
FARMACJA

REGIONU PÓLNO-CNO-WSCHDNIEGO

BIULETYN INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ
W BIAŁYMSTOKU



Na okładce: Ikona świętych Kosmy i Damiana znajdująca się w cerkwi p.w. Świętego Jana Teologa w Białymstoku.

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 Zamenhofska 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. Zamenhofska 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 przypadających we wrześniu Światowego Dnia Farmaceuty i Ogólnopolskiego Dnia Aptekarza, artykułem pt.: „Święci: Kosma i Damian – patronalni bliźniacy.” chcielibyśmy Państwu przypomnieć sylwetki Świętych Kosmy i Damiana - chrześcijańskich patronów farmacji i medycyny. W numerze zamieszczamy również wizerunki Świętych Braci z różnych stron świata.

Red.

mgr farm. Jarosław Mateuszuk

Święci: Kosma i Damian – patronalni bliźniacy.

W hagiografii pojawiają się aż trzy pary świętych braci o tych imionach, a w dodatku wszyscy oni byli lekarzami i żyli w niełatwym dla Kościoła i obfitującym w prześladowania chrześcijan III wieku. Pierwsza para to dwaj bracia, prawdopodobnie bliźniacy urodzeni w III w n.e. w niewielkim miasteczku-osadzie (Igi) w pobliżu Marsin nad Morzem Śródziemnym (dziś Turcja). Miasto Marsin leży zaledwie 25 km od Tarsu, w którym urodził się Apostoł Narodów św. Paweł. Bracia wychowywali się w rodzinie Greka (poganina) i chrześcijanki. Głównie z powodu matki, która była pobożną chrześcijanką uzyskali solidne wychowanie, dzięki któremu zdolni byli do ofiarnego życia, aż do oddania go za wiarę. Matka o imieniu Tiodota (Tiodora) oprócz braci bliźniaków wychowała jeszcze trzech synów – Antimosa, Lijonisjosa i Oribiosa. Ojciec synów zmarł w młodym wieku, dlatego trud wychowania dzieci opierał się na matce. Bracia Kosma i Damian studiowali medycynę w mieście Cyrrhus i obaj zostali lekarzami. Żyli w Syrii, gdzie zasłynęli z leczenia ludzi, bez względu na wiarę i pozyskiwanie pieniędzy ze swojej profesji

*For. Ofiarowanie torby
lekarzkiej św. Kosmie i
Damianowi, miniatura,
Konstantynopol, X w. Zbiory
watykańskie.
Scena przedstawia wylaniającą
się z nieba Rękę Boską,
przekazującą braciom torbę
lekarzską jako symbol
otrzymanej łaski cudownego
uzdrowiania.*



(źródła wschodnie nazywają ich anargyrami, prawosławni zaś biezriebrinnikami). Przy tej okazji starali się pozyskiwać ich dla wiary Chrystusowej. Jedna z legend głosi, że uzdrowiona Rzymianka wręczyła Damianowi w podziękowaniu trzy jajka, rzekomo symbolizujące Św. Trójcę, które Damian przyjął, jednak symbol Św. Trójcy nie przekonał brata Kosmę. Zastrzegł on, aby po jego śmierci Damian nie został pochowany razem z nim. Powyższą legendę przedstawia Guido di Pietro da Mugello, zwany Fra Angelico, który w pierwszej połowie XV wieku namalował obraz, a właściwie temperę na desce zatytułowaną „Uzdrowienie Palladii przez Kosmę i Damiana”, Za czasów panowania cesarza Dioklecjana (240–305) i Maksymiliana (250–310) wybuchło prześladowanie chrześcijan i dwaj medycy Kosma i Damian zostali aresztowani przez namiestnika miasta Cyrrhus pod pretekstem odmowy płacenia podatków. Rzeczywistym powodem pojmania była ich żarliwa wiara i sława, pozyskana dzięki miłosierdziu i dobroczynności, której to nie mogli znieść pogańscy kapłani. Kiedy wymyślnymi torturami nie zdołano ich zmusić do wyparcia się wiary w Chrystusa, skazano ich na śmierć przez ścięcie mieczem. Publiczna egzekucja odbyła się w Cyrrhus 26 września 303 (305) roku. Ciała ich pogrzebano poza murami miasta.

Kolejny duet świętych Kosmy i Damiana należy do grona rzymskich męczenników. Śmierć ponieśli oni jednak nie z rąk cesarskich katów, lecz poganina, który uczył ich sztuki ziołolecznictwa, a ostatecznie – prawdopodobnie z zazdrości – wyprowadził ich w góry pod pretekstem szukania ziół, zaś tam dopuścił się ich ukamienowania. Przekaz głosi, że obaj również posiadali staranne wykształcenie, zaś majątek oddziedziczony po śmierci rodziców rozdali ubogim. Uzdraliali zwykle poprzez położenie rąk na chorych, wypowiadając przy tym słowa: „My tylko kładziemy na was ręce i nic nie możemy dokonać naszą siłą, wszystko czyni wszechmogąca siła i moc Jedynego Prawdziwego Boga i Pana Jezusa Chrystusa; jeśli uwierzycie w Niego, to w niedługim czasie wyzdrowiejecie”.

Trzecia para świętych noszących imiona Kosmy i Damiana pochodziła z Arabii. Kiedy tylko uwierzyli w Chrystusa, zaczęli leczyć chorych nie przyjmując jakiegokolwiek zapłaty. W odróżnieniu od swych imienników rzymskich i azjatyckich w swojej praktyce lekarskiej w mniejszym stopniu posługiwali się ziołami, lecz częściej podkreślali, że leczą mocą Chrystusa, głosząc jednocześnie Dobrą Nowinę o zbawiającym i uzdrawiającym Bogu. Trudno wyrokować, która z trzech par świętych, patronuje aptekarzom i farmaceutom. Najprawdopodobniej, to tylko trzy nieco różniące się przekazy, dotyczące w istocie tych samych ludzi. Jedno natomiast jest pewne: bracia Kosma i Damian, jak to nieraz zdarza się wśród bliźniaków, uprawiali tę samą profesję – byli lekarzami. O ile lekarze spośród wszystkich patronujących im świętych szczególnie upodobali sobie św. Łukasza, farmaceuci i aptekarze polecają

swoje sprawy zawodowe i osobiste wstawiennictwu świętych bliźniaków Kosmy i Damiana.

Stare kroniki chrześcijańskie ukazują liczne cuda, jakie wydarzyły się po męczeńskiej śmierci dwóch medyków. Wielu wiernych dostało łaski uzdrowienia dzięki modlitwie za wstawiennictwem Kosmy i Damiana, a prawie wszystkie kościoły obrządków chrześcijańskich obchodzą pamiątkę św. św. Kosmy i Damiana, rocznicę ich męczeńskiej śmierci 26 września.

Najstarszy Kościół pw. Świętych Kosmy i Damiana został zbudowany w Aleppo. Około 400 roku wydarzył się pierwszy cud uzdrowienia. Po tym wydarzeniu na chrześcijaństwo nawrócił się Robola późniejszy biskup w mieście Raha, dokąd przeniesiono do klasztoru relikwie Kosmy i Damiana. Tam gromadziło się wielu chorych, którzy doznawali cudownych uzdrowień. W starożytnej Apamei (dziś Afamia) w Syrii odnaleziono w ruinach kościoła z V–VI wieku dwa sarkofagi kamienne. Na jednym z nich wykuto w kamieniu inskrypcje greckie z imionami Kosmy i Damiana. Znajdują się one obecnie w Muzeum Narodowym w Brukseli. W 514 r. papież Symmach wybudował ku czci świętych kaplicę, która została rozbudowana przez papieża Feliksa IV i podniesiona do godności bazyliki. W niej umieszczono relikwie świętych, a na bocznej ścianie poczesne miejsce znajduje się mozaika Chrystusa, gdzie po Jego obu stronach stoją św. Kosma i św. Damian. W Konstantynopolu cesarz Justyn I wybudował dwie świątynie poświęcone braciom, a z kolei cesarz Justynian Wielki w tym samym stuleciu po swoim cudownym uzdrowieniu wybudował bazylikę w mieście Cyrrhus. Miasto to w okresie wczesnego chrześcijaństwa było siedzibą biskupa i było nazywane miastem świętych – Agiofolis – ze względu na przechowywane tu relikwie św. Szymona Gorliwego, św. Markianososa i później świętych Kosmy i Damiana.

Po burzliwych wydarzeniach związanych z pobytem Rzymian, a następnie zdobyciu miasta przez Arabów, a następnie po trzęsieniu ziemi w 1157 r. miasto uległo zniszczeniu i nie zostało odbudowane.

Obecnie Święci Kosma i Damian są patronami Florencji, lekarzy, aptekarzy, farmaceutów, chirurgów, dentystów, cyrulików, cukierników i wydziałów medycznych. Święci ci są wymieniani w Modlitwie Eucharystycznej



(*Łac. Communicantes*) Kanonu rzymskiego. W cerkwi prawosławnej od wieków miejscem kultu tych świętych jest monaster Zocziste w Kosowie, gdzie według najnowszych badań archeologicznych okazało się, że na jego miejscu już w IV wieku stała chrześcijańska świątynia. Prawdopodobna teoria zakłada, że na początku IV stulecia rzymscy wyznawcy Chrystusa, uciekając przed prześladowaniami, przeprawili się przez Morze Adriatyckie i zamieszkali na niedostępnych i słabo zaludnionych w owym czasie terenach Kosowa. Uciekając z Rzymu, zabrali ze sobą wielką świętość – relikwie świętych męczenników rzymskich Kosmy i Damiana. Od tego czasu Kosowo stało się ich nowym domem, skąd 22 i 23 sierpnia 2009 roku, relikwie świętych przywieziono do Białegostoku i uroczystie przywitano w parafii św. Jana Teologa na Bacieczkach. Wcześniej w tej cerkwi znalazła się ikona świętych Kosmy i Damiana. Ikonę napisali mnisi w Zocziste i podarowali redakcji Przeglądu Prawosławnego. Na ikonie święci nie trzymają naczyń z lekarstwami, ale odbudowaną monasterską cerkiew, w której dokonują się uzdrowienia. To jedyne w świecie takie ikonograficzne przedstawienie świętych lekarzy. W każdą niedzielę przed ikoną i relikwiami odprawiany jest uroczysty Akatyst, czyli rodzaj hymnu liturgicznego, typowego dla chrześcijańskich Kościołów wschodu, zwłaszcza posługujących się językiem greckim, przede wszystkim dla Cerkwi prawosławnej. Ze względu na oczekiwania wiernych została w nim zamieszczona transliteracja oraz tłumaczenie tekstu na język polski. Ikona z relikwiami Kosmy i Damiana znajduje się również w soborze Świętej Trójcy w Hajnówce. W ikonografii Kosma i Damian zawsze przedstawiani są razem, jako ludzie młodzi lub w średnim wieku, różniący się długością bród (Kosma ma dłuższą), ubrani w wytworne szaty i kolorowe płaszcze (Kosma ma czerwony, Damian lazurowy), z narzędziami medycznymi, szkiełkami, pudełkami z maścią, skalpelem, łyżką aptekarską do nabierania maści, moździerzem oraz laską Eskulapa. Od połowy XIII w. w wyniku rozdzielenia zawodu lekarza od formującego się wówczas zawodu aptekarza, w sztuce zaczęto ich przedstawiać z różnymi atrybutami: Damiana jako aptekarza z puszką cylindryczną na leki, a Kosmę jako lekarza z diagnostycznym naczynkiem do badania moczu. Od wieków rozwijano kult świętych w religiach chrześcijańskich. Ich główne sanktuaria to: Klasztor klarysek w Madrycie, Bazylika Świętych Kosmy i Damiana w Rzymie, Bitonto oraz Bari we Włoszech, monaster Zocziste w Kosowie. W Rotundzie Św. Jerzego w Salonikach znajduje się najstarsza zachowana do dzisiaj mozaika z ich wizerunkiem, pochodząca z przełomu IV i V w. W Pradze na moście Karola znajduje się pomnik przedstawiający świętych Kosmę i Damiana z zawodowymi atrybutami w rękach, z postacią Chrystusa w środku. Pomnik pochodzi z początku XVIII wieku. W XIII wieku w Polsce kult świętych zapoczątkowano w kościele w Strzelnie, a w 1335 r. królewski aptekarz ufundował w Katedrze Wawelskiej kaplicę poświęconą Kosmie i

Damianowi, przebudowaną w XVI wieku (obecnie kaplica Zebrzydowskich). W skarbcu kościoła Najświętszej Marii Panny w Krakowie znajduje się do dzisiaj „relikwiarz świętych Kosmy i Damiana”, zabytek średniowiecznej sztuki prawosławnej, prawdopodobnie pochodzący z południowej Rusi, który przedstawia 16 scen z życia świętych braci. W Brazylii istnieje szczególna tradycja, w której święci uważani są za obrońców dzieci. W Rio de Janeiro 27 września rozdaje się dzieciom torby z cukierkami z wydrukowanymi na nich wizerunkami świętych. Święci bracia Kosma i Damian są również czczeni w Utica w Nowym Jorku w parafii św. Antoniego podczas corocznej pielgrzymki, która odbywa się w ostatni weekend



września (około 27 września). W dwudniowym święcie – festiwalu uczestniczą w niej tysiące pielgrzymów z różnych stanów USA i Kanady.

Ich wspomnienie liturgiczne w Kościele katolickim obchodzone jest 26 września w nowym

kalendariusz (27 września w starym kalendarzu używanym w rycie trydenckim). Cerkiew prawosławna wspomina świętych cudotwórców 1/14 listopada, tj. 14 listopada według kalendarza gregoriańskiego.

Teksty źródłowe:

- Roeske W. Kosma i Damian w tradycji polskiej medycyny i farmacji. Acta Poloniae Pharmaceutica. 1966;23:581.
- Werpachowska J. Cerkiew przechowuje bezcenne relikwie świętych lekarzy Kosmy i Damiana. Są uzdrowienia. Internetowy Kurier Poranny. 30 lipca 2011 roku.
- Masiakowski J. Podobizny Świętych Kosmy i Damiana w Kaplicy Bazyliki Mariackiej w Gdańsku. Pro Memoria. 2006; 17:12-14.
- <https://www.ginekologiaipoloznictwo.com/articles/blinita-kosma-i-damian--patroni-lekarzy.pdf>
- Śmierzchalski P, Ząbkowski T. Ikonografia i kult Kosmy i Damiana. Czasopismo Aptekarskie 2013;236-237:21-31.
- <https://kosciol.wiara.pl/doc/490470.Swieci-blizniacy>

SPIS TREŚCI

Święci: Kosma i Damian – patronalni bliźniacy. – <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i>	1
Spis treści	6
Słowo od Prezesa	7
Z Naczelnej Izby Aptekarskiej	
Komunikat Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej NIA.....	10
Protokoły chemioterapii –informacja o nowej aplikacji.....	11
Uchwała NRA w spr. „Standardów przeszkolenia uzupełniającego”	12
Kalendarium prac OIA za III kwartał 2022 r.	20
Z prac Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku	
Sprawozdanie z działalności ORA za III kwartał 2022 r.	25
Sprawozdanie z XI Żeglarskich Mistrzostw Polski Aptekarzy	28
VI Mistrzostwa Polski Farmaceutów w Maratonie MTB.....	30
Komunikat Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku	31
Z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku	
UMB uroczyście zainaugurowała Nowy Rok Akademicki.....	33
Medycyna dla Farmaceutów	
Atypowe zapalenie płuc- problemy w diagnostyce i terapii - <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i> ...	38
Rdzeniowy zanik mięśni (SMA) – problemy terapeutyczne – <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i> ...	45
„Wypalenie zawodowe” – na czym polega i jak sobie z nim radzić?	
- <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i>	59

Słowo od Prezesa

Koleżanki i koledzy,

w trakcie wakacji, które z założenia miały być okresem odpoczynku od codziennych spraw w przestrzeni medialnej pojawiły się niepokojące wątpliwości interpretacyjne dotyczące tzw. ustawy „Apteka dla Aptekarza”, a dokładnej art. 99 ust. 3a pkt 1-3 ustawy Prawo Farmaceutyczne mówiącej o liczbie aptek ogólnodostępnych, które mogą być prowadzone przez farmaceutę lub spółkę farmaceutów. Od początku obowiązywania „Apteki dla Aptekarza” uważano, że limit 4 aptek dla farmaceuty (lub spółki farmaceutów), dotyczy terenu całej Polski. Taki był też zamysł autorów nowelizacji. Zmiana interpretacji lub brzmienia tego zapisu (która miała zostać „przypadkiem” wprowadzona w projektowanej nowelizacji Prawa Farmaceutycznego w ramach projektu „Pionizacji Inspekcji Farmaceutycznej”), oznaczałaby, że farmaceuta (lub spółka farmaceutów) mogłaby być właścicielem nawet 64 aptek – czterech w każdym województwie. Szybka reakcja Samorządu jak też publikacja tych informacji w mediach doprowadziły do wydania, przez Ministra Zdrowia objaśnienia prawnego dotyczącego ustawy „Apteka dla Aptekarza” wskazującego, iż sformułowanie „co najmniej 4 aptek ogólnodostępnych” **odnosi się do liczby aptek ogólnodostępnych prowadzonych w kraju.**

Rosnące koszty prowadzenia działalności gospodarczej dotyczą wszystkich uczestników łańcucha dystrybucji produktów leczniczych. Pogarszająca się sytuacja ekonomiczna nie dotyczy tylko aptek, a także hurtowni farmaceutycznych. W dniu 25 lipca w piśmie skierowanym do Prezes NRA Elżbiety Piotrowskiej – Rutkowskiej Związek Pracodawców Hurtowni Farmaceutycznych (zaopatrujących apteki ogólnodostępne i szpitalne) poinformował, iż w związku z lawinowo rosnącymi kosztami wszystkich elementów działalności hurtowni przy bardzo niskiej marży na leki refundowane, która nie pokrywa ponoszonych nakładów pracy pojawia się ryzyko ograniczenia częstotliwości dostaw leków do aptek. Jak możemy zauważyć podniesiony problem „głodowych” marż na leki refundowane (stanowiących, w zależności od apteki dużą część realizowanego obrotu, nie zmienianych od 2012 r.), wpływających na sytuację ekonomiczną aptek stanowi także istotny problem dla hurtowni farmaceutycznych. O istniejącym problemie od wielu lat jest systematycznie informowane Ministerstwo Zdrowia, które do tej pory próbowało bagatelizować ten problem (wskazując na możliwe, inne źródła generowania marży w aptekach, np. na suplementach diety, które miały rekompensować cały czas spadającą marżę na lekach refundowanych). W tym miejscu wypada postawić pytanie – czy apteka ma być placówką ochrony zdrowia (będącą ważną częścią całego systemu ochrony zdrowia),

świadcząca usługi farmaceutyczne, posiadającą wykształconą kadrę specjalistów medycznych, którą będzie w stanie utrzymać z ekspedycji produktów leczniczych, czy też powinna stać się „aptecznym supermarketem”, w której będzie liczyła się tylko jak największa sprzedaż wszelkich suplementów diety (wszakże, zdaniem Ministerstwa Zdrowia na tym apteka powinna generować marże), co stoi w sprzeczności z podnoszonymi hasłami dotyczącymi potrzeby ograniczenia spożywania wszelkich „leków” przez polskie społeczeństwo. Jeżeli apteka ma być ważnym elementem systemu ochrony zdrowia podniesienie urzędowych marż na produkty refundowane jest potrzebne „na wczoraj”.

