIE

PRAWO

- 10 ZAPYTAJ EKSPERTA

OPIEKA FARMACEUTYCZNA

- 14 WPŁYW SUMATRYPTANU NA POPRAWĘ JAKOŚCI ŻYCIA PACJENTÓW Z MIGRENA
- 18 HIGIENA INTYMNA A FLORA BAKTERYJNA POCHWY – JAK O NIĄ DBAĆ?
- 20 JAK LECZYĆ GRZYBICĘ STÓP?
- 22 FAKTY I MITY W LECZENIU RAN I OPARZEŃ
- 24 REHABILITACJA RUCHOWA W CHOROBIE PARKINSONA – CZ. 1
- 27 LAKTACJA – CO POWINNIŚMY O NIEJ WIEDZIEĆ?
- 30 DIETA DLA OSÓB Z DOLEGLIWOŚCIAMI ZE STRONY WĄTROBY
- 32 NYSTATYNA – CHARAKTERYSTYKA, NIEZGODNOŚCI, OBLICZENIA

PROWADZENIE APTEKI

- 36 KONTROLE W APTECE – UPRAWNIENIA SANEPIDU I NFZ

NAUKA

- 40 HIGIENA BRZEGÓW POWIEK
- 44 O ZAWAŁACH SERCA U KOBIET I MĘCZYŹN
- 49 MIEJSCA AMLODYPINY WE WSPÓŁCZESNYM LECZENIU NADCIŚNIENIA

ŻYCIE JEST PIĘKNE

- 52 PODRÓŻE: MIĘDZY CARACAS A ZIEMIĄ OGNIŚTĄ
- 54 KUCHNIA FARMACEUTYCZNA
- 56 KULTURA
- 58 KRZYŻÓWKA

FARMACJA PRAKTYCZNA®

Redaktor Merytoryczna: Barbara Misiewicz-Jagielak
Redaguje Zespół: Joanna Ordańska-Kucińska, Justyna Grudniak, Magdalena Kochańska, Marta Gawrylik, Anna Robak-Reczek, Beata Kamosińska, Katarzyna Kęska, Olga Rembowska, Dominika Petelicka, Bożenna Platos, Daniela Piotrowska, Michał Borysiuk, Marcin Lewandowski.

Na zlecenie: Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa
Wydawca: Valkea Media SA, ul. Jerzego Ficowskiego 15, 01-747 Warszawa
Redaktor naczelny: Łukasz Kuźmiński
Dyrektor projektu: Tomasz Opiela
Projekt graficzny: Krzysztof Pietrasik



Majowa lista refundacyjna

Na majowym wykazie leków refundowanych znalazły się m.in. preparaty dla chorych na białaczkę, diabetyków i pacjentów pediatrycznych – informuje serwis Rynekaptek.pl.

SŁOWA KLUCZOWE:

- lista leków refundowanych
- Ministerstwo Zdrowia
- urzędowe ceny zbytu



W nowym obwieszczeniu – jak podaje Ministerstwo Zdrowia – spadną ceny detaliczne 657 produktów leczniczych, a do 487 specyfików dopłata pacjenta będzie niższa. Według resortu zdrowia refundacją objęto m.in. preparaty stosowane w leczeniu cukrzycy oraz w leczeniu różnych postaci białaczki, a także preparat zastępujący mleko, stosowany w żywieniu niemowląt i małych dzieci. Od 1 maja br. pacjenci mają zapewniony dostęp do kolejnego rodzaju insuliny. Na listę leków refundowanych wraca preparat podawany w leczeniu ostrej białaczki limfoblastycznej. Preparat zastępujący mleko refundowany będzie w postępowaniu dietetycznym u dzieci powyżej 1. roku życia w ciężkiej alergii na białka mleka krowiego, alergii

wielopokarmowej i innych schorzeniach, w których wskazana jest dieta elementarna.

Do nowego obwieszczenia dodano 54 produkty, w tym 30 produkty lecznicze w ramach listy aptecznej, 7 – w ramach katalogu chemioterapii, 8 – w ramach programów lekowych oraz 8 wyrobów medycznych i 1 środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego w ramach listy aptecznej. Podwyższenie urzędowych cen zbytu (od 43,20 zł do 86,18 zł) nastąpiło w przypadku dwóch produktów leczniczych. Dla 271 produktów leczniczych wprowadzono obniżki urzędowych cen zbytu od 1 gr do 5406,75 zł.

ŹRÓDŁO: RYNEKAPTEK.PL

10 mln Polaków ma nadciśnienie tętnicze

Aż 10 mln dorosłych Polaków ma nadciśnienie tętnicze. Blisko 3,5 mln z nich nie wie, że zmagają się z chorobą, a tylko 2,7 mln jest skutecznie leczonych – informuje Rynekaptek.pl, powołując się na dane NFZ, który z okazji Światowego Dnia Nadciśnienia Tętniczego obchodzonego 17 maja zachęca do regularnych pomiarów ciśnienia. Święto jest okazją m.in. do tego, by edukować na temat ryzyka, jakie wiąże się z nadciśnieniem tętniczym. Bagatelizowanie go grozi ciężkimi

powikłaniami, a nawet śmiercią. Z nadciśnieniem tętniczym (NT) mamy do czynienia wówczas, gdy ciśnienie skurczowe, tzw. górne, przekracza wartość 140 mm Hg (słupka rtęci), a ciśnienie rozkurczowe, tzw. dolne przekracza 90 mm Hg. Wyróżnia się trzy stopnie nadciśnienia: pierwszy zaczyna się od 140/90 mm Hg, drugi od 160/100 mm Hg, a trzeci powyżej 180/110 mm Hg. Główne przyczyny nadciśnienia tętniczego to: niewłaściwa dieta, szczególnie bogata w tłuszcz-

ce nasycone, nadmierne spożycie soli i alkoholu, otyłość, palenie papierosów, brak ruchu i ćwiczeń fizycznych, czynniki genetyczne (dziedziczne) i stres. Szacuje się, że nawet jedna na trzy dorosłe osoby na świecie choruje na nadciśnienie tętnicze. W Polsce – jak podaje Narodowy Fundusz Zdrowia – zbyt wysokie słupki na ciśnieniu mierzu wyświetlają się aż u 10 mln osób.

ŹRÓDŁO: RYNEKAPTEK.PL

NA ZGAGĘ I NIESTRAWNOŚĆ W GRILLUJĄCEJ POLSCIE



- Łagodzenie zgagi oraz objawów niestrawności: **PEŁNOŚCI, PIECZENIA, BÓLU W GÓRNEJ CZĘŚCI BRZUCHA**
- Ranitydyna skutecznie **hamuje** wydzielanie kwasu w żołądku
- Działa **szybko** przynosząc ulgę **NA CAŁY DZIEŃ***

* Ranigast Max ChPL: 2016.01.28

Ranigast MAX (Ranitidinum). Smaż i gotuj. Każda tabletka powlekana zawiera 150 mg ranitydyny w postaci chlorowodoru (co odpowiada 108 mg ranitydyny chlorowodoru) oraz substancję pomocniczą o azowym działaniu 5-Hydroksymetylochromolę (E110). Wskazania: Objawowe leczenie dolegliwości żołądkowych i chorób organiczną przewodnictwa pokarmowego: niestrawność (dyspepsja), zgaga, nadkwasność, ból w nadbrzuszu. Biorąc pod uwagę sposób podawania i wskazania. Produkt w składzie jest w dostroju leczenia dolegliwości dyspeptycznych u pacjentów w wieku powyżej 16 lat. W przypadku wystąpienia objawów niestrawności zwykle stosuje się 1 Tabletkę 150 mg na dobę. W razie nawrotu dolegliwości można zastosować 1 Tabletkę 150 mg 2 razy na dobę. Dawkowa dawka leku nie powinna być większa niż 300 mg (2 tabletki). Produktu nie należy stosować dłużej niż 2 tygodnie. Jeśli dolegliwości nie ustępują po 2 tygodniach leczenia, należy bezwzględnie zwrócić uwagę na diagnozę. Biorąc pod uwagę wrażliwość nerek: U pacjentów z niewydolnością nerek (klirens kreatyniny mniejszy niż 50 ml/min) wydalanie ranitydyny może być zmniejszone, co może prowadzić do zwiększenia jej stężenia w surowicy krwi. Hemodializa zmniejsza stężenie ranitydyny w surowicy. U pacjentów przewlekłe dolegliwości należy podać ranitydynę w dawce 150 mg bezpośrednio po dializie. Sposób podawania. Tabletkę należy połknąć w całości, popijając niewielką ilością wody. Przeciwwskazania: Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Nie stosować u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 16 lat. Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności: Leczenie antagonistami receptora histaminowego H2, w tym m.in. ranitydyną, może maskować objawy raka żołądka i opóźniać właściwe rozpoznanie. Ranitydyna jest wydalana przez nerki, co może prowadzić do zwiększenia jej stężenia w surowicy krwi u pacjentów z niewydolnością nerek (klirens kreatyniny mniejszy niż 50 ml/min). Ranitydyna nie jest odpowiednia dla pacjentów z zaburzeniami czynności nerek posiadających bezciepłą metaboliczną. Pacjenci, którzy stosują równocześnie ranitydynę i ranitydynę powinieli być szczególnie uważni. Długość stosowania ranitydyny w podanych warunkach nie powinna przekazywać do zwiększenia ryzyka wystąpienia choroby wrzodowej. Ranitydyna chroni przed związaniem ze stosowaniem NLPZ chorób wrzodowej chorowatości, ale nie zwalnia. Istnieją realne dowody sugerujące, że ranitydyna może wyprodukować osłonę gastryczną. Długiego należy unikać stosowania produktu u pacjentów z ostrą porfirią w wywiadzie. Jeśli dolegliwości nie ustępują po 14 dniach leczenia, należy bezwzględnie zwrócić uwagę na diagnozę. Produkt nie jest wskazany do stosowania u następujących grup pacjentów bez konsultacji z lekarzem lub farmaceutą: pacjenci z zaburzeniami czynności nerek (klirens kreatyniny mniejszy niż 50 ml/min) lub wątroby, pacjenci przebywający pod kontrolą lekarską z innymi chorobami, pacjenci z innymi dolegliwościami lub stosujący leki zarówno przepisywane przez lekarza, jak i bez recepty; pacjenci w średnim wieku lub w podeszłym wieku z nowymi objawami niestrawności lub u których objawy te uległy zmniejszeniu w ostatnim czasie; pacjenci z trudnościami z przełykaniem, przewlekłym bólem brzucha lub niezamierzoną utratą masy ciała w połączeniu z objawami niestrawności. Stwierdzono, że w pewnych grupach pacjentów, jak osoby w podeszłym wieku, pacjenci z przewlekłymi chorobami płuc, z cukrzycą lub z zaburzeniami odporności może istnieć zwiększone ryzyko zachorowania na pozostające zapalenie płuc. W dużych badaniach epidemiologicznych wykazano, że ryzyko zachorowania na pozostające zapalenie płuc u osób aktualnie przyjmujących ranitydynę, w porównaniu z osobami, które przerwały leczenie, zwiększa się o 1,82 (1,26 – 2,64 przy przedziale ufności 0,95%). Produkt zawiera lak z białoskórki powalczoną (E110), która może powodować reakcje alergiczne. Działania niepożądane: Działania niepożądane obserwowane w czasie leczenia ranitydyną poklono poniżej. W wielu przypadkach nie wskazano związku przyczynowego między stosowaniem ranitydyny a wystąpieniem tych objawów. Ból głowy: niepożądane zostały skategoryzowane zgodnie z częstotą występowania: bardzo często (≥ 1/10), często (≥ 1/10), < 1/10), rzadko (≥ 1/1000, < 1/1000), bardzo rzadko (≥ 1/10 000, < 1/10 000), nieznane (nie może być określone na podstawie dostępnych danych). Zaburzenia krwi i układu chłonnego. Bardzo rzadko: Zmiany w obrębie krwi (leukopenia, trombocytopenia), zwykle przemijające. Agromocytopenia lub purpura, czasami z hemorragią lub śpiączką szpiku. Zaburzenia układu immunologicznego. Rzadko: Reakcje nadwrażliwości (podwyższona obrona naczyniowa, gorączka, świącz odrzuci, niedokrwienie i ból w klatce piersiowej). Bardzo rzadko: Wzrost anafilaktyczny. Działania występujące po pierwszej dawce. Nieznane: Duszność. Zaburzenia psychiczne. Bardzo rzadko: Przemijające stany splątania, depresja i omamy, szczególnie u pacjentów doświadczy chorych, pacjentów w podeszłym wieku i u pacjentów z neuropatią. Zaburzenia układu nerwowego. Bardzo rzadko: Bóle głowy (czasami silne), zawroty głowy i przemiłujące zaburzenia dotyczące nuchów mimicznych. Zaburzenia oka. Bardzo rzadko: Przemijające niewyraźne widzenie, prawdopodobnie w wyniku zaburzenia akomodacji oka. Zaburzenia serca. Bardzo rzadko: Tak jak w przypadku innych antagonistów receptora H2 bradykardia, tachykardia, blok przedsionkowo-komorowy. Zaburzenia naczyniowe. Bardzo rzadko: Zapalenie naczyń. Zaburzenia żołądka i jelit. Niezbyt często: Ból brzucha, zaparcia, nudności, (objawy te ustępują w czasie trwania leczenia). Bardzo rzadko: Ostre zapalenie trzustki, biegunka. Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych. Rzadko: Przemijające zmniejszenie aktywności enzymów wątrobowych. Bardzo rzadko: Zapalenie wątroby (komórkowe, kanalikowe lub mieszane) przedkłęjące z żółtaczką lub bez, zwykle przemijające. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej. Rzadko: Wyprysk skórny. Bardzo rzadko: Rumień wielopostaciowy, wyprysk wieloskórny. Zaburzenia mięśniowo-szkieletowej i tkanki łącznej. Bardzo rzadko: Bóle mięśni i bóle stawów. Zaburzenia nerek i dróg moczowych. Rzadko: Podwyższenie stężenia kreatyniny (zwłaszcza u osób z chorobami nerek, które normalizuje się w czasie trwania leczenia). Bardzo rzadko: Śródmięśniowe zapalenie nerek. Zaburzenia układu rozrodczego i płci. Bardzo rzadko: Przemijająca impotencja, ginekomastia, mlekotok. Zwiększenie podjęzycznych działań niepożądanych. Po doposażeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podjęzycznych działań niepożądanych. Niniejsza to niepełna lista działań niepożądanych. Informacje o niepełnych informacjach o stosowaniu produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podjęzyczne działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działalności Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: +48 22 49 21 301; faks: +48 22 49 21 309; e-mail: nrl@urpl.gov.pl. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. Podmiot odpowiedzialny: Zakłady Farmaceutyczne Polpharma S.A. Pozwolenie na doposażenie do obrotu nr 10191 w plansze przed MZ. Dodatkowych informacji o leku udzieli: Polpharma Białostok Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, tel.: +48 22 364 61 00; faks: +48 22 364 61 02; www.polpharma.pl. Lek wydawany bez recepty. ChPL: 2016.01.28.



Dużo aptek, mało farmaceutów

W Polsce brakuje magistrów farmacji, zwłaszcza tych, którzy mają uprawnienia do kierowania apteką – jest ich za mało o ok. 9-10 tysięcy. Tej luki na rynku pracy nie da się szybko wypełnić.



W aptece stale obecny musi być magister farmacji z prawem wykonywania zawodu, technik nie może zostać sam – to sytuacja, do której się przyzwyczailiśmy. Ale w lutym 2019 r. Naczelny Sąd Administracyjny uznał (wyrok z dnia 20.02.2019 r., sygn. III GSK 5609/19), że sam magister nie wystarczy – pieczę nad funkcjonowaniem apteki sprawować powinien farmaceuta z uprawnieniami kierowniczymi. A te nabywa się dopiero po pięciu latach pracy, albo po trzech, jeśli po studiach magisterskich (oraz oczywiście uzyskaniu prawa do wykonywania zawodu) farmaceuta zdecydował się na zrobienie specjalizacji.

Według danych Naczelnej Rady Aptekarskiej około 6 tys. farmaceutów pracujących w aptekach nie może (jeszcze) kierować apteką. Orzeczenie NSA w pewnym sensie zrównuje ich z technikami farmaceutycznymi – mimo ukończenia studiów do czasu podniesienia kwalifikacji nie są samodzielnie pracownikami.

Braki są ogromne

Spójrzmy jeszcze raz na liczbę. Magistrowie bez uprawnień kierowniczych stanowią ok. 10 procent wszystkich pracowników farmaceutycznych zatrudnionych w aptekach. Według Głównego Urzędu Statystycznego (dane z końca 2017 r.) jest ich ogółem 60,3 tys.,

JOLANTA MOLIŃSKA

dziennikarka, publikuje m.in. na łamach „Newsweeka”, „Focus’a” i Gazeta.pl



napisz do autora:
redakcja@farmacjapraktyczna.pl

W lutym 2019 r. Naczelny Sąd Administracyjny uznał, że sam magister nie wystarczy – pieczę nad funkcjonowaniem apteki sprawować powinien farmaceuta z uprawnieniami kierowniczymi

z czego mniejszość, bo 27 tys., to magistrowie farmacji. Jeśli od tej liczby odejmiemy wspomniane 6 tys., okaże się, że osób według NSA niezbędnych do funkcjonowania apteki jest na polskim rynku pracy raptem 21 tys.

Ile mamy w Polsce aptek? Ten sam raport GUS informuje o liczbie 14,7 tys., z czego ok. 100 to apteki zakładowe, 1,3 tys. – punkty apteczne, a pozostałe 13,3 tys. to apteki ogólnodostępne.

Co wynika z tych danych? Na przykład to, że jeżeli chcielibyśmy zapewnić obecność magistra farmacji z uprawnieniami kierowniczymi przez cały czas, kiedy apteka jest otwarta, każda musiałaby zatrudniać przynajmniej dwie osoby, co i tak oznaczałoby, że na czas urlopów czy zwolnień lekarskich i innych nieobecności pracowników właściciele aptek musieliby szukać zastępstw. W jeszcze trudniejszej sytuacji byłyby osoby zarządzające aptekami całodobowymi, bo w ich przypadku należałoby codziennie zapewnić kierownika dla trzech zmian...



Aby można było realizować ten „plan minimum”, na rynku musiałoby być ok. 30 tys. farmaceutów mogących pełnić funkcje kierownicze. Brakuje więc przynajmniej 9-10 tys. wykwalifikowanych pracowników.

GUS odnotowuje, że w 2017 r. o 2,3 proc. wzrosło zatrudnienie w aptekach, ale ten wzrost dotyczył liczby techników farmaceutycznych. Liczba magistrów delikatnie spada – 0,3 proc. Dane analityków wskazują, że na koniec 2018 r. ubyłoby w Polsce kilkaset aptek – mowa o zależności od raportu o około 300-400, ale najprawdopodobniej nie jest to tendencja stała. Nie można się więc spodziewać, że kadrowe braki niebawem znikną, bo rynek jakoś je wyreguluje. Tym bardziej, że – jak warto wręcz zauważyć – w niektórych województwach trudno jest zapewnić w aptekach obsadę magistrów – pomijając już to, czy mają uprawnienia kierownicze. Na przykład w Lubuskim jest 378 aptek otwartych, w których zatrudnionych jest jedynie 566 magistrów. Wynika z tego, że albo część aptek ma stosunkowo krótki czas pracy, albo na porządku dziennym są tu nadgodziny, bo sytuacje, że w aptece zostaje sam technik, byłyby niezgodne z prawem. Techników zatrudnionych w aptekach województwa lubuskiego jest 925.

Co dalej?

Co roku polskie uczelnie opuszcza ok. 1,2 tys. absolwentów farmacji (dane z 2015 r.). Nie wszyscy trafiają do ogólnodostępnych aptek – część znajduje pracę w firmach farmaceutycznych, hurtowniach, aptekach szpitalnych, czasem wyjeżdżają za granicę, stosunkowo nieliczni zostają na uczelniach w charakterze pracowników naukowych. Wiele z polskich uczelni bada losy swoich absolwentów, i tak na przykład 82,7 proc. tych, którzy ukończyli farmację na Uniwersytecie Jagiellońskim (konkretnie rocznik 2014/2015) pracuje w aptece, a 7,7 proc. w lecznictwie zamkniętym. Badane osoby nie miały raczej problemów ze znalezieniem pracy – 71 proc. zajęło to mniej niż miesiąc, choć 11 proc. szukało dłużej niż pół roku. 88,5 proc. absolwentów, którzy wypełnili ankietę, pracuje na cały etat.

JAK ROZWIĄZAĆ PROBLEMY KADROWE W APTECE?

Dzięki m.in. serwisom internetowym właściciele aptek mają szansę znaleźć tymczasowych pracowników na zastępstwo. To, że jedni potrzebują drugich, jest oczywiste. Problem w tym, że czasami trudno im na siebie trafić. ANNA GĘBSKA-MANIA, pomysłodawczyni witryny **Aptekarze.online, znalazła sposób na to, jak skomunikować ze sobą pracodawców i pracowników.**

Długo Pani zajęło dojście do tego, że potrzebna jest usługa kojarzenia właścicieli aptek z tymczasowymi pracownikami, którzy pomogą uzupełnić luki w grafiku?

Przez lata pracowałam w Wielkiej Brytanii, gdzie wielu farmaceutów współpracuje z aptekami dorywczo. I to się sprawdza. Jednocześnie śledziłam, jak sytuacja wygląda w Polsce, zresztą sama też przeszłam przez wszystkie szczeble kariery – od farmaceuty przez kierownika po właściciela. Wiem więc, że kiedy farmaceuta zamierza skorzystać z urlopu wypoczynkowego, macierzyńskiego czy choruje i jest na L-4, właściciel apteki ma kłopot. Ostatecznie luki w grafiku zapełniają często pozostali pracownicy, ale przecież i oni muszą kiedyś odpocząć. Poza tym w aptece zawsze musi być osoba, która jest po studiach. Nawet najbardziej doświadczony technik farmaceutyczny nie może pracować sam – tak stanowią przepisy. Dlatego dzwoni się do znajomych, którzy – a to mogą wspomóc tylko do 17.00, a to mają czas jedynie po 12.00. Na takie łatanie grafiku traci się sporo energii.

Szybciej będzie przez Internet. Obie strony będą też miały większy wybór. Pomysł jest prosty – czego trzeba, żeby dobrze zadziałał?

Wyszliśmy z założenia, że należy stworzyć serwis internetowy dla specjalistów. Można w nim się zalogować, tylko jeśli jest się właścicielem apteki, magistrzem farmacji lub technikiem farmaceutycznym. Potencjalni pracodawcy muszą podać numer zezwolenia na prowadzenie apteki, potencjalni pracownicy – numer prawa do wykonywania zawodu farmaceuty lub dyplomu potwierdzającego uzyskanie tytułu technika.

My nie prowadzimy rozmów kwalifikacyjnych, nie odwiedzamy aptek, żeby zweryfikować panujące w nich warunki. Kontaktujemy ze sobą strony i przypominamy, że warto na pierwsze spotkanie w aptecę zabrać dowód osobisty i dokumenty poświadczające kwalifikacje. Strony muszą się porozumieć same, ustalić warunki współpracy, podpisać umowę. W tym już nie pośredniczymy.

Czy można już na etapie wyszukiwania wyeliminować część ofert? Bo przecież farmaceuta z Kielc raczej nie weźmie zastępstwa w aptece w małym mieście na Pomorzu.

Odsianiu ofert tak, by zostały te mogące realnie zainteresować użytkownika, służą kryteria wyszukiwania. Farmaceuta może wybrać, jaki obszar go interesuje, ale też jaka stawka jest dla niego satysfakcjonująca – żeby nie tracić czasu na rozmowy, z których nic nie wyjdzie, bo oczekiwania stron się rozmiągają. Poza tym działa system ocen – pracodawcy i pracownicy, mogą się wzajemnie ocenić w skali od 1 do 5. Mogą też dodać komentarz dotyczący współpracy.

Sporym usprawnieniem jest też to, że właściciel apteki nie musi za każdym razem, kiedy potrzebuje zastępstwa, zamieszczać nowego ogłoszenia. Dzięki opcji uzupełniania grafiku zmian na portalu może jednocześnie dodawać ogłoszenia na dni z brakami kadrowymi.

Planujemy też uruchomienie kolejnych funkcjonalności – serwis ciągle się rozrasta. Na razie służy kilkuset użytkownikom, ale chcemy, żeby był atrakcyjny dla coraz większej ich liczby. Dlatego między innymi planujemy rozbudowanie profili naszych użytkowników tak, żeby mogli zamieszczać zdjęcia oraz podawać więcej informacji o sobie – przede wszystkim o doświadczeniu zawodowym, o tym, czy mają praktykę w pracy w dużych aptekach i innych aspektach, które mogą być ważne dla potencjalnych pracodawców.



ILE ZARABIA POLSKI FARMACEUTA?

Z raportu Strefy Biznesu, w którym zebrano wnioski z Ogólnopolskiego Badania Wynagrodzeń przeprowadzonego przez Sedlak & Sedlak w 2018 r., wynika, że mediana wynagrodzeń magistrów farmacji wynosi 4927 zł brutto. Na wysokość pensji bardzo duży wpływ ma region, w którym pracuje farmaceuta. Ogromne różnice widać choćby na przykładzie porównania pensji magistrów farmacji zatrudnionych w Małopolsce i na Mazowszu. Mediana to, odpowiednio, 4210 zł i 5896 zł brutto. Mazowieccy farmaceuci co miesiąc dostają prawie 1000 zł brutto więcej niż wynosi mediana ogólnopolska.



Ci, którzy zawodowo związali się z apteką, muszą przepracować 3 do 5 lat, żeby móc pełnić funkcje kierownicze. Krótszy okres obowiązuje w przypadku, gdy farmaceuta ukończy studia specjalizacyjne, ale wielu uważa je za bezzasadne. Programy kształcenia są bowiem najczęściej tak skonstruowane, że powtarzają wiedzę, którą farmaceuta już przyswoił podczas studiów magisterskich, a pomijają zagadnienia bardzo istotne z punktu widzenia kierownika apteką – zarządzanie zespołem, marketing czy finansowa strona aptecznego biznesu. Młodzi farmaceuci wprost mówią więc, że nie opłaca im się inwestowanie w takie studia. Wola więc wydłużyć czas oczekiwania na kierownicze uprawnienia.

Co zatem czeka właściciele aptek w najbliższym czasie? Pojawiły się głosy, że jeśli kontrolerzy zgodnie z orzeczeniem NSA będą wymagali kierownika na każdej zmianie, to trzeba będzie zamknąć 5 tys. aptek. Urzędnicy ministerialni zapowiadają jednak, że prawo farmaceutyczne zostanie niebawem znowelizowane w taki sposób, by jasne było, że do prawidłowego funkcjonowania apteki niezbędny jest magister farmacji. Czyli wrócimy do czasu sprzed lutowego orzeczenia NSA. Czy do tego czasu kontrolerzy wstrzymają się z nakładaniem kar na właścicieli aptek? ■

PODISKUTUJ O TYM NA FORUM!

www.farmacjap praktyczna.pl



W REAKCJI NA WYROK NSA SAMORZĄD APTEKARSKI PROponuje ZMIANY LEGISLACYJNE:

- Naczelna Rada Aptekarska w efekcie wyroku Naczelnego Sądu Administracyjnego z dnia 20 lutego 2019 r. (sygn. akt II GSK 5609/16), wobec pilnej potrzeby zmiany przepisów, wystąpiła do Ministra Zdrowia z propozycją zmiany w art. 88 ust. 4 i art. 92 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne. Potrzeba ta wynika z istotnej zmiany w orzecznictwie sądów administracyjnych, potwierdzonej przez Naczelny Sąd Administracyjny w ww. wyroku.
- W ocenie NRA wykładnia zawarta w wyroku Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z dnia 18 sierpnia 2016 r. o sygn. akt VI SA/Wa 202/16, następnie potwierdzonego w ww. wyroku NSA, odbiega istotnie od dotychczasowej, kilkunastoletniej praktyki stosowania ww. przepisów, która dopuszczała samodzielne wykonywanie usług farmaceutycznych przez każdego farmaceutę posiadającego prawo wykonywania zawodu farmaceuty.
- W ocenie NRA stosowanie przepisów art. 88 ust. 4 oraz 92 Prawa farmaceutycznego zgodnie z wykładnią zawartą w ww. wyroku WSA w Warszawie nie ma uzasadnienia merytorycznego w zakresie wymogu obecności w aptece farmaceuty ze stażem pracy określonym w art. 88 ust. 2 PF. Wykładnia taka pozbawiłaby pracy ok. 6000 młodych farmaceutów oraz pogłębiony zostałby problem zapewnienia przez apteki dyżurów w święta, soboty i niedziele.
- Zaproponowana przez NRA poprawka zakłada, że w przypadku nieobecności kierownika apteki w aptece, która trwa do 30 dni, kierownik będzie zobowiązany do upoważnienia jednego z obecnych farmaceutów do wykonywania zadań kierownika apteki. Jeżeli nieobecność będzie trwała powyżej 30 dni, to kierownik zobowiązany będzie wyznaczyć zastępcę, w trybie określonym w art. 95 ust. 4 pkt 5, spośród farmaceutów, którzy posiadają staż pracy określony w art. 88 ust. 2, tj. spośród farmaceutów posiadających co najmniej 5-letni staż pracy w aptece lub 3-letni staż pracy w aptece, w przypadku posiadania specjalizacji z zakresu farmacji aptecznej.
- Ponadto zaproponowana przez NRA zmiana w art. 92 Prawa farmaceutycznego jednoznacznie rozstrzyga, że w godzinach czynności apteki musi być w niej obecny farmaceuta uprawniony do wykonywania zawodu w aptece.

