

Farmacja praktyczna

POLPHARMA FARMACEUTOM

Uchyłkowatość występuje u ok. 14% osób do 40. r.ż. i u ponad połowy społeczeństwa po 70. r.ż. U ok. 20% pacjentów dochodzi do rozwinięcia choroby uchyłkowej, będącej najczęstszym schorzeniem jelita grubego

Opieka farmaceutyczna
Łupież – kuracja i pielęgnacja

Dieta
Żywienie kobiet po menopauzie
Co eliminować z menu?

Nauka
Choroba Alzheimer
Czynniki ryzyka, diagnostyka, leczenie

Raport ze świata onkologii

Jakie nowotwory są najczęściej diagnozowane w Polsce i na świecie?
Jak w Polsce wygląda proces terapeutyczny pacjenta onkologicznego?
Jaki jest w nim udział farmaceutów?





IBUFEN[®]

Ibuprofenum



Dzieci mają **5 x więcej**
kubków smakowych
niż dorośli i tym samym
większą wrażliwość na smaki¹

Ibufen[®] FORTE
dla dzieci
z formułą bitter-free*

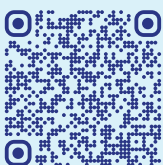
WYJĄTKOWY SMAK
bez gorzkości ibuprofenu

formuła
bitter-free



dostępne smaki: —
malinowy i truskawkowy

www.ibufen.pl



Informacja o leku dostępna
po zeskanowaniu kodu
albo u przedstawiciela firmy
Polpharma.

* Formuła bitter-free jest oparta na zastosowaniu technologii minimalizacji czasu i powierzchni kontaktu substancji czynnej z kubkami smakowymi.

1. Guinard JX. Sensory and consumer testing with children. Trends in Food Science & Technology 2001;11(8):273-283.

IBU/2024/2904



Szanowni Państwo!

Jak podaje Instytut Wskaźników i Oceny Zdrowia, obciążenie związane z chorobą nowotworową w populacji mierzone w latach życia skorygowanych niepełnosprawnością w przeliczeniu na 100 000 mieszkańców, w 2019 r. w Polsce wynosiło 6 978. To znacznie więcej niż w całej Unii Europejskiej, dla której wskaźnik ten jest równy 5 757. Paradoksalnie, mimo niższych niż w całej UE współczynników zachorowalności na raka zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet, ogólna umieralność z powodu chorób nowotworowych w Polsce należy do najwyższych w UE.

Wniosek stąd taki, że u podłoża problemu leżą opóźnienia w diagnozowaniu i trudności w dostępie do leczenia. W 2019 r. najczęściej do zgonów prowadziły rak płuc i rak jelita grubego. Niemniej zauważalny jest także wzrost umieralności z powodu raka gruczołu krokowego, piersi, jamy ustnej i pęcherza moczowego.

Jak pod tym względem Polska wypada na tle innych krajów? Jak wygląda ścieżka pacjenta onkologicznego od momentu rozpoznania choroby, poprzez diagnostykę, do momentu rozpoczęcia terapii? Jakie są główne czynniki zapadalności na choroby nowotworowe? Czy można im zapobiec? I jak może w tym pomóc farmaceuta? Odpowiedzi na te i wiele innych pytań znajdują Państwo w naszym najnowszym raporcie. Serdecznie zachęcamy do lektury!

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

Barbara Misiewicz-Jagielak

Aktualności

- 4 Informacje
- 7 Raport ze świata onkologii

Prawo

- 12 Zapytaj eksperta

Opieka farmaceutyczna

- 14 Choroba uchyłkowa – charakterystyka i postępowanie
- 17 Łupież: charakterystyka skórny problemu i możliwości jego zwalczania – cz. 2
- 20 Menopauza w pigułce – co warto o niej wiedzieć?
- 22 Żywnienie kobiet po menopauzie

Nauka

- 24 Historia pewnej choroby

Kuchnia farmaceutyczna

- 26 Dieta wspierająca łagodzenie dolegliwości związanych z menopauzą

Kultura

- 28 Film, książka, muzyka

14

Choroba uchyłkowa – charakterystyka i postępowanie



FARMACJA PRAKTYCZNA®
Redaktor Merytoryczna: Barbara Misiewicz-Jagielak
Redaguje Zespół: Martyna Bieniek, Marta Gawrylik, Justyna Grudniak, Magdalena Kocharńska, Michał Kwaśny, Marcin Lewandowski, Dorota Mołodecka, Joanna Ordańska-Kucińska, Dominika Petelicka-Puwała, Anna Robak-Reczek, Piotr Siennicki, Michał Wojtas.

Na zlecenie: ZF Polpharma S.A.
Kontakt: ZF Polpharma S.A., 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: Dorota Cybulska



Zgłoś przedszkole do programu

Przedszkola BezOwsików.pl

Akcja ma na celu budowanie prawidłowych nawyków higieny rąk, co zmniejsza ryzyko zarażenia owsikami.

Program bezpłatny
Możliwość zgłoszenia każdego przedszkola
Przedszkolaki otrzymują odlotowe tatuacje, a przedszkole certyfikat uczestnictwa

Zeskanuj kod QR i zgłoś przedszkole

Partnerzy akcji:



„Przedszkola BezOwsików.pl” – ruszył ogólnopolski program edukacyjny

Przynajmniej co trzeci rodzic (37 proc.) deklaruje, że jego dziecko zarażyło się owsikami. Dlatego też, w trosce o zdrowie dzieci i ich bliskich, uruchomiony został program „PrzedszkolaBezOwsików.pl”, którego celem jest wsparcie przedszkoli i rodziców w zakresie edukacji dzieci na temat prawidłowej higieny rąk, a także przełamywanie tabu wokół tematu owsików. Już teraz rodzice i nauczyciele mogą zgłaszać placówki, do których trafią bezpłatne materiały edukacyjne.

Wsparcie w zakresie profilaktyki chorób pasożytniczych

Jak wynika z raportu „Owsiki – wiedza rodziców dzieci w wieku 3-8 lat”, przynajmniej co trzeci rodzic (37 proc.) deklaruje, że jego dziecko zarażyło się owsikami. Podobna liczba badanych (38 proc.) otrzymała wiadomość, o występowaniu owsików w przedszkolu lub szkole. Aby wspierać rodziców i kadry przedszkoli w zakresie profilaktyki chorób pasożytniczych, wywoływanych m.in. przez owsiki, powstał ogólnopolski program edukacyjny „PrzedszkolaBezOwsików.pl”.

„Owsipaka” – sposób na naukę poprzez zabawę

Jedną z kluczowych inicjatyw programu, są warsztaty edukacyjne w przedszkolach, mające na celu kształtowanie prawidłowych nawyków w zakresie higieny rąk wśród dzieci. Placówki, które zgłoszą udział w programie poprzez formularz dostępny na stronie akcji, otrzymają „Owsipaki”, czyli paczki z darmowymi materiałami edukacyjnymi, dostosowanymi do możliwości poznawczych dzieci. Zawierają one m.in. przydatny dla nauczycieli scenariusz lekcji nt. higieny rączek oraz pomoce naukowe, stworzone zgodnie z ideą nauki poprzez zabawę (m.in. stempelki z podobizną owsika, których odbicie należy zmyć w czasie zajęć, mydła do rąk do wykorzystania podczas warsztatów, kolorowanki odlotowe tatuacje wręczane za zaangażowanie i aktywny udział w lekcji).

Materiały zostały opracowane wspólnie z zaproszonymi ekspertkami – dr n. med. Jolantą Popielską, lekarzem pediatrii oraz mgr Dominiką Słowikowską, psychologiem dziecięcym.

„Najmłodsze dzieci uczą się głównie poprzez zabawę, dlatego wszelkie gry, zadania, piosenki, obrazki czy też kolorowanki sprawdzają się świetnie! Ważne jest, aby tym rozmowom i ćwiczeniom towarzyszyły uśmiech oraz dobry humor. Istotnym jest, aby skupić się bardziej na korzyściach utrzymania higieny osobistej, a nie na skutkach jej nieprzestrzegania. Oczywiście, dzieci powinny wiedzieć o zagrożeniu zarażenia owsikami, ale ten aspekt również trzeba przedstawić delikatnie i bez straszenia” – mówi Dominika Słowikowska.

Aby oswajać temat owsików wśród rodziców i wspierać ich w działaniach związanych z profilaktyką i leczeniem, w ramach programu zostały przygotowane również broszury informacyjne, które trafią do przedszkoli w „Owsipakach”.

„Owsiki to problem, który dotyka wielu przedszkolaków. Podejmowanie działań, które przełamują tabu i dostarczają rodzicom oraz wychowawcom niezbędnych

narzędzi do skutecznej walki z owsikami, jest niezwykle ważne w kontekście naszego zdrowia. Warto też pamiętać, że przy odpowiedniej higienie i szybkim leczeniu można je stosunkowo łatwo zwalczyć. Kluczowe jest, aby rodzice zwracali uwagę na objawy oraz podejmowali działania profilaktyczne, a także nie bali się rozmawiać zarówno z dziećmi, jak i kadrą przedszkola, kiedy taka sytuacja się wydarzy” – mówi dr n. med. Jolanta Popielska.

Za udział w akcji, przedszkola nagradzane będą certyfikatami, potwierdzającymi, że placówka edukuje i wspiera dzieci i rodziców w walce z owsikami.

Jak zgłosić przedszkole do programu?

Do programu może zgłosić się każde przedszkole za pomocą formularza dostępnego na stronie akcji www.PrzedszkolaBezOwsików.pl. Zgłoszeń mogą dokonywać również rodzice. Do końca listopada 2024 r. trwa pilotażowa edycja programu w województwie pomorskim, jednak już teraz każde przedszkole może zgłosić chęć udziału w akcji. Dystrybucja „Owsipak” do placówek spoza województwa pomorskiego przewidziana jest od stycznia 2025 r.

Inicjatorem programu są **Zakłady Farmaceutyczne Polpharma S.A.** Kampania została objęta honorowym patronatem Kuratorium Oświaty w Gdańsku oraz Polskiego Towarzystwa Oświaty Zdrowotnej. Partnerem merytorycznym akcji jest miesięcznik **BLIŻEJ PRZEDSZKOLA**. Regulamin akcji oraz formularz zgłoszeniowy są dostępne na stronie: www.PrzedszkolaBezOwsików.pl

Zgłoś przedszkole do programu



**Przedszkola
BezOwsików.pl**

Akcja ma na celu
budowanie prawidłowych
nawyków higieny rąk,
co zmniejsza ryzyko
zarażenia owsikami.



Program bezpłatny

Możliwość zgłoszenia
każdego przedszkola



Przedszkolaki otrzymują
odlotowe tatuaże,
a przedszkole certyfikat
uczestnictwa



Zeskanuj kod QR
i zgłoś przedszkole





„Świat w Twoich rękach” – kolejna odsłona kampanii edukacyjnej dla pacjentów i farmaceutów

Niedawno ogłosiliśmy rozpoczęcie ogólnopolskiej kampanii społecznej pt. LEKI DO APTEKI, w której Polpharma razem z Grupą NEUCA podniosły temat prawidłowej utylizacji leków. W kolejnych etapach projektu dołączyły inne firmy farmaceutyczne: Adamed Pharma, Teva oraz Zentiva.

Pierwszy etap akcji skupił się na zwiększaniu świadomości społeczeństwa na temat problemu oraz komunikacji raportu „*Leki w środowisku – zagrożenia i wyzwania*” przygotowanego przez badaczki z Katedry Analizy Środowiska Wydziału Chemii Uniwersytetu Gdańskiego: dr hab. inż. Annę Białk-Bielińską, prof. UG, dr hab. Magdę Caban oraz prof. UG. Z kolei druga część kampanii, która trwa od września, obejmuje działania skierowane do aptek pod hasłem „*Świat w Twoich rękach*”.

Polacy plasują się na 2. miejscu w Europie pod względem zażywania farmaceutyków. Wydatki na leki w Polsce stanowią ok. 2,4% PKB, a spożycie leków stale rośnie. Z badań uniwersyteckich wynika, że ok. 60 proc. Polaków wyrzuca medykamenty do zwykłego pojemnika na odpady zmieszane, skąd trafiają one na wysypiska odpadów, gdzie mogą stanowić poważne zagrożenie środowiskowe. Nic nie jest bowiem w stanie powstrzymać spożywania ich przez żerujące tam zwierzęta i przenikania ich do wód gruntowych. Natomiast ok. 28 proc. z nas spłukuje leki w domowej toalecie – jednak wbrew pozorom nawet najnowocześniejsza oczyszczalnia ścieków nie jest w stanie zneutralizować wielu substancji leczniczych.

W konsekwencji tego do wody pitnej w naszych kranach w największej ilości trafiają popularne leki przeciwbólowe, jak ibuprofen i paracetamol, ale zdarzają się także śladowe ilości stosowanej w leczeniu epilepsji karbamazepiny oraz wielu innych, potencjalnie niebezpiecznych substancji. Substancje aktywne biologicznie stwarzają poważne zagrożenie dla środowiska naturalnego i zdrowia człowieka – niektóre leki rozkładają się nawet przez kilkadziesiąt lat.

Co zatem należy zrobić z przeterminowanymi lekami? Otóż niewykorzystane lub przeterminowane farmaceutyki powinniśmy nieodpłatnie oddać do aptek, przychodni czy szpitali, w których ustawione są specjalne pojemniki pozwalające na pozbycie się ich w bezpieczny sposób – tzw. konfiskatory.