W dniu 20 września 2022 r. weszła w życie ustawa z dnia 15 września 2022 r. o szczególnych rozwiązaniach w zakresie niektórych źródeł ciepła w związku z sytuacją na rynku paliw. Wśród podmiotów wrażliwych (które są objęte powyższą ustawą) znajdują się także apteki ogólnodostępne. Szczegółowe informacje na ten temat (w tym dokładny opis postępowania) zostały opublikowane na stronie internetowej Izby pod adresem <https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2022/09/Informacja-dla-farmaceutow-prowadzacych-apteki-ogolnodostepne.pdf>.

W nadchodzącym sezonie jesienno-zimowym, od dnia 1 września apteki będą mogły dalej prowadzić szczepienia przeciw grypie, które będą finansowane przez NFZ. Stawka za szczepienie wyniesie 21,83 zł, a bezpłatne refundowane szczepionki z receptą otrzymają seniorzy w wieku 75+ oraz kobiety w ciąży. Refundacja w wysokości 50 proc. za preparat należy się m.in. osobom z obniżoną odpornością oraz pacjentom powyżej 60 roku życia. W celu rozwiania wszelkich wątpliwości zachęcam do zapoznania się z kompendium wiedzy na temat realizacji szczepień przeciw grypie przygotowanym przez Biuro Prawne Naczelnej Izby Aptekarskiej – jest ono dostępne pod adresem <https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2022/08/Informacja-na-temat-szczepien-przeciw-grypie-wykonywanych-przez-farmaceutow.pdf>.

W dniu 18 sierpnia 2022 r. Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej wystosował komunikat dotyczący wykonywania zawodu farmaceuty bez przynależności do samorządu farmaceuty. Poniżej cytuję najważniejszy akapit:

„Zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021, poz. 97 z późn. zm.) „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.”. Jak stanowi art. 26 ww. ustawy „Osoby wykonujące zawód farmaceuty są zrzeszone w samorządzie zawodu farmaceuty. Przynależność do samorządu zawodu farmaceuty jest obowiązkowa dla farmaceutów wykonujących zawód farmaceuty.”. **Z powyższego jednoznacznie wynika, że jednym z niezbędnych warunków wykonywania zawodu farmaceuty jest przynależność do**

samorządu zawodu farmaceuty. Osobą bowiem uprawnioną do wykonywania zawodu farmaceuty nie jest jedynie osoba, która posiada Prawo Wykonywania Zawodu, ale osoba, która jest wpisana do rejestru farmaceutów, jako osoba przynależąca do samorządu zawodu farmaceutów.

Zachęcam do zapoznania się z pełną treścią komunikatu, poruszającego także m.in. kwestię odpowiedzialności. Komunikat jest dostępny na stronie Izby lub pod adresem <https://www.nia.org.pl/wp-content/uploads/2022/08/Komunikat-NROZ-dotyczacy-wykonywania-zawodu-16.08.2022.pdf>.

Okres wakacyjny to tradycyjnie moment organizacji Mistrzostw Polski Farmaceutów w różnych dyscyplinach sportowych. W bieżącym roku reprezentacja OIA w Białymstoku uczestniczyła zarówno w XI Żeglarskich Mistrzostwach Polski Aptekarzy odbywających się w dniach 25-28 sierpnia 2022 r. na jeziorze Roś jak też w VI Mistrzostwach Polski Farmaceutów w Maratonie MTB odbywających się w dniu 17 września br., w Bronisławowie, nad Zalewem Sulejowskim. Jest mi bardzo miło poinformować, iż w kategorii M2 (Maraton MTB) - I miejsce zajął dr Bartłomiej Kałaska z czasem 00:39:18, na II miejscu uplasował się mgr Tomasz Jabłoński z czasem 00:39:28. W kategorii OPEN BRANŻY FARMACEUTYCZNEJ - MĘŻCZYŹNI, dr Bartłomiej Kałaska zajął II miejsce z czasem 00:39:18, natomiast mgr Tomasz Jabłoński był III z czasem 00:39:28. Dziękuję wszystkim uczestnikom za zaangażowanie i reprezentowanie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku jak też serdecznie gratuluję osiągniętych wyników.

W imieniu wszystkich członków Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku oraz pracowników Biura Izby składam wyrazy najszerszego współczucia Wiceprezesowi ORA w Białymstoku, mgr farm. Jarosławowi Mateuszuk z powodu śmierci mamy, Ś.P. mgr farm. Alicji Haraburda-Mateuszuk, będącej członkiem Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku II-ej kadencji.

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

Pozdrawiam serdecznie

Tomasz Sawicki

Prezes ORA w Białymstoku

Z Naczelnej Izby Aptekarskiej

Komunikat Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Naczelnej Izby Aptekarskiej

W związku z napływającymi do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, informacjami o wykonywaniu przez farmaceutów zawodu bez przynależności do samorządu zawodu farmaceuty, Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej przypomina.

Zgodnie z art. 25 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2021, poz. 97 z późn. zm.) „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.”.

Jak stanowi art. 26 ww. ustawy „*Osoby wykonujące zawód farmaceuty są zrzeszone w samorządzie zawodu farmaceuty. Przynależność do samorządu zawodu farmaceuty jest obowiązkowa dla farmaceutów wykonujących zawód farmaceuty.*”.

Z powyższego jednoznacznie wynika, że jednym z niezbędnych warunków wykonywania zawodu farmaceuty jest przynależność do samorządu zawodu farmaceuty. Osobą bowiem uprawnioną do wykonywania zawodu farmaceuty nie jest jedynie osoba, która posiada Prawo Wykonywania Zawodu, ale osoba, która jest wpisana do rejestru farmaceutów jako osoba przynależąca do samorządu zawodu farmaceutów.

Niespełnienie tego warunku skutkuje tym, że osoba wykonująca zawód farmaceuty należy do grona osób, które wykonują go nie spełniając prawem przewidzianych warunków.

Jak stanowi art. 80 ustawy o zawodzie farmaceuty:

„Kto nie posiadając wymaganych uprawnień sprawuje opiekę farmaceutyczną, udziela usługi farmaceutycznej lub wykonuje zadania zawodowe, o których mowa w art. 4 ust. 4, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do roku.”.

Art. 81 ww. ustawy stanowi z kolei:

„1. Kto powierza wykonywanie zawodu farmaceuty osobie, która nie posiada wymaganych uprawnień, podlega grzywnie albo karze ograniczenia wolności.

2. Jeżeli sprawca działa nieumyślnie podlega grzywnie.”.

Naczelny Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej
mgr farm. Dominik Lakota

Warszawa, dnia 16 sierpnia 2022 r.

Protokoły chemioterapii – aplikacja dostępna dla farmaceutów.

Dzięki współpracy Naczelnej Izby Aptekarskiej z firmą Commoditech farmaceuci mogą skorzystać z aplikacji **Protokoły Chemioterapii**, zawiera najważniejsze schematy chemioterapii wraz z informacjami niezbędnymi do prawidłowego jej podawania:

- leki podawane w ramach leczenia
- czas trwania wlewów
- opis leczenia wspomagającego
- ryzyko występowania nudności i wymiotów

Ponad 300 schematów podzielonych na obszary terapeutyczne umożliwia zapoznanie się z technicznymi aspektami stosowania leków w czasie terapii onkologicznej. Treści przygotowywane przez specjalistów zapewniają szybki dostęp do informacji niezbędnych przy podawaniu chemio-, hormono- oraz immunoterapii.

Udostępnienie aplikacji nie tylko onkologom, ale także farmaceutom jest odpowiedzią na liczne zapytania. Dzięki temu zainteresowani będą mogli poszerzyć swoją wiedzę z zakresu farmacji onkologicznej. Liczymy, że dostęp do specjalistycznych treści pomoże w nawiązaniu merytorycznej współpracy lekarzy i farmaceutów szpitalnych, tak jak ma to miejsce w innych krajach europejskich.

Korzystanie z aplikacji jest oczywiście bezpłatne. Aby uzyskać dostęp do **Protokołów Chemioterapii** należy wypełnić dedykowany formularz. Po zainstalowaniu i uruchomieniu aplikacji należy wpisać podany podczas rejestracji adres email.

Link do rejestracji: https://protokolychemioterapii.pl/rejestracja_NIA/

UCHWAŁA Nr VIII/18/2022
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ
z dnia 26 października 2022 r.

w sprawie „Standardów przeszkolenia uzupełniającego”

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 2, 3 i 16 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tj. Dz.U. z 2021 r. poz. 1850, z późn. zm.) w zw. z art. 37 ust. 1, 3 i 4 oraz w zw. z art. 14 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (tj. Dz.U. z 2022, poz. 1873), Naczelna Rada Aptekarska uchwała, co następuje:

§ 1.

Przyjmuje się „Standardy przeszkolenia uzupełniającego”, stanowiące załącznik do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchyla się:

- 1) uchwałę Nr IV/14/2004 z dnia 23 czerwca 2004 r. Naczelnej Rady Aptekarskiej w sprawie przeszkolenia uzupełniającego farmaceutów;
- 2) uchwałę Nr V/51/2009 z dnia 18 marca 2009 r. Naczelnej Rady Aptekarskiej zmieniającą uchwałę Nr IV/14/2004 z dnia 23 czerwca 2004 r. Naczelnej Rady Aptekarskiej w sprawie przeszkolenia uzupełniającego farmaceutów.

§ 3.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA

Prezes NRA

dr n. farm. Lucyna Samborska

mgr farm. Elżbieta Piotrowska -Rutkowska

STANDARDY PRZESZKOLENIA UZUPEŁNIAJĄCEGO

§ 1.

Niniejsze „Standardy przeszkolenia uzupełniającego”, zwane dalej „Standardami”, określają minimalne warunki odbywania przeszkolenia uzupełniającego, których spełnienie wymagane jest do zatwierdzenia przez okręgową izbę aptekarską ukończenia przeszkolenia uzupełniającego.

§ 2.

Słowniczek

Użyte w Standardach określenia oznaczają:

- 1) przeszkolenia uzupełniające - przeszkolenie uzupełniające, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz.U. z 2022, poz. 1873), zwanej dalej „ustawą o zawodzie farmaceuty”;
- 2) umowa - umowę o przeprowadzenie przeszkolenia uzupełniającego zawartą pomiędzy farmaceutą a podmiotem prowadzącym przeszkolenie uzupełniające.

§ 3.

Cel przeszkolenia

Celem przeszkolenia uzupełniającego jest przypomnienie i zaktualizowanie wiedzy teoretycznej oraz umiejętności praktycznych w zakresie wykonywania zawodu aptekarza¹ ze szczególnym uwzględnieniem: sporządzania produktów leczniczych, przechowywania i wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, a także podstaw etycznych, prawnych i organizacyjnych pracy farmaceuty w aptece, dziale farmacji szpitalnej oraz hurtowni farmaceutycznej, w związku z przerwą farmaceuty w wykonywaniu zawodu jako aptekarz przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat lub niewykonywaniem przez farmaceutę zawodu jako aptekarz po ukończeniu studiów na kierunku farmacja i zamiarem podjęcia jego wykonywania. Warunki i czas trwania przeszkolenia

§ 4.

Warunki i czas przeszkolenia

1. Farmaceuta odbywa przeszkolenie uzupełniające w aptece ogólnodostępnej lub aptece szpitalnej spełniającej warunki, o których mowa w art. 87a ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tj. Dz.U. z 2021 r., poz. 1977, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą - Prawo farmaceutyczne”.
2. Przeszkolenie uzupełniające trwa od 1 do 2 miesięcy, w wymiarze maksymalnym 40 godzin tygodniowo, nie mniejszym jednak niż 20 godzin tygodniowo, przy czym:
 - 1) farmaceuta, który wykonywał zawód w aptece, dziale farmacji szpitalnej lub hurtowni farmaceutycznej odbywa przeszkolenie *uzupełniające trwające co najmniej 1 miesiąc*;
 - 2) farmaceuta, który nie wykonywał zawodu w aptece, dziale farmacji szpitalnej lub hurtowni farmaceutycznej odbywa przeszkolenie uzupełniające trwające 2 miesiące.
3. Za wykonanie zakresu przeszkolenia uzupełniającego odpowiada kierownik apteki.

Zgodnie z art. 30 ust. 1 ustawy o zawodzie farmaceuty, „Farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem.

§ 5.**Umiejętności praktyczne i wiedza teoretyczna wymagane
po zakończeniu przeszkolenia uzupełniającego**

1. Umiejętności praktyczne, które farmaceuta powinien posiadać po zakończeniu przeszkolenia uzupełniającego to:
 - 1) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz udzielanie informacji o tych produktach i wyrobach, w tym umiejętność stosowania szczególnych zasad wydawania produktów leczniczych bardzo silnie działających, psychotropowych i środków odurzających;
 - 2) sporządzanie leków recepturowych i aptecznych oraz ocena ich jakości - w zakresie metod i środków dostępnych w aptece;
 - 3) przechowywanie produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz innego asortymentu znajdującego się w aptece, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej;
 - 4) raportowanie do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL) oraz Systemu Weryfikacji Autentyczności Leków;
 - 5) zgłaszanie - zgodnie z obowiązującymi procedurami - podejrzenia wady jakościowej produktu leczniczego.
2. Wiedza teoretyczna, którą farmaceuta powinien posiadać po zakończeniu przeszkolenia uzupełniającego to:
 - 1) znajomość zasad postępowania w zakresie zabezpieczania wstrzymanych lub wycofanych z obrotu produktów leczniczych;
 - 2) znajomość zasad organizacji pracy w aptece, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej, w tym prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji;
 - 3) znajomość przepisów dotyczących prowadzenia apteki, działu farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej;
 - 4) znajomość postanowień Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 5) znajomość zasad wykonywania zawodu farmaceuty, ze szczególnym uwzględnieniem art. 4 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

§ 6.**Sposób wyznaczenia podmiotu prowadzącego przeszkolenie
uzupełniające**

1. Rada okręgowej izby aptekarskiej, której członkiem jest farmaceuta zamierzający odbyć przeszkolenie uzupełniające:
 - 1) wskazuje podmiot prowadzący przeszkolenie uzupełniające, lub
 - 2) akceptuje podmiot prowadzący przeszkolenie uzupełniające wskazany przez farmaceutę.
2. Wskazanie albo akceptacja podmiotu prowadzącego przeszkolenie uzupełniające następuje w uchwale rady lub upoważnionego prezydium tej rady.

§ 7.**Wymagania wobec podmiotu prowadzącego przeszkolenie uzupełniające**

Podmiotem prowadzącym przeszkolenie uzupełniające może być podmiot, który spełnia następujące warunki:

- 1) prowadzi aptekę ogólnodostępną lub aptekę szpitalną spełniającą warunki, o których mowa w art. 87a ust. 1 ustawy - Prawo farmaceutyczne.
- 2) zawarze z farmaceutą umowę według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do Standardów, w której zobowiąże się, w szczególności do:
 - a) zrealizowania przeszkolenia uzupełniającego zgodnie z warunkami określonymi w umowie,
 - b) zapewnienia kierownikowi apteki możliwości sprawowania efektywnego nadzoru nad farmaceutą odbywającym przeszkolenie uzupełniające,
 - c) przekazania właściwej okręgowej izbie aptekarskiej informacji o zakończeniu przeszkolenia uzupełniającego - w terminie 7 dni od zakończenia przeszkolenia,
 - d) wystawienia w dwóch egzemplarzach zaświadczenia zgodnego ze wzorem stanowiącym załącznik do umowy, potwierdzającego odbycie przez farmaceutę przeszkolenia uzupełniającego oraz przekazania, w terminie 7 dni od zakończenia przeszkolenia, po jednym egzemplarzu zaświadczenia farmaceuty i właściwej okręgowej izbie aptekarskiej.

§ 8.

Procedura złożenia zawiadomienia o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu aptekarza oraz wniosku o odbycie przeszkolenia uzupełniającego

Farmaceuta, składając zawiadomienie do właściwej okręgowej izby aptekarskiej o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu aptekarza wraz z wnioskiem o umożliwienie odbycia przeszkolenia uzupełniającego, według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do Standardów, zobowiązany jest:

- 1) przedłożyć odpis dyplomu ukończenia studiów medycznych na kierunku farmacja;
- 2) przedłożyć dokument „Prawa wykonywania zawodu farmaceuty”;
- 3) przedłożyć oświadczenie lub inne dokumenty potwierdzające przebieg dotychczasowej pracy zawodowej;
- 4) wystąpić z wnioskiem o wpis do rejestru farmaceutów prowadzonego przez radę właściwej OIA, jeżeli dotychczas w nim nie figuruje.

