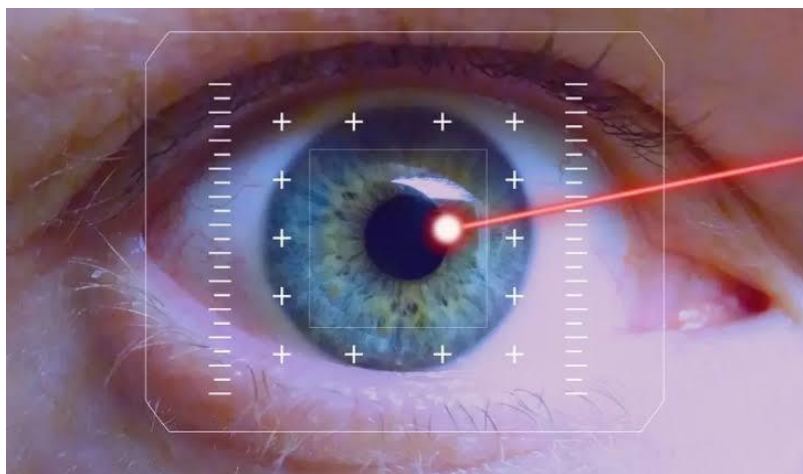

FARMACJA

REGIONU PÓŁNOCNO-WSCHODNIEGO

BIULETYN INFORMACYJNY
OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ
W BIAŁYMSTOKU



Na okładce: *Zaćma i jaskra* to główne przyczyny ślepoty na świecie. Są to dwie różne choroby, choć łączą je niektóre objawy (m.in. pogorszenie widzenia) i część czynników ryzyka, szczególnie starszy wiek.

Farmacja Regionu Północno-Wschodniego
Biuletyn Informacyjny Izby Aptekarskiej w Białymstoku

Komitet Redakcyjny:

Dorota Bielonko, Agnieszka Kita, Katarzyna Kruk,
Jarosław Mateuszuk /redaktor prowadzący/,
Elżbieta Rutkowska, Tomasz Sawicki, Michał Tomczyk.

Przygotowanie do druku: Elżbieta Jarmoc - Biuro OIA Białystok

Wydawca:

Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku

15-435 Białystok, ul. Ludwika Zamenhofa 27

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

www.oiab.com.pl

e-mail: biuro@oiab.com.pl

Nr konta bankowego: 16 1020 1332 0000 1102 0232 6403

Zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, (ogólne rozporządzenie o ochronie danych osobowych), zwane powszechnie RODO informujemy, że: Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku, ul. Zamenhofa 27; 15-435 Białystok

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

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

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść reklam umieszczonych w biuletynie.

SŁOWO OD PREZESA

Koleżanki i Koledzy,

Okres wakacyjny zazwyczaj kojarzy nam się z czasem zasłużonych, letnich urlopów i chwilą oddechu od codziennych obowiązków. Jednak w tym roku, zarówno w naszej Okręgowej Izbie, jak i w ogólnopolskiej legislacji, był to czas niezwykle intensywny, a dla naszego lokalnego środowiska – niestety również bardzo bolesny. Z głębokim smutkiem i żalem pożegnaliśmy w minionym czasie mgr farm. Agnieszkę Kwolek – była sekretarz Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku oraz była inspektor Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Białymstoku. Była to osoba niezwykle zasłużona dla podlaskiej farmacji, zawsze służąca radą, pomocą i dzieląca się swoim ogromnym doświadczeniem. W bieżącym numerze Biuletynu publikujemy wspomnienie poświęcone Jej osobie i wieloletniej pracy na rzecz naszego środowiska.

Mimo tych trudnych chwil musimy patrzeć w przyszłość i dbać o stały rozwój naszego zawodu. W tym kontekście gorąco zachęcam do lektury jednego z głównych artykułów zamieszczonych w tym numerze Biuletynu (autorstwa Pani mgr farm. Katarzyny Kruk), który kompleksowo porusza temat przeglądu lekowego jako kluczowego elementu opieki farmaceutycznej. To właśnie w rozszerzaniu naszych kompetencji i budowaniu partnerskich relacji z pacjentem upatrujemy gwarancji silnej pozycji aptek we wciąż ewoluującym systemie ochrony zdrowia.

Znaczącym krokiem w stronę usamodzielnienia i wzmocnienia naszego zawodu były wydarzenia z połowy sierpnia. W dniu 12 sierpnia 2026 r. prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej złożył w Ministerstwie Zdrowia długo wyczekiwany **projekt ustawy o indywidualnych i grupowych praktykach farmaceutycznych**. Stanowi on przełomową inicjatywę, która ma otworzyć nam drogę do świadczenia usług opieki farmaceutycznej również poza strukturami apteki ogólnodostępnej, dając możliwość prowadzenia własnych, wysoce sprofilowanych gabinetów. Będziemy uważnie śledzić dalsze losy tego projektu, gdyż może on w znaczący sposób zmienić naszą przyszłą ścieżkę kariery i ugruntować pozycję farmaceuty jako niezależnego eksperta.

Równolegle, letnie miesiące to czas gorących dyskusji nad zmianami w kształceniu przyszłych adeptów naszego zawodu. W konsultacjach publicznych mocno wybrzmiał projekt dotyczący nowych standardów kształcenia na kierunku farmacja. Jak zostało to podkreślone przez środowisko akademickie i samorządowe, kluczową zmianą, która bezpośrednio wpłynie również na apteki jako miejsca stażowe, jest propozycja przeniesienia obowiązkowych praktyk zawodowych w aptecę z okresu

podyplomowego na czas w trakcie trwania studiów (od III do V roku). Celem projektowanych zmian jest umożliwienie studentom jeszcze szybszego zetknięcia się z realnym środowiskiem pracy z pacjentem. Zmiany te z pewnością będą wiązały się z potrzebą przeorganizowania pracy kierowników aptek i opiekunów praktyk.

Wiele emocji w naszym środowisku niezmiennie budzą trwające prace nad nowelizacją ustawy Prawo farmaceutyczne, mającą na celu uregulowanie kwestii informacji i reklamy aptek, co wynika z konieczności dostosowania prawa krajowego do orzecznictwa Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej. Prace parlamentarne wciąż trwają, zatem ostateczny kształt projektu nie jest jeszcze domknięty (na moment publikacji tego Biuletynu). Jako Samorząd aktywnie w nich uczestniczymy, dbając o wypracowanie racjonalnego i bezpiecznego kompromisu. Z jednej strony chcemy, aby apteki mogły szeroko i rzetelnie informować pacjentów o nowo wdrażanych świadczeniach i usługach farmaceutycznych (np. szczepieniach czy przeglądach lekowych). Z drugiej jednak, zdecydowanie sprzeciwiamy się powrotowi do rynkowych patologii sprzed lat (których wiele Koleżanek i Kolegów może nie pamiętać z racji stażu pracy). Jak zostało to przedstawione w uwagach do projektu, nie ma zgody Samorządu na praktyki obniżające prestiż naszego zawodu, takie jak wręczanie pacjentom przysłowiowych "patelni, punktów za choroby czy talonów na wesele". Umożliwienie tego typu działań (opierających się na oferowaniu korzyści majątkowych) w zauważalny sposób zachwiałoby równowagę na rynku, dając nieuczciwą przewagę dużym podmiotom (posiadającym zdecydowanie większe środki finansowe), których działania obserwowaliśmy w okresie wakacyjnym choćby w reklamach telewizyjnych, kosztem mniejszych, niezależnych aptek.

Lipiec przyniósł publikację nowelizacji tzw. ustawy deregulacyjnej. Z punktu widzenia właścicieli aptek projekt ten wprowadza dwa niezwykle istotne „wentyle bezpieczeństwa”. Po pierwsze, przewiduje zmianę dokuczliwego systemu kar pieniężnych nakładanych przez Inspekcję Farmaceutyczną. Zniknąć mają tzw. dolne limity, a maksymalna kara (np. przy badaniach jakościowych) ma zostać obniżona do 100 tysięcy złotych, zawsze z uwzględnieniem "wagi naruszenia". Po drugie, przepisy doprecyzowują przesłanki fakultatywnego cofania zezwoleń na prowadzenie apteki – chroniąc placówki w sytuacjach, w których apteka udostępnia dane identyfikacyjne w celach wymuszonych przez nadrzędne przepisy prawa.

Warto również odnotować, że w czerwcu Samorząd z powodzeniem zainterweniował w Ministerstwie Zdrowia, wnioskując o przesunięcie terminu wdrożenia funkcjonalności tzw. e-recepty dzielonej. Resort zdrowia przychylił się do tego apelu, co skutecznie zapobiegło chaosowi organizacyjnemu w pierwszych dniach urlopów

oraz dało dostawcom oprogramowania tak bardzo potrzebny czas na dopracowanie i przetestowanie systemów informatycznych.

Koniec wakacji to z kolei tradycyjny okres mobilizacji przed zbliżającym się sezonem infekcyjnym. W sierpniu uwaga całego środowiska skupiła się na nadchodzącej kampanii szczepień przeciw grypie i COVID-19, na co wskazywały liczne komunikaty Ministerstwa Zdrowia i Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące aktualizacji wytycznych i warunków kontraktowania na nowy sezon. Z niebywałą satysfakcją obserwuję rosnące zaangażowanie aptek w naszym regionie – jesteśmy dla pacjentów kluczowym punktem na mapie profilaktyki. Dlatego też apeluję o uważne zapoznanie się z najnowszymi wytycznymi dotyczącymi sprawozdawczości, by móc realizować te świadczenia sprawnie i bez formalnych problemów.

Zapraszam wszystkich serdecznie do uważnej lektury obecnego wydania Biuletynu. Mam nadzieję, że zaprezentowane artykuły okażą się wartościowe i przydatne w codziennej pracy. Zapraszam także do regularnego odwiedzania strony internetowej Izby (www.oiab.com.pl) oraz korzystania z portalu „Strefa farmaceuty”.

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

Pozdrawiam serdecznie

Tomasz Sawicki

Prezes ORA w Białymstoku



SPIS TREŚCI

Słowo od Prezesa	1
Spis treści	4
Kalendarium prac OIA za okres V - VIII 2026 r.	5
Komunikat Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku	12
STREFA FARMACEUTY – nowa funkcjonalność dedykowana członkom OIA w Białymstoku	14
Z prac Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku	
Sprawozdanie z działalności ORA za okres V-VIII 2026 r.	15
Porady Prawne	
Żądane wydania recepty przez policję – <i>r.pr. E. Nowak</i>	19
Praktyka i receptura apteczna	
Przegląd lekowy, jako element opieki farmaceutycznej – <i>mgr farm. K. Kruk</i> ...	24
Medycyna dla Farmaceutów	
Jaskra i zaćma – farmakoterapia najczęstszych przewlekłych schorzeń okulistycznych – na jakie aspekty uczulić pacjenta.	
Cz. I Zaćma – farmakoterapia okołozabiegowa – <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i>	35
Cz. II Jaskra – <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i>	44
Nowe zalecenia dotyczące stosowania szczepionki IXCHIQ u pacjentów w profilaktyce zakażenia wirusem chikungunya– <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i>	52
Dżuma w Rosji – czy obawy przed ekspansją choroby są uzasadnione?– <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i>	57
VARIA	
Konferencja naukowa „Rośliny lecznicze w nauce i kulturze” – <i>mgr farm. M. Pająk, dr E. Rutkowska</i>	60
Wspomnienia	
Wspomnienie o mgr farm. Agnieszce Kwolek – <i>mgr farm. J. Mateuszuk</i>	67
Słowa pożegnania Śp. Agnieszki Kwolek wygłoszone przez Prezesa ORA w dniu 5 sierpnia 2026 r. podczas uroczystości pogrzebowych w Kościele Św. Rocha w Białymstoku.....	69
List kondolencyjny od dr hab. n. farm. Bożeny Karolewicz - Prezesa Zarządu Głównego PTFarm.	71
Wspomnienie o mgr farm. Iwonie Ruszczyk – <i>T. Ruszczyk</i>	72

KALENDARIUM PRAC OIA W BIAŁYMSTOKU

04.05.2026 r.

Udział Wiceprezesa ORA Jarosława Mateuszuka w posiedzeniu Komisji ds. Opieki farmaceutycznej przy NRA

06.05.2026 r.

Udział Wiceprezesa ORA Jarosława Mateuszuka w posiedzeniu Komisji ds. Recept przy NRA

06.05.2026 r.

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

08 – 10.05.2026 r.

Udział Prezesa ORA i Wiceprezesa ORA Jarosława Mateuszuka w Podlasko-Mazurskich Warsztatach Farmacji Szpitalnej

18.05.2026 r.

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

18.05.2026 r.

Udział Wiceprezesa ORA Jarosława Mateuszuka w posiedzeniu Komisji ds. Aptek Ogólnodostępnych przy NRA

20.05.2026 r.

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

22.05.2026 r.

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

27.05.2026 r.

Udział Wiceprezesów ORA Ewy Gładkowskiej i Jarosława Mateuszuka w stacjonarnej konferencji farmaceutycznej w Białymstoku poświęconej szczepieniom w aptekach

27-28.05.2026 r.

Udział Prezesa ORA w konferencji „Europe’s Health Preparedness in Security Crises” we Wrocławiu organizowanej przez PGEU (Pharmaceutical Group of the European Union).

03.06.2026 r.

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

10.06.2026 r.

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

17.06.2026 r.

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

23.06.2026 r.

Udział Prezesa ORA w inauguracji ogólnopolskiego projektu Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego „Lista na ratunek” w Warszawie.

25.06.2026 r.

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

30.06.2026 r.

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

08.07.2026 r.

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

22.07.2026 r.

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

28.07.2026 r.

Udział Wiceprezesa ORA Jarosława Mateuszuka w spotkaniu stacjonarnym zorganizowanym przez NIA w Warszawie poświęconym konsultacji projektu dotyczącego indywidualnych praktyk farmaceutycznych

04.08.2026 r.

Udział Wiceprezesa ORA Jarosława Mateuszuka w spotkaniu stacjonarnym zorganizowanym przez NIA w Warszawie poświęconym konsultacji projektu dotyczącego indywidualnych praktyk farmaceutycznych

05.08.2026 r.

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

04-05.08.2026 r.

Udział członków ORA w Białymstoku w uroczystościach pogrzebowych Śp. mgr farm. Agnieszki Kwolek

18.08.2026 r.

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

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

1. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie stomatologiczne;
2. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie określenia kwalifikacji i stażu pracy wymaganych od osób zatrudnionych w jednostkach organizacyjnych publicznej służby krwi oraz wykazu stanowisk w poszczególnych działach i pracowniach tych jednostek (MZ 1825);
3. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wysokości zasadniczego wynagrodzenia miesięcznego lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w ramach rezydentury (MZ 1900);
4. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju świadczenia zdrowotne kontraktowane odrębnie;
5. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie programu pilotażowego opieki farmaceuty sprawowanej nad pacjentem w zakresie zdrowia reprodukcyjnego (MZ 1899);
6. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie wysokości i sposobu wnoszenia opłat przez jednostki badawcze za kontrolę i weryfikację spełniania zasad Dobrej Praktyki Laboratoryjnej;
7. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (MZ 1889);
8. Projektu ustawy o zawodzie pielęgniarstwa i zawodzie położnej (UD 387);
9. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji przetwarzanych przez świadczeniodawców, szczegółowego sposobu rejestrowania tych informacji oraz ich przekazywania podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych (MZ 1894);
10. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie badań psychologicznych osób ubiegających się o uprawnienia do kierowania pojazdami, kierowców oraz osób wykonujących pracę na stanowisku kierowcy;
11. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie szczegółowego komunikatu XML dotyczącego przekazywania dokumentów rozliczeniowych w postaci dokumentu elektronicznego;

12. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1907);
13. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie świadczenia w szpitalnym oddziale ratunkowym oraz w zakresie świadczenia w izbie przyjęć;
14. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego (MZ 1883);
15. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju ambulatoryjna opieka specjalistyczna;
16. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu obliczania prognozowanego czasu oczekiwania na udzielenie świadczeń opieki zdrowotnej objętych centralną elektroniczną rejestracją (MZ 1891);
17. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie programu pilotażowego leczenia gruźlicy wielolekoopornej w warunkach ambulatoryjnych (MZ 1909);
18. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1906);
19. Projektu ustawy o zmianie ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty oraz niektórych innych ustaw (UD 384);
20. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania (MZ 1892);
21. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wykazu wyrobów medycznych wydawanych na zlecenie;
22. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzoru dokumentu „Prawo wykonywania zawodu ratownika medycznego” (MZ 1905);
23. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie określenia szczegółowego sposobu przeprowadzenia procedury oceniającej spełnienie pojedynczych standardów akredytacyjnych (MZ 1868);
24. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne oraz leczenie szpitalne – świadczenia wysokospecjalistyczne;
25. Zarządzeniu Prezesa NFZ zmieniającego zarządzenie w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju programy zdrowotne – w zakresach: profilaktyczne programy zdrowotne;

26. Projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi;
27. Projektu ustawy o zmianie ustawy o podatku akcyzowym oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (UD 418);
28. Projektu ustawy o zmianie ustawy o zdrowiu publicznym (UD 417);
29. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu opieki psychiatrycznej i leczenia uzależnień (MZ 1911);
30. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie sposobu ustalania wysokości współczynników korygujących oraz wysokości ryczałtu dla ośrodka koordynującego (MZ 1903);
31. Rozporządzeniu Ministra Finansów i Gospodarki zmieniającego rozporządzenie w sprawie kas rejestrujących (nr 70 w wykazie prac legislacyjnych);
32. Projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw;
33. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu świadczeń opieki zdrowotnej udzielanych w powiatowym centrum zdrowia (MZ 1831);
34. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju rehabilitacja lecznicza oraz programy zdrowotne w zakresie świadczeń – leczenie dzieci i dorosłych ze śpiączką;
35. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie programy lekowe;
36. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu rehabilitacji leczniczej (MZ 1575);
37. Projektu ustawy o receptach oraz o zmianie niektórych innych ustaw (prekonsultacje);
38. Projektu ustawy zmieniającej ustawę o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (UD 421);
39. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie Krajowego Programu Zapobiegania Zakażeniom HIV i Zwalczania AIDS (RD 306);
40. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna w zakresie nocnej i świątecznej opieki zdrowotnej;

41. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie warunków umów o udzielanie onkologicznych świadczeń kompleksowych;
42. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie limitu przyjęć na studia na kierunkach lekarskim i lekarsko-dentystycznym (MZ 1920);
43. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju opieka psychiatryczna i leczenie uzależnień;
44. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie zapotrzebowania na produkty lecznicze lub wyroby medyczne wystawianego przez armatora (MZ 1916);
45. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wzorów dokumentów dotyczących rejestracji i zatwierdzania zakładów produkujących lub wprowadzających do obrotu żywność oraz materiały i wyroby przeznaczone do kontaktu z żywnością, podlegających urzędowej kontroli organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej (MZ 1878);
46. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1925);
47. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie wskaźników jakości opieki zdrowotnej (MZ 1926);
48. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie leczenia substytucyjnego (MZ 1910);
49. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie centralnej elektronicznej rejestracji (MZ 1927);
50. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie określenia wysokości opłat za krew i jej składniki w 2027 r. (MZ 1914);
51. Projektu ustawy o zawodzie dietetyka i samorządzie zawodowym dietetyków;
52. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie apteczek okrętowych i apteczek medycznych oraz wzoru karty zdrowia dla marynarza na statku morskim;
53. Projektu ustawy o zmianie ustawy o działalności leczniczej;
54. Projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne (UDER114);
55. Projektu ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (UD 439);
56. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie szczegółowych kryteriów wyboru ofert w postępowaniu w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1923);

57. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie warunków zawarcia i realizacji umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju podstawowa opieka zdrowotna;
58. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej;
59. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii 1 i preparatów zawierających te środki lub substancje;
60. Projektu ustawy o udzieleniu cudzoziemcom ochrony na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej;
61. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia zmieniającego rozporządzenie w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej (MZ 1938);
62. Zarządzeniu Prezesa NFZ w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne – świadczenia kompleksowe;
63. Projektu ustawy o zmianie ustawy – Kodeks karny oraz ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta;
64. Rozporządzeniu Ministra Zdrowia w sprawie kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych (MZ 1933).