Za utylizację produktów farmaceutycznych odpowiadają samorządy. Zasady utylizacji leków w poszczególnych gminach mogą

się różnić między sobą, ale na ogół są podobne. Gminy często zawierają umowy z aptekami, które na terenie lokalu przyjmują w sposób bezpłatny przeterminowane leki w specjalnie oznakowanych pojemnikach. Należy pamiętać, że to nie apteka zbiera leki, a firma, która wygrała przetarg w danej gminie i to do niej należy się zwrócić w sytuacji, gdy pojemniki nie są wystarczająco często opróżniane. Jeśli apteka bądź punkt apteczny chce prowadzić zbiórkę przeterminowanych leków, wystarczy, że zgłosi się do urzędu gminy. Urząd zapewni wywóz i utylizację leków zgodnie z obowiązującą ustawą o odpadach niebezpiecznych. Informację o punktach zbiórki przeterminowanych leków można znaleźć na stronach urzędów gmin.

Świat jest w naszych rękach. Pamiętajmy więc, że oddając niewykorzystane leki do apteki, nie tylko dbamy o własne zdrowie, ale też chronimy środowisko.

Więcej informacji na temat kampanii Leków do Apteki, w tym pełny raport Uniwersytetu Gdańskiego, można znaleźć na stronie internetowej:

www.lekidoapteki.pl

Strona zawiera także bazę wiedzy w formie graficznej i video, jak należy przygotować farmaceutyki do utylizacji, jak je oddać, oraz wiele innych ciekawych materiałów merytorycznych.

Raport ze świata onkologii



Zgodnie z danymi opublikowanymi przez Międzynarodową Agencję Badań nad Rakiem (ang. *International Agency for Research on Cancer – IARC*) w 2022 r. na świecie odnotowano 20 mln nowych przypadków zachorowań na nowotwory złośliwe oraz 9,7 mln zgonów nowotworowych.

Jest źle, a według pesymistycznych prognoz będzie jeszcze gorzej. Istotnie – IARC podaje, że w 2050 r. można spodziewać się już ponad 35 mln nowych zachorowań na nowotwory złośliwe^[1]. Głównym czynnikiem wpływającym na wzrost zachorowalności jest nieodpowiedni styl życia, a więc czynnik modyfikowalny, zależny od człowieka.

Jakie zwyczaje w związku z tym należy wprowadzić w życie, aby minimalizować ryzyko zachorowania na raka? Jakie nowotwory są najczęściej diagnozowane w Polsce i na świecie? Jak w Polsce wygląda proces terapeutyczny pacjenta onkologicznego? Jaki jest w nim udział farmaceutów?

mgr farm. AGATA OSKROBA

asystent badawczo-dydaktyczny Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,
Katedra i Zakład Farmakoterapii i Opieki Farmaceutycznej

“

Krajowy Rejestr Nowotworów bije na alarm, iż w ciągu ostatnich lat odnotowano znaczny wzrost zachorowania na czerniaka – nawet o 70%. Natomiast, analizując zachorowalność na nowotwory rzadkie, przewiduje się, że w Polsce będzie występować 43 800 nowych przypadków zachorowań na ten rodzaj nowotworów, co stanowi 22% wszystkich nowych zachorowań, a najczęstszymi wśród nich są płaskonabłonkowe raki krtani i szyjki macicy oraz gruczolakorak jajnika

Bezlitosne statystyki

W światowych rankingach chorobowe miejsce wśród zachorowań na nowotwory złośliwe zajmuje rak płuca. Według statystyk w 2022 r. odkryto 2,5 mln nowych przypadków tej jednostki chorobowej, czyli 12,4% ogólnej liczby nowych zachorowań na wszystkie nowotwory. Niechlubne drugie miejsce pod względem częstotliwości występowania nowotworów złośliwych przypadło dla raka piersi – 2,3 mln przypadków, a w następnej kolejności plasują się rak jelita grubego – 1,9 mln przypadków, rak gruczołu krokowego – 1,5 mln przypadków i rak żołądka – 970 000 tysięcy zachorowań^[1].

W polskiej populacji rodzaje najczęściej nowo zdiagnozowanych nowotworów są praktycznie takie same. Szczegółowe statystyki podają, iż:

- wśród mężczyzn najpopularniejszymi rodzajami nowotworu są rak płuca (18%), i rak prostaty (gruczołu krokowego, 18%), a zaraz za nim często wykrywane to te w obrębie: jelita grubego (15%) i pęcherza moczowego (9%)^[2];

- w przypadku kobiet prym, jeśli chodzi o zachorowania, wiezie rak piersi (sutka, 25%), kolejne, które należy wymienić spośród najczęściej diagnozowanych, to: rak płuc (12%), jelita grubego (11%) i macicy (10%)^[2].

Krajowy Rejestr Nowotworów bije na alarm, iż w ciągu ostatnich lat odnotowano znaczny wzrost zachorowania na czerniaka – nawet o 70%. Natomiast, analizując zachorowalność na nowotwory rzadkie, przewiduje się, że w Polsce będzie występować 43 800 nowych przypadków zachorowań na ten rodzaj nowotworów, co stanowi 22% wszystkich nowych zachorowań, a najczęstszymi wśród nich są płaskonabłonkowe raki krtani i szyjki macicy oraz gruczolakorak jajnika^[2].

Jak Polska wypadła na tle innych krajów?

Jak podaje Instytut Wskaźników i Oceny Zdrowia, obciążenie związane z chorobą nowotworową w populacji mierzone w latach życia skorygowanych niepełnosprawnością w przeliczeniu na 100 000

mieszkańców, w 2019 r. w Polsce wynosiło 6 978. To znacznie więcej niż w całej UE, dla której wskaźnik ten jest równy 5 757. Paradoksalnie, mimo niższych niż w całej UE współczynników zachorowalności na raka zarówno wśród mężczyzn (niższe o 5%), jak i kobiet (niższe o 3%), ogólna umieralność z powodu chorób nowotworowych w Polsce należy do... najwyższych w UE (283 zgony z powodu chorób nowotworowych na 100 000 mieszkańców w Polsce vs. średnia UE – 247 zgony na 100 000 mieszkańców). Pozwala to wysunąć wnioski, iż u podłoża problemów leżą opóźnienia w diagnozowaniu i trudności w dostępie do leczenia. W 2019 r. najczęściej do zgonów prowadziły rak płuc i rak jelita grubego. Niemniej zauważalny jest także wzrost umieralności z powodu raka gruczołu krokowego, piersi, jamy ustnej i pęcherza moczowego^[2].

Od diagnozy po rozpoczęcie terapii

Ścieżka pacjenta onkologicznego rozpoczyna się od momentu, w którym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej podejrzewa u pacjenta, na podstawie wykonanych badań, występowanie choroby nowotworowej. Taki pacjent może wtedy zostać objęty pakietem umożliwiającym szybką diagnostykę i leczenie. Aby tak się stało, koniecznym do podjęcia przez lekarza krokiem jest skierowanie pacjenta do określonego specjalisty i wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, tzw. DiLO. Karta ta jest substytutem skierowania i narzędziem umożliwiającym udokumentowanie całego procesu diagnostyki i leczenia. Taka karta może zostać również wystawiona



Ścieżka pacjenta onkologicznego rozpoczyna się od momentu, w którym lekarz podstawowej opieki zdrowotnej podejrzewa u pacjenta, na podstawie wykonanych badań, występowanie choroby nowotworowej. Taki pacjent może wtedy zostać objęty pakietem umożliwiającym szybką diagnostykę i leczenie. Aby tak się stało, koniecznym do podjęcia przez lekarza krokiem jest skierowanie pacjenta do określonego specjalisty i wydanie karty diagnostyki i leczenia onkologicznego, tzw. DiLO

przez lekarza innej specjalności niż POZ, ale jest to dopuszczalne tylko w przypadku podejrzenia nowotworu złośliwego. Wizyta pacjenta u lekarza specjalisty w ambulatoryjnej opiece specjalistycznej umożliwi potwierdzenie lub wykluczenie nowotworu. W przypadku spełnienia tego pierwszego scenariusza specjalista kieruje pacjenta na diagnostykę w celu określenia lokalizacji, typu oraz stadium zaawansowania nowotworu. Diagnostyczne ramy czasowe obejmują 28 dni

przeznaczone na diagnostykę wstępną, która służy potwierdzeniu lub wykluczeniu nowotworu i 21 dni dedykowane ustaleniu typu, stopnia zaawansowania i lokalizacji nowotworu – tzw. diagnostyka pogłębiona. Poradnie, które realizują pakiet onkologiczny, są opatrzone tablicą z zielonym logo „Szybka Terapia Onkologiczna”. Wykazu takich placówek należy szukać na stronie swojego oddziału wojewódzkiego NFZ. Szczegółowe informacje na temat pakietu onkologicznego można odnaleźć w przepisach rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie wzoru karty diagnostyki i leczenia onkologicznego. Dostęp do takiego pakietu wiąże się z opieką nad pacjentem przez grono specjalistów. Decydującą rolę w procesie terapeutycznym odgrywa konsylium, do którego należą onkolog, radioterapeuta, chirurg i radiolog. Istnieje możliwość, aby jego członkami zostali także przedstawiciele innych profesji medycznych, jak np. psycholog czy pielęgniarka. Kluczową funkcję pełni wybrany przez konsylium koordynator, który udziela pacjentowi wsparcia administracyjnego, organizacyjnego i dostarcza wszelkich potrzebnych informacji aż do zakończenia leczenia. Zebranie konsylium i rozpoczęcie leczenia powinno mieć miejsce w ciągu 2 tygodni od dnia, w którym pacjent zgłosił się do szpitala. Nagłe komplikacje, np. konieczność wdrożenia leczenia operacyjnego, nie wykluczają możliwości objęcia pacjenta pakietem onkologicznym – pacjent może zostać skierowany na konsylium zarówno tuż przed, jak i po leczeniu operacyjnym. W momencie zakończenia leczenia zadaniem koordynatora jest przekazanie

Zalecenia dotyczące wykonywania badań przesiewowych w Polsce*:

RODZAJ NOWOTWORU	RODZAJ BADANIA PRZESIEWOWEGO	KTO POWINIEN SIĘ BADAĆ?	W JAKIEJ GRUPIE WIEKOWEJ NALEŻY WYKONYWAĆ BADANIE (I EWENTUALNIE Z JAKĄ CZĘSTOTLIWOŚCIĄ)?
Rak jelita grubego	● Kolonoskopia ● Test na krew utajoną w kale	Mężczyźni i kobiety	● Kolonoskopia: 55-64 r.ż. – w przypadku wszystkich 40-49 r.ż. – w przypadku raka jelita grubego w wywiadzie rodzinnym ● Test na krew utajoną w kale: każdy, kto zmaga się z takimi objawami, jak: bóle brzucha, biegunki lub zaparcia, ślady krwi w stolcu, utrata wagi lub anemia o niewyjaśnionych przyczynach – jego pozytywny wynik jest wskazaniem do wykonania kolonoskopii
Rak piersi	Badanie mamograficzne	Kobiety	50-69 r.ż. – co 2 lata
Rak szyjki macicy	Badanie cytologiczne	Kobiety	25-59 r.ż. – co 3 lata

* opracowanie własne na podstawie^[9]



Łączą siły dla Ciebie!

Teraz aktualności ze świata farmacji i szkolenia dla farmaceutów znajdziesz w jednym miejscu!



Bądź na bieżąco
z najnowszymi informacjami
ze świata farmacji



Zdobywaj wiedzę poprzez
rozrywkę

Sprawdź bogatą ofertę, stworzoną specjalnie z myślą
o farmaceutach, i rozwijaj się razem z Farmacją Praktyczną i Play!

- ✓ Zdobądź **10 000 ePUNKTÓW** i zwiększ szanse na wygraną!
- ✓ Kod ważny jest do **30.11.2024**



- ✓ Zarejestruj się z kodem: **FP360**

FPlay/2024/2722

dokumentacji oraz zaleceń specjalistyczne. Pacjent z ustabilizowanymi wynikami i w dobrym stanie zdrowia, który przebył chorobę nowotworową, pozostaje pod długofalową kontrolą lekarza POZ^[3]. W celu polepszenia dostępu do wysokiej jakości świadczeń z zakresu opieki onkologicznej w 2019 r. rząd przyjął nową Narodową Strategię Onkologiczną na lata 2020–2030. Programy pilotażowe uruchomione przez Krajową Sieć Onkologiczną skupiają się wokół umocnienia przede wszystkim roli koordynacji opieki onkologicznej, ale także wypracowania odpowiednich ścieżek diagnostyczno-terapeutycznych oraz monitorowania jakości świadczeń z wykorzystaniem cyfrowych rejestrów nowotworów. Inicjatywa objęła pacjentów z rakiem piersi, płuc, jajnika, jelita grubego i gruczołu krokowego (prostaty). Niestety, obecnie zauważalne są „braki” w systemie, zarówno pod względem dostępu do jednostek świadczących opiekę onkologiczną, np. w postaci nierównomiernego ich rozmieszczenia w poszczególnych województwach, jak i w kwestii niewystarczającej ilości wyspecjalizowanego personelu medycznego mogącego prowadzić radioterapię^[2].

Terapia refundowana czy na koszt pacjenta?

