

gabinet GP prywatny

lekarza POZ

VOL 27 / NR 05 / 2020 (272) Cena 15 zł (w tym 8% VAT)

Signopam

temazepam

pozwala na
utrzymanie snu¹



Nie Chrap w pracy !!!



SPRAY DO GARDŁA – WYRÓB MEDYCZNY PRZECIW CHRAPANIU



NIGELLUM | Krem z czarnuszką

Wyrób medyczny na atopowe zapalenie skóry

POLECANY DO:

- łagodzenia objawów atopowego zapalenia skóry: zaczerwienienia, świądu, przesuszenia
- łagodzenia reakcji alergicznych (w tym podrażnień słonecznych)



Wytwórca: Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne „PROLAB” Sp. z o. o. Paterek, Przemysłowa 3, 89-100 Nakło nad Notecią.

MNiSW 5 pkt | Index Copernicus 72.43 pkt

Patronat: Polskie Towarzystwo Lekarskie | Komisja Młodych Lekarzy Rodzinnych



OBSERWUJ NAS NA TWITTERZE

@gabinetprywatny



Spis treści

Komentarz

- 05 Rola lekarza rodzinnego w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych, z uwzględnieniem obecnej sytuacji, czyli pandemii COVID-19.**

Najważniejsze zalecenia

prof. dr hab. med. Piotr Jankowski

Farmakoterapia

- 06 Dziurawiec zwyczajny (*Hypericum perforatum*) a depresja. Czy można ją leczyć ziołami?**

lek. Oskar Puk

- 18 Ocena czynników mających wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków wziewnych stosowanych w terapii astmy i/lub POChP**

lek. Eliza Kowalczyk

- 26 Algorytm stosowania benzodiazepin (BZD) z lekami przyczynowymi**

lek. Marlena Janoska-Jaździk

Dermatologia

- 31 Manifestacje dermatologiczne choroby z Lyme – boreliozy**

Lek. Agnieszka Honisz, lek. Piotr Kapica, prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

Diagnostyka

- 10 Typowe i atypowe obrazy radiologiczne sarkoidozy płucnej i śródpiersiowej**

dr hab. n. med. Michał Dobrakowski, lek. Anna Saran, lek. Monika Kulig-Kulesza, dr n. med. Zuzanna Jackowska, lek. Paweł Kamiński, dr n. med. Jan Głowacki, dr n. med. Wojciech Sraga, Ewa Kluczevska

- 41 Ultrasonograficzna ocena zmian ogniskowych tarczycy pod kątem klasyfikacji do biopsji**

Alicja Sobieraj, Magdalena Graca, Dawid Wojtyczka, lek. Monika Kulig-Kulesza,

lek. Anna Saran, dr hab. n. med. Ewa Kluczevska, prof. nadzw. SUM

Rada Naukowa

Przewodniczący Rady Naukowej: prof. dr hab. n. med. Przemysław Kardas

dr n. med. Jacek Danowski (Łódź)
 prof. dr hab. n. med. Zbigniew Gaciong (Warszawa)
 prof. dr hab. n. med. Przemysław Jałowiecki (Sosnowiec)
 prof. dr hab. n. med. Maciej Kołban (Szczecin)
 prof. dr hab. n. med. Jerzy Korewicki (Warszawa)
 prof. dr hab. n. med. Barbara Krupa-Wojciechowska (Gdańsk)
 prof. dr hab. Krzysztof L. Krzystyniak (Warszawa)
 dr n. med. Małgorzata Koziarska-Rościszewska
 prof. dr hab. n. med. Eugeniusz Kucharz (Katowice)
 prof. dr hab. n. med. Grzegorz Opolski (Warszawa)
 prof. dr hab. n. med. Leszek Pączek (Warszawa)
 prof. dr hab. n. med. Aleksander Sieroń (Bytom)

prof. tit. Wanda Smorągiewicz PhD (UQAM-Montreal)
 prof. dr hab. n. med. Henryk Skarżyński (Warszawa)
 dr n. med. Michał Sutkowski
 prof. dr hab. n. med. Jerzy Szaflik (Warszawa)
 prof. dr hab. n. med. Adam Windak (Kraków)
 prof. dr hab. n. farm. Róża Wiśniewska (Białystok)
 prof. dr hab. n. med. Jerzy Woy-Wojciechowski (Warszawa)

Komisja Młodych Lekarzy Rodzinnych Vasco da Gama Polska:

lek. Michalina Bou-Matar
 lek. Dominik Lewandowski



Drodzy Czytelnicy „Gabinetu Prywatnego”!

Przyglądając się rozwojowi zakażeń COVID-19, nie mogę oprzeć się wrażeniu jak wiele wspólnych cech ma obecna sytuacja z pandemią grypy hiszpanki, która przetoczyła się przez wszystkie kontynenty w latach 1918-1920. Choć nie ma dokładnych danych z tamtego okresu, naukowcy postulują, że za ok. 100 mln zgonów na całym świecie na początku XX wieku odpowiedzialny mógł być nie sam wirus i jego namnażanie w organizmie, ale nieprawidłowa, nieadekwatna, nadmierna odpowiedź immunologiczna – zwana burzą cytokinową i towarzyszące jej wtórne zakażenia bakteryjne. Ta sama reakcja zdaniem wielu odpowiada za ciężki przebieg COVID-19, często kończący się zgonem, występujący u ok. 5% pacjentów.

W czasie hiszpanki, podobnie jak teraz, promowano zakładanie maseczek na twarz, zamykano kina i teatry, egzekwowano dystansowanie społeczne. Podobne w obu pandemiach są również wątpliwości co do statystyk, np. rzeczywiste liczby zgonów, szczególnie w Chinach, tak jak teraz, nie są znane i mogą być jedynie szacowane. Sto lat temu można było znaleźć również odpowiednik obecnych „koronasceptyków”, którzy przeczą istnieniu pandemii – niektórzy byli przekonani, że fala zgonów związana była nie ze śmiertelnym wirusem, ale z Aspiryną zatrutą celowo przez Niemców. Choć nurt ten zapewne nie był tak nasilony jak wszechobecne w internecie teorie spiskowe dotyczące wirusa SARS-CoV-2, to daje on do myślenia. Ludzie powątpiewający w twarde dane naukowe byli zawsze, więc zamiast z nimi walczyć, może trzeba ich zaakceptować i spróbować zrozumieć?

Zrozumieć natomiast się nie da, dlaczego w dobie pandemii z szalejącym wokół śmiertelnym wirusem rządzący eskalują konflikty. Podsyćanie napiętych nastrojów społecznych Polaków, przez wiele miesięcy żyjących w strachu o swoich najbliższych, nie może skończyć się dobrze. Skoro jesteśmy teraz na skraju wydolności systemu opieki zdrowia w naszym kraju, to gdzie będziemy za tydzień, gdy swoje żniwo wirus będzie zbierał wśród uczestników protestów? A do wiosny mamy nie tydzień, ale pięć długich jesienno-zimowych miesięcy. Hiszpanka miała trzy fale, z czego druga – środkowa była zupełnie inna od pierwszej i trzeciej. Była zdecydowanie bardziej dramatyczna, z nagłymi pogorszeniami, bakteryjnymi zapaleniami płuc, krwawieniami z nosa i jelit oraz objawami sinicznymi, zwiastującymi nadchodzący w ciągu kilku dni zgon. Mając na uwadze, że zaczyna się właśnie druga fala infekcji SARS-CoV-2, proponowałbym jak najszybciej usiąść do negocjacji i szukać kompromisów we wszystkich newralgicznych sprawach. Skoro trwa wojna z niewidzialnym wrogiem, nie możemy sobie pozwalać na wojnę domową.

Na pocieszenie zauważę, że hiszpanka trafiła na bardzo podatny grunt – młode osoby z silnie reaktywnym systemem immunologicznym, wygłodzone i wyniszczone I wojną światową, poddane silnemu stresowi z nią związanemu i środkiem chemicznym stosowanym na placu boju były łatwą ofiarą dla nowego wirusa. Obecnie sytuację mamy o niebo lepszą, dlatego nie należy dolewać oliwy do ognia i wszelkie spory rozwiązywać pokojowo.

Oczekując na rozwiązanie prawnego impasu w naszym kraju oddajemy w Państwa ręce nowy numer „Gabinetu Prywatnego”, a w nim jak zawsze ciekawe pozycje. Artykuł doc. M. Dobrakowskiego traktuje o rokowaniu chorego z sarkoidozą w zależności od obrazu rentgenowskiego jego płuc. Stud. A. Sobieraj przekazuje, kiedy pacjenta ze zmianą ogniskową w USG tarczycy należy skierować na biopsję. Z kolei o walorach dziurawca w leczeniu zaburzeń depresyjnych pisze dr O. Puk, zaś dr E. Kowalczyk dzieli się wynikami swojej pracy nad czynnikami wpływającymi na *adherence* u chorych z obturacyjnymi chorobami płuc. Dr Agnieszka Honisz informuje, w jakiej chorobie pojawić się może skóra bibułkowata. Na koniec dr M. Janoska-Jaździk w kompaktowy sposób omawia stosowanie benzodiazepin z innymi lekami w wybranych chorobach psychicznych.

Miłej lektury!

dr n. med. Paweł Lewek

Rola lekarza rodzinnego w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych, z uwzględnieniem obecnej sytuacji, czyli pandemii COVID-19. Najważniejsze zalecenia



prof. dr hab. med. Piotr Jankowski

Instytut Kardiologii, Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum w Krakowie

Największym zagrożeniem zdrowotnym polskiego społeczeństwa są choroby układu sercowo-naczyniowego. Z ich powodu umiera 43% Polaków. Drugą co do ważności grupą chorób są nowotwory.

Zapobieganie chorobom serca w pierwszym rzędzie polega na edukacji w zakresie konieczności unikania dymu tytoniowego, regularnej aktywności fizycznej oraz zdrowego sposobu odżywiania, a także skutecznej diagnostyki i leczenia nadciśnienia tętniczego, hipercholesterolemii i cukrzycy oraz innych czynników ryzyka. **Edukacja pacjentów w zakresie stylu życia jest szczególnie ważna w czasie pandemii, gdy wiele osób jest zmuszonych ograniczyć swą aktywność i pozostać w domu.**

Ponadto wyzwaniem może być leczenie niewydolności serca, choroby wieńcowej, zaburzeń rytmu, a także innych chorób serca. Te i wiele innych schorzeń, jeśli nie będą skutecznie leczone, zaowocują w przyszłości większą liczbą ostrych stanów chorobowych, a być może także zgonów. Część ekspertów wskazuje, że

zaczynamy już widzieć pierwsze konsekwencje trwającego ponad pół roku działania systemu ochrony zdrowia w warunkach pandemii.

Te konsekwencje to między innymi stopniowo zwiększająca się liczba pacjentów z bardzo zaawansowanymi stanami chorobowymi.

Pandemia COVID-19 stanowi wielkie wyzwanie dla systemu ochrony zdrowia, w tym szczególnie dla lekarzy rodzinnych. Być może większe niż większość osób się spodziewała. Chociaż teleporady dobrze funkcjonują, to nie zawsze mogą w pełni zastąpić klasyczną konsultację lekarską. Warto jednak zaznaczyć, że część wymienionych chorób, przy zachowaniu odpowiedniej rozwagi i ostrożności, można skutecznie leczyć „zdalnie”. Jeśli pacjent zgłasza nowe dolegliwości, zawsze należy rozważyć „klasyczną” poradę lekarską. Jeśli jednak pandemia będzie się wydłużała, także „stabilni” pacjenci będą wymagali okresowych wizyt w gabinetach lekarskich, chociaż z pewnością nie będą one odbywały się tak często, jak przed pandemią.

Dziurawiec zwyczajny (*Hypericum perforatum*) a depresja. Czy można ją leczyć ziołami?

St John's wort (*Hypericum perforatum*) and depression. Can it be treated with herbs?

Ilek. Oskar Puk

Szpital Uniwersytecki nr 2 im. Jana Bizuela w Bydgoszczy

■ **Słowa kluczowe:** *Hypericum perforatum*, dziurawiec zwyczajny, preparat ziołowy, depresja, leczenie, serotonina.

■ **Keywords:** *Hypericum perforatum*, St John's Wort, herb, depression, treatment, serotonin.

■ **Abstract:** St John's Wort (*Hypericum perforatum*) has been used to treat anxiety and depression for thousands of years. *H. perforatum* extract inhibits the MAO and the reuptake of serotonin, dopamine and other monoamines, and possibly increases the expression of serotonin receptors. Due to these mechanisms, as shown by metaanalyses, *H. perforatum* alleviates the symptoms of mild and moderate depression, and even leads to remission of the disease with the same effectiveness as conventional treatment, with fewer complications and treatment discontinuation due to drug side effects. HPE treatment may be particularly beneficial for patients with chronic pain syndrome, due to the analgesic effect, and women undergoing menopause, due to the alleviation of its symptoms. To achieve a therapeutic effect, the extract should be properly prepared from quality plant materials and administered in a dose of at least 300 mg daily.

Wprowadzenie

Dziurawiec zwyczajny (*Hypericum perforatum*) jest byliną o żółtych kwiatach z pięciopłatkową koroną i charakterystycznymi eliptycznymi liśćmi z prześwitującymi kropkami (zbiorniczkami olejków eterycznych), od których roślina ta bierze swoją nazwę [1]. Dziurawiec naturalnie występuje na terenie Europy, Afryki i Azji, lecz został introdukowany na innych kontynentach ze względu na swoje właściwości lecznicze, ale także funkcje ozdobne [1,2]. Ziele świętego Jana, jak również nazywa się *H. perforatum*, jest znane ludzkości od tysięcy lat i już starożytni Grecy używali go do leczenia oparzeń, ran, siniaków, krwiałków, stanów zapalnych i bólów mięśni [2]. Co więcej, w różnych religiach roślinę tę nazywano „łowcą demonów”, ze względu na jej zastosowanie w leczeniu nadmiernej lęklivosti i melancholii, jak kiedyś nazywano zespoły lękowe i depresję [2]. Niniejszy artykuł skupia się na tym ostatnim zastosowaniu i podsumuje

bieżącą wiedzę na temat wpływu *H. perforatum* na neurony i jego skuteczności w terapii stanów depresyjnych i depresji.

Substancje czynne

W surowcach roślinnych *H. perforatum* znajdują się następujące związki aktywne:

- flawonoidy: kwercetyna, hiperozyd (minimum 1.8 %),
- hypercyna (minimum 0,08 %),
- hyperforyna (2–4,5 %),
- ksantony,
- terpeny,
- kwasy fenolowe.

W ujęciu depresji substancjami czynnymi są hypercyna i hyperforyna [1-3].

Dawkowanie

Ze względu na różnicę w zawartości flawonoidów, hypercyny i hyperforyny w roślinach trudno jest dobrać dawkę surowca tak, aby

Depremin 612mg

*Hyperici herbae extractum
siccum quantificatum*
612 mg, tabletki powlekane

NATURALNA RÓWNOWAGA

JEDYNY W POLSCE LEK ZIOŁOWY BEZ RECEPTY

**Produkt leczniczy roślinny
przeznaczony do krótkotrwałego
leczenia objawów łagodnych
zaburzeń depresyjnych**

Depremin 612mg; 1 tabletkę zawiera 612 mg wyciągu (w postaci wyciągu suchego, kwantyfikowanego) z *Hypericum perforatum* L., herba (ziele dziurawca) (DERpierwotny3-6:1), co odpowiada: 0,6 mg – 1,8 mg sumy hiperycyn w przeliczeniu na hiperycynę, 36,72 mg – 91,80 mg sumy flawonoidów w przeliczeniu na rutynę, nie więcej niż 36,72 mg hyperforyny; rozpuszczalnik ekstrakcyjny: etanol 60% (V/V). **Wskazania:** Produkt leczniczy roślinny przeznaczony do krótkotrwałego leczenia objawów łagodnych zaburzeń depresyjnych. **Przeciwwskazania:** Jeśli pacjent ma uczulenie na substancję czynną lub którykolwiek z pozostałych składników tego leku. Jeśli pacjent jednocześnie stosuje leki o działaniu zmniejszającym reakcję odrzucenia przeszczepu: cyklosporynę, takrolimus do użytku ogólnoustrojowego, leki stosowane w leczeniu zakażenia HIV: amprenawir, indynawir i inne inhibitory proteazy, leki przeciwnowotworowe: irynotekan i leki przeciwwzakrzepowe: warfarynę. Przed rozpoczęciem stosowania leku Depremin 612mg należy omówić to z lekarzem lub farmaceutą. Podczas leczenia należy unikać ekspozycji na intensywne promieniowanie UV (ultrafioletowe). Z uwagi na brak wystarczających danych, stosowanie u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat nie jest zalecane. **Podmiot odpowiedzialny:** Zakłady Farmaceutyczne Colfarm S.A., ul. Wojska Polskiego 3, 39-300 Mielec.

PRODUCENT: Zakłady Farmaceutyczne COLFARM S.A.
ul. Wojska Polskiego 3, 39-300 Mielec, infolinia: 800 800 178

www.colfarm.pl

COLFARM 

Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych i dawkowanie oraz informacje dotyczące stosowania produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu.



z pewnością osiągnąć stężenie terapeutyczne we krwi pacjenta. Niemniej jednak zakładając, że minimalne zawartości dla flawonoidów, hypercyny i hyperforyny wynoszą odpowiednio 1,8%, 0,08% i 2%, według Farmakopei zalecana dzienna dawka wynosi 2–4 g surowca na dobę [1]. W badaniach klinicznych, które zostaną przytoczone poniżej, pacjenci najczęściej otrzymywali 300-900 mg ekstraktu z dziurawca (HPE) na dobę przez 6 dni, a w badaniach na modelach szczurzych stosowano 200 mg/kg/d – 300 mg/kg/d przez 21 dni [2-4].

■ Skuteczność ekstraktu z *H. perforatum* w leczeniu depresji

Jak zostało to opisane powyżej, *H. perforatum* od setek lat jest stosowany w leczeniu depresji, w związku z tym wielu naukowców starało się obiektywnie ocenić jego skuteczność i mechanizm działania. Ng i współpracownicy wykonali metaanalizę obejmującą łącznie 3808 pacjentów, u których porównano skuteczność standardowych dawek inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (SSRI) z HPE w leczeniu depresji. [3]. Badani otrzymywali najczęściej 300 mg/d – 900 mg/d HPE. Uzyskane wyniki wskazują, że **w leczeniu przypadków depresji o łagodnym lub średnim nasileniu HPE i SSRI mają porównywalną skuteczność**, względne ryzyko (RR) = 0.983 (95% CI 0.924 – 1.042, $p < 0.001$) oraz podobny odsetek remisji, RR = 1.013 (95% CI 0.892–1.134, $p < 0.001$) [3]. Co więcej, ze względu na mniejszą ilość skutków ubocznych w przypadku HPE zdecydowanie rzadziej dochodziło do rezygnacji przez pacjenta z leczenia; iloraz szans (OR) = 0.587 (95% CI 0.478–0.697, $p < 0.001$) [3]. Warto mieć na uwadze, że większość badań trwała od 4 do 12 tygodni, dlatego autorzy wskazali, że nadal nieznanym jest efekt długoterminowego stosowania HPE. Ponadto, niejasny jest wpływ HPE na odsetek samobójstw i jego skuteczność w ciężkich przypadkach depresji [3].

Badanie z dłuższym, 12-miesięcznym okresem obserwacji, zostało przeprowadzone przez

Pierro i wsp., którzy retrospektywnie ocenili wpływ konwencjonalnego i wielofrakcyjnego ekstraktu z *H. perforatum* na 60 pacjentów z depresją o słabym lub średnim nasileniu [4]. Standardowy ekstrakt jest uzyskiwany poprzez pasaż surowca w jednej mieszance etanolu i wody, z kolei wielofrakcyjny ekstrakt jest pozyskiwany poprzez pasaż w wielu roztworach o różnej zawartości etanolu, co pozwala na wyekstrahowanie większej ilości substancji aktywnych [4]. Konwencjonalny HPE w dawce 300 mg dwa razy dziennie nie wpłynął na przebieg choroby w ciągu 6 miesięcy, jednakże po 12 miesiącach terapii nastąpiła częściowa poprawa stanu pacjentów [4]. Z kolei w grupie z wielofrakcyjnym HPE w dawce 300 mg dwa razy dziennie znaczna poprawa samopoczucia badanych nastąpiła już w ciągu 6 miesięcy i utrzymała się przez cały rok obserwacji [4]. Analiza comiesięcznej redukcji objawów wykazała, że wielofrakcyjny HPE był dwa razy skuteczniejszy od konwencjonalnego HPE [4]. Autorzy wskazali, że jest to najprawdopodobniej efekt większej zawartości substancji czynnych w wielofrakcyjnym HPE w porównaniu do standardowego HPE, jednak badanie to niestety nie porównywało efektywności różnych dawek i nie miało grupy placebo, co ogranicza wartość danych.

Innym ciekawym aspektem jest wpływ ekstraktu z *H. perforatum* na sprawność umysłową, co może mieć znaczenie w leczeniu depresji. Ben-Eliezer i Yechiam przeprowadzili metaanalizę, w której oceniono wpływ HPE na funkcje poznawcze [2]. Część artykułów donosiła, że w modelach szczurzych HPE poprawiał pamięć osobników i ich zdolność do pokonywania przeszkód, jednakże wyniki te nie były powtarzalne [2]. Niestety badania nie wykazały podobnego wpływu na ludzi.

Ekstrakt z dziurawca może być szczególnie skuteczny w leczeniu depresji u kobiet po menopauzie, biorąc pod uwagę, że wykazano, iż HPE znacznie redukuje zarówno objawy depresji, jak i menopauzy, takie jak

uderzenia gorąca i inne ocenione wskaźnikiem Kuppermana [5].

Kolejną grupą, która może odnieść większe korzyści z leczenia ekstraktem z *H. perforatum*, są **osoby z depresją powstałą w wyniku przewlekłego bólu**, jako że HPE wykazuje właściwości przeciwbólowe [6]. Jednak teoria ta wymaga potwierdzenia w badaniach klinicznych.

■ Farmakodynamika

Ekstrakt z *H. perforatum* wpływa na ośrodkowy układ nerwowy poprzez wiele punktów uchwytu [1-4,7]. Głównym z nich jest hamowanie aktywności monoaminooksydazy (MAO), która degradowuje monoaminy, m.in. serotoninę, noradrenalinę czy dopaminę [7]. Ponadto HPE zmniejsza wychwyty zwrotne serotoniny, dopaminy i noradrenaliny, a także zwiększa ekspresję receptorów serotoninowych typu 1A i 2A (5HT_{1A} i 5HT_{2A}) [7]. Jednakże niektórzy naukowcy wykazali odwrotny efekt, czyli zmniejszoną ekspresję receptorów 5HT_{1A} i 5HT_{2A} w wyniku 8-tygodniowej terapii HPE [7]. Równie kontrowersyjny jest wpływ *H. perforatum* na kwas gamma-amino-masłowy (GABA), gdzie część autorów wskazuje na zmniejszenie wychwyty zwrotnego GABA, a inni na blokiowanie receptorów dla tego neuroprzekaźnika [2,7]. Niemniej jedno może wynikać z drugiego i blokada receptorów może powodować zwiększenie ilości GABA w synapsach, przy zmniejszeniu jego hamującego wpływu na układ nerwowy. HPE zmniejsza także wychwyty zwrotne glutaminianu, przez co zwiększa aktywację receptora N-metylo-D-asparaginowego (NMDA) i pobudliwość ośrodkowego układu nerwowego [2]. W wyniku powyższych działań HPE zwiększa ilości monoamin w synapsach neuronów hipokampa, wzgórza, ciała migdałowatego i kory przedczołowej [2]. Zwiększenie przewodnictwa serotonergicznego powoduje poprawienie pamięci, a dopaminergicznego skutkuje polepszeniem koncentracji [2,7].