źródło: Nia.org.pl



Potrzebujemy ustawy o zawodzie

Czytelnicy „Farmacji Praktycznej” komentują wyrok Naczelnego Sądu Administracyjnego, w myśl którego apteka może funkcjonować wyłącznie wówczas, gdy obecny jest w niej farmaceuta z uprawnieniami kierowniczymi.

ŁUKASZ KUŹMIŃSKI

redaktor naczelny „Farmacji Praktycznej”

napisz do autora:
redakcja@farmacjapraktyczna.pl

mgr farm. Marzena Sikora farmaceutka z Katowic

Nie ulega wątpliwości, że dla wielu farmaceutów wyrok NSA był szokiem. Okazuje się nagle, że magister po studiach nie jest samodzielnym pracownikiem w myśl nowych urzędniczych wykładni. A przecież wszyscy wiemy, jak jest w rzeczywistości. Farmaceuci z faktycznymi uprawnieniami do samodzielnej pracy według Naczelnego Sądu Administracyjnego są przecież w zdecydowanej mniejszości i nie sposób przecież obsadzić nimi wszystkich aptek. W naszej branży od dawna mamy braki kadrowe i nie wiem, jak nasi mocodawcy chcą sobie poradzić z tą sytuacją. Jestem ciekawa, jakie rozwiązanie zasugeruje resort zdrowia? No i jak zachowają się inspektorzy farmaceutyczni kontrolujący apteki? Czy doczekamy się wcześniej jakiegoś odgórnego rozwiązania, czy też zaczną sypać się kary?

mgr farm. Piotr Kucharzewski farmaceuta z Poznania

Cóż, okazuje się, że po 5 latach studiów i półrocznym stażu nadal nie jestem samodzielnym pracownikiem apteki. W zestawieniu z technikiem farmaceutycznym, których pozycji absolutnie w tym wypadku nie umniejszam, różni mnie chyba tylko to, że mogę realizować recepty na preparaty narkotyczne. No i wciąż jeszcze nieco wyższe zarobki, choć nie wiadomo, jak w tej sytuacji sprawa się rozwinie. Obawiam się, że jeśli określona wyrokiem Naczelnego Sądu Administracyjnego sytuacja utrzyma się w mocy, atrakcyjność magistrów

Gdyby w programie studiów podyplomowych znalazły się przedmioty, które przygotowują do praktycznego prowadzenia placówki – np. wiedza z zakresu marketingu aptecznego, ekonomiki, zarządzania personelem, z chęcią ukończyłabym specjalizację

farmacji na rynku pracy mocno zmalałe. To przecież oczywiste, kogo będzie wolał zatrudnić pracodawca, mając do dyspozycji technika i absolwenta farmacji po studiach magisterskich, ale bez uprawnień kierowniczych. I tu nie ma się co obrażać, bo przecież apteka to także biznes, który, żeby móc się utrzymać, musi przynosić zyski. Od tego nie da się uciec w realiach zdrowej, wolnorynkowej rywalizacji. Ale by ta rywalizacja mogła odbywać się na sprawiedliwych zasadach, musimy mieć dobrze skonstruowane przepisy. Czy te obecne są takie? Niech na to pytanie każdy odpowie sobie we własnym zakresie.

mgr farm. Maria Grotoger farmaceutka z Warszawy

Wyrok NSA podniósł temperaturę emocji w naszej branży. Poza wszystkim uświadomił jednak, jak bardzo potrzebna jest nam wyczekiwana ustawa o zawodzie farmaceuty. Bez tego dokumentu, który powinien jasno formułować pozycję

absolwentów studiów farmaceutycznych i umocować ich kompetencje w stosownych przepisach, czeka nas organizacyjny chaos. Życzyłabym sobie i moim koleżankom i kolegom po fachu pracy w takich warunkach, gdzie przestrzeganie obowiązującego prawa nie musi być karkołomnym przedsięwzięciem. Jakie będą konsekwencje wyroku NSA? W praktyce – trudno przewidzieć. W teorii sprawa jest prosta – *dura lex, sed lex*. Czyli w myśl orzeczenia każda apteka bez właściwej obsady powinna zostać automatycznie zamknięta. W tej sytuacji jedyna pociecha to obecne braki kadrowe na rynku pracy i ogólna liczba aptek. Jeśli dojdzie do zamykania placówek, farmaceuci raczej bez problemu znajdą pracę w innych.

mgr farm. Patrycja Cichoń farmaceutka z Warszawy

Po zrobieniu magisterki nie zrobiłam specjalizacji kierowniczej. Zniechęcił mnie program studiów podyplomowych, który nie wykraczał poza to, czego dowiedziałam się już podczas 5-letnich studiów magisterskich. Przyznaję, że gdyby w programie znalazły się kierunkowe przedmioty, które przygotowują do praktycznego prowadzenia placówki – np. wiedza z zakresu marketingu aptecznego, ekonomiki, zarządzania personelem, z chęcią ukończyłabym specjalizację. Teraz okazuje się, że trzeba było zaciśnąć zęby i mimo wszystko zrobić tę podyplomówkę. Póki co, pozostaje mi czekać, aż minie mi pięć lat stażu i z automatu nabiorę uprawnień kierowniczych. Chyba, że do tego czasu coś się zmieni w obowiązujących przepisach. Mam nadzieję, że ustawa o zawodzie wyprostuje wszystkie kręte ścieżki w naszej branży. ■

PODSKOTUJĄCYM FORUM
www.farmacjapraktyczna.pl @



Zapytaj eksperta

Na pytania Czytelników naszego magazynu nadesłane na adres redakcji odpowiada Piotr Kamiński, radca prawny.



PIOTR KAMIŃSKI
radca prawny

napisz do autora:
redakcja@farmacjapraczynna.pl

Skrócenie okresu wypowiedzenia w trybie art. 36 § 6 k.p. nie zmienia sposobu rozwiązania umowy o pracę, a zwłaszcza nie zamienia wypowiedzenia w porozumienie stron. W świadectwie pracy będzie zatem wskazane, że umowa o pracę została rozwiązana w drodze wypowiedzenia.

Wypowiedzenia. Warto przy tym wiedzieć, że skrócenie okresu wypowiedzenia w trybie art. 36 § 6 k.p. nie zmienia jednak sposobu rozwiązania umowy o pracę, a zwłaszcza nie zamienia wypowiedzenia w porozumienie stron. W świadectwie pracy będzie zatem wskazane, że umowa o pracę została rozwiązana w drodze wypowiedzenia.

Jestem zatrudniony na umowę o pracę na czas określony z dwutygodniowym okresem wypowiedzenia. Niestety, pracodawca nie chce przyjąć mojego wypowiedzenia. Czy ma do tego prawo? Co mogę zrobić w takiej sytuacji?

Zgodnie z art. 32 k.p. każda ze stron może rozwiązać umowę o pracę za wypowiedzeniem. Rozwiązanie umowy o pracę następuje z upływem okresu wypowiedzenia. Stosownie zaś do art. 30 § 3 k.p. oświadczenie każdej ze stron o wypowiedzeniu wypowiedzenia powinno nastąpić na piśmie. Tego typu

Od 4 lat pracuję w oparciu o umowę o pracę. Właśnie złożyłem wypowiedzenie. Czy zgodnie z kodeksem pracy muszę pracować jeszcze kolejne trzy miesiące? Czy prawo zakłada sytuacje, w których możliwe jest skrócenie okresu wypowiedzenia umowy o pracę i w konsekwencji szybsze rozstanie z pracownikiem?

Przepisy prawa pracy zakładają możliwość skrócenia okresu wypowiedzenia. Zgodnie z art. 36 § 6 Kodeksu pracy^[1] strony mogą po dokonaniu wypowiedzenia umowy o pracę przez jedną z nich –

a więc tak jak w przedmiotowym przypadku – ustalić wcześniejszy termin rozwiązania umowy. Zależy to od woli stron, które decydują też o terminie rozwiązania umowy. Pracownik i pracodawca mogą zatem ustalić dowolny okres, po upływie którego umowa ulegnie rozwiązaniu. Warto zatem przedłożyć pracodawcy pisemną propozycję w tym zakresie, wskazując pożądaną datę rozwiązania umowy o pracę. Od akceptacji tej propozycji przez pracodawcę zależeć będzie czy okres wypowiedzenia umowy o pracę zostanie skrócony, czy też pracownik będzie zobowiązany świadczyć pracę do końca okresu



OLEOMINT[®]
Menthae piperitae aetheroleum

POCZUJ MIĘTĘ
poczuj ulgę



- **Jedyny olejek z mięty pieprzowej** w formie kapsułki dojelitowej
- Naturalny lek na **ból brzucha i wzdęcia** w stanach skurczowych jelit



Oleomint (*Menthae piperitae aetheroleum*). **Skład i postać:** Każda kapsułka dojelitowa, miękka zawiera 182 mg Mentha x piperita L., aetheroleum (miętowy olejek eteryczny). **Wskazania:** Produkt leczniczy roślinny stosowany do objawowego leczenia skurczów przewodu pokarmowego o umiarkowanym nasileniu, wzdęć i bólu brzucha, szczególnie u pacjentów z zespołem jelita drażliwego. Produkt leczniczy Oleomint jest przeznaczony do stosowania u dorosłych, młodzieży i dzieci w wieku od 8 do 12 lat. **Dawkowanie i sposób podawania:** Dawkowanie. Młodzież w wieku powyżej 12 lat, dorośli, pacjenci w podeszłym wieku: 1 do 2 kapsułek do trzech razy na dobę, zależnie od nasilenia objawów. Dzieci w wieku od 8 do 12 lat: 1 kapsułka do trzech razy na dobę. Dzieci w wieku poniżej 8 lat: nie ustalono bezpieczeństwa i skuteczności stosowania produktu Oleomint u dzieci w wieku poniżej 8 lat. Zaburzenia nerek. Nie ustalono dawkowania u pacjentów z niewydolnością nerek. Zaburzenia wątroby. Nie należy stosować produktu Oleomint u pacjentów z chorobami wątroby. Czas stosowania. Kapsułki dojelitowe należy przyjmować do chwili ustąpienia objawów, zazwyczaj przez 1 lub 2 tygodnie. Jeśli objawy utrzymują się dłużej, można kontynuować przyjmowanie produktu przez okres nie dłuższy niż 3 miesiące jednorazowej terapii. Sposób podawania. Podanie doustne. Kapsułkę należy przyjmować 30-60 minut przed posiłkiem, popijając niewielką ilością wody. Kapsułki należy połykać w całości, to znaczy nie łamać i nie rozgryzać. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na olejek miętowy lub mentol lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Przeciwwskazane u pacjentów z chorobami wątroby, zapaleniem dróg żółciowych, achlorhydrią, kamicą żółciową i innymi chorobami dróg żółciowych. **Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności:** Kapsułki należy połykać w całości, nie łamać i nie rozgryzać, ponieważ zawarty w kapsułce olejek miętowy może uwolnić się przedwcześnie, powodując miejscowe podrażnienie jamy ustnej i przełyku. U pacjentów cierpiących na zgagę lub przepuklinę rozworu przełykowego po spożyciu olejku miętowego dochodzi czasem do zaostrzenia objawów. Leczenie w tej grupie pacjentów należy przerwać. Dzieci. Nie zaleca się stosowania produktu leczniczego u dzieci w wieku poniżej 8 lat ze względu na brak wystarczającego doświadczenia. Jeśli u pacjenta wystąpią po raz pierwszy poniższe objawy, pacjent powinien skonsultować się z lekarzem przed rozpoczęciem samodzielnego leczenia, aby potwierdzić przydatność leczenia. Przed rozpoczęciem samodzielnego leczenia pacjent powinien skonsultować się z lekarzem, jeśli: jest w wieku powyżej 40 lat i od ostatniego wystąpienia objawów zespołu jelita drażliwego minął dłuższy czas lub objawy te się zmieniły; u pacjenta wystąpiło krwawienie z jelit; u pacjenta wystąpiły nudności lub wymioty, utrata apetytu lub utrata masy ciała, bladeść i zmęczenie, ciężkie zaparcia, gorączka, nieprawidłowe krwawienie lub wydzielina z pochwy, trudności lub ból w oddawaniu moczu; pacjent niedawno przebywał za granicą; pacjentka jest w ciąży lub podejrzewa, że jest w ciąży powinna skonsultować się z lekarzem przed podjęciem leczenia. W przypadku pojawienia się nowych objawów lub pogorszenia stanu pacjenta, lub braku poprawy w ciągu dwóch tygodni leczenia, pacjent powinien skonsultować się z lekarzem. **Działania niepożądane:** Szacowane częstości występowania działań niepożądanych uszeregowano według klasyfikacji układów i narządów MedDRA: często ($\geq 1 / 100$ do $< 1 / 10$); niezbyt często ($\geq 1 / 1000$ do $< 1 / 100$); rzadko ($\geq 1 / 10\ 000$ do $< 1 / 1\ 000$); bardzo rzadko ($< 1 / 10\ 000$); nieznaną (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). Zaburzenia układu immunologicznego. Nieznana: nadwrażliwość, wstrząs anafilaktyczny. Zaburzenia układu nerwowego. Nieznana: ból głowy, drżenie mięśni, ataksja. Zaburzenia oka. Nieznana: niewyraźne widzenie. Zaburzenia serca. Nieznana: bradykardia. Zaburzenia żołądka i jelit. Nieznana: nietypowa woń stolca (zapach mentolu), zgaga, zapalenie okolic odbytu, mdłości, wymioty. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej. Nieznana: rumieniowata wysypka skórna. Zaburzenia nerek i dróg moczowych. Nieznana: nietypowa woń moczu (zapach mentolu), bolesne lub utrudnione oddawanie moczu. Zaburzenia układu rozrodczego i piersi. Nieznana: zapalenie żołądki prącia. W przypadku wystąpienia innych działań niepożądanych, niewymienionych powyżej, pacjent powinien skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą. Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Al. Jerozolimskie 181 C, 02-222 Warszawa; tel.: + 48 22 49 21 301; faks: + 48 22 49 21 309; e-mail: ndl@urpl.gov.pl. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. **Podmiot odpowiedzialny:** Medana Pharma S.A. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu leku Oleomint nr: 24938 wydane przez MZ. Dodatkowych informacji o leku udziela: Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, tel. +48 22 364 61 00; fax. +48 22 364 61 02. www.polpharma.pl. Lek wydawany bez recepty. ChPL: 2018.10.03.

OLE/012/03-2019



oświadczenie będzie skuteczne z chwilą, w której pracodawca uzyskał możliwość zapoznania się z jego treścią. Zastosowanie w tym przypadku mają przepisy Kodeksu cywilnego dotyczące oświadczeń woli (art. 61 k.c. w zw. z art. 300 k.p.). Uchylenie się pracodawcy lub odmowa przyjęcia pisma zawierającego stosowne oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę nie ma wpływu na jego skuteczność.^[2] Wypowiedzenie jest bowiem czynnością jednostronną, która dochodzi do skutku bez względu na zgodę drugiej strony. Oznacza to, że umowa o pracę ulegnie rozwiązaniu z upływem dwutygodniowego okresu wypowiedzenia. Dla celów dowodowych warto złożyć stosowne wypowiedzenie listem poleconym za potwierdzeniem odbioru.

Jestem zatrudniona na podstawie umowy o pracę na 1/4 etatu na czas nieokreślony. W umowie wskazano, iż praca jest świadczona w 8- lub 12-godzinnych dniach pracy. Ile urlopu wypoczynkowego mi przysługuje? U obecnego pracodawcy pracuję od 10 miesięcy. Dodam, że nabyłam prawo do urlopu wypoczynkowego w pełnym wymiarze odpowiadającym wymiarowi mojego czasu pracy.

Generalnie wymiar urlopu zależy od kilku zmiennych, a przede wszystkim stażu pracy oraz kwestii zmiany pracodawcy w ciągu roku (urlop proporcjonalny). Przyjmując, że staż pracy uprawnia Panią do 26 dni urlopu (art. 154 § 1 pkt 2) oraz nie zachodzi potrzeba wyliczania urlopu proporcjonalnego, w omawianym przypadku będzie pracownikowi przysługiwać 7 dni urlopu (56 godzin). Zgodnie z art. 154² § 1 k.p. urlopu udziela się w dni, które są dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy, w wymiarze godzinowym, odpowiadającym dobowemu wymiarowi czasu pracy pracownika w danym dniu, z zastrzeżeniem



Uchylenie się pracodawcy lub odmowa przyjęcia pisma zawierającego stosowne oświadczenie o wypowiedzeniu umowy o pracę nie ma wpływu na jego skuteczność.^[2] Wypowiedzenie jest bowiem czynnością jednostronną, która dochodzi do skutku bez względu na zgodę drugiej strony

§ 4. Paragraf 4 przewiduje, że udzielenie pracownikowi urlopu w dniu pracy w wymiarze godzinowym odpowiadającym części dobowego wymiaru czasu pracy

jest dopuszczalne jedynie w przypadku, gdy część urlopu pozostała do wykorzystania jest niższa niż pełny dobowy wymiar czasu pracy pracownika w dniu, na który ma być udzielony urlop. Zgodnie zaś z art. 155³ § 1 k.p. przy ustalaniu wymiaru urlopu na podstawie art. 155¹ i 155² niepełny dzień urlopu zaokrągla się w górę do pełnego dnia. Stąd też 1/4 etatu pomnożona przez 26 dni – wynosząca 6,5 dnia urlopu – zostaje zaokrąglona do 7 dni, a więc 56 godzin. Skoro urlop udzielany jest w wymiarze godzinowym – to w zależności od wyboru dnia, w którym będzie wykorzystany, pula przysługujących 56 godzin będzie odpowiednio zmniejszona o 8 lub 12 godzin – zgodnie z zasadami, na jakich świadczy Pani pracę. Z kolei przy założeniu, że staż pracy uprawnia do 20 dni urlopu to będzie Pani przysługiwać 5 dni urlopu (40 godzin). ■

Piśmiennictwo:

1. Dalej: k.p.

2. Por. wyrok Sądu Najwyższego z dnia 11 grudnia 1996 r., I PKN 36/96, OSNAPiUS 1997/14, poz. 251.

PODISKUTUJ O TYM NA FORUM!
www.farmacjapratyczna.pl @



Wpływ sumatryptanu na poprawę jakości życia pacjentów z migreną

Na migrenę cierpi 4-20 proc. populacji ludzkiej wszystkich ras. W Polsce częstotliwość występowania tej dolegliwości wynosi ok. 11 proc. Trzykrotnie częściej na migrenę chorują kobiety. Choroba dotyczy głównie osób młodych – ataki migreny występują najczęściej pomiędzy 35. a 45. r.ż., zaś u 90 proc. pacjentów pierwszy napad pojawia się przed 40. r.ż. Związane z migreną ból oraz towarzyszące jej objawy wegetatywne w znaczny sposób ograniczają sprawność psychofizyczną pacjentów, obniżając jakość ich życia.

Zgodnie z klasyfikacją IHS (ang. *International Headache Society*) rozróżniamy siedem postaci migreny, ale najczęściej spotykane są jej dwa rodzaje: **migrena z aurą** i **migrena bez aury**. W ataku migreny można rozróżnić kilka faz, które jednak nie zawsze muszą wystąpić:

● **Faza I: prodromalna (zwiastująca)**, występująca do 48 godzin przed atakiem bólu głowy; pacjent może odczuwać zmianę nastroju, pogorszenie samopoczucia oraz osłabienie uwagi.

● **Faza II: aura migrenowa**
Około 25 proc. osób z migreną doświadcza jednego lub więcej ogniskowych objawów neurologicznych w drugiej fazie migreny nazywanych aurą migrenową. Panuje przekonanie, że aura poprzedza wystąpienie bólów głowy, jednak obserwacje wykazały, że większość osób z migreną doświadcza bólu głowy w trakcie występowania fazy aury.

Aura trwa nie dłużej niż do jednej godziny i występuje pod postacią pozytywnych lub negatywnych objawów neurologicznych. Typowymi pozytywnymi objawami neurologicznymi są zaburzenia widzenia.

Aura wzrokowa może występować w wielu postaciach, jak mroczki (ubytki w polu widzenia), mroczki błyszczące (zygzakowate linie) lub rozbłyskujące i migoczące punkty świetlne. Mniej częste są objawy czuciowe, które także zaliczamy do pozytywnych, np. mrowienie, które na ogół rozpoczyna się od ręki, wędruje do ramienia, a następnie obejmuje twarz i wargi po jednej stronie głowy. Wśród objawów negatywnych można rozpoznać zaburzenia mowy (afazja), pogorszenie słuchu lub poczucie braku możliwości poruszania kończyną.

● **Faza III: ból głowy**
Ból zaczyna się do godziny od ustąpienia aury, jednak może także rozpocząć się w trakcie trwania aury. Ból głowy

lek. med. PIOTR ŚLIFIRZYK
neurolog

dr n. farm. PAULINA MĄCZKA
farmakolog

napisz do autorów!
redakcja@farmacjapraktyczna.pl

w migrenie jest najczęściej pulsujący, zlokalizowany w okolicy skroni lub rzadziej w części potylicznej, może jednak obejmować także całą połowę głowy. Najczęściej jest jednostronny, sporadycznie w miarę rozwijania się ataku obejmuje drugą stronę głowy. Typowe dla migreny jest występowanie bólu po obu stronach głowy, przy czym jedna strona jest częściej dotknięta objawami. Ból stopniowo narasta, zwiększa dodatkowo swoje nasilenie podczas ruchu i podczas aktywności fizycznych. Fotofobia (światłowstręt) i sonofobia (wrażliwość na hałas) powodują, że pacjent często zamyka się w zaciemnionym, cichym pomieszczeniu, co pomaga mu przetrwać ból. Dodatkowymi objawami mogą być: zmęczenie,

utrudniona koncentracja i drażliwość. Atakom migreny często towarzyszą nudności i wymioty.

● **Faza IV: faza ustępowania (postdromalna)**
– w miarę ustępowania bólu głowy pacjent może odczuwać sennosc, zmęczenie i wyczerpanie, które trwają kilka godzin.

Etiopatogeneza migreny jest nadal niewyjaśniona i wciąż brakuje wskazania jednoznacznego powodu powstawania stanów migrenowych. Niegdyś popularna naczyniowa teoria migreny, która sugerowała, że migrenowy ból głowy był spowodowany rozszerzeniem naczyń krwionośnych, podczas gdy aura migrenowa była skutkiem zwężenia naczyń, obecnie jest uważana za niezgodną z prawdą.



Sumamigren

sumatriptanum



Miej **GO** zawsze przy sobie!



Dostępne opakowania:

100 mg x **6** tabl.

50 mg x **6** tabl.

100 mg x 2 tabl.

50 mg x 2 tabl.

