Farmacja Wielkopolska

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA FARMACEUTOM

nr 1 (18) styczeń–marzec 2022 • ISSN 2545-2290

Recepta
NA DŁUGOWIECZNOŚĆ

FABLOX®

inteligentny magazyn farmaceutyczny

Biuro: ul. Polska 94a
60-401 Poznań

E-mail: s.mocek@fablox.pl
m.biegala@fablox.pl

strona: www.fablox.pl

Tel.: +48 602 365 588
+48 601 704 810

mały krok
dla farmaceuty...

aiw

dr **ALINA GÓRECKA**
Prezes Wielkopolskiej
Okręgowej Rady Aptekarskiej

O wartości rozmowy

Umiejętność rozmawiania jest równie ważna jak wzrok, słuch i dotyk, choć nie jest zmysłem.

Za nami dwa trudne lata pandemii. Czas izolacji, braku spotkań, podróży, czas ograniczeń w spotkaniach z najbliższymi. Głównym hasłem mijającego czasu było: ZOSTAŃ W DOMU. Takie były rekomendacje epidemiologów dla naszego bezpieczeństwa i ograniczenia transmisji groźnego wirusa.

Człowiek nawet w czasie pandemii pozostaje jednak jednostką społeczną, w społeczeństwie żyje i pracuje. Zmieniliśmy formy naszej komunikacji, korzystając z możliwości nowych aplikacji i komunikatorów. Doświadczyliśmy gwałtownego przyspieszenia cyfryzacji nie tylko procedur administracyjnych, zakupów, dostępu do informacji, procesów edukacji od poziomu podstawowego do nauczania na poziomie uniwersyteckim, ale także kontaktów międzyludzkich. Wiele rozwiązań cyfrowych pozostanie z nami zapewne na zawsze, ponieważ okazały się znacznie szybszymi i wygodniejszymi niż dotychczasowe formy robienia zakupów czy załatwiania spraw w urzędach. W relacjach międzyludzkich jednak dostrzegamy ich duże zubożenie w stosunku do relacji realnych, kontaktu osobistego. Najdoskonalsze narzędzia cyfrowe nie są w stanie zastąpić kontaktu osobistego, komunikacja z ich wykorzystaniem ma posmak sztuczności. Są doskonałe do przekazywania komunikatów, wymiany informacji, prezentacji rozwiązań. Kontakt osobisty to emocje, mowa ciała i bezpośrednia rozmowa, jest wielowymiarowy. Rozmowa jest czymś zdecydowanie bogatszym niż przekazywanie sobie najbardziej rozbudowanych informacji i komunikatów. Łatwiej wyrazić w niej swoje myśli, uczucia, poglądy. Rozmowa to nie komunikacja jednostronna, zawsze oczekujemy reakcji zwrotnej, zawsze uczestniczyć muszą w niej minimum dwie osoby. Jest to nie tylko mówienie – różnie ważne jest uważne słuchanie i obserwowanie rozmówcy, jak reaguje na to, co mamy mu do powiedzenia. Interesujące rozmowy sprzyjają nawiązaniu relacji emocjonalnych między rozmawiającymi. Wcale nie muszą to być emocje pozytywne, ale też wściekłość, lekceważenie, ignorancja… Wiele rozmów z tą samą osobą prowadzi do podświadomego wypracowania sobie oceny rozmówcy: jego intelektu, zasobu wiedzy, charakteru…

Każda, nawet najbardziej zawzięta wymiana zdań wzbogaca, nigdy nie będzie stratą czasu. Często jest przyczynkiem do własnych refleksji i przemyśleń w obszarze, którego dotyczyła.

Są rozmowy, które pamiętamy szczególnie i latami. Pamiętamy na długo (dobrze lub źle) osoby, z którymi odbyliśmy ważne dla nas rozmowy. Są też rozmowy, których efektem mogą być poważne zmiany w naszym życiu, rozmowy przełomowe.

Rozmowy prowadzimy, kiedy mamy przyjemność we wspólnym byciu ze sobą, ale także w obliczu największych konfliktów. To właśnie rozmowa ma sprzyjać rozwiązywaniu konfliktów, wzajemnemu zrozumieniu stanowisk, jest narzędziem w negocjacjach. Wtedy rozmowa wymaga wyjątkowej otwartości obu stron, aby negocjacje były konstruktywne.

Rozmowa może mieć charakter edukacyjny, służyć przekazywaniu wiedzy i doświadczenia, zwróceniu uwagi na błędy i niedociągnięcia. Nieprzyjemny charakter mają rozmowy dyscyplinujące, uczestniczymy w nich bez względu na wiek. Rozmowy konstruktywne prowadzimy w zespołach i mają nas zaprowadzić do rozwiązania problemów, rozwinąć przygotowane projekty, przygotować uzgodnienia. Rozmowy twórcze i inspirujące mogą być przyczynkiem do tworzenia rzeczy nowych i to nie tylko w sferze sztuki i nauki. Rozmowy służą rozwijaniu więzi, budują związki. Nie wyobrażam sobie zbudowania więzi pomiędzy partnerami, rodzicami i dziećmi bez tysięcy rozmów.

Niedoskonałość komunikatorów, brak rozmowy izoluje, zubaża emocjonalnie i intelektualnie, prowadzi do poczucia osamotnienia. Bez rozmowy nie można poznawać otaczającego świata. Umiejętność rozmawiania jest równie ważna jak wzrok, słuch i dotyk, choć nie jest zmysłem.

W najnowszym numerze „Farmacji Wielkopolskiej" rozmawiamy na tematy, które teraz są naszym zdaniem szczególnie ważne i interesujące.

Z prof. dr hab. Piotrem Kuną z Uniwersytetu Medycznego w Łodzi rozmawiamy o tzw. długu zdrowotnym i obrazie stanu zdrowia polskiego społeczeństwa po dwóch latach pandemii.

Po raz kolejny rozmawiamy z dr. n. farm. Mikołajem Piekarskim, polskim farmaceutą wykonującym zawód w Kanadzie, tym razem na temat przekazania pacjenta szpitalnego do opieki ambulatoryjnej przez farmaceutów klinicznych.

Z prof. dr. hab. Robertem Flisiakiem z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku rozmawiamy między innymi o tym, czego nauczyła nas pandemia koronawirusa.

Ciekawą rozmowę o szansach na długie i zdrowe życie odbyliśmy dla Państwa także z prof. dr. hab. Janem Gawęckim. „Recepta na długowieczność" to temat okładkowy „Farmacji Wielkopolskiej".

Do lektury tych rozmów „Farmacji Wielkopolskiej" oraz do lektury innych artykułów i felietonów zapraszam Państwa w ten wiosenny czas 2022 r.

Z okazji nadchodzących Świąt Wielkanocnych życzę Państwu osobistych spotkań z bliskimi bez ograniczeń, wielu wspaniałych rozmów pełnych radości oraz zdrowia i pokoju.

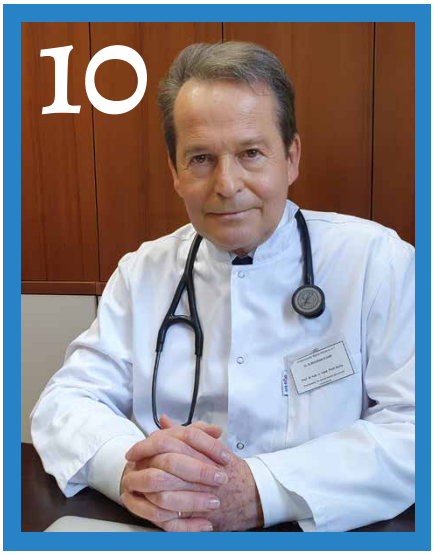
APTEKA
APTEKA

spis treści

afw

www.stock.adobe.com

Agnieszka Sadowska/Agencja Wyborcza.pl



Eugeniusz Jarosik

10 Dług zdrowotny gorszy niż COVID | Rozmowa z prof. dr. hab. n. med. **PIOTREM KUNĄ**, kierownikiem II Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

22 Pierwszy polski standard koncyliacji lekowej

27 Infekcje intymne z perspektywy farmaceuty

30 Inteligentny robot w aptece

34 Model kanadyjski

40 Importowanie produktów leczniczych

43 Co można sprzedać na podstawie zapotrzebowania? (II)

46 Czego nauczyła nas pandemia

51 Między nami ekspertami

54 Dzieje się w farmacji...

60 Początek wielkiej zmiany

66 Guru z królestwa Tonga

Eugeniusz Jarosik

Eugeniusz Jarosik

68 Czas próby

70 Recepta na długowieczność

78 Hara hachi bu

82 Pierwiastki życia

86 Nieśmiertelna meduza

88 Aświaganda łagodząca stres

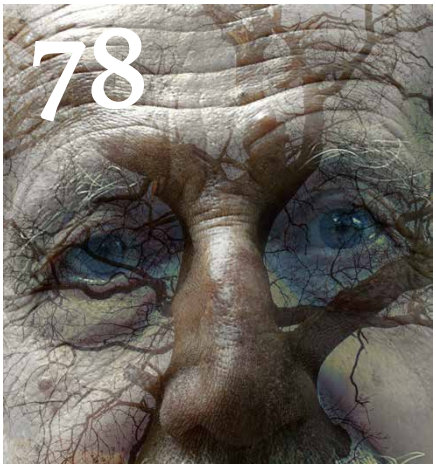
91 Dama polskiej farmacji

92 Człowiek ze światła

95 W hołdzie bohaterom

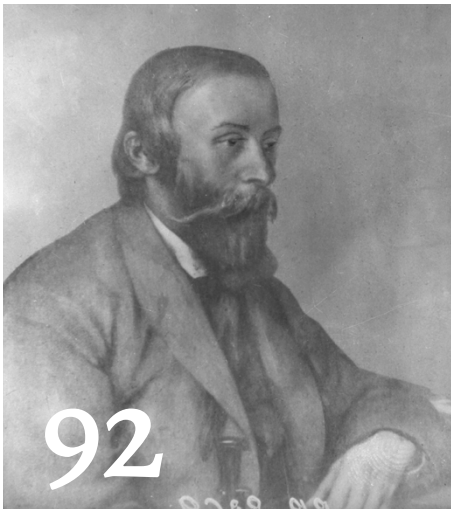
98 Odmienne stany świadomości

102 Filozoficzne spojrzenie na farmację

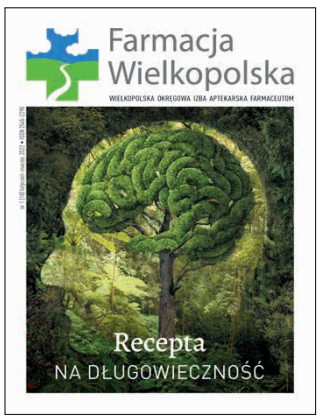


Igor Morski

www.stock.adobe.com



Narodowe Archiwum Cyfrowe



Wydawca
Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska
60-273 Poznań, ul. Palacza 87
www.woia.pl

Redakcja
60-273 Poznań, ul. Palacza 87
www.farmacjawielkopolska.pl
e-mail: redakcja@woia.pl
Tel. +48 798 192 957
Tel. 61 861 96 93 wew. 105

Redaktor naczelny
Eugeniusz Jarosik

Koncepcja czasopisma
mgr farm. Alina Górecka i Eugeniusz Jarosik

Koncepcja redaktorska i graficzna (współautor projektu)
Eugeniusz Jarosik

Rada Programowa
mgr farm. Alina Górecka (przewodnicząca Rady Programowej), Eugeniusz Jarosik, prof. dr hab. Anna Jelińska, dr n. farm. Wojciech Musiał, dr n. farm. Stefan Piechocki

Okładka
Igor Morski

Projekt graficzny i skład
Wiesław Wiszowaty

Autorzy
Marzena Bęctowicz, dr Alina Górecka, Eugeniusz Jarosik, dr n. farm. Marek Jędrzejczak, Marcin Józefiak, prof. dr hab. Ilona Kaczmarczyk-Sedlak, Anna Kopras-Fijołek, mgr. inż. Dariusz Łukaszyński, dr n. farm. Jan Majewski, dr n. farm. Wojciech Musiał, dr n. farm. Hanna Piechocka-Koczwara, dr n. farm. Stefan Piechocki, mgr farm. Dorota Prokop, mgr farm. Joanna Rutkowska, mgr farm. Kamila Ryszewska, Henryk Sawka, mgr farm. Zbigniew Skotnicki, mgr farm. Mateusz Szamałek, Łukasz Świderski, prof. dr hab. Barbara Thiem, dr n. farm. Jerzy Waliszewski

Prezentowane przez autorów prace są wyrazem ich poglądów naukowych i redakcja nie ponosi za nie odpowiedzialności. Redakcja dołożyła wszelkich starań, aby publikowane artykuły były obiektywne i na najwyższym poziomie merytorycznym. Prezentowane interpretacje przepisów nie stanowią wykładni prawa i nie mogą być podstawą roszczeń wobec ich autorów. Wszelkie publikacje nie mogą być kopiowane w żadnej formie ani żadnymi metodami mechanicznymi ani elektronicznymi, łącznie z wykorzystaniem systemów przechowywania i odtwarzania informacji bez pisemnej zgody redaktora naczelnego.

FARMACEUCI KLINICZNI W SZPITALU SON ESPASES

Rosnąca rola farmaceutów klinicznych w szpitalnych zespołach interdyscyplinarnych to istotny temat poruszony przez dr n. farm. Katarzynę Regulską w artykule „Farmaceuci kliniczni w szpitalu Son Espases" („Farmacja Wielkopolska", nr 16/17) opartym na obserwacji pracy Szpitala Uniwersyteckiego w Palmie. Podziw budzi nie tylko stopień zaawansowania technologicznego ośrodka, ale także jego wyspecjalizowane oddziały zatrudniające farmaceutów klinicznych zajmujących się na co dzień wąskim zakresem opieki farmaceutycznej, można więc rzec – ekspertów w swoim fachu. Bardzo duży zespół apteki szpitalnej, bo liczący aż 80 osób, jest przykładem skoordynowanego, sprawnie działającego mechanizmu, zajmującego się tym, co w zawodzie farmaceuty najważniejsze – opieką nad zdrowiem i życiem pacjenta. Interesującym wydaje się fakt obecności farmaceutów praktycznie na każdym etapie pobytu chorego na oddziale szpitalnym. Farmaceuci kliniczni, udzielając profesjonalnej konsultacji, edukują pacjentów w zakresie stosowania leków, oceniając równocześnie efektywność leczenia i zlecając niezbędne badania laboratoryjne. Uważam, że świetnym rozwiązaniem odciążającym system ochrony zdrowia są również prowadzone przez nich teleporady w ramach podstawowej opieki zdrowotnej. Wiedza specjalistów z dziedziny farmacji klinicznej jest niezbędna podczas wprowadzanej farmakoterapii oraz w szkoleniu pacjentów w jej zakresie. Dodatkowo powszechne stosowanie terapii monitorowanej, pozwalającej na bieżącą korekcję dawki leków immunosupresyjnych czy antybiotyków, umożliwia większe zindywidualizowanie leczenia, co przekłada się na większą skuteczność terapii i mniejsze ryzyko działań niepożądanych.

Priorytetowe, moim zdaniem, powinno być dążenie do wdrożenia rozwiązań i technologii podobnych do obecnych w opisanym w artykule szpitalu. Dane udostępnione przez Światową Organizację Zdrowia w 2019 roku ukazują przepaść między wydatkami na ochronę zdrowia w Polsce (6,5% PKB) w stosunku do Hiszpanii (9,1% PKB) czy przodujących w tym zakresie w Unii Europejskiej Niemiec (11,7% PKB). Zatrudnienie farmaceutów klinicznych w polskich szpitalach pomogłoby uniknąć znacznej części błędów lekowych, odpowiadających za wystąpienie, według Europejskiej Agencji Leków, aż do 60% działań niepożądanych, generujących kolejne bardzo wysokie, niepotrzebne koszty. Stworzenie odpowiedniej liczby miejsc dla specjalistów z zakresu farmacji klinicznej jest więc bez wątpienia kierunkiem, w którym powinna podążać w niedalekiej przyszłości polska ochrona zdrowia, celem kompleksowego podejścia do pacjenta i zapewnienia terapii na najwyższym poziomie.

KATARZYNA GÓRSKA

Studentka V roku farmacji na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

COVID STRASZNY, COVID ZŁY...

Wirus SARS-CoV-2 nieustannie powoduje ciężkie, negatywne oraz długotrwałe skutki zdrowotne u wielu osób. Powikłania wynikające z przechorowania COVID-19 powinny zostać prawidłowo rozpoznane przez lekarza specjalistę, a następnie leczone zgodnie z najnowszymi rekomendacjami oraz zaleceniami w zakresie danej choroby. Niestety, wielu lekarzy w trakcie trwania pandemii COVID-19 przepisuje antybiotyki niezgodnie z zaleceniami oraz objawami, które towarzyszą pacjentowi, o czym pisze autor artykułu „Covid straszny, covid zły..." („Farmacja Wielkopolska", nr 16/17). Problem ten dotyczy nie tylko placówek świadczących podstawową opiekę zdrowotną, ale również większości szpitali, w których zaniedbywana jest prawidłowa polityka antybiotykowa. Pacjent, u którego zastosowano terapię empiryczną, powinien zostać jak najszybciej poddany badaniom mikrobiologicznym, które pomogą lekarzowi w rozpoznaniu patogenu odpowiedzialnego za dane objawy, a także ukierunkują go w dalszym schemacie leczenia. Nieprawidłowo wdrożona antybiotykoterapia niesie za sobą ryzyko wzrostu lekooporności, wskutek czego zakażenia bakteryjne stają się coraz trudniejsze do wyleczenia. Stanowi to również poważny problem pod względem ekonomicznym dla szpitala, gdyż u pacjenta, u którego objawy nie ustępują lub ulegają pogorszeniu, zostaje często zalecona droższa farmakoterapia (na przykład fidaksomycyna w leczeniu zakażenia Clostridioides difficile), a jego pobyt ulega wydłużeniu, co również wiąże się z kosztami. W celu zminimalizowania rosnącego problemu lekooporności w polskich szpitalach powinna zostać wprowadzona dokumentacja, która zgromadzi oraz usystematyzuje dane związane z antybiotykoterapią hospitalizowanych pacjentów, a także lista antybiotyków, które są dopuszczone do stosowania na konkretnym oddziale szpitalnym. Z drugiej strony – w związku z rosnącą liczbą zakażeń SARS-CoV-2 personel medyczny musiał zastosować się do zaostrzonych zasad higieny osobistej podczas opieki nad pacjentami, co spowodowało w niektórych szpitalach zmniejszenie transmisji patogenów wśród hospitalizowanych pacjentów, a w związku z tym redukcję liczby zakażeń szpitalnych.

KAROLINA KULBIEJ
Studentka V roku farmacji na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu

Eugeniusz Jarosik

DŁUG ZDROWOTNY GORSZY NIŻ COVID

„To prawdziwa tragedia, że w XXI wieku w nowoczesnym państwie, które ma całkiem niezły dostęp do różnych metod leczenia, organizacja ochrony zdrowia, zdrowie publiczne są w tak fatalnym stanie, że nie udało się zapobiec skróceniu ludzkiego życia. Bo tak naprawdę zawiodła organizacja i brak oparcia na wiedzy. Przeważyły emocje, które rządziły polityką zdrowotną w dobie pandemii" – mówi prof. dr hab. n. med. **PIOTR KUNA**, kierownik II Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, w rozmowie z **Eugeniuszem Jarosikiem** i **Dariuszem Łukaszyńskim**.

„FARMACJA WIELKOPOLSKA": Jaki obraz stanu zdrowia polskiego społeczeństwa wyłania się z mgły covidowej, która spowiła nasz glob u progu 2020 roku?

PIOTR KUNA: Obraz jest tragiczny. Jesteśmy, po Brazylii, istotnym państwem, gdzie odnotowano największą liczbę zgonów wywołanych przez COVID-19 w przeliczeniu na milion mieszkańców. Skalę pandemii widać w Polsce także w liczbie nadmiarowych zgonów – w ciągu dwóch lat to ponad 200 tysięcy. Moim zdaniem główną przyczyną tej sytuacji jest fatalny stan zdrowia polskiego społeczeństwa. Dominujące problemy to choroby przewlekłe, które nie są właściwie leczone, nie są kontrolowane oraz niska kultura zdrowotna społeczeństwa, czego przejawem jest przede wszystkim palenie tytoniu, niewłaściwe odżywianie się, nadużywanie alkoholu, brak ruchu czy epidemia otyłości. Wielu naszych pacjentów nie stosuje się do zaleceń lekarskich ze szkodą dla swojego zdrowia. Ponad 50% osób w naszym kraju po sześćdziesiątym roku życia cierpi na co najmniej trzy choroby przewlekłe. Jest to chyba największy odsetek chorej populacji w Europie. Te zaniedbania mają swoje źródło w braku edukacji prozdrowotnej – szczególnie na etapie wieku przedszkolnego poprzez wiek szkolny i studia. Za program tej

edukacji, obejmującej między innymi zasady prawidłowego odżywiania i podkreślającej rolę sportu, powinno odpowiadać Ministerstwo Edukacji Narodowej. W krajach Europy Zachodniej, w Stanach Zjednoczonych wychowanie fizyczne jest niesłychanie ważnym elementem edukacji dzieci. Ruch buduje fundamenty zdrowia na całe życie. Jeżeli nie zapewnimy dziecku codziennych zajęć wychowania fizycznego, to w gruncie rzeczy od razu chowamy chorego człowieka. Jest też problem różnego rodzaju używek – musimy być świadomi, co nam szkodzi, czego należy unikać, jeśli chcemy być zdrowi. Dlatego mamy epidemię chorób układu krążenia, epidemię nowotworów, epidemię chorób układy oddechowego, cukrzycy i innych chorób przewlekłych. Na to wszystko nakłada się najbardziej zanieczyszczone powietrze w Europie, a przecież człowiek wdycha dziennie prawie 10 000 litrów powietrza, pijąc tylko 2 litry wody. Zdaniem ekspertów oddychanie polskim powietrzem skraca nasze życie średnio o 5 lat.

Dramatycznie przedstawia się kondycja psychiczna młodzieży, osób dotkniętych długotrwałą izolacją, hospitalizowanych z powodu COVID-19, zwłaszcza jeśli przebieg choroby był ciężki, a także dotkniętych długotrwałą izolacją. Czy ta sytuacja znajduje odzwierciedlenie w ogólnym stanie pacjentów przyjmowanych obecnie na oddziały chorób wewnętrznych?

Co miesiąc przyjmuję kilkudziesięciu pacjentów. Są to przede wszystkim osoby, które chorowały lub chorują na COVID. Tak jest od 24 miesięcy. Nie przerywałem przyjmowania pacjentów w czasie epidemii. Ich stan psychiczny jest zły, ale nie tyle z powodu COVID, ile ze względu na izolację, lockdown, zamknięcie szkół, pracę zdalną i ciągłe straszenie, lęk, budowanie napięcia. COVID był tylko czynnikiem spustowym. Obserwuję nieprawdopodobny wzrost liczby pacjentów cierpiących na zaburzenia lękowe i zaburzenia depresyjnie. Widzę coraz więcej dzieci, które się zamykają w sobie, z myślami samobójczymi, co jest wskazaniem do hospitalizacji, do izolacji na oddziale, do stałej kontroli, dopóki się jego z tego stanu nie wyprowadzi. Nie wolno tego problemu lekceważyć, pamiętając, że Polska jest na drugim miejscu w Europie pod względem samobójstw nieletnich.

Lęk, izolacja osłabiają naszą odporność, sprzyjają rozwojowi wielu chorób, w tym zaburzeń psychicznych, ale również zwiększają podatność na infekcje wirusowe. W tworzeniu atmosfery strachu, zagrożenia mają swój udział zarówno niektórzy politycy, jak i dziennikarze, którzy działają zgodnie z regułą, że „najlepiej sprzedają się złe wiadomości". Swoim pacjentom radzę, żeby po prostu wyłączyli telewizję. Trzeba podkreślić, że odporność jest bardzo ważna. My ją budujemy poprzez codzienne kontakty z innymi ludźmi. Brak tych kontaktów, brak minimalnej choćby ekspozycji na bodźce środowiskowe, na bakterie i wirusy, powoduje, że nasz układ immunologiczny popada w niepamięć. Nie potrafi potem walczyć nawet z banalnymi infekcjami, nie mówiąc już o wirusie SARS-CoV-2. Zachęcając do utrzymywania kontaktów z otoczeniem, z ludźmi, podkreślam, że nie należy ryzykować. Na pewno zatem starajmy się utrzymywać dystans socjalny, często myć ręce i nosić maseczki. Pamiętajmy jednak, że albo maseczki nosimy porządnie, albo wcale. Nie ma dowodów, żeby maseczki noszone w taki sposób, jaki obserwujemy w Polsce, kogokolwiek chroniły.

Jakie są Pana obserwacje dotyczące tzw. long-COVID i doświadczenia w leczeniu pacjentów, którzy byli zakażeni wirusem SARS-CoV-2?

Pacjenci, którzy przeszli COVID, najczęściej zgłaszają osłabienie, brak chęci do pracy, do życia, do działania. Na drugim miejscu są dolegliwości ze strony układu oddechowego, dyskomfort przy oddychaniu, kaszel i uczucie duszności. To osłabienie jest czymś uniwersalnym, więc trudno powiedzieć, czy jest ono wtórne do zaburzeń układu oddechowego, czy też ma na to wpływ sfera psychiczna. Myślę, że te dwie sprawy łączą się ze sobą. Nie zapominajmy, że COVID to choroba, która przebiega z niedotlenieniem organizmu. Jeżeli niedotleniony jest organizm, to niedotleniony jest też mózg. Jeżeli komórki nerwowe są niedotlenione, to nie pracują właściwie. W związku z tym pojawiają się wszelkiego rodzaju zaburzenia, które w warunkach pełnego dotlenienia są niewidoczne. Bez tlenu nie ma życia, bez tlenu umieramy w przeciągu trzech minut i jest to śmierć mózgu. Mózg bez wątpienia jest najbardziej wrażliwy na niedotlenienie. Moja koncepcja jest taka, że te wszystkie zaburzenia okołocovidowe biorą się z niedotlenienia.

Eugeniusz Jarosik

Litery greckiego alfabetu zwiastowały nadchodzące fale zachorowań. Czy Omikron w istotny sposób zmienił sytuację pandemiczną, stał się swoistym game changer, zważywszy że większa część populacji zetknęła lub zetknie się niebawem się z tym wirusem?

DŁUG ZDROWOTNY POZOSTANIE Z NAMI NIE NA ROK, DWA, LECZ NA POKOLENIA. TO KOLEJNE POKOLENIE DZIECI, KTÓRE BYŁY IZOLOWANE, ZAMKNIĘTE W DOMACH, BEZ KONTAKTU Z RÓWIEŚNIKAMI, BEZ RUCHU

To jest koncepcja, którą promuję od listopada 2021 roku. Omikron zmienił całkowicie zasady gry. Już wstępne doniesienia z Afryki Południowej mówiły, że pojawił się wirus niesłychanie zakaźny, nawet pięciokrotnie bardziej zakaźny od mutacji Delty, w związku z tym wypiera ten wariant. Ludzie zarażają się przede wszystkim Omikronem, ale przebieg choroby wywołanej przez tę odmianę koronawirusa SARS-CoV-2 jest znacznie łagodniejszy. Są to objawy zbliżone do typowych przeziębień – ból gardła, zapalenie błony śluzowej nosa, zapalenie błony śluzowej zatok, osłabienie, bóle głowy, zmęczenie – tak więc wymagają takiego leczenia jak generalnie każde przeziębienie. Nie miałem żadnego pacjenta, który wymagałby hospitalizacji po zakażeniu wariantem Omikron. W Polsce są cztery koronawirusy wywołujące 30% wszystkich przeziębień – obecnie do tej grupy dołącza piąty. Początkowo uważano, że jego dominacja w Afryce Południowej spowodowana jest szczególnymi warunkami, jakie tam panują. Ale wariant Omikron pojawił się w Europie i szybko rozpowszechnił się także w tych krajach, które miały bardzo wysoki poziom wyszczepialności. We Francji wykazywano nawet 500 tysięcy zakażeń dziennie. W pięciomilionowej Danii, która ma zaszczepienie na poziomie 80%, odnotowywano 50 tysięcy zakażeń dziennie. Jednocześnie zauważono, że Omikron w większym stopniu niż poprzednie warianty zaraża osoby już zaszczepione, czyli że szczepionki nie zapewniają odpowiedniej ochrony w stosunku do tego wariantu. Po drugie – stwierdzono, że Omikron zaraża również osoby, które wcześniej przechorowały infekcję koronawirusem zarówno Alfa, Beta, jak i Delta. Po trzecie – okazało się, że jak się przechoruje COVID spowodowany wariantem Omikron, co potwierdzają badania immunologiczne, to powstają takie przeciwciała, pewien rodzaj trwałej odporności, która bardzo skutecznie chroni przed kolejnym zakażeniem. Tak więc wydaje się, że jak przejdziemy obecną falę zakażeń wariantem Omikron, począwszy od połowy stycznia do – zakładam – końca kwietnia, to większa cześć populacji polskiej, która jest podatna na ten wariant, ulegnie zakażeniu i zbuduje odporność. To jedyna szansa na wyjście z pandemii. Nie zbudujemy tego szczepionką, ponieważ nie wierzę, żeby osoby, które się do tej pory nie zaszczepiły, chciały

Eugeniusz Jarosik

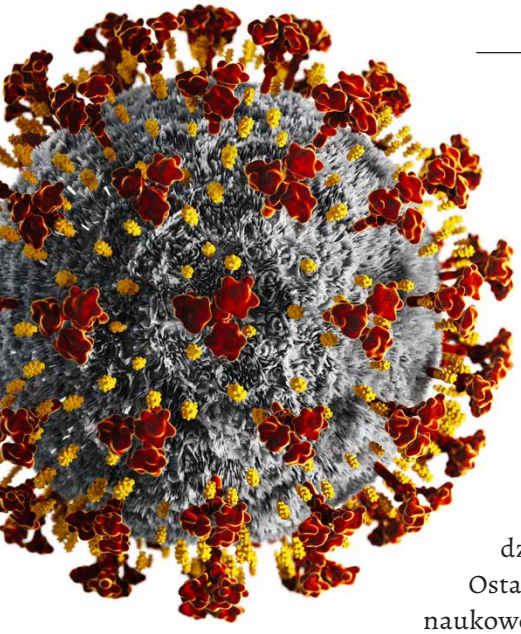
się teraz zaszczepić. Nawet nie dlatego, że są antyszczepionkowcami. Ci ludzie po prostu się boją, a my tych lęków nie potrafimy rozwiać. Rozumiem moich pacjentów i uważam, że musimy leczyć każdego – zaszczepionego i niezaszczepionego – a nie krytykować ludzi, bo są różne motywacje i trzeba je zrozumieć.

Czy wobec rosnącej odporności populacyjnej, ale i zmienności koronawirusa, czego dowodem jest Omikron, sens ma dalsza akcja szczepień dotychczas stosowanymi szczepionkami, finansowana ze środków publicznych, skoro brakuje ich na realizację innych ważnych zadań w ochronie zdrowia?

To jest bardzo trudne pytanie, potrzeby są gigantyczne. Mamy już bardzo nowoczesne leki. Na przykład we wczesnym leczeniu COVID stosowany jest chociażby Paxlovid, ale jedna kuracja tym lekiem kosztuje około 5000 zł. Żadnego państwa na to nie stać. Nawet bogate kraje Europy Zachodniej czy Stany Zjednoczone rezerwują ten lek tylko dla wybranych grup pacjentów. Co do szczepionek – te, które mamy, przed Omikronem nie chronią zbyt skutecznie. W związku z tym potrzebujemy nowej szczepionki i wiem, że takie badania są prowadzone. Sądzę, że w perspektywie kilku miesięcy zaproponuje nam się nowy rodzaj szczepionek, skuteczniejszych od tych, które znamy. I tu powstaje problem: czy szczepić się „starą" szczepionką, skoro za kilka miesięcy będzie nowa, lepsza, czy poczekać na nią? Nie znam odpowiedzi na to pytanie. Ja zostawiam decyzję pacjentom i informuje ich o tym. Jeżeli ktoś chce czekać, niech poczeka, bo na pewno będą lepsze szczepionki.

Wirus SARS-CoV-2 uaktywnia się w sezonie jesienno-zimowym. Może zatem należy zacząć traktować ten patogen jak wirusa grypy sezonowej, lecząc objawy i powikłania?

Jestem gorącym zwolennikiem odejścia od pojęcia pandemii, przyjęcia, że SARS-CoV-2 jest kolejnym wirusem wywołującym sezonowe infekcje dróg oddechowych. I po prostu traktowanie go tak samo jak wirusa grypy. Należy pamiętać, że przed powikłaniami w grypie chronią szczepienia. I tak samo będzie z SARS-CoV-2. Należy dać ludziom możliwość regularnych szczepień i uodparniania się. Moim zdaniem powinniśmy się szczepić 2 razy w roku – przeciwko grypie i przeciwko SARS-Cov-2. Przez dwa lata badano tylko wirusa SARS-Cov-2. Nikt



nie zwracał uwagi na wirusy grypy czy RSV, a moim zdaniem to właśnie współistnienie u jednego pacjenta dwóch chorób wywołanych różnymi wirusami jest najgroźniejsze i powoduje zgony. Bardzo ważne jest przygotowanie społeczeństwa do sezonu jesienno-zimowego pod kątem profilaktyki zdrowotnej, prowadzenia higienicznego trybu życia. Ostatnio zafascynowała mnie praca naukowców z Uniwersytetu Jagiellońskiego, opublikowana w doskonałym czasopiśmie amerykańskim „Nutrients". Otóż zbadali oni populację ludzi w Krakowie prospektywnie i oceniali tylko sposób odżywiania się. Szczególną wagę zwrócono na spożywanie owoców, warzyw i orzechów. Okazało się, że ci, którzy mają w swojej diecie odpowiednią ilość owoców, warzyw i orzechów, pięciokrotnie rzadziej zapadali na COVID. Nie ma żadnego leku, który by tak działał! Prosta rzecz – jeść marchewkę, szpinak, fasolkę szparagową, jabłko i garść orzechów dziennie. Z badań w grupie stulatków wynika, że najważniejsze dla długiego życia są silne więzi społeczne i rodzinne. Często zapominamy, że najbardziej niszczy nas samotność, izolacja. Zachęcam zatem do posiadania przyjaciół, do posiadania dzieci i utrzymywania dobrych kontaktów z rodziną i przyjaciółmi.

Obecnie stosowane szczepionki uchodzą za bardzo dobrze przebadane. Trudno jednak pominąć fakt, że ich skuteczność jest ciągle przedmiotem badań i dyskusji. Pojawia się też pytanie: czy znane i zbadane są skutki działania tych szczepionek w dłuższej perspektywie? Czy wiemy, jak kolejne dawki, tzw. przypominające, działają na system immunologiczny?

Szczepionki są stosowane dopiero od kilkunastu miesięcy, a to za krótki czas, żeby coś więcej powiedzieć o ich długofalowym działaniu. Natomiast dzięki badaniu przeprowadzonemu w Izraelu wiemy, że podawanie czwartej dawki obecnych szczepionek nie zwiększa ochrony przed zachorowaniem. Widzimy, że potencjał tych szczepionek się wyczerpuje. Te szczepionki, które mamy, tracą swoją skuteczność zaledwie po upływie roku od swojego wprowadzenia. Czynniki są dwa – jednym z nich jest ciągle zmieniający się wirus, który mutuje w naszych organizmach. To jednak nie wirus wytwarza te mutacje – robimy to my, ludzie leczeni i ludzie szczepieni. Istotne jest także pytanie, na ile szczepionki indukują nowe mutacje, które będą omijały te szczepionki. To jest troszkę tak jak z leczeniem raka płuc. Opracowujemy kolejne fantastyczne leki, a rak ciągle się na nie uodparnia i znajduje inną ścieżkę rozwoju. Z wirusem SARS-CoV-2 jest dokładnie tak samo. To wirus atakujący komórki układu oddechowego, które – podobnie jak komórki skóry – podlegają ciągłej apoptozie, ciągłej śmierci i nieustannej regeneracji. Inaczej jest na przykład w komórkach układu nerwowego, dlatego szczepionka przeciwko polio jest szczepionką trwałą i daje zawsze ochronę. Bo dotyczy innego obszaru i innego metabolizmu komórkowego. Tak więc szczepionki stosowane w chorobach układu oddechowego, dotyczy to także grypy, nigdy nie będą trwałe, będą musiały być ciągle zmieniane.

Europejczycy w wielu krajach stanęli wobec problemu wykluczenia sanitarnego. Czy te restrykcyjne regulacje mają istotne uzasadnienie z medycznego punktu widzenia? Czy polegając na szczepieniach, nie tracimy z oczu kwestii tak ważnej jak troska o wzmacnianie swojego systemu odpornościowego poprzez odpowiednią dietę, styl życia, profilaktykę zdrowotną?

Wiemy jedno – wraz z kolejnymi wariantami koronawirusa skuteczność szczepień jest coraz krótsza. Tak naprawdę przeciwciała utrzymują się tylko 4 miesiące. Ale są ludzie, którzy stykają się z wirusem permanentnie i nie chorują w ogóle. Z drugiej strony znam osoby zaszczepione trzema dawkami szczepionki, które już dwukrotnie przechodziły infekcję wariantem Omikron. Jaki jest więc sens wprowadzania różnych restrykcji? Sens jest jeden – na pewno osoby niezaszczepione ponoszą większe ryzyko ciężkiego zapalenia płuc i hospitalizacji, jeżeli się zarażą. Te certyfikaty i restrykcje nie są po to, by dokuczyć osobom zaszczepionym, tylko żeby ochronić niezaszczepionych. To jest działanie różnych rządów na rzecz dobra zdrowia publicznego, nieliczące się z prawami jednostki. Ja osobiście jestem pod tym względem za wolnością. Żyłem w okresie Polski socjalistycznej, kiedy panowało przekonanie, że wszyscy powinniśmy myśleć tak samo, ale kraj był

pogrążony w zastoju. Tylko poprzez różnorodność, ścieranie się różnych poglądów i indywidualizm jesteśmy zdolni do postępu, w przeciwnym razie nie będziemy się rozwijać. Nie podoba mi się to, co się dzieje w niektórych krajach, bo uważam, że to zahamuje rozwój społeczny i rozwój Europy. To nie jest dobre, powinniśmy dopuścić pluralizm. Niech się poglądy ścierają.

Jak ocenia Pan zakres dostępności i poziom refundowania w Polsce leków innowacyjnych?

Jako okresowo współpracujący z Agencją Oceny Technologii Medycznych ekspert jestem ogromnym zwolennikiem wprowadzenia przy ocenie leków systemu GRADE, będącego rozszerzeniem systemu EBM (evidence-based medicine – medycyna oparta na faktach), który opiera się wyłącznie na wynikach badań klinicznych, randomizowanych, kontrolowanych, a nie uwzględnia kosztów i efektywności leczenia. System GRADE bierze pod uwagę również koszty i efektywność leczenia. Współpracuję z wieloma organizacjami międzynarodowymi, powiązanymi również ze Światową Organizacją Zdrowia (WHO) i na podstawie moich doświadczeń oraz wiedzy mogę stwierdzić, że Polska ma naprawdę bardzo dobry dostęp do nowoczesnych terapii na tle świata. Może mamy je z pewnym opóźnieniem, ale ono wcale nie jest duże. Kolejny problem to, czy my, lekarze, korzystamy z dostępu do nowoczesnych terapii w wystarczającym stopniu? Występują ogromne dysproporcje pomiędzy różnymi krajami. Możliwość korzystania z nowoczesnych terapii, innowacyjnych leków ma tylko niewielki procent światowej populacji. W zasadzie jedynie Europa, Kanada, Japonia, Australia i Nowa Zelandia, Korea Południowa, Tajwan, Singapur mają medycynę populacyjną, gdzie wszystkim obywatelom zapewnia się dostęp do ochrony zdrowia. Polska jest pod tym względem w światowej czołówce, może nawet znajduje się w pierwszej dziesiątce krajów.

Jeszcze raz chciałbym podkreślić, że przy podejmowaniu decyzji dotyczących nowoczesnych programów lekowych i w ogóle leczenia powinniśmy brać pod uwagę system GRADE. Dotyczyć to powinno także bardzo drogich leków przeciwko koronawirusowi, które hamują replikację wirusa u pacjentów z dodatnim wynikiem, takich jak Paxlovid czy Remdesivir. To bardzo kosztowne leki, ale dostępne są też tanie, jak chociażby sterydy wziewne, których skuteczność według badań klinicznych jest dokładnie taka sama. Tylko że steryd kosztuje 20 zł, a Remdesivir 10 000 zł. Mamy zatem wybór, a mądre państwo powinno brać pod uwagę również koszt i efektywność leczenia.

Jak ocenia Pan wielkość tzw. długu zdrowotnego, czyli zaniedbań zdrowotnych, które narosły w ciągu ostatnich dwóch lat, kiedy pacjenci nie korzystali z opieki zdrowotnej w odpowiednim zakresie?

Dług zdrowotny to jest coś gorszego niż COVID, bo pandemia, moim zdaniem, mija, a dług zdrowotny pozostanie z nami nie na rok, dwa, lecz na pokolenia. To kolejne pokolenie dzieci, które były izolowane, zamknięte w domach, bez kontaktu z rówieśnikami, bez ruchu. Dzieci, u których narosły ogromne problemy psychiczne, problemy związane z otyłością, cukrzycą, problemy rozwojowe – one zostaną z nimi do końca życia. Mówi się, że czym skorupka za młodu nasiąknie, tym na starość trąci. Jako lekarz wiem, że rozwój dziecka, rozwój młodego człowieka ma kluczowe znaczenie. Błędy, jakie się wtedy popełnia, odbijają się na jego zdrowiu przez całe życie. Ten dług zdrowotny zaciągnęliśmy na dziesiątki lat. To nie tylko 100 czy 120 tysięcy zgonów nadmiarowych, poza COVID, to również jest wzrost liczby zachorowań na nowotwory, na choroby sercowo-naczyniowe, na cukrzycę, na choroby układu oddechowego i wynikające z tego ogromne koszty dla całego systemu. Nieuchronne jest też skrócenie średniej długości życia w Polsce. To prawdziwa tragedia, że w XXI wieku w nowoczesnym państwie, które ma

PRZEZ DWA LATA BADANO TYLKO WIRUSA SARS-COV-2. NIKT NIE ZWRACAŁ UWAGI NA WIRUSY GRYPY CZY RSV, A TO WŁAŚNIE WSPÓŁISTNIENIE U JEDNEGO PACJENTA DWÓCH CHORÓB WYWOŁANYCH RÓŻNYMI WIRUSAMI JEST NAJGROŹNIEJSZE I POWODUJE ZGONY

całkiem niezły dostęp do różnych metod leczenia, organizacja ochrony zdrowia, zdrowie publiczne są w tak fatalnym stanie, że nie udało się zapobiec skróceniu ludzkiego życia. Bo tak naprawdę zawiodła organizacja i brak oparcia na wiedzy. Przeważyły emocje, które rządziły polityką zdrowotną w dobie pandemii. Dam prosty przykład – w Łodzi funkcjonuje w budynku targów Expo szpital covidowy, który przez 2 lata leczył około 800 chorych, czyli mniej więcej jednego pacjenta dziennie. Kosztowało to fortunę. Klinika, którą kieruję, leczyła w tym czasie chorych z chorobami wewnętrznymi, alergicznymi i chorobami płuc, w tym wielu chorych po przechorowaniu COVID. Tych chorych było u nas ponad 7 tysięcy, a koszty były kilkadziesiąt razy niższe – to przykład, jak są marnowane środki na ochronę zdrowia poprzez niewłaściwe zarządzanie.