■ Podsumowanie

Ekstrakt z *H. perforatum* zawierający wysokie ilości hypercyny i hyperforyny jest równie skuteczny jak konwencjonalne leki w leczeniu łagodnej i umiarkowanej nasilonej depresji. Aby osiągnąć efekt terapeutyczny, należy stosować odpowiednio przygotowane preparaty z dobrych surowców roślinnych w dawce minimum 300 mg na dobę. Szczególne korzyści z leczenia HPE mogą osiągnąć pacjenci z przewlekłym zespołem bólowym, ze względu na efekt analgetyczny oraz kobiety przechodzące menopauzę, ze względu na łagodzenie jej objawów. Ekstrakt z *H. perforatum* hamuje aktywność MAO oraz wychwyty zwrotne serotoniny, dopaminy oraz innych monoamin i prawdopodobnie zwiększa ekspresję receptorów serotoninowych. Działanie to łagodzi objawy depresji, nawet prowadzi do remisji choroby, a HPE wykazuje mniejszą ilość działań niepożądanych niż SSRI, czy trójpierścieniowe leki przeciwdepresyjne. © P

lek. Oskar Puk
oskar.p.puk@gmail.com
Nadesłano: 29-09-2020

Piśmiennictwo:

1. Matławska, I. (2008). Farmakognozja: podręcznik dla studentów farmacji. Poznań: Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego.
2. Ben-Eliezer D, Yechiam, E. Hypericum perforatum as a cognitive enhancer in rodents: A meta-analysis. Sci Rep 6, 35700 (2016). <https://doi.org/10.1038/srep35700>.
3. Ng QX, Venkatanarayanan N, Ho CY. Clinical use of Hypericum perforatum (St John's wort) in depression: A meta-analysis. J Affect Disord. 2017;210:211-221. doi:10.1016/j.jad.2016.12.048.
4. Di Pierro F, Rizzo P, Settembre R. Role in depression of a multi-fractionated versus a conventional Hypericum perforatum extract. Panminerva Med. 2018;60(4):156-160. doi:10.23736/S0031-0808.18.03518-8.
5. Eatemadnia A, Ansari S, Abedi P, Najar S. The effect of Hypericum perforatum on postmenopausal symptoms and depression: A randomized controlled trial. Complement Ther Med. 2019;45:109-113. doi:10.1016/j.ctim.2019.05.028.
6. Galeotti N. Hypericum perforatum (St John's wort) beyond depression: A therapeutic perspective for pain conditions. J Ethnopharmacol. 2017;200:136-146. doi:10.1016/j.jep.2017.02.016.
7. Zirak N, Shafiee M, Soltani G, Mirzaei M, Sahebkar A. Hypericum perforatum in the treatment of psychiatric and neurodegenerative disorders: Current evidence and potential mechanisms of action. J Cell Physiol. 2019;234(6):8496-8508. doi:10.1002/jcp.27781.

Typowe i atypowe obrazy radiologiczne sarkoidozy płucnej i śródpiersiowej

Typical and atypical radiological images of pulmonary and mediastinal sarcoidosis

dr hab. n. med. Michał Dobrakowski^{1,2}, lek. Anna Saran^{1,3}, lek. Monika Kulig-Kulesza^{1,3},
dr n. med. Zuzanna Jackowska^{1,3}, lek. Paweł Kamiński¹, dr n. med. Jan Głowacki^{3,4},
dr n. med. Wojciech Sraga^{1,3}, Ewa Kluczevska^{1,3}

¹ Zakład Radiologii Lekarskiej i Radiodiagnostyki, Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko, Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach
Kierownik: dr hab. n. med. Ewa Kluczevska, Prof. SUM

² Katedra i Zakład Biochemii, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Kierownik: prof. dr hab. n. med. Ewa Birkner

³ Katedra i Zakład Radiologii Lekarskiej i Radiodiagnostyki, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze,
Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Kierownik: dr hab. n. med. Ewa Kluczevska, Prof. SUM.

⁴ Pracownia Tomografii Komputerowej, Śląskie Centrum Chorób Serca w Zabrze
Kierownik: dr n. med. Jan Głowacki

■ **Słowa kluczowe:** sarkoidoza płucna, sarkoidoza śródpiersiowa, rentgenogram klatki piersiowej, tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości.

■ **Keywords:** pulmonary sarcoidosis, mediastinal sarcoidosis, chest radiography, high resolution computed tomography.

■ **Abstract:** Sarcoidosis may affect many organs. It is characterized by a variable and non-specific course. In 90% of cases, the disease process includes the lungs and mediastinum. In clinical practice, imaging diagnostics of pulmonary and mediastinal sarcoidosis is based on the assessment of classic X-ray images and the examination of high resolution computed tomography. Typical radiological features of sarcoidosis, such as symmetrical mediastinal lymphadenopathy or disseminated micronodules with perilymphatic distribution, allow for a quick diagnosis. However, if sarcoidosis occurs with radiologically atypical changes, such as cavities, large tumors or pleural fluid, making the correct diagnosis and implementing appropriate treatment can be significantly delayed. In light of this, it is extremely important for a radiologist to know both typical and atypical radiological images of pulmonary and mediastinal sarcoidosis.

■ Wprowadzenie

Sarkoidoza to wielonarządowa choroba o nieznanym przyczynie. Charakteryzuje ją występowanie nieserowaciejących ziarniaków i proliferacja komórek epitelioidalnych. Objawy kliniczne sarkoidozy są niespecyficzne i zmienne, należą do nich: zmęczenie, złe samopoczucie,

utrata masy ciała, a także rzadziej – gorączka. Jeśli proces chorobowy obejmuje płuca, co dotyczy ok. 90% przypadków, może manifestować się również dusznością, suchym kaszlem i bólem w klatce piersiowej. Najczęstsze pozapłucne lokalizacje sarkoidozy to skóra, wątroba i oczy [1,2,3].

Rozpoznanie wymaga histopatologicznego potwierdzenia obecności nieserowaciejących ziarniaków w co najmniej jednym narządzie przy zgodności obrazu klinicznego i radiologicznego. W obrębie klatki piersiowej ziarniaki wykazują lokalizację perilymfaticzną, co przekłada się wprost na ich rozmieszczenie wzdłuż pęczków oskrzelowo-naczyniowych, przegród międzyzrazikowych, szczelin międzypłatowych, a także podopłucnowo. Oprócz zmian śródmiąższowych w sarkoidozie obserwuje się także limfadenopatię wnęk płucnych. W 25-30% przypadków obraz radiologiczny jest nietypowy, co znacznie utrudnia postawienie prawidłowego rozpoznania; najczęściej występuje u pacjentów powyżej 50. r.ż. W diagnostyce różnicowej uwzględnia się inne choroby ziarniakowe, np. gruźlicę, zakażenia grzybicze czy berylozę, jak również chłoniaki i zmiany przerzutowe [1,2].

■ Typowy obraz radiologiczny sarkoidozy płucnej i śródpiersiowej

Limfadenopatia

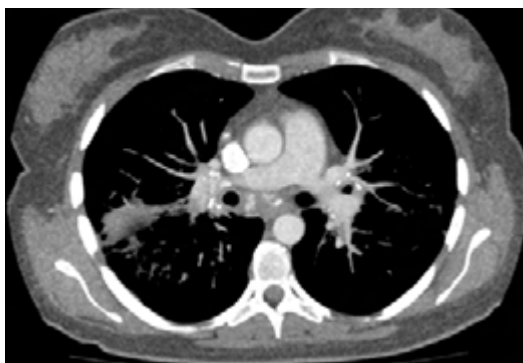
Limfadenopatia jest najczęstszym objawem radiologicznym sarkoidozy. **Typowo występuje symetrycznie we wnękach obu płuc.** Towarzyszy jej często limfadenopatia śródpiersia, zwłaszcza w zakresie węzłów chłonnych przytchawiczych prawych, podostrogowych i okna aortalno-płucnego (ryc. 1). Zwapnienia występują w 25-50% przypadków [2]. Mogą być one amorficzne, punkcikowate, w kształcie popcornu lub skorupkowate. Zmiany te są nie do odróżnienia od zwapnień występujących w przebiegu gruźlicy czy też histoplazmozy. Ich obecność koreluje dodatnio z czasem trwania procesu chorobowego [3] (ryc. 2).

Zmiany płucne – guzki, zagęszczenia śródmiąższowe, włóknienie

Charakterystycznym objawem postaci płucnej sarkoidozy są **guzki** o średnicy do 3 mm, układające się wzdłuż zrębu osiowego, a tak-

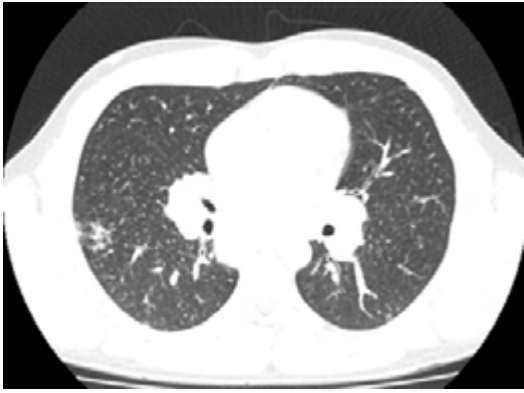


Ryc. 1. Typowa symetryczna limfadenopatia śródpiersia

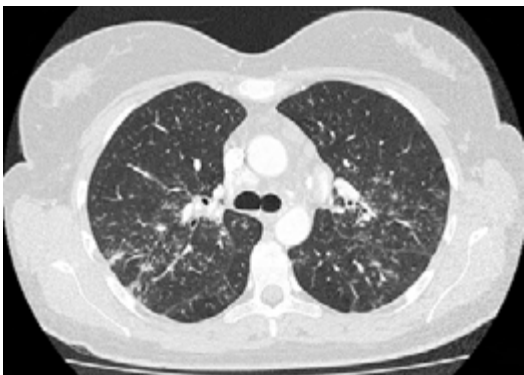


Ryc. 2. Limfadenopatia śródpiersia z obecnością zwapnień

że – w mniejszym stopniu – wzdłuż przegród międzyzrazikowych i podopłucnowo. Ich nagromadzenie prowadzi do guzkowego lub nieregularnego pogrubienia śródmiąższu płuc. Zwykle zmiany najwyraźniej widoczne są w płatach górnych (ryc. 3). Mogą one wycofywać się spontanicznie lub włóknieć. Postępujące włóknienie występuje w 15% przypadków. Pojawiają się wtedy nieregularne zagęszczenia siateczkowate, pasma śródmiąższowe, a także pogrubienie przegród międzyzrazikowych i zrębu osiowego przez tkankę włóknistą, której obecność zaburza architekturę podścieliska [2] (ryc. 4). W efekcie dochodzi do retrakcji płatów górnych płuc z uniesieniem wnęk. Formują się także pęcherze powietrzne i rozstrzenie oskrzeli z pociągania. W miarę postępu choroby w obwodowych partiach płuc mogą rozwijać się zmiany o typie plastra miodu [3].



Ryc. 3. Rozsiane mikroguzki odpowiadające ziarniniakom



Ryc. 4. Pogrubienie zrębu i zmiany włókniste

■ Nietypowy obraz radiologiczny sarkoidozy płucnej i śródpiersiowej

Asymetryczna limfadenopatia

W 5% przypadków limfadenopatia węzł płucnych w przebiegu sarkoidozy wykazuje asymetrię, zwykle u chorych powyżej 50. r.ż. Występuje wtedy dwa razy częściej po prawej niż po lewej stronie. Jeszcze rzadziej rozwija się limfadenopatia śródpiersia przy prawidłowym obrazie węzł [2]. Najrzadziej zmienione węzły chłonne lokalizują się w śródpiersiu tylnym [3].

Martwica i tworzenie się jam

W obrębie konglomeratów guzków w 1% przypadków może dochodzić do martwicy na tle niedokrwienia, skutkującej tworzeniem się jam.

Taki obraz wymaga wykluczenia zakażenia prątkami i grzybami [2]. Gdy w obrębie jamy widoczna jest masa, która zmienia lokalizację w zależności od pozycji pacjenta, należy rozpoznać grzybniaka kropidlakowego (*aspergilloma*). Jego występowanie nie powoduje zazwyczaj objawów, jednak może prowadzić do krwotoku do jamy w wyniku pęknięcia kruchych, nieprawidłowych naczyń w jej ścianie, powstałych w wyniku neowaskularyzacji [3]. Diagnostykę różnicową utrudnia brak charakterystycznych cech jam w przebiegu sarkoidozy – wykazują regularny bądź nieregularny kształt, mogą być grubo- lub cienkościenne [1]. Ich powstawanie obserwuje się w ciężkich i aktywnych postaciach sarkoidozy. Wykazują nieprzewidywalną ewolucję i są często źródłem powikłań [4] (ryc. 5).



Ryc. 5. Jama w płacie górnym płuca prawego

Duże zagęszczenia

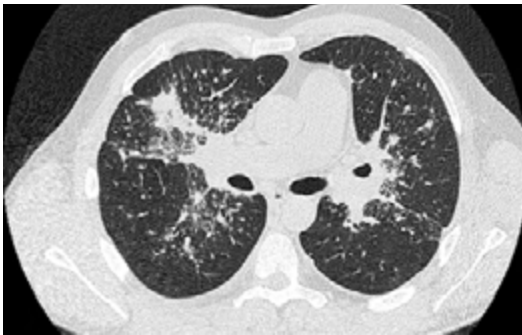
U 15% pacjentów z rozpoznaną sarkoidozą występują duże zagęszczenia o średnicy od 1 do 4 cm, lokalizujące się okołownikowo lub obwodowo (ryc. 6 i 7). Wykazują owalny lub wydłużony kształt, nieregularne obrisy i nieostre granice. W ich obrębie może występować **bronchogram powietrzny**. Tworzą je wypełnienia pęcherzykowe i konglomeraty ziarninieków, które jako zagęszczenia drobnoguzkowe widoczne są także w otoczeniu, co określa się mianem **objawu galaktyki** (*sarcoid galaxy*) [2] (ryc. 8).



Ryc. 6. Duże zagęszczenie obwodowe



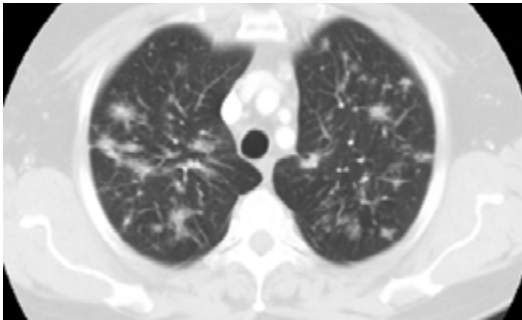
Ryc. 9. Zwiewne zmiany o typie mlecznej szyby



Ryc. 7. Duże zagęszczenia zlokalizowane centralnie



Ryc. 10. Nasilone zmiany o typie mlecznej szyby



Ryc. 8. Objaw galaktyki



Ryc. 11. Progresja zmian w porównaniu z poprzednią ryciną (ten sam pacjent)

Zacienienia typu matowej szyby

W przebiegu sarkoidozy zmiany drobnoguzkowe i włókniste mogą współwystępować z plamistymi obszarami typu matowej szyby [2]. Ich obecność wynika z ucisku pęcherzyków płucnych przez ziarniniaki [1] (ryc. 9-11).

Zmiany prosówkowe

Rzadko ziarniniaki wykazują przypadkową dystrybucję w obrębie płuc bez typowej predylekcji do obszarów perilimfatycznych. Obraz radiologiczny przypomina wtedy prosówkę gruźliczą, krwiopochodny rozsiew nowotworowy czy też pylicę [5].

Odwrócony objaw halo

Centralnie zlokalizowany obszar zacielenia typu matowej szyby otoczony okrężnymi zagęszczeniami określa się jako odwrócony objaw halo. **Objaw ten bardzo rzadko występuje w przebiegu sarkoidozy.** Jest natomiast charakterystyczny dla kryptogenego organizującego się zapalenia płuc (COP – *cryptogenic organizing pneumonia*). Opisano też przypadki jego obecności w parakokcydiomykozie, czy w ziarniniakowatości z zapaleniem naczyń [6].

Nieprawidłowości związane z drogami oddechowymi

Sarkoidoza dosyć często przebiega z guzkowym pogrubieniem ścian oskrzeli. Ich światło może ulec zamknięciu z powodu wpuklających się do niego guzków, jak również w związku z uciskiem z zewnątrz przez powiększone węzły chłonne. W rezultacie na zasadzie mechanizmu wentylowego mogą powstawać **pułapki powietrzne** prowadzące do formowania się pęcherzy [2] (ryc. 12 i 13).

Zajęcie naczyń

Rzadko w przebiegu sarkoidozy dochodzi do objęcia procesem chorobowym naczyń tętniczych i żylnych. Wynika ono z ucisku przez okołonaczyniowe masy włókniste lub powiększone węzły chłonne. Opisano także przypadki ziarniniakowego zapalenia naczyń, które może prowadzić do nadciśnienia płucnego, nawet przy braku zmian włóknistych [1]. **Nadciśnienie płucne oprócz włóknienia stanowi istotną przyczynę zgonów w przebiegu sarkoidozy** [7].



Ryc. 12. Miernie nasilone zmiany włókniste z niewielkimi rozstrzeniami oskrzeli



Ryc. 13. Nasilonie włóknienie z wyraźnymi rozstrzeniami oskrzeli

Zajęcie opłucnej

Włączenie w proces chorobowy opłucnej występuje u około 1% osób cierpiących na sarkoidozę. Płyn w opłucnej występuje najczęściej w przebiegu nasilonych zmian płucnych lub ogólnoustrojowych. Ma on charakter wysięku z dużą liczbą limfocytów, często jest też podbarwiony krwią [2]. Opisano również przypadki *chylothorax* i odmy opłucnowej w przebiegu sarkoidozy [1]. Za przyczynę odmy uważa się pęknięcie podopłucnowego pęcherza (bleb). Występuje ona u 2-3% przypadków, zwłaszcza u pacjentów z zaawansowanym włóknieniem [3].

Diagnostyka różnicowa atypowej postaci sarkoidozy płucnej

Atypowa postać sarkoidozy płucnej może imitować wiele innych chorób. W diagnostyce

różnicowej należy uwzględnić m.in.: zapalenie oskrzelików, *lymphangitis carcinomatosa*, pylicę, alergiczne zapalenie pęcherzyków płucnych, histiocytozę z komórek Langerhansa, zwykłe śródmiąższowe włóknienie płuc, niespecyficzne śródmiąższowe zapalenie płuc czy kryptogenne zapalenie płuc [1,8].

■ Rola diagnostyki obrazowej

Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej

Zdjęcie rentgenowskie klatki piersiowej to podstawowe badanie obrazowe wykonywane w diagnostyce i monitorowaniu sarkoidozy. Na podstawie obrazu rentgenowskiego wyróżnia się kilka stopni zaawansowania choroby:

- stadium 0 przydziela się pacjentom z prawidłowym obrazem płuc;
- stadium 1 odpowiada tylko powiększonym węzłom chłonnym wnęk płucnych;
- stadium 2 cechuje się zarówno powiększonymi węzłami chłonnymi wnęk, jak i obecnością zagęszczeń w płucach;
- stadium 3 – obecność zagęszczeń w płucach bez towarzyszącej limfadenopatii albo pojawienie się cech włóknienia;
- stadium 4 może sugerować obraz rentgenowski sarkoidozy odpowiadający zaawansowanym zmianom w płucach z włóknieniem i zaburzeniem architektoniki płuc [3].

W momencie rozpoznania sarkoidozy 10% pacjentów kwalifikuje się do stadium 0, podczas gdy do kolejnych trzech stadiów odpowiednio: 50%, 25-30% i 15%. **Sarkoidoza to choroba o trudnym do przewidzenia przebiegu, która może ulec spontanicznej remisji lub postępować, powodując narastającą utratę funkcji płuc na skutek włóknienia.** Wyjściowe stadium choroby określa jednak w przybliżeniu rokowanie. Stan pacjentów w stadium 1 zwy-

kle się stabilizuje lub ulega poprawie bez leczenia (obserwuje się 55-90% remisji). Pozostałe stadia rokują już znacznie gorzej. W stadium 2 odsetek remisji wynosi 40-70%, natomiast w kolejnych dwóch stadiach już tylko 10-20% i 0% [3].

Tomografia komputerowa wysokiej rozdzielczości (HRCT)

Wskazania do wykonania badania HRCT obejmują: nietypowe objawy kliniczne i radiologiczne na zdjęciu rentgenowskim klatki piersiowej, podejrzenie zmian płucnych przy prawidłowym obrazie rentgenowskim płuc, a także obecność rozstrzeni oskrzeli, grzybnia kropidlakowego, włóknienia, rozedmy, nakładającej się infekcji czy zmian nowotworowych [3].

Badanie HRCT wykazuje znacznie większą czułość w wykrywaniu zmian płucnych w przebiegu sarkoidozy niż radiogram klatki piersiowej [9]. Nie udowodniono jednak jednoznacznie, aby wykazywało ono satysfakcjonującą korelację ze stanem klinicznym i nasileniem objawów ze strony układu oddechowego [10]. Należy pamiętać również, że negatywny obraz uzyskany obie-
ma metodami nie wyklucza rozpoznania sarkoidozy płucnej na podstawie badania histopatologicznego [3].

■ Wnioski

Sarkoidozę uznaje się za relatywnie często występującą chorobę. Jeśli jej obraz radiologiczny wykazuje charakterystyczne cechy, właściwe rozpoznanie nie powinno sprawiać trudności. Natomiast w przypadku gdy w badaniach obrazowych ujawnią się zmiany atypowe dla sarkoidozy, różnicowanie obejmuje szereg jednostek chorobowych, co utrudnia postawienie prawidłowej diagnozy i często opóźnia wdrożenie skutecznego leczenia. © P

Autor korespondujący:
lek. Anna Saran
atosza@o2.pl
Nadesłano: 18-06-2020

Piśmiennictwo:

- Hawtin KE, Roddie ME, Mauri FA, Copley SJ. Pulmonary sarcoidosis: the 'Great Pretender'. Clin Radiol. 2010;65(8):642-650.
- Park HJ, Jung JI, Chung MH, et al. Typical and atypical manifestations of intrathoracic sarcoidosis. Korean J Radiol. 2009;10(6):623-631.
- Vagal AS, Shipley R, Meyer CA. Radiological manifestations of sarcoidosis. Clin Dermatol. 2007;25(3):312-325.
- Hours S, Nunes H, Kambouchner M, et al. Pulmonary cavitory sarcoidosis: clinic - radiologic characteristics and natural history of a rare form of sarcoidosis. Medicine (Baltimore) 2008;87(3):142-151.
- Taki M, Ikegami N, Konishi C, et al. Pulmonary Sarcoidosis Presenting with Miliary Opacities. Intern Med. 2015;54(19):2483-2486.
- Kumazoe H, Matsunaga K, Nagata N et al. "Reversed halo sign" of high - resolution computed tomography in pulmonary sarcoidosis. J Thorac Imaging. 2009;24(1):66-68.
- Walsh SL, Wells AU, Sverzellati N, et al. An integrated clinico-radiological staging system for pulmonary sarcoidosis: a case - cohort study. Lancet Respir Med. 2014;2(2):123-130.
- Jeong YJ, Lee KS, Chung MP, Han J, Johkoh T, Ichikado K. Chronic hypersensitivity pneumonitis and pulmonary sarcoidosis: differentiation from usual interstitial pneumonia using high - resolution computed tomography. Semin Ultrasound CT MR. 2014;35(1):47-58.
- Ors F, Gumus S, Aydogan M, Sari S, Verim S, Deniz O. HRCT findings of pulmonary sarcoidosis: relation to pulmonary function tests. Multidiscip Respir Med. 2013;8(1):1-8.
- Lopes AJ, de Menezes SL, Dias CM, de Oliveira JF, Mainenti MR, Guimarães FS. Comparison between cardiopulmonary exercise testing parameters and computed tomography findings in patients with thoracic sarcoidosis. Lung. 2011;189(5):425-431.

POLECAMY**Psychiatria przez przypadki w praktyce lekarza rodzinnego**

Anna Bondyra, Sławomir Murawiec, Daria Dubiel

Książka zawiera opisy przypadków pacjentów z zaburzeniami hipochondrycznymi, nastroju, nerwicowymi i bezsennością, z chorobami współistniejącymi oraz diagnozy złożone (np. mieszane zaburzenia lękowe), w rzeczywistości występujące o wiele częściej niż „czyste” case'y, które znajdziemy w wytycznych.