§ 9.

Zatwierdzenie ukończenia przeszkolenia uzupełniającego

1. Okręgowa izba aptekarska zatwierdza albo odmawia zatwierdzenia ukończenie przeszkolenia uzupełniającego.
2. Zatwierdzenie ukończenia przeszkolenia uzupełniającego albo odmowa jego zatwierdzenia następuje w uchwale rady lub upoważnionego prezydium tej rady.
3. Zatwierdzenie ukończenia przeszkolenia uzupełniającego wymaga dokonania wpisu w rejestrze farmaceutów prowadzonym przez właściwą okręgową radę aptekarską.
4. W przypadku stwierdzenia przez okręgową izbę aptekarską, że przeszkolenie uzupełniające nie zostało zrealizowane zgodnie z warunkami określonymi w umowie, izba odmawia jego zatwierdzenia, w terminie 14 dni od otrzymania informacji o zakończeniu przeszkolenia.

(miejsowość i data)

(imię i nazwisko) (adres)

(e-mail, telefon, numer PWZF)

Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej
W.....

Zawiadomienie
o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu jako aptekarz
wraz z wnioskiem o umożliwienie odbycia przeszkolenia uzupełniającego

Na podstawie art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (tj. Dz.U. z 2022 r., poz. 1873, z późn. zm.) zawiadamiam o zamiarze podjęcia wykonywania zawodu aptekarza.

W związku z przerwą w wykonywaniu zawodu jako aptekarz przez okres dłuższy niż 5 lat w okresie ostatnich 6 lat/niewykonywaniem zawodu jako aptekarz po ukończeniu studiów na kierunku farmacja oraz obowiązkiem odbycia przeszkolenia uzupełniającego, **wnoszę o:**

- 1) wskazanie podmiotu, który przeprowadzi przeszkolenie uzupełniające;
- 2) zaakceptowanie jako podmiotu, który przeprowadzi przeszkolenie uzupełniające :

.....
(podpis farmaceuty)

Wyrażam zgodę na odbycie przeszkolenia uzupełniającego

.....
(podpis kierownika apteki)

Wyznaczam/akceptuję do odbycia przeszkolenia uzupełniającego aptekę.....
w okresie oddo..... w wymiarze 40 godzin tygodniowo.

.....
(podpis Prezesa ORA)

**Umowa
o przeszkolenie uzupełniające**

zawarta w dniuw
pomiędzy

(imię nazwisko, adres farmaceuty)

zwanym dalej „Farmaceutą” a

.....
(firma podmiotu prowadzącego przeszkolenie uzupełniające)

reprezentowanym przez:

.....
zwanym dalej „Podmiotem szkolącym”, o treści następującej:

§ 1.

Podmiot szkolący zobowiązuje się do zrealizowania przeszkolenia uzupełniającego Farmaceuty, o którym mowa w art. 37 ust. 1 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (tj. Dz.U. z 2022, poz. 1873, z późn. zm.), zwanej dalej „ustawą o zawodzie farmaceuty”, w lokalu apteki w przy ul.

§2.

1. Farmaceuta odbywa przeszkolenie uzupełniające pod nadzorem osoby będącej kierownikiem apteki, o której mowa w § 1.
2. Podmiot szkolący zobowiązuje się do przeszkolenia farmaceuty w taki sposób, aby farmaceuta po zakończeniu przeszkolenia uzupełniającego posiadał umiejętności praktyczne obejmujące:
 - 1) wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych oraz udzielanie informacji o produktach i wyrobach, w tym stosowanie szczególnych zasad wydawania produktów leczniczych bardzo silnie działających, psychotropowych i środków odurzających;
 - 2) sporządzanie leków recepturowych i aptecznych oraz ocena ich jakości - w zakresie metod i środków dostępnych w aptece;
 - 3) przechowywanie produktów leczniczych, wyrobów medycznych oraz innego asortymentu znajdującego się w aptece, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej;
 - 4) raportowanie do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL) oraz Systemu Weryfikacji Autentyczności Leków;
 - 5) zgłaszanie - zgodnie z obowiązującymi procedurami - podejrzenia wady jakościowej produktu leczniczego.
3. Podmiot szkolący zobowiązuje się do przeszkolenia farmaceuty w taki sposób, aby farmaceuta po zakończeniu przeszkolenia uzupełniającego posiadał wiedzę teoretyczną obejmującą:
 - 1) znajomość zasad postępowania w zakresie zabezpieczania wstrzymanych lub wycofanych z obrotu produktów leczniczych;
 - 2) znajomość zasad organizacji pracy w aptece, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej, w tym prowadzenia wymaganej przepisami prawa dokumentacji;
 - 3) znajomość przepisów dotyczących prowadzenia apteki, działu farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej;
 - 4) znajomość postanowień Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej;
 - 5) znajomość zasad wykonywania zawodu farmaceuty, ze szczególnym uwzględnieniem art. 4 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.
4. Przeszkolenie uzupełniające trwa od dooraz obejmuje 40 godzin tygodniowo.

§3.

Podmiot szkolący zobowiązuje się do:

- 1) zrealizowania przeszkolenia uzupełniającego zgodnie z warunkami określonymi w umowie oraz obowiązującymi w czasie trwania przeszkolenia „Standardami przeszkolenia uzupełniającego” określonymi uchwałą Naczelnej Rady Aptekarskiej;
- 2) zapewnienia kierownikowi apteki możliwości sprawowania efektywnego nadzoru nad farmaceutą odbywającym przeszkolenie uzupełniające;
- 3) przekazania właściwej okręgowej izbie aptekarskiej informacji o zakończeniu przeszkolenia uzupełniającego - w terminie 7 dni od zakończenia przeszkolenia;
- 4) wystawienia w dwóch egzemplarzach zaświadczenia zgodnego ze wzorem stanowiącym załącznik do umowy, potwierdzającego odbycie przez Farmaceutę przeszkolenia uzupełniającego oraz przekazania, w terminie 7 dni od zakończenia przeszkolenia, po jednym egzemplarzu zaświadczenia Farmaceutcie i właściwej okręgowej izbie aptekarskiej.

§4.

W przypadku choroby Farmaceuty albo innej przyczyny uniemożliwiającej podjęcie albo kontynuowanie przeszkolenia uzupełniającego, strony zmieniają aneksem do umowy termin rozpoczęcia lub zakończenia przeszkolenia oraz w razie potrzeby dni i godziny odbywania przeszkolenia.

§5.

1. Koszt przeszkolenia uzupełniającego wynosi(słownie:.....) złotych i pokrywa go w całości Farmaceuta.
2. Zapłata kwoty, o której mowa w ust. 1, nastąpi przelewem na rachunek bankowy Podmiotu szkolącego o numerze: w terminie do 14 dni od daty zawarcia niniejszej umowy.

§6.

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy obowiązującego prawa, w szczególności kodeksu cywilnego oraz ustawy o zawodzie farmaceuty.

§7.

Wszelkie zmiany lub uzupełnienia niniejszej umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§8.

Umowę zawarto na czas wykonania przeszkolenia uzupełniającego.

§9.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach po jednym dla każdej ze stron.

.....
(Farmaceuta)

.....
(Podmiot szkolący)

Załącznik:- wzór zaświadczenia o odbyciu przeszkolenia uzupełniającego.

Załącznik do umowy

.....

(Miejscowość, data)

Podmiot szkolący:

.....

(dane identyfikujące podmiot szkolący)

**Zaświadczenie
o odbyciu przeszkolenia uzupełniającego**

Zaświadcza się, że Pan/Pani

(imię i nazwisko) syn / córka.....

(imię i nazwisko) zamieszkały(a) w

ukończył(a) przeszkolenie uzupełniające odbyte: w okresie od..... do.....

w aptece:

(nazwa, siedziba, adres)

.....

Kierownik apteki

(pieczętka imienna, czytelny i własnoręczny podpis)

Sporządzono w 2 egzemplarzach:

- 1) 1- dla osoby, która ukończyła przeszkolenie;
- 2) 1- dla właściwej okręgowej izbie aptekarskiej.

.....

Osoba reprezentująca podmiot szkolący

(pieczętka imienna, czytelny i własnoręczny podpis)

Kalendarium prac OIA w Białymstoku

III kwartał 2022 r.

05.07.2022 r.

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

07.07.2022 r.

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

11.08.2022 r.

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

06.09.2022 r.

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

09.09.2022 r.

Udział Prezesa ORA w obchodach 40-lecia Samorządu Radców Prawnych w Białymstoku.

13.09.2022 r.

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

20.09.2022 r.

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

29.09.2022 r.

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

Konferencja naukowo-szkoleniowa, której tematami były:

„Zastosowanie melatoniny egzogennej w leczeniu zaburzeń snu” - prof. Adam Wichniak (sesja on-line)

„Rola doustnych suplementów diety w żywieniu klinicznym” - lek. Marcin Gendźwiłł

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 Zdrowia w sprawie wzorów dokumentów: Prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Prawo wykonywania zawodu położnej,

- Ograniczone prawo wykonywania zawodu pielęgniarki, Ograniczone prawo wykonywania zawodu położnej (MZ 1367);
2. Ustawy o zmianie ustawy o podatku dochodowym od osób prawnych oraz niektórych innych ustaw (Nr UD404 wykazu prac Rady Ministrów);
 3. Uchwały Rady Ministrów w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pn. Narodowy Program Chorób Układu Krążenia na lata 2022-2032;
 4. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie recept;
 5. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego”;
 6. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyistów odbywających specjalizacje w ramach rezydentury (MZ 1368);
 7. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie Polskiego Rejestru Onkologicznego „PROH” Ministerstwo wiodące i ministerstwa;
 8. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie warunków wynagradzania za pracę pracowników podmiotów leczniczych działających w formie jednostki budżetowej (MZ 1282);
 9. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie (MZ 1371);
 10. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczególnej, ochrony niektórych kategorii osób w związku z ekspozycją medyczną w badaniach diagnostycznych, zabiegach lub leczeniu (MZ 1325);
 11. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (MZ 1362);
 12. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej;
 13. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie nadania statutu Głównemu Inspektoratowi Farmaceutycznemu (MZ 1370);
 14. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych;
 15. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie chorób zakaźnych powodujących powstanie obowiązku hospitalizacji;
 16. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie reklamy wyrobów medycznych (MZ 1350);
 17. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie obowiązkowych badań sanitarno-epidemiologicznych (MZ 107);

18. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (MZ 1365);
19. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakażeń i chorób zakaźnych objętych obowiązkiem przekazywania państwowemu powiatowemu inspektorowi sanitarnemu danych o wynikach leczenia lub o wykluczeniu nosicielstwa u ozdrowieńca (MZ 949);
20. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie koordynowanej opieki medycznej nad chorymi z neurofibromatozami oraz pokrewnymi im rasopatiami (MZ 1386);
21. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w centrach zdrowia psychicznego (MZ 380);
22. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (MZ 1373);
23. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów elektronicznej dokumentacji medycznej (MZ 1372);
24. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie umiejętności zawodowych lekarzy i lekarzy dentyków (MZ 1296);
25. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (MZ 1379);
26. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyków (MZ 1390);
27. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie komisji do spraw środka leczniczego dla nieletnich, trybu wykonywania środka leczniczego oraz warunków zabezpieczenia zakładów leczniczych (MZ 1392);
28. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie określenia wymagań, jakim powinny odpowiadać zakłady i urzędnictwa lecznictwa uzdrowiskowego;
29. Poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw;
30. Rozporządzeniu Ministra Finansów w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia sponsora i badacza w związku z prowadzeniem badania klinicznego wyrobu lub badania działania wyrobu medycznego do diagnostyki in vitro;
31. Zarządzeniu zmieniającego zarządzenie Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;

32. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego w zakresie rehabilitacji leczniczej dla świadczeniobiorców po przebytej chorobie COVID-19;
33. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu jednostek upoważnionych do przeprowadzania badań materiałów i procesów technologicznych w celu ustalenia stopnia ich szkodliwości dla zdrowia oraz zakresu tych badań;
34. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego badania stóp dzieci i młodzieży;
35. Rozporządzeniu Ministra Finansów zmieniającego rozporządzenie w sprawie korzystania z Krajowego Systemu e-Faktur;
36. Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe;
37. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych;
38. Programu Ministerstwa Zdrowia „Program rozwoju e-zdrowia w Polsce na lata 2022 – 2027”;
39. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów na realizację recept oraz ramowego wzoru umowy na realizację recept;
40. Obwieszczeniu Marszałka Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej w sprawie ogłoszenia jednolitego tekstu ustawy – Prawo farmaceutyczne;
41. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki nad świadczeniobiorcą w ramach sieci kardiologicznej (MZ 1365);
42. Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne - w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne;
43. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniający rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego oddziaływań terapeutycznych skierowanych do dzieci i młodzieży problemowo korzystających z nowych technologii cyfrowych oraz ich rodzin (MZ 1398);

44. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (MZ 1388);
45. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (MZ 1399);
46. Rozporządzeniu Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi w sprawie wysokości opłaty za udzielenie pozwolenia na dystrybucję hurtową weterynaryjnych produktów leczniczych (pozycja nr 404 Wykazu prac legislacyjnych Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi);
47. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wykazu substancji czynnych wchodzących w skład produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu poza aptecznego oraz punktach aptecznych, oraz kryteriów klasyfikacji tych produktów do poszczególnych wykazów (MZ 1409);
48. Zarządzeniu Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
49. Uchwały Rady Ministrów zmieniającą uchwałę w sprawie ustanowienia programu wieloletniego pod nazwą „Program wsparcia oddziałów psychiatrycznych dla dzieci i młodzieży na lata 2022–2023” (ID 293);
50. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie trybu i sposobu wykonywania zadań przez państwowych inspektorów sanitarnych w odniesieniu do zakładów karnych, aresztów śledczych, okręgowych ośrodków wychowawczych, zakładów poprawczych oraz schronisk dla nieletnich, podległych Ministrowi Sprawiedliwości MZ 1393;
51. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie substancji chemicznych, ich mieszanin, czynników lub procesów technologicznych o działaniu rakotwórczym lub mutagennym w środowisku pracy (MZ 1391).

Z prac Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku

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

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 27.07.2022 r.

W zdalnym posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 4. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwałę o przyznaniu Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty trzem osobom.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwałę o wpisaniu trzech 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:

- Białymstoku przy ul. Mickiewicza
- Białymstoku przy ul. Mickiewicza
- Białymstoku przy ul. Wojskowej
- Białymstoku przy ul. Gen. F. Kleeberga

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenia:

- do pełnienia funkcji kierownika działu farmacji szpitalnej Szpitala Powiatowego w Zambrowie przy ul. Papieża Jana Pawła
- do pełnienia funkcji p/o kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Wasilkowie przy ul.
- do pełnienia funkcji p/o kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Białymstoku przy ul. Gajowej
- do pełnienia funkcji kierownika hurtowni farmaceutycznej mieszczącej się w Mszczonowie przy ul. Logistyki

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 11.08.2022 r.

W zdalnym posiedzeniu Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 4. jego członków.

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

- Zambrowie przy ul. Białostockiej
- Zambrowie przy ul. Fabrycznej
- Ostrowi Mazowieckiej przy ul. 3 Maja

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 11.09.2022 r.

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

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwałę o przyznaniu jednej osobie Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwałę o wpisaniu dwojga farmaceutów 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 kierownika aptek ogólnodostępnych mieszczącej się

- w Mońkach przy Alei Niepodległości
- w miejscowości Korsze przy ul. Tadeusza Kościuszki

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenie do pełnienia funkcji p/o kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Rutkach Kossakach przy ul. Rynek

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej - 29.09.2022 r.

W stacjonarnym posiedzeniu Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 11. jej członków oraz Przewodnicząca Okręgowego Sądu Aptekarskiego – mgr farm. Ewa Wińska-Jeleniewska.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła uchwały ws. opinii dotyczącej spełnienia warunków do pełnienia funkcji kierownika aptek ogólnodostępnych mieszczących się:

- w Wiźnie przy ul. Raginisa
- w Wiźnie przy ul. Raginisa

- w Gołdapi przy Placu Zwycięstwa
- w Łomży przy ul. Piłsudskiego

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku negatywnie zaopiniowała uchwały ws. dyżurów aptek na rok 2023przesłane przez:

- Starosto Powiatowe w Hajnówce
- Starostwo Powiatowe w Sejnach

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku pozytywnie zaopiniowała listę opiekunów sześciomiesięcznych praktyk studentów Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku (na okres X 2022 r. – III 2023 r.).

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku zaakceptowała ewentualną zmianę przelicznika ilości Delegatów na Krajowy Zjazd Delegatów, który będzie się odbywał w roku 2024.

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarze

ORA w Białymstoku VIII karencji

mgr farm. Agnieszka Kita
dr Joanna Mikita



Fot. Mozaika w absydzie bazyliki świętych Kosmy i Damiana przy Forum Romanum w Rzymie przedstawiająca czworo świętych: Kosmę i Pawła (od lewej) oraz Damiana i Piotra (od prawej), ofiarujących Chrystusowi swe korony.

SPRAWOZDANIE Z XI ŻEGLARSKICH MISTRZOSTW POLSKI APTEKARZY

W dniach 25-08-2022 a 28.08.2022 w ośrodku Wrota Mazur w Imionku koło Pizsa odbyły się XI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Aptekarzy.

Do współzawodnictwa stanęły 22. załogi z 12. Okręgowych Izb Aptekarskich Regaty odbyły się na jeziorze Roś na jachtach typu Delphia III.