**Członkowie
Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Białymstoku**

KOMUNIKAT

Uprzejmię 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. Takı 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 sądowo-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 oraz <https://strefa.oiab.com.pl>

Przypominamy również, że członkowie Izby powinni niezwłocznie informować organy Izby o każdorazowej zmianie danych objętych rejestrem farmaceutów prowadzonym przez Okręgową Izbę Aptekarską w Białymstoku tj.: miejsca zatrudnienia i zamieszkania, jak również zmianie nazwiska, uzyskanych specjalizacji, czy stopni naukowych, należy to zrobić logując się <https://strefa.oiab.com.pl>

W imieniu Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku

Prezes ORA w Białymstoku
mgr farm. Tomasz Sawicki

Skarbnik ORA w Białymstoku
mgr farm. Agnieszka Kita



Szanowni Państwo,

przypominamy, że od listopada 2023 roku Okręgowa Izba Aptekarska w Białymstoku uruchomiła na swojej stronie internetowej nową funkcjonalność, jaką jest **STREFA FARMACEUTY**.

Każdy członek Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku, po zarejestrowaniu się i zalogowaniu na swoim indywidualnym koncie może zweryfikować wszelkie dane osobowe znajdujące się w rejestrze prowadzonym przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku, do których należą:

- dane teleadresowe;
- wykształcenie (dyplom, uczelnia, stopień naukowy, specjalizacje);
- miejsca pracy (stanowisko, etat, datę rozpoczęcia i zakończenia);
- okresy edukacyjne *(dla osób nie posiadających karty ciągłego szkolenia - wyłącznie przez Strefę Farmaceuty)*;
- saldo składek z możliwością opłacenia przez system Przelewy24.

Powyższe dane można edytować (składając wniosek o ich modyfikację), co ułatwi Państwu w znaczny sposób ich aktualizację i bieżące weryfikowanie (bez konieczności wypełniania dodatkowych - papierowych formularzy, czy też osobistego przyjazdu do siedziby Izby). Dzięki temu sprawdzenie miejsca zatrudnienia, salda składek, czy też okresów edukacyjnych będzie możliwe o każdej porze dnia i w dowolnym miejscu (w zasięgu internetu). Kolejną możliwością jest składanie wniosków o wydanie rękojmi na stanowisko kierownika apteki, hurtowni farmaceutycznej, działu farmacji aptecznej, co powinno przyspieszyć i uprościć sam proces.

- jest również możliwość korespondencji między farmaceutą, a biurem Izby (skrzynka do przekazywania wiadomości)

W przypadku pojawienia się jakichkolwiek problemów lub błędów proszę o kontakt telefoniczny z biurem Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku lub e-mail:

biuro@oiab.com.pl

Bezpośrednie linki do Strefy farmaceuty:

- rejestracja <https://strefa.oiab.com.pl/register>
- logowanie <https://strefa.oiab.com.pl/login>

Z PRAC OKRĘGOWEJ RADY APTEKARSKIEJ W BIAŁYMSTOKU

Sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku za okres maj-sierpień 2026 r.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 06.05.2026 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 8. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło jednogłośnie uchwałę ws. przyznania jednej osobie Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wpisało jedną osobę do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło jednogłośnie uchwały ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczących się w:

- Skierniewicach przy ul. Władysława Stanisława Reymonta
- Ełku przy ul. Jana Kilińskiego

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenie w związku z planowanym objęciem funkcji zastępcy kierownika apteki mieszczącej się w Łomży przy ul. Bema.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 22.05.2026 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 8. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wpisało jedną osobę do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło uchwały ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w:

- Ełku przy ul. Adama Mickiewicza

- Suwałkach przy ul. Bakalarzewskiej
- Nowogrodzie przy ul. Adama Chętnika

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 02.06.2026 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 7. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło jednogłośnie uchwałę ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Suwałkach przy ul. Noniewicza.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 17.06.2026 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 8. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku wydało zaświadczenie do kierowania działem farmacji szpitalnej w Hospicjum „Dom Opatrzności Bożej” w Białymstoku przy ul. Jana III Sobieskiego.

Prezydium ORA w Białymstoku podjęło uchwałę ws. wpisania jednej osoby do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku

Prezydium ORA w Białymstoku podjęło uchwałę ws. przyznania nowego dokumentu PWZF w związku ze zmianą nazwiska

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej - 30.06.2026 r.

Posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku odbyło się w siedzibie OIA w Białymstoku i uczestniczyło w nim 12. członków Rady.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła jednogłośnie uchwały ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w:

- Gołdapi przy ul. Plac Zwycięstwa
- Olecku przy ul. Gołdapskiej

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku podjęła jednogłośnie uchwałę ws. wydania nowego dokumentu Prawo Wykonywania zawodu farmaceuty w związku ze zmianą nazwiska.

Okręgowa Rada Aptekarska w Białymstoku wydała zaświadczenie w związku z objęciem stanowiska kierownika hurtowni farmaceutycznej Dentomax mieszczącej się w Białymstoku przy ul. Nowowarszawskiej

Sprawy różne:

- Informacja Prezesa ORA w Białymstoku ws. uczestnictwa w spotkaniu dotyczącym inicjatywy na rzecz bezpieczeństwa pacjentów „Lista Na Ratunek”.

- Pismo farmaceutów zambrowskich ws. powstania nowej apteki w Zambrowie. OIAB wystąpiła do Podlaskiego WIF z prośbą o informację publiczną w tej sprawie.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 15.07.2026 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 7. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło jednogłośnie uchwałę ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Knyszynie ul. Grodzieńskiej.

Prezydium ORA w Białymstoku podjęło uchwałę ws. wpisania jednej osoby do rejestru farmaceutów prowadzonego przez Okręgową Radę Aptekarską w Białymstoku

Prezydium ORA w Białymstoku pozytywnie zaopiniowało członka OIA w Białymstoku na opiekuna studenta odbywającego sześciomiesięczną praktykę zawodową.

Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 05.08.2026 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 7. jego członków.

Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku podjęło jednogłośnie uchwałę ws. opinii dotyczącej warunków pełnienia funkcji kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Rucianem-Nida przy ul. Łomżyńskiej.

Prezydium ORA w Białymstoku wydało dwóm osobom nowe dokumenty PWZF w związku ze zmianą nazwiska.

Prezydium ORA w Białymstoku wydało zaświadczenia:

- do kierowania działem farmacji szpitalnej w Centrum Kardiologii "Scanmed" mieszczącego się w Bielsku Podlaskim przy ul. Kleszczelowskiej
 - do kierowania działem farmacji szpitalnej w Prywatnej Clinic Okulistycznej "Tęczówka" s.c. Iwona Witecka-Nalewajek, Piotr Nalewajek, mieszczącego się w Białymstoku przy ul. Węglowej
 - w związku z powierzeniem obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Brańsku przy ul. Sienkiewicza
 - w związku z powierzeniem obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Olecku przy Placu Wolności
 - w związku z powierzeniem obowiązków kierownika apteki ogólnodostępnej mieszczącej się w Łomży przy ul. ks. Kardynała Wyszyńskiego
- Na tym posiedzenie zakończono.

Posiedzenie Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej - 18.08.2026 r.

W zdalnym głosowaniu w systemie oia24.pl, Prezydium Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku uczestniczyło 7. jego członków.

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

- Zambrowie przy ul. Plac Sikorskiego
- Nowodworcach przy ul. Stokrotki

Na tym posiedzenie zakończono.

Sekretarze
ORA w Białymstoku
IX karencji

dr Beata Kocięcka

dr Michał Aleksiejczuk

PORADY PRAWNE

Radca Prawny Elżbieta Nowak

ŻĄDANIE WYDANIA RECEPT PRZEZ POLICJĘ

W związku z powtarzającymi się pismami policji prowadzącej postępowanie o udostępnienie informacji dotyczących realizacji recept przez aptekę na podstawie art.15 § 3 kpk (kodeks postępowania karnego) oraz art.15 ust.1 pkt 7 ustawy z dnia 6 kwietnia 1990r. o Policji (t.j. Dz.U. z 2025r. poz. 636 z późn. zm.), niniejszym wskazuję;

Samodzielne żądanie Policji o udostępnienie informacji dotyczących realizacji recept przez aptekę lub wydanie recept w oparciu o art.15 § 3 k.p.k. oraz art.15 ust.1 pkt 7 ustawy o policji nie wystarcza. Konieczne jest postanowienie prokuratora nadzorującego śledztwo lub postanowienia sądu o żądaniu wydania rzeczy lub danych.

Każdy farmaceuta ma *obowiązek zachowania w tajemnicy informacji związanych z pacjentem, co wynika z art. 34 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t. j. Dz. U .z 2025r. poz.608)* Art.2 ust.1 *też ustawy stanowi wprost, że zawód farmaceuty jest samodzielnym zawodem medycznym. Fakt ten wiąże się z obowiązkiem farmaceuty do przestrzegania przepisów* ustawy z dnia 6 listopada 2008r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024r. poz.581), której to art.13 stanowi, że: *Pacjent ma prawo do zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny, w tym udzielające mu świadczeń zdrowotnych, informacji z nim związanych, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu* medycznego.

Dodatkowo farmaceutów wiążą przepisy ROZPORZĄDZENIA 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), zwane dalej RODO. **W myśl art.4 pkt 15) RODO „dane dotyczące zdrowia” oznaczają dane osobowe o zdrowiu fizycznym lub psychicznym osoby fizycznej – w tym o korzystaniu z usług opieki zdrowotnej – ujawniające informacje o stanie jej zdrowia.** Przepisem, który wprowadza ogólny zakaz przekazywania i przetwarzania informacji o zdrowiu oraz lekach pacjenta, jest art. 9 ust. 1 RODO. Zgodnie z tym artykułem, informacje o stanie zdrowia fizycznego lub psychicznego oraz o przyjmowanych lekach stanowią szczególne kategorie danych osobowych (tzw. dane wrażliwe). Przepisy RODO konstruują ochronę tych

danych na zasadzie generalnego zakazu ich przetwarzania (w tym udostępniania i ujawniania osobom trzecim). Dlatego też wydanie Policji danych o lekach i pacjencie bez właściwej podstawy prawnej narusza w/w przepisy. Apteka przekazuje wyłącznie te dane, których dotyczy nakaz organu ścigania, a jest nim postanowienie prokuratora lub sądu w ramach toczącego się postępowania karnego. Zwykle ustne lub pisemne zapytanie funkcjonariuszy bez takiej podstawy nie zwalnia apteki z tajemnicy zawodowej i ochrony danych pacjenta i naraża na odpowiedzialność karną z **art. 266 §1 k.k.** który brzmi: „§ 1. Kto, wbrew przepisom ustawy lub przyjętemu na siebie zobowiązaniu, ujawnia lub wykorzystuje informację, z którą zapoznał się w związku z pełnioną funkcją, wykonywaną pracą, działalnością publiczną, społeczną, gospodarczą lub naukową, podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.”

Policja może otrzymać recepty lub dane z ich realizacji, wówczas, gdy:

- **Okaże** postanowienie sądu lub prokuratora o żądaniu wydania rzeczy lub zwolnieniu z tajemnicy służbowej/zawodowej. Dokument ten musi zawierać sygnaturę prowadzonej sprawy.
- W sytuacjach nagłych niecierpiących zwłoki, Policja może zażądać recept na podstawie nakazu kierownika jednostki Policji lub legitymacji służbowej (art.217 k.p.k.). Taka czynność wymaga jednak późniejszego, zatwierdzenia przez prokuratora.

PROKURATURA REJONOWA

ODPIS

POSTANOWIENIE
o żądaniu wydania rzeczy i udzielenia informacji

z art. 286 § 1 k.k. w zb. z art. 272 k.k. w zb. z art. 273 k.k. w zw. z art. 12 § 1 k.k.,
działając na podstawie art. 217 § 1 i 2 k.p.k., art. 180 § 1 k.p.k. w zw. z art. 226 k.p.k., a także art. 14 ust. 2
pkt 1 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r.
poz. 581 z późn. zm.) i art. 26 ust. 3 pkt 3 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku
Praw Pacjenta (t.j. Dz. U. z 2024 r. poz. 581 z późn. zm.),

postanowiła:

1. zażądać od [REDAKCYJA]
 - a) udzielenia informacji odnośnie zrealizowanych recept na leki o nazwach Tramadolii Hydrochloridum, Paracetamolum na dane pacjenta: [REDAKCYJA] za okres od [REDAKCYJA] do [REDAKCYJA] – wraz ze wskazaniem, które z tych poszczególnych zrealizowanych recept były refundowane i z jakim poziomem refundacji (100% bądź 30%),
 - b) przekazania wydruków lub poświadczonych za zgodność z oryginałem kopii zrealizowanych recept na leki o nazwach Tramadolii Hydrochloridum, Paracetamolum na dane pacjenta: [REDAKCYJA] za okres od [REDAKCYJA] do [REDAKCYJA]
2. zwolnić uprawnionego reprezentanta lub pracownika APTEKA [REDAKCYJA] z obowiązku zachowania tajemnicy zawodowej w zakresie wskazanym w pkt. 1. niniejszego postanowienia,
3. zakreślić termin na nadesłanie informacji i materiałów wskazanych w pkt. 1. ppkt a) i b) niniejszego postanowienia – w terminie 7 dni od otrzymania odpisu niniejszego postanowienia.

Uzasadnienie

Postępowanie farmaceuty, w sytuacji żądania wydania recept lub danych

1. Przed wydaniem jakichkolwiek danych farmaceuta musi **dokładnie zweryfikować dokument i sprawdzić, czy :**

- w treści wprost wskazano zwolnienie z tajemnicy zawodowej (jeśli dokument dotyczy wrażliwych danych pacjenta);
- dokument zawiera sygnaturę akt sprawy, pieczęć prokuratury oraz podpis prokuratora,
- żądanie precyzyjnie określa, o jakie recepty chodzi (np. konkretne daty, nazwiska pacjentów lub konkretne numery recept).

2. Sposób przekazania recept

- Recepty papierowe (starsze lub zagraniczne recepty papierowe) wydaje się w oryginałach.
- **W przypadku e-recept** - apteka generuje i przekazuje wydruki z systemu aptecznego lub zabezpiecza je na nośniku danych (np. pendrive), w sposób uniemożliwiający dostęp osobom trzecim, zgodnie z [procedurami RODO](#).

3. Zabezpieczenie dokumentacji apteki

Przed wręczeniem dokumentów funkcjonariuszom należy bezwzględnie:

- Zrobić czytelne kserokopie lub skany wszystkich wydawanych recept papierowych.
- Zażądać od Policji sporządzenia Protokołu zatrzymania rzeczy, **w którym musi znaleźć się** dokładny spis wydawanych dokumentów (np. „Wydano 2 wydruki e-recept o numerach... z dnia...” lub „Wydano oryginał recepty papierowej nr...”).
- Na kopiach dokumentów, które zostają w aptece, funkcjonariusz powinien dokonać odręcznej adnotacji: „Otrzymałem oryginał, dnia [data]” wraz z czytelnym podpisem i pieczętą.
- Uzyskać na kopiach recept (bądź na osobnym pokwitowaniu) pisemne potwierdzenie odbioru oryginałów. Funkcjonariusz musi opatrzyć swoją pieczęcią imienną, wpisać datę oraz podpisać się pod formułą typu: „Otrzymałem oryginal dokumentu”.

4. Końcowe formalności do wykonania :

- Zatrzymanie postanowienia lub jego odpisu: Policja powinna zostawić egzemplarz postanowienia prokuratora lub jego oficjalną kopię/odpis. Będzie to podstawa prawna do celów archiwalnych i na potrzeby RODO.
- Przekazanie przygotowanego wydruku Policji..
- Podpisanie Protokołu Zatrzymania Rzeczy z powołaniem się w nim na to konkretne postanowienie prokuratora wraz z sygnaturą akt sprawy.
- Odbiór kopii protokołu z pieczęcią i podpisem funkcjonariusza.

- Wpiąć wszystkie dokumenty razem w jedno miejsce:

5. Prawo do zażalenia

Kierownikowi apteki lub osobie, której odebrano recepty, przysługuje prawo do wniesienia zażalenia na postanowienie prokuratora do sądu rejonowego. Jeśli farmaceuta uważa, że żądanie prokuratora rażąco narusza dobra pacjentów lub procedury, może wydać recepty aby nie blokować śledztwa i nie narazić się na zarzut utrudniania postępowania, a następnie w terminie 7 dni złożyć formalne zażalenie.

6. Wpis do wewnętrznego rejestru RODO prowadzonego przez aptekę

Każde udostępnienie danych osobowych organom ścigania musi zostać odnotowane w dokumentacji apteki i wpisane do wewnętrznego rejestru udostępnień danych poprzez wpisanie:

- daty udostępnienia
- komu udostępniono dane
- podstawy prawnej, którą jest sygnatura akt z postanowienia prokuratora/sądu
- zakres danych (dane pacjenta , recepty na jaki lek).

UWAGA! Jeżeli żądanie w postanowieniu prokuratora/sądu jest sformułowane zbyt ogólnie, farmaceuta nie powinien wydawać dokumentów i ma prawo domagać się doprecyzowania. Zbyt ogólne żądanie typu: „*wydanie wszystkich recept na dany lek z ostatniego roku*” lub „*wydanie dokumentacji dotyczącej realizacji leków psychotropowych*”, stwarza ryzyko naruszenia tajemnicy zawodowej farmaceuty, praw pacjenta **i RODO**.

W takim przypadku należy poinformować funkcjonariuszy, że z uwagi na tajemnicę zawodową i ochronę danych wrażliwych pacjentów niezwiązanych ze sprawą, apteka nie może wydać całości dokumentacji bez wskazania konkretnych parametrów śledztwa. Dodatkowo poprosić o pisemne doprecyzowanie kryteriów, np. o podanie konkretnego zakresu dat, konkretnego lekarza wystawiającego recepty lub konkretnych numerów PESEL/pacjentów, których dotyczy śledztwo. Jeżeli funkcjonariusze nalegają na natychmiastowe wydanie całości, kierownik apteki powinien sporządzić formalne pismo skierowane bezpośrednio do prokuratury prowadzącej sprawę, z powołaniem się na sygnaturę akt z postanowienia, w którym należy wskazać na potrzebę ustalenia dokładnego trybu wydania recept, argumentując to ochroną danych wrażliwych dziesiątek innych pacjentów, którzy nie są objęci śledztwem.

Jeśli funkcjonariusze mimo wszystko decydują się na zabezpieczenie uniwersalnego nośnika lub dokumentów, wówczas do sporządzanego Protokołu zatrzymania rzeczy należy bezwzględnie dopisać swoje zastrzeżenia : „*Osoba wydająca zgłasza*

zastrzeżenie, że żądanie ma charakter ogólny i jego realizacja grozi ujawnieniem danych wrażliwych osób trzecich objętych tajemnicą zawodową farmaceuty”.

UWAGA! Dopóki uwagi nie zostaną wpisane do protokołu zatrzymania farmaceuta ma prawo odmówić jego podpisania.

Kierownikowi apteki przysługuje prawo do wniesienia zażalenia na postanowienie prokuratora do właściwego sądu rejonowego w terminie 7 dni od dnia czynności, w którym podnosi się zarzut naruszenia zasady proporcjonalności i bezpodstawnego złamania tajemnicy zawodowej w stosunku do osób postronnych.

UWAGA! W wypadkach niecierpiących zwłoki, gdy sprawa jest pilna, policja może zażądać danych na podstawie nakazu kierownika jednostki Policji lub legitymacji służbowej, ale musi wystawić **Protokół Zatrzymania Rzeczy**(art. 217 § 2 k.p.k.).

W takim przypadku Farmaceuta musi natychmiast poinformować o tym osobę zarządzającą apteką o trwającej interwencji i zadbać, aby w protokole znalazł się zapis, o żądaniu zatwierdzenia tej czynności przez prokuratora w ciągu 7 dni. Do protokołu zatrzymania rzeczy należy wpisać dokładnie, co przekazano funkcjonariuszom i tak np. *"Wydruk z systemu aptecznego dotyczący e-recepty nr... z dnia..."*; *„Wydruk z systemu aptecznego zawierający historię realizacji recept na lek dla pacjenta [Imię Nazwisko, PESEL] w okresie od 2022 r."*). Dodatkowo należy zrobić kopię dokumentów dla apteki i poprosić funkcjonariusza o przystawienie pieczętki służbowej i podpisanie kopii jako dowodu odbioru oryginału z dopiskiem *"Otrzymałem oryginał, dnia..."*.

Białystok, dnia 26.08.2026 r.