W publikacji znajdują się również praktyczne tabele ze wskazówkami zastosowania leków w szczególnych sytuacjach klinicznych oraz 4 aneksy: wykaz leków I wyboru, przewodnik, kiedy pacjenta należy wysłać do psychiatry, fragment ICD-10: kryteria opisywanych w książce zaburzeń psychicznych i skalę depresji PHQ-9. Oprócz leków omówione zostały dwa nurty psychoterapii stosowane u pacjentów z zaburzeniami nastroju i nerwicowymi: psychoterapia poznawczo-behawioralna (CBT) oraz integracyjna.

**Seks a zdrowie psychiczne**

Monografia naukowa pod redakcją Marty Dębowskiej, Agaty Szulc, Piotra Gałęckiego

Publikacja porusza różne aspekty funkcjonowania seksualnego - od rozwojowych poprzez biologiczne, psychologiczne, społeczne i kulturowe, ukazując mnogość płaszczyzn seksualnych przenikających zdrowie psychiczne. Przeznaczona jest dla lekarzy wszystkich specjalizacji, psychologów, psychoterapeutów, a także dla wszystkich zainteresowanych zagadnieniami seksuologii.



REKLAMA WYDAWCY



Więcej informacji: tel. 801 55 45 42 www.medyk.com.pl

(linia ulgowa)





**ALIOR
BANK**

WYŻSZA KULTURA. BANK NOWOŚCI.

BANK PRZEDSIĘBIORCZOŚCI

BIZNES KORPORACYJNY MA U NAS SZCZEGÓLNE MIEJSCE

- 
- 
- ✓ Obsługa wykwalifikowanego doradcy – zdalnie lub w placówce
 - ✓ Profesjonalny system bankowości internetowej BusinessPro
 - ✓ Szeroka oferta produktów zabezpieczających kursy walut, ceny surowców, koszty odsetek
 - ✓ Rozwiązania dopasowane do potrzeb branży
 - ✓ Wsparcie z funduszy UE

Zapraszamy do centrów korporacyjnych Alior Banku.

Pełna informacja o ofercie dla dużych firm jest dostępna w centrach korporacyjnych Alior Banku SA i na www.aliorbank.pl.

Ocena czynników mających wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków wziewnych stosowanych w terapii astmy i/lub POChP

Evaluation of factors affecting compliance with medical recommendations regarding inhaled medication used in the treatment of asthma and/or COPD

lek. Eliza Kowalczyk

Specjalista epidemiolog, Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska

■ **Słowa kluczowe:** przestrzeganie zaleceń lekarskich, liczba dawek leku, astma, POChP.

■ **Keywords:** compliance, number of doses of the drug, asthma, COPD.

■ **Streszczenie:** Problem nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów to zagadnienie złożone, zależne od wielu czynników. Pacjenci nie realizują recept, rezygnują z przyjmowania wykupionego już leku oraz pomijają kolejne dawki. Jest wiele przyczyn takiego postępowania. Badania wskazują np., że prawie 10% pacjentów nie kontynuuje terapii po skończeniu opakowania leku. Przerwanie terapii wraz z końcem opakowania leku może wynikać z konieczności zdobycia recepty na lek i jego wykupienia. Celem przeprowadzonego badania była ocena czynników mających wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków wziewnych stosowanych w terapii astmy i/lub POChP, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii liczby dawek leku w opakowaniu. Przed pierwszą wizytą zdecydowana większość pacjentów zarówno z astmą, jak i POChP stosowała lek wziewny z 60 dawkami w opakowaniu. Drugą najczęściej stosowaną liczbą dawek było 120 dawek w opakowaniu. Podczas pierwszej wizyty większości pacjentów (87,3% pacjentów z astmą i 85,7% pacjentów z POChP) zalecono lek ze 120 dawkami w opakowaniu. Wyniki badania wskazują na związek liczby dawek leku wziewnego w opakowaniu z poziomem przestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów z astmą i POChP. Zwiększenie liczby dawek leku w opakowaniu znacząco wpłynęło na poprawę *compliance*. Niemal dwukrotnie więcej pacjentów na wizycie drugiej zadeklarowało przyjmowanie ponad 81% dawek leków zgodnie z zaleceniem lekarza (pacjenci z astmą: 1. wizyta – 45,3%; 2. wizyta – 82,4%; pacjenci z POChP: 1. wizyta – 42,2%; 2. wizyta – 77,6%). Zaobserwowano również poprawę kontroli choroby u badanych.

■ **Abstract:** The problem of non-compliance with medical recommendations by patients is a complex issue that depends on many factors. Patients do not fulfill prescriptions, give up taking already purchased medication and skip the next doses. There are many reasons for this. Research shows, for example, that almost 10% of patients do not continue treatment after finishing the drug packaging. Discontinuation of therapy at the end of the drug packaging may result from the need to obtain a prescription for the drug and buy it. The aim of the study was to assess the factors influencing compliance with medical recommendations regarding the use of inhaled medications used in the treatment of asthma and/or COPD, with particular emphasis on the number of doses of the drug in a package. At the first visit, most patients (87.3% of patients with asthma and 85.7% of patients with COPD) were prescribed the drug with 120 doses in the pack. The results of the study show a correlation between the number of doses of the inhaler in the packaging and compliance with medical recommendations by patients with asthma and COPD. Increasing the number of doses of the drug in the packaging significantly improved compliance. Almost twice as many patients at the second visit reported taking more than 81% of the doses of drugs as prescribed by the doctor (patients with asthma: visit 1 – 45.3%; visit 2 – 82.4%; patients with COPD: visit 1 – 42.2% visit 2 – 77.6%). Improvement in disease control was also observed in the subjects.

■ Wprowadzenie

Problem nieprzestrzegania zaleceń lekarskich przez pacjentów to zagadnienie złożone, zależne od wielu czynników. Pacjenci nie realizują recept, rezygnują z przyjmowania wykupionego już leku oraz pomijają kolejne dawki. Wśród przyczyn takiego postępowania wyróżnia się obawy pacjentów dotyczące zaleconego leczenia, np. kwestii bezpieczeństwa lub celowości przyjmowania leku, bezobjawowy charakter choroby zmniejszający motywację do leczenia oraz utrudniony dostęp do lekarza. Część przyczyn jest związana bezpośrednio z zaleconą terapią lub lekiem. Cechy leku, takie jak np. nieprzyjazny schemat dawkowania lub forma oraz możliwe działania niepożądane, mogą ograniczać przestrzeganie zaleceń lekarskich przez pacjentów. W przypadku części pacjentów ograniczone środki finansowe uniemożliwiają systematyczne zaopatrywanie się w zalecone leki. Wykazano, że w grupie pacjentów z astmą po roku leczenia jedynie 13% pacjentów nadal stosuje leki wziewne. W grupie pacjentów z POChP odsetek ten wynosi 21%. Konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń lekarskich w astmie i POChP to: pogorszenie kontroli choroby, zwiększenie częstości zaostrzeń, a także zwiększenie kosztów leczenia [1]. Co więcej, badania wskazują, że prawie 10% pacjentów nie kontynuuje terapii po skończeniu opakowania leku [2]. Przerwanie terapii wraz z końcem opakowania leku może wynikać z konieczności zdobycia recepty na lek i jego wykupienia. Zastąpienie mniejszych opakowań większymi przy wypisywaniu recepty powinno wpłynąć pozytywnie na przestrzeganie zaleceń.

■ Cel badania

Celem przeprowadzonego badania była ocena czynników mających wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków wziewnych stosowanych w terapii astmy i/lub POChP, ze szczególnym uwzględnieniem kwestii liczby dawek leku w opakowaniu.

■ Metody

Badanie miało charakter nieinterwencyjny i było przeprowadzone w formie kwestionariuszowej. W toku badania obserwacji podlegało, czy i w jakim stopniu zwiększenie liczby dawek leku w opakowaniu, a co za tym idzie, zmniejszenie częstości odbywania wizyt lekarskich w celu wypisania recepty i wizyt w aptece w celu jej realizacji, wpływa na przestrzeganie przez pacjentów zaleceń lekarskich dotyczących przyjmowania leków wziewnych w terapii astmy i/lub POChP.

Dwie edycje badania prowadzono na terenie całej Polski w okresie od stycznia do grudnia 2019 r., wzięło w nich udział łącznie 11 190 pacjentów oraz 271 lekarzy-badaczy. Do badania włączano pełnoletnich pacjentów z astmą oskrzelową i/lub POChP, dotychczas leczonych lekami wziewnymi, wobec których lekarz podjął decyzję o zwiększeniu liczby dawek w opakowaniu leku wziewnego stosowanego w ramach prowadzonej terapii astmy i/lub POChP. Nie były wymagane żadne procedury laboratoryjne, diagnostyczne czy terapeutyczne inne niż te stosowane standardowo w terapii. Badanie opierało się wyłącznie na obserwacji i wywiadzie z pacjentem, w którym wykorzystano przygotowane autorskie kwestionariusze wywiadu. Podczas wizyty lekarz przeprowadzał z pacjentami rozmowy, w wyniku których wypełniał kwestionariusz badania. Dwie wizyty odbywały się w odstępie 8 tygodni (\pm 1 tydzień).

Compliance oceniano prosząc pacjenta o zadeklarowanie, jaki odsetek zaleconych dawek leku wziewnego przyjął w ciągu ostatnich dwóch miesięcy zgodnie z zaleceniami oraz w skali punktowej. Pacjent odpowiadał na 6 pytań dotyczących odstępstw od przestrzegania zaleceń i za każdą odpowiedź twierdzącą otrzymywał 1 punkt. Łączna liczba punktów równa „0” oznaczała wysoki *compliance*, „1-3” – umiarkowany, a „4-6” punktów – niski. Po około 8 tygodniach (\pm 1 tydzień) od wizyty pierwszej, na której pacjentom zalecony został lek wziewny zawierający większą liczbę dawek w opakowaniu, ponownie określono nasilenie chorób układu oddechowego u pacjentów oraz zapytano ich o *compliance*.

Wyniki

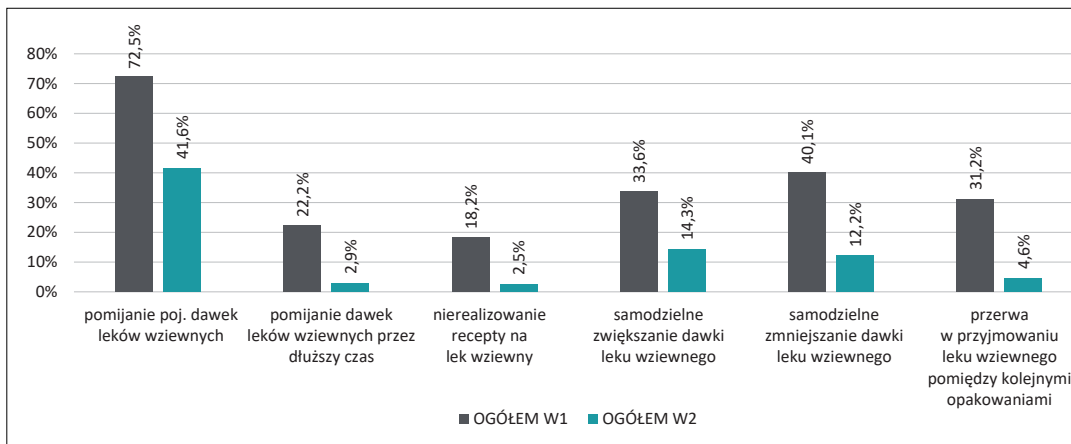
Populacja badana składała się niemal po równo z kobiet i mężczyzn (kobiety 50,2%; mężczyźni 49,8%). Wśród uczestników badania dominowali pacjenci w wieku 50-69 lat. Wśród chorujących na astmę dominowali pacjenci w wieku 30-49 lat. Najwięcej pacjentów z POChP było w wieku 50-69 lat. 60,6% pacjentów z astmą oraz 75,5% pacjentów z POChP cierpiało na nadwagę lub otyłość. Najwięcej (31,9%) uczestników badania chorych na astmę zamieszkiwało miasta do 50 tys. mieszkańców, wśród pacjentów z POChP większość badanych pochodziła ze wsi (30,9%). Średni czas od rozpoznania choroby układu oddechowego wynosił prawie 14 lat u pacjentów z astmą oraz 11,5 roku wśród pacjentów z POChP. W badaniu przeważali pacjenci z astmą o umiarkowanym nasileniu. 30% pacjentów miało astmę w pełni kontrolowaną. Astmę o nasileniu ciężkim miało 3,9% badanej populacji. Brak kontroli astmy stwierdzono u 4,6% badanych. Wśród pacjentów z POChP przeważali pacjenci z $50\% \leq FEV1 < 80\%$ wartości należnej. Niemal połowę uczestników badania z POChP zaklasyfikowano do grupy B wg GOLD. Palenie tytoniu w czasie trwania badania zadeklarowało 50,6% pacjentów z POChP oraz 12,8% pacjentów chorujących na astmę. W przeszłości palili 83,6% pacjentów z POChP oraz 26% pacjentów z astmą. Przed pierwszą wizytą zdecydowana większość pacjentów zarówno z astmą, jak i POChP stosowała lek wziewny z 60 dawkami w opakowaniu. Drugą najczęściej stosowaną liczbą dawek było 120 dawek w opakowaniu. Po zwiększeniu liczby dawek leku wziewnego ponad 80% pacjentów w obu grupach stosowało lek ze 120 dawkami w opakowaniu. Najczęściej używanym przez pacjentów inhalatorem był inhalator DPI jednodawkowy. Był to też inhalator oceniany przez pacjentów jako najłatwiejszy w obsłudze. Urządzeniem ocenionym jako najtrudniejsze był nebulizator.

Jedynie 45,3% pacjentów z astmą i 42,2% pacjentów z POChP zadeklarowało na pierwszej wizycie przyjmowanie 81% i więcej dawek leków zgodnie z zaleceniem. Najczęściej deklarowane przez pacjentów odstępstwa od zaleceń to: pomijanie pojedynczych dawek leków wziewnych, samo-

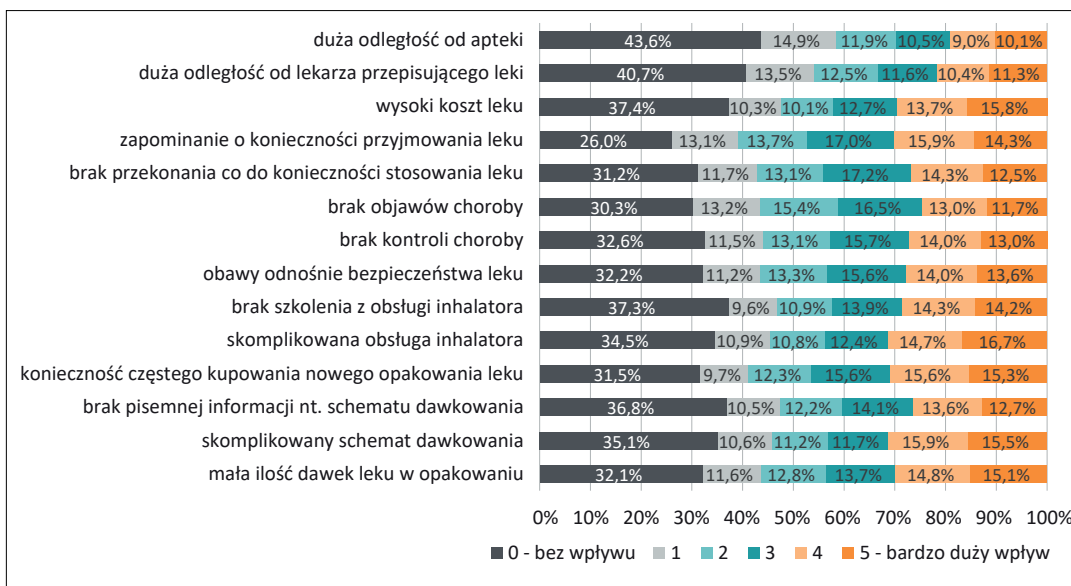
dzielne zmniejszanie oraz zwiększanie dawki leku wziewnego. Na pierwszej wizycie najwyższy odsetek pacjentów (22%) uzyskał 3 punkty w ocenie *compliance*. Nieco niższy odsetek pacjentów uzyskał wynik 1 oraz 2 punkty (po 20,9%). Najgorszy wynik, czyli 6 punktów uzyskało 3,7% pacjentów.

Porównując stopień ciężkości astmy u uczestników badania pomiędzy wizytami zauważono wzrost częstości astmy lekkiej (43,5% vs. 38,8%). Zmniejszeniu uległa częstość astmy umiarkowanej i ciężkiej. Poprawie uległa także kontrola astmy. Na drugiej wizycie pełną kontrolę astmy stwierdzono u 63% pacjentów. Pozytywne zmiany stwierdzono także w grupie pacjentów z POChP. Odnotowano spadek liczby pacjentów z kategorii GOLD 3 oraz GOLD 4, a także zaobserwowano zmniejszenie liczby pacjentów z grupy C i D wg GOLD. Podczas wizyty kontrolnej zaobserwowano istotną poprawę wskaźników dotyczących *compliance*. Niemal dwukrotnie więcej pacjentów z astmą na wizycie drugiej zadeklarowało przyjmowanie ponad 81% dawek leków zgodnie z zaleceniem lekarza niż na wizycie pierwszej (W1 – 45,3%; W2 – 82,4%). Wśród pacjentów z POChP także znacząco wzrósł odsetek pacjentów deklarujących przyjmowanie ponad 81% dawek leków zgodnie z zaleceniem lekarza (W1 – 42,2%; W2 – 77,6%). Na drugiej wizycie pacjenci zdecydowanie rzadziej deklarowali odstępstwa od zaleceń lekarskich. Odsetek pacjentów zgłaszających pomijanie pojedynczych dawek leków wziewnych spadł z 72,5% do 41,6%. Poniżej 5% spadły odsetki pacjentów pomijających dawki leków wziewnych przez dłuższy czas, nierealizujących recept na leki wziewne oraz robiących przerwy pomiędzy kolejnymi opakowaniami leku wziewnego (ryc. 1).

Na drugiej wizycie prawie połowa pacjentów (46,9%) osiągnęła wysoki *compliance* (wynik 0). Był to znaczący wzrost w stosunku do wizyty pierwszej (15,6%). Pacjenci wykazujący umiarkowany *compliance* (1-3 punkty) na pierwszej wizycie stanowili 41,7%, podczas gdy na drugiej odsetek ten wzrósł do 63,8%. Odsetek pacjentów z niskim *compliance* (wynik 4-6) zmniejszył się z 20,6% na wizycie pierwszej do 1,4% na wizycie drugiej.



Rycina 1. Odstępstwa od zaleceń – wizyta 1. (W1) vs. wizyta 2. (W2)



Rycina 2. Czynniki utrudniające pacjentom przestrzeganie zaleceń lekarskich

Pacjenci poproszeni o wybranie czynników w największym stopniu utrudniających im przestrzeganie zaleceń lekarskich najczęściej wskazywali na: skomplikowaną obsługę inhalatora, wysoki koszt leku, skomplikowany schemat dawkowania oraz konieczność częstego kupowania nowego opakowania leku (ryc. 2).

Dyskusja

Stosowanie się pacjentów do zaleceń jest niezwykle ważne dla osiągnięcia celów leczenia. Regularne przyjmowanie leków jest konieczne

zwłaszcza w chorobach przewlekłych, do których należą astma czy POChP.

Metody oceny stosowania się chorych do zaleceń są różne: deklaracja pacjenta (samodzielne zaznaczenie przyjęcia leku), kwestionariusze lub ocena liczby zużytych opakowań leku. W przypadku leków wziewnych ważna jest także ocena prawidłowej techniki inhalacji.

W 2017 r. opublikowano amerykańskie badanie oceniające stosowanie się do zaleceń pacjentów z POChP. Objęło ono 244 chorych. Podczas pobytu w szpitalu przy każdym podaniu leku

wziwnego chorych instruowano, jak używać inhalatora. Przy wypisie otrzymywali inhalator, do którego dołączone było elektroniczne urządzenie do nagrywania dźwięku. Analiza nagrań pozwoliła na ocenę czasu przyjmowania leku, odstępu między dawkami oraz poprawności techniki używania inhalatora. W ciągu 1 miesiąca po wypisie ze szpitala średnio jedynie 22,6% dawek leku zostało przyjętych zgodnie z zaleceniami lekarskimi. Tylko 6% chorych przyjęło > 80% zalecanych dawek leku. Częstość popełniania błędów technicznych podczas inhalacji wynosiła 51,1% [3].

W polskim badaniu z 2020 r. oceniano przestrzeganie zaleceń terapeutycznych w grupie chorych na astmę oskrzelową oraz POChP z uwzględnieniem czynników demograficznych i medycznych. Badanie obejmujące 136 respondentów zostało przeprowadzone metodą sondażu diagnostycznego z wykorzystaniem autorskiego kwestionariusza ankiety, skali dostosowania do zaleceń farmakologicznych ARMS, skali Akceptacji Choroby – AIS oraz Berlińskiej Skali Wsparcia Społecznego – BSSS. Stwierdzono, że na przestrzeganie przez pacjentów zaleceń terapeutycznych istotnie wpływają współistniejące choroby przewlekłe. Spośród danych demograficznych znaczenie dla przestrzegania zaleceń miało miejsce zamieszkania – chorzy mieszkający w dużych miastach, a także chorujący na astmę lepiej przestrzegali zaleceń terapeutycznych [4].

W kwietniu 2017 r. opublikowano analizę Cochrane podsumowującą strategię ułatwiającą chorym na astmę stosowanie steroidów wziewnych zgodnie z zaleceniami. Objęła ona 39 badań, w których wzięło udział ponad 16 000 dorosłych i dzieci z astmą przyjmujących steroidy wziewne. W badaniach stosowano różne interwencje, których celem była pomoc osobom w bardziej regularnym przyjmowaniu leków wziewnych: edukację; użycie elektronicznych przypomnień, aby przyjąć lek; usprawnienie schematu przyjmowania leku (np. 1 dawka dziennie zamiast 2, jeden inhalator zamiast dwóch); oraz stosowanie inhalatora w trakcie godzin szkolnych. Z analizy wynika, że osoby, któ-

rym udzielono edukacji, lepiej stosowały się do zaleceń dotyczących przyjmowania leków wziewnych niż pacjenci w grupie kontrolnej (średnio o 20%); podobnie pacjenci, którzy stosowali elektroniczne przypomnienia (o 19%). Osoby, u których zastosowano łatwiejszy schemat korzystania z inhalatora (np. rzadziej w ciągu dnia), tylko o 4% lepiej stosowali się do zaleceń niż ci, którzy kontynuowali leczenie w dotychczasowy sposób [5].

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych dotyczy nie tylko bieżącego przestrzegania zaleceń, ale także tzw. wytrwałości w leczeniu opisującej, jak długo pacjenci używają zalecony im lek. Jak wykazała analiza recept wystawionych na leki wziewne w Polsce, odsetek pacjentów kontynuujących leczenie lekami wziewnymi na koniec rocznego okresu obserwacji nie przekraczał 21% w przypadku POChP i 13% w przypadku astmy [1].

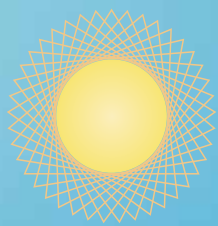
■ Podsumowanie

Przedstawione wyniki badania wskazują na związek liczby dawek leku wziewnego w opakowaniu z przestrzeganiem zaleceń lekarskich przez pacjentów z astmą i POChP. Zwiększenie liczby dawek leku w opakowaniu znacząco wpłynęło na poprawę *compliance*. Zaobserwowano również poprawę kontroli choroby u badanych. Powyższe spostrzeżenia potwierdziło kolejne badanie przeprowadzone według tego samego schematu od września 2019 r. do marca 2020 r. z udziałem 10 861 pacjentów oraz 309 lekarzy-badaczy. Również w tym badaniu zwiększenie liczby dawek leku w opakowaniu znacząco wpłynęło na poprawę *compliance* i poprawę kontroli choroby u badanych. © ®

Nadesłano: 05-10-2020

Piśmiennictwo:

1. Kardas P. Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie* 2014;12(4):331–337.
2. Neć M, et al. Non-compliance, czyli dlaczego nawet najlepszy lek bywa nieskuteczny; *Forum Medycyny Rodzinnej* 2015 vol 9;no 3:237–239.
3. Sulaiman I, et al. *American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine* 2017;195:1333–1343.
4. Starczewska ME, et al. Ocena przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez pacjentów chorujących na astmę oskrzelową i POChP. DOI: 10.19251/pwod/2020.1(3).
5. Strategie ułatwiające chorym na astmę stosowanie steroidów wziewnych zgodnie z zaleceniami. https://www.cochrane.org/pl/CD012226/AIRWAYS_strategie-ulatwiajace-chorym-na-astme-stosowanie-steroidow-wziewnych-zgodnie-z-zaleceniami, dostęp 03.21.2020.