Złoty standard
leczenia migreny¹

 **polpharma**

Sumamigren (Sumatriptanum). **Skład i postać:** Sumamigren, 50 mg: każda tabletkowa powlekana zawiera 50 mg sumatriptanu (Sumatriptanum) w postaci 70 mg bursztynianu sumatriptanu. Substancje pomocnicze o znanym działaniu: laktoza jednowodna (123,5 mg w każdej tabletkowej powlekanej), lak czerwień koszenilowej (E 124). Sumamigren, 100 mg: każda tabletkowa powlekana zawiera 100 mg sumatriptanu (Sumatriptanum) w postaci 140 mg bursztynianu sumatriptanu. Substancja pomocnicza o znanym działaniu: laktoza jednowodna (247 mg w każdej tabletkowej powlekanej). Tabletkowa powlekana Sumamigren, 50 mg: tabletki powlekane, podługne, obustronnie wypukłe, barwy jasnoróżowej, z linią. Linia na tabletkach nie jest przeznaczona do przełamania tabletki. Sumamigren, 100 mg: Tabletki powlekane, podługne, obustronnie wypukłe, barwy białej. **Wskazania:** Doraźne zwalczanie napadów migreny. **Dawkowanie i sposób podawania:** Sumamigren jest dostępny w postaci tabletek powlekanych 50 mg i 100 mg. Sumatriptanu nie należy stosować profilaktycznie. Sumatriptan jest wskazany do leczenia napadu migreny jako jedyny lek i nie należy go podawać jednocześnie z ergotamią lub pochodnymi ergotaminy (włącznie z metyzergidem). Lek należy stosować jak najszybciej po wystąpieniu napadu migreny. Jest on również skuteczny po zastosowaniu w dowolnym stadium napadu bólu. Dorośli. Zalecaną doustną dawkę sumatriptanu jest 50 mg. U niektórych pacjentów wymagane jest podanie dawki 100 mg. W przypadku nie ustąpienia objawów po podaniu jednorazowej dawki leku, podczas trwania tego samego napadu migreny, nie należy przyjmować kolejnej dawki sumatriptanu, można zastosować paracetamol, kwas acetylosalicylowy lub niesteroidowe leki przeciwzapalne. Następną dawkę sumatriptanu można przyjąć podczas kolejnego napadu. Jeżeli zastosowanie jednorazowej dawki leku spowodowało ustąpienie objawów, jednak napad migreny powrócił, drugą dawkę sumatriptanu można przyjąć w ciągu kolejnych 24 godzin, pod warunkiem, co najmniej 2-godzinny odstępu pomiędzy dwiema dawkami. Nie należy stosować dawki większej niż 300 mg w ciągu 24 godzin. Tabletki należy połykać w całości popijając wodą. Dzieci i młodzież. Skuteczności i bezpieczeństwa stosowania sumatriptanu w postaci tabletek powlekanych u dzieci w wieku poniżej 10 lat nie zostało ustalone. Brak jest danych klinicznych dla tej grupy wiekowej. W badaniach klinicznych nie wykazano skuteczności i bezpieczeństwa stosowania sumatriptanu w postaci tabletek powlekanych u dzieci w wieku od 10 do 17 lat. Dlatego nie zaleca się stosowania sumatriptanu w postaci tabletek powlekanych u dzieci w wieku od 10 do 17 lat. Pacjenci w podeszłym wieku (powyżej 65 lat). Dane na temat stosowania sumatriptanu w postaci tabletek u pacjentów w wieku powyżej 65 lat są ograniczone. Nie wykazano znaczących różnic w farmakokinetyce między tą grupą badanych, a osobami młodszymi. Do czasu zebrania szczegółowych danych klinicznych stosowanie sumatriptanu w tej grupie pacjentów nie jest zalecane. U pacjentów z łagodnymi umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby, maksymalna dawka dobową wynosi 50 mg. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Nie stosować w zapobieganiu napadom migrenowym. Nie stosować u pacjentów w wieku poniżej 18 lat i powyżej 65 lat. Sumatriptanu nie należy stosować u pacjentów po przebyciu zawału mięśnia sercowego lub z chorobą niedokrwinną serca, dusznicą Prinzmetala, chorobą naczyń obwodowych lub objawami przedmiotowymi i podmiotowymi wskazującymi na chorobę niedokrwinną serca. Sumatriptanu nie należy stosować u pacjentów z udarem mózgu lub przemijającym mózgowym napadem niedokrwinnym w wywiadzie. Nie stosować u pacjentów z ciężkimi zaburzeniami czynności wątroby. Stosowanie sumatriptanu u pacjentów z umiarkowanymi i ciężkimi nadciśnieniem tętniczym oraz z łagodnym niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym jest przeciwwskazane. Jednoczesne stosowanie sumatriptanu i ergotaminy lub jej pochodnych (w tym metyzergidu) lub jakiegokolwiek leku z grupy tryptanów lub innych agonistów receptora 5-HT₁ jest przeciwwskazane. Stosowanie sumatriptanu jednocześnie z inhibitorami monoaminooksydazy (MAO) jest przeciwwskazane. Sumatriptanu nie wolno stosować przez dwa tygodnie od zaprzestania stosowania inhibitorów monoaminooksydazy. **Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności:** Sumatriptan należy stosować tylko u pacjentów po dokładnym rozpoznaniu migreny. Sumatriptan nie jest wskazany u pacjentów z migreną hemiplegiczną, podstawną lub okoporażną. U pacjentów z bólem głowy typu migrenowego, u których wcześniej nie rozpoznano migreny oraz u pacjentów z uprzednio rozpoznaną migreną, ale z nietypowym obrazem danego napadu bólu głowy, należy brać pod uwagę inną przyczynę dolegliwości – pochodzenia neurologicznego. Należy pamiętać, że pacjenci, u których występuje migrena, mogą należeć do osób z grupy ryzyka wystąpienia naczyniopochodnego uszkodzenia mózgu, jak np. przemijający mózgowy napad niedokrwenny czy udar mózgu. Po podaniu sumatriptanu może wystąpić przemijający ból oraz uczucie ucisku w klatce piersiowej i gardle, czasami o znacznym nasileniu. Objawy te mogą wskazywać na chorobę niedokrwinną serca. W razie ich wystąpienia, zaleca się odstawienie leku i wykonanie odpowiednich badań. Sumatriptanu nie należy stosować u pacjentów z grupy ryzyka wystąpienia choroby niedokrwiennej serca, w tym pacjentów palących tytoń lub stosujących substytuty nikotyny bez uprzedniej oceny stanu układu krążenia. Szczególną ostrożność należy zachować u kobiet po menopauzie oraz u mężczyzn w wieku powyżej 40 lat, których także zalicza się do grupy ryzyka. Należy jednak wziąć pod uwagę, że nie w każdym przypadku przeprowadzone badania pozwalają prawidłowo zdiagnozować istniejącą chorobę serca, oraz to, że w bardzo rzadkich przypadkach ciężkie objawy sercowe mogą wystąpić bez współistniejącego schorzenia układu sercowo-naczyniowego. Sumatriptan należy stosować ostrożnie u pacjentów z łagodnym kontrolowanym nadciśnieniem, gdyż u niewielkiego odsetka pacjentów obserwowano przejściowe zwiększenie ciśnienia krwi i zwiększenie obwodowego oporu naczyniowego. Podczas jednoczesnego stosowania sumatriptanu selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) odnotowano wystąpienie zespołu serotoninowego [w tym zmiany stanu psychicznego, niestabilność układu autonomicznego (np. niemiarowe tętno lub wahania ciśnienia tętniczego krwi, tachykardia, obfite pocenie się i zaburzenia rytmu serca) oraz zaburzenia nerwowo-mięśniowe]. Wystąpienie zespołu serotoninowego odnotowano także po jednoczesnym stosowaniu tryptanów z inhibitorami wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI). Jeżeli równocześnie leczenie sumatriptanem i lekami z grupy SSRI lub SNRI jest klinicznie uzasadnione zaleca się odpowiednią obserwację pacjenta. Sumatriptan należy podawać ostrożnie pacjentom, u których można spodziewać się zmian we wchłanianiu, metabolizmie lub wydalaniu leku np. z łagodnymi czy umiarkowanymi zaburzeniami czynności wątroby lub zaburzeniami nerek. Sumatriptan należy stosować z dużą ostrożnością u pacjentów, u których stwierdzano napady drgawek lub czynniki ryzyka obniżające próg drgawkowy. U pacjentów z nadwrażliwością na sulfonamidy po podaniu sumatriptanu mogą wystąpić objawy alergii o różnym nasileniu, od zmian skórnych do wstrząsu anafilaktycznego. Informacje na ten temat są ograniczone, niemniej jednak należy zachować ostrożność u tych pacjentów. Podczas jednoczesnego stosowania sumatriptanu i preparatów zawierających ziele dziurawca (Hypericum perforatum) działania niepożądane mogą występować częściej. Długotrwałe stosowanie jakichkolwiek leków przeciwbólowych może spowodować nasilenie bólu głowy. Jeśli u pacjenta występuje lub jest podejrzewana taka przyczyna bólu głowy, powinien on odstawić leki i zasięgnąć porady lekarza. U pacjentów, u których występują częste lub codzienne bóle głowy pomimo (lub z powodu) regularnego stosowania leków przeciw tym bólom, należy rozważyć rozpoznanie bólu głowy zależnego od ciągłego stosowania leków. Nie należy stosować dawki większej niż zalecana. Ze względu na zawartość laktozy produktu nie należy stosować u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy typu „Lapp” lub zespołem pełnego wchłaniania glukozy-galaktozy. Tabletki powlekane Sumamigren o mocy 50 mg zawierają lak czerwień koszenilowej, która może wywołać reakcje alergiczne. **Działania niepożądane:** Działania niepożądane zostały pogrupowane według częstości występowania, określonej w następujący sposób: bardzo często ($\geq 1/10$); często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$); niezbyt często ($\geq 1/1000$ do $< 1/100$); rzadko ($\geq 1/10000$ do $< 1/1000$); bardzo rzadko ($< 1/10000$), nieznana (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). Niektóre z wymienionych działań niepożądanych mogą być objawem migreny. Zaburzenia układu immunologicznego: nieznana – objawy nadwrażliwości od zmian skórnych (jak pokrzywka) do rzadkich przypadków wstrząsu anafilaktycznego. Zaburzenia układu nerwowego: często – zawroty głowy, senność, zaburzenia zucia, w tym parastezje i niedoczułca; nieznana – napady drgawek, które wystąpiły u osób z napadami drgawek stwierdzanymi w przeszłości lub współistniejącymi czynnikami predysponującymi do ich wystąpienia, jak i u osób bez czynników ryzyka. Drżenie, dystonia, ociopłaz, ociopłazek, mroczek. Zaburzenia oka: nieznana – migotanie światła, podwójne widzenie, zmiany w polu widzenia, utrata widzenia, w tym stałe ubytki widzenia. Zaburzenia widzenia mogą być wywołane także napadem migrenowym. Zaburzenia serca: nieznana – bradykardia, tachykardia, kołatanie serca, zaburzenia rytmu serca, przemijające zmiany niedokrwienne w zapisie EKG, skurcz naczyń wieńcowych, dusznica bolesna, zawał mięśnia sercowego. Zaburzenia naczyniowe: często – przemijające zwiększenie ciśnienia tętniczego krwi wkrótce po podaniu sumatriptanu, nagłe zaczerwienienie, zwłaszcza twarzy; nieznana – niedociśnienie, zespół Raynauda. Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia: często – duszność. Zaburzenia żołądka i jelit: często – u niektórych pacjentów występują nudności i wymioty, ale ich związek z podawaniem sumatriptanu nie jest jasny; nieznana – niedokrwienne zapalenie okrężnicy, biegunka. Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej: często – uczucie ciężkości (objaw zazwyczaj przemijający, może być silny i występować w różnych częściach ciała, w tym w klatce piersiowej i gardle), bóle mięśni; nieznana: sztywność karku, bóle stawów. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: często – ból, uczucie gorąca lub zimna, napięcia lub ucisku (objawy te zazwyczaj są przemijające, mogą być silne i występować w różnych częściach ciała, w tym w klatce piersiowej i gardle). Uczucie słabości, zmęczenie (objawy te najczęściej mają nasilenie łagodne do umiarkowanego i są przemijające). Badania diagnostyczne: bardzo rzadko – niewielkie zmiany wartości parametrów czynności wątroby. Zaburzenia psychiczne: nieznana – lęk. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: nieznana – nadmierne pocenie się. Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych: Al. Jerozolimskie 181C; 02-222 Warszawa; tel.: +48 22 49 21 301; faks: +48 22 49 21 309; e-mail: ndl@urpl.gov.pl. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. **Podmiot odpowiedzialny:** Zakłady Farmaceutyczne Polpharma S.A. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu leku Sumamigren: 50 mg, 100 mg odpowiednio nr: 8967 i 8968 wydane przez MZ. Dodatkowych informacji o leku udziela: Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, tel. +48 22 364 61 00; fax +48 22 364 61 02. www.polpharma.pl. Lek wydawany na podstawie recepty. ChPL: 2016.02.01.



Jedną z wielu aktualnych hipotez stanowi teoria zakładająca, że pierwotnie neuronalny mechanizm jest prawdopodobnie początkiem napadu choroby. W przypadku odmiany z aurą ma być to rozprzestrzeniające się zahamowanie korowe, jednak zaburzenia transmisji neuroprzekazników, czynniki naczyniowe, metaboliczne czy genetyczne wydają się uzupełniać tę hipotezę. Niewątpliwie istotną rolę w trakcie napadu migreny odgrywają receptory serotonergiczne (5-HT_{1D}, 1B) oraz CGRP (peptyd związany z genem dla kalcytoniny), czyli neuropeptyd uwalniany w czasie ataku.

Wśród czynników środowiskowych sprzyjających rozwojowi ataku migreny są m.in.: zbyt wysoka temperatura, anomalie pogodowe, wahania ciśnienia i temperatury, zmiana czasu, przesilenie wiosenne.

Leczenie farmakologiczne migreny obejmuje postępowanie doraźne mające na celu przerwanie napadu. Celem leczenia doraźnego jest jak najszybsze uwolnienie chorego od bólu, zmniejszenie liczby i nasilenia towarzyszących objawów autonomicznych (jak nudności, wymioty, światłowstręt) oraz przywrócenie pacjentowi komfortu funkcjonowania. Do swoistych selektywnych leków przeciwmigrenowych należą tryptany, w tym najczęściej stosowany z tej grupy – sumatryptan. Jest on swoistym i selektywnym agonistą receptorów serotoninowych 5-HT₁, a dokładniej 5-HT_{1D}. Receptory 5-HT_{1B} i 5-HT_{1D} działają jako autoreceptory, które hamują neurony serotoninowe i zmniejszają syntezę

oraz uwalnianie serotoniny po ich aktywacji. Po związaniu sumatryptanu z tymi receptorami, aktywność cykazy adenylnowej jest hamowana przez białka regulatorowe G, zwiększa się wewnątrzkomórkowy wapń. Powoduje to zwężenie naczyń i zahamowanie czuciowego nocycyptywnego (trójdziałelnego) zapalenia nerwów i uwalnianie wazoaktywnego neuropeptydu. W efekcie jego działania następuje zmniejszenie lub ustąpienie bólu głowy, jak również ograniczenie objawów wegetatywnych: nudności, wymiotów, nadwrażliwości na dźwięki i światłowstręt. Połączone mechanizmy działania warunkują wysoką skuteczność przeciwmigrenową leku.

Wskazaniem do stosowania sumatryptanu jest migrenowy ból głowy z aurą lub bez niej. Może być stosowany w dowolnym momencie ataku migreny. Sumatryptan należy przyjąć jak najszybciej po wystąpieniu pierwszych objawów napadu, gdyż skuteczność terapeutyczna leku jest tym większa, im szybciej zostanie on przyjęty. Sumatryptan bardzo szybko wchłania się po podaniu doustnym, odpowiedź kliniczna występuje po ok. 30 minutach po podaniu dawki 100 mg. Dostępność biologiczna leku po podaniu doustnym wynosi 14%, biologiczny okres półtrwania ($t_{1/2}$) = 2h.

Zalecaną doustną dawką sumatryptanu jest 50 mg. U niektórych pacjentów wymagane jest podanie dawki 100 mg. W przypadku nieustąpienia objawów po podaniu jednorazowej dawki leku podczas trwania tego samego napadu migreny nie należy

Zalecaną doustną dawką sumatryptanu jest 50 mg. U niektórych pacjentów wymagane jest podanie dawki 100 mg. [...]

Nie należy stosować dawki większej niż 300 mg w ciągu 24 godzin

przyjmować kolejnej dawki sumatryptanu – można zastosować paracetamol, kwas acetylosalicylowy lub niesteroidowe leki przeciwzapalne. Następną dawkę sumatryptanu można przyjąć podczas kolejnego napadu. Jeżeli zastosowanie jednorazowej dawki leku spowodowało ustąpienie objawów, jednak napad migreny powrócił, drugą dawkę sumatryptanu można przyjąć w ciągu kolejnych 24 godzin pod warunkiem co najmniej 2-godzinnego odstępu pomiędzy dwiema dawkami. Nie należy stosować dawki większej niż 300 mg w ciągu 24 godzin.

Osoba chora na migrenę powinna mieć lek zawsze przy sobie. Istotna jest edukacja pacjenta w aspekcie szybkiego przyjęcia leku, aby działał w łagodnym stadium bólu i nie pozwolić na rozwinięcie się objawów wegetatywnych. Dlatego niezmiernie ważne jest zapewnienie komfortu posiadania w domowej apteczce odpowiedniego zapasu leku mogącego zniwelować objawy migreny. Skuteczne leczenie napadu jest uwarunkowane jak najszybszym zastosowaniem odpowiedniego leku w efektywnej dawce. Nowoczesne podejście do leczenia doraźnego polega na stosowaniu tryptanów, co wiąże się z rzadszymi nawrotami bólu, mniejszą liczbą przyjmowanych leków nieswoistych i rzadszym występowaniem działań niepożądanych. W przypadku konieczności stosowania leczenia tryptanami częściej niż 4 razy w miesiącu należy rozważyć dodatkowo leczenie profilaktyczne. ■

RODYSKUTUJ O TYM NA FORUM!
www.farmacja.praktyczna.pl





Higiena intymna a flora bakteryjna pochwy – jak o nią dbać?

Nasza codzienna aktywność może osłabić prawidłową mikroflorę pochwy. Właściwa higiena pozwala odpowiednio zadbać o miejsca intymne. Szczególnie przydatne mogą okazać się w tej kwestii probiotyki ginekologiczne.

W prawidłowych warunkach w pochwie każdej kobiety stwierdzone są pałeczki kwasotwórcze z rodzaju *Lactobacillus* (głównie *L. acidophilus*, *L. fermentum*, *L. plantarum*, *L. delbrueckii*, *L. rhamnosus*). Stanowią one ok. 95% prawidłowej flory fizjologicznej pochwy. Bakterie te, wytwarzając kwaśne środowisko, chronią drogi rodne kobiety przed rozwojem infekcji wywołanej chorobotwórczymi drobnoustrojami, tj. innymi bakteriami czy grzybami. Odczyn pH w pochwie waha się w przedziale 3,5-4,2 i wynika z obecności kwasu mlekowego produkowanego właśnie przez *Lactobacillus*. Skład flory fizjologicznej pochwy jest zmienny osobniczo i zależy od różnych czynników. Niewielka zmiana pH czy chwilowe osłabienie organizmu mogą znacząco wpłynąć na warunki panujące w pochwie i mikroorganizmy ją zasiedlające, prowadząc do rozwoju infekcji.

Co może wpływać na zaburzenie flory bakteryjnej pochwy?

- spadek odporności organizmu,
- zaburzenia hormonalne,
- choroby ogólnoustrojowe,
- leki, w tym przewlekła antybiotykoterapia,
- kontakty seksualne z licznymi partnerami,
- codzienna aktywność, taka jak uczęszczanie na basen, korzystanie z jacuzzi, noszenie zbyt obcisłej bielizny, nadmierna lub niewystarczająca higiena, nieodpowiednia dieta bogata w węglowodany proste.

Zastosowanie probiotyków dopochwowych i pałeczek *Lactobacillus* pozwala zachować prawidłową biocenozę pochwy

Jak można zadbać o to, by utrzymać właściwą mikroflorę pochwy na co dzień?

Zastosowanie probiotyków dopochwowych i pałeczek *Lactobacillus* pozwala zachować prawidłową biocenozę pochwy. Wspomniane bakterie mają zdolność produkcji nadtlenku wodoru, a także różnych enzymów, których zadaniem jest hamowanie wzrostu i namnażania się potencjalnie szkodliwych drobnoustrojów. Innymi słowy, *Lactobacillus*, dbając o swoje środowisko i eliminując swoich konkurentów, chroni środowisko pochwy.

Kiedy warto sięgnąć po probiotyki dopochwowe?

Niewątpliwie antybiotykoterapia, zwłaszcza przedłużona, jest momentem, gdy obserwuje się największe obniżenie liczby pałeczek kwasu mlekowego. Choć eliminowanie patogenów jest celem leczenia, przy okazji dochodzi do zubożenia i zachwiania mikroflory pochwy. Jej odbudowa jest czasochłonna.

dr n. med.
**MALGORZATA
MARCINKIEWICZ**
specjalista dermatolog-
-wenerolog

napisz do autora:
redakcja@farmacjapraktyczna.pl



Nim „dobre” drobnoustroje namnożą się w odpowiedniej liczbie i stosunku, szkodliwe bakterie czy grzyby zdążą się rozprzestrzenić. Warto pamiętać o suplementacji pałeczek kwasu mlekowego także profilaktycznie niezwłocznie po miesiączce w celu utrzymania lub przywrócenia prawidłowej flory bakteryjnej. Błona śluzowa w tym okresie narażona jest na mikrouszkodzenia nabłonka. Nawet drobne urazy zwiększają prawdopodobieństwo kolonizacji przez bakterie chorobotwórcze. Podobnie ryzyko rośnie w przypadku częstych irygacji pochwy. Tego typu zabiegi prowadzą do niszczenia naturalnej mikroflory pochwy.

Jak stosować probiotyki dopochwowe?

Aplikacja probiotyków dopochwowych nie jest kłopotliwa. Tabletki czy globulki dopochwowe należy włożyć głęboko do pochwy, podobnie jak tampon. Stosowane są przez 4-6 dni (po miesiączce) i 6-8 dni (po antybiotykoterapii), chyba że lekarz zaleci inaczej. ■

PODSKUTKOWYMIAFORUM
www.farmacjapraktyczna.pl @

Lakcid[®]

Lactobacillus gasseri
DSM 14869
Lactobacillus rhamnosus
DSM 14870

INTIMA



ODBUDOWUJE florę bakteryjną pochwy



Hamuje namnażanie patologicznych bakterii i drożdżaków

Pomaga utrzymać prawidłową florę bakteryjną pochwy



DOPOCHWOWY
LEK
PROBIOTYCZNY

LAK-1/006/03-2019

Lakcid Intima (*Lactobacillus gasseri* DSM 14869, *Lactobacillus rhamnosus* DSM 14870). **Skład i postać:** 1 kapsułka zawiera: pałeczki *Lactobacillus gasseri* DSM 14869 nie mniej niż 10^8 CFU (ang. Colony Forming Unit - Jednostka tworząca kolonię), pałeczki *Lactobacillus rhamnosus* DSM 14870 nie mniej niż 10^8 CFU. Kapsułki dopochwowe, twarde. Biała kapsułka żelatynowa. **Wskazania:** Lakcid Intima zaleca się stosować w celu utrzymania lub przywrócenia prawidłowej flory bakteryjnej pochwy u kobiet w wieku 18 lat i starszych. **Dawkowanie i sposób podawania:** Profilaktycznie, niezależnie od miesiączki: jedna kapsułka na dobę (przed snem) przez 4-6 dni, dopochwowo. Po antybiotykoterapii: jedna kapsułka na dobę (przed snem) przez 6-8 dni, dopochwowo. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. **Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności:** Należy zachować szczególną ostrożność u pacjentek z ciężkim zaburzeniem układu immunologicznego. **Działania niepożądane:** Bardzo rzadko może wystąpić pieczenie w miejscu podania. Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: + 48 22 49 21 301, faks: + 48 22 49 21 309, e-mail: ndi@urpl.gov.pl. **Podmiot odpowiedzialny:** Zakłady Farmaceutyczne Polpharma S.A. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu leku Lakcid Intima odpowiednio nr: 14621 wydane przez MZ. Dodatkowych informacji o leku udziela: Polpharma Bluro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, tel. +48 22 364 61 00; fax. +48 22 364 61 02. www.polpharma.pl. Lek wydawany bez recepty. ChPL: 2018.10.12



Jak leczyć grzybicę stóp?

Grzybica stóp wywoływana jest głównie przez grzyby z rodzaju dermatofitów. Wśród najczęstszych patogenów spotyka się *Trichophyton rubrum* oraz *Trichophyton mentagrophytes*. Wspomniane dermatofity określane są jako antropofilne. Łatwo przenoszą się z osoby chorej na osoby z najbliższego otoczenia. Grzybica stóp występuje zwykle u dorosłych. Często jest też lekceważona przez pacjentów, co przyczynia się do szerzenia zakażenia na inne osoby. Co ciekawe, jest jedną z najczęstszych form zakażenia grzybiczego skóry. Dlatego z powodów epidemiologicznych leczenie powinno być szybko wdrażane.



Nieleczone stopy są rezerwuarem grzybów, które mogą rozprzestrzeniać się na inne obszary skóry i paznokcie. Ryzyko infekcji wzrasta w zależności od warunków fizycznych miejsca inokulacji – wilgotność, maceracja, otarcia, drobne urazy naskórka, wyższa temperatura oraz okluzja sprzyjają infekcji.

Grzybica stóp dotyczy podeszwowej powierzchni stóp, palców i fałdów międzypalcowych. Jeśli zmiany zlokalizowane są na grzbietowej części stopy, mówimy wtedy – z uwagi na morfologię zmian – o grzybicy skóry gładkiej.

Klinicznie wyróżnia się cztery postaci grzybicy stóp:

- międzypalcową,
- złuszczającą, zwaną mokasynową,
- potnicową (dyshydrotyczną),
- wrzodziejącą.

Grzybica stóp dotyczy podeszwowej powierzchni stóp, palców i fałdów międzypalcowych.

Jeśli zmiany zlokalizowane są na grzbietowej części stopy, mówimy wtedy o grzybicy skóry gładkiej

W zależności od postaci dominują różne objawy na skórze. W grzybicy mokasynowej przeważa złuszczenie,

dr n. med.
**MALGORZATA
MARCINKIEWICZ**
specjalista dermatolog-
-wenerolog



napisz do autora:
redakcja@farmacjapraktyczna.pl

które może być przez pacjentów odbierane jako wynik suchości skóry podeszew stóp. Pęknięcia, zaczerwienienie i maceracja są charakterystyczne zwłaszcza dla postaci międzypalcowej. W postaci potnicowej dominują pęcherzyki. Rzadko dochodzi do występowania drobnych zmian nadżerkowo-wrzedziejących, zwykle powikłanych wtórnym zakażeniem bakteryjnym – w tym wypadku mówimy o postaci wrzodziejącej.

Choroba zwykle dotyczy obu stóp i częściej odnotowuje się ją u mężczyzn. Rozpoznanie stawia się na podstawie objawów klinicznych, jednakże z uwagi na podobieństwo objawów z innymi dermatozami występującymi w obrębie stóp zaleca się potwierdzenie rozpoznania przez wykrycie patogennego grzyba w ogniskach chorobowych. W tym celu pobiera się zeszkrobiny ze zmienionego chorobowo naskórka, z których sporządza się preparat mikroskopowy.

Leczenie grzybicy stóp jest konieczne z uwagi na wspomniane ryzyko



szerzenia się infekcji na inne obszary ciała, ale i na osoby z otoczenia.

W większości przypadków terapia miejscowa jest wystarczająca. Stosowane obecnie leki przeciwgrzybicze wykazują w większości porównywalną skuteczność terapeutyczną. Dobierając lek, warto wziąć pod uwagę m.in. nasilenie stanu zapalnego, który zwykle rozwija się w przebiegu zakażenia grzybiczego.

Z zewnętrznych leków przeciwgrzybiczych działanie przeciwzapalne wykazuje cyklopiroks – wpływa bowiem hamująco na aktywność cyklooksygenazy oraz lipooksygenazy. Istotna jest także odpowiednia częstość stosowania leku (najczęściej 2 razy dziennie) oraz czas leczenia. Należy bowiem podkreślić, że nie jest on równoznaczny z czasem uzyskania poprawy klinicznej. W przypadku cyklopiroksu aplikacja powinna odbywać się 2 razy dziennie przez minimum 4 tygodnie.

Cyklopiroks charakteryzuje się szerokim spektrum przeciwgrzybiczym i jest stosowany miejscowo

Cyklopiroks charakteryzuje się szerokim spektrum przeciwgrzybiczym i jest stosowany miejscowo. Preparaty dostępne są w różnych formach: kremach, żelach, zawiesinach i innych. Wydaje się, że korzystniejszą postacią są spray'e (roztwory z pompką), które z uwagi na łatwość aplikacji mogą być dokładniej nanoszone na miejsca chorobowe. Ważne, by podczas terapii pacjent zwrócił szczególną uwagę na higienę osobistą, osuszał dokładnie stopy i przestrzenie międzypalcowe oraz stosował odrębny ręcznik do stóp.

W przypadku braku poprawy stanu skóry podeszew po 4 tygodniach stosowania preparatu warto skonsultować się z dermatologiem, jeśli jeszcze taka konsultacja nie miała miejsca.

Do najczęstszych przyczyn niepowodzenia terapii zakażeń grzybiczych stóp należą:

- źle dobrany preparat,
- nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjenta (np. nieregularne stosowanie leku),
- zbyt wczesne zakończenie leczenia,
- a przede wszystkim – ominięcie jednego z ważniejszych punktów terapii: dezynfekcji obuwia (w tym celu można użyć specjalnych preparatów odgrzybiających w formie spray'u, skutecznym sposobem jest też użycie roztworu formaliny – dostępny w aptece) ■

PODISKUTUJ O TYM NA FORUM!
www.farmacjapraktyczna.pl @

REKLAMA

PIROLAM®

Ciclopirox olaminum

Teraz Pirolam roztwór dostępny z **pompką rozpylającą!**
Leczy grzybicę bez recepty.

- Łatwa i precyzyjna aplikacja
- Zwalcza chorobotwórcze grzyby
- Łagodzi swędzenie i pieczenie



medana GRUPA polpharma

Pirolam (Cyclopirox olaminum). Skład i postać: każdy gram żelu, zawiesziny na skórę i roztwór na skórę zawiera 10 mg cyklopiroksu z olaminą. Substancje pomocnicze o znanym działaniu: żel – glikol propylenowy, metylu parahydroksybenzoesan (E218), propylu parahydroksybenzoesan; zawieszina – glikol propylenowy, alkohol cetonowy. **Wskazania:** Leczenie grzybic skóry (gładkie, owłosione), grzybic stóp, poddań spowodowanych przez: Trichophyton rubrum, Trichophyton mentagrophytes, Epidermophyton floccosum, Microsporium canis, Microsporum gypseum, Candida albicans, Candida tropicalis, Candida krusei, Candida parapsilosis, Cryptococcus neoformans, Aspergillus fumigatus, Malassezia furfur (dawniej Pityrosporum ovale). **Dawkowanie i sposób podawania:** Podanie na skórę. Dorosłym i dzieci w wieku powyżej 6 lat. Produkt należy aplikować 2 razy na dobę na zmienioną chorobowo skórę, lekko wietrząc lub pozostawiając do wyschnięcia. Leczenie należy prowadzić aż do ustąpienia objawów chorobowych. Optymalny czas leczenia cyklopiroks z olaminą wynosi 3 tygodnie. Aby zapobiec nawrotowi choroby, zaleca się kontynuowanie leczenia przez okres 10 dni po ustąpieniu zmian chorobowych. Jeśli objawy nie ustąpią po 4 tygodniach leczenia, pacjent powinien skontaktować się z lekarzem. Nie stosować opatrunków i plastrów. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancję czynną cyklopiroks z olaminą lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Grzybicze zakażenia oka i okolic oczu. Nie stosować u niemowląt i dzieci w wieku poniżej 6 lat. **Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności:** W przypadku wystąpienia nadwrażliwości należy przerwać leczenie i natychmiast skontaktować się z lekarzem. Swędzący zakażony miejsc nie wolno drapać. Należy chronić oczy przed kontaktem z produktem. Produkt nie jest przeznaczony do leczenia grzybic pochwy. Unikaj noszenia ubrań i obuwia nieprzepuszczających wilgoci i ciepła. Po myciu i kąpiel miejsc chorobowo zmienione należy dokładnie osuszyć. Odzież stykającą się ze zmienioną chorobowo skórą, ręczniki i gąbki należy zmieniać codziennie i prać w temperaturze 90°C (zaleca się używanie ręczników jednorazowych). Nie używać mydeł o odczynie kwasiennym, gdyż sprzyja to rozmnażaniu grzybów z rodzaju Candida. Zaleca się, aby przed rozpoczęciem leczenia produktem Pirolam pacjenci szczególnie narażeni na zakażenia grzybicze (z zaburzeniami krążenia obwodowego, cukrzycą, zaburzeniami odporności, pacjenci z chorobami skóry, takim jak łuszczyca lub inne przewlekłe choroby skóry, skonsultowali się z lekarzem. **Dośćkowo:** Żel – ze względu na zawartość glikolu propylenowego produkt może powodować podrażnienie skóry; ze względu na zawartość alkoholu cetonowego produkt może powodować miejscową reakcję skórą (np. kontaktowe zapalenie skóry). **Działania niepożądane:** Częstość występowania działań niepożądanych wymienionych poniżej jest zdefiniowana według układów i narządów i zgodnie z częstością występowania: bardzo często (≥1/10), często (≥1/100 do <1/10), niezbyt często (≥1/1000 do <1/100), rzadko (≥1/10 000 do <1/1000), bardzo rzadko (<1/10 000), niestwierdzona (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** Częstość niestwierdzona: pieczenie, podrażnienie skóry, rumień, świąd. **Zaburzenia układu immunologicznego:** Często: obrzęk. **Rzadko:** alergiczne kontaktowe zapalenie skóry. **Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych.** Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biologicznych, Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa, tel.: +48 22 49 21 301, faks: +48 22 49 21 309, e-mail: ndl@urpl.gov.pl. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. **Podmiot odpowiedzialny:** Medana Pharma S.A. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu leku Pirolam: żel, zawieszina, roztwór odpowiednio nr 7401, nr 7400, nr 7399, wydane przez MZ. Dodatkowych informacji o leku udziela: Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, tel. +48 22 364 61 00, fax +48 22 364 61 02, www.polpharma.pl. Lek wydawany bez recepty. ChPL: 2016.07.21 – dla postaci: zawieszina na skórę, żel; ChPL: 2017.04.07 – dla postaci: roztwór na skórę. PIR/230/05-2019



Fakty i mity w leczeniu ran i oparzeń

W temacie postępowania z ranami i oparzeniami funkcjonuje sporo mitów i półprawd powtarzanych z pokolenia na pokolenie. Niektóre z nich mogą być niebezpieczne i stanowić zagrożenie dla zdrowia, a nawet życia pacjenta. Poniżej weryfikujemy te, które najczęściej pokutują w powszechnej opinii. Rzetelną wiedzę na temat leczenia ran i oparzeń warto przekazać później pacjentom szukającym porady w aptece.