SZCZEPIONKI, KTÓRE SĄ STOSOWANE W CHOROBACH UKŁADU ODDECHOWEGO, CIĄGLE BĘDĄ MUSIAŁY BYĆ ZMIENIANE

Istotnym zadaniem polityki zdrowotnej w naszym kraju jest dostosowanie systemu ochrony zdrowia do potrzeb wynikających między innymi z sytuacji pandemicznej i struktury demograficznej – de facto wszyscy interniści od dawna zajmują się geriatrią i biorąc pod uwagę naturalne trendy demograficzne, zjawisko będzie się nasilać. Jakie są priorytety opieki zdrowotnej w obecnych czasach?

Aż dwie trzecie wszystkich środków finansowych, jakie są wydawane przez Narodowy Fundusz Zdrowia, idzie na leczenie osób po 65. roku życia. Dlaczego? Bo kiedy się starzejemy, to zapadamy na coraz więcej chorób. Z drugiej strony Polacy uwielbiają się leczyć, uwielbiają brać leki, nie możemy o tym zapominać. Jeśli pacjent przychodzi do mnie i nawet nic nie potrzebuje, a ja mu nie przepiszę leków, to ten pacjent zawsze wychodzi niezadowolony z wizyty. Lekarz zazwyczaj musi coś przepisać, żeby chory poczuł się usatysfakcjonowany. Stąd rozwój różnych dziedzin pseudomedycznych, popularność suplementów diety. Ludzie coś biorą, bo czują, że tego potrzebują. Jest bardzo ciekawe opracowanie w jednym z poważnych czasopism amerykańskich, z którego wynika, że idąc do lekarza, pacjent oczekuje przepisania jakiegoś leku, nawet jeśli ten lek jest nieskuteczny lub wręcz szkodliwy. Jeżeli ten lek nie zostaje przepisany, to po pierwsze, wizyta u lekarza trwa dwa razy dłużej, bo trwają negocjacje i tłumaczenia, a po drugie, ten pacjent znaczenie szybciej ponownie trafi do lekarza, być może innego, aż w końcu i tak wymusi tę receptę. Z tego punktu widzenia lekarze, którzy ulegają oczekiwaniom pacjenta, po prostu oszczędzają energię na coś innego.

A dlaczego interniści to przede wszystkim lekarze leczący pacjentów geriatrycznych? Po pierwsze, musimy zdefiniować, co to jest wiek starczy. Otóż w przypadku człowieka zadbanego, o wysokiej kulturze zdrowotnej, niepalącego papierosów, wiek starczy zaczyna się po 75. roku życia. Do 75. roku życia trudno jest mówić o starości. W Polsce, niestety, starość średnio często zaczyna się po 60. roku życia, czyli 15 lat szybciej. I dlatego pacjenci udający się do internisty to na ogół osoby już w wieku podeszłym. Druga rzecz, mamy ogromną nadumieralność mężczyzn, jest mnóstwo samotnych kobiet. Młodzi ludzie przenieśli się do miast, zmieniali miejsca pracy, wyjechali za granicę, szukając lepszego życia, wyższych zarobków. Wielu tych starszych ludzi, starszych kobiet jest samotnych, nimi nie ma się kto opiekować. Opieka społeczna jest ogromnie niedofinansowana, nie radzi sobie z natłokiem obowiązków. W tej sytuacji polska służba zdrowia, a w zasadzie szpitale uzupełniają niedostatki opieki społecznej.

Prof. dr hab. n. med. Jacek Różański, konsultant krajowy w dziedzinie chorób wewnętrznych, powiedział niedawno, że sytuacja interny w Polsce od lat stale się pogarsza, że pandemia COVID-19 ją dobija. Problemem są też braki kadrowe – liczba lekarzy osiągających wiek emerytalny przewyższa prawie dwukrotnie liczbę lekarzy w trakcie szkolenia specjalistycznego.

Nie jest tak, że to lekarze podjęli tę decyzję. To system, który został stworzony przez Ministerstwo Zdrowia, doprowadził do tego, że nie warto robić specjalizacji z chorób wewnętrznych. Jest to bez wątpienia najtrudniejsza, najbardziej wymagająca specjalizacja medyczna, być może obok chirurgii ogólnej i neurochirurgii. Wymaga przyswojenia gigantycznej ilości wiedzy i zdania morderczego egzaminu. Kiedyś nie można było zrobić specjalizacji

szczegółowej bez interny, a obecnie można, więc lekarze wybierają to, co łatwiejsze. Sytuację pogarsza niedofinansowanie interny przez NFZ. Interna przez cały czas jest traktowana po macoszemu. Wyceny procedur leczenia chorych przewlekle, z wielochorobowościami, ludzi starszych w systemie JGP, który obowiązuje, czyli płacenia za jedną chorobę bez względu na to, co leczymy, uniemożliwiają kompleksową terapię pacjentów. Lepiej leczyć na kardiologii zaburzenia rytmu serca i nic więcej, nie przejmując się ani cukrzycą, ani innymi schorzeniami, niż leczyć pacjenta holistycznie na internie. A ja twierdzę, że leczenie holistyczne na internie da większe korzyści społeczne niż leczenie wybranych zaburzeń. To jest wielki błąd, który – podkreślam – jest błędem politycznym, zarządczym polityki zdrowotnej, jaką prowadzi Ministerstwo Zdrowia. Lekarzy nikt nie słucha, bo urzędnicy wiedzą lepiej.

Leczenie pacjenta w szpitalu wymaga współdziałania przedstawicieli różnych zawodów medycznych – lekarza, farmaceuty, pielęgniarki, diagnosty laboratoryjnego... Czas najwyższy wykorzystać w pełni kompetencje, wiedzę i umiejętności osób wykonujących te zawody. Jak postrzega Pan rolę farmaceuty w szpitalu, w prowadzeniu farmakoterapii, a także w procesie przekazania pacjenta z opieki szpitalnej do opieki ambulatoryjnej?

Przez 18 lat byłem dyrektorem szpitala klinicznego i cały czas miałem świadomość, że to nie lekarz leczy pacjenta, ale leczymy go my wszyscy: pielęgniarki, farmaceuci, lekarze, pracownicy różnych działów – elektryk, który pilnuje, żeby nie zabrakło dopływu prądu do respiratora, hydraulik czy nawet administracja, która odpowiednio proceduje dokumenty. Dla mnie bardzo ważna była rola farmaceuty. Zachęcam do rozmowy z kierownikiem naszej apteki szpitalnej. Jest to wspaniała osoba o ogromnej wiedzy i niezwykłym zaangażowaniu. Razem rozwijaliśmy koncyliację lekową i analizę interakcji lekowych, wspólnie zastanawialiśmy się, jak wykorzystać umiejętności farmaceuty. Rozmawialiśmy o terapiach sekwencyjnych, jakie leki podać w szpitalu i jak zaplanować farmakoterapię podczas leczenia domowego, jednocześnie skracając długość pobytu pacjenta w szpitalu. Muszę jednak dołożyć łyżkę dziegciu. To, co zrobiliśmy w naszym szpitalu w zakresie rozwoju apteki szpitalnej oraz współpracy między lekarzami a farmaceutami

Eugeniusz Janosik

prof. dr hab. PIOTR KUNA

■ Lekarz, profesor medycyny w zakresie chorób wewnętrznych i alergologii; od 1 października 2002 r. do 30 czerwca 2019 r. dyrektor Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej Uniwersyteckiego Szpitala Klinicznego nr 1 im. Norberta Barlickiego Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, a następnie koordynator do spraw badań naukowych. Kierownik Kliniki Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi. Członek między innymi Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, Towarzystwa Internistów Polskich, American Academy of Allergology, Asthma and Immunology,

i przedstawicielami innych zawodów medycznych, jest fantastyczne. Niestety, nie we wszystkich szpitalach dyrekcje chcą i potrafią w pełni wykorzystać kompetencje i umiejętności farmaceutów. Być może po prostu brakuje odpowiednich zachęt ze strony Ministerstwa Zdrowia czy NFZ. Problem dostrzegam też w działaniach aptek, kiedy widzę, jak zamieniane są leki, w szczególności wziewne. Co prawda substancja farmakologiczna się zgadza, ale lek wziewny to jest i substancja farmakologiczna, i inhalator, o czym się w ogóle nie pamięta, nie wie. Bardziej decydują promocje i rabaty, jakie są udzielane aptekom, a nie merytoryka. Jeżeli ten trend będzie się utrzymywał, to w mojej opinii będzie to oznaczało upadek jakości świadczeń i opieki farmaceutycznej.

Kierownicy aptek szpitalnych zarządzają ogromnymi budżetami. Efektywna gospodarka lekiem może przynieść szpitalowi znaczne oszczędności, ma korzystny wpływ na jego wynik finansowy? Czy zarządzający szpitalami mają świadomość, że dobrze funkcjonująca apteka szpitalna to wartość dodana, to serce każdego szpitala?

Wiele leków ma regulowane ceny, ale mądre stosowanie leków generycznych czy stosowanie odpowiednich leków do profilaktyki przy różnych procedurach medycznych rzeczywiście może zmniejszyć koszty. Prowadziłem takie analizy, kiedy byłem dyrektorem szpitala. Rocznie kupowaliśmy prawie 4 tysiące różnych leków. Nie mówię o materiałach medycznych, które również podlegają aptece, a ich ceny nie są regulowane. Otóż dwie trzecie budżetu przeznaczonego w naszym szpitalu na leki wydawano na 20 substancji. Żadna z nich nie była produkowana przez polską firmę farmaceutyczną. Były to przede wszystkim terapie biologiczne, gamma-globuliny... Teoretycznie jest bardzo dużo do poprawienia, z drugiej stronie w związku z rozwojem medycyny i wobec coraz liczniejszych terapii biologicznych trudno będzie zaoszczędzić pieniądze, dopóki nie pojawią się leki biopodobne, z których będzie można korzystać. Te leki, niestety, są również bardzo kosztowne i jakoś nie mogą się przebić do leczenia, a jedyna polska firma, która nad nimi pracuje, czyli Polpharma, nadal jest na etapie badań klinicznych.

Błędy lekowe stanowią 20-60% wszystkich działań niepożądanych u pacjentów hospitalizowanych i są poważnym obciążeniem finansowym dla systemów zdrowotnych na całym świecie. Dlatego farmaceuci kliniczni w wielu szpitalach koncentrują się na ocenie kart zleceń lekarskich pod kątem możliwości wystąpienia takich błędów, jak: zdublowanie farmakoterapii, niewłaściwa dawka, interakcje, alergie lub zbędna terapia. Szczególną uwagę zwracają na dostosowanie dawki leku do funkcji nerek i wątroby oraz na ryzyko wystąpienia nadwrażliwości na lek lub jego substancje pomocnicze. Niedawno opublikowany Standard Koncyliacji Lekowej wskazuje farmaceutę jako tę osobę, która ze względu na kwalifikacje, wiedzę i umiejętności powinna być pełnoprawnym członkiem interdyscyplinarnego zespołu ds. efektywnie przeprowadzonej koncyliacji lekowej zarówno w szpitalu, jak i innych strukturach opieki zdrowotnej. Jak w tym kontekście postrzega Pan rolę farmaceuty klinicznego w polskim szpitalu?

Kiedy byłem dyrektorem szpitala, koncyliacja lekowa funkcjonowała. Jesteśmy szpitalem klinicznym, nie oszczędzamy, tak więc nasi pacjenci mają badane funkcje nerek i wątroby, a dawki leków zawsze są dostosowane do tych parametrów wydolności. Zwracamy uwagę również na standardy koncyliacji lekowej. Jesteśmy kliniką, która zajmuje się alergiami lekowymi i widzimy, jak wielu pacjentów trafia do nas w celu zbadania, na jaki lek są uczuleni. Jest to ogromna liczba pacjentów, którzy czekają w długiej kolejce. Są uczuleni na różne leki: antybiotyki, leki przeciwbólowe, stosowane w znieczuleniach, ale również leki przeciwnowotworowe – cała szeroka grupa leków. A czasem przychodzą pacjenci, którzy wysypują z torby 25-26 leków... Do tego dochodzą suplementy diety. Powiem szczerze, nie jestem w stanie pojąć, jak pacjent jest w stanie się leczyć tyloma lekami. Nikt nie wie, jakie są między nimi interakcje. Jako internista z krwi i kości staram się zazwyczaj ograniczyć liczbę leków maksymalnie do pięciu. Na ogół mi się to udaje. Jestem gorącym zwolennikiem koncyliacji lekowej i budowania struktur farmacji szpitalnej. Z drugiej strony farmaceutów klinicznych jest moim zdaniem za mało.

Ogromne i zweryfikowane już w innych krajach zachodnich korzyści płyną z opieki farmaceutycznej. W Wielkiej Brytanii na przykład przeglądy lekowe są refundowane, a współpraca aptekarza z lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej jest codzienną praktyką. Dlaczego w Polsce

opieka farmaceutyczna budzi ciągle tak wiele zastrzeżeń różnych środowisk, skoro korzyści są niekwestionowane?

U nas lekarz POZ jest przeciążony pracą. Zwala się na niego dziesiątki obowiązków – on po prostu już sobie nie radzi. Wobec zakresu obowiązków, jakie ma, on powinien zarządzać tak naprawdę tym POZ i ludźmi, którzy powinni wykonywać określone zadania, ale na to nie ma pieniędzy. W związku z tym ci lekarze próbują sami robić wszystko, a jak sami robią wszystko, to wiadomo, jak to wychodzi – wychodzi nie najlepiej. Na aptekarzy też nakłada się coraz więcej obowiązków. Obecna procedura wydawania leków jest coraz bardziej skomplikowana i czasochłonna. Pojawia się pytanie, czy farmaceuci mieli jakiś wpływ na prawo, jakie było tworzone, prawo, które tak skomplikowało ich pracę, że zajmują się wieloma rzeczami, ale nie tym, czym się naprawdę powinni zajmować, czyli opieką farmaceutyczną, rozwiązywaniem problemów lekowych. Ogłoszono tryumfalnie wielki program badania testem na COVID w aptekach, ale ile aptek jest w stanie to robić i czy to w ogóle ma jakikolwiek sens... Jak oddzielić pacjentów covidowych od pacjentów niecovidowych? Mam wrażenie, że osoby, które odpowiadają za opiekę zdrowotną i wydają różne zarządzenia, rozporządzenia, tak naprawdę nie rozumieją kompletnie systemu. Inna sprawa – czy te wszystkie legislacje są tworzone rzeczywiście przez praktyków, czy przez teoretyków? Jaka jest rola praktyków? Czy praktycy mają cokolwiek do powiedzenia? Teoretyk zajmuje się teorią, której nie konfrontuje z praktyką. Gdyby rzeczywiście teoria była tak fantastyczna, to wystarczyłoby, żeby ludzi leczyły komputery, ale jak do tej pory żaden komputer nie leczy lepiej od lekarza.

Serdecznie dziękujemy za rozmowę.

Rozmawiali EUGENIUSZ JAROSIK i DARIUSZ ŁUKASZYŃSKI „Farmacja Wielkopolska"

afw

REDAKTOR NACZELNY „FARMACJI WIELKOPOLSKIEJ" EUGENIUSZ JAROSIK, PROF. DR HAB. N. MED. PIOTR KUNA I DARIUSZ ŁUKASZYŃSKI

mgr farm. DOROTA PROKOP

PIERWSZY POLSKI STANDARD KONCYLIACJI LEKOWEJ

Koncyliacja lekowa (ang. *Medication Reconciliation*) jest to proces, w którym pracownicy ochrony zdrowia, współpracując z pacjentem oraz jego opiekunami, dążą do zapewnienia dokładnego i pełnego przekazywania informacji o lekach na różnych etapach opieki zdrowotnej. W listopadzie 2021 r. Polskie Towarzystwo Farmacji Klinicznej (Polish Society of Clinical Pharmacy) opublikowało pierwszy w Polsce Standard Koncyliacji Lekowej.

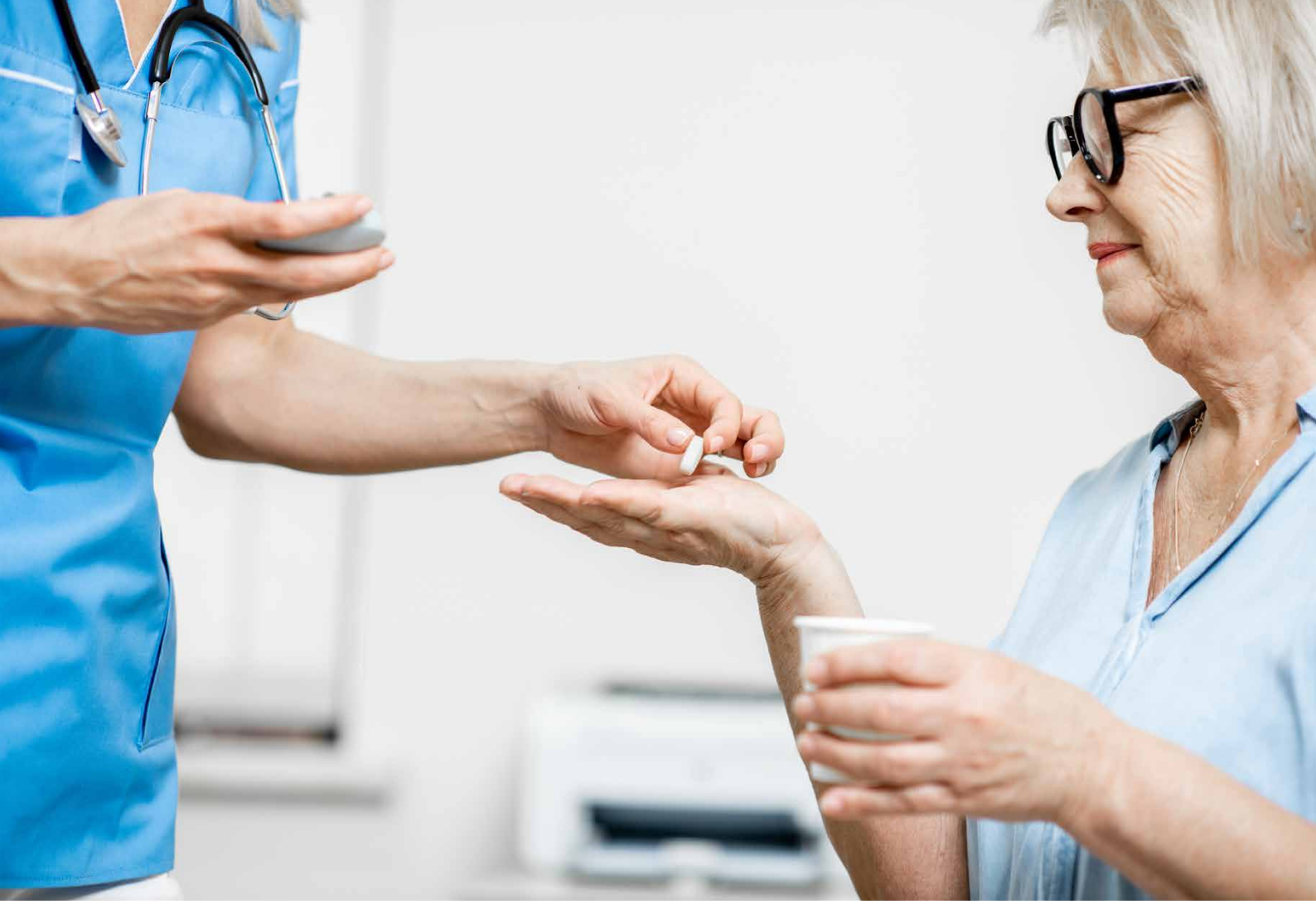
Na proces koncyliacji lekowej składa się kilka ważnych etapów:

a) opracowanie aktualnej, dokładnej i kompletnej listy aktualnych leków;
b) opracowanie listy leków zleconych (przepisanych w danej jednostce ochrony zdrowia);
c) porównanie leków z obu list;
d) uzgodnienie w ramach wielodyscyplinarnego zespołu podjętych decyzji klinicznych dotyczących farmakoterapii pacjenta oraz udokumentowanie ewentualnych zmian;
e) przekazanie nowej listy pacjentowi oraz jego opiekunom.

Polskie opracowanie Standardu Koncyliacji Lekowej zwraca uwagę na newralgiczne momenty podczas sprawowania opieki nad pacjentem, w których dochodzi najczęściej do błędów związanych z farmakoterapią pacjentów (przyjęcie, transfer między oddziałami, wypis pacjenta do domu bądź innej placówki opiekuńczej) oraz na konieczność weryfikowania listy aktualnie stosowanych leków u danego pacjenta każdorazowo podczas zmiany poziomów leczenia.

Proces powinien koncentrować się na przygotowaniu dokładnej historii farmakoterapii pacjenta, czyli tzw. NIL – Najlepszej Informacji o Lekach (ang. *BPMH – Best Possible Medication History*). Powinna ona obejmować wszystkie stosowane przez pacjenta produkty, zarówno te na receptę, jak i preparaty dostępne bez recepty (zioła, witaminy, suplementy diety, uzupełniające terapie).

Nie zawsze jest dostępny dokładny zapis historii leczenia pacjenta, ale zawsze należy dążyć do stworzenia możliwie najdokładniejszej historii farmakoterapii, posiłkując się dostępnymi zasobami. Jednym z najlepszych źródeł jest przede wszystkim sam pacjent. Wywiad farmaceutyczny to jest podstawowe zadanie, które powinien podejmować farmaceuta w ścisłej współpracy z członkami interdyscyplinarnej opieki nad pacjentem. W większości jednostek ochrony zdrowia w Polsce zbieranie informacji o stosowanych przez pacjenta lekach dokonywane jest na ogół przez personel pielęgniarski lub lekarski. W licznych przypadkach



www.stock.adobe.pl

z powodu braków kadrowych nie ma możliwości przeprowadzenia pełnego i szczegółowego wywiadu lekowego z pacjentem. W takiej sytuacji łatwo jest przeoczyć leki, które mogą powodować niepożądane zdarzenia w połączeniu z nowo zleconymi lekami.

Wydany standard wskazuje farmaceutę jako tę osobę, która ze względu na kwalifikacje, wiedzę i umiejętności powinna być pełnoprawnym członkiem interdyscyplinarnego zespołu ds. efektywnie przeprowadzonej koncyliacji lekowej zarówno w szpitalu, jak i innych strukturach opieki zdrowotnej. Bezpośredni kontakt z pacjentem podczas przeprowadzenia koncyliacji lekowej jest dobrym wstępem do innych aktywności farmaceuty, które może, a właściwie powinien podjąć podczas identyfikacji problemów lekowych. To idealna sytuacja, która daje możliwość prowadzenia działalności edukacyjnej i profilaktycznej oraz promocji zdrowia. To szansa na zmotywowanie pacjenta podczas terapii i lepsze uświadomienie mu jej celu. Już na etapie rozmowy możemy pomóc pacjentowi zrozumieć, jak ważne w jego terapii jest właściwe stosowanie się do zaleceń lekarskich i odpowiednie przechowywanie leku. Często pacjenci nie przyjmują leków dlatego, że nie zauważają efektów terapii lub odczuwają działania niepożądane. Jest to obszar dla farmaceutów, który wymaga poprawy. Zignorowanie na tym etapie niepokojących pacjenta problemów związanych z lekami może spowodować, że pacjent nie będzie widział zasadności farmakoterapii.

WSZELKIE DZIAŁANIA PROJAKOŚCIOWE SĄ KORZYSTNE I POŻĄDANE W PODNOSZENIU JAKOŚCI USŁUG ZDROWOTNYCH, A STANDARD PTFK DOTYCZĄCY KONCYLIACJI LEKOWEJ WPISUJE SIĘ IDEALNIE W POPRAWĘ BEZPIECZEŃSTWA OPIEKI NAD PACJENTEM

www.stock.adobe.pl

Kryteria wyboru pacjentów, u których koncyliacja powinna zostać przeprowadzona w pierwszej kolejności

Jeśli farmaceuci nie mogą zapewnić opieki wszystkim pacjentom w danej jednostce ochrony zdrowia, można posłużyć się następującymi kryteriami, by ułatwić wybór pacjentów, którzy mogą wymagać pilnej interwencji w ramach procesu koncyliacji:

- pacjenci powyżej 65. roku życia,
- pacjenci przyjmujący 5 lub więcej leków,
- pacjenci przyjmujący leki z następujących grup:
  - leki przeciwzakrzepowe,
  - leki przeciwpadaczkowe,
  - leki przeciwpsychotyczne,
  - leki przeciwparkinsonowskie,
  - leki przeciwnowotworowe,
  - leki immunosupresyjne,
- pacjenci z niewydolnością nerek,
- pacjenci rehospitalizowani (nieplanowe przyjęcie <30 dni od ostatniego wypisu).

W ramach współpracy w zespole sprawującym opiekę nad pacjentem istotne jest, żeby reagować na sugestie ze strony członków zespołu, podejmując interwencje u tych pacjentów, którzy w ocenie personelu lekarskiego lub pielęgniarskiego mogą odnieść korzyść z interwencji w ramach procesu koncyliacji.

Kryteria wyboru pacjentów można także opracować w oparciu o zwalidowane narzędzia wykorzystywane w celu identyfikacji pacjentów, u których ryzyko wystąpienia problemów lekowych jest najważniejsze. Ich zastosowanie zależy od specyfiki oddziału oraz możliwości technicznych sprawnego zgromadzenia przez te narzędzia danych.

Obecnie trudne wydaje się być również zapewnienie usługi koncyliacji lekowej przez farmaceutę dla wszystkich pacjentów. Jest to zadanie szczególnie trudne w sytuacji, kiedy część farmaceutów angażuje się dodatkowo w zapewnienie właściwej farmakoterapii pacjentów zakażonych wirusem SARS-CoV-2 w szpitalach dedykowanych leczeniu tych pacjentów. Standardy przedstawiają kryteria, według których można zawęzić liczbę pacjentów. Wskazują na możliwość wypracowania rozwiązania tej kwestii w ramach współpracy z zespołem interdyscyplinarnym sprawującym opiekę nad pacjentem. Dobrym pomysłem jest na pewno wspólne wypracowanie metod identyfikacji grup pacjentów, które odniosą największe korzyści z przeprowadzonego procesu.

Standard Koncyliacji Lekowej PTFK oprócz dokładnych wytycznych dotyczących wdrażania oraz prowadzenia całego procesu zawiera także materiały dodatkowe:

1. Listę kontrolną, która prowadzi farmaceutę krok po kroku podczas procesu koncyliacji lekowej. Wskazuje pytania oraz podaje czynności, o których nie powinno się zapomnieć dla zapewnienia powodzenia procesu i odpowiedniej, powtarzalnej jakości wykonywanej usługi. Zalecenia dotyczą wywiadu lekowego z pacjentem w celu przygotowania Najlepszej Listy Leków oraz dokumentowania procesu wraz z podjętymi interwencjami (załącznik nr 1).
2. Formularz koncyliacji lekowej. Znormalizowany formularz

ułatwia przygotowanie dokładnej listy leków. Należy zadbać o to, żeby informacja ta została umieszczona w miejscu dostępnym dla wszystkich opiekujących się farmakoterapią pacjenta i była stale aktualizowana (załącznik nr 2).
3. Kryteria wyboru pacjentów, u których koncyliacja lekowa powinna zostać przeprowadzona w pierwszej kolejności (załącznik nr 3).

Standard PTFK daje proste wytyczne dla poszczególnych etapów uzgadniania listy leków pacjenta. Najwięcej uwagi poświęca koncyliacji lekowej na etapie przyjęcia do jednostki ochrony zdrowia, który według wyników przeprowadzonych badań, jest obarczony największym ryzykiem błędu w farmakoterapii pacjenta.

Podstawowe zasady, istotne podczas koncyliacji lekowej, to czas jej przeprowadzenia, wykorzystanie wszystkich możliwych, dostępnych źródeł informacji w celu zebrania jak najpełniejszej wiedzy o lekach pacjenta oraz udokumentowanie historii leczenia pacjenta. Według Standardu Koncyliacji Lekowej niezbędne jest opracowanie instrukcji wypisu dla pacjenta odnośnie leków stosowanych w domu, którą może on przekazać również lekarzowi pierwszego kontaktu. W przypadku pacjentów leczonych w warunkach ambulatoryjnych główne kroki obejmują udokumentowanie pełnej listy aktualnych leków, a następnie aktualizowanie listy za każdym razem, gdy zachodzi zmiana w farmakoterapii.

W celu rozwoju procesu koncyliacji lekowej w danej jednostce konieczne jest systematyczne monitorowanie wszelkich aktywności związanych z procesem, takich jak:
1. Liczba wykonanych koncyliacji lekowych.
2. Przedział czasowy, w którym została przeprowadzona koncyliacja lekowa od przyjęcia pacjenta do danej jednostki ochrony zdrowia. Im szybciej zostanie przeprowadzona koncyliacja lekowa, tym większe korzyści odniesie pacjent i zmniejsza się ryzyko popełnienia błędu w farmakoterapii.
3. Sposób dokumentowania całego procesu, w tym zidentyfikowanych rozbieżności, problemów lekowych oraz interwencji farmaceuty.
4. Poziom akceptacji przez lekarza wprowadzonych przez farmaceutę interwencji (zaakceptowana, zaakceptowana częściowo, odrzucona, brak informacji).

Pierwsze polskie regulacje dotyczące koncyliacji lekowej stanowią dobrą bazę, którą można zaimplementować w całości lub odpowiednio zmodyfikować i dostosować do potrzeb konkretnych jednostek zdrowotnych. Wszelkie działania projakościowe są korzystne i pożądane w podnoszeniu jakości usług zdrowotnych, a standard PTFK dotyczący koncyliacji lekowej wpisuje się idealnie w poprawę bezpieczeństwa opieki nad pacjentem. Zarówno system ochrony zdrowia w Polsce, jak i cała farmacja pilnie potrzebują zmian i wdrożenia inicjatyw zmierzających do rozwoju farmacji klinicznej.

W WIĘKSZOŚCI JEDNOSTEK OCHRONY ZDROWIA W POLSCE ZBIERANIE INFORMACJI O STOSOWANYCH PRZEZ PACJENTA LEKACH DOKONYWANE JEST NA OGÓŁ PRZEZ PERSONEL PIELĘGNIARSKI LUB LEKARSKI

Realizowanie koncyliacji lekowej w codziennej pracy powinno być wspólnym zadaniem farmaceutów. Oczywiście, jak każda nowa aktywność, również proces wdrożenia standardu stawia pewne wyzwania. Priorytetową sprawą jest przede wszystkim zwiększenie świadomości kierujących podmiotami leczniczymi oraz zachęcanie ich do podejmowania realizacji Standardu Koncyliacji Lekowej PTFK w jednostkach, którymi kierują. Należy zwrócić uwagę na korzyści wynikające ze zwiększenia zatrudnienia farmaceutów i rekomendować wykorzystanie ich potencjału na oddziałach szpitalnych dla dobra pacjentów oraz odciążenia systemu ochrony zdrowia. Obecność farmaceutów może być istotnym elementem sporządzania dokładnej historii leczenia pacjentów w procesie koncyliacji lekowej. Wytycznych nie da się zastosować realnie i czerpać z nich korzyści, dopóki nie będą zapewnione niezbędne warunki do ich stosowania. Na razie usługa koncyliacji lekowej nie jest oddzielnie finansowana, ale aby jej prowadzenie jako jednego z elementów opieki farmaceutycznej mogło stać się powszechną praktyką, niezbędne jest zapewnienie środków

finansowych, ponieważ konieczne jest zwiększenie zatrudnienia dodatkowego personelu, w tym farmaceutów, w pełnym wymiarze godzin. Można się spodziewać, że będzie to wymagało udowodnienia skuteczności tej usługi. Chodzi o monitorowanie i kontrolę bezpieczeństwa farmakoterapii pacjentów poprzez wykrywanie, a także zapobieganie problemom lekowym, rozpoznawanie działań niepożądanych leków stosowanych w terapii oraz monitorowanie pojawiających się błędów w ordynacjach lekarskich i ich korygowanie.

KAŻDA PLACÓWKA OPIEKI ZDROWOTNEJ POWINNA OPRACOWAĆ WEWNĘTRZNE ZASADY JASNO OKREŚLAJĄCE ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZESPOŁU W ZAKRESIE KONCYLIACJI LEKOWEJ

Kolejnym ważnym aspektem jest zintegrowanie informacji dotyczących stosowanych przez pacjenta leków w różnych placówkach opieki zdrowotnej. Ze względu na ograniczony dostęp farmaceuty do dokumentacji lekowej pacjentów często nie można uzyskać pełnego zapisu aktualnych leków. Jest to bardzo ważne, bo nie zawsze stan chorego pozwala zebrać wywiad, a członkowie rodzin nie są w stanie wypełnić luki w informacjach zgłaszanych przez pacjentów. Brak integracji dokumentacji medycznej pacjenta w ramach kontynuowania opieki jest przyczyną braku prawidłowego uzgodnienia leków, co z kolei powoduje potencjalne błędy. Istnieje potrzeba zastosowania systematycznej metody standaryzacji gromadzenia danych. Z pewnością systemy elektroniczne ułatwiłyby dostęp do historii lekowej pacjentów. Należy szukać rozwiązań związanych z systematycznym aktualizowaniem informacji skorelowanych z faktycznym stosowaniem leków przez pacjenta.

Dostrzegając podatność na błędy w stosowaniu leków, powinniśmy podejmować wysiłki, aby zachęcić wszystkie jednostki opieki zdrowotnej do przeprowadzania procesu koncyliacji lekowej podczas różnych etapów opieki nad pacjentem. Celem jest uniknięcie błędów polegających na pominięciu, powielaniu, błędnych dawkach, terminach podawania leków oraz niekorzystnych interakcjach lek–lek lub lek–choroba. Koncyliacja lekowa może być jedną z kluczowych interwencji farmaceuty w procesie optymalizacji stosowania leków i poprawy wyników zdrowotnych pacjenta.

Każda placówka opieki zdrowotnej na podstawie opublikowanego standardu PTFK powinna opracować wewnętrzne zasady jasno określające odpowiedzialność zespołu w zakresie koncyliacji lekowej, sprecyzować ramy czasowe rozwiązywania rozbieżności oraz ustalić sposób dokumentowania informacji o farmakoterapii pacjenta. Procesy te pozwolą wyeliminować powielanie w dokumentacji informacji o lekach pacjenta. Dążenie do stworzenia systemu pracy opartego na partnerstwie na wszystkich poziomach oraz zaangażowaniu wszystkich zainteresowanych stron na pewno ułatwi ustanowienie lub przemodelowanie procesów uzgadniania leków.

Realizacja opieki farmaceutycznej w Polsce w porównaniu z innymi europejskimi krajami wciąż jest w początkowej fazie rozwoju. Ustawa o zawodzie farmaceuty zwiększa zaangażowanie farmaceutów w proces terapeutyczny, w skuteczność, bezpieczeństwo i zasadność, w tym ekonomiczną, użycia produktów leczniczych. Przedstawione wytyczne wspierają farmaceutów w procesie wdrożenia i realizacji usługi koncyliacji lekowej. Dedykowane są farmaceutom sprawującym opiekę nad farmakoterapią pacjentów w różnych placówkach ochrony zdrowia, choć głównie skupiają się na leczeniu szpitalnym.

Jako farmaceuci powinniśmy promować idee koncyliacji lekowej i budować poparcie dla tego procesu w strukturach szpitalnych i podstawowej opieki zdrowotnej. Należy wdrażać usługi farmacji klinicznej w jednostkach, z którymi współpracujemy, omówić kwestię narzędzi niezbędnych do analiz przypadków pacjentów, a także przeprowadzać systematyczne szkolenia z zakresu komunikacji z pacjentem i przeprowadzania wywiadu farmaceutycznego.

afw

mgr farm.
DOROTA PROKOP
Specjalista farmacji klinicznej, konsultant wojewódzki ds. farmacji klinicznej w Wielkopolsce.

www.stock.adobe.com

mgr farm. JOANNA RUTKOWSKA

INFEKCJE INTYMNE Z PERSPEKTYWY FARMACEUTY

W praktyce aptecznej często spotykamy pacjentki borykające się z problemem infekcji intymnych. Szacuje się, że niemal 75 procent kobiet przynajmniej raz w życiu doświadcza infekcji o podłożu bakteryjnym lub grzybiczym. Co więcej, przyjmuje się, że u ponad 40 procent pacjentek przed upływem roku dochodzi do nawrotu objawów. Jest to więc problem niezwykle powszechny.

Fizjologiczny mikrobiom pochwy

Odpowiedni mikrobiom pochwy jest niewątpliwie kluczowym elementem w utrzymaniu zdrowia przez kobietę. Nie jest to jednak środowisko proste do jednoznacznego zdefiniowania pod względem jakościowym i ilościowym. U zdecydowanej większości kobiet dominującym gatunkiem bakterii są pałeczki kwasu mlekowego. W dużym skrócie: ich główną rolą jest przekształcanie cukrów (powstałych z rozkładu glikogenu) w kwas mlekowy, który

z kolei zakwasza środowisko do wartości w zakresie 3-4,5 pH, hamując tym samym rozwój innych drobnoustrojów chorobotwórczych.

Zaburzenia fizjologicznego mikrobiomu pochwy wywołane przez bakterie, grzyby lub pierwotniaki stanowią ponad 70% infekcji intymnych. Zakażenia bakteryjne charakteryzują się przede wszystkim zmianą proporcji bakterii. Obniżenie stężenia „dobrych" pałeczek kwasu mlekowego *Lactobacillus* powoduje spadek stężenia kwasu mlekowego, co w konsekwencji prowadzi do alkalizacji środowiska pochwy i sprzyja kolonizacji „złych" bakterii beztlenowych, głównie *Gardnerella vaginalis*, *Atopobium vaginae* oraz wielu innych. Dysbioza okolic intymnych może również wynikać z zakażeń wywołanych przez

www.stock.adobe.com

ZABURZENIA FIZJOLOGICZNEGO MIKROBIOMU POCHWY WYWOŁANE PRZEZ BAKTERIE, GRZYBY LUB PIERWOTNIAKI STANOWIĄ PONAD 70 PROCENT INFEKCJI INTYMNYCH

drożdżaki z rodzaju Candida lub z przeniesienia tlenowych bakterii fizjologicznie bytujących w przewodzie pokarmowym. Warto zatem zapytać: jakie czynniki mogą zwiększać ryzyko infekcji i wpływać na zaburzenia mikrobiomu? Odpowiedzi na te pytania jest wiele. Na wewnątrzosobnicze fluktuacje mikrobioty wpływ mają takie czynniki, jak wiek kobiety oraz korelujący z nim poziom estrogenów, stan zdrowia, farmakoterapia i prowadzony styl życia (dieta, higiena osobista, aktywność seksualna wraz ze stosowanym rodzajem antykoncepcji). Niepoprawne nawyki żywieniowe (dieta wysokowęglowodanowa i jednocześnie uboga w przetwory kiszone i mleczne) oraz ubraniowe (noszenie obcisłej bielizny wykonanej ze sztucznych materiałów) mogą negatywnie wpływać na zdrowie. Ponadto dowiedziono, że palaczki tytoniu są bardziej narażone na infekcje intymne. Przyjmowane przez kobietę leki mogą również powodować zaburzenia flory bakteryjnej; dotyczy to przede wszystkim antybiotykoterapii oraz immunoterapii. Do czynników zwiększających ryzyko wystąpienia grzybiczych zakażeń pochwy i sromu zaliczyć należy ciążę i cukrzycę.

Objawy infekcji intymnych

Symptomem zakażeń bakteryjnych są między innymi nieprawidłowe upławy z pochwy o rybim zapachu, jednorodnej konsystencji i białym lub szarym zabarwieniu. Obecne może być także swędzenie oraz pieczenie okolic intymnych. Z kolei w zakażeniach grzybiczych upławy charakteryzują się gęstą, białawą i serowatą konsystencją, pozbawioną nieprzyjemnego zapachu. Obserwuje się również pieczenie, swędzenie okolic intymnych oraz możliwość odczuwania bólu w trakcie mikcji lub stosunku seksualnego. Ponadto mogą występować objawy stanu zapalnego, obrzęk oraz otarcia skóry w okolicach sromu. Zakażenia pierwotniakowe (rzęsistkowice) mogą objawiać się pienistą, zielonożółtą wydzieliną. Często występuje także ból okolic intymnych, nasilający się szczególnie podczas stosunków seksualnych czy w trakcie oddawania moczu. Mogą też pojawić się objawy stanu zapalnego. Charakterystyczna jest obecność tzw. truskawkowej szyjki macicy, czyli intensywne zaczerwienienie nabłonka szyjki macicy, jednak ten symptom wykrywany jest jedynie podczas badania ginekologicznego.

Rekomendowane metody leczenia

Standardowa farmakoterapia bakteryjnych infekcji pochwy posiada kilka schematów leczenia. Do zalecanych chemioterapeutyków należą: metronidazol, klindamycyna oraz tinidazol. Metronidazol jest podawany doustnie (przez 7 lub 14 dni, 2-3 razy dziennie w dawce 400-500 mg) lub dopochwowo przez 7 dni w postaci globulek (500 mg, dwa razy

dziennie) czy żelu o stężeniu 0,75%. Klindamycyna z kolei jest stosowana dopochwowo przez tydzień w formie 2% kremu lub globulek o zawartości substancji 100 mg przez 3 do 7 dni. Leczenie tinidazolem opiera się na doustnym podawaniu dawki 1000 mg przez 5 dni lub dawki 2000 mg przez 2 dni.

W kandydozach pochwy i sromu stosuje się doustną terapię flukonazolem (150 mg w jednorazowej dawce) lub miejscową terapię innymi lekami z grupy inhibitorów biosyntezy ergosterolu, takimi jak: klotrimazol (krem 1-2%), mikonazol (krem 2-4%), butokonazol (krem 2%), terkonazol (krem 0,4-0,8%, globulki w dawce 80 mg).

Zakażenia rzęsistkowicą są natomiast leczone doustnie: metronidazolem lub tinidazolem (w jednorazowej dawce 2000 mg/dobę).

Polskie Towarzystwo Ginekologów i Położników rekomenduje także antyseptyki (chlorek dekwaliny, jodek powidonu, nadtlenek wodoru, poliheksametylen biguanidu, chlorheksydynę, chlorowodorek oktenidyny i fenoksyetanol, nifuratel, chlorowodorek benzydaminy, jony srebra oraz kwas borny), by zapobiegać antybiotykooporności i nawrotom schorzeń.

Zapytaj farmaceutę

W idealnym świecie pacjentka odwiedza ginekologa, który wykonuje badanie i wówczas ordynuje prawidłowe leczenie, według opisanego wyżej schematu. W realnym świecie znacznie częściej kobieta przychodzi najpierw do apteki, prosząc o pomoc farmaceutę. Co możemy w takiej sytuacji poradzić? Jakimi preparatami dostępnymi bez recepty dysponujemy?

Istnieje wiele preparatów, które możemy zaproponować pacjentce z infekcją intymną. Przy ich wyborze należy jednak zachować sporą ostrożność. Powinniśmy pamiętać, że rozmowa, nawet najbardziej szczegółowa, to nadal tylko rozmowa i nie gwarantuje pewności, z jakiego rodzaju zakażeniem (bakteryjnym, grzybiczym czy może mieszanym) „walczymy". Pacjentkę warto więc uczulić, że mimo wszystko powinna umówić się na wizytę do ginekologa.