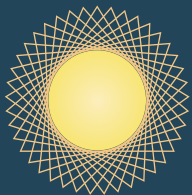
Lorafen

lorazepam



**SKUTECZNY
I BEZPIECZNY**

u pacjentów
z zaburzeniami lękowymi¹



Lorafen

lorazepam

Nazwa produktu leczniczego: LORAFEN® (lorazepamum) 1 mg, 2,5 mg tabletki drażowane. **Skład jakościowy i ilościowy:** Jedna tabletkę drażowaną zawiera 1 mg lub 2,5 mg lorazepamu (Lorazepamum). Substancje pomocnicze: Laktoza, sacharoza; Lorafen 2,5 mg dodatkowo czerwień koszenilowa. **Postać farmaceutyczna:** okrągłe, obustronnie wypukłe, gładkie tabletki drażowane. Lorafen 1 mg: białe. Lorafen 2,5 mg: różowe. **Wskazania do stosowania:** Doraźnie krótkotrwałe: W zaburzeniach lękowych różnego pochodzenia, towarzyszącym chorobom układu krążenia, chorobom przewodu pokarmowego; w zaburzeniach snu związanych ze stanami wzmożonego lęku. **Dawkowanie i sposób podawania:** Dawkowanie i czas leczenia należy określić dla każdego pacjenta indywidualnie. **Dorośli i dzieci powyżej 12 lat:** W zaburzeniach lękowych początkowo podaje się zwykle 2 mg do 3 mg lorazepamu na dobę w 2 lub 3 dawkach podzielonych a następnie, jeśli zachodzi konieczność, stopniowo zwiększa się dawkę do dawki podtrzymującej, która najczęściej wynosi do 6 mg na dobę w 2 lub 3 dawkach podzielonych. Maksymalnie można podać do 10 mg/dobę. W zaburzeniach snu spowodowanych lękiem zwykle podaje się raz na dobę 2 mg do 4 mg lorazepamu przed snem. Pacjenci w podeszłym wieku: Zwykle stosuje się połowę dawki zalecanej u dorosłych. Dzieci poniżej 12lat: Bezpieczeństwo i skuteczność lorazepamu u dzieci poniżej 12 lat nie zostały ustalone. **Pacjenci z zaburzoną czynnością nerek i (lub) wątroby:** Zalecane jest indywidualne ustalenie dawki. **Sposób podania:** Tabletki należy przyjmować doustnie, popijając niewielką ilością wody. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na pochodne 1,4-benzodiazepiny lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Ciężka niewydolność oddechowa, zespół bezdechu nocnego, ciężka niewydolność wątroby i nerek, jaskra z wąskim kątem przesączania, miastenia, ostra porfiria, zatrucie alkoholem lub lekami działającymi na ośrodkowy układ nerwowy. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Ogólne informacje dotyczące efektów obserwowanych po leczeniu benzodiazepinami i innymi lekami nasennymi, które należy brać pod uwagę przepisując lorazepam: **Tolerancja:** Długookresowe stosowanie benzodiazepin przez kilka tygodni może prowadzić do zmniejszenia skuteczności. Uzależnienie: Długookresowe stosowanie benzodiazepin może prowadzić do uzależnienia psychicznego i fizycznego. Ryzyko uzależnienia zwiększa się wraz z dawką i czasem trwania leczenia i jest większe u pacjentów uzależnionych od alkoholu, narkotyków lub leków w wywiadzie lub u pacjentów z zaburzeniami osobowości. Objawy odstawiennic: W przypadku rozwinięcia się uzależnienia, nagłe odstawienie produktu leczniczego powoduje pojawienie się objawów odstawiennych, takich jak: ból głowy, ból mięśniowy, zwiększony niepokój, napięcie, podniecenie, splątanie, zaburzenia snu, drażliwość. W cięższych przypadkach mogą pojawić się: utrata poczucia rzeczywistości, zaburzenia osobowości, nadwrażliwość na dźwięk, światło, hałas i dotyk, drętwienie i mrowienie kończyn, omamy, drgawki padaczkowe. **Zjawisko „z odbicia” i niepokój:** podczas odstawiania produktu przejściowo może pojawić się zjawisko „z odbicia” - nasilenie objawów, które były przyczyną zastosowania benzodiazepiny. Mogą temu towarzyszyć inne objawy takie jak: zmiany nastroju, niepokój, zaburzenia snu i bezsenność. Zjawisko to jest związane z nagłym odstawieniem leku, dlatego zaleca się stopniowe zmniejszanie dawki. Należy poinformować pacjenta na początku leczenia, że leczenie trwa krótko i wyjaśnić konieczność stopniowego zmniejszania dawki. **Niepamięć następcza:** Lorafen, tak jak inne benzodiazepiny, może wywołać niepamięć następczą, która może pojawić się po zastosowaniu dawek terapeutycznych, a ryzyko jej wystąpienia jest większe przy wyższych dawkach. Niepamięć następcza występuje najczęściej po kilku godzinach od przyjęcia leku i dlatego, aby zmniejszyć ryzyko związane z jej wystąpieniem, pacjent powinien mieć zapewniony 7–8 godzinny nieprzerwany sen. **Reakcje psychiczne i paradoksalne:** Podczas stosowania benzodiazepin obserwowano reakcje, takie jak: niepokój, pobudzenie, drażliwość, agresja, złość, wściekłość, urojenia, koszmarny senne, halucynacje, psychozy, zaburzenia osobowości i inne niepożądane skutki dotyczące zachowania. Jeśli pojawi się którykolwiek z powyższych objawów należy przerwać leczenie. Prawdopodobieństwo pojawienia się takich objawów jest większe u dzieci i pacjentów w podeszłym wieku. Specjalne grupy pacjentów: Pacjenci w podeszłym wieku i osłabieni powinni otrzymywać mniejszą dawkę, ze względu na możliwość nasilenia się działań niepożądanych, głównie zaburzeń orientacji i koordynacji ruchowej. Pacjenci z przewlekłą niewydolnością oddechową i uzależnieniem psychicznego. Lorafen należy ostrożnie podawać pacjentom z porfirią, ponieważ może powodować nasilenie objawów tej choroby. W czasie przedłużonego leczenia lorazepamem wskazane jest okresowe badanie krwi (morfologia z rozmazem) i analiza moczu. Ze względu na zawartość laktozy nie powinien być stosowany u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktozy (typu Lapp) lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy; u pacjentów z rzadkimi dziedzicznymi zaburzeniami związanymi z nietolerancją fruktozy, zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy lub niedoborem sacharazy-izomaltazy ze względu na zawartość sacharozy. Ze względu na zawartość czerwień koszenilowej E-124 Lorafen 2,5mg może powodować reakcje alergiczne. **Interakcje z innymi lekami i inne rodzaje interakcji:** Inhibitory enzymów cytochromu P450 (np. cymetydyna, disulfiram, fluwoksamina, fluoksetyna, omeprazol, erytromycyna, ketokonazol) zwalniają biotransformację lorazepamu oraz innych benzodiazepin i mogą nasilać ich działanie. Induktory enzymów cytochromu P450 (np. ryfamycyna, fenytoina, karbamazepina) przyspieszają biotransformację lorazepamu i innych benzodiazepin i mogą osłabić ich działanie. Alkohol nasila hamujące działanie lorazepamu na ośrodkowy układ nerwowy. Pacjenci przyjmujący Lorafen nie powinni pić alkoholu. Doustne środki antykoncepcyjne mogą osłabiać działanie lorazepamu. Leki działające depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy (takie jak: neuroleptyki, leki antypsychotyczne, leki przeciwlękowe/uspokajające, przeciwdepresyjne, nasenne, przeciwpadaczkowe, narkotyczne leki przeciwbólowe, środki stosowane do znieczulenia ogólnego, leki przeciwhistaminowe działające uspokajająco, leki zwiotczające mięśnie szkieletowe) stosowane jednocześnie z benzodiazepinami mogą nasilać działanie uspokajające, wpływają na układ oddechowy i parametry hemodynamiczne. **Wpływ na płodność, ciążę i laktację:** **Ciąża:** Stosowanie leku u kobiet w ciąży jest przeciwwskazane, zwłaszcza w pierwszym i trzecim tryestrze. Stosowanie lorazepamu w ostatnim tryestrze ciąży lub okresie okołoporodowym może spowodować u noworodka obniżenie temperatury ciała, ciśnienia, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia oddychania u płodu i noworodka oraz osłabienie odruchu ssania. U dzieci matek przyjmujących przewlekłe benzodiazepiny w późnym okresie ciąży rozwija się uzależnienie fizyczne oraz istnieje ryzyko pojawienia się objawów zespołu odstawiennego po urodzeniu. **Karmienie piersią:** W trakcie terapii lorazepamem nie należy karmić piersią. Jeżeli zachodzi konieczność podania leku matce karmiącej piersią, należy odstawić dziecko od piersi. **Płodność:** Przedkliniczne dane o bezpieczeństwie oraz dane epidemiologiczne wskazują na teratogenny wpływ benzodiazepin. **Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn:** Pacjenta należy poinformować, że podczas leczenia lorazepamem zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych może być ograniczona. **Działania niepożądane:** jeśli występują, to zwykle na początku leczenia i ustępują w czasie trwania dalszej kuracji lub po zmniejszeniu dawki. Najczęściej zgłaszane działania niepożądane związane z benzodiazepinami obejmują senność w ciągu dnia, zawroty głowy, osłabienie mięśni i ataksję. Ilość i nasilenie działań niepożądanych zależy od indywidualnej wrażliwości pacjenta oraz dawki. **Zaburzenia krwi i układu chłonnego:** zaburzenia w składzie morfologicznym krwi; Reakcje nadwrażliwości: **Zaburzenia układu immunologicznego:** reakcje anafilaktyczne, anafilaktyczne; **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** alergiczne reakcje skórne (wysypki, świąd, pokrzywka); **Zaburzenia psychiczne:** dezorientacja, zaburzenia emocjonalne, brak samokontroli, impulsywność, euforia, zaburzenia snu, ujawnienie się wcześniej istniejącej, nie zdiagnozowanej depresji; reakcje paradoksalne - niepokój psychoruchowy, bezsenność, zwiększona pobudliwość i agresywność, drżenie mięśniowe, drgawki; myśli, próby samobójcze, uzależnienie psychiczne i fizyczne. Reakcje paradoksalne najczęściej występują po spożyciu alkoholu, u pacjentów w podeszłym wieku i u pacjentów z chorobami psychicznymi. Nagłe przerwanie leczenia może wywołać zespół odstawienny. Pacjenci nadużywający alkoholu lub leków są bardziej podatni na rozwinięcie uzależnienia. **Zaburzenia układu nerwowego:** senność, spowolnienie reakcji, ból i zawroty głowy, stany splątania i dezorientacji, ataksja. Działania te występują najczęściej na początku leczenia, u pacjentów w podeszłym wieku; Niekiedy, tak jak po innych benzodiazepinach, zwłaszcza w dużych dawkach, może pojawić się dyzartria z mową zamazaną i nieprawidłowym wymawianiem, zaburzenia pamięci; bardzo rzadko drżenie, reakcje pozapiramidowe, śpiączka, **Zaburzenia oka:** zaburzenia widzenia (niewyraźne, podwójne widzenie); **Zaburzenia serca:** bradykardia, ból w klatce piersiowej; **Zaburzenia naczyniowe:** nieznaczne obniżenie ciśnienia tętniczego krwi; **Zaburzenia żołądka i jelit:** nudności, dolegliwości żołądkowe, uczucie suchości w jamie ustnej; **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych:** niewielkie podwyższenie aktywności aminotransferaz, zaburzenia czynności wątroby z wystąpieniem żółtaczki; **Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej:** osłabienie mięśni; **Zaburzenia nerek i dróg moczowych:** zatrzymanie moczu, nietrzymanie moczu; **Zaburzenia układu rozrodczego i piersi:** zaburzenia miesiączkowania, zaburzenia libido; **Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania:** ogólne osłabienie, omdlenia; **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY:** Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” Spółka Akcyjna, ul. Aleksandra Fleminga 2, 03-176 Warszawa, tel.: +48 22 510 80 01, 22 510 80 02. **KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI:** Lek wydawany z przepisu lekarza. **NR POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** LORAFEN 1 mg R/1358; LORAFEN 2,5mg R/1359, wydane przez URPLWMIpB. Szczegółowe informacje o leku: 22 510 90 25, www.polfa-tarchomin.com.pl.

1. Puspitasari IM, Sinuraya RK, Rahayu C, Witriani W, Zannah U, Hafifah A, Ningtyas AR, Vildayanti H. Medication Profile and Treatment Cost Estimation Among Outpatients with Schizophrenia, Bipolar Disorder, Depression, and Anxiety Disorders in Indonesia. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2020 Mar 26;16:815-828.

LOR/414/09/06/2020

Signopam

temazepam

SIGNOPAM® (temazepamum), 10 mg, tabletki. Skład jakościowy i ilościowy: Jedna tabletkę zawiera 10 mg temazepamu (temazepamum). Substancja pomocnicza: Laktoza 45,7 mg. Postać farmaceutyczna: Tabletki. Białe lub prawie białe, obustronnie płaskie, z wytłoczonym oznakowaniem „S” po jednej stronie. Wskazania do stosowania: Doraźnie i krótkotrwałe: w leczeniu ciężkich zaburzeń snu w przypadkach, gdy bezsenność powoduje znacznie nasilone wyczerpanie u pacjenta; w premedykacji – przygotowanie do zabiegów chirurgicznych i uciążliwych badań diagnostycznych. Dawkowanie i sposób podawania: Dawkowanie i czas leczenia należy określić dla każdego pacjenta indywidualnie. Dorośli: Zaburzenia snu: zwykle podaje się 10 mg do 20 mg pół godziny przed snem. W indywidualnych przypadkach, gdy brak odpowiedzi klinicznej na mniejsze dawki, dawkę można zwiększyć maksymalnie do 40 mg na dobę. Premedykacja: Zwykle podaje się 20 mg do 40 mg w dawce jednorazowej 30 do 60 minut przed zabiegiem chirurgicznym lub badaniem diagnostycznym. Dzieci: Bezpieczeństwo stosowania i skuteczność temazepamu u dzieci nie zostały ustalone. Dawkowanie u pacjentów w podeszłym wieku (powyżej 65 lat): U pacjentów tych zaleca się podawanie temazepamu w możliwie najmniejszej efektywnej dawce. Stosowana dawka nie powinna być większa niż połowa dawki zalecanej dla pacjentów dorosłych. Dawkowanie u pacjentów z niewydolnością nerek i (lub) wątroby: Należy zachować ostrożność w przypadku stosowania temazepamu u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby i (lub) nerek. Czas leczenia: Leczenie nie powinno być dłuższe niż 4 tygodnie, wliczając w to czas stopniowego odstawiania produktu leczniczego. W indywidualnych przypadkach, lekarz może zdecydować o przedłużeniu maksymalnego czasu leczenia. Sposób podawania: Tabletki należy przyjmować doustnie, popijając niewielką ilością wody, 30 minut przed snem. Przeciwwskazania: Nadwrażliwość na pochodne benzodiazepiny lub którykolwiek składnik produktu, ciężka niewydolność oddechowa, niezależnie od przyczyny, ciężka niewydolność wątroby, zespół bezdechu sennego, myasthenia gravis, zatrucie alkoholem lub lekami działającymi hamująco na ośrodkowy układ nerwowy. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania: Tolerancja: Regularne stosowanie benzodiazepin, w tym temazepamu, przez kilka tygodni może prowadzić do zmniejszenia skuteczności ich działania. Uzależnienie: Stosowanie benzodiazepin może prowadzić do uzależnienia fizycznego i psychicznego. Ryzyko uzależnienia zwiększa się wraz z dawką i czasem trwania leczenia i jest większe u pacjentów z uzależnieniem od alkoholu lub leków w wywiadzie. W przypadku rozwinięcia się uzależnienia, nagłe odstawienie produktu może doprowadzić do wystąpienia objawów odstawiennych. Objawami odstawiennymi są: bóle głowy, bóle mięśniowe, zwiększony niepokój, napięcie, podniecenie, splątanie, zaburzenia snu, drażliwość. W ciężkich przypadkach mogą pojawić się: utrata poczucia rzeczywistości, zaburzenia osobowości, nadwrażliwość na dźwięk, światło, hałas, dotyk, mrowienie i drętwienie kończyn, omamy, drgawki padaczkowe. Zjawisko „z odbicia”: Podczas odstawiania leczenia przejściowo może pojawić się zjawisko „z odbicia”: nasilenie objawów, które były przyczyną zastosowania benzodiazepin. Mogą temu towarzyszyć inne objawy: zmiany nastroju, niepokój, zaburzenia snu i bezsenność. W celu zminimalizowania ryzyka pojawienia się tych objawów zaleca się stopniowe zmniejszanie dawki. Niepamięć następcza: Temazepam, tak jak inne benzodiazepiny, może wywołać niepamięć następczą. Stan taki najczęściej pojawia się po kilku godzinach od przyjęcia produktu leczniczego i dlatego, aby zmniejszyć ryzyko związane z jego wystąpieniem, pacjent powinien mieć zapewniony 7–8-godzinny nieprzerwany sen. Reakcje psychiczne i paradoksalne: podczas stosowania benzodiazepin obserwowano reakcje, takie jak: niepokój, pobudzenie, drażliwość, agresja, złość, wściekłość, urojenia, koszmary sennie, halucynacje, psychozy, zaburzenia osobowości. Prawdopodobieństwo pojawienia się takich objawów jest większe u pacjentów w podeszłym wieku. W przypadku wystąpienia takich objawów, należy przerwać leczenie temazepamem. Specyficzne grupy pacjentów: pacjenci w podeszłym wieku powinni otrzymywać mniejszą dawkę ze względu na możliwość nasilenia się działań niepożądanych; pacjenci z przewlekłą niewydolnością oddechową również powinni otrzymywać mniejszą dawkę ze względu na możliwość wystąpienia depresji oddechowej; u pacjentów z ciężką niewydolnością wątroby i w leczeniu zaburzeń psychicznych stosowanie benzodiazepin nie jest wskazane; u pacjentów z zaburzoną czynnością nerek należy podjąć typowe środki ostrożności. Benzodiazepiny nie powinny być stosowane: w monoterapii depresji lub leku związanego z depresją. Monoterapia tymi lekami może nasilić skłonność samobójczą; w przypadku utraty bliskich lub żaloby benzodiazepiny mogą hamować dostosowanie psychologiczne; ze względu na zawartość laktozy produkt leczniczy nie powinien być stosowany u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktozy (typu Lapp) lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. Interakcje z innymi lekami i inne rodzaje interakcji: Hamujący wpływ temazepamu na ośrodkowy układ nerwowy nasilają opioidowe leki przeciwbólowe, leki przeciwpadaczkowe, leki do znieczulenia ogólnego (anestetyki), leki nasenne, przeciwłękowe, leki przeciwdepresyjne, leki przeciwhistaminowe o działaniu uspokajającym, leki hipotensyjne o działaniu ośrodkowym. Podczas równoczesnego stosowania opioidowych leków przeciwbólowych i temazepamu może wystąpić nasilona euforia, co może prowadzić do szybszego uzależnienia psychicznego. Picie alkoholu w czasie leczenia temazepamem nasila działanie hamujące na ośrodkowy układ nerwowy. Może dojść do znacznego nasilenia działania uspokajającego. Ciąża: Stosowanie leku u kobiet w ciąży, zwłaszcza w I i w III trymestrze, jest dopuszczalne jedynie w sytuacji, gdy jego zastosowanie u matki jest bezwzględnie konieczne, a stosowanie bezpieczniejszego odpowiednika jest niemożliwe lub przeciwwskazane. Stosowanie temazepamu w ostatnim trymestrze ciąży lub w okresie okołoporodowym może spowodować u noworodka obniżenie temperatury ciała, ciśnienia, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia oddychania u płodu i noworodka oraz osłabienie odruchu ssania. U dzieci matek przyjmujących przewlekle benzodiazepiny w późnym okresie ciąży może rozwinąć się uzależnienie fizyczne oraz istnieje ryzyko pojawienia się objawów zespołu odstawiennego po urodzeniu. Kobiety w wieku rozrodczym powinny być poinformowane, by zgłosiły się do lekarza w razie planowania zajścia w ciążę lub podejrzenia ciąży. Karmienie piersią: Temazepam przenika do mleka kobiecego, nie powinien być podawany kobietom karmiącym piersią. Płodność: Przedkliniczne dane o bezpieczeństwie oraz dane epidemiologiczne wskazują na teratogeny wpływ temazepamu. Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu: Pacjent powinien być poinformowany, że podczas leczenia temazepamem zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych może być ograniczona z powodu możliwości wystąpienia senności, niepamięci, zaburzeń czujności i dlatego podczas terapii nie powinno się prowadzić samochodu ani obsługiwać maszyn. Działania niepożądane: Zaburzenia krwi i układu chłonnego: zmiany w składzie krwi. Reakcje nadwrażliwości: Zaburzenia układu immunologicznego: reakcje anafilaktyczne; Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: częstota nieznana – skórne reakcje alergiczne (wysypki, świąd, pokrzywka). Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: brak apetytu. Zaburzenia psychiczne: reakcje paradoksalne – niepokój psycho ruchowy, bezsenność, zwiększona pobudliwość i agresywność, drżenie mięśniowe, drgawki. Reakcje paradoksalne najczęściej występują po spożyciu alkoholu, u pacjentów w podeszłym wieku i u pacjentów z chorobami psychicznymi; częstota nieznana – uzależnienie fizyczne i psychiczne może rozwinąć się podczas leczenia temazepamem w dawkach terapeutycznych. Nagłe przerwanie leczenia może wywołać zespół odstawienny. Pacjenci nadużywający alkoholu lub leków są bardziej podatni na rozwinięcie uzależnienia. Podczas leczenia temazepamem może ujawnić się wcześniej istniejąca, nieidiagnozowana depresja. Zaburzenia układu nerwowego: senność, spowolnienie reakcji, ból i zawroty głowy, stany splątania i dezorientacji, ataksja. Działania te występują najczęściej na początku leczenia, u pacjentów w podeszłym wieku i z reguły ustępują w czasie trwania dalszej terapii. W przypadku nasilenia tych reakcji, odpowiednio zmniejszenie dawki zwykle zmniejsza nasilenie i częstotliwość ich występowania; dyzartria z mową zamazaną i nieprawidłowym wymawianiem, zaburzenia pamięci, zaburzenia libido. Zaburzenia oka: niewyraźne, podwójne widzenie. Zaburzenia naczyniowe: obniżenie ciśnienia tętniczego krwi. Zaburzenia żołądka i jelit: nudności, dolegliwości żołądkowe, uczucie suchości w jamie ustnej. Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych: zwiększenie aktywności aminotransferaz, zaburzenia czynności wątroby z wystąpieniem żółtaczki. Zaburzenia nerek i dróg moczowych: zatrzymanie moczu, nietrzymanie moczu. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: ogólne osłabienie, omdlenia. **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY:** Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” Spółka Akcyjna, ul. Aleksandra Fleminga 2, 03–176 Warszawa, tel.: +48 22 510 80 01, 22 510 80 02. **KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI:** Lek wydawany z przepisu lekarza. **NR POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU:** Signopam® R/1362, wydane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Szczegółowe informacje o leku: 22 510 90 25, www.polfa-tarchomin.com.pl.

1. Sateia MJ, Buysse DJ, Krystal AD, Neubauer DN, Heald JL Clinical Practice Guideline for the Pharmacologic Treatment of Chronic Insomnia in Adults: An American Academy of Sleep Medicine Clinical Practice Guideline. *J Clin Sleep Med.* 2017 Feb 15;13(2):307-349.