PRAKTYKA I RECEPTURA APTECZNA

Mgr farm. Katarzyna Kruk

PRZEGLĄD LEKOWY JAKO ELEMENT OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

Ze świecą można szukać dzisiaj farmaceuty, który nie słyszał hasła „opieka farmaceutyczna”, cieszącego się zainteresowaniem środowiska już od dłuższego czasu. Zagadnienia związane z opieką farmaceutyczną pojawiły się w programie kształcenia studentów farmacji, którzy mają możliwość pogłębiania wiedzy również w coraz szerzej dostępnych polskojęzycznych opracowaniach dotyczących tej tematyki. Zmiany związane z wprowadzaniem opieki farmaceutycznej są widoczne w ustawodawstwie, ponieważ pierwsze zapisy pojawiły się wraz z wejściem w życie **ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty** (UoZF, tekst jednolity Dz. U. 2025 poz. 608) [1]. W UoZF usystematyzowano i zebrano przepisy prawne regulujące wykonywanie zawodu farmaceuty: zasady przyznawania prawa wykonywania zawodu farmaceuty, tymczasowego i okazjonalnego wykonywania zawodu farmaceuty oraz ustawicznego rozwoju zawodowego. Ustawa wskazuje na zadania zawodowe farmaceuty wykonywane w ramach pracy w aptece, jak również poza nią. W art. 4 ust. 2 UoZF wprowadzono definicję opieki farmaceutycznej, która została włączona do grupy świadczeń zdrowotnych udzielanych przez farmaceutę. Zgodnie z ustawową definicją, opieka farmaceutyczna to:

„**świadczenie zdrowotne** w rozumieniu art. 5 pkt 40 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2024 r. poz. 146, z późn. zm.3)), **udzielane przez farmaceutę** i stanowiące **dokumentowany proces**, w którym farmaceuta, współpracując z pacjentem i lekarzem prowadzącym leczenie pacjenta, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem indywidualnej farmakoterapii”.

Ustawodawca zdefiniował opiekę farmaceutyczną jako **świadczenie zdrowotne**, co w sposób naturalny skłania do refleksji nad modelem jej finansowania. Obecnie nie jest ona objęta refundacją, jednak farmaceuci wykonują przeglądy lekowe czy udzielają konsultacji farmaceutycznych w ramach usług prywatnych lub bezpłatnie podczas różnych akcji promocyjnych. W celu włączenia opieki farmaceutycznej do tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych (czyli objęcia refundacją), świadczenie musi otrzymać pozytywną ocenę Agencji Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT) oraz Ministra Zdrowia. W przeszłości podjęto taką próbę w ramach

Pilotażu Przeglądów Lekowych realizowanego w latach 2021-2023 przez farmaceutów na terenie całego kraju. Rada Przejrzystości działająca przy Prezesie AOTMiT wydała jednak negatywną ocenę prowadzonych działań, uznając za nieuzasadnione zakwalifikowanie opieki farmaceutycznej jako świadczenia gwarantowanego [2]. Temat finansowania powrócił jednak niedawno przy okazji prac na ustawą o receptach, w szczególności w kontekście recept kontynuowanych. Nadzieje na możliwość finansowania opieki farmaceutycznej z budżetu państwa nadal pozostają niewielkie, ale w dyskusji pojawiają się głosy dotyczące modelu finansowania mieszanego, tzn. współpłacenia przez pacjenta. Wskazuje się również na to, że farmaceuci mogliby być niezadowoleni z niskiej wyceny usług farmaceutycznych przez płatnika publicznego.

Powracając jednak do definicji zawartej w UoZF warto zauważyć, że ustawodawca wskazuje na farmaceutę, jako osobę udzielającą świadczenia zdrowotnego, jakim określono opiekę farmaceutyczną, co więcej nie obliuguje farmaceuty do posiadania dodatkowych kwalifikacji, takich jak ukończenie studiów podyplomowych, specjalizacji zawodowej czy kursów kwalifikacyjnych. Przyjęto, że program studiów w wystarczającym stopniu przygotowuje farmaceutów do świadczenia opieki farmaceutycznej. Wyjątkiem w tej sytuacji jest udzielanie usługi farmacji klinicznej, gdzie niezbędne jest posiadanie przez farmaceutę tytułu specjalisty w dziedzinie farmacji klinicznej. Ograniczeniem w świadczeniu opieki farmaceutycznej przez farmaceutów w zakresie kwalifikacji może być jednak własna niepewność w odniesieniu do posiadanej wiedzy i umiejętności, co może utrudniać farmaceutom wdrożenie elementów opieki farmaceutycznej w codziennej pracy. Co więcej, zapisy dotyczące miejsca sprawowania opieki farmaceutycznej mogą budzić wątpliwości interpretacyjne. Czy udzielanie świadczeń z zakresu opieki farmaceutycznej musi się odbywać w aptece ogólnodostępnej lub szpitalnej, czy przy łóżku pacjenta, czy można jednak wyjść poza te lokalizacje i świadczyć opiekę farmaceutyczną poza apteką? UoZF nie podaje farmaceutom jednoznacznej odpowiedzi na to pytanie, natomiast w ustawie Prawo farmaceutyczne znajdujemy następujący fragment:

„Nazwa apteka zastrzeżona jest wyłącznie dla miejsca sprawowania opieki farmaceutycznej, o której mowa w art. 4 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (Dz. U. z 2025 r. poz. 608), świadczenia usług farmaceutycznych, o których mowa w art. 4 ust. 3 tej ustawy, i wykonywania zadań zawodowych, o których mowa w art. 4 ust. 4 pkt 1, 2, 4–10 i 13–16 tej ustawy.”

Apteką można nazwać miejsce, w którym świadczy się opiekę farmaceutyczną, udziela się usług farmaceutycznych i wykonuje się określone w UoZF zadania zawodowe, żadnego innego miejsca apteką nazwać nie można [3]. Idąc tym tokiem

rozumowania, czy każde miejsce sprawowania opieki farmaceutycznej jest apteką? Zdania wśród farmaceutów są podzielone. W czasopismach branżowych, na różnych forach internetowych, a wreszcie czytając wytyczne czy stanowiska gremiów naukowych farmaceutów spotykają się z różnymi opiniami na ten temat. Logicznym jest, że te usługi/świadczenia, które będą wymagać wydania pacjentowi konkretnego leku (konsultacja drobne dolegliwości), wystawienia recepty (recepta kontynuowana) czy wykonania badań diagnostycznych muszą odbywać się w miejscu zapewniającym odpowiednie do tych celów warunki, jakim jest apteka. Świadczenia, których podstawą jest rozmowa z pacjentem, przeprowadzenie wywiadu farmaceutycznego i edukowanie pacjenta mogłyby być przeprowadzone poza apteką, ponieważ ich udzielanie nie wymaga specjalistycznego zaplecza, co wydają się potwierdzać wytyczne Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (PTFarm) dotyczące prowadzenia świadczenia przeglądu lekowego oraz stanowisko Naczelnej Rady Aptekarskiej w sprawie sprawowania opieki farmaceutycznej [4,5]. W wytycznych czytamy, że farmaceuci mogliby przeprowadzać przegląd lekowy w gabinecie POZ, w ramach gabinetu opieki farmaceutycznej, na oddziale szpitalnym czy w zakładzie opieki długoterminowej. Naczelna Rada Aptekarska w Stanowisku Nr VIII/1/2022 z dnia 26 stycznia 2022 r. wskazuje, że sprawowanie opieki farmaceutycznej może odbywać się poza apteką. W podobnym tonie wypowiedzieli się eksperci Ministerstwa Zdrowia w dokumencie „Raport opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia” [6]. Zagłębiając się w temat miejsca sprawowania opieki farmaceutycznej można dotrzeć do artykułu czasopisma branżowego, którego autor w związku z wątpliwościami prawnymi i interpretacyjnymi zapytał wprost MZ i NIA, czy w obecnym stanie prawnym możliwe jest sprawowanie opieki farmaceutycznej poza apteką [7]. Odpowiedź była zaskakująca, ponieważ obydwu adresatów zapytania wskazało na aptekę, jako wyłączone miejsce sprawowania opieki farmaceutycznej. Wydaje się, że wciąż nie ma pewności, gdzie farmaceuci mogą, a gdzie nie mogą świadczyć opieki farmaceutycznej zgodnie z prawem.

Według zapisów UoZF elementami opieki farmaceutycznej są prowadzenie konsultacji farmaceutycznych, wykonywanie przeglądów lekowych wraz z oceną farmakoterapii,

z uwzględnieniem problemów lekowych pacjenta, opracowywanie indywidualnego planu opieki farmaceutycznej (w skrócie IPOF), wykonywanie badań diagnostycznych oraz wystawianie recept w ramach kontynuacji zlecenia lekarskiego [1]. Przegląd lekowy zdecydowanie należy do bardziej złożonych i pracochłonnych świadczeń udzielanych przez farmaceutę. Zgodnie z definicją PCNE (Pharmaceutical Care Network Europe) przegląd lekowy stanowi ustrukturyzowaną ocenę wszystkich stosowanych przez pacjenta produktów leczniczych, suplementów diety oraz

wyrobów medycznych w celu optymalizacji farmakoterapii oraz poprawy efektów zdrowotnych [8]. Wykonywanie przeglądu lekowego powinno przebiegać we współpracy farmaceuty z pacjentem oraz lekarzem, w związku z tym niezbędna jest komunikacja tych trzech osób, z którą, jak wiemy, bywa różnie. Pacjenci w znaczącej części przypadków potrzebują edukacji dotyczącej swoich chorób, przyjmowanych leków czy zasad zdrowego stylu życia, mimo to świadomie decydują się na wykonanie przeglądu lekowego. Lekarz nie ma takiego wpływu na wykonanie świadczenia, komunikacja farmaceuty z lekarzem jest natomiast niezbędna po wykryciu problemów lekowych, których rozwiązanie wymaga udziału lekarza (np. zmiana leku, depreskrypcja lub ordynacja leku). Oczywiście informacje od farmaceuty przeznaczone dla lekarza mogą zostać przekazane drogą mailową, pocztową lub przez samego pacjenta. W odpowiedzi na zaproponowane przez farmaceutę interwencje lekarz może zgodzić się i wdrożyć zmiany w życie, bywa i tak, że lekarz wykazuje inny niż farmaceuta punkt widzenia, co uniemożliwia wprowadzenie niektórych zmian. Starajmy się więc, aby nasze stanowisko odnoszące się do wykrytych problemów lekowych było skonstruowane jasno i przejrzystie, jednocześnie stanowczo i konkretnie. Dobrze jest popierać je danymi zaczerpniętymi z literatury fachowej, np. charakterystyki produktu leczniczego, wytycznych klinicznych postępowania w leczeniu jednostek chorobowych czy zaleceń towarzystw naukowych, do których dostęp mają również lekarze. Wraz z wykryciem problemu lekowego wydaje się logicznym zaproponowanie jego rozwiązania [4]. Wytyczne dotyczące przeprowadzania przeglądu lekowego zalecają proponowanie rozwiązań problemów lekowych, jednak i tutaj można spotkać różne postawy lekarzy: od akceptacji i wdrożenia w życie, przez brak zainteresowania, na braku zgody i zastosowania proponowanych przez farmaceutę działań interwencyjnych kończąc. Nie jest to jednak powiedziane, że farmaceuta nie ma żadnego pola do manewru w przypadku wykrycia problemów lekowych u pacjenta. W ogólnym uproszczeniu można powiedzieć, że możliwe interwencje farmaceuty leżą w obrębie zalecania lub odstawiania leków bez recepty oraz suplementów diety, działań edukacyjnych w zakresie stosowanych leków czy chorób przewlekłych, natomiast, jeśli interwencja wymaga ingerencji w schemat terapeutyczny, wtedy niezbędny jest kontakt z lekarzem prowadzącym lub specjalistą.

Wykrycie problemów lekowych u pacjenta jest jednym z kluczowych etapów przeprowadzenia przeglądu lekowego, poprzedzonym nie mniej ważnym wywiadem farmaceutycznym. Jego celem jest zebranie od pacjenta informacji niezbędnych do przeprowadzenia kompletnego przeglądu lekowego. Farmaceuta może wspomóc się ankietami, formularzami czy kwestionariuszami, które usystematyzują zebrane informacje dotyczące stosowanych produktów leczniczych, wyrobów medycznych,

suplementów diety, ziół, stylu życia, wyników badań laboratoryjnych, chorób przewlekłych, na które choruje, lekarzy specjalistów, u których się leczymy oraz danych demograficznych. W zależności od zakresu danych, do których farmaceuta ma dostęp, można przeprowadzić mniej lub bardziej zaawansowany przegląd lekowy:



Dane w przeglądzie lekowym bez udziału pacjenta uzyskujemy ze źródeł takich jak Internetowe Konto Pacjenta (dostęp za zgodą pacjenta), dane z dokumentacji medycznej pacjenta czy dane pochodzące z apteki, jeśli możliwa jest weryfikacja, jakie produkty (w tym leki OTC, wyroby medyczne oraz suplementy diety) dany pacjent kupuje w aptece. O przeglądzie średniozaawansowanym mówimy, kiedy do tego zestawu danych dochodzą jeszcze dane kliniczne, natomiast wykonując przegląd zaawansowany farmaceuta bazuje na danych z przeglądu prostego w połączeniu z danymi klinicznymi oraz danymi uzyskanymi od pacjenta w przeprowadzonym wywiadzie farmaceutycznym [4].

Danych odnośnie sposobu przeprowadzenia przeglądu lekowego dostarcza farmaceutom rozporządzenie MZ w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych z dnia 2 grudnia 2021 r. [9]. Jego zapisy regulowały przebieg pilotażu przeglądów lekowych, który miał posłużyć do oceny w celu wykazania zasadności

finansowania tego świadczenia przez płatnika publicznego. Zgodnie z rozporządzeniem wykonanie przeglądu lekowego powinno odbywać się w ramach trzech spotkań (tabela 1):

Tabela 1. Schemat przeprowadzania przeglądu lekowego

1. Spotkanie wstępne	Szczegółowy wywiad farmaceutyczny
	10 dni
2. Wdrożenie IPOF*	Edukacja pacjenta i zapoznanie z wykrytymi problemami lekowych połączone z wprowadzeniem w proponowane działania interwencyjne
	30 dni
3. Spotkanie kontrolne	Weryfikacja wdrożenia IPOF

**IPOF – Indywidualny Plan Opieki Farmaceutycznej*

Podstawowym celem spotkania wstępnego jest przede wszystkim zebranie informacji niezbędnych do przeprowadzenia świadczenia, jednak musi być ono poprzedzone kwalifikacją pacjenta. Pod uwagę należy wziąć ilość stosowanych przez pacjenta produktów (leków, wyrobów medycznych, suplementów diety, etc.), wiek, stopień skomplikowania schematu terapii (obsługa inhalatorów, penów do insuliny, etc.), ilość dawek przyjmowanych w ciągu dnia, grupy ryzyka (niewydolność nerek, zespół kruchości, etc.) czy częstotliwość zmian w farmakoterapii. Szczegółowe kryteria włączenia do przeprowadzenia przeglądu lekowego przedstawia tabela 2.

Tabela 2. Kryteria włączenia do wykonania przeglądu lekowego

Kryteria włączenia pacjenta do wykonania przeglądu lekowego*
Polifarmakoterapia – regularne stosowanie co najmniej 5 leków
Wiek – co najmniej 65 lat
Zdiagnozowana co najmniej jedna choroba przewlekła
Stosowanie leków wymagających monitorowania terapeutycznego
Korzystanie z produktów leczniczych lub wyrobów medycznych wymagających znajomości instrukcji użytkowania (inhalatory, peny insulinowe, plastry transdermalne, krople do oczu)
Pacjenci z grup ryzyka (z niewydolnością nerek, zespołem kruchości)
Więcej niż jedna osoba ordynująca leki dla pacjenta

Modyfikacja terapii w ciągu ostatnich trzech miesięcy

Częste zmiany terapii (co najmniej 4 w ciągu 12 miesięcy)

*wg wytycznych PTFarm [4].

Warto zawsze na początku wywiadu farmaceutycznego przedstawić pacjentowi przebieg spotkania i całego świadczenia, wskazać na korzyści wynikające z analizy farmakoterapii pacjenta oraz oczywiście uzyskać wszelkie niezbędne zgody na przeprowadzenie świadczenia. Warto zwrócić uwagę na formularz dotyczący administrowania danymi pacjenta (RODO), ponieważ farmaceuta w trakcie wywiadu farmaceutycznego uzyskuje od pacjenta jego dane wrażliwie. Wzór formularza RODO, jak również innych niezbędnych oświadczeń oraz zgód pacjenta znajdują się chociażby w wytycznych PTFarm dotyczących przeprowadzania przeglądu lekowego [4]. Wywiad farmaceutyczny powinien być przeprowadzony możliwie jak najbardziej szczegółowo, ponieważ jakość wywiadu przekłada się na jakość i wiarygodność danych i w rezultacie na większą precyzję analizy wykrytych problemów lekowych. Przeprowadzenie wywiadu farmaceutycznego powinno dać farmaceucie wgląd w stosowanie się pacjenta do zaleceń terapeutycznych, co można sprawdzić wykorzystując do tego celu gotowe kwestionariusze (MARS, MMAS-8, ARMS czy ACDS). Analiza zebranych danych dostarcza farmaceucie informacji, czy i jakie występują u pacjenta **problemy lekowe**. Farmaceuta powinien przede wszystkim ocenić skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii na podstawie indywidualnych celów terapeutycznych (jak wartość hemoglobiny glikowanej, wyników lipidogramu, wartości średniej ciśnienia tętniczego etc.). W ocenie skuteczności farmakoterapii szczególnie pomocne są wytyczne terapeutyczne oraz Charakterystyki Produktów Leczniczych. U wielu pacjentów należy ocenić ryzyko sercowo-naczyniowe, ponieważ od jego poziomu często zależy indywidualny cel terapeutyczny (np. wartości docelowe lipidogramu różnią się w zależności od poziomu ryzyka sercowo-naczyniowego) [10]. Cele wyznaczone przez farmaceutę mogą się różnić od celów, których oczekuje pacjent, np. celem farmaceuty może być obniżenie wartości hemoglobiny glikowanej do wartości podanych w wytycznych, podczas gdy pacjent chciałby ograniczyć uczucie senności po posiłkach oraz poprawić swoje ogólne samopoczucie. Postawione cele muszą być mierzalne i możliwe do osiągnięcia. Warto przejrzeć leki pacjenta pod kątem bezpieczeństwa stosowania u osób starszych, a więc skonfrontować je z listą Beers'a czy innymi narzędziami (kryteria STOPP/START, kryteria poprawności farmakoterapii geriatrycznej w praktyce klinicznej (w opracowaniu prof. B. Bień i dr E. Łukaszyk)) [11]. Nieocenioną pomocą farmaceuty w analizie farmakoterapii okazują się wyszukiwarki interakcji (drugs.com, medscape,

remedium.md, ktomalek.pl, Pharmindex, etc.). Istnieje klasyfikacja problemów lekowych stworzona przez Pharmaceutical Care Network Europe, PCNE), która systematyzuje problemy lekowe, ich przyczyny, proponowane interwencje, poziom akceptacji interwencji oraz status problemu lekowego. Oczywiście warto wiedzieć, że taka klasyfikacja istnieje i jak dzieli ona problemy lekowe oraz ich przyczyny, jednak to, jak farmaceuta nazwie wykryty problem lekowy jest kwestią drugorzędą, najważniejsze jest, aby precyzyjnie i konkretnie opisać przyczynę problemu i zaproponować interwencję. Jasność i merytoryczność przekazu jest ważna zarówno w komunikacji z pacjentem, jak i lekarzem. W obydwu przypadkach należy przedstawić informacje w sposób zrozumiały, dostosowując język wypowiedzi do rozmówcy, jednak szczególnie ważne jest, aby farmaceuta w komunikacji z lekarzem umiał uzasadnić merytorycznie wykryty problem lekowy i zaproponowaną interwencję, odwołując się wprost np. do ChPL czy wytycznych. To, co jest ważne, a o czym być może zbyt mało się mówi w kontekście przeglądu lekowego to umiejętność oceny istotności klinicznej wykrytych problemów lekowych, bowiem nie każdy problem lekowy jest istotny klinicznie. Relatywnie często bywa tak, że wyszukiwarka interakcji wskazuje na liczne interakcje między lekami, z czego tylko kilka jest naprawdę istotnych klinicznie i to na nich właśnie farmaceuta powinien się skoncentrować. Telmisartan przyjmowany łącznie z indapamidem nie należy do istotnych klinicznie interakcji, jeśli te leki zaordynował jeden lekarz, ponieważ jest to zgodne z wytycznymi leczenia nadciśnienia tętniczego, mimo że wyszukiwarki wskażą na występowanie interakcji między tymi lekami. Natomiast telmisartan z ramiprilem wchodzi w interakcję bardzo istotną klinicznie, ponieważ połączenie to może prowadzić do uszkodzenia nerek i zgodnie z wytycznymi nie należy go stosować.