Jak wygląda leczenie onkologiczne w Polsce, biorąc pod uwagę aspekty jego finansowania? Istnieje możliwość bezpłatnego leczenia – dla pacjentów zakwalifikowanych do programów lekowych. W zakres takich programów wchodzi ściśle określone jednostki chorobowe, a ich realizatorami są ośrodki i szpitale posiadające stosowną umowę z NFZ. Opierając się na szczegółowych kryteriach włączenia i opisie programu, lekarz (pracujący w placówce z odpowiednim kontraktem) podejmuje decyzję o kwalifikacji chorego do programu lekowego. Ośrodki prowadzące programy lekowe dla danego nowotworu można znaleźć, np. w wyszukiwarce NFZ. Opis takich programów, zawierający kryteria kwalifikacji pacjenta do leczenia, kryteria wyłączenia z programu, dawkowanie, sposób podawania leków oraz wykaz badań diagnostycznych i koniecznych do monitorowania leczenia, jest publikowany w postaci załącznika do obwieszczenia Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków. Lista refundacyjna obejmująca leki i terapie refundowane w ramach programów lekowych jest cyklicznie aktualizowana^[4]. W najnowszym wykazie Ministerstwa Zdrowia, który



W kwestii prewencji przed zachorowaniem na raka farmaceuta powinien edukować pacjentów na temat wyżej opisanych zaleceń zgodnych z europejskim kodeksem walki z rakiem. Warto zatem przypominać, jakie są rekomendacje odnośnie stosowanej diety, aktywności fizycznej, wykonywanych szczepień, itp. Niemniej ważne zadania stoją przed farmaceutą, który spotyka pacjenta objętego już leczeniem onkologicznym. Przede wszystkim farmaceuta może udzielić fachowej pomocy w łagodzeniu działań niepożądanych stosowanej przez pacjentów chemioterapii

wszedł w życie 1 października 2024 r., dodano aż 52 częściczko-wskazania. Dzięki temu pojawiły się nowe opcje refundacji leczenia, m.in. dla pacjentów z rakiem wątrobowokomórkowym, rakiem dróg żółciowych czy chłoniaków B-komórkowych^[5]. W sytuacji, gdy możliwości terapii w ramach standardowego systemu refundacyjnego, zostaną wyczerpane, a nowe leki nie są jeszcze refundowane, wyjściem awaryjnym może być przystąpienie do procedury RTDL, tj. Ratunkowego dostępu do technologii lekowych. Jest to system umożliwiający sfinansowanie leków, których aktywność i efektywność przeciwnowotworowa zostały udowodnione w badaniach wczesnej fazy, ale nie wydano jeszcze formalnych decyzji na ich refundację. Wśród innych, mniej standardowych metod pozyskania środków na pokrycie kosztów terapii, w przypadku braku możliwości skorzystania z programu lekowego, należy wymienić prowadzenie zbiorów internetowych czy udział w badaniach klinicznych, które są również szansą dla pacjenta na skorzystanie z najnowszych technologii i mogą stanowić miły krok w postępie opracowywanych metod leczenia^[6]. Jednym z takich badań, które budzi nadzieję nie tylko na odkrycie nowej strategii leczenia, ale również na stworzenie sku-

tecznej szczepionki, która będzie zapobiegać nowotworowi w przyszłości, jest badanie kliniczne, w którym testowany jest potencjał terapii za pomocą materiału genetycznego – mRNA. Eksperymentalne badania mają potwierdzić, czy istnieje szansa na to, że podanie pacjentowi leku w postaci szczepionki zawierającej cząstki jego mRNA zmobilizuje organizm do rozpoznawania komórek raka i zniszczenia ich^[7]. W Polsce trwają badania nad skutecznością pierwszej szczepionki – na raka płuc. Takie samo badanie zostało również podjęte w grupie chorych na czerniaka^[8].

Jak może pomóc farmaceuta?

Rola farmaceuty w procesie opieki farmaceutycznej nad pacjentem onkologicznym obejmuje wielowymiarowy zakres działań, które mogą zostać podjęte, tj. zarówno w obszarze profilaktyki, jak i leczenia.

W kwestii prewencji przed zachorowaniem na raka farmaceuta powinien edukować pacjentów na temat wyżej opisanych zaleceń zgodnych z europejskim kodeksem walki z rakiem. Warto zatem przypominać, jakie są rekomendacje odnośnie stosowanej diety, aktywności fizycznej, wykonywanych szczepień, itp.^[9] Warto również podjąć próbę pomocy pacjentowi palącemu papierosy w porzuceniu nałogu. Farmaceuta może pełnić czynną rolę w tym procesie poprzez ocenę motywacji pacjenta i jego gotowości do zaprzestania palenia oraz udzielenia porady w ramach podjęcia interwencji antytytoniowej. Porada ta uwzględni zarówno pomoc w doborze odpowiedniego leczenia farmakologicznego, jak i skierowanie do miejsca, gdzie można uzyskać wsparcie behawioralne^[10]. Niezbędne jest także zwiększanie świadomości pacjentów o rodzajach badań przesiewowych dostępnych dla każdego i możliwościach wzięcia w nich udziału. Niemniej ważne zadania stoją przed farmaceutą, który spotyka pacjenta objętego już leczeniem onkologicznym. Przede wszystkim farmaceuta może udzielić fachowej pomocy w łagodzeniu działań niepożądanych stosowanej przez pacjentów chemioterapii. W przypadku leczenia za pomocą radioterapii mogą wystąpić takie powikłania jak: złuszczenie błony śluzowej jamy ustnej, zapalenie błon śluzowych przewodu pokarmowego, suchota jamy ustnej oraz zakażenia bakteryjne i grzybicze w obrębie jamy ustnej. Istnieje wachlarz wskazówek, jakich można udzielić w takiej sytuacji choremu – począwszy od polecenie pre-

paratów powlekających i osłaniających błony śluzowe, aseptycznych i antyseptycznych, zawierających, np. chlorheksydynę po te, które przyspieszają odbudowę nabłonka (z witaminą A) oraz wykazują działanie łagodzące (z chlorowodorkiem benzydaminą). Ulgę może przynieść również zastosowanie tzw. sztucznej śliny. Zdecydowanie polecane są też płukanki, zawiesiny do pędzlowania z takimi substancjami czynnymi, jak nadtlenek wodoru czy nystatyna. Z kolei, jeśli działania niepożądane wystąpią pod postacią popromiennego zapalenia skóry, chcąc złagodzić świąd i ból, warto rekomendacji będą środki z D-panthenolem, wyciągiem z nagietka lekarskiego, aloesem oraz preparaty zawierające kwas hialuronowy i alantoinę. Pomocą dla takich pacjentów są też preparaty zawierające jony srebra oraz opatrunki pochłaniające (hydrokoloidowe, hydrożelowe, poliuretanowe). Wykorzystując swoją wiedzę dotyczącą potencjału interakcji między lekami, a także lekami i suplementami diety, farmaceuta może także doradzić pacjentowi onkologicznemu, jakich środków powinien unikać w związku ze stosowanym leczeniem. Do najpopularniejszych ziół, które mogą istotnie wpłynąć na biodostępność chemioterapeutyków, należą jeżówka, kurkuma, ziele dziurawca, waleriana, czosnek czy miłorząb japoński. Mając na uwadze, że wielu chorych na nowotwór zmagają się z problemem, jakim jest niedożywienie, farmaceuci powinni również posiadać umiejętności w zakresie doboru gotowych preparatów żywności specjalnego przeznaczenia medycznego. Występują one najczęściej w postaci napojów – ich zastosowanie umożliwia zaspokojenie podstawowych potrzeb żywieniowych pacjentów^[11].

Piśmiennictwo:

1. <https://planujedlugiezycie.pl/aktualnosci/swiatowy-dzien-walki-z-rakiem-2024/>
2. OECD (2023), Krajowe profile dotyczące nowotworów: Polska 2023, EU Country Cancer Profiles, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/aaab579a7-pl>.
3. <https://pacjent.gov.pl/system-opieki-zdrowotnej/pakiet-onkologiczny>
4. <https://www.zwrotnikraka.pl/programy-lekowe-w-onkologii/>
5. <https://www.zwrotnikraka.pl/nowa-lista-lekow-refundowanych/>
6. <https://www.zwrotnikraka.pl/jakie-sa-mozliwosci-leczenia-onkologicznego-w-polsce/>
7. <https://www.zwrotnikraka.pl/terapia-mrna-nowotworow/>
8. <https://www.zwrotnikraka.pl/szczepionka-rak-pluca/>
9. Fundacja Polska Liga Walki z Rakiem „12 SPOSOBÓW NA ZDROWIE EUROPEJSKI KODEKS WALKI Z RAKIEM” IV edycja.
10. Wytczne leczenia uzależnienia od nikotyny powstałe we współpracy i przy wsparciu WHO Polska i Ministerstwa Zdrowia <https://www.mp.pl/pulmonologia/artykuly-wytczne/inne/299129/wytczne-leczenia-uzaleznienia-od-nikotyny-2022>
11. Kozłowska-Wojciechowska M., Makarewicz M., „Opieka farmaceutyczna w codziennej praktyce”, Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 2023, 394 s. ISBN 978-83-01-23059-3, doi: <https://doi.org/10.53271/2023.021>.

PROFILAKTYKA – CZY DA SIĘ UCHRONIĆ?

Polscy eksperci, chcąc znaleźć odpowiedź na pytanie, czy można skutecznie zapobiegać nowotworom, stworzyli kodeks walki z rakiem, składający się z 12 zaleceń i odwzorowujący europejskie rekomendacje w tym zakresie^[9]. Do najważniejszych zasad profilaktyki przeciwnowotworowej należą:

- 1 Nie używanie tytoniu w żadnej postaci** – zaprzestanie palenia umożliwia redukcję ryzyka zachorowania aż na 15 różnych nowotworów, a połowa palaczy umiera przed 70 r.ż. z powodu chorób powodowanych przez palenie.
- 2 Stworzenie w domu środowiska wolnego od dymu tytoniowego** – statystyki mówią nawet o ponad 14 mln Polaków narażonych na bierne wdychanie dymu tytoniowego w domu i ponad 4 mln w miejscu pracy. Wdychanie dymu z papierosa palonego przez inną osobę i wydychanego przez nią dymu jest równie niebezpieczne co czynne palenie, ponieważ dym tytoniowy to mieszanina kilku tysięcy związków chemicznych, z których kilkadziesiąt jest rakotwórczych.
- 3 Utrzymanie prawidłowej masy ciała** – nadmierna masa ciała powoduje dodatkowe uwalnianie z komórek tkanki tłuszczowej hormonów, które przyspieszają lub nawet inicjują rozwój nowotworu. Nadmiar tłuszczu koreluje też ze wzrostem oporności na insulinę i przyspieszeniem procesów zapalnych w organizmie, co skutkuje zmianami w obrębie czynników regulujących prawidłowe funkcjonowanie komórek i inicjacją rozwoju nowotworów.
- 4 Zadbanie o aktywność fizyczną w codziennym życiu** – badania sugerują, że regularne ćwiczenia to szansa na zmniejszenie ryzyka zachorowania na nowotwory jelita grubego, piersi i błony śluzowej macicy, a być może również płuca, wątroby, jajnika, prostaty, nerki i żołądka. Istnieją dowody naukowe mówiące wprost, iż więcej czasu wolnego spędzonego w pozycji siedzącej oznacza większą szansę zachorowania na raka jelita grubego i błony śluzowej macicy.
- 5 Przestrzeganie zaleceń prawidłowego sposobu żywienia** – warzywa i owoce, będące cennym źródłem antyoksydantów, stanowią cenną broń w walce z wolnymi rodnikami, uszkadzającymi komórki, dlatego należy włączyć je w jak największej ilości do diety. Ponadto jadłospis powinien obfitować w produkty pełnoziarniste, a zawierać niewielkie ilości czerwonego czy przetworzonego mięsa i soli.
- 6 Ograniczenie spożycia alkoholu** – picie alkoholu implikuje większe ryzyko zachorowania na raka jamy ustnej, gardła, przełyku, krtani, wątroby, jelita grubego i piersi. Zaleca się, aby maksymalne porcje spożycia alkoholu wynosiły 1 porcję dziennie w wypadku kobiet i 2 porcje dziennie w wypadku mężczyzn.
- 7 Unikanie nadmiernej ekspozycji na promienie słoneczne** – narażenie organizmu na działanie promieniowania UV zawsze wiąże się z większym prawdopodobieństwem zachorowania na nowotwory skóry, w tym na ten, którego należy najbardziej się obawiać – czerniaka.
- 8 Chronienie się przed substancjami rakotwórczymi w miejscu pracy** – wbrew pozorom, miejsce pracy może stanowić bogate źródło szkodliwych substancji chemicznych. Należą do nich m.in.: pierwiastki, np. chrom, nikiel, arsen, które, podobnie jak azbest, zwiększają ryzyko zachorowania na raka płuc, produkty ropopochodne – mogące powodować nowotwór skóry, chlorek winylu, który może spowodować rozwój raka wątroby czy benzen, powodujący białaczkę.
- 9 Zmniejszenie narażenia na naturalne promieniowanie spowodowane wysokim stężeniem radonu** – narażenie na radon jest jedną z dwóch głównych przyczyn (obok palenia papierosów) zachorowania na raka płuc. Stężenie radonu można ograniczyć, zwiększając szczelność materiałów budowlanych oraz wyposażając dom w specjalne systemy wentylacji powietrza.
- 10 W przypadku kobiet – karmienie jak najdłużej piersią i ograniczenie stosowania hormonalnej terapii zastępczej** – badania naukowe potwierdziły, że karmienie piersią przez okres 12 miesięcy zmniejsza ryzyko zachorowania na raka piersi o ponad 4%. Może ono również przynieść korzyści w postaci zmniejszenia szansy na zachorowanie na raka jajnika oraz raka błony śluzowej macicy. Z kolei leczenie za pomocą hormonalnej terapii zastępczej prowadzi do większego ryzyka wystąpienia zachorowania na raka piersi, błony śluzowej trzonu macicy i jajników.
- 11 Wykonywanie szczepień ochronnych u dzieci** – przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B (w przypadku noworodków) i przeciw wirusowi brodawczaka ludzkiego – HPV (w przypadku dziewcząt). Przewlekły stan zapalny wątroby spowodowany przez infekcję wirusem HBV może prowadzić do rozwoju raka tego narządu i jego poważnych uszkodzeń. Z kolei zakażenie niektórymi typami wirusa HPV (szczególnie typami 16 i 18) oznacza znacznie większe ryzyko zachorowania na raka szyjki macicy i inne nowotwory (gardła, odbytu, odbytnicy i prącia).
- 12 Branie udziału w zorganizowanych programach badań przesiewowych** – ich celem jest wykrycie zmian chorobowych i wczesne ich usunięcie, dzięki czemu szansa na wyleczenie raka jest znacznie większa (patrzy: tabela).