1 Organizm sam powinien radzić sobie z zarazkami

FAŁSZ

Układ odpornościowy każdego zdrowego człowieka potrafi radzić sobie z większością bakterii i wirusów, jeżeli nie została przerwana naturalna bariera obronna organizmu, jaką stanowi skóra. W sytuacji, gdy powstaje rana, bariera obronna zostaje przerwana i powstają wrota do rozwoju infekcji. Dlatego jednym z podstawowych działań w postępowaniu z raną jest jej dezynfekcja, czyli przemycie środkiem antyseptycznym w celu odkażenia jej powierzchni i eliminacji ryzyka rozwoju zakażenia.^[1]

2 Powierzchnia rany powinna być sucha

FAŁSZ

Przekonanie, że rana powinna być sucha, jest bardzo powszechne. Niestety nic bardziej mylnego. Odpowiednie nawilżenie rany ma podstawowe znaczenie dla przyspieszenia procesu gojenia. Wilgotne środowisko opóźnia tworzenie się na powierzchni rany strupa i przyspiesza powstawanie nowego naskórka.^[3-4]

3 Rany najlepiej przemyć jodyną lub alkoholem

FAŁSZ

Na powierzchnię rany nie należy stosować preparatów zawierających w składzie jodynę lub alkohol z uwagi na ich działanie drażniące i wysuszające. Sucha rana goi się dłużej i gorzej niż rana nawilżona.^[1-4] Do przemywania stosuje się specjalnie przeznaczone do tego preparaty.

4 Należy przekłuć pęcherze powstałe po oparzeniu

FAŁSZ

Nie wolno przekłuwać pęcherzy powstałych po oparzeniu. Pęcherze powstają w ciągu pierwszej doby od oparzenia i stanowią naturalny opatrunek, który chroni przed powstawaniem blizn. Ponadto pęcherz zabezpiecza miejsce oparzenia przed rozwojem zakażenia skóry.^[1-4]

5 Każda, nawet najmniejsza rana wymaga odkażenia

PRAWDA

Odkążone rany szybciej się goją. Ponadto odkażając ranę zapobiegamy rozwojowi zakażenia. Tak więc nawet w przypadku niewielkich skaleczeń takie działanie przynosi wymierne efekty.^[1-4]

6 Zmieniamy opatrunek możliwie jak najrzadziej

PRAWDA

Zbyt częsta zmiana opatrunków działa drażniąco na nowe, delikatne tkanki i niszczy procesy naprawcze. Takie działania spowalniają proces gojenia się ran. W przypadku ran błahych, w których nie obserwujemy dużo wysięku, opatrunki możemy zmieniać rzadko – nawet co 3-4 dni. W ranach z obfitym wysiękiem opatrunki zmieniamy częściej – co 1-2 dni. W sytuacjach, które budzą nasze wątpliwości, wskazany jest kontakt z lekarzem w celu dostosowania odpowiedniego schematu leczenia.

dr n. med. OLIWIA JAKUBOWICZ

specjalista dermatologii i wenerologii

napisz do autora:
redakcja@farmacjapraczynna.pl

7 Poparzone miejsca najlepiej posmarować masłem, olejem lub innym tłuszczem

FAŁSZ

Oparzeń nie wolno smarować żadnymi domowymi środkami. Oparzenie to przerwanie ciągłości skóry i jej uszkodzenie – tak powinniśmy je traktować. Stosowanie na powierzchnię oparzenia masła i innych tłuszczów utrudnia gojenie i zwiększa ryzyko powstania blizn^[1,3-4] i rozwoju zakażenia.

8 Na oparzenie najlepiej jest zastosować dekspantenol

FAŁSZ

Dekspantenol to substancja lecznicza, która służy do leczenia oparzeń słonecznych, których główne objawy to pieczenie i zaczerwienienie skóry. W przypadkach poważniejszych oparzeń nie powinien być stosowany. Preparat może powodować uczulenie.^[1-4] ■

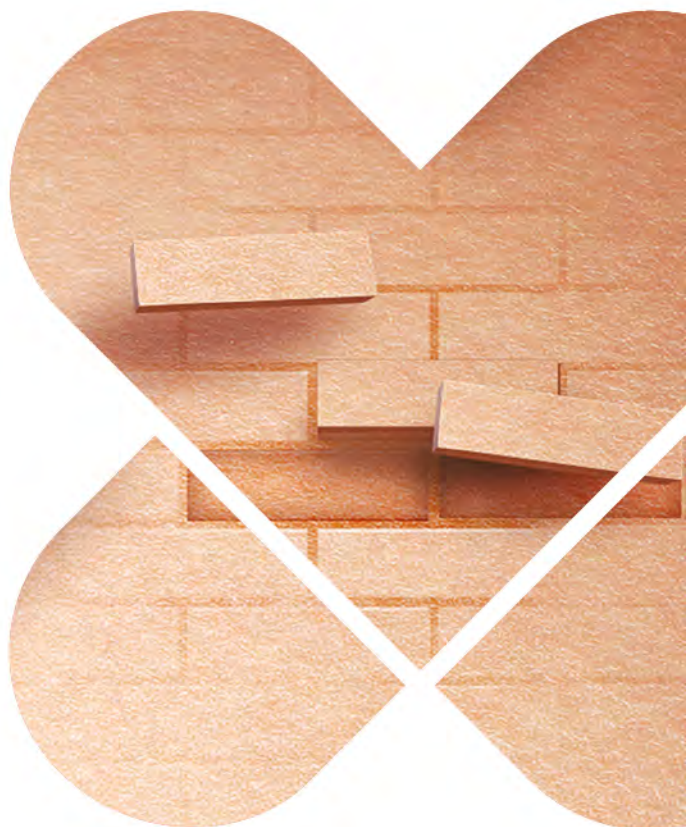
Piśmiennictwo:

1. J. Fibak. *Chirurgia*. Warszawa 2002, Wydawnictwo Lekarskie PZWL.
2. S. Jabłońska, S. Majewski. *Choroby skóry i choroby przenoszone drogą płciową*. Warszawa 2005, PZWL.
3. Wojciech Noszczyk. *Chirurgia*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2007.
4. W.H.C. Burgdorf, G. Plewig, H.H. Wolff, M. Landthaler. *Braun-Falco Dermatologia*. Lublin: Wydawnictwo Czelej, 2011.



help4 skin

POCZWÓRNA MOC GOJENIA



NOWOCZESNE żele hydrokoloidowe



- 1 Przyspieszają gojenie ran i oparzeń (stopnia I i IIa)
- 2 Zmniejszają ból
- 3 Pomagają uniknąć infekcji
- 4 Zmniejszają ryzyko blizn

wyroby medyczne



Rehabilitacja ruchowa w chorobie Parkinsona – cz. 1

Rehabilitacja ruchowa w chorobie Parkinsona jest niezwykle ważna, bo zapobiega progresji choroby. Dlatego też każdy, kto ma styczność z pacjentem chorym na Parkinsona, powinien zachęcać go do aktywności.



dr n. med. MAGDALENA BOCZARSKA-JEDYNAK
mgr MAGDALENA BEDNAR

Instytut Zdrowia dr Boczarska-Jedynak, Oświęcim

napisz do autora:
redakcja@farmacjapraczynna.pl

Choroba Parkinsona to przewlekłe, postępujące schorzenie neurodegeneracyjne objawiające się zaburzeniami sprawności ruchowej, początkowo po jednej stronie ciała, a z czasem i obustronnie. Podstawowe objawy choroby to spowolnienie ruchów, sztywność mięśniowa, drżenie rąk, a także zaburzenia odruchów posturalnych. Zaburzeniu ulega chód, koordynacja ruchów, sylwetka pochyla się ku przodowi. Środek ciężkości przesuwa się, co zwiększa skłonność do upadków.

Pacjenci z chorobą Parkinsona zmniejszają spontaniczną aktywność ruchową, wyłączają się

z życia rodzinnego, społecznego i zawodowego. Koniecznością jest zatem przeciwdziałanie temu już od chwili rozpoznania choroby, nawet wtedy, gdy sprawność fizyczna nie jest jeszcze zaburzona. Na podstawie wielu przeprowadzonych badań stwierdzono, że rehabilitacja ma działanie neuroprotektoryjne, czyli zapobiega progresji choroby, zmniejsza zapotrzebowanie na leki p/parkinsonowskie oraz zapewnia utrzymanie sprawności chorego w możliwie najlepszej kondycji. Potrzeby i zakres postępowania rehabilitacyjnego u chorych na chorobę Parkinsona ustalane są dla każdego pacjenta indywidualnie.

Każdy pacjent choruje inaczej i ma inną kombinację objawów ruchowych i pozaruchowych. Dlatego rehabilitacja pacjentów z PD powinna być personalizowana i przede wszystkim stała, codzienna

Każdy pacjent choruje inaczej i ma inną kombinację objawów ruchowych i pozaruchowych. Każdy pacjent jest też w innym stadium choroby. Dlatego rehabilitacja pacjentów z PD powinna być personalizowana i przede wszystkim stała, codzienna.

Ćwiczenia koordynacyjne kończyn górnych i dolnych powinny stanowić stały element codziennych ćwiczeń. Stretching to ważna składowa wszystkich programów ćwiczeń w chorobie Parkinsona. Powinny być one wykonywane kilka razy dziennie w określonym tempie, dostosowując poziom trudności do możliwości pacjenta. Ten rodzaj ćwiczeń jest niezbędny, aby przeciwdziałać postępującej sztywności i utrzymywać pełny zakres ruchów w stawach. W stadiach zaawansowanych rehabilitacja ma na celu poprawę chodu, koordynacji, stabilności posturalnej i zapobieganie upadkom.

W kolejnych artykułach z tego cyklu przedstawimy przykładowe ćwiczenia dla pacjentów. Każdy chory, niezależnie od stopnia zaawansowania choroby, może znaleźć odpowiednią dla siebie aktywność.



Przykładowe ćwiczenia rehabilitacyjne możliwe do samodzielnego wykonania przez pacjenta w domu:



1. POZYCJA WYJŚCIOWA: PACJENT SIEDZĄCY NA KRZESŁE

Ćwiczenie z taśmą *thera band* – pacjent wykonuje kończyną górną zgięcie/odwiedzenie rotację zewnętrzną – kontrolując wzrokiem przebieg ruchu. W tym ćwiczeniu wzmacniamy mięśnie tułowia i rozciągamy mięśnie klatki piersiowej.



2. POZYCJA WYJŚCIOWA: PACJENT W LEŻENIU NA BRZUCHU

Wykonujemy przeprost w odcinku lędźwiowym kręgosłupa, przechodząc do podporu na wyprostowanych rękach, z utrzymaniem pozycji przez 5 sekund, następnie powrót do pozycji wyjściowej. Pamiętając o oddechu: wdech – przeprost w odcinku lędźwiowym, wydech – powrót do pozycji wyjściowej. W tym ćwiczeniu poprawiamy mobilność odcinka lędźwiowo-krzyżowego kręgosłupa.



3. POZYCJA WYJŚCIOWA: PACJENT LEŻY NA BRZUCHU NA KOZETCE (PRZODEM)

Zakładamy taśmę *thera band* na stopę, którą będziemy ćwiczyć i kładziemy się na brzuchu. Drugi koniec taśmy trzymamy w ręce, pokonując opór, wykonujemy wyprost w stawie kolanowym. W tym ćwiczeniu dzięki zastosowaniu taśmy wzmacniamy mięsień czworogłowy uda stabilizujący nasz staw kolanowy.



4. POZYCJA WYJŚCIOWA: POZYCJA STOJĄCA, JEDEN PUNKT PODPORU, NP. KRZESŁO / KIJ. PRZED PACJENTEM STOPIEŃ WYSOKOŚĆ MAKS. 30 CM

Naszym zadaniem jest płynne postawienie stopy na stopniu. W tym ćwiczeniu poprawiamy mobilność i równowagę. Minimalizujemy ryzyko upadku poprzez stabilizację jednej strony ciała.



5. POZYCJA WYJŚCIOWA: STOJĄCA, RĘCE WZDŁUŻ TUŁOWIA

Naszym zadaniem jest płynne przejście pomiędzy dwoma punktami – „Chód po 8”, utrzymując jak najmniejszy tor ruchu. Celem jest poprawa koordynacji i równowagi podczas chodu.



6. POZYCJA WYJŚCIOWA: STOJĄCA, RĘCE WZDŁUŻ TUŁOWIA, NA PODŁODZE UMIESZCZONE TAŚMY

Naszym zadaniem jest przejście przodem lub bokiem nad/ /pomiędzy taśmami z ominięciem przeszkody. W tym ćwiczeniu aktywujemy zginacze stawów biodrowych i zginacze stawu skokowego. Ćwiczenie to wspomaga pokonywanie przeszkód, aktywuje inny model chodu – tzw. chód przez przeszkody z wysokim unoszeniem stóp, w przeciwieństwie do typowego dla choroby Parkinsona chodzenia drobnymi kroczkami i „szurania nogami”, często z niemożnością oderwania stóp od podłoża.



Laktacja – co powinniśmy o niej wiedzieć?

Zgodnie ze współczesną wiedzą karmienie piersią jest jedynym sposobem żywienia niemowląt i małych dzieci zapewniającym im optymalny rozwój oraz stan zdrowia. Kobięcy pokarm jest substancją unikalną, dostosowującą swój skład do aktualnych potrzeb dziecka.

mgr **ALICJA MISZTAŁ**

położna, Certyfikowany Doradca Laktacyjny, edukator ds. laktacji

napisz do autora:
redakcja@farmacjapraktyczna.pl

Fizjologia karmienia piersią

Proces laktacji jest regulowany na trzech poziomach:

- **hormonalnym** – zależnym od hormonów wydzielanych przez łożysko i gruczoły endokrynne, odpowiada za rozwój gruczołu w okresie ciąży oraz uruchomienie laktacji po porodzie,
- **neurohormonalnym** – zależy od odruchu prolaktynowego (odruchu wytwarzania pokarmu) oraz oksytocynowego (odruchu wpływu pokarmu), odpowiedzialny za stymulację laktacji oraz utrzymanie wytwarzania mleka,
- **autokrynnym** – regulacja laktacji jest zależna od stopnia opróżnienia/przepełnienia gruczołu piersiowego, związana jest z występowaniem w przepełnionym gruczole czynnika hamującego wytwarzanie pokarmu (FIL – *feedback inhibitor of lactation*).

Od ok. 16 tygodnia ciąży pęcherzyki mleczne zaczynają produkować mleko przedporodowe (*prepartum milk*). Ten etap laktacji określany jest jako **laktogeneza I**.

W ciąży wysokie stężenie progesteronu oraz estrogenów zapobiega laktogennemu działaniu prolaktyny. Z chwilą wydalenia łożyska stężenie tych hormonów gwałtownie spada, z kolei stężenie prolaktyny pozostaje wysokie, co ze wzrostem powinowactwa receptorów dla prolaktyny w gruczołach piersiowych bezpośrednio przed porodem prowadzi do obfitego wydzielania mleka w 2-3 dobie po porodzie. Jest to początek kolejnego etapu laktacji – **laktogenezy II**. Następnie w okresie stabilizacji laktacji (pierwsze 2-4 tyg.) następuje dostosowanie ilości pokarmu do potrzeb dziecka. Utrzymanie wydzielania mleka na odpowiednim poziomie przez cały okres karmienia nazywamy **laktogenezą III**.



Skład mleka kobiecego

Pokarm kobiety zawiera wszystkie składniki odżywcze oraz substancje bioaktywne, jakich potrzebuje rozwijający się organizm. W skład mleka kobiecego wchodzi:

- woda – aż 87,5%, zaspokaja potrzeby organizmu,
- białko (0,8-1,4%) – dobrze przyswajalne, dostarcza budulca, zawiera dużą ilość tauryny,
- tłuszcze (3-4,5%) – łatwo przyswajalne, główne źródło energii, wysoka zawartość cholesterolu – niezbędny do budowy tkanki nerwowej oraz LC-PUFA – budowa tkanki nerwowej, ostrość wzroku,
- węglowodany (oligosacharydy 1-1,5%, laktoza 6,5-7,3%) – głównie laktoza, źródło energii, ułatwia wchłanianie wapnia z pokarmu, z galaktozy powstają cerebrozydy (budulec tkanki mózgowej); oligosacharydy pełnią liczne funkcje ochronne organizmu, są prebiotykami,
- minerały – wszystkie niezbędne minerały w odpowiednich dla dziecka ilościach,
- witaminy – wszystkie niezbędne dla dziecka (stosunkowo niski poziom wit. K i D3 – wymagana suplementacja u dziecka).



Mleko kobiece jest szczególnym, wręcz modelowym przykładem żywności funkcjonalnej. Znajdujące się w nim bogactwo związków czynnych biologicznie, tj. enzymy, czynniki wzrostu, hormony, komórki krwi oraz czynniki przeciwniekcyjne biorą udział w ochronie organizmu dziecka na wielu poziomach.

Warto wspomnieć o kompleksie HAMLET, który co prawda nie jest składnikiem mleka kobiecego, ale prawdopodobnie powstaje z jego elementów w kwaśnym środowisku żołądka dziecka. Kompleks ten działa wybiórczo na komórki nowotworowe, przyczyniając się do jej śmierci poprzez usuwanie jej fragmentów, z kolei zdrowe komórki pozostawia bez zmian.

Skład pokarmu nie jest stały, jego zmienność zależy od czasu trwania ciąży, fazy karmienia, okresu laktacji, diety matki (wpływ w nieznacznym stopniu, głównie rodzaj spożywanych tłuszczów, witamin z grupy B i witaminy C) oraz zmienności stężenia tłuszczów.

Jak długo kobieta powinna karmić piersią?

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO), Amerykańska Akademia Pediatrii (AAP) oraz Europejskie Towarzystwo Gastrologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (ESPGHAN) zalecają wyłączne karmienie piersią przez pierwsze 6 miesięcy życia, a następnie rozszerzanie diety i kontynuację karmienia przez przynajmniej rok lub dłużej (AAP), do dwóch lat lub dłużej (WHO) lub tak długo, jak będzie to pożądane przez matkę i dziecko (ESPGHAN). Nie ustalono górnej granicy wieku, do której można karmić dziecko piersią. Nie ma danych potwierdzających niekorzystne rozwojowe i psychologiczne następstwa karmienia dziecka piersią do 3. r.ż. lub dłużej (AAP).

Decyzję o zakończeniu karmienia powinna podjąć para – matka i dziecko.

Naturalne wsparcie procesu laktacji – galaktogogi

Często kobiety karmiące piersią obawiając się o to, czy mają wystarczającą ilość pokarmu, sięgają po produkty wspomagają-

jące laktację – galaktogogi. Są to substancje mlekopędne mające na celu wsparcie procesu laktacji. Kobiety szczególnie sięgają po produkty pochodzenia roślinnego – zioła. Do grupy ziół działających prolaktogennie zaliczyć możemy m.in.: kozieradkę, drapacz lekarski, koper włoski, niepokalanek mnisi, rutwicę lekarską, ostropest plamisty oraz szparag dziki. W skład herbatek laktacyjnych często wchodzi również zioła mające działanie inne niż laktogenne – np. melisa, która korzystnie wpływa na dobre samopoczucie i spokój matki. Z kolei kminek zwyczajny, koper włoski, biedrzyca anyż mają działanie wiatropędne, pobudzają trawienie. Ważne! Zioła w okresie laktacji powinny być stosowane z rozwagą i nigdy nie mogą zastąpić profesjonalnej porady laktacyjnej ukierunkowanej na rozwiązanie problemu. Nie należy też pić herbatek laktacyjnych „na wszelki wypadek”.

Kiedy należy zwrócić się o pomoc?

Karmienie piersią, aby przebiegało prawidłowo, potrzebuje przede wszystkim wsparcia i instruktażu. Ale gdy pojawiają się problemy, potrzeba umiejętności i wiedzy. Dlatego też, gdy pojawia się problem lub wątpliwości dotyczące karmienia piersią, warto zgłosić się do doradcy laktacyjnego (zostać nim może osoba posiadająca wykształcenie medyczne oraz ukończony kurs). Nieocenioną pomocą może okazać się również doświadczona w tematyce laktacji położna, pielęgniarka czy lekarz. Doradca zajmie się m.in. schorzeniami medycznymi, wesprze w okresie laktacji, oceni akt karmienia, pomoże przystawić dziecko do piersi, dobrać alternatywne metody karmienia dziecka, a także w razie potrzeby nauczyć, jak prawidłowo odciążać pokarm i karmić butelką. Pomoc doradcy może okazać się przydatna nie tylko na początku laktacyjnej drogi, lecz na każdym etapie karmienia piersią. ■

WARTO PAMIĘTAĆ!

Bezpieczeństwo farmakoterapii podczas karmienia piersią – rola farmaceuty w opiece laktacyjnej:

Jednym z problemów, jaki może napotkać kobieta na swojej laktacyjnej drodze, jest konieczność przyjmowania leków. Wówczas staje przed dylematem: *Czy mogę stosować leki? Czy ten lek jest bezpieczny dla dziecka? Jaki może mieć na nie wpływ?* Dlatego też często kobieta decyduje się na rezygnację z leczenia lub odstawienie dziecka od piersi ze strachu przed niekorzystnym działaniem leków. I tu ogromna rola farmaceutów znających zasady farmakoterapii w laktacji. Farmaceuta w ramach swoich kompetencji oraz wiedzy na temat leków powinien wspierać karmiącą kobietę, służąc pomocą i radą w określeniu bezpieczeństwa stosowania leków oraz w wyborze odpowiednich środków leczniczych.

Piśmiennictwo:

1. Nehring-Gugulska, M., Żukowska-Rubik, M., Pietkiewicz, A. (red). (2017). *Karmienie piersią w teorii i praktyce. Podręcznik dla doradców i konsultantów laktacyjnych oraz położnych, pielęgniarek i lekarzy*. Warszawa, Medycyna Praktyczna.
2. <http://cnol.kobiety.med.pl/pl/wiedza-o-laktacji/>
3. Piskorska-Jasiulewicz, M. M., Witkowska-Zimny, M. (2015). *Mleko kobiece jako naturalny produkt leczniczy. Problemy Pielęgniarstwa*, 23(3), 417-422.
4. Eidelman, A. I., Schanler, R. J. (2012). *Breastfeeding and the use of human milk. Pediatrics*, 129(3), e827-e841.
5. Borszewska-Kornacka, M. K., Rachtan-Janicka, J., Wesołowska, A., Socha, P., Wielgoś, M., Żukowska-Rubik, M., Pawlus, B. (2013). *Stanowisko Grupy Ekspertów w sprawie zaleceń żywieniowych dla kobiet w okresie laktacji. Standardy Medyczne Pediatria*, 10, 265-279.
6. Budzyska, K., Gardner, Z. E., Dugoua, J. J., Low Dog, T., Gardiner, P. (2012). *Systematic review of breastfeeding and herbs. Breastfeeding Medicine*, 7(6), 489-503.
7. Howie, P W, McNeilly, A. S., McArdle, T, Smart, L., & Houston, M. (1980). *The relationship between suckling-induced prolactin response and lactogenesis. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 50(4), 670-673.
8. Chatterton Jr, R. T., Hill, P D., Aldag, J. C., Hodges, K. R., Belknap, S. M., Zinaman, M. J. (2000). *Relation of plasma oxytocin and prolactin concentrations to milk production in mothers of preterm infants: influence of stress. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 85(10), 3661-3668.





W TROSCE O KARMIAĆCE MAMY

Zawiera specjalnie dobraną kompozycję składników pochodzenia naturalnego:

- **Ekstrakt ze słoju jęczmiennego**
- **Beta-glukan**
- **Owoc kopru**
- **Liść melisy**

Owoc kopru **wspiera proces laktacji** oraz pomaga **usunąć uczucie pełności i wzdęcia**, a liść melisy korzystnie wpływa na **dobrze samopoczucie i spokój matki**.

Wygodna forma do rozpuszczania w wodzie, mleku, jogurcie lub ulubionym smoothie.

Poleca Herbapol Lublin!

Na bazie słoju jęczmiennego



LACT/005/02-2019

SUPLEMENT DIETY

Dieta dla osób z dolegliwościami ze strony wątroby

Choroby wątroby stanowią istotny problem kliniczny i obejmują szereg jednostek chorobowych, z których najczęściej występuje niealkoholowa choroba stłuszczeniowa wątroby, ostre i przewlekłe wirusowe zapalenie wątroby, marskość wątroby oraz toksyczne, najczęściej polekowe uszkodzenie wątroby. W przypadku powyższych dolegliwości niezwykle istotne znaczenie ma ścisłe przestrzeganie odpowiednich zaleceń dietetycznych.



Wątroba jest głównym miejscem przemian makroskładników dostarczanych wraz z dietą, hormonów, leków i toksyn. Ponadto narząd ten spełnia wiele istotnych funkcji wydzielniczych polegających m.in. na wydzielaniu niezbędnej do trawienia tłuszczu żółci oraz syntezie białek osocza krwi. Istotną rolą wątroby jest również magazynowanie niektórych substancji, w tym głównie glikogenu, żelaza, witamin rozpuszczalnych w tłuszczach. Upośledzenie funkcji wątroby prowadzi do jej niewydolności, zakłócając prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu.

Wirusowe zapalenie wątroby jest ostrą chorobą zakaźną charakteryzującą się pierwotnym uszkodzeniem wątroby wywołanym przez wirusy wykazujące powinowactwo do komórek wątrobowych. Po wnikięciu do komórek wątroby wirusy ulegają namnożeniu, a następnie na drodze bezpośredniego mechanizmu cytopatycznego lub wtórnej odpowiedzi immunologicznej dochodzi do uszkodzenia i martwicy hepatocytów. Ostre wirusowe zapalenie wątroby w Polsce najczęściej wywołane jest przez wirusy HBV, HCV i HAV. Podstawą terapii jest odpowiednia dieta oszczędzająca chory narząd. W okresie nara-

dr JOANNA BAJERSKA

adiunkt w zakładzie dietetyki Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu, specjalista dietetyki z zakresu żywienia człowieka



napisz do autora:
redakcja@farmacjapraczynna.pl

Wątroba jest głównym miejscem przemian makroskładników dostarczanych wraz z dietą, hormonów, leków i toksyn. Upośledzenie funkcji wątroby prowadzi do jej niewydolności, zakłócając prawidłowe funkcjonowanie całego organizmu

stania objawów obserwuje się pogorszoną tolerancję tłuszczu, stąd też zaleca się dietę lekkostrawną z ograniczeniem podaży tego makroskładnika. W jadłospisie chorego powinny znaleźć się dania przygotowane na bazie ryżu, mąki, drobnych kasz, gotowanych warzyw (z wykluczeniem warzyw strączkowych i kapustnych, cebuli, czosnku), owoców podawanych w formie gotowanej, np. w postaci kompotów, przecierów, kisiel, galaretek (z wykluczeniem owoców pestkowych, gruszek). W jadłospisie uwzględniamy niskotłuszczowe przetwory mleczne, gotowany drób i chude ryby. Zaleca się również odpoczynek fizyczny (kilkugodzinny odpoczynek w pozycji leżącej sprzyja lepszemu ukrwieniu wątroby) oraz odpoczynek psychiczny. W okresie poprawy wskazane są krótkie spacery na świeżym powietrzu, stopniowo wydłużane.