Rozwiązanie problemu lekowego może leżeć w zakresie umiejętności pacjenta, kompetencji farmaceuty lub lekarza. Jeden problem lekowy może mieć kilka rozwiązań, może zdarzyć się tak, że jedna interwencja może rozwiązać więcej niż jeden problem lekowy (np. włączenie do terapii semaglutyny może poprawić kontrolę cukrzycy oraz ułatwić redukcję masy ciała). Przeprowadzenie edukacji pacjenta w zakresie stosowanych leków, zdiagnozowanych chorób przewlekłych, diety czy aktywności fizycznej może być interwencją podejmowaną przez farmaceutę, ponieważ brak wiedzy jest niewątpliwie problemem lekowym. Wdrożenie w życie zasad zdrowego żywienia czy odpowiedniego wysiłku fizycznego należą do interwencji w zakresie możliwości samego pacjenta. Możliwości farmaceuty w obecnym stanie prawnym dotyczą interwencji w obrębie zalecania lub odstawiania leków bez recepty, suplementów diety czy wyrobów medycznych, wykonywania badań diagnostycznych zawartych w rozporządzeniu MZ oraz edukacji pacjenta.

Zmiany w farmakoterapii dotyczące schematu dawkowania, dawki leków, substancji leczniczej, kierowania na badania laboratoryjne oraz kierowania do specjalisty leżą w zakresie kompetencji lekarza. Farmaceuta sporządza raport z przeprowadzonego przeglądu lekowego w wersji przeznaczony dla pacjenta oraz dla lekarza, gdzie przekazuje informacje o wykrytych problemach lekowych i proponowanych interwencjach. Lekarzem, do którego jest kierowany raport jest w pierwszej kolejności lekarz rodzinny, który ma szeroki obraz sytuacji pacjenta, co za tym idzie, może holistycznie ocenić proponowane przez farmaceutę interwencje, jednak, jak często się zdarza, lekarz rodzinny może nie wprowadzać zmian w farmakoterapię pacjenta bez konsultacji ze specjalistą z różnych przyczyn. Bez względu na podejście i reakcję lekarza należy przekazać mu informacje o problemach lekowych w formie raportu. Wzory formularzy raportu dla pacjenta i raportu dla lekarza znajdują się we wspomnianych wyżej wytycznych [4]. W raporcie dla pacjenta należy uwzględnić dane pacjenta, dane farmaceuty przeprowadzającego przegląd lekowy, daty przeprowadzenia wywiadu farmaceutycznego i wydania raportu, językiem zrozumiałym dla pacjenta podsumować wykryte problemy lekowe i ich rozwiązania. Warto wydać pacjentowi harmonogram stosowanych leków, żeby mógł się nim wspomagać w codziennym funkcjonowaniu, jak również miał możliwość pokazania w zwięzłej formie jakie leki stosuje podczas wizyt u różnych lekarzy. Do raportu dla pacjenta można również dołączyć wszelkie materiały edukacyjne, którymi farmaceuta się posługuje podczas przedstawiania pacjentowi IPOF oraz w celu edukacji pacjenta, jeśli tego potrzebuje. Farmaceuci mogą pochwalić się ogromną wiedzą pozyskaną w trakcie studiów, wzbogaconą o praktykę zdobywaną w czasie codziennej pracy w aptece, a nawet o podnoszenie swoich kwalifikacji w trakcie specjalizacji, studiów podyplomowych oraz kursów w ramach ustawicznego rozwoju zawodowego. Tę wiedzę wykorzystują w pracy z pacjentem bez względu na to, czy wykonują przeglądy lekowe czy nie, czy świadczą opiekę farmaceutyczną w inny sposób, w aptece lub poza nią. Wśród farmaceutów znajdują się i tacy, którzy obawiają się sprawowania opieki farmaceutycznej, ponieważ w ich ocenie nie posiadają do tego wystarczającej ilości wiedzy, co w większości przypadków może okazać się częstą obawą. Istotnym ograniczeniem rozwoju świadczeń opieki farmaceutycznej oraz usług farmaceutycznych jest źródło ich finansowania oraz niska świadomość pacjentów na ich temat. Gdyby zapytać przechodniów na ulicy o przegląd lekowy, poprawnej odpowiedzi na to pytanie udzieliłby przypadkowo napotkany absolwent farmacji. Bez wiedzy pacjentów na temat opieki farmaceutycznej i korzyści, jakie może ona przynieść trudno jest wdrażać te świadczenia. Pewne nadzieje wiąże się z planowanymi zmianami w zakresie zakazu reklamy, co ułatwiłoby informowanie pacjentów przez farmaceutów o świadczonych usługach. Pomimo wątpliwości w

zakresie statusu prawnego opieki farmaceutycznej warto się nią zainteresować, biorąc przykład z farmaceutów, którzy świadczą swoje usługi nie tylko w aptekach, ale również za pośrednictwem Internetu, w ramach pracy w przychodni czy przy okazji różnych akcji

promocyjnych. Warto mieć na uwadze możliwości, które oferują niektóre Izby Aptekarskie pod postacią dostępu do szkoleń i webinarów, czy nawet udostępnienia możliwości wynajęcia gabinetu opieki farmaceutycznej. Wiedza farmaceutów, doceniana przez wielu pacjentów,



przekazywana przy okazji przeprowadzania przeglądów lekowych może przyczynić się do wzrostu świadomości pacjentów na temat ich chorób przewlekłych, stosowanych leków, poprawy ich samopoczucia, a być może nawet do optymalizacji farmakoterapii. Pomimo tego, że niektóre kwestie prawne i organizacyjne dotyczące opieki farmaceutycznej nie są aktualnie doprecyzowane, może warto próbować stawiać pierwsze kroki na ziemi jeszcze nie do końca poznanej?

Piśmiennictwo:

1. Ustawa z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty (t.j. Dz. U. 2025 poz. 608). Dostępny online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20250000608>
2. Stanowisko Rady Przejrzystości nr 144/2023 z dnia 11 grudnia 2023 roku w sprawie zasadności kwalifikacji świadczenia opieki zdrowotnej „Opieka farmaceutyczna” jako świadczenia gwarantowanego.
3. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (t.j. Dz. U. 2026 poz. 612). Dostępny online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20260000612>
4. M. Drozd, A. Skowron, B. Karolewicz, L. Bułaś, J. Michalska, J. Dymek, A. Gołda, M. Jachowicz: Wytyczne Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego dotyczące prowadzenia świadczenia zdrowotnego – przegląd lekowy, Warszawa 2023. Dostępne online: <https://www.ptfarm.pl/towarzystwo/organizacja/sekcje/54/1914/2499>

5. Stanowisko Nr VIII/1/2022 Naczelnej Rady Aptekarskiej z dnia 26 stycznia 2022 r. w sprawie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych i wykonywania zadań zawodowych poza apteką. Dostępne online: <https://www.nia.gov.pl/2022/04/13/sprawowanie-opieki-farmaceutycznej-pozapapteka-stanowisko-naczelniej-rady-aptekarskiej/>
6. Raport opieka farmaceutyczna. Kompleksowa analiza procesu wdrożenia. Raport z prac zespołu ds. opieki farmaceutycznej powołanego przez Ministra Zdrowia na podstawie zarządzenia z dnia 8 lipca 2020 r. (Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia z dnia 9 lipca 2020 r., Warszawa. Dostępny online: <https://www.gov.pl/web/gif/raport-opieka-farmaceutyczna-kompleksowa-analiza-procesu-wdrozenia-juz-dostepny>
7. Ł. Waligórski: Opieka farmaceutyczna możliwa poza apteką? MZ i NIA innego zdania..., mgr.farm, 5.04.2022. Dostępny online: <https://mgr.farm/aktualnosci/opieka-farmaceutyczna-mozliwa-pozapapteka-mz-i-nia-innego-zdania/>
8. PCNE Classification for Drug-Related Problems V9.1, 2020. Dostępna online: https://pcne.org/wp-content/uploads/2026/01/PCNE_classification_V9-1-en-2026.pdf
9. Rozporządzenie MZ z dnia 2 grudnia 2021 r. w sprawie programu pilotażowego przeglądów lekowych (t.j. Dz. U. 2023 poz. 663). Dostępny online: <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=WDU20230000663>
10. Kompleksowe wsparcie farmaceutyczne. Codzienna Praktyka, red. M. Makarewicz-Wujec, E. Czapiewska, PZWL, Warszawa, 2025.
11. A. Wiela-Hojeńska, B. Sienkiewicz-Oleszkiewicz, A. Skowron: Przegląd lekowy, Edra Urban & Partner, Wrocław, 2023.

MEDYCYNA DLA FARMACEUTÓW

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

JASKRA I ZAĆMA – FARMAKOTERAPIA NAJCZĘSTSZYCH PRZEWLEKŁYCH SCHORZEŃ OKULISTYCZNYCH – NA JAKIE ASPEKTY UCZULIĆ PACJENTA

CZ. I: ZAĆMA – FARMAKOTERAPIA OKOŁOZABIEGOWA

Definicja i epidemiologia

Zaćma, poza wadami refrakcji jest najpowszechniejszą przyczyną pogorszenia widzenia w krajach wysokorozwiniętych wśród populacji ludzi po 50 roku życia i jednocześnie jest najczęściej leczonym zabiegowo schorzeniem okulistycznym. Zaćma polega na zmętnieniu soczewki oka, najczęściej w jako skutek starzenia się organizmu, czasami w wyniku urazu oka, stanów zapalnych błony naczyniowej lub nadużywania niektórych leków np. kortykosteroidów. Czasami występuje u osób z krótkowzrocznością lub cukrzycą. Według WHO jest główną przyczyną upośledzenia wzroku u osób w wieku podeszłym. Na zaćmę cierpi około 20 mln ludzi w różnym wieku na całym świecie. W Polsce liczbę tę szacuje się na około 800 tys. osób. Stanowi ona najczęstszą przyczynę ślepoty na świecie (ok. 48%). Choroba występuje częściej u kobiet i u osób starszych po 60. roku życia. Prawie każda osoba po 70. roku życia w jakimś stopniu cierpi na zaćmę.

Przyczyny

Przyczyn pojawienia się zaćmy jest wiele, a jej patogenezę nie jest dokładnie poznana. W przypadku zaćmy wrodzonej ok. 30% stanowi dziedziczenie autosomalne, a w pozostałej części może się pojawić w przypadku chorób genetycznych (zespół Downa), wrodzonych wad gałki ocznej (siatkówczak, retinopatia wcześniaków, odwarstwienie siatkówki czy zapalenie błony naczyniowej), wewnątrzmacicznych zakażeń (wirusami różyczki, półpaśca, opryszczki, polio, grypy, WZW, cytomegalii) czy spożywania leków w



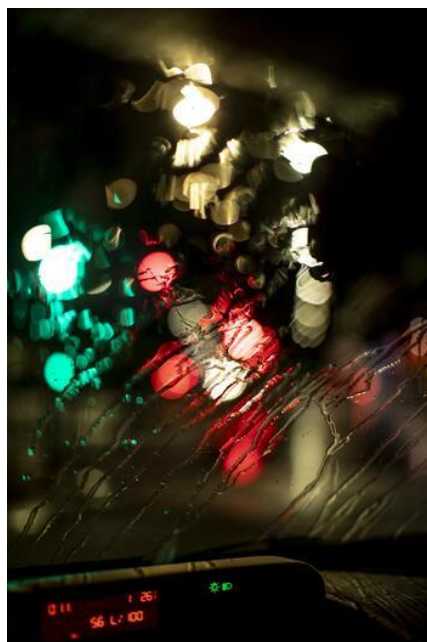
I trymestrze ciąży (tj. sulfonamidów, kortykosteroidów).

Zaćma wtórna może być spowodowana chorobami lub urazami gałki ocznej takimi jak:

- zapalenie błony naczyniowej oka,
- zapalenie rogówki,
- zapalenie twardówki,
- uraz gałki ocznej,
- guzy wewnątrzgałkowe,
- wrodzone dystrofie siatkówkowe,
- ciężka krótkowzroczność,
- jaskra dokonana,
- niektóre choroby ogólnoustrojowe: cukrzyca, niedoczynność przysadczycy, atopowe zapalenie skóry.

Patogeneza

Zaćma dotyczy soczewki, która jest strukturą narządu wzroku umiejscowioną w przedniej części gałki ocznej, dokładnie między tęczęwką a ciałem szklistym. Ma kształt przezroczystego, elastycznego, dwuwypukłego krążka o promieniu ok. 0,5 cm. Soczewka składa się z jądra soczewki, otoczonego korą soczewki zbudowaną z włókien wypełnionych tzw. krystaliną, czyli grupą białek rozpuszczalnych i o stabilnej strukturze. Włókna te otacza torebka soczewki (łac. *capsula lentis*) cienka, bezkomórkowa struktura, zbudowana z błon składających się z proteoglikanów i włókien kolagenowych. Soczewka jest narządem skupiającym wiązkę światła oraz pozwalającym na formowanie obrazu na siatkówce oka. Aby wykonywać swoją funkcję prawidłowo soczewka musi być przezroczysta, mieć wysoki współczynnik załamania światła, niski współczynnik rozpraszania światła oraz zawierać białka cytoplazmatyczne o wysokiej rozpuszczalności. Komórki włókien soczewki aby zapewnić przezroczystość organu muszą w trakcie różnicowania pozbyć się organelli



komórkowych, takich jak jądro, mitochondria czy rybosomy, w procesie zbliżonym do wczesnych etapów apoptozy. Strata tych struktur komórkowych powoduje, że w pełni zróżnicowane komórki włókien nie są w stanie ani produkować, ani degradować białek, a co za tym idzie – białka powstałe w czasie różnicowania muszą pozostawać funkcjonalne przez całe życie osobnika. Soczewka zawieszona jest na włóknach, zwanych obwódką rzęskową, które ją umocowują do pierścieniowatego ciała rzęskowego.

W związku z długim czasem życia białek mogą one ulegać nieodwracalnym zmianom na drodze zjawisk chemicznych (proteoliza, utlenianie, reakcje z wolnymi rodnikami) pod wpływem różnych czynników wewnętrznych (chorób) lub zewnętrznych związanych z otaczającym człowieka środowiskiem (promieniowanie UV, podczerwone). Wtedy białka soczewki oka ulegają zmianom konformacyjnym związanym z uszkodzeniami struktury polipeptydów w wyniku powyższych modyfikacji, np. utlenieniu lub niewłaściwemu oddziaływaniu białek ze sobą i agregacji (przemiana białek w białka o wyższej masie cząsteczkowej i ich agregacja) co ostatecznie powoduje utratę transparentności soczewki. Wraz z wiekiem soczewka stopniowo traci zdolności akomodacyjne (problemy z czytaniem z bliskiej odległości po 40 roku życia), staje się cięższa i grubsza oraz zmienia barwę na żółtą do nawet brunatnej.

Podział ze względu na lokalizację zmian

Najprostszym pod względem klinicznym jest podział uwzględniający strukturę soczewki objętą zmianami patologicznymi:

1. Zaćma korowa – zmętnieniu ulega kora soczewki,
2. Zaćma podtorebkowa przednia lub tylna – obejmuje odpowiednią część torebki i powoduje zaburzenia widzenia do blizy,
3. Zaćma jądrowa – umiejscowiona w części centralnej soczewki i w przypadku dwóch ognisk zmętnienia powoduje podwójne widzenie,
4. Zaćma biegunowa przednia lub tylna - obejmuje przednią lub tylną torebkę wraz z przylegającymi do nich masami soczewkowymi.

Przebieg kliniczny zaćmy

Objawy zaćmy rozwijają się przez długi okres czasu i są początkowo niecharakterystyczne, w związku z tym bywają niezauważalne lub lekceważone przez pacjenta. Najczęściej pierwszym symptomem jest nieostre widzenie co wywołuje u pacjenta przeświadczenie o zabrudzonych lub zniszczonych szklach korekcyjnych. Rozszczepienie promieni na zmętnieniach soczewki powoduje wrażenie olśnienia przy patrzeniu na źródło światła. W polu widzenia mogą pojawiać się punkty lub

obszary, w których wzrok jest nieostry. Na skutek zaćmy widziane kolory są mniej intensywne, a czasami wokół jasnych źródeł światła pojawia się aureola. W przypadku istniejącej wady wzroku pojawia się konieczność zmiany szkieł korekcyjnych. Zaćma przeważnie dotyczy jednego oka, ale coraz częściej występuje w obu oczach.

Leczenie

Leczenie zaćmy jest wyłącznie zabiegowe. Nowoczesne techniki operacyjne oraz wysoka jakość używanych materiałów do produkcji wszczepialnych soczewek powodują, że zabiegi usunięcia zaćmy wykonywane są w wielu ośrodkach klinicznych i niepublicznych podmiotach leczniczych na dużą skalę. Decyzja o zakwalifikowaniu pacjenta do operacji powinna być podjęta w oparciu o obiektywne badanie ostrości wzroku, subiektywne pogorszenie wzroku pacjenta oraz ocenę ryzyka związanego z interwencją chirurgiczną. Nie ma jednoznacznie określonych wskazań do leczenia operacyjnego zaćmy. Można ogólnie powiedzieć, że zaćmę należy usunąć, jeśli nastąpiło istotne obniżenie zdolności widzenia, które określonej osobie przeszkadza w pracy zawodowej lub codziennym życiu. Istnieją również wskazania medyczne, gdy zaćma niekorzystnie wpływa na stan oka, na przykład zaćma podwichnięta wywołująca jaskrę. Ponadto wskazaniem do usunięcia zaćmy jest brak możliwości oceny dna oka przez zmętniałą soczewkę w przypadku podejrzenia chorób siatkówki czy nerwu wzrokowego. Do operacji należy w pierwszej kolejności kwalifikować pacjentów z obniżeniem obuocznej ostrości wzroku do poziomu będącego punktem kardynalnym (VA 0,6) lub z ostrością na poziomie 0,3 lub gorszą, gdy nie jest uwzględniana ostrość w drugim oku. W przypadku, gdy zaćma dotyczy obu oczu, drugie oko powinno być operowane w okresie do 6 miesięcy od pierwszego zabiegu, z nielicznymi wyjątkami – jeżeli chory jest usatysfakcjonowany po pierwszej operacji i z tego lub innych powodów nie decyduje się na kolejny zabieg lub jeśli istnieją choroby współistniejące, które powodują, że kolejna operacja jest obciążona dużym ryzykiem, względnie nie ma szans na poprawę ostrości wzroku w drugim oku. Czasami przy zaćmie obustronnej rekomenduje się wykonanie operacji obu oczu jednocześnie. Dotyczy to większości przypadków operacji u pacjentów z zaćmą obu oczu wymagających znieczulenia ogólnego (unika się wtedy powtórnego znieczulenia ogólnego), pacjentów ze znaczną różnowzrocznością po operacji pierwszego oka. Ponadto jednoczasowa operacja obu oczu zapewnia szybszą rehabilitację pacjenta oraz mniejsze koszty pośrednie. Obecnie wiedza medyczna nie potwierdza podwyższonego ryzyka operacji obuocznej pod warunkiem przestrzegania zasad wykonywania całkowicie oddzielnych operacji oraz właściwego doboru pacjentów.

Przed wyznaczeniem terminu zabiegu u pacjenta przeprowadza się badanie kwalifikacyjne obejmujące:

1. zebranie wywiadu dotyczącego chorób ogólnoustrojowych, stosowanej farmakoterapii (leki przeciwnowotworowe, przeciwpłytkowe, leki okulistyczne – przeciwnowotworowe), przebytych lub obecnych przewlekłych chorób oczu,
2. badanie okulistyczne, które powinno standardowo składać się z oceny przedniego odcinka gałki ocznej w lampie szczelinowej, badania dna oka i pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego,
3. badanie biometryczne mające na celu obliczenie mocy sztucznej soczewki przeprowadzone metodą optyczną lub w niektórych przypadkach metodą ultrasonograficzną.

Leczenie operacyjne zaćmy w większości przypadków polega na usunięciu zmętniałej soczewki za pomocą ultradźwięków (fakoemulsyfikacja) i wszczepieniu sztucznej soczewki wewnątrzgałkowej. Do niedawna stosowano zewnątrztorebkową metodę usunięcia jądra soczewki przez dość szerokie nacięcie 10-14 mm. Obecnie chirurg po wykonaniu nacięcia o dł. do 3 mm wprowadza do wnętrza soczewki fakoemulsyfikator, który poprzez vibracje ultradźwiękowe rozdrabnia zmętniałą soczewkę i jednocześnie odsysa jej resztki. W miejsce usuniętej soczewki wprowadzana jest dotorebkowo sztuczna soczewka, która jest miękka i zwinięta, a następnie wszczepiona soczewka rozwija się w pozostawionej torebce naturalnej soczewki i w ten sposób zajmuje właściwe dla niej miejsce w gałce ocznej. Dzięki elastyczności i zwinięciu soczewki możliwe jest jej wprowadzenie przez niewielkie nacięcie.

