

gabinet prywatny

lekarza POZ

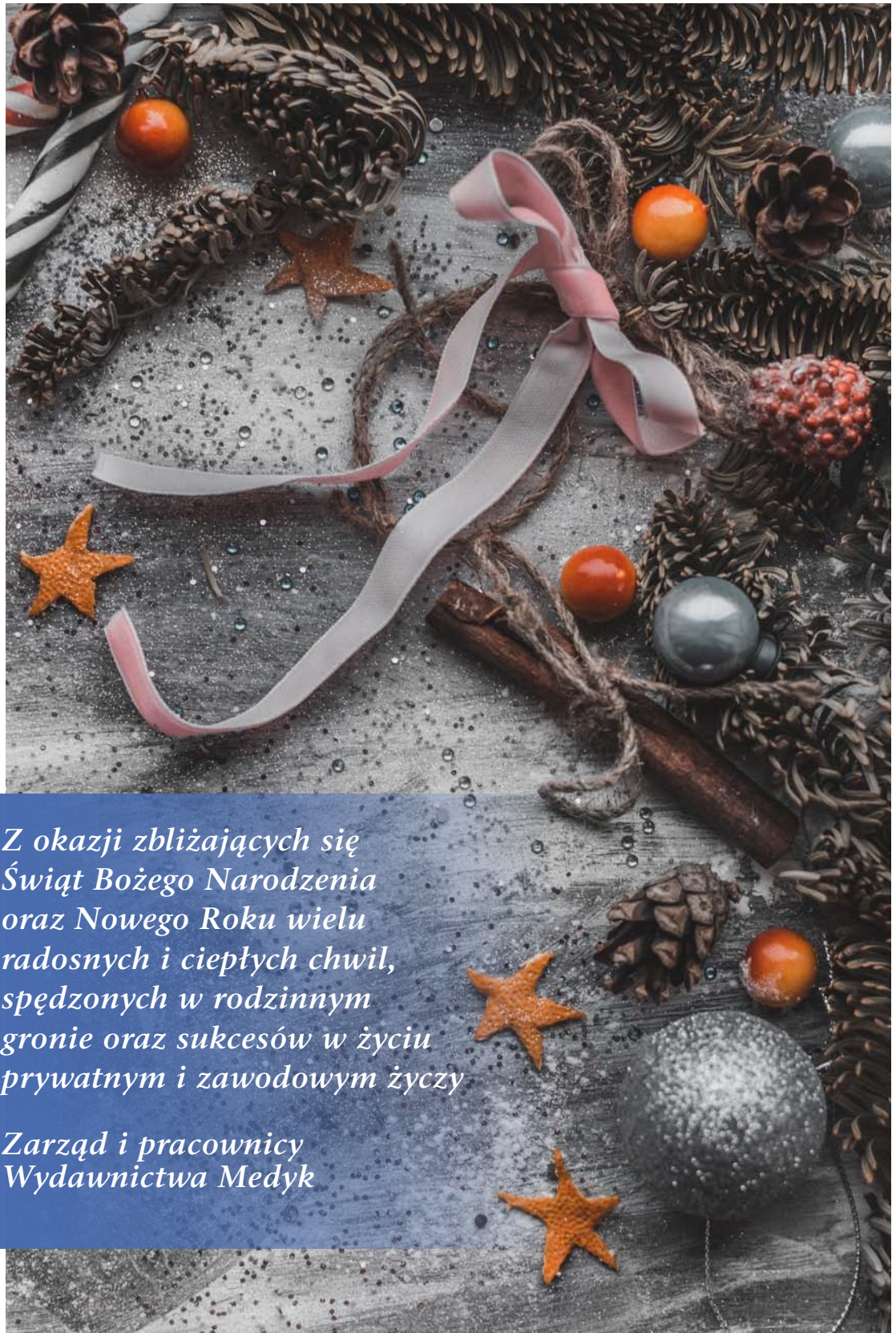
VOL 27 / NR 06 / 2020 (273) Cena 15 zł (w tym 8% VAT)

Signopam

temazepam

pozwała na
utrzymanie snu¹





*Z okazji zbliżających się
Świąt Bożego Narodzenia
oraz Nowego Roku wielu
radosnych i ciepłych chwil,
spędzonych w rodzinnym
gronie oraz sukcesów w życiu
prywatnym i zawodowym życzy*

*Zarząd i pracownicy
Wydawnictwa Medyk*

MNiSW 5 pkt | Index Copernicus 72.43 pkt

Patronat: Polskie Towarzystwo Lekarskie | Komisja Młodych Lekarzy Rodzinnych



OBSERWUJ NAS NA TWITTERZE

@gabinetprywatny



Spis treści

Farmakoterapia

06 Odstawienie benzodiazepin u pacjentów uzależnionych na podstawie rekomendacji dla lekarzy rodzinnych dotyczących bezpiecznego stosowania BZD

lek. Marlena Janoska-Jaździk

09 Powikłania w zespole stopy cukrzycowej – jak postępować z pacjentem?

mgr farm. Piotr Hudemowicz, mgr farm. Marek Pięta

13 Leczenie alergicznych chorób skóry, w tym także powikłanych bakteryjnie, z uwzględnieniem aerozoli (glikokortykosteroidów w połączeniu z antybiotykiem)

lek. Agnieszka Honisz, lek. Piotr Kapica, lek. Katarzyna Adamczyk-Sitko,
prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

29 Probiotyki – preparaty modyfikujące mikroflorę jelitową i ich zastosowanie

Paulina Broła, Maria Sroka, Aleksandra Woś, dr hab. n. farm. Łukasz Szeleszczuk,
dr n. farm. Monika Zielińska-Pisklak, prof. dr hab. Marcin Sobczak

44 Probiotykoterapia w ciąży – jakie niesie korzyści?

mgr inż. Magdalena Gawlik

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”!

Ministerstwo Zdrowia to bez wątpienia najtrudniejszy z działów administracji rządowej. Ograniczony budżet na nieograniczone potrzeby zdrowotne Polaków powoduje, że każdy minister zdrowia co dzień musi podejmować decyzje, często mające znaczenie dla być albo nie być milionów Polaków. Dlatego tak ważne jest, aby te decyzje były przemyślane i poparte najrzetelniejszymi dowodami naukowymi, by nie szkodziły, a możliwie jak najlepiej pomagały. Szczególnie ważne jest to w czasach pandemii, gdy trzeba liczyć każdą złotówkę, bo budżet nie jest przecież z gumy, a cały świat ściga się w coraz to nowszych propozycjach, jak odeprzeć atak niewidzialnego wroga.

Z perspektywy lekarza Podstawowej Opieki Zdrowotnej widzę rezultaty podejmowanych na szybko decyzji. W ostatnich dniach ruszył program PulsoCare, którego celem jest zaopatrzenie pacjentów chorujących na COVID-19 w domu w pulsoksymetrię, co umożliwi ich stałe monitorowanie. O ile kryteria włączenia pacjenta do programu przez lekarza POZ są dość jasne, o tyle zasady działania zespołu lekarzy Centrum Kontaktów Domowej Opieki Medycznej monitorujących zdalnie saturację pacjentów już takie nie są. Dlatego rodzi się wiele pytań wśród lekarzy POZ. Kto poniesie odpowiedzialność za przeoczenie niskiej saturacji u pacjenta? Kto ma wytłumaczyć pacjentowi, jak zainstalować i uruchomić niezbędną aplikację (szczególnie chorym 60+)? Czy pacjenci są świadomi, że to nie ich lekarz rodzinny będzie odpowiedzialny za monitoring? Czy będą wiedzieć, w jakich sytuacjach urządzenie może błędnie wskazywać pomiar? Czy przeprowadzono pilotaż programu, a skoro tak, to czy wiadomo gdzie i które poradnie w nim uczestniczyły, aby mogły podzielić się doświadczeniami? Brak odpowiedzi na te pytania powoduje, że wielu znajomych lekarzy rodzinnych powstrzymuje się od dobrowolnego w nim udziału. Choć stosowanie pulsoksymetrii w COVID-19 oparte jest na badaniach naukowych przeprowadzanych na małych grupach, zdrowy rozsądek każe sądzić, że takie działanie jest skuteczne. Wiemy bowiem, że infekcja SARS-CoV-2, inaczej niż w „zwykłym” zapaleniu płuc, nie towarzyszy wysięk w pęcherzykach płucnych. Za to mają one tendencję do zapadania się, co sprzyja tzw. cichej hipoksji, ale nie hiperkapnii. W efekcie – mimo iż ilość tlenu we krwi spada – chorzy nie zdają sobie z tego sprawy, aż do momentu, gdy stają się skrajnie niewydolni. Chęć uchwycenia stanu niemej hipoksji w pełni uzasadnia wykorzystanie pulsoksymetrii w domu pacjenta.

Inną decyzją podjętą przez MZ jest przekazanie testów antygenowych wykrywających wirusa SARS-CoV-2 do POZ-ów. Pomysł wydaje się świetny – szybkie, łatwe do wykonania testy wreszcie umożliwią szybką diagnostykę choroby na poziomie lokalnym, ale diabeł tkwi w szczegółach. Potrzebne są specjalnie zorganizowane pomieszczenia i odpowiednio ubrany personel. Na wymaz przychodzić będą bowiem osoby podejrzane o zachorowanie na COVID-19, stanowiąc zagrożenie dla pacjentów i personelu poradni. Skoro jest utworzona sieć punktów wymazowych, dlaczego nie powierzyć im tego zadania? Tym bardziej, że jeśli wynik testu antygenowego okaże się ujemny, to i tak należy wykonać drugi wymaz na RT-PCR.

Patrząc na wdrażanie obu programów w ekspresowym tempie wydaje się, że podejmowanie ważnych decyzji może być albo szybkie, albo dobre. Połączyć się tego nie da i nawet w dobie pandemii trudno w tej kwestii iść na kompromis.

Mogę Państwa zapewnić, że nie idziemy na kompromisy w nowym numerze „Gabinetu Prywatnego”, prezentując Państwu skrzętnie wyselekcjonowane artykuły. Dr A. Honisz wyjaśnia, jak definiujemy pokrzywkę wodną, dr M. Janoska-Jaździk przedstawia prosty schemat odstawiania benzodiazepin w opiece ambulatoryjnej, zaś mgr M. Gawlik podkreśla, że ryzyko pewnych chorób może zmniejszać przyjmowanie probiotyków w ciąży. Mgr P. Chudemowicz wskazuje, co powinny zawierać etykiety produktów do opatrywania stopy cukrzycowej, a stud. P. Broła informuje, w jakich wskazaniach powinniśmy stosować konkretne szczepy bakterii probiotycznych.

Miłej lektury!

dr n. med. Paweł Lewek

Depremin 612mg

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

NATURALNA RÓWNOWAGA

LEK ZIOŁOWY BEZ RECEPTY

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: ampre nawir, 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.

Odstawienie benzodiazepin u pacjentów uzależnionych na podstawie rekomendacji dla lekarzy rodzinnych dotyczących bezpiecznego stosowania BZD

lek. Marlena Janoska-Jaździk

Klinika Psychiatryczna Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego

Słowa kluczowe: benzodiazepiny, odstawienie benzodiazepin, lekarze rodzinni, POZ.

Wprowadzenie

Benzodiazepiny (BZD) są skutecznymi i bezpiecznymi lekami, jeśli stosuje się je zgodnie ze wskazaniami oraz przez krótki czas. **W podstawowej opiece zdrowotnej (POZ) strategia unikania rozwoju tolerancji i uzależnienia od BZD polega na stosowaniu minimalnej skutecznej dawki leku krótkoterminowo.**

Najbezpieczniejsze jest stosowanie benzodiazepin przez 2 tygodnie.

Odstawienie BZD może być z powodzeniem prowadzone przez lekarza pierwszego kontaktu. Proces ten został przedstawiony na poniższym schemacie. Jeśli takie postępowanie nie przyniesie oczekiwanych rezultatów, należy skierować pacjenta do psychiatry.

Schemat odstawienia BZD w warunkach POZ

Fazy odstawienia BZD	Przebieg etapu odstawienia BZD	Przykład kliniczny
Faza substytucji	Obejmuje zamianę stosowanych BZD na jeden z preparatów długo działających. Najczęściej jest to diazepam. Spadek stężenia leku jest powolny, objawy odstawienia są mniej uciążliwe.	Pacjent przyjmuje 2 mg lorazepamu na dobę (w schemacie 1 mg rano i 1 mg wieczorem) – to w przeliczeniu na diazepam 20 mg. Oznacza to, że pacjent będzie przyjmował 10 mg diazepamu rano i 10 mg wieczorem.

<p>Faza redukcji dawki</p>	<p>Stopniowe zmniejszanie dawki przyjmowanych BZD. Brak ściśle sprecyzowanego schematu odstawiania leków. Redukcja dawki co 7-14 dni. Proces odstawiania leku trwa wiele tygodni.</p> <p>Do oceny nasilenia objawów odstawiennych pomocna jest skala CIWA-B. W pierwszym tygodniu dawka leku może być zredukowana np. o 50%. W kolejnych tygodniach np. o 25% dawki z poprzedniego tygodnia (nie dawki początkowej!).</p>	<p>Zmniejszamy dawkę diazepam – np. 5 mg rano (R) i 5 mg wieczorem (W). Po 2 tygodniach 2,5 mg R i 5 mg W; w kolejnym tygodniu 2 mg R i 4 mg W; po tygodniu 2 mg R, 2,5 mg W; następnie 1 mg R i 2,5 mg W; kolejny tydzień 1 mg R i 2 mg W. Następnie 1 mg R i 1,5 mg W; potem 1 mg R i 1 mg W.</p> <p>Schemat odstawienia zależy ściśle od samopoczucia pacjenta i objawów odstawiennych.</p>
<p>Faza eliminacji substancji</p>	<p>Najtrudniejszy okres leczenia. Znaczny spadek stężenia leku w surowicy krwi może spowodować wystąpienie zespołu abstynencyjnego. Warto rozważyć, czy stosować inne leki, które łagodzą tachykardię, niepokój, lęk, bezsenność (najczęściej B-adreolityki, np. propranolol; leki przeciwhistaminowe – hydroksyzyna; leki przeciwdepresyjne – mianseryna, trazodon; leki przeciwpsychotyczne – chlorprotiksen).</p> <p>W przypadku trudności w redukcji dawki: przerwać dalszą detoksykację, utrzymać dawkę aktualnie przyjmowaną, skierować pacjenta do leczenia specjalistycznego.</p>	<p>Dalsze odstawienie diazepam, np. 0,5 mg R, 1 mg W; potem 0,5 mg R i W; następnie 0,5 mg W i po 2 tygodniach próba całkowitego odstawienia. Powyższy schemat jest jedynie przykładem, schemat odstawienia zależy bowiem ściśle od samopoczucia pacjenta. Jeśli objawy odstawienne są nasilone, jest to przesłanka do wydłużenia czasu między kolejnymi dawkami i zmniejszenia redukcji wielkości dawki.</p>
<p>Faza obserwacji końcowej</p>	<p>Wysokie ryzyko powrotu do przyjmowania odstawionego leku. BZD są obecne w surowicy krwi pacjenta jeszcze przez 2-3 tygodnie. Zalecana uważna obserwacja w celu przeciwdziałania ewentualnym objawom odstawiennym. W tym okresie mogą wystąpić objawy psychiczne, które były pierwotną przyczyną podania BZD (zaburzenia lękowe, bezsenność, depresja).</p>	

Skala CIWA-B

OBJAWY SUBIEKTYWNE	OBJAWY OBIEKTYWNE
<ul style="list-style-type: none"> • rozdrażnienie • zmęczenie • napięcie • trudności z koncentracją • zmiana apetytu • drętwienie lub pieczenie w twarzy, dłoniach albo stopach • kołatanie serca • ból głowy • bóle lub sztywność mięśni • niepokój, nerwowość, napięcie, zdenerwowanie • zmiana jakości i długości snu • osłabienie • zaburzenia widzenia • lęk • zamartwianie się 	<ul style="list-style-type: none"> • niepokój • pobudzenie • drżenie rąk • potliwość • wartości tętna, ciśnienia krwi, częstość oddechów

■ Wskazania do odstawienia BZD przez psychiatrę/w szpitalu

Do wskazań takich należą:

- znaczne przekraczanie dawki BZD (> 20 mg w przeliczeniu na diazepam);
- przyjmowanie BZD wielokrotnie w ciągu dnia;
- dodatni wywiad w kierunku napadów padaczkowych;
- dodatni wywiad w kierunku majaczenia;
- współwystępowanie uzależnienia od alkoholu lub detoksykacja po przerwaniu ciągu alkoholowego.

■ Podsumowanie

Wielokrotnie w POZ spotyka się pacjentów, zwłaszcza starszych, uzależnionych od niskiej dawki leków, którzy przyjmują leki od wielu lat, nie zwiększają dawki i nie są zmotywowani do odstawienia. Jak należy wtedy postępować? Jeśli chory nie wyraża zgody na odstawienie leku, należy odnoto-

wać to w dokumentacji medycznej, zaznaczając, że pacjent został poinformowany o negatywnych skutkach przyjmowanego leku, zwiększonym ryzyku upadków i pogorszeniu sprawności poznawczej. © ®

lek. Marlena Janoska-Jaździk
marlena.jazdzik@mscz.pl
Nadesłano: 17-08-2020

Powikłania w zespole stopy cukrzycowej – jak postępować z pacjentem?

mgr farm. Piotr Hudemowicz, mgr farm. Marek Pięta

■ **Słowa kluczowe:** zespół stopy cukrzycowej, ZSC, cukrzyca, leczenie, profilaktyka.

■ Wprowadzenie

Zespół stopy cukrzycowej (ZSC) to przewlekłe powikłanie nieprawidłowo leczonej cukrzycy i zaburzeń krążenia, które objawia się infekcją, owrzodzeniem, destrukcją głębokich tkanek stopy z zanikiem czucia (neuropatia) oraz chorobami naczyń obwodowych (niedokrwienie, miażdżyca). Szacuje się, że może wystąpić u ponad 400 tys. pacjentów w Polsce. Zaniedbana lub zbyt późno rozpoznana stopa cukrzycowa niedokrwienna często prowadzi do amputacji. Według danych statystycznych w Polsce z powodu powikłań zespołu stopy cukrzycowej wykonuje się rocznie ok. 4,5 tys. amputacji powyżej kostki i ok. 25 tys. częściowych amputacji w obrębie stopy. Niezależnie od nakładów na służbę zdrowia problem zespołu stopy cukrzycowej jest wyzwaniem dla każdego państwa. W USA przeprowadza się rocznie ok. 60 tys. amputacji rocznie, w Niemczech ok. 40 tys., a w Wielkiej Brytanii ok. 30 tys. Mimo postępu medycyny, liczba wykonywanych amputacji utrzymuje się na niezmiennie wysokim poziomie, a długość życia pacjentów po amputacji stopy wynosi średnio ok. 5 lat.

Wzrost zachorowań na ZSC wynika ze stałego wzrostu liczby chorych na cukrzycę oraz wydłużenia średniej długości życia w krajach rozwiniętych. Można wyróżnić trzy podstawowe typy ZSC. Wiedza na ten temat znacznie ułatwia szybką diagnostykę na każdym poziomie

opieki zdrowotnej, rozpoczynając od wizyty pacjenta w aptece.

■ Stopa cukrzycowa neuropatyczna – uszkodzenie nerwów

Stopa cukrzycowa neuropatyczna stanowi ok. 30% wszystkich przypadków ZSC występujących wśród zdiagnozowanych pacjentów. We wczesnej fazie może się objawiać niepozornymi dolegliwościami takimi jak: mrowienie, pieczenie i drętwienie stóp. Nasilenie objawów prowadzi do powolnej utraty czucia w zakończeniach palców nóg oraz stopie. Utrata czucia może objawić się brakiem bólu przy drobnym skaleczeniu, urazie lub też poparzeniem podczas mycia stóp w zbyt gorącej wodzie. Na samej stopie nie obserwuje się ścieńczenia lub bledzi skóry, a tętno zazwyczaj jest dobrze wyczuwalne na tętnicy grzbietowej stopy. Osobami narażonymi na ten typ ZSC są pacjenci z przewlekłą hiperglikemią i nieuregulowaną cukrzycą.

■ Stopa cukrzycowa niedokrwienna – brak ukrwienia kończyn dolnych

Jest to najczęściej rozpoznawalny typ zespołu stopy cukrzycowej. Charakteryzuje się powstawaniem owrzodzeń w obrębie stopy, które z powodu zaburzeń krążenia i niedokrwienia goją się dłużej. W niektórych sytuacjach dochodzi do częściowej martwicy w postaci czarnej tkanki

wokół palców. Nawet małe skaleczenia kończą się powstaniem ran, które stanowią poważny problem terapeutyczny dla personelu medycznego. Pacjent ma zachowane czucie w stopie, ale skóra na stopie zazwyczaj jest bardzo cienka i blada. W mniejszym stopniu wyczuwalne jest tętno na tętnicy grzbietowej i piszczelowej. Pacjenci we wczesnym stadium tego typu ZSC zazwyczaj uskarżają się na objawy chromania przystankowego oraz ból podudzi, który ustaje w ułożeniu nóg w pozycji spoczynkowej. Skóra w stopie cukrzycowej niedokrwiennej jest, blada, sucha, podatna na pęknięcia oraz tworzenie się modzeli.

Zespół stopy cukrzycowej mieszany stanowi największe wyzwanie dla prawidłowej diagnostyki i postępowania terapeutycznego. W postaci mieszanej dochodzi zarówno do uszkodzenia nerwów, jak również niedokrwienia

stopy. Ten typ ZSC występuje zazwyczaj u ok. 15% pacjentów.

■ Diagnostyka i leczenie

Po pierwsze pacjent z podejrzeniem ZSC powinien odbyć konsultację w gabinecie lekarza POZ dotyczącą działań prewencyjnych, które mają na celu zapobieganie ewentualnym powikłaniom. Lekarz dokonuje pogłębionego wywiadu, który obejmuje informację o chorobach współistniejących. Podczas wizyty dokładnie ogląda stopy, sprawdza zaburzenia czucia, ciepłoty stóp oraz tętno na tętnicy piszczelowej i grzbietowej stopy. Wizyta powinna również obejmować porady w kwestii pielęgnacji i kontroli stanu stóp, jak i typu odpowiedniego obuwia. Pacjent z rozpoznaniem zespołu stopy cukrzycowej powinien jak najszybciej trafić do poradni stopy cukrzycowej

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.**



i być pod stałą opieką chirurga naczyniowego oraz diabetologa.

Jednym z podstawowych powikłań występujących u pacjentów z zespołem stopy cukrzycowej są rany w okolicy stopy i pięty. Pozornie drobne urazy mogą prowadzić do powstania ran, które w krótkim czasie zakażają się, co prowadzi do owrzodzenia, a w konsekwencji może zakończyć się to amputacją. Do leczenia zakażenia w obrębie stopy u pacjenta z ZSC należy używać wyłącznie leków i wyrobów medycznych, które mają zatwierdzone wskazania do pielęgnacji i leczenia tego typu schorzenia.

Trzeba unikać długotrwałego moczenia stóp, a umyte stopy powinny być jak najszybciej wysuszone. Należy stosować płyny do przemywania ran, które nie utrudniają procesu gojenia. Do płynów takich można zaliczyć roztwory na bazie kwasu pochlorawego, polihexanidyny czy płyn Ringera. Należy unikać produktów na bazie chlorheksydyny i wody utlenionej, gdyż hamują proces ziarninowania rany. Stosowanie roztworów oktenidyny jest pomocne do odkażenia rany, jednak zastosowanie tej substancji powinno być krótkotrwałe. Do wyrobów medycznych hamujących zakażenie i ułatwiających leczenie należą specjalistyczne opatrunki zawierające jony srebra oraz spray i krem z srebrem TIAB i kwasem hialuronowym. Należy wyłącznie zalecać produkty, które mają na etykiecie zarejestrowane wskazanie do leczenia ran w ZSC.

Ponadto warto zaznaczyć, że podstawą sukcesu leczenia ZSC jest profilaktyka, która obejmuje uregulowanie poziomu cukru we krwi, rewaskularyzację kończyny niedokrwionej na poziomie podudzia i kostki oraz dbałość o codzienny przegląd stóp. Nie można również zapomnieć o pielęgnacji stóp, obejmującej nawilżenie skóry kremami na bazie mocznika, przycinanie paznokci, noszenie odpowiedniego obuwia oraz edukację pacjenta, jak i najbliższej rodziny. © P

Przedruk z „Leku w Polsce” VOL 30 NR 06/07'20 (349/350)

ARGOTIAB®

NA BAZIE AKTYWNEGO SREBRA (TIAB)

o silnym działaniu przeciwbakteryjnym, przeciwgrzybiczym i przeciwwirusowym

GOJENIE BEZ POWIKŁAŃ

Wyrób medyczny
w procesie leczenia:

- trudno gojących się ran
- owrzodzeń i odleżyn
- stopy cukrzycowej
- infekcji skóry
- oparzeń termicznych i chemicznych

SKUTECZNY
CHRONIONY PATEMTEM
SREBRO TIAB

Bez ograniczeń
wiekowych

I Miejsce
innowacja roku
w leczeniu ran i oparzeń
XVI SYMPOZJUM
OPARZENIA 2016,
POZNAŃ



2% krem,
tuba 50 ml

Suchy spray
125 ml

eliminuje
zakażenie rany¹

przyspiesza
proces gojenia²

łagodzi ból
nie drażni rany²



Hexanova®
www.argotiab.pl

1. R. Cassino, AM. Ippolito, P. Caffaro: Raport Ministry dotyczący wyrobu medycznego powstałego na bazie nowoczesnych nanotechnologii wykorzystujących dwutlenek tytanu i srebra jonowego TIAB. Kongres EWMA 2012, Wiedez; 2. Daniela Capocchia, Federica Cocca, Frida Leonetti: Wpływ krem/spray na bazie srebra TIAB na zmiany skórne związane z otłuszczeniem. Doświadczenia własne u 200 pacjentów. Zakład Medycyny Doświadczalnej, Uniwersytet Sapienza w Rzymie 2014.





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 krótkotrwale: 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, koszmarny senne, 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 lęku związanego z depresją. Monoterapia tymi lekami może nasilić skłonność samobójczą; w przypadku utraty bliskich lub żaloby benzodiazepiny mogą hamować dostosowanie psychologiczne; w przypadku na zawartość laktozy produktu leczniczego 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 nieznaną – 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 nieznaną – 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, odpowiednie 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

Leczenie alergicznych chorób skóry, w tym także powikłanych bakteryjnie, z uwzględnieniem aerozoli (glikokortykosteroidów w połączeniu z antybiotykiem)

Treatment of allergic skin diseases, including bacterial complications associated with aerosol applications (glucocorticosteroids in action with an antibiotic)

**lek. Agnieszka Honisz¹, lek. Piotr Kapica², lek. Katarzyna Adamczyk-Sitko³,
prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło^{3,4}**

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

Ordynator Oddziału: lek. Joanna Pyszczek

² Oddział Dermatologiczny, Miejski Szpital Zespolony w Częstochowie

Ordynator Oddziału: lek. Barbara Kucharczyk

³ Katedra i Klinika Dermatologii, Wydział Lekarski w Katowicach, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach

⁴ Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny im. Andrzeja Mielęckiego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach

■ **Słowa kluczowe:** alergia, powikłania bakteryjne, aerosol, antybiotyki, glikokortykosteroid.

■ **Streszczenie:** Aktualnie wzrasta częstość występowania chorób alergicznych skóry, takich jak atopowe zapalenie skóry, pokrzywka czy alergiczne kontaktowe zapalenie skóry. Dermatyzmy te są wywołane przez alergeny – kontaktowe, wziewne oraz pokarmowe. Wykwity skórne są odzwierciedleniem obrazu polimorficznej reakcji zapalnej, obejmującej naskórek i skórę właściwą. W postaci ostrej występuje silny świąd i rumień z tendencją do tworzenia się pęcherzyków. Zmiany przewlekłe charakteryzują się świądem, ale i suchością, lichenifikacją, złuszczeniem, nadmiernym rogowaceniem oraz przeczcosami. W okresie zaostrzenia może dojść do erythrodermii z bolesnym powiększeniem węzłów chłonnych. Dużym problemem chorych jest zwiększone ryzyko wystąpienia infekcji, głównie wywołanych przez gronkowca złocistego. Wówczas w początkowym etapie leczenia zastosowanie mają preparaty miejscowe, często o charakterze łączonym – kortykosteroid i antybiotyk, zazwyczaj pod postacią aerozoli, które są pochodnymi sprayu zawierającego substancje rozpylającą. W substancjach rozpylających w postaci aerozoli mogą być zawarte lecznicze preparaty, takie jak antybiotyki, glikokortykosteroidy i połączenie antybiotyku z glikokortykosteroidem. Aerozole są stosowane na zmiany chorobowe, które źle tolerują inne podłoża, zwykle z objawami wysięku.

■ **Keywords:** allergy, bacterial complications, aerosol, antibiotic, glucocorticosteroid.

■ **Abstract:** Currently, the incidence of allergic skin diseases such as atopic dermatitis, urticaria or allergic contact dermatitis is increasing. These dermatoses are caused by contact, inhalation and food allergens. Cutaneous condition represent a polymorphic inflammatory reaction involving the epidermis and dermis. There is severe pruritus and erythema with a tendency to form bubbles in the acute form are observed. Chronic lesions are characterized by both itching and dryness, lichenification, exfoliation, hyperkeratosis and excoriations. During the period of exacerbation, erythroderma with painful enlargement of lymph nodes may occur. The increased risk of infection, mainly caused by *Staphylococcus aureus*, makes the patient worse. Then, in the initial stage of treatment, topical preparations, often of the form of aerosols, which are derivatives of a spray containing a spray substance are used. Medicinal preparations such as antibiotics and glucocorticosteroids may be included in spraying solutions, powders and foams. Aerosols are used for lesions that do not tolerate other substrates, usually with signs of exudate.

■ Wprowadzenie

Systematycznie wzrasta częstość występowania alergicznych chorób skóry we współczesnym świecie. Podejmuje się próby wyjaśnienia tego zjawiska. Genetycznie uwarunkowane nieprawidłowości funkcji i struktury skóry oraz niekorzystne oddziaływanie szkodliwych czynników środowiskowych są częściowo elementami tłumaczącymi wspomniane zjawisko [1].

Skóra to najcięższy (4-5 kg) i największy narząd o powierzchni ok. 1,5-2 m², który postrzegany jest jako bariera statyczna chroniąca organizm przed światem zewnętrznym. Jest skolonizowana przez różnorodne mikroorganizmy, które w większości są nieszkodliwe, a nawet korzystne dla człowieka. To narząd aktywny immunologicznie, gdyż posiada **własny układ odpornościowy** (*skin immune system* – SIS). Wrodzona i nabyta odpowiedź immunologiczna moduluje skład mikroflory skóry, ale także mikroflora stymuluje kształtowanie układu odpornościowego. Konieczne jest zrozumienie udziału **mikrobiomu skóry** w jej zaburzeniach, celem podjęcia odpowiednich metod terapeutycznych.

Skóra stanowi barierę fizyczną, chroniącą nasz organizm przed możliwym atakiem substancji toksycznych i obcych organizmów, a także chroni przed urazami. Jest narządem czucia pozwalającym unikać bólowych bodźców, czy też zapewniającym zmysłowe przyjemności. Odpowiada za regulację temperatury ciała, a prawidłowa jej struktura ma wpływ na utrzymanie stałego pH i właściwego uwodnienia. Prawidłowy odczyn pH na powierzchni skóry jest bliski 5, czyli kwaśny, co warunkowane jest przez płaszcz lipidowy skóry i wydzielinę gruczołów ekrynowych. Środowisko kwaśne stanowi barierę, która hamuje rozwój grzybów i bakterii na jej powierzchni. **Nawilżenie skóry pełni ogromną rolę w utrzymaniu funkcji ochronnych**, gdyż woda stanowi główny czynnik, który zmiękcza keratynę. Zbyt duża zawartość wody powoduje pęcznienie komórek i przenikanie substancji hydrofilnych, a z kolei ni-

ska jej zawartość doprowadza do pęknięć, szorstkości i łuszczenia się skóry [1,2,3,4,5].

Do ważnych populacji komórkowych wchodzących w skład SIS zaliczamy: komórki Langerhansa – makrofagi pochodzenia szpikowego, które prezentują limfocytom T antygeny, a także inne komórki dendrytyczne i same keratynocyty czy komórki śródbłonna naczyniowego. Kluczową rolę w inicjacji rozwoju stanu zapalnego na tle alergicznym pełnią T regulacyjne (Treg), które zapobiegają autoimmunizacji, a także hamują rozwój kontaktowej reakcji nadwrażliwości przez hamowanie dojrzewania swoistych haptenurowo limfocytów T CD8+. Ogromne znaczenie dla odporności immunologicznej typu pierwotnego mają białka przeciwdrobnoustrojowe. Zaburzenia dotyczące zarówno funkcji, jak i ilości tych białek stwierdza się w alergicznych chorobach skóry, co razem z mikrobiomem skóry ma ogromny wpływ na etiopatogenezę tych chorób.

W odniesieniu do chorób alergicznych skóry najwięcej uwagi poświęcono atopowemu zapaleniu skóry i pokrzywce, zdecydowanie mniej osutkom polekowym i alergicznemu kontaktowemu zapaleniu skóry, co powinno się jednak zmienić w obliczu gwałtownie narastającego problemu alergii kontaktowej i odczynów polekowych [1,6].

■ Atopowe zapalenie skóry (AZS)

Atopowe zapalenie skóry (synonim: wyprysk atopowy inaczej zwany endogennym czy neurodermitem) to najczęściej przewlekło-nawrotowa choroba zapalna skóry, która często występuje rodzinnie. Choroba ta istnieje od czasów starożytnych, ale została opisana w 1933 r. Charakteryzuje się zaburzeniem funkcji naskórka i skóry właściwej [2,5,7,8].

Patofizjologia jest złożona, obejmuje zmianę odpowiedzi immunologicznej z udziałem komórek, dysfunkcję elementów bariery skórnej, nadwrażliwość IgE oraz wpływ czynników środowiskowych. Dochodzi do zmiany pH skóry, wzrostu przeznaskórkowej utraty wody i od-



Ryc. 1, 2. Zmiany skórne w atopowym zapaleniu skóry

wodnienia. **Atopowe zapalenie skóry dotyka ok. 1-3% dorosłych i 15-20% dzieci na całym świecie.** Zwykle rozpoczyna się w okresie wczesnego dzieciństwa i może stanowić element „marszu atopowego”, który jest naturalną historią atopowych objawów z typową sekwencją chorób atopowych występujących w dzieciństwie, poprzedzających rozwój innych schorzeń alergicznych w późniejszym okresie życia. Szacuje się, że 50% wszystkich osób z AZS ma inne alergiczne objawy w przebiegu 1. r.ż. Pacjenci zwykle wyrastają z tej dermatozy, gdyż ok. 70% chorych z początkiem w dzieciństwie ma remisję spontaniczną przed okresem dojrzewania. Rozpoznanie AZS we wczesnym dzieciństwie może być początkowym wskaźnikiem rozwoju alergicznego nieżytu nosa czy też astmy w okresie późniejszym [10].

Neurodermit objawia się głównie świądem. Morfologia wykwitów skórnych jest różnorodna w zależności od postaci choroby. **Ostre zmiany** charakteryzują się swędzącymi grudkami, rumieniem, surowicznym wysiękiem. Z kolei **postać przewlekła** objawia się obszarami lichenifikacji, czy zwłókniałymi guzkami. Atopowe zapalenie skóry podzielić można według różnych kryteriów, m.in. w zależności od wieku, nasilenia czy powikłań. Cechy kliniczne, przebieg i czynniki wywołujące wyprysk atopowy są różne w różnych okresach życia.

W okresie niemowlęcym wykwity skórne pojawiają się ok. 3. miesiąca życia, częściej chorują chłopcy, jednakże w późniejszym czasie tendencja ta ulega odwróceniu. Występuje rumień, drobne pęcherzyki i grudki. Obecne jest złuszczenie, sączenie, pęk-

nięcia i wilgotne strupy wtórnie zainfekowane. Świąd jest bardzo dokuczliwy. Zmiany skórne utrzymują się przez miesiąc, a nawet lata. Cała powierzchnia twarzy oraz skóry owłosionej głowy mogą być zajęte, a swędzące ogniska pojawiają się także w innej lokalizacji. W okresie dzieciństwa choroba może pojawić się *de novo* lub stanowi kontynuację wyprysku atopowego okresu niemowlęcego. Skóra jest sucha, wykwitły są rozmieszczone symetrycznie. Występują nieregularne, odgraniczone rumienie z grudkami, przeczosami i małymi strupami. Ponadto obserwuje się nacieki zapalne i lichenifikację głównie w okolicach zgięć łokciowych, dołów podkolanowych, twarzy i szyi.

U starszych pacjentów wykwitły pozostają symetryczne, zmienia się ich lokalizacja. Najczęściej zajęte są: powieki, czoło, usta, szyja, kark, część górna klatki piersiowej, grzbietowa powierzchnia rąk i doły zgięciowe. Zmiany skórne mają tendencję do uogólniania. Skóra jest sucha, występują ogniska rumieniowe i lichenifikacja (ryc.1, 2). Stwierdza się zarówno hipopigmentację, jak i pozapalną hiperpigmentację. Świąd może być tak mocno nasilony, że zaburza sen i odpoczynek. W przypadku zajęcia dużego obszaru ciała lub w wyniku wtórnej infekcji bakteryjnej dochodzi do powiększenia węzłów chłonnych [2,11,12,13].

■ Pokrzywka

Pokrzywka to częsta jednostka chorobowa objawiająca się bąblami pokrzywkowymi i/lub obrzękiem naczyńioruchowym. Patogeneza nie jest do końca poznana. Ta zapalna dermataza związana z komórkami tucznyymi charakteryzuje się przejściowymi zmianami w obrębie skóry i/lub błon śluzowych, czy też tkanek podskórnych. Postawienie rozpoznania oparte jest na badaniu klinicznym [14,15,16].

Istotnym elementem patofizjologicznym choroby jest komórka tuczna uwalniająca histaminę oraz inne mediatory – czynnik aktywujący płytki (PAF), cytokiny, które doprowadzają do

aktywacji nerwów czuciowych, poszerzenia naczyń, przesieku osocza i rekrutacji innych komórek do skóry objętej pokrzywkowym procesem. Sygnały aktywujące komórki tuczne nie są określone, mają charakter zróżnicowany i heterogenny [17].

Pokrzywka jest powszechna, dotyka osoby w każdym wieku, zarówno dzieci, jak i dorosłych. **Szacuje się, że 1 na 5 osób chociaż raz w życiu doświadcza epizodu pokrzywki. Postać przewlekła jest stwierdzana u ok. 1% populacji.** Objawy mogą utrzymywać się tygodniami, miesiącami czy latami, co ma wpływ na jakość życia. W większości przypadków nie można znaleźć zewnętrznego czynnika wywołującego chorobę; podkreśla się rolę czynnika autoimmunologicznego [18,19]. W klasyfikacji choroby uwzględnia się: częstość występowania, czas jej trwania oraz przyczyny wywołujące. Spektrum objawów klinicznych w różnorodnych podtypach jest szerokie. Dodatkowo u każdego chorego mogą współwystępować dwie lub więcej odmian choroby.

- **Pokrzywka ostra** definiowana jest jako występowanie spontanicznych bąbli i/lub obrzęku naczyńioruchowego krócej niż przez 6 tygodni. Zmiany skórne mają różną wielkość, zwykle utrzymują się mniej niż 24 godziny.
- **Pokrzywka przewlekła** obejmuje zarówno pokrzywkę przewlekłą samoistną (CSU), jak też pokrzywkę przewlekłą indukowaną (CIndU) – pokrzywki fizykalne oraz niefizykalne. Zmiany występują zwykle codziennie, przez czas dłuższy niż 6 tygodni. Pokrzywka przewlekła idiopatyczna to większość przypadków, w których nie ma zauważalnej przyczyny zewnętrznej [15,17,20,21].

Na obraz kliniczny **bąbla pokrzywkowego** składają się typowe trzy elementy: nagły, ogniskowy obrzęk skóry różnej wielkości, otoczony rumieniową obwódką, uczucie świądu czy pieczenia, przemijający charakter – ustępowanie bez śladu zazwyczaj w ciągu 1-24 godzin.

 **Dexapolcort[®]**

Dexamethasonum 0,28 mg/g

 **Dexapolcort[®] N**

Dexamethasonum 0,28 mg/g; Neomycini sulfas 1,38 mg/g

 **Oxycort[®]**

Oxytetracyclini hydrochloridum 9,30 mg/g,
Hydrocortisonum 3,10 mg/g.



AEROZOLOTERAPIA

**Glikokortykosteroidy stosowane miejscowo
są lekami z wyboru w terapii
wielu dermatoz⁽¹⁾**



**Dzięki formie aerozolu możliwe
jest uniknięcie mechanicznego
drażnienia skóry⁽²⁾**

TZf

DEXAPOLCORT® Nazwa własna produktu leczniczego: DEXAPOLCORT 0,28 mg/g aerozol na skórę, zawieszina. **Skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych:** 1 g zawiesziny zawiera 0,28 mg deksametazonu (*Dexamethasolum*). **Postać farmaceutyczna:** Aerozol na skórę, zawieszina. **Wskazania do stosowania:** Dexamapolcort jest wskazany do stosowania miejscowego w reagujących na leczenie kortykosteroidami następujących chorobach skóry: alergiczne choroby skóry, ostry wyprysk kontaktowy, odczyn po ukąszeniach owadów, pokrzywka, liszaj pokrzywkowaty, oparzenia I stopnia. **Dawkowanie i sposób podawania:** Chorobowo zmienione miejsca spryskuje się strumieniem zawiesziny, trzymając pojemnik pionowo, główką rozpyłową do góry, w odległości od 15 cm do 20 cm, przez 1 do 3 sekund. Stosować od 2 do 4 razy na dobę w równych odstępach czasowych. Skrajnie łatwopalny aerozol. Nie rozpylać nad otwartym ogniem lub innym źródłem zapłonu. Chronić oczy przed działaniem rozpylanej substancji, nie wdychać. Przed każdym użyciem kilkakrotnie energicznie wstrząsnąć pojemnik. Po każdym nałożeniu preparatu, należy dokładnie umyć ręce mydłem i wodą. **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na deksametazon lub na jakiegokolwiek substancję pomocniczą. Wirusowe, grzybicze lub gruźlicze choroby skóry, trądzik pospólny zwykły i różowaty, zapalenie skóry dokoła ust (*dermatitis perioralis*), odczyn po szczepieniach ochronnych, nowotwory skóry i stany przedrakowe. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Produkt jest przeznaczony wyłącznie do stosowania na skórę. Chronić oczy przed rozpylaną substancją. Nie wdychać rozpylanej substancji. Unikać kontaktu produktu z błonami śluzowymi. Jeśli w miejscu aplikacji produktu wystąpi podrażnienie skóry, aerozol należy odstawić. Należy unikać stosowania produktu długotrwale lub na dużych powierzchniach skóry oraz nie należy stosować go pod opatrunkami okluzyjnymi, ponieważ może dojść do zaniku naskórka, rozstępów i nadkażeń oraz zwiększa się ryzyko wchłaniania deksametazonu do krwi. W takich przypadkach deksametazon może wykazywać ogólnoustrojowe działania niepożądane, charakterystyczne dla kortykosteroidów, włącznie z zahamowaniem osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (m.in. objawy zespołu Cushinga, glikozuria, hiperglikemia). Jeśli wystąpią objawy ogólnoustrojowego działania kortykosteroidów, należy bezwzględnie przerwać leczenie produktem oraz monitorować stężenie kortyzolu w moczu. Dexametazon może wchłaniać się przez skórę do krwi i działać immunosupresyjnie. Dlatego w czasie stosowania preparatu pacjent powinien uważać, aby nie zarazić się zakaźną chorobą wirusową (ospa wietrzna, odra). Należy zachować szczególną ostrożność podczas stosowania preparatu u dzieci, gdyż istnieje ryzyko ogólnoustrojowego działania deksametazonu. U dzieci, ze względu na większy niż u dorosłych stosunek powierzchni ciała do masy ciała, ryzyko ogólnoustrojowego działania kortykosteroidów, w tym zaburzeń czynności osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (np. zespołu Cushinga), jest większe niż u dorosłych. Długotrwałe stosowanie kortykosteroidów może również zaburzać wzrost i rozwój dzieci. Interakcje z innymi lekami i inne rodzaje interakcji: Nie stwierdzono interakcji podczas miejscowego stosowania preparatu zgodnie z zaleceniami wskazaniami i sposobem podawania. Nie zaleca się jednoczesnego miejscowego stosowania dwóch lub więcej preparatów, ponieważ może to wpływać na stężenia substancji czynnych w miejscu aplikacji i (lub) spowodować zaczerwienienie skóry. **Działania niepożądane:** Dexametazon - steroidowy składnik preparatu, może powodować wystąpienie miejscowych objawów niepożądanych, takich jak: pieczenie, swędz, podrażnienie w miejscu aplikacji preparatu, nadmierne wysuszenie, zmiany zanikowe skóry, zapalenie kontaktowe skóry, zapalenie skóry wokół ust, maceracja skóry, zmiany trądzikopodobne, rozstępy, potówki, wysypka, nadmierne owłosienie, odbarwienie skóry, wtórne zakażenia skórne i zapalenie mieszków włosowych. Podczas długotrwałego stosowania preparatu i (lub) na dużych powierzchniach skóry, deksametazon może wchłaniać się do krwi i wywoływać ogólnoustrojowe objawy niepożądane typowe dla kortykosteroidów. U dzieci i niemowląt mogą dodatkowo wystąpić zaburzenia wzrostu i rozwoju. **Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu:** Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” Spółka Akcyjna, ul. A. Fleminga 2, 03-176 Warszawa. Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu: R/3035. Pozwolenie wydane przez URPLWiMPB. **Kategoria dostępności:** wydawany z przepisu lekarza -Rp. Pełna informacja o leku dostępna na żądanie.

DEXAPOLCORT® N Nazwa własna produktu leczniczego: DEXAPOLCORT N (1,38 mg + 0,28 mg)/g aerozol na skórę, zawieszina. **Skład jakościowy i ilościowy substancji czynnych:** 1 g zawiesziny zawiera 1,38 mg neomycyny siarczanu (*Neomycinii sulfas*) i 0,28 mg deksametazonu (*Dexamethasolum*). **Postać farmaceutyczna:** Aerozol na skórę, zawieszina. **Wskazania do stosowania:** Dexamapolcort N jest wskazany w miejscowym leczeniu skórných zakażeń wywołanych przez bakterie wrażliwe na neomycynę w przypadkach, gdy jest konieczne również przeciwwzapalne i (lub) przeciwwirusowe leczenie. **Dawkowanie i sposób podawania:** Chorobowo zmienione miejsca spryskuje się strumieniem zawiesziny, trzymając pojemnik pionowo, główką rozpyłową do góry, w odległości od 15 cm do 20 cm, przez 1 do 3 sekund. Stosować od 2 do 4 razy na dobę w równych odstępach czasowych. Skrajnie łatwopalny aerozol. Nie rozpylać nad otwartym ogniem lub innym źródłem zapłonu. Chronić oczy przed działaniem rozpylanej substancji, nie wdychać. Przed każdym użyciem kilkakrotnie energicznie wstrząsnąć pojemnik. Po każdym nałożeniu preparatu, należy dokładnie umyć ręce mydłem i wodą. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na neomycynę, deksametazon lub jakiegokolwiek substancję pomocniczą. Wirusowe, grzybicze lub gruźlicze choroby skóry, trądzik pospólny zwykły i różowaty, zapalenie skóry dokoła ust (*dermatitis perioralis*), odczyn po szczepieniach ochronnych, nowotwory skóry i stany przedrakowe. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Preparat jest przeznaczony wyłącznie do stosowania na skórę. Chronić oczy przed rozpylaną substancją. Nie wdychać rozpylanej substancji. Unikać kontaktu produktu leczniczego z błonami śluzowymi. Jeśli w miejscu aplikacji preparatu wystąpi podrażnienie skóry, preparat należy odstawić. Należy unikać stosowania produktu długotrwale lub na dużych powierzchniach skóry oraz nie należy stosować go pod opatrunkami okluzyjnymi, ponieważ może dojść do zaniku naskórka, rozstępów i nadkażeń oraz zwiększa się ryzyko wchłaniania deksametazonu do krwi. W takich przypadkach deksametazon może wykazywać ogólnoustrojowe działania niepożądane charakterystyczne dla kortykosteroidów włącznie z zahamowaniem osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (m.in. objawy zespołu Cushinga, glikozuria, hiperglikemia). Jeśli wystąpią objawy ogólnoustrojowego działania kortykosteroidów, należy bezwzględnie przerwać leczenie preparatem oraz monitorować stężenie kortyzolu w moczu. Dexametazon może wchłaniać się przez skórę do krwi i działać immunosupresyjnie. Dlatego w czasie stosowania preparatu pacjent powinien uważać, aby nie zarazić się zakaźną chorobą wirusową (ospa wietrzna, odra). Z uwagi na ototoksyczne i nefrotoksyczne działanie neomycyny, preparatu nie należy stosować długotrwale, na duże powierzchnie skóry lub na uszkodzoną skórę. Długotrwałe stosowanie preparatu może doprowadzić do rozmnażania szczepów bakterii opornych na neomycynę oraz alergii na neomycynę. W przypadku zakażeń wywołanych przez bakterie niewrażliwe na neomycynę lub grzyby, należy zastosować odpowiednie leczenie przeciwbakteryjne lub przeciwgrzybicze. Należy zachować szczególną ostrożność podczas stosowania preparatu u dzieci, gdyż istnieje ryzyko ogólnoustrojowego działania neomycyny lub steroidowego składnika preparatu – deksametazonu. U dzieci, ze względu na większy niż u dorosłych stosunek powierzchni ciała do masy ciała, ryzyko ogólnoustrojowego działania kortykosteroidów, w tym zaburzeń czynności osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (m.in. zespołu Cushinga), jest większe niż u dorosłych. Długotrwałe stosowanie kortykosteroidów może również zaburzać wzrost i rozwój dzieci. Interakcje z innymi lekami i inne rodzaje interakcji: Nie stwierdzono interakcji podczas miejscowego stosowania produktu zgodnie z zaleceniami wskazaniami i sposobem podawania. Nie zaleca się jednoczesnego miejscowego stosowania dwóch lub więcej preparatów, ponieważ może to wpływać na stężenia substancji czynnych w miejscu aplikacji lub spowodować zaczerwienienie skóry. Długotrwałe stosowanie preparatu jednocześnie z lekami działającymi nefro- i ototoksycznie (np. gentaminy, kwas etakrynowy, kolistyna) może nasilić toksyczność neomycyny. **Działania niepożądane:** Dexametazon - steroidowy składnik preparatu, może powodować wystąpienie miejscowych objawów niepożądanych, takich jak: pieczenie, swędz, podrażnienie w miejscu aplikacji produktu, nadmierne wysuszenie, zmiany zanikowe skóry, zapalenie kontaktowe skóry, zapalenie skóry wokół ust, maceracja skóry, zmiany trądzikopodobne, rozstępy, potówki, wysypka, nadmierne owłosienie, odbarwienie skóry, wtórne zakażenia skórne i zapalenie mieszków włosowych. Podczas długotrwałego stosowania preparatu i (lub) na dużych powierzchniach skóry, deksametazon może wchłaniać się do krwi i wywoływać ogólnoustrojowe objawy niepożądane typowe dla kortykosteroidów. U dzieci i niemowląt mogą dodatkowo wystąpić zaburzenia wzrostu i rozwoju. Neomycyna zawarta w preparacie może powodować miejscowe podrażnienie skóry, reakcje alergiczne, ototoksyczne (uszkodzenie słuchu) i uszkodzenie nerek. **Podmiot odpowiedzialny posiadający pozwolenie na dopuszczenie do obrotu:** Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” Spółka Akcyjna, ul. A. Fleminga 2, 03-176 Warszawa. Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu: R/0023. Pozwolenie wydane przez URPLWiMPB. **Kategoria dostępności:** wydawany z przepisu lekarza -Rp. Pełna charakterystyka produktu leczniczego dostępna na żądanie.

OXYCORT® Nazwa produktu leczniczego: Oxykort, (9,30 mg + 3,10 mg)/g, aerozol na skórę, zawieszina. **Skład jakościowy i ilościowy:** 1 g zawiesziny zawiera 9,30 mg oksytetracykliny chlorowodoru (*Oxytetracyclinihydrochloridum*) i 3,10 mg hydrokortyzonu (*Hydrocortisonum*). **Postać farmaceutyczna:** Aerozol na skórę, jednorodna zawieszina barwy żółtej do beżowej, o charakterystycznym zapachu. **Wskazania do stosowania:** produkt leczniczy stosuje się w miejscowym leczeniu stanów zapalnych skóry powikłanych zakażeniem bakteryjnym, w przebiegu następujących chorób: liszajec, zapalenie mieszków włosowych, alergiczne choroby skóry - pokrzywka, wyprysk, świerzbiczka; oparzenia i odmrożenia I stopnia; stany po ukąszeniach owadów; róża. **Dawkowanie i sposób podawania:** **Dozasi:** Chorobowo zmienione miejsca na skórze spryskiwać strumieniem zawiesziny, trzymając pojemnik pionowo, główką rozpyłową do góry, w odległości od 15-20 cm, przez 1 do 3 sekund. Stosować od 2 do 4 razy na dobę w równych odstępach czasu. **Dzieci i młodzież:** Brak danych dotyczących bezpieczeństwa stosowania. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwości na oksytetracyklinę, hydrokortyzon lub na jakiegokolwiek substancję pomocniczą (Sorbitantriioleoinan, Lecytyna, Izopropylu mirystynian, Mieszanka propanu/butanu/izobutanu). Grzybicze, gruźlicze lub wirusowe zakażenia skóry (np. opryszczka, ospa wietrzna), nowotwory skóry i stany przedrakowe, trądzik zwykły i różowaty, zapalenie skóry dokoła ust (*dermatitis perioralis*), uszkodzona skórka, rany, okolice odbytu i narządów płciowych. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Produkt przeznaczony jest tylko do stosowania miejscowego na skórę. Nie wdychać rozpylanej substancji. Chronić oczy przed kontaktem z aerozelem. Unikać kontaktu produktu leczniczego z błonami śluzowymi. Jeśli w miejscu aplikacji produktu wystąpi podrażnienie skóry, produkt należy odstawić. Jeśli po 7 dniach stosowania nie ma poprawy, należy zaprzestąć stosowania produktu, gdyż hydrokortyzon może maskować objawy rozszerzającego się zakażenia. Należy unikać stosowania produktu długotrwale lub na duże powierzchnie skóry oraz nie należy stosować pod opatrunkami okluzyjnymi, ponieważ może dojść do zaniku naskórka, rozstępów i nadkażeń, oraz zwiększa się wchłanianie hydrokortyzonu do krwi. W takich przypadkach hydrokortyzon może wykazywać ogólnoustrojowe działania niepożądane charakterystyczne dla kortykosteroidów, włącznie z zahamowaniem czynności osi podwzgórzowo-przysadkowo-nadnerczowej (m.in. objawy zespołu Cushinga, glikozuria, hiperglikemia). Jeśli wystąpią ogólnoustrojowe objawy niepożądane kortykosteroidów, należy bezwzględnie przerwać leczenie produktem oraz monitorować stężenie kortyzolu w moczu. Należy unikać nasłonecznienia lub szczytowego promieniowania UV (np. solarium), ze względu na ryzyko fotodermatyz, związane z zawartością oksytetracykliny w produkcie. Długotrwałe stosowanie oksytetracykliny i innych antybiotyków o szerokim spektrum działania przeciwbakteryjnego może spowodować namnożenie opornych szczepów bakterii lub grzybów. W przypadku zakażeń wywołanych przez bakterie niewrażliwe na oksytetracyklinę lub przez grzyby, należy zastosować odpowiednie leczenie przeciwbakteryjne lub przeciwgrzybicze. **Działania niepożądane:** Hydrokortyzon, steroidowy składnik produktu, może powodować wystąpienie miejscowych objawów niepożądanych, takich jak: pieczenie, swędz, podrażnienie w miejscu aplikacji produktu, nadmierne wysuszenie, zmiany zanikowe skóry, zapalenie kontaktowe skóry, zapalenie skóry wokół ust, maceracja skóry, zmiany trądzikopodobne, rozstępy, potówki, wysypka, nadmierne owłosienie, odbarwienie skóry, wtórne zakażenia skórne i zapalenie mieszków włosowych. Podczas długotrwałego stosowania aerozolu i/lub na duże powierzchnie skóry, hydrokortyzon może wchłaniać się do krwi i wywoływać ogólnoustrojowe objawy niepożądane charakterystyczne dla kortykosteroidów, w tym zahamowanie czynności nadnerczy. Produkt stosowany długotrwale na skórę twarzy może powodować zaniki skóry i rozszerzenie naczyń krwionośnych. Oksytetracyklina zawarta w produkcie może powodować miejscowe podrażnienie skóry, reakcje alergiczne, reakcje nadwrażliwości na światło i/lub namnożenie drożdżaków lub opornych szczepów bakterii. **Podmiot odpowiedzialny:** Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” Spółka Akcyjna ul. A. Fleminga 2 03-176 Warszawa. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** Pozwolenie nr R/3036 wydane przez Prezesa URPLWiMPB. **Kategoria dostępności:** wydawany z przepisu lekarza - Rp. Szczegółowe informacje o leku: tel. (022) 510 9025

Z kolei **obrzęk naczynioruchowy** objawia się nagłym obrzękiem skóry właściwej oraz tkanki podskórnej, czasami także błon śluzowych, bólem częściej aniżeli świądem, dłuższym utrzymaniem się, zwykle do 72 godzin [17].

■ **Alergiczne kontaktowe zapalenie skóry**

To choroba zapalna skóry spowodowana reakcją typu IV według klasyfikacji Gella-Coombsa (nadwrażliwość typu późnego), w przebiegu której dochodzi do rozwoju zapalenia w wyniku bezpośredniego kontaktu z alergenem, czyli czynnikiem środowiskowym [1,2,22]. Choroba jest mediowana przez uczulone haptenami swoiste limfocyty T. Ekspozycja na silne substancje uczulające powoduje pojawienie się wykwitów skórnych w ciągu tygodnia, natomiast słabe alergeny wywołują objawy skórne nawet po miesiącu, czy po latach. Uczulone limfocyty T pojawiają się i krążą we krwi, następnie migrują do skóry podczas każdego ponownego kontaktu z alergenem. Dlatego też cała skóra wykazuje nadwrażliwość [13].

Alergiczny wyprysk kontaktowy jest częstą przyczyną wyprysku w każdej grupie wiekowej i jedną z głównych przyczyn niepełnosprawności zawodowej. Stanowi 5-15% wszystkich przypadków schorzeń zapalnych skóry, dotyka ok. 27% populacji ogólnej w Europie [2,22,23]. Częściej chorują dorośli, u niemowląt rzadko występuje. Częstość występowania u obu płci jest jednakowa, u płci żeńskiej zmiany skórne zwykle obejmują ręce, gdyż kobiety są ekspozowane na alergeny zawarte w produktach higieny osobistej i inne chemikalia obecne w środowisku domowym i w pracy [2,5, 24]. Alergeny kontaktowe stanowią grupę zróżnicowanych substancji – od antybiotyków, po sole metali, barwniki, aż po produkty roślinnego pochodzenia. Znajdują się w biżuterii, środkach higieny osobistej, domowych środkach leczniczych, lekach stosowanych miejscowo, roślinach i wszystkich substancjach chemicznych, z którymi chory styka się podczas pracy. Obecnie za

jeden z najważniejszych czynników ryzyka uważana jest praca w środowisku mokrym, czyli zawodowa ekspozycja na wodę, detergenty i inne płyny (częste i intensywne mycie czy odkażanie rąk 15-20 epizodów dziennie) lub stosowanie nieprzepuszczalnych rękawic stanowiących okluzyjne środowisko dla skóry (ekspozycja, noszenie powyżej 2 godz. dziennie).

Grupy zawodowe o podwyższonym ryzyku rozwoju ICD:

- pracownicy ochrony zdrowia,
- fryzjerzy,
- sprzątacze,
- pracownicy przetwórstwa żywności,
- pracownicy obróbki metali zatrudnieni w kontakcie z chłodziwami i inni.

Podstawą rozpoznania jest znalezienie alergenu, co powinno być potwierdzone testami płatkowymi. Pacjent może być uczulony na jedną, ale także na kilka substancji.

Chorobę należy podejrzewać, gdy zmiany skórne są zlokalizowane, mają regularne i ostre granice. Przebieg kliniczny może być ostry, podostry lub przewlekły.

- **Postać ostra** rozwija się do 48 godzin od ekspozycji na dany alergen. Początkowo wykwity zajmują jedynie obszar skóry podatny na kontakt, ale później mają tendencję do poszerzania się. Obecny jest dobrze ograniczony rumień, obrzęk z pęcherzykami i grudkami. W ciężkich przypadkach mogą występować zlewające się pęcherze, które sączą się, tworzą nadżerki i strupy.
- **W postaci podostrej** obserwuje się głównie blaszki ze słabo nasilonym rumieniem, z suchymi, drobnymi łuskami. Postać przewlekła może być wynikiem kontaktowego zapalenia skóry z podrażnienia lub też być kolejną fazą postaci ostrej. Cechą charakterystyczną jest symetryczne rozmieszczenie wykwitów, bez wyraźnych granic, które mają tendencję do szerzenia się na większe obszary skóry. Obecne są blaszki ze złuszczeniem z cechami lichenifikacji, czyli

z pogrubieniem naskórka. Obserwuje się także wykwyty satelitarne, czyli zlokalizowane daleko od zmian pierwotnych pod postacią grudek i pęcherzyków. Czas utrzymywania się wykwitów jest zróżnicowany. U niektórych chorych zmiany ustępują do 2 tygodni, jednak może dojść do pogorszenia, gdy alergen ma ciągły kontakt ze skórą [2,5,13].

■ Osutki polekowe (*exanthematous drug reaction*)

Zmiany skórne wywołane lekami stosowanymi ogólnie lub miejscowo to osutki polekowe. Cechują się różnymi objawami klinicznymi, które zależne są od czynników wywołujących i mechanizmu powstania. Skórne reakcje polekowe są częstym zjawiskiem, w praktyce ambulatoryjnej ich częstość wynosi 5%, zaś w przypadku pacjentów hospitalizowanych 10-15%. Rzadziej występują u dzieci, częściej u osób starszych z uwagi na dużą ilość przyjmowanych środków leczniczych, a także zaburzenia czynności nerek i wątroby.

Większość reakcji polekowych ma przebieg łagodny, towarzyszy im świąd skóry. **Osutki polekowe ustępują po odstawieniu wywołującego je środka leczniczego.** Jednak zdarzają się także zagrażające życiu, ciężkie reakcje polekowe. Mechanizm wielu osutek polekowych nie jest znany, przyjmuje się, że mogą być wynikiem procesów immunologicznych (nadwrażliwość typu I, II, III oraz IV według Gella i Coombsa) i nieimmunologicznych. Reakcje polekowe najczęściej wywołane są przez antybiotyki – penicylinę, amoksycylinę, ampicylinę, sulfonamidy, niesteroidowe leki przeciwzapalne, preparaty mukolityczne i krwiopochodne, leki przeciwgrzybicze, czy leki mające wpływ na układ nerwowy ośrodkowy. Osutki polekowe mogą być ograniczone lub uogólnione, zazwyczaj są symetryczne, obejmują różne okolice ciała. Zajęcie kończyn zwykle występuje po stronie prostowników, zmiany często lokalizują się w obrębie narządów płciowych i błon śluzowych.

Osutki polekowe nie mają charakterystycznych cech dla danego leku. Różne leki

wywołują identyczne zmiany skórne, a także ten sam lek może wywołać różne morfologiczne odzyny, zwykle rumieniowo-grudkowe, czasem imitujące wyprysk rozsiany, czy zmiany naczyniowe, wykwyty typu liszaja, bąble pokrzywkowe, wykwyty trądzikowe, zmiany barwnikowe, zmiany martwicze, zaburzenia wzrostu paznokci i włosów. Wykwitom skórnym często towarzyszy świąd czy też objawy ogólne – osłabienie, gorączka, skurcz oskrzeli. Może dojść do powstania objawów narządowych – zapalenia nerek, albuminurii, anurii, zapalenie wątroby i mięśnia sercowego, a także zmian biochemicznych – leukopenii, anemii, trombocytopenii i eozynofilii.

Najczęstsza manifestacją dermatologiczną są **osutki plamisto-grudkowe**, które powstają u osób predysponowanych w wyniku nadwrażliwości typu opóźnionej (IV typ reakcji według Gella i Coombsa). Objawy kliniczne zwykle pojawiają się między 3. a 14. dniem od zażycia danego leku. Drugą pod względem częstości występowania skórną manifestacją jest **pokrzywka polekowa**, która szybko powstaje (minuty, godziny), ale także szybko ustępuje (1-24 godzin). Inne rzadsze postacie osutek polekowych to obrzęk naczynioruchowy, anafilaksja, choroba posurowicza, zapalenia naczyń, rumień trwały. Obserwuje się również nasilone reakcje skórne, które mogą stanowić zagrożenie życia, takie jak: rumień wielopostaciowy, toksyczna nekroliza naskórka (zespół Lyella), zespół Stevensa-Johnsona, ostra uogólniona osutka krostkowa (AGEP), czy zespół nadwrażliwości indukowany lekami z eozynofilią (DRESS) [2,5,13,25].

■ Powikłania bakteryjne

U pacjentów z alergicznymi schorzeniami skóry powszechna jest **kolonizacja bakteryjna *Staphylococcus aureus***, który jest przyczyną infekcji o charakterze nawrotowym i przewlekłym. Nosicielstwo *S. aureus* to pierwszy etap rozwoju infekcji, które są czynnikami zaostrzającymi przebieg dermatoz alergicznych. Proliferacja *S. aureus* jest związana z gwałtowną progresją wykwitów

skórnych. Gęstość rozmieszczenia *S. aureus* na skórze dodatnio koreluje z ciężkością choroby. Zaburzenia bariery skórnej oddziałują na odpowiedź immunologiczną, wywołując stan zapalny.

Wtórne zakażenia bakteryjne, czyli zlizajcowacenie objawia się strupami miodowo-żółtymi i silnym sączeniem zmian wypryskowych. Zmiany skórne rzadziej przyjmują postać krost. Może dojść do bolesnego powiększenia węzłów chłonnych.

Objawy kliniczne zakażenia są wskazaniem do leczenia miejscowymi antybiotykami, często z wykorzystaniem glikokortykosteroidów [26,27,28].

■ Aerosole w leczeniu miejscowym

Preparaty miejscowe ciągle odgrywają istotną rolę w leczeniu chorób skóry. Efekt terapeutyczny zależy nie tylko od mechanizmu działania substancji czynnej, ale także od jej stężenia, rodzaju postaci farmaceutycznej, okolicy ciała, na którą dany preparat jest stosowany i charakteru wykwitu skórniego. Prawidłowo dobrane podłoże zapewnia odpowiednią zdolność substancji leczniczej do przenikania przez warstwy zewnętrzne skóry i dzięki swoim właściwościom wywiera istotne działanie terapeutyczne. W zależności od postaci podłoża leki miejscowe są klasyfikowane jako: aerosole, lotiony, żele, maści, kremy, opatrunki mokre, pudry, pasty, czy pianki.

Jedną z form preparatów miejscowych są aerosole, które cechują się prostą aplikacją, równomiernym rozmieszczeniem leku na skórze. Lek zachowuje swoje pierwotne niezmiennione parametry przez cały czas stosowania jednego opakowania. Zapewniona jest sterylność. Dodatkową zaletą wykorzystania aeroszoli jest ich działanie przeciwświądowe i chłodzące, co jest bardzo ważne w odniesieniu do dermatoz zapalnych, którym towarzyszy świąd, ból i pieczenie. **Aeroszole lecznicze to układy koloidalne wielofazowe zamknięte w szczelnym opakowaniu, włączane pod ciśnieniem gazu wraz z urządzeniem rozpraszającym.** Są przeznaczone do użytku zewnętrznego – na skórę, otwarte

rany i błony śluzowe oraz do stosowania wewnętrznego. Wykorzystanie aeroszoli w dermatologii ma wiele zalet, gdyż jest to postać leku wygodna, szybka i łatwa do zastosowania przez chorego, co ma wpływ na przestrzeganie zaleceń lekarskich i odległe skutki leczenia. Aeroszol umożliwia równomierne rozmieszczenie preparatu na skórze i zapewnia określony stopień rozproszenia leczniczej substancji. Ich działanie jest powierzchowne, a stężenie leku w skórze odpowiednie, co minimalizuje ryzyko działań niepożądanych. **Podczas aplikacji preparatu na skórę z wykorzystaniem aeroszoli nie ma konieczności rozsmarowania leku, dzięki czemu zmniejsza się ryzyko infekcji wtórnej i mechanicznego uszkodzenia skóry, a także eliminuje straty leku.**

W dermatologii najczęściej stosowane pod postacią aeroszoli są **antybiotyki** (neomycyna), **glikokortykosteroidy** (deksametazon) oraz **preparaty złożone** (deksametazon + neomycyna i hydrokortyzon + oksytetracyklina chlorkowa). Miejscowe glikokortykosteroidy to leki z wyboru wykorzystywane w terapii różnych schorzeń dermatologicznych z uwagi na swoje wielokierunkowe działanie. Leki te wykazują działanie przeciwzapalne, antyproliferacyjne i immunosupresyjne. Stosujemy je w leczeniu chorób alergicznych, zapalnych, proliferacyjnych i autoimmunologicznych, a także w oparzeniach i po ukąszeniach przez owady. Ich działanie terapeutyczne zależy od chemicznej budowy, okolicy i powierzchni ciała, charakteru wykwitów skórnych, obecności dodatkowych substancji w preparacie, podłoża i sposobu aplikacji.

W formie aeroszoli dostępny jest glikokortykosteroid VII grupy – deksametazon – wykorzystywany w leczeniu ostrego kontaktowego wyprysku, alergicznych chorób skóry, pokrzywki, odczynów po ukąszeniach, czy oparzeń. Zaleca się, aby obszar chorobowo zmienionej skóry spryskać przez 1-3 sekundy, 2-4 razy dziennie strumieniem aeroszoli, pojemnikiem trzymanym pionowo z odległości ok. 15-20 cm.

Istotną rolę w dermatologii odgrywają leki przeciwbakteryjne stosowane miejscowo. W postaci aerozolu jest dostępny antybiotyk z grupy aminoglikozydów o szerokim spektrum – neomycyna. Bakterie wrażliwe to m.in. gronkowce, *Corynebacterium sp.*, *Enterobacter sp.*, *Klebsiella sp.*, *Pseudomonas sp.*, *Escherichia coli*, *Shigella sp.* Wskazania do użycia tego preparatu to choroby ropne skóry – liszajec zakaźny, niesztowica, czyracznica, czy też zakażone niewielkie oparzenia i odmrożenia.

Istnieją sytuacje, gdzie zachodzi **konieczność zastosowania glikokortykosteroidu w połączeniu z miejscowym antybiotykiem** – szczególnie w przypadku wtórnej infekcji bakteryjnej w przebiegu chorób alergicznych skóry, z uwagi na przerwanie ciągłości naskórki i obecność zmian nadżerkowych i sączących. Dlatego najlepszym rozwiązaniem jest włączenie preparatu łączonego w postaci aerozolu: deksametazonu i neomycyny, czy hydrokortyzonu i chlorowodoru oksytetracykliny. Tetracyklina ma szerokie spektrum działania bakteriostatycznego, zarówno na bakterie Gram-ujemne, jak i Gram-dodatnie, ponadto działa na riketsje, krętki, chlamydie i promieniowce. Wskazań do jej wykorzystania jest wiele – miejscowo w zależności od postaci: przewlekłe lub ostre zapalenie brzegów powiek, zapalenie oczu, uszu i ropne zakażenia skóry, czy w stanach po zabiegach operacyjnych gałki ocznej [29,30].

Podsumowanie

Z uwagi na powszechność występowania chorób alergicznych skóry bardzo ważne jest szybkie ustalenie właściwego rozpoznania i włączenie odpowiedniego leczenia, aby nie doprowadzić do powikłań i osiągać zadowalający efekt terapeutyczny. Jest to szczególnie istotne w odniesieniu do leczenia miejscowego, na który wpływ ma przede wszystkim zaangażowanie pacjenta, gdyż wymaga poświęcenia jego czasu i wysiłku związanego z aplikacją leku. Wybór odpowiedniego preparatu ma kluczowe znaczenie, dlatego wykorzystanie leków miejscowych w formie

łączonej pod postacią aerozoli zawsze powinno być rozważane w procesie leczenia. © P

Autor korespondujący:
lek. Agnieszka Honisz
agnieszka.honisz@gmail.com
Nadesłano: 20-04-2020

Piśmiennictwo:

1. Obtulowicz K. Alergologia. Wydawnictwo PZWL, Warszawa 2016.
2. Braun-Falco O, Walter H.C. Burgdorf, Plewig G, Wolff H.H, Landthaler M. Dermatologia. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2017. Wyd. III.
3. Wong R, Geyer S, Weninger W. Guimberteau JC, Wong JK. The dynamic anatomy and patterning of skin. *Exp Dermatol.* 2016 Feb; 25(2):92-8.
4. Grice EA, Segre JA. The skin microbiome. *Nat Rev Microbiol.* 2011 Apr;9(4):244-53.
5. Kaszuba A, Adamski Z. Dermatologia. Poradnik lekarza praktyka. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2015.
6. Kaszuba A, Adamski Z. Leksykon Dermatologiczny. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2011.
7. Wallach D, Taieb A. Atopic dermatitis/atopic eczema. *Chem Immunol Allergy.* 2014;100:81-96.
8. Katayama I, Aihara M, Ohya Y, Saeki H, Shimojo N. Japanese guidelines for atopic dermatitis 2017. *Allergol Int.* 2017 Apr;66(2):230-247.
9. David Boothe W, Tarbox JA, Tarbox MB. Atopic Dermatitis: Pathophysiology. *Adv Exp Med Biol.* 2017;1027:21-37.
10. Nutten S. Atopic Dermatitis: Global Epidemiology and Risk Factors. *Ann Nutr Metab* 2015;66(suppl 1):8-16.
11. Lyons JJ, Milner JD, Stone KD. Atopic dermatitis in children: clinical features, pathophysiology, and treatment. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2015 Feb;35(1):161-83.
12. Cabanillas B, Brehler AC, Novak N. Atopic dermatitis phenotypes and the need for personalized medicine. *Curr Opin Allergy Clin Immunol.* 2017 Aug;17(4):309-315.
13. Wolff K, Johnson RA, Saavedra AP. Fitzpatrick Atlas i zarys dermatologii klinicznej. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2014. Wyd. 1.
14. Antia C, Baquerizo K, Korman A, Bernstein JA, Alikhan A. Urticaria: A comprehensive review: Epidemiology, diagnosis, and work-up. *J Am Acad Dermatol.* 2018 Oct;79(4):599-614.
15. Soria A, Francés C2. Urticaria: diagnosis and treatment. *Rev Med Interne.* 2014 Sep;35(9):586-94.
16. Radonjic-Hoesli S, Hofmeier KS, Micalletto S, Schmid-Grendelmeier P, Bircher A. Urticaria and Angioedema: an Update on Classification and Pathogenesis. *Clin Rev Allergy Immunol.* 2018 Feb;54(1):88-101.
17. Zuberbier T, Aberer W, Asero R, Bindslev-Jensen C, Brzoza Z. Wytuczne EAACI/GA2LEN/EDF/WAO dotyczące definicji, klasyfikacji, rozpoznawania i leczenia pokrzywki. *Przegląd Dermatologiczny* 2015;102:155-179.
18. Saini SS. Chronic spontaneous urticaria: etiology and pathogenesis. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2014 Feb;34(1):33-52.
19. Fine LM., Bernstein JA. Guideline of Chronic Urticaria Beyond. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2016 Sep;8(5):396-403.
20. Sabroe RA. Acute urticaria. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2014 Feb;34(1):11-21.
21. Fraser K, Robertson L. Chronic urticaria and autoimmunity. *Skin Therapy Lett.* 2013 Nov-Dec;18(7):5-9.
22. Brehler R, Grundmann S. Allergic contact eczema. *Klin Monbl Augenheilkd.* 2014 May; 231(5):522-6.
23. Uter W, Werfel T, White IR., Johansen JD. Contact Allergy: A Review of Current Problems from a Clinical Perspective. *Int J Environ Res Public Health.* 2018 May 29;15(6).
24. Mowad CM, Anderson B, Scheinman P, Pootongkam S, Nedorost S. Allergic contact dermatitis: Patient management and education. *J Am Acad Dermatol.* 2016 Jun;74(6):1043-54.
25. Kaszuba A. Zmiany skórne w chorobach ogólnoustrojowych. Wydawnictwo Czelej, Lublin 2018.
26. Lyons JJ, Milner JD, Stone KD. Atopic dermatitis in children: clinical features, pathophysiology, and treatment. *Immunol Allergy Clin North Am.* 2015 Feb;35(1):161-83.
27. Kim BE, Leung DYM. Significance of Skin Barrier Dysfunction in Atopic Dermatitis. *Allergy Asthma Immunol Res.* 2018 May;10(3):207-215.
28. Nowicki R. Leczenie infekcji skóry w atopowym zapaleniu skóry. Wybrane problemy kliniczne. *Akademia Dermatologii i Alergologii.* Słupsk-Ustka 02.2011.
29. Bożek A, Reich A. Aerozole w dermatologii. *Forum Dermatologicum.* 2016(tom 2);2:64-67.
30. Kaszuba A, Pastuszka M, Kaszuba A. Miejscowe glikokortykosteroidy w leczeniu chorób skóry – zalecane standardy postępowania. *Forum Medycyny Rodzinnej.* 2009;3(5):347-358.



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 którąkolwiek substancję pomocniczą; 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 odstawienne: w przypadku rozwinięcia się uzależnienia, nagłe odstawienie leku może powodować pojawienie się objawów odstawienych, 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, przeciwdrożdżowe, 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 szybkiego 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 odstawienego 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 anafylaktyczne; 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 odstawienych. 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 dezorientacja, 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 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

Systemy ciągłego monitorowania glikemii i telemedycyna – terażniejszość i przyszłość diabetologii

Jak wynika z raportu „Rola nowoczesnych metod monitorowania glikemii i telemedycyny w indywidualizacji opieki nad pacjentem z cukrzycą”, eksperci z obszaru diabetologii podkreślają rolę i znaczenie nowoczesnych rozwiązań teleinformatycznych w utrzymaniu ciągłości współpracy z pacjentem, poprawie zrozumienia cukrzycy oraz ocenie zmienności glikemii. Jest to niezwykle istotne dla efektywnego leczenia cukrzycy, nie tylko w dobie pandemii koronawirusa.

Systemy ciągłego monitorowania glikemii zwiększają poczucie bezpieczeństwa i zapewniają wygodę, wynikającą z braku konieczności wielokrotnego nakłuwania opuszek palców w ciągu dnia – mówią pacjenci.

Nowe kryteria wyrównania cukrzycy

Pomiary glikemii odgrywają kluczową rolę w skutecznym leczeniu cukrzycy. Informacja o glikemii jest konieczna do podjęcia właściwych decyzji terapeutycznych.

Do niedawna kryteria wyrównania cukrzycy opierały się na oznaczeniu hemoglobiny glikowanej, która zależy od średniego stężenia glukozy w ciągu ostatnich 3 miesięcy. Jednak stale rosnąca liczba użytkowników nowoczesnych systemów ciągłego monitorowania glikemii przyczyniła się do opracowania nowych kryteriów wyrównania cukrzycy. Obecnie coraz częściej rekomendowanym parametrem wyrównania glikemii w ciągu doby jest czas spędzony w zakresie docelowym, tzw. normoglikemii (czyli prawidłowej glikemii, takiej jaka występuje fizjologicznie u osób zdrowych).

Dane glikemiczne dostępne dzięki systemom ciągłego monitorowania dają dużo pełniejszą i dokładniejszą obraz wahań glikemii

*u chorego, a wiedza o przebiegu krzywej stężenia glukozy pozwala lepiej kontrolować cukrzycę, co w efekcie zmniejsza ryzyko rozwoju i progresji przewlekłych powikłań choroby. Dzieje się tak m.in. dzięki możliwości retrospektywnej analizy wyników z ostatnich dni i tygodni. Pacjenci mają możliwość zaobserwowania na wykresie trendów zmian poziomu glukozy, co pozwala im zareagować, gdy poziom glukozy zbliży się do zbyt wysokich lub zbyt niskich wartości, a nie tylko wtedy, gdy ta granica zostanie już przekroczona. Monitorowanie i właściwa interpretacja wyników zmian wartości glikemii oraz bieżące reagowanie i zapobieganie pozwala pacjentom z cukrzycą pozostawać znacząco dłużej w stanie normoglikemii niż w przypadku stosowania glukometrów. A do tego dążymy w procesie leczenia cukrzycy – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. **Krzysztof Strojek**, Konsultant Krajowy w dziedzinie Diabetologii.*

Nowoczesne urządzenia do monitorowania glikemii zmieniają życie pacjentów

Diabetologia stała się jednym z obszarów medycyny, w których nowoczesne narzędzia teleinformatyczne nie tylko znajdują coraz szersze zastosowanie, ale również stanowią odpowiedź na potrzebę zindywidualizowania leczenia cukrzycy.

Raport „Rola nowoczesnych metod monitorowania glikemii i telemedycyny w indywidualizacji opieki nad pacjentem z cukrzycą” opracowany został na podstawie wyników opublikowanych randomizowanych badań klinicznych, badań z codziennej praktyki lekarskiej, jak również własnych szerokich doświadczeń autorów z systemami ciągłego monitorowania. Eksperci wskazują w nim na korzyści ze stosowania systemów dla pacjentów na różnych etapach życia (np. u dzieci, nastolatków, kobiet w ciąży czy seniorów), ich opiekunów i bliskich oraz dla lekarzy.

Okazało się, że nowoczesne systemy monitorowania glikemii poprawiają skuteczność oraz bezpieczeństwo terapii osób z cukrzycą typu 1 i 2. Co istotne, odnotowano zmniejszenie liczby epizodów i skrócenie czasu trwania hiperglikemii oraz hipoglikemii, a zwłaszcza jej nocnych wystąpień – wyjaśnia prof. dr hab. n. med. **Dorota Zozulińska-Ziółkiewicz**, prezes Polskiego Towarzystwa Diabetologicznego.

Pacjenci, którzy stosują nowoczesne urządzenia do monitorowania glikemii, cenią łatwość i wygodę ich wykorzystania – wynika z raportu. Do wskazywanych przez pacjentów korzyści ze stosowania tych urządzeń należą: bezbolesność pomiarów, większa liczba informacji o zmienności glikemii, a także łatwość dokonywania pomiaru, co w efekcie przekłada się na deklaracje pacjentów, że chętniej korzystaliby z systemów do ciągłego monitorowania glikemii niż z tradycyjnych glukometrów. Ekspertki zauważają również znaczącą poprawę zrozumienia choroby i jej wpływu na organizm, np. świadomości ryzyka niedocukrzeń, ale też poczucia bezpieczeństwa i prywatności, jakie dają chorym te urządzenia oraz ułatwienie im codziennego funkcjonowania.

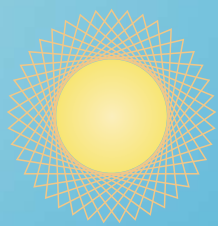
Szczególnymi pacjentkami są kobiety w ciąży, które wymagają stałej prawidłowej kontroli poziomu cukru, co ma znaczenie zarówno dla matki, jak i jej dziecka. Kobiety w ciąży bardzo potrzebują dostępu do nowoczesnych rozwiązań, ponieważ źle leczona cu-

krzyca prowadzi do niezwykle poważnych powikłań u matki i dziecka. Hiperglikemia w II i III trymestrze ciąży jest czynnikiem decydującym o nadmiernej masie ciała dziecka, która z kolei jest istotnym czynnikiem ryzyka powikłań okołoporodowych matki (cięcia cesarskie, urazy dróg rodnych, krwotoki, atonia macicy) i u dziecka (dystocja barkowa, porażenie splotu barkowego, wylewy wewnątrzczaszkowe, oraz po porodzie niedocukrzenia i hiperbilirubinemia) – tłumaczy prof. dr hab. n. med. **Krzysztof Czajkowski**, Krajowy Konsultant w dziedzinie Położnictwa

Nie dla wszystkich pacjentów

Nowoczesne metody monitorowania glikemii to przełom, spełnienie oczekiwań pacjentów. To jest przyszłość, która już się dzieje, pewnego rodzaju rewolucja, która poprawia bezpieczeństwo i komfort życia pacjentów. Niestety, obecnie dostęp do refundacji nowoczesnych metod monitorowania glikemii jest przewidziany dla osób poniżej 18. r.ż. dla jednego z systemów oraz poniżej 26. r.ż. dla pozostałych. Powyżej tego wieku pacjent często wraca do stosowania glukometru, co może skutkować gorszym poziomem kontrolowania poziomu cukru, a także obniżeniem komfortu życia. Wielu chorych z cukrzycą odniosłoby rzeczywiste korzyści zdrowotne, gdyby i ich objęła refundacja – mówi **Anna Śliwińska**, prezes Polskiego Stowarzyszenia Diabetyków.

Informacja prasowa



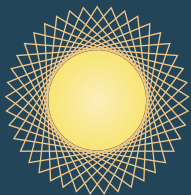
Lorafen

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 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 i w leczeniu zaburzeń psychiatrycznych. Benzodiazepin nie należy stosować w monoterapii depresji lub lęku związanego z depresją, która może nasilić tendencje samobójcze. U pacjentów z zaburzoną czynnością nerek, z jaskrą z otwartym kątem przesączania, która jest prawidłowo leczona należy podjąć typowe środki ostrożności. Benzodiazepiny należy stosować z dużą ostrożnością: u pacjentów z uzależnieniem od alkoholu, narkotyków lub leków w wywiadzie. Pacjenci ci powinni być objęci ścisłą kontrolą podczas przyjmowania lorazepamu, ponieważ są oni w grupie ryzyka rozwinięcia się przyzwyczajenia i uzależnienia 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 laktazy (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. ryfampicyna, 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. Lekki działający 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 odruchów 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 teratogeny 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

Probiotyki – preparaty modyfikujące mikroflorę jelitową i ich zastosowanie

Probiotics – preparations modifying the intestinal microflora and their application

Paulina Broła^{1,2}, Maria Sroka¹, Aleksandra Woś^{1,2}, dr hab. n. farm. Łukasz Szeleszczuk³,
dr n. farm. Monika Zielińska-Pisklak^{4*}, prof. dr hab. Marcin Sobczak⁴

¹ Studenckie Koło Naukowe „Free radicals” przy Zakładzie Chemii Fizycznej

Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

² Studenckie Koło Naukowe „Spectrum” przy Katedrze Chemii Analitycznej i Biomateriałów

Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

³ Zakład Chemii Fizycznej, Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

⁴ Zakład Chemii Biomateriałów, Katedra Chemii Analitycznej i Biomateriałów, Wydział Farmaceutyczny, Warszawski Uniwersytet Medyczny

■ **Słowa kluczowe:** probiotyk, prebiotyk, synbiotyk, mikroflora.

■ **Keywords:** probiotic, prebiotic, synbiotic, microflora.

■ **Abstract:** Preparations modifying the composition of the intestinal microflora are among the most frequently chosen products available in pharmacies. Although they seemingly constitute a homogeneous group of preparations, after careful analysis it turns out that there is a large diversity in the form of administration, qualitative and quantitative composition and the status of the product (drug products, dietary supplements). This article presents information on the intestinal microflora, its role and modification method, as well as the characteristics of the most important and most commonly used probiotics. Attention was also paid to selected practical aspects, including the influence of the dosage form and storage conditions on the effectiveness of probiotics, as well as possible side effects.

■ Wprowadzenie

Mikroflora to złożona pod względem biologicznym grupa charakterystycznych mikroorganizmów zasiedlających określone obszary, m.in. ludzkiego organizmu, takie jak np. jelito grube, pochwa, skóra, jama ustna itp. W organizmie człowieka to mikroflora jelitowa jest najbardziej liczna i różnorodna. Skład flory jelitowej ustala się do dwóch lat po urodzeniu [1]. Obecnie podejmuje się próby modyfikacji lub odbudowy mikroflory jelitowej w celu profilaktyki lub leczenia niektórych schorzeń. Modyfikacja mikroflory jelitowej odbywa się za pomocą probiotyków, prebiotyków oraz synbiotyków, których nazwy często są stosowane zamiennie, co nie jest właściwe, gdyż nie są to preparaty tożsame. Poniżej przedstawiono definicje tych produktów:

- **Probiotyki** stanowią żywe mikroorganizmy mające zapewnić korzyści zdrowotne po spożyciu, zwykle przez modyfikację i poprawę flory jelitowej lub przywrócenie jej prawidłowego stanu [2].
- **Prebiotyki** według definicji FAO/WHO to „substancje nieprzyswajalne, które po spożyciu powodują wybiórczą stymulację wzrostu lub aktywności ograniczonej liczby bakterii żyjących w jelicie grubym i w efekcie wpływają korzystnie na zdrowie gospodarza” [3].
- **Synbiotyki** są połączeniem probiotyku i prebiotyku w jednym preparacie. Mają działanie synergistyczne, a ich podawanie prowadzi do poprawy aktywności mikroflory [4].
Od niedawna popularne są również tzw. **postbiotyki**; to substancje produkowane przez mi-

krórganizmy probiotyczne, które wykazują działanie prozdrowotne u osoby je przyjmującej [5].

Najważniejsze znaczenie i najszersze zastosowanie medyczne z przedstawionych wyżej rodzajów preparatów modyfikujących florę jelita mają probiotyki. Z tego względu tematyka niniejszego artykułu skupiona jest głównie na wspomnianych produktach oraz mikroorganizmach, które wchodzi w ich skład, a także aspektach dotyczących ich produkcji. Przedstawione zostaną również jednostki chorobowe, w których ten typ preparatów jest z powodzeniem stosowany.

■ Charakterystyka mikroorganizmów najczęściej stosowanych w produkcji probiotyków

Szczepy probiotyczne powinny być charakteryzowane nie tylko na podstawie rodzaju, czy gatunku, do którego należą, ale przede wszystkim na podstawie przynależności do szczepu, czyli do określonego zbioru mikroorganizmów, posiadającego cechy tzw. szczepu wzorcowego (syn. szczep referencyjny, szczep odniesienia). Wspomnianą przynależność oznacza się przez umieszczenie odpowiedniego **symbolu literowo-cyfrowego** obok nazwy gatunku i symbolu szczepu. Właściwości i charakterystyczne działanie danego probiotyku zależą od szczepu, do którego należą mikroorganizmy go tworzące. Każdy szczep powinien być traktowany indywidualnie, a potwierdzenie skuteczności danego szczepu nie może być także potwierdzeniem skuteczności innych szczepów danego gatunku.

Działanie probiotyczne posiadają bakterie wytwarzające kwas mlekowy, takie jak należące do rodzaju *Lactobacillus* gatunki: *L. rhamnosus*, *L. acidophilus*, *L. reuteri*, *L. casei*, a także rodzaj *Bifidobacterium* (*B. animalis*, *B. lactis*), gatunek *Bacillus coagulans* oraz drożdże gatunku *Saccharomyces boulardii* [2].

Lactobacillus są pałeczkami Gram-dodatnimi wytwarzającymi kwas mlekowy z cukrów. Kwas mlekowy obniża pH, co zapobiega nadmiernemu rozwojowi drobnoustrojów chorobotwórczych.

Przedstawiciele rodzaju *Lactobacillus* tworzą biofilm w mikroflorze pochwy i jelit, dzięki któremu mogą przetrwać w trudnych warunkach środowiskowych i utrzymać wystarczającą populację [6]. *Lactobacillus* i organizm ludzki wykazują wzajemną zależność komensalistyczną; pałeczki kwasu mlekowego chronią organizm gospodarza przed potencjalną inwazją patogenów, otrzymując w zamian składniki odżywcze. Bakterie tego rodzaju nie wytwarzają przetrwalników (syn. endospor), przez co są mało odporne na zmiany warunków zewnętrznych.

Bifidobacterium to pałeczkowate bakterie Gram-dodatnie należące do jednego z głównych rodzajów bakterii tworzących mikroflorę przewodu żołądkowo-jelitowego u ssaków; są to pierwsze bakterie kolonizujące przewód pokarmowy noworodków [7].

Bacillus z kolei jest rodzajem, do którego należy szczep probiotycznych bakterii – *B. coagulans*. Wytwarza on przetrwalniki, dlatego jest znacznie bardziej odporny na działanie soku żołądkowego i soli kwasów żółciowych. Hamuje wzrost drobnoustrojów patogennych. Aktywacja endospor zachodzi dopiero w jelicie grubym [8].

Saccharomyces natomiast jest rodzajem drożdży, z których właściwości probiotyczne posiada gatunek *S. boulardii*; wykazuje on naturalną oporność na antybiotyki, z wyjątkiem niektórych chinolonów oraz leków przeciwgrzybiczych i nie ulega trawieniu.

Wybór szczepów probiotycznych, a także ich dawka w postaci CFU (ang. *colony-forming unit*, jednostka tworząca kolonię) zależy od wskazań do przyjmowania preparatu, np. dawka jednorazowa *Lactobacillus* w przypadku zapobiegania biegunce poantybiotykowej wynosi 1010 CFU i jest podawana dwa razy na dobę [9]. **Aktualne wytyczne do stosowania probiotyków o udowodnionym korzystnym działaniu na organizm człowieka w konkretnych przypadkach klinicznych nie są spójne pomiędzy poszczególnymi organizacjami.** Zalecenia wg WGO (ang. *World Gastroenterology Organisa-*

tion), ACG (ang. American College of Gastroenterology), ESPGHAN (ang. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition) przedstawia tab. 1.

Mimo że probiotyki są stosowane w schorzeniach takich jak: zakażenia *Clostridium difficile*, biegunce podróżnych, zespole jelita drażliwego, wrzodziejącym zapaleniu jelita, chorobie Leśniowskiego-Crohna, zaparciach czynnościowych, autyzmie [10], chorobie Alzheimera czy atopowym zapaleniu skóry, to wciąż nie ma jednoznacznych dowodów potwierdzających ich skuteczność w walce z tymi schorzeniami [11,12].

Skuteczność probiotyków zależy od liczby żywych i aktywnych komórek bakterii probiotycznych przypadających na dawkę preparatu. Z tego względu ważne jest, aby utrzymać wysoką przeżywalność bakterii podczas produkcji oraz przechowywania. Najbardziej korzystną temperaturą dla rozwoju większości bakterii probiotycznych jest 37-43°C, w przypadku zastosowania wyższej temperatury czas ekspozycji musi być odpowiednio skrócony.

W celu zwiększenia skuteczności probiotyków wykorzystywana jest **mikroenkapsulacja**, która ma na celu zapewnienie kontrolowanego

Tabela 1. Szczepy wskazane do stosowania w danych dolegliwościach wg WGO, ACG oraz ESPGHAN

Wskazanie do stosowania	Szczepy dostępne na polskim rynku
Zmniejszenie ryzyka biegunki związanej z antybiotykoterapią	<p>Dorośli WGO zaleca stosowanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus</i> GG • <i>Lactobacillus casei</i> DN114 • <i>Lactobacillus bulgaricus</i> • <i>Streptococcus thermophilus</i> • <i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745 • <i>Lactobacillus reuteri</i> DSM 17938 [26] <p>ACG zaleca stosowanie probiotyków, nie podając nazw konkretnych szczepów.</p> <p>Dzieci ESPGHAN zaleca stosowanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus</i> GG • <i>Saccharomyces boulardii</i> [27].
Leczenie ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego	<p>Dorośli WGO nie zaleca stosowania probiotyków [9,10]. ACG poleca stosowanie:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus</i> GG • <i>Saccharomyces boulardii</i> CNCM I-745 <p>Dzieci ESPGHAN zaleca:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Lactobacillus</i> GG • <i>Saccharomyces boulardii</i> • <i>Lactobacillus reuteri</i> DSM 17938 [28,29]
Zmniejszenie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych przy leczeniu <i>H. pylori</i> oraz zwiększenie szansy na eradykację	<p>Dorośli Maastricht V/Florence Consensus Report¹ zaleca stosowanie niektórych probiotyków, m.in. <i>Saccharomyces boulardii</i> [30].</p>

¹Uzgodnienia europejskie opublikowane w 2012 r., znane jako uzgodnienie Maastricht IV/Florencja dot. Zasad postępowania przy zakażeniu *Helicobacter pylori*.

uwalniania bakterii w przewodzie pokarmowym. Polega ona na powlekanii komórek polisacharydami, które chronią mikroorganizmy przed szkodliwymi czynnikami zewnętrznymi, takimi jak np. sok żołądkowy. Proces ten umożliwia również zwiększenie przeżywalności bakterii podczas przechowywania. Czasami produkty probiotyczne są suszone w celu zwiększenia przeżywalności bakterii i wydłużenia terminu przydatności do spożycia preparatu. Najczęściej wykorzystywana jest **liofilizacja**, która polega na suszeniu produktu w obniżonej temperaturze; najpierw należy produkt zamrozić, a następnie wysuszyć przez sublimację pod zmniejszonym ciśnieniem.

Poziom tlenu w opakowaniu powinien być jak najniższy, aby utrzymać wysoką liczbę żywych komórek. Tlen jest szkodliwy dla większości mikroorganizmów probiotycznych, zmniejsza ich przeżywalność i hamuje wzrost, ponieważ większość wspomnianych gatunków to beztlenowce. Wrażliwość na tlen jest różna u poszczególnych gatunków i szczepów probiotycznych. Niektóre probiotyki wymagają przechowywania w lodówce [13]. Wynika to z faktu, iż takie warunki zostały ustalone i potwierdzone przez producenta jako optymalne do zapewnienia wysokiej jakości produktu. Przy przechowywaniu tego typu preparatów należy szczególnie przestrzegać zaleceń producenta dotyczących warunków przechowywania, gdyż dla niektórych produktów optymalna jest temperatura pokojowa (18-25°C).

Niewiele szczepów bakterii probiotycznych jest w stanie przeżyć w silnie kwasowym pH żołądka, a brak wrażliwości na kwas solny jest cechą rzadko spotykaną. **Wykazano, że tabletki i kapsułki dojelitowe zapewniają wysoką ochronę przed negatywnym wpływem kwasowego środowiska w żołądku.** Większość postaci leku nie zapewnia jednak wspomnianej ochrony, dlatego skuteczność probiotyków w postaciach innych niż postaci dojelitowe jest wątpliwa [14]. Wyjątkiem jest *Saccharomyces boulardii*; wykazano, że jest on w stanie przetrwać

w kwasowym środowisku żołądka. Dowodem na to jest obecność żywych komórek grzyba w kale pacjentów [21].

■ Status probiotyków (suplement diety/produkt leczniczy)

Większość produktów dostępnych na rynku zawierających bakterie probiotyczne ma status suplementu diety. Jedyne nieliczne preparaty zarejestrowane są jako produkty lecznicze. Przykłady szczepów znajdujących się w sprzedaży na polskim rynku farmaceutycznym i ich status przedstawia tab. 2.

Bardzo trudne jest określenie wielkości rynku suplementów diety zawierających żywe bakterie probiotyczne. Oddzielnym zagadnieniem jest określenie, ile z tych preparatów stanowią suplementy diety zawierające szczepy bakterii o udowodnionym działaniu; wiele produktów oznakowanych jako probiotyki zawiera szczepy, które nie mają udowodnionego klinicznie ani działania probiotycznego, ani bezpieczeństwa [15]. Porównanie cech preparatów probiotycznych zarejestrowanych jako produkty lecznicze oraz suplementy diety przedstawia tab. 3.

Wydając pacjentowi produkt leczniczy, farmaceuta może mieć pewność co do jego działania. Natomiast takiej pewności nie możemy mieć, jeśli sięgamy po suplement diety, co wykazał raport Najwyższej Izby Kontroli z 2017 r. [16]; „na jedenaście badanych prób, w czterech próbkach suplementów diety z grupy probiotyków stwierdzono obecność niewykazanych w składzie szczepów drobnoustrojów. Również w czterech próbkach poddanych badaniu stwierdzono niższą, niż deklarowana na opakowaniu, liczbę bakterii probiotycznych. Co więcej, w jednej próbce wykryto zanieczyszczenie produktu – obecność bakterii chorobotwórczych z grupy *Enterococcus faecium*, czyli tzw. bakterii kałowych.”

Naukowcy z Narodowego Instytutu Leków oceniali zawartość żywych bakterii w okresie przydatności do spożycia. Choć przebadano 26 suplementów diety, mających zawierać żywe

Tabela 2. Przykładowe szczepy w preparatach probiotycznych [31-36]

Szczep	Status preparatu	Postać leku	Dawka [CFU lub mg]
1. <i>Lactobacillus rhamnosus</i> R0011 2. <i>Lactobacillus helveticus</i> R0052	produkt leczniczy	kapsułki twarde	2 x 10 ⁹ CFU
<i>Lactobacillus rhamnosus</i> : • Pen – 40% • E/N – 40% • Oxy – 20%	produkt leczniczy	– proszek do sporządzania zawiesiny doustnej – kapsułki twarde	2 x 10 ⁶ CFU
1. <i>Lactobacillus fermentum</i> 2. <i>Lactobacillus delbrueckii</i>	produkt leczniczy	proszek do sporządzania zawiesiny doustnej	10 x 10 ⁹ CFU
<i>Saccharomyces boulardii</i> : • CNCM I-745	produkt leczniczy	– proszek do sporządzania zawiesiny doustnej – kapsułki twarde	250 mg
<i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG	suplement diety	fiolka z płynem i proszkiem	6 x 10 ⁹ CFU
1. <i>Lactobacillus rhamnosus</i> GG 2. <i>Saccharomyces boulardii</i>	suplement diety	kapsułki otwierane	1,5 x 10 ⁹ CFU <i>L. rhamnosus</i> 5 x 10 ⁹ CFU <i>S. boulardii</i>
<i>Streptococcus salivarius</i> K12	suplement diety	pastylki do ssania	2,5 x 10 ⁹ CFU
<i>Lactobacillus reuteri</i> DSM 17938	suplement diety	krople	1x 10 ⁸ CFU (5 kropli)
1. <i>Bifidobacterium bifidum</i> 2. <i>Lactobacillus acidophilus</i> 3. <i>Lactobacillus rhamnosus</i> 4. <i>Streptococcus thermophilus</i>	suplement diety	kapsułki	1,3 x 10 ⁹ CFU <i>B. bifidum</i> 1,3 x 10 ⁹ CFU <i>L. acidophilus</i> 1,0 x 10 ⁹ CFU <i>L. rhamnosus</i> 0,4 x 10 ⁹ CFU <i>S. thermophilus</i>
1. <i>Lactobacillus acidophilus</i> – 43,75% 2. <i>Lactobacillus delbrueckii subsp. bulgaricus</i> – 12,5% 3. <i>Bifidobacterium lactis</i> – 43,7 %	dietetyczny środek spożywczy specjalnego przeznaczenia medycznego	kapsułki twarde	1,6 x 10 ⁹ CFU łącznie wszystkich bakterii

bakterie probiotyczne, niestety aż 89% z nich nie posiadało odpowiedniej liczby żywych bakterii [18].

Wybierając preparat wieloskładnikowy, musimy także zwrócić uwagę na to, żeby była to kombinacja szczepów o udowodnionym klinicznie działaniu, ponieważ może się przecież zdarzyć sytuacja, że dane szczepy działają antagonistycznie i wtedy nie osiągniemy żadnej korzyści dla pacjenta [18].

■ Bezpieczeństwo stosowania i działania niepożądane

Probiotyki uznawane są za preparaty bezpieczne; w UE omawiane preparaty mają status „uznane-go domniemania bezpieczeństwa” (ang. *qualified presumption of safety*) [17], a w USA należą do grupy produktów „generalnie uznanych za bezpieczne” (ang. *generally recognized as safe, GRAS*) [18]. Jednym z nielicznych skutków ubocznych podawania probiotyków są wzdęcia, pojawiające się z częstotliwością między 1:1000 a 1:10000 przypadków [19]. Ryzyko zakażenia bakteriami probiotycznymi u dorosłych wynosi od 0,05% do 0,4% [20] i dotyczy praktycznie jedynie pacjentów ze zmniejszoną odpornością lub z cewnikami zakładanymi do dużych żył [21,22]. Czynnikiem ryzyka może być również podawanie probiotyków przez jejunostomię [23].

Produkty, które zawierają organizmy probiotyczne należące do grzybów, np. *Saccharomyces*

boulardii, nie powinny być podawane w połączeniu z lekami przeciwgrzybiczymi stosowanymi doustnie lub dożylnie [21]. Charakterystyki wielu produktów leczniczych nie zawierają informacji o jakichkolwiek przeciwwskazaniach dla kobiet w ciąży i karmiących [24,25]. Natomiast w innych przypadkach producent informuje, że przeprowadzone badania wpływu na rozrodczość są niewystarczające oraz nie ma danych dotyczących wpływu na laktację, w związku z czym nie zaleca się stosowania preparatu u kobiet w ciąży, a u kobiet karmiących należy rozważyć korzyści i ryzyko zastosowania [21].

■ Podsumowanie

Probiotyki są preparatami, po które bardzo często sięgają pacjenci w przypadku biegunek występujących przy antybiotykoterapii lub podczas leczenia ostrego nieżytu żołądkowo-jelitowego. Doradzając pacjentom w kwestii wyboru odpowiedniego preparatu, należy mieć na względzie, iż jego właściwości zależą przede wszystkim od szczepu, do którego należą mikroorganizmy w nim zawarte oraz od liczby żywych i aktywnych komórek drobnoustrojów probiotycznych przypadających na dawkę preparatu. Preparaty probiotyczne obecne na rynku mają najczęściej status suplementów diety lub środków specjalnego przeznaczenia spożywczego, rzadko – produktów leczniczych, przy czym jedynie ostatni typ preparatów ma potwierdzone i dostatecznie udokumen-

Tabela 3. Porównanie leków i suplementów diety wpływających na skład mikroflory [20]

Lek	Suplement diety
Szczepy o udowodnionym klinicznie działaniu	Można wśród nich spotkać szczepy, dla których nie ma badań na potwierdzenie wskazań do użycia, czy bezpieczeństwa stosowania.
Dokładne określenie pełnej nazwy szczepu	Niekiedy nazwy szczepów są oznaczone w sposób niepełny, nie wiemy, jaki to dokładnie szczep.
Producent gwarantuje trwałość preparatu w całym okresie przydatności do spożycia, co gwarantuje odpowiednią dawkę.	Często zdarza się, że skład jakościowy i ilościowy odbiega od deklarowanego przez producenta.

towane przez przeprowadzone badania klinicznie – działanie probiotyczne. Przy wydawaniu konkretnego preparatu należy poinformować pacjenta o sposobie jego przechowywania, gdyż warunki zewnętrzne wpływają na żywotność i aktywność oraz związane z nimi działanie probiotyczne mikroorganizmów w nim zawartych. © P

Autor korespondujący:
dr n. farm. Monika Zielińska-Pisklak
mpisklak@wum.edu.pl
Nadesłano: 07-10-2020

Piśmiennictwo:

- Sherwood L, Willey J, Woolverton, C. Prescott's Microbiology (9th ed.). New York: McGraw Hill. 2013;713–21.
- Report of a Joint FAO/WHO Expert Consultation on Evaluation of Health and Nutritional Properties of Probiotics in Food Including Powder Milk with Live Lactic Acid Bacteria. 2001.
- Kochan P. Probiotyki w żywności. Właściwości zdrowotne i żywieniowe oraz wytyczne do ich oceny. Wyd. I Kraków: Polskie Towarzystwo Probiotyczne i Prebiotyczne, 2007.
- Markowiak P, Ślizewska K. Effects of Probiotics, Prebiotics, and Synbiotics on Human Health. *Nutrients* 2017;9(9):1021-1027.
- Schnabl KL, Van Aerde JE, Thomson AB i wsp. Necrotizing enterocolitis: a multifactorial disease with no cure. *World J. Gastroenterol.* 2008;14(14):2142-2161.
- Petrova MI, Lievens E, Malik S i wsp. Lactobacillus species as biomarkers and agents that can promote various aspects of vaginal health. *Front. Physiol.* 2015;6:81-85.
- Mayo B, van Sinderen D. *Bifidobacteria: Genomics and Molecular Aspects.* Caister Academic Press, 2010.
- Hyronimus B, Le Marrec C, Sassi H. Acid and bile tolerance of spore-forming lactic acid bacteria. *Int. J. Food Microbiol.* 2000;61:193-197.
- Guarner F, Sanders ME. World Gastroenterology Organisation Global Guidelines. Probiotics and prebiotics. <http://www.worldgastroenterology.org/guidelines/global-guidelines/probiotics-and-prebiotics/> probiotics-and-prebiotics-english [dostęp:19.12.2018].
- Riddle MS, DuPont HL, Connor BA. ACG Clinical Guideline: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Acute Diarrheal Infections in Adults. *Am. J. Gastroenterol.* 2016;111 602-622.
- Szajewska H, Canani RB, Guarino A i wsp. ESPGHAN Working Group for Probiotics & Prebiotics: Probiotics for the Prevention of Antibiotic-Associated Diarrhea in Children. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2016;62:495-506.
- Guarino A, Ashkenazi S, Gendrel Di wsp. European Society for Paediatric Gastroenterology, Hepatology, and Nutrition/European Society for Paediatric Infectious Diseases Evidence-based Guidelines for the Management of Acute Gastroenteritis in Children in Europe. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2014;59:132-152.
- Szajewska H, Guarino A, Hojsak I i wsp. Use of probiotics for management of acute gastroenteritis: a position paper by the ESPGHAN Working Group for Probiotics and Prebiotics. *J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr.* 2014;58:531-539.
- Malfertheiner P, Megraud F, O'Morain CA i wsp. European Helicobacter and Microbiota Study Group and Consensus panel. Management of Helicobacter pylori infection—the Maastricht V/Florence Consensus Report. *Gut.* 2017;66:6-30.
- Parracho HMRT, Gibson GR, Knott F i wsp. A double blind, placebo-controlled, crossover-designed probiotic feeding study in children diagnosed with autistic spectrum disorders. *Int. J. Probiotics Prebiotics.* 2010;5:69-74.
- Näse L, Hatakka K, Savilahti E i wsp. Effect of Long-Term Consumption of a Probiotic Bacterium, Lactobacillus rhamnosus GG, in Milk on Dental Caries and Caries Risk in Children. *Caries Res.* 2001;35:412-420.
- Smecuol E, Hwang HJ, Sugai E i wsp. Exploratory, randomized, double-blind, placebo-controlled study on the effects of Bifidobacterium infantis naten life start strain super strain in active celiac disease. *J. Clin. Gastroenterol.* 2013;47:139-147.
- Tripathi MK, Giri SK. Probiotic functional foods: Survival of probiotics during processing and storage. *J. Funct. Foods.* 2014;9:225-241.
- Caillard R, Lapointe N. In vitro gastric survival of commercially available probiotic strains and oral dosage forms. *Int. J. Pharm.* 2017;519:125-127.
- Winiarz D, Domańska K, Paluch K i wsp. Probiotyki a zdrowie – dziś i jutro. *Biul. Wydz. Farm. WUM,* 2017;10:86-94.
- <https://www.nik.gov.pl/aktualnosci/nik-o-dopuszczaniu-do-obrotu-suplementow-diety.html>; [dostęp 27.12.2018 r.].
- <http://www.efsa.europa.eu/en/topics/topic/qps.htm> [dostęp 27.12.2018].
- <http://www.accessdata.fda.gov/scripts/fdcc/?set=GRASNotices> [dostęp 27.12.2018].
- <https://pub.rejestrmedyczne.csioz.gov.pl/Pobieranie.ashx?type=7890-c;> [dostęp 23.02.2019].
- Cabana MD, Shane AL, Chao C i wsp. Probiotics in primary care pediatrics. *Clin. Pediatr.* 2006;45:405-410.
- NASPGHAN Nutrition Report Committee: Clinical Practice Guideline. Clinical efficacy of probiotics: Review of the evidence with focus on children. *J. Pediatr. Gastroenterol.* 2006;43(4):550-557.
- Tomas DW, Greer F. American Academy of Pediatrics: Clinical report: Probiotics and prebiotics in pediatrics. *Pediatrics.* 2010;126(6):1217-1231.
- Boyle RJ, Robins-Browne RM, Tang MLK. Probiotic use in clinical practice: what are the risks? *Am. J. Clin. Nutr.* 2006;83:1256–1264.
- <https://gdziepolek.blob.core.windows.net/product-documents/doc20847/lacidofil-dokument.pdf>; [dostęp 23.02.2019].
- <https://pub.rejestrmedyczne.csioz.gov.pl/Pobieranie.ashx?type=3663-c;> [dostęp 23.02.2019].
- <https://rejestrmedyczne.csioz.gov.pl/> [dostęp: 29.12.2018]
- <http://www.dicoflor.pl/pl/produkty/dicoflor-complex-w-fiolkach/> [dostęp: 29.12.2018]
- <http://enteromax.pl/> [dostęp: 29.12.2018]
- <https://www.biogaia.pl/produkty/krople/> [dostęp: 29.12.2018]
- <http://www.nordfarm.pl/produkty/4-lacti/> [dostęp: 29.12.2018]
- <http://www.krotex.pl/dla-pacjentow/trilac-20.htm> [dostęp: 29.12.2018]

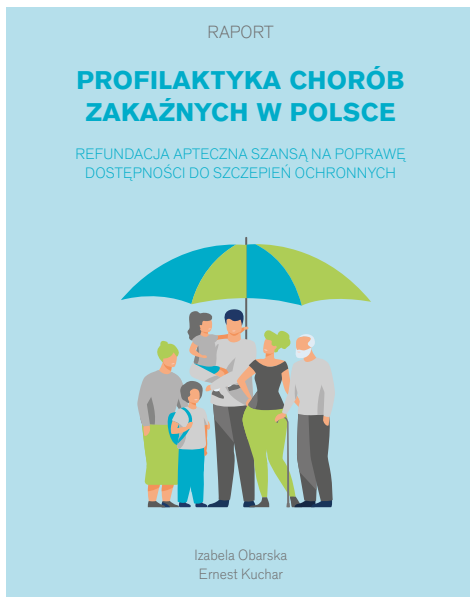
Jesteśmy wydawnictwem publikującym
recenzowane monografie naukowe

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

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

Jak ułatwić dostęp do szczepień ochronnych?

Wnioski z raportu „Profilaktyka chorób zakaźnych w Polsce. Refundacja apteczna szansą na poprawę dostępności do szczepień ochronnych”



2 grudnia 2020 r. zaprezentowano raport „Profilaktyka chorób zakaźnych w Polsce. Refundacja apteczna szansą na poprawę dostępności do szczepień ochronnych”, autorstwa **Izabeli Obarskiej** i dr hab. n. med. **Ernesta Kuchara**. Eksperci, edukując na temat zasadności szczepień ochronnych, przedstawiając historię ich rozwoju oraz analizując różne modele finansowania i organizacji szczepień w Polsce i na świecie, wskazują na potrzebę zwiększenia finansowania i systematycznej poprawy dostępu do nowych, skuteczniejszych i bezpieczniejszych rozwiązań. Wprowadzenie refundacji aptecznej, jako uzupełniającego modelu finansowania szczepień ochronnych, zarówno wśród dzieci, jak i osób dorosłych, może zwiększyć dostęp do szczepień zalecanych oraz szczepień alternatywnych (szczepionek wysokoskojarzonych), których koszt jest

obecnie pokrywany w całości głównie przez pacjentów. Finansowanie szczepień ochronnych ze środków publicznych zwiększa ich dostępność, a to przynosi korzyści całemu społeczeństwu, więc także państwu, które taki dostęp zapewnia.

Pandemia COVID-19 pokazuje, jak duże zagrożenie stanowią wciąż choroby zakaźne i jak ważna jest skuteczna profilaktyka szczepienna w tym zakresie. Dzięki szczepieniom, uznawanym za jedno z najważniejszych osiągnięć zdrowia publicznego, już dziś możemy chronić się przed wieloma groźnymi chorobami zakaźnymi. Jednocześnie szczepienia wykazują wysoką skuteczność i efektywność kosztową oraz przyczyniają się do wzrostu jakości oraz średniej długości życia ludzi. Należy je traktować jako działania wyprzedzające, które zapobiegają sytuacji kryzysowej, wynikającej z możliwych do przewidzenia zagrożeń związanych z chorobami zakaźnymi.

Program Szczepień Ochronnych wymaga aktualizacji

Eksperci wskazują, że Program Szczepień Ochronnych (PSO) od lat wymaga rewizji i aktualizacji zgodnie z międzynarodowymi standardami. Koszt realizacji wszystkich szczepień obowiązkowych w ramach PSO stanowi zaledwie ok. 0,2% bezpośrednich wydatków państwa przeznaczanych na ochronę zdrowia. Zdaniem ekspertów niedostateczne finansowanie szczepień ze środków publicznych jest główną przyczyną bardzo powolnego rozwoju PSO.

Zwiększenie dostępności do szczepień w Polsce wymagałoby przyjęcia spójnej strategii i zagwarantowania właściwych środków na jej realizację. W sytuacji, w której dofinansowanie z budżetu państwa będzie wciąż niewystarczające, rozwiązaniem jest zmiana modelu finansowania szczepień, uwzględniająca częściową refundację kosztu szczepionki, czyli współpłacenie pacjentów, poprzez umieszczenie wybranych szczepionek na liście leków refundowanych. Obecnie w ramach refundacji aptecznej dostępne są wyłącznie szczepionki przeciwko grypie. Dodatkowe źródło finansowania

zwiększyłyby realnie dostęp do szczepień, a w efekcie sprzyjało wyszczepialności i nabywaniu odporności zbiorowiskowej – wyjaśnia **Izabela Obarska**, ekspert systemu ochrony zdrowia w zakresie polityki lekowej, refundacji i dostępności rynkowej, wykładowca w Centrum Szkolenia Podyplomowego Uczelni Łazarskiego oraz Akademii Leona Koźmińskiego, dyrektor Departamentu Polityki Lekowej i Farmacji Ministerstwa Zdrowia w latach 2016-2017.

PSO jest stopniowo uzupełniany o kolejne bezpłatne szczepienia, jednak nadal część istotnej profilaktyki oraz nowocześniejsze szczepionki muszą być w większości przypadków w całości finansowane przez pacjentów. Dotyczy to zarówno szczepionek zalecanych, np. przeciwko meningokokom, jak i szczepionek alternatywnych – wysokoskojarzonych, które chronią w jednym wkluciu przed kilkoma chorobami zakaźnymi. Dzięki temu ułatwiają one realizację schematów szczepień poprzez zmniejszenie liczby iniekcji oraz liczby wizyt, a także zapewniają większy komfort i bezpieczeństwo ich realizacji. W ciągu dwóch pierwszych lat życia dziecka, dzięki szczepionkom 6-składnikowym możemy ograniczyć liczbę iniekcji z 19 do 10. Oznacza to korzyści dla płatnika publicznego w postaci zmniejszenia kosztów pośrednich oraz obciążenia personelu medycznego i systemu, a także dla rodziców, którzy zyskują więcej przestrzeni czasowej do zaplanowania szczepień zalecanych. Szczepionki wysokoskojarzone rekomendowane są przez Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego – Państwowy Zakład Higieny jako bezpieczniejsza i sprawdzona alternatywa dla szczepionek obowiązkowych.

Szczepionki wysokoskojarzone zawierają mniej substancji pomocniczych, dzięki czemu do organizmu dziecka trafia mniejsza ich ilość w porównaniu ze szczepionką nieskojarzoną, co może mieć znaczenie w przypadku dzieci z alergią na określony składnik szczepionki. Warto pamiętać, że szczepionka tradycyjna podawana bezpłatnie w ramach PSO zawiera pełnokomórkową formę krztuśca, natomiast szczepionki 6-składnikowe zawierają jego bezkomórkową

formę, która powoduje mniej niepożądanych odczynów poszczepiennych. Jednocześnie w randomizowanych badaniach klinicznych udowodniono ich wysoką skuteczność, wynoszącą 81-93%. Niestety szczepionki wysokoskojarzone w Polsce w większości przypadków są w pełni finansowane przez pacjenta, co dla części rodziców, mimo opisanych zalet, stanowi poważną barierę w ich wyborze i zastosowaniu – tłumaczy dr hab. n. med. **Ernest Kuchar**, specjalista w dziedzinach pediatrii, chorób zakaźnych i medycyny sportowej, kierownik Kliniki Pediatrii z Oddziałem Obserwacyjnym Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, prezes Polskiego Towarzystwa Wakcynologii, członek polskich i międzynarodowych towarzystw naukowych: Polskiego Towarzystwa Lekarzy Epidemiologów i Chorób Zakaźnych, Polskiego Towarzystwa Medycyny Sportowej, Polskiego Towarzystwa Pediatrycznego, European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID) oraz International Federation of Sports Medicine (FIMS), sekretarz Narodowego Komitetu Światowej Organizacji Zdrowia ds. eliminacji odry i różyczki.

Zachęcenie pacjentów do wykonywania szczepień i usprawnienie ich realizacji jest szczególnie istotne w obecnej sytuacji epidemicznej, gdy dostęp do podstawowej opieki zdrowotnej został ograniczony oraz okaże się równie istotne w związku z pojawieniem się szczepionki przeciw wirusowi SARS-CoV-2, którą będzie trzeba zaszczepić jak największą populację.

Jako lekarz kierujący oddziałem pediatrycznym, pracujący w poradni konsultacyjnej do spraw szczepień ochronnych oraz pediatra w podstawowej opiece zdrowotnej, gdzie w praktyce realizuję szczepienia ochronne, uważam, że należy dołożyć wszelkich starań, aby szczepienia ochronne były akceptowane przez rodziców, dawały jak najszerszą ochronę oraz były łatwe w realizacji. Akceptację rodziców zyskują szczepionki, których reaktywność jest niska, liczba iniekcji, a tym samym ból i ryzyka odczynów miejscowych mała. Możliwość wykonania wszystkich szczepień na jednej wizycie oraz zapewnienie jak najszerszej ochrony nabiera

szczególności znaczenia w okresie pandemii, kiedy ograniczenie liczby wizyt zdrowych dzieci w poradni oraz najszersza ich ochrona są wyjątkowo ważne – mówi dr n. med. **Joanna Stryczyńska-Kazubska**, specjalista pediatra, kierownik Oddziału Dzieci Starszych SZOZ nad Matką i dzieckiem w Poznaniu, Poradnia Konsultacyjna d/s Szczepień SZOZ nad Matką i Dzieckiem w Poznaniu, Katedra i Zakład Profilaktyki Zdrowotnej UMP.

Zwiększyć dostępność szczepień

Autorzy raportu mają nadzieję, że publikacja pomoże pokonać istniejące bariery i przyczyni się do rozpowszechnienia szczepień ochronnych w Polsce, jako kluczowej dziedziny profilaktyki zachorowań i ochrony zdrowia. Podniesienie poziomu finanso-

wania szczepień ochronnych ze środków publicznych wydaje się kluczowe dla zwiększenia ich dostępności. W sytuacji, w której pokrycie kosztów szczepień z budżetu państwa nie będzie możliwe, korzystną opcją – zarówno dla płatnika publicznego, jak i pacjentów – pozostaje częściowe ich sfinansowanie w ramach refundacji aptecznej.

Współfinansowanie szczepień alternatywnych i zalecanych jest także jednym ze sposobów budowania zaufania do szczepień. Polscy pacjenci powinni mieć przekonanie, że państwo gwarantuje im optymalną ochronę przed chorobami zakaźnymi. Takie przekonanie buduje bowiem zaufanie zarówno do samych szczepień, jak i do systemu opieki zdrowotnej, który je zapewnia.

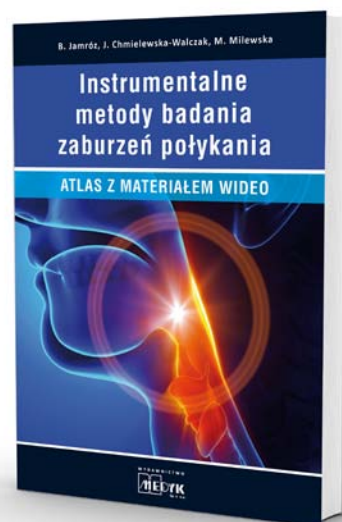
Informacja prasowa

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 ustnogatłowa 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.



Nowa szansa na efektywne leczenie astmy ciężkiej

**Chorzy na astmę w Polsce mają zapewnio-
ny dostęp do wielu nowoczesnych terapii.
Jednak potrzeby niektórych grup pacjen-
tów, szczególnie z astmą ciężką, pozostają
nadal nie w pełni zaspokojone. Czy i w jaki
sposób można leczyć ich efektywniej?
Pierwsza wziewna terapia trójskładnikowa
zarejestrowana do leczenia astmy ciężkiej
właśnie uzyskała pozytywną opinię eksper-
tów Polskiego Towarzystwa Alergologicz-
nego i Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.
Nowy preparat jest połączeniem w jednym
inhalatorze trzech leków o różnych me-
chanizmach działania oraz udowodnionej
skuteczności i bezpieczeństwie: LABA –
długo działającego beta-2-agonisty, LAMA
– długo działającego cholinolityku i wGKS –
wziewnego glikokortykosteroidu. Terapia
trójskładnikowa jest podawana w postaci
pojedynczego wziewu raz na dobę z jedne-
go inhalatora, co jest ogromnym ułatwie-
niem dla pacjentów.** Stanowisko ekspertów
w sprawie tego leku zostało opublikowane 24
listopada 2020 r. na stronie internetowej Pol-
skiego Towarzystwa Chorób Płuc oraz na łamach
ostatniego wydania „Pneumonologii Polskiej”.

W Polsce na astmę choruje około 4 mln osób: 11% dzieci w wieku 6–14 lat i około 9–10% populacji dorosłych. Są to jednak sta-
tystyki jedynie szacunkowe, ponieważ bar-
dzo wiele przypadków pozostaje nierozpozna-
nych. Pomimo szerokiej edukacji prowadzonej
w społeczeństwie i wysiłków lekarzy, nadal
wielu pacjentów nie przykłada należytej uwa-
gi do właściwego leczenia i eliminowania obja-
wów choroby. Tymczasem niezdiagnozowana
i nieleczona czy nieadekwatnie leczona astma
postępuje i prowadzi do nieodwracalnego uszko-
dzenia układu oddechowego. Objawy stają się
coraz bardziej dokuczliwe i trudniejsze do opa-

nowania, mogą wymagać hospitalizacji, a nawet
prowadzić do zgonu.

W październiku 2019 r. ukazał się raport,
przygotowany przez EFA (European Federation
of Allergy and Airways Diseases Patients’ Asso-
ciations) pt. „Active Patient ACCESS”, dotyczący
różnych aspektów diagnostyki, leczenia, opieki
medycznej i jakości życia osób chorujących na
astmę oraz przewlekłą obturacyjną chorobę płuc
(POChP). Badanie ankietowe przeprowadzono po-
między listopadem 2018 roku a styczniem 2019
roku w grupie 774 pacjentów z Finlandii, Francji,
Niemiec, Włoch, Polski, Hiszpanii i Wielkiej Bryta-
nii. Okazało się, że polscy pacjenci zdecydowanie
najdłużej czekają na diagnozę zarówno astmy
(7,5 roku wobec średniej europejskiej 3,3 roku),
jak i POChP (7 lat wobec średniej europejskiej
3,4 roku). Co więcej, aż 36% pacjentów z Polski
z astmą otrzymało początkowo błędną diagnozę,
co jest odsetkiem najwyższym w Europie (śred-
nia europejska wynosiła 16%).

Obecnie, w związku z pandemią COVID-19,
można spodziewać się jeszcze gorszych wyni-
ków, jeśli chodzi o wczesne rozpoznawanie ast-
my. Eksperti medyczni wskazują, że w ostatnich
miesiącach wyraźnie spadła liczba nowych roz-
poznań wszystkich chorób przewlekłych, w tym
astmy. W ogólnosiatkowej ankiecie przepro-
wadzonej wśród lekarzy i innych pracowników
ochrony zdrowia w kwietniu 2020 r., astma zosta-
ła wskazana jako jedna z pięciu chorób, których
rozpoznanie i leczenie ucierpiało najbardziej.

Kontrola objawów astmy

Odrębnym problemem jest prawidłowe leczenie
i kontrola objawów astmy już po jej rozpozna-
niu. Szacuje się, że u ponad połowy pacjentów
ze zdiagnozowaną astmą jej kontrola jest nie-
wystarczająca, m.in. z powodu nieprzestrze-
gania przez pacjentów zaleceń otrzymanych od
lekarza, szczególnie po ustąpieniu ostrych dole-
gliwości. Badanie SATI (Satysfakcja z Terapii In-
halacyjnej) przeprowadzone w 2013 r. w grupie
8395 chorych z astmą, leczonych w 166 porad-

niach pneumonologicznych lub alergologicznych w Polsce, wykazało, że zaledwie 4,8% chorych miało astmę całkowicie kontrolowaną podczas pierwszej wizyty w poradni i 16,3% chorych miało tę chorobę całkowicie kontrolowaną podczas drugiej wizyty po 3 miesiącach leczenia. Astmę częściowo kontrolowaną miało odpowiednio 31,1% i 53,8% pacjentów; astmę niekontrolowaną – 41,6% i 24,6% pacjentów, a astmę niekontrolowaną odpowiednio – 22,5% i 5,3% pacjentów. Pomimo wielu działań edukacyjnych skierowanych do chorych i ich bliskich, niestety statystyki te nie uległy większej poprawie.

Ten niepokojący stan rzeczy potwierdzają dane z raportu „Active Patient ACCESS” – aż 79% polskich pacjentów z astmą i POChP nie miało sporządzonego pisemnego planu leczenia, a odczucie negatywnego wpływu astmy na jakość życia było w Polsce wyższe niż w innych krajach.

Kontrolę astmy można (i należy) poprawić na kilka sposobów: niezmiernie ważna jest edukacja chorego i jego rodziny oraz współpraca lekarza z pacjentem (regularne weryfikowanie przez lekarza techniki inhalacji leków stosowanych przez pacjenta, a także kontrolowanie przestrzegania zaleceń lekarskich). Równie ważny jest dobór odpowiedniego, dostosowanego do konkretnego pacjenta, nowoczesnego schematu leczenia: właściwych leków we właściwych dawkach i we właściwych inhalatorach (im mniej inhalatorów, tym lepiej).

Nowe wziewne leki złożone

(...) Leki podawane drogą wziewną są podstawową formą leczenia zdecydowanej większości chorych na astmę. Z tego powodu jednym z aktualnych kierunków rozwoju nowych leków tego typu jest dążenie do umieszczenia w jednym inhalatorze kilku substancji czynnych z różnych (dwóch-trzech) grup terapeutycznych o jak najdłuższym czasie działania i w możliwie najniższej dawce. Dzięki temu można zmniejszyć konieczną liczbę inhalacji leków wykonywanych

*przez pacjenta w ciągu doby, a przez to istotnie poprawić przestrzeganie zaleceń lekarskich (compliance) i skuteczność leczenia. (...) – mówi prof. dr hab. n. med. **Paweł Śliwiński** z 2. Kliniki Chorób Płuc Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc w Warszawie, prezes Polskiego Towarzystwa Chorób Płuc.*

Odpowiedzią na te potrzeby jest rejestracja dwóch nowych wziewnych leków złożonych będących połączeniem: **LABA** – długo działającego beta-2 agonisty i **wGKS** – wziewnego glikokortykosteroidu) oraz **LABA** – długo działającego beta-2 agonisty, **LAMA** – długo działającego cholinolityku i **wGKS** – wziewnego glikokortykosteroidu. Oba leki są podawane raz na dobę w postaci pojedynczej inhalacji z intuicyjnego inhalatora suchego proszku.

Terapia trójskładnikowa jest przeznaczona do stosowania w podtrzymującym leczeniu astmy u dorosłych pacjentów, u których nie uzyskano odpowiedniej kontroli choroby w wyniku podtrzymującego leczenia skojarzonego długo działającym beta-2 agonistą i glikokortykosteroidem wziewnym podawanym w dużych dawkach oraz u których wystąpiło co najmniej jedno zaostrzenie astmy w poprzednim roku. Wykazano skuteczność tej terapii w poprawie funkcji płuc, redukcji liczby zaostrzeń u chorych na astmę przy zachowaniu podobnego profilu bezpieczeństwa w porównaniu do terapii dwuskładnikowych.

*Wyniki badań klinicznych jednoznacznie potwierdzają zasadność stosowania wziewnej terapii trójskładnikowej, czyli połączenia LABA/LAMA/wGKS podawanego z jednego systemu inhalacyjnego i dają podstawę do modyfikacji dotychczasowej strategii leczenia chorych na astmę – stwierdza prof. dr hab. n. med. **Maciej Kupczyk** z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Astmy i Alergii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, prezes-elekt Polskiego Towarzystwa Alergologicznego.*

Informacja prasowa

Cyfryzacja w ochronie zdrowia

Rozwój nowych technologii, wykorzystywanych w medycynie, ostatnio zdecydowanie przyspiesza, również za sprawą pandemii. Teleporady niemalże z dnia na dzień weszły w zakres usług zdrowotnych, zbiegając się w czasie z popularyzacją e-zwolnienia i e-recepty. Zgodnie z zapowiedziami w styczniu 2021 e-skierowanie ma stać się praktyką codzienną. „Barometr Bayer 2020” pokazuje, czego oczekujemy w zakresie e-zdrowia.

88% badanych wskazało, że rozwój nauki i technologii w kierunku powszechnego zastosowania rozwiązań z zakresu e-zdrowia jest potrzebny, lub wręcz wskazany. Mieli przy tym na myśli takie rozwiązania jak elektroniczną receptę, telekonsultacje, zapisy do lekarza przez Internet czy powiadomienia SMS o wizytach lekarskich. To wyniki badania opinii społecznej „Barometr Bayer 2020” przeprowadzonego na zlecenie Bayer przez Kantar.

Barometr Bayer pokazuje duże poparcie dla cyfryzacji w ochronie zdrowia, to bardzo dobry progno-

styk. Skuteczne wykorzystanie nowych technologii w obszarze medycyny i ochrony zdrowia może przynieść ogromne korzyści na wielu polach, począwszy od zastosowania sztucznej inteligencji w procesie poszukiwania nowych leków, po aplikacje mobilne umożliwiające monitoring stanu zdrowia pacjentów. Zbieranie danych z wielu źródeł, ich przekazywanie do personelu medycznego, a następnie analiza wspomagająca podejmowanie decyzji terapeutycznych to rozwiązania już dostępne i wciąż ulepszone w ramach wielu projektów e-health. (...) – mówi Markus Baltzer, prezes Bayer Sp. z o.o.

Rozwój e-zdrowia: wideoporady i monitorowanie zdrowia

„Barometr Bayer 2020” pokazuje również czego oczekujemy od rozwiązań w zakresie e-zdrowia w przyszłości. Najczęściej wskazywanym elementem jest możliwość rezerwacji i odwoływania wizyt online (70%). Ankietowani często (51%) wskazywali również na obszar monitorowania stanu zdrowia poprzez np. opaski rejestrujące określone parametry zdrowotne. Dane przesyłane do lekarza pozwalałyby na lepszą współpracę i terapię ▶



Barometr Bayer 2020: Korzystanie z rozwiązań e-zdrowia

Na ile potrzebny jest rozwój rozwiązań e-zdrowia w polskim systemie zdrowia?



elektroniczna recepta



telekonsultacja medyczna



zapisy do lekarza przez Internet



powiadomienia SMS o wizytach lekarskich



w chorobach kardiologicznych, neurologicznych i innych. Ponad 40% respondentów deklaruje chęć skorzystania z widekonsultacji z lekarzem pierwszego kontaktu lub specjalistą oraz teleporady.

Teleporada w obecnej formie nie zastępuje wizyty u lekarza

57% ankietyowanych skorzystało (osobiście lub członkowie ich rodzin) w czasie pierwszej fali pandemii z rozwiązań telemedycznych. Najczęściej były to kobiety w wieku powyżej 55 lat (65%) z wykształceniem wyższym, mieszkanki dużych miast (64%).

62% osób, które skorzystały z nowych form wskazuje, że jest zadowolona – przeciwnego

zdania jest jedynie 7%. Z kolei 21% deklaruje częściowe zadowolenie. Największą zaletą e-zdrowia jest, zdaniem respondentów, przede wszystkim oszczędność czasu (30% wskazań). To czynnik szczególnie ważny dla osób młodych, w wieku 18-35 oraz mieszkańców miast. Na drugim miejscu jest skuteczność wizyty (24%).

Jako największe wady rozwiązań e-zdrowia wskazywane są we wszystkich grupach wiekowych: niepełna usługa, brak fizycznego badania 47% (w grupie niezadowolonych) oraz określenie takiej konsultacji medycznej stwierdzeniem „to nie to samo” (29%). To ostatnie szczególnie często przywoływane jest przez osoby starsze, powyżej 56. r.ż. (37%).

Informacja prasowa

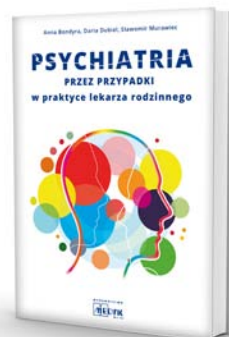
POLECAMY

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.

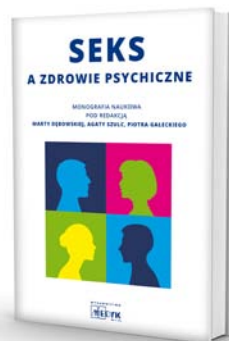
W publikacji znajdują się również praktyczne tabele ze wskazówkami zastosowania leków w szczególnych sytuacjach klinicznych oraz 4 aneksy: wykaz leków I wyboru, przewodnik, kiedy pacjenta należy wysłać do psychiatry, fragment ICD-10: kryteria opisywanych w książce zaburzeń psychicznych i skala depresji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

Nie Chrap w pracy !!!



SPRAY DO GARDŁA – WYRÓB MEDYCZNY PRZECIW CHRAPANIU



Probiotykoterapia w ciąży – jakie niesie korzyści?

mgr inż. Magdalena Gawlik

dietetyk kliniczny

■ **Słowa kluczowe:** probiotyki, probiotykoterapia w ciąży, karmienie piersią, bifidobakterie.

■ Wprowadzenie

Doniesienia z najnowszych badań wskazują, że specjalistyczna probiotykoterapia w ciąży może mieć pozytywny wpływ na zdrowie matki i dziecka. **Probiotykoterapia może wpływać nie tylko na poprawę samopoczucia matki, poprzez zmniejszenie zaparć [1], czy ryzyka cukrzycy ciążarnych [2], ale i dobrostan dziecka po urodzeniu – redukcję kolek czy AZS [3] u dzieci.**

Obecnie, z racji wysokiego stopnia przetworzenia żywności, dieta nie dostarcza pełnego zestawu witamin, składników mineralnych, jak i bakterii probiotycznych. Ma to szczególne znaczenia w okresie ciąży i karmienia piersią. W czasie porodu drogą naturalną następuje przekazanie mikrobioty potomstwu. Jednak, by dziecko otrzymało kompletny „zestaw bakterii”, pochwa matki powinna być odpowiednio skolonizowana, a dziecko urodzić się pochwowo. Styl życia, zanieczyszczenie środowiska, niewłaściwa dieta, stosowane leki, tj. antybiotyk przy cesarskim cięciu, przyczyniają się do dysbiozy jelit.

Jak pokazały wyniki fińskiego badania, już jednorazowa dawka antybiotyku może skutkować brakiem bifidobakterii w mleku matki, w 30. dobie po porodzie [4]. Dlatego tak istotne jest uzupełnienie bifidobakterii w probiotykoterapii ciążarnych i karmiących.

■ Dysbioza w ciąży

Zmiany fizjologiczne zachodzące w ciąży mogą wpływać na zaburzenia flory bakteryjnej jelit matki, stanowiąc zagrożenie dla niej samej i jej dziecka.

Do najczęstszych zagrożeń w ciąży można zaliczyć:

• Antybiotykoterapię

Podawanie antybiotyku, zarówno śród-, jak i okołoporodowo (w cesarskim cięciu), zmniejsza miano *Bifidobacterium* i *Lactobacillus*, przy jednoczesnym wzroście bakterii patogennych czy *Candida albicans* [5]. **W przypadku dzieci karmionych sztucznie, jak i tych urodzonych przez cesarskie cięcie, niezbędne jest włączenie w ciąży i laktacji probiotykoterapii zawierającej szczepki, tj.: *Bifidobacterium breve* BR03 (DSM 16604) oraz *Lactobacillus rhamnosus* GG (ATCC 53103).**

Bifidobakterie odpowiadają za kształtowanie układu odpornościowego dziecka oraz zmniejszają ilość stanów zapalnych (w tym stanów zapalnych sutka) [1].

• Leki przeciwbakteryjne, przeciwgrzybicze, leki zobojętniające, IPP czy NLPZ

Leki te powodują zmiany w składzie populacji bakteryjnej jelit, zwłaszcza *Bifidobacterium*. Badania wykazują, że probiotykoterapia wybranymi szczepami probiotycznymi z rodzaju *Bifidobacterium* hamuje niekorzystne efekty tych leków.

- **Infekcje *Candida***

W czasie ciąży wzrasta skłonność do infekcji urogenitalnych. Z uwagi na podwyższony poziom progesteronu w ciąży zwiększa się ilość glikogenu i glukozy w pochwie, co sprzyja namnażaniu drożdżaków z rodzaju *Candida*. W takich sytuacjach zalecana jest dieta z ograniczeniem ilości węglowodanów prostych, jak i probiotykoterapia z *Lactobacillus acidophilus* LA02 (DSM21717).

- **Cukrzyce ciężarnych**

W ciąży, na skutek zmian hormonalnych, wątroba kobiety ciężarnej zaczyna wydelać większą ilość glukozy, co może prowadzić do rozwoju cukrzycy ciężarnej. Zmiany te nasilone są w 26. tyg. ciąży, a kobiety z nadwagą są bardziej narażone na wystąpienie cukrzycy. W tym czasie warto zadbać o odpowiednią dietę, bogatą w błonnik, regularność posiłków i specjalistyczną probiotykoterapię. **Wyniki australijskiego badania wykazują, że zastosowanie probiotykoterapii ze szczepem *Lactobacillus rhamnosus* GG (ATCC 53103) ma wpływ na zmniejszenie ryzyka cukrzycy ciężarnych o 2/3.**

- **Zaparcia**

Konsekwencją rosnącego płodu, który uciska na jelita, są zaparcia. Ponadto na zaparcia wpływa zmniejszona aktywność fizyczna czy suplementacja żelazem. Ciężarne powinny zadbać o odpowiednią podaż błonnika, płynów (ok. 2-3l dziennie), jak i bakterii probiotycznych. **Do szczepów, które wykazują potwierdzone klinicznie korzystne efekty w leczeniu zaparcia, należą *Bifidobacterium lactis* BS01(LMG P-21384), *Bifidobacterium breve* BR03 (DSM 16604) [6].**

- **Alergie i AZS**

Światowa Organizacja Alergologiczna (WAO) zaleca stosowanie probiotyków w ciąży i w czasie karmienia przy wysokim ryzyku wystąpienia alergii u dziecka (prewencja AZS). **Dzieci,**

których matki z obciążeniem AZS w wywiadzie, w III trymestrze ciąży zażywały probiotyki zawierające szczep: *Lactobacillus rhamnosus* GG (ATCC 53103), rzadziej chorowały na atopowe zapalenie skóry i egzemę.

■ **Korzystny wpływ probiotykoterapii**
Specjalistyczna probiotykoterapia w ciąży i podczas laktacji, preparatami zawierającymi w swym składzie szczepy z rodzajów *Lactobacillus* i *Bifidobacterium*, może zmniejszać ryzyko rozwoju, m.in.: chorób alergicznych, cukrzycy ciężarnych czy stanów zapalnych. Stosowanie odpowiednich probiotyków wzmacnia układ odpornościowy ciężarnej i jej dziecka, uszczelnia barierę jelitową, jak i zapewnia odpowiednią produkcję witamin (B i K) czy enzymów. Wiele z badań donosi o pozytywnych skutkach probiotykoterapii w procesie odchudzania czy poprawie nastroju.

Które kobiety powinny się zainteresować probiotykoterapią w ciąży?

- kobiety w ciąży z nadwagą lub otyłością;
- kobiety w ciąży z dolegliwościami jelitowymi (tj. zaparcia, wzdęcia);
- kobiety w ciąży, u których poród może nastąpić przez CC (cesarskie cięcie);
- kobiety w ciąży z potwierdzoną w wywiadzie alergią, u co najmniej jednego z rodziców;
- kobiety w ciąży ze skłonnościami do infekcji;
- kobiety w ciąży z ryzykiem wystąpienia cukrzycy ciężarnej;
- kobiety w ciąży, które stosują antybiotyki, czy inne leki przeciwnieinfekcyjne.

Kiedy rozpocząć probiotykoterapię w ciąży?

Kobiety ciężarne powinny zadbać o odpowiedni poziom bifidobakterii już od początku ciąży. Bifidobakterie to jedne z pierwszych bakterii zasiedlających układ pokarmowy zdrowego noworodka. Znany jest mechanizm przemieszczania się bifidobakterii, tzw. translokacji z jelita do gruczołu sutkowego [7]. **Miano bifidobakterii**

spada na skutek niewłaściwej diety, stre-su, cesarskiego cięcia czy antybiotykoterapii. Z tego względu specjalistyczną probiotykoterapię, zawierającą w swym składzie bakterie z rodzaju *Bifidobacterium* i *Lactobacillus*, powinno się rozpocząć już od III trymestru i kontynuować ją do 6. miesiąca karmienia piersią.

Jak wybrać bezpieczny probiotyk w ciąży?

Na rynku dostępnych jest wiele preparatów probiotycznych. Aby mieć pewność, że zastosowana probiotykoterapia w ciąży i okresie karmienia będzie skuteczna i bezpieczna, warto zwrócić uwagę na kilka elementów, tj.:

- 1. Wskazanie.** Probiotyk powinien być przeznaczony dla kobiet w ciąży i karmiących piersią. Taka informacja powinna się znaleźć na opakowaniu probiotyku.
- 2. Taksonomia.** Każdy ze szczepów powinien być wymieniony z nazwy na opakowaniu i posiadać swój identyfikacyjny numer, tzw. taksonomiczny [(np. *Lactobacillus acidophilus* LA02 (DSM21717)]. Oznacza to, że ten szczep jest zdeponowany w banku szczepów i został przebadany klinicznie pod kątem właściwości, jakimi się charakteryzuje.
- 3. Technologia ochrony szczepów.** Nawet najlepszy szczep może nie mieć możliwości namnożenia się w naszym organizmie bez odpowiedniej ochrony. Tylko blistry aluminiowe chronią szczepy przed światłem i wilgocią, zapewniając ich stabilność. Ponadto szczepy powinny być poddane technologii ochrony, jak np. technologia mikroenkapsulacji MICROBAC, która chroni szczepy przed kwasem solnym, enzymami trawiennymi i żółcią, zapewniając trwałość szczepów.
- 4. Zawartość.** Dobry probiotyk powinien zawierać co najmniej 3-5 mld CFU bakterii (CFU – oznacza jednostkę tworzącą kolonię). Dla przykładu, szczepów liofilizowanych trzeba spożyć 5 razy więcej niż szczepów w technologii mikroenkapsulacji MICROBAC.

■ Podsumowanie

W wielu badaniach wykazano, że stosowanie probiotyków w ciąży ma pozytywny wpływ na zdrowie kobiet ciężarnych, jak i ich niemowląt. Można do nich zaliczyć:

- 1. redukcję zaparć i wzdęć;**
- 2. ograniczenie kolek u dzieci;**
- 3. zmniejszenie ryzyka otyłości u dzieci;**
- 4. zmniejszenie ryzyka chorób:**
 - cukrzycy ciężarnych,
 - AZS i egzemy u dzieci;
- 5. redukcję stanów zapalnych i infekcji intymnych;**
- 6. kontrolę masy ciała po porodzie.**

Korzyści płynące z probiotykoterapii jest wiele, począwszy od poprawy samopoczucia, poprzez wzmacnianie odporności, aż po profilaktykę chorób autoimmunizacyjnych. Ważne jest jednak, by wybierać preparaty, w których zastosowano szczepy z pełną taksonomią, a więc poparte badaniami klinicznymi. Probiotyk w ciąży powinien być przeznaczony dla kobiet w ciąży. Szczepy powinny być zabezpieczone technologią oraz odpowiednim opakowaniem. Ponadto specjalistyczny probiotyk powinien mieć w swym składzie błonnik, a więc pożywkę dla bakterii probiotycznych. Tylko takie probiotyki są skuteczne i bezpieczne.

W świetle aktualnych badań można stwierdzić, że probiotyki można rutynowo zalecać w czasie ciąży, jak i w okresie laktacji. © P

Nadesłano: 06.10.2020

Przedruk z „Leku w Polsce” VOL 30 NR 08/09'20 (351/352)

Piśmiennictwo:

1. Del Piano M, et al. The Use of Probiotics in Healthy Volunteers With Evacuation Disorders and Hard Stools. *J Clin Gastroenterol* 2010 Sep;44 Suppl 1:S30-4.
2. Barrett HL, Dekker Nitert M, Conwell LS, Callaway LK. Probiotics for preventing gestational diabetes (Review) 2014, Cochrane Library.
3. WAO; Kalliomäki M, et al. Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomized placebo-controlled trial. *Lancet* 2001;357:1076-79
4. Hermansson. Breast Milk Microbiota Is Shaped by Mode of Delivery and Intrapartum Antibiotic Exposure. *Front. Nutr.* 6:4.
5. Węgielska I, et al. The influence of drugs on intestinal microbiota. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2016 (tom 7);1:1-7.
6. Nicola S, et al. Interaction between probiotics and human immune cells. *Supplement to AgroFOOD*, 2010 vol. 21;2.
7. Perez P, Dore J, Leclerc M, et al. Bacterial imprinting of the neonatal immune system: lessons from maternal cells? *Pediatrics* 2007;119(3): e724-732

Czy w gabinecie prywatny.pl specjalistycznych probiotyków w ciąży może ograniczyć FARMAKOTERAPIA u ciążnych, podnieść naturalną odporność oraz zmniejszyć ryzyko AZS u dziecka o 50%^{1,2,3*}?

Doustny probiotyk dla kobiet w ciąży

LACTINOVA[®]
suplement diety
mama



Probiotyk dopasowany do potrzeb ciążnych i matek karmiących, oparty na klinicznie przebadanych szczepach: *Lactobacillus rhamnosus* GG oraz *Bifidobacteriach* – ważnych dla rozwoju i kształtowania odporności dziecka^{2,4}.



Warto stosować połączenie *Lactobacillus* i *Bifidobacterium* aby:

- ograniczyć ryzyko cukrzycy ciążnych¹
- wzmocnić odporność i zmniejszyć ryzyko infekcji^{2,4}
- ograniczyć ryzyko AZS u dziecka³
- zmniejszyć ryzyko zaparc u mamy i kolek u dzieci⁵
- zapewnić ochronę przy antybiotykoterapii i gdy poród kończy się cesarski cięciem

1 kapsułka dziennie, 28 kapsułek w opakowaniu

Informacja medyczna dla specjalistów i pracowników służby zdrowia

LACTINOVA[®] mama jest przeznaczony: do stosowania jako uzupełnienie diety w trakcie II i III trymestru ciąży, w okresie laktacji i w trakcie planowania ciąży. Zalecany przy antybiotykoterapii w ciąży i okolicy porodowej (cesarskie cięcie). Probiotyk uzupełnia prawidłową florę jelitową. Zawiera jeden z najlepiej przebadanych szczepów probiotycznych na świecie: *Lactobacillus rhamnosus* LGG (ATCC 53103) oraz bakterie probiotyczne z gatunku *Bifidobacterium lactis* i *breve*, które jako jedne z pierwszych zasiedlają przewód pokarmowy dziecka. **Składniki:** podłoże prebiotyczne Fibregum[™] (aw < 0,2), *Lactobacillus rhamnosus* GG (ATCC 53103), *Lactobacillus acidophilus* LA02 (DSM 21717), *Bifidobacterium breve* BR03 (DSM 16604), *Bifidobacterium lactis* BS01 (LMG P-21384). **Informacja dodatkowa:** opatentowana technologia MICROBAC zwiększa 5-krotnie przeżywalność szczepów probiotycznych w środowisku soku żołądkowego, żółci i enzymów trawiennych. Stosować min. 1 miesiąc. Suplement diety. Przed spożyciem zapoznać się z ulotką. **Opakowanie** zawiera 28 kapsułek (1 kapsułka = 3,75 mlid CFU). Produkt bez laktozy, bez barwników, bezglutenowy, odpowiedni dla wegetarian.

1. Barret H. et al: Probiotics for preventing gestational diabetes (Review), Cochrane Database of Systematic Reviews 2014, Issue 2, Art. No.: CD009951, 2. Pregliasco F. et al: A new chance of Preventing Winter Diseases by the Administration of Symbiotic Formulations, J Clin Gastroenterol Volume 42, Supp. 3, Part 2, September 2008 3. Kalliomaki M. et al: Probiotics in primary prevention of atopic disease: a randomised placebo-controlled trial, Lancet 2001; 357: 1076-79. Laitinen K. et al: Evislution of diet and growth in children with and without atopic eczema: follow-up study from birth to 4 years, British Journal of Nutrition (2005), 94, 565-574; Kalliomaki M. et al: Probiotics during the first 7 years of life: A cumulative risk reduction of eczema in a randomised, placebo-controlled trial, J Allergy Clin Immunol Volume 119, numer 4, 4. Hojsak I. et al: *Lactobacillus* GG in the prevention of gastrointestinal and respiratory tract infections in children who attend day care centers: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. Clin Nutr. 2010; 29: 312-16 5. Enza Gigliore; Flavia Prodram; Simonetta Bellone et. al.. The Association of *Bifidobacterium breve* BR03 and B632 is Effective to Prevent Colics in Bottle-fed Infants: A Pilot, Controlled, Randomized, and Double-Blind Study. Journal of Clinical Gastroenterology, 50(1):S164-S167, Nov/Dec. 2016

Hexanova[®]

Wytwórcza: Hexanova Sp. z o.o.,
Pieków 11, 05-152 Czostów
www.hexanova.pl



LM/111/2020

VOL 27/NR 06/2020 (273)

47

SUPPLEMENT DIETY

ROZNY SPIS TREŚCI

1/2020

Poszukiwanie skutecznych terapii przeciw pandemicznemu koronawirusowi COVID-19

– prof. dr hab. Krzysztof L. Krzystyniak

Immunoterapia w leczeniu osteoporozy – Patryk Kaczor, Magdalena Julia Jabłońska, lek. Kamil Leis, Martyna Jerks, dr n. med. Przemysław Gałązka

Postępowanie z chorym na cukrzycę w świetle najnowszych zaleceń PTD – lek. Michalina Bou-Matar

Diagnostyka obrazowa zakażeń układu moczowego u dzieci. Cz. 2 – lek. Anna Saran, lek. Dawid Adamczyk, dr n. med. Jolanta Myga-Porosiło, dr n. med. Wojciech Sraga, lek. Monika Kulig-Kulesza, dr hab. n. med. Michał Dobrakowski, dr n. med. Zuzanna Jackowska, dr n. med. Jan Głowacki, dr n. med. Tomasz Łosień, mgr Aleksandra Szatkowska, dr hab. n. med. Ewa Kluczevska, prof. nadzw. SUM

Medyczne aspekty dysforii. Cz. 3 – prof. dr hab. Krzysztof L. Krzystyniak, mgr Hanna Kalota

2/2020

Migotanie przedsionków – epidemia XXI wieku? – lek. Monika Kulig-Kulesza, lek. Anna Saran, lek. Kinga Panek, lek. Bartłomiej Kulesza, dr hab. n. med. Ewa Kluczevska, prof. nadzw. SUM

Psychodermatozy w lecznictwie ambulatoryjnym – lek. Piotr Kapica, lek. Agnieszka Honisz, lek. Katarzyna Adamczyk-Sitko, lek. Aleksandra Frątczak, prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

Skóra i układ krążenia w codziennej praktyce lekarskiej – lek. Aleksandra Frątczak, lek. Michał Majewski, dr hab. med. Anna Lis-Święty, lek. Piotr Kapica, prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

Lorazepam – dobry wybór dla pacjentów z ostrą reakcją na stres – lek. Anna Bondyra

Chora z mięsakiem gładkokomórkowym przestrzeni zaotrzewnowej – lek. Paweł Szczepaniec, lek. Małgorzata Stobiecka- Mąkosza

3/2020

Stosowanie wybranych diet alternatywnych przez pacjentów onkologicznych

– analiza zagrożeń – Natalia Koc, dr n. med. Alicja Kucharska

Podsumowanie rekomendacji dla lekarzy rodzinnych dotyczących bezpiecznego stosowania benzodiazepin w podstawowej opiece zdrowotnej – lek. Marlena Janoska-Jaździk

Ocena wygody stosowania przez pacjentki dopochwowego systemu terapeutycznego uwalniającego etonogestrel i etynyloestradiol – lek. Eliza Kowalczyk

Najczęstsze dermatozy okolic zewnętrznych narządów płciowych – prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło, lek. Aleksandra Frątczak, lek. Piotr Kapica

Domena lekarzy
aktywnych
gabinetprywatny.pl



leczenie



nauka



praktyka

4/2020

Schemat łączenia leków stosowanych w zaburzeniach psychicznych z benzodiazepinami na podstawie rekomendacji dla lekarzy rodzinnych dotyczących bezpiecznego stosowania benzodiazepin – lek. Marlena Janoska-Jaździk

Antyseptyka jamy ustnej – prof. dr hab. Stefan Tyski

Pranobeks inozyny w terapii zakażeń wirusowych dróg oddechowych – lek., mgr zdr. publ. Jan W. Pęksa, lek. stom. Roksana Grabowska, mgr farm. Mateusz Pęksa

Świąd systemowy w chorobach ogólnoustrojowych – lek. Agnieszka Honisz, lek. Piotr Kapica, prof. dr hab. n. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

Hormonalna terapia zastępcza testosteronem u mężczyzn – Edyta Jankowiak, Jakub Kościński, dr hab. n. med. Michał Wiciński Prof. UMK

Sarkoidoza w praktyce lekarza rodzinnego – lek. Monika Kulig-Kulesza, lek. Anna Saran, dr hab. n. med. Michał Dobrakowski, dr n. med. Tomasz Łosień, dr n. med. Wojciech Sraga, lek. Justyna Czubińska-Łada, lek. Olga Koziół, dr hab. n. med. Ewa Kluczeńska, prof. nadzw. SUM

5/2020

Rola lekarza rodzinnego w profilaktyce chorób sercowo-naczyniowych, z uwzględnieniem obecnej sytuacji, czyli pandemii COVID-19. Najważniejsze zalecenia – prof. dr hab. med. Piotr Jankowski

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

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

Algorytm stosowania benzodiazepin (BZD) z lekami przyczynowymi – lek. Marlena Janoska-Jaździk

Manifestacje dermatologiczne choroby z Lyme – boreliozy – lek. Agnieszka Honisz, lek. Piotr Kapica, prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

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 Kluczeńska

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 Kluczeńska, prof. nadzw. SUM

6/2020

Powikłania w zespole stopy cukrzycowej – jak postępować z pacjentem?
– mgr farm. Piotr Hudemowicz, mgr farm. Marek Pięta

Odstawienie benzodiazepin u pacjentów uzależnionych na podstawie rekomendacji dla lekarzy rodzinnych dotyczących bezpiecznego stosowania BZD
– lek. Marlena Janoska-Jaździk

Leczenie alergicznych chorób skóry, w tym także powikłanych bakteryjnie, z uwzględnieniem aerozoli (glikokortykosteroidów w połączeniu z antybiotykiem)
– lek. Agnieszka Honisz, lek. Piotr Kapica, lek. Katarzyna Adamczyk-Sitko, prof. dr hab. med. Ligia Brzezińska-Wcisło

Probiotyki – preparaty modyfikujące mikroflorę jelitową i ich zastosowanie – Paulina Broła, Maria Sroka, Aleksandra Woś, dr hab. n. farm. Łukasz Szeleszczuk, dr n. farm. Monika Zielińska-Pisklak, prof. dr hab. Marcin Sobczak

Probiotykoterapia w ciąży – jakie niesie korzyści? – mgr inż. Magdalena Gawlik



„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

90 zł – prenumerata roczna

80 zł – wersja elektroniczna z dostępem do archiwum i portali

(podane ceny 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**

Dokonując 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. Przedruk 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



PRENUMERATA 2021

Czasopismo naukowe adresowane do lekarzy od 1993 r. Index Copernicus 72.42 MNiSW 5 pkt



Wersja tradycyjna + cyfrowa z dostępem do archiwum

+

cena promocyjna* 72 zł

*cena promocyjna ograniczona czasowo do 31-12-2020, cena bez promocji 180 zł

↘ Zamów już teraz!

22 666 43 32 | 801 554 542

prenumerata@gabinetprywatny.pl

www.gabinetprywatny.pl

Depremin 612mg

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

NATURALNA RÓWNOWAGA

LEK ZIOŁOWY BEZ RECEPTY

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: ampre nawir, 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.