

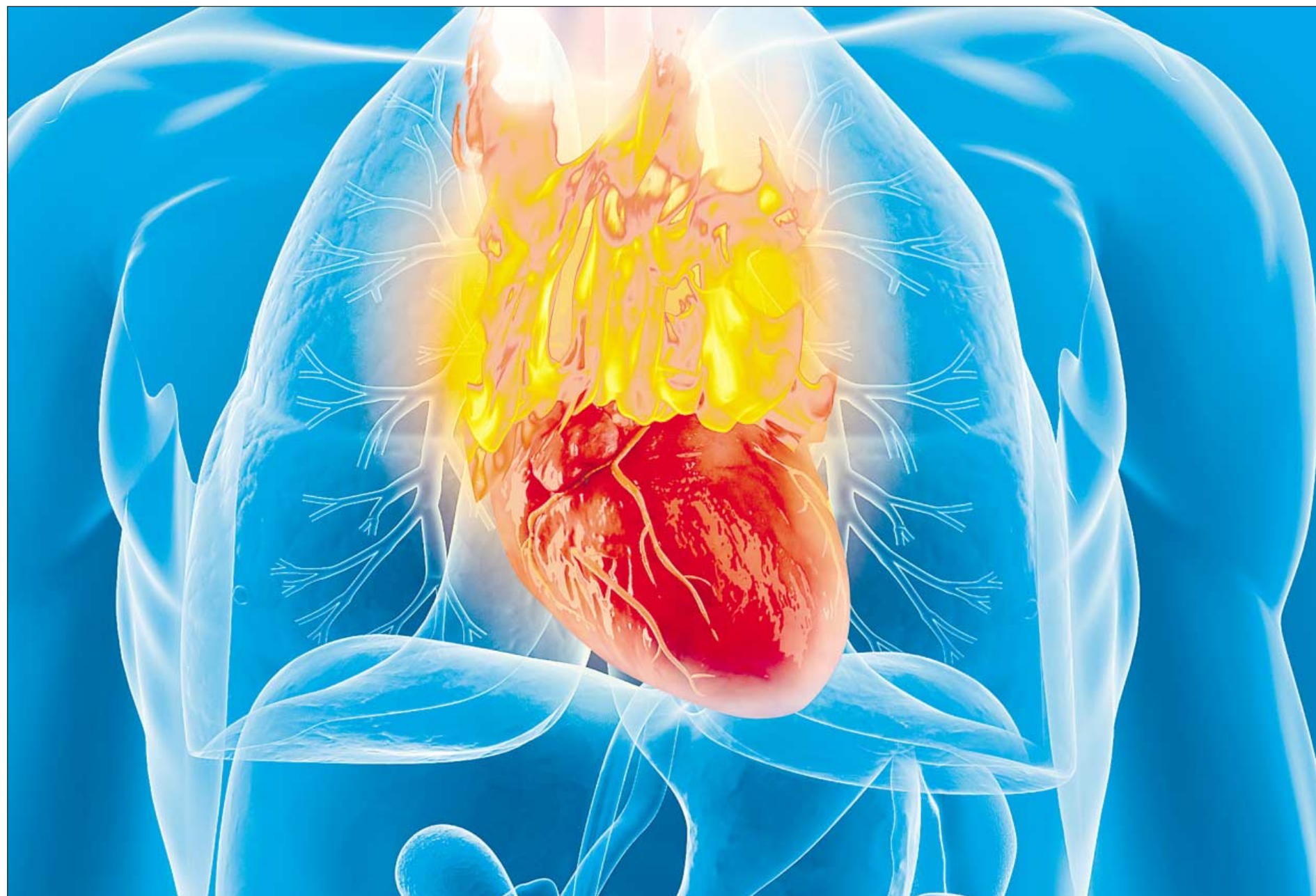
VI Międzynarodowa

KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA FARMACEUTÓW

WARSZAWA 25 – 27 LISTOPADA 2010

Dodatek specjalny

Środa | 24 listopada 2010



Miażdżycyca – choroba cywilizacyjna XXI wieku

PROF. DR HAB. MACIEJ PAWŁOWSKI
kierownik Katedry Chemii Farmaceutycznej
Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu
Jagiellońskiego Collegium Medicum w Krakowie,
przewodniczący Komitetu Naukowego
VI Międzynarodowej Konferencji Naukowo-
Szkoleniowej Farmaceutów w Warszawie

Bóle nóg towarzyszące chodzeniu, mijające po odpoczynku, bóle i mdlenie rąk, chwilowe utraty przytomności, przemijające zaburzenia widzenia i mowy, a także choroba wieńcowa, zawał serca, nadciśnienie tętnicze, udar mózgu i niewydolność nerek, mogą mieć jedną wspólną przyczynę – miażdżycę.