Większość operatorów dobiera taką moc wszczepianej soczewki, żeby pacjent po zabiegu dobrze widział z daleka i nosił okulary tylko do czytania. W niektórych przypadkach, zwykle u krótkowidzów, postępuje się odwrotnie, dostosowując wzrok do czytania bez okularów, a stosując okulary do patrzenia w dal. Ostatnio coraz częściej dostępne są soczewki wewnątrzgałkowe typu „premium”, czyli wykraczające poza ogólnie przyjęte standardy. Należą do nich soczewki wieloogniskowe i akomodujące, które umożliwiają dobre widzenie zarówno z bliska, jak i z daleka bez korekcji okularowej oraz soczewki toryczne, które umożliwiają jednoczesne skorygowanie nieznacznej (astygmatyzmu) przedoperacyjnej. Operacja wszczepienia soczewki torycznej wymaga od operującego doświadczenia ze względu na konieczność dokładnego ustawienia soczewki w odpowiedniej osi. Takie soczewki zamawia się u producenta dla konkretnych pacjentów.

Oczywiście jak każdy zabieg mogą wystąpić powikłania, które dzielimy na:

1. Śródoperacyjne – np. przerwanie torebki tylnej, upływ ciała szklistego, krwotok, rozerwanie włókien torebki rzęskowej,

2. Pooperacyjne wczesne – np. infekcja, wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego, zapalenie błony naczyniowej – jej przedniego odcinka, obecność resztek mas soczewkowych,
3. Pooperacyjne późne – np. przemieszczenie (decentracja) implantu, zmętnienie torebki tylnej, odwarstwienie siatkówki, wada refrakcji lub jej pogorszenie.

Powikłania zagrażające utratą wzroku takie jak krwotok do wnętrza gałki ocznej i infekcja bakteryjna wewnątrzgałkowa są stosunkowo rzadkie.

Farmakoterapia okołozabiegowa zaćmy

Farmakoterapia okołozabiegowa zaćmy to profilaktyczne i terapeutyczne podawanie leków okulistycznych działających miejscowo przed, w trakcie i po zabiegu usunięcia zaćmy.

Okres przedoperacyjny zaczyna się 3 do 7 dni przed planowanym zabiegiem, w zależności od wewnętrznych ustaleń ośrodka okulistycznego. Stosuje się krople z antybiotykiem o szerokim spektrum działania (fluorochinolony) po to, żeby maksymalnie zredukować florę bakteryjną powiek i spojówek. Niektóre ośrodki zalecają stosowanie 1 – 3 dni przed zabiegiem niesterydowych leków przeciwzapalnych, które hamują syntezę prostaglandyn odpowiedzialnych za ból i stan zapalny, a dodatkowo wspomagają utrzymanie szerokiej źrenicy podczas operacji. Przed zabiegiem jak i po zabiegu przez pewien czas wskazane jest stosowanie okulistycznych chusteczek pielęgnacyjnych w celu regularnego usuwania zalegających na brzegach powiek zanieczyszczeń i wydzieliny. Zawierają one kwas hialuronowy, wyciąg z aloesu i D-pantenol.

Okres śródoperacyjny polega na podawaniu leków znieczulających miejscowo (proparakaina lub proksymetakaina) oraz o działaniu mydriatycznym (tropikamid) – rozszerzających źrenicę. Przed przystąpieniem do zabiegu pacjentowi sprawdzane jest ciśnienie wewnątrzgałkowe i w przypadku jego wzrostu podawane są w I rzucie krople zawierające tymolol (beta-bloker hamujący wydzielanie płynu w oku), brymonidyna (alfa 2-agonista zmniejszający wytwarzanie cieczy i zwiększający jej odpływ), latanoprost lub trawoprost (analogi prostaglandyn ułatwiające odpływ płynu) lub ogólnoustrojowo podaje się mannitol we wlewie kroplowym. Jako ochrona przed stanem zapalnym i obrzękiem podaje się niesterydowe leki przeciwzapalne np. diklofenak. W celu prewencji zakażenia bakteryjnego w trakcie zabiegu podawany jest roztwór cefuroksymu. Antybiotyk dostępny jest w formie proszku do sporządzania roztworu do wstrzykiwań. Każda fiolka zawiera 50 mg cefuroksymu (Cefuroximum) (w postaci 52,6 mg cefuroksymu sodu). Po przygotowaniu roztworu

przy użyciu 5 ml rozpuszczalnika 0,1 ml roztworu zawiera 1 mg cefuroksymu. Zalecana dawka wynosi 0,1 ml przygotowanego roztworu tj. 1 mg cefuroksymu, który podawany jest w postaci wstrzyknięcia do komory przedniej gałki ocznej przez chirurga okulistę, w zalecanych warunkach aseptycznych podczas operacji usunięcia zaćmy.

Okres pooperacyjny to zapobieganie powikłaniom bezpośrednio wynikającym z przeprowadzonego zabiegu. W przypadkach braku pewności dotyczącej szczelności nacięć chirurgicznych lub gdy pacjent jest narażony na szpitalne zakażenie, zasadne jest zastosowanie antybiotyków. Powinny być stosowane intensywnie i krótko, czyli w maksymalnej dopuszczalnej dawce przez 5-7 dni. Zaleca się podawanie leków o szerokim spektrum z grupy fluorochinolonów. We wszystkich przypadkach zaleca się podawanie preparatu steroidowego miejscowo przez 21 dni w dawkach malejących celem zminimalizowania odczynu zapalnego. Korzystnym rozwiązaniem może być stosowanie preparatu łączonego lewofloksacyny z deksametazonem w kroplach 4 x dz. przez 7 dni, a następnie kontynuowanie jedynie glikokortykosteroidoterapii miejscowej. Dodatkowo w celu odpowiedniego nawilżenia oka stosuje się miejscowe preparaty okulistyczne z kwasem hialuronowym.

Opis przypadku klinicznego z uwzględnieniem zaleceń lekarskich oraz porady farmaceutycznej w aptece

Pacjent lat ok. 60, używający szkieł korekcyjnych, z zaburzeniami widzenia w postaci zamglenia obrazu oraz nieostrego widzenia zgłosił się do lekarza okulisty w celu wykonania okulistycznego badania kontrolnego. Podczas badania okulistycznego lekarz stwierdził zaćmę korowo-jądrową podtorebkową tylną obojga oczu, z nadwzrocznością oka prawego i astygmatyzmem nadwzrocznym oka lewego. Początkowo pacjenta zakwalifikowano do zabiegu usunięcia zaćmy obu oczu w trakcie pobytu

jednodniowego, a następnie przy kwalifikacji do zabiegu

postanowiono o wykonaniu dwóch zabiegów w odstęпах czasowych. W przypadku oka



lewego z astygmatyzmem zabieg polegał na wszczepieniu indywidualnie dobranej tzw. soczewki torycznej, której zadaniem jest zniwelowanie istniejącej zaćmy, a jednocześnie wady wzroku w postaci astygmatyzmu. Toryczne soczewki wewnątrzgałkowe zostały zaprojektowane specjalnie w celu korekcji astygmatyzmu. Kluczowym dla uzyskania optymalnych rezultatów i poprawy widzenia było precyzyjne ustawienie soczewki torycznej w odpowiedniej osi, dlatego taki zabieg został wykonany w ośrodku klinicznym. Dzięki temu pacjentowi zapewnioną lepszą ostrością widzenia i mniejszą zależność od okularów korekcyjnych. Soczewka przed zabiegiem została zamówiona dla konkretnego pacjenta u wybranego producenta soczewek. Przed zabiegiem i w trakcie zabiegu u pacjenta zastosowano standardową farmakoterapię w celu znieczulenia gałki ocznej, obniżeniu ciśnienia wewnątrzgałkowego, rozszerzeniu źrenicy, przyśpieszeniu gojenia oraz prewencji powikłań zabiegu wczesnym i późnym (proksymetakinę, tymolol, tropicamid, deksantanol, diklofenak oraz cefuroksym). Na operowaną gałkę oczną założono standardowy opatrunek, zalecono ograniczenie aktywności do minimum oraz sen w pozycji na wznak. Kontrolę zaplanowano w drugiej dobie po samodzielnym zdjęciu opatrunku. Pacjentowi wykonano badanie okulistyczne z kontrolą prawidłowości ustawienia soczewki w osi. Na okres pooperacyjny wypisano receptę na następujące leki:

- lewofloksacyne z deksametazonem (antybiotyk z kortykosterydem) w jednej postaci kropli do stosowania przez 7 dni (3 razy na dobę)
- etabonian loteprednolu (kortykosteryd) do stosowania od 2 tygodnia w zastępstwie preparatu łącznego (lewofloksacyna + kortykosteryd) przez kolejne 7 dni (3 razy na dobę),
- bromfenak (substancja czynna z grupy NLPZ) do stosowania przez 14 dni (2 razy na dobę)
- hialuronian sodu w postaci żelu do oczu stosowany przez co najmniej 4 tygodnie (3 razy na dobę) do końca opakowania.

Pacjent realizując receptę na powyższe preparaty (leki/wyroby medyczne) powinien otrzymać od farmaceuty następujące zalecenia w aptece dotyczące prawidłowego stosowania kropli do oczu:

1. stosowanie kropli o określonych porach dnia: sugerowane godz. 7.00, 13.00 i 20.00 - w przypadku 3-krotnego stosowania na dobę lub 7.00 i 20.00 w przypadku 2-dwukrotnego stosowania na dobę,
2. stosowanie preparatów po 1 kropli wyłącznie do oka operowanego,
3. stosowanie poszczególnych preparatów w odstępach co najmniej 5 minutowych,

4. zakraplanie kropli do dolnej części worka spojówkowego po odciągnięciu dolnej powieki,
5. delikatne uciśnięcia wewnętrznego kąta oka oraz kilkukrotne zamruganie powiekami po wpuszczeniu kropli,
6. zachowanie właściwej higieny rąk przed zastosowaniem kropli oraz sterylności końcówki dozującej/zakraplacza.
7. polecenie natychmiastowego zgłoszenia się do lekarza okulisty w przypadku wystąpienia następujących objawów:
 - bólu i zaczerwienienia operowanego oka,
 - nagłego pogorszenia widzenia,
 - innych objawów ze strony operowanego oka.

Powtórna kontrola pooperacyjna odbyła się po 14 dniach od wykonania zabiegu.

Zabiegi usunięcia zaćmy i wszczepienia sztucznej soczewki są w miarę bezpieczne. W 90% przypadków uzyskuje się oczekiwane wyniki, a brak właściwej poprawy ostrości wzroku może wynikać z współistniejących chorób oczu na przykład zmian zwyrodnieniowych siatkówki czy zaniku nerwu wzrokowego. Nie oznacza to, że chirurgia zaćmy pozbawiona jest powikłań operacyjnych. Jednak groźne powikłania, zagrażające utratą wzroku, są rzadkie. Należy do nich krwotok do wnętrza gałki ocznej i bakteryjne zapalenie wewnątrzgałkowe.

Teksty źródłowe:

1. <https://www.mp.pl/okulistyka/praktyka/przepisy/195852,standardy-kwalifikacji-do-operacji-zacmy>
2. <https://www.mp.pl/pacjent/okulistyka/chorobyoczu/chorobysoczewki/73341,zacma-objawy-operacja-i-zalecenia-po-zabiegu-kiedy-wraca-widzenie>
3. <https://www.mp.pl/okulistyka/wideo/351213,antybiotyki-i-krople-odkazajace-po-iniekcjach-i-zabiegach-operacyjnych-oczu>
4. <https://swiatlekarza.pl/terapia-przeciwwzapalna-po-operacji-zacmy/>
5. Jurowski P., Kęcik D., Omulecki W., Romaniuk W., Szafilik J., Szafilik J.P. „Postępowanie okołooperacyjne w chirurgii zaćmy”. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. 2014.
6. Langwińska-Wośko E., Bielecka A., Ambroziak A., Skopiński P. „Niesteroidowe leki przeciwwzapalne w okulistyce”. Kontaktologia i Optyka Okulistyczna, 2011;3:17-22.
7. <https://www.mp.pl/okulistyka/wytyczne/wytyczne-i-artykuly/117179,leczenie-operacyjne-zacmy-wytyczne-pt-2014>

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

JASKRA I ZAĆMA – FARMAKOTERAPIA NAJCZĘSTSZYCH PRZEWLEKŁYCH SCHORZEŃ OKULISTYCZNYCH – NA JAKIE ASPEKTY UCZULIĆ PACJENTA

CZ. II – JASKRA

Definicja i epidemiologia

Jaskra to grupa chorób oka o charakterze chronicznym i postępującym, w których dochodzi do stopniowego nieodwracalnego uszkodzenia nerwu wzrokowego. Efektem jest ograniczenie pola widzenia i obniżenie ostrości wzroku. Wg WHO jest drugą po zaćmie groźną w skutkach chorobą prowadzącą nawet do utraty wzroku. Liczba osób z jaskrą wynosiła w 2020 roku ok. 76 mln, a szacunki statystyczne wskazują na wzrost do ok. 112 mln w 2040 roku, w związku ze starzeniem się populacji. W Polsce, według danych przedstawianych przez Polskie Towarzystwo Okulistyczne, na jaskrę choruje ok. 800 tys. osób, przy czym ponad połowa przypadków ma pozostawać niezdiagnozowana, a 25% chorych to Europejczycy.

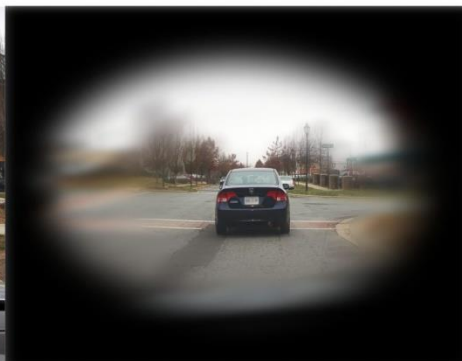
Przyczyny i mechanizm powstawania

Zasadniczą cechą jaskry, bez względu na przyczynę powstawania jest wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego (CWG), który zależy od zaburzeń krążenia cieczy wodnistej w gałce ocznej. Ciecz wodnista jest stale wytwarzana w ciele rzęskowym w

Widzenie bez jaskry



Widzenie z jaskrą



tylnej komorze oka, przepływa przez źrenicę do przedniej komory oka, zapewnia prawidłowe jego funkcjonowanie (odżywianie rogowki i soczewki), a następnie opuszcza gałkę oczną i dostaje się do krwioobiegu w miejscu nazywanym kątem przesączania. Przy zablokowaniu odpływu cieczy wodnistej wzrasta ciśnienie wewnątrz gałki ocznej co pośrednio prowadzi do ucisku nerwu wzrokowego. W konsekwencji włókna nerwowe są niszczone, a nerw wzrokowy zanika, ograniczając pole widzenia i w końcowym etapie powodując stopniową utratę wzroku.

Prawidłowe ciśnienie wewnątrzgałkowe jest konieczne do funkcjonowania oka jako układu optycznego, którego ścianki muszą być gładkie i napięte. Ciśnienie w oku ma prawidłową wartość, gdy ciecz wodnista jest produkowana z taką samą prędkością, z jaką odpływa. Jego **statystyczna norma wynosi od 10 do 21 mm Hg**. Ciśnienie wewnątrzgałkowe u osób chorych powinno być niższe niż norma dla osób zdrowych. Im bardziej zaawansowana jest jaskra, tym stopień obniżenia ciśnienia wewnątrzgałkowego powinien być niższy. Czynniki dodatkowo uszkadzającymi nerw wzrokowy mogą być miażdżyca, zbyt niskie ciśnienie tętnicze, przebyty udar mózgu, zawał serca lub anemia. U takich osób ciśnienie wewnątrzgałkowe w zakresie normy dla osób zdrowych jest „za wysokie” i może uszkadzać w dalszym stopniu nerw wzrokowy.

Pomiaru ciśnienia dokonuje się metodą bezkontaktową (tonometria bezkontaktowa „air puff”). Pacjent opiera podbródek i czoło na podpórkach, które znajdują się w lampie szczelinowej – czyli aparaturze używanej przez specjalistę. Gdy pozycja jest już stabilna, następuje szybki podmuch sprężonego powietrza skierowany prosto w rogowkę. Ciśnienie cieczy szklistej jest obliczane przez system komputerowy, bazując na stopniu ugięcia oka przez siłę podmuchu. Drugą bardziej precyzyjną metodą pomiaru ciśnienia wewnątrzgałkowego, wskazaną szczególnie u osób z podejrzeniem jaskry lub z rozpoznaną już chorobą jest tonometria aplanacyjna (Goldmana). Przyrząd do mierzenia ciśnienia oka wchodzi w bezpośredni kontakt z okiem, dlatego też przed zabiegiem konieczne jest znieczulenie rogowki. Po umieszczeniu głowy w lampie szczelinowej, okulista zbliża do oka tonometr i delikatnie naciska nim na rogowkę. Ciśnienie płynu wewnątrzgałkowego jest obliczane przez urządzenie, proporcjonalnie do zniekształcenia oka pod siłą nacisku tonometru.

Typy jaskry

Wszystkie rodzaje jaskry dzielą się na 2 duże grupy, które **różnią się sposobem zahamowania odpływu** cieczy wodnistej przez kąć przesączania. Są to:

- **jaskra otwartego kąta** – w której utrudnienie odpływu **wynika z zamykania się otworków beleczkowania**, co przypomina zatykanie się kratki ściekowej.
- **jaskra zamkniętego kąta** – w której zetknięcie się lub wzrost tęczówki z rogówką powoduje **zamknięcie dostępu do drożnego beleczkowania**.

Do każdego z wyżej wymienionych 2 głównych typów jaskry należy kilkanaście jednostek chorobowych, różniących się przyczyną zamknięcia otworków beleczkowania (w jaskrze otwartego kąta) lub mechanizmem zamknięcia dostępu do siateczki beleczkowania (w jaskrze pierwotnie lub wtórnie zamkniętego kąta).

Objawy

Objawy choroby różnią się w zależności od jej typu. W wielu przypadkach (zwłaszcza w jaskrze otwartego kąta) choroba może przebiegać długo bez dolegliwości, a ubytki w polu widzenia bywają zauważane dopiero w stadium zaawansowanym. Dolegliwości pojawiają się w przypadku zamykającego się kąta przesączania. Natomiast ostre zamknięcie kąta przesączania może powodować gwałtowny wzrost ciśnienia wewnątrzgałkowego i objawy takie jak silny ból oka i głowy, widzenie „tęczowych kół” wokół źródeł światła, nudności i wymioty, pogorszenie widzenia - jest to stan wymagający pilnego postępowania okulistycznego. Jeśli chodzi o widzenie to częstym objawem są luki w polu widzenia tzw. mroczki jaskrowe. Powstają one na skutek częściowego lub całkowitego zniszczenia poszczególnych pęczków włókien nerwowych, zbiegających się na tarczy nerwu wzrokowego pod wpływem wysokiego ciśnienia wewnątrzgałkowego, co uniemożliwia przekaz wrażeń wzrokowych z odpowiadających im obszarów siatkówki do mózgu. Ze względu na duże zagęszczenie włókien nerwowych w płamce stopniowy ich zanik początkowo jest niezauważalny dla pacjenta w życiu codziennym. Dodatkowo widzenie obuoczne powoduje, że **przy patrzeniu dwójgiem oczu oba pola widzenia nakładają się na siebie i wzajemnie uzupełniają swoje ubytki**. W końcowym stadium jaskry pole widzenia zacieśnia się tak, że obraz jest widziany jak „przez dziurkę od klucza” tzw. **widzenie lunetowe**.

Rozpoznanie:

Podstawę rozpoznania jaskry stanowią 2 objawy:

- typowe dla tej choroby zmiany w wyglądzie tarczy nerwu wzrokowego,
- charakterystyczne dla jaskry ubytki w polu widzenia.

Diagnostyka jaskry opiera się na rozszerzonym zakresie badań, do których należą:

- pomiar ciśnienia wewnątrzgałkowego tonometrem Goldmana,
- badanie dna oka w celu oceny tarczy nerwu wzrokowego,
- badanie pola widzenia (perymetria),

- badanie obrazowe oceniające stan nerwu wzrokowego, w kierunku wykrycia neuropatii jaskrowej,
- gonioskopowe badanie kąta przesączania będące podstawą rozpoznania różnicowego jaskry pierwotnej otwartego kąta (JPOK) oraz różnych typów jaskry wtórnej otwartego kąta (JWOK), co z kolei jest konieczne dla właściwego doboru metody leczenia.
- badanie obrazowe przedniego odcinka oka za pomocą tomografii optycznej AS OCT określające mechanizm tzw. zamknięcia kąta przesączania.