Regaty rozpoczęły się w piątek rano 26.08.2022 r. Uroczyście otworzył je Komandor regat mgr farm. Roman Grzechnik i Pani Prezes Okręgowej

Izby Aptekarskiej w Olsztynie mgr farm. Magdalena Stankiewicz, która była organizatorem zawodów. W czasie regat była też obecna Pani Prezes N.I.A. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska,



która swoim patronatem objęła XI Żeglarskie Mistrzostwa Polski Aptekarzy. Przed rozpoczęciem rywalizacji została uroczystie zaprezentowana flaga regat 2022 oraz flaga Klubu Żeglarskiego Aptekarzy przez poczty sztandarowe. Wyścigi rozpoczęły się odprawą sterników. Ustalono, że w pierwszy dzień rozgrywane będą biegi krótkie a w sobotę bieg długi. W czasie regat były bardzo sprzyjające warunki atmosferyczne i pięknie wiało. W klasyfikacji ogólnej o Puchar Prezesa Naczelnej Izby Aptekarskiej wygrała załoga z Pomorsko-Kujawskiej OIA w Bydgoszczy ze sternikiem Bernardem Witkowskim. Drugie miejsce zajęła załoga OIA w Olsztynie ze sternikiem Arturem Czapskim a trzecie załoga OIA w Łodzi ze sternikiem Wiktorem Napiórą. Zwycięzcami w klasyfikacji o Puchar Prezesa Okręgowej Izby Aptekarskiej w Olsztynie w tzw. biegu długim została załoga Pomorsko-Kujawskiej OIA w Bydgoszczy ze sternikiem Bernardem Witkowskim, drugie i trzecie miejsca zajęła OIA w Krakowie ze sternikami: Przemysławem Szybka i Małgorzatą Lelito. Nad całością regat czuwała komisja regatowa wraz z Komandorem Klubu Żeglarskiego Aptekarzy mgr farm. Romanem Grzechnikiem. Regaty zostały zakończone galą rozdania pucharów. Nasza załoga jako jedyna w całych regatach reprezentowała środowisko Aptek Szpitalnych.



Na zdjęciu uczestnicy regat z Komandorem Klubu Żeglarskiego Aptekarzy mgr farm. Romanem Grzechnikiem.

Na zakończenie spotkania wszyscy udali się na kolację grillową połączoną z występem zespołu szantowego, „Oj tam Oj tam”, który niesamowicie potrafił zintegrować uczestników regat z całej Polski do wspólnego śpiewu i tańca do późnych godzin wieczornych.

Sporządziła dr n. farm. Beata Kocięcka

VI Mistrzostwa Polski Farmaceutów w Maratonie MTB - sukces członków OIA w Białymstoku.

W dniu 17 września br., w Bronisławowie, nad Zalewem Sulejowskim odbyły się VI Mistrzostwa Polski Farmaceutów w Maratonie MTB.

W kategorii M2 - I miejsce zajął **dr Bartłomiej Kalaska** (na zdjęciu w środku) z czasem 00:39:18, na II miejscu uplasował się **mgr Tomasz Jabłoński** (na zdjęciu z lewej) z czasem 00:39:28.



W kategorii **OPEN BRANŻY FARMACEUTYCZNEJ - MĘŻCZYŹNI**, **dr Bartłomiej Kalaska** zajął II miejsce z czasem 00:39:18, natomiast **mgr Tomasz Jabłoński** był III z czasem 00:39:28.

GRATULUJEMY !!!

**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 sądowniczo-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 zmianę 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



Fot. Święci Kosma i Damian wraz ze scenami z życia, ikona XV w. z Jabłonicy Ruskiej. Zbiory Muzeum Budownictwa Ludowego w Sanoku. Ikona ta, zgodnie z zasadami wschodnich ikon, nie podkreśla różnicy zawodowej między Kosmą i Damianem, obydwaj są ubrani w szaty o identycznym kroju, ale o zróżnicowanej kolorystyce, w dłoniach trzymają skryniczki z lekami oraz wąskie łopatki, przypominające lancety. Po obu stronach kompozycji jest cykl scen, nawiązujących do legend z życia i działalności obu świętych.

Z Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku

UMB uroczyste zainauguował Nowy Rok Akademicki

Tegoroczna Inauguracja Nowego Roku Akademickiego na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku miała wyjątkowy przebieg. Rano z udziałem Ministra Zdrowia Adama Niedzielskiego i władz wojewódzkich oraz zaproszonych gości odbyło się oficjalne otwarcie Centrum Psychiatrii Dzieci i Dorosłych. Następnie w budynku Opery i Filharmonii Podlaskiej przy ulicy Odeskiej Wspólnota Akademicka UMB zainauguowała

Nowy Rok Akademicki 2022/23, a po uroczystości przed budynkiem Opery JM. Rektor UMB, prof. dr hab. Adam Krętowski przekazał nową karetkę - dar Wspólnoty UMB dla przedstawicieli Lwowskiego Obwodowego Szpitala Klinicznego we Lwowie.



Otwierając Centrum Psychiatrii, zarówno Minister Zdrowia Adam Niedzielski, jak i Marszałek Województwa Podlaskiego Artur Kosicki podkreślali, że to historyczna chwila. Po kilkunastu latach przerwy w regionie znowu funkcjonować

będzie całodo

bowa

psychiatria

dziecięca.

Rektor

opowiedział

zebrany

o

idei powstania

Centrum

Psychiatrii,

która

to

placówka była

odpowiedzią



na ogromne problemy społeczne w regionie. Docelowo w centrum będzie się mogło leczyć około 80 pacjentów: dzieci i dorosłych. Od kilku dni hospitalizowane są pierwsze osoby.

Następnie w Operze odbyła się Immatrykulacja studentów i doktorantów. Podczas wystąpienia inauguracyjnego JM. Rektor UMB, prof. dr hab. Adam Krętowski powiedział m.in.: „Przez ostatnie dwa i pół roku, gdy zmagaliśmy się z pandemią COVID-19, nie przypuszczaliśmy, że mogą nas wszystkich czekać jeszcze trudniejsze czasy.... że za naszą wschodnią granicą wybuchnie wojna. Inwazja militarna Federacji Rosyjskiej na Ukrainę była dla nas wszystkich wielkim szokiem -

zmieniła
wiele w
naszej
rzeczywisto
ści,
wpłynęła na
poczucie
bezpieczeńs
twa,
weryfikację
naszych
priorytetów
życiowych i
sytuację
ekonomiczn



ą. W tych trudnych chwilach społeczność akademicka Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, podobnie jak cała Polska zaangażowała się w pomoc obywatelom Ukrainy: zbieraliśmy leki, środki opatrunkowe, ubrania i żywność. Gościliśmy ukraińskie rodziny w naszych domach. Wyrazem naszego symbolicznego wsparcia jest też dzisiejsza obecność naszych Gości z Uniwersytetu Medycznego we Lwowie i Lwowskiego Obwodowego Szpitala Klinicznego oraz wykład inauguracyjny jaki wygłosi pan profesor Roman Lesyk.

Niestety wojna wciąż trwa i pomoc jest dalej bardzo potrzebna. Dlatego cieszymy się bardzo, że dzięki wsparciu wielu ofiarnych osób i instytucji udało nam się nazbierać niezbędne fundusze - blisko 300 tysięcy zł - na zakup nowej karetki z wyposażeniem ratunkowym, którą dzisiaj przekazujemy przedstawicielom Lwowskiego Obwodowego Szpitala Klinicznego. Pragnę podziękować wszystkim, którzy pomogli nam zrealizować ten cel”.

Wykład inauguracyjny pt. „Medycyna i farmacja we Lwowie – wczoraj i dzisiaj” – wygłosił prof. Roman Lesyk, Kierownik Katedry Chemii Farmaceutycznej, Organicznej i Bioorganicznej Lwowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Daniela Halickiego. Odniósł się do bogatej tradycji naukowej Lwowa sięgającej czasów średniowiecza. Opowiedział o wielu polskich naukowcach i ich odkryciach światowego formatu, których dokonywali podczas pracy badawczej we Lwowie. Na koniec wykładu prof. R. Lesyk podziękował za pomoc Ukrainie całemu polskiemu narodowi.

Z kolei podczas swego wystąpienia Minister Zdrowia Adam Niedzielski komplementował Uniwersytet Medyczny w Białymstoku i stwierdził, że Uczelnia jest najlepszą placówką naukową i dydaktyczną spośród wszystkich medycznych w Polsce. Podziękował naukowcom z UMB za ich wkład i zaangażowanie w walce z pandemią.

Minister Adam Niedzielski przyznał nagrody przedstawicielom społeczności UMB:

1. Nagrodę indywidualną za znaczące osiągnięcia w zakresie działalności naukowej prof. dr hab. Robertowi Flisiakowi
 2. Nagrodę zespołową za znaczące osiągnięcia w zakresie działalności dydaktycznej:
 - prof. dr hab. Elżbiecie Krajewskiej-Kułał
 - dr hab. Mateuszowi Cybulskiemu,
 3. Nagrodę zespołową za znaczące osiągnięcia w zakresie działalności wdrożeniowej:
 - prof. dr hab. Jackowi Niklińskiemu,
 - prof. dr hab. Januszowi Dzięciołowi
 - dr hab. Joannie Reszeć-Giełażyn,
 - dr hab. Radosławowi Charkiewiczowi,
 - dr n. med. Joannie Kiśluk
 4. Nagrodę indywidualną za znaczące osiągnięcia w zakresie działalności organizacyjnej prof. dr hab. Irinie Kowalskiej
- JM. Rektor UMB, prof. Adam Krętowski podziękował wszystkim za doskonałe wyniki ewaluacji Uczelni. „Rozpoczynamy nowy rok akademicki z poczuciem radości i dumy z uzyskanych wyników naszych dyscyplin naukowych w najnowszej ocenie Ministerstwa Edukacji i Nauki. Nauki medyczne i nauki o zdrowiu uzyskały bowiem najwyższą wśród uczelni medycznych kategorię A za okres ostatnich 5-ciu lat. Nauki farmaceutyczne zostały zaliczone do prestiżowej kategorii A+. Jeżeli przeanalizujemy opublikowane przez Ministerstwo zbiorcze wyniki wszystkich polskich uczelni - okazuje się, że Uniwersytet Medyczny w Białymstoku uzyskał najlepsze oceny

spośród uczelni medycznych w Polsce oraz zajęliśmy pierwsze miejsce wśród wszystkich polskich Uczelni, które poddały się ewaluacji w co najmniej 3 dyscyplinach” – dodał rektor, prof. dr hab. Adam Krętowski. Zwracając się do studentów Rektor powiedział: „Jesteśmy świadomi, że okresie pandemii proces kształcenia nie zawsze przebiegał w sposób, który był przez nas w pełni akceptowalny. Wiemy po spotkaniach i rozmowach ze studentami, że musimy wciąż szereg elementów poprawiać. Chciałbym jednak zapewnić, że władze Dziekańskie i Rektorskie są zdeterminowane do podejmowania działań naprawczych w tym obszarze.” Na koniec swego wystąpienia Rektor zwrócił się do Wspólnoty Akademickiej słowami: „W rozpoczynającym się Nowym Roku Akademickim życzę wszystkim Państwu spokoju i pokoju oraz nadziei na lepsze jutro, życzę aby Nowy Rok Akademicki przyniósł satysfakcję z realizacji planów zawodowych i osobistych, a przede wszystkim dumę z przynależności do wspólnoty Akademickiej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Wiemy dokąd zmierzamy, potrafimy osiągać cele naukowe i dydaktyczne na najwyższym poziomie, walczymy o jak najwyższe standardy opieki nad pacjentami. Mimo trudnej sytuacji geopolitycznej i gospodarczej, wierzę, że razem pokonamy trudności i wzorem założycieli naszej uczelni będziemy tworzyć właściwe relacje w przestrzeni uczeń – mistrz, kolega – koleżanka, podwładny – przełożony. Naszym wspaniałym studentom życzę, aby czas spędzony na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku, był najpiękniejszym w Waszym życiu. Niech wszystkim nam przyświeca myśl: „Jeśli potrafisz o czymś marzyć, to potrafisz także tego dokonać” – zakończył swoje wystąpienie JM Rektor UMB, prof. dr hab. Adam Krętowski.

Zwracając się do wspólnoty akademickiej UMB przewodnicząca samorządu studenckiego Uczelni – Anastazja Kruchelska powiedziała:

„Wojna za wschodnimi granicami naszego kraju była prawdziwym testem uczynności i dobroduszości. Jestem z nas dumna nie tylko jako narodu ale także wspólnoty akademickiej za pomoc Ukraińskim sąsiadom. Ogromne podziękowania wszystkim studentom oraz pracownikom uczelni zaangażowanym w organizowane akcje i zbiórki m.in tej na zakup Karetki dla Lwowa.

Nie można zapomnieć o najważniejszych gościach dzisiejszego wydarzenia, czyli pierwszorocznych studentach Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku. Na wstępie gratuluje wyboru oraz dostania się na naszą Alma Mater. Rozpoczynacie niesamowitą drogę do reszty swego życia. Nie tylko stawiacie pierwsze kroki w stronę swojej kariery zawodowej, ale zawrzecie tu przyjaźnie, rozwinięcie swoje pasje lub odkrycie te nieznane. Najlepsza rada jaką mogę wam dać na sam początek to podejmujcie ryzyko, nie bójcie się próbować nowych rzeczy, angażujcie się w życie uczelni, a naprawdę popłaci”.

Przedstawiciel doktorantów Mateusz Zarzecki mobilizował studentów do zacieśniania więzi – „W imieniu Samorządu Doktorantów pragnę z tego miejsca życzyć wszystkim wielu sukcesów i wszystkiego dobrego w nadchodzącym roku akademickim. Drogie Koleżanki i Drodzy Koledzy, nie zapominajcie skąd pochodzicie, pielęgnujcie swoje znajomości. To od Was zależy przyszłość tej uczelni. Na przestrzeni lat wiele się zmieniło, jednak pozostaje jeszcze dużo do zrobienia. Działajcie tak, by za kilka lat, gdy będziecie opuszczać mury UMB z dyplomem w dłoni, towarzyszyło Wam uczucie satysfakcji i spełnienia, które skwitować będziecie mogli krótkim „Było super”. Pamiętajcie, UMB to My”.

Reprezentant zagranicznych studentów Michał Surowiak powiedział, że jest dumny ze swoich polskich korzeni, zawsze chciał poznać kulturę ojczystego kraju i z wielką satysfakcją jako miejsce studiów wybrał Białystok i Uniwersytet Medyczny. Na koniec uroczystości inauguracyjnej Rektor Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku, prof. dr hab. Adam Krętowski w imieniu Wspólnoty Akademickiej zaprezentował i przekazał nową karetkę wraz z wyposażeniem szpitalowi ze Lwowa. Ambulans odebrał zaproszony na uroczystość prof. dr hab. Lubomir Kułyk, Kierownik Kliniki Kardiologii z Lwowskiego Narodowego Uniwersytetu Medycznego im. Daniela Halickiego. Towarzyszyli mu także Mychailo Hyczko - Dyrektor Generalny Lwowskiego Obwodowego Szpitala Klinicznego i Roman Bakai - Zastępca Dyrektora Generalnego Lwowskiego Obwodowego Szpitala Klinicznego. Przekazanie karetki to zwieńczenie półrocznej mobilizacji pracowników Uczelni i Uniwersyteckich Szpitali Klinicznych którzy zbierali pieniądze, uczestniczyli w aukcjach charytatywnych, przekazali obrazy, drobne przedmioty, a nawet biżuterię, aby nazbierać pieniądze potrzebne na zakup ambulansu dla dotkniętej wojną Ukrainy. Zwracając się do odbierających ambulans medyków z Ukrainy, Rektor prof. dr hab. Adam Krętowski nawiązał do motta: „Beatius est magis dare, quam accipere” – „Więcej szczęścia jest w dawaniu niż braniu”.

Nowy Rok Akademicki na UMB zainaugurowało ponad 6 tysięcy studentów, w tym ponad 450 zagranicznych, blisko 260 doktorantów i ponad 900 pracowników naukowych.

Źródło: https://www.umb.edu.pl/aktualnosci/26011,UMB_uroczyscie_zainaugurowal_Nowy_Rok_Akademicki

Medycyna dla Farmaceutów

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

ATYPOWE ZAPALENIE PŁUC – PROBLEMY W DIAGNOSTYCE I TERAPII

Zapalenie płuc jest klinicznym stanem zapalnym dolnych dróg oddechowych obejmujących miąższ płucny. Na potrzeby kliniczne zapalenia płuc dzielimy uwzględniając kryteria histologiczne i radiologiczne na:

1. Płatowe – obejmujące płat lub segment płuca
2. Odoskrzelowe – związane z procesem zapalnym zaczynającym się w małych oskrzelach
3. Śródmiąższowe – toczące się w przestrzeniach międzypęcherzykowych o etiologii wirusowej
4. Martwicze (ropień płuca) – związane z destrukcją tkanki płucnej i tworzeniem przestrzeni, w których gromadzi się płyn (ropny)

Uwzględniając czynniki etiologiczne zapalenia płuc dzielimy na:

1. Bakteryjne – w połowie przypadków czynnikiem etiologicznym jest *Streptococcus pneumoniae*, innymi typowymi czynnikami bakteryjnymi są *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catharalis* oraz nietypowymi jak *Chlamydia pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae* i *Legionella pneumophila*,
2. Wirusowe (ok. 30% przypadków u dorosłych i 15% u dzieci) – wywołane przez rynowirusy, adenowirusy, koronawirusy, RSV, wirusy grypy czy paragrypy
3. Grzybicze – wywołane u osób o obniżonej odporności np. z powodu AIDS, stosowania leków immunosupresyjnych, m.in. przez rodzaj *Histoplasma*, *Blastomyces*, *Cryptococcus*, *Pneumocystis*, *Coccidioides*.
4. Pasożytnicze – sporadycznie wywoływane przez: *Toxoplasma*, *Strongyloides*, *Ascaris*, *Plasmodium*,
5. Niezakaźne, idiopatyczne – niespecyficzne, często śródmiąższowe, z etiopatogenezą związaną z innymi chorobami przewlekłymi jak np. zespół Sjögrena.