W dietoterapii wirusowego zapalenia wątroby obowiązuje całkowity zakaz spożywania alkoholu. W okresie rekonwalescencji zwiększa się w diecie ilość białka, zachowując zasady diety lekkostrawnej i niskotłuszczowej.

Gdy z różnych przyczyn wszystkie stany patologiczne wątroby utrzymują się przez co najmniej 6 miesięcy, ostre zapalenie przechodzi w stan przewlekły, przybierając postać przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby. Leczenie żywieniowe chorych z przewlekłym wirusowym zapaleniem wątroby powinno być spersonalizowane i uzależniane od czasu trwania choroby, stopnia jej zaawansowania, istniejących powikłań, stanu klinicznego chorego. Zalecenia dietetyczne w przewlekłym wirusowym zapaleniu wątroby, w okresie wyrównania uwzględniają stosowanie diety lekkostrawnej, niskotłuszczowej, dostarczającej wszystkich niezbędnych składników pokarmowych potrzebnych do wyrównania niedoborów, powstałych w czasie trwania choroby oraz składników diety służących regeneracji hepatocytów. W tym względzie zaleca się zwiększoną podaż białka – składnik ten stymuluje proces regeneracji komórek wątrobowych, zmniejsza nacieczenia tłuszczowe mięszu wątroby, sprzyja uzupełnieniu białek tkankowych i syntezie albumin osocza. Komponując dietę, należy uwzględnić następujące źródła białka: mleko, twaróg, jogurt, kefir, kurczak, indyk, królik, dorsz, sandacz, tuńczyk, mintaj, chude wędliny, białka jaja lub ewentualnie całe jaja w zależności od współistniejących stanów chorobowych (żółtka są przeciwwskazane w chorobach wątroby przebiegających z zastojem żółci). Ze względu na znaczną zawartość aminokwasów aromatycznych (fenyloalanina, tryptofan, tyrozyna) nasilających encefalopatię wątrobową należy ograniczyć spożycie wołowiny, cielęciny, wieprzowiny. Zaleca się spożywanie niewielkich objętościowo posiłków, podawanych 5-6 razy dziennie. Z diety wyklucza się ostre przyprawy, grzyby, potrawy tłuste, smażone, marynowane, ciasta z dużą zawartością cukru i tłuszczu.

Niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby (ang. *nonalcoholic fatty liver disease* – NAFLD) stanowi narastający problem kliniczny i epidemiologiczny.

Zastosowanie odpowiedniej diety, zwiększenie aktywności fizycznej oraz redukcja masy ciała stanowią pierwszą linię interwencji u pacjentów z NAFLD. W tym względzie wykazano, że już 5% redukcja masy pozwala na zmniejszenie stłuszczenia wątroby

Ocenia się, że już co trzecia osoba na świecie może cierpieć na tę jednostkę chorobową. NAFLD obejmuje różne stany od łagodnej formy stłuszczenia, poprzez włóknienie oraz niealkoholowe stłuszczeniowe zapalenie wątroby (NASH) mogące prowadzić do marskości wątroby i jej nowotworów. Czynniki ryzyka rozwoju NAFLD jest nadmierna masa ciała oraz otyłość centralna (brzuszną), cukrzyca typu II, dyslipidemia, wiek, płeć męska (niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby dwukrotnie częściej występuje u mężczyzn niż u kobiet). Długotrwale spożywanie nawet umiarkowanych ilości alkoholu, w połączeniu z nadmiernym spożyciem węglowodanów, w tym fruktozy, nasyconych kwasów tłuszczowych oraz z ogólnym wzrostem kaloryczności diety sprzyja ujawnieniu się i progresji tej jednostki chorobowej. Ostatnie badania wykazały również istotną rolę mikrobioty jelitowej w rozwoju NAFLD. Mechanizm ten może dotyczyć zaburzonego metabolizmu choliny i w efekcie zmniejszenia jej dostępności oraz – co jest bardziej prawdopodobne – dysbiozy jelitowej, a także wzrostu przepuszczalności bariery jelitowej prowadzącego do ujawnienia się metabolicznej endotoksemii. Z tego względu zastosowanie probiotyków i prebiotyków może być pomocną strategią w uszczelnieniu bariery jelitowej. Zastosowanie odpowiedniej diety, zwiększenie aktywności fizycznej oraz redukcja masy ciała stanowią

pierwszą linię interwencji u pacjentów z NAFLD. W tym względzie wykazano, że już 5% redukcja masy pozwala na zmniejszenie stłuszczenia wątroby. Najczęściej zalecanym modelem żywienia w terapii NAFLD jest dieta śródziemnomorska, której cechą charakterystyczną jest wysokie spożycie warzyw, owoców, oliwy z oliwek, ryb morskich, produktów zbożowych z pełnego przemiału. Częstym składnikiem kuchni śródziemnomorskiej są karczochy – źródło cynaryny i luteoliny związków o właściwościach hepatoprotekcyjnych i antyoksydacyjnych. Młode pąki karczochów podaje się zazwyczaj na surowo lub pieczone z oliwą z oliwek i miętą. Również wyniki badań epidemiologicznych zwracają uwagę na związek stosowania niskotłuszczowych diet roślinnych (ze względu na jej wysoki potencjał antyoksydacyjny) z niższym ryzykiem wystąpienia niealkoholowej stłuszczeniowej choroby wątroby. ■

Piśmiennictwo:

- Ostrowska L. Wpływ mikrobioty jelitowej na zaburzenia metaboliczne i otyłość – punkt widzenia internisty i dietetyka. *Gastroenterologia Kliniczna* 2016, tom 8, nr 2, 62-73.
- Jarosz M. (red). *Praktyczny podręcznik dietetyki*. IZZ Warszawa 2010.
- Bujko J. (red.) *Podstawy dietetyki*. SGGW Warszawa 2008.
- Abenavoli L. et al. Health benefits of Mediterranean diet in nonalcoholic fatty liver disease. *Expert Rev Gastroenterol Hepatol*. 2018 Sep;12(9):873-881.
- Roeb E., Geier A. Nonalcoholic steatohepatitis (NASH) – current treatment recommendations and future developments. *Z Gastroenterol*. 2019 Apr;57(4):508-517.
- Mazidi M, Kengne AP. Higher adherence to plant-based diets are associated with lower likelihood of fatty liver. *Clin Nutr*. 2018 Aug 21. pii: S0261-5614(18)31352-9.
- Teterycz D., Michalak-Majewska M. Karczoch zwyczajny (*Cynara scolymus*) – innowacyjny surowiec o bogatych właściwościach leczniczych. *Zeszyty Problemowe Postępów Nauk Rolniczych* nr 593, 2018, 87-100.
- Rekomendacje Polskiej Grupy Ekspertów Niealkoholowej Choroby Stłuszczeniowej Wątroby (PGE-NAFLD). *Rekomendacje postępowania w niealkoholowej stłuszczeniowej chorobie wątroby*. *Clinical and Experimental Hepatology*, 4 (3), 2018.
- Drywień M.E. et al. Znaczenie aminokwasów rozgałęzionych w żywieniu człowieka oraz profilaktyce i przebiegu niektórych chorób. *Medycyna Ogólna i Nauki o Zdrowiu*, 19 (3), 2013, 379-384.





Nystatyna – charakterystyka, niezgodności, obliczenia

Nystatyna jest antybiotykiem polienowym posiadającym właściwości przeciwgrzybicze. W recepturze spotkamy ją w składzie zawiesin do pędzlowania jamy ustnej, maści, globulek, rzadziej zasypek. Jest dość niestabilna chemicznie, wrażliwa na temperaturę, wilgoć i światło, tlen z powietrza, a w zawiesinach wodnych nietrwała.

Zdecydowana większość surowców, z których korzystamy w recepturze, odmierzana jest za pomocą wagi. Masa substancji – zarówno tych płynnych, jak i sypkich – jest więc podstawową wielkością i sposobem przekazania farmaceucie przez lekarza mocy medykamentu, do tego stopnia, że jeżeli na receptę nie podano jednostek, przyjmujemy, że jest to gram. Umieszczenie innej jednostki wymaga wyraźnego jej zaznaczenia. Nieliczne substancje odmierzamy w jednostkach objętości, jednak w świetle obecnych przepisów recepturowych zdarza się to niezwykle rzadko. Jeszcze inny sposób – stosowany najczęściej w przypadku antybiotyków, witamin czy szczepionek – to zapis za pomocą jednostek międzynarodowych (oznaczane w skrócie j.m. lub IU). Sposób ten ułatwia porównywanie mocy i realnej aktywności danej substancji i jest stosowany w zapisach na receptę. Obecnie, przy wykonywaniu leków, jednostki spotkamy w przypadku witamin (zagadnienie

mocy witamin zostało omówione w jednym z poprzednich artykułów) oraz nystatyny.

Nystatyna jest antybiotykiem polienowym o skomplikowanej budowie (dokładnie jest to mieszanina związków) syntetyzowanym przez szczep *Streptomyces noursei*. Posiada właściwości przeciwgrzybicze, a mechanizm działania opiera się na uszkodzeniu błony komórkowej grzyba. Jej masa cząsteczkowa wynosi 926 u, a wzór sumaryczny to C₄₇H₇₅NO₁₇. Podana doustnie praktycznie nie wchłania się z przewodu pokarmowego, nieuszkodzonej skóry oraz błon śluzowych, dlatego w leczeniu wykorzystujemy jej działanie miejscowe. Stosowana jest w leczeniu zakażeń grzybiczych (zwłaszcza tych po antybiotykoterapii), m.in. jamy ustnej, języka, przełyku, przewodu pokarmowego, pochwy. Omawiana substancja uważana jest za bezpieczną w ciąży, zarówno w leczeniu grzybic skóry jak i grzybiczych infekcji intymnych, często stosujemy ją również u dzieci.

mgr farm. SYLWIA ŻUREK

wykładowca w Medycznym Studium Zawodowym

napisz do autora:
redakcja@farmacjapraczynna.pl



Przy wykonywaniu leków z nystatyną przede wszystkim należy zawsze sprawdzić poprawność zapisu przez lekarza, ponieważ podanie ilości omawianej substancji w gramach jest błędem, gdyż każda partia nystatyny będzie posiadać inną moc w przeliczeniu na jednostkę masy

Nystatyna (łac. *Nystatinum*, synonimy (obecnie rzadko stosowane): *Mycostatinum*, *Marcostatin*, *Fungicidinum*) według farmakopei to żółty lub jasnobrunatnawy, higroskopijny proszek. Spotkamy ją w recepturze, w składzie zawiesin do pędzlowania jamy ustnej, maści, globulek oraz rzadziej, zasypek. Dopuszczalne dawki według FP XI zależą od drogi podania i wynoszą odpowiednio:

- **doustnie** – $dj_{max} = 1\ 000\ 000\ \text{j.m.}$ $dd_{max} = 6\ 000\ 000\ \text{j.m.}$
- **dopochwowo** 200 000 j.m. (bez wyróżnienia na dawki, co sprawia problem w interpretacji!)
- **zewnętrznie** 100 000 j.m./g

Nystatyna praktycznie nie rozpuszcza się w wodzie i etanolu 96% (v/v), na co niewątpliwie wpływ ma duży rozmiar cząsteczki.



W związku z tym będziemy przyrządzać ją w postaci zawiesin, a przy ich wykonywaniu, w celu uzyskania równomiernego rozproszenia, pomocna jest gliceryna. Współczynnik wyparcia nystatyny wynosi 0,77, co należy uwzględnić przy wykonywaniu czopków i globulek.

Nystatyna jest dość niestabilna chemicznie, wrażliwa na temperaturę, wilgoć i światło, tlen z powietrza, w zawiesinach wodnych nietrwała (trwałość zawiesin wynosi ok. 7 dni), dlatego substancję tę przechowujemy w lodówce. Może reagować ona ze związkami silnie utleniającymi. Należy też unikać połączenia nystatyny z parafiną ciekłą. Pozytywny wpływ na trwałość substancji ma zastosowanie, przy wykonywaniu maści, podłoży lipofilowych (przede wszystkim euceryna, ale również maść cholesterolowa, lekobaza czy wazelina biała).

Ze względu na fakt iż nystatyna jest antybiotykiem, leki powinniśmy przyrządzać w warunkach aseptycznych. Istotnym problemem przy wykonywaniu leków z nystatyną są obliczenia. Przede wszystkim należy zawsze sprawdzić poprawność zapisu przez lekarza, ponieważ podanie ilości omawianej substancji w gramach jest błędem, gdyż każda partia nystatyny będzie posiadać inną moc w przeliczeniu na jednostkę masy. Warto dodać, że obecnie mamy kilku producentów tego surowca, więc rozpiętość mocy będzie spora. Dlatego każdorazowo należy obliczać ilość nystatyny posiadając „fizycznie” opakowanie w rękę i odważać ją z jednego konkretnego pojemnika. Unikniemy w ten sposób błędu.

Dla zobrazowania omawianej rozpiętości przeprowadzono analizę (patrz: tabele obok). ■



PRZEBIEG ANALIZY:

● **Analiza:**
wykonywanie maści z nystatyną

Rp.
*Nystatini 5 000 000 j.m.
3% sol Acidi borici 10,0
Euceryni ad 80,0
M.f.ung*

1 Najpierw należy policzyć, czy stężenie substancji czynnej mieści się w farmakopealnych normach (dla uzyskania przejrzystości obliczeń pominięto te związane z kwasem borowym).

Nystatyna
5 000 000 j.m. – 80 g (cała masa leku)
X – 1 g
X = 62 500 j.m./g – stężenie nystatyny według recepty
100 000 j.m./g – stężenie nystatyny dla podania zewnętrznego według FP XI

Wniosek: Stężenie nystatyny w leku nie przekracza danych zawartych w Farmakopei.

2 Następnie należy policzyć, ile nystatyny należy odważyć do recepty. Do celów analizy dysponujemy pięcioma różnymi mocami nystatyny pochodzących z różnych partii oraz od różnych producentów. Omawiane moce i wyniki obliczeń zestawiono w poniższej tabeli.

DOSTĘPNE MOCE W J.M./MG (WARTOŚCI PODANE Z OPAKOWANIA SUROWCA)	WYLICZENIE ILOŚCI NYSTATYNY DO ODWAŻENIA W MG	ILOŚĆ NYSTATYNY DO ODWAŻENIA W G	ILOŚĆ EUCERYNY DO ODWAŻENIA W G
5738	871,4	0,871	69,129
5891	848,8	0,849	69,151
6357	786,5	0,787	69,213
6510	768	0,768	69,232
6529	765,8	0,766	69,234

● **Przykładowe obliczenia dla pierwszego wiersza:**

$$5738 \text{ j.m.} - 1 \text{ mg} \quad | \quad X = 871,38375741 \text{ mg} \approx 871,4 \text{ mg} = 0,871 \text{ g}$$

$$5\,000\,000 \text{ j.m.} - X \quad | \quad 80 \text{ g} - 10 \text{ g} - 0,871 \text{ g} = 69,129 \text{ g}$$

● Z tabeli wynika, że masa nystatyny do odważenia waha się od 765,8 mg do 871,4 mg, a wartość średnia to 808,1 mg. Różnica pomiędzy dwoma skrajnymi ilościami wynosi nieco ponad 100 mg, co stanowi ok. 13% średniej odważanej mocy, czyli sporo. Inna jest również ilość podłoża do odważenia. O ile różnice w odważanym podłożu nie są zbyt wielkie i nie mają istotnego znaczenia ekonomicznego czy terapeutycznego (euceryna jako substancja pomocnicza nie wykazuje własnego działania farmakologicznego), to różnice w ilości tak silnej substancji jak nystatyna, mogą wpływać na siłę działania leku oraz powodować straty w recepcie.

● Ponadto z tabeli wynika oczywisty wniosek, że im większa moc nystatyny, tym mniej jej będzie do odważenia. Warto dodać, że na przestrzeni lat producenci zaopatrują apteki w nystatynę o coraz większej mocy (Farmakopea odnosi się tylko do minimalnej zawartości jednostek na miligram). W związku z tym bazując na obliczeniach ze starych podręczników lub notatek, nieopatrznie możemy wykonać stanowczo za mocny lek, mogący nawet przekroczyć dawki farmakopealne.

Przykłady innych recept z nystatyną:

Rp.
*Nystatini 100 000 j.m.
Ichtiooli 0,2
Metronidazoli 0,5
Acidi lactici 0,015
Lactosi 0,1
Ol. Cacao q.s.
M.f.glob.vag D.t.d. No XII
D.s. dopochwowo*

Przy wykonywaniu globulek czy czopków pamiętamy o prawidłowym wyliczeniu całkowitej ilości nystatyny do odważenia wynikającej ze sposobu zapisu na receptce.

Rp.
*Nystatini 3 000 000 j.m.
Hydrocortisoni 0,5
Pastae Zinci 50,0
Oleum Rapae ad 100,0
M.f.ung
D.s. zewnętrznie*

Stężenie nystatyny w receptce wynoszące 30 000 j.m./g

REKLAMA

MAŚCI • MIKSTURY • ZASYPKI • RECEPTY • NIEZGODNOŚCI • WIDEO-PORADY



„RECEPTURA PRAKTYCZNA”

Oglądaj eksperckie filmy wideo na stronie

www.farmacjapraktyczna.pl



Farmacja praktyczna

Zaproponuj temat kolejnego odcinka!
redakcja@farmacjapraktyczna.pl

NOWY PORZĄDEK RZECZY



GRUPY TERAPEUTYCZNE

KOLORY UŁATWIAJĄ
KATALOGOWANIE LEKÓW



DAWKA

CZYTELNA
I ZRÓŻNICOWANA
KOLOREM

WAŻNE INFORMACJE

NAZWA, DAWKA, ZAWARTOŚĆ
SĄ WIDOCZNE NA 3 ŚCIANKACH OPAKOWANIA,
ZAWSZE W TYM SAMYM MIEJSCU

POZNAJ NOWE OPAKOWANIA LEKÓW RX GRUPY POLPHARMA

Nowe opakowania leków Rx spótek należących do Grupy Polpharma (Medana, Polfa Warszawa i Polpharma) stworzyliśmy w oparciu o badania i wywiady z farmaceutami i pacjentami.

Głównym celem zmiany wizualizacji graficznej opakowań było zminimalizowanie ryzyka pomyłki przy wydawaniu leku w aptece oraz zwiększenie bezpieczeństwa stosowania leków przez pacjentów. Dlatego nowe opakowania wyraźnie odznaczają się na aptecznej półce czy w szufladzie. Mają widocznie zróżnicowane nazwy i dawki leku, które umieściliśmy na trzech ściankach opakowania.

Możliwość zaznaczenia na pudełku pory przyjmowania leku wspiera z kolei przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjenta, a rozróżnienie dawek i nazw kolorem oraz wyraźną czcionką jest ułatwieniem dla osób starszych i słabowidzących.

WIĘCEJ O NOWYCH OPAKOWANIACH NA

www.nowyporzadekrzeczy.pl



Kontrole w aptece

– uprawnienia Sanepidu i NFZ

Kontynuujemy nasz cykl poświęcony instytucjom uprawnionym do kontroli działalności aptek. Tym razem naszą uwagę postanowiliśmy skupić na Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz Narodowym Funduszu Zdrowia. Z racji obszerności zagadnienia przedstawiamy wybrane, najistotniejsze aspekty kontroli.

Państwowa Inspekcja Sanitarna

Sanepid przeprowadza kontrolę w aptece na podstawie ustawy z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej^[1] i ustawy z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia.^[2] Zastosowanie będą miały również przepisy ustawy z dnia 6 marca 2018 r. Prawo przedsiębiorców.^[3]

Kontrola przebiega według określonej procedury – najważniejsze etapy kontroli planowej:

- co do zasady, Sanepid zawiadamia przedsiębiorcę o zamiarze wszczęcia kontroli; kontrolę wszczyna się nie wcześniej niż po upływie 7 dni i nie później niż przed upływem 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia o zamiarze jej wszczęcia (art. 48 ustawy pp),
- ww. zawiadomienie musi zawierać określone elementy – w tym przede wszystkim wskazanie zakresu przedmiotowego kontroli, który nie może wykraczać poza zakres wskazany w upoważnieniu (art. 48 i 49 ustawy pp),
- inspektor sanitarny ma prawo: wstępu do aptek, żądania

pisemnych lub ustnych informacji oraz wzywania i przesłuchiwanie osób, żądania okazania dokumentów i udostępniania wszelkich danych,

- organom inspekcji sanitarnej (będącymi również organami urzędowej kontroli żywności w zakresie bezpieczeństwa żywności) przysługuje też prawo nieodpłatnego pobierania próbek środków żywności (suplementów diety oraz żywności specjalnego przeznaczenia), w ilościach niezbędnych do wykonania badań laboratoryjnych (art. 25 ustawy o inspekcji, art. 73 i art. 76 ubż^[4]),
- czynności kontrolne wykonuje się – co do zasady – w obecności przedsiębiorcy lub osoby przez niego upoważnionej (art. 50 ustawy pp),
- co do zasady, kontrolę przeprowadza się w aptece w godzinach jej pracy lub w czasie faktycznego wykonywania działalności gospodarczej przez kontrolowanego,
- z kontroli sporządza się protokół kontroli sanitarnej, który zawiera przebieg kontroli oraz ewentualne uchybienia

PIOTR KAMIŃSKI

radca prawny

napisz do autora:
redakcja@farmacjaprawna.pl

Sanepid zawiadamia przedsiębiorcę o zamiarze wszczęcia kontroli; kontrolę wszczyna się nie wcześniej niż po upływie 7 dni i nie później niż przed upływem 30 dni od dnia doręczenia zawiadomienia o zamiarze jej wszczęcia (art. 48 ustawy pp)

stwierdzone w jej toku, do protokołu kontrolowany może wnieść uwagi (art. 53 ustawy pp),

- kontrolowany prowadzi i przechowuje w swojej siedzibie książkę kontroli oraz upoważnienia i protokoły kontroli. Należy pamiętać, że kontrolowanemu przysługuje prawo wniesienia pisemnego sprzeciwu wobec podjęcia i wykonywania przez organ kontroli czynności z naruszeniem przepisów ustawy pp. w terminie 3 dni od dnia wszczęcia kontroli lub wystąpienia przestanki do wniesienia sprzeciwu. Organ kontroli w terminie 3 dni roboczych od dnia otrzymania sprzeciwu rozpatruje sprzeciw oraz wydaje postanowienie o odstąpieniu od czynności kontrolnych lub kontynuowaniu czynności kontrolnych. W razie zaś przewlekłości czynności kontrolnych przedsiębiorca może wnieść do sądu administracyjnego skargę na przewlekłe prowadzenie kontroli (art. 59 ustawy pp).

memotropil

Piracetamum

Warto pamiętać!



maj

15

Dzień Polskiej Niezapominajki



bez laktozy



od 8. roku życia



PRODUKT
POLSKI



Memotropil®

60 tabletek
powlekanych

Piracetamum

800 mg, tabletki powlekane

polpharma

800 mg

Memotropil®

60 tabletek
powlekanych

Piracetamum

1200 mg, tabletki powlekane

polpharma

1200 mg

memotropil

Piracetamum



Memotropil (Piracetamum). Skład i postać: Jedna tabletkowa powlekana zawiera odpowiednio 800 mg lub 1200 mg piracetamu oraz substancje pomocnicze o znanym działaniu, odpowiednio: lak z żółcieniem chinolinową (E 104) lub lak z żółcieniem pomarańczową (E 110). **Wskazania:** Memotropil jest wskazany w leczeniu: zaburzeń dyslektycznych u dzieci równocześnie z terapią logopedyczną; mioklonii pochodzenia korowego; zawrotów głowy pochodzenia ośrodkowego i obwodowego. **Dawkowanie i sposób podawania:** W zależności od wskazań. Zwykle stosuje się: Leczenie zaburzeń dyslektycznych u dzieci równocześnie z terapią logopedyczną. W połączeniu z terapią logopedyczną u dzieci od 8. roku życia i młodzieży podaje się 3,2 g piracetamu na dobę w 2 dawkach podzielonych. Leczenie mioklonii pochodzenia korowego. Początkowo podaje się 7,2 g piracetamu na dobę (w trzech dawkach podzielonych). W razie potrzeby dawkę zwiększa się co 3-4 dni o 4,8 g piracetamu na dobę, aż do dawki maksymalnej wynoszącej 24 g na dobę. Dawkę dobową podaje się w 2 lub 3 dawkach podzielonych. W leczeniu skojarzonym z innymi lekami antymioklonicznymi, dawki innych leków powinny być utrzymywane w zalecanych dawkach terapeutycznych. Jeżeli uzyska się poprawę kliniczną, dawki innych leków powinny być zmniejszone, jeśli to możliwe. Leczenie piracetamem powinno być kontynuowane tak długo, jak długo utrzymuje się pierwotna choroba mózgu. U pacjentów z ostrym epizodem może dojść do spontanicznej zmiany objawów, w związku z czym co 6 miesięcy należy podejmować próbę zmniejszenia dawki lub odstawienia produktu. W tym celu dawkę piracetamu należy zmniejszać o 1,2 g co dwa dni (co trzy lub cztery dni w przypadku zespołu Lance i Adama, aby zapobiec nagłemu nawrotowi choroby lub drgawkom wynikającym z odstawienia). Leczenie zawrotów głowy. Zalecana dawka wynosi od 2,4 g do 4,8 g piracetamu na dobę w 2 lub 3 dawkach podzielonych. Dawkowanie u pacjentów w podeszłym wieku. Zaleca się modyfikację dawkowania u pacjentów w podeszłym wieku z zaburzeniami czynności nerek. U pacjentów w podeszłym wieku leczonych długotrwale piracetamem niezbędne jest regularne oznaczanie klirensu kreatyniny i ewentualna modyfikacja dawki. Dawkowanie u pacjentów z zaburzeniem czynności nerek. Dawkę dobową należy dostosować indywidualnie w zależności od czynności nerek. Należy zapoznać się z poniższym zestawieniem i dostosować dawkę według przedstawionych danych. Aby korzystać z zestawienia, należy oznaczyć u pacjenta klirens kreatyniny (CLkr) w ml/min. Klirens w ml/min można obliczyć na podstawie stężenia kreatyniny w surowicy (mg/dl) za pomocą poniższego wzoru: $CLkr (ml/min) = \frac{[140 - \text{wiek (lata)}] \times \text{masa ciała (kg)}}{72} \times \text{stężenie kreatyniny w surowicy (mg/dl)} \times 0,85$ (dla kobiet). Czynność nerek \ Klirens kreatyniny (ml/min) \ Dawkowanie wraz z częstością: Norma \ >80 \ zazwyczaj stosowana dawka dobową, w dwóch do czterech dawkach podzielonych; Łagodne zaburzenie czynności \ 50-79 \ 2/3 zazwyczaj stosowanej dawki dobowej, w dwóch lub trzech dawkach podzielonych; Umiarkowane zaburzenie czynności \ 30-49 \ 1/3 zazwyczaj stosowanej dawki dobowej, w dwóch dawkach podzielonych; Ciężkie zaburzenie czynności \ <30 \ 1/6 zazwyczaj stosowanej dawki dobowej, raz dziennie; Schyłkowa niewydolność nerek \ - \ stosowanie przeciwwskazane. Dawkowanie u pacjentów z zaburzeniem czynności wątroby. Nie ma konieczności modyfikowania dawkowania u pacjentów z samym zaburzeniem czynności wątroby. U pacjentów z zaburzeniem czynności wątroby i zaburzeniem czynności nerek, zalecane jest dostosowanie dawkowania według tabeli dla pacjentów z zaburzeniem czynności nerek. Sposób podawania. Piracetam należy stosować doustnie i może być przyjmowany z pokarmem lub bez pokarmu. Tabletkę należy popić płynem. Dawkę dobową należy przyjąć w dwóch do czterech dawkach podzielonych. Podanie pozajelitowe. Gdy konieczne jest podanie pozajelitowe (w zaburzeniach połykania, utracie przytomności) piracetam może być podany dożylnie. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na piracetam, inne pochodne pirolidonu lub na którąkolwiek substancję pomocniczą. Schyłkowa niewydolność nerek (nerkowy klirens kreatyniny mniejszy niż 20 ml/min). Krwawienie śródmózgowe. Płaszawica Huntingtona. **Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności:** Produkt Memotropil należy stosować ostrożnie: u pacjentów z zaburzeniem czynności nerek, ponieważ produkt jest wydalany głównie przez nerki w postaci niezmienionej; u pacjentów z ciężkim krwotokiem, u pacjentów z ryzykiem wystąpienia krwawienia (jak u pacjentów z owrozdzeniem przewodu pokarmowego), u pacjentów z zaburzeniami hemostazy, u pacjentów po krwotoku mózgowo-naczyniowym, u pacjentów poddawanych ciężkim zabiegom chirurgicznym (w tym zabiegom stomatologicznym) oraz u pacjentów przyjmujących antykoagulanty lub leki antyagregacyjne (w tym kwas acetylosalicylowy stosowany w małych dawkach) ze względu na wpływ piracetamu na agregację płytek krwi; u pacjentów w podeszłym wieku w przypadku długotrwałego leczenia wymagana jest regularna ocena klirensu kreatyniny, aby w razie potrzeby umożliwić dostosowanie dawki. Przerwanie przyjmowania produktu. Należy unikać nagłego przerywania leczenia piracetamem u pacjentów z mioklonią, ponieważ może wywołać to nawrót choroby lub napad drgawek. Tabletki zawierają lak z żółcieniem chinolinową (E 104) lub lak z żółcieniem pomarańczową (E 110), które mogą powodować reakcje alergiczne. Działania niepożądane: Podsumowanie profilu bezpieczeństwa. Kliniczne lub farmakokliniczne badania kontrolowane placebo z podwójnie ślepa próbą, których ilościowe dane dotyczące bezpieczeństwa są dostępne (wyodrębnione z dokumentacji UCB Documentation Data Bank na miesiąc czerwiec 1997), obejmowały ponad 3000 pacjentów otrzymujących piracetam, niezależnie od wskazań, postaci, dawki dobowej czy charakterystyki populacji. Lista działań niepożądanych. Działania niepożądane zgłaszane w badaniach klinicznych oraz po wprowadzeniu do obrotu są wymienione poniżej zgodnie z obowiązującą klasyfikacją narządów i częstością. Działania niepożądane zostały sklasyfikowane zgodnie z następującą częstością występowania: bardzo często ($\geq 1/10$), często ($\geq 1/100$ do $< 1/10$), niezbyt często ($\geq 1/1000$ do $< 1/100$), rzadko ($\geq 1/10000$ do $< 1/1000$), bardzo rzadko ($< 1/10000$), nieznaną (częstość nie może być określona na podstawie dostępnych danych). Dane uzyskane po wprowadzeniu produktu do obrotu są niewystarczające żeby jednoznacznie oszacować częstość występowania działań niepożądanych w leczonej populacji. Zaburzenia krwi i układu chłonnego. Nieznana: zaburzenia krwotoczne. Zaburzenia układu immunologicznego. Nieznana: reakcje anafilaktoidalne, nadwrażliwość. Zaburzenia psychiczne. Często: nerwowość. Niezbyt często: depresja. Nieznana: pobudzenie, lęk, splątanie, omamy. Zaburzenia układu nerwowego. Często: hiperkineza. Niezbyt często: senność. Nieznana: ataksja, zaburzenia równowagi, nasilająca się padaczka, bóle głowy, bezsenność. Zaburzenia ucha i błędnika. Nieznana: zawroty głowy. Zaburzenia żołądka i jelit. Nieznana: bóle w obrębie jamy brzusznej, bóle w nadbrzuszu, biegunka, nudności, wymioty. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej. Nieznana: obrzęk naczynioruchowy, zapalenie skóry, świąd, pokrzywka. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania. Niezbyt często: astenia. Badania diagnostyczne. Często: wzrost masy ciała. Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, ul. Żąbkowska 41, PL-03 736 Warszawa. Tel.: + 48 22 49 21 301, Faks: + 48 22 49 21 309, e-mail: adr@urpl.gov.pl. **Podmiot odpowiedzialny:** ZF Polpharma S.A. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu dla tabletek powlekanych 800 i 1200 mg odpowiednio: nr 8736 i 8737 wydane przez MZ. Dodatkowych informacji o leku udziela: Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, www.polpharma.pl, tel.: +48 022 364 61 00; fax: +48 022 364 61 02. Lek wydawany na podstawie recepty. ChPL: 2014.02.18.