Nie mając pewności, na jakiego rodzaju infekcję cierpi pacjentka, dobrym wyborem są globulki z fentikonazolem (3×200 mg lub 1×600 mg). Leki te są zarejestrowane, ze wskazaniem do stosowania w grzybiczych oraz mieszanych zakażeniach pochwy, z uwagi na szerokie działanie przeciwgrzybicze oraz przeciwbakteryjne. Zdecydowaną zaletą tych preparatów jest ich miejscowe działanie oraz krótki czas terapii (1-3 dni). Na infekcje grzybicze polecić można także preparaty z klotrimazolem: globulki (1×500 mg) oraz kremy (1%). Do zwalczania bakteryjnych zakażeń intymnych możemy zaproponować globulki zawierające polikrezulen. Substancja ta działa przeciwbakteryjnie oraz powoduje wybiórczą denaturację martwych tkanek, co sprzyja regeneracji nabłonka. Powinniśmy jednak uprzedzić pacjentkę, że preparat może dość często powodować suchość miejsc intymnych. W aptecznej szufladzie znaleźć można również preparaty z chlorowodorkiem benzydaminy (gotowy roztwór do irygacji pochwy lub proszek do sporządzenia roztworu). Lek ten należy do grupy niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Ponadto działa miejscowo znieczulająco, antyseptycznie i przeciwobrzękowo. Do zastosowania w łagodniejszych przypadkach infekcji dostępne są również leki zawierające naturalne składniki (płyn na skórę z wyciągami z kwiatów rumianku oraz kwiatów nagietka), mieszanka ziołowa (kora dębu, kwiat rumianku, ziele rdestu ptasiego, liść szałwii, liść pokrzywy, kwiat nagietka), a nawet homeopatyczny preparat w postaci globulek, z nalewką macierzystą z nagietka lekarskiego. W trakcie leczenia infekcji intymnej niezwykle ważna jest również odbudowa mikrobiomu, którą zapewnić mogą probiotyki. Na rynku dostępnych jest wiele preparatów, zarówno doustnych, jak i dopochwowych, najczęściej zawierających żywe pałeczki kwasu mlekowego. Zaletą globulek jest ich szybkie oraz miejscowe działanie, natomiast form doustnych – wygoda stosowania oraz możliwość przyjmowania nawet w trakcie menstruacji. Tak więc wachlarz dostępnych preparatów jest szeroki, co pozwala nam, farmaceutom, zaopiekować się pacjentką.

mgr farm.
JOANNA RUTKOWSKA
Absolwentka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.

EUGENIUSZ JAROSIK

INTELIGENTNY ROBOT W APTECE

Nowoczesne technologie wspierają farmaceutów

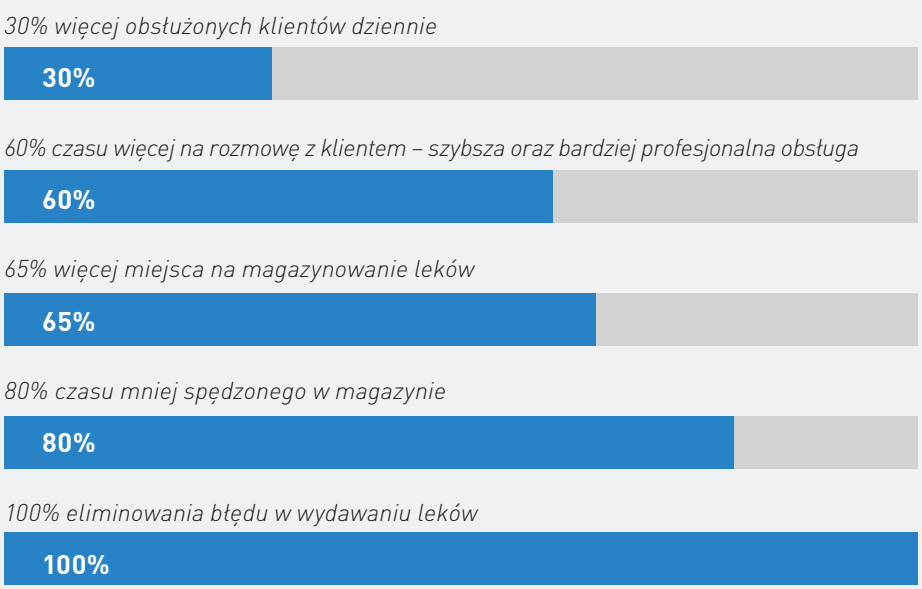
Nowoczesna apteka jest apteką bez kolejek, w której codzienna praca farmaceutów i techników farmaceutycznych, pozbawiona rutynowych, czasochłonnych czynności, pozwala na poświęcenie uwagi pacjentowi i jego problemom zdrowotnym. Praca w niej staje się przyjemnością. To marzenie wielu pokoleń aptekarzy pomaga obecnie urzeczywistnić inteligentny robot do magazynowania i wydawania leków.

– Robot w znacznym stopniu zmienia formułę apteki, jaką znaliśmy do tej pory. Wprowadza wiele udogodnień i ułatwień dla osób w niej pracujących. Nie zastępuje jednak farmaceuty i nie taki jest jego cel – to urządzenie wspomaga aptekarza w pracy i uwalnia go od czasochłonnych czynności, takich jak szukanie leków w magazynie. Obliczyliśmy, że czas wydania leków skrócił się nawet trzykrotnie – mówi mgr farm. Jarosław Janusik, wielkopolski farmaceuta, który robot apteczny, zaprojektowany przez polskich konstruktorów, umieścił w swojej aptece w Turku.

Zasada jego działania jest bardzo prosta i intuicyjna. Do systemu aptecznego wpisuje się nazwy produktów leczniczych, które chcemy wydać pacjentowi. Informacja ta jest przekazywana do robota aptecznego, który w pierwszej kolejności je lokalizuje, a następnie w ciągu kilku sekund dostarcza do koszyka wydawczego.

– W naszej aptece nadal jest pierwszy stół. Pacjent dopiero po chwili dostrzega zmianę. W aptece zniknęły wszystkie

Robot FABLOX a optymalizacja czasu pracy



MGR FARM. JAROSŁAW JANUSIK: „ROBOT W ZNACZNYM STOPNIU ZMIENIA FORMUŁĘ APTEKI, JAKĄ ZNALIŚMY DO TEJ PORY"

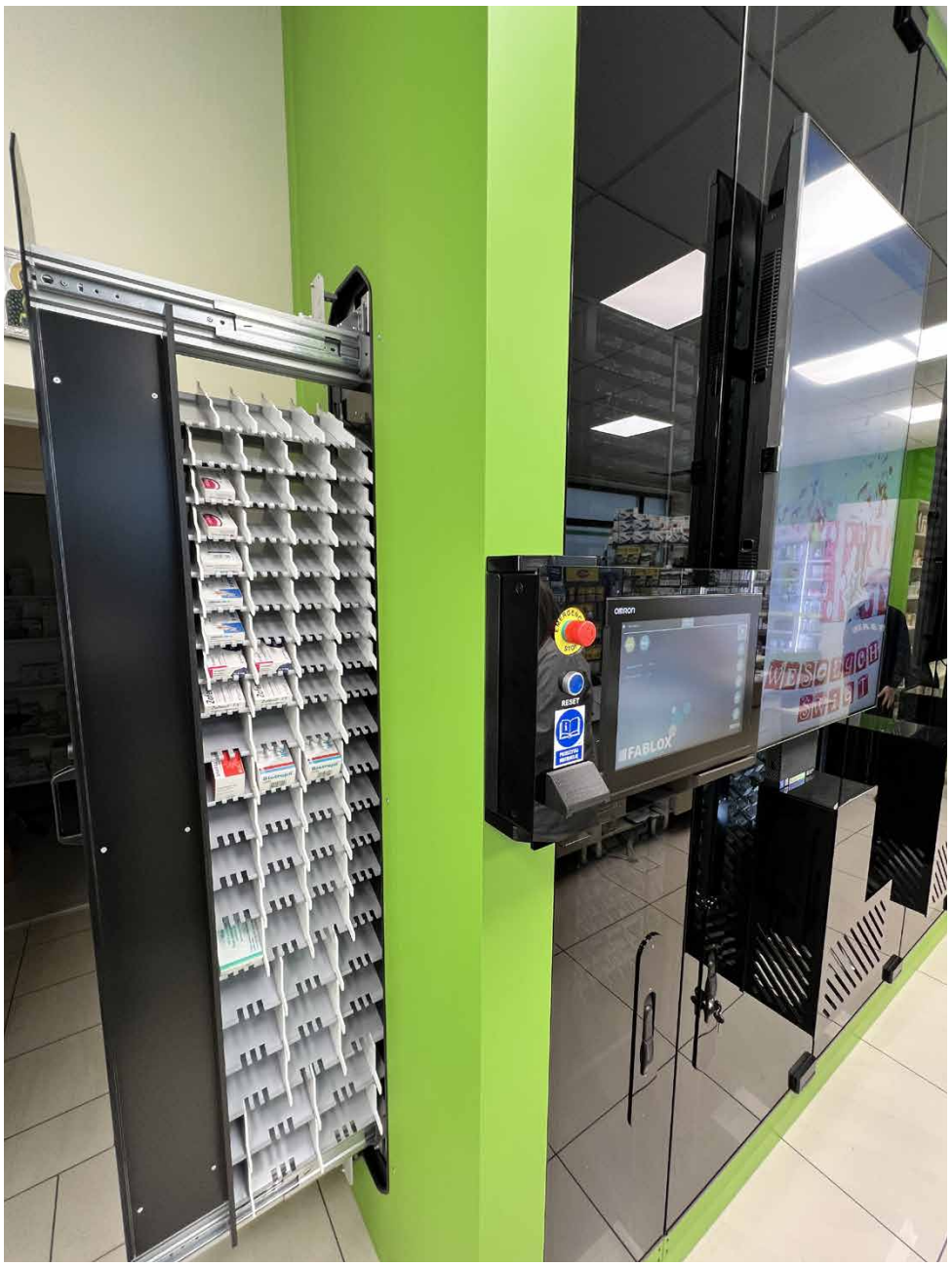
szuflady z lekami, a zamiast nich w izbie ekspedycyjnej pojawił się robot. Prawdziwie rewolucyjna zmiana dotyczy przede wszystkim sposobu realizacji recepty. Farmaceuta realizuje ją przy komputerze i już nie znika na zapleczu, nie odwraca się do pacjenta plecami, szukając leków, jak to było do tej pory. Dzięki temu rozwiązaniu farmaceuta pozostaje w stałym kontakcie z pacjentem, a zaoszczędzony czas może poświęcić na rozmowę z nim, udzielenie mu porady. Może odpowiedzieć na pytania związane z lekami lub rozwiać wątpliwości odnośnie ich dawkowania – dodaje mgr Jarosław Janusik.

Polski robot apteczny FABLOX 2.0 w niczym nie ustępuje europejskim konkurentom. Dzięki atrakcyjnej cenie tego urządzenia robotyzacja aptek staje się bardziej dostępna dla naszych farmaceutów. Jedną z jego istotnych funkcji jest również samozaładunek. Przyjmując dostawę leków, farmaceuta skanuje kod i wkłada opakowanie do okienka załadowczego. Następnie robot rozpoznaje opakowanie po kodzie 1D lub 2D, mierzy je i transportuje na odpowiednią półkę. Urządzenie automatycznie

Zalety robota FABLOX

- modułowa rozbudowa urządzenia
- automatyczny załadunek opakowań
- wyładunek opakowania 3-8 sekund
- stałe monitorowanie stanu magazynowego
- pełna synchronizacja z systemem KAMSOFT
- system zdalnego monitoringu i diagnostyki
- zaawansowane systemy bezpieczeństwa
- możliwość rozbudowy o zewnętrzne taśmociągi
- możliwość personalizacji urządzenia

Nowoczesna apteka powinna być bardzo dobrze wyposażona i zatowarowana. Musi w niej pracować zespół z kwalifikacjami i kompetencjami do świadczenia usług farmaceutycznych oraz świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki farmaceutycznej



afw

pobiera z systemu sprzedażowego fakturę, weryfikując dostawę produktów. W przypadku awarii lub braku prądu istnieje możliwość ręcznego wydawania leków. Po wznowieniu pracy robot dokonuje inwentaryzacji i jest gotowy do dalszej pracy.

– Robot w naszej aptece posiada cztery szuflady. Każda przypisana jest do określonego stanowiska i wydaje leki bezpośrednio do rąk farmaceuty. Ryzyko pomyłki właściwie nie istnieje. Wszyscy pracownicy są zadowoleni, ponieważ znacząco wzrósł komfort ich pracy. Już nie pokonują długich dystansów, krążąc po aptece w poszukiwaniu leków, nie schylają się, zaglądając do szuflad, a wreszcie nie rozkładają towaru, bo robi to za nich robot – informuje mgr Janusik.

Robot FABLOX posiada rozbudowany system zabezpieczeń. Pozwala on nie tylko na pozbawione ryzyka użytkowanie maszyny przez operatorów, ale także na bezpieczne przechowywanie leków. Każde opakowanie leków przed załadunkiem na określoną półkę zostaje zeskanowane, zmierzone, sfotografowane i skatalogowane. Od komory załadunkowej, przez podajnik taśmowy, do manipulatora opakowanie jest śledzone przez kamery. Nie ma więc możliwości, żeby do maszyny dostał się przypadkowy produkt. Ponadto w procesie załadunku mogą uczestniczyć tylko osoby zalogowane do systemu, co gwarantuje pełną kontrolę nad stanem magazynowym i wyklucza działania osób nieupoważnionych.

– Nowoczesna apteka powinna być bardzo dobrze wyposażona

SERGIUSZ MOCEK, koordynator projektu:

IMF FABLOX 2.0 to kolejna odsłona naszego flagowego produktu – robota aptecznego. Od niemal sześciu lat pracujemy, aby sprostać kolejnym wyzwaniom i oczekiwaniom obecnych i przyszłych klientów. Wersja 2.0 łączy w sobie innowacyjność, uniwersalność i nowoczesne technologie, dzięki czemu zapewnia nową jakość pracy w aptece. Wszystkich, którzy chcieliby się przekonać, czym jeszcze wyróżnia się nasz robot, zapraszam do showroomu.

afw

i zatowarowana. Musi w niej pracować zespół z kwalifikacjami i kompetencjami do świadczenia usług farmaceutycznych oraz świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki farmaceutycznej. Apteka ma być miejscem, gdzie pacjent nie tylko kupi leki, ale i porozmawia z farmaceutą oraz uzyska profesjonalną poradę. Ta rola doradcza i konsultacyjna farmaceuty w aptece powinna być rozwijana, bo takie są oczekiwania społeczne, tak zmienia się nasz zawód. Pomóc w tej zmianie jakościowej w wykonywaniu zawodu może właśnie wykorzystanie nowoczesnych technologii, które już są dostępne. Wspólnie z żoną, która także jest farmaceutką, prowadzimy cztery apteki w powiecie tureckim. Wszystkie nasze apteki mają dużą powierzchnię i nowoczesną aranżację, nie może w nich zabraknąć nowoczesnych rozwiązań technologicznych usprawniających pracę. Odpowiednia powierzchnia izby ekspedycyjnej to warunek konieczny do zainstalowania robota. Myśląc o rozwoju naszych aptek, planujemy, by robot był w każdej naszej aptece. Chcemy się wyróżniać przede wszystkim jakością obsługi, poziomem doradztwa farmaceutycznego, a w tym robot apteczny niewątpliwie nam pomaga – deklaruje mgr Jarosław Janusik.

afw

EUGENIUSZ JAROSIK
Prawnik, publicysta, redaktor naczelny „Farmacji Wielkopolskiej", wieloletni sekretarz redakcji i zastępca redaktora naczelnego tygodnika „Wprost", wiceprezydent Stowarzyszenia Dziennikarzy i Pisarzy FIJET Polska, były rzecznik prasowy Naczelnej Izby Aptekarskiej.

MODEL **KANADYJSKI**

Przekazanie pacjenta z opieki szpitalnej do ambulatoryjnej z udziałem farmaceuty klinicznego

„Farmaceuta kliniczny jest kluczową postacią przy wypełnianiu recepty wypisowej. Ze względu na to, że zazwyczaj na bieżąco śledzi on farmakoterapię pacjenta, jest najlepiej poinformowany, które leki pacjent stosował dotychczas w domu, które są nowe, jak długo powinny być stosowane (na przykład antybiotyki, leki przeciwzakrzepowe), a które po wypisie nie powinny być już podawane" – mówi dr n. farm. **MIKOŁAJ PIEKARSKI**, farmaceuta kliniczny w University Hospital of Northern British Columbia w Prince George, w rozmowie z dr **Aliną Górecką**.

ALINA GÓRECKA: W ostatniej naszej rozmowie, którą odbyliśmy dla „Farmacji Wielkopolskiej" („Jak zostać farmaceutą klinicznym w Kanadzie", nr 12) przedstawił nam Pan system kształcenia podyplomowego farmaceutów klinicznych w Kanadzie. Podczas szkoleń wewnątrzszpitalnych, prowadzonych przez doświadczonych farmaceutów klinicznych, w trakcie kilkutygodniowej wspólnej pracy farmaceuta zdobywa kompetencje do świadczenia opieki farmaceutycznej nad pacjentem hospitalizowanym. Obejmują one między innymi przygotowanie planu leczenia długoterminowego po wypisie pacjenta ze szpitala. Czy może nam Pan przybliżyć, jak wygląda przygotowanie pacjenta szpitalnego przez farmaceutę do przekazania go opiece ambulatoryjnej? Jakie informacje dotyczące farmakoterapii będą się znajdowały w wypisie?

MIKOŁAJ PIEKARSKI: Płynne przekazanie pacjenta z opieki szpitalnej do opieki ambulatoryjnej lub domowej to obecnie jedno z ważniejszych zadań farmacji szpitalnej (a także farmacji aptecznej). Kanada nie jest wyjątkiem. Cały czas prowadzone są działania mające na celu poprawę przebiegu informacji na linii szpital – opieka pozaszpitalna (lekarz rodzinny, apteka, gabinety fizjoterapeutyczne, opieka psychologiczna/psychiatryczna itd.). Wdrażane są nowe rozwiązania – czasem są to rozwiązania systemowe dla całej opieki zdrowotnej, a czasem

GENERAL CLINICS
FREEDOM
FAMILY
JOURNEY
PRIDE
RELAX
UNDERSTANDING
NATURE
NORTH
STORY
MESSENCE
STRENGTH
INSPIRATION
RELAX

mfw

poszczególne szpitale wprowadzają własne projekty i udogodnienia w tym zakresie.

W szpitalu, w którym pracuję, przy wypisywaniu pacjenta najczęściej staramy się korzystać z tzw. Przeglądu Lekowego do Wypisu (*Medication Reconciliation for Discharge*). Jest to gotowy formularz, który drukuje się z systemu szpitalnego. Formularz ten zawiera kilka sekcji: leki stosowane regularnie (Scheduled Meds), leki stosowane doraźnie (PRNs), leki, których podawanie było wstrzymane podczas pobytu w szpitalu, nowe leki, których stosowanie zaczęto w szpitalu. Dokument ten bardzo ułatwia pracę i daje dużo możliwości dokładnego przekazania informacji do apteki ogólnodostępnej, a także do gabinetu lekarza rodzinnego. Zazwyczaj lekarz wypisujący zaopatruje pacjenta w leki na 2-3 tygodnie, co daje czas na zorganizowanie wizyty poszpitalnej u lekarza rodzinnego, który później decyduje, jak poprowadzić dalszą terapię. Sam formularz po wypełnieniu pozostaje w dokumentacji pacjenta, a apteka ogólnodostępna dostaje tylko skan recepty.

afw

dr n. farm. MIKOŁAJ PIEKARSKI

■ Absolwent Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, farmaceuta kliniczny w University Hospital of Northern British Columbia w Prince George (Kanada). Przed wyjazdem z Polski przez kilka lat pracował w aptece szpitalnej Szpitala Klinicznego im. Heliodora Święcickiego UMP.

Zdarza się, że pacjent ze szpitala przekazywany jest do zakładu opieki długoterminowej (*LTC – Long Term Care*) – są to jednostki, publiczne lub prywatne, które zapewniają całodobową opiekę. Najczęściej przebywają w nich osoby z wieloma chorobami, które nie mogą samodzielnie funkcjonować w domu lub nad którymi opieka to za duże wyzwanie dla najbliższych. Często są to osoby z zaawansowaną demencją, chorobą Alzheimera, pacjenci z poważnymi ograniczeniami w sprawności fizycznej i/lub psychicznej. Opieka nad takimi pacjentami jest regulowana osobnymi przepisami i wytycznymi. Z racji tego, że są to często pacjenci stabilni, interwencje lekowe nie są częste, dlatego też przy wypisie ze szpitala najczęściej wypisuje się zlecenia na pół roku (180 dni). Wiąże się też to z tym, że każdy pacjent w opiece długoterminowej co pół roku przechodzi tzw. analizę (weryfikację zleceń). Polega to na tym, że spotyka się cały zespół leczący – pielęgniarka, fizjoterapeuta, psycholog (jeśli jest zaangażowany), farmaceuta – wraz z lekarzem i przedstawicielem rodziny pacjenta i podczas tego spotkania analizuje się jego stan, postępy kliniczne, problemy oraz proponuje się rozwiązania, które mogą pomóc. Farmaceuta prezentuje przegląd leków pacjenta i proponuje ewentualne zmiany, które lekarz akceptuje (bądź nie). Przepisy wymagają, by leki pacjenta były analizowane co pół roku i musi to być udokumentowane (odpowiednie formularze). Przygotowanie precyzyjnej recepty wypisowej ułatwia pracę z pacjentami w opiece długoterminowej, dlatego ważne jest, by farmaceuta miał możliwość jej przejrzenia przed wypisem i naniesienia ewentualnych zmian. Czasami korzystamy z pomocy naszych koleżanek i kolegów pracujących z pacjentami w LTC, bo mogą oni dać nam cenne porady dotyczące odpowiedniego doboru leków. Jest to też przydatne w przypadkach, gdy wypisywany pacjent był już w opiece długoterminowej przed hospitalizacją, bo pozwala na porównanie zmian w farmakoterapii, jakie zostały wprowadzone po hospitalizacji i dokonanie ewentualnych zmian, jeśli takie są wymagane.

Jak określiłby Pan rolę farmaceuty klinicznego w tym procesie?

Farmaceuta kliniczny jest kluczową postacią przy wypełnianiu recepty wypisowej. Ze względu na to, że zazwyczaj na bieżąco śledzi on farmakoterapię pacjenta, jest najlepiej poinformowany, które leki pacjent stosował dotychczas w domu, które są nowe, jak długo powinny być stosowane (na przykład antybiotyki, leki przeciwzakrzepowe), a które po wypisie nie powinny być już podawane. W naszym szpitalu bardzo często to farmaceuta wypełnia cały

formularz i następnie weryfikuje wszystko z lekarzem prowadzącym (często wystarczy rozmowa telefoniczna). Jako że nasz szpital pracuje w nietypowym systemie, gdzie pacjenci są pod opieką lekarzy rodzinnych, lekarz prowadzący często prosi o wysłanie kopii recepty wypisowej do swojego gabinetu, by dołączyć ją do własnej dokumentacji pacjenta.

Wiem, że uzyskał Pan kompetencje do wykonywania opieki farmaceutycznej w szpitalu. Jakie dziś są Pana obowiązki? W jakim zakresie świadczy Pan tę opiekę?

W naszym szpitalu staramy się przydzielić farmaceutę klinicznego do każdego oddziału, tak by jak najlepiej służyć pomocą innym członkom zespołu leczniczego. W ramach tej pracy poznajemy inne osoby pracujące w danej jednostce i dowiadujemy, jakie są ich obowiązki i w jaki sposób możemy im pomóc. Do typowych obowiązków farmaceuty klinicznego w moim szpitalu należą:

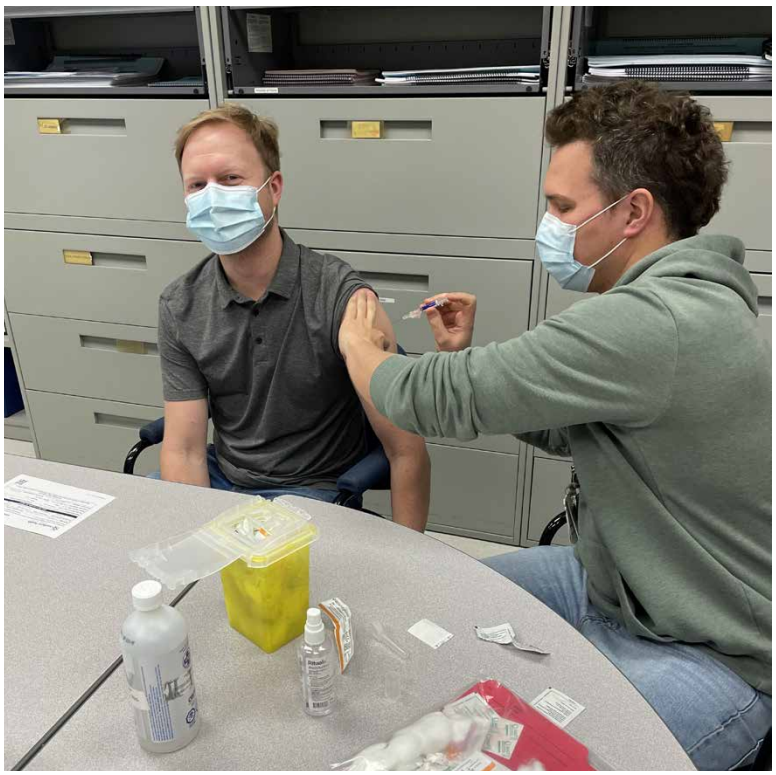
- zapoznanie się z historią choroby nowo przyjętych pacjentów, weryfikacja, czy ich leki domowe zostały odpowiednio zlecone podczas przyjęcia (niektóre muszą być wstrzymane);
- zapoznanie się z historią lekową pacjenta – przeglądanie dokumentacji elektronicznej, rozmowa z pacjentem/rodziną, zapytanie o suplementy lub leki OTC, które pacjent stosuje w domu;
- bieżąca optymalizacja farmakoterapii w zależności od stanu klinicznego pacjenta i innych czynników (na przykład dostępność leków na rynku – obecnie wiele leków, nawet najprostszych, sprawia problemy z dostępnością) – sporo zmian może być przeprowadzanych bezpośrednio przez farmaceutę, bez ingerencji lekarza, ale część wymaga konsultacji i udokumentowania tej konsultacji;
- uczestniczenie w multidyscyplinarnych „obchodach", w których uczestniczy wielu różnych specjalistów – pielęgniarki, dietetycy, fizjoterapeuci, pracownicy socjalni;
- dawkowanie leków wymagających monitorowania – wankomycyna, aminoglikozydy, warfaryna, fenytoina, karbamazepina itp.;
- dobierania dawek leków w zależności od parametrów laboratoryjnych pacjenta, zwłaszcza od funkcji nerek (antybiotyki, inhibitory konwertazy angiotensyny i inne);
- dawkowanie leków dla pacjentów pediatrycznych;
- planowanie terapii długoterminowej – na przykład długotrwała antybiotykoterapia, odstawianie glikokortykosteroidów;
- pomoc przy organizowaniu pomocy finansowej dla pacjentów (finansowanie leków z budżetu prowincji);
- doradztwo w zakresie przechowywania, przygotowania i podawania leków – zarówno parenteralnych, jak i doustnych;
- przygotowywanie zleceń do wypisu;
- komunikacja z apteką/aptekami ogólnodostępnymi lub innymi szpitalami w przypadku przekazywania pacjenta.

Tak więc zadań dla farmaceuty na oddziale jest dużo, a często dochodzą jeszcze inne, w zależności od potrzeb. Dodatkowo schemat pracy jest dyktowany przez rodzaj oddziału, na jakim się pracuje – oddziały z bardziej stabilnymi pacjentami (opieka geriatryczna, długoterminowa, oddział medycyny rodzinnej czy chirurgiczny) mają inną charakterystykę niż SOR, OIT czy oddział położniczy. Te ostatnie często wymuszają szybkie podejmowanie decyzji i dostosowywanie się do bieżącej sytuacji na oddziale i stanu klinicznego pacjentów, który na tych oddziałach potrafi się zmieniać jak w kalejdoskopie.

Należy podkreślić, że każda aktywność farmaceuty klinicznego powinna być odpowiednio udokumentowana, często bezpośrednio w kartotece pacjenta. Świadczy to o znaczeniu udziału farmaceuty w procesie leczenia.

Praca farmaceuty klinicznego to umiejętność współpracy z innymi zawodami medycznymi. Czy to trudna komunikacja? Nie ma obaw, że różne profesje będą wchodziły w swoje kompetencje?

Faktycznie, może się wydawać, że przy tylu osobach zaangażowanych w opiekę nad pacjentem może dochodzić do „kolizji" kompetencji. Aby temu zapobiec, z pomocą przychodzą procedury i systematyzacja pracy. Większość kanadyjskich szpitali posiada odpowiednio napisane procedury, które jasno określają kompetencje poszczególnych specjalizacji, kto jest za co odpowiedzialny, ale też określają, jak poszczególne czynności powinny być wykonane. Gdy pojawia się pytanie, jak coś wykonać lub kto jest za coś odpowiedzialny, bardzo często odpowiedzi poszukuje się w procedurach szpitalnych.



afw

Dodatkowo pomocne są również kompetencje zawodów określane przez poszczególne korporacje zawodowe – aptekarską, dietetyczną, pielęgniarską itd.; określanie kompetencji to jedno z głównych zadań samorządów zawodowych. Każde zmiany w zakresie kompetencji są później nanoszone na procedury szpitalne, tak by zawsze były one zgodne z najnowszymi wytycznymi.

Czego nauczyła Pana taka codzienna praca w zespole interdyscyplinarnym?

Praca w zespole to niezwykle interesujące doświadczenie. Możliwość wymiany poglądów z innymi specjalistami daje niesamowity komfort pracy. Pozwala też na optymalne planowanie leczenia pacjenta i znalezienie rozwiązania dla wielu problemów, które trudno byłby rozwiązać w pojedynkę. Jest to też rzecz, która wymaga nieustannego uczenia się współpracy, a także ciągłego dokształcania, tak by stanowić jak najlepsze ogniwo takiego zespołu.

Jest również inna ważna rzecz, której się nauczyłem – zawsze trzeba spojrzeć na pacjenta. I to dosłownie! Każda ze specjalności w zespole musi uwzględnić fizyczny kontakt z pacjentem przy planowaniu opieki. Bardzo często suche dane laboratoryjne lub opisy w kartotece nie oddają w pełni stanu klinicznego pacjenta. Dlatego trzeba samemu spojrzeć na niego i dokonać oceny, czy sytuacja jest rzeczywiście taka, jak to wygląda na papierze. Dodatkowo zawsze warto jest zapytać innych członków zespołu, co sądzą o pacjencie, gdyż ich obserwacje często mogą nam pomóc w zrozumieniu pełni obrazu klinicznego.

Czy w kanadyjskim systemie ochrony zdrowia planuje się wdrożyć nowe aktywności farmaceutów klinicznych?

W Kanadzie cały czas próbuje się rozwijać zadania farmaceuty i dostosowywać je do nowych wymogów i wyzwań medycyny. Często nie są to odgórnie zaplanowane działania, a raczej pojedyncze podmioty lecznicze wprowadzają nowe rozwiązania, dzielą się doświadczeniami z innymi i jeśli tylko przynoszą one dobre rezultaty, to są włączane do procedur ogólnie stosowanych lub do kompetencji zawodowych. Trudno mi więc powiedzieć, czy na szczeblach rządowych jest jakiś odgórny plan rozwoju z konkretnymi działaniami (choć oczywiście plan jest, tyle że bardziej ogólny niż szczegółowy).

Jednym z ciekawych nowych narzędzi, jakie otrzymali kanadyjscy farmaceuci, jest na pewno możliwość korzystania z badań farmakogenetycznych. Obecnie w Kanadzie jest jedno laboratorium zajmujące się badaniami farmakogenetycznymi. Jest to na razie praca w głównej mierze naukowa, a nie codzienna praktyka, ale wyniki tej pracy jasno sugerują, że w określonych przypadkach badania genetyczne będą bardzo przydatne i pomogą poprawić indywidualną terapię dla wielu pacjentów. Farmaceuci będą musieli być gotowi, by służyć radą w tych kwestiach. Daje to dużo nowych możliwości pracy i rozwoju.

Innym ciekawym projektem są zaawansowane programy stażowe, pozwalające poszerzać wiedzę w określonych specjalizacjach. Są to roczne programy ze sprecyzowanym programem nauczania, specjalizujące się w określonych dziedzinach – pediatria, choroby wewnętrzne, geriatria, kardiologia itp. Programy te są zazwyczaj dedykowane dla farmaceutów, którzy ukończyli już pierwszy poziom programów stażowych. Nie do końca jeszcze wiadomo, czy w rzeczywistości będą one przydatne (jest to nowość), czy może lepsze wyniki daje codzienna praktyka w określonej dziedzinie, ale na pewno jest to ciekawa propozycja i warta jest sprawdzenia.

Czy farmaceuci kliniczni są pracownikami apteki, czy osobnego serwisu?

W Kolumbii Brytyjskiej farmaceuci kliniczni są członkami zespołu apteki szpitalnej. W naszym szpitalu czasem wykonują też zwykłe podstawowe czynności apteczne, w zależności od potrzeb zespołu (na przykład w weekendy, przy ograniczonej liczebności zespołu i krótszym czasie pracy, nie ma możliwości, by w pełni poświęcić się pracy klinicznej, więc schodzi ona niejako na drugi plan). Są także pewne programy terapeutyczne lub edukacyjne, gdzie są wydzielone fundusze na zatrudnienie farmaceuty. W tych przypadkach farmaceuta jest zatrudniony bezpośrednio przez dany program, jednak takie fundusze celowane są najczęściej dodawane do budżetu aptecznego i farmaceuta pozostaje pracownikiem apteki. Przykładem są usługi hemodializy (farmaceuta jest wymagany w zespole hemodializ, w naszym szpitalu są to dwie osoby) lub zespoły dydaktyczne w szpitalach uniwersyteckich – wówczas farmaceuta jest członkiem zespołu szkolącego studentów medycyny (w naszym szpitalu jest to jedna osoba).

Z jakich baz danych korzysta farmaceuta kliniczny w trakcie wykonywania swoich obowiązków w szpitalu?

Każda jednostka lecznicza sama określa swoje potrzeby w zakresie pomocy naukowych i sama wykupuje dostęp do określonych baz danych. W naszym funduszu korzystamy z kilku dużych baz:

- **UpToDate** (https://www.uptodate.com/contents/search) – obszerna baza danych z informacjami na temat leków (coś jak pharmaindex w Polsce), interakcji, schematów leczenia, informacjami o jednostkach chorobowych oraz nowinek z dziedziny medycyny; jest to produkt, z którego korzystamy najczęściej i mamy do niego dostęp na wielu platformach (komputer, telefon itd.);
- **Micromedex** – produkt analogiczny do UpToDate, lecz ma jedną dużą niedogodność – jest to produkt amerykański i posiada informacje o lekach dostępnych tylko na rynku amerykańskim (a nie jest on identyczny z kanadyjskim), ale ma zaletę w postaci możliwości sprawdzenia zgodności lek-rozpuszczalnik dla leków dożylnych;
- **King's Guide** – kanadyjska baza danych dla leków dożylnych, przydatna przy przygotowywaniu mieszanin dożylnych;
- **PedMed** (http://www.pedmed.org/DrugApp/index.html) – baza danych dla leków stosowanych w pediatrii; jest to produkt opracowany przez szpital dziecięcy w Vancouver, zawierający jasne dawkowanie leków dla dzieci, a także dostępne formulacje;
- **Bugs and Drugs** – baza danych dla chorób zakaźnych, posiadająca informacje o antybiotykach, typowych patogenach w określonych schorzeniach, leczeniu empirycznym, modyfikacjach dawkowania itp.;
- **Sanford's Guide to Antimicrobial Therapy** – produkt analogiczny do Bugs and Drugs, bardziej obszerny, zawierający dużo danych z rynku amerykańskiego (ja osobiście preferuję właśnie tę bazę);

PŁYNNE PRZEKAZANIE PACJENTA Z OPIEKI SZPITALNEJ DO OPIEKI AMBULATORYJNEJ LUB DOMOWEJ TO OBECNIE JEDNO Z WAŻNIEJSZYCH ZADAŃ FARMACJI SZPITALNEJ

- **Spectrum** – nowy, bardzo ciekawy produkt kanadyjski; zawiera on informacje z różnych jednostek ochrony zdrowia (funduszy lub większych szpitali), takie jak dane o oporności mikroorganizmów, schematach leczenia i postępowania w określonych schorzeniach, profilaktyce okołooperacyjnej; bardzo przydatne narzędzie, bo pozwala na porównanie procedur pomiędzy różnymi regionami, umożliwia też znalezienie rozwiązań w przypadku nowych wyzwań.

Dziękuję za inspirującą rozmowę. Mam nadzieję, że przyczyni się ona do przygotowania najlepszych rozwiązań dla polskiego pacjenta wychodzącego ze szpitala. Wskazuje Pan na wagę współpracy interdyscyplinarnej, na znaczenie codziennego kontaktu i wzajemnego uczenia się. Jestem przekonana, że wdrożenie opieki farmaceutycznej zmieni nie tylko model wykonywania zawodu farmaceuty w szpitalu, ale także model współpracy wszystkich zawodów medycznych współpracujących dla poprawy zdrowia pacjenta.

Rozmawiała dr ALINA GÓRECKA
„Farmacja Wielkopolska"

mgr farm. MATEUSZ SZAMAŁEK

IMPORTOWANIE PRODUKTÓW LECZNICZYCH

Docelowy, interwencyjny, równoległy – import produktów leczniczych niejedno ma imię. Ich wspólną cechą jest ten sam cel – wprowadzenie leku do obrotu w Polsce. Jednak szczegółowe definicje, wynikające z przepisów prawa farmaceutycznego i podyktowane specyfiką sytuacji, w których import ma zastosowanie, a zatem i związane z tym procedury oraz zaangażowane podmioty są w każdym przypadku różne. Przyjrzyjmy im się bliżej.

Zezwolenie na import

Pierwszym przypadkiem wymagającym omówienia jest import, który w swojej nazwie nie ma żadnych przymiotników. Jest to po prostu import produktów leczniczych. To obok ich wytwarzania główne źródło wprowadzania leków do obrotu, polegające na sprowadzaniu tych produktów spoza terytorium państw Unii Europejskiej lub Europejskiego Stowarzyszenia Wolnego Handlu (EFTA). Działalność w zakresie importu produktów leczniczych określona została przepisami zawartymi w rozdziale trzecim ustawy Prawo farmaceutyczne, czyli razem z działalnością polegającą na wytwarzaniu leków. Obie aktywności posiadają wiele cech wspólnych; przede wszystkim wymagają uzyskania zezwolenia wydanego przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Zarówno importer, jak i wytwórca muszą przestrzegać Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP) i zatrudniać Osobę Wykwalifikowaną, do której należy zwolnienie każdej zaimportowanej lub wytworzonej serii leku przed jej wprowadzeniem do obrotu. Przywóz na terytorium Polski serii już zwolnionej przez Osobę Wykwalifikowaną w kraju UE/EFTA importem nie jest, lecz mieści się w definicji obrotu hurtowego.

Warto zauważyć, że importu produktów leczniczych dokonuje podmiot posiadający zezwolenie na import, ale wcale nie musi być nim podmiot odpowiedzialny, czyli przedsiębiorca, który

www.stock.adobe.com

zarejestrował dany produkt w Polce. Często podmiot rejestrujący lek na danym rynku nie dysponuje własną infrastrukturą i zezwoleniami do prowadzenia działalności wytwórczej lub importowej, ale opiera się na kontraktach z firmami specjalizującymi się w wyżej opisanych czynnościach. Podmioty te muszą być jednak wskazane w dokumentacji rejestracyjnej produktu. Importowane produkty muszą zostać fizycznie przyjęte i przechowane w magazynie importera, aby dopiero po opisanym powyżej zwolnieniu przez Osobę Wykwalifikowana trafić do regularnej dystrybucji – hurtowni farmaceutycznej i dalej do aptek.

Import docelowy i interwencyjny

Prawo farmaceutyczne przewiduje wyjątkowe sytuacje, w których importu produktu leczniczego dokonuje podmiot prowadzący hurtownię farmaceutyczną. Dotyczą one sprowadzenia leków niezarejestrowanych w Polsce. Przepisy regulujące taki sposób wprowadzenia produktu na rynek określone są w artykule czwartym ustawy Prawo farmaceutyczne, a procedury sprowadzenia leku nazywane są importem docelowym oraz interwencyjnym.

IMPORTU PRODUKTÓW LECZNICZYCH DOKONUJE PODMIOT POSIADAJĄCY ZEZWOLENIE NA IMPORT, ALE WCALE NIE MUSI BYĆ NIM PODMIOT ODPOWIEDZIALNY

Import docelowy to sprowadzenie z zagranicy leku dla ratowania życia i zdrowia konkretnego pacjenta. Przez sprowadzenie rozumie się pozyskanie leku z dowolnego kraju, o ile dany produkt nie posiada rejestracji w Polsce. Bywa również stosowany dla produktów centralnie zarejestrowanych w UE, jednak niewprowadzonych do regularnej dystrybucji w Polsce i wynikającego z tego faktu braku polskiego oznakowania (opakowania i ulotki). Zgoda na import docelowy wydawana jest przez Ministra Zdrowia indywidualnie dla konkretnego pacjenta na podstawie zapotrzebowania lekarza i po opiniowaniu z dedykowanymi konsultantami w danej dziedzinie medycyny. Zgoda może być wydana tylko dla leków, które nie mają

w Polsce dostępnych odpowiedników, a sam importowany produkt musi być aktywnie zarejestrowany w kraju sprowadzenia. Realizacja zapotrzebowania pacjenta następuje poprzez aptekę, dla której taki produkt na podstawie kompletu dokumentacji pozyska z zagranicy hurtownia farmaceutyczna.

Pewną odmianą opisanego powyżej importu jest zgoda na sprowadzenie do Polski puli opakowań produktu leczniczego, nie dla konkretnego pacjenta, ale w celu zabezpieczenia w przypadkach klęski, innych zagrożeń w tym czasowych braków produktów, które nie mają odpowiedników. Choć w ustawie Prawo farmaceutyczne nie pada takie określenie, procedura ta nazywana jest tzw. importem interwencyjnym. Od 2021 r. zajmować się tym mogą wyłącznie hurtownie. Taki sposób wprowadzenia niezarejestrowanego w Polsce leku przewidziany jest nie tylko dla sytuacji zagrożenia zdrowia publicznego, jak na przykład epidemie, konflikty zbrojne itp. Zdecydowanie częściej jest wykorzystywana do uzupełnienia braków danego produktu, spowodowanych przykładowo problemami wytwórczymi lub przerwami w łańcuchach dostaw. W związku z tym import interwencyjny stanowić może swoistą usługę świadczoną przez hurtowni farmaceutyczne na rzecz producentów leków dotkniętych czasową przerwą produkcyjną, pozwalając na zabezpieczenie podaży dla aptek i szpitali, a tym samym zabezpieczenie pacjentów w dostępność leków, dla których nie ma odpowiedników. Począwszy od wspomnianej wyżej zmiany prawa w 2021 r. zarówno import docelowy, jak i interwencyjny są obsługiwane za pomocą dedykowanej platformy informatycznej System Obsługi Importu Docelowego (SOID), co pozwala na sprawną komunikację na linii lekarz – apteka – hurtownia farmaceutyczna – Ministerstwo Zdrowia.