Terapia zabiegowa jaskry

Celem leczenia jaskry bez względu na zastosowaną metodę jest obniżenia ciśnienia wewnątrzgałkowego, które powstrzymuje postęp uszkodzenia nerwu wzrokowego.

Rodzaj zabiegu musi być dostosowany do postaci jaskry.

- W jaskrze pierwotnie zamkniętego kąta przesączania stosuje się leczenie przyczynowe. Metodą zabiegową jest korekta konfiguracji kąta przesączania poprzez zastosowanie lasera (irydotomia i/lub irydoplastyka) lub zabiegi operacyjne polegające na wymianie własnej soczewki na soczewkę sztuczną, płaską (mniejszych rozmiarów, która umożliwia otwarcie dostępu do naturalnej drogi odpływu cieczy wodnistej poprzez poszerzenie przestrzeni pomiędzy tęczęwką a rogówką) lub utworzenie sztucznego odpływu (w postaci sztucznej przetoki lub drenu filtrującego) - w przypadku kiedy doszło do zarośnięcia szczeliny kąta.
- W jaskrze pierwotnie otwartego kąta przesączania obniżanie ciśnienia musi być prowadzone stale, najczęściej farmakologicznie lub zabiegami laserowymi. Sukces leczenia, a więc utrzymanie do końca życia użytecznej ostrości wzroku, zależy w dużej mierze od samego pacjenta, który powinien właściwie i stale stosować zalecone leki oraz regularnie odbywać kontrole lekarskie.

Farmakoterapia jaskry

Farmakoterapia jaskry polega na podawaniu leków w postaci kropli ocznych, stosowanych 1 lub 2 razy w ciągu doby, ze względu na ich długotrwałe działanie. Krople oczne są przeważnie lekami oryginalnymi, ale również część producentów produkuje je jako leki generyczne o czym należy poinformować pacjenta. **Istnieje 5 grup leków przeciwjaskrowych.** Każda z nich obejmuje leki o takim samym mechanizmie działania i podobnej skuteczności.

1. Analogi prostaglandyn (latanoprost, trawoprost, bimatoprost, tafluprost), które ułatwiają odpływ cieczy wodnistej drogą naczyniówkowo-twardówkową obniżając ciśnienie wewnątrzgałkowe o 25 – 30%. Ze względu na 24-godzinne działanie są stosowane raz dziennie. Powodują jednocześnie

rozszerzenie naczyń krwionośnych gałki ocznej, co objawia się przekrwieniem i zaczerwieniem spojówek. Są to leki pierwszego rzutu w jaskrze otwartego kąta bez współistniejącego stanu zapalnego (zapalenia brzegów powiek i gruczołów łojowych powiek), ze względu na możliwość nasilania objawów zapalnych przez prostaglandyny. Innymi czasowymi (tydzień przed zabiegiem i 3 tygodnie po nim) przeciwwskazaniami do stosowania prostaglandyn są zabiegi laserowe w jaskrze i inne zabiegi okulistyczne np. operacja usunięcia zaćmy.

2. Pilokarpina jest najstarszym lekiem przeciwjaskrowym i stosowana jest w przypadku ostrego epizodu zamknięcia kąta („ostry atak jaskry”) oraz doraźnie przed zabiegiem laserowym. Objawem ubocznym jest paradoksalne zwiększenie ciśnienia wewnątrzgałkowego na skutek zarośnięcia przezręczniczej drogi odpływu cieczy wodnistej w wyniku długotrwałego stosowania leku. Wadą leku jest krótkotrwały okres działania (6 – 8 godzin).
3. Beta-blokery redukują wytwarzanie cieczy wodnistej, działają przez 12 godzin. Tymolol jest beta-blokerem nieselektywnym (działa w mięśniu sercowym, oskrzelach), natomiast betaksolol jest lekiem selektywnym, ale jego efekt hipotonizujący jest słabszy. Ich wpływ na sekrecję cieczy wodnistej maleje wraz z postępującym czasem stosowania oraz z wiekiem pacjenta. Przeciwwskazaniami do stosowania beta-blokerów są astma oskrzelowa, zaawansowana postać przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POCHP), blok przedsionkowo-komorowy II i III stopnia oraz bradykardia.
4. Agonista receptora alfa2-adrenergicznego – brymonidyna, która działa dwukierunkowo: hamuje wytwarzanie cieczy wodnistej, a także ułatwia jego odpływ drogą nadtwardówkową. Ze względu na krótki okres działania lek jest zarejestrowany do podawania 3-krotnego w ciągu doby, ale stosując terapię łączoną z innym lekiem przeciwjaskrowym można go stosować co 12 godzin. Lek powoduje alergiczne zapalenie spojówek, co często wymaga odstawienia leku i zmiany terapii.
5. Inhibitory anhidrazy węglanowej – miejscowo w postaci kropli do oczu: torzolamid i brinzolamid oraz do stosowania ogólnoustrojowego: acetazolamid, które hamują wytwarzanie cieczy wodnistej w nabłonku ciała rzęskowego. Ta ostatnia ogólnoustrojowa forma jest szczególnie przydatna w przypadku konieczności przerywania wzrostu ciśnienia wewnątrzgałkowego (CWG) w trakcie ostrego, pełnoobwodowego pierwotnego zamknięcia kąta (PZK). Acetazolamid w dawkach 125 mg co 8 lub 12 godzin stosuje się u pacjentów o dużym ryzyku utraty wzroku i mających trudności ze stosowaniem kropli do oczu. Acetazolamid jest przeciwwskazany do tzw.

„dorywczego” stosowania (kiedy pacjentowi wydaje się, że ma wysokie ciśnienie wewnątrzgałkowe lub „profilaktycznie” 2 – 3 razy w tygodniu), ponieważ już uszkodzony nerw wzrokowy jest wrażliwy na wahania ciśnienia wewnątrzgałkowego, zarówno „w górę” jak i „w dół”. Przewlekłe stosowanie acetazolamidu może wywołać objawy niepożądane w postaci: parestezji stóp i dłoni (spadek potasu), zespołu żołądkowo-jelitowego oraz reakcji alergicznych.

Praktyczne aspekty podawania kropli ocznych w terapii jaskry – na co zwrócić uwagę podczas porady farmaceutycznej

Praktycznie każdy pacjent chory na jaskrę zgłasza się do apteki w celu realizacji recepty na leki przeciwjaskrowe. Rolą farmaceuty realizującego receptę jest upewnić się czy pacjent otrzymał informację o zasadach stosowania leków w trakcie wizyty u okulisty, ponieważ podstawowym i niezbędnym warunkiem dotarcia leku przeciwjaskrowego do obszaru jego działania w stężeniu terapeutycznie efektywnym stanowi prawidłowa technika jego podawania. W przypadku jaskry obszarem działania jest położony na obwodzie komory przedniej oka kąt przesączania – miejsce odpływu cieczy wodnistej – bądź położona w komorze tylnej oka za nasadą tęczówki część wydzielnicza ciała rzęskowego – miejsce produkcji cieczy wodnistej. Krople okulistyczne są postaciami leku przeznaczonymi do podawania minimalnej objętości preparatu, w której zawarta jest precyzyjnie obliczona dawka terapeutyczna substancji czynnej. Do tego celu służą precyzyjnie skalibrowane końcówki buteleczek. Drugim najważniejszym aspektem właściwego zastosowania kropli ocznych są zasady określające technikę podania leku do gałki ocznej. Generalnie polegają one na:

1. Zachowaniu higieny rąk podczas podawania kropli
2. Zakraplaniu leku przed lustrem, pod kontrolą wzroku
3. Odchyleniu głowy ku tyłowi i następnie odciągnięciu lewą ręką dolnej powieki w zewnętrznym kącie oka (utworzenie kieszonki)
4. Naciśnięciu prawą ręką buteleczki z kroplami i wpuszczenie jednej kropli do utworzonego kąta spojówkowego
5. Zamknięciu powieki unikając mrugania, a następnie zaciśnięciu przyśrodkowego kąta oka palcem wskazującym lewej ręki przez ok. 2 min., co przeciwdziała drenażowi kropli przez otworki łzowe do ich rezerwuaru w woreczku łzowym, a następnie przez kanał nosowo-łzowego do jamy nosowej i gardła, a jednocześnie umożliwia penetrację leku do cieczy wodnistej, kąta przesączania lub do ciała rzęskowego przez całą grubość rógówki)
6. Podaniu następnego leku (o ile jest zlecony) o tej samej porze, ale po co najmniej 5 minutowym odstępie.

W sytuacjach szczególnych tzn. stosowaniu np. beta-blokerów (tymolol) unika się przedostania leku do krwioobiegu przez bogato unaczynioną błonę śluzową nosa co eliminuje możliwość wystąpienia działań niepożądanych w układzie krążenia i oddechowym (patrz wyżej – beta-blokery). Przedostanie się leku do krążenia ogólnego przez błonę śluzową nosa może spowodować spadek ciśnienia tętniczego, jednocześnie spadek perfuzji w obrębie siatkówki oka i tym samym pogłębienie neuropatii jaskrowej. Leki okulistyczne zawierające beta-blokery powinny być stosowane co najmniej 2-3 godziny przed snem, ponieważ siła ich działania w porze nocnej jest słabsza. W przypadku częstego stosowania kropli ocznych lub stosowania kilku preparatów jednocześnie widoczny jest niekorzystny wpływ substancji konserwujących na naturalną powłokę filmu łzowego co powoduje to szybkie odparowywanie warstwy wodnej łez, z następowym wysychaniem rogówki i spojówek, i wskutek tego ocieraniem ich powierzchni podczas mrugania. Powstają mikroerozje rogówki odczuwane jako wrażenie „piasku pod powiekami”, objawy te stanowią „zespół suchego oka”, choć obejmują one także spowodowaną mikroartiami rogówki zwiększoną wrażliwość oczu na czynniki zewnętrzne, objawiającą się nadmiernym łzawieniem. Preparatami łagodzącymi są krople nawilżające w postaci produktów leczniczych lub wyrobów medycznych. Preparaty nawilżające powierzchnię oka należy podawać w każdym przypadku dyskomfortu – uczucia piasku czy ciała obcego pod powiekami – aby przeciwdziałać negatywnym skutkom wysychania powierzchni oka. Nie ma ograniczeń co do częstości czy regularności nawilżania, najlepiej jest stosować preparaty bez środków konserwujących i substancji obkurczających naczynia krwionośne.

Podsumowanie

W jaskrze pierwotnej otwartego kąta (JPOK), jaskrze idiopatycznej, genetycznej postępującej neuropatii nerwu wzrokowego farmakoterapia jest postępowaniem z wyboru. Ponadto w postaciach jaskry, w których zastosowano leczenie zabiegowe farmakoterapia jest metodą uzupełniającą. Celem leczenia jest zahamowanie postępującego uszkodzenia nerwu wzrokowego, które powinno być monitorowane przynajmniej raz w roku za pomocą badania tomografii komputerowej ukierunkowanej na ocenę nerwu wzrokowego. Farmakoterapię rozpoczyna się od włączenia jednego leku, a lekami z wyboru są analogi prostaglandyn (z uwzględnieniem przeciwwskazań). W przypadku stwierdzenia postępu neuropatii nerwu wzrokowego w badaniu kontrolnym wynikającego ze zbyt wysokiego poziomu ciśnienia wewnątrzgałkowego zaleca się zmianę leku na lek złożony z prostaglandyny i beta-blokera podawanego 1 x na dobę. Wcześniej należy upewnić się czy pacjent zna zasady prawidłowej techniki podania leku, a w uzasadnionych przypadkach kiedy

pacjent nie jest w stanie sam prawidłowo podać leku należy przeszkolić opiekuna. W leczeniu farmakologicznym można maksymalnie wykorzystywać synergistyczne działanie 3 leków z 3 różnych grup. Brak osiągnięcia zakładanego ciśnienia docelowego, wstrzymującego postęp neuropatii, pomimo zastosowanej farmakoterapii, stanowi wskazanie do leczenia operacyjnego.

Teksty źródłowe:

1. Niżankowska M.H. (red.): Basic and Clinical Science Course, Section 10, Jaskra. Wyd. I. polskie. Wydawnictwo Medyczne Urban & Partner, Wrocław 2006
2. Niżankowska M.H.: Okulistyka. Podstawy kliniczne. Wyd. I. PZWL Warszawa 2007
3. Kański J: Okulistyka Kliniczna. Wydawnictwo Medyczne Górnicki, Wrocław 2005; 194-228; Niżankowska MH: Podstawy Okulistyki, Wrocław 2004
4. Stowarzyszenie Chorych na Jaskrę; prezentacja prof. Jerzego Szaflika, Jaskra – choroba społeczna przewlekła
5. Polskie Towarzystwo Okulistyczne (Postępowanie w jaskrze. Wytyczne Polskiego Towarzystwa Okulistycznego. Stan na dzień 10 czerwca 2014)
6. Wytyczne diagnostyki i leczenia jaskry – aktualizacja 2022 [online], Polskie Towarzystwo Okulistyczne, 2022 [dostęp 2026-02-12] (pol.).
7. Tomczyk-Socha M, Misiuk-Hojło M, Współczesne metody neuroprotekcji w jaskrze [online], Przegląd okulistyczny, 29 maja 2024 [dostęp 2026-02-12] (pol.).
8. <https://www.mp.pl/okulistyka/wytyczne/wytyczne-i-artykuly/102765,postepowanie-w-jaskrze-czesc-1-klasyfikacja-jaskry>
9. <https://www.mp.pl/okulistyka/wytyczne/wytyczne-i-artykuly/102766,postepowanie-w-jaskrze-czesc-2-diagnostyka-jaskry>
10. <https://www.mp.pl/okulistyka/wytyczne/wytyczne-i-artykuly/102769,postepowanie-w-jaskrze-czesc-3-leczenie-jaskry>
11. <https://www.mp.pl/okulistyka/okulistyka-dla-nieokulistow/artykuly/140914,zasady-leczenia-farmakologicznego-jaskry>,
12. <https://www.mp.pl/okulistyka/okulistyka-dla-nieokulistow/artykuly/117640,jaskra-podstawowe-informacje>,
13. <https://podyplomie.pl/czasopisma/okulistyka-po-dyplomie/2017/02/jaskra>
14. <https://www.termedia.pl/mz/Leczenie-jaskry-coraz-bardziej-obiecujace,37999.html>
15. <https://www.mp.pl/okulistyka/okulistyka-dla-nieokulistow/artykuly/140916,technika-miejscowego-podania-lekow-przeciwjaskrowych-a-skuteczność-ich-działania>

Mgr. farm Jarosław Mateuszuk

– Polskie Towarzystwo Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Podróży

NOWE ZALECENIA DOTYCZĄCE STOSOWANIA SZCZEPIONKI IXCHIQ U PACJENTÓW W PROFILAKTYCE ZAKAŻENIA WIRUSEM CHIKUNGUNYA



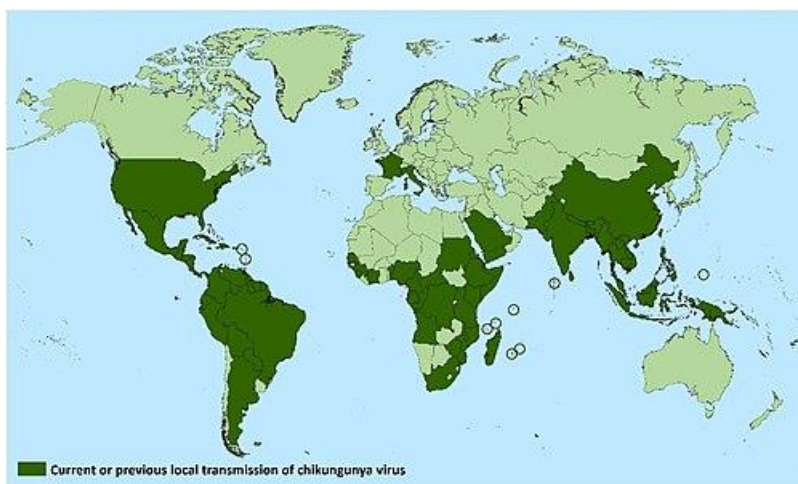
W dniu 14 lipca 2026 roku Pełnomocnik Podmiotu Odpowiedzialnego Valneva GmbH Austria przesłał do Pana Prof. dr hab. n. med. Krzysztofa Korzeniewskiego – Prezesa Polskiego Towarzystwa Medycyny Morskiej, Tropikalnej i Medycyny Podróży komunikat w porozumieniu z Europejską Agencją Leków (EMA) oraz Urzędem Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych dotyczący ograniczeń podawania szczepionki IxchIQ do osób z grupy wysokiego ryzyka zakażenia wirusem chikungunya.

Obraz chorobowy zakażenia wirusem chikungunya (CHIKV)

Wirusowa choroba tropikalna (przenoszona przez komary *Aedes aegypti*, *Aedes albopictus*) z gorączką i dotkliwym bólem stawów, który może przybrać formę przewlekłą. Po raz pierwszy chorobę opisano w 1953 roku w Tanzanii. Choroba wywołana jest przez arbowirusa Chikungunya (alfawirus z rodziny *Togaviridae*, jednonicowy wirus RNA), pochodzącego z Afryki. Przenoszona jest przez komary (*Aedes aegypti*, *Aedes albopictus* lub *Aedes polynesiensis*). Nie występuje transmisja pomiędzy ludźmi, z wyjątkiem zakażenia drogą krwiopochodną lub wertykalną (w trakcie porodu lub drogą wewnątrzmaciczną). Rezerwuarem zarazka są małpy. Występuje w wielu krajach afrykańskich, latynoamerykańskich, azjatyckich oraz na niektórych wyspach Reunion, Mauritius, Madagaskar, Seszele,



Malediwy, Komory, Karaiby, wybrzeże zachodnich Indii i Malezji. Główne objawy chorobowe to: gorączka, bóle stawów, objawy rzekomogrypowe, objawy skórne – wysypka i świąd oraz charakterystyczny obraz osoby przewlekle chorej (chikungunya – „zgarbienie, przykurczenie”). Bóle stawów mają duże natężenie, są symetryczne i dotyczą wielu stawów, głównie kończyn górnych i dolnych. Bezobjawowy przebieg dotyczy do 30% chorych, u chorych objawowych poszczególne dolegliwości pojawiają się maksymalnie do 12 dni, przeciętnie w okresie 3 – 7 dni i ustępują po 7 do 10 dni. Niestety u części chorych rozwijają się przewlekle objawy zajęcia stawów: ból stawów utrzymujący się wiele miesięcy, a nawet lat, zapalenie wielostawowe, zapalenie pochewek ścięgnistych.



Obraz pokazujący transmisję zakażeń wirusem CHIKV na świecie.

Importowane przypadki choroby wywołanej przez CHIKV rozpoznaje się u chorych po powrocie z 70 krajów, przede wszystkim z Haiti, Indii oraz Tajlandii. Ogniska epidemii stwierdzono w 2025 r. na wyspach Mauritius, Reunion (ok. 50 tys. przypadków) i Sri Lanka. Chikungunya przestaje być problemem wyłącznie państw tropikalnych. W ostatnich latach przypadki notowano w kilku europejskich krajach, w tym we Włoszech, Francji i Hiszpanii, gdzie komary *Aedes* na stałe zadomowiły się w cieplejszych regionach. W 2025 roku wykryto również przypadek kobiety w Polsce, która została zakażona wirusem po powrocie z Kuby. To przykład tzw. zakażenia importowanego, ale eksperci przypominają, że wraz z ociepleniem klimatu i

obecnością komara tygrysięgo w coraz większej części Europy, ryzyko lokalnych ognisk będzie stopniowo rość. Choć w Polsce transmisja lokalna nie została dotąd potwierdzona, specjaliści apelują o czujność i monitorowanie sytuacji. WHO szacuje, że na świecie może być zagrożonych potencjalnym zakażeniem wirusem CHIKV ok. 5,6 mld ludzi. Leczenie jest objawowe i polega na podawaniu leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych. W początkowym okresie lekiem z wyboru jest paracetamol, ponieważ istnieje duże podobieństwo objawów chikungunya do dengi i malarii, w których to ze względu na objawy krwotoczne nie stosuje się leków z grupy NLPZ i dopiero po uzyskaniu potwierdzenia choroby metodami molekularnymi lub serologicznymi można wdrożyć inne leki z grupy NLPZ. W 2025 r. WHO wydała nowe zalecenia, zgodnie z którymi nie zaleca się rutynowego stosowania sterydów czy przetaczania płytek krwi bez wyraźnych wskazań. W ciężkich przypadkach konieczne może być leczenie szpitalne z dożylnym podaniem płynów.



Profilaktyka swoista

W czerwcu 2024 roku Europejska Agencja Leków dopuściła do obrotu szczepionkę stosowaną w immunoprofilaktyce czynnej zakażeń wirusem Chikungunya (CHKV), początkowo u osób w wieku 18 lat i starszych, a później rozszerzono kryterium na osoby powyżej 12 roku życia. Produkt leczniczy zawiera żywy, atenuowany szczep wirusa. Produkt podaje się domięśniowo w mięsień naramienny w ciągu 2 godzin od rekonstrukcji preparatu. Szczepionkę podaje się jednorazowo, nie ustalono konieczności podania dawki przypominającej. Zgodnie z pierwotnymi założeniami przeciwwskazaniem do podania szczepionki to wiek powyżej 65 lat oraz stany niedoborów odporności bądź przebiegające z obniżoną odpornością spowodowaną chorobą lub leczeniem (np. z powodu nowotworów krwi i guzów litych, otrzymywania chemioterapii, wrodzonych niedoborów odporności, długotrwałego leczenia immunosupresyjnego lub pacjenci z zakażeniem wirusem HIV ze znacznie obniżoną odpornością). W ChPL nie zalecono jednoczesnego podawania produktu leczniczego IXCHIQ z innymi szczepionkami, ponieważ nie ma danych

dotyczących bezpieczeństwa ani immunogenności po jednoczesnym podaniu produktu leczniczego IXCHIQ z innymi szczepionkami. Jednocześnie w trakcie badań klinicznych stwierdzono następujące objawy niepożądane, które występowały bardzo często ($\geq 1/10$):

- bóle mięśni i stawów,
- bóle głowy,
- nudności,
- zmęczenie, gorączka, reakcje w miejscu podania szczepionki (tkliwość, ból, rumień, stwardnienie, obrzęk) oraz
- zmniejszenie liczby białych krwinek i podwyższone wartości prób wątrobowych.

U części uczestników badania stwierdzono po szczepieniu reakcje niepożądane przypominające zakażenie wirusem Chikungunya w postaci różnych kombinacji powyższych i nie tylko objawów poszczepiennych. Reakcje niepożądane przypominające zakażenie wirusem Chikungunya były szeroko zdefiniowane, tj. występowanie gorączki ($\geq 38^{\circ}\text{C}$) i co najmniej jednego innego objawu zgłaszanego również w przypadku ostrej postaci choroby Chikungunya, w tym bóle stawów lub zapalenie stawów, bóle mięśni, ból głowy, ból pleców, wysypka, powiększenie węzłów chłonnych, oraz niektóre objawy neurologiczne, kardiologiczne lub oczne; w ciągu 30 dni po szczepieniu, niezależnie od momentu wystąpienia, nasilenia i czasu trwania poszczególnych objawów. Takie reakcje niepożądane wystąpiły u ok. 12% dorosłych uczestników badania i u ok. 23% młodzieży (12 – 18 lat).

Ograniczenie wskazań zastosowania szczepionki IxchIQ w profilaktyce zakażeń wirusem Chikungunya

Na podstawie przeglądu dostępnych danych dotyczących bezpieczeństwa przeprowadzonego przez EMA w ramach regularnego, sporządzanego co 6 miesięcy okresowego raportu o bezpieczeństwie (z ang. Periodic Safety Update Report; PSUR) dla produktu IxchIQ podmiot odpowiedzialny Valneva Austria GmbH wprowadził następujące wytyczne wynikające z ograniczonego zastosowania szczepionki polegające na:

1. **stosowaniu wyłącznie** u osób z grupy wysokiego ryzyka zakażenia wirusem Chikungunya (CHIKV)
2. **przestrzeganiu przeciwwskazań** do stosowania u osób z niedoborem odporności oraz u osób, u których występuje immunosupresja spowodowana chorobą lub leczeniem farmakologicznym, niezależnie od wieku (np. w wyniku nowotworów złośliwych, chemioterapii, terapii immunosupresyjnej, wrodzonego niedoboru odporności lub zakażenia wirusem HIV z ciężką immunosupresją).

3. **unikania koadministracji czyli niepodawania jednoczasowego** wraz z innymi szczepionkami.

Powyższe zalecenia wynikają z wystąpienia przypadku aseptycznego zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych w zdrowej, młodej osoby dorosłej oraz pojawienia się poważnych działań niepożądanych u osób w wieku 65 lat i starszych oraz z wieloma chorobami współistniejącymi (np. chorobami układu krążenia, cukrzycą, przewlekłą chorobą nerek, przewlekłą obturacyjną chorobą płuc, chorobami neurodegeneracyjnymi), ale także młodych osób dorosłych bez istotnych chorób współistniejących. U tych osób zaobserwowano poważne lub długotrwałe działania niepożądane o charakterze podobnym do objawów zakażenia wirusem Chikungunya (CHIKV), prowadzące niekiedy do pogorszenia stanu ogólnego, w tym złego samopoczucia i zmniejszonego apetytu, zaostrzenia występujących wcześniej chorób, zaburzeń mózgowych, takich jak encefalopatia i zapalenie mózgu, aseptycznego zapalenia opon mózgowych lub stanu splątania. W niektórych przypadkach konieczna była hospitalizacja, a kilka z nich zakończyło się zgonem pacjenta.

Opracowano na podstawie:

1. <https://valneva.com/wp-content/uploads/2026/07/IXCHIQ-DHPC-Poland-July.pdf>
2. Karta informacyjna na temat choroby Chikungunya (Światowa Organizacja Zdrowia, 2025).
3. <https://www.cdc.gov/chikungunya/fact/index.html>
4. <https://valneva.com/press-release/valneva-announces-u-s-fda-approval-of-worlds-first-chikungunya-vaccine-ixchiq/>
5. Chikungunya virus disease worldwide overview, European Centre for Disease Prevention and Control, 2025.
6. Ixchiq, European Medicines Agency (EMA), 2025

Mgr farm. Jarosław Mateuszuk

DŻUMA W ROSJI

– CZY OBAWY PRZED EKSPANSJĄ CHOROBY SĄ UZASADNIONE?

W ostatnich dniach napłynęły niepokojące informacje z Rosji z obwodu irkuckiego o przypadku zgonu na dżumę 28-letniej pracownicy laboratorium jednego ze szpitali po rzekomym stłuczeniu probówki. Oficjalny komunikat podawał jako przyczynę zgonu zapalenie płuc o nieustalonej etiologii, jednak blisko 200 osób zostało poddano obserwacji, a szpitale objęto kwarantanną. Rosyjskie media nie komentują szczegółowo zaistniałej sytuacji. Prawdopodobną przyczyną mógł być wypadek przy pracy laboratoryjnej z patogenem, z jednoczesnym niezachowaniem bezwzględnych warunków hermetyczności, co spowodowało postać płucną choroby. Władze w obwodzie irkuckim zaapelowały do mieszkańców o ograniczenie przemieszczania się między miejscowościami. Sytuację monitorują organy sanitarne również innych krajów w tym USA.

Dżuma (mór, zaraza morowa, czarna śmierć) to choroba zakaźna wywołana przez względnie beztlenowe pałeczki z rodziny Enterobacteriaceae (G(-)) nazwane *Yersinia pestis*. Dżuma kojarzy się ze średniowieczem, tymczasem bakteria, która ją wywołuje, wciąż krąży wśród dzikich gryzoni na czterech kontynentach i co roku powoduje kilkaset zachorowań u ludzi. Naturalnym rezerwuarem, czyli środowiskiem, w którym bakteria stale się utrzymuje, są dzikie gryzonie: świstaki i susły w Azji Środkowej, pieski preriowe w Ameryce Północnej, szczury na Madagaskarze. Człowiek jest w tym cyklu gospodarzem przypadkowym. Wyjątkowo sprawnymi wektorami, które przenoszą czynnik chorobotwórczy są pchły. Bakterie tworzą w przedłożdtku pchły biofilm, który blokuje przepływ pokarmu. Głodny owad kłuje raz za razem, a przy każdej próbie ssania dochodzi do regurgitacji: zakażona krew cofa się do miejsca ukłucia. Do zakażenia dochodzi poprzez pogryzienie przez pchły



lub bezpośredni kontakt z tkankami chorego zwierzęcia (obróbka po upolowaniu) lub w postaci płucnej drogą kropelkową między osobą chorą a zdrową, w bliskim kontakcie (personel medyczny i rodzina chorego) Między XIV a XXI wiekiem zmieniło się jedno: znamy czynnik etiologiczny, czyli bakterię *Yersinia pestis*, drogi szerzenia zakażenia i antybiotyki o udowodnionej skuteczności. W latach 1347 – 1350 „zaraza” zabiła jedną czwartą ludności ówczesnej Europy. W lutym 2024 roku w stanie Oregon w USA stwierdzono przypadek dżumy dymienicznej u człowieka, a do zarażenia doszło od chorego kota.

Wyróżnia się trzy zasadnicze postaci dżumy:

- 1) dymieniczą,
- 2) posocznicową (septyczną),



3) płucną: pierwotną i wtórną.

Ad 1. Dymienica jest to regionalne powiększenie węzłów chłonnych. Zakażenie następuje w wyniku pogryzienia przez zainfekowane pchły (od gryzoni czy wiewiórek)

Ad 2. jest to powikłanie dżumy dymienicznej

Ad 3. jako zakażenie pierwotne, w tym przypadku dochodzi do niego drogą kropelkową bezpośrednio od chorego albo jako wtórne, dżumowe zapalenie płuc, będące komplikacją postaci dymienicznej

Obraz kliniczny zależy od drogi, którą bakteria wniknęła do organizmu. Okres wylęgania trwa od jednego do siedmiu dni, a początek jest zawsze nagły: wysoka gorączka, dreszcze, ból głowy i skrajne osłabienie.

Postać dymienicza, najczęstsza dotyczy węzłów chłonnych, które znacznie powiększają się i stają się bolesne (słowo dymienica pochodzi od staropolskiego określenia pachwiny – dymienia, gdzie najczęściej powiększają się węzły chłonne). Postać posocznicowa rozwija się, gdy bakterie namnażają się we krwi, pierwotnie albo jako powikłanie postaci dymienicznej. Dochodzi do wstrząsu i rozsianego wykrzepiania wewnątrznaczyniowego: w drobnych naczyniach powstają zakrzepy, które odcinają dopływ krwi do tkanek. Martwica obejmuje wtedy palce rąk i stóp, nos, małżowiny uszne co objawia się czarnym zabarwieniem tkanek (czarna śmierć). Najgroźniejsza jest postać płucna, która bez szybkiego włączenia leczenia kończy się zgonem

Leczenie polega na pozajelitowym podawaniu antybiotyków.

Bakterie są wrażliwe na:

- streptomycynę i gentamycynę (leki z wyboru)
- chloramfenikol (duża skuteczność, częste działania niepożądane: (niedokrwistość, hepatotoksyczność, nefrotoksyczność, działanie mutagenne)
- ciprofloksacyna
- cefalosporyny (dżuma płucna)
- tetracykliny (lżejsze postaci)

Zagrożeniem dla człowieka mogą być podróże w rejony endemiczne, gdzie odnotowuje się przypadki dżumy. Takim przykładem jest Mongolia, gdzie w 2023 roku odnotowano 137 ognisk choroby, w 17 regionach kraju, w tym blisko granicy z Rosją.

Teksty źródłowe:

1. <https://premium.mp.pl/podreczniki/interna-szczeklika/chapter/B01-XI-D-35,dzuma/>
2. <https://medycynatropikalna.pl/choroba/dzuma>
3. <https://wszystkoconajwazniejsze.pl/pepites/dzuma-w-rosji-jakie-zagrozenie-dla-europy/>
4. <https://www.medonet.pl/zdrowie/wiadomosci/dzuma-plucna-w-rosji-po-smierci-darii-shipilowej-wprowadzono-restrykcje/179t1t7>

VARIA

Maria Pająk¹, Elżbieta Rutkowska²

1. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, Oddział Opole

2. Zakład Farmacji Stosowanej, Uniwersytet Medyczny w Białymstoku

KONFERENCJA NAUKOWA
„ROŚLINY LECZNICZE W NAUCE I KULTURZE”
(PIĄTA EDYCJA),
WARSZAWA – CIECHANOWIEC, 22–24 MAJA 2026 ROKU

Konferencja rozpoczęła się w przeddzień oficjalnego otwarcia, 21 maja, w Muzeum Rolnictwa im. ks. Krzysztofa Kluka w Ciechanowcu. Dla gości, którzy od rana licznie przybywali przygotowano dwa wydarzenia: zwiedzanie muzeum oraz przechadzkę po wspaniałym ogrodzie roślin leczniczych. Następnie uczestnicy spaceru złożyli kwiaty pod epitafium ks. Kluka w kościele Trójcy Przenajświętszej i udali się na plenerową kolację. Przy stole suto zastawionym podlaskimi przysmakami toczyły się rozmowy przerywane powitaniami nowych uczestników. Konwersacjom nie było końca, jednak zmęczenie i atakujące komary w końcu zmusiły biesiadników do udania się na spoczynek. Następnego dnia po śniadaniu przewodnik oprowadził chętnych po pałacu hrabiów Starzeńskich – aktualnie siedzibie muzeum.

Punktualnie o godz. 9:30 Dorota Łapiak – dyrektor Muzeum Rolnictwa w Ciechanowcu – przywitała licznie przybyłych gości i oficjalnie otworzyła konferencję, która odbywała się również w formie on-line. Głos zabrali także prof. Iwona Arabas z Instytutu Historii Nauki PAN (dalej: IHN PAN) i dr Robert Księżopolski reprezentujący IHN PAN oraz *Societas Scientiarum Klukoviana et Jablonovianae*. Wszyscy podkreślili ogromne zainteresowanie multidyscyplinarnym wydarzeniem. Jest to ogromny sukces organizatorów, a dla uczestników to wspaniała okazja do zaprezentowania swoich badań naukowych, wymiany doświadczeń i spojrzenia na rośliny oczami osób reprezentujących odmienne profesje. Właśnie ta różnorodność tematyczna sprawia, że konferencja jest tak ciekawa i cieszy się dużą popularnością.

Pierwsza sesja, poświęcona **ks. Krzysztofowi Klukowi i jego epoce** – w 230. rocznicę śmierci, rozpoczęła się od uhonorowania prof. dr. hab. Zbigniewa Wójcika medalem „Zasłużony dla Muzeum Rolnictwa w Ciechanowcu”. Był to wyraz uznania dla dorobku naukowego Profesora, w szczególności dotyczącego ks. Kluka i jego czasów. Zaprezentowano dwie laudacje – pierwszą podpisaną przez organizatorów konferencji, drugą wygłoszoną przez dyrektora muzeum. Przedstawiono w nich i doceniono zasługi Profesora dla rozwoju Muzeum Rolnictwa w Ciechanowcu

ze szczególnym uwzględnieniem epoki ks. Kluka. Sam odznaczony odniósł się do tego wydarzenia z właściwym sobie humorem, mówiąc że „występuje już jako eksponat muzealny”.



Fot. 1. Laudacja na cześć Pana prof. Zbigniewa Wójcika – wieloletniego pracownika Muzeum Ziemi PAN w Warszawie, cenionego geologa i speleologa oraz historyka nauki (fot. Małgorzata Tomańska)

Wykład inauguracyjny *Ksiądz Krzysztof Kluk i jego epoka* wygłosił prof. dr hab. Zbigniew Wójcik.

Podczas pierwszej sesji konferencji oprócz wystąpień ściśle związanych z postacią polskiego przyrodnika i rysownika z Ciechanowca zaprezentowano także zagadnienia dotyczące kobiecych pasji ogrodniczych w osiemnastowiecznej Rzeczypospolitej, gabinetów historii naturalnej na łamach „Biblioteki Warszawskiej”, Gabinetu Historii Naturalnej księżnej Anny z Sapiehów Jabłonowskiej, a także zależności biologicznej motyla przeplatki aurinii (*Euphydryas aurinia*) od czarcikęsu łąkowego oraz czarcikęsika Kluka.

W sesji drugiej omawiane były **rośliny lecznicze w naukach farmaceutycznych**: ożanki (*Teucrium* L.), *Cannabis sativa* L. i *Plantago major* L. Ponadto poruszono kwestie dotyczące roślin leczniczych wspomagających odporność w zwalczania SARS-CoV-2 oraz kultur in vitro roślin owadożernych jako źródła metabolitów o znaczeniu etnofarmaceutycznym.

Sesja trzecia odnosiła się do **roślin leczniczych w historii botaniki i nauk medycznych**. W części pierwszej zaprezentowano referaty na następujące tematy: kwiat Linneusza – relikwiarz wędrujący (*Linnaea borealis* L. – zimozioł północny); rośliny lecznicze w terapii chorób zakaźnych wieku dziecięcego w XVIII wieku; środki lecznicze stosowane podczas epidemii cholery w Warszawie w latach 1831–1855; rośliny lecznicze w historii Ogrodu Botanicznego Uniwersytetu Warszawskiego; rośliny w dawnej profilaktyce zdrowotnej i leczeniu zwierząt, a szczególnie koni; oraz lecznicze dzikie gatunki i relikty kulturowe na południowo-zachodnich kresach XXI-wiecznej Polski.

Część druga sesji trzeciej, która odbyła się w sobotę 23 maja 2026 r., obejmowała referaty poświęcone zagadnieniom: teoria o czyszczeniu krwi w medycynie naukowej i ludowej od XVIII do końca XX wieku; analiza wybranych zapomnianych postaci leku roślinnego z okresu XVII i XVIII wieku w oparciu o napisy na fajansowych naczyniach aptecznych z kolekcji Mateusza B. Grabowskiego z Muzeum Farmacji UJ CM; problemy tłumaczenia nazw oraz identyfikacja roślin leczniczych w edycjach źródłowych; rośliny lecznicze stosowane przez Annę Wazównę na podstawie jej korespondencji z lat 1586–1625; egzotyczne rośliny w siedemnastowiecznym Gdańsku; badania i pasje przyrodnicze Ślązaków w okresie od końca XV do początków XVIII stulecia, a także rośliny w rekonstrukcjach leków historycznych.

Podczas sesji czwartej pt. **Rośliny lecznicze w etnologii i antropologii kulturowej** omówiono: rośliny dziko rosnące w materiałach źródłowych „Komentarzy do Polskiego Atlasu Etnograficznego” (na materiale śląskim); zioła z podkarpackiego herbarium (barwinek, mak, dziurawiec); motyw miodu i pszczoły w nazewnictwie leczniczych roślin poużytkowych; kognitywne mechanizmy metaforyzacji roślin; ziołolecznictwo moskiewskie epoki Iwana Groźnego w świetle źródeł historycznych; leki roślinne stosowane w terapii epilepsji w XVI wieku; praktyki lecznicze na styku medycyny uczoney i kultury ludowej; wykorzystanie krzewu bzu w kulturze ludowej i jego miejsce w folklorze oraz motywy roślinne na haftach w strojach ludowych z XIX wieku z Opolszczyzny (na podstawie zabytków z kolekcji Muzeum Śląska Opolskiego w Opolu). Do tej sesji zgłoszony był także referat na temat dziedzictwa etnomedycznego medycyny żydowskiej II Rzeczypospolitej; z przyczyn losowych nie został on jednak wygłoszony.

Sesja piąta, dotycząca **roślin w historii nauk medycznych – użytkowych, jadalnych i leczniczych**, była okazją do zreferowania następujących zagadnień: historia marchwi; zmiany składu chemicznego, ze szczególnym uwzględnieniem barwników betalainowych oraz azotanów, w różnych fazach rozwoju buraka ćwikłowego; charakterystyka i potencjał prozdrowotny maliny właściwej (*Rubus idaeus* L.) i maliny czarnej (*Rubus occidentalis* L.) oraz lecznicze właściwości kapsaicyny.

W czasie drugiego dnia obrad dyrektor muzeum – Dorota Łapiak – odznaczyła medalem „Zasłużony dla Muzeum Rolnictwa w Ciechanowcu” jeszcze

jednego badacza, od wielu lat związanego z muzeum – lekarza i doktora nauk farmaceutycznych – dr. Piotra Górskiego, który obecnie mieszka i pracuje w Dinslaken w Niemczech.



Fot. 2. Pan doktor Piotr Górski odznaczony medalem „Zasłużony dla Muzeum Rolnictwa w Ciechanowcu”

przynawany za szczególne zaangażowanie w badania, współpracę z muzeum i upowszechnianie wiedzy o ks. K. Kluku – patronie instytucji (fot. Małgorzata Tomańska)

Sesja szósta, która odbyła się 24 maja 2026 r. w Pałacu Staszica w Warszawie, i nosiła tytuł **Rośliny lecznicze w kulturze i sztuce**, objęła prezentacje na następujące tematy: historia miłości i nienawiści (eukaliptus); funkcje roślin w powieści kryminalnej „Czarcie ziele” Jill Johnson; ogród jako tworzywo dla sztuki (ogród Vanessa Bell w twórczości grupy Bloomsbury); opolska porcelana i jej

motywy kwiatowe; rośliny lecznicze w poemacie „Borek onikszyński” Antoniego Baranowskiego; baobab w języku, literaturze i kulturze polskiej; motywy roślinne w obrazach Leonory Carrington (1917–2011); substancje kadzielne w starożytnym Izraelu od powrotu z niewoli babilońskiej (538 r. przed Chr.) do zburzenia świątyni jerozolimskiej (70 r. po Chr.).



Fot. 3. Prezentacja Pani mgr farm. Marii Pajak – wiceprzewodniczącej Ogólnopolskiej Sekcji Historii Farmacji PTFarm – na temat opolskiej porcelany (fot. Małgorzata Tomańska)

Podczas sesji siódmej zaprezentowano postery. **Roślinom leczniczym w naukach farmaceutycznych i naukach botanicznych** były poświęcone plakaty na następujące tematy: allicyna i jej znaczenie w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych; związki biologicznie aktywne w kulturach in vitro roślin *Anthemis*

tinctoria L., *Tanacetum vulgare* L. oraz *Matricaria chamomilla* L. (analiza porównawcza i perspektywy wykorzystania); potencjał biosyntezy metabolitów wtórnych w kulturach in vitro wybranych gatunków mięty (*Mentha* spp.); gojnik hyzopolistny (*Sideritis hyssopifolia* L.) – źródło zdrowia z górskich łąk w kulturze in vitro; glistnik jaskółcze ziele (*Chelidonium majus* L.) – roślina o dwóch obliczach; mięta pieprzowa (*Mentha piperita* L.), mięta zielona (*Mentha spicata* L.) i mięta polna (*Mentha arvensis* L.) – aspekty kulinarno-chemiczne; malina zwyczajna *Rubus idaeus* L. – nowe, obiecujące źródło kwasów hydroksycynamonowych; profil metabolomiczny LC-MS oraz potencjał antyoksydacyjny w modelu *post mortem* wybranych gatunków z rodzaju *Scutellaria*; ocena jakości sensorycznej oraz aktywności antyoksydacyjnej grzybów jadalnych z rodzaju *Pleurotus*; zasoby wybranych leczniczych roślin naczyniowych na obszarze Arboretum Wirty; łąki doliny Wieprza jako źródło roślin zielarskich i leczniczych.

Zarówno **aspektom historycznym, jak i współczesnym badaniom** były poświęcone plakaty dotyczące kwestii: leki naszych prababek – między tradycją a nauką; zioła, nauka i mit; kotewka orzech wodny (*Trapa natans* L. s. lato) – znaczenie współczesne i historyczne; drzewa w regionalnych wierzeniach i kulturze ludowej – inspiracja dla przyszłości; Koło Roku jako model zdrowia: sezonowość roślin jadalnych i leczniczych w ujęciu fitoterapii, etnobotaniki i psychodietetyki; nowe analizy zawartości taksyn w drewnie cisowym a rezultaty badań nad powszechnym wykorzystywaniem tego surowca w średniowieczu do wyrobu przedmiotów drewnianych; mszaki – grupa roślin o znacznym zróżnicowaniu morfologicznym jako element gier komputerowych (porównanie ich rzeczywistych właściwości z nadanymi im w świecie wirtualnym).

Z zakresu kosmetologii zaprezentowano prace dotyczące ekstraktów roślinnych w półstałych formach kosmetycznych oraz bogatych w fenole ekstraktów z *Psidium cattleianum* Sabine (roślina ta nazywana jest gujawą Cattleya, guawą truskawkową lub guawą wiśniową). Zwrócono uwagę na ich właściwości i skuteczność we wspieraniu zdrowia skóry.

Roślinom leczniczym w historii nauk farmaceutycznych, medycznych i społecznych były poświęcone postery na temat preparatów roślinnych w pismach Teodora Torosiewicza w kontekście bezpiecznego przechowywania leków; producentów leków ziołowych wśród farmaceutów wyznania ewangelickiego w Warszawie; roślinom leczniczym w medycynie biologicznej w II RP; ziołarstwu w kręgu zainteresowań młodych Polek w latach 30. XX wieku.

Postery przygotowane na podstawie **materiałów zgromadzonych w muzeach** dotyczyły motywów roślinnych w adresach hołdowniczych znajdujących się w zbiorach Muzeum Marii Konopnickiej w Żarnowcu oraz zielnika Karola Karpały z

Muzeum Częstochowskiego. W kontekście edukacji muzealnej przedstawiono również problematykę wykorzystania roślin inwazyjnych jako surowców zielarskich.

W czasie trzech dni konferencji zaprezentowano 76 prac (49 referatów i 27 posterów).

Uczestnicy wydarzenia reprezentowali różne jednostki PAN i inne instytuty badawcze, uczelnie (medyczne, humanistyczne, rolnicze, przyrodnicze, techniczne), a także muzea, towarzystwa naukowe, ogrody botaniczne oraz fundacje. Wśród prelegentów znaleźli się zarówno doświadczeni i uznani badacze, jak i początkujący naukowcy oraz studenci.

Konferencję uatrakcyjnił wernisaż wystawy czasowej „Nasz zielnik – portrety roślin leczniczych haftem krzyżkowym wydziergane” ze zbiorów państwa Wiesławy i Ludwika Freyów, który odbył się w Muzeum Rolnictwa w Ciechanowcu. Wystawa będzie dostępna w muzeum do dnia 26 lipca 2026 r. Można było również zobaczyć różnorodne eksponaty w Muzeum Pisanki.

W niedzielę 24 maja przyszedł czas na podsumowanie piątej edycji międzynarodowej konferencji naukowej *Rośliny lecznicze w nauce i kulturze*. Prof. Iwona Arabas podziękowała wszystkim uczestnikom za aktywny udział, merytoryczną dyskusję, dyscyplinę i wspaniałą atmosferę, towarzyszącą obradom od pierwszej do ostatniej sesji. Podkreśliła także, że formuła konferencji nie wyczerpała się, wręcz przeciwnie, przyciąga coraz więcej uczestników, którzy na świat roślin patrzą z zupełnie innych perspektyw. Wszystkich zgromadzonych zaprosiła na kolejną szóstą edycję słowami: „Do zobaczenia za rok”.

WSPOMNIENIA

Wspomnienie o mgr farm. Agnieszce Kwolek

W dniu 26 lipca 2026 roku, w wieku 55 lat odeszła z naszego grona farmaceutów, po długiej i ciężkiej chorobie mgr farm. Agnieszka Kwolek.

Agnieszka Kwolek urodziła się 27 grudnia 1970 roku w Brzozowie, gdzie



spędziła dzieciństwo oraz uczęszczała do szkoły podstawowej. Po ukończeniu w 1989 roku Liceum Ogólnokształcącego im. Króla Kazimierza Wielkiego w Brzozowie i zdaniu egzaminu dojrzałości, w roku 1991 uzyskała po 2-letniej nauce w Studium Medycznym w Przemysłu dyplom technika farmaceutycznego. Następnie w tym samym roku Agnieszka rozpoczęła studia na Wydziale

Farmaceutycznym

Uniwersytetu Medycznego w Warszawie na kierunku farmacja apteczna. Po zdaniu wszystkich egzaminów, obronie pracy magisterskiej oraz odbyciu rocznego stażu podyplomowego i krótkich

okresach pracy w dwóch aptekach w Warszawie, w roku 1998 rozpoczęła pracę jako farmaceutka w jednej z aptek ogólnodostępnych na terenie miasta Białegostoku. Krótko po rozpoczęciu pracy zawodowej Agnieszka zaangażowała się w działalność na rzecz samorządu zawodowego, początkowo społecznie wspierając pracę biura Okręgowej Izby Aptekarskiej, w trakcie kadencji, gdzie Prezesem ORA była Pani dr Elwira Telejko, a kierownikiem biura Pani mgr farm. Helena Bujwid. W tym okresie Agnieszka poznawała aspekty prawne i organizacyjne działania samorządu zawodowego, co zaowocowało jesienią 1999 roku, podczas III Okręgowego Zjazdu

Sprawozdawczo-Wyborczego, wyborem Jej Kandydatury do składu Okręgowej Rady Aptekarskiej III kadencji. W trakcie pierwszego posiedzenia ORA Agnieszka Kwolek została wybrana do Prezydium ORA pełniąc funkcję Sekretarza Rady ORA, której Prezesem została wybrana na zjeździe Pani mgr farm. Helena Bujwid. W styczniu 2000 roku weszła w skład komitetu redakcyjnego izbowego biuletynu „Farmacja Regionu Północno-Wschodniego”. W 2001 roku Agnieszka uzyskała I stopień specjalizacji z farmacji aptecznej i rozpoczęła swoją następną ścieżkę zawodową jako inspektor farmaceutyczny w Wojewódzkiej Inspekcji Farmaceutycznej w Białymstoku, pod kierownictwem dr Jana Chlabicza. Z powodu rozpoczęcia pracy w Inspekcji Farmaceutycznej musiała zrezygnować z działalności na rzecz samorządu zawodowego, co miało miejsce w trakcie X jubileuszowego Zjazdu Aptekarzy, który odbył się w Rajgrodzie we wrześniu 2001 roku. Natomiast wykonywanie obowiązków inspektora farmaceutycznego uzupełniała pracą jako nauczyciel akademicki w Zakładzie Farmacji Stosowanej na Wydziale Farmaceutycznym z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku kształcąc studentów farmacji z technologii postaci leku oraz prawa farmaceutycznego. Prowadziła również zajęcia z tej dziedziny dla farmaceutów odbywających staż specjalizacyjny z farmacji aptecznej w Studium Kształcenia Podyplomowego w Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Była współautorką kilku artykułów i doniesień zjazdowych. Przez wiele lat pełniła z ramienia Uniwersytetu funkcję opiekuna sześciomiesięcznych praktyk zawodowych studentów farmacji w aptekach ogólnodostępnych. Wiadomość o chorobie Agnieszki nadeszła niespodziewanie w 2024 roku. Agnieszka otoczona życzliwością Koleżanek i Kolegów podjęła walkę z chorobą żyjąc wiarą i nadzieją, że uda się zahamować postęp choroby. Jeszcze w połowie tego roku Agnieszka będąc członkiem Komisji Rewizyjnej uczestniczyła w posiedzeniu Zarządu Oddziału Terenowego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Białymstoku, w którym udzielała się przez wiele lat. 26 lipca 2026 roku w wieku 55 lat Agnieszka przegrała nierówną walkę z chorobą pozostawiając Najbliższą Rodzinę: Rodziców i Brata Grzegorza z Rodziną, wszystkich Przyjaciół, Współpracowników oraz Koleżanki i Kolegów Farmaceutów w bólu i żałobie.

P.S. Agnieszkę poznałem w 1999 roku w trakcie III Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku, na którym obydwójce zostaliśmy wybrani do Okręgowej Rady Aptekarskiej. Na pierwszym posiedzeniu Rady weszliśmy w skład Prezydium ORA, Agnieszka pełniąc funkcję sekretarza Rady. Pracowaliśmy razem w samorządzie zawodowym, ucząc się tej pracy do momentu, w którym Agnieszka musiała zrzec się jej na rzecz dalszej, swojej pracy w Wojewódzkim Inspektoracie Farmaceutycznym. Razem rozpoczynaliśmy staż

specjalizacyjny w 1999 roku. Podczas pełnienia przeze mnie funkcji Prezesa Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku w latach 2011 – 2019 spotykaliśmy się wielokrotnie w trakcie konferencji, uroczystości zawodowych oraz przede wszystkim służbowych spotkań w inspektoracie albo siedzibie izby w obecności Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, omawiając i wyjaśniając, czasami trudne problemy w wykonywaniu zawodu farmaceuty, często mając odmienne punkty widzenia. Z racji tego, że byliśmy farmaceutami z wykształcenia i stażu zawodowego staraliśmy się zawsze dążyć do kompromisowego porozumienia. Ostatni raz widziałem Agnieszkę w pracy będąc w Inspektoracie Farmaceutycznym w Białymstoku załatwiając służbowe sprawy. Wtedy nie przypuszczałem, że za 3 lata nie będzie Jej wśród Nas. Pamiętajmy o Niej w swoich wspomnieniach i modlitwach.

Jarosław Mateuszuk
Wiceprezes ORA w Białymstoku

Słowa pożegnania Śp. Agnieszki Kwolek ogłoszone przez Prezesa Okręgowej Rady Aptekarskiej mgr farm. Tomasza Sawickiego w dniu 5 sierpnia 2026 roku podczas uroczystości pogrzebowych w Kościele pw. Św. Rocha w Białymstoku

Gromadzimy się dzisiaj w obliczu wielkiej i bolesnej straty. Żegnamy wspaniałego człowieka, oddaną farmaceutkę i naszą drogą koleżankę – śp. Agnieszkę Kwolek. Jako Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej W Białymstoku, w imieniu całego naszego samorządowego środowiska pragnę wyrazić głęboki żal i oddać Jej należny szacunek. Agnieszkę poznałem wiele lat temu, podczas zajęć z prawa farmaceutycznego na dzisiejszym Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku przygotowujących do egzaminu specjalizacyjnego. Już wówczas dała się poznać jako osoba bardzo empatyczna i wyrozumiała, z niezwykle pozytywnym usposobieniem zarówno do świata, jak i innych ludzi. Od samego początku naszej znajomości było widać, że jest to osoba z otwartym sercem, mocno zaangażowana w pomoc innym. Jej życzliwość nie była tylko cechą charakteru, ale sposobem, w jaki kroczyła przez życie i swój zawód.

Jej chęć działania na rzecz innych przełożyła się na aktywność w strukturach samorządu aptekarskiego. W dowód uznania Jej kompetencji i zaufania, jakim darzyło

Agnieszkę środowisko, na III Sprawozdawczo-Wyborczym Zjeździe Aptekarzy jesienią 1999 roku została wybrana na Członka Okręgowej Rady Aptekarskiej w Białymstoku, zaś w dalszym kroku powierzono Jej funkcję Sekretarza Okręgowej Rady Aptekarskiej. Z wielkim oddaniem pracowała na rzecz naszej Izby. Chcąc w jeszcze większym stopniu pracować na rzecz farmaceutów i dzielić się swoją szeroką wiedzą, w styczniu 2000 roku weszła w skład komitetu redakcyjnego izbowego biuletynu „Farmacja Regionu Północno-Wschodniego”.

Podczas X jubileuszowego Zjazdu Aptekarzy Agnieszka złożyła rezygnację z funkcji Sekretarza ORA, co było podyktowane Jej kolejnym krokiem na ścieżce zawodowej – przejściem do pracy w Wojewódzkiej Inspekcji Farmaceutycznej. Przez te wszystkie lata, niezależnie od zajmowanego stanowiska, niezmiennie służyła swoją wiedzą i wsparciem dla wszystkich farmaceutów.

Jako farmaceuci zapamiętamy Agnieszkę jako osobę bardzo życzliwą, w sytuacjach tego wymagających stanowczą, ale zawsze sprawiedliwą. Jej mądrość, wyważenie i ogromne serce były dla nas wszystkich dużym oparciem.

Rodzinie i Bliskim zmarłej, w imieniu własnym oraz całej społeczności farmaceutów skupionych przy Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Białymstoku, składam wyrazy najgłębszego współczucia.

Droga Agnieszko, odeszłaś od nas stanowczo za wcześnie. Dziękujemy Ci za każdą dobrą radę, za Twój uśmiech i bezinteresowną pomoc. Dobro, które po sobie zostawiasz, na zawsze pozostanie w naszych sercach i pamięci.

Spoczywaj w pokoju.

Podziękowanie

Okręgowa Rada Aptekarska składa serdeczne podziękowania wszystkim Koleżankom i Kolegom Farmaceutom, którzy w ramach swoich możliwości indywidualnie i bezinteresownie wspierali Agnieszkę finansowo, organizacyjnie i mentalnie w walce z nieuleczalną chorobą. Ta przyjacielska i koleżeńska pomoc, przynosiła Jej nadzieję na skuteczną walkę z chorobą i wynikającymi z niej przeciwnościami losu. Składamy podziękowania nie wymieniając Was z imienia i nazwiska, ponieważ było Was dużo, a nie chcielibyśmy nikogo pominąć.

Członkowie ORA w Białymstoku



Warszawa, 4 sierpnia 2026

Droga Rodzino mgr farm. Agnieszki Kwolek,

Z głębokim żalem i smutkiem przyjęliśmy wiadomość o śmierci mgr farm. Agnieszki Kwolek – naszej Koleżanki, inspektora Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Białymstoku oraz członka Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

Odeszła osoba niezwykle zaangażowana, odpowiedzialna, kompetentna i oddana zawodowi. Swoją wiedzą i doświadczeniem, zarówno jako nauczyciel akademicki, jak i inspektor farmaceutyczny służyła innym, zawsze chętnie pomagając w rozwiązywaniu problemów i dzieląc się szerokim doświadczeniem.

Zapamiętamy Ją jako osobę wyjątkową – pełną życzliwości, serdeczności i uśmiechu. Jej otwartość, zaangażowanie i gotowość do niesienia pomocy sprawiała, że była powszechnie szanowana i darzona sympatią.

Jej odejście jest bolesną stratą dla całego środowiska farmaceutycznego. Pozostanie jednak na zawsze w naszej pamięci i we wspomnieniach tych, którzy mieli szczęście Ją poznać i z Nią współpracować.

W tych trudnych chwilach w imieniu Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego składam Państwu wyrazy głębokiego współczucia, łącząc się z Państwem w bólu i zadumie, zachowując Agnieszkę w serdecznej i pełnej wdzięczności pamięci.

Z wyrazami głębokiego współczucia,

Dr hab. n. farm Bożena Karolewicz

Prezes Zarządu Głównego

Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

Wspomnienie o mgr farm. Iwonie Ruszczyk

W dniu 24 sierpnia 2026 roku odeszła z grona członków Okręgowej Izby Aptekarskiej w Białymstoku mgr farm. Iwona Klara Ruszczyk.



Iwona urodziła się w 1985 roku w Białymstoku, ale całe swoje życie związana była z Łomżą. Farmacja była obecna w jej życiu od najmłodszych lat. Jej mama była farmaceutką i prowadziła własną aptekę, a Iwona od dziecka marzyła, aby pójść w jej ślady.

W 2010 roku ukończyła farmację na Uniwersytecie Medycznym w Białymstoku. Był to dla niej szczególny rok – rozpoczęła pracę w rodzinnej aptece prowadzonej przez mamę, a także wyszła za mąż.

W 2015 roku jej mama przedwcześnie zmarła. Iwona w tym samym roku uzyskała uprawnienia do kierowania apteką i

przejęła jej prowadzenie. Kontynuowała w ten sposób to, co wcześniej tworzyła jej mama. Apteka była dla niej czymś więcej niż miejscem pracy. Znała swoich pacjentów, miała dla nich czas i dobre słowo. Wielu pacjentów wracało do niej właśnie dlatego, że jej ufało.

Była osobą niezwykle pracowitą i sumienną. Lubiła ludzi i ich towarzystwo, ale zawsze najważniejsza była dla niej rodzina. Kochała Mazury i jeziora. To właśnie tam, wśród najbliższych, znajdowała spokój, radość i odpoczynek od codzienności.

Obok farmacji Iwona miała jeszcze jedno wielkie marzenie – chciała zostać mamą. Droga do tego była długa. Po ośmiu latach starań i wielu przeciwnościach urodził się jej ukochany syn Aleksander – Oluś.

Od tego momentu to on stał się najważniejszy. Iwona zdecydowała się odsunąć prowadzenie apteki na dalszy plan, żeby móc w pełni poświęcić się wychowaniu syna i być przy nim w pierwszych latach jego życia.

Kiedy Oluś miał dwa lata, Iwona usłyszała diagnozę choroby nowotworowej. Rozpoczęła się trwająca dwa lata i osiem miesięcy walka. Walczyła przede wszystkim dla niego – chciała jak najdłużej być mamą, patrzeć, jak dorasta, i uczestniczyć w jego życiu.

Odeszła zdecydowanie za wcześnie, w wieku 40 lat.

Pozostawiła po sobie pamięć dobrej farmaceutki, która lubiła ludzi i potrafiła im pomagać. Przede wszystkim jednak pozostawiła rodzinę, dla której była całym światem.

Swojemu mężowi pozostawiła największy dar – ich synka Olusia. Odeszła ze świadomością, że będzie dorastał, wiedząc, jak bardzo jego mama go kochała.

Tomasz Ruszczyk