Biorąc pod uwagę środowisko pacjenta, w którym dochodzi do zakażenia zapalenia płuc dzielimy na:

1. Środowiskowe zapalenia płuc (pozaszpitalne) dotyczące całej populacji, ale z przewagą osób w wieku podeszłym i dzieci; całoroczne, z większą częstością występowania w okresie jesienno-zimowym,
2. Szpitalne zapalenia płuc diagnozowane w trakcie pobytu w szpitalu, przeważnie w okresie 48 godzin od momentu przyjęcia do szpitala lub 72 godzin od momentu wypisu pacjenta. Szczególną formą szpitalnego zapalenia płuc jest zapalenie związane z mechaniczną wentylacją prowadzoną w oddziale OIOM, które rozwija się u chorych poddanych mechanicznej wentylacji przez co najmniej 48 godzin,
3. Zapalenia płuc związane z ochroną zdrowia diagnozowane u pacjentów niehospitalizowanych, ale wywołanych przez lekooporne mikroorganizmy charakterystyczne dla infekcji szpitalnych. Grupy chorych, u których rozpoznaje się tego rodzaju zapalenia stanowią pensjonariusze domów pomocy społecznej, pacjenci przewlekle dializowani oraz pacjenci wymagający opieki specjalistycznej przebywający w domu.

Powyższy podział ułatwia podjęcie decyzji dotyczącej rozpoczęcia leczenia empirycznego do czasu wykonania diagnostyki, ponieważ w tych przypadkach flora etiologiczna wywołująca zapalenie jest charakterystyczna dla każdej z tych grup oddzielnie.

Pojęcie atypowego zapalenia płuc wprowadzono przeszło 50 lat temu dla określenia zapleń płuc o nieznannej wówczas etiologii, których przebieg kliniczny różnił się od klasycznego pneumokokowego zapalenia płuc. Nazwa ta początkowo była stosowana w przypadku wirusowego zapalenia płuc, które różni się klinicznie: symptomatologicznie i diagnostycznie od typowego bakteryjnego, wywołanego przez np. pneumokoki. Następnie określenie atypowego zapalenia płuc zarezerwowano dla zapaleń wywołanych przez czynniki atypowe takie jak: *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia pneumoniae* i *Legionella pneumophila*, które nie posiadają rezerwuarów zwierzęcych oraz rzadziej występujące jako czynnik etiologiczny drobnoustroje: *Chlamydia psittaci*, *Coxiella burnetii* i *Francisella tularensis*, będące czynnikami odzwierzęcymi.

Charakterystyka najczęstszych czynników etiologicznych

Pierwszym zidentyfikowanym i jednocześnie najczęstszym czynnikiem etiologicznym wywołującym atypowe zapalenie płuc jest patogen wykryty w 1944 roku przez Eatona (pierwsza nazwa „czynnik Eatona”), a w 1961 roku określony jako *Mycoplasma pneumoniae*. Drobnoustrój wywołuje pozaszpitalne zapalenia płuc w środowiskach dzieci w wieku szkolnym w przedziale 3 – 16 lat i

u osób dorosłych w przedziale wiekowym 30 – 40 lat. *Mycoplasma pneumoniae* jest bakterią Gram ujemną (nazwa oznacza słowo „ grzybopodobna ” mycos – grzyb + plasma – forma), jedną z najmniejszych co przyczynia się do jej antybiotykooporności oraz o zdolności do ścisłego przylegania do nabłonka oddechowego za pomocą swoich białek adhezyjnych i niszczenia jego rzęsek.

Drugim czynnikiem etiologicznym atypowych zapaleń płuc są Chlamydie, które są Gram-ujemnymi drobnoustrojami bytującymi wewnątrzkomórkowo i cechującymi się bardzo złożonym cyklem rozwojowym i całkowitą zależnością metaboliczną od gospodarza (bezwzględny pasożyt). Dla człowieka chorobotwórcze są 3 gatunki Chlamydii: *Chlamydia psittaci*, *Chlamydia trachomatis* oraz *Chlamydia pneumoniae*. Ten ostatni gatunek wywołuje również zapalenia zatok. Drobnoustrój może przez dłuższy czas być obecny w aerozoluach – klimatyzatory i nawilżacze powietrza – w związku z tym może powodować zakażenia w obrębie rodziny lub populacjach dzieci w przedszkolach czy szkołach. Drobnoustrój namnaża się w makrofagach pęcherzykowych, monocytach, komórkach nabłonka, uszkadzając je, co powoduje nadreaktywność oskrzeli na wszelkie bodźce z zewnątrz. Zakażenie u dzieci koreluje z podwyższonym poziomem IgE w surowicy i obecnością objawów alergicznych oraz prawdopodobnie z astmą oskrzelową. Epidemiologia zakażeń jest podobna jak w przypadku *Mycoplasma pneumoniae*.

Innym coraz częściej obserwowanym patogenem wywołującym atypowe zapalenie płuc jest *Legionella pneumophila*, która jest również Gram-ujemną pałeczką występująca w naturalnych i sztucznych zbiornikach wodnych, a także w wodzie systemów klimatyzacyjnych, wodociągowych czy basenowych. Może rozmnażać się w temperaturze 25-60°C. Jest wrażliwa na wysychanie, ale w warunkach wilgotnych przeżywa wiele miesięcy. *Legionella pneumophila* odpowiada za 1-15% szpitalnych i pozaszpitalnych zapaleń płuc. Zapalenie płuc wywołane przez ten patogen występuje częściej u mężczyzn i w okresie letnim.

Przebieg kliniczny atypowego zapalenia płuc

Typowy przebieg zapalenia płuc cechuje się ostrym początkiem z kaszlem i odkrztuszaniem ropnej lub śluzowo-ropnej wydzieliny, czasami z bólem o charakterze opłucnowym, z wysoką gorączką. Atypowe zapalenie płuc rozpoczyna się podostro z suchym kaszlem, czasami z cechami uszkodzenia innych narządów (biegunka, zaburzeniami czynności wątroby, nerek). Należy jednak pamiętać, że typowe czynniki etiologiczne mogą wywołać inny obraz kliniczny niż zwykle i na odwrót bakterie atypowe mogą spowodować przebieg chorobowy charakterystyczny dla typowych zakażeń układu oddechowego. Coraz

częściej wskazuje się na mieszaną etiologię zapaleń płuc, zwłaszcza tych o nietypowym przebiegu.

Tabela 3. Różnicowanie typowego i atypowego zapalenia płuc ¹⁰		
	Typowe zapalenie płuc	Atypowe zapalenie płuc
Okres wylegania	1-2 dni	7-21 dni
Początek	Nagły	Powolny
Gorączka	Wysoka	Umiarkowana
Kaszel	Wilgotny	Suchy, męczący
Plwocina	Ropna	Śluzowa
Badanie przedmiotowe	Wyraźne zmiany	Objawy skąpe lub brak
Zmiany w RTG klatki piersiowej	Wyraźne, segmentowe lub płatowe	Słabo wyrażone, odoskrzelowe
Liczba krwinek białych we krwi obwodowej	Zwiększona, granulocyty obojętnochłonne	Prawidłowa
Płyn w opłucnej	Często	Rzadko
Reakcja na leczenie antybiotykami β -laktamowymi	Dobra	Brak

Tabela – cechy charakterystyczne dla poszczególnych rodzajów zapaleń płuc (Dboszyńska i wsp.)

Mykoplazmatyczne zapalenie płuc powstaje w wyniku zakażenia drogą kropelkową lub kontaktu bezpośredniego, najczęściej w okresie jesienno-zimowym, Okres wylegania trwa ok 2-3 tygodni, początkowe objawy pojawiają się w górnych drogach oddechowych jako nieżyt nosa i gardła, stopniowo przechodzące w objawy ze strony dolnych dróg oddechowych, zwłaszcza jako nasilony kaszel przypominający krztusiec, często z towarzyszącymi wymiotami przynoszącymi krótkotrwałą ulgę w kaszlu. Objawom ze strony układu oddechowego mogą towarzyszyć inne niecharakterystyczne symptomy takie jak: bóle mięśniowo-stawowe, biegunka, nudności, wymioty, zmiany skórne, zapalenie ucha. W badaniu fizykalnym często nie stwierdza się zmian osłuchowych, jeśli jednak one występują to są słabo wyrażone, nawet w przypadku uczucia duszności. Obraz radiologiczny początkowo może nie wykazywać zmian charakterystycznych dla procesu zapalenia albo mogą być bardzo dyskretne, natomiast jeśli są obecne to występują jako nacieki zapalne w dolnych partiach płucnych z czasami widocznymi powiększonymi węzłami chłonnyymi okołowońkowymi. Diagnostyka opiera się na oznaczaniu miana przeciwciał skierowanych przeciwko *Mycoplasma* w surowicy, które pojawiają się ok. 10 dnia od zakażenia. Wykonuje się również test immunoenzymatyczny ELISA, wykrywający przeciwciała przeciwadhezyjne w klasie IgG, IgM, IgA. Specyficzne przeciwciała w klasie IgM wykrywa się w 7–9. dniu infekcji. Materiał genetyczny *Mycoplasma* można wykryć za pomocą testu PCR, którego swoistość wynosi 98 – 100%.

Ze względu na budowę bakterii, które nie posiadają ściany komórkowej stosowanie antybiotyków beta-laktamowych jest nieskuteczne. Lekami z wyboru są makrolidy. Ich szerokie spektrum działania, mało działań niepożądanych spowodowały szerokie zastosowanie w leczeniu pozaszpitalnych atypowych zapaleń płuc. Najczęściej podaje się klarytromycynę (u dzieci w dawce 15 mg/kg/d., co 12 godz.), a u starszych dzieci i dorosłych 250–500 mg co 12 godz. Możliwe jest stosowanie klarytromycyny o zmodyfikowanym uwalnianiu w dawce 1 raz na dobę. Antybiotykoterapię powinno stosować się od 10 dni do nawet 3 tygodni. Obecność drobnoustrojów w organizmie może utrzymywać się nawet do kilku miesięcy, co może powodować uszkodzenie ścian oskrzeli i w następstwie tego przewlekły kaszel.

W przypadku **zapalenia płuc wywołanego przez Chlamydie** okres wylegania wynosi do kilku tygodni. *Ch. pneumoniae* jest drobnoustrojem wewnątrzkomórkowym, mnoży się wewnątrz makrofagów i pęcherzyków płucnych, powodując uszkodzenie nabłonka rzęskowego w drogach oddechowych, co prowadzi do zalegania wydzieliny i sprzyja nadkażeniom innymi bakteriami. W znacznej części przypadków zakażenie przebiega bezobjawowo, czasami występują nieżytowe objawy ze strony górnych dróg oddechowych. W pozostałej części przypadków zapalenie płuc ma przebieg lekki, z wyjątkiem osób w wieku podeszłym i z obniżoną odpornością. Zarówno badania laboratoryjne, jak i obrazowe płuc dają nietypowe wyniki, dlatego w diagnostyce wykorzystuje się badania serologiczne podobnie jak w przypadku wykrywania *Mycoplasma pneumoniae*. Hodowla powyższych drobnoustrojów na podłożach jest bardzo trudna. Przeciwciała obecne są w 50-75% przypadków zakażeń. Istotna jest dynamika narastania miana przeciwciał, w odstępach 2 – 3 tygodniowych. Terapia zakażeń Chlamydią jest podobna jak w przypadku zakażeń spowodowanych gatunkiem *Mycoplasma* i powinna trwać odpowiedni okres czasu – przynajmniej dwa tygodnie.

W 1976 r. w Filadelfii, w USA pojawiła się epidemia ciężkiego zapalenia płuc wśród ponad 200 osób przebywających na konferencji w jednym z hoteli, z których 34 osoby zmarły. Czynnikiem etiologicznym okazał się drobnoustrój *Legionella pneumophila*. U powyższych chorych zdiagnozowano **legionellowe zapalenie płuc**, do którego dochodzi wskutek wdychania aerozolu z obecnością bakterii np. z klimatyzacji lub zachłyśnięcia się zakażoną wodą z wodociągu czy basenu. Zakażenia pałeczkami *Legionella* są często związane z podróżą np. do USA, gdzie drobnoustrój jest trzecim z kolei czynnikiem wywołującym pozaszpitalne zapalenia płuc i aż 40% szpitalnych zapaleń płuc z powodu kolonizacji sieci wodociągowej. Zapalenie płuc nie ma charakterystycznego obrazu klinicznego. U pacjentów predysponowanych (starszych wiekiem, o osłabionej odporności) do wystąpienia objawów dochodzi po kilku dniach (max. do 10 dni). Początkowo pojawiają się objawy paragrypowe, po

czym może pojawić się wysoka gorączka, z dreszczami i kaszel z płwociną podbarwioną krwią. Czasami obserwuje się poważne powikłania narządowe w postaci zapalenia wsierdza, mięśnia sercowego, mózgu z porażeniem nerwów obwodowych. Częstym objawem jest biegunka prowadząca do odwodnienia organizmu i zaburzeń świadomości. W badaniu radiologicznym stwierdza się ewidentne zmiany w postaci zwłóknień i ognisk niedodmy. Diagnozę ustala się za pomocą wykrycia antygenów pałeczek *Legionella* wysokoswoistą metodą immunofluorescencji bezpośredniej, najczęściej w moczu, którą najlepiej wykonywać w 7 dni po zakażeniu. Metodą immunofluorescencji pośredniej można również wykryć obecność swoistych przeciwciał. Antybiotykiem z wyboru jest klarytromycyna, którą należy stosować przez 3 tygodnie. Zastosowanie w terapii mają też fluorochinolony.

Tabela 5. Zalecenia dotyczące leczenia wybranych zapaleń płuc (wg Woodheada i wsp.¹²⁾

<i>Mycoplasma pneumoniae</i>	doksycyklina, makrolidy, fluorochinolony, telitromycyna (nieдоступna w Polsce)
<i>Chlamydia pneumoniae</i>	doksycyklina, makrolidy, fluorochinolony, telitromycyna (nieдоступna w Polsce)
<i>Legionella spp</i>	fluorochinolony, makrolidy (np. azytromycyna), rifampicyna,
<i>Coxiella burnetii</i>	makrolidy, fluorochinolony
<i>Acinetobacter baumannii</i>	cefalosporyny 3. generacji + aminoglikozydy

Zalecenia dotyczące leczenia wybranych zapaleń płuc (wg Woodheada i wsp)

Podsumowanie i wskazówki praktyczne

1. Zapalenie płuc wywołane przez drobnoustroje atypowe sprawia duże trudności diagnostyczne i może zostać w porę niezdiagnozowane.
2. Często stawia się właściwą diagnozę u pacjenta po wykluczeniu innych przyczyn wiodących objawów kaszlu i złego samopoczucia, co powoduje opóźnienie w rozpoczęciu właściwej terapii.
3. Diagnostyczne metody serologiczne czasami mogą być niedostępne dla wszystkich pacjentów (np. z przyczyn finansowych) co również opóźnia włączenie właściwej terapii.
4. Nierozpoznanie czynnika etiologicznego jako atypowego może spowodować, że antybiotykoterapia będzie trwała za krótko, co spowoduje bytowanie drobnoustrojów w organizmie i możliwość wystąpienia ponownej infekcji.
5. Antybiotykami z wyboru są makrolidy stosowane u pacjenta od 2 do 3 tygodni,
6. Tak długotrwała antybiotykoterapia wymaga stosowania produktów leczniczych odbudowujących lub uzupełniających naturalną florę jelitową

7. Zastosowanie działających miejscowo sterydów wziewnych jest sprawą dyskusyjną, ale w przypadku nasilonego stanu zapalnego utrudniającego wymianę gazową (odczuwanie przez pacjenta duszności) wydaje, że jest wskazane w ograniczonym czasowo zakresie.
8. Zakażenia drobnoustrojami atypowymi mogą pozostawić skutki kliniczne w postaci nasilonego, przewlekłego kaszlu utrzymującego się przez wiele tygodni lub nawet miesięcy, a także mogą być czynnikiem ujawniającym i podtrzymującym astmę oraz powodować napady świszczącego oddechu u dzieci

Teksty źródłowe:

- Doboszyńska A. Zakażenia wywołane przez #Legionella sp.# W: Zakażenia wywołane patogenami atypowymi w praktyce lekarskiej red. Nitsch-Osuch A, Wardyn KA, Choroszy-Król I. Górnicki Wydawnictwo Medyczne Wrocław 2007
- Kuś J. Zapalenia płuc wywołane przez drobnoustroje. W: Choroby wewnętrzne. red A. Szczeklik, Medycyna Praktyczna Kraków 2005.
- Niederman MS, Mandell LA, Anzueto A, et al. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention. Am J Respir Crit Care Med 2001;163(7):1730-1754
- Nitsch-Osuch A, Wardyn KA, Choroszy-Król I. Zakażenia wywołane patogenami atypowymi w praktyce lekarskiej, Górnicki Wydawnictwo Medyczne Wrocław 2007
- Pirożyński M. Zakażenia układu oddechowego Ośrodek Informacji Naukowej OINPHARMA Sp. zoo Warszawa 2007.
- Postępowanie w pozaszpitalnym zapaleniu płuc. Aktualizacja 2004 wytycznych BTS, Med Prakt 2004;9(163):61-75
- Postępowanie u dorosłych chorych na szpitalne zapalenie płuc, zapalenie płuc związane z wentylacją mechaniczną i zapalenie płuc związane z kontaktem ze służbą zdrowia. Wytyczne ATS i Inf Dis Society of America. Med Prakt 2005;153:679-686
- Wierzbowski A., Hoban D.J., Hisanaga T. i wsp. The Use of Macrolides In Treatment of Upper Respiratory Tract Infections. Curr. All. Asthma Rep. 2006; 6: 171–181
- Woodhead M, Blasi F, Ewig S, et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections Eur Respir J 2005;26(6):1138-80
- Zielonka T.M. Epidemiologia chorób układu oddechowego. Medycyna po Dyplomie 2005; 2 (107): 129–141

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (SMA) - PROBLEMY TERAPEUTYCZNE