IMPORT DOCELOWY TO SPROWADZENIE Z ZAGRANICY LEKU DLA RATOWANIA ŻYCIA I ZDROWIA KONKRETNEGO PACJENTA

AfW

mgr farm.
MATEUSZ SZAMAŁEK
Od 2010 roku zawodowo związany z przemysłem i hurtem farmaceutycznym. Inicjator Sekcji Pracowników Hurtowni Farmaceutycznych WOIA. Autor branżowej bazy informacyjnej pharmalogica.pl. Członek Zarządu Stowarzyszenia na Rzecz Dobrej Praktyki Regulacyjnej GRP.

Import równoległy

Prawo farmaceutyczne definiuje jeszcze jeden rodzaj importu produktów leczniczych – import równoległy. Jest to działanie polegające na sprowadzaniu z państw UE lub EFTA leków o tych samych parametrach (substancja czynna, wskazania, moc, postać, droga podania) jak produkty dopuszczone na terytorium Polski. W praktyce jest to więc przywóz z innych krajów europejskich leków przeznaczonych przez producenta na wybrany rynek, w związku z czym produkty takie wymagają przepakowania i wyposażenia w ulotkę w języku polskim. Przepakowanie jest czynnością podlegającą pod wytwarzanie, stąd musi być wykonane przez uprawniony do tego podmiot posiadający stosowne zezwolenie, choć nie musi nim być osobiście sam importer równoległy – czynności te mogą być zlecane. Natomiast importer równoległy odpowiada za stosowną rejestrację takiego produktu. W pewnym sensie import równoległy posiada więc cechy obrotu hurtowego (przywóz produktów z krajów UE/EFTA) oraz wytwarzania (przepakowanie).

Skąd się biorą leki w Polsce?

Na to, wydawałoby się, banalne pytanie zwykle nasuwa się prosta odpowiedź: produkcja. Leki wytwarzane bezpośrednio w kraju to jednak tylko pewien odsetek produktów dostępnych na naszym rynku. Jeżeli ich produkcja odbywa się poza krajami UE/EFTA, wprowadzenie do Polski musi odbyć się na zasadzie importu, gdzie kluczowym momentem jest zwolnienie przez Osobę Wykwalifikowaną. Leki już zwolnione w ww. krajach europejskich, niezależnie od tego, czy były w nich produkowane, czy importowane, jeśli są zarejestrowane w Polsce, trafiają na nasz rynek w ramach standardowej działalności dystrybucji hurtowej. Jeśli takiej rejestracji nie posiadają, w sytuacjach szczególnych za zgodą Ministra Zdrowia mogą zostać sprowadzone przez hurtownie farmaceutyczne w drodze tzw. importu docelowego lub interwencyjnego. Niezależnie od wyżej wymienionych dróg źródłem niektórych produktów w Polsce jest ich import równoległy i przepakowanie w krajowe opakowania.

www.stock.adobe.pl

ŁUKASZ ŚWIDERSKI

CO MOŻNA SPRZEDAĆ NA PODSTAWIE ZAPOTRZEBOWANIA? (II)

Czy apteka ogólnodostępna może na podstawie zapotrzebowań sprzedawać do podmiotów leczniczych produkty lecznicze zagrożone brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej? Polemika ze stanowiskiem reprezentowanym przez organy inspekcji farmaceutycznej.

Niniejszy artykuł stanowi kontynuację rozważań poczynionych w artykule opublikowanym w poprzednim wydaniu „Farmacji Wielkopolskiej" („Co można sprzedać na podstawie zapotrzebowania?", nr 3/4 z 2021 r.), dotyczącym podstaw wszczynania przez ograny inspekcji farmaceutycznej postępowań w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Również ten artykuł oparty jest na moich doświadczeniach z reprezentowania w ww. postępowaniach podmiotów prowadzących apteki ogólnodostępne.

W mojej praktyce spotkałem się już kilkakrotnie z ustalaniem przez organy inspekcji farmaceutycznej (dalej: WIF), w toku postępowań w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenia apteki, faktu dokonywania na podstawie zapotrzebowań sprzedaży do podmiotów leczniczych produktów leczniczych zagrożonych brakiem dostępności na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. I chociaż okoliczność ta nie była samodzielną podstawą cofnięcia zezwolenia na prowadzenia apteki, wskazywana była w uzasadnieniach takich decyzji, a podmioty prowadzące apteki musiały wskazywać w toku postępowań tego rodzaju sprzedaż i wyjaśniać jej przyczyny.

Poniżej cytuję fragmenty wezwań/decyzji WIF wydawanych w toku postępowań w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki:

Fragment uzasadnienia decyzji w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki: „W trakcie przeprowadzonej kontroli stwierdzono sprzedaż na podstawie zapotrzebowani do podmiotów medycznych (...) 163 produktów leczniczych o kategorii dostępności Rp., które znajdowały się w wykazie produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej umieszczonych w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 14 listopada 2017 r. oraz w obwieszczeniu Ministra Zdrowia z 11 stycznia 2018 r.".

Fragment wezwania, które WIF skierował do podmiotu prowadzącego aptekę w ramach postępowania w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki: „w szczególności proszę o wyjaśnienie: (...) przyczyn sprzedaży na podstawie zapotrzebowań do podmiotów leczniczych produktów leczniczych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w okresie (...)". Z powyższego wynika, że WIF bada tę okoliczność i może ona mieć wpływ na wynik postępowania w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki.

Czy apteka może sprzedawać do podmiotów leczniczych, na podstawie zapotrzebowań, produkty lecznicze zagrożone brakiem dostępności na terenie Rzeczypospolitej Polskiej?

Moim zdaniem TAK. I ponownie – tak jak w przypadku kwestii poruszanej w poprzednim artykule – nie wynika to z rozbieżnej (mojej i WIF) interpretacji przepisów prawa, lecz z braku jakichkolwiek przepisów, które zakazywałyby aptece sprzedaży do podmiotów leczniczych, na podstawie zapotrzebowań, produktów leczniczych zagrożonych brakiem dostępności na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

Dlaczego apteki mogą sprzedawać do podmiotów leczniczych, na podstawie zapotrzebowań, produkty lecznicze zagrożone brakiem dostępności na terenie Rzeczypospolitej Polskiej?

Ponownie wynika to z przepisów Prawa farmaceutycznego, które w przedmiotowej sprawie są jednoznaczne i w żadnym miejscu nie zakazują aptece sprzedaży do podmiotów leczniczych, na podstawie zapotrzebowań, produktów leczniczych zagrożonych brakiem dostępności na terenie Rzeczypospolitej Polskiej. Po prostu brak przepisów, które ustanawiałyby takie ograniczenie.

A co mówią przepisy?

Minister Zdrowia, na podstawie art. 78a ust. 14 Prawa farmaceutycznego do 14 czerwca 2018 r., a od 14 czerwca 2018 r. na podstawie art. 37 av Prawa farmaceutycznego ogłasza co najmniej raz na dwa miesiące, w drodze obwieszczenia, wykaz produktów

www.stock.adobe.pl

leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych zagrożonych brakiem dostępności na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dalej: Wykaz). Z treścią aktualnego obwieszczenia w sprawie Wykazu można zapoznać się na stronie dziennika urzędowego Ministra Zdrowia pod adresem http://dziennikmz.mz.gov.pl/legalact/2021/109/. Dziennik ten wydawany jest tylko w wersji online.

W związku z publikowaniem Wykazów Prawo farmaceutyczne nakłada na podmioty zajmujące się obrotem produktami leczniczymi różne obowiązki (które z uwagi na przedmiot artykułu nie będą omawiane). Przepisy te skierowane są jednak tylko i wyłącznie (z jednym wyjątkiem, o czym poniżej) do podmiotów dokonujących wywozu tych towarów (w tym produktów leczniczych) poza terytorium Polski, czyli w przeważającej mierze do hurtowni farmaceutycznych.

O ile apteka nie dokonuje sprzedaży lub nie zamierza sprzedawać produktów leczniczych poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (a dokonywać tego nie może), przepisów dotyczących produktów leczniczych wskazanych w Wykazie nie stosuje się do aptek.

Jedyne przepisy Prawa farmaceutycznego, które dotyczą obowiązków aptek związanych z produktami leczniczymi objętymi Wykazem, to art. 36z ust. 7 i 8 Prawa farmaceutycznego. Zgodnie z art. 36z ust. 7 Prawa farmaceutycznego kopię odmowy realizacji zamówienia w zakresie produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych objętych Wykazem podmiot składający zamówienie, czyli między innymi apteka, przekazuje niezwłocznie Głównemu Inspektorowi Farmaceutycznemu (dalej: GIF). Oznacza to, że w przypadku gdy apteka składa zamówienie obejmujące produkt leczniczy objęty Wykazem i hurtownia odmówi realizacji tego zamówienia w zakresie tego produktu (odmowa taka musi być przekazana niezwłocznie w wersji pisemnej lub elektronicznej i musi zawierać uzasadnienie – art. 36 z ust. 5 i 6 Prawa farmaceutycznego), to taka odmowa powinna być niezwłocznie przekazana do GIF. Zgodnie z art. 36z ust. 8 Prawa farmaceutycznego odmowa realizacji zamówienia na produkty objęte Wykazem powinna być przechowywana w formie elektronicznej lub pisemnej przez okres trzech lat i udostępnia się ją GIF/WIF na ich żądanie.

Podsumowanie

Biorąc pod uwagę powyżej wskazane argumenty/przepisy, uważam, że brak w aktualnie obowiązujących przepisach prawa jakiegokolwiek przepisu, który pośrednio lub bezpośrednio zakazywałby aptekom ogólnodostępnym sprzedaży produktów leczniczych wskazanych w obowiązującym Wykazie, w tym sprzedaży do podmiotów leczniczych na podstawie zapotrzebowań, a co za tym idzie, działania takie nie mogą być traktowane jako podstawa do wszczynania przez WIF postępowań w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.

Żądanie przedstawiania takich informacji w ramach prowadzonych przez WIF postępowań (których podmiotem jest podmiot prowadzący aptekę ogólnodostępną) również należy uznać za bezzasadne (brak waloru niezbędności) i uciążliwe w rozumieniu art. 50 § 1 i 2 Kodeksu postępowania administracyjnego. Tak naprawdę nie wiadomo, po co WIF domaga się wskazywania sprzedaży produktów leczniczych objętych Wykazem do podmiotów prowadzących działalność leczniczą w ramach postępowań w przedmiocie cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej.

Zastrzeżenia – polemika

Pragnę zwrócić uwagę, że pogląd zaprezentowany w niniejszym artykule stanowi efekt pogłębionej analizy przedmiotowego zagadnienia. Pogląd ten nie jest zgodny ze stanowiskiem WIF i niewykluczone, że w ramach indywidulanych postępowań będzie kwestionowany przez WIF i sądy administracyjne rozpatrujące ewentualne skargi na decyzje Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

Analogicznie jak w przypadku poprzedniego artykułu moją intencją była polemika ze stanowiskiem WIF. Zachęcam wszystkich czytelników do zgłaszania uwag krytycznych do niniejszego artykułu. Prośbę tę kieruję w szczególności do samego Wielkopolskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego oraz szanownych koleżanek i kolegów radców prawnych współpracujących z WIF.

afw

ŁUKASZ ŚWIDERSKI
Radca prawny Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, partner w „Świderski i Świderski Radcowie Prawni" Spółka partnerska.

CZEGO NAUCZYŁA NAS PANDEMIA

„W Polsce mamy mały margines elastyczności systemu opieki zdrowotnej ze względu na olbrzymie niedobory kadrowe. Pod tym względem jesteśmy na szarym końcu w Europie. Nasza infrastruktura jest w tragicznym stanie - i to w wielu szpitalach. Finansowanie nowych metod leczenia jest niedostateczne. Przestrzeń adaptacyjna, jaką można wykorzystać w przypadku epidemii, jest mała i to właśnie jest głównym powodem, że Polska jest rekordzistą, jeśli chodzi o zgony nadmiarowe" – mówi prof. dr hab. n. med. **ROBERT FLISIAK**, kierownik Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, w rozmowie z **Marzeną Bęcłowicz**.

MARZENA BĘCŁOWICZ: Kiedy dwa lata temu wirus SARS-CoV-2 dotarł do Polski, nikt nie spodziewał się, z jakimi wyzwaniami przyjdzie nam się zmierzyć i jak nierówna będzie to walka. Jak ocenia Pan ten czas?

ROBERT FLISIAK: Był to czas pełen wyzwań. W ciągu tych dwóch lat wzbogaciliśmy naszą wiedzę, nauczyliśmy się wiele nowego o epidemiologii zakażeń i o przebiegu samej pandemii. Koronawirusy to specyficzna rodzina wirusów. SARS-CoV-2 uświadomił nam swoje możliwości dotyczące zmienności, które wpływały na przebieg pandemii.

Nie jest to pierwsza pandemia, jaka dotknęła ludzkość, ale nigdy wcześniej człowiek nie miał takich, jakimi dysponuje obecnie, narzędzi do monitorowania przebiegu choroby i podejmowania szybkich działań w zakresie profilaktyki. Możliwości diagnostyczne, jakie pojawiły się podczas walki z SARS-CoV-2, bardzo szybko stały się ogólnodostępne. Najpierw mieliśmy testy genetyczne, potem antygenowe. Zarówno jedne, jak i drugie były błyskawicznie doskonalone, gdyż jak wiadomo, oba dawały początkowo dużo wyników nieprzystających do stanu faktycznego. Cóż, wszyscy pamiętają, początki łatwe nie były...

Cały czas też trwały i nadal trwają badania nad lekami. Dwa lata to bardzo niewiele, a my mamy już zarejestrowane nowe leki na COVID-19, które wcześniej nie były badane pod kątem innych

Jerzy Doroszkiewicz/Polska Press

chorób. I wreszcie najważniejsze – nigdy wcześniej nie udało się tak szybko stworzyć skutecznej szczepionki. Po wielu latach prac nad technologią mRNA wreszcie wprowadzono ją w życie i okazała się niezwykle skuteczna.

I na koniec trzeba też, niestety, powiedzieć o tym, że ta pandemia, pomimo rozwoju cywilizacji i obecnego poziomu wiedzy, ujawniła, jak głębokie są pokłady zabobonu, jak wielki jest brak wiary w naukę i ile mamy zupełnie irracjonalnych zachowań. Wszystko to obserwowaliśmy w przebiegu pandemii SARS-CoV-2 i nadal obserwujemy.

Jak ocenia Pan działania podjęte w naszym kraju w związku z pandemią w ciągu tych dwóch lat? Czy dobrze sobie poradziliśmy w walce z koronawirusem?

Trudo odpowiedzieć na takie pytanie, gdyż wszystko zależy od tego, jakie kryteria przyjmiemy. Przede wszystkim tak naprawdę nie mamy w historii punktu odniesienia, by powiedzieć, czy coś zrobiło się lepiej lub gorzej. Ze względu na wszystkie aspekty postępu nauki i medycyny na pewno można stwierdzić, że zrobiono bardzo dużo i bardzo dobrze. Szczepionkę mieliśmy przecież w niespełna rok po wybuchu pandemii. Trudno sobie również wyobrazić szybsze działania odnośnie nowych leków i metod leczenia COVID-19.

PANDEMIA, POMIMO ROZWOJU CYWILIZACJI I OBECNEGO POZIOMU WIEDZY, UJAWNIŁA, JAK GŁĘBOKIE SĄ POKŁADY ZABOBONU, JAK WIELKI JEST BRAK WIARY W NAUKĘ I ILE MAMY ZUPEŁNIE IRRACJONALNYCH ZACHOWAŃ

Agnieszka Sadowska/Agencja Wyborcza.pl

Natomiast błędy oczywiście popełniano, ale wynikały one z tego, że uczyliśmy się, a człowiek, jak wiadomo, uczy się na błędach – innych możliwości nie ma. Jedne kraje popełniały tych błędów więcej, inne mniej. My, niestety, należeliśmy, przynajmniej w Europie, do krajów przodujących w błędach. Przy czym one nie były wynikiem braku naszej dobrej woli, tylko często wiązały się z imposybilizmem politycznym, gdyż nawet wtedy, gdy pojawiały się dobre pomysły i plany, zderzały się one z brakiem woli politycznej.

Koronawirus cały czas mutuje, w efekcie powstają jego nowe warianty. Większość z nich ginie, to niektóre tylko dominują. Mieliśmy już między innymi warianty Alfa, Beta, Gamma, Delta i Omikron. Czy będą kolejne?

Taki scenariusz, że wirus będzie mutował i przybierał nowe, łagodniejsze formy, wskazywało początkowo wiele osób, które sądziły, że wielokrotne pasażowanie wirusa doprowadzi do takiej zmiany jego charakterystyki, że przestanie być zjadliwy. Jednak później wiarę w taki scenariusz odsunęło tragiczne żniwo kolejnych fal. Wirusowi nie zależy przecież na tym, by zabić swego żywiciela, tylko żeby za jego pośrednictwem móc się łatwo mnożyć i rozprzestrzeniać. Kiedy pojawiła się szczepionka, dość mocno ograniczyliśmy mu pole manewru. Musiał on więc – mówiąc w przenośni – „dostosować się" do nowych realiów. Takie dostosowanie wirusa odbywa się na zasadzie ewolucji – są miliony mutacji, aż wreszcie jedna z nich jest taka, która pozwala mu na rozprzestrzenianie się, pomimo nowych ograniczeń. Wariant Omikron okazał się bardziej zakaźny, ale jednocześnie mniej patogenny.

W tej chwili wielu wirusologów mówi o tym, że możliwości SARS-CoV-2, jeśli chodzi o ewolucję, już się wyczerpały. Jednak w nauce, zwłaszcza w medycynie, niczego nie można być pewnym w stu procentach. Możemy zakładać, że epidemia SARS-CoV-2 wygaśnie – prawdopodobnie jeszcze nie teraz, ale w ciągu najbliższego roku. Nie znaczy to jednak, że wirus ten zniknie z ziemi. SARS-CoV-2 przyszedł do nas z rezerwuaru zwierzęcego, co do tego nie ma wątpliwości. Wątpliwości dotyczą jedynie tego, w jaki sposób to się stało. Natomiast nic nie stoi na przeszkodzie, by wrócił sobie tam, skąd przyszedł. Już teraz wiemy, że w międzyczasie wytworzył

prof. zw. dr hab. ROBERT FLISIAK

■ Specjalista chorób wewnętrznych i chorób zakaźnych. Jest kierownikiem Kliniki Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prezesem Polskiego Towarzystwa Epidemiologów i Lekarzy Chorób Zakaźnych oraz prezydentem Central European Hepatologic Collaboration. Zasiadał w Radzie Medycznej do spraw COVID-19 przy Prezesie Rady Ministrów oraz w zespole doradców Komisji Zdrowia Senatu RP. Jest inicjatorem i koordynatorem projektu SARSTer, tworzącego bazę danych pacjentów leczonych z powodu zakażenia SARS-CoV-2. Jest też inicjatorem i pierwszym autorem aktualizowanych od początku pandemii rekomendacji PTEiLChZ leczenia zakażeń SARS-CoV-2, a także autorem niemal 400 publikacji zarejestrowanych w Web of Science Core Collection.

sobie powinowactwo do różnych gatunków ssaków. Oznacza to, że w tym rezerwuarze – nie będąc chorobotwórczy dla zwierzęcia – może bytować i przetrwać do momentu, w którym nasza odporność wobec niego w sposób naturalny osłabnie. Wiadomo przecież, że odporność przeciw zakażeniom koronawirusami nie jest długotrwała. Dlatego nie można wykluczyć, że po kilku latach SARS-CoV-2 do nas wróci. Jeśli będzie podobny genetycznie do wariantu Omikron, to możemy spodziewać się, że zachorowania, jakie wywoła, nie będą na dużą skalę, gdyż ludzie będą mieli pamięć immunologiczną, która złagodzi przebieg choroby.

Jest też inny scenariusz, który zakłada, że koronawirusy do nas wrócą, ale nie musi to być SARS-CoV-2. Mieliśmy już przecież w historii ludzkości kilka epidemii przez nie wywołanych – 20 lat temu był SARS, potem MERS. Jeżeli w podobnych odstępach będą pojawiać się nowe, to za 8-10 lat możemy spodziewać się inwazji kolejnego wirusa, którego może nazwiemy SARS-CoV-3. Może on mieć inną charakterystykę, ale obraz kliniczny wywołanej przez niego choroby będzie podobny do COVID-19.

Jak ocenia Pan skuteczność szczepionki przeciw kolejnym wariantom wirusa?

Jeśli pojawi się kolejny wariant wirusa, to będzie on z pewnością „szukał" takiej przestrzeni, w której nasza odporność – obojętnie, czy nabyta naturalnie, czy przez szczepienie – nie obroni nas. Jest mało prawdopodobne, by odporność, jaką gwarantuje nam przyjęta szczepionka była przeciw nowym wariantom taka sama, gdyż już teraz wiemy, że zmieniała się ona wraz z kolejnymi wariantami SARS-CoV-2. Trzeba jednak pamiętać, że te szczepionki, którymi dysponujemy, są nadal skuteczne wobec wariantu Omikron, zwłaszcza po przyjęciu dawki przypominającej.

Jak wyglądał przebieg piątej fali COVID-19 w Klinice Chorób Zakaźnych i Hepatologii Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, którą Pan kieruje?

Zachorowań było dużo. W tej chwili (połowa lutego) widzimy znacznie łagodniejszy przebieg zakażeń. W klinice dominują pacjenci w podeszłym wieku, schorowani i – wbrew obiegowym opiniom – nadal dominują nieszczepieni. Jeśli trafiają do nas osoby szczepione, to przebieg choroby jest u nich łagodny i szybciej wracają do domu. Zgony w tej piątej fali w znacznej większości nie są spowodowane przez COVID-19. Pacjenci umierają z powodu chorób towarzyszących, których przebieg jest pogarszany przez zakażenie. Często jest tak, że trafiają do szpitala osoby z powodu innego schorzenia, w Szpitalnym Oddziale Ratunkowym mają wykonany rutynowo test przeciw COVID-19, który okazuje się dodatni. Czyli pacjent zgłasza się do nas z powodu innej przypadłości, jednak zakażenie SARS-CoV-2 może powodować zmianę postępowania.

Jak obecnie wygląda leczenie chorych na COVID-19? Czy zostały ostatnio wprowadzone jakieś nowe leki?

Na przełomie stycznia i lutego 2022 roku pojawiły się nowe opcje leczenia. Spośród leków przeciwwirusowych niemal od początku pandemii stosujemy Remdesiwir, ale niedawno pojawił się Molnupirawir, a lada moment spodziewamy się Paxlovidu. Podstawowa zasada leczenia tymi preparatami jest jednak taka, że muszą być one podane pacjentowi wcześnie, czyli w ciągu pięciu dni od wystąpienia pierwszych objawów, w przeciwnym wypadku ich stosowanie nie ma sensu. Jeśli chodzi o kolejne etapy choroby, gdy

minie już faza wiremiczna, kiedy występuje zagrożenie życia pacjenta, to w takich sytuacjach mamy wypracowane metody leczenia z wykorzystaniem antagonistów receptorów interleukiny szóstej, czy też innych leków, jakie ostatnio się pojawiły. Trochę rozczarowały nas przeciwciała monoklonalne, ponieważ większość z nich okazała się być nieskuteczna wobec Omikrona. W arsenale pozostają jeszcze dwa preparaty, które miejmy nadzieję, lada moment pojawią się też w Polsce, gdyż są potrzebne nie tyle w leczeniu, co w ochronie osób z deficytami odporności, u których szczepienia nie przyniosły efektu.

Czy jesienią tego roku czeka nas kolejna, szósta fala pandemii? Jeśli tak, to co należałoby zrobić zawczasu, by się jej ustrzec?

Obecnie nie jesteśmy w stanie przewidzieć, jak sytuacja epidemiczna będzie wyglądać jesienią, ale prawdopodobieństwo, że pojawi się wariant bardziej zjadliwy od Omikrona, jest niewielkie. To, jak powinniśmy się przygotować, zależeć będzie od tego, co się wydarzy. Obawiam się, że znów część szpitali zostanie wyłączona dla potrzeb chorujących na COVID-19. Tymczasem powinniśmy dążyć do takiego sposobu organizacji szpitali w czasie pandemii, by każdy z nich miał oddział lub oddziały obserwacyjne, w których byliby izolowani pacjenci z COVID-19 cierpiący przede wszystkim na inne choroby. Specjaliści różnych dziedzin mogliby zajmować się ich chorobami zasadniczymi. Dokładnie chodzi o to, by osoba, która ulegnie zakażeniu (lub tylko ma wynik dodatni), a potrzebuje pomocy z powodu innej choroby, mogła ją uzyskać, jednocześnie pozostając w izolacji. By fakt stwierdzenia u niej wyniku wskazującego na zakażenie koronawirusem nie powodował opóźnień w udzielaniu innych świadczeń medycznych. Jednak, jak wiadomo, w Polsce mamy mały margines elastyczności systemu opieki zdrowotnej ze względu na olbrzymie niedobory kadrowe. Pod tym względem jesteśmy na szarym końcu w Europie. Nasza infrastruktura jest w tragicznym stanie – i to w wielu szpitalach. Finansowanie nowych metod leczenia jest niedostateczne. Przestrzeń adaptacyjna, jaką można wykorzystać w przypadku epidemii, jest mała i to właśnie jest głównym powodem, że Polska jest rekordzistą, jeśli chodzi o zgony nadmiarowe. Przecież przez chorych na COVID-19 nie mieliśmy w szpitalach miejsc dla pacjentów z innymi schorzeniami właściwie we wszystkich falach pandemii. Jeżeli nie zostaną podjęte odpowiednie działania naprawcze, jeśli nie będzie inwestowania w opiekę zdrowotną, to po jesieni nie możemy spodziewać się niczego innego, niż było dotychczas.

Jak obecna sytuacja w naszym kraju – duży napływ uchodźców z ogarniętej wojną Ukrainy – wpłynie na przebieg pandemii? Czy czeka nas wzrost liczby zakażeń?

Przed wybuchem wojny sytuacja epidemiologiczna na Ukrainie była podobna do tej w innych krajach regionu, a wskaźniki zaszczepienia w dużych miastach, skąd przede wszystkim pochodzą uchodźcy, nie był niższy od tego na Podkarpaciu, przez które przewija się najwięcej uciekinierów. Dlatego uważam, że nie ma podstaw, aby sądzić, że fala uchodźców wpłynie w sposób istotny na przebieg pandemii. Jeżeli już mamy kogoś się obawiać, to antyszczepionkowców, którzy – jak wiadomo – swoją aktywność w ostatnich dwóch latach opierali na tych samych źródłach wsparcia internetowego, które teraz sieją propagandę prorosyjską. Ewentualne zagrożenie innymi chorobami zakaźnymi (odra, polio, gruźlica) możemy zawdzięczać przede wszystkim osobom odmawiającym sobie lub swoim dzieciom szczepienia, a nie uchodźcom.

Przed nami wiosna, lato, czyli czas, kiedy wirus da nam o sobie na chwilę zapomnieć. Z dnia na dzień zmieniają się też zalecenia i łagodzone są wprowadzone wcześniej obostrzenia. Co jednak warto robić i o czym pamiętać, by nawet w tym „bezpiecznym" okresie ustrzec się zakażenia?

Jeśli obowiązek noszenia maseczek zostanie zniesiony, to przebywając w miejscach dużych skupisk ludzkich, radziłbym – szczególnie osobom wrażliwym na zakażenia, czyli na przykład z chorobami nowotworowymi, z deficytami odporności, leczonym immunosupresyjnie – jednak te maseczki zakładać. Poza tym w sytuacjach, kiedy czujemy się chorzy, kiedy mamy wrażenie, że „coś nas bierze" – a jednocześnie nie wydaje się nam, by nasz stan zdrowia usprawiedliwiał nieobecność w pracy – załóżmy maseczkę, dbając w tym wypadku o bezpieczeństwo pracujących z nami osób.

Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiała MARZENA BĘCŁOWICZ

afw

mgr inż. **DARIUSZ ŁUKASZYŃSKI**
Dziennikarz, popularyzator nauki.

Między nami ekspertami

Najwyższy czas, aby uświadomić sobie, że oprócz wirusa SARS-CoV-2 istnieją wokół nas tysiące innych patogenów i także ich obecność w organizmie może prowadzić do śmierci.

Sterydy wziewne redukują ryzyko ciężkiego przebiegu COVID-19 o ponad 90 procent" – powiedział w rozmowie z PAP prof. dr hab. Piotr Kuna, kierownik II Katedry Chorób Wewnętrznych Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (wywiad został opublikowany w „Dzienniku. Gazecie Prawnej" 7 listopada 2021 r.).

Profesor wskazuje, że dużym problemem naszej medycyny jest to, iż nie mamy przebadanych pacjentów, nie prowadzimy prewencji na schorzenia, które z powodzeniem można zaopatrzyć lekowo. No tak, coraz częściej wraca schemat teleporady i coraz częściej słychać, że wystraszeni medycy boją się przyjmować niezaszczepionych pacjentów. Jakiś kompletny brak logiki opanował niczym COVID część społeczeństwa. Przecież jeżeli ktoś wybierał się do Afryki i szczepił się na malarię, to nie po to, aby później nie wychodzić z pokoju w Nairobi, a mam nieodparte wrażenie, że obecnie pewna część medycyny rodzinnej zachowuje się tak, jakby czekała w Nairobi, aż malaria całkowicie zaniknie. No to chyba jeszcze kilka lat poczeka. Profesor Kuna powtarza – sterydy wziewne. One działają równie skutecznie, jak szczepionka Pfizera, jeżeli są podane natychmiast po wykryciu wirusa. Jeszcze raz: NATYCHMIAST PO WYKRYCIU WIRUSA.

Zadajmy jednak pytanie: kto ma wykryć wirusa, jeżeli lekarz zabarykaduje się w gabinecie i będzie bał się pacjenta? Dokąd zmierzamy z takim postępowaniem? Policjant będzie uciekał przed złodziejem, Straż Graniczna przed przemytnikami ludzi, a kierowca nie dostarczy towarów, bo zapowiadają gołoledź? Czy ogarnie nas wszechogarniający strach? Jak długo chcemy tak uciekać? Profesor Kuna mówi o potrzebie szczepień, ale też wskazuje, jak ważne jest natychmiastowe włączenie leczenia, aby jak najszybciej powstrzymać namnażanie się wirusa.

Prawda o sytuacji polskich szpitali jest niestety bardzo brutalna. Raport Najwyższej Izby Kontroli sprzed pandemii nie pozostawia złudzeń. W Polsce w kontrolowanym okresie mogło dochodzić do około 400 tys. zakażeń rocznie (COVID wówczas nie istniał). Niestety, żaden z kontrolowanych szpitali nie dysponował precyzyjnymi danymi dotyczącymi kosztów zakażenia. Analizy były prowadzone jedynie przez część szpitali, a koszty wyliczano w sposób uproszczony. Czy obecnie możemy wierzyć, że jest lepiej? Że bakterie wywołujące zakażenie septyczne są pod kontrolą? Sepsa wskazywana jest przecież jako jedno z najczęstszych powikłań zakażenia wirusem SARS-CoV-2. To ona jest często przyczyną zgonu.

„Na szafot z nim!" – krzyczą jakobini. „Dla podludzi w zdrowym społeczeństwie nie ma

www.stock.adobe.com

miejsca", „na Kołymę z wrogami ludu!" – takie emocjonalne zachowania uniemożliwiają rzeczową debatę. Jakże łatwo jest manipulować ludźmi! Propaganda wylewa się z mediów, tworząc gigantyczne emocjonalne rozchwianie. Czyż więc nie miał racji arcybiskup Fulton John Sheen, mówiąc: „Żyjemy w epoce emocji. Nie kierujemy się już wiarą, nie kierujemy się już rozumem. Kierujemy się emocjami". Bardzo brakuje nam spokojnych, mądrych głosów, czego przykładem są wypowiedzi prof. Piotra Kuny, w nadmiarze mamy natomiast wywodów rozhisteryzowanych dyżurnych straszycieli. No cóż, minęły czasy Oświeconych, nadszedł czas wystraszonych.

W wywiadzie opublikowanym na portalu Termedia 25 października 2021 r. na pytanie: „Jak lekarze pulmonolodzy leczą zapalenie płuc?" – prof. Kuna odpowiada: „W pulmonologii wobec pacjentów z niewydolnością oddechową od zawsze obowiązywała złota zasada: za wszelką cenę nie intubować i nie podłączać do respiratora. To często prowadzi bowiem do bakteryjnego szpitalnego zapalenia płuc, sepsy i zgonu. Niestety, dokładnie to widzimy w COVID. Stosowało się wszelkie możliwe metody leczenia, np. nieinwazyjną wentylację mechaniczną, bo wiedzieliśmy, że jak taki pacjent trafi na OIOM i pod respirator, to umrze. A teraz, gdy stan pacjenta z COVID-19 się pogarsza, jest natychmiast alarm, że trzeba na OIOM, i szuka się anestezjologów, aby podłączyli respirator. To jest przerzucanie odpowiedzialności za prowadzenie ciężko chorego człowieka na innych".

Dlaczego w mediach głównego nurtu tak niewiele jest wypowiedzi pulmonologów, a przeważają opinie na przykład specjalistów od chorób wszelakich innych organów?

Tysiące pacjentów z rozpoznaniem COVID-19 trafiło do szpitali. Zapytajmy jednak z ręką na sercu, jak szybko owi pacjenci dotarli z pierwszymi objawami do lekarza, czy byli zbadani czy zignorowani, czy może zbyt długo leczyli się na własną rękę, bo na przykład, nie mieli dostępu do fachowej pomocy medycznej… Szacunek człowieka do człowieka to towar prawie niedostępny w Polsce covidowej. Pycha, egoizm i strach zasiadły na medycznym tronie.

17 listopada 2021 r. portal rynekzdrowia.pl obwieszcza: „Choć w Irlandii blisko 93 proc. dorosłych mieszkańców jest zaszczepionych, w kraju odnotowuje się jeden z najwyższych wskaźników infekcji". Cytuje też premiera Irlandii Micheala Martina, który powiedział, że ludzie muszą mieć świadomość, iż „sytuacja się pogarsza i pogorszy się jeszcze bardziej, zanim się poprawi". Szkoda, że wybitny reżyser Stanisław Bareja nie dożył naszych czasów – miałby używanie z cytatu „pogorszy się, zanim się poprawi". „Według danych Światowej Organizacji Zdrowia wskaźnik zachorowalności na Covid-19 w Irlandii wynosi 959 na 100 tys. mieszkańców, co jest najwyższą liczbą w Europie Zachodniej i 12. najwyższą na świecie. Dzieje się tak, mimo że Irlandia jest też w ścisłej czołówce światowej, jeśli chodzi o zaszczepionych – obie dawki przyjęło 93 proc. dorosłej populacji (…)" – informuje ww. portal.

Prof. dr hab. n. med. Marzena Bartoszewicz, kierownik Katedry i Zakładu Mikrobiologii Farmaceutycznej i Parazytologii Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, na I Forum Zakażeń w 2019 r. mówiła: „Znaczenie ma dla mnie także edukacja zarówno młodych lekarzy, diagnostów mikrobiologicznych i farmaceutów, jak i tych, którzy mają już wieloletnie doświadczenie zawodowe, gdyż oni także powinni nieustannie szkolić się i pamiętać, że bakterie, grzyby i wirusy są cały czas wokół nas, czyhając, aby spowodować zakażenie". Najwyższy więc czas, aby uświadomić sobie, że oprócz wirusa SARS-CoV-2 istnieją wokół nas tysiące innych patogenów i także ich obecność w organizmie może prowadzić do śmierci.

Zadajmy sobie pytanie, jak od strony szczelności mikrobiologicznej wyglądało przygotowanie leku na oddziale przed pandemią? Czy pandemia coś poprawiła? A może wręcz pogorszyła? Otwarte systemy do przygotowania i podawania leków wciąż dominują w naszym kraju. Te otwarte wrota zakażeń bakteryjnych nie napawają optymizmem, bo przecież nie możemy mieć złudzeń, że na przykład *Staphyllococcus epidermidis* nie będzie z nich skutecznie korzystał.

Należący do Brytyjczyków Gibraltar, często określany jako „najbardziej zaszczepione miejsce na Ziemi" ze względu na zaszczepienie całej dorosłej populacji, w październiku i listopadzie 2021 r. odnotował duży wzrost liczby zakażonych koronawirusem. „To kolejne przypomnienie, jak wielokrotnie mówiliśmy, że szczepionki nie zastępują potrzeby innych środków ostrożności. Szczepionki zmniejszają ryzyko hospitalizacji, ciężkiej choroby i śmierci. Ale nie zapobiegają w pełni transmisji… żaden kraj nie może po prostu zaszczepić swojej drogi wyjścia z pandemii" – powiedział dyrektor generalny Światowej Organizacji Zdrowia Tedros Ghebreyesus.

„Nie wiemy, jak długo trwa nabyta odporność po zaszczepieniu na koronawirusa" – oznajmił w wywiadzie dla Polsat News w grudniu 2020 r. prof. Andrzej Horban. „Odporność może trwać tylko kilka miesięcy, co jest mało prawdopodobne. Może to być kilka lat, a może nawet i dłużej". Ekspert medyczny dodał: „Akurat ten wirus jest dość prosty i jakichś specjalnych, wybitnych cudów się nie spodziewamy, jeśli chodzi o możliwość jego ucieczki spod presji szczepionki". Tymczasem stało się to, co miało być mało prawdopodobne.

Nie wiem czemu, ale przychodzi mi na myśl dowcip:

Siedzi baca na gałęzi i ją piłuje. Podchodzi turysta i mówi:

– Baco, nie piłuj, bo spadniesz.

– Nie, nie spadnę.

– Ależ baco, naprawdę nie piłuj, bo spadniesz.

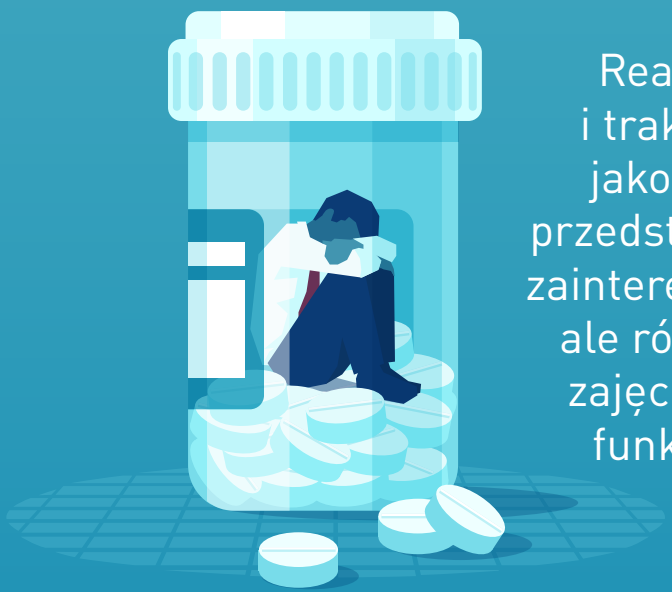
Turysta poszedł dalej. Po chwili baca spadł. Wstaje i mówi:

– Prorok czy co?

Co jeszcze musi się wydarzyć, aby głos tak wybitnych lekarzy jak prof. Piotr Kuna przedarł się do powszechnej opinii, aby pozostali, mniej wybitni, zrozumieli, że tylko w bajkach mamy do czynienia z czarodziejskimi rozwiązaniami, że walka z COVID-19 to zbiór działań medycznych, na które składa się wiele elementów, a nie tylko jeden uważany za magiczny. Czas dorosnąć!

dr n. farm. WOJCIECH MUSIAŁ

DZIEJE SIĘ **W FARMACJI...**



Realizując swoje prywatne interesy i traktując Naczelną Izbę Aptekarską jako odskocznię do własnych karier, przedstawiciele władz NIA nie tylko nie są zainteresowani losami polskich aptekarzy, ale również nie mają czasu na rzetelne zajęcie się realizacją powierzonych im funkcji w samorządzie zawodowym.

www.stock.adobe.com

Jednym z ostatnich ważnych wydarzeń w świecie aptekarskim była rezygnacja magistra Michała Byliniaka z funkcji wiceprezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej (NRA) oraz prezesa Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie. Budzi moje zdziwienie, że człowiek, który świadomie podjął się funkcji (nie *non profit*) reprezentowania aptekarzy i dbania o interes zawodu, rezygnuje z niej dla własnej osobistej kariery i stanowiska dyrektorskiego w połowie kadencji. Prezes Byliniak pełnił także funkcję przewodniczącego PGEU (Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej). Nie przeszkadza nikomu, że tak łatwo można nie dotrzymać swojego zobowiązania wobec aptekarzy? Kandydując na prezesa, przyjmując wybór i obowiązki, zobowiązał się przecież pełnić tę funkcję przez całą kadencję. Czyżby funkcje z wyboru w samorządzie aptekarskim były tylko trampoliną do prawdziwej kariery?

Każdy farmaceuta opłaca składkę zarówno na działalność okręgowej izby aptekarskiej (OIA), jak i Naczelnej Izby Aptekarskiej (NIA). Tak dzieje się nie tylko w samorządzie aptekarskim, ale także w wielu innych samorządach zawodów zaufania publicznego. Składka ta w swej istocie służyć ma pokryciu kosztów działalności organów centralnych samorządu na rzecz nas, szeregowych aptekarzy. NIA reprezentuje nasz interes w procesach legislacyjnych, wobec władz państwowych, zabiera głos w sprawach istotnych dla wszystkich farmaceutów. Jednym słowem – działa w naszym interesie. Tego mamy prawo oczekiwać. Okręgowe izby aptekarskie zgłaszają swoje inicjatywy do NIA, oczekując konkretnych i skutecznych działań czynionych dla

dobra polskich aptekarzy. Odnoszę wrażenie, że dla większości OIA obecne działania NIA jawią się jako nieustające pasmo sukcesów. Czy tak jest naprawdę, oceniają w ciszy farmaceuci, którzy wykonują zawód i codziennie doświadczają skutków tych sukcesów. Nie mają czasu na promowanie się w mediach społecznościowych.

Pragnę zwrócić uwagę na kilka faktów. Składka wpłacana do NIA przez OIA jest niebagatelna i wynosi 9,40 zł miesięcznie od każdego członka izby okręgowej. Kwota ta co roku ulega korekcie o wskaźnik inflacji. Na VIII Krajowym Zjeździe Aptekarzy (KZA) w styczniu 2020 r. projekt uchwały zjazdowej wniesiony przez Wielkopolską Okręgową Radę Aptekarską, dotyczący tego, aby składka do NIA była stała przez cały okres kadencji, został odrzucony bez żadnej dyskusji przez delegatów na KZA, mimo że uchwała byłaby korzystna dla okręgowych izb aptekarskich, które najczęściej nie mają z czego pokryć tych rosnących kosztów. Obecnie coroczna korekta o współczynnik inflacji staje się dotkliwym problemem, gdyż przy szalejącej inflacji i rosnących kosztach utrzymania niektóre OIA mają już problemy finansowe. Ponoszą konsekwencje bezmyślnych głosowań swoich delegatów na KZA w 2020 r.

Warto również zainteresować się, na co nasze składki zostały spożytkowane. Oprócz podstawowych wydatków na funkcjonowanie biura NIA, biura prawnego NIA i organów centralnych naszego samorządu zawodowego NIA płaci ogromne składki do PGEU, by móc w tej organizacji funkcjonować. Zachęcam czytelników do kierowania zapytań do NIA, jakie są koszty przynależności do tej organizacji. Jakie korzyści odnieśliśmy my, aptekarze, z członkostwa NIA w tej organizacji oraz przewodniczenia jej przez wiceprezesa Byliniaka? ŻADNE.