MEM/395/04-2019





Po kontroli inspektor sanitarny może wydać zalecenia pokontrolne, które są wpisywane do książki kontroli (art. 31 ustawy o inspekcji). W razie stwierdzenia naruszenia wymagań higienicznych i zdrowotnych, państwowy inspektor sanitarny nakazuje, w drodze decyzji, usunięcie w ustalonym terminie stwierdzonych uchybień. Jeżeli naruszenie ww. wymagań spowodowało bezpośrednio zagrożenie życia lub zdrowia ludzi, Sanepid nakazuje zamknięcie stanowiska pracy lub apteki (art. 27 ustawy o inspekcji). Z kolei kto utrudnia lub udaremnia działalność organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej, podlega karze aresztu do 30 dni, karze ograniczenia wolności albo karze grzywny. Warto też przypomnieć, że od 2008 r. wszystkie apteki, które prowadzą obrót suplementami diety lub środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego, mają obowiązek wpisu do rejestru zakładów podlegających kontroli Sanepidu (art. 61 ubż).

Narodowy Fundusz Zdrowia

Obecnie obowiązuje ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych¹⁾ oraz zarządzenie nr 128/2017/DK Prezesa NFZ z dnia 21 grudnia 2017 r. w sprawie kontroli prowadzonych przez NFZ. Zarządzenie szczegółowo określa zasady kontroli aptek, zarówno tych, które zawarły z NFZ kontrakt w zakresie zaopatrzenia w środki pomocnicze i wyroby medyczne będące przedmiotami ortopedycznymi, jak i apteki które takiego kontraktu nie zawarły. W pierwszym wypadku apteki podlegają szerszej kontroli, tj. na zasadach określonych dla świadczeniodawców. W drugim zaś zakres kontroli jest węższy i zgodnie z § 3 ust. 2 ww. zarządzenia obejmuje realizację recept na leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego, wyroby medyczne, w szczególności pod względem:

- spełniania przez recepty przyjęte do realizacji wymogów formalnych, stanowiących podstawę wydania refundowanych leków, w tym prawidłowości użytych druków recept, danych naniesionych na receptach, a w szczególności czytelności danych

- na recepcie lub poprawności dokonanych adnotacji uzupełniających oraz kompletności i poprawności danych niezbędnych do realizacji recepty,
- potwierdzenia realizacji recept oraz poprawności realizacji recept,
- prawidłowości ilości wydawanych leków lub liczby wydawanych wyrobów medycznych, w tym wielkości wydawanych opakowań,
- przestrzegania terminów realizacji recept,
- wyceny recept w zależności od uprawnień świadczeniobiorcy,
- otaksowania recept, zawierającego dane dotyczące każdego z różnych opakowań wydanych leków (w tym kwoty podlegającej refundacji),
- poprawności i terminowości przekazywanych danych o obrocie refundowanymi lekami oraz zestawień zbiorczych,
- przestrzegania przepisów w zakresie wydawania leków refundowanych przez personel posiadający wymagane kwalifikacje w tym wydawanych w oparciu o recepty wystawione przez osoby uprawnione zgodnie z przysługującymi tym osobom uprawnieniami.

Kontroli w ww. zakresie dokonują obecnie oddziały wojewódzkie NFZ. W kontekście zasad kontroli NFZ w aptekach należałoby jednak zwrócić uwagę nie tyle na szczegółowe procedury dotyczące kontroli, ile na zmiany jakie z dniem 1 czerwca 2019 r. wprowadzi nowelizacja ustawy o świadczeniach. Zostanie dodany nowy dział (IIIA) poświęcony stricte kontroli. Co się zmieni?

- nastąpi koncentracja służb kontrolnych, które obecnie funkcjonują w oddziałach wojewódzkich NFZ i centrali NFZ; powstanie tzw. korpus kontrolerski, który będzie podlegał pod centralę NFZ i będzie realizował politykę Prezesa NFZ,
- zniesiony zostanie osobny tryb kontroli dla szpitali, ordynacji lekarskiej i aptek,
- Prezes NFZ zostanie upoważniony (a de facto pracownicy NFZ) do kontroli realizacji umowy refundacji leków, którą obecnie może przeprowadzać tylko dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ (art. 61a nowelizacji ustawy o świadczeniach),

Z dniem 1 czerwca 2019 r., wskutek nowelizacji ustawy o świadczeniach, nastąpi m.in. koncentracja służb kontrolnych – powstanie tzw. korpus kontrolerski, który będzie podlegał pod centralę NFZ i będzie realizował politykę Prezesa NFZ

- co do zasady, NFZ będzie zawiadamiał aptekę najpóźniej w ciągu 7 dni przed rozpoczęciem czynności kontrolnych (a nie najpóźniej w chwili ich rozpoczęcia),
- nie będzie jednoczesnej kontroli z Ministerstwa Zdrowia i NFZ (obecnie jest to możliwe),
- nastąpi rezygnacja z protokołu kontroli, ustalenia z kontroli zostaną zamieszczone w jednym dokumencie – wystąpieniu pokontrolnym (14 dni na zgłoszenie zastrzeżeń).

Zmiany poszerzają zatem zakres kontroli i kompetencje kontrolerów. ■

Piśmiennictwo:

1. Dz. U. z 2019 r. poz. 59, dalej: ustawa o inspekcji.
2. Dz. U. z 2018 r. poz. 1541, ze zm., dalej: ubż.
3. Dz. U. poz. 646, ze zm., dalej: ustawa pp.
4. Szerzej na ten temat w stanowisku Łódzkiego Państwowego Inspektora Sanitarnego skierowanym do Okręgowej Izby Aptekarskiej w Łodzi, <https://www.oia.lodz.pl/wpis/pobieranie-probek-suplementow-diety-przez-panstwowa-inspekcje-sanitarna-dobadan-laboratoryjnych>
5. Dz. U. z 2018 r. poz. 1510, ze zm., dalej: ustawa o świadczeniach. Stan prawny maj 2019 r.

PODOPISUJĄCY CIĘ NA FORUM:
[@](http://www.farmacjapracujacych.pl)

Manager
farmacji

Profesjonalne wsparcie
w zarządzaniu apteką



Higiena brzegów powiek

Dlaczego higiena powiek jest ważna? Dlaczego pacjenci z objawami zespołu suchego oka (ZSO) powinni szczególnie dbać o higienę powiek? Dlaczego współcześnie w leczeniu ZSO stosuje się nie tylko krople nawilżające?



dr n. med. **ARKADIUSZ POGRZEBIELSKI**

okulista z „OCULUS” Krakowskie Centrum Okulistyczne

napisz do autora:

redakcja@farmacjapraktyczna.pl

Powierzchnię oka chroni **film łzowy**, który – w uproszczeniu – charakteryzuje się budową warstwową. Składa się on z wytwarzanej przez gruczoły Meiboma zewnętrznej **warstwy lipidowej**, największej objętościowo środkowej **warstwy wodnej** oraz produkowanej przez komórki kubkowe spojówki **warstwy mucynowej**.

Gruczoły Meiboma zlokalizowane są głęboko w tarczce, a ich ujścia w krawędzi powiek. Przy każdym ich zamknięciu z gruczołów wydobywa się niewielka ilość tłuszczowej wydzieliny, która odgrywa niezwykle istotną rolę w stabilizacji i prawidłowym funkcjonowaniu filmu łzowego.

Warstwa lipidowa filmu łzowego zapobiega nadmiernemu parowaniu fazy wodnej, co zgodnie z aktualnymi wynikami badań epidemiologicznych stanowi najczęstszą przyczynę zespołu suchego oka (ZSO). Współczesne rozumienie istoty **zespołu suchego oka** zawarte w najnowszej jego definicji dalece odbiega od laickiego wyobrażenia o „niedoborach wody”. Zespół suchego oka prowadzący w wielu wypadkach do **choroby powierzchni oka** (*ocular surface disease*) to wieloczynnikowa, złożona choroba charakteryzująca się utratą homeostazy filmu łzowego z towarzyszącymi objawami ze strony oczu, w których powstawaniu istotną rolę etiologiczną

Rozwijające się uszkodzenia powierzchni oka i stan zapalny powodują ból, pieczenie, kłucie, uczucie „piasku pod powiekami”, zaczerwienienie oka, dyskomfort i zaburzenia widzenia

odgrywają: niestabilność filmu łzowego i jego hiperosmolarność, procesy zapalne na powierzchni oka, uszkodzenia powierzchni oka i nieprawidłowości neurosensoryczne.

Zespół suchego oka dzielimy na:

- 1** postać hiposekrecyjną, związaną z niedoborami filmu łzowego,
- 2** postać związaną z nadmiernym parowaniem łez,
- 3** postać mieszaną (najczęstsza).

Rozwijające się uszkodzenia powierzchni oka i stan zapalny powodują ból, pieczenie, kłucie, uczucie „piasku pod powiekami”, zaczerwienienie oka, dyskomfort i zaburzenia widzenia.

Przyczyny i istota dysfunkcji gruczołów Meiboma

Dysfunkcja gruczołów Meiboma (MGD) to przewlekłe, rozlane zaburzenie ich działania. Zwykle charakteryzuje się ono zamknięciem ujść gruczołów i (lub) jakościowymi/ilościowymi zmianami w ich wydzielinie. Skutkiem tego mogą być



zaburzenia filmu łzowego, objawy podrażnienia oka, stan zapalny i choroba powierzchni oka.

Na powstanie MGD może wpływać wiele czynników okulistycznych, ogólnych i związanych ze stosowaniem leków. Do czynników okulistycznych należą m.in.: zapalenie brzegów powiek, noszenie soczewek kontaktowych, zakażenie nużeńcem ludzkim. Czynniki ogólne to m.in.: procesy starzenia się, niedobór androgenów, menopauza, zespół Sjögrena, nieprawidłowe stężenie cholesterolu we krwi, łuszczyca, atopia, trądzik różowaty, łagodny rozrost prostaty (BPH). Do leków związanych z patogenezą MGD zalicza się antyandrogeny, leki stosowane w leczeniu BPH, hormonalną terapię zastępczą, leki przeciw-histaminowe, przeciwdepresyjne i retinoidy. Wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3 mogą chronić przed rozwojem choroby.

Zaburzenia warstwy lipidowej są najczęściej skutkiem dysfunkcji gruczołów Meiboma, mogą być także konsekwencją zapalenia brzegów powiek (blepharitis). MGD i (lub) zapalenie brzegów powiek obserwuje się u 50-75% pacjentów poszukujących z różnych powodów porady lekarskiej. Badanie epidemiologiczne przeprowadzone w Polsce wykazały różne stadia MGD u 47% pacjentów.

Terapia ZSO, w tym szczególnie postaci związanej z nadmiernym parowaniem łez wynikającej z MGD, nie powinna ograniczać się wyłącznie do zwykłej substytucji filmu łzowego preparatami sztucznych łez. Leczenie choroby powierzchni oka powinno być kompleksowe i dostosowane do stadium jej zaawansowania. W przypadku zaburzeń warstwy lipidowej, które – jak się podkreśla – są najczęstszą postacią ZSO, oprócz substytucji łez niezwykle istotne jest dbanie o prawidłową higienę brzegów powiek. Składa się na nią regularne (codzienne) stosowanie ciepłych okładów, wykonywanie w odpowiedni sposób masażu brzegów powiek oraz ich oczyszczanie za pomocą chusteczek nasączonych specjalistycznymi, okulistycznymi hipoaergicznymi płynami micelarnymi.

Fot. 1. Ogrzewalny kompres



Rozgrzewanie powiek ma na celu zmiękczenie zastygłej wydzieliny łojowej wytwarzanej przez gruczoły Meiboma. W przypadku MGD w wydzielinie stwierdza się gęste lipidy, których punkt topnienia jest patologicznie podniesiony. W celu ich upłynnienia stosuje się np. specjalne ogrzewalne kompresy (Fot. 1). Celem jest uzyskanie odpowiedniej temperatury powiek. Należy jednak pamiętać, że pacjenci stosują suboptymalne temperatury przez zbyt krótki czas. Uważa się, że dla skuteczności opisywanych zabiegów temperatura powinna wynosić 40-45 st., a czas rozgrzewania powiek – co najmniej 5 minut. Badania pokazują, że wydłużenie czasu ogrzewania do 10-15 minut zwiększa grubość warstwy lipidowej filmu łzowego o 100%.

Delikatny masaż powiek powinien odbywać się w kierunku ujść gruczołów znajdujących się w krawędzi powieki, tj. w powiece dolnej powinien mieć kierunek z dołu do góry, a górnej na odwrót – z góry ku dołowi – i dotyczyć tarczki i krawędzi powieki, a nie skóry daleko wokół oczu.

Codzienna samodzielna pielęgnacja (oczyszczanie) brzegów powiek i rzęs stanowi niezwykle istotną

Higiena powiek wykonywana codziennie – przynajmniej raz lub najlepiej dwa razy dziennie – często zmniejsza objawy przewlekłego zapalenia brzegów powiek. Aby jednak osiągnąć zauważalną poprawę, potrzeba co najmniej 2-3 tygodni regularnego stosowania. W remisji na ogół wystarcza stosowanie zabiegów raz dziennie

część procesu terapeutycznego i powinna stać się dla chorego elementem codziennej rutyny. Prowadzi ona do odetkania ujść gruczołów Meiboma, usunięcia łuseczek i materiału blokującego ujścia gruczołów, redukcji nadmiernej epitelializacji, zmniejszenia procesów keratynizacji, oczyszczenia wyciśniętej wydzieliny i nasyconych kwasów tłuszczowych z powieki, które w nadmiarze i nieodpowiednim stężeniu indukują procesy zapalne, oraz przywrócenia równowagi na brzegu powieki i będącej z nim funkcjonalnej jedności z powierzchnią gałki ocznej.

Higiena powiek wykonywana codziennie – przynajmniej raz lub najlepiej dwa razy dziennie – często zmniejsza objawy przewlekłego zapalenia brzegów powiek. Aby jednak osiągnąć zauważalną poprawę, potrzeba co najmniej 2-3 tygodni regularnego stosowania. W remisji na ogół wystarcza stosowanie zabiegów raz dziennie.



Dlaczego chusteczki mają zastosowanie w zapaleniu brzegów powiek?

- zapalenie brzegów powiek to grupa schorzeń, w których proces zapalny obejmuje brzegi powiek oraz przyległe struktury oka;
- zapalenie brzegów powiek dzieli się na: tylne (z dysfunkcją gruczołów Meiboma), przednie, mieszane;
- tylne zapalenie brzegów powiek obecnie utożsamia się z omówioną wcześniej dysfunkcją gruczołów Meiboma (MGD).

Przednie zapalenie brzegów powiek może być skutkiem zakażenia bakteryjnego, ale także zakażenia nużeńcem.

Standardowe leczenie przedniego i tylnego zapalenia brzegów powiek polega na higienie brzegów powiek (mycie, ogrzewanie ciepłymi kompresami, masowanie, oczyszczanie), podawaniu leków (antybiotyki, tymczasowo steroidy) miejscowo i ogólnie, jak również leczeniu współistniejących schorzeń okulistycznych i dermatologicznych.

Co to jest nużycza? Jakiej korzystnej właściwości ma olejek z drzewa herbacianego i dlaczego warto, aby był składnikiem chusteczek do higieny powiek?

Nużycza (demodekoza) to przewlekła choroba skóry wywołana przez nużeńca (*Demodex spp.*). Jest to gatunek roztocza, którym ludzie zarażają się od siebie poprzez bezpośrednie kontakty, stosowanie wspólnych przyborów toaletowych lub ręczników oraz prawdopodobnie za pośrednictwem kurzu. Do kolonizacji skóry człowieka dochodzi już w dzieciństwie lub we wczesnej dorosłości. Badania pokazują, że zakażenie nużeńcem jest powszechne. Odsetek osób zakażonych nużeńcem zwiększa się z wiekiem i według badań ok. 70. r.ż. wynosi ok. 70%. U ludzi spotyka się dwa gatunki nużeńca: ludzkiego (*Demodex folliculorum*) i krótkiego (*Demodex brevis*).

Głównym pożywieniem nużeńców są komórki naskórka oraz składniki łoju, dlatego też zamieszkują

one rejonu skóry bogate w gruczoły łojowe, głównie na twarzy (powieki, czoło, brodę, nos, policzki). Sama obecność roztoczy *Demodex spp.* na skórze twarzy u większości ludzi nie wywołuje objawów chorobowych. Jeśli chodzi o oczy, nużeńce umieszcawiają się w mieszkach włosowych brwi, rzęs oraz w gruczołach tarczowych powiek (gruczołach Meiboma) czy łojowych skóry. Ich obecność może wywoływać przewlekłe zapalenie brzegów powiek, którego objawami są zaczerwienienie i podrażnienie brzegów powiek, wypadanie brwi i (lub) rzęs, oraz przyczynia się do powstawania gradówek.

W ostatnich latach zaobserwowano pozytywny efekt stosowania olejku z drzewa herbacianego w leczeniu zmian ocznych wywołanych przez nużeńce. Olejek z drzewa herbacianego wykazuje głównie silne właściwości antyseptyczne. Pacjentom zaleca się codzienną toaletę twarzy, w szczególności okolic oczu, połączoną z delikatnym masażem i oczyszczeniem. Gotowe chusteczki nasączone płynem zawierającym w swym składzie związki oleju drzewa herbacianego bardzo to ułatwiają.

Dlaczego należy stosować chusteczki jako przygotowanie powiek i powierzchni oka przed i po zabiegach chirurgicznych?

Każdej procedurze chirurgicznej dotyczącej gałki ocznej mogą towarzyszyć powikłania, jednak szczególną grupę stanowią pacjenci poddawani zabiegom wewnątrzgałkowym (bardzo często wykonywane iniekcje wewnątrzgałkowe, operacje zaćmy, rzadsze operacje przeciwjaskrowe, przeszczepy rogówki, witrektomie). Jednym z rzadkich, ale niezwykle groźnych powikłań są zapalenia wnętrza gałki ocznej (*endophthalmitis*) wywołane przez drobnoustroje wprowadzone do wnętrza oka w czasie procedury chirurgicznej. Wielu ekspertów zaleca zmniejszenie populacji drobnoustrojów przed planowanymi zabiegami okulistycznymi, ponieważ najważniejszym źródłem zanieczyszczeń powierzchni oka są powieki. Istnieje zgoda, że redukcja liczby bakterii pokrywających skórę powiek czy bytujących w mieszkach włosowych rzęs oraz ujściach gru-

czołów Meiboma może zmniejszyć ryzyko infekcji. Higiena pomocna jest w zmniejszeniu populacji gronkowców (*staphylococcal blepharitis*).

W oczyszczaniu powiek stosuje się nasączone chusteczki, można także wykorzystać patyczki higieniczne. Formuła chusteczek wydaje się także skutecznie zmniejszać zanieczyszczenie brzegów powiek, co jest niezbędne przed interwencją chirurgiczną. Pacjenci powinni oczyszczać powieki kilka dni przed zabiegiem, aby zmniejszyć ryzyko zakażeń oko- i pooperacyjnych. Gotowe do użycia sterylne chusteczki wydają się łatwe w użyciu, nawet w przypadku osób o ograniczonych zdolnościach ruchowych.

Zaburzenia powierzchni oka mogą negatywnie wpływać na wynik zabiegu, zwiększając ryzyko zakażenia. Odpowiedni stan filmu łzowego ma jednak duże znaczenie również przy pomiarach biometrycznych przed operacjami zaćmy czy laserową korekcją wzroku.

Chociaż całkowite wyleczenie MGD prawdopodobnie nie jest możliwe, przestrzeganie higieny powiek i przepisane leczenie farmakologiczne może być skuteczne w łagodzeniu objawów oraz udrażnianiu gruczołów Meiboma. Chusteczki delikatnie oczyszczają powieki z brudu, zanieczyszczeń i śladów makijażu, nie podrażniają tkanek oka ani nie uszkadzają zewnętrznej warstwy naskórka. Stosowanie preparatów oczyszczających powieki poprawia stan gruczołów Meiboma, jak również poprawia u wielu osób odczucie komfortu w oczyszczonym miejscu.

Wyniki badań pokazują, że właściwa higiena powiek jest jednym z najważniejszych czynników, który statystycznie i klinicznie poprawia stan powierzchni oka i stabilność filmu łzowego po operacji zaćmy. Wyłącznie stosowanie nawilżających kropli do oczu nie było wystarczające w utrzymaniu stabilności filmu łzowego u pacjentów z współistniejącym MGD. ■



NOWOCZESNA HIGIENA POWIEK

BEZ
KONSERWANTÓW

 HY-TER®

 NATURALNA
BAWEŁNA

WYRÓB
MEDYCZNY



* hialuronian sodu i naturalny ekstrakt z drzewa herbacianego



SOFTEYE
BLEPHA+



SOFTEYE
BLEPHA



O zawałach serca u kobiet i mężczyzn

Do niedawna uważano, że zawał serca jest chorobą typowo męską. Badania pokazują jednak, że choroby układu krążenia, w tym również zawał, częściej nawet dotyczą kobiet. W tym kontekście warto również wspomnieć, jaki związek z występowaniem incydentów kardiologicznych ma menopauza i andropauza.



dr n. med. **LESZEK MAREK KRZEŚNIAK**

specjalista chorób wewnętrznych

napisz do autora:

redakcja@farmacjapraktyczna.pl

Gdy z powodu chorób układu krążenia, a więc zawałów, niewydolności serca i udarów umiera rocznie ok. 84 tysiące mężczyzn, to zawały u nich stanowią ok. 42% przyczyn zgonów. Natomiast u kobiet na 94 tys. zgonów rocznie z powodu chorób układu krążenia zawały stanowią 52% przyczyn śmierci. Podobną tendencję obserwuje się w całej Europie. Porównując przyczyny zgonów w Polsce w roku 1960, choroby krążenia stanowiły 37%, w roku 2015 – aż 72%.

Czy zawał serca to wyłącznie męska przypadłość?

Do tej pory uważano powszechnie, że kobiety nie chorują tak często na serce jak mężczyźni. Tymczasem kobiety chorują na serce zazwyczaj 10 lat później niż mężczyźni. Jeśli mężczyzna

w wieku 65 lat dozna zawału serca, a podobnie rozległego zawału doświadczy kobieta w wieku 75 lat, to jej szanse na przeżycie są relatywnie mniejsze chociażby ze względu na wiek i często występujące w tym okresie choroby współistniejące. Badania Natpol „Wiek serca Polaków” przeprowadzone w 2011 r. wskazują, że stan serca Polek po 40. r.ż. gwałtownie ulega pogorszeniu – wiek serca kobiet po 40. r.ż. jest średnio o 10 lat wyższy niż ich wiek metrykalny. Badacze zastanawiają się, skąd biorą się te różnice. Po 40. r.ż. u wielu kobiet dochodzi do zaburzeń hormonalnych, które nasilają się w okresie przekwitania (menopauzy). Towarzyszą temu zaburzenia metabolizmu tłuszczów, u wielu kobiet z nadwagą i otyłością stwierdza się

Badania Natpol „Wiek serca Polaków” przeprowadzone w 2011 r. wskazują, że stan serca Polek po 40. r.ż. gwałtownie ulega pogorszeniu – wiek serca kobiet po 40. r.ż. jest średnio o 10 lat wyższy niż ich wiek metrykalny

nieprawidłową tolerancję glukozy określaną czasem jako stan przedcukrzycowy. Ponadto zaczynają dawać o sobie znać skutki niezdrowego trybu życia, nawyków dietetycznych, niedoborów witamin i minerałów, palenia tytoniu, nadużywania alkoholu i braku ćwiczeń oraz zaniechania wysiłku fizycznego. Prof. dr hab. n. med. Artur Mamcarz uważa, że kobiety nie chorują na zawał rzadziej niż mężczyźni, tylko później. Do okresu menopauzalnego, czyli ok. 50. r.ż., chronione są przez układ hormonalny. Po przekroczeniu tej granicy ten dystans do mężczyzny się skraca. Częstość występowania zawałów u 50-letnich mężczyzn jest taki sam, jak u 60-letnich kobiet. Kobiety częściej umierają na serce również dlatego, że później niż mężczyźni trafiają do kardiologa, a objawy zawału są u nich nietypowe i mylone ze zwykłym zmęczeniem czy schorzeniami układu pokarmowego.

Acard[®]
Acidum acetylsalicylicum



Nowe opakowanie, to samo działanie

Twoje tabletki od serca zmieniają opakowanie.
Poza tym niezmiennie chronią Cię przed
zawałem serca i udarem niedokrwinnym mózgu*.
I jak zawsze wystarczy tylko 1 tabletkę na dobę.



Polfa Warszawa S.A.