Polska uruchomiła również w latach 2021-2023 pilotażowy program obejmujący badania przesiewowe w kierunku raka płuc, skierowany do populacji wysokiego ryzyka, tj. nałogowych palaczy w wieku 55-74 lat oraz nałogowych palaczy w wieku 50-74 lat o zwiększonym ryzyku zachorowania na raka płuc^[2].



Zapytaj eksperta

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

PIOTR KAMIŃSKI
radca prawny

Pacjent wykupił 1 stycznia br. 120 tabletek, kolejne 120 tabletek wykupił 10 kwietnia. Od kiedy liczymy kolejny okres 90 dni, po którym pacjent będzie mógł kupować kolejne opakowania – od 1 lipca czy od 10 lipca? Czy okresy 90-dniowe determinowane są datą pierwszej realizacji recepty?

W dniu 1 marca 2024 r. wszedł w życie art. 96a ust. 7ab ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne^[1], zgodnie z którym obliczenia ilości produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego przeznaczonego do wydania pacjentowi na zasadach, o których mowa w ust. 7a i 7aa u.p.f., z wyjątkiem ilości leku recepturowego oraz ilości produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego przeznaczonego do stosowania na okres nie dłuższy niż 120 dni, dokonuje system

teleinformatyczny, o którym mowa w art. 7 ust. 1 ustawy z dnia 28 kwietnia 2011 r. o systemie informacji w ochronie zdrowia^[2] (tzw. system P1).

Zgodnie z komunikatem Ministra Zdrowia^[3] celem wprowadzenia powyższej normy było przeniesienie obowiązku wyliczania ilości wydawanego leku, środka spożywczego lub wyrobu medycznego z osoby realizującej receptę na system informatyczny. W konsekwencji system w pełni odpowiada za prawidłowe obliczenia w tym zakresie. W związku z powyższym, jeżeli ww. system teleinformatyczny w okresie od 1 marca 2024 r. w konkretnym przypadku realizacji tzw. recepty rocznej nie dokona obliczenia ilości leku na zasadach, o których mowa w art. 96a ust. 7aa u.p.f., osoba realizująca receptę nie stosuje ograniczenia, o którym mowa w tym przepisie, tj. „(...) kolejną ilość produktu leczniczego, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu me-

dycznego niezbędną do następnego 120-dniowego okresu stosowania pacjent może otrzymać po upływie 3/4 okresu, na który zrealizował receptę”. W takim przypadku osoba realizująca receptę – zgodnie z art. 96a ust. 7a pkt 2 u.p.f. – wydaje maksymalnie ilość leku niezbędną pacjentowi do 120-dniowego okresu stosowania wyliczonego na podstawie określonego na recepte sposobu dawkowania. Zasada ta dotyczy każdej kolejnej realizacji recepty.

Z pytania można wywnioskować, że system P1 nie liczy ilości leku do wydania, a zatem możliwe jest wydanie jednorazowe leku na 120 dni kuracji, a już następnego dnia możliwa jest kolejna realizacja (nie obowiązuje ww. ograniczenie).

Piśmiennictwo:

1. Dz. U. z 2024 r. poz. 686, dalej: u.p.f.

2. Dz. U. z 2023 r. poz. 2465, ze zm.

3. <https://www.gov.pl/web/zdrowie/komunikat-ministra-zdrowia-w-sprawie-sposobu-realizacji-tzw-recept-rocznych-od-1-marca-2024-r>



NOWOŚĆ



NA BÓL RÓŻNEGO POCHODZENIA

- Lek przeciwbólowy z dawką **500 mg paracetamolu w 1 tabletkce.**
- **Korzystna cena dla pacjenta.***

* Zakładana średnia cena detaliczna brutto Metafen Paracetamol 500 mg x 20 tabl = 8,04 zł.

MET/2024/2365

Informacja o leku
dostępna
po zeskanowaniu
kodu QR lub
u przedstawiciela
Polpharmy.





Choroba uchyłkowa – charakterystyka i postępowanie

Uchyłkowatość odnotowuje się u ok. 14% osób w wieku do 40 lat oraz u ponad połowy społeczeństwa po 70. roku życia. U 20% zmagających się z uchyłkami dochodzi do rozwinięcia choroby uchyłkowej, która jest najczęstszym schorzeniem jelita grubego. Uchyłki rzadko pojawiają się u osób młodych, ale jeśli wystąpią, to przebieg choroby jest cięższy niż u pacjentów starszych.

mgr farm. PATRYCJA ANTOSZEK-JASTRZĘBSKA

Kierownik Działu Farmacji Szpitalnej Polsko-Amerykańskiej
Kliniki Serca Centrum Sercowo-Naczyniowe

“

Duży wpływ na pojawienie się choroby ma sposób odżywiania się. Dieta uboga w błonnik, owoce i warzywa predysponuje do pojawienia się uchyłków, ponieważ zbyt mała podaż błonnika wymaga większego ciśnienia wewnątrz przewodu pokarmowego do transportu pokarmu

Uchyłkami jelita grubego nazywa się uwypuklenia błony śluzowej i warstwy podśluzowej (uchyłki rzekome) lub zgrubienie całej ściany jelita (uchyłki prawdziwe)^[1]. Choroba uchyłkowa jelita grubego jest przewlekłym schorzeniem cywilizacyjnym, które dotyka najczęściej osoby starsze, prowadzi do pojawienia się małych kieszonek (uchyłków) w ścianie przewodu pokarmowego, które pozostają w jelicie już do końca życia. Częstość występowania tego schorzenia rośnie szczególnie w krajach rozwiniętych, odnotowuje się tam wzrost liczby hospitalizacji osób cierpiących z powodu choroby uchyłkowej. Schorzenie to może przebiegać bezobjawowo i wtedy nazywane jest uchyłkowatością. O objawowej niepowikłanej chorobie uchyłkowej (ONChU) mówi się, gdy osoby skarżą się na wzdęcia, gorączkę, skurcze brzucha oraz jego bolesność, pojawiają się biegunki

lub zaparcia. Na terenie Polski ONChU występuje u ok. 1 mln ludzi. Podłożem patogenezy choroby uchyłkowej jest zaburzenie mikrobioty jelit (dysbioza). Badania radiologiczne lub endoskopowe są kluczowe w rozpoznaniu choroby uchyłkowej^[2].

Duży wpływ na pojawienie się choroby ma sposób odżywiania się. Dieta uboga w błonnik, owoce i warzywa predysponuje do pojawienia się uchyłków, ponieważ zbyt mała podaż błonnika wymaga większego ciśnienia wewnątrz przewodu pokarmowego do transportu pokarmu. Obok w tabeli zawarte zostały czynniki, które wpływają na pojawienie się uchyłków. Wyróżnić można czynniki modyfikowalne oraz niemodyfikowalne^[3].

Zapaleniem uchyłków nazywa się stan zapalny przebiegający w uchyłkach, który można podzielić na ostry lub przewlekły,

Żywność specjalnego przeznaczenia medycznego

Debutir Forte

W TROSCE O ZDROWE JELITA

Jedyny produkt na rynku
z opatentowaną technologią
mikrootoczkowania,
która zapewnia
**ponad 50% dotarcie
maślanu do jelita
grubego**¹



Do postępowania dietetycznego u pacjentów²:

- z IBS
- z zaburzeniami czynnościowymi jelit (wzdęcia, biegunki, zaparcia)
- na diecie ubogoresztkowej
- z chorobą uchyłkową
- z nieswoistymi chorobami zapalnymi jelit
- z biegunkami różnego pochodzenia
- z dysbiozą (np.: po antybiotykoterapii, SIBO)

1. Banasiewicz T i wsp. Porównanie profili uwalniania maślanu sodu w jelicie dla produktów dostępnych na polskim rynku. Farmacja Praktyczna 2019; (11-12):44-46.

2. PIL Debutir Forte.

występuje u około 5% chorych. Do zapalenia dochodzi w sytuacji, w której pokarm zatyka ujście uchyłka. Prowadzi to do silnej nadwrażliwości i podrażnienia błony śluzowej jelita grubego^[4].

Ze względu na przykre objawy choroby uchyłkowej ważne jest wdrożenie odpowiedniej profilaktyki. Już w 1980 r. badania Roedigera dotyczące kwasu masłowego wykazały, że jest główną substancją dostarczającą energię komórkom nabłonka jelitowego. Maślan wykorzystuje się w łagodzeniu objawów oraz zapobieganiu nawrotom choroby. Może być suplementowany długotrwale. Niedobory kwasu masłowego mogą prowadzić do poważnych zaburzeń funkcji przewodu pokarmowego, co w konsekwencji prowadzi do upośledzenia procesów regeneracyjnych oraz problemów z utrzymaniem szczelności nabłonka^[5].

Pozytywne efekty suplementacji maślanem sodu zauważają pacjenci z chorobą uchyłkową jelit. Za jedną z głównych przyczyn rozwoju choroby uchyłkowej uważa się nieodpowiednią dietę. Przyjmowanie preparatów kwasu masłowego zaleca się nie tylko pacjentom cierpiącym na powikłaną chorobę uchyłkową, np. po przebytym zapaleniu uchyłków. Dołączenie kwasu masłowego do diety profilaktycznie poleca się każdemu, u kogo wykryto obecność uchyłków ze względu na wielokierunkowe działanie maślanu sodu. Substancja ta wykazuje działanie przeciwzapalne, regenerujące, wpływa na poprawę stanu błony śluzowej jelita. Włączenie kwasu masłowego do diety jest zalecane na każdym etapie choroby uchyłkowej: od działania profilaktycznego, poprzez chorobę uchyłkową przebiegającą z objawami, a kończąc na działaniu wspomagającym w sytuacji wykrytej na podstawie badań powikłanej choroby uchyłkowej, tak więc substancja ta może być stosowana długotrwale^[6]. Zastosowanie probiotyków w leczeniu choroby uchyłkowej ze względu na brak wystarczających danych nie jest zalecane. Przeprowadzono za małą ilość badań, na zbyt małej grupie pacjentów przez krótki okres. Probiotyki stanowią tylko dodatkowe wsparcie w leczeniu, mogą wpłynąć na poprawę objawową u części pacjentów z uchyłkami^[7]. Pacjenci ze stwierdzoną uchyłkowatością jelita grubego powinni na stałe wdrożyć do swojego życia przyjmowanie błonnika oraz dużej ilości płynów, a także dbać o utrzymanie prawidłowej masy ciała dzięki regularnej aktywności fizycznej^[8].

Tab.1. Czynniki wpływające na powstawanie uchyłków oraz ryzyko wystąpienia ich zapalenia:

MODYFIKOWALNE	NIEMODYFIKOWALNE
● Otyłość i nadwaga ● Dieta uboga w błonnik ● Niska aktywność fizyczna ● Używki (nikotyzm)	● Struktura oraz ruchliwość ściany okrężnicy ● Predyspozycje genetyczne ● Wiek (prawdopodobieństwo pojawienia się uchyłków wzrasta z wiekiem)

Tab. 2. Zalecenia w różnych postaciach choroby uchyłkowej:

POSTAĆ CHOROBY	DIETA	ELEMENTY STYLU ŻYCIA
Uchyłkowatość bezobjawowa	Dieta bogata w błonnik rozpuszczalny	Zwiększenie aktywności fizycznej
Objawowa niepowikłana choroba uchyłkowa	Bogatobłonnikowa, ograniczenie czerwonego mięsa oraz alkoholu	Redukcja masy ciała, zaprzestanie palenia, zwiększenie aktywności fizycznej
Niepowikłane zapalenie uchyłków łagodne i umiarkowane	Łatwostrawna dieta, półpłynna oraz płynna, nawodnienie organizmu	Odpoczynek
Niepowikłane zapalenie uchyłków ciężkie, nieleczące się	Dieta ścisła, płynna w cięższych przypadkach	Hospitalizacja, tryb leżący

źródło: www.ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/choroby-ukladu-pokarmowego/uchylki-i-choroba-uchylkowa-jelita-grubego-zalecane-modyfikacje-diety-i-stylu-zycia