Analogicznie jest w przypadku licznych wyjazdów zagranicznych przedstawicieli NIA. Ich wpływ na nasze codzienne życie zawodowe jest zerowy. O tych podróżach aptekarze raczej nie wiedzą, trudno doszukać się też jakichkolwiek sprawozdań. A szkoda. Dowiedzieć się o nich można z Biuletynu NIA nr VII/2019 przedstawionego delegatom na KZA w 2020 r. Dotyczy on co prawda ubiegłej kadencji, ale czy w obecnej kadencji lista wojaży będzie krótsza ze względu na pandemię? Gdzież więc za nasze składki gościli w ubiegłej kadencji członkowie prezydium NRA? Miejscem szczególne odwiedzanym była Bruksela. Ale na liście destynacji znaleźć możemy również Ateny, Sztokholm, Sarajewo, Dubrownik, a nawet Abu-Dhabi. Jak wynika z zestawień, szczególnie „zalatany" był wiceprezes Byliniak. Ciekawe, jakie podróże i w jakich sprawach w swej przerwanej dla prywatnej kariery VIII kadencji NIA Michał Byliniak zdążył odbyć i co one wnoszą do pracy samorządowej? Jakich problemów polskiego aptekarstwa dotyczyły podróże innych członków NRA? Tego dowiemy się pewnie dopiero na kolejnym zjeździe aptekarzy.

> Na skuteczny lobbing wśród polityków w sprawach aptekarstwa nie starcza władzom Naczelnej Rady Aptekarskiej nie tylko czasu, ale i umiejętności

Odnoszę wrażenie, że na skuteczny lobbing wśród polityków w sprawach aptekarstwa nie starcza władzom NRA nie tylko czasu, ale i umiejętności. Dowodów na to mamy pod dostatkiem. Wymienię tylko dwa: szczepionki przeciw grypie, z którymi pozostały apteki po decyzji Ministerstwa Zdrowia i skandalicznej odpowiedzi o ponoszeniu ryzyka biznesowego (potwierdzającej zresztą nie wprost, że w opinii polityków i rządzących apteka była i pozostanie sklepem) oraz głodowe marże na leki refundowane. Wspomnę jeszcze o jednym, dla mnie szczególnie bulwersującym fakcie. Jest nim długo oczekiwana zmiana Prawa Farmaceutycznego, zwana „apteką dla aptekarza", która jest systematycznie i sprytnie omijana przy kolejnych przejęciach polskich niezależnych aptek przez zagraniczne sieci i fundusze inwestycyjne. Proces przejmowania rynku cały czas trwa przy niemej akceptacji i biernej postawie NIA oraz właściwych instytucji i organów naszego państwa. Wszystkie działania w tej sprawie, jakie rzekomo podejmuje NIA, uznać można wyłącznie za pozorowane, a na pewno nie są one skuteczne.

Całkowity brak jakiejkolwiek skuteczności władz NRA w działaniach na rzecz polskich farmaceutów tłumaczyć można również ogromnym zaangażowaniem

jej członków we własne sprawy zawodowe. Chwalą się w mediach swoim osobistym zaangażowaniem w szczepienia jako rozszerzenie aktywności zawodowej farmaceutów. Liczą na to, że zaangażowanie w sezonowe szczepienia pozwoli na trwałą poprawę sytuacji aptek? Fascynuje ich dyskusja z pacjentami na temat obecności czipów w szczepionkach, co ma pokazać wybitną wiedzę farmaceuty na temat leków. W ten właśnie sposób budują wizerunek zawodu w społeczeństwie. Możliwość świadczenia dodatkowych usług w aptekach w kontekście ciągle niezałatwionych podstawowych, wieloletnich problemów aptek nie zmieni w sposób istotny ich funkcjonowania. Ciągle nie rozwiązano między innymi kwestii dyżurów aptek. Od wielu lat tkwimy w tym samym miejscu. Wie o tym każdy aptekarz, którego straszono czy któremu grożono karami, odebraniem zezwolenia, prokuratorskimi zarzutami narażenia ludzkiego życia. W razie konfliktu z samorządem terytorialnym aptekarze najczęściej pozostawali samotni; przypadki pomocy ze strony NIA w takich sytuacjach są jednostkowe. Nie widać tego, co najważniejsze: jakiejś strategii działania, brakuje systematycznych i skutecznych działań w tym obszarze na poziomie centralnym.

Ciągle nie rozwiązano kwestii dyżurów aptek. Od wielu lat tkwimy w tym samym miejscu. Wie o tym każdy aptekarz

Śledzę uważnie media branżowe, z uwagą czytam wywiady z funkcyjnymi członkami NRA oraz ich felietony. Obraz przytłaczający, gdyż widać w nim wyraźnie samouwielbienie, autopromocję i spojrzenie na sytuację aptek wyłącznie przez pryzmat swoich interesów. „Ja jestem świetny, znakomicie sobie radzę, wszyscy mamy świetlaną przyszłość, którą będziecie zawdzięczać szczególnie nam, obecnym, tak nowoczesnym i cyfrowym władzom NRA". Z pozycji farmaceutów prowadzących jeszcze swoje apteki wskazuje to na całkowite oderwanie od rzeczywistości lub... wyjątkowy cynizm.

Wiele tych entuzjastycznych wypowiedzi na temat szczepień w aptekach ukazuje nas jako osoby niepoważne, infantylne i niepotrafiące ocenić ryzyka związanego z wykonywaniem szczepień. Do twierdzenia takiego mam podstawy. Otóż zagadnienia dotyczące kampanii szczepień przeciw SARS-CoV-2, zaznaczam, że nie w aptekach i zanim aptekarzy do niej dopuszczono, są mi znane. I pamiętam zmagania z wydobywaniem z fiolek nadliczbowych dawek i pilnowaniem, by ani jedna się nie zmarnowała (popyt przewyższał podaż). Znane mi są problemy z dostawami szczepionek, grafikami pacjentów, szukaniem kolejnych, gdy wypadali z tych grafików. I wiem, jak wiele osób było w cały system zaangażowanych, w tym pielęgniarek mających na swoim koncie tysiące wykonanych szczepień. Pamiętam o konieczności zabezpieczenia punktu szczepień w kompletny zestaw przeciwwstrząsowy (a nie tylko w ampułkostrzykawkę z adrenaliną), tlen, kozetki, szafki medyczne i karetkę pod telefonem. Zaangażowany był w to przedsięwzięcie sztab ludzi, a wszystko działało w oparciu o szpital. Długo wcześniej niż prominentni samorządowcy zaczęli szczepić w blasku mediów, krążył już żart, że pierwsza dawka to osprzęt (w narracji antyszczepionkowców – czip), a druga to oprogramowanie. O trzeciej mówimy „upgrade systemu". A bezmyślnych, tak to ujmę, pacjentów nie brakowało nigdy. Każdy czyta i korzysta z takich źródeł informacji, jakie dla niego są najbardziej wiarygodne. Niektórzy czerpią tylko z takich, które najlepiej potwierdzają ichwłasne tezy, bez weryfikacji źródeł tej wiedzy. Smutne, gdy bzdury powtarzają osoby z akademickim wykształceniem, których środowisko obdarzyło zaufaniem.

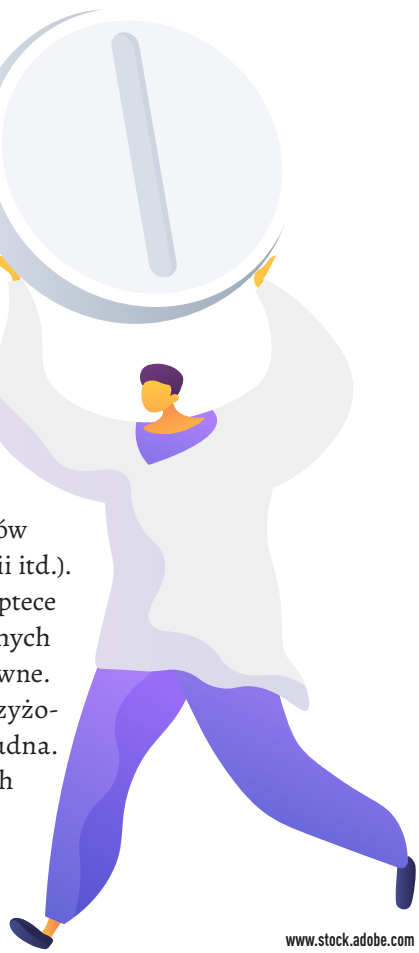
Swoją absencją na zjazdach i wyborach okręgowych aptekarze sami sobie wybrali przedstawicieli, którzy skutecznie poróżnili farmaceutów z innymi zawodami medycznymi. I to w sytuacji, gdy wymagana jest ścisła współpraca, a założenia opieki farmaceutycznej opierają się na współpracy z innymi zawodami medycznymi. Za kluczową należy uznać decyzję o nieuczestniczeniu w zeszłorocznym proteście zawodów medycznych, która postawiła nas na pozycji łamistrajków. Jakie efekty pozytywne odnieśliśmy jako aptekarze z tej decyzji? ŻADNE. Natomiast piętno łamistrajków, osób niewiarygodnych

nosimy do dzisiaj. Sytuacja pandemiczna skłoniła nie tylko polski rząd do zachowań, które uznać można za co najmniej dyskusyjne. Jednym z nich były szczepienia w aptekach oraz ostatnio testowanie w kierunku zakażenia SARS-CoV-2. Do pierwszego tematu wracać nie będę, szczegółowo opisałem ten problem w artykule „Szczepienia w aptece? Nie, dziękuję" („Farmacja Wielkopolska", nr 12). Przypomnę tylko, że prezes Naczelnej Rady Lekarskiej (NRL) obraził farmaceutów, sugerując wystawianie przez farmaceutów w aptekach lewych zaświadczeń o szczepieniu. Za swe słowa nie poniósł do dzisiaj żadnych konsekwencji. Kategorycznych żądań NIA, dotyczących publicznego przeproszenia nas, aptekarzy, nie było. Prezes NRL nie przeprosił za swe słowa do dzisiaj. Nie wyobrażam sobie podobnie biernej postawy osób reprezentujących grupę zawodową lekarzy, prawników czy pielęgniarek, w sytuacji publicznego jej szkalowania przez kogokolwiek. I tak dzięki bierności NIA uzyskaliśmy wśród zawodów medycznych dodatkowo status „miękiszona".

Mamy za to zorganizowany przez NIA w mediach festiwal kibicowania i radości z ilości szczepień wykonanych w aptekach. Prawie milion! Milion! Ponad milion! Ekscytacja, radość, gratulacje, szampan, kurtyna. Wszystko w atmosferze pomijania faktu, że szczepień w Polsce wykonano ponad 52 miliony. Czyli aptekarze zaszczepili około 2% populacji – tylko osoby dorosłe, bo przypomnę, że farmaceuta nie ma uprawnień do kwalifikacji dzieci. Więc nasza rola w tym obszarze jest, należy to przyznać, marginalna, a nie istotna.

Nad sprawą dotyczącą testowania, chciałbym się zatrzymać. Zacznę od tego, że po raz kolejny prezes NRA mija się publicznie z prawdą. Jej wcześniejszą wypowiedź, obwieszczająca świetlaną przyszłości farmaceutów, w świetle faktów i problemów, z jakimi zmagamy się w codziennej pracy, potraktować można wyłącznie jako szyderstwo z aptekarzy pracujących w polskich aptekach lub całkowite oderwanie się od rzeczywistości. Jeśli natomiast prezes NRA w momencie pojawienia się projektu testowania w aptekach publicznie mówi o wielkim zainteresowaniu aptekarzy tym projektem, to mówiąc poważnie – bardzo mija się z prawdą. NIA nie przedstawiła jakichkolwiek wyników badań sondażowych na ten temat przeprowadzonych wśród farmaceutów pracujących w aptekach (których zapewne nie było, a na pewno nie w Wielkopolsce)! Natomiast z wypowiedzi aptekarzy na nielicznych jeszcze niezależnych forach oraz z prywatnych moich rozmów wynika wniosek odmienny. Aptekarze traktują ten projekt jako co najmniej absurdalny, jeśli nie idiotyczny. W odpowiedzi na słowa prezes NRA padały nawet propozycje dalszego poszerzenia obowiązków aptekarza o przyjmowanie moczu i kału do badania. Czyżby słuchano tylko tych, którzy się zgadzają zawsze i na wszystko, nigdy nie przedstawiając zdania odrębnego? Dodatkowo nieprawdziwe informacje w mediach publicznych, podawane przez przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia, dotyczące rozpoczęcia masowego testowania w aptekach, nie spotkały się z żadnym dementi ze strony NIA. Tym samym bierność (która to z kolei?) NIA postawiła nas, aptekarzy, w niezwykle mało komfortowej sytuacji – po raz kolejny musieliśmy się tłumaczyć swoim pacjentom. Tym razem, że apteki nie są przygotowane do wykonywania tego typu badań, że nie chodzi o bezpłatne wydawanie testów do wykonania w domu. W oczach pacjenta aptekarz okazał się niekompetentny i nieprzygotowany, bo przecież w „radiu mówili".

Dodatkowo kolejna grupa zawodów medycznych zaczyna postrzegać farmaceutów jako mało poważną i rozsądną grupę zawodową – tym razem chodzi o diagnostów laboratoryjnych. W ramach programu opieki farmaceutycznej ma być prowadzona najprostsza diagnostyka pacjentów (pomiar ciśnienia krwi, glikemii itd.). Rozpoczynanie diagnostyki w aptece od diagnostyki chorób zakaźnych uważam za co najmniej ryzykowne. Nie ma możliwości, aby nie krzyżowały się drogi tzw. czysta i brudna. Diagnostyka chorób zakaźnych w aptece zagraża bezpieczeństwu pacjentów korzystających z podstawowych usług farmaceutycznych,



www.stock.adobe.com

do których wykonywania apteka jest ustawowo powołana.

Nieliczne głosy krytyki takich rozwiązań (między innymi opinia Walentego Zajdla) toną w zgiełku po prostu niepoważnych propozycji, jak ta, by apteczne komory przyjęć traktować jako pomieszczenia, w których aptekarz przeprowadzać będzie testy. Dodatkowo okraszonych zdjęciami zadowolonych (z czego?) aptekarzy. Najpierw ze strzykawką za parawanikiem, a za chwilę przy biureczku w maseczce za złotówkę i testem w ręku. Do tego mobilna umywalka. Do kompletu brakuje jeszcze mobilnego toi toia. To są standardy europejskie świadczeń zdrowotnych? Nie wyobrażam sobie narażania siebie, mojej rodziny, współpracowników i pacjentów na zakażenie, nie tylko SARS-CoV-2, bez kompletnego ubioru ochronnego i odseparowanego pomieszczenia z oddzielnym wejściem. Dodatkowo w pełni zgadzam się z wypowiedziami pacjentów czujących się zagrożonymi zakażeniem w aptece wykonującej testy, którzy deklarują zaprzestanie korzystania z usług tych „testujących" aptek.

www.stock.adobe.com

Jakby tego bałaganu było mało, wiceprezes NRA Marek Tomków radośnie zapowiada „krwawą rewolucję w aptekach". Zapominając chyba o kosztach i ofiarach, jakie każda rewolucja przynosi. Gratuluję entuzjazmu, bo nie mogę pogratulować zdrowego rozsądku. Wiceprezes jakoś nie wspomniał o koniecznym przygotowaniu farmaceutów w zakresie postępowania z materiałem biologicznym, odpadami medycznymi, o ryzyku przypadkowych zakłuć i postępowania w takich sytuacjach. Ale może ta krwawa rewolucja to tylko fakt medialny, nic wiarygodnego i nie ma się czym przejmować? Przypomnę, że na KZA w Jachrance w 2016 r. Marek Tomków publicznie zapewniał o rozwiązaniu problemu sprzedaży pozaaptecznej leków. Lista leków dostępnych poza aptekami od tamtego czasu znacznie się wydłużyła, a obecnie dopisywane są do niej kolejne pozycje. W 2020 r. Marek Tomków został ponownie wiceprezesem NRA. Może więc opowiadać nawet o krwawej rewolucji, licząc na bardzo zawodną pamięć aptekarzy. W imię czego mamy tę diagnostykę przeprowadzać w aptekach za lekarzy POZ opłacanych stawką kapitacyjną za każdego zapisanego pacjenta przy równoczesnym braku propozycji finansowania jej w aptekach?

Zapytam wprost: kiedy farmaceuta ma pełnić obowiązki związane z czynnością apteki, szczepieniami, a teraz dodatkowo testowaniem? Statystycznie na jedną aptekę w Polsce przypada 1,7 farmaceuty. Każdy, kto pracuje w aptece, wie, że to absurd, jeżeli pozostałe usługi farmaceutyczne mają być wykonane rzetelnie. Wymogi lokalowe apteki określone w rozporządzeniu Ministra Zdrowia z 31 grudnia 2021 r. nie przewidywały tego typu świadczeń. I nie zmieni tego faktu parawan, mobilna umywalka czy wykorzystanie pokoju szkoleniowego. Analogicznie jak fakt czytania w toalecie gazety nie zmienia jej w czytelnię!

Aptekarze obarczani są kolejnymi obowiązkami przy cichej akceptacji przez władze NRA. Te zaś, wydaje się, wierzą we własną propagandę pasma sukcesów. Propagandy nie mającej nic wspólnego z rzeczywistą sytuacją polskich aptekarzy. To na poziomie izb okręgowych widzimy świetnych, młodych farmaceutów, którzy odchodzą z zawodu, mówią wprost o farmacji jako zawodzie bez przyszłości. Młodzi szukają pracy za granicą. W ciągu dwóch ostatnich lat niemal 200 farmaceutów ubiegało się o dokumenty pozwalające na podjęcie pracy za granicą. Zwrócę uwagę, że są to dwa roczniki wydziału farmaceutycznego wykształcone z naszych podatków! Nie umieją dostrzec świetlanej przyszłości dla zawodu, patrząc na realia jego wykonywania w Polsce?

To na poziomie okręgowych izb widzimy ludzkie dramaty tych, którzy życie swoje poświęcili na prowadzenie własnej apteki, swoją pracą i postawą wypracowali sobie pozycję w lokalnych społecznościach, a teraz ze łzami zamykają swoje apteki, zostając bez środków do życia. Czy takie sytuacje nie powinny być w obszarze zainteresowania samorządu zawodowego?

Konsekwencją zapisów ustawy o zawodzie farmaceuty jest – jak obserwujemy w Wielkopolsce (a z pewnością nie jesteśmy wyjątkiem) – zjawisko rezygnacji doświadczonych farmaceutów z pełnienia funkcji kierowniczych w obawie kar, które można nałożyć na aptekarza właściwie za wszystko (przy równoczesnej bezkarności właściciela apteki).

Nadal jesteśmy zakładnikami niejasnych przepisów i pokrętnych ich interpretacji w zakresie realizacji recept. Nasza sytuacja nie uległa zmianie. Szczególnie głośnych protestów w tej sprawie ze strony NIA nie słychać. Dlaczego samorząd akceptuje sytuację, w której w aptekach nadal rozważamy poprawność każdej wypisanej recepty? Ponosząc oczywiście całkowitą odpowiedzialność finansową za kolejne interpretacje zapisów ustawy i błędy popełnianie przez osoby recepty wystawiające. Milczenie i bezczynność NIA skutkuje kolejnymi idiotyzmami w zakresie realizacji recept. Zaliczyć do nich można ostatnie pomysły dotyczące wyceny leków robionych. Tym razem w formie propozycji arbitralnej oceny, czy koszt leku recepturowego mieścić się będzie w widełkach określonych według dziwacznego systemu percentylowego. Tylko autor tego pomysłu wie, o co chodzi. Ja jednak, nauczony doświadczeniem, obawiam się, że skutki będą takie, że Narodowy Fundusz Zdrowia odmówi zwrotu refundacji aptece wykonującej lek recepturowy, jeśli wycena składników przekroczy założony przez tę instytucję koszt. Czy to niemożliwe? Przypomnę odrzucanie refundacji z powodu niewłaściwych wymiarów recept (sic!), braku kodu pocztowego czy obecnie braku kodu EAN na części opakowania, jaką jest nakrętka na butelkę warta kilkanaście groszy. I to tego typu problemy zajmowały i będą nadal naszą uwagę zajmować. Fakt, że nasza praca nad wykonaniem leku jałowego jest wyceniana niżej niż koszt położenia metra kwadratowego posadzki, jakoś nikogo nie boli. Co w tych sprawach i wspomnianych percentyli robi NIA? Ja szczególnej aktywności nie widzę.

> Diagnostyka chorób zakaźnych w aptece zagraża bezpieczeństwu pacjentów korzystających z podstawowych usług farmaceutycznych

Twierdzę, że realizując swoje prywatne interesy i traktując NIA jako odskocznię do własnych karier, przedstawiciele władz NIA nie tylko nie są zainteresowani losami polskich aptekarzy, ale również nie mają czasu na rzetelne zajęcie się realizacją funkcji, na które przez delegatów na KZA zostali wybrani.

Kiedy będziecie Państwo płacić składkę na OIA, pamiętajcie, że opłacacie również działalność NIA. I zastanówcie się, czy stać nas, farmaceutów, dalej na bierną postawę i lekceważenie kolejnych wyborów do organów okręgowych izb aptekarskich.

afw

dr n. farm.
WOJCIECH MUSIAŁ
Specjalista w dziedzinie analityki farmaceutycznej i farmacji aptecznej. Aptekarz, nauczyciel akademicki, członek Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej.

POCZĄTEK WIELKIEJ ZMIANY

Wystąpienie prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej dr Aliny Góreckiej na III Sprawozdawczym Zjeździe Delegatów VIII Kadencji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

To pierwszy zjazd wielkopolskich aptekarzy w realu, nie w rzeczywistości wirtualnej, od dwóch lat. Czekaliśmy na ten moment z wielką niecierpliwością i nadzieją, że wreszcie będzie to możliwe. Te dwa lata pokazują, jak silna jest wola pracy farmaceutów na rzecz środowiska, jak ważny jest nasz, wielkopolski, samorząd aptekarski.

To były trudne dwa lata nie tylko dla organów samorządowych, ale także dla samych farmaceutów. Pandemia nie omijała naszych rodzin, naszych miejsc pracy, ciągle stawiała nam nowe wyzwania. Nie zamknęliśmy naszych aptek, osobiście pomagaliśmy pacjentom w kolejnych falach pandemii rozwiązywać trudne problemy, z którymi mierzyli się w nowej sytuacji.

Ta kryzysowa sytuacja pokazała, jak ważnym ogniwem ochrony zdrowia jest apteka – ogólnodostępna i szpitalna – jak ważne są kompetencje i praca osób odpowiedzialnych w hurtowniach farmaceutycznych. W różnych miejscach, z różnymi zadaniami odpowiedzialnie tworzymy system społecznego bezpieczeństwa lekowego.

Ostatni rok naszej działalności z pandemią w tle zaowocował dalszym rozwojem naszej obecności w systemie ochrony zdrowia. Ten rozwój był możliwy po wejściu w życie ustawy o zawodzie farmaceuty. Wielu zaangażowało się w organizację i wykonywanie szczepień, a w ostatnich miesiącach także w pobieranie wymazów. Dyskusje na temat tych nowych aktywności będą trwały jeszcze długo, będą przedstawiane różne argumenty – za i przeciw, będą oceniane ryzyka tych aktywności oraz korzyści dla farmaceutów i aptek, które prowadzą. W każdy taki głos się wsłuchujemy, każdy jest w tej dyskusji ważny. To przecież początek wielkiej zmiany roli farmaceuty w systemie ochrony zdrowia. Niedoskonała w swej formie ustawa o zawodzie farmaceuty przynosi pierwsze owoce. Obecnie trwają prace nad wdrożeniem długo oczekiwanej opieki farmaceutycznej, a także prace nad przygotowaniem i wdrożeniem serwisów usług farmacji klinicznej. Przy przygotowaniu ich korzystamy z wiedzy i doświadczeń innych krajów europejskich, które te usługi wdrożyły i rozwijają.

Nie jesteśmy zadowoleni z postępu prac nad dużym projektem, jakim była zapowiadana „strategia na rzecz rozwoju aptek", uzgodniona przez samorząd aptekarski z Ministerstwem Zdrowia i zawierająca bardzo konkretne terminy rozwiązania ważnych dla farmaceutów problemów. Te terminy nie

Eugeniusz Jarosik

DR ALINA GÓRECKA WRĘCZYŁA PROF. DR HAB. ANNIE JELIŃSKIEJ TYTUŁ „MECENAS SAMORZĄDU APTEKARSKIEGO", PRZYZNANY PRZEZ NACZELNĄ RADĘ APTEKARSKĄ

zostały dotrzymane i nie wiadomo, co dalej będzie z realizacją tak ważnych postulatów, jak:

- poprawa bezpieczeństwa realizacji recept elektronicznych z wadami formalnymi (początek 2021 r.);
- zmiany prawa gwarantujące wszystkim aptekom równy i odpowiedni do potrzeb dostęp do leków, w tym przede wszystkim leków refundowanych (początek 2021 r.);
- wypracowanie przepisów uniemożliwiających firmanctwo, reklamę aptek i ich działalności (początek 2021 r.);
- unormowanie zasad i warunków dyżurów aptek w sposób, który zagwarantuje zaspokojenie rzeczywistych potrzeb społecznych w zakresie dostępu do leków (początek 2021 r.);
- zmodyfikowanie zasad ustalania urzędowych marż detalicznych na asortymenty refundowane (pierwsza połowa 2021 r.);
- ograniczenie liczby ogłoszeń list refundacyjnych w ciągu roku do czterech (do końca 2020 r.);
- skuteczne egzekwowanie przepisów antykoncentracyjnych/zakaz prowadzenia więcej niż czterech aptek w skali kraju lub 1% aptek w skali województwa;
- uregulowanie zasad obrotu pozaaptecznego zaplanowano w drugiej połowie 2021 r.

Udało się maksymalne skrócenie terminu otrzymania refundacji z Narodowego Funduszu Zdrowia i obecnie są to nawet dwa dni od złożenia rachunku. To jest długo oczekiwana i pozytywna zmiana.

Eugeniusz Jarosik

GOŚCIEM ZJAZDU BYŁ DR N. FARM. GRZEGORZ PAKULSKI, WIELKOPOLSKI WOJEWÓDZKI INSPEKTOR FARMACEUTYCZNY

Eugeniusz Jarosik

MGR FARM. MICHAŁ CZERNIEWICZ – PRZEWODNICZĄCY OKRĘGOWEJ KOMISJI REWIZYJNEJ WLKP. OIA

Ta „strategia dla aptek", sygnowana podpisami wiceministra zdrowia Macieja Miłkowskiego i prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej, zawierała terminy rozwiązania kluczowych problemów aptekarstwa polskiego, które niszczą nasze niezależne apteki. Oczywiście terminy realizacji dla rozwiązania wskazanych problemów były podane jako orientacyjne. Należy też uwzględnić trudności z ich realizacją spowodowane przez pandemię, niemniej jednak mam wrażenie, że o wielu problemach zapomniano, tak jakby przestały być istotne. Zwiększenie kompetencji farmaceutów

Zjazd wielkopolskich aptekatrzy

■ III Sprawozdawczy Zjazd Delegatów VIII Kadencji Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej odbył się 26 marca 2022 r. w centrum konferencyjnym Wielkopolskiej Izby lekarskiej w Poznaniu.

Zjazd otworzyła prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej dr Alina Górecka. Następnie głos zabrali zaproszeni goście: Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny dr n. farm. Grzegorz Pakulski oraz prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej mgr farm. Marcin Repelewicz. Przewodniczącym zjazdu został mgr farm. Mateusz Szamałek.

Z upoważnienia nieobecnej za zjeździe w Poznaniu prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej dr Alina Górecka wręczyła prof. dr hab. Annie Jelińskiej tytuł „Mecenas Samorządu Aptekarskiego", przyznany przez NRA.

Na zjeździe przedstawiono sprawozdania z rocznej działalności Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowego Sądu Aptekarskiego, Okręgowej Komisji Rewizyjnej oraz sprawozdanie Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej z wykonania budżetu za rok 2021. Uczestnicy zjazdu mieli możliwość zapoznania się ze sprawozdaniem z działalności Sekcji Pracowników Hurtowni Farmaceutycznych, prowadzonej przez mgr. farm. Mateusza Szamałka, a także z wykładami: radcy prawnego Wlkp. OIA Łukasza Świderskiego „Dopuszczalne formy zbycia apteki – podstawowe zagadnienia" i mgr farm. Doroty Prokop „Farmacja kliniczna – wyzwania i potrzeby". (EJ)

Eugeniusz Jarosik

MGR FARM. MARCIN REPELEWICZ, PREZES OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ DIA WE WROCŁAWIU, PRZEKAZAŁ ŻYCZENIA OD DOLNOŚLĄSKICH FARMACEUTÓW

w zakresie wykonywania szczepień czy wymazów nie może być alternatywą dla braku rozwiązań problemów, które niszczą systematycznie polskie apteki.

Cieszą nas prace prowadzone w zakresie przygotowania usług farmacji klinicznej na rzecz pacjentów hospitalizowanych oraz nad projektami zmian w farmacji szpitalnej. Te prace są możliwe dzięki wejściu w życie ustawy o zawodzie farmaceuty. Liczymy na to, że ich rezultaty wzmocnią pozycję farmaceutów szpitalnych i pozwolą na rozpoczęcie nowej aktywności, jaką są usługi farmacji klinicznej. Liczymy na to, że te nowe rozwiązania zatrzymają w zawodzie ludzi młodych, nastawionych na rozwój swoich kompetencji i budowanie nowoczesnej opieki nad pacjentem hospitalizowanym.

Pandemia przyspieszyła cyfryzację wielu obszarów naszej aktywności. Zmieniła sposób, w jaki się spotykaliśmy, wykonując swoje obowiązki samorządowe. Posiedzenia Naczelnej Rady Aptekarskiej odbywały się wyłącznie online, online odbywają się spotkania w ramach prac zespołów powołanych przez Ministra Zdrowia. Ta forma pozwala na szybsze komunikowanie się, niemniej jednak widzimy, że jest to komunikacja ograniczona. Wykorzystanie narzędzi informatycznych do komunikacji pozwoliło na rozwój różnych form edukacji podyplomowej, które – mam nadzieję – zostaną z nami także w czasie popandemicznym. Pozwalają one na uczestniczenie w spotkaniach edukacyjnych bez angażowania czasu i środków finansowych na dojazdy.

Eugeniusz Jarosik

PREZYDIUM ZJAZDU: PRZEWODNICZĄCY MGR FARM. MATEUSZ SZAMAŁEK ORAZ SEKRETARZE – DR N. FARM. WOJCIECH MUSIAŁ I MGR FARM. WOJCIECH ZIÓŁKOWSKI

Takie formy będziemy w najbliższym czasie rozwijać i doskonalić. Są one wyzwaniem dla samorządu, który odpowiada za dostęp i poziom oferty edukacyjnej w kształceniu podyplomowym farmaceutów.

Widzimy wręcz narastające zjawisko koncentracji rynku detalicznego przy jednocześnie dalece zróżnicowanych interpretacjach prawa farmaceutycznego w tym zakresie. Inspekcja farmaceutyczna z powodu przekroczenia przepisów antykoncentracyjnych cofa zezwolenie przeszło 20 aptekom powiązanym ze sobą kapitałowo, podmiotom działającym pod wspólnym brandem, a jednocześnie wszystko wskazuje na to, że zezwala na przeniesienie dalszych zezwoleń na spółki powiązane kapitałowo właśnie pod tym brandem.

Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska nie pozostaje obojętna na takie zdarzenia. Wprawdzie nie ma działania samorządu w procedurze administracyjnej przeniesienia zezwolenia, ale zawsze reagujemy, sprawdzamy i występujemy do WIF we wszystkich sytuacjach, jakie budzą zastrzeżenia farmaceutów i są nam zgłaszane.

Czas pandemii zatrzymał wielu z nas w domach, ale paradoksalnie przyspieszył różne zmiany w naszym codziennym życiu. Nie wszystkie są takie, których byśmy oczekiwali. Obawiam się, że wiele z nich niszczy konsekwentnie strukturę obrotu detalicznego lekiem w Polsce i prowadzi do monopolizacji tego rynku. Sprzyja temu także odraczanie rozwiązywania problemów aptekarstwa zapisanych w „strategii dla aptek" na czas popandemiczny.

Trzeba mieć tego świadomość i zrobić wszystko, aby w systemie było miejsce dla indywidualnych aptek, aby ustawowa kompetencja farmaceutów

Eugeniusz Jarosik

WIF współpracuje z samorządem

■ Wielkopolski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny dr n. farm. **GRZEGORZ PAKULSKI** w czasie swojego wystąpienia na tegorocznym zjeździe aptekarzy Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej stwierdził, że wobec trudnej sytuacji geopolitycznej, związanej z wojną w Ukrainie, na szczególną uwagę zasługuje dobra współpraca administracji państwowej z samorządem zawodowym farmaceutów. Dotyczy to nie tylko akcji zbierania darów, ale przede wszystkim codziennej współpracy w obszarze wydawania opinii w przedmiocie spełniania warunków pełnienia funkcji kierownika apteki.

Dr Grzegorz Pakulski zwrócił uwagę, że przeprowadzane zmiany w prawie mogą powodować rozbieżności w interpretacji pewnych przepisów, dotyczących na przykład zakazu reklamy aptek czy kwestii udziału w spółkach jawnych. Dla WWIF istotna jest linia orzecznictwa sądowo - administracyjnego, która wiąże działania administracji. Ponadto prelegent wskazał, iż Wojewódzka Inspekcja Farmaceutyczna nadzoruje przestrzeganie przepisów dotyczących zakazu reklamy aptek i ich działalności. WWIF przypomniał także, że farmaceuci

do tworzenia nowych aptek oraz przenoszenia na nich zezwoleń aptek już istniejących stawała się faktami, a nie była wyłącznie zapisem ustawowym.

Nie sposób nie odnieść się do bieżącej sytuacji – brutalnej wojny na Ukrainie. Wielu farmaceutów włączyło się w rozmaite działania humanitarne na rzecz uchodźców oraz przygotowanie zaopatrzenia w leki i wyposażenie dla szpitali na terenie walczącej o niepodległość Ukrainy. Staram się wesprzeć te działania dostępem do informacji dla zgłaszających się do WOIA uchodźców, bezpłatnymi ogłoszeniami w zakresie poszukiwania pracy jako pomoc apteczna. Współpracuję na terenie Międzynarodowych Targów Poznańskich z organizacjami, które organizują pomoc (punkt opieki farmaceutycznej, zabezpieczenie leków z darów). Staramy się też zapewnić możliwość uzyskania usług farmaceutycznych w Wielkopolsce w języku ukraińskim, korzystając w zakresie tłumaczenia z pomocy farmaceutów, którzy są członkami nasze Izby.

W tę pomoc włączyli się także studenci farmacji z Polskiego Towarzystwa Studentów Farmacji oraz Koła Naukowego Opieki Farmaceutycznej, którzy przygotowują się do wykonywania zawodu zaufania publicznego, a więc zawodu z misją. Egzamin z etyki, z szczególnej wrażliwości na drugiego człowieka właśnie zdają z wyróżnieniem, pracując na terenie MTP. Wydział Farmaceutyczny może być już z nich dumny. Aby profesjonalnie się zaangażowali, wystarczył jeden telefon. Wszystkim, którzy ze mną współpracują w tym zakresie, serdecznie dziękuję.

powinni zdecydowanie reagować i informować inspekcję farmaceutyczną o wszelkich przypadkach naruszeń tego zakazu.

Inspektor podkreślił, że obecnie wydaje się znacznie mniej zezwoleń na prowadzenie aptek niż w latach ubiegłych, co znajduje potwierdzenie w ogólnopolskim rejestrze aptek. Jeśli chodzi o wnioski o przeniesienie zezwolenia – temat znany i analizowany przez samorząd, czego dowodem jest wnioskowanie przez Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarską o udział na prawach strony w wybranych postępowaniach – należy zaznaczyć, że stanowisko WWIF jest analizowane przez II instancję. W ramach jednolitego stanowiska WWIF musi w pierwszej kolejności uwzględniać poglądy prezentowane w tym względzie przez Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Bardzo wnikliwie badany jest każdy wniosek dotyczący przeniesienia zezwolenia, aby było ono w pełni zgodne z wolą ustawodawcy w dniu wydania decyzji.

Ciągle ważnym problemem jest tzw. odwrócony łańcuch dostaw. Inspektor poinformował, że nadal prowadzone są postępowania w oparciu o materiał dowodowy pozyskany podczas kontroli planowych lub z innych źródeł. Podkreślił też, że podmiot zaangażowany w ten proceder w związku z utratą rękojmi traci wszystkie posiadane zezwolenia i przez trzy lata nie może ubiegać się o nowe.

Omawiając sprawy dotyczące Krajowej Organizacji Weryfikacji Autentyczności Leków i Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi, dr Grzegorz Pakulski położył nacisk na fakt, że wskutek nieraportowania do ZSMOPL wojewódzki inspektor farmaceutyczny może cofnąć zezwolenie. Zgodnie z przepisami za brak raportowania GIF nakłada karę finansową.

W odniesieniu do dyżurów aptek stanowisko WWIF się nie zmienia. Inspektor wyraził nadzieję, że w tym zakresie dojdzie niebawem do doprecyzowania lub zmiany przepisów.

Dr Grzegorz Pakulski poinformował, że przygotowywane są zmiany przepisów dotyczących kierowania działami farmacji szpitalnej.

WWIF przypomniał, że inspektorat farmaceutyczny czynny jest zgodnie z regulaminem. Ponadto zachęcił do kontaktu z inspekcją w celu omówienia problemów związanych z prowadzeniem apteki.

Opracował EUGENIUSZ JAROSIK

afw

dr n. farm. **MAREK JĘDRZEJCZAK**
Specjalista farmacji aptecznej i farmakologii.

Guru z królestwa Tonga

Czemu służą fantazyjne kwalifikacje w pilotażu przeglądów lekowych?

No i dziecko zostało wylane z kąpielą. Biedne to nasze środowisko farmaceutyczne. Dr n. farm. Piotr Merks zorganizował nabór na pilotaż w ramach *pharmaceutical care – drug review*. Głównym koordynatorem jest dr hab. n. med. No i co ważne, żeby wziąć udział w tym przedsięwzięciu trzeba spełniać określone warunki.

Zgodnie z treścią rozporządzenia Ministra Zdrowia z 2 grudnia 2021 r.:

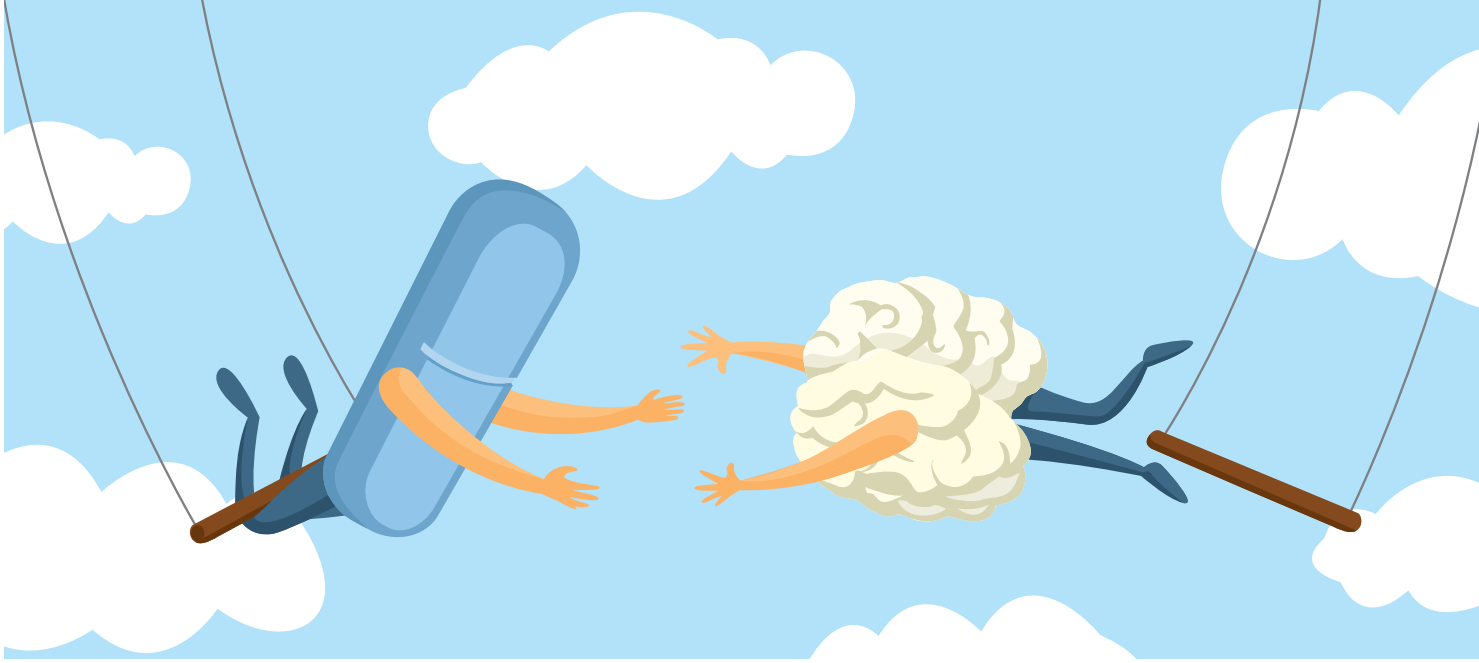
„6. Przegląd lekowy w ramach pilotażu przeprowadza farmaceuta zatrudniony w aptece będącej realizatorem pilotażu, który:

1) ukończył studia podyplomowe w zakresie opieki farmaceutycznej lub
2) posiada co najmniej roczną praktykę wykonywania przeglądów lekowych w innym kraju potwierdzoną przetłumaczonym na język polski dokumentem wydanym w tym kraju, potwierdzającym kwalifikacje tego farmaceuty do prowadzenia przeglądów lekowych".

Tak więc na nic specjalizacje farmaceutyczne z farmacji klinicznej, aptecznej, szpitalnej, farmakologii... Trzeba iść na studia, gdzie gremium medyczne będzie uczyć farmaceutów... czego? No chyba medycyny. Doświadczenie zawodowe, kwalifikacje zawodowe i to, że to Ty, Farmaceuto, jesteś specjalistą od leków – znasz się na lekach (pozostali absolwenci uczelni medycznych w znakomitej większości znają leki i co najwyżej ich farmakodynamikę) – nie mają znaczenia.

Farmaceuto – do roboty, do nauki! A tak poważnie mówiąc, myśleliśmy, że ta oczekiwana przez środowisko kolejna czynność zawodowa, a mianowicie przegląd leków, będzie wartością dodaną, usługą zwiększającą społeczne znaczenie aptek, wprowadzi nowy sens i cel w praktyce farmaceutycznej. Ciekawi mnie stanowisko konsultantów wojewódzkich z poszczególnych specjalizacji farmaceutycznych w sprawie tego „ładnie oprawionego" pilotażu. Jedenastosemestralne studia farmaceutyczne i szkolenie odbyte w postaci webinarium, zakończone testem, powinno być wystarczającym edukacyjnym elementem dającym możliwość wzięcia udziału w rocznym pilotażu (nie półtorarocznym) przeglądu leków. Webinarium powinno zawierać treści związane z naturą prawną, etyczną, logistyczną i administracyjną tego świadczenia zdrowotnego. Żeby zwiększyć społeczne bezpieczeństwo przeglądu leków, farmaceuta mający krótszy staż pracy niż trzy lata podlegałby nadzorowi farmaceuty posiadającemu ustawowe kwalifikacje na kierownika apteki.