GRUPA



polpharma

Acard (Acidum acetylsalicylicum). Skład i postać: Jedna tabletkę dojelitowa zawiera 75 mg kwasu acetylosalicylowego. **Wskazania:** Choroba niedokrwienna serca oraz wszelkie sytuacje kliniczne, w których celowe jest hamowanie agregacji płytek krwi: zapobieganie zawałowi serca u osób dużego ryzyka, świeży zawał serca lub podejrzenie świeżego zawału serca, niestabilna choroba wieńcowa, prewencja wtórna u osób po przebytych zawałach serca, stan po wszczęciu pomostów aortalno-wieńcowych, angioplastyce wieńcowej, zapobieganie napadom przejściowego niedokrwienia mózgu (TIA) i niedokrwiennego udaru mózgu u pacjentów z TIA, po przebytych udarach niedokrwinnym mózgu u pacjentów z TIA, u osób z zarostową miażdżycą tętnic obwodowych, zapobieganie zakrzepicy naczyń wieńcowych u pacjentów z mnogimi czynnikami ryzyka, zapobieganie zakrzepicy żyłnej i zatorowi płuc u pacjentów długotrwale unieruchomionych, np. po dużych zabiegach chirurgicznych jako uzupełnienie innych sposobów profilaktyki. **Dawkowanie i sposób podawania:** Podanie doustne. Tabletkę dojelitową produktu Acard ma otoczkę i nie rozpada się w żołądku, przez co zmniejsza się drażniące działanie kwasu acetylosalicylowego na błonę śluzową żołądka. Tabletki dojelitowe należy przyjmować po posiłku – połykać w całości. Uwaga: w świeżym zawałach serca lub podejrzeniu świeżego zawału serca tabletki dojelitowe mogą być stosowane, gdy nie jest dostępny kwas acetylosalicylowy w tabletkach niepowlekanych. W takim przypadku tabletki dojelitowe należy bardzo dokładnie rozgryźć, aby uzyskać szybkie wchłanianie. Zapobieganie zawałowi serca u osób dużego ryzyka: zwykle 1 tabletkę dojelitową (75 mg) na dobę. Świeży zawał serca lub podejrzenie świeżego zawału serca: jednorazowo 4 tabletki dojelitowe 75 mg (300 mg). Tabletki dojelitowe należy bardzo dokładnie rozgryźć, aby uzyskać szybkie wchłanianie. Niestabilna choroba wieńcowa, prewencja wtórna u osób po przebytych zawałach serca: zwykle 1 tabletkę dojelitową (75 mg) na dobę. Stan po wszczęciu pomostów aortalno-wieńcowych, angioplastyce wieńcowej: zwykle 1 tabletkę dojelitową (75 mg) na dobę. Zapobieganie napadom przejściowego niedokrwienia mózgu (TIA) i niedokrwiennego udaru mózgu u pacjentów z TIA: zwykle 1 tabletkę dojelitową (75 mg) na dobę. Po przebytych udarach niedokrwinnym mózgu u pacjentów z TIA: 1 tabletkę dojelitową (75 mg) na dobę. U osób z zarostową miażdżycą tętnic obwodowych: zwykle 1 tabletkę dojelitową (75 mg) na dobę. Zapobieganie zakrzepicy naczyń wieńcowych u pacjentów z mnogimi czynnikami ryzyka: zalecana dawka dobową: 1 do 2 tabletek dojelitowych (75 mg do 150 mg). Zapobieganie zakrzepicy żyłnej i zatorowi płuc u pacjentów długotrwale unieruchomionych, np. po dużych zabiegach chirurgicznych jako uzupełnienie innych sposobów profilaktyki: 1 do 2 tabletek dojelitowych (75 mg do 150 mg) na dobę. **Przeciwwskazania:** Produktu Acard nie należy stosować: w przypadku nadwrażliwości na substancję czynną – kwas acetylosalicylowy, inne salicylany lub na którąkolwiek substancję pomocniczą leku; u pacjentów ze skazą krwotoczną, u pacjentów z czynną chorobą wrzodową żołądka i (lub) dwunastnicy; u pacjentów z ciężką niewydolnością nerek; u pacjentów z ciężką niewydolnością wątroby; u pacjentów z napadami tzw. astmy aspirynowej w wywiadzie, wywołanymi podaniem salicylanów lub substancji o podobnym działaniu, szczególnie niesteroidowych leków przeciwzapalnych; jednocześnie z metotreksatem w dawkach 15 mg na tydzień lub większych; w ostatnim trymestrze ciąży; u dzieci w wieku do 12 lat w przebiegu infekcji wirusowych ze względu na ryzyko wystąpienia zespołu Reye'a – rzadko chorobą wrzodową żołądka i (lub) dwunastnicy; uszkodzenie wątroby i mózgu. **Ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności:** Znaczna część podanych poniżej ostrzeżeń i środków ostrożności dotyczy kwasu acetylosalicylowego stosowanego w dawkach konwencjonalnych, tj. od 1 g do 3 g na dobę i wystąpienie tych reakcji jest mało prawdopodobne przy stosowaniu małych dawek produktu. Kwas acetylosalicylowy należy stosować ostrożnie: w pierwszym i drugim trymestrze ciąży, w okresie karmienia piersią, w przypadku nadwrażliwości na niesteroidowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne lub inne substancje alergizujące, podczas jednoczesnego stosowania leków przeciwzakrzepowych, podczas jednoczesnego stosowania ibuprofenu, który może wpływać na działanie antyagregacyjne kwasu acetylosalicylowego, u pacjentów z zaburzoną czynnością wątroby lub nerek, u pacjentów z chorobą wrzodową lub krwawieniami z przewodu pokarmowego w wywiadzie, u pacjentów z niedoborem dehydrogenazy glukozo-6-fosforanowej. Kwas acetylosalicylowy może być stosowany u pacjentów z nadwrażliwością na niesteroidowe leki przeciwzapalne lub inne substancje alergizujące wyłącznie po rozważeniu stosunku ryzyka do korzyści. Kwas acetylosalicylowy może powodować skurcz oskrzeli i wywoływać napady astmy lub inne reakcje nadwrażliwości. Czynniki ryzyka obejmują: astmę oskrzelową, przewlekłe choroby układu oddechowego, katar sienny z polipami błony śluzowej nosa. Ostrzeżenie to odnosi się także do pacjentów wykazujących reakcje alergiczne (np. odczyn skóry, świąd, pokrzywka) na inne substancje. U pacjentów z nadwrażliwością skłonnością do krwawień (hemofilia, niedobór witaminy K), przyjmujących leki przeciwzakrzepowe (np. pochodne kumaryny lub heparynę – z wyjątkiem leczenia heparyną w małych dawkach) zastosowanie kwasu acetylosalicylowego należy rozważyć, uwzględniając stosunek ryzyka do korzyści. Kwas acetylosalicylowy należy stosować ostrożnie u pacjentów z zaburzoną czynnością wątroby lub nerek. Należy rozważyć stosowanie produktu leczniczego u pacjentów, u których w wywiadzie stwierdzono owrzodzenie żołądka i (lub) dwunastnicy, ponieważ może się uczynić choroba wrzodowa oraz mogą wystąpić krwawienia z przewodu pokarmowego. Kwas acetylosalicylowy, ze względu na działanie antyagregacyjne, może powodować wydłużenie czasu krwawienia podczas lub po zabiegach chirurgicznych (włącznie z niewielkimi zabiegami, np. ekstrakcją zęba). Nie należy podawać kwasu acetylosalicylowego na 5 dni przed planowanymi zabiegami chirurgicznymi, zwłaszcza okulistycznymi i otologicznymi. Kwas acetylosalicylowy, nawet w małych dawkach, hamuje wydalanie kwasu moczowego. U pacjentów ze zmniejszonym wydalaniem kwasu moczowego produkt leczniczy może wywołać napad dny moczanowej. **Działania niepożądane:** Poniżej przedstawiono działania niepożądane związane ze stosowaniem kwasu acetylosalicylowego: Zaburzenia żołądka i jelit. Często: objawy niestrawności (zgaga, nudności, wymioty) i bóle brzucha. Rzadko: stany zapalne żołądka i jelit, choroba wrzodowa żołądka i (lub) dwunastnicy bardzo rzadko prowadzące do krwotoków i perforacji charakteryzujące się odpowiednimi objawami klinicznymi i wynikami badań laboratoryjnych. Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych. Rzadko: przemijające zaburzenia czynności wątroby ze zwiększeniem aktywności aminotransferaz. Zaburzenia układu nerwowego. Zawroty głowy i szumy uszne, będące zazwyczaj objawami przedawkowania. Zaburzenia krwi i układu chłonnego. Zwiększone ryzyko krwawień, wydłużenie czasu krwawienia. Obserwowano krwawienia takie jak: krwotok okołoperacyjny, krwiaki, krwawienie z nosa, krwawienia z dróg moczowo-płciowych, krwawienia z dziąseł. Rzadko lub bardzo rzadko raportowano poważne krwawienia takie jak: krwotok z przewodu pokarmowego, krwotok mózgowy (szczególnie u pacjentów z niekontrolowanym nadciśnieniem tętniczym i (lub) podczas równoczesnego podawania leków hemostatycznych), które w pojedynczych przypadkach mogą potencjalnie zagrażać życiu. Krwotok może prowadzić do ostrej lub przewlekłej niedokrwistości w wyniku krwotoku i (lub) niedokrwistości z niedoboru żelaza (na przykład w wyniku utajonych mikrokrwawień) z odpowiednimi objawami laboratoryjnymi i klinicznymi, takimi jak osłabienie, bladość, hypoperfuzja. Zaburzenia układu immunologicznego. Reakcje nadwrażliwości z odpowiednimi objawami laboratoryjnymi i klinicznymi, w tym: astma, odczyn skóry, wysypka, pokrzywka, obrzęk, świąd, zaburzenia serca i układu oddechowego. Bardzo rzadko: ciężkie reakcje alergiczne włączając wstrząs anafilaktyczny. Zaburzenia nerek i dróg moczowych. Bardzo rzadko: zaburzenia czynności nerek. Zaburzenia metabolizmu i odżywiania. Bardzo rzadko: hipoglikemia. Zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Po dopuszczeniu produktu leczniczego do obrotu istotne jest zgłaszanie podejrzewanych działań niepożądanych. Umożliwia to nieprzerwane monitorowanie stosunku korzyści do ryzyka stosowania produktu leczniczego. Osoby należące do fachowego personelu medycznego powinny zgłaszać wszelkie podejrzewane działania niepożądane za pośrednictwem Departamentu Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych; Al. Jerozolimskie 181C, 02-222 Warszawa; tel.: +48 22 49 21 301; faks: +48 22 49 21 309; e-mail: ndl@urpl.gov.pl. Działania niepożądane można zgłaszać również podmiotowi odpowiedzialnemu. **Podmiot odpowiedzialny:** Polpha Warszawa S.A. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu nr R/6725 wydane przez MZ. Dodatkowych informacji o leku udziela: Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa, tel.: +48 22 364 61 00; faks: +48 22 364 61 02. www.polpharma.pl. Lek wydawany bez recepty. ChPL: 2017.05.31

* Acard wskazany jest m.in. w: zapobieganiu zawałowi serca u osób dużego ryzyka; w prewencji wtórnej po przebytych zawałach serca; w zapobieganiu napadom przejściowego niedokrwienia mózgu (TIA) i niedokrwiennego udaru mózgu u pacjentów z TIA; po przebytych udarach niedokrwinnym mózgu u pacjentów z TIA.





Wśród objawów zawału u kobiet należy wymienić:

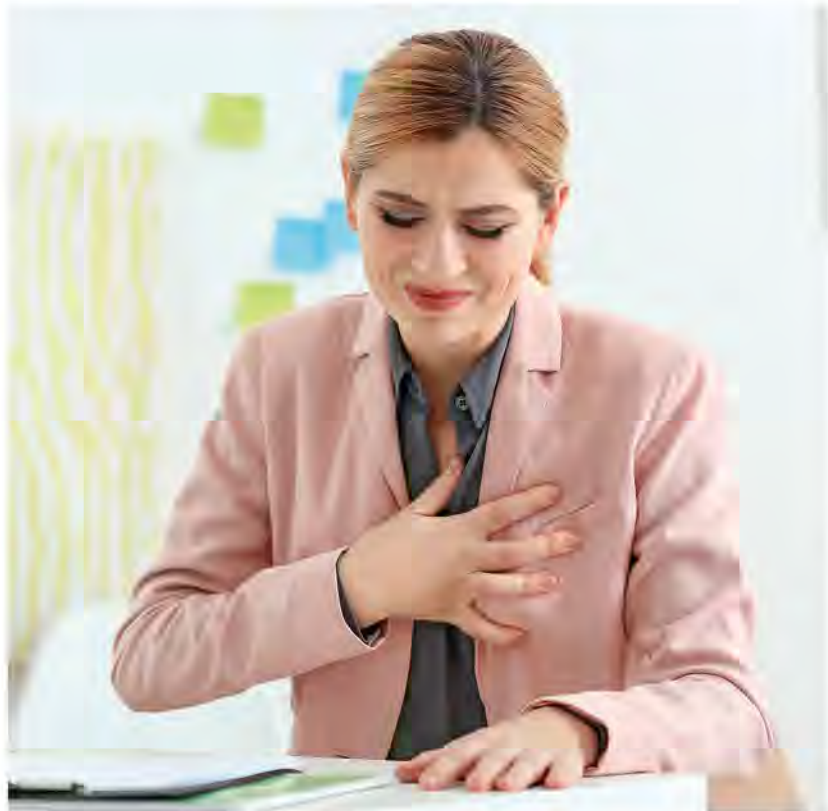
- ból, który u kobiet odczuwany może być jako klucie za mostkiem lub klucie w mostku, a często ból w nadbrzuszu, któremu towarzyszą czasem nudności i wymioty, przez co dolegliwości te są mylone z niestrawnością;
- duszność (częsta u kobiet);
- uczucie nierównego bicia serca;
- osłabienie, które odczuwane jest na tyle silnie, że kobiety zgłaszają trudności w wykonywaniu codziennych, zwykłych czynności;
- kołatanie serca;
- złe samopoczucie;
- zawroty głowy.

Objawami zaczynającego się zawału serca mogą być również mroczki przed oczami czy nadmierne pocenie się.

Zawał u kobiet oraz mężczyzn może przebiegać również bezobjawowo. Spowodowane bywa to małym rozmiarem zawału, na tyle niewielkim, że pacjentka nie jest go w stanie odczuć. Neuropatia będąca schorzeniem nerwów obwodowych i często występująca u chorych na cukrzycę może przyczynić się do nieodczuwania dolegliwości bólowych. Również czynniki psychologiczne sprawiają, że pacjentki wypierają ze świadomości możliwość zaistnienia bólu.

O ile mężczyźni odczuwają zapowiedź zbliżającego się zawału, bo podczas wykonywania wysiłku fizycznego występują bóle zamostkowe lub występuje drętwienie lub paraliż ramienia, albo pojawia się napad duszności, a objawy te ustępują po przerwaniu wysiłku i odpoczynku, to u kobiet zawały zdarzają się również w czasie odpoczynku, a nawet snu.

Objawami ostrzegawczymi u kobiet mogą być: ogromne, nietypowe zmęczenie, bóle w górnej części klatki piersiowej występujące lub nasilające się, np. podczas wchodzenia po schodach. Jeśli do tego pojawia się duszność, to jest to sygnał, którego nie wolno bagatelizować i należy skontaktować się z lekarzem.



Objawami ostrzegającymi przed zawałem u kobiet mogą być: ogromne, nietypowe zmęczenie, bóle w górnej części klatki piersiowej występujące lub nasilające się, np. podczas chodzenia po schodach

Podobnie jako sygnał ostrzegawczy przed zawałem u kobiet powinny być traktowane problemy żołądkowe, nudności, zgaga, dyskomfort prowadzący do wymiotów, a szczególnie, jeśli zaburzeniom żołądkowym towarzyszy charakterystyczny zimny pot, czasem dreszcze i przejmujący lęk.

Dlatego ważne jest u kobiet, aby w przypadku odczuwania nietypowego bólu, czy to w klatce piersiowej, czy pomiędzy łopatkami, a nawet w żołądku, bezwzględnie wezwać pogotowie ratunkowe (numer 112 lub 999). Nie bez powodu kardiolodzy w kontekście zawału serca mówią o „złotej godzinie” – warto ją wykorzystać i podjąć odpowiednie działania jak najszybciej.

W rozpoznawaniu zawału, poza wywiadem, dużą rolę odgrywają badania laboratoryjne polegające na oznaczaniu stężenia we krwi kinazy kreatynowej specyficznej dla serca (CK-MB), której poziom wzrasta 3-4 godziny od wystąpienia zawału oraz badania białek, takich jak troponiny sercowe, które znajdują się w komórkach mięśnia sercowego, a w przypadku martwicy tych komórek



TEST WIEKU SERCA

Według danych Public Health England u osób przed 75. r.ż. można zapobiec nawet 80 proc. zawałów serca i udarów mózgu, zmieniając odpowiednio wcześniejszy styl życia. Dlatego brytyjska agencja zachęca do wykonania testu określającego wiek serca każdą osobę, która ukończyła 30. r.ż. Test „*How healthy is your heart?*” zyskał akceptację British Heart Foundation oraz Stroke Association i dostępny jest na stronie: www.nhs.uk/oneyou/be-healthier/check-your-health/heart-age-test. Polega on na udzieleniu odpowiedzi na 16 pytań dotyczących m.in. wieku, płci, stylu życia oraz występowania takich chorób jak nadciśnienie tętnicze, cukrzyca oraz poziom cholesterolu. Według danych NHS England spośród internautów, którzy dotąd przeprowadzili test, aż u 78 proc. realny wiek serca jest wyższy od wieku biologicznego, co zwiększa ryzyko zawału i udaru mózgu. U 34 proc. badanych jest on wyższy o 5 lat, u 14 proc. – nawet o 10 lat. Zawał serca oraz udar mózgu najbardziej zagraża osobom cierpiącym na nadciśnienie tętnicze krwi, cukrzycę czy migotanie przedsionków. Choroby te są często niezdiagnozowane i cierpiące na nie osoby nie zdają sobie z tego sprawy.

źródło: Zdrowie.gazeta.pl

są uwalniane do krwi. Stężenie troponin rośnie od 6. godziny po zawał serca.

Przy podejrzeniu zawału mięśnia sercowego nadal bardzo istotne jest wykonanie badania EKG, które może ujawnić nieprawidłowości charakterystyczne dla zawału. EKG pozwala także określić, której ściany serca on dotyczy.

Wczesna menopauza a zawał

Jeszcze jednym z czynników, który należy brać pod uwagę u kobiet zagrożonych zawałem serca, jest wcześniejsze przekwitanie. U młodych kobiet może być

ono wynikiem zabiegu operacyjnego, w czasie którego zostaną usunięte jajniki, albo jako skutek terapii przeciwnowotworowej. Menopauza przed 46. r.ż. zwiększa u kobiety ryzyko rozwoju chorób układu krążenia i zawałów serca.

We wtórnej profilaktyce u osób z przebyłym zawałem mięśnia sercowego ważne jest przeanalizowanie przyczyn, które do zawału doprowadziły oraz zmiana trybu życia i diety. Ważne jest odpowiednie dawkowanie obciążeń fizycznych, ale nie całkowite unikanie aktywności ruchowej.

Andropauza a zawał serca

Podobnie jak u kobiet menopauza, tak u mężczyzn andropauza, czyli znaczne zmniejszenie wytwarzania testosteronu, sprzyja wcześniejszemu rozwojowi chorób układu krążenia, w tym także i zawałów serca. Poziom testosteronu zaczyna obniżać się u mężczyzn już od 40. r.ż. i co roku obniża się o 1-2%. Andropauza określana jest także mianem zespołu niedoboru testosteronu. To męskie klimakterium dotyczy 10-20 proc. wszystkich mężczyzn po 50. r.ż., 20-30 proc. po 60. r.ż., 30-40 proc. po 70. r.ż. oraz połowy męskiej populacji po 80. r.ż.

Kilka lat przed zawałem mogą wystąpić zaburzenia seksualne

Kilka lat przed wystąpieniem poważnych chorób sercowo-naczyniowych i zawału bardzo często u pacjentów występują zaburzenia erekcji. Bardzo ważne jest, by nie bagatelizować tego problemu i nie zawsze tłumaczyć go stresem.

Jak często występuje andropauza?

Częstość występowania „andropauzy” w populacji mężczyzn w większym stopniu zależy od ich ogólnego stanu zdrowia niż od wieku. Palenie papierosów, nadużywanie alkoholu, nieprawidłowe odżywianie, niewłaściwy tryb życia, genetycznie zaprogramowany proces przedwczesnego starzenia się oraz towarzyszące choroby sprzyjają występowaniu „andropauzy”.

Kilka lat przed wystąpieniem poważnych chorób sercowo-naczyniowych i zawału bardzo często u pacjentów występują zaburzenia erekcji

I tak, 40 proc. populacji mężczyzn w wieku 55-65 lat ma nadciśnienie tętnicze, a 30 proc. hipercholesterolemię. W wieku 75-80 lat 26 proc. mężczyzn przebyło zawał serca, 10 proc. ma jawną cukrzycę, 25 proc. zaburzenia tolerancji glukozy, 18 proc. chorobę Alzheimera, a 44 proc. przerost gruczołu krokowego.

W profilaktyce rozwoju chorób układu krążenia, a więc i zawałów serca, jest – poza wczesnym wykryciem zaburzeń metabolicznych, takich jak np. cukrzyca, dna, wysokie poziomy homocysteiny – również badanie poziomu testosteronu. Profilaktyka wymaga nie tylko zmiany diety i trybu życia, ale i regularnego wykonywania ćwiczeń fizycznych. ■

Piśmiennictwo:

1. Ministerstwo Zdrowia: „Program Profilaktyki i Leczenia Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego POLKARD na lata 2017-2020”.
2. NATPOL 2011 – prognoza sytuacji zdrowotnej Polaków na 2020 r.
3. *Choroby Serca i Naczyń 2006, tom 3, nr 4, 169-174, Choroby układu krążenia u kobiet – problem wciąż niedoceniany, Aneta Pośniak-Urbańska, Kalina Kawecka-Jaszcz I Klinika Kardiologii, Instytut Kardiologii Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie.*
4. Ostrowska A. (red.), *Raport Polki 2013. Zdrowie i jego zagrożenia, Fundacja MSD dla Zdrowia Kobiety, Warszawa 2013.*
5. <https://www.cmkp.edu.pl/wp-content/uploads/2015/1/4-2015-kurs-CMKP-meno-andro-adrenopauza.pdf>
6. Zygmunt Zdrojewicz, *Andropauza fakty i mity, Przegląd Terapeutyczny Nr 6/7 (2009).*
7. *Interna Szczeklika 2017, Ostre zespoły wieńcowe, Stabilne zespoły wieńcowe, Zawał serca z uniesieniem odcinka ST.*



Miejsce amlodypiny we współczesnym leczeniu nadciśnienia

Amlodypina posiada wiele unikalnych, korzystnych cech, które wyróżniają ją wśród innych leków z grupy blokerów kanału wapniowego. Zostały one potwierdzone w dużych badaniach klinicznych i uzasadniają jej szerokie zastosowanie w leczeniu nadciśnienia tętniczego.

dr n. med. BEATA GRAFF
dr n. med. ANNA SHALIMOVA
prof. dr hab. med. KRZYSZTOF NARKIEWICZ
Klinika Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii,
Gdański Uniwersytet Medyczny

napisz do autora:
redakcja@farmacjapraczynna.pl

Blokery kanału wapniowego (CCB, *calcium channel blockers*) pierwotnie wprowadzono do praktyki klinicznej jako leki przeciwdławicowe, a w latach 80. XX w. zastosowano w leczeniu nadciśnienia tętniczego. Leki te hamują napływ zewnątrzkomórkowego wapnia przez specyficzne kanały jonowe typu L. Prowadzi to do relaksacji komórek mięśni gładkich naczyń (głównie tętnic) i zmniejsza kurczliwość mięśnia serca (daje ujemny efekt inotropowy). Leki z tej grupy mogą również zwalniać przewodzenie w węzle zatokowym i przedsionkowo-komorowym. Poszczególne blokery kanału wapniowego różnią się istotnie budową chemiczną i właściwościami farmakologicznymi co determinuje ich działanie i różnicuje wskazania.

Zarejestrowane wskazania do stosowania amlodypiny obejmują nadciśnienie tętnicze, przewlekłą stabilną dławicę piersiową oraz naczynioskurczową dławicę piersiową (tzw. dławicę Prinzmetala)



Amlodypina jest dihydropirydynowym blokerem kanału wapniowego i ze względu na długi czas działania oraz małe zmiany stężeń w stanie równowagi należy do trzeciej generacji CCB. Dihydropirydynowe CCB charakteryzują się wybiórczo silnym działaniem na mięśniówkę naczyń krwionośnych przy małym wpływie na komórki mięśnia serca. Ponadto w klinicznie tolerowanych dawkach dihydropirydynowe CCB nie wydłużają czasu

przewodzenia w węzle przedsionkowo-komorowym, nie zmieniają refrakcji węzła ani nie powodują depresji węzła zatokowego.

Amlodypina wykazuje wiele unikalnych cech. W odróżnieniu od innych pochodnych dihydropirydyny – jak np. nitrendypiny – występuje głównie w postaci zjonizowanej, co ogranicza jej przechodzenie przez warstwę lipidów błony komórkowej i powoduje opóźnienie aktywności



biologicznej. Lek dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego, ale maksymalne stężenie w osoczu osiąga po co najmniej 6 godzinach, a stan stacjonarny dla stężenia leku następuje po ok. 7-10 dniach. Wykazano też stałą, 24-godzinną blokadę kanałów wapniowych oraz utrzymywanie się efektu hipotensyjnego po 48 godzinach od przyjęcia leku. Dzięki takim właściwościom amlodypina posiada cechy optymalnego leku planowanego do przewlekłego stosowania: łagodny początek działania, stabilny efekt kliniczny przy podawaniu raz na dobę oraz utrzymywanie się działania leku nawet przy pominięciu jednej dawki.

Zarejestrowane wskazania do stosowania amlodypiny obejmują nadciśnienie tętnicze, przewlekłą stabilną dławicę piersiową oraz naczynioskurczową dławicę piersiową (tzw. dławicę Prinzmetala).

Amlodypina jako lek hipotensyjny i poprawiający rokowanie pacjentów

Przewlekłe stosowanie amlodypiny daje efekt wazodylatacyjny, co prowadzi do spadku ciśnienia tętniczego. Należy podkreślić, że w odróżnieniu od krótkodziałających CCB amlodypina nie powoduje odruchowego wzrostu aktywności współczulnej i związanej z tym odruchowej tachykardii. Lek ten wykazuje również łagodny efekt natriuretyczny. W ostatnim czasie wskazuje się też, że CCB, a szczególnie amlodypina, mogą zmniejszać zmienność ciśnienia tętniczego, co może być dodatkowym czynnikiem poprawiającym rokowanie.

Podobna skuteczność amlodypiny stosowanej w monoterapii w porównaniu z leczeniem innymi lekami z podstawowych grup leków hipotensyjnych (w tym diuretyków, blokerów konwertazy angiotensyny czy sartanów) została wykazana w dużych, przelomowych próbach klinicznych. Przykładem jest badanie ALLHAT (*Antihypertensive Lipid-Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial*), które objęło 33 357 pacjentów w wieku >55. r.ż. z nadciśnieniem tętniczym oraz co najmniej jednym czynni-

kiem ryzyka sercowo-naczyniowego. Po prawie 5 latach obserwacji nie stwierdzono różnic w występowaniu punktu końcowego (zgonu z powodu zawału serca lub zawału niezakończonym zgonem) między grupami chorych leczonymi inhibitorem konwertazy angiotensyny (lisinoprilem), diuretykiem (chlortalidonem) i blokerem kanału wapniowego (amlodypiną). Co istotne, w grupach leczonych amlodypiną i chlortalidonem odnotowano mniejszą ilość udarów.

W innej dużej próbie VALUE (*Valsartan Antihypertensive Long-term Use Evaluation*), do której włączono ponad 15 tys. chorych z nadciśnieniem w wieku co najmniej 50 lat, z dużym ryzykiem sercowo-naczyniowym i oceniano efektywność walsartanu i amlodypiny w osiągnięciu ciśnienia <140/90 mmHg. Oba leki były skuteczne, chociaż w grupie leczonej amlodypiną osiągnięto istotnie niższe ciśnienie tętnicze, statystycznie mniej było też zawałów niezakończonych zgonem, obserwowano również tendencję do mniejszej ilości udarów. Natomiast w grupie leczonej walsartanem niższa była ilość nowych przypadków cukrzycy oraz widoczny był nieistotny statystycznie trend w kierunku mniejszej ilości hospitalizacji z powodu niewydolności serca.