Piśmiennictwo:
1. W. Tarnowski, P. Jaworski, Powikłania choroby uchyłkowej okrężnicy, „Postępy Nauk Medycznych” 2014, nr 1, s. 31-34; C. Scarpignato, G. Barbara, A. Lanas, L. L. Strate, Management of colonic diverticular disease in the third millennium: Highlights from a symposium held during the United European Gastroenterology Week 2017, „Therapeutic Advances in Gastroenterology” 2018, t. 11, s. 1-19.
2. <https://ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/choroby-ukladu-pokarmowego/uchylki-i-choroba-uchylkowa-jelita-grubego-zalecane-modyfikacje-diety-i-stylu-zycia/>; Nie przerywajmy terapii chorób przewlekłych – choroba uchyłkowa – Menedżer Zdrowia – Termedia (dostęp: 04.02.2022); Tursi A, Scarpignato C, Strate LL i wsp. Author Correction: Colonic diverticular disease, „Nat Rev Dis Primers” 2020; 6, s. 50
3. <https://gastromed-torun.pl/choroba-uchylkowa,21.pl.html> (dostęp: 07.09.2024)
4. Nie przerywajmy terapii chorób przewlekłych – choroba uchyłkowa – Menedżer Zdrowia – Termedia (dostęp: 04.02.2022)
5. A. Kotunia, P. Pietrzak, P. Guilloteau, R. Zabielski, Kwas masłowy w przewodzie pokarmowym, „Przegląd Gastroenterologiczny” 2010, t. 5, nr 3, s. 117-122; <https://pulsmedycyny.pl/uchylki-jelita-grubego-choroba-uchylkowa-czesto-przebiega-bezobjawowo-985674> (dostęp: 28.04.2020); www.termedia.pl/poz/Pacjenci-z-objawowa-niepowiklana-choroba-uchylkowa-jelita-grubego/46495.html (dostęp: 06.04.2022)
6. T. Banasiewicz, K. Borycka-Kiciak, A. Dobrowolska-Zachwieja, J. Friediger, A. Kiciak, P. Krokowicz, E. Małecka-Panas, P. Pietrzak, G. Rydzewska, W. Tarnowski, R. Zabielski, Kliniczne aspekty zastosowania kwasu masłowego w postępowaniu dietetycznym w chorobach jelit, „Przegląd Gastroenterologiczny” 2010, t. 5, nr 6, s. 329-334.
7. J. Daniluk, Pacjenci z objawową niepowikłaną chorobą uchyłkową jelita grubego – postępowanie w gabinecie lekarza POZ, „Lekarz POZ” 2022, t. 8, nr 1, s. 43-45.
8. www.ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/choroby-ukladu-pokarmowego/uchylki-i-choroba-uchylkowa-jelita-grube-go-zalecane-modyfikacje-diety-i-stylu-zycia

Łupież: charakterystyka skórno problemu i możliwości jego zwalczania – cz. 2

W opinii *American Academy of Dermatology* (ADD) najskuteczniejszą formą zwalczania łupieżu są szampony przeciwłupieżowe. Mogą one zawierać jeden lub kilka składników aktywnych. Działanie tych substancji skupia się na trzech kwestiach, które powstrzymują rozwój łupieżu. Są nimi: działanie przeciwgrzybicze (zwalczające grzyby *Malassezia*), ograniczenie produkcji sebum oraz likwidowanie zlepienia się martwych komórek skóry^[1]. Należy jednak pamiętać, że problemy łupieżu suchego i tłustego mogą się ze sobą przeplatać, mogą także występować stany zaognienia i remisji.

MAGDALENA SZYMCZAK KĘPKA
psycholog–diagnosta, specjalista trycholog

Łupież – kuracja i pielęgnacja skóry głowy
Do walki z łupieżem najczęściej stosuje się pielęgnację miejscową, tj. szampony, które zawierają główne grupy składników:

- o działaniu przeciwgrzybiczym, np. cyklopiroksolamina, ketokonazol, klimbazol;
- eliminujące zrogowaciały naskórek, mające działanie złuszczone;
- działające antyproliferacyjne, regenerujące komórki naskórka.

Polecane są szampony zawierające cyklopiroksolaminę, gdyż substancja ta działa przeciwgrzybiczo, przeciwbakteryjnie i przeciwzapalnie. Działanie grzybobójcze cyklopiroksolaminy polega na pozabawieniu komórek grzybów substancji odżywczych, a jednocześnie na zahamowaniu komórkowych procesów enzymatycznych. Co więcej, substancja ta wykazuje dobrą przenikalność przez warstwę rogową naskórka zarówno do skóry właściwej, jak i do przydatków skóry^[2].

Badanie dotyczące efektywności i bezpieczeństwa używania szamponu zawierającego cyklopiroksolaminę do zwalczania łupieżu wykazało, że substancja ta jest zarówno skuteczna, jak i bezpieczna do stosowania przez dłuższy czas^[3]. W skutecznej pielęgnacji skóry łupieżowej sprawdzi się również klimbazol, który charakteryzuje się dużą skutecznością jako środek przeciwgrzybiczy. Mogą go zawierać preparaty do zwalczania łupieżu. Badania in vitro potwierdzają efektywność klimbazolu w działaniu przeciwko *Malassezia furfur*, co sugeruje, że jest to substancja odpowiednia do stosowania w szamponach i innych produktach do pielęgnacji włosów oraz skóry głowy^[4].

Zarówno cyklopiroksolamina, jak i klimbazol znacząco wpływają na usuwanie łupieżowych łusek i powstrzymują tworzenie się nowych. Udowodniono, że używanie szamponu zawierającego obie te substancje spowodowało znaczną poprawę w zakresie swędzenia, zaczerwienienia i łuszczenia się skóry głowy^[5].

Cyklopiroksolamina i klimbazol działają na grzyby z rodzaju *Malassezia* przez blokowanie mechanizmów enzymatycznych oraz procesów metabolicznych, które są niezbędne do wzrostu grzybów. Kombinacja tych dwóch składników wzmacnia ich przeciwgrzybicze właściwości^[6]. Badanie wykazało, że połączenie cyklopiroksolaminy i klimbazolu jest efektywnym sposobem zwalczania łupieżu oraz łojotokowego zapalenia skóry. Synergiczne działanie obydwu tych środków przeciwgrzybiczych przyczynia się do szybszego ustąpienia objawów opisanych wyżej dolegliwości^[7].

Przykładem produktu, który w składzie ma zarówno cyklopiroksolaminę, jak i klimbazol, jest **Pirolam®** szampon. Pozwala on szybko i skutecznie usuwać łupież. Regularnie stosowany pomaga także zapobiegać nawrotom. Szampon zawiera dodatkowo składniki pielęgnujące skórę głowy i włosy.

Warto zaznaczyć, że niezwykle istotne podczas zwalczania obu typów łupieżu jest skupienie się na zdrowiu skóry głowy, a dokładniej: na równowadze jej mikrobiomu. Mikrobiom skóry głowy jest złożoną społecznością mikroorganizmów – bakterii, grzybów i wirusów – zamieszkujących mieszki włosowe i całą powierzchnię skóry głowy. Mikrobiom ten odgrywa decydującą rolę w utrzymaniu zdrowia skóry – chroni przed patogenami, wspiera utrzymanie

właściwej bariery hydrolipidowej, a także uczestniczy w regulacji procesów zapalnych oraz immunologicznych^[8]. Zaburzenia równowagi mikrobiomu mogą się przyczyniać do rozwoju stanów zapalnych i problemów skórnych – takich jak łupież^[9].

Czy można naruszyć lub zachwiać równowagę omawianego mikrobiomu? Tak i to w sposób ciągły. Dzieje się to z wielu przyczyn, często związanych z niewłaściwą pielęgnacją. Mikrobiom można zaburzyć przez stosowanie zbyt agresywnych szamponów, nadmierne mycie bądź stosowanie produktów o niewłaściwym składzie. Aby zapobiegać łupieżowi, należy dbać o utrzymanie zdrowego mikrobiomu skóry głowy, w czym pomaga stosowanie się do opisanych niżej porad.

Zastosowanie szamponu przeciwłupieżowego

Zalecenia obejmują zastosowanie szamponu 2 lub 3 razy w tygodniu przez miesiąc. Ważna jest procedura mycia obejmująca czas działania produktu od 3 do 5 minut na owłosionej skórze głowy, a następnie powtórzenie tej czynności^[10]. Uważa się również, że skuteczność szamponu wzrasta, gdy zostanie on spieniony i pozostawiany na skórze głowy przez kilka minut^[11]. Dlatego warto utrzymać czas 4 tygodni zwalczania łupieżu, a w kolejnych tygodniach stosować raz w tygodniu w celu zapobiegania jego ponownego wystąpienia.

Profilaktyka łupieżu

Szampon z cyklopiroksolaminą

Głównym działaniem profilaktycznym w wypadku łupieżu może być stosowanie szamponów z cyklopiroksolaminą raz w tygodniu przez min. 3 miesiące^[12]. Ważne jest regularne stosowanie szamponu również po to, aby podtrzymać uzyskany efekt bez nawrotów.

Regularność mycia włosów

Skóra głowy powinna być myta regularnie co 2-3 dni w celu usunięcia nadmiaru sebum oraz martwych komórek skóry. W okresie remisji warto pamiętać o stosowaniu szamponu przeciwłupieżowego raz w tygodniu jako środka zapobiegawczego, a w pozostałe dni mycia decydować się na użycie delikatnych szamponów dopasowanych do typu skóry głowy.

Unikanie stosowania środków drażniących

W wielu przypadkach warto zrezygnować z:

- produktów do stylizacji włosów, jeśli po ich użyciu widzimy nasilenie problemów łupieżowych;
- suszenia włosów zbyt gorącym strumieniem powietrza (zwłaszcza przy braku zachowania odpowiedniego odstępu od skóry – min. 30 cm od skóry głowy);
- stosowania twardej wody do mycia skóry głowy i włosów;
- intensywnego tarcia skóry głowy ręcznikiem;
- częstego dotykania skóry głowy, zbyt częstego czesania, drapania.

Dieta

Wiele badań podkreśla rolę osi jelitowo-mózgowej i mikrobiomu w wypadku występowania problemów wypadaniu włosów i łupieżu. Zdołano zaobserwować różnice w mikrobiomie jelitowym między osobami z tymi problemami a zdrowymi osobami z grupy kontrolnej^[13]. Z tego względu w sytuacji wystąpienia łupieżu warto zająć się dietą i zdrowiem jelit, szczególnie w przypadku nasilenia problemów jelitowych. Wyniki badań opublikowanych w maju 2024 r. wskazują też, że wybrane probiotyki mają właściwości, które mogą stymulować wzrost włosów i działać przeciwłupieżowo^[14]. Warto, aby dieta osób narażonych na wystąpienie łupieżu była bogata w witaminy, w szczególności z grupy B, A i E, minerały takie jak cynk, a także zdrowe tłuszcze. Należy unikać alkoholu, dużej ilości cukru, produktów przetworzonych i zawierających konserwanty, barwniki oraz inne chemiczne dodatki do żywności.

Pielęgnacja włosów z łupieżem

Preparaty stosowane w pielęgnacji skóry łupieżowej powinny zawierać składniki poprawiające kondycję włosów przez stymulujące regenerację uszkodzonych włókien włosów, co może wpłynąć na poprawę wyglądu łodygi^[15]. Pielęgnacja łodygi włosa powinna obejmować użycie szamponu oraz odżywki lub maski do włosów. W składzie preparatów mogą się znajdować m.in. proteiny pszenicy wzmacniające włosy i przyczyniające się do ich lepszego nawilżenia – to pozwoli lepiej



chronić je przed zewnętrznymi uszkodzeniami powodowanymi przez stylizację^[16]. Warto, aby preparaty zawierały również szeroko stosowaną w farmacji oraz medycynie glicerynę, która ma pozytywny wpływ na kondycję włosów i skóry głowy polegający na zapewnieniu im lepszego nawilżenia.

Wpływ łupieżu na codzienne funkcjonowanie

Zmaganie się z łupieżem bardzo negatywnie wpływa na kondycję psychiczną wielu osób. Jest to problem występujący na skórze głowy, który nie wygląda estetycznie, a z tego względu powoduje u wielu osób poczucie wstydu. Z czasem problem ten przekłada się na poczucie własnej wartości, a nawet jakość życia społecznego. Niektóre osoby potrafią nawet uzależniać częstotliwość spotkań towarzyskich od aktualnego stanu skóry głowy (w wypadku nasilenia problemu zdarza się, że rezygnują z zaplanowanych spotkań).

Dodatkowo u osób, u których występuje świąd (przeważnie w przypadku łupieżu tłustego), kolejnym problemem staje się drapanie skóry głowy. Ta czynność również jest postrzegana jako krępująca.

Powyższe psychologiczne trudności osób zmagających się z łupieżem mogą być związane z faktem, że wszelkie dolegliwości skórne mogą wywoływać u innych osób obrzydzenie, a często również przekonanie o braku higieny osoby oraz strach przed kontaktem z osobą zmagającą się z łupieżem. Współcześnie mamy nieograniczony dostęp do wiedzy i źródeł wskazujących na oczywisty fakt, że problem łupieżu nie może przejść z jednej osoby na drugą, a jego występowanie nie musi świadczyć o braku higieny. Mimo to głęboko zakorzenione w ludzkich umysłach negatywne postrzeganie problemów skórnych i włosowych wciąż stanowi problem społeczny.