Zapis rozporządzenia: „posiada co najmniej roczną praktykę wykonywania przeglądów lekowych w innym kraju potwierdzoną przetłumaczonym na język polski dokumentem wydanym w tym kraju, potwierdzającym kwalifikacje tego farmaceuty do prowadzenia przeglądów lekowych" – to prawdziwy prawny „biały kruk". W jakim kraju?! W USA czy innych krajach, na przykład Kirgistanie, Uzbekistanie, tajemniczym królestwie Tonga, a może w Australii?



www.stock.adobe.com

Cała ta koncepcja pilotażu leków, moim zdaniem, lekceważy dobrze wykształconych polskich farmaceutów i budzi mój zdecydowany sprzeciw. Ciągłe szkolenia skrupulatnie monitorowane przez samorząd aptekarski, specjalizacje farmaceutyczne pozostające pod nadzorem Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego to nic. Studia podyplomowe z opieki farmaceutycznej to klucz do… nie wiem do czego.

Kto obecnie posiada kwalifikacje określone w grudniowym rozporządzeniu? Oprócz dr hab. Agnieszki Neuman-Podczaskiej na pewno dr Piotr Merks. Zdobył je za granicą, ma dokument, uwierzytelniony, poświadczony, gwarantujący kwalifikacje do świadczeń farmaceutycznych. A my, wykształceni na polskich uczelniach, posiadający specjalizacje uzyskane w ojczyźnianych ośrodkach kształcenia podyplomowego, biorący udział w obligatoryjnych szkoleniach ciągłych, nie nadajemy się do pilotażu przeglądu leków, a co dopiero do szerszych czynności w ramach opieki farmaceutycznej.

Przegląd leków jako świadczenie farmaceutyczne wpisane w polskie prawo ma dla nas, farmaceutów, duże znaczenie. Stwarza formalną płaszczyznę do wykorzystania naszej wiedzy i doświadczenia zawodowego w tworzeniu bezpiecznej farmakoterapii. Wagę już oficjalnej od strony prawnej czynności – przeglądu leków – poprę przykładem. Kilka dni temu zwróciła się do mnie kobieta, prosząc o kolchicynę dla męża cierpiącego na kolejny w przeciągu 30 dni ostry atak dny moczanowej (gminna placówka POZ już nieczynna). W aptece, w której pracuję, większość pacjentów jest nam znana. Zaglądam do karty pacjenta i widzę, że ostatnio realizowaliśmy receptę lekarską męża owej pani na klopamid, przeciwskazany w hyperurykemii. Podobną sytuację miałem z moim kolegą, który newibolol i valsartan przyjmował w wersji combo z hydrochlorotiazydem i też miał częste ataki dny, ale w tym przypadku dzięki temu, że znam dobrze lekarza, wspólnie ustaliliśmy, iż należy zastosować poczciwy stary losartan w dawce 0,05+0+0,025 (oczywiście newibolol bez tiazydu). Kolega ma cukrzycę II typu (nie ma tego złego, co by na dobre nie wyszło), tak więc dostał jeszcze empagliflozynę – inhibitor kofaktora dla glukozy, jako lek moczopędny. To są casusy rozwiązywane przez polskich farmaceutów, bez doświadczenia w tzw. innym kraju.

Ktoś powie: a co to ma wspólnego z oficjalnym przeglądem leków? Odpowiem. Jeżeli to świadczenie będzie od strony prawnej już formalnie dostępne, to w podobnych przypadkach będę mógł się zwrócić do lekarza jako specjalista od leków – oczywiście w sposób etyczny, ale z uniesioną głową – i zasugerować swoją uwagę bądź wątpliwość co do dalszej terapii danego pacjenta. A tymczasem zastanawiam się i pytam: może to jakieś środowisko lub jakiś liczykrupa zwiódł naszego *PhD in pharmaceutical sciences* Piotra Merksa i nie chce dopuścić do poszerzenia zakresu czynności polskich farmaceutów z wszystkimi wymaganymi ustawowo kompetencjami w tym zakresie?

Jak pamiętam z okresu mojego udziału w pracach komisji zdrowia polskiego parlamentu czy Ministerstwa Zdrowia, powoływane społeczne komisje, tzw. okrągłe stoły (w przypadku na przykład ustawy o ratownictwie medycznym) etc., oddalały znacząco realizację czasami nawet bardzo istotnych koncepcji. Może teraz służą do tego pilotaże, do których są potrzebne fantazyjne kwalifikacje?

MARCIN JÓZEFIAK

CZAS PRÓBY

W lutym wojna trwająca w Ukrainie od roku 2014 weszła w nową fazę. Co możemy zrobić, aby się odnaleźć w nowej rzeczywistości prawnej?

Ktoś mógłby powiedzieć, że wojna trwająca w Ukrainie jest sytuacją, której wszyscy się spodziewali. Co innego jednak spodziewać się czegoś, a co innego żyć w rzeczywistości wojennej. Napływ uchodźców, a przede wszystkim wojna gospodarcza z Rosją i pośrednio z Białorusią powoduje, że obudziliśmy się w nowym stanie prawnym.

W jaki sposób wojna wpływa na życie zawodowe i prywatne? Każdy z przedstawicieli wolnych zawodów, którym jest zarówno farmaceuta, jak i radca prawny, musi pamiętać o złożonym ślubowaniu. Każdy z nas przysięgał służyć społeczeństwu bez względu na okoliczności. Wykonując swój zawód, musimy patrzeć nie tylko na zyski, stronę finansową prowadzonej działalności, ale także na to, aby pomagać potrzebującym. Forma pomocy, którą ktoś wybierze jako osoba prywatna, jest tylko jego osobistym wyborem. Co innego jednak życie zawodowe.

Zarówno radcowie prawni, jak i farmaceuci muszą przestrzegać kodeksu etyki zawodowej. Wynika z niego w sposób jednoznaczny, że obowiązkiem farmaceuty jest dbanie o dobro pacjenta (art. 1 ust. 4 Kodeks Etyki Aptekarza RP). Obowiązek ten farmaceuta może realizować nie tylko poprzez świadczenie usług farmaceutycznych, ale także poprzez przygotowanie miejsca pracy do wykonywania jej w warunkach szczególnych.

Na chwilę obecną najważniejsza jest komunikacja na linii pacjent – lekarz – farmaceuta. W tym celu warto wyszukać dostępne w Internecie wzory formularzy w języku polskim i ukraińskim, które pozwolą na ocenę stanu zdrowia pacjenta. Równie skutecznym narzędziem może być darmowa aplikacja dostępna w telefonach, umożliwiająca tłumaczenie z języka ukraińskiego na polski i odwrotnie.

9 marca 2022 r. Sejm RP uchwalił ustawę o pomocy obywatelom Ukrainy w związku z konfliktem zbrojnym na terytorium tego państwa. Zawiera ona przepisy prawne, które według założeń mają umożliwiać objęcie uchodźców ubezpieczeniem zdrowotnym, a także umożliwić im pracę. Po uzyskaniu numeru PESEL opieka zdrowotna będzie praktycznie taka sama dla uchodźców, jak i dla osób, które uzyskały zezwolenie na pobyt w Polsce. Do tego jednak czasu trzeba wykorzystać możliwości, które daje system ubezpieczeń (realizacja recept dla pacjentów poprzez ośrodki pomocy – prywatne czy też samorządowe).

Kolejną kwestią wymagającą zastanowienia jest zatrudnianie farmaceutów z Ukrainy – uchodźców. Bez zmiany prawa niemożliwe jest przyjęcie do pracy magistra farmacji, który nie dokonał nostryfikacji dyplomu w Polsce i nie zdał testu językowego. Jednakże takie osoby można zatrudniać na innych stanowiskach w aptekach,

www.stock.adobe.com

zapewne poniżej ich kwalifikacji, ale umożliwi to im utrzymanie w Polsce.

Wprowadzone dotychczas zmiany w funkcjonowaniu systemu opieki zdrowotnej – elektronizacja procedur medycznych, elektronizacja rozliczeń podatków czy też zmiany w Kodeksie pracy – spowodowały, że możliwe jest skuteczne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce również z ogromną liczbą uchodźców. Wymaga to jednak ogromnego poświęcenia pracowników i empatii.

W przypadku problemów z komunikacją czy też po prostu braku wiedzy, jak pomóc pacjentowi z Ukrainy, warto wykorzystać dane dostępne w Internecie, a także możliwość kontaktu z organizacjami pomocowymi, takimi jak Caritas, Polska Akcja Humanitarna, Polski Czerwony Krzyż itp.

Należy pamiętać, aby odróżnić postulowane zmiany od faktycznie wprowadzonych zmian w prawie. Najlepszym źródłem takiej wiedzy są strony rządowe (z rozszerzeniem gov.pl). Można również szukać informacji o nowych aktach prawnych bezpośrednio na stronie dziennikustaw.gov.pl, wymaga to jednak żmudnego przeczytania całego tekstu ustawy. Doniesienia prasowe czy też komunikaty organizacji charytatywnych niekoniecznie będą najlepszym źródłem informacji. Trzeba także pamiętać, iż wojna toczy się również w mediach – mamy do czynienia z dezinformacją oraz podsycaniem konfliktów wewnątrz innych państw.

Przed inwazją Rosji na Ukrainę niniejszy artykuł miał być poświęcony zmianom wynikającym z „polskiego ładu". Biorąc jednak pod uwagę zmiany geopolityczne, wszyscy musimy się skupić na tym, aby pomóc potrzebującym. Państwo umożliwiło każdemu z nas uzyskanie wykształcenia i wykonywanie wolnego zawodu na rzecz społeczeństwa. Mając wiedzę i doświadczenie zawodowe, możemy w dalszym ciągu świadczyć pracę, a przy tym pomagać innym.

Jesteśmy społeczeństwem, które czasem działa na przekór władzy, ale także narodem, który wiele razy w historii udowodnił swoją wartość. Obecny czas jest czasem próby – to co się stało w Ukrainie, może dotknąć każdy inny kraj. Warto więc wyciągnąć wnioski i w taki sposób wykonywać pracę, aby jak najlepiej służyć społeczeństwu.

afw

MARCIN JÓZEFIAK
Radca prawny.

RECEPTA NA DŁUGOWIECZNOŚĆ

„Obecny stan wiedzy, biorąc pod uwagę możliwości organizmu człowieka, wskazuje, że jesteśmy «zaprogramowani» na życie nawet do 120–130 lat. Choć jest to jeszcze bardzo daleka «melodia przyszłości», to obecnie możliwe już jest wykonanie pewnych badań genetycznych, na których podstawie można określić pewne «słabe punkty organizmu» i allele genów, a do nich dostosować żywienie" – mówi prof. dr hab. **JAN GAWĘCKI**, specjalista w zakresie technologii żywności i żywienia, w rozmowie z mgr farm. **Joanną Rutkowską** i mgr farm. **Kamilą Ryszewską**.

„FARMACJA WIELKOPOLSKA": Czym tak naprawdę jest długość życia? Jaka jest definicja tego pojęcia?

JAN GAWĘCKI: Bardzo dobre pytanie. Istnieje kilka pojęć, które wiążą się z długowiecznością. Pierwszym z nich, powszechnie znanym, jest przewidywana dalsza długość życia. Tym właśnie pojęciem posługuje się Zakład Ubezpieczeń Społecznych, ustalając wysokość emerytury i innych świadczeń. Termin ten definiuje ilość lat, które człowiekowi w danym wieku zostały do przeżycia, zgodnie z aktualnym stanem wiedzy medycznej i epidemiologicznej. Kolejnym pojęciem jest średnia długość życia, czyli liczba lat, jakie człowiek może przeżyć w określonych warunkach w danym kraju. Wreszcie trzecie pojęcie określa długość życia w zdrowiu, czyli liczbę lat (długość życia), które uda się człowiekowi przeżyć w dobrym stanie zdrowia bez wymuszonych przez choroby ograniczeń.

A kiedy możemy mówić o długowieczności?

Długowieczność jest kwestią umowną. Na przykład w Stanach Zjednoczonych za ludzi długowiecznych uznaje się osoby liczące powyżej 100 lat. W naszym kraju przyjmuje się podobne kryterium wiekowe. W innych krajach natomiast, szczególnie w tych, gdzie średnia długość życia jest stosunkowo niska, za długowieczność przyjmuje się już 90 lat. Warto zdawać sobie sprawę z tego, że przez ponad 90% czasu, kiedy człowiek żyje na Ziemi, średnia długość życia wynosiła około 30 lat i dopiero w XIX wieku zaczęła wyraźnie wzrastać. To nie oznaczało jednak, że ówcześni ludzie dożywali jedynie 30 lat i umierali. Największy wpływ na zaniżanie tego parametru miała wówczas wysoka umieralność niemowląt, małych dzieci i kobiet w okresie okołoporodowym.

Eugeniusz Jarosik

W których krajach żyje się najdłużej?

Jeśli porównuje się średnią długość życia w różnych krajach, okazuje się, że prym wiodą Monako, Japonia i Islandia (85-90 lat). W państwach afrykańskich natomiast parametr ten jest niemal o połowę niższy. Średnią długość życia w Polsce – 78 lat – można uznać za przeciętną.

Z czego przede wszystkim wynikają różnice dotyczące średniej długości życia w poszczególnych rejonach świata?

Wśród czynników wpływających na te różnice należy wskazać przede wszystkim wspomnianą wcześniej umieralność okołoporodową, ale również niedożywienie, niski poziom higieny i opieki zdrowotnej w mniej zamożnych rejonach świata. Dla zobrazowania tego zjawiska posłużę się przykładem: jeśli z dwojga ludzi jedna osoba dożyje 90 lat, a druga umrze zaraz po urodzeniu, to ich średnia długość życia wynosi 45 lat, czyli jest bardzo niska. W bardziej rozwiniętych krajach mamy powszechny dostęp do ochrony zdrowia na wysokim poziomie, a wskaźniki umieralności niemowląt są tam zredukowane do minimum. Kolejna kwestia to warunki życia, między innymi sposób odżywiania.

A jaki wpływ na długość życia mają nasze geny?

W grupie ludzi do osiemdziesiątego roku życia na jego długość w zdrowiu oraz ogólną przeżywalność w 20-30% wpływa odziedziczone po przodkach wyposażenie genetyczne. Istnieją takie geny, które mogą predestynować do tego, że człowiek będzie miał większą odporność, jego organizm będzie lepiej reagować na zagrożenia, tym samym zyskując większą szansę na dłuższe życie. Kiedyś za gen długowieczności uważano telomerazę, czyli enzym odpowiedzialny za odbudowę telomerów – odcinków chromosomów skracanych przy każdym podziale komórki. Można było więc spekulować, że posiadanie bardzo długich telomerów oraz wysoka aktywność telomerazy gwarantuje wiele podziałów komórkowych, z uniknięciem uszkodzeń DNA. Przeprowadzone na przestrzeni lat badania wykluczyły jednak korelację długości telomerów z długością życia. Obecnie uważa się, że nie istnieją pojedyncze

geny odpowiedzialne za długowieczność. Możemy natomiast przypuszczać, że występuje zespół genów, związany przede wszystkim z naprawą DNA, chroniący nas przed rozwojem nowotworów. Dzięki niemu wszelkie mutacje powstające w ciągu całego życia są likwidowane, a proces nowotworzenia, tak bardzo zagrażający wszystkim starszym ludziom, ma mniejszą szansę się rozwinąć. Istnieją także geny związane z neutralizacją wolnych rodników, stanowiących również duże zagrożenie. Kolejną grupą są geny związane z hormonami odpowiadającymi za gospodarkę węglowodanową. Oczywiście posiadanie „dobrego zestawu genów" nie jest gwarantem długowieczności, nie należy bowiem zapominać o prawidłowym sposobie odżywiania i stylu życia. Tak samo nie znaczy to również, że osoba o „przeciętnym zestawie genów" nie może dożyć sędziwego wieku.

Jakie zmiany w fizjologii obserwujemy wraz z procesem starzenia się organizmu?

O długowieczności decyduje przede wszystkim naturalny i fizjologiczny proces starzenia. Rozpoczyna się on w momencie zakończenia wzrostu, czyli w wieku około 25 lat. Początkowo jest on dla nas całkowicie niewidoczny. W wieku 60–65 lat u zdrowych ludzi zaczynają się pojawiać pierwsze objawy starzenia, nasilają się one około 75. roku życia, a najbardziej dotkliwe stają się u ludzi sędziwych, po dziewięćdziesiątym roku życia. Warto zaznaczyć, że starzenie nie dotyczy jednakowo wszystkich funkcji organizmu. Dla mnie, jako specjalisty z dziedziny żywienia, najbardziej interesujące są zmiany zachodzące wraz z upływem lat w obszarze przewodu pokarmowego. Pierwszą ze zmian, pojawiającą się w obrębie jamy ustnej, jest zmniejszone wydzielanie śliny. Wiąże się to z potrzebą większego uwodnienia pokarmu, który ułatwi proces przełykania. U mniej zamożnych ludzi dodatkowy problem stanowią braki uzębienia. Kolejną kwestią jest niedomykalność przełyku, objawiająca się refluksem, dość powszechnym u ludzi starszych. Z kolei w żołądku obserwujemy zmniejszone wydzielanie kwasu solnego oraz enzymów, co znacznie upośledza proces trawienia. Ponadto wraz z wiekiem pojawia się niedobór czynnika wewnętrznego, tzw. czynnika Castle'a, który jest odpowiedzialny za wchłanianie witaminy B12. W związku z tym ludzie starsi szczególnie narażeni są na niedobór tej witaminy, nawet przy jej odpowiedniej podaży z pożywieniem. Z wiekiem zauważalne staje się pogorszenie motoryki przewodu pokarmowego, czego skutkiem najczęściej są uporczywe zaparcia. Niezwykle znaczący wpływ na pogarszający się proces trawienia ma również osłabienie funkcji zmysłów. Zmniejszająca się liczba kubków smakowych powoduje, że smak odczuwalny jest znacznie słabiej, co często bywa pośrednią przyczyną niedostatecznego przyjmowania składników odżywczych przez ludzi starszych. W tym miejscu warto wspomnieć o zjawisku sytości sensorycznie specyficznej. Sytość należy do odczuć psychicznych, regulowanych w ośrodku głodu i sytości w podwzgórzu. Sytość sensorycznie specyficzna natomiast wiąże się z funkcjonowaniem zmysłów. Biorąc za przykład chałwę, produkt o określonym smaku, zapachu i konsystencji, zauważamy, że początkowa przyjemność związana z jej spożyciem w miarę jedzenia większych ilości tego wyrobu stopniowo maleje. Wynika to z tego, że receptory odbierające smak słodki wyczerpują swoje zapasy energii, co skutkuje zmniejszonym przekaźnictwem sygnału przesyłanego do mózgu. W tym samym czasie receptory innych smaków nie są używane i mogą w pełni efektywnie działać, dzięki czemu mamy ochotę do sięgnięcia po produkty słone czy kwaśne. Zatem sytość sensorycznie specyficzna dotyczy bodźców smakowych, które są związane z pokarmem aktualnie spożywanym. Z tym wiąże się zdolność, która u ludzi młodych i dorosłych sprzyja urozmaicaniu odżywiania. U ludzi w podeszłym wieku to zjawisko zanika. Starszemu człowiekowi nie przeszkadza monotonia, co jest bardzo niekorzystne dla stanu odżywienia jego organizmu, dlatego należy świadomie urozmaicać jego dietę, odpowiednio ją bilansując. Kolejny aspekt związany jest z nawodnieniem organizmu. Mianowicie, w fizjologicznych warunkach u ludzi młodych i dorosłych ujemny bilans wody sprzyja uczuciu pragnienia. Ten mechanizm wiąże się z różnymi czynnikami, w tym z gospodarką hormonalną, wraz z wiekiem jednak ulega on znaczącemu osłabieniu. W efekcie ludzie starsi bardzo często nie czują pragnienia, a piją jedynie z przyzwyczajenia. W związku z tym niezwykle istotne jest zadbanie o odpowiednią podaż wody u seniorów, celem zapobiegania groźnemu w skutkach odwodnieniu.

Odbiegając odrobinę od tematu, czy to prawda, że istnieje coś takiego jak „mądrość organizmu", która poprzez apetyt na poszczególne potrawy bogate w różnorakie składniki odżywcze podpowiada nam, jakich substancji nam aktualnie brakuje?

Kiedyś podejrzewano, że istnieje mechanizm, dzięki któremu człowiek potrafi wyczuwać u siebie niedobory poszczególnych składników odżywczych i odpowiednio kształtować swoją dietę. W rzeczywistości jest to kwestia bardzo złożona i jeśli taki mechanizm niegdyś był skuteczny, to współcześnie nie może już u nas prawidłowo funkcjonować. Wytłumaczę to na przykładzie. Otóż wszystkie ssaki (wyjątki: żyrafa i miś koala) oraz owady rodzą się z upodobaniem do smaku słodkiego. I właśnie bodziec tego smaku jest w ich mózgu odbierany jako przyjemny. Dawniej źródłem smaku słodkiego były wyłącznie owoce, które nie tylko stanowią źródło różnego rodzaju cukrów będących łatwo przyswajalnym źródłem energii, ale również wielu witamin i składników mineralnych. Osobniki, które zdolne były do wyczuwania smaku słodkiego, miały większa szansę na przeżycie i wydawanie na świat potomstwa, stąd ta właśnie zdolność stała się dominująca jako korzystna dla gatunku. Jednak z chwilą wyodrębnienia cukru z buraka czy trzciny cukrowej i przetwarzania go w różnego rodzaju słodycze, pozbawione witamin i minerałów, słuchanie podpowiedzi naszego instynktu, który zachęca nas do spożywania tego typu słodkiego pożywienia, nie jest dla nas korzystne. Może łatwo prowadzić do rozwoju takich jednostek chorobowych, takich jak cukrzyca typu II czy otyłość. Rzecz ma się podobnie, jeśli chodzi o odczucie smaku gorzkiego, który odrzucany jest zarówno przez człowieka (od razu po narodzinach), jak i przez większość zwierząt. Z czego to wynika? W tej kwestii również należy wziąć pod uwagę to, że historycznie źródłem smaku gorzkiego były przede wszystkim alkaloidy roślinne, w większości dla nas szkodliwe. Także produkty rozpadu białek, tzw. jady trupie, są truciznami o gorzkim smaku. W związku z tym osobniki, które nie potrafiły wyczuć smaku gorzkiego nie były ostrzegane przed niebezpieczeństwem zatrucia i z reguły ginęły. Przeżywały te, które posiadały te zdolność i oceniały smak gorzki jako ten, którego należy unikać. Ta cecha utrwaliła się u większości gatunków. Obecnie natomiast jest tak, że wiele szkodliwych dla organizmu substancji jest słodkich, przykładowo sole kadmu, a z kolei to, co jest gorzkie, na przykład chinina dodawana do toników, wcale nie jest trujące. Jest to kolejny dowód na to, że to, co instynktownie moglibyśmy określić jako „mądrość organizmu", nie sprawdza się w obecnych warunkach.

O długowieczności decyduje przede wszystkim naturalny i fizjologiczny proces starzenia. Rozpoczyna się on w momencie zakończenia wzrostu, czyli w wieku około 25 lat

www.stock.adobe.com

Niedobór niektórych składników w pożywieniu, na przykład soli mineralnych, może prowadzić do rozwoju pewnych zaburzeń w zachowaniu, na przykład do spożywania substancji niejadalnych.

Pica, czyli pewne odchylenie w żywieniu, pojawiające się u ludzi z niedoborami mineralnymi, na przykład u dzieci, które są w stanie zjeść wapnowaną ścianę, uzupełniając tym samym występujące niedobory wapnia w organizmie. Często obserwowanym zjawiskiem u nieletnich w Afryce jest też jedzenie ziemi, przy niedoborach żelaza czy innych składników. Tego typu zachowania, choć w określonych warunkach mogą okazać się korzystne, nie dowodzą występowania u człowieka „mądrości organizmu". W jakimś sensie można za nią uznać natomiast tzw. mechanizmy odruchów warunkowych, dzięki którym

czujemy awersję do produktów, które w przeszłości nam zaszkodziły, a lubimy takie, które nasza pamięć powiązała z ustąpieniem dolegliwości lub dobrym samopoczuciem. Preferencje pokarmowe sterowane przez reakcje warunkowe nie są trwałe i zwykle z czasem ustępują, ale doraźnie mogą sprzyjać lepszemu zaspokojeniu potrzeb organizmu.

Czy pandemia COVID-19 wpłynęła na parametry długości życia w Polsce?

Całkiem niedawno analizowałem dane Głównego Urzędu Statystycznego, dotyczące tego, jak panująca pandemia wpłynęła na te parametry w Polsce. W 2018 roku odbył się narodowy kongres żywienia, poświęcony ludziom starszym, na którym opublikowano najnowsze dane, według których mężczyźni żyją średnio 74 lata, a kobiety 82 lata. Jeśli chodzi natomiast o życie w zdrowiu, to w przypadku mężczyzn jest to około 60 lat, a u kobiet 67 lat. Co więcej, udowodniono, że średnia długość życia całej polskiej populacji od kilkudziesięciu lat sukcesywnie wzrasta. W chwili obecnej jednak, w obliczu pandemii COVID-19, średnia długość życia zmalała do takiej, którą obserwowaliśmy 12 lat temu, a obliczana przez Zakład Ubezpieczeń Społecznych przewidywana dalsza długość życia skróciła się aż o 13 miesięcy. Sytuacja epidemiologiczna spowodowała ponadto zmiany demograficzne i pojawienie się innych, pośrednich zagrożeń, które również wpłynęły na parametry długości życia.

Bardzo interesujący jest fenomen tzw. niebieskich stref, czyli miejsc, w których ludzie żyją zaskakująco długo. Czy mógłby Pan Profesor przybliżyć ten temat?

Na początku XXI wieku wiele instytutów zlokalizowanych w Stanach Zjednoczonych rozpoczęło badania nad długowiecznością. Ich celem było wyszukanie miejsc na świecie, gdzie relatywnie żyje najwięcej ludzi mających powyżej 100 lat. Wszystkie zebrane dane wymagały dokładnej i rzetelnej weryfikacji, stąd społeczności tradycyjnie uważane za długowieczne, ale w których brakuje wiarygodnych dokumentów (na przykład aktów urodzeń i zgonów), nie mogły zostać wzięte pod uwagę. Eksperyment obejmował także osoby po dziewięćdziesiątym roku życia, żyjące w dobrym zdrowiu i wykazujące pełną aktywność. W efekcie wyodrębniono pięć miejsc, nazwanych później niebieskimi strefami. Można do nich zaliczyć wyspy: Okinawę, Ikarię i Sycylię, kostarykański półwysep Nicoya oraz miasteczko położone w południowej Kalifornii – Loma Linda. Co ciekawe, we wspomnianej przeze mnie Ikarii znaleziono dziewięcioro rodzeństwa, które łącznie liczyło 920 lat, co jest dowodem imponującej długowieczności rodzinnej.

Z perspektywy geograficznej – na tle wspomnianych niebieskich stref, gdzie dominują wyspy – szczególną uwagę zwraca miasteczko Loma Linda, położone śródkontynentalnie. Co stanowi o jego wyjątkowości?

Ten przypadek powinniśmy potraktować oddzielnie z powodu występującej tam specyficznej społeczności. Mianowicie Loma Linda stanowi centrum ruchu Adwentystów Dnia Siódmego. Wyznawcy tej religii zwracają niesłychaną uwagę na zdrowy styl życia. Jako wymóg traktują regularną aktywność fizyczną, wystrzeganie się używek oraz zdrową dietę (z dominującym udziałem produktów roślinnych). I w efekcie na tle całego kraju miasto to wyróżnia się o 10 lat dłuższą średnią długością życia.

Jakie dokładne dane uzyskiwano podczas badań?

Podczas eksperymentu do niebieskich stref wysłano duże, zorganizowane grupy badawcze, których głównym zadaniem było poznanie lokalnych społeczności, ich codziennych nawyków, sposobu odżywiania i zachowań. Następnie pozyskane dane przetworzono z użyciem nowoczesnej technologii informatycznej, wyodrębniając wspólne dla wszystkich stref cechy odżywiania i stylu życia. Na tej podstawie opracowano tzw. 9 przykazań długowieczności, znanych jako recepta na długowieczność według Dana Beuttnera.

Skuteczność konsekwentnie realizowanych programów prozdrowotnych została udowodniona w praktyce już w latach dziewięćdziesiątych w Karelii Północnej, krainie leżącej na terenie wschodniej Finlandii. Średnia długość życia mężczyzn żyjących wówczas w tamtych rejonach wynosiła jedynie 40–45 lat, co stanowiło niezwykle istotny problem społeczny. Miejscowe władze zwróciły się więc o pomoc do specjalistów, a następnie na terenie całego obszaru wprowadzono radykalne restrykcje wymuszające na społeczeństwie zmianę trybu życia i nawyków żywieniowych. Przykładem tego był między innymi zakaz serwowania w lokalnych

Eugeniusz Jarosik

prof. dr hab. JAN GAWĘCKI

Technolog żywności i żywienia, profesor nauk rolniczych, przez wiele lat związany z Wyższą Szkołą Rolniczą w Poznaniu (przekształconą w Akademię Rolniczą, a następnie w Uniwersytet Przyrodniczy). Był współtwórcą Katedry Higieny Żywienia Człowieka na poznańskiej uczelni. W pracy naukowej zajął się zagadnieniami z zakresu fizjologii i higieny żywienia człowieka. Autor ponad 400 prac naukowych. Był członkiem Komitetu Nauki o Żywieniu Człowieka Polskiej Akademii Nauk oraz rady Fundacji na rzecz Nauki Polskiej. Wyróżniony tytułami doktora honoris causa Uniwersytetu Przyrodniczego we Wrocławiu (2012 r.) oraz Szkoły Głównej Gospodarstwa Wiejskiego w Warszawie (2013 r.).

restauracjach niezdrowych, wysokoprzetworzonych posiłków pod groźbą utraty licencji na prowadzenie lokalu. Co więcej, udało się wywołać taki społeczny klimat, w którym ludzie przestrzegali wdrożonych reguł i wzajemnie zachęcali się do prozdrowotnych zachowań, na przykład regularnych ćwiczeń fizycznych. Prowadzone kampanie edukacyjne spowodowały, że odsetek tamtejszych palaczy zmalał aż o połowę. Znacznie zwiększył się udział warzyw w diecie, zmalał istotnie udział w niej tłuszczów, a konsumpcja soli spadła o 20%. Dzięki temu w stosunkowo krótkim czasie udało się wydłużyć średnią długość życia mężczyzn aż o 10 lat, liczba osób z hipercholesterolemią zmalała o 80%, a umieralność na raka płuc została zredukowana o 20%. W skali całego regionu stanowi to imponujący wynik.

W nawiązaniu do wymienionej wyżej fińskiej kampanii społecznej podobny program, oparty na wynikach badań niebieskich stref, wprowadzono w Stanach Zjednoczonych w latach 2002-2013. Początkowo jedynie na wybranych obszarach, obejmujących trzy kalifornijskie miasta ze stosunkowo wysoką umieralnością. Gdy zastosowane działania przyniosły oczekiwane efekty, za tym przykładem poszedł gubernator stanu Ohio, rozszerzając z powodzeniem to przedsięwzięcie na cały stan.

Jaki jest pański osobisty stosunek do wspomnianych wyżej zaleceń? Czy traktuje je Pan jako receptę na długowieczność?

Osobiście uważam, że wskazania wynikające z badań niebieskich stref, mające prowadzić do długowieczności, są warte uwagi i upowszechnienia. W większości znajdują one odzwierciedlenie w popularyzowanej ostatnio na świecie tzw. diecie planetarnej. Dieta ta nawiązuje do zrównoważonego rolnictwa i wiąże ze sobą aspekt zbilansowania diety z ochroną środowiska naturalnego naszego globu. Pojęciem związanym z dietą planetarną jest tzw. ślad węglowy, będący umownie przyjętą miarą, odpowiadającą sumie gazów cieplarnianych emitowanych w związku z określoną działalnością człowieka. Warto być świadomym ilości emitowanych gazów, takich jak dwutlenek węgla czy metan podczas produkcji, dystrybucji i przechowywania poszczególnego rodzaju żywności. Dla warzyw i produktów zbożowych liczba ta wynosi około 1 kg ekwiwalentu CO_2, dla produktów pochodzenia odzwierzęcego, takich jak mleko czy sery, 20 kg, a dla wołowiny aż 60 kg. Dane te niezaprzeczalnie pokazują zatem, jak wielkie spustoszenie w środowisku powoduje wysokotowarowa produkcja zwierzęca. Wobec tego dieta planetarna dość radykalnie skręca w kierunku ograniczenia spożywania mięsa. Ponieważ jest to zgodne z aktualnymi zaleceniami żywieniowymi wynikającymi z pobudek zdrowotnych uważam, że tę zasadę powinno się wprowadzić również w żywieniu ludzi starszych, szczególnie jeśli chodzi o mięso czerwone i wysokoprzetworzone.

Kolejną motywacją do zmniejszenia produkcji zwierzęcej jest solidarność społeczna. Jeżeli przyjmiemy bowiem za 100% ilość energii uzyskanej z danego obszaru w postaci produkcji roślinnej, na przykład zboża czy ziemniaków, to wykorzystując ten sam teren na hodowlę zwierząt (wypas lub produkcję paszy), ilość otrzymanej energii

w przypadku produkcji mleka wyniesie 15%, a wołowiny zaledwie 4%. Liczby te uzmysławiają nam, że stawiając na produkcję roślinną, jesteśmy w stanie wyżywić, jeśli chodzi o kalorie, około 25 razy więcej ludzi niż gdyby żywić ich wołowiną. Istotę problemu potęguje fakt, że obecnie jesteśmy w stanie, osuszając bagna i trzebiąc lasy, zwiększyć areał uprawny jedynie o 5%, co wiążę się z dalszą dewastacją przyrody. Dlatego też, biorąc pod uwagę wciąż zwiększającą się liczbę ludności, musimy zwracać większą uwagę na tę solidarność społeczną, która wpisuje się w aspekty długowieczności.

Polska nie plasuje się na wysokim miejscu, jeżeli chodzi o średnią długość życia, w przeciwieństwie do na przykład Kanady, w której parametr ten jest znacząco wyższy. Co Pana zdaniem powinniśmy zmienić jako społeczeństwo, aby ten stan zmienić? Na co należy zwrócić szczególną uwagę?

Podczas podróży po świecie bardzo zaskakującym dla mnie okazało się zupełnie odmienne niż w Polsce nastawienie ludzi do siebie nawzajem. Wydaje mi się, że poza granicami naszego kraju poszczególne społeczności są zazwyczaj bardziej uśmiechnięte i życzliwe dla siebie. Kolejną kwestią, która w ostatnim czasie bardzo się uwydatniła, jest brak zaufania do rzetelnej wiedzy naukowej i autorytetów. Taki stan rzeczy stwarza dogodne warunki do szerzenia się parawiedzy. Inwazja płynącej zewsząd dezinformacji, podporządkowana najróżniejszym interesom, powoduje, że człowiek bezustannie „zalewany jest" sprzecznymi treściami. I w tym właśnie upatruję przyczynę pojawienia się najróżniejszych szkodliwych ruchów, na przykład antyszczepionkowców. Mam wrażenie, że jesteśmy świadkami okresu w historii świata, w którym realna wiedza przestaje mieć zasadnicze znaczenie, a prawda wydaje się coraz mniej atrakcyjna. Niedawno byłem świadkiem odbywającej się w telewizji rozmowy na temat żywienia dzieci i niemowląt, w której uczestniczył profesor, wielki autorytet w tej dziedzinie oraz celebrytka, matka jednego dziecka. W dyskusji po jakimś czasie doszło do ostrej wymiany zdań. Owa celebrytka wyższość swoich racji uargumentowała własnym doświadczeniem i sukcesami zawodowymi, całkowicie ignorując wiedzę i badania naukowe. Takie działania środków masowego przekazu również sprzyjają temu, że ludzie przestają ufać instytucjom powołanym do tego, aby w określonym obszarze działać profesjonalnie i rzetelnie. Jeśli do tego dodamy, że coraz częściej w mediach dominują względy polityczne, a nie merytoryczne, to odbudować zaufanie społeczeństwa do tych instytucji będzie niezwykle trudno.

Kluczowe jest kształtowanie postaw prozdrowotnych we wszystkich grupach wiekowych.

Coraz więcej ludzi zrozumiało już znaczenie na przykład aktywności fizycznej dla zdrowia i zdało sobie sprawę, jakie korzyści z niej płyną. Regularnie biegają, uczęszczają na siłownie czy chodzą z kijkami. Doceniają wartość zachowań prozdrowotnych i profilaktyki. Potrzebna jest też jak najszersza edukacja żywieniowa społeczeństwa. Nie powinno się natomiast wspierać takich działań, które choć przynoszą zyski, to są sprzeczne z nauką oraz ideą zdrowego stylu życia.

Dopytując o kwestie związane z żywieniem człowieka, czy mógłby Pan wskazać produkty, których należy się wystrzegać i te, które powinniśmy spożywać jak najczęściej, aby zachować zdrowie i dobrą kondycję?

Mogę tu przytoczyć wskazówki, które zostały określone w ramach badań nad wspomnianymi wcześniej niebieskimi strefami. Sprowadzają się one do 4 ZAWSZE (razowy chleb, orzechy, fasola i zielone warzywa, owoce) i 4 NIGDY (słodzone napoje, słone przekąski, konserwy mięsne, paczkowane słodycze). Są one niezwykle proste i jednocześnie nietrudne do wprowadzenia w życie. Zaskakującym może być fakt, że nawet jeśli dojadamy między posiłkami orzechy i owoce, wyłożone na półmisku w widocznym miejscu, to nie wpływa to niekorzystnie na nasze zdrowie. Co innego, jeśli na tym półmisku znajdują się słodycze czy wysokoprzetworzone, słone przekąski.

Warto również zwrócić uwagę, że dieta mieszkańców niebieskich stref, podobnie jak naszych przodków, opiera się głównie na produktach mało przetworzonych, lepiej zachowujących wartości odżywcze. Współczesna nauka także radzi unikać spożywania żywności wysokoprzetworzonej i tzw. żywności śmieciowej. Nie jest to niestety takie łatwe, bywa, że ja sam, na przykład podczas oglądania meczu, odruchowo sięgam po chipsy, które do takiej żywności się zaliczają.

Sprawą nie bez znaczenia jest rozmiar używanych podczas posiłków talerzy. Aby zapobiec przejadaniu

się, warto, aby ich średnica nie przekraczała około 25 cm. Ponadto należy unikać nakładania żywności prosto z półmiska, by nie stracić kontroli nad ilością spożywanej żywości. Myślę, że kilka prostych wskazówek zaczerpniętych z badań niebieskich stref pomoże nam racjonalniej się odżywiać.

Średnia długość życia ludzi w ostatnich stuleciach wzrastała bardzo wyraźnie i tak jak Pan Profesor wcześniej wspominał, spowodowane to było głównie poprawą opieki okołoporodowej. Czy uważa Pan, że w momencie kiedy opieka ta jest już na możliwie najwyższym poziomie, ten trend nadal się utrzyma i średnia długość życia będzie coraz dłuższa? Czy może w pewnym momencie zatrzyma się na określonym poziomie?

Obecny stan wiedzy, biorąc pod uwagę możliwości organizmu człowieka, wskazuje, że jesteśmy „zaprogramowani" na życie nawet do 120-130 lat. W dożyciu takiego wieku bardzo pomocna mogłaby okazać się genetotrofia, która jest teorią żywieniową, ustalającą poszczególne normy i zalecenia żywieniowe, zgodnie z naszymi uwarunkowaniami genetycznymi i metabolicznymi, płcią, wiekiem czy ciężarem ciała. Choć jest to jeszcze bardzo daleka „melodia przyszłości", to obecnie możliwe już jest wykonanie badań genetycznych, na których podstawie można określić pewne „słabe punkty organizmu" i allele genów, a do nich dostosować żywienie. Niestety, czy takie dobrane „na miarę" jedzenie okaże się smaczne – to już zupełnie inna kwestia.

Podsumowując, uważam, iż mamy fizjologiczne możliwości na znacznie dłuższe życie i podejrzewam, że za jakiś czas niemalże wszyscy będziemy w stanie dożyć 100 lat, będąc aktywnymi i normalnie funkcjonując. I to niezależnie od tego, że co jakiś czas będą się zdarzały różne pandemie, tak jak doświadczamy tego obecnie. Myślę, że tendencja rosnąca utrzyma się i będzie spowodowana w głównej mierze zmianą stylu życia, bo jeśli chodzi o możliwości medycyny, na przykład w zakresie opieki okołoporodowej, to zrobiono już niemalże wszystko, co możliwe. Osiągnięcia medycyny będą miały większe znaczenie w przypadku różnorakich chorób, ale jeśli mówimy o ludziach zdrowych, to właśnie styl życia i codzienne nawyki, w tym te żywieniowe, będą odgrywały największą rolę w przesuwaniu tej granicy długowieczności. Bardzo dużo zależy od naszego podejścia, nie należy bowiem pozwolić, by w społeczeństwie zwyciężyła filozofia, w myśl której „lepiej żyć krócej, ale przyjemniej".

Rozmawiały mgr farm. JOANNA RUTKOWSKA
i mgr farm. KAMILA RYSZEWSKA
„Farmacja Wielkopolska"

Eugeniusz Jarosik

MGR FARM. KAMILA RYSZEWSKA, PROF. DR HAB. JAN GAWĘCKI I MGR FARM. JOANNA RUTKOWSKA

dr n. farm. HANNA PIECHOCKA-KOCZWARA

HARA HACHI BU

Czynniki genetyczne wpływają na długość życia człowieka w około 20%. Znacznie większe znaczenie mają uwarunkowania środowiskowe i styl życia.