Opublikowane w ostatnich latach metaanalizy potwierdzają podobną efektywność blokerów kanału wapniowego (w większości badań stosowano amlodypinę) i innych podstawowych grup leków hipotensyjnych w obniżaniu ciśnienia tętniczego, prewencji powikłań sercowo-naczyniowych i zmniejszaniu śmiertelności. Blokery kanału wapniowego wyróżniają się wyższą skutecznością w zapobieganiu udarom, większą niż wynikałoby to z faktu obniżenia ciśnienia tętniczego. Metaanalizy wskazują natomiast na mniejszą skuteczność CCB w zapobieganiu skurczowej niewydolności serca. Badania amlodypiny w aspekcie wpływu na związane z nadciśnieniem powikłania narządowe wskazują ponadto na jej korzystny wpływ w zakresie regresji przerostu lewej komory, w redukcji progresji miażdżycy tętnic szyjnych oraz na działanie nefroprotektoryjne leku.

Amlodypina w nowoczesnym leczeniu nadciśnienia

Zgodnie z najnowszymi (2018) europejskimi wytycznymi postępowania w nadciśnieniu tętniczym tylko niewielka grupa chorych ma wskazania do monoterapii (pacjenci z nadciśnieniem 1 stopnia i małym ryzykiem, chorzy bardzo wysokiego ryzyka z ciśnieniem wysokim prawidłowym oraz wymagający leczenia hipotensyjnego pacjenci w podeszłym wieku szczególnie z zespołem kruchości). U wszystkich innych chorych leczenie nadciśnienia od początku powinno obejmować dwa leki hipotensyjne, co przyspiesza uzyskanie kontroli ciśnienia i zwiększa efektywność leczenia. Rekomendowane połączenia leków podczas rozpoczynania terapii hipotensyjnej u pacjenta z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym przedstawiono w tabeli. Zastosowanie terapii skojarzonej często prowadzi do zminimalizowania niekorzystnych mechanizmów kompensacyjnych (na przykład aktywacji układu renina-angiotensyna-aldosteron w odpowiedzi na wazodylatację). Leczenie takie pozwala również na unikanie maksymalnych dawek leków co redukuje znacząco objawy niepożądane i prowadzi do lepszego przestrzegania zaleceń przez pacjenta.

Jednym z badań uwidaczniających korzyści wynikające z zastosowania połączenia leków w terapii nadciśnienia tętniczego jest ATAR (*The Assessment of Combination Therapy of Amlodipine/Ramipril Study*). Badanie to oceniające skuteczność hipotensyjną leczenia amlodypiną i preparatem złożonym opartym na ramiprylu i amlodypinie u 222 chorych na łagodne i umiarkowane nadciśnienie tętnicze wykazało istotnie bardziej wyrażone obniżenie skurczowego i rozkurczowego ciśnienia tętniczego w toku leczenia skojarzonego niż w monoterapii. Obserwowano również istotnie niższą częstość występowania obrzęków obwodowych w grupie otrzymującej preparat złożony ramipryl + amlodypina vs grupa stosująca amlodypinę w monoterapii (7,6% vs 18,7%; $p = 0,01$), jak i brak wpływu preparatu ramipryl + amlodypina na obwód kostki, w przeci-



ROZPOCZYNIANIE TERAPII HIPOTENSYJNEJ U PACJENTÓW Z **NIEPOWIKŁANYM NADCIŚNIENIEM TĘTNICZYM**
WEDŁUG ZALECEŃ EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA NADCIŚNIENIA TĘTNICZEGO
I EUROPEJSKIEGO TOWARZYSTWA KARDIOLOGICZNEGO Z 2018 ROKU

TERAPIA SKOJARZONA – u większości chorych

ACE-I lub ARB	+	CCB lub diuretyk	Preferowane połączenie leków w jednej tabletkie
---------------	---	------------------	---

Beta-bloker również do rozważenia w leczeniu skojarzonym jeżeli szczególne wskazania (młoda kobieta, możliwe zajście w ciążę, arytmia i inne)

MONOTERAPIA

– pacjenci z nadciśnieniem 1 stopnia i małym ryzykiem, chorzy bardzo wysokiego ryzyka z ciśnieniem wysokim prawidłowym oraz wymagający leczenia hipotensyjnego pacjenci w podeszłym wieku szczególnie z zespołem kruchości

ACE-I lub ARB lub CCB lub diuretyk

Beta-bloker również do rozważenia, jeżeli szczególne wskazania (młoda kobieta, możliwe zajście w ciążę, arytmia i inne)

ACE-I – bloker konwertazy angiotensyny, ARB – antagonist receptoru angiotensyny, CCB – bloker kanału wapniowego

wieństwie do grupy otrzymującej amlodypinę.

Istnieje coraz więcej danych na to, że u chorych z nadciśnieniem tętniczym połączenie blokera kanału wapniowego z blokerem układu renina-angiotensyna-aldosteronu daje bardzo dobre wyniki, jeżeli chodzi o rokowanie pacjenta. Skojarzenie amlodypiny z benazeprilem wiązało się z większą redukcją zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych i incydentów sercowo-naczyniowych u pacjentów wysokiego ryzyka w porównaniu z leczeniem hydrochlorotiazylem i benazeprilem (badanie ACCOMPLISH, *The Avoiding Cardiovascular events through Combination therapy in Patients Living with Systolic Hypertension*; 11 506 badanych). Z kolei u pacjentów z nadciśnieniem tętniczym i co najmniej 3 innymi czynnikami

ryzyka sercowo-naczyniowego połączenie amlodypiny i blokera konwertazy angiotensyny istotnie zmniejszało śmiertelność całkowitą, śmiertelność z przyczyn sercowo-naczyniowych, liczbę incydentów wieńcowych oraz udarów w porównaniu z leczeniem skojarzonym atenololem i diuretykiem tiazydowym (badanie ASCOT, *The Anglo-Scandinavian Cardiac Outcomes Trial*, 19 257 pacjentów).

Podsumowanie

Amlodypina posiada wiele unikalnych, korzystnych cech, które wyróżniają ją wśród innych leków z grupy blokerów kanału wapniowego. Zostały one potwierdzone w dużych badaniach klinicznych i uzasadniają jej szerokie zastosowanie w leczeniu nadciśnienia tętniczego. ■

Piśmiennictwo:

1. B. Williams et al., 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension: The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Cardiology and the European Society of Hypertension. *J Hypertens* 36, 1953-2041 (2018).
2. Abernethy DR, Schwartz JB. Calcium-antagonist drugs. *N Engl J Med*. 1999;341(19):1447-57.
3. Tykarski A. (red.). Biblioteka czasopiisma Nadciśnienie Tętnicze, 2009, tom 5; Amlodypina.
4. Godfraind T. Discovery and Development of Calcium Channel Blockers. *Front Pharmacol*. 2017;8:286.
5. Miranda R.D., Nlion D. Jr., Rocha J.C. i wsp.: An 18-week, prospective, randomized, double-blind, multicenter study of amlodipine/ramipril combination versus amlodipine monotherapy in the treatment of hypertension: the assessment of combination therapy of amlodipine/ramipril (ATAR) study. *Clin Ther* 2008, 30: 1618-1628.



Między Caracas a Ziemią Ognistą

Upalne wybrzeże Oceanu Spokojnego, ośnieżone Andy czy bujna amazońska dżungla. Trudno o wybór jednej destynacji, gdy planujemy wyprawę do Ameryki Południowej. Najlepiej zakosztować we wszystkim po trochu.



P **Peru i Boliwia**
Podróż zaczynamy od Limy. Warto odwiedzić historyczną część miasta, wybrać się na spacer po pełnej kawiarni, artystycznej dzielnicy Barranco oraz Miraflores z promenadą nad oceanem i licznymi restauracjami. Nie sposób nie zajrzeć do Nazca, skąd jedziemy na pobliską pustynię słynącą z tajemniczych geoglifów. Pamiętajmy, by na zwiedzanie Machu Picchu przeznaczyć kilka dni (wcześniejsza aklimatyzacja do wysokości).

Po powrocie z Machu Picchu można spędzić dzień na zwiedzaniu kościołów, ruin i fortec Cuzco i minimum dwa dni w Puno leżącym nad jeziorem Titicaca (wycieczka na Wyspę Słońca). W Boliwii warto odwiedzić Copacabana i La Paz, skąd ruszają wycieczki na niezwykłą solną pustynię Salar de Uyuni.

Brazylia i Argentyna
Obowiązkowy punkt na planie wyprawy to usytuowane na wzgórzach

Pamiętajmy,
by na zwiedzanie
Machu Picchu
przeznaczyć kilka
dni (konieczna
wcześniejsza
aklimatyzacja
do wysokości)

Rio de Janeiro. Urzeknie nas oceaniczna bryza, najsympatyczniejsi cariocas (mieszkańcy Rio), a w karnawale atrakcje sambodromu. Na liście miejsc wartych obejrzenia koniecznie należy wpisać Wodospad Iguazu (jeden z 7 cudów przyrody i najbardziej obfitych wodospadów na świecie leży na styku Paragwaju, Brazylii i Argentyny) oraz Santa Catarina – rajską wyspę o 100 plażach, 2 jeziorach i niezliczonych górach, wreszcie klimatyczne Buenos Aires.



Patagonia

Patagonia leżąca na terenie dwóch państw równie interesująco prezentuje się od strony Argentyny, jak i Chile. Warto poznać jej obydwa, odmienne oblicza. Puerto Montt – stolica chilijskiego Regionu Jezior, to dobry punkt wypadowy na wulkany. Warto stamtąd wybrać się na pobliską wyspę Chiloe. Kolejna atrakcja leży 500 km dalej, ale Marmurowe Jaskinie nad jeziorem General Carrera warte są każdej godziny spędzonej na wyboistej drodze.

Amazonia

Swoim obszarem zahacza o Brazylię, Kolumbię, Peru, Surinam, Gujanę i Gujanę Francuską, Wenezuelę i Ekwador. Ze względu na ogromny areal trudno mówić o najdogodniejszej porze na wyprawę. Sezon deszczowy w rejonie Amazonki trwa od listopada do czerwca. W tym czasie w części Ekwadoru panuje pora sucha. Dopiero od lipca do grudnia panuje sezon suchy – jest goręcej, za to mniej komarów, a po okolicy łatwiej się poruszają. ■





PRZEKAŻ PACJENTOWI:


- Na terenie Boliwii i Peru może nas dopaść choroba wysokościowa – soroche. Można się przed nią bronić, np. odpowiednią dietą: lekkostrawną, pozbawioną mięsa, mleka i alkoholu.
- Jeszcze przed wyjazdem z kraju warto stosować profilaktykę przeciwmalaryczną.
- Nie pić wody niebutelkowanej. Myć owoce i ręce w wodzie wiadomego pochodzenia, najlepiej odkażonej (są do tego celu specjalne kapsułki).
- Wiele dolegliwości ze strony układu pokarmowego bierze się z niepohamowanego apetytu na owoce. I nie dlatego, że są zakażone, tylko dlatego że dla naszego żołądka i organizmu są obce, nieznanne


- i mogą spowodować biegunkę. Żołądek i układ pokarmowy muszą przystosować się do nowego rodzaju pokarmu.
- Unikajmy straganów z ulicznym jedzeniem i stołujmy się w sprawdzonych restauracjach. Skażona bakteriami żywność i woda może wywołać biegunkę, a także groźniejsze w skutkach dur brzuszny czy żółtaczkę pokarmową (WZW typu A). Uważajmy także na mięso, które powinno być dogotowane lub dosmażone, bowiem może zawierać pasożyty.
- Popularne ozdabianie ciała tatuażami i kolczykami wiąże się z możliwością zakażenia wirusem HIV oraz WZW typu B.


ZALECENIA ZDROWOTNE:


 Jedynym obowiązkowym szczepieniem, jakie należy wykonać przed wyjazdem do Ameryki Południowej, jest szczepienie przeciw żółtej gorączce (żółtej febrze), które jest wymagane tylko przy wyjeździe do Gujany Francuskiej, co powinno być odnotowane w Międzynarodowym Świadectwie Szczepień (*International Certificate of Vaccination*), potocznie zwanym „żółtą książeczką”. Szczepienie trzeba wykonać przynajmniej 10 dni przed wyjazdem – dopiero po upływie tego czasu nabywa się odporność, wtedy też wpis w „żółtej książeczce” nabiera ważności. Czas utrzymywania się odporności po szczepieniu wynosi ok. 10 lat.


 W niektórych krajach na żółtą febrę można się zaszczepić już po wyjeździe i na dodatek gratis (Brazylia), w innych odpłatnie (Peru), z jeszcze innych nie można wyjechać bez okazania świadectwa szczepienia, jeśli było się na ich terytorium w regionie, w którym występuje żółta febra (Kolumbia).


 Szczepienia zalecane przed podróżą do Ameryki Południowej: przeciw żółtej gorączce (żółtej febrze), tężcowi i błonicy, WZW A, WZW B, durowi brzuszemu, poliomyelitis (choroba Heinego-Medina), wścieklicznie.


 Argentyna, Gwatemala, Honduras, Meksyk, Paragwaj, Panama, Urugwaj, Wenezuela – wystarczy zestaw szczepień obowiązkujących u nas; w Meksyku ryzyko zarażenia amebą, a w dżungli w porze deszczowej także cholera.

 Boliwia – żółta febra (wskazane, gdy planuje się wizytę w dżungli). W dżungli zagrożenie malarią i dengą. W rejonach górskich zagrożenie chorobą Chagasa (przenoszona przez pluskwiaki, psy, koty, świnki morskie, dzikie gryzonie – spotykana wyłącznie na terenach wiejskich).

 Brazylia – żółta febra (zalecane), w porze deszczowej zagrożenie malarią i dengą.

 Chile – zagrożenie żółtaczką oraz wirusem Hanta (roznoszą go myszy, szczury i normice, można się nim zarazić m.in. drogą oddechową; niszczy nerki).

 Ekwador – żółta febra (wskazane), okresowo występują epidemie cholery, na wybrzeżu i w dżungli na wschodzie kraju zagrożenie malarią i dengą.

 Kolumbia – żółta febra (wymagane).

autor: dr n. med. Leszek Marek Krześniak



Dietetyczne wsparcie wątroby

Dieta śródziemnomorska bogata w jednonienasycone kwasy tłuszczowe, węglowodany złożone oraz przeciwutleniacze jest modelem żywienia polecanym w terapii chorób wątroby. Sprzyja zmniejszeniu procesów zapalnych oraz poprawie parametrów gospodarki lipidowej i węglowodanowej.

dr JOANNA BAJERSKA

adiunkt w zakładzie dietetyki Uniwersytetu Przyrodniczego w Poznaniu, specjalista dietetyk z zakresu żywienia człowieka



napisz do autora:
redakcja@farmacjap Praktyczna.pl





PRZYKŁADOWA DIETA ŚRÓDZIEMNOMORSKA 1600 KCAL

I ŚNIADANIE:

Owsianka z nasionami chia i borówkami

Składniki: płatki owsiane górskie (5 łyżek) • jogurt naturalny (małe opakowanie) • borówki (garść) • nasiona chia (łyżeczka)

Przygotowanie: Płatki zaparzyć niewielką ilością gorącej wody. Gdy ostygną, dodać jogurt, nasiona chia i borówki.

Napój: herbata zielona (szklanka)

II ŚNIADANIE:

Kanapka z mozzarellą, pomidorem i bazylią

Składniki: chleb graham (2 kromki) • mozzarella light (1/2 kulki) • oliwa z oliwek (łyżeczka) • liście bazylii (kilka listków) • sałata (2 liście)

Przygotowanie: Na kromki chleba ułożyć liście sałaty, plasterki pomidora, mozzarelli, listki bazylii

Napój: woda mineralna (szklanka)

OBIAD:

Dorsz pieczony, sałata z dresingiem, kasza jęczmienna z warzywami

Składniki: filet z dorsza (200 g) • koperek/natka pietruszki/tymianek (łyżeczka) • sok z cytryny (do smaku) • marchew (1 szt. mała) • kasza jęczmienna (5 łyżek) • cukinia (1/3 szt. małej) • olej rzepakowy (łyżeczka) • sałata (2-3 garście) • oliwa z oliwek (łyżka) • sok z cytryny (do smaku) • koperek (łyżeczka)

Przygotowanie: Filet opłukać, wysuszyć. Ułożyć w naczyniu żaroodpornym. Dodać przyprawę, upiec. Warzywa obrać, pokroić w kostkę i dusić z dodatkiem niewielkiej ilości tłuszczu. Kaszę ugotować i wymieszać z warzywami. Sałatę umyć i odsączyć. Przygotować dressing z oliwy, soku z cytryny i koperku – wymieszać z sałatą.

Napój: woda mineralna (szklanka)

PODWIECZOREK:

Koktajl owocowo-warzywny

Składniki: szpinak (garść) • jabłko (1/2 szt.) • kiwi (szt.) • awokado (1/3 szt.)

Przygotowanie: Składniki zmiksować, dodać niewielką ilość wody mineralnej do rozcieńczenia.

KOLACJA:

Pieczone karczochy z pomidorami, kanapka z serem homogenizowanym

Składniki: karczochy (pęk) • pomidor (szt. duża) • olej rzepakowy/oliwa z oliwek (łyżeczka) • chleb graham (kromka) • serek homogenizowany, niskotłuszczowy

Przygotowanie: Karczochy należy oczyścić z wierzchnich, twardych liści i włożyć na kilka minut do wrzątku, a następnie odsączyć. Pomidory należy sparzyć, obrać ze skórki, pokroić i udusić na niewielkiej ilości oleju/oliwy, na końcu dodać drobno posiekaną bazylię. Przekrojone na pół karczochy włożyć do naczynia żaroodpornego, dodać pomidory i zapiekać ok. 30 minut w temp. 180 st. Podawać z kromką chleba posmarowaną niskotłuszczowym serem.

Napój: woda mineralna (szklanka)

MEGA
HIT!

FILM

Niepewna godzina

„Stodki koniec dnia” to historia o miłości, tęsknocie i utraconych nadziejach. O lęku przed nieznanym i pasji życia

Miejscem akcji filmu jest włoska prowincja, etruskie miasto Volterra. Tu od lat mieszka Maria – polska poetka, laureatka Nagrody Nobla, autorytet moralny. Świat bohaterów zostaje wywrócony do góry nogami, gdy otrzymują szokującą wiadomość o zamachu terrorystycznym w Rzymie. Bezkompromisowość i niepoprawność polityczna Marii okazują się mieć dramatyczne konsekwencje. W roli Marii zobaczymy Krystynę Jandę. W roli córki partneruje jej Kasia Smutniak. W projekt zaangażowana jest międzynarodowa obsada, m.in. Antonio Catania, Lorenzo de Moor, Vincent Riotta, Robin Renucci. Światowa prapremiera obrazu wyreżyserowanego przez Jacka Borcucha miała miejsce podczas tegorocznego Festiwalu Filmowego Sundance – najważniejszego festiwalu kina niezależnego w USA i na świecie.

„Stodki koniec dnia”, reż. Jacek Borcuch, wyst.: Krystyna Janda, Kasia Smutniak, Lorenzo De Moor, Vincent Riotta, Robert Renucci, Antonio Catania, Pippo Crotti, Marcello Maietta, Paco Rizzo. Dystrybucja: Next Film. Premiera: 10.05.2019 r.



KSIĄŻKA

NAJLEPSZA LEKTURA DO ŁÓŻKA

Sen jest jednym z najważniejszych, a zarazem najmniej zbadanych aspektów życia, odpowiadającym za dobre samopoczucie i długowieczność. Do niedawna nauka nie znata odpowiedzi na pytanie, dlaczego śpimy ani dlaczego bezsenność tak szkodzi zdrowiu. Jednak liczne odkrycia naukowe pozwoliły spojrzeć na sen z zupełnie nowej perspektywy. Matthew Walker pokazuje, jak sen wpływa na zdolność uczenia się, zapamiętywania i podejmowania logicznych decyzji. Jak reguluje emocje, wzmacnia odporność, poprawia metabolizm i apetyt. Sny łagodzą bolesne wspomnienia i tworzą wirtualną rzeczywistość, w której mózg łączy nową i nabytą wcześniej wiedzę, by pobudzać kreatywność. Wykorzystując wieloletnie doświadczenie w pracy klinicznej i badawczej, dr Walker pokazuje, jak poprawić swoje życie. Czy wystarczy się zdrzemnąć? Nie, to znacznie ciekawsze! Jaki wpływ na sen mają kofeina i alkohol? Co naprawdę dzieje się podczas fazy REM? Dlaczego z wiekiem zmieniają się zwyczaje związane ze snem? Odpowiedź w książce, która zyskała międzynarodowy status bestsellera i tytuł książki roku według „Times Literary Supplement”, „Observera”, „Sunday Timesa”, „Financial Timesa” i „Guardiana”.

„Dlaczego śpimy. Odkrywanie potęgi snu i marzeń sennych”, Matthew Walker, Wydawnictwo Marginesy



KSIĄŻKA

HORMONY A MÓZG

Nieodzowna lektura dla kobiet i mężczyzn zainteresowanych pogłębieniem wiedzy o tym, co wpływa na kształtowanie się ich wyborów i preferencji. W prowokacyjnej, odwracającej dotychczasowy kierunek myślenia książce Martie Haselton, wybitna uczona zajmująca się badaniami nad seksualnością i cyklem owulacyjnym, poddaje głębszej analizie procesy wywierające daleko idący wpływ na kobiece zachowania.

„Ukryta inteligencja hormonów”,
Martie Haselton, Prószyński Media



MUZYKA

WYSUBLIMOWANE MELODIE Z NUTĄ MELANCHOLII

„I Am Easy To Find” to ósmy krążek studyjny niekwestionowanych mistrzów skomplikowanych struktur rytmicznych, wysublimowanych melodii i tekstów z nutą charakterystycznej melancholii. Najnowsza płyta formacji The National to kontynuacja nagrodzonej w 2017 r. statuetką Grammy „Sleep Well Beast”. Album zapowiada otwierający całe wydawnictwo utwór „You Had Your Soul With You”, w którego nagraniu wzięła udział wokalistka i długoletnia współpracowniczka Davida Bowie’go, Gail Ann Dorsey.

„I Am Easy To Find”, The National,
Sonic Distribution



DVD

PODRÓŻ MIĘDZY PODZIAŁAMI

Zwycięzca tegorocznych Oscarów i Złotych Globów. Film, który niesie ogromną dawkę pozytywnej energii. Tony, drobny cwaniaczek z Bronxu, z nadzieją na zgarnięcie konkretnej sumki, zatrudnia się jako szofer wybitnego muzyka Dona Shirleya. Razem wyruszają w tournée na południe Stanów Zjednoczonych. Ich pełna przygod podróż stanie się początkiem wielkiej przyjaźni.

„Green Book”, reż. Peter Farelly, wyst.:
Viggo Mortensen, Ali Mahershala,
Linda Cardellini. Dystrybucja: M2 Films

INFORMACJA O ADMINISTRATORZE DANYCH OSOBOWYCH

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych; dalej: RODO) informujemy, iż:

Administrator i inspektor danych osobowych, dane kontaktowe

1. Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Polpharma Biuro Handlowe Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie (00-728), ul. Bobrowiecka 6, wpisana do rejestru przedsiębiorców KRS pod numerem 0000043523, przez Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy w Warszawie, XIII Wydział Gospodarczy KRS, NIP 525-21-13-462, kapitał zakładowy: 6.187.000 złotych („Administrator”).
2. Kontakt z Administratorem jest możliwy pisemnie – na adres wskazany powyżej lub elektronicznie – na adres e-mail: elzbieta.golerg@polpharma.com lub telefonicznie – pod numerem telefonu: + 48 22 364 74 13.
3. Inspektorem ochrony danych u Administratora jest Michał Sobolewski, z którym może się Pani/Pani skontaktować we wszelkich sprawach dotyczących ochrony danych osobowych pisząc na adres Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa lub na adres e-mail: iod@polpharma.com lub telefonicznie – pod numerem + 48 22 364 63 11.

Cel i podstawa prawna przetwarzania danych osobowych

4. Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celach:
 - a. organizacji i przeprowadzenia przez Administratora Konkursu – na podstawie: art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, tj. na podstawie dobrowolnej zgody;
 - b. informowania o udziale i wygranej w Konkursie na ww. stronie internetowej – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, tj. na podstawie zgody, która jest dobrowolna;
 - c. reklamacyjnych – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora, którym jest konieczność rozpatrzenia reklamacji zgłaszanych w związku z Konkursem;
 - d. ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń związanych z Konkursem – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. f) RODO, tj. na podstawie prawnie uzasadnionego interesu realizowanego przez Administratora, którym jest możliwość dochodzenia roszczeń;
 - e. marketingowych, dotyczących produktów i usług Grupy Polpharma promowanych przez Administratora, z wykorzystaniem kanałów komunikacji, na które Pani/Pan wyraził/wyraziła zgodę – na podstawie art. 6 ust. 1 lit. a) RODO, tj. na podstawie Pani/Pana dobrowolnej zgody.
5. Wobec Pani/Pana nie będą podejmowane decyzje w sposób zautomatyzowany, w tym również w formie profilowania.
6. Podanie przez Panią/Pana danych osobowych jest dobrowolne, przy czym niezbędne do wzięcia udziału w Konkursie (nie podanie danych skutkuje niemożliwością wzięcia udziału w Konkursie). Powyższe dotyczy podania danych dla celów informowania o udziale i wygranej w Konkursie – w tym zakresie podanie danych jest dobrowolne i nie jest warunkiem wzięcia udziału w Konkursie.

Kategorie odbiorców danych osobowych

7. Pani/Pana dane osobowe (za zgodą) będą rozpowszechnione poprzez ich publikację na ogólnodostępnej stronie internetowej. Odbiorcami danych osobowych w tym przypadku będą użytkownicy Internetu.
8. Pani/Pana dane osobowe mogą być ujawniane dostawcom usług IT, podmiotom świadczącym usługi doradcze, księgowe, prawnicze, serwisowe, firmom kurierskim do świadczenia usług w związku z Konkursem.
9. Pani/Pana dane osobowe mogą zostać udostępnione podmiotom i organom upoważnionym do przetwarzania tych danych na podstawie przepisów prawa.
10. Administrator nie zamierza przekazywać Pani/Pana danych osobowych do państw poza Europejskim Obszarem Gospodarczym ani organizacji międzynarodowej.

Okres przechowywania danych

11. Dane osobowe będą przetwarzane przez okres organizacji i realizacji Konkursu.
12. W przypadku, w jakim podstawą przetwarzania danych jest udzielona zgoda, dane osobowe będą przetwarzane do czasu jej wycofania.
13. W przypadku, w jakim podstawą przetwarzania danych będzie prawnie uzasadniony interes realizowany przez Administratora, dane będą przetwarzane do czasu wniesienia sprzeciwu.
14. Po upływie powyższego okresu dane osobowe będą przechowywane do momentu przedawnienia roszczeń lub do momentu wygaśnięcia obowiązku przechowywania danych wynikającego z przepisów prawa, w szczególności obowiązku przechowywania dokumentów księgowych.

Prawa

15. Przysługuje Pani/Panu:
 - a. prawo dostępu do danych Pani/Pana dotyczących, prawo ich sprostowania, usunięcia, ograniczenia przetwarzania, prawo wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych;
 - b. prawo do przenoszenia danych osobowych, tj. do otrzymania od Administratora danych osobowych, w ustrukturyzowanym, powszechnie używanym formacie nadającym się do odczytu maszynowego. Może Pani/Pan przesłać te dane innemu administratorowi;
 - c. w zakresie, w jakim podstawą przetwarzania Pani/Pana danych osobowych jest zgoda – prawo do cofnięcia zgody na przetwarzanie swoich danych osobowych w dowolnym momencie. Cofnięcie zgody pozostaje bez wpływu na zgodność z prawem przetwarzania, którego dokonano na podstawie zgody przed jej cofnięciem.
16. W celu skorzystania z praw wymienionych powyżej należy skontaktować się z Administratorem lub inspektorem ochrony danych (dane kontaktowe wskazane wyżej).
17. Nadto przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego zajmującego się ochroną danych osobowych (Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych), jeśli sądzi Pani/Pan, że przetwarzanie danych narusza RODO.

ZIELNIK ŚWIATA

W POSZUKIWANIU NATURY!



Młorzab japoński wspomaga krążenie, dzięki czemu przyczynia się do utrzymania dobrego słuchu i wzroku. Korzystnie wpływa na sprawne myślenie w sytuacjach zwiększonego stresu.

Pytaj również o pozostałe produkty*:



*Jeżówka purpurowa wspiera odporność, Mniszek lekarski poprawia trawienie, Yerba Mate pomoże Ci czuć większą energię, Ruszczyk kolczasty wspiera krążenie żylnych nóg.

POLECA HERBAPOL LUBLIN!

SUPLEMENT DIETY