Schorzeniem coraz częściej kojarzonym z ujemnymi skutkami trybu życia w warunkach wysokorozwiniętej cywilizacji jest właśnie miażdżycyca. Społeczeństwo wydaje się narzucać styl życia, który stymuluje powstawanie czynników sprzyjających rozwojowi tej choroby. Należą do nich zarówno

powszechnie występujące zanieczyszczenie środowiska, rosnące tempo życia, napięcie nerwowe, mała aktywność ruchowa, nieprawidłowa dieta (bogata w tłuszcze zwierzęce i cukry proste), palenie tytoniu i picie alkoholu, jak i choroby, takie jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze czy zaburzenia procesów krzepnięcia krwi.

Miażdżycyca tętnic (łac. arteriosclerosis) zaliczana jest do chorób przewlekłych dotyczących całego organizmu. Najogólniej, dochodzi tu do odkładania się w ścianach tętnic złożeń cholesterolu. Powoduje to usztywnienie ich ścian, zwężenie, a w perspektywie zamknięcie tętnicy, co prowadzi do niedoboru ukrwienia docelowego narządu, czego konsekwencją może być choroba wieńcowa, zawał serca czy udar mózgu.

Obecnie większość kardiologów skłania się do stwierdzenia, iż u podstaw rozpowszechnionych chorób układu sercowo-naczyniowego leży miażdżycyca. Statystyki dotyczące zgo-

nów do 2000 roku wykazały, że przyczyną przedwczesnych zejść śmiertelnych w 50 proc. przypadków były choroby układu sercowo-naczyniowego, spośród których miażdżycyca i jej następstwa stanowiły około 18 proc. Proces integracji Polski z Unią Europejską przyczynił się do wprowadzenia licznych programów profilaktycznych i nowych metod leczenia, co spowodowało spadek liczby zgonów z powodu chorób sercowo-naczyniowych. Należy jednak zaznaczyć, iż nadal odsetek zgonów w Polsce z powodu wyżej wymienionych chorób jest wyższy niż w innych krajach Unii Europejskiej.

Jak to się dzieje, że miażdżycyca stanowi tak istotny problem medyczny w aspekcie profilaktyki i leczenia? Trudno sprecyzować jednoznacznie pierwotną przyczynę powstawania miażdżycy, gdyż jest to proces złożony, na którego regulację wpływa kilkanaście do tej pory wykrytych czynników. Ponadto miażdżycyca jest chorobą prze-

wlekłą, rozwijającą się długo, podstępnie i bezobjawowo, niejednokrotnie już u dzieci.

Obecnie powstawanie miażdżycy tłumaczą teorie, które nawzajem się przenikają, i pomimo uporządkowania stanu obecnej wiedzy nie potrafimy podać jednoznacznie pierwotnej przyczyny tego schorzenia. Możliwe przyczyny powstawania miażdżycy opisują: teoria uszkodzenia śródbłonna naczyniowego; wzajemne wpływy między ścianą naczynia a płytkami krwi, leukocytami, lipidami krążącymi we krwi oraz proliferacją komórek mięśniówki gładkiej; przenikanie i gromadzenie lipidów w ścianie naczyń oraz zaburzenie procesu ich usuwania z niej; teoria wtórnych zmian zakrzepowych i owrzodzeń z towarzyszącym zwłóknieniem oraz odkładaniem się w ścianie naczyniowej soli wapnia.

Jak dotąd nie znaleziono leku, który potrafi wyleczyć miażdżycę. Najlepszą metodą ochrony przed tą chorobą i jej

Naczelna Izba Aptekarska



niebezpiecznymi następstwami jest szeroko rozumiana profilaktyka, zwalczanie czynników ryzyka – złej diety, braku ruchu, stresu, stosowania używek. Profil lipidowy, stężenia poszczególnych jego składników powinny być okresowo kontrolowane. Jeżeli występują zaburzenia, należy bezwzględnie reagować, wprowadzając odpowiednie restrykcje żywieniowe, a jeśli to nie wystarczy, podjąć leczenie odpowiednimi preparatami zadysponowanymi przez lekarza.