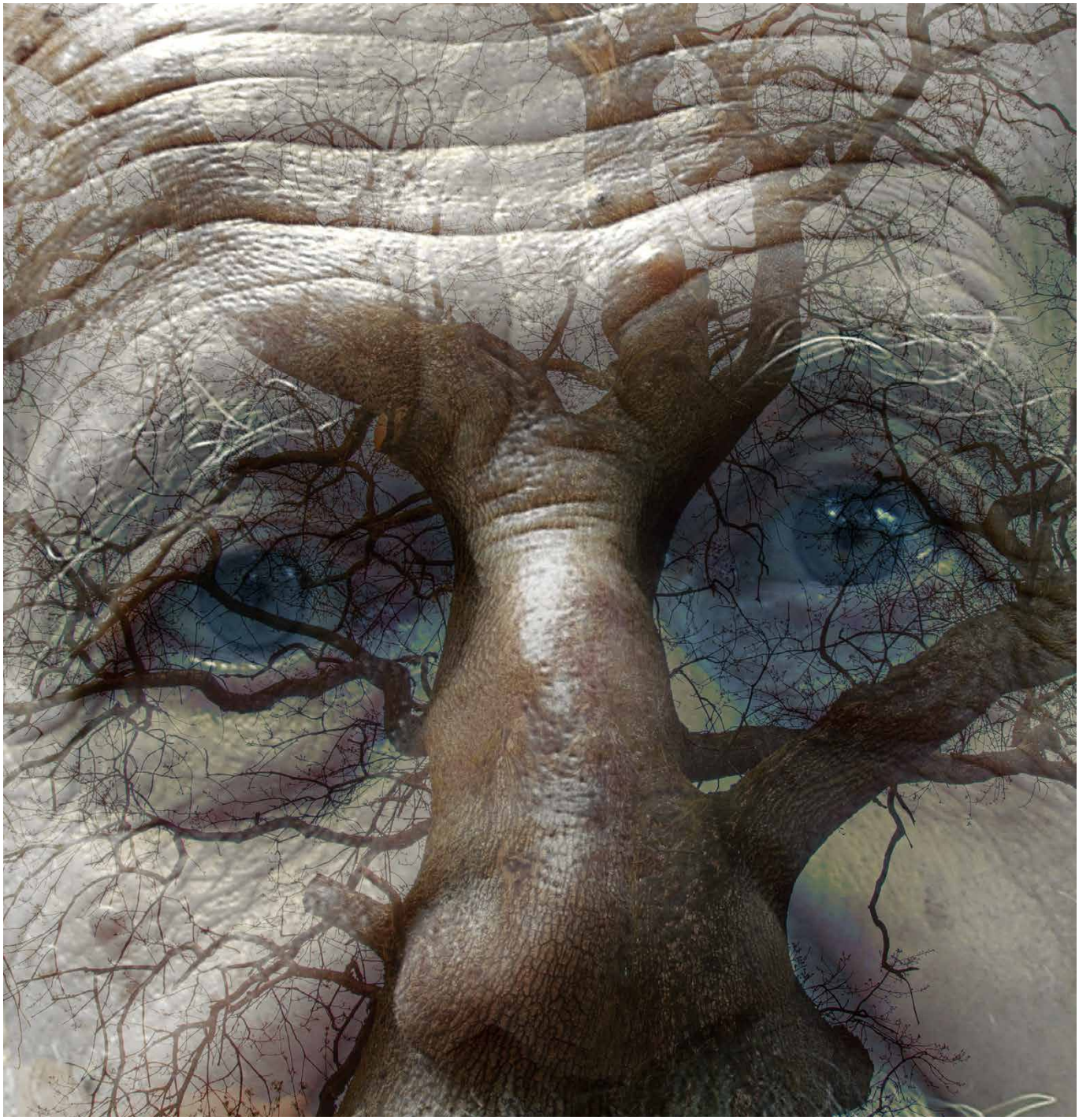
Ważna jest właściwa dieta. Szansę na dłuższe życie mają na przykład flexitarianie, którzy ograniczają ilość mięsnych dań w ciągu tygodnia. Podstawą diety stulatków są przede wszystkim warzywa i owoce. Świetnym przykładem są długowieczni Grecy, którzy pod względem spożycia warzyw należą do światowych rekordzistów. Co wybierają najczęściej? Pomidory, oliwki, czosnek, paprykę, cukinię, bakłażany i karczochy. Potrawy doprawiają oliwą z oliwek, która reguluje procesy trawienia.

Jakie słowa wypowiadają Okinawczycy po jedzeniu? Hara hachi bu, czyli brzuch pełny w 80%. Stara konfucjańska reguła, mądrość przodków zawarta jest więc w zaleceniu, żeby się nie przejadać. Dlatego mieszkańcy japońskiej wyspy przestają jeść, kiedy czują, że ich żołądek jest prawie pełny. W ten prosty sposób unikają długiego procesu trawienia, który przyspiesza procesy oksydacyjne komórek i prowadzi do starzenia organizmu. Badania specjalistów w zakresie żywienia wykazały, że spożycie kalorii przez mieszkańców Okinawy wynosi zaledwie 1800–1900 dziennie (średnia w pozostałych regionach Japonii to 2068), a ich BMI oscyluje pomiędzy 18 a 22.

Długowieczni seniorzy nie słodzą i nie chorują na otyłość czy cukrzycę. Dla przykładu Okinawczycy jedzą o 30% cukru mniej w porównaniu z mieszkańcami innych regionów Japonii i głównie jest to cukier trzcinowy, z kolei mieszkańcy Sardynii używają miodu. Zamiast czekoladowych przekąsek zjadają owoce, które zawierają witaminy i błonnik. Włókno pokarmowe nie tylko pomaga oczyścić organizm z toksycznych produktów przemiany materii i metali ciężkich, ale dodatkowo ma efekt żelujący, co spowalnia uwalnianie cukru. Dotychczasowe badania pokazały, że zwiększenie spożycia błonnika w diecie obniża o 14% ryzyko rozwoju chorób serca, a także redukuje o 27% ryzyko zgonu wywołanego na skutek chorób wieńcowych.

Polacy z przypraw znają głównie dwie – sól i pieprz. Sól oczywiście kuchenną, a pieprz najlepiej czarny. Tymczasem jeśli już solić, to należy używać bogatej w mikroelementy soli morskiej, pilnując dziennej dawki do 5 g. Smaku daniom długowiecznych dodają zioła, które usprawniają procesy trawienia. Włosi mają słabość do oregano, tymianku i rozmarynu, Grecy nie wyobrażają sobie kuchni bez kminku, kopru, czosnku i bogatej w witaminę C cytryny. Z kolei japońscy stulatkowie nie rozstają się z pieprzem okinawskim, bylicą piołunem i znaną z właściwości przeciwzapalnych kurkumą.

Zdrowa dieta powinna opierać się na świeżej, nieprzetworzonej żywności, a piramida zdrowego żywienia powinna uwzględniać regionalne produkty.



Igor Morski

Należy zachować różnorodność produktów i wystrzegać się wiary w jeden magiczny produkt czy cudowną dietę, która zapewni dobre zdrowie do późnej starości. Wbrew powszechnym przekonaniom to nie mieszkańcy rejonu Morza Śródziemnego (vide dieta śródziemnomorska) żyją najdłużej. Lepiej pod tym względem prezentują się osoby zamieszkujące górzyste okolice bliżej Atlantyku, gdzie spożywa się tłuste potrawy, z dużą ilością sosów.

Szansę na dłuższe życie zwiększa też aktywność fizyczna. Wiele dotychczasowych badań pokazało, że codzienny spacer jest tą formą aktywności, dostępną prawie dla każdego, która pozwala na regulację poziomu cukru we krwi, zmniejsza zachorowalność na cukrzycę typu II i schorzenia kardiologiczne. Coraz

www.stock.adobe.com

więcej fitnessowych guru docenia NEAT (non-exercise activity thermogenesis), czyli spontaniczną aktywność fizyczną niezwiązaną z treningiem. NEAT łatwo zwiększyć – wystarczy, że zamiast siedzieć, będzie się stało. W trakcie oglądania seriali można prasować na stojąco. I na przykład można porzucić windę na rzecz schodów.

Sen umożliwia odpowiedni wypoczynek i regenerację organizmu. Jest on niezbędny, aby zachować zdrowie fizyczne i psychiczne. Podczas snu mózg naprawia uszkodzenia, porządkuje nowe informacje, a nierzadko rozwiązuje problemy. Nie bez powodów mówi się o śnie jako najlepszym kosmetyku. Już dwie nieprzespane noce znacznie zmniejszają zdolność koncentracji oraz jasność umysłu. Co więcej, niedobór snu wpływa na układ immunologiczny, obniżając jego odporność i zwiększając tym samym podatność na choroby. Według badań, osoby po 65. roku życia powinny spać 7-8 godzin dziennie.

Długowieczność mają też zagwarantować specjalne eliksiry i rośliny o szczególnych właściwościach.

- **Manayupa** to wieloletnia roślina krzewiasta występująca jedynie w kilku górzystych prowincjach Peru. W jej liściach znajdują się między innymi cenne dla zdrowia flawonoidy i saponiny, olejki eteryczne i sole mineralne. Manayupa znana jest przede wszystkim z silnych właściwości oczyszczających – wypłukuje z krwi toksyny, usprawnia pracę wątroby i nerek, działa moczopędnie. Jest pomocna przy leczeniu wielu chorób i pozwala na długo zachować zdrowie.
- **Olej lniany** z sokiem z cytryny uważa się za najzdrowszy olej na świecie. Przede wszystkim jest to cenne źródło kwasów tłuszczowych omega-3, które są niezbędne do prawidłowego funkcjonowania organizmu. Olej lniany jest budulcem tkanek, reguluje przemianę materii, pomaga leczyć choroby skórne, depresję oraz obniża poziom złego cholesterolu. Chroni również przed nowotworem prostaty, piersi i płuc. Eliksirem zdrowia i długowieczności jest mieszanka przygotowana z wody (jedna trzecia szklanki), 1-2 łyżek oleju i 1-2 łyżek soku z cytryny. Płyn należy spożywać trzy razy dziennie. Nieoczyszczony olej lniany (6-7 łyżek) można również zmiksować z chudym białym serem i naturalnym jogurtem, dzięki czemu kwasy tłuszczowe omega-3 szybciej się wchłoną w przewodzie pokarmowym.
- **Żurawina** – nie bez powodu żurawinę nazywa się ją „mistrzynią leczenia". Ponieważ pełno jest w niej witamin (A, C, witaminy z grupy B), działa jak antybiotyk, dostarczając organizmowi błonnika, pektyn i wielu cennych pierwiastków. Naukowcy dowiedli, że żurawina zmniejsza ryzyko zawału, chroni przed wrzodami żołądka, usuwa wolne rodniki, zapobiega chorobom dziąseł i infekcjom dróg moczowych. Koktajl z żurawin przede wszystkim wspomaga wydalanie i zaprowadza równowagę hormonalną.
- **Vilcacora**, zwana również kocim pazurem, jest rośliną leczniczą, która rośnie dziko w tropikalnych lasach Ameryki Środkowej,

a także w północnych rejonach Ameryki Południowej. Czepota puszysta zawiera cenne dla zdrowia alkaloidy, dlatego działa przeciwnowotworowo, przeciwzapalnie, przeciwwirusowo, wzmacnia również system odpornościowy.

- **Eliksir młodości i długowieczności** – tę nalewkę uważa się za najstarszy na świecie lek homeopatyczny. Poprawia ukrwienie serca i mózgu, reguluje gospodarkę tłuszczową, oczyszcza organizm z cholesterolu, uelastycznia naczynia krwionośne. Przygotowuje się ją według przepisu: około 350 g obranego, rozdrobnionego i włożonego do słoja czosnku zalewa się 300 ml spirytusu (95 proc.) i odstawia na 10 dni w chłodne i ciemne miejsce (może być lodówka). Po tym czasie należy wycisnąć sok przez gazę i odstawić na kolejne 3-4 dni. Nalewkę pije się trzy razy dziennie na kwadrans przed posiłkiem, dodając krople do przegotowanego i ostudzonego mleka bądź kefiru.
- **Chuchuhuasi** – pod tą tajemniczą nazwą kryje się występujące w Amazonii drzewo pokryte grubą, połyskliwą korą, która zawiera cenne dla zdrowia substancje. Drzewo chuchuhuasi działa przeciwzapalnie i przeciwbólowo, oczyszcza organizm, usprawnia pracę mózgu, jest pomocne przy takich chorobach, jak artretyzm, astma, choroba Parkinsona, stwardnienie rozsiane, robaczyca, reumatyzm czy przy zaburzeniach krążenia. Właściwości chuchuhuasi wzmacniające odporność znane są już od lat 60.
- **„Zioła szwedzkie”** Marii Treben są jednym z najbardziej popularnych preparatów na bazie roślin leczniczych. „Zioła szwedzkie” to nazwa, którą Maria Treben obdarzyła kompozycję ziół i składników roślinnych ku pamięci szwedzkiego lekarza i chemika Urbana Hjärne i Klausa Samsta, którzy pod koniec XVII wieku opisali ją jako elixir amarum, czyli gorzki eliksir. Wcześniej podobne lekarstwo o nazwie elxir ad vitam longam (eliksir długiego życia) stworzył w XVI wieku Paracelsus. Najpierw Paracelsus, a później dr Samst stworzyli mieszankę, którą dzisiaj opisuje się jako „zioła szwedzkie duże”. W jej skład wchodzi 19 ziół, substancji pochodzenia roślinnego i zwierzęcego w różnych proporcjach: gałka muszkatołowa, aloes zwyczajny, kłącze rzewienia, kłącze tataraku, teriak, mirra, kłącze ostryżu cytwarowego, korzeń gencjany, korzeń arcydzięgla, korzeń dyptamu, glinka czerwonobrązowa (armeńska), pniarek lekarski, korzeń dziewięćsiłu, szafran, liść senesu, kamfora, kłącze pięciornika, kastoreum, kwiat muszkatołowca. Mieszanka „zioła szwedzkie małe” zawiera 10 składników.

Z notatek dr. Samsta dowiadujemy się o zadziwiającej skuteczności nalewki. W „Starym rękopisie” wylicza między innymi bóle i zawroty głowy, choroby oczu, takie jak jaskra, ponadto zapalenie gardła, wzdęcia, zaparcia, obrzęki, szumy w uszach, żółtaczkę, trudno gojące się rany, oparzenia, bóle reumatyczne, odmrożenia, bezsenność. W punkcie 46. autor napisał: „Kto zażywa krople codziennie rano i wieczorem, nie potrzebuje innych lekarstw, ponieważ zioła wzmacniają cały organizm, odświeżają nerwy i krew, usuwają drżenia rąk i nóg”. Leczniczy wpływ „ziół szwedzkich” został opisany w wielu książkach (na przykład: „Leki z Bożej apteki” J. Schulza i E. Überhubera czy „Apteka Pana Boga” M. Treben), a ich skuteczność potwierdziło wiele prac badawczych.

- **Eliksir długowieczności** powstał na podstawie dwudziestoletnich studiów i badań nad spuścizną o. Czesława Klimuszko. Zawiera naturalne ekstrakty wodne z owocu aronii, owocu głogu, owocu porzeczki czarnej, owocu wiśni aceroli, owocu rokitnika, owocu żurawiny, ziela melisy i ziela wąkroty. Jego działanie przejawia się w kompleksowej ochronie i wspomaganiu organizmu w zakresie spowalniania procesów starzenia się organizmu, ochrony przed związkami kancerogennymi oraz wzmacniania odporności organizmu. Dodatkowo wzmaga produkcję kolagenu i elastyny, a także łagodzi objawy cellulitu.

Znajomość składu chemicznego surowców roślinnych i zwierzęcych pozwala farmaceucie na ocenę, czy efekt działania eliksirów i nalewek to efekt placebo i wiary pacjenta w ich nadzwyczajne działanie, czy wynika z rzeczywistych własności substancji, które zawierają.

afw

dr n. farm.
HANNA PIECHOCKA-KOCZWARA
Kierownik apteki ogólnodostępnej w Świnoujściu.

ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

PIERWIASTKI ŻYCIA

Istnieje zależność między stężeniem niektórych pierwiastków w organizmie – w tym selenu, arsenu i cynku – a ryzykiem rozwoju nowotworów.

Właściwy poziom w organizmie takich pierwiastków, jak selen, arsen czy cynk, może zmniejszyć ryzyko zachorowania na raka. Zespół polskich naukowców z ośrodka badawczego Read-Gene S.A. i Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie odkrył między innymi bardzo mocny związek pomiędzy ryzykiem raka u kobiet a stężeniem arsenu w organizmie. W badaniu ponad 1700 kobiet, które obserwowano przez niemal trzy lata, stwierdzono, że niemal 100 nowotworów różnych narządów wystąpiło w grupie prawie 1300 kobiet z podwyższonym stężeniem arsenu we krwi. Choroby nie wystąpiły w grupie około 400 kobiet ze stężeniem arsenu we krwi poniżej 0,6 µg/l.

Badania rozpoczęły się w latach dziewięćdziesiątych. W ostatnich kilku latach doprowadziły one do spektakularnych wyników, niejednokrotnie unikatowych w skali międzynarodowej, do danych, które są nie do przecenienia i dotyczą zarówno leczenia, jak i profilaktyki nowotworów. Ustalenia te są tak istotne, że należy je jak najszybciej wykorzystać w praktyce, edukując w tym zakresie zarówno lekarzy, jak i pacjentów.

Co było najbardziej nieoczekiwane? – Myśmy się chyba wszyscy spodziewali, że dotychczasowa „klasyczna" profilaktyka będzie bardzo sprawna poprzez wprowadzenie wyników tych badań w życie. Tymczasem okazało się, że tak samo, może nawet mocniej, wpływa na naszą wiedzę, na sytuację pacjentów to, co możemy wyczytać dzięki badaniom pierwiastków. Parametry, które udało się wychwycić, przekraczają nasze wyobrażenia – mówi prof. dr hab. n. med. Jan Lubiński, kierownik Zakładu Genetyki i Patomorfologii Centrum Nowych Technologii Medycznych Pomorskiego Uniwersytetu Medycznego w Szczecinie.

Selen

Selen odgrywa bardzo ważną rolę w organizmie – jest antyutleniaczem, reguluje gospodarkę hormonalną, wzmacnia nasz układ odpornościowy. Zaobserwowano piętnastokrotne obniżenie ryzyka raków pozasutkowych przy optymalnym poziomie selenu w surowicy.

Jak podkreśla prof. Jan Lubiński – nie można u kobiety z rakiem piersi godzić się na niskie stężenie selenu w surowicy krwi. – Jeżeli tego nie przypilnujemy, ryzyko zgonu jest zwiększone w znaczący sposób – dodaje.

Stężenie selenu w surowicy poniżej 70 µg/l, oznacza, że co druga pacjentka umrze w ciągu 10 lat. Przy stężeniu 95-102 µg/l – umrze jedna na trzydzieści. – Powinniśmy dążyć do tego, żeby pacjentki z rakiem piersi miały stężenie selenu w surowicy około 100 mikrogramów na litr. Ryzyko zgonu tych

www.stock.adobe.com

kobiet będzie wynosiło zaledwie kilka procent – dodaje specjalista.

Niemal 40% Polek ma za mało selenu, ale aż 30% ma go za dużo – to są głównie osoby, które nadużywają suplementacji. – Jak jest za mało selenu, to jest źle. Okazuje się, że jest dużo osób z nadmiarem tego pierwiastka, jak gdyby zatrutych i to jest szkodliwe. To się wiąże ze zwiększonym ryzykiem zgonu, a więc krótszym życiem – mówi prof. Jan Lubiński.

Cynk

Badany był nie tylko poziom selenu, ale również innych pierwiastków, na przykład cynku. Cynk w organizmie jest niezbędny między innymi do prawidłowego rozwoju i podziałów komórkowych, ale odgrywa także ważną rolę w procesach starzenia się organizmu i apoptozy komórek. Jest składnikiem kilkuset enzymów.

Cynk jest ważny przede wszystkim dla kobiet powyżej pięćdziesiątego roku życia. Około 25% Polek ma niedobór cynku, a niemal 50% jest zatrutych tym pierwiastkiem. Co również istotne – te pacjentki, które mają bardzo dobry poziom selenu, nie muszą mieć prawidłowego stężenia cynku w surowicy krwi. I – odwrotnie. Cynk jest groźny, jeśli jego stężenie wynosi powyżej 6 tys. µg/l u kobiet po 60. roku życia. Wówczas ryzyko nowotworu jest aż siedemdziesięciokrotnie zwiększone!

– Niski poziom cynku to kilkakrotne obniżenie ryzyka zachorowania na raka – tłumaczy prof. Jan Lubiński.

Szansa dla chorych

Wyniki badań, o których mówi prof. Jan Lubiński, opublikowano w 2018 r. W 2019 r. zostały one zweryfikowane przez szwedzkich badaczy. – Szwedzi podkreślili, że jedyną wcześniejszą pracą na temat poziomu selenu w surowicy i śmiertelności z powodu raka piersi jest badanie wykonane przez grupę Lubińskiego. Nasze wyniki to więc pierwsza tego typu obserwacja na świecie i widać to najlepiej, że wyraźnie nieoczekiwana. Szwedzi te badania powtórzyli i uzyskali niemalże identyczne wyniki. My te badania kontynuujemy. Mamy teraz grupę poddaną dziesięcioletniej obserwacji i ten efekt się nasila. Przy niskim poziomie selenu są zgony, przy selenie wysokim, powyżej 95 µg/l, jest kilkakrotnie mniejsze ryzyko zgonu. To trudna do przecenienia informacja – podkreśla prof. Jan Lubiński.

Co jest szczególnie ważne? To, że korelacja przeżyć w zależności od stężenia selenu obserwowana jest również w przypadku innych nowotworów, nie tylko w raku piersi. Niedawno opublikowano prace dotyczące badań kilkuset pacjentów (kobiet i mężczyzn) chorujących na czerniaka złośliwego. Historia się powtarza: niski poziom selenu – 16 zgonów; stężenie selenu około 100 µg/l – 2 zgony spośród 92 osób! Umiera więcej osób z deficytem selenu, a zdecydowanie mniej, kiedy stężenie tego pierwiastka wynosi około 100 µg/l. To samo stwierdzono u pacjentów z rakiem krtani. Przy niskim stężeniu selenu – zmarły 53 osoby, 21 żyje. U pacjentów z rakiem krtani mamy już także wyniki dotyczące stężenia cynku (wyższe stężenie – 13 zmarło, 61 żyje; niski poziom cynku – umiera 30 osób).

Stężenia selenu i cynku są silnymi markerami prognostycznymi przeżyć raka. Dotyczy to raka

Gdzie znajdziemy selen, arsen, cynk?
SELEN: borowiki, orzechy (brazylijskie, nerkowce i włoskie), soczewica, fasola, groch;
ARSEN: owoce morza, ryby, ryż;
CYNK: ostrygi, krewetki, inne skorupiaki, czosnek, sezam, migdały, dziki ryż.

Ile powinniśmy mieć selenu we krwi?
- kobiety poniżej 50. roku życia z mutacją genu BRCA1 (+) – 70-89 µg/l,
- kobiety powyżej 50. roku życia z mutacją genu BRCA1 (+) – 110-125 µg/l,
- kobiety, które nie mają mutacji genu BRCA1 (-) – 98-108 µg/l.

Ile powinniśmy mieć arsenu we krwi?
- kobiety z mutacją genu BRCA1 (+) – poniżej 0,85 µg/l,
- kobiety bez mutacji genu BRCA1 (-) – poniżej 0,61 µg/l.

Ile powinniśmy mieć cynku we krwi?
- kobiety bez mutacji BRCA1 – poniżej 60. roku życia – powyżej 6800 ug/l (trzykrotnie mniejsze ryzyka zachorowania na raka),
- kobiety powyżej 60. roku życia – 5600-6100 µg/l.

piersi, raka prostaty, czerniaka złośliwego, raka krtani, raka płuc czy raka trzustki. Punktem wyjścia w leczeniu pacjenta z rakiem jest optymalizacja stężeń pierwiastków, którą uzyskujemy najlepiej poprzez żywienie, a jeżeli jest to trudne – wspierając się różnego rodzaju suplementacją.

Arsen

Zgodnie z wynikami przeprowadzonych badań, na które powołuje się prof. Jan Lubiński, jednym z najsilniejszych ryzyk chorób nowotworowych u Polek jest stężenie arsenu we krwi.

Różnica w ryzyku chorób onkologicznych pomiędzy podgrupą kobiet z niskim stężeniem arsenu a kobietami, które mają stężenie arsenu powyżej 1,2 µg/l – jest trzynastokrotna! 70% Polek jest zatrutych arsenem. Ich ryzyko zachorowania na raka jest od 6 do 10 razy większe. – Czy to jest zła wiadomość? Nie, to jest bardzo dobra wiadomość, dlatego że stężenie arsenu jest stosunkowo łatwe do uregulowania, przede wszystkim przez przypilnowanie diety – podkreśla prof. Jan Lubiński.

Arsen jest również ważny dla podgrupy kobiet, które mają mutację BRCA1. Ta zależność jest taka, że przy niższym stężeniu arsenu rozwija się ponaddwukrotnie mniej nowotworów. Istotne jest także stężenie selenu, które ma znaczenie, kiedy kobieta nie jest kompletnie zatruta arsenem. W grupie kobiet, które są podtrute arsenem (stężenie tego pierwiastka we krwi wynosi poniżej 1,1 µg/l), właściwy poziom selenu powoduje, że nie rozwijają się raki pozasutkowe, inne niż rak piersi.

W środowisku naturalnym zwiększone stężenie arsenu może pojawiać się w związku z zanieczyszczeniami przemysłowymi lub naturalnymi powietrza, wody i gleby, a w konsekwencji żywności. Produktami naturalnie zawierającymi wyższe stężenia arsenu są na przykład ryż, kakao, ryby morskie i owoce morza.

– Jest bardzo prosta korelacja między tym, czy kobieta lubi morskie ryby, czy nie, a poziomem arsenu. Jeśli ma wysoki poziom arsenu, to prawie w ciemno mówię: „Lubi pani morskie ryby". A kobieta potwierdza. (...) To nie znaczy, że jestem przeciwko jedzeniu morskich ryb, pożywienia z morza. Nie. Tylko że my możemy sobie na to pozwolić wtedy, kiedy mamy niski poziom arsenu. W przeciwnym razie wprowadzamy się sami do grupy wyższego ryzyka – tłumaczy prof. Jan Lubiński. – Niski arsen – nie ma raków u kobiet.

Miliony kobiet można uratować

Inne parametry też są ważne. Miedź jest ważna dla kobiet poniżej pięćdziesiątego roku życia. Najlepiej, żeby wartość miedzi sięgała około 1000 µg/l. Wtedy ryzyko raków jest czterokrotnie obniżone.

Kadm ma znaczenie u kobiet, które nie palą papierosów (również bez historii palenia). Optymalne zakresy wynoszą: 0,28 µg/l – 0,33 µg/l. Wtedy ryzyko zachorowania jest nawet pięciokrotnie zmniejszone albo zwiększone, w zależności od stężenia kadmu. Kadmu nie może być za mało, nie może też go być za dużo.

I jeszcze ołów – przy niskim stężenie (poniżej 8,5 µg/l) ryzyko raków zmniejszone jest nawet 3,5 razy.

Zdaniem prof. Lubińskiego najsilniejszym czynnikiem ryzyka schorzeń onkologicznych u kobiet w Polsce jest stężenie arsenu. Wspomniane pierwiastki – selen, cynk, miedź, kadm i ołów – też są silnymi markerami ryzyka raków. – Poprzez optymalizację stężeń pierwiastków, głównie arsenu, selenu i cynku, bo te na pewno umiemy optymalizować, ryzyko raków u kobiet powinno spaść o 85%. Aż się w to nie chce wierzyć – ale takie są dane. Takie są fakty – podkreśla prof. Jan Lubiński. – Mamy przed sobą wielkie wyzwanie. Możemy wiele tysięcy, milionów kobiet uratować przed rakiem. A jeżeli już zachorują, możemy je skutecznie leczyć.

Robert Stachnik

PROF. DR HAB. N. MED. JAN LUBIŃSKI

afw

ANNA KOPRAS-FIJOŁEK

Dziennikarka zajmująca się tematyką społeczną i zdrowotną, nagrodzona tytułem „Dziennikarza Medycznego Roku". Była prezes Zarządu Wielkopolskiego Oddziału Stowarzyszenia Dziennikarzy Polskich.

afw

EUGENIUSZ JAROSIK
Redaktor naczelny
„Farmacji Wielkopolskiej".

Nieśmiertelna meduza

System immunologiczny człowieka osłabia się z wiekiem. Szansa, że przedstawiciel Homo sapiens dożyje 130 lat, wynosi jeden do miliona.

Meduza *Turritopsis nutricula*, zwana hydromeduzą, wodny bezkręgowiec żyjący w oceanach, to prawdziwy fenomen. Kiedy osiągnie dojrzałość płciową, powraca do swojej dawnej, młodzieńczej postaci, stając się tzw. hydropolipem. Przypuszcza się, że osiągnięcie takiego stanu jest możliwe poprzez transdyferencjację komórek – proces biologiczny polegający na przeprogramowaniu komórek macierzystych. Naukowcy twierdzą, że taki proces może w praktyce trwać nieprzerwanie, zapewniając zwierzętom biologiczną nieśmiertelność.

Motyw faustowski, idea dążenia do nieśmiertelności, do zapanowania nad czasem oraz zgłębienia tajemnic życia i śmierci, staje się źródłem inspiracji dla twórców współczesnych technologii i inwestorów szukających zysków na szeroko pojętym „rynek nieśmiertelności". Jednym z nich jest Jeff Bezos, twórca Amazona i Blue Origin, który marzy o stworzeniu technologii pozwalającej znacznie wydłużyć ludzkie życie. W tym celu powstał startup Altos Labs. W firmie Bezosa pracuje prof. Shinya Yamanaki, zdobywca Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii. W 2012 r. otrzymał ją z Johnem B. Gurdonem za odkrycie, że dojrzałe komórki organizmu można cofnąć w rozwoju do etapu komórek macierzystych, które następnie są ponownie przekształcane w dowolne komórki organizmu. Bezos zatrudnił też Jennifer Doudny, współlaureatkę Nagrody Nobla w 2020 roku w dziedzinie chemii w 2020 r. oraz Hala Barrona, byłego dyrektora naukowego GlaxoSmithKline. Zespół badaczy Altos Labs ma rozszyfrować mechanizmy umożliwiające bezpieczne przeprogramowanie komórek i tkanek za pomocą tzw. ścieżek odmładzania, co pozwoli stworzyć zupełnie nowe podejście do medycyny, oparte na koncepcjach zdrowia komórkowego.

„Wszyscy jesteśmy nieśmiertelni, dopóki nie umrzemy" – przekonuje amerykańska pisarka fantasy Emma Bull. Tak więc podążając w stronę nieśmiertelności, trzeba pokonać śmierć. I oto niedawno zespół naukowców (między innymi Lars Kunz, Jörg Nickelsen i Hans Straka z Uniwersytet Ludwika i Maksymiliana w Monachium) opublikował wyniki badań naukowych nad wykorzystaniem alg do przywracania funkcji życiowych kijanek. Eksperyment polegał na wstrzyknięciu zielonych alg i cyjanobakterii do mózgów kijanek afrykańskich żab szponiastych, które wcześniej pozbawiono tlenu, wskutek czego zmarły. Badacze udowodnili, że mikroorganizmy wewnątrz kijanek były w stanie je ożywić. Stało się tak dzięki produkcji tlenu z fotosyntezy, który sprawił, że mózgi zaczęły ponownie działać. Udało im się zatem

ożywić martwe istoty. Jest to ważne odkrycie, które może pomóc w znalezieniu sposobu na ratowanie obumierających tkanek.

Rosyjski miliarder i twórca ruchu społecznego 2045 Dmitry Itskov oraz amerykański badacz Raymond Kurzweil, propagujący ideę transhumanizmu, czyli wsparcia naszej natury technologią, twierdzą, że szansę na nieśmiertelność stwarza projekt Avatar, który ma poparcie naukowców (przedstawicieli takich dziedzin, jak biotechnologia, cybernetyka, nanotechnologia czy kognitywistyka) i błogosławieństwo Dalajlamy. Celem tego przedsięwzięcia jest przeniesienie mózgu człowieka do mechanicznego androida za pomocą technologii cybernetycznych.

Nieśmiertelność jest mitem – równie nieśmiertelnym jak mit wiecznej młodości. Z tych dwóch mitów utkana jest niejedna mitologiczna opowieść. Wystarczy wspomnieć zamienionego w cykadę Titonosa, dla którego zakochana Eos wyprosiła wieczne życie, zapominając o wiecznej młodości. Sybilla z Cumae, której Apollo, pragnąc ją uwieść, obiecał wszystko, czego zapragnie, prosiła o tyle lat życia, ile ziaren piasku zmieści się w garści. Apollo wprawdzie obdarzył ją długim życiem, ale ponieważ nie prosiła o wieczną młodość, z biegiem lat starzała się, marząc o śmierci. Potrzeba mitu jest w człowieku zakorzeniona od starożytności. Wyłania się ona również ze współcześnie podejmowanych prób wydłużenia życia, opartych na biotechnologiach. Bioinformatycy próbują rozwiązać problem starzenia się, mając za cel między innymi spowolnienie tego procesu. Niektórzy uważają, że wystarczy poprawić lub uzupełnić kod genetyczny człowieka, by osiągnąć pożądany rezultat. Na ewolucję wszak liczyć nie możemy – w naturze długowieczność i reprodukcja to alternatywa. Żyjemy wystarczająco długo, by przekazać nasze geny – z punktu widzenia ewolucji stary człowiek żyje bez konkretnego celu, jest wręcz bezużyteczny.

Coraz więcej wiemy na temat maksymalnej długości życia człowieka. Zespół, którym kierował Anthony Davison, statystyk ze Szwajcarskiego Federalnego Instytutu Technologii, przeanalizował wskaźniki śmiertelności w grupie 1100 superstulatków, mieszkańców Kanady, USA oraz niektórych państw europejskich. Z badań wynika, że wiek powyżej stu pięciu lat częściej osiągają kobiety niż mężczyźni. Ponadto okazuje się, że przełomowy jest wiek 108 lat. Prawdopodobieństwo przeżycia kolejnego roku w przypadku osoby, która osiągnęła ten próg wiekowy, wynosi zaledwie 50 proc. Po przeżyciu kolejnego roku prawdopodobieństwo śmierci nie ulegnie zmianie. Według tego modelu matematycznego długość życia człowieka może wydłużać się – ale tylko, rzecz jasna, teoretycznie – w nieskończoność. System immunologiczny człowieka osłabia się z wiekiem. Szansa, że przedstawiciel Homo sapiens dożyje 130 lat, wynosi jeden do miliona.

www.stock.adobe.pl

Tymczasem w związku z pandemią koronawirusa oczekiwane trwanie życia w Polsce zmniejszyło się w 2020 r., w porównaniu z 2019 r., o prawie półtora roku i wynosi około 77 lat, czyli tyle, ile 10 lat temu. Pandemia skróciła średnią oczekiwaną długość życia również w innych krajach. W Stanach Zjednoczonych spadek wyniósł w przypadku mężczyzn aż 26 miesięcy.

Wydarzenia ostatnich dwóch lat wzmogły depresje i lęki, także egzystencjalne. Poczucie śmiertelności stało się wszechobecne. Pandemia uświadomiła nam prawdę, którą w pierwszym rozdziale powieści „Mistrz i Małgorzata" w prosty sposób wyraził Michaił Bułhakow: „Tak, człowiek jest śmiertelny, ale to jeszcze pół biedy. Najgorsze, że to, iż jest śmiertelny, okazuje się niespodziewanie, w tym właśnie sęk! Nikt nie może przewidzieć, co będzie robił dzisiejszego wieczora".

Eugeniusz Jaworski

prof. dr hab. ILONA KACZMARCZYK-SEDLAK
mgr farm. ZBIGNIEW SKOTNICKI

AŚWAGANDA ŁAGODZĄCA STRES

Kompozycje ziołowe w leczeniu zaburzeń psychicznych

Lęk nerwicowy jako przejściowe doświadczenie dotyka większość ludzi, prawie jedna ósma całej populacji cierpi na przewlekłe stany lękowe. Antoni Kępiński w książce „Lęk" (1977 r.) pisał: „W praktyce psychiatrycznej lęk jest zagadnieniem głównym, zasadniczą składową prawie wszystkich zespołów chorobowych, często towarzyszą mu inne objawy psychopatologiczne; zmniejszenie lub pozbycie się lęku prowadzi więc do zniknięcia innych objawów, np. urojeń czy omamów (halucynacji). Być dobrym psychiatrą w praktyce oznacza umieć rozładować lęk swego pacjenta".

www.stock.adobe.pl

Lęk, w tym lęk uogólniony, panika, stres pourazowy, zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i fobie, jest jednym z głównych objawów różnorodnych zaburzeń psychicznych. Mechanizm powstania zaburzeń lękowych jest złożony. Aktualne dane sugerują, że jest on związany z rozregulowaniem przekaźnictwa serotoninergicznego, noradrenergicznego, glutaminergicznego i GABA-ergicznego[1]. Biorąc pod uwagę te szlaki, wiele leków uważa się za korzystne w zwalczaniu zaburzeń lękowych, na przykład selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI), selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny i noradrenaliny (SNRI) oraz benzodiazepiny, będące główną grupą związków stosowanych w jego leczeniu. Wykazują one wąski margines bezpieczeństwa między działaniem przeciwlękowym a niepożądanymi skutkami ubocznymi oraz – co bardzo ważne – posiadają znaczny potencjał uzależniający. Stąd zainteresowanie wykorzystaniem naturalnych ekstraktów i preparatów roślinnych w leczeniu zaburzeń lękowych jest coraz większe.

Złożony mechanizm zaburzeń lękowych sugeruje konieczność poszukiwania nie tylko pojedynczych związków, ale również kompozycji ziół, w których znajdą się surowce zawierające różne i uzupełniające się w działaniu składniki chemiczne. Jednym z takich surowców może być kora magnolii lekarskiej

www.stock.adobe.pl

Magnoliae officinalis cortex FP XII, Houpo[2], badana pod kątem skuteczności w leczeniu różnych chorób, takich jak zaburzenia neurologiczne, skutki udaru zakrzepowego, dur brzuszny, cukrzyca i martwica mięśni[3]. Spośród związków izolowanych z kory magnolii honokiol wykazuje działanie przeciwlękowe, które może być związane z aktywacją receptorów benzodiazepinowych, podobnie jak diazepam[4] i regulowane poprzez wpływ na produkcję GABA[5].

Do najczęściej stosowanych kompozycji w leczeniu niektórych zaburzeń psychicznych, w tym kilku podtypów zaburzeń depresyjnych, lęków, a także schizofrenii, należy odwar z pinelią i korą magnolii *Ban Xia Hou Po Tang*[6].

Rp.:
Pinelliae rhizoma praeparata
Magnoliae officinalis cortex
Perillae folium
Poria
Zingiberis rhizoma recens

Badania kliniczne wykazały, że ten odwar jest bezpieczną, skuteczną i dobrze tolerowaną mieszanką o działaniu przeciwlękowym i przeciwdepresyjnym bez działań niepożądanych. Ostatnie badania dowiodły, że dziewięćdziesięcioprocentowy wyciąg etanolowy i niektóre jego frakcje wykazywały działanie przeciwdepresyjne w paradygmatach zwierzęcych, które są prawdopodobnie związane zarówno z układem serotoninergicznym, jak i dopaminergicznym[7].

Choroby psychiczne mogą mieć przyczynę nie tylko w układzie nerwowy, ale też w powiązanych z nim układem hormonalnym i odpornościowym. Także naruszenie równowagi między nimi oraz złe funkcjonowanie któregokolwiek z nich może prowadzić do zaburzeń psychicznych. Dlatego też, mając na uwadze złożoność dysfunkcji zdrowia psychicznego, istnieje potrzeba skuteczniejszego i bardziej kompleksowego leczenia. W ostatnich latach wiele ziół intensywnie badano pod kątem zastosowania w leczeniu depresji i lęku. Za najważniejsze należy uznać ziele dziurawca w postacie wyciągu suchego lub alkoholowego. Można do niego dołączyć takie typowe surowce TCM, jak korzeń przewiertnia chińskiego *Radix Bupleuri* FP XII i liść miłorzębu *Ginkgonis folium* FP XII. Każdy z nich był badany i wykorzystywany w leczeniu pacjentów z chorobami psychicznymi. Wykazują one różne mechanizmy działania. Poza badaniem pojedynczych ziół w walce z chorobami psychicznymi obecnie poszukiwania przenoszą się na tradycyjne mieszanki ziołowe. Poza wspomnianą *Ban Xia Hou Po Tang* badano wpływ na zaburzenia psychiczne odwaru *Gui Pi Tang* i *Xiao Yao San*.

Recepta Xiao Yao San (dosł.: proszku przywracającego harmonię pomiędzy Wątrobą a Środkiem) zawiera tylko jeden składnik, nie będący surowcem farmakopealnym FP XII, a mianowicie ziele mięty polnej, które można zastąpić liściem mięty pieprzowej.

Rp.:
Bupleuri chinensis radix
Paeoniae albae radix
Angelicae sinensis radix
Atractylodis macrocephalae rhizoma
Poria
Glycyrrhizae radix
Zingiberis rhizoma
Menthae arvensis herba (Menthae piperitae folium)

Liczba każdego ze składników powinna być dobierana na postawie wszystkich objawów pacjenta, dzięki czemu możliwe jest zindywidualizowane leczenie*. Recepta ordynowana jest w syndromach *zastoju Qi w obiegu czynnościowym Wątroby* i jego powikłaniach. Ten wzorzec patologii (zbiór objawów i jednostek chorobowych medycyny zachodniej) zawiera całe spektrum dolegliwości związanych ze stresem, lękiem czy nerwicą wegetatywną.

Leczenie zaburzeń psychicznych za pomocą kompozycji ziołowych ma wiele uzasadnień. Wiemy, że patogeneza chorób psychicznych jest złożona i może wiązać się z dysfunkcją różnych ogniw lub układów, co podkreśla zalety i dobre perspektywy zastosowania mieszanek w leczeniu łagodnych i średnio nasilonych zaburzeń psychicznych.

Warto jeszcze wspomnieć o korzeniu witanii ospałej *Withaniae radix* FP XII, znanej pod nazwą aświaganda, tradycyjnie stosowanej w ajurwedzie w celu zmniejszenia stresu, poprawy samopoczucia i jakości snu. Celem jednego z doświadczeń było zbadanie działania anksjolitycznego aświagandy na dorosłych w stanie znacznego stresu oraz wskazanie potencjalnych mechanizmów działania tego surowca. Próba prowadzona była na 60 zdrowych osobach dorosłych, zgłaszających silne zestresowanie, które zostały losowo przydzielone do przyjmowania 240 mg standaryzowanego ekstraktu z witanii lub placebo raz dziennie. Wyniki badania sugerują, że działanie łagodzące stres aświagandy może nastąpić poprzez jej hamujący wpływ na oś podwzgórze-przysadka-nadnercza[8].

Syntetyczne leki przeciwdepresyjne, anksjolityczne i nasenne często są nieskuteczne lub wymagają stałego podawania, a to wiąże się ze skutkami ubocznymi, które w niektórych przypadkach mogą być poważne. Fitoterapia wraz z bogactwem ziół od wieków stosowanych w orientalnych systemach medycznych dają duże nadzieje na znalezienie coraz lepszych leków. Należy pamiętać, że także zioła posiadają działania niepożądane. Dlatego zrozumienie mechanizmu działania odgrywa fundamentalną rolę w rozwoju terapii surowcami naturalnymi, również w celu ograniczania skutków ubocznych. Obecnie w psychofarmakologii wiele ziół posiadających potwierdzoną aktywność *in vitro* lub *in vivo* nie zostało jeszcze w pełni przebadanych klinicznie. Możemy jednak, zachowując ostrożność, czerpać z wielowiekowych obserwacji i prowadzić dalsze badania.

afw

prof. dr hab.
ILONA KACZMARCZYK-SEDLAK
Kierownik Katedry Farmakognozji i Fitochemii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego.

afw

mgr farm.
ZBIGNIEW SKOTNICKI
Uniwersytet Opolski.

** Szczegółowe dawkowanie czytelnicy znajdą w „Leksykonie naturalnych surowców leczniczych" opracowanym przez autorów artykułu.*

PIŚMIENNICTWO:

[1] Nutt DJ, Ballenger JC, Sheehan D, Wittchen HU. *Generalized anxiety disorder: comorbidity, comparative biology and treatment*. Int J Neuropsychopharmacol. 2002 Dec;5(4):315-25. doi: 10.1017/S1461145702003048. PMID: 12466031.

[2] *Pharmacopoeia Committee of China, editor*. Chinese Pharmacopoeia. Beijing: Chemical Industry Publishing House; 2005.

[3] Chen L., Zhang Q., Yang G., Fan L., Tang J., Garrard I., Ignatova S., Fisher D., Sutherland I.A. *Rapid purification and scale-up of honokiol and magnolol using high-capacity high-speed counter-current chromatography*. J. Chromatogr. A. 2007;1142(2):115–122. doi: 10.1016/j.chroma.2006.09.098.