SIG/417/22/06/2020

Algorytm stosowania benzodiazepin (BZD) z lekami przyczynowymi

Ilek. Marlena Janoska-Jaździk

Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

- Zaburzenia lękowe
- Zaburzenia snu
- Depresje

Zaburzenia lękowe

zaburzenia lękowe z napadami paniki z agorafobią lub bez niej	lorazepam + alprazolam + klonazepam +	citalopram/escitalopram/sertralina/ fluoksetyna/paroksetyna/fluwoksamina/ wenlafaksyna/klomipramina (dobór leku przeciwdepresyjnego w zależności od profilu pacjenta, chorób współistniejących, dominujących objawów – najczęściej escitalopram/sertralina w związku z bezpiecznym profilem działania)
zaburzenia lękowe uogólnione	lorazepam + alprazolam + klorazepat + diazepam +	escitalopram/sertralina/fluwoksamina/ duloksetyna/wenlafaksyna/buspiron
	pregabalina	nie jest wskazane łączenie z BZD
fobia społeczna	lorazepam + alprazolam + klorazepat +	citalopram/escitalopram/sertralina/ paroksetyna/fluwoksamina/ wenlafaksyna
	pregabalina	nie jest wskazane łączenie z BZD
zaburzenia depresyjne i lękowe mieszane	lorazepam + klorazepat + oksazepam +	citalopram/escitalopram/sertralina/ fluoksetyna/paroksetyna/fluwoksamina/ wenlafaksyna/duloksetyna

lęk przedoperacyjny	diazepam chlordiazepoksyd midazolam	brak konieczności stosowania dodatkowych leków
----------------------------	---	--

Zaburzenia snu

Najczęściej stosowane BZD w monoterapii przez krótki czas

pogorszenie snu, stres, zmiana stylu życia	temazepam +	jeśli konieczne: citalopram/escitalopram/sertralina/ fluoksetyna/paroksetyna/fluwoksamina/ wenlafaksyna/duloksetyna
zaburzenia o umiarkowanym nasileniu, lęk uogólniony	nitrazepam +	jeśli konieczne: citalopram/escitalopram/sertralina/ fluoksetyna/paroksetyna/fluwoksamina/ wenlafaksyna/duloksetyna
ciężkie zaburzenia snu, pobudzenie, napady paniki, myśli samobójcze	estazolam, lormetazepam +	jeśli konieczne: citalopram/escitalopram/sertralina/ fluoksetyna/paroksetyna/fluwoksamina/ wenlafaksyna/duloksetyna

Depresja

BZD krótkotrwanie	leczenie przeciwdepresyjne (SSRI/SNRI/inny)
lorazepam alprazolam klorazepat diazepam	citalopram/escitalopram/sertralina/fluoksetyna/paroksetyna/ fluwoksamina/wenlafaksyna/duloksetyna

Tylko 38,6% Polaków chce się zaszczepić przeciw koronawirusowi

Prawie 70% Polaków uważa szczepienia za najskuteczniejszą metodę ochrony przed poważnymi chorobami, a niemal 80% czuje się bezpieczniej wiedząc, że szczepienia przeciwko najgroźniejszym chorobom zakaźnym są obowiązkowe u dzieci – wynika z badania przeprowadzonego na zlecenie Clear Communication Group na potrzeby raportu „Biotechnologia w centrum uwagi – świat medycznych technologii po COVID-19”. Jednak tylko 38,6% ankietowanych skorzystałoby z tej formy ochrony przed koronawirusem, co wyraźnie pokazuje, jak dużo obaw budzą wyniki prac firm biotechnologicznych i farmaceutycznych poszukujących skutecznego i bezpiecznego leku na COVID-19.

*Spadek, który pokazało nasze badanie, może wynikać z tego, że ludzie są coraz mniej entuzjastycznie nastawieni do szczepionki przeciwko koronawirusowi, obawiając się o jej skuteczność czy ewentualnych skutków ubocznych. Malejąca grupa osób chcących zaszczepić się przeciwko COVID-19 może też wynikać ze zmęczenia Polaków tematem pandemii i rosnącej siły oddziaływania grupy tzw. koronasceptyków. To pokazuje, jaki ogrom pracy czeka branżę medyczną i biotechnologiczną, ale także media oraz autorytety medyczne, by przekonać Polaków do nowej szczepionki, gdy preparat ten będzie już dostępny i dopuszczony do obrotu – mówi **Anna Nalewajk**, partner zarządzająca Clear Communication Group.*

Najbardziej przyjaźnie nastawioną do szczepień grupą wiekową są seniorzy powyżej 70. r.ż. (57%) i osoby w wieku 60-69 lat (45%), czyli grupy najbardziej narażone na zachorowanie na COVID-19 i ciężki przebieg choroby. W grupie wiekowej 18-29 lat jedynie nieco ponad jedna czwarta ankietowanych (27%) udzieliła twierdzącej odpowiedzi na to pytanie.

Informacja prasowa

Nagroda Nobla za odkrycie wirusa zapalenia wątroby typu C

Tegoroczną Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny i fizjologii przyznano za odkrycie wirusa zapalenia wątroby typu C (HCV; *Hepatitis C Virus*). HCV często ma przebieg bezobjawowy, a po latach może doprowadzić do marskości wątroby i raka wątrobowokomórkowego. Nagrodzeni zostali wspólnie trzech naukowcy: Harvey J. Alter, Michael Houghton i Charles M. Rice. Odkrycie HCV w 1989 r. pozwoliło na zidentyfikowanie czynnika etiologicznego zapaleń wątroby innych niż poznane wcześniej wirusy zapalenia wątroby typu A i B. Umożliwiło to między innymi stworzenie testów sprawdzających obecność wirusa we krwi przed jej przetoczeniem, co zapobiega transmisji zakażenia. Powstały również skuteczne leki antywirusowe, umożliwiające wyleczenie choroby. W swoim uzasadnieniu Zgromadzenie Noblowskie Instytutu Karolinska podkreśliło, że działania te pozwoliły uratować miliony osób.

Polska Liga Walki z Rakiem

Jesteśmy wydawnictwem publikującym recenzowane monografie naukowe

Wykaz – MNiSW 80 pkt. ID 41600 wydawnictwo medyczne Medyk Sp. z o.o.

Zapraszamy do nadsyłania prac:
redakcja@medyk.com.pl



Estazolam TZF[®]

estazolamum

WYDŁUŻA ciągłość snu¹





Estazolam TZF®

estazolamum

Nazwa produktu leczniczego: ESTAZOLAM TZF estazolamum, 2 mg, tabletki Skład jakościowy i ilościowy: jedna tabletkę zawiera 2 mg estazolamu (Estazolamum). Substancje pomocnicze o znanym działaniu: laktoza jednowodna. Postać farmaceutyczna: Tabletki barwy żółtej, okrągłe, obustronnie płaskie. Wskazania do stosowania: doraźnie i krótkotrwałe w leczeniu zaburzeń snu: trudności w zasypianiu; częste przebudzenia nocne; wczesne przebudzenia poranne. Dawkowanie i sposób podawania: Dawkowanie i czas trwania leczenia należy określić dla każdego pacjenta indywidualnie. Dorosli: Zwykle podaje się 1 mg do 2 mg (1/2 do 1 tabletki) pół godziny przed snem. Dzieci: bezpieczeństwo i skuteczność stosowania estazolamu u dzieci poniżej 18 lat nie została ustalona. Pacjenci w podeszłym wieku (powyżej 65 lat): Zaleca się zmniejszenie dawki o połowę. Pacjenci z niewydolnością wątroby i (lub) nerek: Należy zachować ostrożność u pacjentów z zaburzeniami czynności wątroby i (lub) nerek. Może być konieczne zmniejszenie dawki leku. Czas leczenia: Estazolam należy stosować jak najkrócej (7 do 10 dni). W indywidualnych przypadkach leczenie może trwać dłużej. Nie należy wydużać czasu leczenia bez ponownej oceny stanu pacjenta. Tabletki Estazolam TZF należy przyjmować doustnie, popijając niewielką ilością wody, 30 minut przed snem. Przeciwwskazania: nadwrażliwość na estazolam, inne benzodiazepiny lub na krótkoaktowy lek substancji pomocniczej; ciężka niewydolność oddechowa, niezależnie od przyczyny; zespół bezdechu sennego; zawroty głowy, zaburzenia równowagi; zaburzenia świadomości; miastenia gravis, ostra porfiria; zatrucie alkoholem lub lekami działającymi na ośrodkowy układ nerwowy. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania: Tolerancja: Regularne stosowanie benzodiazepin przez kilka tygodni może prowadzić do zmniejszenia skuteczności ich działania. Uzależnienie: Stosowanie benzodiazepin może prowadzić do uzależnienia psychicznego i fizycznego. Ryzyko uzależnienia zwiększa się wraz z dawką i czasem trwania leczenia i jest większe u pacjentów uzależnionych od alkoholu, narkotyków lub leków w wywiadzie lub pacjentów z zaburzeniami osobowości. Objawy odstawiennic: w przypadku rozwiniecia się uzależnienia, nagłe odstawienie leku może powodować pojawienie się objawów odstawiennic, takich jak: bóle głowy, bóle mięśniowe, zwiększony niepokój, napięcie, podniecenie, splątanie, zaburzenia snu, drażliwość. W cięższych przypadkach mogą wystąpić: utrata poczucia rzeczywistości, zaburzenia osobowości, nadwrażliwość na dźwięk, dotyk, światło, hałas, mrowienie i drętwienie kończyn, omamy, drgawki padaczkowe. Zjawisko „z odbicia” i niepokój: Podczas odstawiania leku może pojawić się zjawisko „z odbicia” – nasilenie objawów, które były przyczyną stosowania benzodiazepin. Mogą temu towarzyszyć inne objawy: zmiany nastroju, niepokój, zaburzenia snu i bezsenność. Niepamięć następcza: Estazolam może wywołać niepamięć następczą. W celu zmniejszenia ryzyka wystąpienia niepamięci następczej pacjent powinien mieć zapewniony ciągły, nieprzerwany sen trwający 7-8 godzin. Reakcje psychiczne i paradoksalne: Podczas stosowania benzodiazepin obserwowano reakcje, takie jak: niepokój, pobudzenie, drażliwość, agresja, złość, wściekłość, urojenia, koszmary sennie, halucynacje, psychozy, zaburzenia osobowości i inne niepożądane skutki dotyczące zachowania. Prawdopodobieństwo pojawienia się takich objawów jest większe u dzieci i pacjentów w podeszłym wieku. Specyficzne grupy pacjentów: Pacjenci w podeszłym wieku i osłabieni powinni otrzymywać mniejsze dawki z uwagi na możliwość nasilenia działań niepożądanych, głównie zaburzeń orientacji i koordynacji ruchowej (upadki, urazy). Pacjenci z przewlekłą niewydolnością oddechową powinni również otrzymywać mniejszą dawkę ze względu na możliwość wystąpienia depresji oddechowej. Stosowanie benzodiazepin nie jest wskazane u pacjentów z ciężką niewydolnością wątroby, w związku z ryzykiem wystąpienia encefalopatii. U pacjentów z zaburzoną czynnością nerek należy podjąć typowe środki ostrożności. Benzodiazepiny nie są wskazane w leczeniu zaburzeń psychotycznych. Benzodiazepiny nie powinny być stosowane w monoterapii depresji lub lęku związanego z depresją. Monoterapia tymi lekami może nasilić tendencje samobójcze. Benzodiazepiny należy stosować z dużą ostrożnością u pacjentów z uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub leków w wywiadzie. Pacjenci ci powinni być objęci ścisłą kontrolą. Estazolam TZF należy ostrożnie stosować u pacjentów z porfirią, ponieważ może spowodować nasilenie objawów tej choroby. W czasie przedłużonego leczenia estazolamem wskazane jest okresowe badanie krwi (morfologia z rozmazem) i analiza moczu. Ze względu na zawartość laktozy, Estazolam TZF nie powinien być stosowany u pacjentów z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy (typu Lappa) lub zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy. Interakcje z innymi produktami leczniczymi i inne rodzaje interakcji: Interakcje farmakokinetyczne: Metabolizm estazolamu zachodzi przy udziale enzymów cytochromu P450, głównie przez CYP3A. Lek wpływający na aktywność tych enzymów mogą modyfikować działanie estazolamu. Inhibitory enzymów cytochromu P450 (np. cymetydyna, disulfiram, ketokonazol, fluoksetamina, fluoksetyna, omeprazol, erytromycyna) zwalniają biotransformację estazolamu oraz innych benzodiazepin i mogą nasilać ich działanie. Induktory enzymów cytochromu P450 (np. ryfampicyna, fenytoina, karbamazepina) przyspieszają biotransformację estazolamu oraz innych benzodiazepin i mogą osłabiać ich działanie. Interakcje farmakodynamiczne: Nasilenie działania uspokajającego, wpływ na układ oddechowy oraz parametry hemodynamiczne obserwuje się przy jednoczesnym stosowaniu benzodiazepin z lekami działającymi depresyjnie na ośrodkowy układ nerwowy, takimi jak: neuroleptyki, leki antypsychotyczne, leki przeciwlękowe/uspokajające, przeciwdrożdżycowe, nasenne, przeciwpadaczkowe, narkotyczne, leki przeciwbólowe, znieczulające, środki stosowane do znieczulenia ogólnego, leki przeciwhistaminowe działające uspokajająco, leki zwiotczające mięśnie szkieletowe. Narkotyczne leki przeciwbólne stosowane jednocześnie z estazolamem mogą nasilać euforię, co może prowadzić do szybszego uzależnienia psychicznego. Pacjenci przyjmujący estazolam nie powinni pić alkoholu. Doustne środki antykoncepcyjne przyspieszają metabolizm estazolamu i mogą osłabiać jego działanie. Wpływ na płodność, ciążę i laktację: Ciąża: Stosowanie leku u kobiet w ciąży, zwłaszcza w I i w III trymestrze jest dopuszczalne jedynie w sytuacji, gdy jego zastosowanie u matki jest bezwzględnie konieczne, a stosowanie bezpieczniejszego odpowiednika jest niemożliwe lub przeciwwskazane. Stosowanie estazolamu w ostatnim trymestrze ciąży lub okresie okołoporodowym może spowodować u noworodka obniżenie temperatury ciała, ciśnienia, zaburzenia rytmu serca, zaburzenia oddychania oraz osłabienie odruchu ssania. U dzieci matek przyjmujących przewlekle benzodiazepiny w późnym okresie ciąży może rozwinąć się uzależnienie fizyczne oraz istnieje ryzyko pojawienia się objawów zespołu odstawiennego po urodzeniu. Kobiety w wieku rozrodczym powinny być poinformowane, by zgłosiły się do lekarza w razie planowanej ciąży lub podejrzenia o ciążę. Karmienie piersią: W trakcie terapii estazolamem nie należy karmić piersią. Jeżeli zachodzi konieczność podania leku matce karmiącej piersią, należy odstawić dziecko od piersi. Płodność: Przedkliniczne dane o bezpieczeństwie oraz dane epidemiologiczne wskazują na teratogeniczny wpływ estazolamu. Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn: Pacjenta należy poinformować, że w trakcie leczenia estazolamem zdolność prowadzenia pojazdów i obsługi maszyn może być ograniczona z powodu możliwości wystąpienia senności, niepamięci, zaburzeń czujności i obniżonej koncentracji. Działania niepożądane: Zaburzenia krwi i układu chłonnego: częstość nieznana – zmiany w składzie morfologicznym krwi. Reakcje nadwrażliwości: Zaburzenia układu immunologicznego: bardzo rzadko – reakcje anafilaktyczne; Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: częstość nieznana – skórne reakcje alergiczne (wysypki, świąd, pokrzywka). Zaburzenia metabolizmu i odżywiania: częstość nieznana – brak apetytu. Zaburzenia psychiczne: częstość nieznana – reakcje paradoksalne – niepokój psychoruchowy, bezsenność, zwiększona pobudliwość i agresywność, drżenie mięśniowe, drgawki. Reakcje paradoksalne najczęściej występują po spożyciu alkoholu, u pacjentów w podeszłym wieku i u pacjentów z chorobami psychicznymi; uzależnienie fizyczne i psychiczne może rozwinąć się podczas leczenia estazolamem w dawkach terapeutycznych. Nagłe przerwanie leczenia może wywołać zespół odstawienny. Pacjenci nadużywający alkoholu lub leków są bardziej podatni na rozwinięcie uzależnienia. Podczas leczenia estazolamem może ujawnić się wcześniej istniejąca, niediagnostowana depresja. Zaburzenia układu nerwowego: częstość nieznana – senność, spowolnienie reakcji, ból i zawroty głowy, stany splątania i dezorientacji, ataksja. Działania te występują najczęściej u pacjentów w podeszłym wieku i z reguły ustępują w czasie trwania dalszej terapii. W przypadku nasilenia tych reakcji odpowiednio zmniejszenie dawki zwykle zmniejsza nasilenie i częstość ich występowania; częstość nieznana - dyzartria z mową zamazaną i nieprawidłowym wymawianiem, zaburzenia pamięci, zaburzenia libido. Zaburzenia oka: częstość nieznana – niewyraźne, podwójne widzenie. Zaburzenia serca: częstość nieznana – bradykardia, ból w klatce piersiowej. Zaburzenia naczyniowe: częstość nieznana – obniżenie ciśnienia tętniczego krwi. Zaburzenia żołądka i jelit: rzadko – nudności, dolegliwości żołądkowe, uczucie suchości w jamie ustnej. Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych: częstość nieznana – zwiększenie aktywności aminotransferaz, zaburzenia czynności wątroby z wystąpieniem żółtaczki. Zaburzenia nerek i dróg moczowych: częstość nieznana – zatrzymanie moczu, nietrzymanie moczu. Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania: częstość nieznana – ogólne osłabienie, omdlenia. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY: Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” Spółka Akcyjna, ul. Aleksandra Fleminga 2, 03-176 Warszawa, tel. (22) 510 80 01, 510 80 02. Szczegółowe informacje o leku: tel. (22) 510 80 98. www.polfa-tarchomin.com.pl. KATEGORIA DOSTĘPNOŚCI: Lek wydawany z przepisu lekarza. NR POZWOLENIA NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU: Estazolam TZF R/1357, wydane przez Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych.

1. Schroeck JL, Ford J, Conway EL, Kurtzhalts KE, Gee ME, Vollmer KA, Mergenhagen KA. Review of Safety and Efficacy of Sleep Medicines in Older Adults Clin Ther. 2016 Nov;38(11):2340-2372.

EST/418/22/06/2020

Manifestacje dermatologiczne choroby z Lyme – boreliozy

Dermatological symptoms of Lyme disease

Lek. Agnieszka Honisz¹, lek. Piotr Kapica², prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło³

¹ Oddział Wewnętrzny, II Wojewódzki Szpital Specjalistyczny nr 3 w Rybniku

Ordynator Oddziału: lek. Joanna Pyszczyk

² Oddział Dermatologiczny, Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie

Ordynator Oddziału: lek. Barbara Kucharczyk

³ Specjalistyczna Praktyka Lekarska

■ **Słowa kluczowe:** krętki, kleszcze, rumień wędrujący, pseudochłoniak, przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn.

■ **Keywords:** spirochaete, hard ticks, erythema migrans, pseudo-phytoma, chronic atrophic dermatitis of limbs.

■ **Abstract:** Lyme disease – Lyme borreliosis, transmitted by the hard ticks (*Ixodes ricinus*), there is a multi-systemic disease caused by the spirochaete *Borrelia burgdorferi* sensu lato (*B. burgdorferi*). The incidence of the disease is systematically increasing in the world due to the constant migration of people. Skin reactions appear the earliest. Early diagnosis of those skin lesions and subsequent appropriate treatment prevents late complications, which are mainly neurological. The three main dermatological forms of the disease are erythema migrans, pseudo-phytoma and chronic atrophic dermatitis of limbs. At the same time, many other dermatoses, such as scleroderma, lichen sclerosus or B-cell lymphoma, are also included in this disease entity. Treatment with antibiotics, mainly doxycycline and amoxicillin, is the basis of therapy, but prevention with using personal protective equipment is of great significance. There is currently no vaccine available. That is why it is so important to make an early diagnosis of Lyme disease based on the observation of skin lesions to prevent systemic complications that occur if treatment is discontinued. The article presented below emphasizes the importance of skin eruptions in early disease detection [1].

■ Wprowadzenie

Choroba z Lyme zwana boreliozą jest wywołana przez niektóre gatunki krętków *Borrelia burgdorferi sensu lato*, które przenoszone są przez kleszcze twarde z rodzaju *Ixodes ricinus*. Przeniesienie następuje przez ślinę podczas żerowania kleszcza. *Borrelia burgdorferi* to bakteria Gram-ujemna kształtu spiralnego, grubości 0,2-0,4 μm i długości 4-30 μm. Kleszcze z rodzaju *Ixodes ricinus* są w stanie zakażać w każdym stadium rozwojowym – zarówno pod postacią larwy, nimfy, jak i dorosłego osobnika. Po inokulacji namnażające się krętki migrują odśrodkowo, co wywołuje rumień wędrujący. Jednocześnie penetrują naczynia krwionośne

i rozprzestrzeniają się do różnych narządów wewnętrznych, wywołując różnorodne objawy, głównie wynikające z zajęcia stawów, skóry i układu nerwowego.

Przebieg zakażenia może być niejednorodny. Wyróżniamy trzy stadia. Pierwsze stadium – wczesne zakażenie zlokalizowane, to miejscowy stan zapalny skóry; drugie stadium – wczesne zakażenie rozsiane, to postać uogólniona choroby, ale o charakterze wyleczalnym; zaś trzecie stadium – późne, infekcja przetrwała i rozwój przewlekłych narządowych zmian.

U chorych zakażonych krętkami *Borrelia burgdorferi* zmiany skórne występują najczęściej i najwcześniejsze są określane bo-

reliozą skórą. Jednocześnie stanowią wskazówkę diagnostyczną. Głównym objawem manifestującym chorobę jest rumień wędrujący, czyli zaczerwienienie skóry powstające w miejscu ukąszenia przez kleszcza, a następnie rozszerzające się i ostatecznie ustępujące nawet bez włączenia leczenia.

Badania laboratoryjne – przede wszystkim serologiczne – są konieczne do postawienia diagnozy, z wyjątkiem przypadków z obecnością typowego rumienia wędrującego. Diagnostyka jest dwuetapowa, oparta najpierw na testach immunoenzymatycznych, a dalej na teście potwierdzającym Western blot. Leczenie z zastosowaniem antybiotyków zwykle trwa od 2 do 4 tygodni [2,3,4,5,6,7].

■ Manifestacje dermatologiczne w stadium pierwszym

To wczesne zakażenie zlokalizowane, czyli umiejscowiona borelioza o typowych zmianach skórnych. Wyróżniamy dwie jednostki chorobowe: rumień wędrujący (*erythema migrans*) oraz pseudochłoniak (*Borrelial lymphocytoma*). Gdy krętki przedostaną się do skóry, zaczynają w niej wędrować, wywołując odczyn zapalny. W I stadium około dwie trzecie chorych skarży się na dolegliwości grypopodobne, które mogą świadczyć o bakteriemii. Zwykle są to bóle głowy, złe samopoczucie, uczucie zmęczenia, rzadziej przejściowe bóle mięśni i stawów czy stany podgorączkowe [4,5,6].

Rumień wędrujący (*erythema migrans*)

To wczesna zlokalizowana postać choroby z Lyme. Jest określany jako patognomiczny miejscowy objaw choroby. Diagnozę opiera się na obrazie klinicznym. Wyniki badań serologicznych i PCR nie są konieczne do postawienia rozpoznania. **Większość chorych nie pamięta wcześniejszego ukąszenia przez kleszcza.** Rumień rozwija się w 60-80% przypadków w okresie 3-30 dni po ukąszeniu przez kleszcza, powstaje w miejscu ukąszenia i stopniowo

obwodowo szerzy się, kształtem przypominając pierścień. Średnica może osiągać 5-20 cm. W 80% przypadków w miarę poszerzania się obwodowego powstaje przejaśnienie w środkowej części rumienia. Brzegi zmiany są nieregularne, silnie zabarwione na czerwono (ryc. 1). Wykwit skórny może składać się z różnokształtnych obrączek lub przyjąć postać koncentrycznej rumieniowej obrączki – jest to tzw. oko byka. 60-70% chorych skarży się na wzmożone ucieplenie, świąd czy bolesność zmiany skórnej. Rumień może utrzymywać się wiele miesięcy, choć zwykle ustępuje samoistnie.