Żywność a choroby układu sercowo-naczyniowego

Marek Naruszewicz, prof. zw. dr hab. n. farm., Warszawski Uniwersytet Medyczny, honorowy przewodniczący Polskiego Towarzystwa Badań nad Miażdżycą

Współczesna kardiologia jednoznacznie zaakceptowała konieczność modyfikacji sposobu żywienia w procesie terapii zaburzeń metabolicznych, które leżą u podstaw rozwoju miażdżycy i chorób układu sercowo-naczyniowego. Jednak w porównaniu z latami poprzednimi nastąpiły istotne zmiany w podejściu do stosowania określonych typów diet opartych z reguły na ograniczaniu poszczególnych jej składników, a także redukcji kalorii. Biorąc pod uwagę osiągnięcia biologii molekularnej i nutrigenomiki oraz doświadczenia z badań klinicznych, staramy się teraz optymalizować sposób żywienia, aby uzyskać możliwie najlepsze wyniki w obniżaniu poziomu czynników ryzyka, tj. nadwagi, nadciśnienia, lipidów oraz przewlekłego stanu zapalnego i arytmii. Nie ulega bowiem wątpliwości, że zastosowanie odpowiedniego żywienia w praktyce może być bardziej skuteczne niż terapia lekami recepturowymi. Wynika to z faktu, że w naszym pożywieniu występują specjalne składniki zwane nutrientami mające zasadniczy wpływ na prawidłową homeostazę ustroju, począwszy od wieku płodowego. Biologiczne znaczenie nutrientów zostało udowodnione na poziomie ludzkiego genomu i wiadomo dziś, że ich obecność w organizmie na odpowiednim poziomie warunkuje ekspresję i regulację wielu genów, których upośledzenie prowadzi do wielu schorzeń metabolicznych.

Fast food to droga do miażdżycy

Do nutrientów zaliczamy obecnie wielonienasycone kwasy tłuszczowe omega-3, foliany (kwasy foliowe) witaminę D oraz flawonoidy i karotenoidy. Nie można również zapominać o innych elementach naszego żywienia, które wspierają procesy metaboliczne na poziomie wchłaniania jelitowego, tj. o sterolach roślinnych, błonniku i bakteriach probiotycznych.

Niezależnie od tych pierwszoplanowych działań trzeba równolegle kształtować racjonalne zachowania żywieniowe ściśle związane z fizjologią człowieka, to jest dostosować ilość spożywanych kalorii do wydatku energetycznego. Jeść w małych porcjach (cztery-pięć razy dziennie) oraz zachować odpowiednie proporcje pomiędzy białkiem, tłuszczami i węglowodanami w codziennej diecie (15 proc. - 30 proc. - 55 proc.). Bez zachowania tych podstawowych zasad trudno oczekiwać pozytywnych efektów w postaci redukcji wagi, normalizacji poziomu glukozy czy zmniejszenia poziomu lipidów we krwi. Dodatkowym problemem dla zdrowia współczesnego człowieka stało się częste spożywanie produktów wysoko przetworzonych, które z reguły zawierają wiele substancji wywołujących określone negatywne skutki dla zdrowia. Z reguły bowiem poza wysoką zawartością cukru lub soli kuchennej zawierają kwasy tłuszczowe trans, utlenione formy cholesterolu, akrylamid, różne barwniki i substancje konserwujące. Niestety, wciąż brakuje nam perspektywnych badań klinicznych i epidemiologicznych dotyczących konse-

kwencji zdrowotnych wspomnianych dodatków do żywności, dlatego tak trudno określić ramy prawne ograniczające ich użytkowanie. Należy jednak zdawać sobie sprawę, że większość tych składników fast foodów wywołuje przewlekły stan zapalny przyspieszający rozwój miażdżycy i może niwelować pozytywne oddziaływanie nutrientów na organizm.

Witamina D

Jak ważne jest natomiast utrzymanie odpowiedniego poziomu np. witaminy D w ustroju, wskazują ostatnie badania fińskie. Wykazano w nich, obserwując ponad dziewięć lat, że stan niedoborowy tej witaminy zwiększa znacząco śmiertelność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego. Warto dodać, że ta obserwacja dotyczyła zdrowej populacji kobiet i mężczyzn w wieku od 53 do 73 lat.

W powszechnej wiedzy witamina D jak dotąd była wiązana z gospodarką wapniowo-fosforanową, układem kostnym, a jej stany niedoborowe z osteoporozą. Obecnie posiadamy wiele dowodów, że obniżenie spożycia witaminy D w dietach krajów zachodnich powoduje wzrost ryzyka cukrzycy typu II, nadciśnienia tętniczego i progresji miażdżycy. Stany niedoborowe tej witaminy wpływają również na zaostrzenie objawów astmy u dzieci. To z kolei może wpływać na uszkodzenie układu krążenia i przyspieszenie rozwoju chorób układu sercowo-naczyniowego w wieku dorosłym.

Jedzmy więcej ryb!

Szczególnie ważne z punktu widzenia profilaktyki miażdżycy jest zapewnienie optymalnego spożycia kwasów omega-3, pochodzących głównie z ryb morskich. Ich protekcyjne działanie jest ściśle powiązane z właściwościami przeciwzapalnymi, przeciwwskrzepowymi, a przede wszystkim zapobiegającymi arytmii, która jest główną przyczyną nagłej śmierci sercowej. Większość dużych badań epidemiologicznych wykazuje silne relacje pomiędzy spożyciem ryb morskich a występowaniem ostrych incydentów wieńcowych, szczególnie u mężczyzn. W krajach skandynawskich, to jest w Norwegii i w Szwecji, gdzie spożycie ryb, a zarazem kwasów omega-3, jest optymalne dla zdrowia, śmiertelność z powodu chorób układu sercowo-naczyniowego jest jedną z najniższych na świecie. Niestety, w Polsce zawartość kwasów omega-3 w diecie kształtuje się na bardzo niskim poziomie i jest prawie ośmiokrotnie niższa niż w Norwegii. Należy podejrzewać, że obecna wysoka nadumieralność mężczyzn i kobiet w polskiej populacji, przekraczająca nawet 0,50 proc. wskaźniki z 15 państw starej Unii Europejskiej, może być spowodowana niedoborami w spożyciu ryb morskich. Taki stan wymaga przeciwdziałania także u dzieci i młodzieży, gdyż kwasy omega-3 mają istotny wpływ na sprawne działanie centralnego układu nerwowego i mózgu.

Kwas foliowy nawet w mące

Poza wskazanymi już stanami niedoborowymi w polskiej diecie brakuje również produktów (głównie zielonych warzyw), które pokrywają nasze zapotrzebowanie na kwas foliowy. Powszech-

nie wiadomo, że jest on niezbędny dla kobiet w pierwszym trymestrze ciąży, gdyż ma udział w procesach metylacji DNA w genomie płodu. Jego brak przyczynia się do powstawania patologii w centralnym układzie nerwowym, tak zwanych wad cewy nerwowej u dzieci, przyczyniając się do ich przedwczesnego zgonu. Mało kto jednak zdaje sobie sprawę, że stany niedoborowe dotyczące kwasu foliowego oraz witamin B6 i B12 powodują również określone skutki dla całej populacji, przyczyniając się do rozwoju chorób układu krążenia i chorób neurodegeneracyjnych, tj. demencji, choroby Alzheimera oraz tak powszechnej obecnie depresji. Wiadomo już, że jest to następstwo tworzenia się i gromadzenia w ustroju cytotoksycznego aminokwasu, jakim jest homocysteina, gdyż nie może być ona prawidłowo metabolizowana ze względu na brak grup metylowych, których dostarcza kwas foliowy. Doceniając wagę tego zagadnienia dla zdrowia publicznego, w USA rozpoczęto

jeszcze przez ówczesnego ministra prof. Zbigniewa Religę zaginał w biurkach urzędników.

Złe chipsy, dobre kakao

Ważnym elementem patogenetycznym w rozwoju miażdżycy jest proces utleniania tzw. złego cholesterolu LDL przy udziale wolnych rodników tlenowych. Ich nadmierna produkcja w organizmie jest konsekwencją przewlekłego stanu zapalnego, który jest indukowany między innymi nadwagą, otyłością, cukrzycą typu II oraz nadciśnieniem tętniczym występującym u ponad 30 proc. naszej populacji. Nie można również zapominać o roli chorób przyzębia, które występują u kolejnych 60 proc. Polaków i przyczyniają się do pogłębienia procesów zapalnych w ustroju. Ostatnio wykazaliśmy, że żywność wysoko przetworzona zawierająca akrylamid, tj. popularne chipsy ziemniaczane, nasila wytwarzanie wolnych rodników tlenowych, a ich stałe spożywanie może

one analizy spożycia czekolady w ciągu ośmiu lat przez 19 tys. osób w średnim wieku z populacji niemieckiej. Okazało się, że wyższe dzienne spożycie czekolady, tj. 7,5 g, w porównaniu z niższym, tj. 1,7 g, wiązało się z niższym skurczowym i rozkurczowym ciśnieniem tętniczym i obniżonym ryzykiem chorób układu sercowo-naczyniowego, a szczególnie niedokrwiennego udaru mózgu.

Jest to związane z wysoką aktywnością przeciwrodnikową katechin, które występują zarówno w herbacie, jak i w ziarnie kakaowym. Chronią one w ten sposób nasz układ krążenia, który może wytwarzać więcej substancji o charakterze rozkurczowym (tlenek azotu). Podobne zalety mają także antocyjany występujące w owocach jagodowych i w ciemnych winogronach. Stąd potencjalne działanie przeciwmiażdżycowe czerwonego wina, które jednak zawiera alkohol, co przy regularnym spożyciu wiąże się z ryzykiem nowotworów wątroby oraz wpływa na bezpieczeństwo drogowe. Fantastycznym źródłem antocjanów i katechin są owoce aronii, której największym producentem w Europie jest Polska. Nasze badania wykazały, że ekstrakt z tych owoców zarówno obniża ciśnienie tętnicze, jak i działa przeciwzapalnie oraz hamuje podobnie do aspiryny procesy zakrzepowe. Niestety, ze względu na właściwości smakowe aronia (wyjątkowa cierpkość) podobnie jak czarna porzeczka nie stały się polskim remedium na miażdżycę. Ciągle jednak istnieje szansa włączenia ekstraktu z aronii do procesów terapeutycznych schorzeń metabolicznych jako preparatu wspomagającego.

Potrzebne sterole

Na zakończenie warto wspomnieć o ważnej roli steroli roślinnych w profilaktyce nadmiernego wchłaniania cholesterolu z posiłku. Ponieważ nasz kraj cechuje wysokie spożycie zarówno tłuszczów zwierzęcych, jak i produktów o wysokiej zawartości cholesterolu, to u osób z tzw. hipercholesterolemią środowiskową należy wprowadzać produkty wzbogacone w sterole roślinne otrzymywane z olejów roślinnych lub z kory drzewnej (stanole). Tego typu produkty, tj. margaryny, jogurty itp., pozwalają obniżyć poziom tzw. złego cholesterolu LDL średnio od 10 do 15 proc., co istotnie zmniejsza ryzyko chorób układu sercowo-naczyniowego.

Podsumowując obecne poglądy na profilaktykę żywieniową miażdżycy, trzeba stwierdzić, że wymaga ona bardziej racjonalnego podejścia i powinna być oparta na fachowej analizie codziennego spożycia. Stąd pilna potrzeba upowszechniania zawodu dietetyka, który musi na równi z lekarzem brać udział w procesie terapeutycznym, szczególnie u ludzi z rodzinną historią chorób układu krążenia (prewencja pierwotna) oraz u pacjenta z udokumentowaną miażdżycą (prewencja wtórna). Niestety, zawód dietetyka w naszym kraju wciąż nie uzyskuje odpowiednich uprawnień zawodowych i jego udział w leczeniu pacjentów nie jest rozliczany przez Narodowy Fundusz Ochrony Zdrowia.

Najwyższy czas, aby to zmienić!



obowiązkowe dodawanie kwasu foliowego i innych witamin grupy B do mąki w celu wzbogacenia w te ważne elementy codziennej diety. Akcja rozpoczęta w 1998 roku i kontynuowana do dnia dzisiejszego przyniosła znaczące efekty, tj. zmniejszenie o 40 proc. narodzin dzieci z wadami cewy nerwowej, a także spadku w populacji poziomu homocysteiny o 11 proc. Podobne efekty zaobserwowano również w Kanadzie i Australii.

Aktualne badania przeprowadzone w Polsce (WOBASZ) wykazały, że ponad 80 proc. dorosłej populacji nie ma w pełni pokrytego dziennego zapotrzebowania na kwas foliowy. Niestety, przekłada się to również na wysoki odsetek osób, u których stwierdza się podwyższone poziomy homocysteiny we krwi (około 5 milionów). Można przypuszczać, że jest to ważny czynnik ryzyka niedokrwiennego udaru mózgu, którego występowanie w naszym kraju rośnie niepokojąco w ostatnich latach. W związku z tym Polskie Towarzystwo Badań nad Miażdżycą podjęło kroki w celu dodawania kwasu foliowego do mąki, ale akcja zakończyła się umiarkowanym sukcesem, gdyż nie uzyskała odpowiedniego wsparcia Ministerstwa Zdrowia. Pozytywny w tej materii raport grupy ekspertów powołanych

tworzyć warunki do podwyższenia ryzyka postępu miażdżycy. Powstaje więc pytanie, czy możemy za pomocą modyfikacji sposobu żywienia zmniejszyć zagrożenia wynikające z nadmiernej produkcji wolnych rodników tlenowych. Odpowiedzią są naturalne przeciwutleniacze, a w szczególności flawonoidy zawarte w owocach i warzywach, które usuwają wolne rodniki tlenowe. Niestety, niski stopień przyswajania flawonoidów przez organizm ludzki powoduje, że musimy spożywać dziennie od 0,5 do 1 kg warzyw i owoców, aby pokryć zwiększone zapotrzebowanie, szczególnie we wspomnianych stanach chorobotwórczych. Ponieważ nie zawsze jest to możliwe w warunkach współczesnej cywilizacji, pewnym rodzajem wspomaganie może być spożycie herbaty i/lub czekolady, w szczególności tej o wysokiej, przekraczającej 70 proc., zawartości ziarna kakaowego. Badanie przeprowadzone na Uniwersytecie Medycznym w Utrechcie, które objęło 37 tys. osób obserwowanych przez 13 lat, wykazało, że picie więcej niż sześciu filiżanek herbaty dziennie zmniejsza ryzyko niedokrwiennych chorób serca nawet o 37 proc.