Piśmiennictwo:

1. C. Richa, Dandruff Shampoo – Ingredients that Attack the Problem 7 Ways, Health Guide, 1.03.2020, <https://www.getroman.com/health-guide/anti-dandruff-shampoo/>, dostęp: 28.05.2021.
2. A.K. Gupta, T. Plott, Ciclopirox: A Broad-Spectrum Antifungal with Antibacterial and Anti-Inflammatory Properties, „International Journal of Dermatology” 2004, Vol. 43, Supplement 1, s. 3-8;
3. A.K. Gupta i in., An Overview of Topical Antifungal Therapy in Dermatomycoses: A North American Perspective, „Drugs” 1998, Vol. 55(5), s. 645-674.
4. J.H. Lee i in., Successful Treatment of Dandruff with 1.5% Ciclopirox Olamine Shampoo in Korea, „Journal of Dermatological Treatment” 2003, Vol. 14(4), s. 212-215.
5. Scientific Committee on Consumer Safety SCCS, Opinion on Climbazole Regarding Potential Development of (Cross)-Resistance, Brussels 2013, https://ec.europa.eu/health/scientific_committees/consumer_safety/docs/sccs_o_121.pdf, dostęp: 19.07.2024.
6. F. Dall'Oglio i in., An Overview of the Diagnosis and Management of Seborrheic Dermatitis, „Clinical, Cosmetic and Investigational Dermatology” 2022, Vol. 15, s. 1537-1548.
7. Tamże.
8. M.B. Lousada i in., Exploring the Human Hair Follicle Microbiome, „British Journal of Dermatology” 2021, Vol. 184(5), s. 802-815.
9. Tamże.
10. J. Szepietowski i in., Łojotokowe zapalenie skóry i łupież: konsensus postępowania terapeutycznego. Wytyczne rekomendowane przez Polskie Towarzystwo Dermatologiczne, „Dermatologia Kliniczna” 2006, nr 8(4), s. 229-234.
11. L. Brzezińska-Wcisło i in., dz. cyt.; D. Wcisło-Dziadecka, A. Lis-Święty, D. Trzmiel, dz. cyt.
12. S. Shuster i in., Treatment and Prophylaxis of Seborrheic Dermatitis of the Scalp with Antipityrosporal 1% Ciclopirox Shampoo, „Archives of Dermatological Research” 2005, Vol. 141(1), s. 47-52.
13. A. Constantinou i in., The Potential Relevance of the Microbiome to Hair Physiology and Regeneration: The Emerging Role of Metagenomics, „Biomedicine” 2021, Vol. 9(3), s. 236.
14. C.S. Yin i in., Efficacy of Probiotics in Hair Growth and Dandruff Control: A Systematic Review and Meta-Analysis, „Heliyon” 2024, Vol. 10(9).
15. K. Curyło, M. Jurzak, Najczęstsze choroby owłosionej skóry głowy, w: Troska o zdrowie w aspekcie społecznym, cz. 1, red. nauk. A. Goździalska, J. Jaśkiewicz, Kraków 2015, s. 131-144.
16. K. Schmalenberg i in., Restoring Dry, Damaged Hair With a Novel Natural Wheat Protein and Wheat Germ Oil-Containing Shampoo and Conditioner Line, „Journal of the American Academy of Dermatology” 2010, Vol. 62(3), Supplement 1.

PIROLAM[®]

SZAMPON



3

SKŁADNIKI
PRZECIWŁUPIEŻOWE

**SZYBKO ZWALCZA ŁUPIEŻ,
ZAPOBIEGA NAWROTOM.**



Menopauza w pigułce – co warto o niej wiedzieć?

Menopauza (z greckiego *meno* – miesiąc; *pauses* – pauza), czyli etap w życiu kobiety dojrzałej, to nieunikniony element żeńskiego cyklu biologicznego, który wiąże się ze zmianami w organizmie o podłożu hormonalnym. W społeczeństwie bywa postrzegana pejoratywnie, ale skoro jest to naturalny proces, to warto zgłębić jego specyfikę i zaznajomić się z wpływem na kobiecy organizm, by móc wspomóc Panie w wymagającym dla nich czasie.

mgr farm. MARTYNA BIENIEK
redaktorka „Farmacji praktycznej”

Charakterystycznym momentem w transformacji menopauzalnej jest ostatnia miesiączka, ale możemy wyodrębnić 4 kluczowe fazy występujące w kilkuletnim okresie około tego wydarzenia. Przyjmuje się, że począwszy od 6 lat przed do około 6 lat po nim, możemy wyróżnić: premenopauzę, perimenopauzę, menopauzę oraz postmenopauzę. Ich przebieg i wystąpienie zależą od różnych czynników, tj. genetyczne, środowiskowe, styl życia kobiety, w tym palenie papierosów, a także wiek pierwszej miesiączki, przebieg i wiek porodu, historia chorób pacjentki (m.in. choroby onkologiczne oraz autoimmunologiczne) oraz jej krewnych. Dodatkowo możemy określić etap łączący wspomniane fazy przekwitania i odnoszący się do zmian hormonalnych i fizjologicznych, jako klimakterium.



Menopauza związana jest z wygaśnięciem endokrynnej czynności pęcherzyków jajników, a objawia się to ustaniem krwawień miesięczkowych, po których zaniku przez 12 miesięcy nie występuje żadne kolejne krwawienie menstruacyjne (niezwiązane z idiopatycznymi stanami)

Premenopauza jest to okres kilku lat poprzedzających ostatnią miesiączkę, w którym zaczynają się kliniczne, hormonalne i metaboliczne zmiany związane ze zmniejszoną aktywnością jajników. Uznaje się, że występuje ok. 46. r.ż.

Menopauza związana jest z wygaśnięciem endokrynnej czynności pęcherzyków jajników, a objawia się to ustaniem krwawień miesięczkowych, po których zaniku przez 12 miesięcy nie występuje żadne kolejne krwawienie menstruacyjne (niezwiązane z idiopatycznymi stanami). Zazwyczaj występuje między 45. a 55. r.ż., gdy jajniki przestają produkować kluczowe hormony żeńskie: estrogeny i progesteron.

Wspomniany okres 1 roku na ogół nazywamy **perimenopauzą**, ale faktycznie odnosi

się on do dłuższego, kilkuletniego procesu poprzedzającego ustanie menstruacji, gdyż wiąże się on ze spadkiem poziomu hormonów płciowych.

Postmenopauza z kolei jest to etap następujący po menopauzie i trwa do końca życia. Kobiety w tej fazie są bardziej podatne na przypadłości, takie jak osteoporoza i choroby serca, ze względu na niski poziom estrogenów.

Objawy przekwitania mogą występować już w okresie perimenopauzalnym i utrzymywać się do kilku lat po ostatniej miesiączce. Do najczęstszych należą:

- uderzenia gorąca;
- nadmierne pocenia się;
- zwiększona pobudliwość, nerwowość;
- utrudniona koncentracja, zaburzone funkcje poznawcze,
- bóle mięśni i stawów, wzmożona łamliwość kości;
- zmiany nastroju, płaczliwość, drażliwość, nerwowość, obniżony nastrój;
- problemy ze snem;
- zmęczenie;
- wzrost masy ciała;
- suchości pochwy;
- częstsze infekcje intymne;
- nietrzymanie moczu;
- suchość i wiotczenie skóry;
- przerzedzenie włosów;
- bolesne współżycie.

Nie wszystkie symptomy są kojarzone i utożsamiane ze zmianami hormonalnymi, a niejednokrotnie brak zrozumienia przyczyn problemu utrudnia jego niwelowanie. Wczesne i najczęściej występujące objawy menopauzy to uderzenia gorąca, a także objawy somatyczne i psychiczne. Aż u 40% kobiet występują już w okresie premenopauzy, a po menopauzie dotyczą aż 85% kobiet.

Okres ten bywa dla kobiety trudny, często niezrozumiały, ale dzięki odpowiedniej diagnostyce i zastosowaniu metod łagodzenia symptomów, można uczynić ten czas łatwiejszym i mniej dotkliwym. Podstawowym krokiem w tym kierunku jest konsultacja ginekologiczna, która umożliwi specjalistę zdiagnozowanie pacjentki i wyznaczenie spersonalizowanej terapii.

Sposoby radzenia sobie z objawami menopauzy zależą od stanu kobiety, jej historii medycznej, obecności i intensywności symptomów, a także indywidualnych preferencji. Najczęściej stosowaną metodą w



Okres ten bywa dla kobiety trudny, często niezrozumiały, ale dzięki odpowiedniej diagnostyce i zastosowaniu metod łagodzenia symptomów, można uczynić ten czas łatwiejszym i mniej dotkliwym. Podstawowym krokiem w tym kierunku jest konsultacja ginekologiczna, która umożliwi specjalistę zdiagnozowanie pacjentki i wyznaczenie spersonalizowanej terapii

łagodzeniu dolegliwości przekwitania jest hormonalna terapia menopauzalna (HTM), która polega na przyjmowaniu żeńskich hormonów płciowych w minimalnych skutecznych dawkach. Dostępne są preparaty do stosowania doustnego, ale także i przezskórnego, tj. plastry, żele czy preparaty dopochwowe (tabletki, globulki).

Pomocnicze w niwelowaniu symptomów menopauzalnych mogą być preparaty roślinne bazujące m.in. na naturalnych fitoestrogenach o właściwościach zbliżonych do kobiecych estrogenów, występujących

w produktach tj. soja, nasiona lnu czy szatwia, a także substancjach wspomagających łagodzenie poszczególnych objawów.

Dodatkowo specjalista może wzbogacić terapię pacjentki w produkty lecznicze ukierunkowane na uciążliwe symptomy, przykładowo selektywne inhibitory wychwyty zwrotnego serotoniny (SSRI), np. paroksetyna czy antagonistę receptora neurokininy 3 (NK3), jak fezolinetant (lek niedostępny w Polsce) do łagodzenia uderzeń gorąca. Stosuje się również szereg innych leków w leczeniu chorób związanych z okresem menopauzy.

Poza preparatami aptecznymi kluczowe w radzeniu sobie z problemami wynikającymi ze zmian hormonalnych w ciele kobiety mogą być metody niefarmakologiczne. Dieta, aktywność fizyczna, fizjoterapia, higiena snu, czy opieka psychologiczna, zarówno ta profesjonalna, jak i wsparcie ze strony bliskich mogą przynieść ulgę w dotkliwych objawach i wspomóc ogólny dobrostan kobiety.

Istotnymi aspektami w opiece nad pacjentką w okresie klimakterium jest jej uświadomienie, identyfikacja potrzeb, regularna kontrola oraz indywidualny dobór terapii. Menopauza i etapy jej towarzyszące mogą być uciążliwe dla kobiety, ale odpowiednio dostosowane środki terapeutyczne i pomocnicze mogą korzystnie wpłynąć na jakość życia kobiety w wieku dojrzałym.



Żywnienie kobiet po menopauzie

Odpowiedni sposób żywienia i aktywność fizyczna to czynniki niezbędne w łagodzeniu dolegliwości związanych z menopauzą i poprawie jakości życia kobiet.

prof. UPP dr hab. JOANNA BAJERSKA

Zakład Dietetyki, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu,
specjalista dietetyk z zakresu żywienia człowieka

“

U kobiet po menopauzie obserwuje się relokację tkanki tłuszczowej do centralnej (trzewnej) części ciała. Umieszczenie tkanki tłuszczowej jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju zespołu metabolicznego, cukrzycy typu 2 oraz niedokrwiennej choroby serca. Ponadto u kobiet w tym okresie również częściej występuje rak piersi, którego ryzykiem jest otyłość^[6]

Menopauza naturalna oznacza ostatnią miesiączkę, po której przez co najmniej 12 miesięcy nie wystąpiło kolejne krwawienie^[1]. Mediana wieku wystąpienia menopauzy w Polsce wynosi 51,25 lat^[2], co oznacza, że jedna trzecia życia przeciętnej kobiety przypada na okres menopauzalny. Niestety okres przekwitania uwarunkowany powolnym wygasaniem funkcji jajników i obniżeniem stężenia żeńskich hormonów płciowych zapoczątkowuje w życiu kobiety pojawianie się szeregu problemów zdrowotnych. Wśród nich wymieniana się objawy naczynioruchowe, w tym uderzenia gorąca i zlewne poty (zwłaszcza nocne), zaburzenia snu, nerwowość, przygnębienie, depresję, zawroty i bóle głowy, kołatanie serca, bóle stawowo-mięśniowe oraz ogólne osłabienie^[3]. Menopauza związana jest również z obniżaniem gęstości mineralnej kości i wysokim ryzykiem rozwoju osteoporozy^[4]. Według ostatnich doniesień menopauza sprzyja również pogarszaniu procesów poznawczych^[5].

U kobiet po menopauzie obserwuje się relokację tkanki tłuszczowej do centralnej (trzewnej) części ciała. Umieszczenie tkanki tłuszczowej jest istotnym czynnikiem ryzyka rozwoju zespołu metabolicznego, cukrzycy typu 2 oraz niedokrwiennej choroby serca. Ponadto u kobiet w tym okresie również częściej występuje rak piersi, którego ryzykiem jest otyłość^[6]. Zatem odpowiedni sposób żywienia i aktywność fizyczna to czynniki niezbędne w łagodzeniu dolegliwości związanych z przekwitaniem i poprawie jakości życia kobiet^[7].

1 Posiłki należy planować tak, aby uwzględniały w swoim składzie żywność o charakterze przeciwzapalnym, w tym warzywa (szczególnie liściaste np. szpinak, jarmuż), krzyżowe (np. brukselka, kapusta) i owoce oraz produkty zbożowe z pełnego przemiału, warzywa strączkowe (źródło białka), nietropikalne oleje roślinne, ryby morskie, napar z zielonej herbaty oraz niektóre przyprawy (np. kurkuma, imbir) i zioła (np. rozmaryn, bazylija, oregano).

2 Najlepiej, gdy warzywa stanowią połowę talerza.

3 Zaleca się włączenie nasion roślin strączkowych do diety kobiet po menopauzie. Dzięki dużej zawartości białka, węglowodanów złożonych i błonnika pokarmowego warzywa strączkowe pomagają w utrzymaniu glikemii. Strączki należy jadać 1-2 razy w tygodniu.