W leczeniu stosuje się antybiotyki, aby zapobiec postaci późnej boreliozy z nieodwracalnymi uszkodzeniami, głównie stawów i układu nerwowego. Schorzenie nieleczone może postępować. W rzadkich przypadkach występują nawroty. Rokowanie jest dobre. Rutynowa profilaktyczna antybiotykoterapia nie jest wskazana po ukąszeniu przez kleszcza, gdyż ryzyko infekcji jest małe, nawet na obszarach endemicznych. W takich przypadkach należy obserwować skórę w miejscu ukąszenia i włączyć leczenie w chwili pojawienia się rumienia wędrującego, aby uniknąć niepotrzebnej antybiotykoterapii i ewentualnych działań niepożądanych [4,5,6,8,9]. Wczesna antybiotykoterapia w momencie pojawienia się rumienia z wykorzystaniem **doksycyliny lub amoksycyliny** zmniejsza ryzyko przewlekłych powikłań.

Natomiast zapobieganie chorobie z Lyme polega przede wszystkim na stosowaniu środków ochrony osobistej. Aktualnie nie ma szczepionki zapobiegającej rozprzestrzenianiu się choroby [7,10].

Pseudochłoniak (*borrelial lymphocytoma*)

Jest rzadkim, ale typowym objawem wczesnego stadium choroby z Lyme. Może powstać w miejscu ukąszenia przez kleszcza, zwykle zlokalizowany jest na płatku ucha, brodawce sutkowej czy narządach płciowych. Jest to B-komórkowy pseudochłoniak – łagodny poliklonalny rozrost

limfoproliferacyjny komórek B. To podostra manifestacja wczesnej rozsianej boreliozy. Częściej spotykany jest u dzieci niż u osób dorosłych. Powstaje zazwyczaj w ciągu 30-45 dni po ugryzieniu przez zakażonego kleszcza, czasem nawet po ok. 6 miesiącach. Rozwijają się jeden duży lub kilka małych miękkich, kopulastych guzków, barwy czerwonej lub niebiesko-czerwonej. Zmiany są dobrze odgraniczone od otoczenia, średnicy ok. 3-5 cm. Niektórzy chorzy podają obecność rumienia wędrującego w wywiadzie. Z kolei u niektórych osób może równocześnie występować pseudolimfocytoma i rumień migrujący [7,11,12].

Wywiad, badanie fizykalne i dodatnie wyniki testów serologicznych w kierunku boreliozy są często wystarczające, aby postawić rozpoznanie. Czasami badanie histopatologiczne jest konieczne, żeby wykluczyć lub potwierdzić inne dermatozy, m.in. złośliwe chłoniaki skóry.

Zmiana znika natychmiast po zastosowaniu antybiotykoterapii.



Ryc. 1. Rumień wędrujący

■ Manifestacje dermatologiczne w stadium drugim

Liczne rumienie wędrujące (*erythematata migratoria*) powstają w wyniku wielokrotnych ugryzień. Wskazują na rozprzestrzenianie się krętków drogą krwionośną. **Najczęściej zlokalizowane są na udach, w pachwinach i pod pachami.** Centralna część zmiany może być pęcherzykowata, stwardniała, krwotoczna lub martwicza. W czasie rozwoju rumienia może powstać hiperpigmentacja, złuszczenie i przejściowe wytysienie. Mnogie ogniska rumienia wędrującego, zwykle w postaci rumieniowych plam, nie mają tendencji do tworzenia pierścieni. Są to owalne plamy różnej wielkości i z różnie nasilonym zapaleniem. Mogą mieć charakter bąbli pokrzywkowych. Pojawić również mogą się zmiany o charakterze pseudochłoniaków rozsianych.

Chorzy skarżą się także na bóle mięśniowo-stawowe, bóle głowy, złe samopoczucie i gorączkę. Stwierdzane są objawy neurologiczne, często o łagodnym przebiegu zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, bolesne zapalenie korzonków czy porażenie nerwów czaszkowych – głównie nerwu twarzowego lub odwodzącego. Obserwuje się także zapalenie mięśnia sercowego, czasami z blokiem przedsionkowo-komorowym. Zaburzenia widzenia mogą świadczyć o zapaleniu naczyńówki, siatkówki czy tęczówki [4,5,6].

■ Manifestacje dermatologiczne w stadium trzecim

Do skórnych klinicznych manifestacji III stadium boreliozy zaliczamy przewlekłe zanikowe zapalenie skóry kończyn (ACA – *Acrodermatitis chronica atrophicans*). Jest to najczęstszy późny oraz przewlekły objawy boreliozy. Zmiany częściej spotykane są u starszych kobiet z długim wywiadem chorobowym. Ok. 30% chorych podaje w wywiadzie obecność rumienia wędrującego w poprzednich latach lub miesiącach w obrębie zajętej tej samej kończyny.

Dochodzi do uszkodzenia i zaniku naskórka oraz skóry właściwej. Początkowo obecny jest

ograniczony lub uogólniony rumień, który najczęściej zlokalizowany jest na powierzchniach wyprostnych kończyn górnych i dolnych oraz w okolicach ciała o obniżonej temperaturze: łokcie, dłonie, kolana czy nad stawami skokowymi. Ogniska rozszerzają się proksymalnie. Mogą zająć tułów i twarz, a w skrajnych przypadkach także całą skórę. **Zmianom rumieniowym towarzyszy najczęściej obrzęk.** Rumień szerzy się odśrodkowo nawet przez kilka miesięcy lub lat, pozostawiając obszar centralnego zaniku z prześwitującymi żyłami oraz tkanką podskórną. W skórze kończyn dolnych i ramion mogą być obecne liniowe zmiany rumieniowe, natomiast w okolicy łokci i kolan stwierdza się ograniczone tarczki i włókniaki. Może dojść do limfadenopatii uogólnionej lub miejscowej.

W przebiegu ACA wyróżniamy różne stadia (etapy):

Stadium zapalno-obrzękowe obejmuje wczesne zmiany siateczkowo-rumieniowe z obrzękiem (*acrodermatitis acuta*). Wykwity mają odcień sinawy, poszerzają się wolno. Czasami zajęty jest początkowo tylko jeden palec, mówimy wówczas o objawie błękitnego palca. Pacjenci mogą nie zauważyć tych początkowych zmian, gdyż są one dyskretne. Obserwuje się także przypadki izolowanego obrzęku bez rumienia.

Stadium zanikowe – dochodzi w nim do nasilania się i rozprzestrzeniania wykwitów, które są niemożliwe do przeoczenia. Skóra jest zanikowa, następuje zmiana zabarwienia z purpurowego na białe – jest to tzw. skóra bi-bułkowata, gdyż prześwitują przez nią różne struktury i naczynia. Może dojść do powstania teleangiektazji oraz ogniskowej hiperpigmentacji. Obserwuje się utratę owłosienia. Skóra staje się sucha z uwagi na zanik gruczołów łojowych i potowych, przy czym jest wówczas bardziej podatna na urazy. Rozwijają się grudki, guzy, m.in. chłoniaki, pseudochłoniaki czy raki kolczystokomórkowe. Zmiany te są zazwyczaj zlokalizowane liniowo w okolicy stawowej, głównie kolanowej

i łokciowej. Wykwity mogą być drobne i przyjmować postać rozsianą – mówimy wówczas o plamistym zanikowym zapaleniu skóry (*dermatitis atrophicans maculosa*). Stwierdza się także powiększenie węzłów chłonnych. W tym stadium najczęstszym objawem pozaskórnym jest neuropatia obwodowa.

Stadium twardzinopodobne – charakterystyczna jest tu proliferacja kolagenu i zniszczenie włókien elastyny. Dochodzi do włóknienia, głównie na grzbietowej powierzchni stóp i przedniej powierzchni podudzi. Mogą powstać twarde, liniowe ogniska barwy kości słoniowej. Zmiany mogą obejmować także torebki stawowe, głównie palców rąk oraz stawów skokowych. Zmiany twardzinopodobne wykazują podobieństwo histopatologiczne i kliniczne z boreliozą – stwierdza się obecność przeciwciał *B. burgdorferi*, identyfikuje się krętki w badaniu histopatologicznym, obserwuje się współistnienie ACA i zmian twardzinopodobnych, a także zauważa się dobrą odpowiedź na leczenie przeciwbakteryjne.

Guzki podskórne o konsystencji twardej są wyrazem odczynowej proliferacji tkanki łącznej. Początkowo zajmują okolicę łokciową. Pokryte są skórą z cechami zaniku i mają kilka centymetrów średnicy. W okolicach skóry bez typowych zmian dla ACA pojawiają się czasem zmiany podobne do liszaja twardzinowego czy twardziny ograniczonej. Może rozwinąć się zapalenie tkanki podskórnej czy zapalenie powięzi.

Z ACA opisano wiele chorób ogólnoustrojowych, zarówno neurologicznych, jak i obejmujących układ ruchu. Należy jednak uważać je za objawy późnej infekcji, a nie zmiany swoiste powstałe w przebiegu ACA. U 30-50% chorych z przewlekłym zanikowym zapaleniem skóry dochodzi do zajęcia układu ruchu z włóknieniem małych stawów stóp i rąk, co prowadzi do nadwichnięć.

Choroba leczona w fazie zapalnej rokuje dobrze. Podjęcie terapii w późniejszym okresie może doprowadzić do powstania wielu zmian nieodwracalnych, a w niektórych przypadkach do rozwoju chłoniaka B-komórkowego [4,5,6,12].

Podsumowanie

Pomimo dużej świadomości ludzi na temat boreliozy, ciągle obserwuje się postacie późne choroby z Lyme jednocześnie z zajęciem narządów wewnętrznych. Zazwyczaj objawy nie są bolesne, dlatego pacjenci zwlekają z szukaniem pomocy medycznej. Manifestacje dermatologiczne są ważnym symptomem choroby, umożliwiającym szybkie postawienie rozpoznania i włączenie adekwatnego leczenia, które minimalizuje ryzyko późnych powikłań. © P

Autor korespondujący:
lek. Agnieszka Honisz
agnieszkahonisz@gmail.com
Nadesłano: 08-10-2020

Piśmiennictwo:

1. Biju V, Manas C. Lyme Borreliosis and Skin. Indian J Dermatol. 2013 May;58(3):167-74.
2. Gerold S, Franc S. Lyme Borreliosis-From Tick Bite to Diagnosis and Treatment. FEMS Microbiol Rev. 2018 May 1;42(3):233-258.
3. Gerold S, Gary P, Jeremy G, Franc S. Lyme Borreliosis. Lancet. 2012 Feb 4;379(9814):461-73.
4. Braun-Falco O, Walter HC, Burgdorf J, Plewig G, Wolff HH, Landthaler M. Dermatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2017. III wydanie.
5. Wolff K, Johnson R, Arturo P. Saavedra. Fitzpatrick. Atlas i zarys dermatologii klinicznej. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2014.
6. Kaszuba A. Zmiany skórne w chorobach ogólnoustrojowych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2018.
7. Chomel B. Lyme Disease. Rev Sci Tech. 2015 Aug;34(2):569-76.
8. Moniuszko A, Pancewicz S, Czupryna P, Dunaj J, Guziejko K. Erythema migrans as a pathognomic symptom of lyme disease. Pol Merkur Lekarski. 2013 Oct;35(208):230-2.
9. Nadelman R. Erythema migrans. Infect Dis Clin North Am. 2015 Jun;29(2):211-39.
10. Steere A, Franc S, Wormser G, Hu L, Branda J. Correction: Lyme borreliosis. Nat Rev Dis Primers. 2017 Aug 3;3:17062.
11. Schatorjé E, Steeg H, Stelma F, Hebeda K, Warris A. Borrelial lymphocytoma. Ned Tijdschr Geneesk. 2013;157(52):A6605.
12. Moniuszko-Malinowska A, Czupryna P, Dunaj J, Pancewicz S, Garkowski A. Acrodermatitis Chronica Atrophicans: Various Faces of the Late Form of Lyme Borreliosis. Postępy Dermatol Allergol. 2018 Oct;35(5):490-494.

Hipoglikemia – jedno z najczęściej występujących ostrych powikłań cukrzycy

Niemal 1/3 osób chorych deklaruje strach przed możliwością wystąpienia epizodu hipoglikemii. Wśród lekarzy i pacjentów nadal panuje przekonanie, że zjawisko hipoglikemii nierozzerwalnie wiąże się z cukrzycą i należy się z nim pogodzić. Współczesna medycyna oferuje jednak na tyle nowoczesne leczenie, że pacjent może skutecznie kontrolować poziom cukru nie tylko w kontekście za wysokich poziomów, ale również za niskich. Oznacza to, że ryzyko wystąpienia hipoglikemii da się skutecznie zminimalizować, a dzięki temu poprawić jakość życia chorego.

W Polsce żyje prawie 3 mln chorych na cukrzycę, wśród których większość stanowią pacjenci z cukrzycą typu 2. Cukrzyca kosztuje państwo co najmniej 7 mld zł rocznie, z czego połowa to koszt leczenia jej powikłań. Roczna liczba epizodów hipoglikemii sięga prawie 220 000 przypadków, co pokazuje skalę problemu. Hipoglikemie powodują obniżenie produktywności pacjenta, a także, co nie zawsze

jest oczywiste, mają wpływ na relacje chorego z bliskimi.

Im cięższy przebieg epizodu hipoglikemii, tym wyższe są koszty związane z koniecznością terapii, które wynikają z potrzeby zastosowania leczenia farmakologicznego oraz hospitalizacji. Koszty hipoglikemii to ok. 30 milionów złotych rocznie. Ponadto u pacjentów regularnie doświadczających ciężkich epizodów hipoglikemii, badania potwierdziły sześciokrotny wzrost ryzyka zgonu spowodowanego cukrzycą – mówi prof. dr hab. n. med. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Skuteczne leczenie bez ryzyka niedocukrzeń

Współczesne leczenie cukrzycy typu 2 oferuje terapie, dzięki którym możliwe jest kontrolowanie glikemii nie tylko w kontekście za wysokich wartości, ale również za niskich. Dzięki temu pacjent ma na tyle ustabilizowane wartości glikemii, że do minimum zmniejsza się ryzyko niedocukrzeń, a w konsekwencji ryzyko niekorzystnych następstw hipoglikemii. Problemem jest jednak przekonanie, że hipoglikemia jest nieodłącznie związana z cukrzycą. ▶



Najnowsze preparaty insuliny pozwalają na bezpieczniejsze osiągnięcie docelowych wartości glikemii. Analogi GLP-1 i floszyny, bezpieczne pod

względem ryzyka hipoglikemii, pozwalają kontrolować masę ciała pacjenta oraz zmniejszać ryzyko wystąpienia poważnych powikłań sercowo-naczyniowych i niekorzystnych następstw związanych z niewydolnością serca i przewlekłą chorobą nerek. Co ważne, wiele z tych leków w ciągu ostatnich dwóch lat zostało objętych refundacją, dzięki temu wybrane grupy pacjentów mają do nich ułatwiony dostęp. Niestety, limitowanie refundacyjne nie pozwala na stosowanie analogów GLP-1 i floszyn u wielu chorych ze wskazaniem klinicznym do ich stosowania. Ważne, aby pomimo pandemii, pacjenci byli w kontakcie z lekarzem – podkreśla Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz.

Hipoglikemia wciąż budzi strach

Prawie 30% pacjentów deklaruje strach przed hipoglikemią. *Jako lekarze zauważamy, że niektórzy chorzy, chcąc uniknąć epizodu hipoglikemii, często z premedytacją przyjmują insulinę o innej porze lub nawet pomijają jej dawkę – mówi prof. Zozulińska-Ziółkiewicz.*

Problem jest poważny szczególnie w obecnej sytuacji, gdy na świecie szaleje pandemia koronawirusa. *Cukrzyca jest chorobą przewlekłą i nie zniknie w magiczny sposób podczas pandemii. Musimy pamiętać o prawidłowej diecie, aktywności fizycznej, przyjmowaniu leków oraz o regularnej kontroli cukru. Chorzy muszą zgłaszać się do lekarza i konsultować wyniki – jeśli wizyta u lekarza nie jest możliwa, to powinni skorzystać z teleporady. Apeluję do naszych pacjentów z cukrzycą, aby dbali o siebie nawet bardziej niż przed pojawieniem się koronawirusa – mówi prof. Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz.*

Informacja prasowa

PROFILAKTYKA STOPY CUKRZYCOWEJ

praktyczne rady

Monografia autorstwa **prof. dr. hab. med. Waldemara Karnafła** przedstawia czynniki rozwoju przewlekłych powikłań cukrzycy i sposoby unikania ich powstawania. Szczegółowo omówione są predyktory i drogi rozwoju zespołu stopy cukrzycowej. Opracowanie zawiera także praktyczne rady: **co zrobić, aby ustrzec się przed wystąpieniem tego powikłania.**

Istnieją olbrzymie możliwości, aby uratować stopy przed wystąpieniem owrzodzenia i w rezultacie kończyny przed amputacją. Publikacja zawiera przesłanie w tej mierze dla chorych na cukrzycę. Przeznaczona jest przede wszystkim dla nich, ale także dla pielęgniarek, pracowników rehabilitacji oraz **dla lekarzy POZ.**



Pionierski Kongres



Zakończył się XXIV Międzynarodowy Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego. Z wielu powodów był to przełomowy Kongres – po raz pierwszy został przeprowadzony całkowicie w przestrzeni wirtualnej, trwał aż 43 dni, zgromadził rekordową liczbę uczestników, wychodząc szeroko poza środowisko kardiologiczne.

Bez wątplenia nowoczesna formuła tegorocznego Kongresu PTK stanowi rewolucję w organizacji spotkań naukowych. Dostępność i łatwość w zdobyciu najbardziej aktualnej, rzetelnej wiedzy przekazanej przez najwybitniejszych specjalistów to ogromny sukces wirtualnego Kongresu. Oglądalność transmisji była imponująca, co daje nadzieję, że ziści się motto tegorocznego spotkania – poprawi się jakość i długość życia pacjentów. **Czasopismo „Gabinet Prywatny” było patronem medialnym Kongresu.**

Sluchacze mieli możliwość oglądania wykładów na komputerach i urządzeniach mobilnych w dowolnym miejscu na świecie. Główna część Kongresu odbyła się w dniach 16–19 września, transmisja prowadzona była przez 8 godzin dziennie. Uczestnicy mieli do wyboru 5 kanałów, na których transmitowano sesje naukowe i dydaktyczne. Następnie, przez kolejnych 5 tygodni, transmitowano sesje przygotowane przez 19 sekcji i asocjacji PTK. Sesje w formie webinarium były poświęcone specjalistycznym proble-

mom, np. kardiologii interwencyjnej, elektrofizjologii czy kardiologii sportowej. Organizatorzy cieszą się, że największe wydarzenie naukowe w polskim internecie udało się przeprowadzić bez technicznych problemów. I to mimo nasilającej się pandemii, która była przyczyną zmiany formy organizacyjnej Kongresu na sześć dni przed jego rozpoczęciem.



Pamiętając o lekarzach, którzy być może z powodu dyżuru czy innych obowiązków będą mieli utrudniony dostęp do transmisji na żywo, zdecydowaliśmy, że sesje będą nagrywane, a dominująca większość z nich będzie dostępna na stronie internetowej także po zakończeniu Kongresu. Wszystko po to, żeby w jak największym zakresie zapewnić dostęp do najwyższej jakości wiedzy medycznej nie tylko kardiologom, ale także hipertensjologom, internistom i lekarzom rodzinnym. Mamy nadzieję, że w ten sposób dotrzemy do jeszcze większej grupy



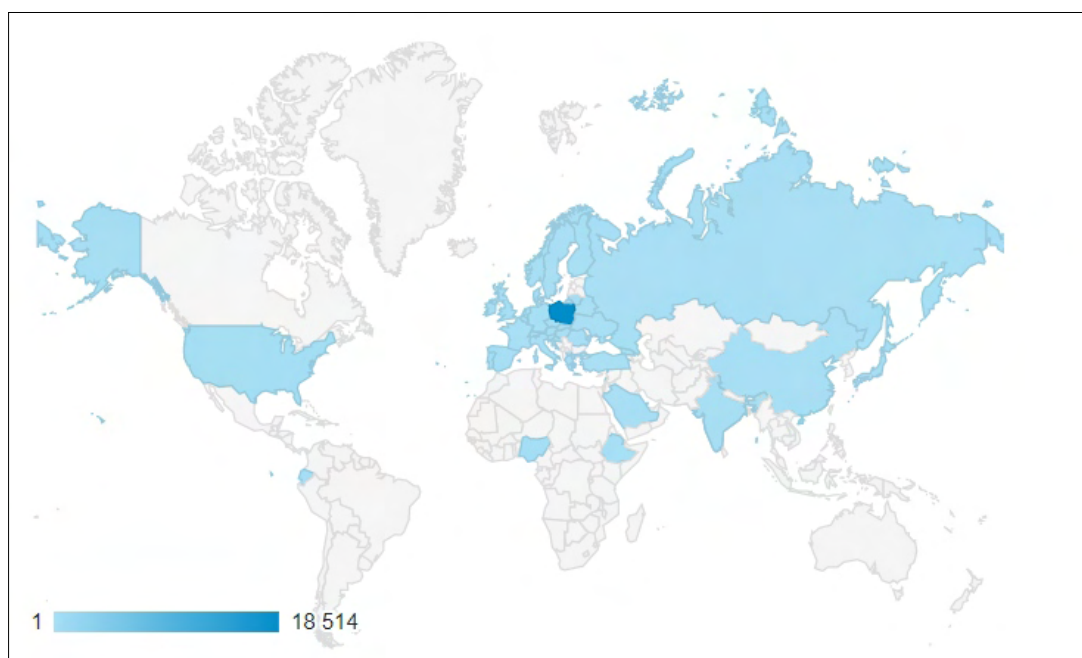
lekarzy – mówił prof. **Piotr Jankowski**, Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego Międzynarodowego Kongresu PTK.

Podczas Kongresu przedstawiono najnowsze wytyczne Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego dotyczące postępowania w migotaniu przedsionków, ostrych zespołów wieńcowych, postępowania we wrodzonych wadach serca u dorosłych oraz kardiologii sportowej i aktywności fizycznej u pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi. Tradycyjnie odbyła się sesja specjalna przygotowana przez Prezesa PTK, Konsultanta Krajowego w dziedzinie kardiologii i Przewodniczącego Komitetu Naukowego Kongresów, zatytułowana „Kardiologia i PTK w dobie pandemii COVID-19”. Zagadnienia pandemii COVID-19 w kontekście diagnostyki i terapii kardiologicznej przewijały się również w innych sesjach i wystąpieniach kongresowych.

Kongres w liczbach

- Zaproponowana formuła Kongresu zaowocowała wizytą ok. **19 600 unikalnych użytkowników** na stronie Kongresu w dniach 16 września – 28 października.

- Aż **25 sponsorów** wsparło organizację wirtualnego Kongresu PTK, umożliwiając bezpłatny dostęp do najbardziej aktualnej i rzetelnej wiedzy z zakresu kardiologii nie tylko lekarzom tej specjalności, ale także reprezentantom całego środowiska lekarskiego z Polski i zagranicy.
- Internetowa wersja Kongresu dała możliwość oglądania sesji niezależnie od miejsca przebywania. Pierwszy raz można było pogodzić zobowiązania zawodowe i prywatne z udziałem w Kongresie. Bariere przełamało również dla Polonii medycznej, czego dowodem jest ponad 5% wejść na stronę Kongresu spoza Polski. Uczestnikami Kongresu byli lekarze z **44 krajów z całego świata!**
- Pomimo dynamicznych zmian w formule organizacyjnej udało się zachować kształt tradycyjnego Kongresu w blisko 90%. W programie znalazło się **114 sesji dydaktycznych**, specjalnych, satelitarnych oraz sekcji i asocjacji PTK, które były prowadzone z udziałem **321 wybitnych wykładców i przewodniczących sesji**.



- W dniach 16–19 września aż **94 sesje transmitowano na żywo na 5 równoległych kanałach**.
- Pierwszy raz zaprezentowano streszczenia zgłoszone do konkursu o Nagrodę Komitetu Naukowego Kongresu PTK w multimedialnej formie. Na stronie Kongresu można było zapoznać się ze **160 doniesieniami oryginalnymi** z zakresu nauk klinicznych, nauk podstawowych, prezentowano także przypadki kliniczne i prace studenckie.
- Kongres relacjonowało **20 redakcji czasopism** i portali medycznych.
- „Gazeta Kongresowa” otrzymała nowoczesną formę multimedialnego serwisu informacyjnego „Wiadomości kongresowych”, na którym pojawiło się aż **81 artykułów**, w tym portrety wybitnych kardiologów, wideo-rozмовy ze studia kongresowego i teksty problemowe dotyczące kardiologii.
- Przygotowaniem tak gigantycznego przedsięwzięcia zajął się ponad **150-osobowy zespół „Medycyny Praktycznej”**.

Źródło: „Wiadomości Kongresowe”

Dapagliflozyna AstraZeneca zarejestrowana w UE do leczenia niewydolności serca

Dapagliflozyna AstraZeneca jest pierwszym inhibitorem SGLT2 zatwierdzonym w UE do stosowania w niewydolności serca z obniżoną frakcją wyrzutową u dorosłych pacjentów z cukrzycą typu 2 i bez niej. Niewydolność serca (HF) jest zagrażającą życiu chorobą przewlekłą, która uniemożliwia sercu pompowanie wystarczającej ilości krwi do organizmu. Dotyka ona 15 mln osób w UE, z których co najmniej połowa ma zmniejszoną frakcję wyrzutową. Ma to miejsce, gdy mięsień lewej komory nie jest w stanie odpowiednio się kurczyć i dlatego pompuje do organizmu mniej bogatej w tlen krwi.

Zatwierdzenie przez KE opiera się na pozytywnych wynikach przełomowego badania fazy III DAPA-HF, opublikowanego w *The New England Journal of Medicine*. Rejestracja jest zgodna z zaleceniem wydanym przez Komitet ds. Leków stosowanych u Ludzi Europejskiej Agencji ds. Leków

Dapagliflozyna AstraZeneca jest pierwszym inhibitorem kotransportera glukozy-sodowego typu 2 (SGLT2), który wykazał statystycznie istotne zmniejszenie ryzyka wystąpienia złożonego punktu końcowego zgonu lub pogorszenia zdarzeń związanych z HF, w tym hospitalizacji z powodu HF (hHF). Badanie III fazy DAPA-HF wykazało, że

dodanie dapagliflozyny AstraZeneca do standardowego leczenia, zmniejszyło ryzyko wystąpienia pierwszorzędownego złożonego punktu końcowego w porównaniu z placebo o 26%, a oba składniki podstawowego złożonego punktu końcowego przyczyniły się do uzyskania ogólnego efektu. W badaniu fazy III DAPA-HF profil bezpieczeństwa dapagliflozyny AstraZeneca był zgodny ze znanym profilem bezpieczeństwa tego leku. W trakcie badania na każde 21 leczonych pacjentów można było uniknąć jednego zgonu z powodów sercowo-naczyniowych lub hHF albo pilnej wizyty związanej z HF.

Dapagliflozyna AstraZeneca sprzyja profilaktyce sercowo-naczyniowej, ponieważ nauka wciąż identyfikuje podstawowe powiązania między sercem, nerkami i trzustką. DAPA-HF jest częścią DapaCare, kompleksowego programu badań klinicznych, który ma na celu ocenę potencjalnych korzyści płynących z zastosowania dapagliflozyny AstraZeneca na incydenty sercowo-naczyniowe i nerkowe.

W ramach tego programu zbadano również leczenie pacjentów z przewlekłą chorobą nerek (CKD) w przełomowym badaniu III fazy DAPA-CKD. Dodatkowo dapagliflozyna AstraZeneca jest obecnie badana pod kątem pacjentów z HF z zachowaną frakcją wyrzutową (HFpEF) w badaniu fazy III DELIVER, którego wyniki są oczekiwane w drugiej połowie 2021 r.

Informacja prasowa

Ultrasonograficzna ocena zmian ogniskowych tarczycy pod kątem klasyfikacji do biopsji

Ultrasound assessment of focal changes in the thyroid gland in terms of classification for biopsy

Alicja Sobieraj¹, Magdalena Graca¹, Dawid Wojtyczka¹, lek. Monika Kulig-Kulesza², lek. Anna Saran², dr hab. n. med. Ewa Kluczevska, prof. nadzw. SUM²

¹ Studenckie Koło Naukowe, Katedra i Zakład Radiologii Lekarskiej i Radiodiagnostyki, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Kierownik: dr hab. n. med. Ewa Kluczevska, prof. nadzw. SUM

² Katedra i Zakład Radiologii Lekarskiej i Radiodiagnostyki, Wydział Nauk Medycznych w Zabrze, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach
Kierownik: dr hab. n. med. Ewa Kluczevska, prof. nadzw. SUM

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny nr 1 im. Prof. Stanisława Szyszko Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

■ **Słowa kluczowe:** tarczyca, ultrasonografia, biopsja, EU-TIRADS, zmiany ogniskowe tarczycy.

■ **Keywords:** thyroids, sonography, biopsy, EU-TIRADS, focal lesions of the thyroid gland.

■ **Abstract:** The significant growth in the availability and the relative ease of performing an ultrasound examination have contributed to more frequent detection of focal lesions within the thyroid gland in the recent years. Along with this, TIRADS scales arose to help doctors in assessment of focal lesions as well as making decisions about referring patients for a diagnostic biopsy. The EU-TIRADS scale most commonly used in Poland takes into account the size, echogenicity, and characteristic ultrasound findings within the lesion, which, according to scientific reports, increase the risk of its malignancy. In this article, the authors describe the ultrasound examination of the thyroid gland, the use of the EU-TIRADS scale, and the management of patients who require monitoring.

■ Wprowadzenie

Tarczyca jest nieparzystym gruczołem wydzielania wewnętrznego. Zazwyczaj zlokalizowana jest w dolnej części szyi, przednio od dolnego odcinka krtani i pierwszych chrząstek tchawicy. Składa się z dwóch większych płatów bocznych i łączącej je cieśni. Pokryta jest włóknistą torebką, która łączy się z powięzią przedtchawiczą. Bardzo często w płaszczyźnie pośrodkowej zlokalizowany jest dodatkowy, cienki wyrostek nazywany płatem piramidowym. Wymiary, symetryczność oraz liczba płatów tarczycy są często zmienne osobniczo [1]. Wielkość tarczycy zależy również od wieku, stopniowo wzrasta do 18. r.ż.,

a między 20. a 50. r.ż. wielkość gruczołu jest stała. W kolejnych latach dochodzi do zmniejszenia wielkości narządu. Podstawową funkcją tarczycy jest wydzielanie hormonów T3 (trój-jodotyroniny), T4 (tyroksyny) oraz kalcytoniny, które regulują gospodarkę wapniowo-fosforanową organizmu [1,2].

W diagnostyce chorób tarczycy pierwszorzędną rolę odgrywają badania laboratoryjne, scyntygrafia oraz ultrasonografia. W przypadku oceny rozległości dużych zmian pomocne może okazać się wykonanie badania TK lub w przypadku przeciwwskazań do podania jodowego środka kontrastowego – badania MR [3].

■ Obrazowanie ultrasonograficzne tarczycy

Podstawowym badaniem do diagnozowania schorzeń tarczycy jest ultrasonografia. Do jej wykonania wykorzystujemy najczęściej głowicę liniową, którą przykładamy, uzyskując obraz w dwóch zasadniczych projekcjach: poprzecznej i podłużnej. Badanie to nie wymaga od pacjenta żadnego rodzaju przygotowania, poza położeniem się na kozetce w pozycji leżącej na plecach, z dodatkowym odchyleniem głowy ku tyłowi [4]. Ultrasonografia umożliwi określenie objętości i lokalizacji, echogeniczności, unaczynienia mięszu tarczycy, położenia zmian ogniskowych oraz ich wielkości [5,6].

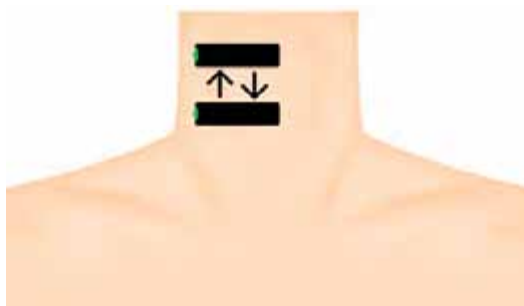
Po nałożeniu żelu przykładamy głowicę pod kątem prostym do osi długiej ciała w okolicy podbródkowej, uzyskując projekcję poprzeczną. Następnie powolnym, jednostajnym ruchem przesuwamy ją w dół wzdłuż krtani, a potem tchawicy. Poniżej chrząstki tarczowatej, po obu stronach tchawicy uwidaczniają się płaty boczne tarczycy. W polu centralnym w położeniu przedtchawicznym widzimy węzinę tarczycy oraz (o ile występuje) płat piramidowy. Bocznie od płatów tarczycy możemy uwidocznnić tętnicę szyjną wspólną i żyłę szyjną wewnętrzną. Naczynia te można odróżnić za pomocą ucisku, przy którym żyła się zapada, a tętnica zachowuje swój kształt, lub za pomocą badania dopplerowskiego. Badanie w tej projekcji powinno obejmować uwidocznienie osobno każdego z płatów bocznych oraz węziny poprzez ustawienie każdej z części tarczycy w centrum ekranu i przesuwanie głowicą dokaudalnie oraz dokranialnie [6].

Kolejnym krokiem badania USG tarczycy jest uzyskanie projekcji podłużnej. W tym celu należy obrócić głowicę o około 90 stopni i ustawić ją równolegle do mięśnia mostkowo-obojęczykowo-sutkowego. W przypadku trudności w uwidocznieniu całego płata należy wykonywać drobne ruchy wahadłowe, kiedy głowica znajduje się pomiędzy mięśniem mostkowo-obojęczykowo-sutkowym a tchawicą. Badanie

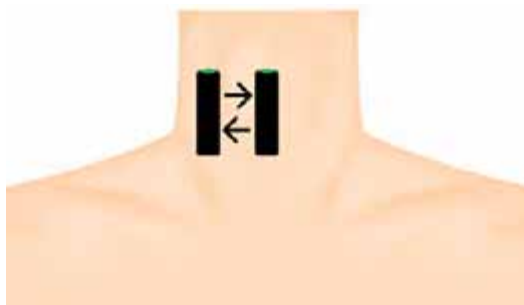
przeprowadzamy przesuwając głowicę od przyśrodku do boku i odwrotnie, oceniając w ten sposób oba płaty oraz cieśń tarczycy. Dodatkowym elementem, istotnym diagnostycznie, jest ocena obecności okołotarczycowych węzłów chłonnych [4,5].

Elementy, na które należy zwrócić uwagę w trakcie badania tarczycy:

- lokalizacja,
- budowa, wielkość i objętość,
- echogeniczność i unaczynienie,
- obecność zmian ogniskowych.



Ryc. 1. Przyłożenie głowicy poprzeczne



Ryc. 2. Przyłożenie głowicy podłużne w trakcie obrazowania płata prawego tarczycy

ZWRÓĆ UWAGĘ! Jeżeli podczas badania nie widzisz tarczycy w miejscu jej typowego położenia, to możliwe, że tarczyca została usunięta. Jeśli jednak pacjent nie został poddany tyreoidektomii, musisz rozważyć dysgenezję tarczycy, co wymaga poszukiwania gruczołu tarczowego o ektopowej lokalizacji.

Wskazania do USG

Badanie ultrasonograficzne jest badaniem szeroko dostępnym, bezinwazyjnym i tanim, przez co wskazania do jego wykonania są dosyć szerokie. Do wskazań tych należą m.in:

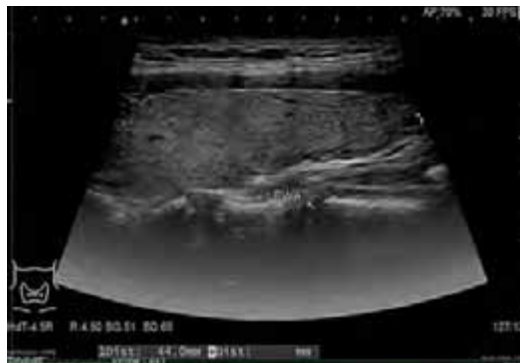
- powiększenie gruczołu tarczowego bez wyczuwalnego guzka;
- guzek lub wole guzkowe wyczuwalne palpacyjnie;
- przypadkowe uwidocznienie zmiany ogniskowej w tarczycy w czasie badania USG, tomografii komputerowej, rezonansu magnetycznego lub pozytonowej tomografii emisyjnej;
- podejrzenie choroby tarczycy na podstawie nieprawidłowych wyników badań laboratoryjnych, w tym nadczynności, niedoczynności, zapalenia tarczycy;
- różnicowanie przyczyn nadczynności i niedoczynności;
- limfadenopatia szyjna (poza przypadkami etiologii infekcyjnej);
- skrining w grupie podwyższonego ryzyka zachorowania na raka tarczycy (rodzinny wywiad w kierunku raka tarczycy, nosicielstwo mutacji RET, przebyta ekspozycja szyi na promieniowanie jonizujące, szczególnie w dzieciństwie);
- wybór zmiany ogniskowej o największym ryzyku złośliwości do biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej;
- kontrola wielkości guzków/zmian ogniskowych łagodnych tarczycy;
- kontrola efektów leczenia wola mięszonego;
- kontrola po usunięciu tarczycy [6,7].

Dokumentacja medyczna

Podczas pisania raportu po badaniu tarczycy należy zawrzeć w nim kilka najbardziej istotnych informacji. W pierwszej kolejności należy wpisać dane pacjenta, nazwę aparatu, rodzaj wykorzystywanej głowicy, a także dane lekarza wykonującego badanie. Następnie przystąpić do zasadniczego opisu, w którym trzeba zawrzeć wymiary płatów, objętość, ocenę echogeniczności mięszu i granic gruczołu. Należy zwrócić uwagę na obecność zmian morfologicznych odbiegających od prawidłowej echogeniczności tarczycy.

Interpretacja badania

W celu uzyskania całkowitej objętości tarczycy należy zmierzyć trzy wymiary każdego z płatów – szerokość i głębokość (w projekcji poprzecznej) oraz długość (w projekcji podłużnej). Te pomiary umożliwiają obliczenie objętości tarczycy zgodnie ze wzorem: $V = a \times b \times c \times 0,5$ (gdzie a – szerokość, b – głębokość, c – długość płata tarczycy). Aby zmierzyć szerokość płata tarczycy, należy poprowadzić poziomą linię między powierzchnią przysrodkową a boczną (w miejscu, w którym występuje między tymi punktami największa odległość). Głębokość jest to mierzona w pionie największa odległość pomiędzy przednią a tylną powierzchnią. Z kolei długość płata tarczycy to linia o największej odległości pomiędzy biegunem górnym a dolnym. Pomiary te wykonuje się osobno dla każdego z płatów. Sumując wyliczone na podstawie pomiarów objętości każdego z płatów, otrzymujemy **całkowitą objętość gruczołu** [4].



Ryc. 3. Lewy płat – przekrój w projekcji podłużnej



Ryc. 4. Lewy płat – przekrój w projekcji poprzecznej

Prawidłowa objętość mieści się w górnej granicy 20 ml dla kobiet i 25 ml dla mężczyzn. Dolna granica nie została ustalona. W przypadku gdy górna granica normy zostaje przekroczona, rozpoznaje się powiększenie tarczycy, czyli **wole** [5].

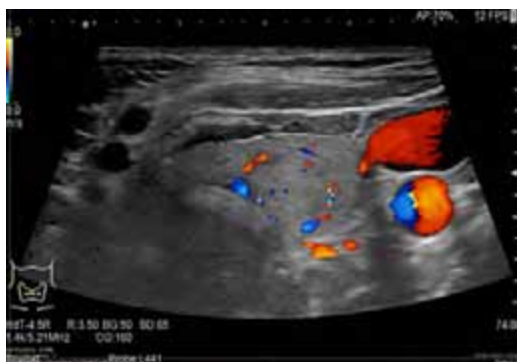
Kolejnym parametrem dostarczającym dużo informacji jest echogeniczność. Sam termin określa zdolność struktury do odbijania fal dźwiękowych o wysokiej częstotliwości, co w obrazie ultrasonograficznym ujawnia się w postaci jasności tkanki [5]. **Prawidłowa echogeniczność tarczycy powinna być zbliżona w obrębie całego jej obrazu, czyli jednorodna.** Jeżeli w trakcie USG uwidocznia się obszary ciemniejsze lub jaśniejsze od reszty tkanki, uznaje się je odpowiednio za hipoechogeniczne lub hiperechogeniczne, a obraz mięszu tarczycy jako niejednorodny. W celu sprawdzenia echogeniczności gruczołu można podczas badania przesunąć głowicę na mięśnie szyi i porównać oba obszary. Na podstawie analizy porównawczej obrazu USG powinno się zauważyć, że mięśnie są ciemniejsze (hipoechogeniczne) w stosunku do tarczycy. Odgraniczenie między mięśniami a tarczycą powinno być wyraźne i łatwe do dostrzeżenia.

Innymi strukturami, z którymi porównuje się tarczycę, są **ślinianki**. Teoretycznie gdy ślinianki są zbudowane prawidłowo i nie wykazują cech chorobowych, sugeruje się, że podczas analizy porównawczej echogeniczność obu struktur powinna być zbliżona [4,5]. Zaburzenia echogeniczności mogą być ogniskowe lub rozlane. Przez zaburzenia ogniskowe rozumie się zmiany lite, lito-torbielowate i torbielowate, natomiast rozlane to zwyrodnienia płynowe, zwapnienia, niejednorodność mięszu.

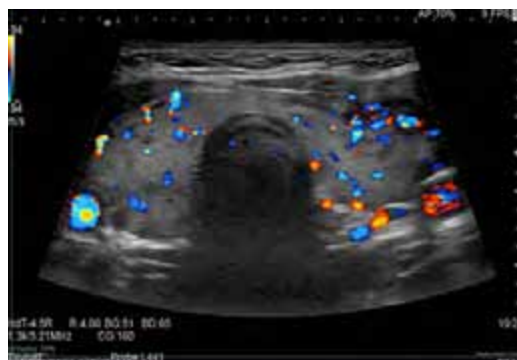
Zmiany ogniskowe to wyodrębnione fragmenty nieprawidłowego mięszu tarczycy, często nazywane **guzkami**. W zależności od wyglądu zmian w USG opisuje się je jako normoechogeniczne, hipoechogeniczne, hiperechogeniczne – w zależności od ich jasności w porównaniu z mięszem. W przypadku zmian ogniskowych należy opisać ich wymiary oraz objętość, poło-

żenie, echogeniczność, granice, kształt, unaczynienie, a także obecność zwapnień [5].

Podczas badania USG naczynia uwidaczniają się jako **przestrzenie bezechowe**. W celu lepszego ich zobrazowania i oceny przepływu krwi stosujemy technikę dopplera. Zaburzenia w przepływie mogą sugerować toczący się proces chorobowy. W obrębie tarczycy mogą znajdować się także pasma łącznotkankowe, które są charakterystyczne w przebiegu włóknienia. Ich odbiciem w obrazie ultrasonograficznym są pozbawione cienia akustycznego linijskie struktury hiperechogeniczne [4,5].



Ryc. 5. Obwodowo unaczyniony izoechogeniczny guz. Widoczna żyła i tętnica szyjna



Ryc. 6. Zwiększony przepływ w tarczycy w funkcji Color Doppler

Część schorzeń manifestuje się na obrazach ultrasonograficznych charakterystycznymi cechami, jednak w wielu przypadkach ostateczną diagnozę można postawić dopiero na podstawie biopsji, badań laboratoryjnych lub innych badań obrazowych.

ZWRÓĆ UWAGĘ! Trzeba wspomnieć również o tym, aby opisywać widoczne zmiany jako zmiany ogniskowe, a nie używać terminologii anatomopatologicznej, tj. gruczolak, czy rak, które nie są możliwe do rozpoznania przy użyciu technik ultrasonografii.

Dzięki rosnącej dostępności do badań obrazowych zwiększa się wykrywalność zmian tarczycy. Guzki znalezione przez pacjenta lub lekarza w czasie badania fizykalnego bądź uwidocznione przypadkowo w trakcie tomografii komputerowej albo ultrasonografii dają możliwość wczesnego wykrycia raka tarczycy. Zdecydowana większość znalezionych guzów jest łagodna, jednak należy pamiętać, że 8-15% może okazać się złośliwa [7-9].

■ Kwalifikacja do biopsji

Biopsja aspiracyjna cienkoigłowa jest skuteczną, bezpieczną i tanią metodą różnicowania zmian złośliwych i niezłośliwych. Wiele biopsji jest wykonywanych na guzach, które okazują się niezłośliwe, w związku z czym powstały skałe mające ułatwić podjęcie decyzji o skierowaniu pacjenta na biopsję [9,10].

ZWRÓĆ UWAGĘ! W przypadku zmian mnogich biopsji podlega potencjalnie najbardziej złośliwa, niekoniecznie największa.

Do oceny zmian ogniskowych tarczycy i ich potencjalnej złośliwości służą skałe TIRADS. Pierwsza z nich została zaproponowana w 2009 r., jednak ze względu na swoją złożoność, pojawiły się trudności w zastosowaniu jej w warunkach klinicznych. Od tego czasu ulegała ona kilkukrotnym modyfikacjom. Obecnie w Polsce najpowszechniej używana jest **europejska skała EU-TIRADS** (*European Thyroid Imaging Reporting and Data System*) zalecana przez European Thyroid Association (ETA). Skała została wprowadzona, aby

umożliwić lekarzom klasyfikację pacjentów do odpowiednich grup ryzyka i ułatwić decyzję na temat wskazania do biopsji aspiracyjnej cienkoigłowej. Skała EU-TIRADS została opisana w tab. nr 1.



Ryc. 7. Drobna zmiana ogniskowa o wyglądzie torbieli. EU-TIRADS 2



Ryc. 8. Torbielowata zmiana ogniskowa z cienkościnnymi przegrodami. EU-TIRADS 2

ZWRÓĆ UWAGĘ: Badania pokazują, że ultrasonograficzne znaleziska „wyższe niż szersze” (*taller-than-wide*) lub z wewnętrznymi zwapnieniami przemawiają za złośliwością zmiany.

U pacjentów z grup pośredniego i wysokiego ryzyka złośliwości należy dokonać oceny i pomiarów węzłów chłonnych. W przypadku nieprawidłowości wskazane jest rozważyć biopsję zarówno węzła, jak i tarczycy.

Tabela 1. Ocena zmian ogniskowych w tarczycy (na podstawie wytycznych ETA [10])

Kategoria EU-TIRADS	Ocena kliniczna
<p>EU-TIRADS 1</p> <p>EU-TIRADS 2 – zmiana łagodna Ryzyko złośliwości bliskie 0%, brak wskazań do biopsji diagnostycznej, a jedynie biopsja terapeutyczna (np. ucisk torbieli na sąsiadujące struktury)</p>	<p>Nie stwierdzono zmian ogniskowych tarczycy</p> <p>Zmiana typu czystej torbieli:</p> <ul style="list-style-type: none"> • brak zgrubienia ściany • bez względu na rozmiar • brak litej komponenty; często spotykany materiał wewnątrz torbieli może odpowiadać złogom włókniaka lub komponentie stałej, co może być rozróżnione metodą dopplera (jeśli istnieją wątpliwości co do zawartości torbieli, należy przenieść guzek do kategorii EU-TIRADS 3) <p>Torbiel podzielona przegrodami</p> <p>Zmiana w całości o budowie gąbczastej:</p> <ul style="list-style-type: none"> • złożona z wielu drobnych cyst poprzedzielanych izoechogeniczną tkanką • jeżeli cysty zajmują tylko część zmiany, należy traktować taką zmianę jak EU-TIRADS 3 lub wyżej
<p>EU-TIRADS 3 – zmiana małego ryzyka Ryzyko złośliwości 2-4% Należy rozważyć biopsję, gdy wielkość pojedynczej zmiany > 20 mm</p>	<p>Zmiana o owalnym kształcie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • izo- lub hiperechogeniczna • o gładkim brzegu • brak jakichkolwiek cech wysokiego ryzyka (patrz niżej) <p>Izoechogeniczne, zgrupowane zmiany <i>Sugestia kliniczna: obecność cyst przemawia za zmianą łagodną</i></p>
<p>EU-TIRADS 4 – zmiana pośredniego ryzyka Ryzyko złośliwości 6-17% Biopsja zalecana, gdy zmiana > 15 mm</p>	<p>Zmiana o owalnym kształcie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • o gładkim brzegu • nieznacznie hipoechogeniczna • brak jakichkolwiek cech wysokiego ryzyka (patrz niżej) <p>Każda niejednorodna zmiana z obecną strefą hipoechogeniczną</p> <p><i>Sugestie kliniczne:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • obecność cienkiego halo (obwódki), częściowa budowa cystyczna, artefakty ogona komety, unaczynienie obwodowe, duża elastyczność przemawiają za łagodnym charakterem zmiany • obecność nieciągłych, obwodowych/brzeżnych makrozwapnień, szerokie halo, przeważnie centralne unaczynienie, wysoka sztywność sugerują większe prawdopodobieństwo złośliwości
<p>EU-TIRADS 5 – zmiana dużego ryzyka Ryzyko złośliwości 26-87% Biopsja zalecana, gdy zmiana > 10 mm</p>	<p>Każdy guzek, który posiada przynajmniej jedną z poniższych cech wysokiego ryzyka:</p> <ul style="list-style-type: none"> • nieowalnego kształtu • nieregularne granice • mikrozwapnienia (< 1mm) • znaczna hipoechogeniczność



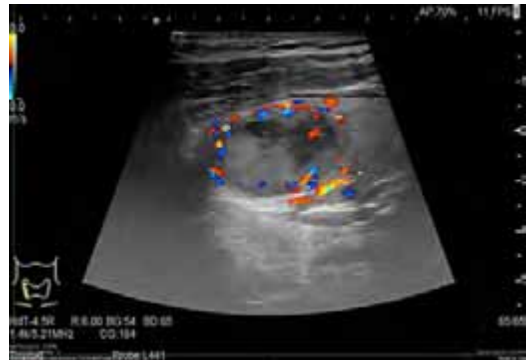
Ryc. 9. Izoechoogeniczna zmiana ogniskowa o gąbczastej budowie, pionowo zorientowana. EU-TIRADS 2



Ryc. 10. Owalna zmiana ogniskowa o mieszanej echogeniczności. EU-TIRADS 3



Ryc. 11. Izoechoogeniczna dobrze odgraniczona lita zmiana z hipoechoogeniczną otoczką oraz mikrozwapnieniami



Ryc. 12. Dobrze odgraniczona, lita zmiana ogniskowa z hipoechoogeniczną otoczką, z widocznymi mikrozwapnieniami oraz cechami obwodowego wzmocnienia przepływu w opcji Color Doppler



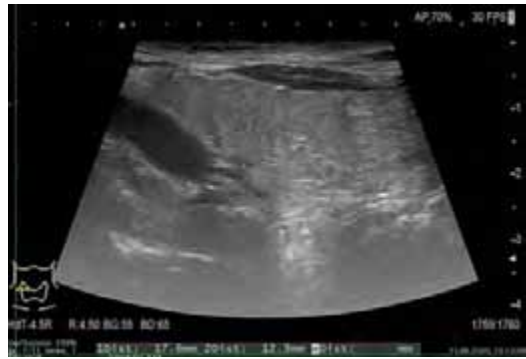
Ryc. 13. Hipoechoogeniczna gładkokonturowa owalna zmiana ogniskowa. EU-TIRADS 5



Ryc. 14. Hipoechoogeniczna gładkokonturowa zmiana uwypuklająca się poza obrys płata. EU-TIRADS 5



Ryc. 15. Zmiana ogniskowa o budowie lito-torbielowatej, o nieregularnych obrysach. EU-TIRADS 5



Ryc. 16. Izoechoogeniczna zmiana ogniskowa o nieregularnych brzegach. EU-TIRADS 5

Postępowanie u pacjentów z negatywnym wynikiem biopsji diagnostycznej w kierunku guza złośliwego

W przypadku gdy wynik pierwszej biopsji zmiany zakwalifikowanej do EU-TIRADS 5 był ujemny, po 3 miesiącach należy ponownie pobrać próbkę do badania histopatologicznego, aby wykluczyć możliwość fałszywie negatywnego wyniku. Fałszywie ujemne biopsje są rzadkie (0-10%) [7], a powtórna ujemna biopsja pozwala zakwalifikować zmianę jako łagodną.

ZWRÓĆ UWAGĘ! Wielkość lub dynamika wzrostu guza są słabymi predyktorami złośliwości, czyli duży/szybko rosnący guz nie musi być złośliwy.

Należy pamiętać, że poza negatywnym i pozytywnym wynikiem biopsji występuje również **możliwość wyniku niediagnostycznego**, czyli cytologicznie nieadekwatnego do stanu rzeczywistego. Brak komórek nowotworowych nie może być w tym przypadku interpretowany jako wynik negatywny, ponieważ nie pobrano komórek tarczycy lub pobrano ich niewystarczającą ilość. W takim przypadku biopsja powinna być powtórzona. Sugerowany odstęp pomiędzy biopsjami to 4 do 6 tygodni [7].

Postępowanie ze zmianą poniżej 10 mm

Postępowanie u pacjenta z guzkiem < 10 mm zależy od cech zmiany i całości obrazu klinicznego. U większości pacjentów zalecana jest obserwacja zmiany, jednak jeśli guzek wykazuje ultrasonograficzne cechy złośliwości, należy rozważyć biopsję. Szczególną uwagę ultrasonografisty powinien wzbudzić dodatni wywiad (np. napromieniowanie szyi, przebyte operacje w obrębie szyi lub tarczycy) oraz powiększone węzły chłonne. Biopsję należy także rozważyć u pacjentów, którzy nie będą się regularnie zgłaszać na wizyty kontrolne. Istotne jest również to, że guzki poniżej 5 mm sprawiają techniczne trudności przy wykonywaniu biopsji, co może skut-

kować fałszywie ujemnym wynikiem badania i uspić czujność lekarza oraz pacjenta [7,10].

Monitorowanie zmian

W przypadku guzków niekwalifikujących się do biopsji zalecana jest ich obserwacja [7]. Wytyczne EU-TIRADS nie precyzują, kiedy wykonać ponowną ocenę guzka, jednak w swoim badaniu Brito i wsp. sugerują, żeby monitorować zmiany według poniższych zasad:

- guzki < 10 mm o ultrasonograficznych cechach złośliwości należy ponownie ocenić po 6-12 miesiącach;
- guzki o małym lub pośrednim ryzyku złośliwości należy ponownie ocenić po 12-24 miesiącach;
- guzki o bardzo niskim ryzyku złośliwości należy ponownie ocenić po 2-3 latach.

Jeśli w dwuletniej obserwacji guzek nie wykazuje dynamiki zmian (pozostaje stabilny), można rozważyć zmniejszenie częstotliwości jego ponownych ocen.

Podczas ponownej oceny przy użyciu skali EU-TIRADS zmianę kategorii guza i kwalifikację do biopsji powinniśmy rozważyć, jeżeli [7]:

- występuje znaczny wzrost guza (wzrost objętości o 50% lub wzrost średnicy o 20%);
- pojawiły się podejrzane cechy ultrasonograficzne.

Wnioski

W dzisiejszych czasach postęp medycyny jest ogromny, a zmieniające się kryteria pozwalają na lepsze, szybsze i dokładniejsze diagnozowanie pacjentów. Indukuje to stałą potrzebę dokształcania się kadry medycznej, a liczne badania pokazują, że wraz ze wzrostem doświadczenia ultrasonografisty zwiększa się jego celność diagnozy i umiejętność różnicowania zmian. Powyższy artykuł nie wyczerpuje całości zagadnienia, dlatego zachęcamy do pogłębienia swojej wiedzy oraz do ciągłego śledzenia zmian w diagnostyce i leczeniu chorób tarczycy. ©

Autor korespondujący:
lek. Monika Kulig-Kulesza
monika.kuligkulesza@gmail.com
Nadesłano: 08-10-2020

Piśmiennictwo:

1. Bochenek A, Reicher M. Anatomia człowieka. Tom 2. Rozdział Gruczoł tarczycy. PZWL. Warszawa 2014;725-734.
2. Siegel M. Ultrasonografia pediatryczna. Medipage. Warszawa 2012;118-164.
3. Prokop M, Galanski M. Spiralna i wielorzędowa tomografia komputerowa człowieka. Medipage. Warszawa 2007; 225-281.
4. Ruchała M, Szczepanek-Parulska E. Praktyka kliniczna – ultrasonografia tarczycy: Podstawy badania ultrasonograficznego i prawidłowy obraz tarczycy. Med. Prakt. 2018;6: 61-66.
5. Pruszyński B, Cieszanowski A. Radiologia. Diagnostyka obrazowa, rozdział 7.10 Tarczyca. PZWL Wydawnictwo Lekarskie. Warszawa 2014; 224-232.
6. Trzebińska A, Dobruch-Sobczak K, Jakubowski W, Jędrzejowski M. Standardy badań ultrasonograficznych Polskiego Towarzystwa Ultrasonograficznego – aktualizacja. Badanie ultrasonograficzne tarczycy oraz biopsja tarczycy pod kontrolą ultrasonografii, Journal of Ultrasonography 2014;14: 49-6.
7. Douglas S Ross, MD; Diagnostic approach to and treatment of thyroid nodules, <https://www.uptodate.com/contents/diagnostic-approach-to-and-treatment-of-thyroid-nodules> (dostęp: 28.09.2020).
8. Kwong N, Medici M, Angell TE, et al. The Influence of Patient Age on Thyroid Nodule Formation, Multinodularity, and Thyroid Cancer Risk. J Clin Endocrinol Metab. 2015;100(12):4434-4440. doi:10.1210/jc.2015-3100.
9. Bongiovanni M, Spitale A, Faquin WC, Mazzucchelli L, Baloch ZW. The Bethesda System for Reporting Thyroid Cytopathology: a meta-analysis. Acta Cytol. 2012;56(4):333-339.
10. Russ G, Bonnema SJ, Erdogan MF, Durante C, Ngu R, Leenhardt L. European Thyroid Association Guidelines for Ultrasound Malignancy Risk Stratification of Thyroid Nodules in Adults: The EU-TIRADS. Eur Thyroid J. 2017 Sep;6(5):225-237. doi: 10.1159/000478927. Epub 2017 Aug 8. PMID: 29167761; PMCID: PMC5652895.

Instrumentalne metody badania zaburzeń połykania

Atlas z materiałem wideo

Zaburzenia połykania stanowią wyzwanie dla współczesnej medycyny, skupiającej się nie tylko na wyleczeniu choroby zasadniczej, ale także na poprawie jakości życia chorych. Dotykają one coraz większej liczby pacjentów – nie tylko chorych neurologicznie, lecz także pacjentów laryngologicznych, gastrologicznych, pulmonologicznych, czy też osób z zaburzeniami psychicznymi. Dysfagia ustnogiardłowa może być również jatrogennym zaburzeniem wynikającym z komplikacji po przeprowadzonych zabiegach, wynikiem działań niepożądanych przyjmowanych leków, radioterapii i chemioterapii.

Książka adresowana do lekarzy – laryngologów, neurologów, radiologów, gastrologów a także specjalistów z dziedziny logopedii, dietetyki i pielęgniarstwa oraz do studentów kierunków medycznych.



REKLAMA WYDAWCY

Migrena przewlekła – pacjenci apelują o refundację leczenia

Środowisko pacjentów i eksperci medyczni od lat czekają na skuteczną terapię w leczeniu migreny przewlekłej. I choć istnieją rozwiązania terapeutyczne dla osób zmagających się z tą chorobą, pacjenci wciąż nie mają do nich dostępu. Obecnie stosowane terapie profilaktyczne mają słabą skuteczność i niską tolerancję, są obciążone wysokim ryzykiem wystąpienia działań niepożądanych lub są przeciwwskazane, np. w chorobach współistniejących. Wielu pacjentów stosowało już tak wiele środków, że wyczerpali wszystkie możliwości terapeutyczne i pozostali bez alternatywy. W ich imieniu Fundacja Zapobiegaj, Fundacja Życie z Migreną oraz organizator akcji #Migrena to nie ściera, postanowiły zaapelować do Ministerstwa Zdrowia o zapewnienie pacjentom możliwości skorzystania z nowoczesnych terapii.

Najcięższą postacią migreny jest migrena przewlekła, na którą cierpi ok. 1-2% Polaków w różnych etapach swojego życia. Ataki migreny występują przez ponad 15 dni w miesiącu, ok. 184 dni w roku, wykluczając jednocześnie pacjenta z normalnego życia, uniemożliwiając funkcjonowanie społeczne, rodzinne czy zawodowe. Migrena dotyczy głównie ludzi młodych w wieku produkcyjnym, częściej kobiet aktywnych zawodowo, przekreślając ich szanse na normalne funkcjonowanie społeczne i zawodowe.

Według Światowej Organizacji Zdrowia migrena jest drugą najczęstszą przyczyną niepełnosprawności liczonej jako lata życia z niepełnosprawnością. Nie można zwyczajnie funkcjonować i być szczęśliwym czując ciągły ból przez prawie 200 dni w roku! Nawet osoby o silnej psychice po pewnym czasie życia w ciągłym bólu pogrążają się w depresję. Występuje ona u ok. 22% pacjentów z migreną przewlekłą. Refundacja nowoczesnej terapii biologicznej byłaby krokiem przełomowym w ich leczeniu, a jej zastosowanie pozwoliłoby pacjentom prowadzić normalne, szczęśliwe i godne życie – podkreśla dr n. med. **Maria Magdalena Wysocka-Bąkowska**, specjalista neurolog, migrenolog, prezes Fundacji Życie z Migreną.

(...) Mamy nadzieję i głęboko wierzymy, że kolejne decyzje, które zapadną już w Ministerstwie Zdrowia

doprowadzą do refundacji skutecznej nowoczesnej terapii – mówi dr n. med. **Magdalena Boczarska-Jedynak**, neurolog, prezes Fundacji Zapobiegaj. – Zdecydowaliśmy się na ten apel, by pokazać, jak ważna dla nas, lekarzy, jak i dla pacjentów jest to sprawa. Nie wyobrażam sobie, co musi czuć człowiek, które wie, że jest lek pomagający w ograniczeniu ataków migreny, ale nie może z niego skorzystać.

W przypadku migreników zwykle leki przeciwbólowe nie sprawdzają się. Na dodatek ciągłe stosowanie leków przeciwbólowych w celu zwalczania bólu niesie ze sobą poważne ryzyko wystąpienia polekowych bólów głowy. Tu potrzebne jest wdrożenie terapii profilaktycznej, której zadaniem jest możliwie największe ograniczenie ataków migreny. Leczenie zarówno migreny, jak i towarzyszącej jej depresji stanowi wyzwanie. Nie wszystkie leki przeciwdepresyjne są skuteczne w leczeniu migreny. Część z nich może wręcz nasilić objawy migreny. Depresja występuje częściej, tj. u ok. 20% pacjentów, którzy przechodzili wcześniejsze nieskuteczne próby leczenia profilaktycznego w porównaniu do 2% pacjentów, którzy nie przechodzili wcześniejszego leczenia. Dodatkowo obecne terapie, które w swoim głównym działaniu przeznaczone są do stosowania w innych chorobach, bardzo często obciążone są licznymi działaniami niepożądanymi lub niską skutecznością. Właśnie dlatego często zdarza się, że pacjenci samowolnie z nich rezygnują i wracają do punktu wyjścia.

(...) My, pacjenci, żyjemy w ciągłym strachu, przed kolejnym atakiem, którego wystąpienie nie zawsze można przewidzieć. Samotni, sfrustrowani życiem w ciągłym bólu i nim zmęczeni popadamy w depresję. Od długiego czasu czekamy na skuteczny lek, który pozwoli ograniczyć liczbę ataków migrenowych i pozwoli po prostu normalnie żyć, bez bólu i cierpienia. To dla nas jedyna szansa na normalne życie – zaznacza **Izabela Kowalczyk**, inicjatorka akcji Migrena to nie ściera, która od ponad 15 lat zмага się z migreną.

Na stronie www.petycjeonline.com znajduje się petycja pod hasłem „Apel do Ministra Zdrowia o zapewnienie pacjentom z migreną przewlekłą ze współistniejącą depresją dostępu do nowoczesnych rozwiązań terapeutycznych, które są jedynym ratunkiem dla tej grupy pacjentów”.

Informacja prasowa



„Nie ma prawdziwej wolności bez wolnych zawodów”

Jacek Danowski 1992



Redaktor naczelny:

dr n. med. Paweł Lewek

e-mail: plewek@gabinetprywatny.pl

Dyrektor naczelny:

Piotr Doroba

e-mail: pdoroba@medyk.com.pl

Sekretarz wydawnictwa:

Alicja Paciorek-Kolbus

e-mail: apkolbus@medyk.com.pl

Dział reklamy i ogłoszeń:

Monika Strzałkowska (kierownik działu)

e-mail: mstrzalkowska@medyk.com.pl

e-mail: reklama@medyk.com.pl

Dział graficzny:

e-mail: dtp@medyk.com.pl

Główna księgowa:

Elżbieta Nurzyńska

Wydawca

Medyk Sp. z o.o. www.medyk.com.pl

Adres do korespondencji

Redakcja „Gabinet Prywatny”

Warszawska 31, 05-092 Łomianki, Polska

e-mail: redakcja@gabinetprywatny.pl

tel.: 22 666 43 32 | 22 664 04 51 | 801 554 542

CENIMY PAŃSTWA PRYWATNOŚĆ!

Szanowni Państwo, Drodzy Czytelnicy,

Informujemy, że od dnia 25 maja 2018 r. obowiązują przepisy Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) w sprawie ochrony danych osobowych, znane powszechnie jako RODO. Wydawnictwo Medyk Sp. z o.o. od początku dokłada wszelkich starań, aby chronić Państwa dane osobowe. Realizacja wymogów Rozporządzenia naturalnie wpisuje się w naszą Politykę Prywatności. Informację dlaczego, jak i w jakim celu przetwarzamy dane osobowe znajdziesz w naszej Polityce Prywatności, zamieszczonej na stronie wydawnictwa Medyk: medyk.com.pl oraz na stronie czasopisma „Gabinet Prywatny”: gabinetprywatny.pl.pl. Administratorem Państwa danych osobowych jest wydawnictwo Medyk Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie, NIP 5260204920. Dziękujemy za zaufanie!

PRENUMERATA

Cena prenumeraty rocznej 90 zł brutto

Cena wersji elektronicznej 60 zł brutto

(w tym VAT 8%)

Prenumeratę mogą Państwo zamówić:

- telefonicznie: **22 666 43 32-35**
infolinia **801 55 45 42** (linia ulgowa)
- pocztą pod adresem redakcji
- korzystając z naszej strony internetowej:
www.gabinetprywatny.pl
- e-mail: **prenumerata@gabinetprywatny.com.pl**

Dokonyując wpłaty na konto bankowe

PKO BP S.A. Warszawa

Nr 16 1020 1185 0000 4002 0088 9766

Redakcja nie ponosi odpowiedzialności za treść zamieszczonych reklam, ogłoszeń i artykułów sponsorowanych. Wydawca ma prawo odmówić zamieszczenia reklam i ogłoszeń, jeżeli ich treść lub forma są sprzeczne z charakterem pisma lub interesem wydawcy. Przekopanie artykułów, kopiowanie lub powielanie w jakiegokolwiek formie, w części lub całości, bez pisemnej zgody wydawcy jest zabronione. Reklamy i ogłoszenia dotyczące leków wydawanych na receptę (Rx) oraz stosowanych w lecznictwie zamkniętym (Lz) są skierowane tylko do lekarzy, którzy posiadają uprawnienia niezbędne do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (DzU Nr 126, poz. 1381, z późn. zmianami i rozporządzeniami).

Informacja dla Autorów:

Publikacje należy przysyłać na e-mail: gp@medyk.com.pl. Regulamin publikowania prac oraz zasady ich recenzowania znajdują się na stronie www.gabinetprywatny.com.pl

Przed publikacją artykułu redaktor naczelny może w uzasadnionych przypadkach zasięgnąć opinii członka Rady Naukowej. Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów oraz poprawek stylistycznych.

Czasopismo indeksowane w bazach: IC, PBL

Informujemy, że wersja elektroniczna czasopisma „Gabinet Prywatny” jest wersją pierwotną.

ISSN 2353-8600 (wersja elektroniczna)

ISSN 1230-4719 (wersja drukowana)

Nakład do 10 000 egz.

© Copyright® Medyk Sp. z o.o.

Ⓢ Znak odpłatności

gabinetprywatny.pl domena lekarzy aktywnych



gabinet GP prywatny

— lekarza POZ —



Czasopismo naukowe adresowane do lekarzy od 1993 r.

INDEX COPERNICUS 72.43 pkt

PRZEGLĄD METOD LECZENIA W ARTYKUŁACH NAUKOWYCH

FARMAKOTERAPIA W CODZIENNEJ PRACY LEKARZA

PRAKTYKA MEDYCZNA

WYWIADY ZE SPECJALISTAMI



leczenie



nauka



praktyka

PRENUMERATA 2021*

PROMOCYJNA CENA 72 zł

*Wraz z dostępem do portalu www.gabinetprywatny.pl; Wartość oferty poza promocją 90 zł – prenumerata, 90 zł – dostęp do portalu

➔ Zamów już teraz dzwoniąc pod numer **801 55 45 42** (linia ulgowa)

www.gabinetprywatny.pl
domena lekarzy aktywnych

Depremin 612mg

*Hyperici herbae extractum
siccum quantificatum*
612 mg, tabletki powlekane

NATURALNA RÓWNOWAGA

JEDYNY W POLSCE LEK ZIOŁOWY BEZ RECEPTY

**Produkt leczniczy roślinny
przeznaczony do krótkotrwałego
leczenia objawów łagodnych
zaburzeń depresyjnych**

Depremin 612mg; 1 tabletki zawiera 612 mg wyciągu (w postaci wyciągu suchego, kwantyfikowanego) z *Hypericum perforatum* L., herba (ziele dziurawca) (DERpierwotny3-6:1), co odpowiada: 0,6 mg – 1,8 mg sumy hiperycyn w przeliczeniu na hiperycynę, 36,72 mg – 91,80 mg sumy flawonoidów w przeliczeniu na rutynę, nie więcej niż 36,72 mg hyperforyny; rozpuszczalnik ekstrakcyjny: etanol 60% (V/V). **Wskazania:** Produkt leczniczy roślinny przeznaczony do krótkotrwałego leczenia objawów łagodnych zaburzeń depresyjnych. **Przeciwwskazania:** Jeśli pacjent ma uczulenie na substancję czynną lub którykolwiek z pozostałych składników tego leku. Jeśli pacjent jednocześnie stosuje leki o działaniu zmniejszającym reakcję odrzucenia przeszczepu: cyklosporynę, takrolimus do użytku ogólnoustrojowego, leki stosowane w leczeniu zakażenia HIV: amprenawir, indynawir i inne inhibitory proteazy, leki przeciwnowotworowe: irynotekan i leki przeciwwzakrzepowe: warfarynę. Przed rozpoczęciem stosowania leku Depremin 612mg należy omówić to z lekarzem lub farmaceutą. Podczas leczenia należy unikać ekspozycji na intensywne promieniowanie UV (ultrafioletowe). Z uwagi na brak wystarczających danych, stosowanie u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 18 lat nie jest zalecane. **Podmiot odpowiedzialny:** Zakłady Farmaceutyczne Colfarm S.A., ul. Wojska Polskiego 3, 39-300 Mielec.

PRODUCENT: Zakłady Farmaceutyczne COLFARM S.A.
ul. Wojska Polskiego 3, 39-300 Mielec, infolinia: 800 800 178

www.colfarm.pl

COLFARM 

Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych i dawkowanie oraz informacje dotyczące stosowania produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą, gdyż każdy lek niewłaściwie stosowany zagraża Twojemu życiu lub zdrowiu.