[4] Kuribara H, Stavinoha WB, Maruyama Y. *Behavioural pharmacological characteristics of honokiol, an anxiolytic agent present in extracts of Magnolia bark, evaluated by an elevated plus-maze test in mice*. J Pharm Pharmacol. 1998 Jul;50(7):819-26. doi: 10.1111/j.2042-7158.1998.tb07146.x. PMID: 9720634.

[5] Ku T.H., Lee Y.J., Wang S.J., Fan C.H., Tien L.T. *Effect of honokiol on activity of GAD(65) and GAD(67) in the cortex and hippocampus of mice*. Phytomedicine. 2011;18(13):1126–1129. doi: 10.1016/j.phymed.2011.03.007.

[6] Li J.M., Kong L.D. *Advances in the study on the effect of traditional Chinese medicine on depression and anxiety*. China J. *Chinese Materia Medica*. 2001;26(12):805–807.

[7] Liu L, Liu C, Wang Y, Wang P, Li Y, Li B. *Herbal Medicine for Anxiety, Depression and Insomnia*. Curr Neuropharmacol. 2015;13(4):481-93. doi: 10.2174/1570159x13041508311227 34. PMID: 26412068; PMCID: PMC4790408.

[8] Lopresti AL, Smith SJ, Malvi H, Kodgule R. *An investigation into the stress-relieving and pharmacological actions of an ashwagandha (Withania somnifera) extract: A randomized, double-blind, placebo-controlled study*. Medicine (Baltimore). 2019 Sep;98(37):e17186. doi: 10.1097/MD.0000000000017186. PMID: 31517876; PMCID: PMC6750292.

DAMA POLSKIEJ FARMACJI

Prof. dr hab. n. farm. Lutosława Skrzypczak (1925-2022)

Społeczność akademicka Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z wielkim smutkiem przyjęła wiadomość o śmierci Pani prof. zw. dr hab. n. farm. Lutosławy Skrzypczak, absolwentki poznańskiego Wydziału Farmaceutycznego.

W latach 1979–1996 Pani Profesor kierowała Katedrą i Zakładem Botaniki Farmaceutycznej. Utworzona w Katedrze pracownia roślinnych kultur in vitro umożliwiła zespołowi podjęcie w roku 1979 nowatorskich badań z zakresu kultur tkankowych w połączeniu z analizami fitochemicznymi oraz wyodrębnianiem z biomasy i wyjaśnianiem struktury chemicznej metabolitów wtórnych. Zainicjowane przez Panią Profesor projekty dotyczyły poszukiwania potencjalnych nowych, alternatywnych źródeł związków o działaniu biologicznym, z wykorzystaniem, innowacyjnych wówczas, technik biotechnologicznych. Były to badania pionierskie i kluczowe dla rozwoju fitochemii oraz biotechnologii roślin. Prowadzono je w aspekcie zachowania gatunków w warunkach in vitro, jak również pozyskiwania cennej biomasy do badań fitochemicznych i biologicznych.

W latach 1972–1981 pełniła obowiązki najpierw prodziekana, a następnie dziekana Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Poznaniu. Pani Profesor była wspaniałym dydaktykiem, cenionym nauczycielem akademickim, wychowawcą wielu pokoleń farmaceutów. Z inicjatywy Pani Profesor wprowadzono na poznańskim Wydziale Farmaceutycznym przedmiot „Biotechnologia".

Jej wkład w rozwój polskiej fitochemii, botaniki farmaceutycznej i biotechnologii roślin został uhonorowany licznymi odznaczeniami, w tym Złotym Krzyżem Zasługi, Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem Komisji Edukacji Narodowej i Medalem im. dr. Władysława Biegańskiego „Hominem Inveni".

My, którzy mieliśmy zaszczyt poznać i współpracować z Panią Profesor, zapamiętamy Ją jako osobę bez reszty oddaną sprawom Wydziału Farmaceutycznego i polskiej farmacji. Pani Profesor dała nam przykład godny naśladowania jako wnikliwy badacz o głębokiej wiedzy, ceniony wychowawca młodzieży, jako człowiek o niezwykłej dobroci i szlachetności, skromna, nie dbająca o rozgłos prawdziwa dama polskiej farmacji. Sposób bycia, wrażliwość i dystans wobec namiastek życia codziennego czyniły Ją Wielką na tle społeczności akademickiej.

Cała społeczność akademicka Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu łączy się z rodziną śp. Pani Profesor w smutku i w żałobie, zapewniając o życzliwej pamięci.

prof. dr hab. BARBARA THIEM
Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej
i Biotechnologii Roślin UMP

aiw

dr n. farm. JERZY WALISZEWSKI

CZŁOWIEK ZE ŚWIATŁA

Eugeniusz Jarosik

Jak postać Ignacego Łukasiewicza, dziewiętnastowiecznego aptekarza galicyjskiego, rozpaliła wyobraźnię sztyfta

Bieżący rok został ogłoszony przez parlament Rokiem Ignacego Łukasiewicza. Pretekstem stał się wypadający właśnie jubileusz 200-lecia Jego narodzin (zaimek dzierżawczy piszę z wielkiej litery, podkreślając osobisty stosunek do tego nieprzeciętnego farmaceuty). Kiedy byłem nieopierzonym farmakiem, tzw. sztyftem, marzyłem, aby w przyszłości otrzymać zaszczytny i prestiżowy Medal im. Ignacego Łukasiewicza. Od kiedy zostałem nim odznaczony (w roku 2013), czuję szczególną powinność i wdzięczność wobec postaci imiennika medalu, wszak *noblesse oblige*.

Wielki jałmużnik. Któż to jest?

Podczas pierwotnej próby przybliżenia osoby i dzieła życia I. Łukasiewicza zamierzałem dokonać kompilacji wiadomości zawartych w posiadanych książkach. Ale wkrótce wpadłem na inny pomysł. Niech przemówią biografowie a więc ci, którzy zmierzyli się z prawdą historyczną, źródłami historycznymi lub ich brakiem. Ludwik Tomanek – pierwszy biograf – tak zatytułował monografię twórcy lampy naftowej: „Ignacy Łukasiewicz. Twórca przemysłu naftowego w Polsce, wielki inicjator – wielki jałmużnik”[1]. O ile pierwsze sformułowania nie dziwią, o tyle „jałmużnik” wymaga pewnego dopowiedzenia. Otóż wybrzmiewa w nich ta gałąź aktywności „wujka Ignacego”, za którą papież uhonorował Go godnością szambelana i Orderem Świętego Grzegorza – jednymi z najwyższych godności watykańskich przeznaczonych dla osób świeckich.

Ojciec Ignacy

W rozdziale III zatytułowanym „Łukasiewicz w życiu publicznym i prywatnym” biograf pisze: „W powiecie krośnieńskim drogi są brukowane guldenami Łukasiewicza”, a nieco dalej dodaje: „Wielką jego troską były szkoły w powiecie. (...) zakłada na swoich kopalniach i przetwórniach nafty wzorową bracką kasę czyli ubezpieczenie społeczne”. „Tworzył gminne kasy pożyczkowe. W niedługim czasie w Krośnieńskiem i sąsiednich powiatach powstało blisko tysiąc takich kas”. Jeśli do tych dzieł dodamy renomowaną szkołę koronkarską Honoraty Łukasiewiczowej, to zaledwie przybliżymy obraz dobroczyńcy i filantropa, bowiem „ojciec Ignacy” wspierał finansowo wiele zgłaszających się doń osób. Potrafił niejednokrotnie pożyczyć gotówkę bez oprocentowania, wyrywając dłużników ze szponów lichwy.

Polski Edison?

Farmaceuta i zarazem historyk farmacji prof. Wojciech Roeske poświęcił Ignacemu Łukasiewiczowi monografię „Ignacy Łukasiewicz 1822–1882”[2]. Już we wstępie użył on określenia „człowiek, który dał ludzkości światło naftowe”. Rozpoczynając rozdział VII pod tytułem „Potomność Łukasiewiczowi”, zacytował „Ilustrowany Kurier Codzienny”: „darował ludzkości coś, co na owe czasy było fenomenalnym postępem w technice oświetlenia i wcale nie mniejszym błogosławieństwem niż żarówka elektryczna...”. Autor uznał, że genezę polskiej i światowej petrochemii należy oprzeć na, nieco patetycznym, stwierdzeniu: „matką petrochemii i przemysłu naftowego była polska farmacja, a kolebką laboratorium apteczne”.

Popularyzacja wiedzy o wielkim aptekarzu

Józef Zbigniew Sozański, inżynier kopalnictwa naftowego, wiele lat poświęcił badaniom historycznym nad życiem i dziełem mgr. Ignacego Łukasiewicza. Efektem jest biografia pod tytułem „Ignacy Łukasiewicz. 1822–1882. Życie, dzieło i pamięć”[3]. To publikacja bardzo starannie opracowana, wręcz wycyzelowana. Nosi wyraźne znamiona opracowania popularnonaukowego. Zawiera kolorowe akwarele, zdjęcia, reprodukcje dokumentów, tablic, podobizn etc. Wśród nich znajduje się ekslibris aptekarzy polskich dedykowany nam wszystkim, a wykonany w 2003 r. przez farmaceutę i mojego kolegę śp. dr. Krzysztofa Kmiecia z Krakowa. Pracę recenzował dr n. farm. Jan Majewski.

Eugeniusz Jarosik

LAMPA NAFTOWA IGNACEGO ŁUKASIEWICZA (REPLIKA)

Wielu autorów – efekt nieadekwatny

Ostatnio nabyłem dwie monografie. Pierwszą z nich jest wydana w ramach serii „Biografie Sławnych Ludzi” książka „Ignacy Łukasiewicz. Prometeusz na ludzką miarę”[4], mająca aż pięciu autorów. Stanowi ewidentną próbę oddania hołdu wielkości farmaceuty – wynalazcy – przemysłowca. Jednak wbrew zapowiedzi z IV strony okładki, że „Ignacy Łukasiewicz wreszcie doczekał się pełnej biografii”, moim zdaniem, tak się nie stało.

Biografia rzetelna i wnikliwa

Inaczej jest z monografią autorstwa prof. Zbigniewa Wójcika „Ignacy Łukasiewicz”[5]. To praca wnikliwa, imponująca profesjonalizmem i rzetelnością z rozbudowanym naukowym aparatem badawczym. Autor nie stroni od hipotez, nazywając je po imieniu. W przypadku tematów zagadkowych nie stawia gotowych tez. Jego książka budzi zaufanie i „wciąga” czytającego, mimo iż w swej istocie jest rozprawą naukową. Prof. Zbigniew Wójcik, historyk nauki, ukazuje mgr. Ignacego Łukasiewicza jako przedsiębiorcę, który osiągnął wyżyny dzięki umiejętnemu zastosowaniu w praktyce najnowszych zdobyczy nauki oraz techniki.

Skąd ten szejk?

Historyk prof. Włodzimierz Bonusiak stworzył biografię, którą dopiero zamówiłem. Jej tytuł, „Szejk z Galicji”[6], nie podoba mi się, ponieważ „ojciec Ignacy” nie był w niczym do szejków arabskich podobny. Ale na pewno przeczytam tę pozycję od deski do deski.

Dlaczego Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne nadaje ten medal?

Światli farmaceuci szybko zrozumieli istotę wielkości dziewiętnastowiecznego genialnego aptekarza. Rychło pojęli, że powinni zaczerpnąć nie tylko z Jego fascynujących dokonań jako odkrywcy, wynalazcy i przemysłowca, ale także z Jego wartościowej, ikonicznej wręcz osobowości. Z postaci tego farmaceuty o wybitnych cechach charakteru, człowieka niezwykle pracowitego, kochającego Ojczyznę i rodaków dzisiejsi synowie i córki Hygei mogą i powinni być dumni. W ślad za dumą powinno podążać poczucie więzi i przynależności do wspólnoty farmaceutycznej, mającej nieprzerwaną ciągłość poprzez wieki. Nie jest dziełem przypadku, że już w 1967 r. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne ustanowiło Medal im. Ignacego Łukasiewicza, opatrzony dewizą *De pharmacia bene meritis*, jako najwyższe wyróżnienie tego towarzystwa naukowego. Dodajmy – nadawane za wybitne zasługi dla polskiej farmacji.

afw

Gesty i symbole o silnej wymowie

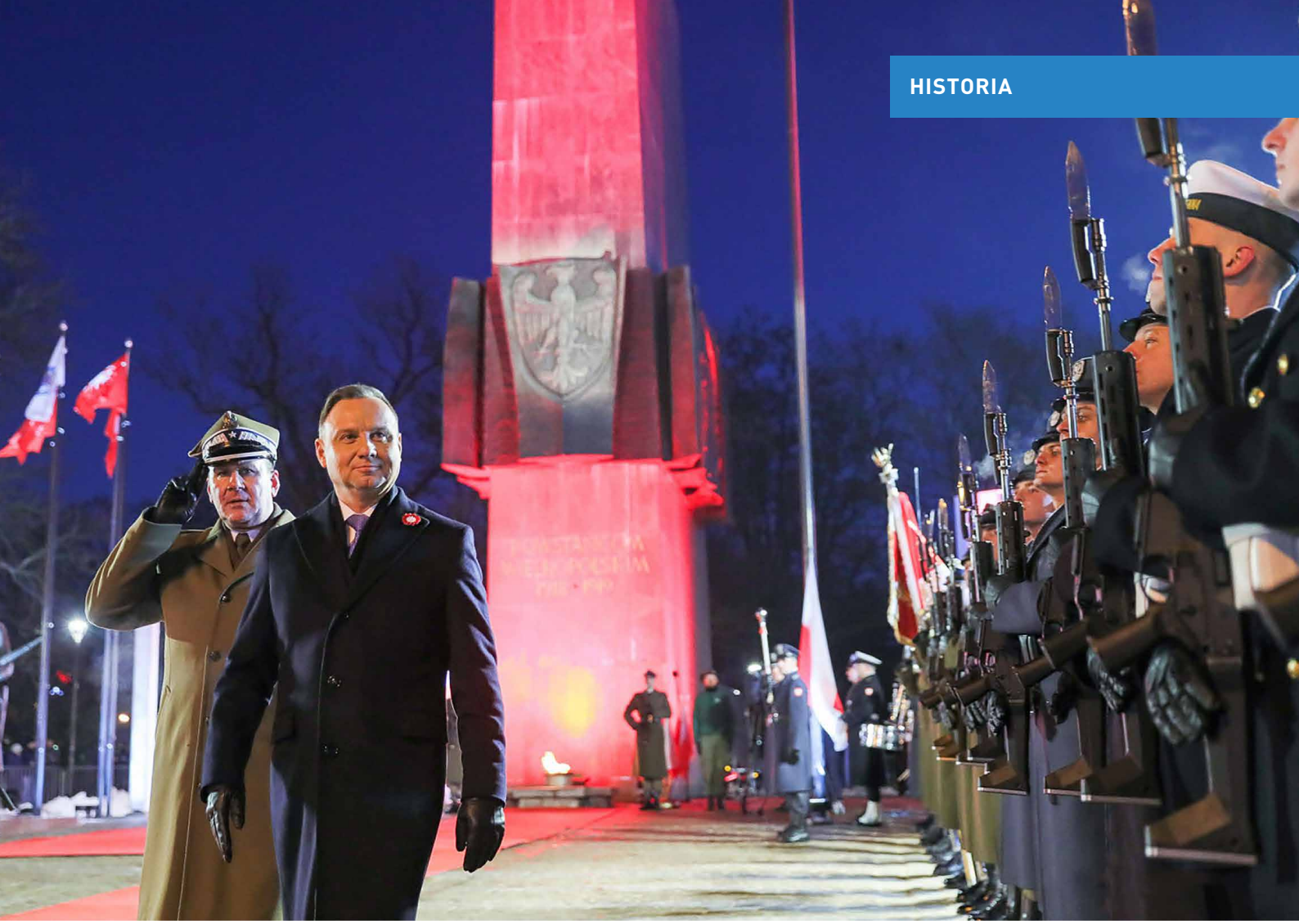
W Roku Łukasiewicza farmaceuci zamanifestowali przywiązanie do najwybitniejszego syna polskiej farmacji, zapalając przez cały marzec lampy naftowe lub ich elektryczne atrapy w witrynach aptecznych. Mamy prawo do tego „człowieka ze światła”. On zaś ma prawo do naszej wdzięcznej pamięci, hołdu i naśladownictwa.

afw

dr n. farm.
JERZY WALISZEWSKI
Członek Zachodniopomorskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej oraz Ogólnopolskiej Sekcji Historii Farmacji PTFarm.

PIŚMIENNICTWO:

1. Tomanek L.: *Ignacy Łukasiewicz*, Miejsce-Piastowe, 1928.
2. Roeske W.: *Ignacy Łukasiewicz 1822–1882*, wyd. II PZWL, Warszawa, 1974.
3. Sozański Zb. J.: *Ignacy Łukasiewicz 1822–1882. Życie, dzieło i pamięć*, Gorlice – Bóbrka – Krosno, Wydawnictwo Tekst, Bydgoszcz, 2004.
4. Franaszek P., Grata P., Kozicka–Kołaczkowska A., Ruszel M., Zamoyski G.: *Ignacy Łukasiewicz Prometeusz na ludzką miarę*, PIW, Warszawa, 2021.
5. Wójcik Zb.: *Ignacy Łukasiewicz*, Wydawnictwo Naukowe Instytutu Technologii Eksploatacji, Radom, 2018.
6. Bonusiak Wł.: *Szejk z Galicji: Ignacy Łukasiewicz 1822–1882*, Libra PL, Rzeszów, 2021.



PREZYDENT RP ANDRZEJ DUDA PODCZAS OBCHODÓW NARODOWEGO DNIA ZWYCIĘSKIEGO POWSTANIA WIELKOPOLSKIEGO W POZNANIU

Marek Borawski / KPRP

W HOŁDZIE **BOHATEROM**

Zebranie Sekcji Historii Farmacji PTFarm w Poznaniu w przededniu Narodowego Dnia Zwycięskiego Powstania Wielkopolskiego

Zebranie naukowe Sekcji Historii Farmacji PTFarm w Poznaniu 15 grudnia 2021 r. w Muzeum Farmacji im. prof. Włodzimierza Witolda Głowackiego otworzył jej przewodniczący dr n. farm. Jan Majewski. W imieniu uczestników zebrania złożył on gratulacje prezes Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej Alinie Góreckiej, która 2 grudnia 2021 r. na Uniwersytecie Medycznym im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu obroniła dysertację doktorską „Koncepcja opieki farmaceutycznej wybranych grup chorych hospitalizowanych" (promotorem był prof. dr hab. n. med. Marian Grzymisławski). Prof. dr hab. Anna Jelińska, prezes Zarządu Oddziału Poznańskiego PTFarm, dziekan Wydziału Farmaceutycznego UMP, gratulując uzyskania zaszczytnego stopnia doktora, wręczyła

prezes Alinie Góreckiej okazjonalny medal-plakietkę ze słowami Antoine de Saint-Exupéry: „Być człowiekiem, to czuć, kładąc swoją cegłę, że bierze się udział w budowaniu świata".

Podczas grudniowego zebrania odbyła się promocja książki Anny Marii Kielak, M. Konstancji Majewskiej i Jana Majewskiego „Apteka «Pod Złotym Lwem» na tle krótkiej historii aptekarstwa poznańskiego", poprowadzona przez prof. dr. hab. farm. Michała H. Umbreita oraz prezes Alinę Górecką, reprezentującą wydawcę ww. publikacji – Wielkopolską Okręgową Izbę Aptekarską. „Oddajemy w Wasze ręce nie tylko historię jednego miejsca i niezwykłej Apteki «Pod Złotym Lwem» w Poznaniu, ale książkę o początkach aptekarstwa w Poznaniu. Autorzy poświęcili wiele uwagi roli i pozycji społecznej farmaceutów w życiu miasta na przestrzeni wieków. Pokazali farmaceutów jako zaangażowanych oraz szanowanych z racji wykonywanego zawodu obywateli, którzy pełnili często ważne funkcje burmistrzów, rajców, ławników i pisarzy miejskich. Obywateli, którzy przez wieki wpływali na rozwój Poznania" – podkreśliła Alina Górecka.

„Jest to dzieło wspaniałe, nie tylko pod względem wydawniczym, ale – i to przede wszystkim – skarbnica wiedzy o poznańskich aptekach na przestrzeni wieków, ze szczególnym omówieniem historii «Apteki Pod Złotym Lwem», mieszczącej się w tej samej kamienicy na Starym Rynku 75 w Poznaniu od ponad trzystu lat" – zauważył prof. Michał H. Umbreit. Dodał jeszcze, że „mieszkali tu i pracowali dr Karol Marcinkowski, obecny patron

Andrzej Sikorski

DR ALINIE GÓRECKIEJ ŻYCZENIA ZŁOŻYLI PRZEDSTAWICIELE ODDZIAŁU POZNAŃSKIEGO POLSKIEGO TOWARZYSTWA FARMACEUTYCZNEGO: PREZES ZARZĄDU PROF. DR HAB. ANNA JELIŃSKA, DR N. FARM. ARLETA MATSCHAY I DR N. FARM. JAN MAJEWSKI

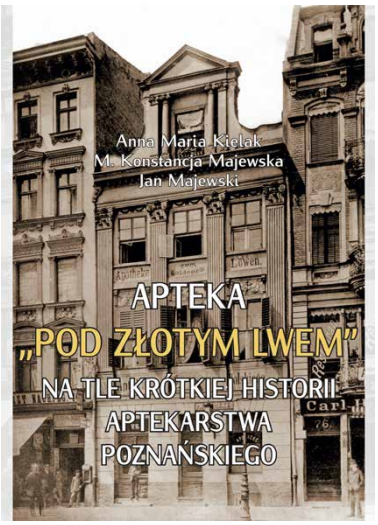
Andrzej Sikorski

PROF. DR HAB. FARM. MICHAŁA H. UMBREIT I DR N. FARM. JAN MAJEWSKI PODCZAS PROMOCJI KSIĄŻKI ANNY MARII KIELAK, M. KONSTANCJI MAJEWSKIEJ I JANA MAJEWSKIEGO „APTEKA «POD ZŁOTYM LWEM» NA TLE KRÓTKIEJ HISTORII APTEKARSTWA POZNAŃSKIEGO"

Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, aptekarz Józef Jasiński, współtwórca studiów farmaceutycznych Wszechnicy Piastowskiej. W mieszkaniu właścicieli nad apteką Klary i Mariana Dalskich w czasie zaboru pruskiego przechowywana była polska flaga, którą zawieszona została na wieży Ratusza Poznańskiego 28 grudnia 1918 r., czyli w drugi dzień Powstania Wielkopolskiego".

Uczestnicy zebrania z dużym zainteresowaniem wysłuchali referatu dr. n. farm. Jana Majewskiego „27 grudnia – Narodowy Dzień Zwycięskiego Powstania Wielkopolskiego", który na wstępie zacytował fragment preambuły ustawy z 1 października 2021 r.: „W hołdzie bohaterom – uczestnikom narodowego zrywu z lat 1918-1919, którzy wyzwolili Wielkopolskę spod panowania niemieckiego i przyłączyli ją do odrodzonej Rzeczypospolitej (...)". Jan Majewski przypomniał, że apel o ustanowienie tego święta wystosowany został przez Wielkopolskie Muzeum Niepodległości, Muzeum Narodowe w Poznaniu, Fundację Zakłady Kórnickie, poznański Oddział Instytutu Pamięci Narodowej, Towarzystwo Pamięci Powstania Wielkopolskiego 1918-1919 oraz Stowarzyszenie Gmin i Powiatów Wielkopolski. Apel został też poparty przez Sekcję Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Poznaniu, gdyż w jednostkach sanitarnych w Powstaniu Wielkopolskim i Armii Wielkopolskiej było około 80 farmaceutów (w tym dwóch gimnazjalistów – przyszłych farmaceutów: Henryk Umbreit i Albin Wiertel). Prezydent RP Andrzej Duda 23 listopada 2021 r. podpisał ustawę o ustanowieniu 27 grudnia Narodowym Dniem Zwycięskiego Powstania Wielkopolskiego. Uroczystość podpisania dokumentu odbyła się w symbolicznym dla Wielkopolan miejscu, a mianowicie w hotelu Bazar, z którego 103 lata temu do mieszkańców Poznania przemawiał Ignacy Jan Paderewski, co stało się zarzewiem powstania. W grudniu 2021 r. po raz pierwszy Polacy obchodzili to nowe święto.

EUGENIUSZ JAROSIK
dr n. farm. JAN MAJEWSKI



ODMIENNE STANY ŚWIADOMOŚCI

II OGÓLNOPOLSKIE SEMINARIUM Z HISTORII FARMACJI „NARKOTYKI" W BYDGOSZCZY

Popyt na środki odurzające, a także postępująca globalizacja handlu sprawiły, że stały się one ważnymi czynnikami wpływającymi zarówno na gospodarkę, jak i politykę. Międzynarodowa konwencja opiumowa (1912 r.) zapoczątkowała w skali globalnej próby poddania uzależniających substancji psychoaktywnych kontroli państwowej, zinstytucjonalizowanej. Doprowadziło to stanu, w którym narkotyki stały się „zakazanym owocem" kontestatorów, przedstawicieli subkultur i przyczyną powstania mafii narkotykowych. Zarówno zakazy, jak i surowe konsekwencje nie zahamowały skutecznie obrotu nielegalnymi narkotykami. W związku z tym niektóre państwa zalegalizowały posiadanie i stosowanie tzw. miękkich narkotyków.

Obszerny i wielopłaszczyznowy temat uzależniających substancji psychoaktywnych pozostaje zagadnieniem niewyczerpanym przez naukę, znajdując odwzorowanie także w literaturze i sztuce, tworzonej niekiedy pod ich wpływem, gdyż narkotyki są integralnym elementem kultur, w tym i popkultury. II Ogólnopolskie seminarium z historii farmacji poświęcone narkotykom odbyło się w połowie października 2021 r. z inicjatywy Sekcji Historii Farmacji Oddziału Bydgoskiego PTFarm, Muzeum Okręgowego im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy, Collegium Medicum im. Ludwika Rydygiera i Fundacji Naukowej „Bydgoska Szkoła Historii Nauk Medycznych". Uczestnicy sympozjum, wśród nich autorka wielu artykułów w „Farmacji Wielkopolskiej" dr Hanna Cytryńska i mgr farm. Piotr Skalski z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu spotkali się w gmachu głównym Muzeum Okręgowego im. Leona Wyczółkowskiego w Bydgoszczy. Tekst został opracowany na podstawie wybranych abstraktów przygotowanych przez ich autorów.

TANECZNA MANIA jako społeczne zjawisko sięga XIV wieku, a było to zgromadzenie osób wykonujące nieskoordynowane ruchy. Nie znano przyczyny tego zjawiska, a w próbach jego wyjaśnienia dopatrywano się na przykład działania alkaloidów sporyszu. Sporysz to pasożytniczy grzyb atakujący zboża i niszczący nasiona, stanowiący zagrożenie dla spożywających go ludzi i zwierząt. Wpływ na organizm pozwolił na szerokie zastosowanie alkaloidów sporyszu przykładowo w krwawieniach z dróg rodnych, mięśniakach macicy czy aborcji. Alkaloidy sporyszu, a szczególnie ergotamina są prekursorami do produkcji między innymi LSD. Ergotamina czy ergotyna to najpowszechniejsze substancje, które są celem chcących wejść w stan euforii, błogości czy halucynacji. Powstały także inne teorie tanecznej manii, jak chociażby zapalenie mózgu czy epilepsja. Uważa się także, że taniec świętego Wita jest jedną z najwcześniej odnotowanych form zbiorowej histerii.

Mateusz WYLAŹ,
Dawid PAJOR, „Taniec św. Wita, jako taneczna mania ponarkotykowa".

www.stock.adobe.pl

ROŚLINY HALUCYNOGENNE niewątpliwie wywierały duży wpływ na tworzącą się w społeczeństwach kulturę. Ludzie od wieków eksperymentowali z wyciągami z roślin, odkrywając ich różnorakie działanie. Z jednej strony służyły one łączności ze światem pozamaterialnym, z drugiej zaś mogły ulżyć w cierpieniu. W okresie nowożytnym zauważalne jest przenikanie substancji psychoaktywnych ze sfery sacrum do profanum. Odgrywają one znaczącą rolę w farmacji, medycynie ludowej, służąc także nadal do łączności ze światem pozamaterialnym. Wiedzę na ich temat czerpiemy z różnych źródeł: literatury pięknej, kronik, relacji z podróży, ale także z zielników. Jednym z nich jest wydany w 1613 r. „Zielnik" Szymona Syreńskiego – ilustrowana księga o roślinach użytkowych, zawierająca opisy roślin, głównie leczniczych, przedstawiająca ich działanie i możliwości wykorzystania. Był przeznaczony dla „lekarzy, aptekarzy, cyrulików, barbierzy, roztrucharzy, końskich lekarzy, masztalerzy, ogrodników, kucharzy, szynkarzy, gospodarzy, mamek, pań i panien".

Anetta GŁOWACKA-PENCZYŃSKA,
„Rośliny halucynogenne w Zielniku Szymona Syreńskiego (Syreniusza)".

PROBLEM UŻYWEK, w tym narkotyków, w ostatnich latach coraz silniej zaznacza się w badaniach nad literaturą i kulturą romantyczną. Pojawia się zarówno w kontekście rozważań nad biografiami twórców oraz podejmowanymi przez nich eksperymentami narkotycznymi, jak i nad wpływem tych eksperymentów na ich próby poetyckie. Analizując dzieła Juliusza Słowackiego – zarówno dramaty, poematy, jak i jego korespondencję – wskazać można przykłady wykorzystania motywu narkotyków w jego twórczości poetyckiej. Z kolei jego korespondencja i prywatne zapiski pozwalają na zrekonstruowanie zasobów wiedzy samego poety na temat używek,

www.stock.adobe.pl

w tym narkotyków. Słowacki nie tylko interesował się medycyną, anatomią i mechanizmami funkcjonowania ciała ludzkiego, ale również zdawał się być świadom znaczenia możliwości i zagrożeń, z jakimi wiążą się eksperymenty narkotyczne.

Elżbieta SZYNGIEL, „Juliusz [...] jak mówiono, zażywał opium, aby sprowadzić widzenia, które mi nieraz opowiadał". Próba rekonstrukcji poglądów Juliusza Słowackiego na narkotyki w kontekście stanu wiedzy medycznej na początku XIX wieku.

BELLE ÉPOQUE to przełom XIX i XX wieku w krajach Europy Zachodniej, uchodzący za okres rozkwitu kultury i nauki, a także względnej stabilizacji polityczno-gospodarczej. Rozwój technologii w dalszym ciągu intensyfikował procesy industrializacyjne czy urbanizacyjne. Społeczeństwo poszukiwało nowych ideologii, trendów w sztuce oraz rozrywek, wśród których znalazły się między innymi sport oraz... narkotyki. Uczestnicy zmagań doskonale zdawali sobie sprawę z wpływu różnych używek na organizm podczas rywalizacji sportowej. Wśród nich znajdowały się chętnie zapisywane przez lekarzy i łatwo dostępne w aptekach leki o działaniu psychoaktywnym i pobudzającym. Wiele substancji odkrytych bądź wyekstrahowanych w XIX wieku odgrywało coraz większą rolę w świecie sportu, jednak ówczesne postrzeganie dopingu było zupełnie inne od dzisiejszego.

Piotr SKALSKI,
„Farmacja i doping w belle époque".

STYLISTYKA I GRAMATYKA wnętrz architektonicznych przeznaczonych do zażywania twardych narkotyków i substancji psychoaktywnych w różnych strefach kulturowych jest zróżnicowana. Do najbardziej rozpoznawalnych należały pomieszczenia palarni opium, które w zależności od kategorii proponowały różny komfort pobytu. Drogą wziewną przyjmowano również nikotynę zawartą w liściach i korzeniach tytoniu szlachetnego. W XXI wieku nastąpiła radykalna zmiana architektury wnętrz palarni fajek, cygar i papierosów poprzez zamianę wygodnych gabinetów na przeszklone kabiny sytuowane w korporacyjnych budynkach biurowych czy na lotniskach. Na szczególną uwagę zasługuje design przedmiotów przeznaczonych do odmierzania, przechowywania i zażywania narkotyków i substancji psychoaktywnych. Różnorodność postaci środków odurzających obligowała artystów i rzemieślników do wytwarzania przedmiotów dedykowanych poszczególnym surowcom. Doskonałymi przykładami indywidualnego designu są fajki do palenia opium, ażurowe szufelki do nalewania absyntu, pojemniki do przechowywania kokainy czy szklane utensylia do produkcji oraz sprzedaży alkoholu.

Hanna CYTRYŃSKA,
„Design narkotycznego wnętrza".

CZUWALICZKA JADALNA (*Catha edulis Forssk*) jest jedną z głównych uprawianych w Jemenie roślin. Główną substancją psychoaktywną znajdującą się w jej liściach jest S-katynon, strukturą podobny do amfetaminy, wywołujący podobny do niej efekt stymulujący. Sposobem na dostarczenie substancji do krwiobiegu jest żucie liści czuwaliczki i związane z tym rytuały głęboko zakorzenione w kulturze Jemenu. Wywierają one negatywny wpływ na życie rodzinne Jemeńczyków. Sesja żucia jest głównym wydarzeniem w ciągu dnia, tymczasem dzieci i ich wychowanie schodzą na dalszy plan, ponadto dobrej jakości Khat jest drogi, stanowi więc poważne obciążenie dla budżetu domowego. W Europie jest to narkotyk prawie nieznany i o niejasnym statusie prawnym,

aczkolwiek katynon i katyna zostały zaklasyfikowane do, odpowiednio, wykazu pierwszego i trzeciego konwencji o substancjach psychotropowych z 1971 r.

Jakub RUSINEK,
„Czuwaliczka jadalna – w Europie mało znana, w Jemenie uprawiana od wieków".

PSYCHODELIKI to szczególna grupa substancji o działaniu psychoaktywnym. W oparciu o badania etnograficzne można ukazać ich wykorzystanie przez ludzi w różnych kulturach. Część osób traktuje doświadczenie psychodeliczne jako jedną z form pogłębiania własnej duchowości. Dodatkowo podejmuje się próby używania psychodelików jako narzędzia, które może stać się pomocne w trakcie leczenia psychoterapeutycznego.

Ewa TRACZ,
„Oblicza odmiennych stanów świadomości. Psychodeliki i ich rola w ludzkim życiu".

LSD oraz inne substancje psychoaktywne znane są ludzkości od wieków. Pozostałości Jazgrzy Williamsa (roślina zawierająca substancje psychotropowe) znaleziono w jaskiniach zamieszkiwanych przez ludzi nawet 5700 lat temu. Halucynogenne grzyby znajdowały zastosowania w obrzędach i ceremoniach każdej znanej nam kultury, a niektóre plemiona z dorzecza Amazonki stosują je również w obecnych czasach. Zachodnia kultura poznała substancje psychotropowe dzięki pracy Alberta Hogmanna, prowadzącego badania nad pochodnymi alkaloidów sporyszu w pierwszej połowie XX wieku. Od lat 40. do 60. przeprowadzono wiele eksperymentów klinicznych badających LSD jako narzędzie diagnostyczne, substancję „psycholityczną" i pomocniczą w psychoterapii. Po tych intensywnych trzech dekadach nastąpił okres prohibicji, W 1967 r. substancje psychodeliczne zostały sklasyfikowane jako szkodliwe i zostały zdelegalizowane. Od lat 90. XX wieku można jednak zaobserwować stopniowy powrót zainteresowania tymi substancjami. Powstały nowe dziedziny psychiatrii zainteresowane substancjami psychoaktywnymi, na przykład terapia depresji.

Maciej ZAJĄC,
„Farmakologiczne zwierciadło duszy".

OPIOIDY – nadmierne przepisywanie tych substancji przyczynia się do epidemii przedawkowania narkotyków i zgonów w USA. Kobiety są nieproporcjonalnie dotknięte kryzysem opioidowym, także w czasie ciąży, po porodzie, zwłaszcza po cesarskim cięciu. Ryzyko przewlekłego używania opioidów związane z przepisywaniem opioidów po urodzeniu może wydawać się niewielkie (ryzyko roczne: 0,12-0,65%), jednak z roku na rok wciąż rośnie. Należy zwrócić również uwagę na palącą potrzebę nie tylko zdefiniowania pełnego spektrum niekorzystnych skutków dla niemowląt i dzieci związanych z prenatalną ekspozycją na opioidy, ale także opracowania nowych terapii dla osób narażonych na opioidy.

Natalia KLUZ,
„Matki, zauważcie NAS! O kobietach, dzieciach dotkniętych noworodkowym zespołem abstynencji (NAS) i opioidach w pigułce".

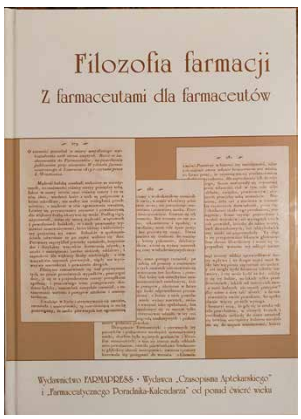
NPS (*new psychoactive substances*), czyli dopalacze, to nowe substancje psychoaktywne. Według powszechnie stosowanej w Europie definicji *European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)* to nowe narkotyki lub związki psychotropowe w formie czystej lub w postaci produktu, nie podlegające kontroli przez konwencje Narodów Zjednoczonych dotyczące leków i związków psychoaktywnych, a które mogą wywołać negatywne efekty zdrowotne porównywalne do tych, które są skutkiem stosowania substancji wymienionych w przywołanych konwencjach. Są to środki zarówno naturalne (preparaty zawierające związki halucynogenne, na przykład wyciągi z muchomora czerwonego, plamistego, szałwii wieszczej, powoju hawajskiego), jak i syntetyczne pochodne BZP (N-benzylopiperazyna) i TFMPP (3-Trifluorometylofenylpiperazyna) o działaniu podobnym do amfetaminy i metamfetaminy, czy JWH-018 (1-pentylindol-3-yl) o działaniu podobnym jak marihuana i haszysz. Z toksykologicznego punktu widzenia najgroźniejsze są preparaty zawierające mieszanki dopalaczy oraz nowe na rynku psychostymulanty o nieznanym jeszcze działaniu.

Marek JURGOWIAK, Marek FOKSIŃSKI,
„Dopalacze – nowe narkotyki, narastający problem medyczny".

Opracował dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI

Filozoficzne spojrzenie na farmację

Prof. dr hab. Jacek Sapa, dziekan Wydziału Farmaceutycznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, podkreśla, że „nie można rozwijać nauk farmaceutycznych i zawodu farmaceuty bez spojrzenia filozoficznego". Świadome decyzje oraz odpowiedzialne wybory mogą zostać podjęte po zapoznaniu się z podstawami filozofii i etyki zawodu aptekarza. Zwracał na to uwagę już dr Jan Fryderyk Wolfgang, profesor Imperatorskiego Uniwersytetu Wileńskiego, podczas otwarcia Wydziału Farmaceutycznego przy tamtejszym uniwersytecie w 1819 r. W podobnym tonie wypowiedział się o zawodzie farmaceuty dr Gustaw Dobrucki, minister wyznań religijnych i oświecenia publicznego, w publikacji „Własnymi siłami" (9 czerwca 1928 r.), który stwierdził, że „ta dziedzina w większym, niż inna, stopniu kształci walory moralne pracownika, wymagając od niego dokładności, rzetelności, sumienności i odpowiedzialności w pracy". Warto wspomnieć także o fakcie, że pierwsze doktoraty z farmacji bronione były na wydziałach filozoficznych uniwersytetów.



Powiązanie filozofii i farmacji znalazło swoje odbicie na łamach „Czasopisma Aptekarskiego" oraz „Farmaceutycznego Poradnika-Kalendarza", gdzie niemal 50 autorów, a wśród nich prof. Anita Magowska, kierownik Katedry i Zakładu Historii i Filozofii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, opublikowało swoje artykuły, wykłady, komentarze czy wypowiedzi. Wybór tych publikacji został umieszczony w zbiorowym opracowaniu „Filozofia farmacji. Z farmaceutami dla farmaceutów" (Wydawnictwo Farmapress). Publikacja składa się z pięciu części poświęconych etyce i filozofii farmacji. Jest to cenna inicjatywa wydawnicza redaktora naczelnego „Czasopisma Aptekarskiego" Wiktora Szukiela, służąca zarówno naukowcom, jak i aptekarzom praktykom, pokazująca inny wymiar wykonywani a tego zawodu.

Według prekursora filozofii farmacji J.F. Wolfganga farmacja może być rzemiosłem lub sztuką. Do roli fachu rzemieślniczego sprowadzają farmację ludzie „niezdolni wznosić się do stopnia umiejętności, którzy nieczuli na chwałę i szacunek publiczny, niczego więcej nie szukali, jak lichego zysku". Istnieją również farmaceuci, jak zaznaczał Wolfgang, zdolni „do posługi ze swego powołania na obszernym polu rozległey nauki i znajomości". Warto w tym miejscu zauważyć fakt niezaprzeczalny, że rezygnacja z powołania do służby wobec cierpiącego pacjenta (świadoma czy też nie) prowadzić będzie nieuchronnie do społecznej degradacji zawodu. Pozbawi także satysfakcji zawodowej!

Dr Jerzy Łazowski w swej publikacji dotyczącej opieki farmaceutycznej słusznie twierdzi, że: „jeżeli aptekarze nie podejmą nowych zadań, a wydziały farmaceutyczne nie udzielą im w tym daleko idącego wsparcia, zawód aptekarski będzie ulegał stopniowej degradacji, coraz częściej będzie postrzegany jako zwykły handel i odpowiednio do tego traktowany". Nie mają więc znaczenia deklaracje o szczytnym posłannictwie aptekarstwa, mogą to zmienić wyłącznie dokonania, które wskazują na jego niezbędność we współczesnym społeczeństwie.

W dzisiejszych czasach globalizacji i pomnażania zysków koniecznym staje się stwierdzenie, aby nie zagubić w tym wszystkim pacjenta. To pacjent zostaje podmiotem usług i opieki farmaceuty współcześnie i wiekach minionych. W XIX wieku aptekarze borykali się z zafałszowanymi surowcami farmakognostycznymi pochodzącymi z Azji, Afryki czy Ameryki Południowej. Handlarze oferowali liczne surowce zafałszowane bezwartościowymi domieszkami, licząc na trudności z ich rozpoznaniem i jednoczesny szybki zysk. Dlatego tak ważne z perspektywy rozwoju farmacji jest „powołanie", słowo pojawiające się w nauczaniu Jana Pawła II, który stwierdził, że „zwykła praca polega na wykonywaniu wyuczonego zawodu, powołanie zakłada pełnienie służby". Pamiętajmy o tym przesłaniu rozwijając nowe aktywności współczesnej farmacji, która chce być coraz bliżej pacjenta.

dr n. farm. STEFAN PIECHOCKI

MUZEUM FARMACJI

im. prof. W.W. Głowackiego
Wielkopolskiej Okręgowej Izby
Aptekarskiej w Poznaniu

Poznań, al. Marcinkowskiego 11

tel.: **798 195 988**

e-mail: **muzeumfarmacji@woia.pl**

Muzeum czynne jest we **wtorki, środy i piątki od 9:00 do 15:00**

Wstęp bezpłatny

Muzeum Farmacji

zwraca się z prośbą o przekazanie:

– wszelkich pamiątek, dokumentów, książek oraz sprzętów związanych z aptekarstwem wielkopolskim

– tableau ukończenia studiów Oddziału i Wydziału Farmaceutycznego w Poznaniu

– Farmakopei Polskiej VI, VII, IX, X, XI oraz farmakopei zagranicznych

WIELKOPOLSKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA