
FARMACJA

REGIONU PÓŁNOCNO-WSCHODNIEGO

BIULETYN INFORMACYJNY

OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ
W BIAŁYMSTOKU



Na okładce: Ryzyko choroby pneumokokowej jest najwyższe u małych dzieci i osób starszych. Szczepienia chronią przed zakażeniami wywołanymi przez lekooporne szczepy pneumokoków.

Farmacja Regionu Północno-Wschodniego
Biuletyn Informacyjny Izby Aptekarskiej w Białymstoku

Komitet Redakcyjny:

Dorota Bielonko, Agnieszka Kita, Jarosław Mateuszuk (redaktor prowadzący),
Elżbieta Rutkowska, Tomasz Sawicki, Michał Tomczyk.

Przygotowanie do druku: Elżbieta Jarmoc - Biuro OIA Białystok

Wydawca:

Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku

15-435 Białystok, ul. Ludwika Zamenhofa 27

tel./fax 085-732-52-75, tel. 085-740-60-72

www.oiab.com.pl

e-mail: biuro@oiab.com.pl

Nr konta bankowego: 16 1020 1332 0000 1102 0232 6403

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

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest

Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku, ul. Zamenhofa 27; 15-435 Białystok

- Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji przepisów prawa.
- Posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz do ich poprawiania.

Podanie danych osobowych zawartych w Biuletynie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku jest dobrowolne.

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam umieszczonych w biuletynie.

Z okazji wyboru na stanowisko

Podlaskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego

Pani mgr farm. Justynie Gosk-Frankowicz,

w imieniu wszystkich członków samorządu zawodowego

Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku,

składam serdeczne gratulacje.

Życzę wytrwałości, optymizmu i powodzenia w nowej roli

oraz dużo sił w dążeniu do założonych celów.

Niech Pani wysiłek zaowocuje sukcesami

i osobistą satysfakcją.

Łączę wyrazy szacunku i nadzieję na owocną współpracę.



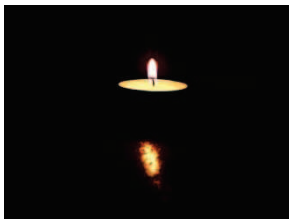
Mgr farm. Tomasz Sawicki

Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej

w Białymstoku

SPIS TREŚCI

Gratulacje dla mgr farm. Justyny Gosk-Frankowicz.....	1
Spis treści	2
Kondolencje dla mgr farm. Jarosława Mateuszuka.....	3
Słowo od Prezesa	4
Kalendarium prac OIA za II kwartał 2022 r.	7
Z prac Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku	
Sprawozdanie z działalności ORA za II kwartał 2022 r.	14
Komunikat Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku	17
Prośba biura OIAB ws. przelewów bankowych składek	18
VIII/II Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy Delegatów OIA w Białymstoku	
Protokół VIII/II Okręgowego Zjazdu Delegatów OIA w Białymstoku	19
Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku za okres 01.01.2021-31.12.2021	25
Sprawozdanie z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej za okres 01.01.2021-31.12.2021	34
Sprawozdanie z działalności Okręgowego Sądu Aptekarskiego za okres 01.01.2021- 31.12.2021	35
Medycyna dla Farmaceutów	
Podstawowe informacje dotyczące szczepień przeciw pneumokokom – mgr farm. J. A. Mateuszuk	36
Zastosowanie adrenaliny we wstrząsie anafilaktycznym – mgr farm. J. A. Mateuszuk.	47
Analiza przypadku. Wpływ zastosowanego żywienia pozajelitowego na proces leczenia ciężko poparzonej pacjentki, zastosowana farmakoterapia i jej analiza pod kątem możliwych interakcji – dr K. Chrzanowska.....	54
Varia	
„Ropa naftowa – dobrodziejstwo, czy przekleństwo współczesnego świata?” - XXX Sympozjum Historii farmacji PTFarm. – dr E. Rutkowska.....	66



**Z głębokim żalem zawiadamiamy,
że w dniu 19 lipca 2022 r. zmarła**

Ś†P

mgr farm. Alicja Haraburda-Mateuszuk

członek Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku II-ej kadencji.

Wyrazy najszczerzego współczucia

synowi - mgr. farm. Jarosławowi Mateuszuk

składają członkowie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku

oraz pracownicy biura.

Słowo od Prezesa

Koleżanki i Koledzy!

W 2021 roku w trakcie wykonywania czynności zawodowych w aptece miały miejsce bezprecedensowe ataki na farmaceutów. Wystarczyło zwrócenie pacjentowi uwagi, aby dostosował się do aktualnych wymagań sanitarnych i założył maseczkę zakrywającą usta i nos, jeżeli zaś nie wyrażał na to zgody – opuścił aptekę. Konsekwencją tego było dotkliwe pobicie farmaceuty, co miało miejsce w aptece w Zgorzelcu. Jako całe środowisko i Samorząd powiedzieliśmy temu dość. Dolnośląska Izba Aptekarska, wraz z jej prezesem, mgr farm. Marcinem Repelewiczem (na terenie której doszło do tego pobicia) podjęła inicjatywę w sprawie nowelizacji ustawy o zawodzie farmaceuty i ustawy Prawo Farmaceutyczne, dzięki której farmaceuci oraz technicy farmaceutyczni podczas wykonywania czynności zawodowych zostaliby objęci taką samą ochroną prawną, jak funkcjonariusze publiczni. Dzięki zaangażowaniu Pana Prezesa oraz wsparciu całego środowiska farmaceutów, w dniu 12 maja 2022 r. powyższa nowelizacja została przyjęta przez Sejm, zaś w dniu 21 czerwca 2022 r. podpisana przez Prezydenta Andrzeja Dudę. Nowelizacja wchodzi w życie z dniem 12 lipca 2022 r. Jakże ma to przełożenie w praktyce?

Zgodnie z zapisami Kodeksu Karnego kto, działając wspólnie i w porozumieniu z



inną osobą lub używając broni palnej, noża lub innego podobnie niebezpiecznego przedmiotu albo środka obezwładniającego, dopuszcza się czynnej napaści na funkcjonariusza publicznego lub osobę do pomocy mu

przybraną podczas lub w związku z pełnieniem obowiązków służbowych, podlega karze **pozbawienia wolności od roku do lat 10**. Jeżeli w wyniku czynnej napaści nastąpił skutek w postaci ciężkiego uszczerbku na zdrowiu funkcjonariusza publicznego lub osoby do pomocy mu przybranej, sprawca podlega karze **pozbawienia wolności od lat 2 do 12**.

W dniu 14 maja 2022 r. odbył się Zjazd Sprawozdawczy Delegatów OIA w Białymstoku, zaś przed samym Zjazdem konferencja naukowo-szkoleniowa, której tematem były „Zasady obrotu produktem leczniczym w Polsce – panel dyskusyjny”. Naszym wykładowcą był mgr farm. Marian Witkowski - Prezes ORA w Warszawie oraz Konsultant Farmaceutyczny Naczelnej Izby Aptekarskiej, zaś Gościem Honorowym Zjazdu Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej - Pani mgr farm. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska.



Po zakończeniu konferencji odbyło się uroczyste wręczenie Praw Wykonywania Zawodu Farmaceuty. Z uwagi na zniesienie wszelkich ograniczeń dotyczących m.in. organizacji spotkań (które miały miejsce w roku poprzednim) konferencja oraz zjazd odbyły się w formie stacjonarnej. Pomimo tego frekwencja, zarówno na konferencji jak i samym zjeździe (zarówno wśród farmaceutów – członków OIA w Białymstoku jak i samych delegatów) była, niestety bardzo niska. Sprawozdanie ze zjazdu znajduje się w bieżącym numerze Biuletynu – zachęcam do lektury.

W dniu 4 maja 2022 r. zostało opublikowane Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty”, które to ustaliło jego nowy wzór. Zgodnie z treścią rozporządzenia dokumenty „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” wydane na podstawie rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 25 maja 2004 r. w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu farmaceuty” (Dz. U. poz. 1458 oraz z 2005 r. poz. 1034 i 1130), **a więc wydane i wydawane do dnia 12 lipca 2022 r. „Prawa wykonywania zawodu farmaceuty” zachowują ważność.** Prawa wykonywania zawodu farmaceuty wydawane **po dniu 12 lipca 2022 r.** będą już zgodne z nowym wzorem.

W kwietniu 2022 r. Wojewoda Podlaski ogłosił konkurs na stanowisko Podlaskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego. W toku przeprowadzonego postępowania konkursowego na funkcję Podlaskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego została wybrana **Pani mgr farm. Justyna Gosk-Frankowicz**, do tej pory pełniąca funkcję p.o. Podlaskiego WIF. Pani magister gratuluję wyboru i powierzenia funkcji Podlaskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, życzę dalszych sukcesów na zajmowanym stanowisku oraz jak najlepszej współpracy z Okręgową Izbą Aptekarską w Białymstoku.

W przypadku jakichkolwiek pytań pozostaję do dyspozycji wraz członkami Okręgowej Rady Aptekarskiej oraz pracownikami biura Izby.

Życzę wszystkim spokojnego i udanego urlopu, dobrej pogody i jak najlepszego odpoczynku od codziennych obowiązków.

Pozdrawiam serdecznie

Tomasz Sawicki

Prezes ORA w Białymstoku

Kalendarium prac OIA w Białymstoku

II kwartał 2022 r.

06.04.2022 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie), telekonferencja.

08.04.2022 r.

Konferencja naukowo-szkoleniowa, której tematami były:

"Zakażenia ran w opiece farmaceutycznej" – wykładowca prof. dr hab. n. med. Marzenna Bartoszewicz

"Pacjent z raną- co farmaceuta musi wiedzieć."- wykładowca dr nauk farm. Przemysław Dalkowski

13.04.2022 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie), telekonferencja.

26.04.2022 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie), telekonferencja.

11.05.2022 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie), telekonferencja.

14.05.2022 r.

Zjazd Sprawozdawczy Delegatów OIA w Białymstoku połączony z konferencją naukowo-szkoleniową, której tematem były „Zasady obrotu produktem leczniczym w Polsce – panel dyskusyjny”.

23-24.05.2022 r.

Udział Prezesa ORA oraz Wiceprezesa (członka NRA) – mgr farm. Jarosława Adama Mateuszuka w posiedzeniu Naczelnej Rady Aptekarskiej.

31.05.2022 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku.

03.06.2022 r.

Udział Prezesa ORA w uroczystym wręczeniu dyplomów magistra farmacji absolwentom kierunku farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku.

03-05. 06.2022 r.

Udział Prezesa ORA oraz Wiceprezesa – mgr farm. Jarosława Adama Mateuszuka w XXIII Podlasko-Mazurskich Warsztatach Farmaceutycznych w Białowieży.

07.06.2022 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie), telekonferencja.

13.06.2022 r.

Udział Prezesa ORA oraz Wiceprezesa (członka NRA) – mgr farm. Jarosława Adama Mateuszuka w posiedzeniu Naczelnej Rady Aptekarskiej.

22.06.2022 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku (sprawozdanie w Biuletynie).

24.06.2022 r.

Udział Prezesa ORA w posiedzeniu Rady Narodowego Funduszu Zdrowia w Białymstoku.

W minionym okresie Prezes oraz Wiceprezes – mgr farm. Jarosław Adam Mateuszuk, w imieniu ORA w Białymstoku opiniowali i udzielali informacji na wniosek Naczelnej Izby Aptekarskiej w następujących projektach:

1. Rozporządzeniu Ministra zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu informacji gromadzonych w Systemie Ewidencji Zasobów Ochrony Zdrowia oraz sposobu i terminów przekazywania tych informacji;
2. Ustawy o zmianie ustawy o sposobie ustalania najniższego wynagrodzenia zasadniczego niektórych pracowników zatrudnionych w podmiotach leczniczych;
3. Ustawy o zmianie ustawy o postępowaniu wobec osób z zaburzeniami psychicznymi stwarzających zagrożenie życia, zdrowia lub wolności seksualnej innych osób, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o działalności leczniczej;
4. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
5. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie reklamy produktów leczniczych;
6. Rozporządzeniu Ministra Finansów zmieniający rozporządzenie w sprawie kas rejestrujących (nr 438 w wykazie prac legislacyjnych Ministra Finansów);
7. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie podziału kwoty środków finansowych w 2022 r. stanowiącej wzrost całkowitego budżetu na refundację;

8. Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
9. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (MZ1310);
10. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu programów zdrowotnych (MZ1313);
11. Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie nadania statusu uzdrowiska sołectwom Latoszyn i Podgrodzie położonym na obszarze gminy Dębica (Nr z wykazu RD 521);
12. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych;
13. Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie programu badań statystycznych statystyki publicznej na rok 2023;
14. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu podziału środków finansowych dla uczelni medycznych nadzorowanych przez ministra właściwego do spraw zdrowia (MZ 1309);
15. Rozporządzeniu Ministra Obrony Narodowej ws. wykazu produktów leczniczych oznaczonych symbolem OTC, wyrobów medycznych i wyposażenia wyrobów medycznych wydawanych bezpłatnie;
16. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej;
17. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie podmiotów uprawnionych do zakupu produktów leczniczych w hurtowniach farmaceutycznych;
18. Zarządzeniu Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe;
19. Zarządzeniu Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapia;
20. Rozporządzeniu Ministra Finansów zmieniającego rozporządzenie w sprawie towarów i usług, dla których obniża się stawkę podatku od towarów i usług, oraz warunków stosowania stawek obniżonych;
21. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (MZ 1282);

22. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych, oraz kryteriów klasyfikacji tych produktów do poszczególnych wykazów;
23. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kursów kwalifikacyjnych dla farmaceutów (MZ 1268);
24. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia stomatologicznego (MZ 1178);
25. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie kursu reedukacyjnego w zakresie problematyki przeciwalkoholowej i przeciwdziałania narkomanii oraz szczegółowych warunków i trybu kierowania na badania lekarskie lub badania psychologiczne w zakresie psychologii transportu;
26. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szpitalnego oddziału ratunkowego (MZ 1316);
27. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie odwołania na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu epidemii;
28. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogłoszenia na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej stanu zagrożenia epidemicznego;
29. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu oraz sposobu przekazywania danych dotyczących osób objętych ubezpieczeniem zdrowotnym i płatników składek, osób pobierających zasiłki przyznane na podstawie przepisów o ubezpieczeniu chorobowym lub wypadkowym, osób ubiegających się o przyznanie emerytury lub renty oraz pracowników korzystających z urlopu bezpłatnego;
30. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie elektronicznej rejestracji centralnej na wybrane świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (MZ 1301);
31. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1340);
32. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie monitorowania dzieci i młodzieży z pierwotnymi i wtórnymi niedoborami odporności rodzin (MZ 1333);
33. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie standardu organizacyjnego opieki okołoporodowej (MZ 1337);

34. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rezerwy szczepionek oraz innych immunologicznych produktów leczniczych, stosowanych w razie wystąpienia zagrożenia epidemicznego lub epidemii (MZ 1345);
35. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej (MZ 1238);
36. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (MZ 1239);
37. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (MZ 1240);
38. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych i urządzeń pomocniczych (MZ 1324);
39. Poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
40. Rozporządzeniu Rady Ministrów w sprawie wyłączenia od obowiązku pełnienia czynnej służby wojskowej w razie ogłoszenia mobilizacji i w czasie wojny;
41. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów;
42. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie sposobu ustalania ryczałtu systemu podstawowego szpitalnego zabezpieczenia świadczeń opieki zdrowotnej na okres rozliczeniowy obejmujący okres od 1 stycznia do 31 grudnia 2022 r.;
43. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie medycznych czynności ratunkowych i świadczeń zdrowotnych innych niż medyczne czynności ratunkowe, które mogą być udzielane przez ratownika medycznego (1339);
44. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowego zakresu audytów klinicznych wewnętrznych oraz audytów klinicznych zewnętrznych oraz wzoru raportów z ich przeprowadzenia (1322);
45. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kategorii i kryteriów kwalifikowania ekspozycji niezamierzonych i narażeń przypadkowych, działań, które należy podjąć w jednostce ochrony zdrowia po ich wystąpieniu, a także zakresu informacji objętych Centralnym Rejestrem Ekspozycji Niezamierzonych i Narażeń Przypadkowych;

46. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (1354);
47. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej (1353);
48. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki specjalistycznej nad świadczeniobiorcami leczonymi z powodu otyłości olbrzymiej KOS-BAR (1356);
49. Poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług;
50. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego w zakresie kompleksowej opieki rozwojowej nad dziećmi urodzonymi przedwcześnie KORD (1312);
51. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji w dziedzinach mających zastosowanie w ochronie zdrowia (nr 1332);
52. Rozporządzeniu Ministra Finansów zmieniającego rozporządzenie w sprawie zwolnień z obowiązku prowadzenia ewidencji sprzedaży przy zastosowaniu kas rejestrujących (nr 553);
53. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do osób z doświadczeniem traumy oraz ich rodzin (MZ 1328);
54. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2023 r. (MZ 1357);
55. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie opłat dotyczących wyrobów medycznych (MZ 1352);
56. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez fizjoterapeutów (MZ 1351);
57. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym na rok akademicki 2022/2023 (MZ 1363);
58. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty przez diagnostów laboratoryjnych;
59. Ustawy o zmianie ustawy o pracy na morzu oraz niektórych innych ustaw (UD 391), wraz z uzasadnieniem i Oceną Skutków Regulacji;

60. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie warunków bezpiecznego stosowania promieniowania jonizującego dla wszystkich rodzajów ekspozycji medycznej (MZ 1327);
61. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego "Profilaktyka 40 PLUS";
62. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wzorów oświadczeń o przysługującym świadczeniobiorcy prawie do świadczeń opieki zdrowotnej;
63. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie formularza zgłoszenia poważnego incydentu;
64. Rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy Kodeks pracy oraz niektórych innych ustaw (druk nr 2335);
65. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniające rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego dotyczącego leczenia ostrej fazy udaru niedokrwienego za pomocą przeciwnikowej trombektomii mechanicznej naczyń domózgowych lub wewnątrzczaszkowych (MZ 1364);
66. Zarządzeniu zmieniającego zarządzenie Nr 50/2022/DSM Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 14 kwietnia 2022 r. w sprawie programu określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie: świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie: świadczenia w izbie przyjęć;
67. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie biegłych w przedmiocie uzależnienia od alkoholu;
68. Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii;
69. Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniające zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe;

Z prac Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku za II kwartał 2022r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 06.04.2022 r.

W zdalnym posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 8. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały o wpisaniu 3. osób do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku:

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały ws. opinii dotyczącej spełnienia warunków do pełnienia funkcji kierowników aptek ogólnodostępnych mieszczących się w:

- Suwałkach przy ul. Nowomiejskiej
- Suwałkach przy ul. Alfreda Lityńskiego
- Raczkach przy ul. Plac Kościuszki
- Białymstoku przy ul. Produkcyjnej
- Białymstoku przy ul. Nowosielskiej

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenie do pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej Specjalistycznego Psychiatrycznego SPZOZ w Suwałkach przy ul. Szpitalnej.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 13.04.2022 r.

W zdalnym posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 6. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały o przyznaniu Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty 38. osobom oraz wpisaniu ich do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenie do pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej Ośrodka Hospicyjno-Opiekuńczego 17-210 Narew, Makówka.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 26.04.2022 r.

W zdalnym posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 5. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały o przyznaniu 8. osobom Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty oraz wpisaniu do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały o wpisaniu 2. osób do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwałę ws. utraty Prawa Wykonywania zawodu farmaceutki i na jej prośbę skreśliło z rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenie do pełnienia funkcji kierownika apteki szpitalnej w Grajewie przy ul. Konstytucji

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 11.05.2022 r.

W zdalnym posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 8. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały o wpisaniu 2. osób do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało uchwały ws. opinii dotyczącej spełnienia warunków do pełnienia funkcji kierowników aptek ogólnodostępnych mieszczącej się w:

- Grajewie przy ul. Piłsudskiego
- Choroszycy przy ul. Sienkiewicza
- nową aptekę w Horodnianach, gmina Juchnowiec Kościelny

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenia:

- do pełnienia funkcji p/o kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Białymstoku przy ul. Warszawskiej
- do pełnienia funkcji p/o kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Białymstoku przy ul. Paderewskiego
- do pełnienia funkcji p/o kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Ciechanowie przy ul. Mickiewicza

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 7.06.2022 r.

W zdalnym posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 6. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały o wpisaniu 4. osób do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku:

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały ws. opinii dotyczącej spełnienia warunków do pełnienia funkcji kierowników aptek ogólnodostępnych mieszczącej się w:

- Suwałkach przy ul. Noniewicza
- Czyżewie przy ul. Duży Rynek
- nową aptekę w Turośli przy ul. Jana Pawła II
- Dąbrowie Białostockiej przy ul. Kołłątaja

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenia:

- do pełnienia funkcji p/o kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Białymstoku przy ul. Mickiewicza
- do pełnienia funkcji p/o kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Łapach przy ul. Sikorskiego
- do pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej w Suwałkach przy ul. Nowomiejskiej

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej - 22.06.2022 r.

W stacjonarnym posiedzeniu Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 9. jej członków.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła jednogłośnie uchwałę o skreśleniu jednej osoby z Rejestru Farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku, Przyczyną skreślenia jest nieopłacanie składek członkowskich w okresie od II 2020r. do chwili obecnej, tj. przez okres dłuższy niż 24 miesiące.

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarze
ORA w Białymstoku VIII karencji
mgr farm. Agnieszka Kita
dr Joanna Mikita

**Członkowie
Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Białymstoku**

KOMUNIKAT

Uprzejmie informujemy, że 16 kwietnia 2021 roku weszła w życie Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz.U. 2021 poz. 97). Nowelizuje ona zapis w ustawie o izbach aptekarskich dotyczący sytuacji, w której farmaceuta posiadający Prawo Wykonywania Zawodu może być skreślony z rejestru farmaceutów.

Art. 82. Zmienia brzmienie art. 8 f ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich, który określa, kiedy można skreślić farmaceutów z rejestru prowadzonego przez okręgową radę aptekarską. Taki przypadek następuje wskutek nieopłacenia składek członkowskich przez okres dłuższy niż 24 miesiące. (art. 8f ust.1 pkt. 5).

Art. 25. Ustawy o zawodzie farmaceuty uzależnia wykonywanie zawodu od wpisu do rejestru farmaceutów, który prowadzi okręgową radę aptekarską (**Art. 25. Zawód farmaceuty może wykonywać osoba posiadająca prawo wykonywania zawodu farmaceuty, która złożyła ślubowanie i jest wpisana do rejestru farmaceutów, o którym mowa w art. 8 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich.**)

W związku z powyższym prosimy o sprawdzenie, czy nie zalegacie Państwo z płatnościami, a jeżeli ma to miejsce – jak najszybsze uregulowanie zadłużenia.

Niewywiązanie się z obowiązku comiesięcznego opłacania składek, skutkować będzie podjęciem przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku uchwały o skreśleniu z rejestru farmaceutów, a co za tym idzie niemożnością wykonywania zawodu, tj. realizacji recept w aptekach, sprawowania funkcji kierownika apteki lub osoby odpowiedzialnej w hurtowni, podpisywanie zestawień refundacyjnych, wystawiania recept farmaceutycznych oraz recept *pro familia* i *pro auctore*, etc. Powyższa ustawowa sankcja nie zwalnia OIA z dochodzenia swoich należności w drodze postępowania administracyjnego (Urzędy Skarbowe) lub sądowno-komorniczego, co w przeszłości było procedurami stosowanymi wobec dłużników.

Jednocześnie przypominamy, że składki należy opłacać do 20-go dnia każdego miesiąca. Informacje na temat zaległości można uzyskać w naszym biurze drogą

telefoniczną 85 732-52-75, 740-60-72 lub wysyłając zapytanie na adres biuro@oiab.com.pl

Przypominamy również, że członkowie Izby powinni **niezwłocznie** informować organy Izby o każdorazowej zmianie danych objętych rejestrem farmaceutów prowadzonym przez Okręgową Izbę Aptekarską w Białymstoku tj.: miejsca zatrudnienia i zamieszkania, jak również zmianie nazwiska, uzyskanych specjalizacji czy stopni naukowych.

W imieniu Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku

Prezes ORA w Białymstoku
mgr farm. Tomasz Sawicki

Skarbnik ORA w Białymstoku
mgr farm. Joanna Moroz

Prośba biura OIA w Białymstoku

W związku z wprowadzeniem w biurze OIA w Białymstoku nowego oprogramowania dotyczącego księgowania składek członkowskich uprzejmie prosimy o wpisywanie w tytule przelewu następujących danych:

- imię i nazwisko (nazwiska, jeśli Panie posługują się dwoma nazwiskami zgodnie z wpisem w rejestrze farmaceutów)
- numer Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty (nowy)

Prosimy nie wysyłać przelewów zbiorczych np. za kilku pracowników apteki.

Przelewy z innymi tytułami nie będą księgowane!!!

W przypadku pytań prosimy o kontakt z biurem OIA w Białymstoku

VIII/II Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku.

Protokół z obrad VIII/II Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczego Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku, obradującego w dniu 14 maja 2022 r.

Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku odbył się dnia 14 maja 2022 r. w sali Centrum Dydaktyczno-Naukowego Wydziału Nauk o Zdrowiu, Białystok ul. Szpitalna 37.

Prezes ORA w Białymstoku – mgr farm. Tomasz Sawicki powitał przybyłych na Zjazd Delegatów.

Ze względu na niską frekwencję Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku Zjazd odbywał się w II terminie.

W Okręgowym Sprawozdawczym Zjeździe Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 17. Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku.

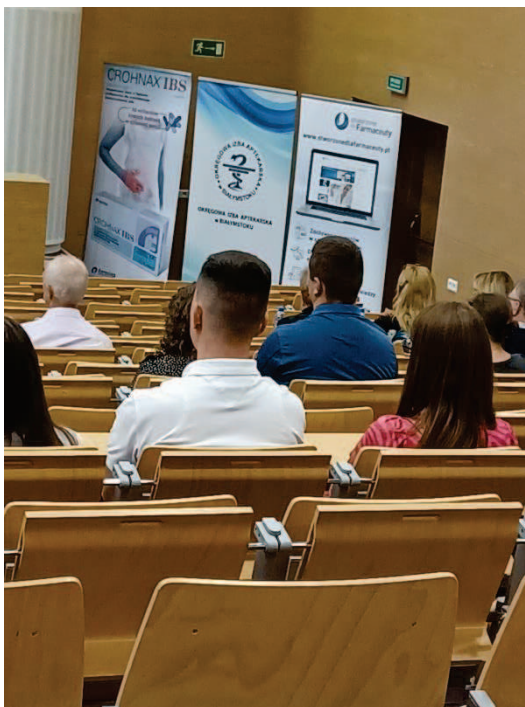
Prezes ORA w Białymstoku zaproponował kandydaturę mgr farm. Jarosława Mateuszka na Przewodniczącego Zjazdu, który wyraził zgodę na kandydowanie

W głosowaniu jawnym za wyborem Przewodniczącego Okręgowego Zjazdu Delegatów mgr farm. Jarosława Mateuszka głosowało 17 osób.

17 osób głosowało „za”, głosów przeciwnych i wstrzymujących się nie było.

Przewodniczący Zjazdu zaproponował kandydatów do Prezydium Zjazdu

- mgr farm. Marcina Kurowskiego na Wiceprzewodniczącego Zjazdu, który wyraził zgodę na



kandydowanie.

- mgr farm Agnieszkę Kita na Sekretarza Zjazdu, która wyraziła zgodę na kandydowanie

Przewodniczący zarządził głosowanie nad kandydaturami do Prezydium Zjazdu.

W głosowaniu jawnym za wyborem członków Prezydium Okręgowego Zjazdu Delegatów, na Wiceprzewodniczącego Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczego Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku - mgr farm. Marcina Kurowskiego oraz na Sekretarza Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczego Delegatów - mgr farm. Agnieszkę Kita głosowało 17 osób. 17 osób głosowało „za”, głosów przeciwnych i wstrzymujących się nie było.

W głosowaniu jawnym Okręgowy Zjazd Delegatów wybrał jednogłośnie:

- na Przewodniczącego Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczego – mgr farm. Jarosława Mateuszuka.
- na Wiceprzewodniczącego Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczego Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku - mgr farm. Marcina Kurowskiego.
- Na Sekretarza Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczego Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku – mgr farm. Agnieszkę Kita

W imieniu Prezydium, Przewodniczący Zjazdu podziękował za wybór i przystąpił do realizacji dalszego planu spotkania.

Przewodniczący Zjazdu przedstawił proponowany porządek obrad Zjazdu.

P O R Z Ä D E K

obrad VIII/II Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczego
Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku

- Otwarcie Zjazdu - Prezes ORA mgr Tomasz Sawicki
- Wybór Przewodniczącego Zjazdu.
- Wybór Zastępcy Przewodniczącego i Sekretarza Zjazdu.
- Przyjęcie porządku obrad Zjazdu.
- Wybór Komisji: Mandatowej, Regulaminowej, Uchwał i Wniosków.
- Sprawozdanie z działalności ORA i wykonania budżetu za 2021 rok – Prezes ORA.
- Sprawozdanie finansowe Skarbnika ORA .
- Sprawozdanie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.
- Sprawozdanie Przewodniczącego Okręgowego Sądu Aptekarskiego.

- Sprawozdanie Komisji Rewizyjnej.
- Dyskusja nad sprawozdaniami.
- Udzielenie absolutorium Okręgowej Radzie Aptekarskiej w Białymstoku.
- Podjęcie uchwał zgłoszonych przez Komisję Uchwał i Wniosków w sprawie: zatwierdzenia rocznych sprawozdań Okręgowej Rady Aptekarskiej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej, Okręgowego Sądu Aptekarskiego i Okręgowego Rzecznika odpowiedzialności zawodowej: uchwalenia budżetu na 2022r.
- Wolne wnioski.
- Zamknięcie obrad Zjazdu.

Przewodniczący Zjazdu poddał pod głosowanie jawne porządek obrad Zjazdu.

W głosowaniu jawnym nad porządkiem obrad Okręgowego Zjazdu Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku głosowało 17 osób, wszyscy głosowali „za” głosów wstrzymujących się i przeciwnych nie było.

Okręgowy Zjazd Aptekarzy w głosowaniu jawnym jednogłośnie zatwierdził porządek obrad Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczego Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku.

Przewodniczący Zjazdu poinformował Delegatów, że ze względu na to, że jest to Zjazd Sprawozdawczy, zgodnie z Regulaminem Zjazdu należy wybrać trzy Komisje: Mandatową, Regulaminową oraz Uchwał i Wniosków, (nie ma potrzeby wyboru Komisji Skrutacyjnej oraz Komisji Wyborczej).

Przewodniczący Zjazdu zaproponował kandydatury do Komisji Mandatowej: mgr farm. Ewy Gładkowskiej, mgr farm. Renaty Kurowskiej, mgr farm. Krzysztofa Mroczka. Wszyscy zainteresowani wyrazili zgodę na kandydowanie.

W głosowaniu jawnym za wyborem do Komisji Mandatowej mgr farm. Ewy Gładkowskiej, mgr farm. Renaty Kurowskiej, mgr farm. Krzysztofa Mroczka głosowało 17 osób, 14 osób głosowało „za”, 3 osoby wstrzymały się od głosu, głosów przeciwnych nie było.

W głosowaniu jawnym Okręgowy Zjazd Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku przy 3 głosach wstrzymujących się wybrał do Komisji Mandatowej następujące osoby: mgr farm. Ewę Gładkowską, mgr farm. Renatę Kurowską, mgr farm. Krzysztofa Mroczka.

Komisja Mandatowa wybrana na Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczym Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku ukonstytuowała się w następującym składzie:

Przewodniczący: mgr farm. Ewa Gładkowska

Sekretarz: mgr farm Renata Kurowska

Członek: mgr farm. Krzysztof Mroczek

Przewodniczący Zjazdu zaproponował kandydatury do Komisji Regulaminowej: mgr farm Beaty Wróblewskiej, mgr farm. Katarzyny Korol-Tokarzewicz, dr Joanny Mikita. Wszyscy zainteresowani wyrazili zgodę na kandydowanie.

W głosowaniu jawnym za wyborem do Komisji Regulaminowej mgr farm. Beaty Wróblewskiej, mgr farm. Katarzyny Korol-Tokarzewicz, dr Joanny Mikita głosowało 17 osób, 17 osób głosowało „za”, nikt nie wstrzymał się od głosu, głosów przeciwnych nie było.

W głosowaniu jawnym Okręgowy Zjazd Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku jednogłośnie wybrał do Komisji Regulaminowej następujące osoby: mgr farm. Beatę Wróblewską, mgr farm. Katarzynę Korol-Tokarzewicz, dr Joannę Mikita.

Komisja Regulaminowa wybrana na Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczym Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku ukonstytuowała się w następującym składzie:

Przewodniczący: mgr farm. Beata Wróblewska

Sekretarz: mgr farm. Katarzyna Korol-Tokarzewicz

Członek: dr Joanna Mikita

Przewodniczący Zjazdu zaproponował kandydatury do Komisji Uchwał i Wniosków: dr Beatę Kocięcką, mgr farm. Marka Korzeniowskiego, mgr farm. Ewę Gac-Wardecką. Wszyscy zainteresowani wyrazili zgodę na kandydowanie.

W głosowaniu jawnym za wyborem do Komisji Uchwał i Wniosków dr Beaty Kocięckiej, mgr farm. Marka Korzeniowskiego, mgr farm. Ewy Gac-Wardeckiej głosowało 17 osób, 15 osób głosowało „za”, 2 osoby wstrzymały się od głosu, głosów przeciwnych nie było..

W głosowaniu jawnym Okręgowy Zjazd Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku przy 2. głosach wstrzymujących się wybrał do Komisji Uchwał i Wniosków następujące osoby: dr Beatę Kocięcką, mgr farm. Marka Korzeniowskiego, mgr farm. Ewę Gac-Wardecką.

Komisja Uchwał i Wniosków wybrana na Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczym Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku ukonstytuowała się w następującym składzie:

Przewodniczący: dr Beata Kocięcka

Sekretarz: mgr farm. Marek Korzeniowski

Członek: mgr farm. Ewa Gac-Wardecka

Przewodniczący Zjazdu poprosił Komisję Mandatową oraz Regulaminową o odczytanie protokołów (protokoły w załączeniu).

Realizując porządek obrad Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku – mgr farm. Tomasz Sawicki złożył sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku za rok 2021. (sprawozdanie w załączeniu).

Następnie Skarbnik Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku – mgr farm. Joanna Moroz złożyła sprawozdanie finansowe za rok 2021

W następnej kolejności Przewodniczący Zjazdu udzielił głosu Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej – mgr farm. Robertowi Natusiewiczowi, który złożył sprawozdanie z działalności Rzecznika (sprawozdanie w załączeniu).

Kolejnym sprawozdawcą była mgr farm. Ewa Gac-Wardecka, która odczytała sprawozdanie Okręgowego Sądu Aptekarskiego (sprawozdanie w załączeniu).

W imieniu Okręgowej Komisji Rewizyjnej sprawozdanie złożył przewodniczący Komisji - mgr farm. Jerzy Worończuk.

Realizując porządek obrad Przewodniczący Zjazdu otworzył dyskusję nad przedstawionymi sprawozdaniami.

Następnie Przewodniczący Zjazdu zarządził głosowanie nad uchwałami przedstawionymi przez Komisje Uchwał i Wniosków:

- W głosowaniu jawnym nad Uchwałą nr 1/VIII/II/2022 w sprawie zatwierdzenia rocznego sprawozdania finansowego Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku głosowało 17 osób. Wszystkie głosowały „za”, nikt nie wstrzymał się od głosu, głosów przeciwnych nie było.
- W głosowaniu jawnym nad Uchwałą nr 2/VIII/II/2022 w sprawie budżetu i ustalenia gospodarki finansowej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku głosowało 17 osób, Wszystkie głosowały „za”, nikt nie wstrzymał się od głosu, głosów przeciwnych nie było.
- W głosowaniu jawnym nad Uchwałą nr 3/VIII/II/2022 w sprawie zatwierdzenia rocznego sprawozdania z działalności Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku głosowało 17 osób. Wszystkie głosowały „za”, nikt nie wstrzymał się od głosu, głosów przeciwnych nie było.
- W głosowaniu jawnym nad Uchwałą nr 4/VIII/II/2022 w sprawie zatwierdzenia rocznego sprawozdania z działalności Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej głosowało 17 osób, 16 osób głosowało „za”, 1 osoba wstrzymała się od głosu, głosów przeciwnych nie było.
- W głosowaniu jawnym nad Uchwałą nr 5/VIII/II/2022 w sprawie zatwierdzenia rocznego sprawozdania z działalności Okręgowego Sądu



Aptekarskiego głosowało 17 osób. Wszystkie głosowały „za”, nikt nie wstrzymał się od głosu, głosów przeciwnych nie było.

- W głosowaniu jawnym nad Uchwałą nr 6/VIII/II/2022 w sprawie zatwierdzenia rocznego sprawozdania z działalności Okręgowej Komisji Rewizyjnej głosowało 17 osób. Wszystkie głosowały „za”, nikt nie wstrzymał się od głosu, głosów przeciwnych nie było.

Przewodniczący Zjazdu ogłosił, że Delegaci Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku w głosowaniu jawnym udzielili absolutorium wszystkim organom Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku.

Przewodniczący Zjazdu – mgr farm. Jarosław Mateuszuk podziękował zebranym za przybycie i zamknął obrady Zjazdu.

Przewodniczący Zjazdu: *mgr farm. Jarosław Mateuszuk*

Wiceprzewodniczący Zjazdu: *mgr farm. Marcin Kurowski*

Sekretarz Zjazdu: *mgr farm Agnieszka Kita*

**Sprawozdanie z działalności
Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku
za okres 01 stycznia 2021 r. – 31 grudnia 2021 r.**

COVID-19 – TERMIN ZJAZDU

Trwająca od 2020 roku, nadzwyczajna sytuacja związana z pandemią COVID-19 (wprowadzony stan epidemii) i wynikające z niej ograniczenia dotyczące wielu elementów życia codziennego (w tym limitu osób podczas organizacji spotkań w formie stacjonarnej) wpłynęły na zmiany terminów przeprowadzania Zjazdów Sprawozdawczych Delegatów OIA w Białymstoku.

Z uwagi na złagodzenie zasad bezpieczeństwa związanych z epidemią COVID-19 w bieżącym roku możliwe jest przeprowadzenie Zjazdu Sprawozdawczego we wcześniejszym terminie (maj), niż miało to miejsce w roku 2021 (czerwiec).

COVID-19 – WPLYW NA FUNKCJONOWANIE OIA

Kolejny rok trwania epidemii COVID-19 wywierał w dalszym ciągu duży wpływ na działalności OIA w Białymstoku, jednakże w nieco mniejszym stopniu aniżeli w roku 2020.

Zdobyte doświadczenia dotyczące funkcjonowania Izby w epidemicznej rzeczywistości, w tym wprowadzenie narzędzi i rozwiązań informatycznych umożliwiających zdalną pracę (zarówno Biura Izby jak i Okręgowej Rady Aptekarskiej) przełożyły się na poprawę efektywności pracy, jak też ograniczyły potrzebę kontaktu farmaceutów z pracownikami Biura w siedzibie Izby (czy też organizacji posiedzeń Rady/Prezydium Rady w formie stacjonarnej).

W okresie epidemii główna aktywność Prezesa ORA, Wiceprezesów ORA, ORA oraz pracowników Biura Izby była skierowana na rozwiązywanie licznych, bieżących problemów zgłaszanych przez farmaceutów, a wynikających zarówno z sytuacji wywoływanych przez COVID-19, jak też wprowadzanych w życie zmian legislacyjnych.

USTAWOWE OBOWIĄZKI ORA W BIAŁYMSTOKU REALIZOWANO POPRZEZ:

1. Omawianie bieżących problemów aptek i farmaceutów na posiedzeniach ORA i Prezydium ORA (z uwagi na pandemię odbywających się głównie w formie zdalnej);

2. Podejmowanie uchwał, stanowisk i opiniowanie wniosków na kierowników aptek i hurtowni farmaceutycznych/działów farmacji szpitalnej oraz udzielania zezwoleń na prowadzenie aptek;
3. Nadzorowanie pracy administracyjnej biura;
4. Działalność wewnątrzorganizacyjną – szkolenia i edukacja, udzielanie informacji i rozwiązywanie bieżących problemów członków OIA w Białymstoku;
5. Działalność zewnętrzna w organach NIA, współpraca z Podlaskim Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym i Warmińsko-Mazurskim Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym, współpraca z OW NFZ oraz Wydziałem Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej UM w Białymstoku jak również z Białostockim Oddziałem PTFarm.

POSIEDZENIA ORA I PREZYDIUM ORA

W minionym okresie sprawozdawczym odbyły się:

- 13 posiedzenia plenarne ORA;
- 7 posiedzeń Prezydium ORA, podczas których zaopiniowano:
 - 3 wnioski o wydanie rękopisami prawidłowego prowadzenia apteki dla kandydatów na kierowników nowo otwieranych aptek (**w 2020 – 1 wniosek**);
 - 8 wniosków o wydanie rękopisami prawidłowego prowadzenia apteki dla kandydatów na kierowników aptek przejmowanych w trybie zmiany zezwolenia (**w 2020 – 3 wnioski**);
 - 44 wnioski o wydanie rękopisami prawidłowego prowadzenia apteki dla kandydatów na kierowników aptek już istniejących (**w 2020 – 41 wniosków**);
 - 2 wnioski o wydanie rękopisami prawidłowego prowadzenia hurtowni farmaceutycznej (**w 2020 – 2 wnioski**).

NADAWANIE UPRAWNIEN ZAWODOWYCH

W roku 2021 prawo samodzielnego wykonywania zawodu farmaceuty wydano **33 osobom** – w roku 2020 również **38 osobom**.

DANE STATYSTYCZNE DOTYCZĄCE DZIAŁANIA OIA W BIAŁYMSTOKU

Na dzień 31 grudnia 2021 r. na terenie działania OIA w Białymstoku (woj. podlaskie oraz woj. warmińsko-mazurskie, powiat elcki):

- było zarejestrowanych **1080** czynnych farmaceutów (**2020 r. – 1039**);

Ze względu na to, że OIA w Białymstoku nie prowadzi rejestru aptek brak jest informacji o ilości aktywnych aptek na terenie działania OIA w Białymstoku w okresie sprawozdawczym.

UDZIAŁ W PRACACH NRA

W roku 2021 r. odbyło się 7 planowych posiedzeń Naczelnej Rady Aptekarskiej, w których uczestniczył Prezes ORA oraz V-ce Prezes ORA – mgr farm. Jarosław Mateuszuk:

27stycznia2021r.(telekonferencja),23marca2021r.(telekonferencja),19maja2021r.(telekonferencja),23czerwca2021r.(telekonferencja),3września2021r.(telekonferencja),15września2021r.(telekonferencja),27października2021r.(telekonferencja),15grudnia2021r.(telekonferencja);

Prezes ORA uczestniczył także w pracach Komisji ds. Aptek Ogólnodostępnych oraz Komisji ds. Cyfryzacji, zaś V-ce Prezes ORA, mgr Jarosław Mateuszuk w pracach Prezydium NRA, pracach Komisji ds. Aptek Ogólnodostępnych oraz pracach Komisji ds. Szkoleń i edukacji.

WSPÓŁPRACA ZEWNĘTRZNA

1. Współpraca z Inspekcją Farmaceutyczną:

OIA prowadzi współpracę z Inspektorem Farmaceutycznym w Białymstoku poprzez osobiste spotkania (ograniczone z uwagi na pandemię), kontakt telefoniczny (główne medium w trakcie pandemii) lub korespondencyjny z Podlaskim Wojewódzkim Inspektorem Farmaceutycznym z p.o. Podlaskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego mgr Justyną Gosk-Frankowicz oraz mgr Agnieszką Kwolek, dr Anną Jelską, mgr Anną Turowską i mgr Moniką Fiedorowicz.

Współpraca polega na rozwiązywaniu bieżących problemów dotyczących m.in.:

- napływających do Biura OIA zgłoszeń dotyczących potencjalnego nieprzestrzegania przez apteki ustawy Prawo Farmaceutyczne w zakresie obowiązywania zakazu reklamy aptek i punktów aptecznych – takie materiały są przekazywane do WIF z wnioskiem o ich ocenę i podjęcie stosownych działań;
- opiniowaniu kandydatów na kierowników zarówno nowo otwieranych aptek jak i już istniejących;
- rozwiązywaniu problemów wynikających z nakładania na apteki nowych obowiązków (wynikających z wprowadzanych zmian legislacyjnych m.in. UoZF- procedur czynności wykonywanych w aptece);
- nieprawidłowości stwierdzanych w aptekach podczas przeprowadzanych kontroli.

2. Współpraca z POW NFZ:

OIA współpracuje z POW NFZ poprzez:

- udział Prezesa ORA w posiedzeniach Rady POW NFZ 5.rotnie w ciągu roku (23 marca, 22 kwietnia, 9 czerwca, 24 czerwca, 9 grudnia 2021 r.)– w dalszym ciągu w formie zdalnej i w ograniczonej ilości;
- koordynowanie współpracy w zakresie zgłoszeń i rejestracji aptek działających na terenie województwa podlaskiego do Narodowego Programu Szczepień;
- kontakt korespondencyjny i mailowy dotyczący problemów w realizacji umów na refundację produktów leczniczych, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobów medycznych;

3. Współpraca z PTFarm:

Współpraca OIA ze środowiskiem naukowym odbywa się poprzez udział Prezesa ORA w posiedzeniach Zarządu Oddziału Białostockiego PTFarm. (15 stycznia, 24 kwietnia, 16 czerwca, 30 czerwca 2021r.)

W 2021 r., z uwagi na pandemię COVID-19 szkolenia nie były organizowane.

4. Współpraca z Uniwersytetem Medycznym w Białymstoku:

Udział Prezesa ORA w zebraniach Rady Programowej na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej UMB – w roku 2021 odbyło się 1 zebranie w formie stacjonarnej (29 stycznia 2021 r.).

5. Współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego:

Współpraca z jednostkami samorządu terytorialnego poprzez kontakt osobisty, telefoniczny lub korespondencyjny dotyczący opiniowania projektów uchwał Rad Powiatów w zakresie zapewnienia dostępności do usług farmaceutycznych w dni wolne od pracy, niedziele i święta i w porze nocnej.

W roku 2021 opiniowane były harmonogramy dyżurów aptek na terenie wszystkich powiatów woj. Podlaskiego (oraz powiatu elckiego) – pozytywną opinię dla przedstawionego harmonogramu dyżurów otrzymało tylko jedno starostwo, wszystkie pozostałe uchwały Rad Powiatów zostały zaopiniowane negatywnie (m. in. z uwagi na brak wykazania realnego zapotrzebowania ludności na dostęp do usług farmaceutycznych w porze nocnej oraz niedziele i święta, o które występowała ORA, czy też odniesienia się do propozycji ORA dotyczącej ograniczenia dyżurów aptek do godziny 22.00 – pory, do której takie zapotrzebowanie jeszcze występuje).

Przesyłane przez ORA opinie i propozycje, nie spotykały się ze zrozumieniem ze strony Prezydentów/Starostów poszczególnych powiatów, często przeradzając się w nasyłanie kontroli PWIF na apteki działające na terenie danego powiatu (odmawiające pełnienia dyżurów), czy też publikację wpisów naruszających

godność zawodu farmaceutów oraz ich dobra osobiste. Taka informacja została umieszczona na stronie internetowej Starostwa Powiatowego w Grajewie – cyt:

"Starostwo Powiatowe w Grajewie informuje, iż część z niżej wymienionych aptek, pomimo ustawowego obowiązku, nie realizuje dyżurów, powołując się na pandemię wywołaną wirusem SARS-CoV-2. Jest to działanie wynikające ze świadomego działania kierowników aptek przeciwko zdrowiu i życiu Państwa jako potencjalnych pacjentów i klientów apteki i wbrew pisemnymi ustnym prośbom Starosty Grajewskiego."

Spotkało się to z szybką i bezkompromisową reakcją ze strony Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku, w której konsekwencji powyższy, kontrowersyjny wpis został usunięty. Pisemna odpowiedź, ze strony Pana Starosty (na wysłane pismo) już nie wpłynęła.

REPREZENTACJA OIA:

- **22-23 czerwca 2021 r.** – udział Prezesa ORA w konferencji dotyczącej nauczania opieki farmaceutycznej w świetle ustawy o zawodzie farmaceuty;
- **14 lipca 2021 r.** – udział Prezesa ORA oraz V-ce Prezes ORA mgr farm. Jarosława Mateuszuka (członka NRA) w spotkaniu z przedstawicielami Ministerstwa Zdrowia w temacie wykonywania szczepień w aptekach;
- **25 września 2021 r.** – reprezentowanie ORA w Białymstoku na uroczystościach obchodów 70-lecia działalności Studenckiego Centrum Radiowego Radiosupel.
- Udział Prezesa ORA w posiedzeniach sztabu kryzysowego województwa warmińsko-mazurskiego związanych z pandemią COVID-19 (w formie telekonferencji) – **1-2 razy w tygodniu**, w zależności od sytuacji epidemiologicznej w kraju w danym okresie.
- Wypowiedzi Prezesa ORA dla mediów w tematach związanych z wykonywaniem zawodu farmaceuty i funkcjonowaniem aptek (m. in. Dostępność szczepionek i wykonywanie szczepień p/COVID-19 i grypie, dyżury aptek, wykonywanie testów covidowych), jak też zmian legislacyjnych.

Reprezentacja OIA (wydarzenia sportowe)

- Udział załogi OIA w Białymstoku w Żeglarskich Mistrzostwach Polski Aptekarzy w dniach 26-29 sierpnia 2021 r. organizowanych przez OIA w Olsztynie.

WSPÓLPRACA Z PODMIOTAMI W ZAKRESIE SZKOLEŃ I EDUKACJI:

- Z uwagi na stan epidemii COVID-19 aktywność OIA w Białymstoku, w zakresie organizacji szkoleń została bardzo mocno ograniczona. W minionym okresie sprawozdawczym OIA w Białymstoku zachęcała farmaceutów (poprzez informacje umieszczane m.in. na stronie internetowej Izby) do wzięcia udziału w wielu różnych szkoleniach w formie on-line organizowanych przez podmioty

zewewnętrzne (współpracujące z OIA w Białymstoku), jak też przez Naczelną Izbę Aptekarską (webinar NIA). Ponadto OIA w Białymstoku była współorganizatorem szkolenia przeprowadzonego wspólnie z OIA w Warszawie ora z OIA w Olsztynie – sesji webinarowej dotyczącej funkcjonowania farmaceuty szpitalnego w świetle UoZF, wykonywania mieszanin żywnościowych, czy też rozporządzenia w sprawie wyrobów medycznych w aptece szpitalnej; Planowane szkolenie (konferencja) dla farmaceutów szpitalnych, z uwagi na wprowadzenie w życie stanu nadzwyczajnego na terenie części województwa podlaskiego (w miejscu planowanej organizacji konferencji) została przełożona na rok 2022.

- Od lat 2018/2019 USP Zdrowie przy współudziale OIA w Białymstoku (wyłącznie na patronat) prowadziła platformę edukacyjną „**Stworzone dla farmaceuty**”, która zawierała szkolenia w formie video w ramach grantu edukacyjnego przyznanego Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Białymstoku. Powyższa współpraca była kontynuowana także w roku 2021;
- Wszyscy farmaceuci, w ramach szkolenia ciągłego za ukończenie szkolenia dla fizjoterapeutów, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych prowadzących szczepienia ochronne przeciwko COVID-19 (część teoretyczna i praktyczna) otrzymali możliwość uzyskania **8 pkt. edukacyjnych**. Za ukończenie szkolenia teoretycznego dla fizjoterapeutów, farmaceutów i diagnostów laboratoryjnych prowadzących badania kwalifikacyjne w celu wykluczenia przeciwwskazań do wykonania szczepienia przeciwko COVID-19 możliwe było uzyskanie **5 pkt. edukacyjnych**. Punkty przyznane zostały na podstawie certyfikatów wydanych przez Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego po dostarczeniu ich kopii do Biura Izby (osobiście lub drogą mailową).

DZIAŁALNOŚĆ INFORMACYJNA I WYDAWNICZA

OIA w Białymstoku od 1994 r. wydaje biuletyn informacyjny „Farmacja Regionu Północno-Wschodniego” w składzie redakcyjnym:

- redaktor prowadzący mgr farm. Jarosław Mateuszuk;
- dr Elżbieta Rutkowska, dr hab. Michał Tomczyk, mgr Agnieszka Kita, mgr Dorota Bielonko, mgr Tomasz Sawicki.

Od 2014 roku biuletyn jest dostępny w wersji elektronicznej na stronie internetowej Izby.

Od momentu przejęcia funkcji redaktora prowadzącego przez mgr farm. Jarosława Mateuszuka profil Biuletynu ulega zmianom, dostosowując zawartość do zmieniających się oczekiwań farmaceutów.

Wprowadzane są coraz to nowe działy (m. im. Ciekawostki ze świata farmacji i medycyny), jak też publikowane nowe, ciekawe artykuły poruszające tematykę aktualnych problemów i potrzeb, z którymi spotykają się farmaceuci w codziennej pracy.

W planach dalsze zmiany w dotyczące Biuletynu - **wszystkich chętnych do współpracy gorąco zapraszamy!**

LEGISLACJA

- W okresie sprawozdawczym Prezes ORA, w imieniu ORA zaopiniował 171 aktów prawnych (rozporządzenia, ustawy, zarządzenia – zarówno nowelizacje jak i nowe akty prawne), w tym związanych zarówno z COVID-19, rozszerzeniem uprawnień zawodowych farmaceutów, jak też dotyczących funkcjonowania aptek ogólnodostępnych, aptek szpitalnych czy hurtowni farmaceutycznych.

Najważniejsze zmiany prawne, które weszły w życie (w okresie sprawozdawczym) to:

- Ustawa o Zawodzie Farmaceuty (kwiecień 2021r.);
- Włączenie farmaceutów do Narodowego Programu Szczepień-możliwość kwalifikacji oraz wykonania szczepienia p/COVID-19 (osób dorosłych) po zaliczeniu obowiązkowych kursów certyfikujących, zaś od 15 czerwca 2021 r. uruchomienie w aptekach punktów szczepień;
- Rozszerzenie uprawnień farmaceutów o wykonywanie szczepień także przeciw grypie (22 listopada 2021 r. podpisanie przez Prezydenta RP ustawy poszerzającej krąg zawodów medycznych uprawnionych do kwalifikacji wykonywania szczepień przeciw grypie o farmaceutów wraz opublikowaniem Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 27 grudnia 2021 r. zmieniającego rozporządzenie w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych, zgodnie, z którym posiadanie uprawnienia do wykonywania szczepień przeciw COVID-19 umożliwia również wykonywanie szczepień przeciw grypie);
- Od 1 lipca zmiana zasad realizacji recept (wprowadzonych rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 23 grudnia 2020 r. wraz ze zmianami wprowadzonymi nowelizacją z 17 czerwca).

PROCES SĄDOWY Z ZUS

Podczas ubiegłorocznego Zjazdu Sprawozdawczego informowałem o przegranej procesie sądowym OIA w Białymstoku z ZUS-em (przed wszystkimi instancjami), a dotyczącym braku opłacenia składek na ZUS za okres 5. lat wstecz (wraz z należnymi odsetkami) dla umowy dotyczącej usług doradczych/księgowych.

W wyniku przegranej OIA w Białymstoku wykonała wyrok sądu i dokonała opłacenia zaległych składek do ZUS (wraz z odsetkami) w łącznej wysokości -56.897,24zł.

W celu ostatecznego zakończenia i całkowitego rozliczenia powyższej umowy dotyczącej świadczenia usług doradczych/księgowych OIA w Białymstoku dokonała zapłaty wszystkich należnych składek (aż do daty rozwiązania umowy), co stanowiło działanie wyprzedzające przed potencjalnie kolejną kontrolą ze strony ZUS. Wysokość wpłaty wyniosła -25.100,39zł.

Łączny koszt wykonania wyroku sądu wraz z dopłaceniem należnych składek (do daty rozwiązania umowy) wyniósł **-81.199,62zł**.

30-LECIE SAMORZĄDU APTEKARSKIEGO W BIAŁYMSTOKU

W początkowym okresie OIA w Białymstoku korzystała z lokalu, telefonów i korespondencji Białostockiego PZF „CEFARM”, zaś własny lokal przy ul. Zamenhofska 27 (w który mieści się cały czas) nabyła z dniem 15 marca 1995 r. Lokal został wyremontowany i urządzony własnym sumptem.

W początkowym okresie funkcjonowania OIA w Białymstoku skupiała **442 aptekarzy**.

Członkom wszystkich organów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku pierwszej kadencji (Okręgowej Rady Aptekarskiej, Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej, Okręgowemu Sądowi Aptekarskiemu oraz Okręgowej Komisji Rewizyjnej), w imieniu wszystkich farmaceutów skupionych w Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Białymstoku, jak też swoim własnym składam **serdeczne podziękowania** za Wasze zaangażowanie i wykonaną, na rzecz Samorządu pracę oraz stworzenie trwałych fundamentów funkcjonowania OIA w Białymstoku, na których opieramy się do dnia dzisiejszego

REJESTRY PROWADZONE PRZEZ RADĘ OIA w BIAŁYMSTOKU

Rada OIA w Białymstoku prowadzi 2 rejestry:

- Rejestr Farmaceutów - prowadzony od 2015r. w wersji elektronicznej, zawierający podstawowe informacje o farmaceutach zarejestrowanych w OIA, z częścią dostępną dla wszystkich zainteresowanych (farmaceuci, WIF, NFZ) i modułem dostępnym wyłącznie dla osób uprawnionych. Co ważne

posiadamy w 100% prawidłowo przekazane dane farmaceutów do Centralnego Rejestru Farmaceutów;

- System Monitorowania Kształcenia (SMK) - prowadzony od 2017r. w wersji elektronicznej, dostępny dla farmaceutów odbywających specjalizację oraz kierowników specjalizacji

APEL BIURA OIA

Przypominamy o obowiązku informowania, poprzez Biuro Izby organów OIA o każdorazowej zmianie miejsca zatrudnienia i zamieszkania, jak **również** nazwiska oraz uzyskanych stopniach naukowych i specjalizacjach. W przypadku stwierdzenia nieaktualnych danych w rejestrze, sprawy dotyczące konkretnego farmaceuty nie będą w OIA rozpatrywane do czasu uaktualnienia rejestru.

Zachęcamy do regularnego odwiedzania strony internetowej Izby (www.oiab.com.pl), na której publikowane są wszystkie najnowsze i najświeższe informacje pomagające zarówno w codziennej pracy, jak i opiece nad pacjentami.

W przypadku pytań pozostają do Państwa dyspozycji wraz z ORA oraz pracownikami Biura Izby.

Prezes ORA w Białymstoku
mgr farm. Tomasz Sawicki

**Sprawozdanie z działalności
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej
przy Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Białymstoku
za okres 1 stycznia 2021 r.-31 grudnia 2021r.**

W składzie:

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej

mgr farm. Robert Natusiewicz

Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

dr Krzysztof Chrzanowski

mgr farm. Magdalena Pardo

W omawianym okresie sprawozdawczym do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej wpłynęły dwie sprawy. Skarga na farmaceutę oraz zawiadomienie o podejrzeniu popełnienia przewinienia zawodowego, obie są w trakcie rozpatrywania.

W omawianym okresie sprawozdawczym z inicjatywy Naczelnej Izby Aptekarskiej w dniach 23-24 września 2021 roku odbyło się szkolenie dla Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej oraz Sędziów Okręgowych Sądów Aptekarskich z zakresu procedur i przepisów prawnych związanych z wykonywaniem zawodu aptekarza obowiązujących w pracach rzeczników. Szkoleniem tym był objęty Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej.

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
przy
Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Białymstoku
mgr farm. Robert Natusiewicz

Sprawozdanie z działalności
Okręgowego Sądu Aptekarskiego przy OIA w Białymstoku
za okres 1 stycznia 2021r.- 31 grudnia 2021r.

Okręgowy Sąd Aptekarski przy Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Białymstoku zgodnie z ustawą z dnia 19 kwietnia 1991r. „*O izbach aptekarskich*” oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2003r. „*W sprawie postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej farmaceutów*” orzeka we wszystkich sprawach z zakresu odpowiedzialności zawodowej *farmaceuty* jako **I instancja**.

Okręgowy Sąd Aptekarski także, za pisemną zgodą stron, może rozpatrywać - jako sąd polubowny - spory między farmaceutami oraz między farmaceutami, a innymi pracownikami służby zdrowia, a także między farmaceutami, a innymi osobami lub instytucjami, jeżeli spory te dotyczą wykonywania zawodu aptekarza.

W okresie sprawozdawczym Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej nie przekazywał wniosków o ukaranie farmaceuty do Okręgowego Sądu Aptekarskiego oraz w Sądzie nie było żadnych innych wniosków, w związku z powyższym nie były prowadzone rozprawy w tym zakresie. Okręgowy Sąd Aptekarski nie występował także jako sąd polubowny z powodu braku spraw.

Przewodnicząca
Okręgowego Sądu Aptekarskiego
przy OIA w Białymstoku

mgr farm. Ewa Wińska-Jeleniewska

Medycyna dla Farmaceutów

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

PODSTAWOWE INFORMACJE DOTYCZĄCE SZCZEPIEŃ PRZECIWI PNEUMOKOKOM

Charakterystyka drobnoustroju

Dwoinka zapalenia płuc (*Streptococcus pneumoniae*), inaczej paciorkowiec lub pneumokok jest jedną z najgroźniejszych bakterii Gram dodatnich (bakterie barwiące się na fioletowo w barwieniu metodą Grama.), pod względem chorobotwórczości i śmiertelności w populacji małych dzieci, osób starszych i pacjentów z chorobami przewlekłymi, w tym zaburzeniami odporności. Zakażenia pneumokokowe powodują na świecie śmierć około półtora miliona ludzi rocznie, a ponad połowa tych zgonów dotyczy dzieci poniżej 5. roku życia. Dotyczy to przeważnie krajów słabo rozwiniętych, ale nie omija krajów o wysokim stopniu rozwoju cywilizacyjnego. Bakteria została zidentyfikowana w 1881 r., niezależnie przez Ludwika Pasteura wraz z Charlesem Chamberlandem oraz przez amerykańskiego lekarza wojskowego George'a Sternberga. Do 1980 r. funkcjonowała również nazwa *Diplococcus pneumoniae*. Bakterię wyizolowano jako czynnik etiologiczny zapalenia płuc (płuco – pneumon). Dwoinka zapalenia płuc ma kształt kulisty lub zbliżony do kuli i jest zaliczana do ziarniaków. Bakterie układają się zazwyczaj w parę, a kolonie mogą przyjmować obraz łańcuszków różnej długości. Drobnoustroj wytwarza otoczkę i w takiej formie jest patogenny, otoczkę obserwuje się również na podłożach hodowlanych. W niesprzyjających dla nich warunkach bakterie przechodzą w formy bezotoczkowe (forma R), a po powrocie do pierwotnego środowiska wytwarzają otoczkę (forma S). Formy przejściowe określa się jako RS, SR. Bakterie pozbawione zdolności wytwarzania otoczki mogą ją nabyć w wyniku zjawiska transdukcji, czyli poprzez wprowadzenie do komórki bakteryjnej genu pochodzącego od innej komórki, odpowiedzialnego za syntezę otoczki w wyniku zakażenia bakterii bakteriofagiem (wirusem atakującym bakterie). Na podłożach hodowlanych nie wykazują ruchu z powodu braku rzęsek. Otoczką ma charakter polisacharydowy i składa się m.in. z kwasu glukuronowego, glukozy, ramnozy, aminocukrów, które po wnikięciu do organizmu mają właściwości immunizujące. Ze względu na antygeny otoczkowe wyróżnia się ok. 80 serotypów bakterii.

U pewnego procenta zdrowych ludzi występuje bezobjawowe nosicielstwo *Streptococcus pneumoniae*, które występuje w jamie nosowej, zatokach

przynosowych i gardle. Kolonizacja dotyczy 5-10% dorosłych, zdrowych ludzi i nawet 20-40% zdrowych dzieci. Do wniknięcia drobnoustroju do organizmu i potencjalnego zakażenia dochodzi m.in. w dużych skupiskach ludzkich tj. szpitalach, żłobkach, przedszkolach, szkołach, koszarach wojskowych. Bakteria jest patogenem człowieka, przenosi się między ludźmi przez zwykły bezpośredni kontakt z wydzielinami dróg oddechowych (np. przez kichanie, kaszel). W niesprzyjających dla człowieka warunkach, a jednocześnie sprzyjających dla bakterii dochodzi do zakażenia inwazyjnego czyli przejścia ze stanu bezobjawowego nosicielstwa do zakażenia inwazyjnego innych narządów i tkanek organizmu. Większość infekcji jest stosunkowo niegroźna dla człowieka i dotyczy zatok, ucha środkowego, płuc, krwi (bakteriemia i posocznica) oraz opon mózgowo-rdzeniowych. Tymi sprzyjającymi zakażeniu inwazyjnemu czynnikami mogą być m.in. zaburzenia działania układu immunologicznego (zakażenie HIV, splenektomia), implanty ślimakowe, anemia sierpowata, szpiczak mnogi, przewlekłe choroby płuc, serca czy nerek, nikotynizm, alkoholizm i niedożywienie. Czynniki ze strony bakterii ułatwiającymi pokonywanie mechanizmów obronnych organizmu m.in. są:

- otoczka hamująca fagocytozę, ułatwiająca penetrację przez śluz pokrywający komórki nabłonkowe oraz przyleganie do komórek nabłonkowych,
- pneumolizyna hamująca aktywność rzęsek komórek nabłonka, a tym samym ułatwiająca przyleganie do ich błon komórkowych,
- fimbrie, które również ułatwiają przyleganie do komórek nabłonkowych,
- proteaza IgA, która inaktywuje immunoglobulinę wydzielniczą typu A – pierwszą linię obrony dróg oddechowych,
- nadtlenek wodoru, który niszczy komórki nerwowe w ośrodkowym układzie nerwowym podczas stanu zapalnego opon mózgowo-rdzeniowych.

Przedstawione powyżej aspekty, zarówno defekty immunologiczne organizmu jak i mechanizmy decydujące o zjadliwości bakterii oraz kolonizacja przez bakterie nosa, gardła i zatok mogą spowodować w wyniku zaburzenia równowagi powyższych mechanizmów na niekorzyść obrony poważne zagrożenie dla zdrowia i życia pacjentów w postaci zapalenia płuc, zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych oraz posocznicy. W przypadku *Streptococcus pneumoniae* zakażenia inwazyjne występują z podobną częstością zarówno u dzieci, osób młodych jak i w wieku starszym (nieco częściej), natomiast w przypadku czynnika etiologicznego jakim jest *Neisseria meningitidis* do zakażeń opon mózgowo-rdzeniowych dochodzi częściej u dzieci i osób młodych. Trzeci czynnik etiologiczny wywołujący zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych jakim jest *Haemophilus influenzae* ma mniejszy udział w wywoływaniu zapalenia opon ze względu na szczepienia. Niewątpliwie głównym czynnikiem powodującym wniknięcie patogenów do ośrodkowego układu nerwowego jest

uszkodzenie bariery krew-mózg. Odbywa się to poprzez rozpoznanie odpowiednich receptorów na komórkach śródbłonna naczyń mózgowych za pomocą białka powierzchniowego PspC oraz zjawisku wydzielania przez mikroglej dużych ilości reaktywnych form tlenu i azotu (RONS), które mają bronić układ nerwowy przed atakiem bakterii, ale działają też na niekorzyść organizmu gospodarza, bowiem niektóre RONS niszczą barierę krew-mózg, a także niszczą neurony. Zakażenie szerzy się drogą kropelkową, ze szczytem zachorowań jesienią i zimą. Współtowarzyszące lub niedawno przebyte zakażenie rynowirusem lub adenowirusem sprzyja adhezji bakterii do nabłonka. *S. pneumoniae* może być przyczyną zakażeń szpitalnych, ale zdecydowana większość zakażeń jest nabywana poza szpitalem. Dzieci do szóstego miesiąca życia są chronione przez immunoglobuliny matki.

Streptococcus pneumoniae może być oporny na niektóre antybiotyki, dlatego konieczne jest sporządzenie antybiogramu. Pół wieku temu prawie wszystkie szczepy były wrażliwe na penicylinę, ale w wyniku nieracjonalnego rozpowszechnienia antybiotykoterapii większość szczepów nabyła mechanizmy oporności. Niektóre szczepy odporne na penicylinę mogą również wykazywać oporność na erytromycynę, makrolidy, klindamycynę i chinolony. W leczeniu ostrego zapalenia ucha stosuje się amoksyicylinę z kwasem klawulanowym. W leczeniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych lub zapalenia płuc często stosuje się bardziej wyszukane antybiotyki β -laktamowe, w tym cefalosporyny, często w połączeniu z wankomycyną, która jest rzadziej stosowanym antybiotykiem ze względu na dawkowanie oraz kwestię penetracji tkankowej.

Oporność na penicyliny wiąże się z obecnością nowych lub modyfikacją już istniejących białek wiążących penicyliny. Beta-laktamaza nie odgrywa w tym przypadku żadnej roli w mechanizmie oporności. Ze względu na wiele różnych genów kodujących różne białka wiążące penicyliny o różnym powinowactwie, istnieje wiele stopni oporności wobec penicylin.

W przypadku innych grup antybiotyków mechanizm metylacji podjednostki rybosomu 23S RNA powoduje zmianę miejsca, na które działają niektóre grupy antybiotyków – jest to określony fenotyp MLS_B , powodujący krzyżową oporność na makrolidy, linkozamidy oraz streptograminę B. Oporność na makrolidy jest klinicznie ważna, ponieważ ten lek ze względu na doskonałą penetrację do miąższu płucnego jest bardzo często stosowany w infekcjach dróg oddechowych. Inny typ oporności polega na obecności pomp błonowych wypompowujących leki z komórki (fenotyp M).

Pneumokokowe zapalenie płuc jest chorobą przebiegającą przeważnie z gorączką, kaszlem i zaburzeniami czynności układu oddechowego o różnym stopniu nasilenia. Bakterie pojawiają się w płucach w wyniku zachłyśnięcia się wydzielaną

z jamy ustnej lub górnych dróg oddechowych lub drogą kropelkową od kaszającej, chorej osoby. Zachorowalność na pneumokokowe zapalenie płuc wynosi 200 przypadków na 100 000 mieszkańców na rok, co oznacza, że w Polsce każdego roku odnotowujemy ok. 60 tys. nowych zachorowań na tę chorobę. Pneumokoki są najczęstszą przyczyną zapalenia płuc. **Objawami pneumokokowego zapalenia płuc** są u osób młodszych są:

- wysoka gorączka,
- dreszcze,
- zlewne poty,
- kaszel z odkrztuszaniem ropnej płwociny,
- duszność i przyspieszenie oddechu,
- ból w klatce piersiowej,
- sinica.

U osób powyżej 75 roku życia wysoka gorączka występuje rzadko, a pozostałe objawy mogą mieć różny stopień nasilenia. Rozwój zapalenia płuc może być poprzedzony wystąpieniem objawów typowej infekcji, które jeśli nie ustąpią w ciągu trzech dni, a dodatkowo wystąpią bóle w klatce piersiowej, duszność, krwioplucie, sinica wymagają wizyty u lekarza. Częstym błędem pacjentów jest stosowanie na własną rękę antybiotyków pozostałych w domu po innych kuracjach, stosowanie w nieprawidłowych dawkach lub zbyt krótko, co powoduje powstanie oporności i nieskuteczność terapii. **Rozpoznanie** ustala lekarz na podstawie wywiadu, badania fizykalnego (objawy osłuchowe), badań obrazowych płuc – RTG, badań dodatkowych- parametrów zapalnych tj. OB, CRP, leukocytozy oraz gazometrii.

Leczenie pneumokokowego zapalenia płuc na ogół nie sprawia problemów u osób młodych i u osób bez chorób towarzyszących, natomiast u osób starszych i z powikłaniami powinno odbywać się w szpitalu. Terapię z wyboru jest antybiotykoterapia dożylna zgodna z wynikiem antybiogramu. Leczenie trwa przeciętnie około 10 dni. Leczenie ambulatoryjne lżejszych postaci zapalenia płuc polega na doustnym podawaniu antybiotyku przez min. 7 dni, z możliwością wydłużenia kuracji o 3 dni. Powikłaniami zapalenia płuc wywołanego przez pneumokoki są stany ropne płuc i opłucnej, plyn w opłucnej i zapalenie wsierdzia, a w skrajnych przypadkach sepsa. Po ustąpieniu objawów klinicznych do 6 tygodni mogą utrzymywać się zmiany radiologiczne w płucach, dlatego wskazana jest w tym okresie kontrola lekarska i kontrolne badanie RTG.

Zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, jak wcześniej wspomniano, jest poważnym schorzeniem wywołanym przez dwoinkę zapalenia płuc. Jest to infekcja bakteryjna, która obejmuje opony mózgowo-rdzeniowe otaczające mózg i rdzeń kręgowy. Przyczyną jest zakażenie bakteryjne szerzące się drogą błon i przestrzeni

płynowych otaczających powyższe struktury. Jest to neuroinfekcja, która może być wywołana również przez Gram ujemne dwoinki *Neisseria meningitidis* oraz pałeczki *Haemophilus influenzae*. Wszystkie powyższe czynniki etiologiczne wywołują ropne zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, które są chorobami stosunkowo rzadkimi. W Polsce rozpoznaje się i leczy około 1000 przypadków wszystkich zapleń opon rocznie. Duże epidemie zapaleń opon mózgowo-rdzeniowych wywołanych przez dwoinki zapalenia płuc występują w Afryce Subsaharyjskiej o czym trzeba pamiętać wyjeżdżając w tamte rejony. Do zakażenia opon mózgowo-rdzeniowych najczęściej dochodzi drogą krwiopochodną z miejsca nosicielstwa czyli jamy nosowo-gardłowej. Zakażenie może być także pourazowe, na przykład po złamaniu kości czaszki lub operacji neurochirurgicznej, lub przeniesione przez ciągłość z ogniska zakażenia (np. zapalenia ucha środkowego, zapalenia wyrostka sutkowatego, zapalenia zatok, czyraka wargi górnej lub przedstonka nosa). Dwoinki zapalenia opon lub inne bakterie z przestrzeni nosowo-gardłowej dostają się do krwi, a na tej drodze do jamy czaszki. Okres wylegania choroby jest krótki i wynosi od kilku godzin do kilku dni.

Objawy występują zwykle nagle i są to:

- gorączka i dreszcze,
- wymioty,
- bóle głowy i sztywność karku,
- rozdrażnienie.

Ponadto bardzo charakterystyczne są objawy wynikające z nieprawidłowej np. przeczulica na dotyk, nadwrażliwość na światło (światłowstręt) i dźwięki, jak również nadmierne odczuwanie zapachów. Opóźnienie w rozpoczęciu leczenia doprowadza do senności i następczej utraty przytomności.

Rozpoznanie lekarz ustala na podstawie wywiadu zebranego od pacjenta lub rodziny wykazującego występowanie powyższych objawów. W badaniu fizykalnym uwagę powinno zwrócić m.in.: sztywność karku, objawy neurologiczne (Brudzińskiego, Kerniga), reakcja źrenic na światło. Najbardziej wiarygodnym jest badanie laboratoryjne płynu mózgowo-rdzeniowego uzyskanego w trakcie punkcji lędźwiowej. Płyn jest mętny, o żółtawym zabarwieniu, zawierający leukocyty, białko oraz wykazujący obniżone stężenie glukozy. Przed wykonaniem punkcji można wykonać tomografię komputerową głowy, a jeżeli nie jest możliwe wykonanie punkcji należy wykonać posiew z krwi i włączyć antybiotyki dożylnie na podstawie wyniku posiewu. Odpowiednio wczesne rozpoczęcie antybiotykoterapii ratuje choremu życie.

W leczeniu najczęściej stosowanymi antybiotykami są cefalosporyny III generacji, wankomycyna i meropenem. Wybór antybiotyku zależy od etiologii, wieku

chorego i lekowrażliwości drobnoustrojów oraz współistniejących chorób (np. obniżonej odporności, cukrzyca, wycieku płynu mózgowo-rdzeniowego, uczuleń na leki, chorób wątroby i nerek). Istotne jest wyrównywanie zaburzeń wodno-elektrolitowych, leczenie przeciwobrzękowe, przeciwzapalne, przeciwgorączkowe i przeciwbólowe oraz zbilansowane żywienie.

Ryzyko powikłań bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych jest duże. Do najczęstszych powikłań w ostrym stanie należą: drgawki, padaczka, obrzęk mózgu i ropień mózgu. Następstwami przechorowania bakteryjnego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych mogą być: upośledzenie słuchu do głuchoty włącznie, wodogłowie, niedowład lub porażenia, upośledzenie umysłowe, upośledzenie czynności poznawczych, zaburzenia mowy.

Profilaktyka szczepienna

Najlepszym sposobem uniknięcia zapalenia płuc lub zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych wywołanego dwoinką zapalenia płuc jest profilaktyka. W tej chwili stosowanych jest kilka szczepionek, zarówno skoniugowanych, jak i polisacharydowych. Różnią się one nie tylko składem, ale mają trochę inne parametry i nieco inną skuteczność w różnych grupach ludzi. Wszystkie są dobrze tolerowane, a efekty uboczne ich stosowania są w większości przypadków łagodne i przemijające. W Polsce szczepienia przeciw pneumokokom są włączone do kalendarza szczepień jako szczepienie obowiązkowe. Szczepienie to u niemowląt i dzieci obejmuje podanie dwóch dawek szczepienia podstawowego w 1. roku życia oraz dawki uzupełniającej w 2. roku życia (tzw. schemat 2+1). Schemat 3+1 stosowany jest u dzieci z grup ryzyka. Szczepionki – które mogą być stosowane w celu ochrony dzieci przed inwazyjną chorobą pneumokokową, zapaleniem płuc oraz zapaleniem ucha środkowego – szczepionki skoniugowane: dziesięciowalentna (PCV-10), trzynastowalentna (PCV-13) i dwudziestowalentna (PCV-20) są bezpieczne i skuteczne. W swoim składzie zawierają oczyszczone polisacharydy otoczkowe dziewięciu serotypów, które powodują najwięcej (80-90%) przypadków inwazyjnej choroby pneumokokowej w naszym rejonie świata.

Rodzaje szczepionek

Dostępne są trzy różne szczepionki skoniugowane:

- szczepionka dziesięciowalentna (PCV-10). W jej skład wchodzi polisacharydy otoczkowe następujących serotypów 1, 4, 5, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19F i 23F. Dodatkowo serotyp szczepionkowy 19F zapewnia krzyżową ochronę przeciw serotypowi 19A. Szczepionka jest zarejestrowana dla dzieci od 6 tyg. do 5 r.ż.

- szczepionka trzynastowalentna (PCV-13), która zastąpiła szczepionkę siedmiowalentną (PCV7). W jej skład wchodzi polisacharydy otoczkowe następujących serotypów: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 9V, 14, 18C, 19A, 19F i 23F. Szczepionka jest zarejestrowana dla dzieci od 6 tyg. życia, nastolatków i dorosłych.
- szczepionka dwudziestowalentna (PCV-20). W jej skład wchodzi polisacharydy otoczkowe następujących serotypów: 1, 3, 4, 5, 6A, 6B, 7F, 8, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 18C, 19A, 19F, 22F, 23F, 33F. Szczepionka jest zarejestrowana dla dorosłych.

Szczepionki polisacharydowe zawierają w swoim składzie oczyszczone polisacharydy otoczkowe. Od lat 80-tych XX w. na rynku dostępna jest polisacharydowa szczepionka chroniąca przeciw 23 serotypom pneumokoków (PPSV23), która zawiera następujące serotypy 1, 2, 3, 4, 5, 6B, 7F, 8, 9N, 9V, 10A, 11A, 12F, 14, 15B, 17F, 18C, 19A, 19F, 20, 22F, 23F, 33F. Szczepionka jest wskazana do stosowania w zapobieganiu zapaleniu płuc osób starszych w wieku powyżej 65 lat oraz chorych powyżej 2 lat, którzy ze względu na stan zdrowia są szczególnie narażeni na ciężkie zakażenia pneumokokowe.

Schematy szczepień

Schematy szczepienia przeciw pneumokokom zależą od rodzaju szczepionki i wieku osoby szczepionej.

Szczepionka 10-walentna (PCV-10):

- niemowlęta w wieku 6 tyg.- 6 m.ż.
 - cykl szczepień 3+1: trzy dawki szczepionki, z zachowaniem odstępu co najmniej 1 miesiąca,
 - cykl szczepień 2+1: dwie dawki co 2 miesiące oraz dawka przypominająca po co najmniej 6 miesiącach, najlepiej w 12-15 m.ż.
- niemowlęta w wieku 7-11 mies.: dwie dawki szczepionki, z zachowaniem odstępu co najmniej 1 mies. oraz dawka przypominająca w drugim roku życia
- dzieci w wieku 12 mies.- 5 lat: dwie dawki, z zachowaniem odstępu co najmniej 2 mies.

Szczepionka 13-walentna (PCV-13):

- niemowlęta w wieku od 6 tyg. do 6 m. ż.
 - cykl szczepień 3+1: trzy dawki szczepionki z zachowaniem odstępu co najmniej 1 miesiąca oraz dawkę przypominającą, w 11-15 m.ż.
 - cykl szczepień 2+1: dwie dawki szczepionki z zachowaniem odstępu co najmniej 2 miesięcy oraz dawkę przypominającą, w 11-15 m.ż.
- dzieci powyżej 7 m.ż.: dwie dawki szczepionki z zachowaniem odstępu co najmniej 1 miesiąca i dawkę przypominającą w drugim r.ż.
- dzieci w wieku 12-23 m. ż.: 2 dawki z zachowaniem odstępu co najmniej 2 miesiące
- dzieci i młodzież w wieku 2-17 lat: 1 dawka szczepionki
- dorośli: 1 dawka szczepionki.

Szczepionka 20-walentna (PCV-20):

- dorośli: 1 dawka szczepionki.

Szczepionki skoniugowane podaje się domięśniowo w przednio-boczną część uda u niemowląt, natomiast u dzieci i dorosłych w mięsień naramienny

Szczepionka 10-walentna (Synflorix) bezpłatnie dostępna jest:

- w ogólnej populacji dzieci
- dla dzieci urodzonych przedwcześnie, ale w ≥ 27 . tygodniu ciąży
- w populacji dzieci z grupy ryzyka inwazyjnej choroby pneumokokowej (ICHp).

Jak skorzystać z refundacji 13-walentnej szczepionki Prevenar13 przeciw pneumokokom?

- 👉 Zgłoś się do lekarza, który w czasie kwalifikacji do szczepienia wypisze receptę na refundowaną szczepionkę.
- 👉 Wykup szczepionkę w aptece płacąc 50% ceny.
- 👉 Umów się na podanie szczepionki.

Jak wygląda schemat szczepień przeciw pneumokokom u dorosłych?		Szczepienie podstawowe	Szczepienie uzupełniające
Wszystkie osoby ≥ 65 lat	Nieszczepieni	1 dawka PCV13	1 dawka PPSV23 (min. 1 rok po podaniu PCV13)
	Szczepieni wcześniej PPSV23 w wieku ≥ 65 lat	1 dawka PCV13 (min. 1 rok po ostatniej dawce PPSV23)	1 dawka PPSV23 (nie wcześniej niż 5 lat po ostatniej dawce PPSV23)
	Szczepieni wcześniej PPSV23 w wieku < 65 , obecnie w wieku ≥ 65 lat	1 dawka PCV13 (min. 1 rok po ostatniej dawce PPSV23)	1 dawka PPSV23 (nie wcześniej niż 5 lat po ostatniej dawce PPSV23)
Osoby w immunosupresji ≥ 19 lat	Nieszczepieni	1 dawka PCV13	1 dawka PPSV23 (≥ 8 tyg. po szczepieniu PCV13)
	Szczepieni wcześniej PPSV23 w wieku ≥ 65 lat	1 dawka PCV13 (min. 1 rok po ostatniej dawce PPSV23)	1 dawka PPSV23 (≥ 8 tyg. po szczepieniu PCV13, ≥ 8 lat od ostatniej dawki PPSV23)

PPSV23- szczepionka polisacharydowa (Pneumovax23); PCV13- szczepionka skoniugowana Prevenar13.

Źródło: MMWR 2019, 68(46);1069–1075; MMWR 2015 / 64(34);944-947.

Szczepionka 13-walentna (Prevenar-13) bezpłatnie dostępna jest:

- dla dzieci urodzonych przedwcześnie, ale poniżej 26 tygodnia ciąży,
- do kontynuacji rozpoczętych schematów szczepień obowiązkowych w 2021 r. w ramach PSO u dzieci urodzonych po 2016 roku, wymagających zakończenia schematu 3+1.

W sytuacjach, kiedy obowiązkowe szczepienia przeciw pneumokokom realizowane są preparatem 13-walentnym (Prevenar-13), koszt zakupu preparatu ponosi rodzic/opiekun dziecka.

Obowiązkowe szczepienia przeciw pneumokokom w **populacji ogólnej dzieci** są realizowane w **schemacie 2+1**.

Obowiązkowe szczepienia przeciw pneumokokom w **grupach ryzyka** (dzieci z zakażeniem HIV, niedokrwistością sierpowato-krwinkową (SCD), z zaburzeniami czynności śledziony, z zaburzeniami odporności) są realizowane w **schemacie 3+1**.

Szczepienia dzieci urodzonych przedwcześnie (<37 tygodnia ciąży) są realizowane w **schemacie 3+1**.

Szczepienie w schemacie 2+1 dotyczące dzieci w populacji ogólnej obejmuje podanie dwóch dawek szczepienia podstawowego (podawanego w odstępach 8 tygodniowych) w 1 roku życia oraz trzeciej dawki uzupełniającej podanej w 2 roku życia (co najmniej po upływie 6 miesięcy od 2 dawki szczepienia podstawowego).

Szczepienie w schemacie 3+1 dotyczące dzieci z grup ryzyka i wcześniaków obejmuje podanie trzech dawek szczepienia podstawowego oddawanych w odstępie 1 miesiąca w pierwszym roku życia oraz czwartej dawki uzupełniającej podanej w 2 roku życia.

Szczepionki polisacharydowe

W skład polisacharydowych szczepionek przeciw pneumokokom wchodzi oczyszczone polisacharydy. Stąd też szczepionki te są nieskuteczne u małych dzieci do 2 lat, których układ odpornościowy jest jeszcze niedojrzały, aby skutecznie pobudzać odporność przeciw tego typu antygenom.

Dostępna od lat 80-tych XX w. na rynku 23-walentna szczepionka przeciw pneumokokom jest wskazana do stosowania w zapobieganiu inwazyjnej chorobie

pneumokokowej, zapaleniu płuc osób w wieku powyżej 65 lat oraz chorych powyżej 2 lat, którzy ze względu na stan zdrowia są szczególnie narażeni na ciężkie zakażenia pneumokokowe. Wskazania do jej stosowania obejmują chorych z przewlekłymi chorobami układu oddechowego jak np. obturacyjna choroba płuc (POChP), rozedma, nowotworami płuc, z przewlekłymi chorobami układu krążenia, marskością wątroby, cukrzycą. U osób, które mają być poddane chemioterapii, terapii immunosupresyjnej lub usunięciu śledziona, szczepionka polisacharydowa powinna zostać podana co najmniej 2 tygodnie przed planowaną interwencją. U chorych zakażonych wirusem HIV powinna być podana jak najszybciej po wykryciu zakażenia. W 2010 r. wprowadzono zalecenia jej podawania u osób palących tytoń oraz rutynowego stosowania u chorych na astmę.

Zgodnie z zaleceniami, dorosłym powyżej 65 lat wcześniej nieszczepionym należy podać w pierwszej kolejności 1 dawkę szczepionki skoniugowanej PCV-13, a następnie po upływie co najmniej roku 1 dawkę szczepionki polisacharydowej PPSV-23.

Dzieciom powyżej 2 r.ż. i starszym, którzy należą do grupy ryzyka rozwoju choroby pneumokokowej należy podać w pierwszej kolejności dawkę szczepionki skoniugowanej PCV-13, a następnie dawkę szczepionki polisacharydowej PPSV-23 w odstępie nie krótszym niż 8 tygodniu.

Teksty źródłowe:

<https://szczepienia.pzh.gov.pl/szczepionki/pneumokoki/?strona=5#ktore-szczepionki-przeciw-pneumokokom-sa-wykorzystane-do-realizacji-szczepien-obowiazkowych-w-2022-roku>

<http://neuropsychologia.org/dwoinka-zapalenia-p%C5%82uc>

<https://www.mp.pl/pacjent/pulmonologia/choroby/150599,pneumokokowe-zapalenie-pluc>

<https://www.mp.pl/pacjent/choroby-zakazne/choroby/zakazenia-bakteryjne/157185,bakteryjne-zapalenie-opon-mozgowo-rdzeniowych>

Henriques-Normark B and Tuomanen EI. The Pneumococcus: Epidemiology, Microbiology, and Pathogenesis. Cold Spring Harb Perspect Med 2013;3:a010215

Mook-Kanamori BB at al. Pathogenesis and Pathophysiology of Pneumococcal Meningitis. CLINICAL MICROBIOLOGY REVIEWS 2011, 24, 557–591

Mikrobiologia i choroby zakaźne. Gabriel Virella. Wydanie I polskie. ISBN 83-85842-59-4. Strona 124-126.

Elżbieta Loba-Jakubowska, Jolanta Frasunkiewicz, Danuta Chlebna-Sokół. *Etiologia i przebieg kliniczny zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych u dzieci - obserwacje własne*. „Przegląd epidemiologiczny”. 57 (4), s. 613-618, 2003.

Maria Lucyna Zaremba, Jerzy Borowski: *Mikrobiologia lekarska. Podręcznik dla studentów medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Lekarskie PZWL, 2004, s. 288. ISBN 83-200-2896-5.

Koiuszko S., Białucha A., Gospodarek E. [The drug susceptibility of penicillin-resistant *Streptococcus pneumoniae*]. „Med Dosw Mikrobiol”. 59. 4, s. 293–300, 2008. PMID: [18416121](#)

Danuta Dzierżanowska: *Antybiotykoterapia praktyczna*. s. 272–280. ISBN 978-83-7522-013-1.

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

ZASTOSOWANIE ADRENALINY WE WSTRZĄSIE ANAFILAKTYCZNYM (PRZYPOMNIENIE I UZUPEŁNIENIE WYTICZNYCH W KONTEKŚCIE SZCZEPIEŃ WYKONYWANYCH W APTEKACH)

Definicja

Według European Academy of Allergology and Clinical Immunology Nomenclature Committee anafilaksją jest ciężka, zagrażająca życiu, uogólniona lub układowa reakcja nadwrażliwości.

Patofizjologia

Reakcja anafilaktyczna w przeciwieństwie do reakcji pseudonafilaktycznej polega na uruchomieniu szeregu procesów z udziałem immunoglobulin klasy IgE po kontakcie tkanek organizmu z antygenem (ekspozycja) i wytworzeniu tych swoistych przeciwciał. Źródłem przeciwciał, skierowanych wobec alergenu są limfocyty B, które

po aktywacji uwalniają przeciwciała wiążące się z receptorami komórek tucznych (mastocytów) i granulocytów zasadochłonnych (bazofili). Przy powtórnej ekspozycji na dany antygen, w powtarzalnej dawce dochodzi w wyniku kontaktu alergenu z immunoglobuliną E na powierzchni komórek tucznych i granulocytów zasadochłonnych do uwolnienia mediatorów reakcji alergicznej, cytokin i czynników chemotaktycznych takich jak histamina (powoduje m.in. wzrost przepuszczalności naczyń), leukotrieny (odpowiedzialne za m.in. silne działanie obkurczające mięśnie oskrzeli), prostaglandyny głównie PGF₂alfa (działanie j.w.), czynnik aktywujący płytki PAF (powodujący skurcz oskrzeli, wzrost przepuszczalności naczyń), kalikreina (m.in. rozkurcz mięśni gładkich, wzrost przepuszczalności naczyń, pobudzenie bólowych zakończeń nerwowych). Wymienione wyżej czynniki wywołują uogólnione lub układowe reakcje organizmu. W przypadku reakcji pseudoanafilaktycznej, zachodzące w organizmie procesy odbywają się bez udziału immunoglobulin klasy IgE, są spowodowane poprzez defekty enzymatyczne, które mogą powodować kumulowanie się lub zablokowanie metabolizmu w organizmie określonego związku chemicznego np. środka kontrastowego stosowanego w badaniach Rtg. Reakcje pseudoanafilaktyczne są klinicznie niemożliwe do odróżnienia od typowej reakcji anafilaktycznej.

Przyczyny

Czynników wywołujących reakcję anafilaktyczną może być bardzo dużo. Inne czynniki przeważają w grupie dzieci i młodzieży, a inne w grupie osób dorosłych. U osób młodych dominuje anafilaksja na spożycie orzechów, mleka, jajek, a czasami bezpośredni kontakt skóry z tymi pokarmami. Jednak w przypadku alergii na przetwory mleczne i jaja około 80% dzieci „ wyrasta ” z tej przypadłości przed ukończeniem 16 roku życia, jeśli zaś chodzi o orzechy to anafilaksja „ mija ” u 20% osób młodych. U osób dorosłych wstrząs anafilaktyczny występuje głównie po ukąszeniach, użądleniach, przyjęciu niektórych leków (najczęściej antybiotyki beta-laktamowe, NLPZ, szczepionki), oraz kontakcie z niektórymi czynnikami fizycznymi czy biologicznymi (lateks, protamina znajdująca się m.in. w nasieniu).

Rozpoznanie

Podjezwając u pacjenta stan wstrząsu anafilaktycznego należy zwrócić na obecność następujących przesłanek:

- nagłe wystąpienie i szybkie pogorszenie się stanu pacjenta
- zaburzenia drożności dróg oddechowych i/lub oddychania i/lub krążenia
- zmiany dotyczące skóry i/lub błon śluzowych (zaczerwienie, obrzęk, pokrzywka)

W przypadku pojawienia się tylko zmian w obrębie skóry i błon śluzowych (przy braku innych objawów oddechowo-krążeniowych) nie daje to podstaw do rozpoznania wstrząsu anafilaktycznego, jednak również należy pamiętać, że w około

20% przypadków wstrząsu anafilaktycznego zmiany skórne nie występują lub są słabo uwidocznione. Pacjent z rozwijającym się wstrząsem anafilaktycznym prezentuje „zły” wygląd ogólny, zgłasza uczucie zwiększającego się zagrożenia i gwałtownego pogorszenia stanu zdrowia w szybkim, czasem błyskawicznym tempie. W przypadku układu oddechowego pacjent zgłasza uczucie „ściskania” w gardle i tachycy, trudności w przełykaniu, obiektywnie występuje chrypka, tzw. „stridor” czyli wysokotonowy dźwięk występujący podczas przepływu powietrza podczas fazy wdechowej, przez częściowo niedrożne drogi oddechowe. Z widocznych objawów może wystąpić duszność, kaszel, skrócenie oddechu, oddech „świszczący” oraz widoczne zmęczenie wysiłkiem oddechowym. Ze strony układu krążenia pojawia się przyspieszenie akcji serca oraz spadek ciśnienia krwi. Objaw zwolnienia czynności serca (bradykardia) świadczy o ciężkim stanie pacjenta i z reguły poprzedza nagłe zatrzymanie krążenia. Mogą wystąpić też objawy ze strony układu pokarmowego – skurcze żołądka i jelit, biegunka i wymioty. Powyższe objawy występują w różnym czasie (od kilku do kilkudziesięciu minut), w zależności od drogi kontaktu z alergenem – z reguły najszybciej pojawiają się objawy przy podaniu alergenu drogą dożylną lub po użądleniu i ukąszeniu, nieco później po przyjęciu alergenu drogą doustną lub kontakcie ze skórą. Analizy przypadków zakończonych zgonem wskazują, że do incydentu nagłego zatrzymania krążenia dochodzi od 5 minut (po podaniu dożylnym leku) do 10-15 minut po ukąszeniu lub użądleniu i wreszcie do 30 minut po podaniu alergenu doustnie. Nie stwierdzono zgonów po 6 godzinach wśród pacjentów, u których bezpośrednią przyczyną mógłby być kontakt z alergenem.

Różnicowanie

Podjezwając wstrząs anafilaktyczny należałoby wziąć pod uwagę inne stany u pacjenta, które mogą wykazywać na pierwszy „rzut oka” podobne objawy do anafilaksji. Będzie to zagrażający życiu atak astmy, omdlenie, zawał mięśnia sercowego, hipoglikemia, padaczka czy epizod paniki z hiperwentylacją. W przypadku astmy o rozpoznaniu decyduje obecność choroby w wywiadzie, brak uchwytnego kontaktu z alergenem oraz objawy oddechowe, takie jak nasilona duszność, zaburzenia fazy wydechowej – świsty. Problemem w różnicowaniu jest to, że astma sprzyja wystąpieniu objawów wstrząsu anafilaktycznego, w związku z tym objawy astmy mogą nakładać się na objawy wstrząsu anafilaktycznego. Pomocna w rozpoznaniu może być nieobecność objawu swędzenia skóry oraz objawów żołądkowo-jelitowych. W przypadku omdlenia i hipoglikemii skóra jest blada, w omdleniu z reguły czynność serca jest zmniejszona, źrenice są rozszerzone; w hipoglikemii czynność serca podobnie jak w anafilaksji może być przyspieszona, jednak w hipoglikemii nie występują typowe objawy oddechowe jak we wstrząsie anafilaktycznym (z wyjątkiem „chrapiącego” oddechu). W omdleniu zwykle

pacjent odzyskuje świadomość po ułożeniu jego na plecach z uniesionym kończynami dolnymi, w hipoglikemii po podaniu domięśniowym glukagonu lub dożylnym glukozy. Jeśli chodzi o różnicowanie z zawałem mięśnia sercowego to objawami wiodącymi będzie charakterystyczny ból w klatce piersiowej, zaburzenia rytmu serca (np. rytm nieregularny) oraz typowy wywiad dotyczący układu krążenia – choroba wieńcowa, nadciśnienie, miażdżyca. W przypadku wystąpienia padaczki są zwykle widoczne mniej lub bardziej nasilone drgawki. Czasami występują incydenty paniki z hiperwentylacją, zwłaszcza u pacjentów, którzy w rzeczywistości są uczuleni na różne czynniki i są tego świadomi. Po kontakcie z potencjalnym alergenem „ odczuwają nadchodzące zagrożenie ” i mogą mieć uczucie duszności spowodowane raczej stanem emocjonalnym, natomiast nie stwierdza się u nich spadku ciśnienia tętniczego.

Postępowanie z pacjentem we wstrząsie anafilaktycznym

W przypadku podejrzenia wstrząsu anafilaktycznego u pacjenta postępowanie ma podobny schemat jak w innych przypadkach zagrożenia życia. Po wstępnym rozpoznaniu stanu pacjenta i stwierdzeniu stanu zagrożenia życia należy niezwłocznie wezwać specjalistyczną pomoc medyczną, podając podstawowe informacje co do okoliczności zdarzenia i informacji o stanie zdrowia pacjenta. Następnie do czasu przyjazdu ambulansu należy odpowiednio ułożyć pacjenta, w przypadku pacjenta przytomnego może być to pozycja siedząca (taka, która ułatwia mu oddychanie), u pacjenta z hipotensją może być to ułożenie na płasko z uniesionymi kończynami dolnymi. Pacjenci nieprzytomni, ale o prawidłowym oddechu powinni być układani w pozycji bocznej, kobiety w ciąży na lewym boku. Następnie należy zminimalizować kontakt z alergenem, czyli np. usunąć żądło. Po stwierdzeniu nagłego zatrzymania krążenia (pacjent nie reaguje na potrząsanie, nie oddycha, nie jest wyczuwalne tętno na tętnicach szyjnych) wdraża się resuscytację krążeniowo=oddechową zgodnie z najnowszymi wytycznymi z 2015 r. – Europejskiej Rady ds. Resuscytacji ERC. Lekiem pierwszego rzutu we wstrząsie anafilaktycznym jest adrenalina – amina symaptykomimetyczna, powodująca na skutek pobudzenia receptorów alfa- i beta-adrenergicznych wzrost kurczliwości mięśnia sercowego, rozszerzenie oskrzeli oraz zmniejszenie uwalniania mediatorów – histaminy, serotoniny, bradykininy i leukotrienów. W przypadku nagłego zatrzymania krążenia wprawdzie nie jest zalecane podawanie adrenaliny drogą domięśniową, jednak jest to zastrzeżenie dotyczące postępowania w warunkach wysokospecjalistycznych procedur medycznych. Adrenalina może być stosowana w przypadkach nagłego zatrzymania krążenia niezależnie od nasilenia wstrząsu anafilaktycznego, napadu astmy oskrzelowej, bradykardii czy wstrząsu kardiogenego. Podanie adrenaliny domięśniowo charakteryzuje się szerszym marginesem profilu bezpieczeństwa terapii oraz eliminuje konieczność wykonania dostępu do żyły, co we wstrząsie pacjenta nie

jest zadaniem łatwym i możliwym do wykonania w krótkim czasie, biorąc pod uwagę konieczność jak najszybszego zastosowania leku. W przypadku stanu zagrożenia życia praktycznie nie istnieją bezwzględne przeciwwskazania do domięśniowego podania adrenaliny.

W obrotach obecnie dostępne są produkty lecznicze z adrenaliną w formie jednorazowej ampułko-strzykawki do samodzielnego podania domięśniowego lub podania przez inną osobę udzielającą pomocy. Zalecany miejscem podania jest mięsień czworogłowy uda – boczna 1/3 górna część. Dawka jednorazowa to 300 mikrogramów (0,3 ml roztworu). Podanie zalecanej dawki umożliwia specjalna blokada na tłoku, która uniemożliwia podanie większej dawki z tej samej strzykawki. Taka konstrukcja ampułko-strzykawki umożliwia podanie leku pacjentowi, który często znajduje się pod wpływem emocji i stresu lub osobie postronnej, która nie musi dodatkowo obliczać podawanej ilości leku, a tym samym odpowiedniej dawki. Dawka 300 mikrogramów została dostosowana do organizmu dziecka. W ampułko-strzykawce ze względu na stabilność preparatu znajduje się 1 miligram (w 1 ml) leku. Po podaniu należy zużytą ampułko-strzykawkę odpowiednio zabezpieczyć. W przypadku braku poprawy można powtórzyć dawkę adrenaliny, z następnej strzykawki, po 10-15 minutach, w inne miejsce, aby zapobiec wystąpieniu martwicy tkanki przy ewentualnym podaniu w to samo miejsce. W obowiązującym okresie ważności ampułko-strzykawka z lekiem może być przechowywana poza lodówką w temperaturze poniżej 25 stopni C, w oryginalnym opakowaniu, do 6 miesięcy. Możliwe najczęściej występujące działania niepożądane po zastosowaniu domięśniowym adrenaliny to: przyspieszenie czynności serca (uczucie kołatania), wzrost ciśnienia tętniczego, wzmożona potliwość, uczucie trudności w oddychaniu, zaburzenia żołądkowo-jelitowe, drżenia mięśniowe, zawroty głowy, bledność powłok skórnych, niepokój lub stany lękowe.

Uzupełnienie

Obecnie panel amerykańskich ekspertów z dziedziny alergologii i medycyny ratunkowej zaleca podanie adrenaliny również w przypadku gdy rozpoznanie reakcji anafilaktycznej jest niepewne. Problemy anafilaksji dotyczą przede wszystkim rozpoznawania tego stanu zagrożenia życia, zbyt rzadkiego stosowania adrenaliny oraz niedostatecznej opieki nad pacjentem po wypisie ze szpitala. Wynika to z faktu, że początkowo, w przebiegu reakcji anafilaktycznej, objawy nie są jednoznaczne i mogą być spowodowane również przez szereg innych zaburzeń, a jednak, ze względu na efektywność leczenia, ważna jest identyfikacja osób, którym może zagrażać wstrząs anafilaktyczny. Zwraca się uwagę na konieczność zastosowania epinefryny u osób, u których występują niewielkie objawy i istnieje obawa, że były one narażone na działanie czynnika, który w przeszłości spowodował wstrząs. Ponadto w warunkach

pozaszpitalnych, z powodu braku dostępnych ampułkostrzykawk o mniejszej zawartości epinefryny, należy podawać dzieciom ważącym mniej niż 15kg 0,15mg adrenaliny i.m., pomimo faktu, że taka dawka może kilkakrotnie przekraczać zalecane 0,01mg/kg m.c. Obecnie nie jest błędem powtórzenie dawki już po 5 min. W przypadku podawania adrenaliny z ampułki należy do iniekcji użyć odpowiednio długiej igły (minimum 0,8 mm), żeby mieć pewność, że zostanie ona podana domięśniowo. Nie należy podawać adrenaliny podskórnie, natomiast dożylnie adrenalinę powinni podawać doświadczeni lekarze; anesteziolodzy lub specjaliści medycyny ratunkowej. W przypadku osób starszych z dodatnim wywiadem kardiologicznym podaniu adrenaliny częściej mogą towarzyszyć objawy niepożądane tj. zaburzenia rytmu serca, zawał m. sercowego czy nagły wzrost ciśnienia, chociaż dotyczy to podania dożylnego lub przedawkowania. Choroba niedokrwienna serca w wywiadzie nie powinna być przyczyną opóźnienia podania adrenaliny. Z przeprowadzonego ostatnio badania porównującego leczenie wstrząsu o różnym podłożu za pomocą dopaminy i noradrenaliny wynika, że noradrenalina dwukrotnie rzadziej prowadzi do zaburzeń rytmu serca i zmniejsza znacząco ryzyko zgonu u chorych ze wstrząsem kardiogenym. U pacjentów przyjmujących stale leki z grupy β -adrenolityków, u których reakcja na adrenalinę może być słaba lub paradoksalna

(osłabienie kurczliwości mięśnia sercowego, bradykardia), można zastosować glukagon w dawce 1-5 mg. Stosowanie leków przeciwhistaminowych ma drugorzędne znaczenie,



ponieważ wprawdzie blokują receptory histaminowe H₁, ale nie wpływają na istniejące już połączenia histaminy z receptorem. W przypadku wystąpienia tzw. opornego na adrenalinę skurczu oskrzeli można podać salbutamol w nebulizacji. Zastosowanie glikokortykoidów praktycznie nie ma wpływu na wystąpienie

pierwszych i ostrych objawów anafilaksji, natomiast zapobiega jej przedłużaniu się lub wystąpieniu kolejnej fazy

Podsumowanie

Ampułko-strzykawka z adrenaliną jest wygodną postacią leku do bezpośredniego i natychmiastowego podania przez pacjenta lub osobę towarzyszącą pacjentowi w stanie zagrożenia życia wywołanym wstrząsem anafilaktycznym. Pacjenci, u których wystąpiła w przeszłości reakcja anafilaktyczna muszą posiadać przy sobie ampułko-strzykawkę z adrenaliną oraz powinni być przeszkoleni w jej użyciu. Te same zasady dotyczą dzieci jak ich rodziców, opiekunów czy nauczycieli i wychowawców obecnych w szkole czy podczas wakacyjnego wypoczynku. M.in. w zaleceniach Brytyjskiej Rady Resuscytacji podkreślono potrzebę edukacji pacjenta i jego bliskich na wypadek ponownego wystąpienia objawów anafilaksji. Jak pokazują badania, niedostateczne przeszkolenie pacjentów jest często przyczyną niewłaściwego użycia leków ratunkowych lub opóźnienia we wdrożeniu leczenia. Każdy pacjent powinien więc zostać zaopatrzony w plan postępowania w razie wystąpienia anafilaksji, otrzymać niezbędne leki, w tym adrenalinę do samodzielnego podania, oraz zostać szczegółowo przeszkolony w zakresie stosowania tych leków.

Teksty źródłowe:

- Boyce JA, Assa'ad A, Burks AW i wsp. Guidelines for the diagnosis and management of food allergy in the United States: report of the NIAID-sponsored expert panel. *J Allergy Clin Immunol.* 2010;126(6 suppl):S1-S58
- Capps JA, Sharma V, Arkwright PD. Prevalence, outcome and pre-hospital management of anaphylaxis by first aiders and paramedical ambulance staff in Manchester, UK *Resuscitation* 2010.
- Cudowska B, Nowak-Węgrzyn A, Jarocka-Cyrta E i wsp. Anafilaksja u niemowląt i małych dzieci – zasady postępowania. Stanowisko Grupy Roboczej Sekcji Alergii Pokarmowej Polskiego Towarzystwa Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia Dzieci (PTGHiŻDz). *Standardy Medyczne Pediatria* 2015;12:112-116
- Kruszewski J. Anafilaksja. Stanowisko panelu ekspertów Polskiego Towarzystwa Alergologicznego, 2009.
- Pumphrey RSH. Lessons for management of anaphylaxis from a study of fatal reactions. *Clin Exp Allergy.* 2000;30:1144-1150.
https://podyplomie.pl/publish/system/articles/pdffarticles/000/011/161/original/Strony_od_MpD_2010_06-11.pdf?1467899032

Dr Katarzyna Chrzanowska

Specjalista farmacji aptecznej i szpitalnej

Kierownik Apteki Szpitalnej

Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku

**ANALIZA PRZYPADKU.
WPLYW ZASTOSOWANEGO ŻYWIENIA POZAJELITOWEGO
NA PROCES LECZENIA CIĘŻKO POPARZONEJ PACJENTKI,
ZASTOSOWANA FARMAKOTERAPIA
I JEJ ANALIZA POD KĄTEM MOŻLIWYCH INTERAKCJI.**

Dziewczynka w wieku dwóch lat w maju 2020 roku została przekazana przez Zespół Ratownictwa Medycznego na Oddział Intensywnej Opieki Medycznej Uniwersyteckiego Dziecięcego Szpitala Klinicznego w Białymstoku z powodu oparzenia 60 % powierzchni ciała 2 i 3 stopnia w okolicach twarzy, pleców, klatki piersiowej, częściowo obu ramion i przedramion, brzucha, uda, podudzia, spowodowanym kontaktem z gorącym olejem spożywczym wylanym na siebie podczas przygotowywania posiłku przez osoby dorosłe. W chwili przyjęcia stan dziecka określono jako ciężki. Zostało ono zaintubowane i podłączone do respiratora. W czasie transportu lotniczego podano dziecku leki sedacyjne i przeciwbólowe. Na OIOM-e UDSK na całą powierzchnię ciała nałożono jałowy opatrunek-Biatain. Dziecko zacewnikowano, zastosowano diurezę wspomaganą. Z powodu hipotermii (temperatura ciała dziecka spadła do 29⁰C) dziewczynkę poddano procesowi ogrzewania. Przetoczono NUKKCZ (naromieniowany ubogoleukocytarny koncentrat krwinek czerwonych) i FFP (osocze świeżo mrożone po karencji) bez powikłań. Wyrównano hipokaliemię, założono sondę dożołądkową. Przeprowadzone wyniki laboratoryjne wykazały niski poziom albumin-3.32g/dl, białka całkowitego 4,77 g/dl oraz antytrombiny w osoczu -72%. Pozostałe parametry krwi-poziom aminotransferazy alaninowej i asparaginianowej w surowicy krwi, bilirubiny, CRP, fibrynogenu w osoczu, GGTP w surowicy krwi, morfologia krwi w normie, stężenie mocznika w surowicy krwi w normie. Niski poziom kreatyniny w surowicy krwi 0,19 mg/dl. Wykonano również badanie równowagi kwasowo-zasadowej i gazometrii(w normie). Zastosowano następującą farmakoterapię:

Taromentin iv 3 x 350 mg

Biodacyna iv 1 x180 mg

Flukonazol iv 1x 35 mg

Helicid iv 1 x 10 mg

Furosemid iv 2 x 3 mg

20% albuminy iv 1 x 60 ml
Antytrombina III 500 j iv
Rokuronium 6 mg iv infuzja ciągła
Płyn Optilite 40 ml/ h iv
Morphinum wlew 1 mg/ h iv
Midanium 2mg/h iv

W drugiej dobie pobytu dołączono następujące leki:

Dopamina 5 mcg/kg/min iv oraz Geloplasnę 200 ml iv

W szóstej dobie pobytu dołączono następujące leki:

Pentaglobin 50 ml iv

Ebrantil 1,5 mg iv

W wynikach laboratoryjnych nadal obserwowano niski poziom antytrombiny III w osoczu. Zaobserwowano natomiast wysoki poziom białka ostrej fazy CRP-223.12 mg/l i fibrynogenu w osoczu 506 mg/dl.

W czwartej dobie hospitalizacji dziecko przekazano na Blok Operacyjny celem wykonania zabiegu położenia na okolice poparzone sztucznej skóry-Integry(na głębokie oparzenia) oraz Suprathelu na oparzenia II stopnia. Oczyszczono rany z martwicy. Po upływie 4 tygodni na Integre położono przeszczepy naskórkowe.

Utrzymano płytką sedacje dziecka. Włączono do terapii Metamizol 250 mg iv co 6 h , Paracetamol 250 mg iv oraz Morfinę 1 mg / h przez 2 h. Do terapii włączono także Resource junior 1 x dziennie.

W czasie pobytu dziecka na oddziale Intensywnej Terapii UDSK a później w Klinice Chirurgii UDSK począwszy od pierwszej doby hospitalizacji pacjentce wdrożono terapię żywienia pozajelitowego drogą żyły centralnej:

1 doba żywienia pozajelitowego:

Primene 10 %-240 ml

Glucosum 20%-720 ml

Kalium chloratum 15%-15 ml

Magnesium sulfuricum 20 %-5ml

Natrium chloratum 10 % - 10 ml

Smoflipid 20%-120 ml

Calcium gluconate proamp 10% - 10ml

Glycophos- 10 ml

Peditrace- 10 ml

Soluvit N in 10 ml aqua- 10 ml

Vitalipid N infant - 10 ml

Objętość całkowita - 1160 ml

Białko całkowite (1 doba)–5,56 g/dl -poniżej normy

Ca w surowicy-2 mmol/l(1 doba)-poniżej normy
Chlorki w surowicy-102mmol/l (1 doba)-w normie
Fosfor nieorganiczny w surowicy – 4,78 mg/dl (1 doba) -w normie
Magnez w surowicy-1,91 mg/dl (1 doba)-w normie
Sód w surowicy-136mmol/l (1 doba)-w normie
Potas w surowicy 2,58 mmol/l (1 doba)-poniżej normy
W drugiej dobie żywienia pozajelitowego zwiększono:
Ilość 20 % MgSO₄ o 1 ml
Glycophosu do 15 ml
Obniżono ilość 10 % NaCl do 5 ml

W kolejnych dobach zmieniano ze względu na niestabilne parametry laboratoryjne elektrolitów i stan kliniczny pacjentki następujące ilości preparatów:

-zwiększono ilość 15 % KCl do 20 ml ze względu na niski poziom KCl w surowicy - 3,04 mmol/l (2 doba)
-zwiększono ilość 10 % Calcium gluconate proamp do 14 ml ze względu na niski poziom wapnia w surowicy krwi - 2,03 mmol/l (2 doba)
-zwiększono ilość 20 % MgSO₄ do 8 ml ze względu na niski poziom magnezu w surowicy krwi (przy dolnej dopuszczalnej normie) 1,91mmol/l (2 doba)

W szóstej dobie w składzie w worka żywieniowego zmieniono następujące ilościowe preparaty składu:

-dodano do emulsji tłuszczowej-20 % Smoflipidu -120 ml -12 ml Omegavenu
-zwiększono ilość Calcium gluconate proamp 10 % do 18 ml(niski poziom wapnia w surowicy krwi -2,16 mmol/l (wyniki z 5 doby)
-zwiększono ilość Glycophosu do 20 ml (niski poziom fosforu nieorganicznego w surowicy-3.27 mg/dl-wyniki z 3 doby)
-zwiększono ilość preparatów pierwiastków śladowych do 12 ml.
-pozostałe wyniki laboratoryjne elektrolitów w surowicy krwi w normie.

W okresie pomiędzy szóstą a dwunastą dobą zaobserwowano u pacjentki następujące zmiany w wynikach laboratoryjnych:

-niski poziom albumin - 3,30 g/dl (12 doba)
-niski poziom antytrombiny III w osoczu - 75 % (9 doba)
-niski poziom białka całkowitego - 5.59g/dl (12 doba)
-znaczný wzrost białka C-reaktywnego (CRP)-od 223.12 do 192.14 mg/l (4 – 7 doba), później spadek do poziomu 81.69 mg/l (12 doba)
-znaczný wzrost fibrynogenu w osoczu-do poziomu 638 mg/dl (9 doba)
-znaczný wzrost prokalcytoniny PCT w surowicy krwi-13.28 ng/ml

Pozostałe parametry poziomu elektrolitów, gazometrii i morfologii krwi w normie. W szesnastej dobie pobytu przetoczono NUKKCZ bez powikłań i wykonano drugi przeszczep skórno –naskórkowy.

Stan dziecka nadal ogólny ciężki. Pacjentka zaintubowana w dalszym ciągu, wyrównana elektrolitowo, w wyniku RTG płuc stwierdzono zmniejszenie przejrzystości w górnym płucu prawym o dużym nasileniu.

Ze względu na niski poziom glukozy w trzynastej dobie włączono dodatkowo w skład żywienia pozajelitowego 120 ml 20 % glukozy

W dwudziestej drugiej dobie hospitalizacji na oddziale OIOM – pacjentkę ekstubowano, odłączono leki sedacyjne. Pacjentka przytomna z zachowanym kontaktem, wydolna oddechowo i krążeniowo, ustabilizowana elektrolitowo.

Od dwudziestej pierwszej doby pobytu stopniowo rozpoczęto podawanie przez zgłębnik kleiku ryżowego 8 x 50 ml.

W dwudziestej pierwszej i dwudziestej drugiej dobie pobytu dołączono do terapii :

-Methadon 1,5 mg dwa razy na dobę p.o

-Iporel 75 mcg dwa razy na dobę p.o

-Nalpainę 2 mg iv doraźnie.

W dwudziestej trzeciej dobie hospitalizacji pacjentkę przekazano do Kliniki Chirurgii UDSK celem dalszego leczenia. W oddziale Chirurgii kontynuowano rozpoczętą farmakoterapię i leczenie żywieniowe drogą wejścia centralnego. Terapię żywieniową zakończono w dwudziestej czwartej dobie hospitalizacji i wprowadzono dietę lekkostrawna oraz preparat Resource .

W czterdziestej ósmej dobie pacjentkę wypisano w stanie dobrym do kliniki Rehabilitacyjnej celem rehabilitacji.

Wnioski:

Zastosowana terapia leczenia żywniemem pozajelitowym przez długi okres hospitalizacji pacjentki pozwoliła na: ustabilizowanie stanu krytycznego pacjentki wywołanego ciężkim oparzeniem termicznym, uzyskanie prawidłowego stopnia odżywienia organizmu przez cały okres ciężkiej terapii, wyrównanie gospodarki elektrolitowej u pacjentki z rozległym oparzeniem.

Zastosowania terapia żywieniowa była dostosowana do indywidualnych potrzeb hospitalizowanej pacjentki, w odniesieniu do jej stanu klinicznego oraz wyników laboratoryjnych. Wyniki laboratoryjne były monitorowane na bieżąco a skład mieszaniny modyfikowany był w zależności od uzyskanych parametrów w surowicy krwi oraz od aktualnego stanu klinicznego pacjentki. To pozwoliło na

całkowite dostosowanie składu mieszaniny żywieniowej indywidualnie wg zapotrzebowania energetycznego, elektrolitowego oraz klinicznego pacjentki.

W składzie mieszaniny żywieniowej zastosowano emulsje tłuszczową zawierająca olej sojowy, olej z oliwek oraz olej rybny bogaty w omega- 3 kwasy, dodatkowo dołączono do składu mieszaniny żywieniowej wysoko oczyszczony olej rybi w odpowiedniej proporcji uzyskując prawidłowy poziom źródła energii oraz niezbędnych kwasów tłuszczowych i kwasów tłuszczowych omega 3 zwłaszcza kwasu eikozapentanenowego i dokozaheksanowego niezbędnych w procesie prawidłowego gojenia się ran. Nie zaobserwowano przy tym żadnych reakcji alergicznych na olej sojowy, białko ryb czy jaj ani wzrostu poziomu trójglicerydów jak również zespołu przedawkowania tłuszczu (tzn: hiperlipidemii, gorączki, powiększenia wątroby z żółtaczką, leukopenii). Nie zaobserwowano wydłużenia czasu krwawienia u pacjentki a także zahamowania agregacji płytek krwi.

Dodatkowo prawidłowo dobrane żywienie pozajelitowe z wyliczoną indywidualnie dawką tłuszczu niezbędnych przy dużym oparzeniu pozwoliło na: zmniejszenie parametrów stanu zapalnego spowodowanego wstrząsem termicznym oraz respiratoroterapią.

Zaobserwowane podwyższone parametry stanu zapalnego -CRP, WBC, poziom prokalcytoniny, poprzez zastosowanie właściwie dobranej antybiotykoterapii oraz właściwego dobranego składu żywienia pozajelitowego (odpowiedni dobór i ilość tłuszczu) pozwoliły na opanowanie reakcji zapalnej oraz zmniejszenie w/w parametrów w surowicy krwi do wartości prawidłowych. Posiew beztlenowy pobrany z rany w dwudziestej czwartej dobie hospitalizacji nie wykazał wzrostu bakterii beztlenowych.

W czasie terapii żywieniowej obserwowano niski poziom albumin poniżej normy średnio -2.49-3.30 g/dl, który wyrównywano preparatami albumin oraz odpowiednio dobranymi ilościami preparatu aminokwasów pediatrycznych w żywieniu pozajelitowym, jednak ze względu na ciężki stan kliniczny pacjentki (ciężkie oparzenie termiczne) nie uzyskiwano parametrów prawidłowych.

Zaobserwowano również na początku terapii niski poziom antytrombiny III w osoczu (64 %), który został stopniowo wyrównany do poziomu (80 %). Niski poziom antytrombiny III wynikał ze zwiększonego zużycia antygenu AT III w wyniku rozległego oparzenia.

Prawidłowo dobrany indywidualny skład mieszaniny żywieniowej poprzez właściwie dobrane proporcje aminokwasów znacząco wpłynęły na proces wyzdrowienia dziecka i na proces prawidłowego gojenia się ran oparzeniowych. Zapobiegano w ten sposób poprzez odpowiedni dowóz białka degradacji własnych komórek wraz z wysiękiem. Dostarczona arginina w sposób udowodniony klinicznie

znacząco wpływała na proces gojenia się ran oparzeniowych umożliwiając przyspieszony proces regenerujący tkanki. Dodatkowo tlenek azotu powstający z argininy bierze udział w syntezie kolagenu, co znacząco mogło wpłynąć na proces gojenia się ran oparzeniowych.

Zawarty w preparacie pierwiastków śladowych Peditrace selen i cynk wykazywały dodatkowe korzystne działanie w procesie gojenia ran oparzeniowych działając antyoksydacyjnie.

Zawarta w preparacie Vitalipid N infant witamina A wpłynęła również korzystnie na proces gojenia ran oparzeniowych poprzez stymulację wzrostu komórek, pobudzenie procesu angiogenezy w procesie stanu zapalnego wywołanego oparzeniem termicznym, wzmacniając proces segregacji monocytów i makrofagów w obszarze rany oparzeniowej.

Zawarta w preparacie Soluvit N witamina C była również niezbędna i korzystna w procesie gojenia się ran oparzeniowych. Zwiększa ona bowiem syntezę kolagenu, indukuje apoptozę i oczyszczanie rany za pomocą makrofagów. Jest także niezbędna do prawidłowego funkcjonowania neutrofilii oraz monocytów, które minimalizują proces zapalny i przyspieszają gojenie się ran. Witamina C jako silny przeciwutleniacz zmniejsza produkcję mediatorów prozapalnych i przyspiesza proces gojenia tkanki łącznej.

Podsumowując: Zastosowane u pacjentki żywienie pozajelitowe było terapią ratującą życie i umożliwiło jej szybszy powrót do zdrowia, prawidłowe gojenie się ran oparzeniowych i pełne wygojenie przeszczepów.

Zapotrzebowanie energetyczno-białkowe

Dzieci są szczególnie narażone na skutki niedożywienia, ponieważ ich potrzeby energetyczne przewyższają potrzeby dorosłych, a masa mięśniowa i zapasy tkanki tłuszczowej są mniejsze. Potrzeby energetyczne i białkowe są ściśle powiązane. Białko nie może zostać utworzone bez dostarczenia odpowiedniej ilości energii.

Białko - w stanie oparzenia rozpad białek przeważa nad ich tworzeniem, co powoduje ujemny bilans azotowy. Jednocześnie dochodzi do tworzenia białek ostrej fazy związanych z procesem gojenia się ran. Zwiększona podaż białka nie jest w stanie powstrzymać rozpadu mięśni, ale leczenie żywieniowe korzystnie wpływa na syntezę białek [1].

Glukoza-jest źródłem energii i powinna pokrywać 40 -60% zapotrzebowania energetycznego dziecka. Nadmierna podaż jest niekorzystna i powoduje: zahamowanie oksydacji tłuszczu, stymuluje lipogenezę, zwiększa odkładanie tłuszczu w tkankach (ryzyko stłuszczenia wątroby), hiperglikemię i stymuluje nadmierną podaż Co^2 wpływając na zwiększenie pracy oddechowej.[2, 3, 4] U dzieci oparzonych możliwości utleniania glukozy spadają do 5 mg/ kg/min [5, 6].

Uwaga!

Należy dążyć do utrzymania stężenia glukozy mniejszego niż 180 mg/dl !!!W przypadku przekroczenia tej wartości rozważyć wlew insuliny w dawce 0,01-0,1 j/kg [7].

Aminokwasy-u dzieci oparzonych termicznie wzrasta zapotrzebowanie na białko nawet do 4 g/kg na dobę. Należy pamiętać, że prawidłowa podaż aminokwasów pozwala ograniczyć ryzyko hiperglikemii, gdyż stymulowane jest uwalnianie endogennej insuliny. Należy dodatkowo monitorować stężenie fosforu w osoczu krwi, ponieważ insulina nasila wbudowywanie fosforu wraz z białkiem do komórek, co może prowadzić do osłabienia działania leukocytów i podatności na zakażenia.

Tłuszcze- u dzieci krytycznie oparzonych przyspieszeniu ulegają procesy oksydacji tłuszczu i dlatego wolne kwasy tłuszczowe stanowią główne źródło energii. Zwiększenie podaży glukozy w tej grupie chorych prowadzi do zahamowania utleniania tłuszczów i intensyfikuje procesy lipogenezy [1]. Podaż lipidów w żywieniu pozajelitowym powinna pokrywać od 25 do 40 % zapotrzebowania na energię pozabiałkową [9]. Zastosowanie w żywieniu pozajelitowym emulsji lipidowych zmniejsza produkcję CO_2 . Podaż 0,1 g skutecznie zapobiega deficytowi wolnych kwasów tłuszczowych. Do wlewów tłuszczowych nie powinna być dodawana heparyna, bo nie poprawia przyswajalności tłuszczów. U pacjentów otrzymujących emulsje tłuszczowe należy okresowo monitorować stężenie triglicerydów w osoczu. U dzieci w żywieniu pozajelitowym stosuje się wyłącznie 20 % roztwory emulsji tłuszczowych (1 ml zawiera podwójną dawkę energii przy jednoczesnej zachowanej normoosmolarności) z wyjątkiem toczenia 10 % emulsji oleju rybiego (10 % Omegaven).

Planując terapię żywieniową u pacjentów w stanie ciężkim należy zawsze pamiętać o zespole ponownego odżywienia.

Zespół ponownego odżywienia-(Refeedingsyndrome)-to stan zagrażający życiu, wynikający z niewłaściwej i szybkiej pod względem składu podaży energii u chorego wyniszczonego, u którego stwierdza się małe stężenia w surowicy krwi jonów wewnątrzkomórkowych (K, P, Mg) oraz przesunięcia płynów ustrojowych. Hipofosfatemii, hipomagnezemia, hiokalemii towarzyszą zaburzenia metabolizmu glukozy z towarzyszącym niedoborem witamin (szczególnie tiaminy-witamina B1) i pierwiastków śladowych. Pełnoobjawowy zespół ponownego odżywienia jest stanem nieodwracalnym i kończy się śmiercią. Leczenie żywieniowe w stanach RS musi być zaplanowane by stopniowemu zwiększaniu podaży energii towarzyszyło uzupełnianie niedoborów elektrolitów i fosforanów [10]. Leczenie bez jednoczesnej podaży fosforanów znacznie zwiększa ryzyko wystąpienia objawów RS (z niedoboru fosforanów- zaburzenia kurczliwości mięśnia sercowego, drgawki, osłabienie siły

mięśniowej, rhabdomyolizy z mioglobinurią, z niedoboru K i Mg-zwiększa ryzyko arytmii nadkomorowej i komorowej, osłabienie siły mięśniowej, z niedoboru tiaminy ryzyko przyspieszonej częstości rytmu serca, wzrostu ciśnienia krwi, obrzęków obwodowych, ostrej niewydolności serca z obrzękiem płuc, zaburzeń pamięci i nastroju, polineuropatii, hematologicznej skazy płytkowej, niedokrwistości hemolitycznej).

Zapobieganie:

-unikać agresywnego prowadzenia leczenia żywieniowego

-stosować suplementacje elektrolitów nawet, gdy wartości wyjściowe są prawidłowe

-stosować suplementacje tiaminy

-dokładnie monitorować leczenie poprzez częste wykonywanie wyników laboratoryjnych

- Analiza zastosowanej Farmakoterapii, możliwe interakcje

Taromentin iv 3 x 350 mg-antybiotyk został zastosowany w terapeutycznie skutecznej dawce, brak interakcji z pozostałymi lekami [11]

Biodacyna iv 1 x180 mg- antybiotyk został zastosowany w terapeutycznie skutecznej dawce podawanej zgodnie z CHPL u dzieci do lat 12 raz na dobę. W czasie hospitalizacji obserwowano niski poziom kreatyniny w surowicy, więc za zasadne byłoby podanie Biodacyny w dwóch dawkach co 12 h tak, aby pacjent w mniejszym stopniu narażony był na wysokie stężenie minimalne amikacyny. Zasadnym też byłoby oznaczanie stężenia amikacyny w surowicy krwi, aby optymalnie dostosować dawkowanie. Poprzez zastosowanie jednocześnie z aminoglikozydami leków moczopędnych drogą dożylną należy pamiętać o możliwości nasilenia ototoksyczności. Leki moczopędne nasilają toksyczność aminoglikozydów poprzez zmianę stężeń antybiotyku w surowicy i tkankach. Może dojść do nieodwracalnej utraty słuchu lub utraty utrzymania równowagi. Dodatkowo jednoczesne podawanie amikacyny z lekami zwięzającymi mięśnie w tym wypadku Rokuronium może spowodować blokadę nerwowo-mięśniową i prowadzić do depresji oddechowej [12].

Flukonazol iv 1x 35 mg-zastosowano terapeutycznie skuteczną dawkę leku. Zasadność włączenia leku wynikała z profilaktyki zapobiegania zakażeniom grzybiczym ze względu na dużą powierzchnię zmian oparzeniowych. Włączenie dodatkowo do terapii Midanium wymagało ciągłego monitorowania pacjenta ze względu na interakcje polegającą na możliwym nasilonym i przedłużonym działaniu midazolamu przez flukonazol. Flukonazol wpływa też na stężenie Methadonu ale terapia Methadonem była rozpoczęta po zakończeniu terapii Flukonazolem więc nie była istotna klinicznie pod kątem możliwych do wystąpienia interakcji [13].

Helicid iv 1 x 10 mg -dawka terapeutyczna prawidłowa. Zasadność włączenia leku wynikała z ciężkiego stanu klinicznego pacjentki, ponieważ z reguły stosowanie omeprazolu dożylnego u dzieci jest ograniczone. Poza tym u pacjentów w stanie krytycznym otrzymujących omeprazol w postaci infuzji dożylnych zaobserwowano nieodwracalne upośledzenie widzenia oraz spadek przyswajania żelaza [14]. Zastosowany w żywieniu pozajelitowym preparat Peditrace dodatkowo nie zawierał w swoim składzie suplementacji żelaza. Można było go zastąpić innym preparatem pierwiastków śladowych zawierającym żelazo, ale ze względu na masę ciała pacjentki (12 kg), preparat Addamel N zawierający jony żelaza zgodnie z charakterystyką produktu leczniczego ma zastosowanie u dzieci powyżej 15 kg mc [15].

Furosemid iv 2 x 3 mg-zastosowano terapeutycznie skuteczną dawkę leku. W czasie stosowania Furosemidu może jednak wystąpić hipowolemia, hiponatremia, hipokaliemia, hipokalcemia i hipomagnezemia, czego nie obserwowano u pacjentki na bieżąco wyrównując braki elektrolitowe indywidualnie dobranym żywieniem pozajelitowym. Natomiast Furosemid nasila ototoksyczne działanie aminoglikozydów. Działanie to może prowadzić do nieodwracalnych uszkodzeń słuchu dlatego należy stosować go razem tylko i wyłącznie w uzasadnionych medycznie przypadkach [16].

20% albuminy iv 1 x 60 ml-dawka terapeutyczna prawidłowa ustalona w oparciu o stan kliniczny ciężko oparzonej pacjentki [17].

Antytrombina III 500 j iv-lek ze wskazań życiowych i stanu klinicznego ciężko oparzonej pacjentki [18].

Rokuronium 6 mg iv infuzja ciągła- dawka terapeutyczna prawidłowa ustalona o stan kliniczny ciężko oparzonej pacjentki. Antybiotyki aminoglikozydowe mogą jednak nieznacznie zwiększać działanie Rokuronium (zjawisko ponownej kuraryzacji),co należy uwzględnić przy planowaniu dawki leku Rocuronium [19].

Płyn Optilyte 40 ml/ h iv

Z istotnych klinicznie interakcji-stosowany równocześnie z lekami moczopędnymi może powodować zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. Ze względu na obecność jonów wapnia w Optilyte nie należy podawać go przez ten sam zestaw podczas przetaczania krwi-ryzyko wykrzepiania. Należy również uważać ze względu na obecność wapnia, aby nie łączyć Optilyte z roztworami zawierającymi fosforany, aminokwasy oraz emulsje tłuszczowe a także zawierającymi węglany [20].

Morphinum wlew 1 mg/ h iv-podawanie morfiny w postaci dożylnych infuzji ciągłych u dzieci wymaga monitorowania częstości tętna, oddechu i saturacji krwi, co było prowadzone na bieżąco podczas hospitalizacji dziecka. Dawkę leku zwiększano

stopniowo ze względu na stan kliniczny pacjentki-ciężkie oparzenie, dużą reakcję bólową, następnie zmniejszono powoli, ale nie uniknięto wystąpienia zespołu abstynencyjnego, w związku z tym włączono do terapii Metadon, a morfina została zastąpiona innym lekiem p/bólowym Nalpainą. Z interakcji istotnych klinicznie wspólne podawanie Midanium z Morfiną zwiększa ryzyko wystąpienia depresji oddechowej, ale ciężki stan kliniczny pacjentki wymagał podawania Morfiny, ze względu na silny ból towarzyszący oparzeniu. Midanium podawane było w dawce utrzymującej stabilną sedację [21].

Midanium 2mg/h iv-dawka podtrzymująca sedację terapeutycznie skuteczna. Z istotnych klinicznie interakcji wprowadzony do terapii Flukonazol zwiększa 2-3 krotnie stężenie midazolamu, co mogło wiązać się ze zwiększeniem końcowego okresu półtrwania odpowiednio 1,5 krotnie dla flukonazolu. Interakcje z morfiną opisano wcześniej [22].

- Leki włączone dodatkowo do terapii w czasie hospitalizacji:

Dopamina 5mcg/kg mc/min iv-dawka terapeutycznie skuteczna. Lek nie ma ustalonego bezpieczeństwa stosowania u dzieci powyżej 12 roku życia, ale stan kliniczny pacjentki wymagał podjęcia tej terapii ze wskazań życiowych. Z istotnych klinicznie interakcji należy pamiętać, że Dopamina nasila działanie leków moczopędnych. W czasie podawania leku stale monitorowano pacjentkę pod kątem wartości ciśnienia tętniczego, częstości czynności pracy serca i diurezy [23].

Geloplasma 200 ml iv-lek został zastosowany ze względu na stan kliniczny pacjentki -wstrząs hipowolemiczny wynikający z dużej powierzchni oparzenia termicznego. Lek zawiera 5 mmol potasu na litr, co należy zawsze uwzględnić przy zlecaniu indywidualnego żywienia pozajelitowego. W czasie podawania leku na bieżąco kontrolowano ciśnienie krwi pacjentki, hematokryt i elektrolity, a także oddawanie moczu [24].

Pentaglobin iv 50 ml -w szóstej dobie hospitalizacji zaobserwowano znaczny wzrost poziomu CRP. Dołączono do terapii Pentaglobinę. Z interakcji istotnych klinicznie, należy unikać jednoczesnego podawania Furosemidu i.v. Podczas podawania leku nie zaobserwowano u pacjentki dreszczy i gorączki towarzyszących często podawaniu preparatów immunoglobulin [25].

Ebrantil 1.5 mg iv-włączono do terapii w szóstej dobie hospitalizacji w celu obniżenia podwyższonego ciśnienia krwi [26].

Methadone 1,5mg syropp.o - lek zastosowano w dwudziestej pierwszej dobie hospitalizacji w celu złagodzenia bólu oparzeniowego i leczenia opioidowego zespołu abstynencyjnego, który wystąpił po odstawieniu morfiny. Z interakcji istotnych klinicznie, o których należy pamiętać, to wspólne zastosowanie Metadonu z lekiem Nalpain zawierającym nalbufinę. Nalpain częściowo znosi działanie Methadonu

zmniejszając efekt p/bólowy, wpływa też na hamowanie czynności ośrodka oddechowego i zaburzenia czynności OUN [27].

Nalpain 2 mg iv doraźnie w razie bólu-dawka terapeutyczna prawidłowa. Istotna klinicznie interakcja z Methadonem, która może mieć wpływ w procesie leczenia opisana została wcześniej. Zastosowanie również wspólnie z Nalpainą leku Iporel (klonidyna) nasila ryzyko wystąpienia depresji oddechowej [28].

Iporel 75 mg 2 x p.o.-lek nie jest zalecany dla dzieci do 12 roku życia zgodnie z pkt 4.3 ChPL -przeciwwskazania produktu leczniczego. Zasadność włączenia w/w leku wynikała z ciężkiego stanu klinicznego pacjentki. Z punktu terapii farmakologicznej można byłoby rozważyć zastąpienie Iporelu innym lekiem zarejestrowanym u dzieci o podobnym mechanizmie działania [29].

Literatura:

1. Coss-Bu JA, Klish WJ, Walding D et al.: Energy metabolism, nitrogen balance, and substrateutilization in criticallyillchildren. *Am J Clin Nutr* 2001; 74: 664–669.
2. Alaedeen DI, Walsh MC, Chwals WJ: Total parenteralnutrition-associated hyperglycemiacorrelates with prolongedmechanicalventilation and hospitalstay in septicinfants. *J PediatrSurg* 2006; 41: 239–244.
3. Srinivasan V, Spinella PC, Drott HR, Helfaer MA, Nadkarni V: Association of timing, duration, and intensity of hyperglycemia with intensivecare unit mortality in criticallyillchildren. *PediatrCritCareMed* 2004; 5: 329–336.
4. Faustino EV, Apkon M: Persistenthyperglycemia in criticallyillchildren. *J Pediatr* 2005; 46: 30–34.
5. Goran MI, Broemeling L, Herndon DN et al.: Estimatingenergyrequirements in burnedchildren: a newapproachderived from measurements of restingenergyexpenditure. *Am J ClinNutr* 1991; 54: 35–40.
6. Sheridan RL, Yu YM, Prelack K et al.: Maximalparenteralglucoseoxidation in hypermetabolicyoungchildren: a stableisotopestudy. *JPEN J ParenterEnteralNutr* 1998; 22: 212–216.
7. Dellinger RP, Levy MM, Rhodes A et al.: SurvivingSepsisCampaign GuidelinesCommitteeincluding The PediatricSubgroup. Surviving SepsisCampaign: internationalguidelines for management of severe sepsis and septicshock, 2012. *IntensiveCareMed* 2013; 39: 165–228.
8. Coss-Bu JA, Klish WJ, Walding D et al.: Energy metabolism, nitrogen balance, and substrateutilization in criticallyillchildren. *Am J Clin Nutr* 2001; 74: 664–669.

9. Fusch C, Bauer K, Böhles HJ et al.: WorkingGroup for developing the guidelines for parenteralnutrition of the German Society for Nutritional Medicine. S Neonatology/Pediatrics — Guidelines on ParenteralNutrition, Chapter 13. GerMedSci. 2009; 7: Doc15. doi: 10.3205/000074.
10. Byrnes MC, Stangenes J: Refeeding in the ICU: an adult and pediatric problem. Curr Opin Clin Nutr Metab Care 2011,14: 186–192. doi: 10.1097/MCO.0b013e328341ed93.
11. Charakterystyka produktu leczniczego leku Taromentin 1.2g i 0,6 g proszek do sporządzania roztworu do wstrzykiwań lub infuzji
12. Charakterystyka produktu leczniczego leku Biodacyna 125mg/ml i 250mg/ml roztwór do wstrzykiwań i infuzji
13. Charakterystyka produktu leczniczego leku Fluconazol Kabi 2mg/ml 50 ml i 100 ml roztwór do infuzji
14. Boxter M.: Iron deficiency anemia from iron malabsorption caused by proton pump inhibitors. eJHaem. 2020. vol.1, no.2, 548-551
15. Charakterystyka produktu leczniczego leku Helicid 40 mg fiołka proszek do sporządzania infuzji
16. Charakterystyka produktu leczniczego leku Furosemid Polpharma 10mg/ml ampłka-roztwór do wstrzykiwań
17. Charakterystyka produktu leczniczego leku 20 % Human Albumin 200g/l flakon 50 ml
18. Charakterystyka produktu leczniczego leku Antytrombin III 50 j. m/ml Takeda proszek i rozpuszczalnik do sporządzania roztworu do infuzji
19. Charakterystyka produktu leczniczego leku Rocuronium Kabi 10mg/ml roztwór do wstrzykiwań
20. Charakterystyka produktu leczniczego leku Optilyte 250 ml i 500 ml roztwór do infuzji
21. Charakterystyka produktu leczniczego leku Morphinisulfas 10 mg/ ml i 20 mg/ml roztwór do wstrzykiwań
22. Charakterystyka produktu leczniczego leku Midanium 5mg/ml roztwór do wstrzykiwań
23. Charakterystyka produktu leczniczego leku Dopaminum 10 mg/ml 1%, roztwór do infuzji
24. Charakterystyka produktu leczniczego leku Geloplasma roztwór do infuzji
25. Charakterystyka produktu leczniczego leku Pentaglobin 50mg/ml roztwór do infuzji
26. Charakterystyka produktu leczniczego leku Ebrantil 25, 5 mg/ml roztwór do wstrzykiwań

27. Charakterystyka produktu leczniczego leku Methadone 1 mg/ml syrop
28. Charakterystyka produktu leczniczego leku Nalpain 10mg/ml roztwór do wstrzykiwań
29. Charakterystyka produktu leczniczego leku Iporel 75 mikrogramów tabletki

VARIA

*Elżbieta Rutkowska
Zakład Farmacji Stosowanej
Uniwersytet Medyczny w Białymstoku*

***Ropa naftowa – dobrodziejstwo czy przekleństwo współczesnego świata?
W dwusetną rocznicę urodzin Ignacego Łukasiewicza.
XXX Jubileuszowe Sympozjum Historii Farmacji
Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, 26-27 maja 2022 roku***



XXX Jubileuszowe Sympozjum Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (dalej: PTFarm) odbyło się w dniach 26-27 maja 2022 r. Podobnie jak w poprzednim roku wydarzenie przybrało formę on-line. Z przyczyn losowych i niepewnej sytuacji epidemicznej nie było możliwe spotkanie zaplanowane w Krośnie nad Wisłokiem. Organizacji XXX Sympozjum Historii Farmacji podjęła się dr n. o zdr. Lidia Maria Czyż – przewodnicząca Ogólnopolskiej Sekcji Historii Farmacji PTFarm we współpracy z mgr farm. Marią Pająk i mgr farm. Ireną Sikorą z Sekcji Historii Farmacji Opolskiego Oddziału PTFarm. Logo Sympozjum zaprojektowała mgr Sylwia Tulik.

Ryc. 1. Logo XXX Sympozjum Historii Farmacji zaprojektowane przez Sylwią Tulik

Pierwszego dnia Sympozjum obradom przewodniczyła mgr farm. Maria Pająk – wiceprzewodnicząca Sekcji. Na początku przekazała miłą wiadomość o uhonorowaniu przez władze miejskie Pani dr hab. Jadwigi Brzezińskiej tytułem „Zasłużony dla Miasta Kołobrzeg” (uroczyste wręczenie wyróżnienia odbyło się 27 listopada 2021 r.; J. Brzezińskiej towarzyszyła m.in. dr hab. Iwona Arabas, prof. PAN). Wieloletnia Sekretarz Zespołu Sekcji Historii Farmacji PTFarm – Jadwiga Brzezińska – jest wzorem zaangażowania w pracę zawodową i naukową oraz działalność społeczną. Tematyka jej zainteresowań badawczych dotyczy m.in. zagadnień aptekarstwa regionu Pomorza Środkowego, w tym Kołobrzegu. Od początku pracy w zawodzie aptekarskim jej pasją była historia farmacji. Zajmowała się dokumentacją życia środowiska farmaceutycznego, pełniąc funkcję redaktora naczelnego pisma „Farmacja Pomorza Środkowego. Biuletyn Informacyjny Środkowopomorskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Koszalinie”. Uhonorowanie przedstawiciela farmacji przynosi zaszczyt całej społeczności farmaceutycznej.

Warto wspomnieć, że w tym roku odbyła się też uroczystość 101. urodzin Pani mgr farm. Stanisławy Frydel, zorganizowana przez Sekcję Historii Farmacji Poznańskiego Oddziału PTFarm i Poznańskiego Oddziału PTFarm pod przewodnictwem dra n. farm. Jana Majewskiego – honorowego przewodniczącego Ogólnopolskiej Sekcji Historii Farmacji PTFarm.

Kolejną dobrą wiadomością była informacja o otrzymaniu stopnia dra n. farm. przez dwóch pracowników Muzeum Farmacji Uniwersytetu Jagiellońskiego *Collegium Medicum* w Krakowie: Katarzynę Jaworską i Krzysztofa Koniewicza. Tematem pracy doktorskiej K. Jaworskiej był *Rozwój aptekarstwa wileńskiego w latach 1794-1915*, a K. Koniewicza – *Analiza przepisów kosmetycznych w XIX-wiecznych manualach aptekarskich w oparciu o kolekcję Muzeum Farmacji UJ CM*.

W pierwszym dniu Sympozjum zaprezentowanych zostało 9 referatów. Jako pierwsza zabrała głos Maria Głowniak, która odpowiedziała na pytanie zawarte w tytule swojego wystąpienia: *Co łączy ropę naftową z Departamentem Farmacji?* Podkreśliła znaczenie czasopisma „Farmacja Polska” jako cennego źródła informacji prezentowanych w dziale „Kronika”.

Następnie Gabriela Vlasceanu (Rumunia) przedstawiała sylwetkę Lazara Edeleanu (1862-1941) – twórcy nowoczesnej petrochemii w Rumunii. Najważniejszym wynalazkiem tego chemika było opracowanie procesu rafinacji ropy naftowej przy użyciu ciekłego dwutlenku siarki w celu selektywnej ekstrakcji węglowodorów aromatycznych w 1908 r. Metodę Edeleanu zastosowano eksperymentalnie w rafinerii Vega w Rumunii, a później we Francji i Niemczech.

Trzecim prelegentem był Profesor Zbigniew Wójcik – wybitny znawca postaci Ignacego Łukasiewicza (1822-1882), autor książki pt. *Ignacy Łukasiewicz* (Radom 2018), który szeroko omówił dokonania tego farmaceuty i przedsiębiorcy naftowego oraz znaczenie jego działalności dla farmacji.

Jako kolejna głos zabrała Elżbieta Rutkowska. W referacie pt. *Jakiej wiedzy o Ignacym Łukasiewiczu dostarczają wybrane filmy?* zwróciła uwagę na to, że twórcy filmów dokumentalnych, poświęconych sylwetce „polskiego Prometeusza”, skupiają się głównie na tematyce otrzymania nafty i zastosowania jej do oświetlenia przy użyciu lampy. Wspominają oczywiście, że pomysłodawcą konstrukcji lampy był I. Łukasiewicz. Pozostałe poruszane przez filmowców zagadnienia to: edukacja farmaceutyczna, praca w aptece, działalność patriotyczna, społeczna i filantropijna oraz życie osobiste i rodzinne znanego farmaceuty. Warto podkreślić, że w wielu filmach prezentowane są zbiory Muzeum Przemysłu Naftowego i Gazowniczego im. Ignacego Łukasiewicza w Bóbrce.

Piąty referat należał do Marii Pająk. Prelegentka przedstawiła opracowanie zatytułowane *Władysław Długosz – człowiek, który zmienił krajobraz Galicji*. Wskutek poszukiwań przez W. Długosza (1864-1937) nowych złóż ropy naftowej pod koniec XIX w. powstało zagłębie naftowe wokół Borysławia. Sukces związany z rozwojem przedsiębiorstwa, którym kierował W. Długosz przyczynił się m.in. do poprawy poziomu życia w Galicji. Władysław Długosz angażował się w działalność społeczną, filantropijną oraz polityczną. Pełnił funkcję prezesa Krajowego Towarzystwa Naftowego w latach 1911-1937 (towarzystwo to zostało założone w 1877 r. z inicjatywy I. Łukasiewicza, który był jego pierwszym prezesem).

Kolejna prezentacja zatytułowana *Manual Ignacego Łukasiewicza* została przygotowana przez Krzysztofa Koniewicza i Monikę Urbanik. Omówiony przez K. Koniewicza rękopiśmienny manual aptekarski od 1967 r. przechowywany jest w Muzeum Farmacji UJ CM. Analiza tej cennej pamiątki, związanej z pracą I. Łukasiewicza w aptece, pozwoliła ukazać, jakie funkcje pełniły apteki w drugiej połowie XIX w. Oprócz przepisów na leki w różnorodnych postaciach ze wskazaniem schorzeń, w leczeniu których można było je zastosować, w manuales znajdują się przepisy na kosmetyki, np. wody kolońskie i perfumy oraz przepisy m.in. na atramenty, lakiery do parkietów czy ognie bengalskie. Odrębna część manualu poświęcona jest sposobom przygotowania likierów i wódek oraz przetworów spożywczych. Zapisane w nim zostały także metody postępowania w przypadku zatrucia, np. arsenikiem czy grzybami, oraz po ugryzieniu przez jadowite zwierzęta.

Jako siódmy wystąpił Jerzy Waliszewski. W referacie *Jak aptekarze rozświetlali ciemności*, zaczynając od zagadnienia produkcji świec, która odbywała się

aptekach, poprzez omówienie wynalezienia zapalek – najpierw tzw. maczanych, a następnie pocieranych – i poszukiwania przez Jana Zeha i I. Łukasiewicza praktycznego zastosowania nafty, ukazał rolę, jaką odegrali farmaceuci w historii oświelenia.

Następnie Iwona Dymarczyk w prezentacji pt. *Ekspozycja poświęcona pamięci I. Łukasiewicza w Muzeum Farmacji UJ CM w Krakowie* przedstawiła cenną kolekcję pamiątek związanych z życiem i działalnością tego słynnego polskiego farmaceuty. Wśród zachowanych dziewiętnastowiecznych zabytkowych przedmiotów są m.in. obrazy, dyplomy, medale, waga z apteki w Gorlicach czy meble z dworku Łukasiewiczów w Chorkówce. Przypomniała także o ekslibrisie Aptekarzy Polskich, który wykonał dr n. farm. Krzysztof Kmieć w 2003 r. Była to praca okazjonalna, związana ze 150. rocznicą zapalenia lampy naftowej I. Łukasiewicza. Na ekslibrisie przedstawiony jest ten słynny polski aptekarz, któremu poświęcono także wcześniejsze XII Sympozjum Historii Farmacji w Niedzicy.

Jako ostatni pierwszego dnia wystąpił Aleksander Smakosz. W referacie *Mumia nie tylko egipska* (współautorka: Marta K. Grochowalska) zwrócił uwagę na stosowane przez wieki w lecznictwie bituminy, do których zalicza się m.in. asfalt i ropę naftową.

Na początku drugiego dnia Sympozjum L. Czyż wspomniała o wydarzeniach, które odbyły się w związku z uczczeniem 200. rocznicy urodzin I. Łukasiewicza. Na przykład w Stargardzie spotkanie z wykładem dr Agnieszki Rzepieli pt. *Ignacy Łukasiewicz – życie i dzieło* zorganizowała Sekcja Historii Farmacji Szczecińskiego Oddziału PTFarm, której przewodniczącym jest J. Waliszewki.

Maria Pajak i Małgorzata Tomańska przypomniały postać słynnego farmaceuty podczas Nocy Muzeów w Opolu, a członkinie Sekcji Historii Farmacji Warszawskiego Oddziału PTFarm – w formie spektaklu pt. *Zasłużony magister Ignacy* przygotowanego przez grupę teatralną „Peronówka”, działającą przy Klubie Seniora w Piasecznie. Okolicznościowe wydarzenia miały też miejsce na Politechnice Rzeszowskiej, Muzeum Okręgowym w Rzeszowie oraz Muzeum Farmacji UJ CM.

W dalszej części Sympozjum referat pt. *Historia farmacji – trudna nauka w jej uprawianiu. Dlaczego?* autorstwa Aleksandra Drygasa przedstawiła L. Czyż. Przypomniane zostały w nim poglądy różnych badaczy na zakres tematyczny historii farmacji. Autor zwrócił też uwagę na to, że zagadnieniom dotyczącym aptekarstwa nie poświęcono wiele uwagi np. w wielotomowych monografiach historii Gdańska czy Elbląga, a przyczyną tego może być specyfika i złożoność tematyki historii farmacji. W dyskusji zaznaczono wartość utrwalania historii przez nieprofesjonalnych

historyków. Dzięki nim zachowane zostają niejednokrotnie informacje, do których nie zawsze docierają historycy zawodowi.

Następnie Piotr W. Górski i Klaus Koch (Niemcy) przedstawili referat pt. *Postać i myśl I. Łukasiewicza w angielskim obszarze językowym*. Piotr Górski zaprezentował książkę pt. *A Prometheus on a Human Scale – Ignacy Łukasiewicz* (Berlin 2019) – efekt pracy zespołu autorów: Piotra Franaszka, Pawła Graty, Anny Kozickiej-Kołaczkowskiej, Mariusza Ruszela oraz Grzegorza Zamoyskiego. Dostrzegli oni potrzebę przybliżenia za granicą informacji o początkach przemysłu naftowego na ziemiach polskich, o wynalazkach w tej dziedzinie, o opracowaniu metody rafinacji ropy naftowej, dzięki której możliwe było zastosowanie jej w przemyśle, oraz o Polakach – badaczach, odkrywca i przedsiębiorcach działających na Podkarpaciu, związanych z wydobyciem i przetwórstwem ropy naftowej.

Klaus Koch natomiast omówił książkę napisaną przez Alison Fleig Frank zatytułowaną *Oil Empire. Visions of Prosperity in Austrian Galicia* (Cambridge 2005). Autorka zaznaczyła, że na początku XX wieku cesarstwo austriackie zajmowało trzecie miejsce wśród państw produkujących ropę na świecie (prześcignęły je wówczas tylko Stany Zjednoczone i Rosja). Prześledziła wzajemny wpływ postępu technologicznego, polityki i zmian społecznych związanych z rozwojem i zanikiem galicyjskiego przemysłu naftowego.

Piotr W. Górski wspomniał także o napisanej wspólnie z K. Kochem recenzji *Pamiętnika XXIX Sympozjum Historii Farmacji*, która została zamieszczona na stronie internetowej „Aptekarza Polskiego” (pisma Naczelnej Izby Aptekarskiej). Tekst nosi tytuł: *Prometeusz farmacji zrodził się w laboratorium aptecznym (1853) w Polsce: I. Łukasiewicz 1822/2022*.

Referat Jana Majewskiego z Sekcji Historii Farmacji w Poznaniu, dotyczący jubileuszu Ignacego Łukasiewicza w Tarnowie Podgórnym koło Poznania w 1982 r., zaprezentowała L. Czyż. Autor tekstu przypomniał słuchaczom, że Sekcje Historii Farmacji poszczególnych oddziałów PTFarm od dawna organizowały spotkania rocznicowe związane z postacią I. Łukasiewicza, podczas których były prezentowane jego życie i działalność. Sam J. Majewski zwracał szczególną uwagę na potrzebę upamiętniania ważnych wydarzeń z historii farmacji, organizując wiele okolicznościowych uroczystości.

Oprócz I. Łukasiewicza i wspomnianego wyżej W. Długosza wśród Polaków zajmujących się przetwórstwem ropy naftowej i zasługujących na uwagę znajduje się także Witold Zglenicki (1850-1904). Tej postaci swoje wystąpienie pt. *Witold Zglenicki. Nafciarz, przedsiębiorca, mecenas nauki polskiej* poświęciła L. Czyż,

zaznaczając że polski Nobel (tak nazywano Zglenickiego), inżynier, górnik i z zamiłowania geolog przyczynił się do wynalezienia platformy wiertniczej i był pomysłodawcą wydobywania ropy naftowej z dna morskiego. Pracując w Baku, prowadził badania na Morzu Kaspijskim, których efektem było opracowanie mapy działek roponośnych na tamtych terenach. W testamencie dochody z działek naftowych zapisał Kasie im. Józefa Mianowskiego – instytucji wspierającej w zaborze rosyjskim rozwój nauki i kultury polskiej (m.in. działalność uniwersytetów czy publikację książek). Lidia Maria Czyż podkreśliła również znaczenie działalności dobroczynnej Zglenickiego, która charakteryzowała Polaków pełniących kierownicze funkcje w przemyśle naftowym w XIX i na początku XX w.

Na Sympozjum referat pt. *Medal im. I. Łukasiewicza* zgłosiła Janina Murawska, a Jan Tulik – poeta i działacz kultury w Krośnie – opracowanie pt. *Zatopiony piorun*, dotyczące legendy związanej ze słynnym źródłem „Bełkotka” w Iwoniczu-Zdroju. Nie zostały one jednak zaprezentowane, ale najprawdopodobniej będą wydrukowane w pamiętniku.

Uczestnicy spotkania wymieniali zdania na temat zaprezentowanych referatów i wyrażali nadzieję na szybkie spotkanie na Podkarpaciu. W przyszłym roku przypada 170. rocznica zapalenia w lwowskim szpitalu lampy naftowej skonstruowanej według pomysłu I. Łukasiewicza, co daje możliwość kontynuacji organizowania spotkań poświęconych temu wybitnemu polskiemu farmaceucie.



APIPOLFARMA

PiniHelix

Hederae helicis extractum fluidum 101,9 mg/5 ml • 120 ml

**3 ZAWIERA
WYCIĄGI**

BLUSZCZ
substancja czynna

TYMIANEK
substancja pomocnicza

LUKRECJA
substancja pomocnicza



**NA BAZIE
NATURALNEGO
ZIOŁOMIODU
SOSNOWEGO**



Syrop PiniHelix to bogaty i naturalny skład!

STOSOWANY W PRZEZIĘBIENIACH

● zmniejsza kaszel ● ułatwia odkrztuszanie ● rozkurcza oskrzela ● przeciwzapalny i odkażający

FARMINA SP. Z O.O. • UL. LIPSKA 44 • 30-721 KRAKÓW

apipol.com.pl

PiniHelix *Hederae helicis extractum fluidum* 101,9 mg/5ml **120 ml**, Tradycyjny produkt leczniczy roślinny przeznaczony do stosowania w określonych wskazaniach wynikających wyłącznie z długotrwałego stosowania. **Skład:** 100 g syropu zawiera: Substancje czynne: Płynny wyciąg z liści bluszczy (*Hederae helicis extractum fluidum*) 1,7 g, ekstrakt: etanol 70% (v/v), Substancje pomocnicze: Suchy wyciąg z korzenia lukrecji (*Glycyrrhizae radix extr.sicc.*) 5,0 g, ekstrakt: woda do ekstrakcji, amonu wodorotlenek 10%, Płynny wyciąg z ziela tymianku (*Thymi extr. fl*) 4,0 g, ekstrakt: etanol 30% (v/v), woda amoniakalna, glicerol, Woda amoniakalna, sodu benzoian, ziołomiod sosnowy, woda oczyszczona. **Dawkowanie:** Dorośli i dzieci powyżej 12 lat: 10 ml (2 łyżeczki) do herbaty) 3 razy dziennie. **Wskazania:** Produkt leczniczy roślinny tradycyjnie stosowany w przeziębieniach. **Przeciwwskazania:** Nadciśnienie tętnicze, zaburzenia rytmu serca, choroby wątroby i nerek, hipokaliemia. Nieodwrażliwość na substancje czynne lub pomocnicze zawarte w preparacie. Uczulenie na miód lub produkty pszczele oraz na benzoian sodu, rośliny z rodziny Araliaceae. **Działania niepożądane:** Objawy niepożądane występują niezwykle rzadko mogą wystąpić reakcje alergiczne (jak pokrzywka, wysypka skórna, duszności), objawy z przewodu pokarmowego (jak wymioty, nudności, biegunka). Bardzo rzadko przy dłuższym stosowaniu i jednoczesnym przekraczaniu zalecanych dawek mogą pojawić się objawy związane z przyjmowaniem kwasu glicyryzynowego: utrata potasu, zatrzymanie sodu i wody, bóle głowy, nadciśnienie tętnicze, obrzęki, osłabienie mięśni. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Nie zaleca się stosowania u dzieci poniżej 12 r.ż. Należy zachować ostrożność u pacjentów z nieżyłami żołądka oraz z wrzodami. W przypadku odkrztuszania ropnej płwociny, gorączki lub duszności należy zasięgnąć porady lekarza bądź farmaceuty. Przy stosowaniu zgodnie z zaleceniami nie występują zagrożenia związane ze stosowaniem leku. Nie należy przekraczać zalecanych dawek. Nie stosować dłużej niż 7 dni. **Stosowanie podczas ciąży i laktacji:** Nie zaleca się stosowania preparatu w okresie ciąży i karmienia piersią. **Nr pozwolenia:** 9486. **Podmiot odpowiedzialny:** Farmina sp. z o.o., ul. Lipska 44, 30-721 Kraków.

Tradycyjny produkt leczniczy roślinny z określonymi wskazaniami wynikającymi wyłącznie z długotrwałego stosowania.