4 Wykazano odwrotną zależność korelacyjną pomiędzy spożyciem kwasów tłuszczowych omega 3, w tym kwasu eikozapentaenowego (EPA) oraz kwasu dokozaheksaenowego (DHA) a ryzykiem nowotworu piersi w grupie kobiet po menopauzie^[8]. Badania epidemiologiczne wykazały również, że ich obecność w diecie wiąże się ze zmniejszonym ryzykiem wystąpienia chorób sercowo-naczyniowych. Należy zwrócić uwagę, że oba kwasy wykazują silne działanie przeciwzapalne, a dobrym ich źródłem są m.in. ryby i algi morskie. Ryby morskie należy spożywać co najmniej dwa razy w tygodniu.

5 Z diety kobiet po menopauzie należy wyeliminować lub ograniczyć spożycie produktów o charakterze prozapalnym, w tym czerwone mięso, przetwory mięsne (kiełbasy, wędliny itp.), tłuszcze utwardzone, produkty zbożowe oczyszczone, słodycze i napoje słodzone. Zaleca się również ograniczenie spożycia soli kuchennej do minimum^[9].

6 Ważnym elementem profilaktyki osteoporozy jest uwzględnienie w codziennej diecie odpowiedniej podaży białka, wapnia oraz witaminy D. Dobrym źródłem białka jest mięso drobiowe, ryby, jaja, niskotłuszczowe przetwory mleczne oraz wspomniane wcześniej nasiona roślin strączkowych. Natomiast źródłem wapnia są m.in. niskotłuszczowe produkty mleczne, w tym produkty fermentowane, jak również ryby spożywane wraz z ością, np. sardynki, oraz wzmocniane wapniem produkty. Dzienna podaż wapnia w diecie kobiet w okresie menopauzy powinna wynosić 1200 mg. Z uwagi na powszechny niedobór witaminy D, w zależności od masy ciała i podaży witaminy D w diecie i ekspozycji na promienie UV, kobietom w okresie menopauzy zaleca się suplementację witaminą D w ilości 1000-2000 IU/d przez cały rok.

7 Badania epidemiologiczne wykazują m.in. mniejsze ryzyko raka piersi, mniejszą częstość występowania objawów menopauzy i osteoporozy u kobiet z krajów o wysokim spożyciu fitoestrogenów (kraje azjatyckie). Głównym źródłem fitoestrogenów w diecie jest soja, można ją spożywać w postaci tofu, napoju sojowego i edamame^[10].

8 Zmiany hormonalne towarzyszące menopauzie rzutują na obniżenie uczucia pragnienia, co może powodować znaczne zmniejszenie spożycia płynów w grupie kobiet po menopauzie. Odpowiednie nawodnienie kobiet w okresie menopauzy jest istotnym elementem przeciwdziałającym dolegliwościom m.in. ze strony układu moczowego i poprawiającym kondycję skóry. Podaż płynów w ciągu dnia powinna wynosić 33 ml/kg/dobę, co oznacza, że kobieta po menopauzie o masie ciała 60 kg w ciągu dnia powinna spożywać około 2 litrów wody^[9].

9 Ważnym elementem profilaktyki chorób sercowo-naczyniowych i osteoporozy jest aktywność ruchowa. Kobiety w okresie menopauzy w ciągu tygodnia powinny podejmować co najmniej 300 minutową, areobową aktywność ruchową o umiarkowanej intensywności (np. spacer, nordic walking) lub 150 minutową aktywność ruchową o wysokiej intensywności (jogging). Należy zacząć od podejmowania niewielkich ilości aktywności fizycznej, a następnie stopniowo zwiększać jej częstość, intensywność oraz czas trwania^[11].

Piśmiennictwo:

1. Rumianowski B, Brodowska A, Karakiewicz B, Grochans E, Ryterska K, Laszczyńska M.: Environmental factors influencing age at natural menopause in women. *Prz Menopauzalny*, 2012, 5, 412-416.
2. Kaczmarek M.: The timing of natural menopause in Poland and associated factors. *Maturitas*, 2007, 57, 139-153.
3. Szkutnik-Fiedler D. i wsp. Rola terapii fitoestrogenowej w łagodzeniu dolegliwości u kobiet po menopauzie. *Ginekol Pol.* 2010, 81, 929-934.
4. Karlamangla AS, Burnett-Bowie SAM, Crandall CJ.: Bone Health During the Menopause Transition and Beyond. *Obstet Gynecol Clin*, 2018, 45, 695-708.
5. Stefańska A, Odrowąż-Sypniewska G, Senterkiewicz L.: Wpływ masy ciała na nasilenie stanu zapalnego u zdrowych kobiet w okresie okołomenopauzalnym i pomenopauzalnym. *Endokrynol. Otyłość Zaburzenia Przemiany Materii*, 2006, 2, 122-128.
6. Rose DP, Vona-Davis L.: Interaction between menopausal status and obesity in affecting breast cancer risk. *Maturitas*, 2010, 66, 33-38.
7. Piecha D, Brończyk-Puźoń A, Koszowska A, Nowak J, Kulik-Kupka K, Zubelewicz-Szkodzińska B. Influence of selected dietary components on women's health at natural menopause. *Med Og Nauk Zdr.* 2016;22(2):83-88. doi:10.5604/20834543.1208210.
8. Szczaniecka AK, Brasky TM, Lampe JW, i wsp. Dietary intake of specific fatty acids and breast cancer risk among postmenopausal women in the VITAL cohort. *Nutr Cancer*. 2012; 64 (8): 1131-1142.
9. Silva TR, Oppermann K, Reis FM, Spritzer PM. Nutrition in Menopausal Women: A Narrative Review. *Nutrients*. 2021, 23, 2149.
10. Boutas I, Kontogeorgi A, Dimitrakakis C, Kalantariidou SN. Soy Isoflavones and Breast Cancer Risk: A Meta-analysis. *In Vivo*. 2022 Mar-Apr;36(2):556-562.
11. <https://www.menopause.org.au/health-info/fact-sheets/maintaining-your-weight-and-health>



Z diety kobiet po menopauzie należy wyeliminować lub ograniczyć spożycie produktów o charakterze prozapalnym, w tym czerwone mięso, przetwory mięsne (kiełbasy, wędliny itp.), tłuszcze utwardzone, produkty zbożowe oczyszczone, słodycze i napoje słodzone. Zaleca się również ograniczenie spożycia soli kuchennej do minimum. Ponadto zmiany hormonalne towarzyszące menopauzie rzutują na obniżenie uczucia pragnienia, co może powodować znaczne zmniejszenie spożycia płynów w grupie kobiet po menopauzie. Odpowiednie nawodnienie kobiet w okresie menopauzy jest istotnym elementem przeciwdziałającym dolegliwościom m.in. ze strony układu moczowego i poprawiającym kondycję skóry



Historia pewnej choroby

Minęły niemal 123 lata, odkąd Augusty Dieter w wieku 51 lat została przyjęta do Kliniki Psychiatrycznej we Frankfurcie z powodu szeregu niepokojących objawów, takich jak: zaburzenia pamięci, afazja, pobudzenie, objawy urojeniowe, problemy z wykonywaniem codziennych czynności. Pacjentką opiekował się wówczas niemiecki psychiatra i neuropatolog Alois Alzheimer, który w późniejszym okresie jako pierwszy opisał u swojej pacjentki obecność patologicznych, włókninkowych zmian wewnątrzneuronalnych.



Choroba Alzheimera to choroba neurodegeneracyjna polegająca na pojawieniu się charakterystycznych zmian zwyrodnieniowych mózgu. W przebiegu choroby dochodzi do odkładania się w strukturach mózgu białek o patologicznej strukturze, głównie β -amyloidu i białka tau. Pojawienie się tych patologicznych białek prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego, a następnie do obumierania neuronów

W 1907 r. opublikował opis przypadku Augusty Dieter, tytułując go jako: „*Jedyna w swoim rodzaju choroba kory mózgowej*”. 3 lata później profesor Emil Kraepelin, twórca klasyfikacji chorób psychicznych, nazwał w swoim podręczniku psychiatrii przypadłość Augusty D. chorobą Alzheimera (AD – ang. *Alzheimer's Disease*) na cześć swojego asystenta, który dokonał przełomowego odkrycia. Pomimo upływu przeszło całego wieku i potężnego skoku rozwojowego w medycynie od opisu pierwszego przypadku chorej na AD nadal dysponujemy jedynie częściową wiedzą na temat przyczyn, patofizjologii oraz leczenia tej ciężkiej i nieuleczalnej choroby neurodegeneracyjnej. Obecnie uważa się, że na rozwój choroby wpływ mają zarówno czynniki genetyczne, jak i środowiskowe. Jednakże wciąż nie określono dokładnie, które z nich wywie-

rają bezpośredni wpływ na rozwój choroby i w jakim stopniu się do niego przyczyniają.

Czym jest AD?

Choroba Alzheimera to choroba neurodegeneracyjna polegająca na pojawieniu się charakterystycznych zmian zwyrodnieniowych mózgu. W przebiegu choroby dochodzi do odkładania się w strukturach mózgu białek o patologicznej strukturze, głównie β -amyloidu i białka tau. Pojawienie się tych patologicznych białek prowadzi do przewlekłego stanu zapalnego, a następnie do obumierania neuronów. Zmniejszenie liczby neuronów powoduje zmniejszenie ilości produkowanych przez nie substancji przekaźnikowych (neurotransmitterów), które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania mózgu. Uważa się, że AD jest najczęstszą chorobą neurodegeneracyjną, prowadzącą do otępienia.

AD charakteryzuje się:

- postępującymi zaburzeniami pamięci;
- zaburzeniami zachowania, w późniejszym etapie również zaburzeniami osobowości;
- utrudnieniem prawidłowego funkcjonowania chorego w codziennym życiu, prowadzącym do całkowitej utraty samodzielności wraz z progresją choroby.

Czynniki ryzyka AD**Nieodwracalne:**

- wiek (częstość wśród osób w wieku 65–85 lat podwaja się co około 5 lat życia);
- uwarunkowania genetyczne;

Odwracalne:

- niewielka liczba lat wykształcenia;
- zaburzenia słuchu;
- nadciśnienie tętnicze;
- zaburzenia rytmu serca;
- niedoczynność tarczycy;
- otyłość;
- hipercholesterolemia;
- nadmierne spożywanie alkoholu;
- przebyty uraz głowy;
- nikotynizm;
- depresja;
- izolacja społeczna;
- niska aktywność fizyczna;
- cukrzyca;
- POChP;
- zanieczyszczenie powietrza.

Diagnostyka AD

W celu diagnozy choroby Alzheimera wykonuje się szereg badań: psychologiczne, fizyczne, laboratoryjne i obrazowe. Konieczny jest szczegółowy wywiad od pacjenta, a także od osoby z jego otoczenia.

Standardowymi testami przesiewowymi, które są najczęściej stosowane do oceny funkcji poznawczych pacjenta, są:

- MMSE (ang. *Mini Mental State Examination*) – Krótka Skala Oceny Stanu Psychicznego;
- CTD (ang. *Clock-Drawing Test*) – Test Rysowania Zegara.

W celu pogłębienia diagnostyki i potwierdzenia AD wykonuje się badania obrazowe mózgu. Umożliwiają one wykrycie zmian zwyrodnieniowych i zaników neuronów w poszczególnych strukturach mózgu, a nawet umożliwiają zbadanie aktywności metabolicznej poszczególnych ośrodków nerwowych oraz ocenę ich ukrwienia. Są to:

- tomografia komputerowa (CT, TK);
- pozytonowa emisyjna tomografia komputerowa (PET/CT);
- rezonans magnetyczny (MR).

**Leczenie AD**

- W terapii AD dysponujemy jedynie lekami objawowymi, które w pewnym stopniu okresowo poprawiają funkcje poznawcze chorych.
- Na polskim rynku dostępne są jedynie 4 leki zarejestrowane w leczeniu AD: donepezil, galantamina i rywastygmina (należą do grupy inhibitorów acetylocholinoesterazy; I-AChE), oraz memantyna (antagonista receptora NMDA).
- Obecnie nie istnieje leczenie mogące zatrzymać proces chorobowy lub zahamować odkładanie się nieprawidłowych białek wywołujących otępienie.
- W Stanach Zjednoczonych próbuje się stosowania nowej klasy leków do leczenia AD – przeciwciał monoklonalnych nakierowanych przeciwko patologicznemu białku β -amyloidu; naukowcy upatrują szansę skuteczniejszej przyszłości terapii AD w tej grupie leków.

EPIDEMIOLOGIA AD:

- na świecie jest obecnie ok. 39 mln chorych, w 2050 r. szacuje się wzrost liczby chorych do 98–106 mln;
- w Europie jest obecnie ok. 8,885 mln chorych;
- Polsce szacowana liczba chorych na chorobę Alzheimera i choroby pokrewne to ok. 584 tys.;
- częstość występowania wzrasta z wiekiem – 80% pacjentów ma >75 lat; blisko 10% chorych to przypadki AD o wczesnym początku, tj. >65 r.ż.

ŹRÓDŁO: ZF POLPHARMA S.A.

KILKA FAKTÓW DOTYCZĄCYCH AD:

- W ciągu ostatnich 20 lat nie wprowadzono na europejski rynek żadnego nowego leku przeznaczonego do terapii AD.
- Mimo że pierwsze objawy kliniczne zazwyczaj ujawniają się po osiągnięciu wieku 60–65 lat, procesy patologiczne, które wiodą do neurodegeneracji, rozpoczynają się nawet 30 lat wcześniej.
- W Polsce od pierwszej wizyty pacjenta u lekarza rodzinnego do postawienia diagnozy AD upływa przeciętnie 24 miesiące.
- Szybkie rozpoczęcie farmakoterapii może wydłużyć średni okres samodzielnego funkcjonowania pacjenta o 2 lata.

Piśmiennictwo:

1. Barcikowska M. Parnowski T. *Choroba Alzheimera 1906–2021*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2022.
2. Barcikowska M. et al. NFZ o zdrowiu. *Choroba Alzheimera i choroby pokrewne*. Departament Analiz i Innowacji, Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia, Warszawa maj 2022. <https://ezdrowie.gov.pl/porta/home/badania-i-dane/zdrowe-dane/raporty/nfz-o-zdrowiu-choroba-alzheimera-i-choroby-pokrewne> (dostęp 30.08.2024).

Dieta wspierająca łagodzenie dolegliwości związanych z menopauzą



prof. UPP dr hab.
JOANNA BAJERSKA
Zakład Dietetyki,
Uniwersytet Przyrodniczy
w Poznaniu, specjalista
dietetyk z zakresu żywienia
człowieka

Jak poprawnie bilansować posiłki dla kobiet po menopauzie?
Jakie produkty powinny zawierać przygotowywane dania?




Wartość energetyczna i odżywcza w przeliczeniu na 1 porcję

445 kcal

14,4 g białka

44 g węglowodanów przyswajalnych

19 g tłuszczu

14,6 g błonnika pokarmowego

Składniki na 1 porcję:

- borówki (50 g/garść)
- napój sojowy (250 ml/ szklanka)
- banan (60 g/1/2 szt.)
- awokado (70 g/ 1/2 szt.)
- maliny (70 g/garść) – mogą być mrożone
- jagody (50 g/garść) – mogą być mrożone
- nektarynka (100 g/ szt.)
- siemię lniane (10 g/ 2 łyżeczki)



Posiłki należy planować tak, aby uwzględniały w swoim składzie żywność o charakterze przeciwzapalnym, w tym warzywa (szczególnie liściaste np. szpinak, jarmuż), krzyżowe (np. brukselka, kapusta) i owoce oraz produkty zbożowe z pełnego przemiału, warzywa strączkowe (źródło białka), nietropikalne oleje roślinne, ryby morskie, napar z zielonej herbaty oraz niektóre przyprawy (np. kurkuma, imbir) i zioła

Przeciwzapalne smoothie z owocami leśnymi i awokado

Przygotowanie: Wszystkie składniki dokładnie zblendować.

Kanapka z pastą z sardynek i ogórkiem

Przygotowanie:

Jajko ugotować na twardo i obrać. Twaróg, sardynki, jajko, natkę pietruszki należy zmiksować/zblendować. Doprawić do smaku sokiem z cytryny, pieprzem i ewentualnie odrobiną soli. Posypać szczypiorkiem. Podawać z chlebem żytnim na zakwasie i plastrami ogórka.

Składniki na 1 porcję:

- sardynki w oleju (62 g/1/2 puszki)
- ser twarogowy chudy (50 g/1/4 kostki)
- natka pietruszki (6 g/łyżeczka)
- jajko gotowane (50 g/szt.)
- sok z cytryny (do smaku)
- szczypiorek (5 g/łyżeczka)
- zielony ogórek (70 g)



Wartość energetyczna i odżywcza w przeliczeniu na 1 porcję

427 kcal

36 g białka

31,4 g węglowodanów przyswajalnych

15,6 g tłuszczu

6,8 g błonnika pokarmowego

Makaron spaghetti z soczewicą i selerem naciowym w sosie pomidorowym



Wartość energetyczna i odżywcza w przeliczeniu na 1 porcję

495 kcal

25 g białka

70,7 g węglowodanów przyswajalnych

10,4 g tłuszczu

18,2 g błonnika pokarmowego



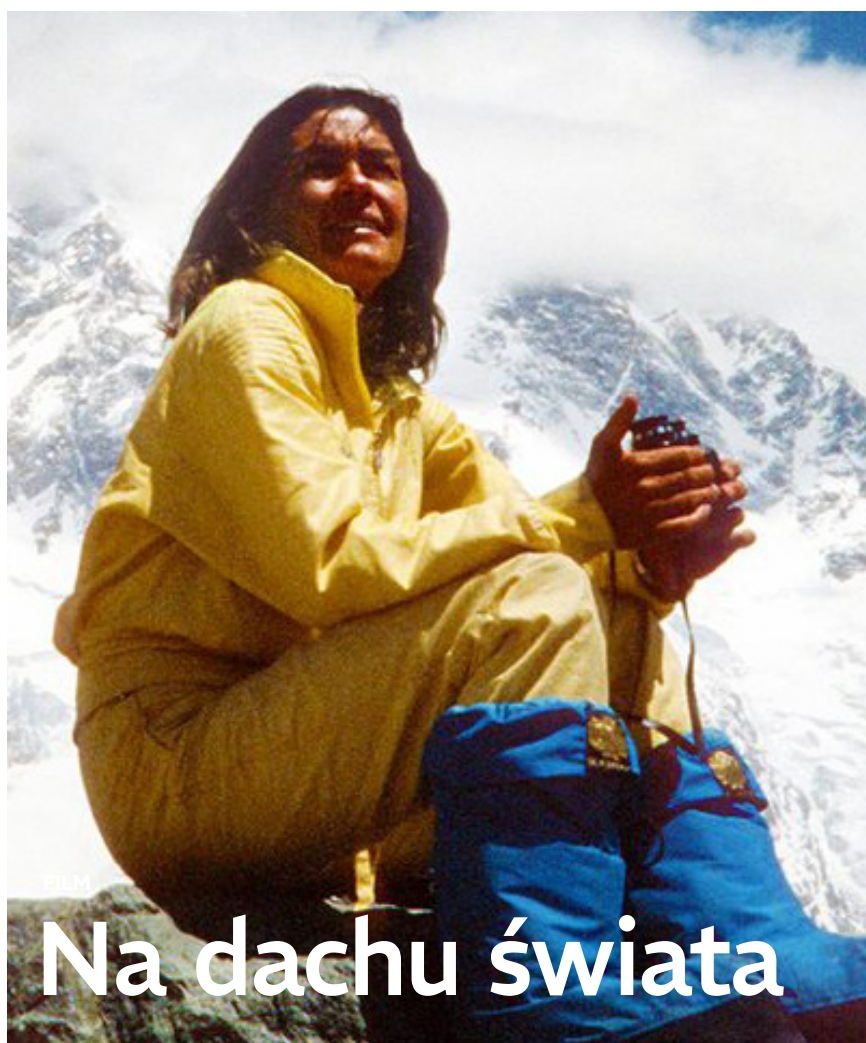
Składniki na 1 porcję:

- pomidory krojone w soku pomidorowym (195 g/1/2 opakowania)
- makaron pełnoziarnisty (50 g suchego)
- soczewica czerwona, nasiona suche (48 g/4 łyżki)
- marchew (45 g/szt.)
- seler naciowy (45 g/łodyga)
- cebula (25 g/1/4 szt.)
- oliwa z oliwek (5 g/łyżeczka)
- czosnek (5 g/ząbek)
- świeża bazylia (5 g/5 listków)
- ser parmezan tarty (4 g/łyżeczka)
- zioła prowansalskie suszone (1,5 g/1/2 łyżeczki)

Przygotowanie:

Cebulę, marchew i seler pokroić w drobną kostkę. Cebulę zeszklić na patelni. Dodać tartą marchew i seler oraz przeciśnięty przez praskę czosnek i chwilę podsmaż. Dodać pomidory i wszystkie przyprawy (papryka, sól, pieprz) oraz przepłukaną soczewicę. Sos doprowadzić do redukcji, gotując ok. 15–20 minut. Podawać z ugotowanym makaronem.

Posypać parmezanem i świeżo zmielonym czarnym pieprzem oraz posiekaną bazylią.



Na dachu świata

Prawdziwa historia Wandy Rutkiewicz, pierwszej kobiety świata i pierwszej osoby z Polski na najwyższych szczytach ziemi – opowiedziana przez nią samą.



**„Wanda Rutkiewicz. Ostatnia wyprawa”, scen. i reż.: Eliza Kubarska.
Produkcja: Polska, Szwajcaria, Nepal, Indie, Włochy, Austria.
Dystrybucja: Against Gravity. Premiera: 18.10.2024 r.**

Rutkiewicz bez zaproszenia wkroczyła w męski świat wypraw wysokogórskich i zapłaciła za to najwyższą cenę. Reżyserka filmu, która sama jest alpinistką, wyrusza w Himalaje śladami Wandy. Wskazówką do poszukiwań jest audio-pamiętnik bohaterki znaleziony wśród sterty materiałów archiwalnych. Rutkiewicz zaginęła 30 lat temu w drodze na Kanczendzongę. Jej ciało nigdy nie zostało odnalezione. Niektórzy twierdzą, że została w klasztorze buddyjskim. Film eksploruje jej życie i tajemnicę z udziałem znanych wspinaczy: Reinholda Messnera, Krzysztofa Wielickiego i Carlosa Carsolio, a także bliskich jej kobiet: siostry Janiny Fies i menadżerki Marion Feik. Narratorką filmu jest sama Rutkiewicz, która prowadziła intymny audio-dziennik na temat swoich podróży.

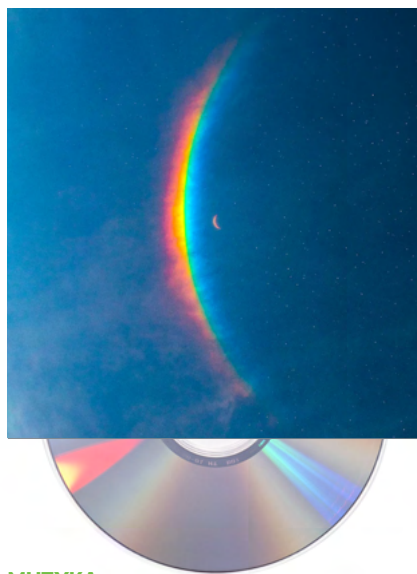


KSIAŻKA

MÓJ WRÓG – JEDZENIE

Zaburzenia odżywiania dzieci i młodzieży to ogromny i skomplikowany problem. Czym są? Jak im przeciwdziałać? I co robić, żeby wypracować u dziecka dobre wzorce postrzegania jedzenia oraz ciała?

„Znikam. Zaburzenia odżywiania dzieci i młodzieży”, Katarzyna Błażejewska-Stuhr, Agata Ziemnicka, Wydawnictwo Filia



MUZYKA

MELODIE Z KSIĘŻYCA

Dziesiąty studyjny album mistrzów stadionowego grania. Zawiera gościnne występy takich muzyków jak Jon Hopkins, Burna Boy, Little Simz, Elyanna, Tini i Ayra Starr. Produkcją zajęli się Bill Rahko, Dan Green, Michael Ilbert i Max Martin.

„Moon Music”, Coldplay, Warner Music Poland



JEDYNY LEK, KTÓRY DZIAŁA SZYBKO I DŁUGO¹



**Nowsza generacja
H2 blokerów³**



**Działa szybko
po 60-90 minutach⁴**



**Działa długo:
aż do 12 godzin^{3,4}**



**Szeroki zakres
wskazań/działań**

- **zgaga**
- **niestrawność**
- **nadkwaśność⁴**



**Wygodne dawkowanie,
niezależnie od posiłku
stosowanie doraźne⁴**



Dotyczy leku
Famotydyna Ranigast

SIL dostępny po zeskanowaniu
kodu lub u przedstawiciela Polpharmy



BŁYSKAWICZNA ULGA OD PRZEŁYKU DO ŻOŁĄDKA²

WYJĄTKOWY SKŁAD

- Substancje zobojętniające – szybkie działanie, neutralizują kwasotę soku żołądkowego
- Alginiany chronią śluzówkę żołądka – tworzą żel pokrywający błonę śluzową żołądka

SZYBKIE I EFEKTYWNE DZIAŁANIE

- Działa błyskawicznie
- Przynosi ulgę od przełyku do żołądka
- Łagodzi zgagę i ból w nadbrzuszu
- Chroni śluzówkę żołądka
- Zapobiega występowaniu niestrawności oraz pieczenia

JEST BEZPIECZNY

- Może być stosowany w czasie ciąży i karmienia piersią⁵

1. Jedyne leki [dotyczy rynku produktów leczniczych stosowanych w łagodzeniu objawów refluksu żołądkowo-przełykowego wydawanych bez przepisu lekarza - analiza rynku na podst. danych IQVIA Polska], który podawany doraźnie, niezależnie od czasu przyjęcia pokarmu działa szybko (początek działania już po 60-90 minutach) i długo (umożliwia kontrolę objawów nawet do 12 godzin) [ChPL Famotydyna Ranigast, 22.12.2020]; Langtry HD et al. Famotidine. An updated review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic use in peptic ulcer disease and other allied diseases. Drugs. 1989; 38(4):551-90.]

2. Zmniejsza dolegliwości związane z refluksiem żołądkowo-przełykowym, takie jak zgaga i ból brzucha.

3. Langtry HD et al. Famotidine. An updated review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties, and therapeutic use in peptic ulcer disease and other allied diseases. Drugs. 1989; 38(4):551-90.

4. ChPL Famotydyna Ranigast.

5. Po konsultacji z lekarzem.

ibuvit[®]D₃

Cholecalciferolum

TERAZ IBUVIT D3 W NOWYCH
I WIĘKSZYCH OPAKOWANIACH



Informacja o leku dostępna
jest po zeskanowaniu kodu
lub u Przedstawiciela Polpharmy.

Ibutvit D3 2000 IU 150 kaps.



Ibutvit D3 4000 IU 150 kaps.