Rdzeniowy zanik mięśni (SMA – Spinal Muscle Atrophy) jest postępującą chorobą neurodegeneracyjną obejmującą neurony ruchowe przednich jąder rdzenia kręgowego, a w konsekwencji powodującą upośledzenie mięśni szkieletowych, w tym oddechowych, co może prowadzić do zgonu, czasami już we wczesnym dzieciństwie. Jest to choroba genetycznie uwarunkowana, której przyczyną jest mutacja genu SMN1. Mutacja genu SMN1 skutkuje niedoborem białka SMN i prowadzi do zwyrodnienia komórek rogu przedniego rdzenia kręgowego i pnia mózgu. Białko SMN to białko wiążące RNA. Ma kluczowe znaczenie w regulacji ekspresji genów w motoneuronach. Gen SMN występuje w co najmniej dwóch kopiach: SMN1 i SMN2. Oba geny kodują identyczne białko. Różnicę między transkryptami SMN1 a SMN2 stanowi to, że transkrypty SMN1 posiadają pełną długość, natomiast większość transkryptów SMN2 (90%) jest pozbawiona eksonu 7 (SMN- Δ 7) – produkowane białko ulega szybko biodegradacji i jest niefunkcjonalne. Ekson to odcinek genu kodujący sekwencję aminokwasów w cząsteczce białka, który jest oddzielony od innego eksonu odcinkiem niekodującym, czyli intronem. Eksony i introny tworzą tzw. pierwotny transkrypt, który w jądrze komórkowym jest przekształcany w funkcjonalny mRNA poprzez wycięcie intronów i połączenie eksonów w jedną całość (splicing). Po zakończeniu tych procesów transkrypt staje się funkcjonalną cząsteczką informacyjnego RNA (mRNA), który w tej postaci może opuścić jądro komórkowe i zostać użytym w procesie translacji w cytoplazmie. [Keinath 2021, Majchrzak-Celińska 2020, Szczerba 2018]. Choroba charakteryzuje się bardzo dużą zmiennością przebiegu klinicznego – od letalnej formy wrodzonej po postać przewlekłą występującą u osób dorosłych. Uwzględniając wiek wystąpienia choroby i stopień nasilenia objawów klinicznych wyróżniamy następujące postacie choroby:

- SMA0 – postać prenatalna, stanowi nie więcej niż 1–2% przypadków SMA,
- SMA1 – początek przed 6. mż.; odpowiada za 40–50% przypadków SMA
- SMA2 – początek w 6.–18. mż.; stanowi 20–30% przypadków SMA,
- SMA3 – początek objawów po osiągnięciu zdolności chodzenia, odpowiada za ok. 20–30% zachorowań na SMA,
- SMA4 – początek objawów w wieku dorosłym, zazwyczaj w 3. dekadzie życia, jest bardzo rzadka, odpowiada za 1–2% zachorowań na SMA

Jak widać objawy choroby mogą wystąpić w każdym wieku, jednak aż 90% przypadków pojawia się do ukończenia 2 roku życia, co powoduje cięższy przebieg i poważniejsze rokowanie. Zachorowalność na SMA w populacji europejskiej szacuje się na poziomie 1 zachorowania na 8 400 urodzeń co daje 12 przypadków na 100 000. W Polsce rocznie rozpoznaje się ok. 50 przypadków choroby. Pomimo poprawy standardów opieki do tej pory stanowiła ona jedną z najczęstszych przyczyn zgonów dzieci wśród chorób uwarunkowanych genetycznie. Jest to również najczęstsza choroba spośród chorób nerwowo-mięśniowych rozpoznawanych w wieku niemowlęcym.

Objawy kliniczne

1. Postać SMA0

Objawy choroby pojawiają się w wieku płodowym, w postaci słabnących ruchów płodu. Po urodzeniu stwierdza się wiotkość ciała dziecka z zaburzeniami ssania i polykania oraz osłabieniem lub nawet brakiem ruchów wykonywanych przez dziecko samodzielnie. Dość szybko pojawia się niewydolność oddechowa.

2. Postać SMA1

Pierwsze objawy pojawiają się w 2-3 miesiącu życia. Dość szybko narastają objawy wiotkości i osłabienia mięśni, zauważalne jest postępujące osłabienie mięśni co powoduje coraz słabsze ruchy kończyn, zmęczenie dziecka podczas karmienia, wysiłek oddechowy i generalnie zahamowanie rozwoju dziecka, przy dobrze zachowanym kontakcie emocjonalnym. Postępująca niewydolność oddechowa i nawracające zakażenia dolnych dróg oddechowych w przypadku braku leczenia prowadzą do śmierci, ewentualnie powodują uzależnienie od terapii respiratorowej

3. Postać SMA2

Objawy pojawiają się pomiędzy 6 a 18 miesiącem życia, przy prawidłowym rozwoju ruchowym do momentu ujawnienia choroby. Zależnie od momentu pojawienia się pierwszych objawów dziecko potrafi samodzielnie siedzieć, wstawać lub raczkować, jednak dalszy rozwój zostaje zahamowany i osłabienie mięśniowe powoduje, że dziecko nie osiąga zdolności samodzielnego chodzenia. Pojawia się drżenie palców, przykurcze stawowe i skolioza. Często dzieci wymagają wspomagania oddechu.

4. Postać SMA3

Objawy osłabienia siły mięśniowej mogą pojawić się w szerokim przedziale czasu, pomiędzy 18 miesiącem a 18 rokiem życia i powodują trudności w

poruszaniu się lub utratę zdolności chodzenia jeżeli wystąpią przed 3 rokiem życia.

5. Postać SMA4

Bardzo rzadka postać, której objawy pojawiają się w wieku dorosłym i powodują osłabienie mięśni obręczy biodrowej co powoduje trudności w pionizowaniu postawy, wchodzeniu po schodach i bieganiu.

Diagnostyka – program badań przesiewowych

Od kwietnia 2021 r. w Polsce wprowadzany jest program badań przesiewowych noworodków w kierunku wykrywania SMA, który ma objąć cały kraj do 2022 r. W 2022 roku badaniami powinno być objętych 270 000 dzieci. Schemat badań przesiewowych zakłada szybkie postępowanie od momentu pobrania próbki krwi do podjęcia decyzji o leczeniu (w przypadku pozytywnego wyniku) - przez Komisję ds. Leczenia SMA przy Ministerstwie Zdrowia. Procedura wykrywania SMA polega na rutynowym pobraniu próbki krwi od noworodka na panel diagnostyczny w kierunku 30 chorób wrodzonych. W przypadku stwierdzenia dodatniego wyniku testu jest on przekazywany do właściwego ośrodka referencyjnego, który funkcjonuje w każdym województwie. Zadaniem specjalisty neurologa w ośrodku referencyjnym jest uzyskanie zgody od rodziców dziecka na dalszą diagnostykę, czyli podstawowe badanie molekularne w kierunku SMA i na badanie weryfikacyjne oraz wysłanie próbki w ciągu 24 godzin do właściwego Zakładu Genetyki Medycznej. W przypadku potwierdzonego pozytywnego badania genetycznego jego wynik otrzymuje lekarz i Komisja ds. Leczenia SMA przy Ministerstwie Zdrowia. W przypadku dzieci, których nie objęło badanie przesiewowe lekarz neurolog zbiera wywiad od rodziny dziecka i następnie w przypadku podejrzenia schorzenia kieruje na badania dodatkowe m.in. elektromiografię i badanie genetyczne.

Leczenie SMA – podstawowe kierunki

1. Leczenie farmakologiczne, przyczynowe obejmuje zastosowanie 3 leków dopuszczonych do stosowania w UE i w Polsce mające na celu zahamowanie progresji choroby (poprzez zatrzymanie procesu degeneracji neuronów ruchowych w rdzeniu).
2. Leczenie objawowe składające się z farmakoterapii, rehabilitacji i zabiegów korygujących powstałe dysfunkcje związane z osłabieniem mięśni (ortezy, gastrostomia, wsparcie oddechu, korekty chirurgiczne).

3. Leczenie profilaktyczne zapobiegające powstawaniu powikłań SMA takich jak przykurcze mięśniowe, skolioza, zaburzenia połykania, zaburzenia oddechu i in.

Farmakoterapia

SMA był uznawany do niedawna za chorobą nieuleczalną, prowadzącą do poważnych zaburzeń w funkcjonowaniu organizmu z powodu niewydolności oddechowej, a także ciężkiej niepełnosprawności ruchowej. W ostatnich 5 latach nastąpił przełom w leczeniu SMA. Zarejestrowano trzy leki o działaniu przyczynowym, zwiększające ilość białka SMN (survival of motor neuron), którego niedobór jest przyczyną choroby: nusinersen, onasemnogen abeparpowek i rysdyplam. Wymienione powyżej leki wykazały w badaniach klinicznych dużą skuteczność, uzależnioną jednak od stopnia zaawansowania choroby, uzyskując najlepsze efekty kliniczne w przypadku włączenia leczenia w stadium przedobjawowym.

Pierwszym lekiem przyczynowym w leczeniu rdzeniowego zaniku mięśni wprowadzonym do obrotu w 2016 r. na świecie i w 2017 r. w UE jest **nusinersen (Spinraza)**. W 2019 r. nusinersen otrzymał w Polsce refundację w ramach programu lekowego u wszystkich pacjentów mających potwierdzony wynik badania genetycznego w kierunku SMA. W 2018 roku liczba chorych na SMA wynosiła ok. 800 osób. Wyzwaniem dla powodzenia programu lekowego było stworzenie takiej liczby miejsc w szpitalach specjalistycznych, ponieważ lek jest podawany w warunkach szpitalnych. Chemicznie nusinersen jest oligonukleotydem wpływającym na gen SMN2 i funkcjonalnie przekształcając go w gen SMN1 odpowiedzialny za produkcję białka zwanego surwiwiną, które wpływa na funkcje neuronów ruchowych w rdzeniu. Rdzeniowy zanik mięśni (SMA) jest spowodowany mutacjami powodującymi utratę funkcji genu SMN1 (*survival of motor neuron 1*), który koduje białko SMN. Bez tego białka nie jest możliwe przeżycie, ale osoby z SMA żyją dzięki niewielkiej ilości białka SMN wytwarzanego z genu SMN2. W przypadku mutacji obydwu genów do śmierci organizmu dochodzi już w życiu płodowym.

Lek Spinraza podaje się dooponowo, poprzez nakłucie lędźwiowe za pomocą igły do znieczulenia podpajęczynówkowego, w bolusie (jednorazowo) w ciągu 1 do 3 minut. Przed podaniem zaleca się usunięcie analogicznej objętości płynu mózgowo-rdzeniowego jak podawana objętość leku. Czasami podanie leku wymaga sedacji pacjenta i zastosowania technik obrazowania wkłucia (np. USG), zwłaszcza u

młodszych pacjentów czy tych ze skoliozą. Zalecana dawka to 12 mg (5 ml) na podanie.

Leczenie produktem Spinraza należy rozpocząć możliwie jak najwcześniej po rozpoznaniu, podając 4 dawki nasycające w dniach 0., 14., 28. oraz 63. Dawkę podtrzymującą należy podawać następnie raz na 4 miesiące. Jeśli chodzi o czas trwania leczenia to należy go ustalić indywidualnie dla każdego pacjenta, biorąc pod uwagę dotychczasowe efekty terapii. Lek jest dość dobrze tolerowany przez pacjentów, przeciwwskazania dotyczą nadwrażliwości na substancję czynną lub pomocniczą. Lek nie indukuje mechanizmu związanego z cytochromem CYP450 ani go nie hamuje, w związku z tym interakcje dotyczące tego mechanizmu nie są znane. W okresie 1,5 roku leczenia ok. 700 pacjentów nusinersenem żaden z nich nie został wyłączony z terapii z powodu pogorszenia stanu zdrowia. Wyniki leczenia pacjentów w różnym wieku i w różnym stopniu zaawansowania choroby są dobre i u większości następuje poprawa jeśli ich stan kliniczny w momencie włączenia programu lekowego był ciężki, a w mniejszej grupie pacjentów dochodzi do stabilizacji stanu klinicznego. W przypadku dzieci, u których włączono leczenie nusinersenem w okresie przedobjawowym (dzieci diagnozowane w okresie płodowym z rodzin z dodatnim wywiadem chorobowym) nie zaobserwowano w dotychczasowych obserwacjach rozwoju objawów chorobowych. Terapia nusinersenem jest monitorowana w systemie SMPT (system monitorowania postępów terapii) poprzez wprowadzanie wyników badań w skalach służących ocenie czynności mięśni.

Pacjenci:

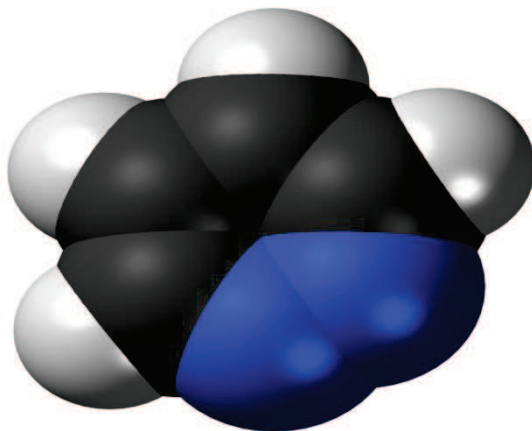
W wieku 2 miesięcy i powyżej z klinicznie rozpoznany SMA typu 1, 2, i 3 lub posiadający od jednej do czterech kopii genu SMA2, mający udokumentowane przeciwwskazania do leczenia nusinersenem lub pacjenci z przeciwwskazaniami, które pojawiły się w trakcie terapii nusinersenem, którzy nie byli leczeni z wykorzystaniem substancji czynnej onasemnogen abeparwówek,

mogą zostać włączeni do programu leczenia rysdyplamem (Evrysdi).

Lek został zatwierdzony do stosowania na terenie UE w marcu 2021 r. Firma Roche zaproponowała pacjentom z SMA lek, który pozwala uniknąć hospitalizacji w trakcie podawania i może być stosowany w domu, dzięki czemu zmniejsza obciążenie związane z terapią, z którym zmagają się osoby żyjące z SMA, ich opiekunowie oraz systemy opieki zdrowotnej. Decyzja Komisji Europejskiej została wydana po pozytywnym zaopiniowaniu produktu rysdyplam przez Komitet ds. Produktów

Lecznicych Stosowanych u Ludzi (CHMP) w lutym 2021 r. Historia procesu rejestracji jest krótka, bowiem sięga roku 2018, kiedy EMA (Europejska Agencja ds. Leków) nadała produktowi status leku priorytetowego (PRiority MEDicine – PRIME), a w 2019 r. lek został uznany za lek sierocy na podstawie istotnych korzyści wynikających z podawania rysdyplamu w porównaniu z dotychczas stosowanych terapii. Od 1 września br. rysdyplam jest objęty refundacją w wymienionych powyżej wskazaniach dotyczących SMA w ramach zintegrowanego programu lekowego obejmującego wszystkie trzy leki: Spinraza, Evrysdi, Zolgensma. Polska jest jednym z zaledwie czterech krajów w UE (Austria, Czechy i Niemcy), w których wszystkie noworodki objęte są badaniami przesiewowymi w kierunku SMA, refundowane są wszystkie trzy istniejące terapie oraz wszyscy chorzy mogą otrzymać przynajmniej jedną z nich.

Rysdyplam jest pochodną pirydazyny, chemicznego, aromatycznego i heterocyklicznego związku organicznego:



Rys. Przestrzenna struktura pirydazyny (atomy węgla zaznaczone najciemniejszym kolorem, atomy wodoru najjaśniejszym kolorem, pozostałe to atomy wodoru) - This image was created with Discovery Studio Visualizer., CC0, <https://commons.wikimedia.org/w/index.php?curid=15485233>

Rysdyplam koryguje składanie SMN2, co powoduje przesunięcie równowagi z pomijania eksonu 7 w kierunku włączenia eksonu 7 do transkryptu mRNA, prowadząc do zwiększonego wytwarzania funkcjonalnego i stabilnego białka SMN.

Tym samym rysdyplam leczy SMA poprzez zwiększanie i podtrzymanie stężenie funkcjonalnego białka SMN. Produkt leczniczy Evrysdi® dostępny jest w dawce 0,75 mg/ml w postaci proszku do sporządzania roztworu doustnego. Każda butelka zawiera 60 mg rysdyplamu. Zgodnie z ChPL leczenie produktem leczniczym Evrysdi® powinno być rozpoczynane przez lekarza specjalistę mającego doświadczenie w leczeniu SMA ze schematem dawkowania opartym o wiek i masę ciała.

Wiek i masa ciała	Zalecana dawka dobowa
2 miesiące do < 2 lat	0,20 mg/kg mc.
≥ 2 lat (< 20 kg)	0,25 mg/kg mc.
≥ 2 lat (≥ 20 kg)	5 mg

Produkt Evrysdi musi być przygotowany przez fachowy personel medyczny (np. farmaceutę) przed wydaniem pacjentowi. Farmaceuta powinien omówić z pacjentem lub opiekunem sposób przygotowania zalecanej dobowej dawki leku, przed jej pierwszym podaniem. Produkt Evrysdi przyjmuje się doustnie, raz na dobę po posiłku, o mniej więcej tej samej porze każdego dnia, stosując dołączoną strzykawkę doustną wielokrotnego użytku. U niemowląt karmionych piersią produkt leczniczy Evrysdi należy podawać po nakarmieniu dziecka, ale nie można go łączyć bezpośrednio z mlekiem modyfikowanym. Lek należy przyjąć w ciągu 5 min. po pobraniu do strzykawki. Po przyjęciu produktu Evrysdi pacjent powinien napić się wody, aby upewnić się, że produkt leczniczy został połknięty w całości.

W badaniach na modelach zwierzęcych stwierdzono niekorzystny wpływ leku na zarodek i płód, płodność u osobników męskich oraz na strukturę siatkówki, dlatego przed rozpoczęciem leczenia zalecane jest zastosowanie wysoce skutecznej antykoncepcji zarówno u kobiet jak i mężczyzn w wieku rozrodczym, w trakcie terapii i co najmniej przez kilka miesięcy po zakończeniu terapii. Rysdyplam jest słabym inhibitorem CYP3A, ale zakresy interakcji w przypadku substratów CYP3A nie uważa się za istotne klinicznie i w związku z tym dostosowanie dawki nie jest konieczne. Do najczęstszych działań niepożądanych obserwowanych w badaniach klinicznych z produktem Evrysdi należała gorączka (54,8%), wysypka (29,0%) i biegunka (19,4%). U pacjentów z SMA o późniejszym początku do najczęstszych działań niepożądanych obserwowanych w badaniach klinicznych z produktem Evrysdi należała gorączka (21,7%), ból głowy (20,0%), biegunka (16,7%) i wysypka (16,7%). Dla rysdyplamu stosowanego w rozpatrywanej populacji docelowej prowadzony jest szeroki program badawczy obejmujący chorych na SMA, w tym:

- badanie FIREFISH – dotyczące chorych na SMA typu 1;

- badanie SUNFISH – dotyczące chorych na SMA typu 2 i 3;
- badanie JEWELFISH – dotyczące chorych na SMA typu 1-3 w leczeniu II linii (np. w przypadku wcześniejszej terapii nusinersenem przyczyny zmiany terapii na rysdyplam obejmowały m.in. kwestie związane z tolerancją terapii, brak skuteczności leczenia oraz utratę skuteczności leczenia);
- badanie RAINBOWFISH – dotyczące chorych przedobjawowych

Wyniki badań przedstawione w CHPL dla produktu Evrysdi wskazują na dobrą tolerancję preparatu oraz po 24 miesięcznym okresie leczenia stwierdza się istotną statystycznie poprawę funkcji motorycznych.

Drugim lekiem refundowanym włączonym do programu lekowego od 1 września bieżącego roku jest **onasemnogen abeparwówek (Zolgensma firmy Novartis Gene Therapies EU Limited)** „, okrzyknięty „ najdroższym lekiem świata, co wzbudziło przekonanie wśród pacjentów, że jest lekiem skutecznym w 100% i u 100% chorych. Jest to niestety błędne przekonanie podsycane przez osoby publiczne, nie posiadające wiedzy medycznej, a próbujące „ zbić „ kapitał polityczny na cierpieniu poważnie chorych ludzi. Kryteriami kwalifikującymi do leczenia są:

pacjenci przedobjawowi i objawowi z rozpoznaniem rdzeniowego zaniku mięśni (SMA) 5q z bialleliczną mutacją genu SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2, badani w ramach Rządowego Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce lub prenatalnie w Polsce;

wiek do 6. miesiąca życia (<180 dni) w momencie podania leku;

zachowana zdolność połykania w ocenie lekarza kwalifikującego;

ocena w skali CHOP – INTEND powyżej 12 punktów w momencie podania leku;

posiadanie aktualnych informacji o szczepieniach obowiązkowych;

brak jakiegokolwiek wcześniejszego leczenia z powodu SMA, w tym:

a. brak wcześniejszego leczenia z wykorzystaniem substancji czynnej nusinersen lub rysdyplam w ramach niniejszego programu lekowego;

b. brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach badań klinicznych;

c. brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach programów wczesnego dostępu;

d. brak wcześniejszego leczenia SMA w ramach innego sposobu finansowania terapii;

świadoma zgoda rodziców lub opiekunów prawnych pacjenta na warunki programu lekowego oraz harmonogram wizyt.

Wszystkie kryteria muszą być spełnione łącznie.

Lek Zolgensma obecny jest w USA od 2019 r., natomiast w UE od 2020 r. Skomplikowana nazwa międzynarodowa leku wynika z zasad tworzenia ich nazw w terapii genowej, których pierwszy wyraz określa część genową, a drugi wyraz oznacza część wektorową. Przewagą leku Zolgensma nad powyżej przedstawionymi lekami, wykorzystywanymi w terapii SMA jest jego jednokrotne podanie, w postaci wlewu dożylnego. Nie jest to jednak przewaga dotycząca skuteczności terapeutycznej w porównaniu z pozostałymi lekami. Wadą jest na pewno cena leku, którą w pierwotnej wersji producent ustalił na 2 125 000 \$ (1 945 000 Euro). W dniu 22.06.2022 r. i 4.07.2022 r Komisja Ekonomiczna przy MZ przeprowadziła negocjacje cenowe z firmą Novartis Poland producentem leku Zolgensma w sprawie ustalenia warunków refundacji leku w SMA. Na podstawie sprawozdania z dwóch tur negocjacji cenowych z wnioskodawcą, Komisja Ekonomiczna początkowo nie zarekomendowała objęcia refundacją i ustalenia ceny urzędowej ceny zbytu. W trakcie negocjacji proponowana przez Komisję Ekonomiczną oferta cenowa w zakresie CZN rosła w zakresie od 1 272 000 zł do 4 166 000 zł, jednak według Komisji Ekonomicznej wnioskodawca „ wykazał całkowity brak woli do jakiegokolwiek obniżenia CZN swojego produktu, który był oferowany na niezmiernie wysokim poziomie ”. Biorąc pod uwagę warunki zawarte w ofercie producenta Komisja stwierdziła, że nie jest ona akceptowalna w świetle realiów polskiego systemu refundacyjnego oraz możliwości finansowych polskiego płatnika i budżetu. Jak wynika z doniesień medialnych producent zaproponował cenę w przedziale 6 -7 mln zł. Po upublicznieniu oferty cenowej zaproponowanej przez firmę, Novartis Poland Sp. z o.o. opublikowała ona oświadczenie, że wyraża zaniepokojenie z powodu upublicznienia informacji, które powinny być poufne i mogą one wprowadzać opinię publiczną w błąd. Ostatecznie 22.08 2022 r. w mediach ukazała się informacja, że lek Zolgensma będzie refundowany w ramach programu lekowego od 1 września 2022 r. B.102.FM LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10: G12.0, G12.1). Na początku października podano informację, że miesięczne dziecko otrzymało w Centrum Zdrowia Matki Polki w Łodzi, jako pierwsze w Polsce lek Zolgensma, po potwierdzeniu schorzenia w trakcie badania przesiewowego.



Lek Zolgensma

Ministerstwo Zdrowia

REFUNDACJA – OD 1 WRZEŚNIA 2022 r.

Dostępny dla dzieci:

- ✓ do 6 miesiąca życia (180 dni)
- ✓ bez wcześniejszego leczenia SMA
- ✓ przedobjawowych i objawowych z białeliczną mutacją genu SMN1 i z nie więcej niż 3 kopiami genu SMN2
- ✓ badanych w ramach Rządowego Programu Badań Przesiewowych Noworodków w Polsce lub prenatalnie w Polsce

Mechanizm działania Zolgensmy oparty jest na terapii genowej, polegającej na wprowadzeniu do komórki (jądra komórkowego neuronu ruchowego) funkcjonalnego genu SMN1 w postaci wektora (wirus AAV9 – *adeno-associated virus* – wirusy towarzyszące adenowirusom, serotyp 9), który wykorzystuje kapsyd AAV9 do dostarczania stabilnego i w pełni funkcjonującego ludzkiego transgenu SMN. Transgen to samouzupelniający się fragment DNA, który podlega ciągłej ekspresji, aktywowanej dedykowanym promotorem. Efektem tego jest wytworzenie i biologiczne działanie jego produktu, w tym przypadku białka SMN.

Onasemnogen abeparwovek jest zarejestrowany wyłącznie do podania w postaci pojedynczej dawki we wlewie dożylnym. Produkt należy podawać przez pompę infuzyjną w postaci pojedynczego i powolnego wlewu dożylnego trwającego około 60 minut. Producent zaleca, żeby osoby z fachowego personelu medycznego zachowały odpowiednie środki ostrożności (zakładanie rękawiczek ochronnych, okularów ochronnych, fartuchów laboratoryjnych i rękawów) podczas przygotowywania lub podawania produktu. W związku z okresowym usuwaniem onasemnogenu abeparwovek, głównie z wydaliniami, należy przekazać opiekunom i rodzinie pacjenta szczegółowe instrukcje dotyczące odpowiedniego postępowania z płynami ustrojowymi i wydaliniami pacjenta, szczególnie w zakresie higieny rąk podczas bezpośredniego kontaktu z płynami ustrojowymi i wydaliniami pacjenta przez co najmniej 1 miesiąc po leczeniu onasemnogenem abeparwovek.

Dawkowanie leku w terapii genowej jest specyficzne i jednocześnie ściśle określone dla danego pacjenta. Pacjenci otrzymują nominalną dawkę wynoszącą 1×10^{14} vg/kg (ilość genomów wektora podawanych na kilogram masy ciała) onasemnogenu abeparwovek. Całkowita objętość dawki ustalana jest na podstawie masy ciała pacjenta zgodnie z ChPL produktu leczniczego. Liczba fiolek w zestawie i wymagana liczba zestawów zależy od masy ciała. Objętość dawki obliczana jest na

podstawie górnej granicy zakresu masy ciała pacjenta. W związku z tym, że podawany lek zawiera wektor wirusowy to może zostać wywołana odpowiedź immunologiczna na kapsyd AAV9, w efekcie czego może dojść do zwiększenia aktywności aminotransferaz wątrobowych, zwiększenie stężenia troponiny lub zmniejszenie liczby płytek krwi. Aby słumić odpowiedź immunologiczną zaleca się zastosowanie leczenia immunomodulującego kortykosteroidami. Przed podaniem wlewu onasemnogenu abeparwówek i po jego podaniu należy w miarę możliwości skorygować kalendarz szczepień pacjenta, aby umożliwić zastosowanie jednoczesnego leczenia kortykosteroidami według zaleconego w ChPL schematu dawkowania. Po wlewie przez 3 miesiące należy monitorować czynność wątroby.

Po podaniu leku zgłaszano przypadki ciężkiego uszkodzenia i niewydolności wątroby. W niektórych przypadkach obserwowano przemijające zmniejszenie liczby płytek krwi, spełniające kryteria małopłytkowości. W większości przypadków najmniejsze wartości liczby płytek krwi występują w pierwszym tygodniu po wlewie onasemnogenu abeparwówek, dlatego przed podaniem wlewu należy sprawdzić liczbę płytek krwi, a następnie monitorować ją ściśle w ciągu pierwszych 2 tygodni po infuzji. Po wprowadzeniu leku do obrotu zgłaszano również przypadki mikroangiopatii zakrzepowej (ang. thrombotic microangiopathy, TMA), występującej przeważnie po upływie jednego tygodnia od infuzji. Zgłaszane przypadki zwiększenia stężenia troponiny I u niektórych pacjentów mogą wskazywać na potencjalne uszkodzenie mięśnia sercowego, dlatego należy monitorować jej stężenie i w razie potrzeby skonsultować z kardiologiem. Z niepożądanych działań ogólnych obserwowano najczęściej zaburzenia żołądkowo-jelitowe i podwyższoną temperaturę ciała.

Zastosowany wektor AAV9 ma wiele zalet, które powodują, że w dobrym stopniu nadaje się do terapii genowej m.in. z powodu:

- jest niepatogeniczny i bezpieczny dla organizmu ludzkiego.
- wnika do wielu różnych rodzajów komórek, w tym do neuronów.
- przechodzi przez barierę krew- mózg – dlatego Zolgensma może być podawana dożylnie, a nie dokanałowo.
- działa na komórki, które się nie dzielą, tak jak w przypadku neuronów
- działa przez długi okres czasu
- jest łatwiejszy w produkcji niż inne wirusy, co jest istotne, bo dawka Zolgensma to $1,1 \times 10^{14}$ wirusów na każdy kilogram masy ciała pacjenta – czyli 110 000 000 000 000 wirusów na kilogram

Jedną z wad AAV jest rozmiar wirusa, który w niektórych przypadkach nie pozwala na umieszczenie całości materiału genetycznego w jego wnętrzu, jednak gen SMN1 jest wystarczająco niewielki, co niweluje ten problem. Stwierdzoną w 2021 r. kwestią

dotyczącą bezpieczeństwa jest potencjalna nadekspresja transgenu. W *Nature Neuroscience* ukazała się publikacja, w której podano myszom preparat podobny do Zolgensmy. Zaobserwowano, że podanie genu SMN1 w nośniku AAV9 może spowodować, że ilość wytworzonego białka może być za duża w stosunku do potrzeb neuronu. W modelu mysim zaskutkowało to agregatami białka SMN w cytoplazmie neuronów ruchowych, a w niektórych przypadkach, również wtórną neurodegeneracją.

Terapia genowa jest przeznaczona dla małych dzieci. W USA została dopuszczona u dzieci do lat dwóch, natomiast w Europie nie ma takiego limitu wiekowego. Najcięższe dziecko, które przyjęło Zolgensmę w badaniach klinicznych ważyło ponad 8 kg. Masa ciała dziecka (w tym wiek) determinuje wielkość dawki (ilość cząstek wirusa), którą należy podać dziecku, a tym samym ilość podawanych kortykosteroidów i stopień ciężkości potencjalnych działań niepożądanych opisanych powyżej. Obecnie większość ekspertów uznaje, że ze względów bezpieczeństwa Zolgensma nie powinna być podawana dzieciom cięższym niż 13,5 kg. Najlepszą odpowiedź na leczenie tym lekiem obserwuje się u pacjentów, u których terapia zostaje wdrożona w okresie przedobjawowym SMA i wtedy istnieje duże prawdopodobieństwo, że objawy kliniczne u pacjenta nigdy nie wystąpią. Bardzo dobre efekty odnotowuje się również na wczesnym etapie objawowym. W świeżej publikacji z 2022 roku udokumentowano wysoki efekt terapeutyczny terapii genowej u dzieci do 2 roku życia. Natomiast efekty terapeutyczne u starszych dzieci są niepewne.

Efekt terapeutyczny ściśle zależy od wieku pacjentów i typu SMA. W głównym badaniu rejestracyjnym (CL-303) badano zastosowanie Zolgensmy w populacji pacjentów wczesnie leczonych z 1 typem SMA. W ich przypadku siła interwencji była największa, ponieważ w wyniku zastosowanej terapii pacjenci mogli zyskać najwięcej lat życia w lepszym zdrowiu, co spowodowało również wzrost jakości ich życia. Najistotniejsze z punktu widzenia siły interwencji było jednak przeżycie pacjentów, którego czas wydłużył się w porównaniu do naturalnego przebiegu choroby. Wyniki badań rejestracyjnych onasemnogenu abeparwówek wskazują, że lek jest skuteczny w zakresie poprawy przeżycia, braku konieczności stałego wspomaganie wentylacji, poprawy wyników testu CHOP – INTEND określającego nasilenie choroby oraz poprawy w osiąganiu kamieni milowych rozwoju ruchowego w porównaniu do wyników populacji historycznej z naturalnym przebiegiem choroby. W październiku został opublikowany raport pt. "Rdzeniowy zanik mięśni (SMA). Efekty leczenia SMA w Polsce. Nowa jakość życia pacjentów i opiekunów" sporządzony na podstawie wyników badań przeprowadzonych przez specjalistów w

trakcie trwania programu lekowego B.102 LECZENIE CHORYCH NA RDZENIOWY ZANIK MIĘŚNI (ICD-10: G12.0, G12.1). Wyniki raportu jednoznacznie wskazują na korzyści z farmakoterapii u pacjentów pediatrycznych poddanych leczeniu. Badanie objęło roczny okres obserwacji 298 dzieci włączonych do terapii nusinersenem między marcem a wrześniem 2019 roku. Po 14 miesiącach wszyscy pacjenci osiągnęli korzyść w postaci zahamowania postępu choroby, a duża grupa pacjentów wyraźną poprawę stanu funkcjonalnego. Na 298 pacjentów z grupy obserwacyjnej, 292 ukończyło minimum roczny okres obserwacji i kontynuowało terapię. 6 pacjentów ukończyło terapię przed upływem roku, w tym dwoje z nich zmarło bezpośrednio po rozpoczęciu leczenia w wyniku bardzo ciężkich, wcześniej już istniejących objawów choroby. U 75% pacjentów leczenie było bardzo skuteczne w zauważalny sposób. Decyzja o refundacji w naszym kraju objęła pacjentów bez ograniczeń wiekowych. W momencie rejestracji leku nusinersen, spodziewano się, że co najmniej połowa populacji pacjentów, którzy mogą potencjalnie kwalifikować się do terapii, to osoby dorosłe. Obecnie na 836 pacjentów w programie lekowym, 47 procent to chorzy dorośli. Średni wiek w momencie rozpoczęcia terapii to 32 lata. Analizowano zmiany po 6, 10, 14, 18, 22 i 26 miesiącach leczenia. Analizą objęto 120 pacjentów (średni wiek to 32 lata). W badaniu stwierdzono, że z każdym podaniem leku efekt terapeutyczny u osób dorosłych staje się znamienne wyższy, co wpływa na poprawę siły pacjentów, możliwości samorealizacji w życiu zawodowym, aktywnościach i samodzielności.

Piśmiennictwo źródłowe:

1. Vill, K. *et al.* One year of newborn screening for SMA – Results of a German pilot project. *J. Neuromuscul. Dis.* **6**, 503–515 (2019).
2. Tisdale, S. & Pellizzoni, L. Disease Mechanisms and Therapeutic Approaches in Spinal Muscular Atrophy. *J. Neurosci.* (2015) doi:10.1523/JNEUROSCI.0417-15.2015.
3. Pattali, R., Mou, Y. & Li, X.-J. AAV9 Vector: a Novel modality in gene therapy for spinal muscular atrophy. *Gene Ther.* doi:10.1038/s41434-019-0085-4.
4. Li, C. & Samulski, R. J. Engineering adeno-associated virus vectors for gene therapy. *Nat. Rev. Genet.* **21**, (2020).
5. Rutkowski, A., Jaźwa, A., Józkowicz, A. & Dulak, J. Wektory AAV w terapii genowej. *Biotechnologia* 33–44 (2007).
6. Ravi, B., Chan-Cortés, M. H. & Sumner, C. J. Gene-Targeting Therapeutics for Neurological Disease: Lessons Learned from Spinal Muscular Atrophy. *Annu. Rev. Med.* **72**, 1–14 (2021).

7. Van Alstyne M, Delestree N, Recinos Y, Workman E, Shihabuddin LS, Zhang C, Mentis GZ, Pellizzoni L, T. I. *et al.* Gain of toxic function by long-term SMN overexpression in the mouse motor circuit. *Cure SMA Meet.* 2020 (2020) doi:10.1038/s41593-021-00827-3.

8. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/spinraza-epar-product-information_pl.pdf

9. https://www.roche.pl/content/dam/rochexx/roche-pl/roche_poland_rwd/pl_PL/documents/SmPC/evrysdi.pdf

10. https://www.ema.europa.eu/en/documents/product-information/zolgensma-epar-product-information_pl.pdf

11. file:///C:/Users/admin/Downloads/Raport-SMA_online_31_10.pdf

12. https://neurologia-dziecieca.pl/neurologia/rdzeniowy-zanik-miesni-nowe-terapie-nowe-wyzwania_52-11-17.pdf

13. <https://www.mp.pl/pacjent/neurologia/choroby/151571,rdzeniowy-zanik-miesni>



Fot. Święty Kosma i Damian leczą kobietę zgiętą w pół, jedna ze scen relikwiarza św. Kosmy i Damiana z kościoła NMP w Krakowie (fot. Małgorzata Kierczuk-Macieszko).

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

„WYPALENIE ZAWODOWE” – NA CZYM POLEGA I JAK SOBIE Z NIM RADZIĆ ?

Pojęcie wypalenia zawodowego zostało wprowadzone w latach 70-tych przez amerykańskiego psychiatrę Herberta Freudenbergera, który zauważył, że w grupie osób - wolontariuszy zaangażowanych społecznie, po pewnym czasie dochodziło do spadku motywacji do efektywnego działania, co objawiało się objawami psychosomatycznymi. Amerykańska profesor psychologii Christina Maslach uszczegółowiła istotę zjawiska jako problem społeczny, odnosząc je do zawodów obciążonych stresem m.in.:

- pracowników zawodów medycznych – psychiatrów i psychologów klinicznych oraz pielęgniarek oddziałów psychiatrycznych;
- pracowników opieki społecznej;
- pracowników zajmujących się pomocą prawną osobom ubogim;
- pracowników więziennictwa.

U osób objętych badaniem występowały w mniejszym lub większym nasileniu charakterystyczne objawy takie jak:

- wyczerpanie fizyczne i psychiczne;
- negatywny sposób postrzegania;
- wzrost emocjonalnego napięcia;
- zanik empatii – uczuciowości;
- niewłaściwe zachowania wobec pacjentów;
- kryzys zawodowych kompetencji.

Obecnie w literaturze pojęcie „wypalenia zawodowego” jest przedstawiane jako zespół psychicznych/emocjonalnych i społecznych cech wynikających z długotrwałego stresu, wyczerpania psychicznego i fizycznego związanego z wykonywaniem pracy zawodowej, a czasami społecznej. Osoby takie w wyniku tego zjawiska tracą pierwotny zapał, chęci, motywację i energię do wykonywania dotychczasowych obowiązków. Zjawisko może dotknąć każdą osobę, często ujawnia się u osób, których początkowe podejście do pracy charakteryzowało się wysokim poziomem motywacji, zaangażowaniem i ambicją w prawidłowym wykonywaniu obowiązków zawodowych. Często zjawisko wypalenia zawodowego obejmuje osoby, których czynności zawodowe polegają na emocjonalnym kontakcie z innymi ludźmi,

w tym grupy zawodowe udzielające świadczeń zdrowotnych polegających na ratowaniu zdrowia i życia ludzkiego, a co się z tym wiąże odpowiedzialnością za drugiego człowieka. Z powodów powyższych można stwierdzić, że na wypalenie zawodowe są narażone osoby z grupy zawodów zaufania publicznego. Niewątpliwie najważniejszą przyczyną wypalenia zawodowego jest przewlekły stres, który wynika albo z nadmiernej ilości obowiązków, albo z nieprzystosowania organizmu czy braku zdolności do radzenia sobie ze stresem. W trakcie kariery zawodowej, zwłaszcza po pewnym czasie, charakterystycznym osobniczo, pojawia się zaburzenie równowagi pomiędzy życiem zawodowym i prywatnym, na niekorzyść tego ostatniego, co obciąża nieadekwatnie do sytuacji psychikę i powoduje pogorszenie samopoczucia i zdrowia fizycznego. Wymagania stawiane osobom wykonującym zawody zaufania publicznego w postaci szczególnych umiejętności interpersonalnych takich jak: uważne słuchanie, cierpliwość, dyskrecja, empatia, asertywność i kultura osobista w połączeniu z presją czasu czy nadmiaru obowiązków, potrzebą zaangażowania i wreszcie przemęczeniem mogą stać się w pewnym momencie zbyt obciążające i spowodować wypalenie zawodowe.

Zgodnie z koncepcją wspomnianej profesor Christiny Maslach, o syndromie wypalenia zawodowego można mówić, gdy u osoby pracującej zauważa się jednocześnie trzy z wymienionych elementów:

- emocjonalne wyczerpanie;
- depersonalizacja;
- subiektywne obniżenie oceny własnych dokonań.



Emocjonalne wyczerpanie jest

brakiem energii, natomiast depersonalizacja to obojętność wobec innych osób, uprzedmiotowienie pacjenta (w sektorze ochrony zdrowia), co może obniżyć jakość wykonywanych usług zdrowotnych w stosunku do pacjenta. Z kolei subiektywne obniżenie oceny własnych zachowań to poczucie porażki polegające na odczuciu

niskiej własnej wartości, pomimo dotychczasowych sukcesów w wykonywaniu zawodu. Na pojawienie się poniżej wymienionych objawów wypalenia zawodowego, a zwłaszcza na czas ich ujawnienia i natężenie niewątpliwie ma wpływ osobowość człowieka. Wypalenie zawodowe może manifestować się różnymi objawami zarówno psychicznymi jak i somatycznymi. Mogą to być:

- niechęć do pracy i poczucie chronicznego zmęczenia,
- brak satysfakcji z wykonywanych obowiązków,
- obniżona wydajność i efektywność,
- zniechęcenie i znudzenie zawodowe,
- poirytowanie, wrogość w stosunku do współpracowników, klientów czy pacjentów,
- apatia,
- zmienność nastroju i zachowań,
- niskie poczucie własnej wartości,
- pesymizm i cynizm w stosunku do innych,
- uczucie lęku,
- problemy ze snem i bezsenność,
- objawy somatyczne w postaci bólów głowy, mięśni, kręgosłupa, zespołu jelita drażliwego.

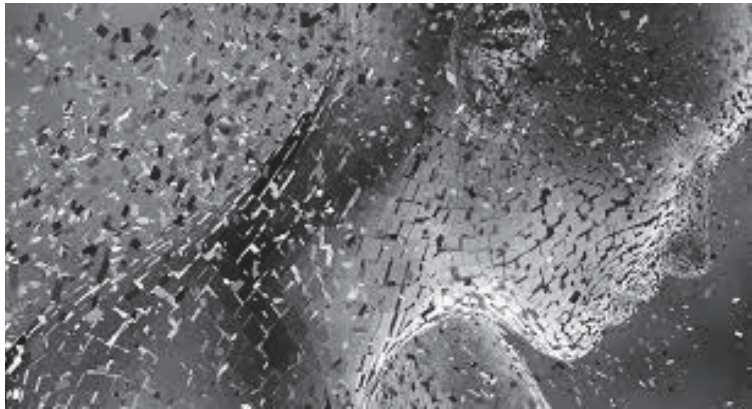
Zjawisko wypalenia zawodowego może nieść za sobą różne wymierne konsekwencje zarówno dla osoby dotkniętej tym syndromem jak i dla otoczenia. Do nich m.in. należą: nieefektywność w wykonywaniu swoich obowiązków, obniżenie wynagrodzenia w wyniku korzystania ze zwolnień lekarskich, skargi ze strony klientów czy pacjentów i współpracowników na zachowanie pracownika oraz błędy popełniane w wykonywaniu swoich obowiązków mogące skutkować obniżeniem poziomu bezpieczeństwa wykonywanej pracy (zagrożenie zdrowia lub życia pacjentów).

Z powyższych powodów bardzo ważne jest uświadomienie własnego narażenia na zjawisko wypalenia zawodowego. Często konieczne jest rozpoznanie syndromu przez psychoterapeutę, który poprzez rozmowę z pacjentem, w sposób obiektywny jest w stanie rozpoznać wypalenie zawodowe i zaproponować odpowiednią do sytuacji pacjenta terapię. Terapia polega na zastosowaniu technik antystresowych i poznawczych wpływających na higienę zdrowia psychicznego, w postaci zachowania równowagi pomiędzy karierą zawodową a życiem prywatnym. Bardzo istotne są wymierne rozwiązania organizacyjne dotyczące wykonywania zawodu w miejscu pracy takie jak: zmiana godzin pracy, stanowiska, wykorzystywanie urlopu zgodnie z

oczekiwaniami pracownika, zmiana stylu zarządzania strukturą organizacyjną) oraz modyfikacja psychofizycznego stylu życia poprzez rozwijanie swoich pasji i zainteresowań, regularna aktywność fizyczna, tzw. aktywny wypoczynek oraz wspomaganie procesu snu poprzez odpowiednie zachowania i rezygnację z dotychczasowych złych nawyków.

Czynniki powodujące wypalenie zawodowe są w dużej mierze wspólne dla choroby psychicznej jaką jest depresja, dlatego ważne jest właściwe zdiagnozowanie problemu u chorego, ponieważ w przypadku rozpoznanej depresji należy zastosować odpowiednią do stanu pacjenta farmakoterapię. Depresję rozpoznać może podejrzewać lekarz POZ czy psychoterapeuta, rozpoznanie zaś powinien postawić lekarz będący specjalistą psychiatrii. Logicznym jest, że u osoby młodej, nieaktywnej zawodowo nie rozpozna się wypalenia zawodowego natomiast należy podejrzewać depresję.

Dotychczas twierdzono zazwyczaj, że depresja i wypalenie to osobne, niepowiązane przyczynowo jednostki chorobowe. Jednak badania



przeprowadzone na stażystach medycznych z 68 różnych instytucji wykazały, że czynniki powodujące oba problemy natury psychicznej w znacznym stopniu się pokrywają. **Blisko 2/3 z nich ma źródło w życiu prywatnym, zaś 1/3 – związanym z pracą.** 1 stycznia 2022 r. wytyczne WHO dotyczące uznania stresu i zniechęcenia zawodowego związanego z pracą za schorzenie (kod ICD-11), **uzyskały moc prawną.** Z badania przeprowadzonego w lipcu 2020 r. przez instytut ARC Rynek i Opinia, we współpracy z Randstad, a na zlecenie serwisu Gumtree wynika, że w Polsce aż **31% pracowników umysłowych uważa się za wypalonych zawodowo.** Wspomniany na początku opracowania psychiatra Freudenberger odniósł się do różnic pomiędzy wypaleniem zawodowym a depresją, które polegają na odczuwanych emocjach podkreślając, że *w przypadku depresji jest to poczucie winy, a w przypadku wypalenia – gniew* oraz w przypadku pracownika wypalonego

zawodowo może on odczuwać szczęście w innych obszarach życia, *podczas gdy osoba chora na depresję odczuwa przygnębienie w odniesieniu do wszystkich dziedzin i sfer życia.*

Teksty źródłowe:

<https://www.ican.pl/b/depresja-i-wypalenie-zawodowe-maja-wspolne-przyczyny/P13KpZ2Q8>

Tucholska S, Christiny Maslach koncepcja wypalenia zawodowego: etapy rozwoju; Przegląd psychologiczny, 2001, tom 44, Nr 3, 301-317

Aouili, B. Haj Bakri, B. Wypalenie zawodowe a poczucie sensu życia lekarzy internistów. W: <http://www.psychologia.net.pl/arttykul.php?level=201>

Sęk, H. Wypalenie zawodowe Przyczyny, mechanizmy, zapobieganie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 2000

Maslach, C. Wypalenie się: utrata troski o człowieka. W: Zimbardo, P. G., Ruch F. L., Psychologia i życie. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN, 1994

Ostatnie minuty kaszlu!

Apitussic

(52mg/5ml)

syrop

Sulfogaiacolum

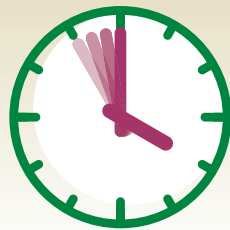
▶ Nie zawiera sztucznych barwników, aromatów, wzmacniaczy smaku oraz syntetycznych substytutów cukru (słodzików)



dla dzieci

Na bazie naturalnego ziółomiodu sosnowego!

Nazwa produktu leczniczego: APITUSSIC syrop 120 ml. **Skład jakościowy i ilościowy:** 5 ml syropu zawiera 52 mg sulfogwajakolu (*Sulfogaiacolum*). Substancja pomocnicza o znanym działaniu: 5 ml syropu zawiera 3,21 g sacharozę (w postaci ziółomiodu sosnowego). Pozostałe substancje pomocnicze to sodu benzoian i woda oczyszczona. **Wskazania:** stany zapalne górnych dróg oddechowych, kaszel. **Dawkowanie:** podanie doustne. Dzieci w wieku powyżej 6 lat: 3 lub 4 razy dziennie 5 ml (1 łyżeczka od herbaty); dzieci starsze i młodzież: 3 lub 4 razy dziennie 10 ml (2 łyżeczki od herbaty); dorośli: 3 lub 4 razy dziennie 10 ml (1 łyżka stołowa). **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na jakikolwiek składnik produktu leczniczego. Należy unikać stosowania leku u pacjentów z czynną chorobą wrzodową (produkt może nasilać istniejące dolegliwości). Nie należy podawać leku dzieciom poniżej 6 roku życia. **Działania niepożądane:** nie zaobserwowano istotnych objawów niepożądanych. Wystąpiły pojedyncze przypadki działania przeciwszcząjącego. Istnieje możliwość nadwrażliwości na składniki produktu leczniczego. **Srodki ostrożności:** syrop nie powinien być stosowany u osób uczulonych na produkty pszczele (ze względu na zawartość ziółomiodu sosnowego). Lek zawiera cukier (3,21 g sacharozę w 5 ml syropu), dlatego szczególną ostrożność należy zachować w przypadku osób chorych na cukrzycę. Pacjenci ze stwierdzoną nietolerancją niektórych cukrów powinni skontaktować się z lekarzem, przed przyjęciem leku. W przypadku pojawienia się niepokojących objawów po zacyciu leku (np. działanie przeciwszcząjące), należy odstawić lek i skonsultować się z lekarzem. W trakcie leczenia syropem Apitussic oraz 24 godziny po ostatniej dawce, może dojść do zaburzenia wyników badań biochemicznych poprzez obecność metabolitów gwajakolu w moczu (dotyczy głównie oznaczeń kwasu hydroksydolo-octowego oraz kwasu wanilino-galdolowego). W przypadku kobiet w ciąży oraz karmiących piersią lek może być stosowany wyłącznie po konsultacji z lekarzem. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** R/0499. **Podmiot odpowiedzialny:** FARMINA SP.Z O.O., UL. LIPSKA 44, 30-721 KRAKÓW.



Apipulmol

(2 g + 90 mg) / 100 g

syrop

Sulfogaiacolum + Ammonii chloridum

▶ Nie zawiera sztucznych barwników, aromatów, wzmacniaczy smaku oraz syntetycznych substytutów cukru (słodzików)



dla dorosłych

Nazwa produktu leczniczego: APIPULMOL (2 g + 90 mg)/ 100 g, Syrop, 120 ml. **Skład jakościowy i ilościowy:** substancja czynna: 100 gramów syropu zawiera 2 g sulfogwajakolu (*Sulfogaiacolum*) i 90 mg amonu chlorku (*Ammonii chloridum*), 10 ml syropu zawiera 260 mg sulfogwajakolu i 12 mg amonu chlorku. Substancje pomocnicze: ziółomiod sosnowy (zawiera sacharozę), etanol, metylu parahydroksybenzoian. **Wskazania:** stany zapalne górnych dróg oddechowych, kaszel. **Dawkowanie:** podanie doustne. Dorośli: 3 lub 4 razy na dobę po 10 ml (1 łyżka stołowa), z małą ilością ciepłego płynu. **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na sulfogwajakol, chłerek amonu, produkty pszczele lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Produkt leczniczego nie należy stosować u dzieci. **Działania niepożądane:** nie zaobserwowano ciężkich objawów niepożądanych. Zgłaszano pojedyncze przypadki działania przeciwszcząjącego. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** pacjenci, którzy po zastosowaniu zaobserwowali niepokojące objawy (np. działanie przeciwszcząjące) powinni odstawić lek i porozumieć się z lekarzem lub farmaceutą. Syrop zawiera ziółomiod sosnowy. Pacjenci z rzadkimi dziedzicznymi zaburzeniami związanymi z nietolerancją fruktozy nie powinni przyjmować produktu leczniczego. Produkt leczniczy nie powinien być stosowany u osób uczulonych na produkty pszczele. Z powodu zawartości parahydroksybenzoianu metylu produkt leczniczy może powodować reakcje alergiczne (możliwe reakcje typu późnego). Nie wykonano dobrze kontrolowanych badań klinicznych u kobiet w okresie ciąży i karmienia piersią, dlatego nie należy stosować produktu leczniczego w tym okresie. Produkt leczniczy zawiera 2,5% etanolu. W 10 ml syropu znajduje się 33 mg czystego etanolu, co odpowiada 2,75 ml wina lub 6,6 ml piwa. Należy zachować ostrożność w przypadku prowadzenia pojazdów i obsługiwanym maszyn. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** Pozwolenie nr 8220. **Podmiot odpowiedzialny:** FARMINA SP.Z O.O., UL. LIPSKA 44, 30-721 KRAKÓW.