Podobne perspektywne badania opublikowano w tym roku, a dotyczyły



Zdażyć przed katastrofą

ROZMOWA | dr Grzegorz Kucharewicz, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, przewodniczący Komitetu Organizacyjnego VI Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów w Warszawie

Temat przewodni tegorocznej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów, organizowanej w Warszawie przez Naczelną Izbę Aptekarską (25 – 27 listopada 2010 r.) to „Aktualne możliwości terapii chorób o podłożu miażdżycowym”. Nasze społeczeństwo się starzeje, chorujących na miażdżycę przybywa, pojawiają się nowe leki, nowe terapie...

GRZEGORZ KUCHAREWICZ: Miażdżycą jest przewlekłym schorzeniem naczyń krwionośnych, którego patogenezą jest w pełni poznana. Znane są czynniki ryzyka rozwoju tej choroby i jej następstwa. Najważniejszą konsekwencją kliniczną miażdżycy jest choroba niedokrwienna serca, na którą cierpi około 1,5 mln Polaków, a także stany niedokrwienne naczyń mózgowych i peryferyjnych. Statystyki są zatrważające. Szacuje się, że około 30 proc. zgonów spowodowanych jest tymi chorobami. To poważny problem nie tylko medyczny, ale i społeczny, zwłaszcza że wraz z wydłużającym się wiekiem społeczeństw europejskich przybywa ludzi starszych, którzy zapadają na choroby o podłożu miażdżycowym czy na choroby nowotworowe. Stąd też temat tegorocznej konferencji. Naczelna Izba Aptekarska od lat organizuje międzynarodowe konferencje naukowo-szkoleniowe dla farmaceutów. Zeszłoroczna poświęcona była mechanizmom rozwoju nowotworów, ich szczególnym właściwościom biologicznym i patologicznym, a także współczesnym metodom leczenia chorób nowotworowych.

W procesie leczenia, nie tylko zresztą najgroźniejszych chorób cywilizacyjnych, coraz ważniejszą rolę odgrywa farmaceuta.

Ze względu na częstość występowania miażdżycy i chorób z nią związanych, obserwowaną tendencję wzrostową, będących wynikiem zarówno niewłaściwej diety oraz stylu życia, jak i starzenia się społeczeństwa, konieczne jest usprawnienie opieki nad milionami chorych. Ważną rolę może tu odegrać farmaceuta. Jego doświadczenie i wiedza, między innymi na temat interakcji i niepożądanego działania leków, mogą uratować życie wielu ludziom cierpiącym na choroby o podłożu miażdżycowym.

Większość leków stosowanych w leczeniu tych chorób finansowana jest ze środków publicznych. Czy rządowy projekt ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych spełnia oczekiwania środowiska aptekarskiego?

Niedawno odbyło się pierwsze czytanie projektu tej ustawy, która podejmuje długi oczekiwaną próbę kompleksowego unormowania zasad finansowania leków ze środków publicznych. Samorząd aptekarski z zadowoleniem przyjął uwzględnienie w rządowym projekcie ustawy refundacyjnej jednego z głównych swoich postulatów, a mianowicie wprowadzenie sztywnych, jednolitych cen. Uważamy, że wyłączenie takie rozwiązanie zagwarantuje pacjentom równy dostęp do leków refundowanych oraz zakończy tzw. turystykę



lekową. Sztywne ceny leków finansowanych ze środków publicznych i zakaz rezygnacji z pobierania za nie ustalonych opłat – to fundamenty systemu refundacji w większości państw członkowskich Unii Europejskiej. Nikt nie kwestionuje tam, że publiczne pieniądze wymagają ścisłej kontroli.

Przeciwnicy tych regulacji w naszym kraju szermują hasłami wolności gospodarczej, a ponadto straszą wzrostem cen leków. Tymczasem lek nie jest takim samym towarem jak mąka czy telewizor, z pewnością i one sprzedawane byłyby za grosz lub za złotówkę. A ceny leków wcale nie muszą wzrosnąć. Z punktu widzenia pacjenta ważne jest zresztą, by musiał on jak najmniej dopłacać do refundowanego leku. Tymczasem w Polsce wysokość odpłatności pacjenta należy do najwyższych w Europie.

Na rynku aptecznym od lat trwa ostra, bezwzględna walka o kieszeń i duszę pacjenta, a stosowane chwyt marketingowe niszczą polskie aptekarstwo i powodują niczym nieuzasadniony wzrost popytu na leki. Czy zaproponowane w projekcie ustawy refundacyjnej rozwiązania wyeliminują patologię, z którymi konsekwentnie walczy samorząd aptekarski?

Zawsze sprzeciwialiśmy się traktowaniu pacjenta w sposób instrumentalny. Polski pacjent nieświadomie stał się narzędziem wykorzystywanym do uzyskiwania dominującej, uprzywilejowanej pozycji na rynku aptekarskim kosztem uczciwych aptekarzy, którzy przegrywają w nierównej walce z agresywnymi akcjami marketingowymi rozrastających się mniejszych lub większych sieci aptecznych. Sprzeciwiamy się marnotrawieniu środków finansowych przeznaczonych na ochronę zdrowia. To nasze pieniądze, nasze składki są marnotrawione. Domagamy się przejrzystej

polityki lekowej państwa. Samorząd aptekarski zdecydowanie podkreśla, że ustawa refundacyjna bez wprowadzenia dodatkowych zapisów nie zlikwiduje patologii, a więc tzw. sprzedaży jednogroszowych czy jednozłotówkowych, dopłat do leków i dalszej gry rynkowej odpłatnością za leki refundowane.

Co zatem proponuje Naczelna Izba Aptekarska?

W projekcie ustawy musi się pojawić zapis wprowadzający jednakową odpłatność za leki refundowane we wszystkich aptekach. Uzasadnieniem takiego rozwiązania jest art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Konieczne jest także wprowadzenie przepisów przewidujących sankcję za stosowanie innej odpłatności niż wynikająca z ustawy. Przepisy projektu ustawy refundacyjnej nie gwarantują bowiem, że odpłatność będzie pobierana zgodnie z zaproponowanymi przez rząd zapisami.

Samorząd aptekarski żąda też całkowitego zakazu reklamy aptek i punktów aptecznych.

Obecne formy reklamy aptek stanowią niebezpieczny instrument w brutalnej walce o pacjenta, w której nie chodzi o jego zdrowie, ale o pieniądze i zniszczenie konkurenta. Wypaczyły one całkowicie charakter apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego. Z faktu tego wynika przecież podstawowy cel działalności każdej apteki – ochrona zdrowia i życia korzystających z ich usług pacjentów. Do ustawowych zadań farmaceutów należy udzielanie rzetelnych informacji i porad dotyczących działania leków. Obowiązek ten pozostaje w kolizji z celami oraz formami reklamy leków. Należy pamiętać, że relacja farmaceuta – pacjent oparta powinna być na szczególnym zaufaniu. Prowadzenie reklamy przez apteki lub punkty apteczne w oczywisty sposób podważa zaufanie pacjenta do zatrudnionych w niej osób. Tej skandalicznej sytuacji nie można dłużej akceptować. Jeżeli nawet zakład leczniczy dla zwierząt nie może rozpowszechniać informacji o charakterze reklamowym, to tym bardziej zakaz taki powinien dotyczyć aptek.

Naczelna Izba Aptekarska krytykuje zaproponowany w projekcie ustawy refundacyjnej sposób liczenia urzędowej marży defalicyznej oraz jej wysokość wynikającą z tabeli. Czy grozi nam katastrofa na rynku aptecznym?

Samorząd aptekarski zdecydowanie uważa, że urzędowa marża detaliczna powinna stanowić różnicę między ceną hurtową zapłaconą przez aptekę a ceną detaliczną płaconą przez nabywcę leku. Przyjęcie przez autorów projektu ustawy innej zasady kształtowania marży detalicznej powoduje naruszenie konstytucyjnej zasady równego traktowania wszystkich podmiotów funkcjonujących na rynku. Propozycja rządu w gruncie rzeczy może w niektórych wypadkach prowadzić do tego, że marża apteczna liczona będzie tylko od ceny za część

opakowania. Jest to rozwiązanie nielogiczne. Jak wynika z wyliczeń posiadanych przez Naczelną Radę Aptekarską, duża część aptek w Polsce już teraz funkcjonuje na granicy płynności finansowej. Wejście w życie zaproponowanych przez Ministerstwo Zdrowia rozwiązań – systemu naliczania marż aptecznych oraz tabeli marż – spowoduje w krótkim czasie likwidację od 30 do 40 proc. aptek. Większość likwidowanych aptek będą stanowiły niezależne apteki rodzinne, działające na terenach wiejskich oraz w mniejszych miejscowościach. Ponadto apteki niezależne, które na razie jeszcze znajdują się w dobrej kondycji finansowej, zostaną bardzo poważnie osłabione. Będą bowiem zmuszone do obniżenia kosztów między innymi poprzez redukcję personelu fachowego oraz zmniejszenie zapasów magazynowych, co również wpłynie na pogorszenie dostępności pacjentów do produktów leczniczych.

Rażące naruszenie podstawowych zasad Konstytucji RP stanowi wprowadzenie umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia jako warunku wydawania przez apteki leków refundowanych.

Wydawanie przez apteki refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych nie stanowi świadczenia zdrowotnego. Apteka uzyskuje jedynie zwrot kosztów poniesionych w związku z nabyciem wydanego produktu leczniczego. Dlatego też nie ma uzasadnienia, aby czynność ta była przedmiotem umowy z NFZ. Projekt zakłada rozwiązanie niekonstytucyjne, nieefektywne, wysoce biurokratyczne, które generuje dodatkowe koszty po stronie NFZ i aptek, a w konsekwencji prowadzi do pogorszenia dostępu pacjentów do przysługujących im świadczeń.

Aptekarze nie rezygnują ze swoich priorytetów. Stuszność jednego z głównych postulatów zgłaszanych przez Naczelną Izbę Aptekarską – wprowadzenie w ustawie – Prawo farmaceutyczne kryteriów geograficznych i demograficznych przy wydawaniu zezwoleń na prowadzenie apteki – potwierdził wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z 1 czerwca 2010 r. Trybunał uznał, iż ustanowienie przez państwo członkowskie Unii Europejskiej limitów o charakterze demograficznym i geograficznym jest zgodne z prawem wspólnotowym i zapewnia obywatelom lepszy dostęp do leków. Dla nas wprowadzenie regulacji w zakładaniu aptek jest częścią budowania modelu polskiego aptekarstwa. Tak samo jak postulat „apteki dla aptekarza”. Chciałbym przypomnieć, że zgodny z orzeczeniem ETS z 19 maja 2009 r. jest zgłaszany od wielu lat postulat wprowadzenia przepisów stanowiących, iż wyłącznie farmaceuta może prowadzić aptekę. Zasada „apteka dla aptekarza” gwarantuje pacjentom pełne bezpieczeństwo i najwyższą jakość usług farmaceutycznych. Bez pilnych zmian ustawowych istnienie polskiego indywidualnego aptekarstwa jest zagrożone. Decyzje w tej sprawie należą jednak do rządu.

– rozmawiał Eugeniusz Jarosik



♦ **Lukasz Stopa**, kierownik Zakładu Analiz Statystycznych OSOZ

Wydatki na leki wykorzystywane w terapii schorzeń o podłożu miażdżycowym w 2009 r. były dwa razy wyższe niż w 2002 r. – wynika z danych Monito-

ra Zdrowia OSOZ. Dotyczy to nie tylko leków przeciw miażdżycy, ale wszystkich chorób leczonych tymi lekami. Już od wielu lat choroby o podłożu miażdżycowym stanowią istotny problem społeczny. Coraz poważniejszym zagrożeniem są choroby serca. Skalę problemu widzimy, analizując liczbę sprzedawanych opakowań leków.

W 2009 r. zostało sprzedanych ponad 31 mln opakowań, podczas gdy w 2002 r. było to 8 mln opakowań. Od-

notowano więc prawie czterokrotny wzrost ilości sprzedawanych opakowań. Wzrost liczby sprzedanych opakowań, mimo że świadczy wyraźnie o zwiększeniu zachorowalności, nie przekłada się jednoznacznie na liczbę chorujących, gdyż istotną jest zarówno wielkość opakowań, jak i ilość DDD w jednej tabletki. Od 2002 r. znacząco spadła średnia cena pojedynczego opakowania – z poziomu 47,35 zł w 2002 r. do poziomu 26,64 zł w 2009 r. Wartość rynku w ciągu tych kilku lat

wzrosła dwukrotnie. Spadek średniej ceny pociągał za sobą spadek zapłaty pacjenta. W 2002 r. za jedno opakowanie pacjent zapłacił średnio 20,60 zł, a w 2009 r. już tylko 14,42 zł.

Sprzedaż produktów z podanych powyżej grup skierowana jest głównie do pacjentów w wieku powyżej 50. roku życia. Wśród kobiet największe koszty leków przypadają na kobiety w wieku 61 lat. Wartość sprzedaży tych produktów w pierwszych dziewięciu miesiącach 2010 r. osiągnęła 12,6 mln

zł. Wśród mężczyzn największe koszty odnotowano w grupie sześćdziesięciolatków – 11,3 mln zł. Aby umożliwić lepsze porównanie danych i wyeliminowanie różnic w całej populacji, obliczyliśmy również wartość sprzedaży w przeliczeniu na jednego mieszkańca w danej grupie wiekowej. W tym wypadku wśród kobiet największa wartość sprzedaży przypada na jedną kobietę w wieku 70 lat – 71 zł, a wśród mężczyzn na mężczyznę w wieku 76 lat – 70,2 zł.

Lawinowo rosnące wydatki



15 milionów ludzi rocznie doznaje udaru mózgu!



Dr hab. med.
Agnieszka Słowik

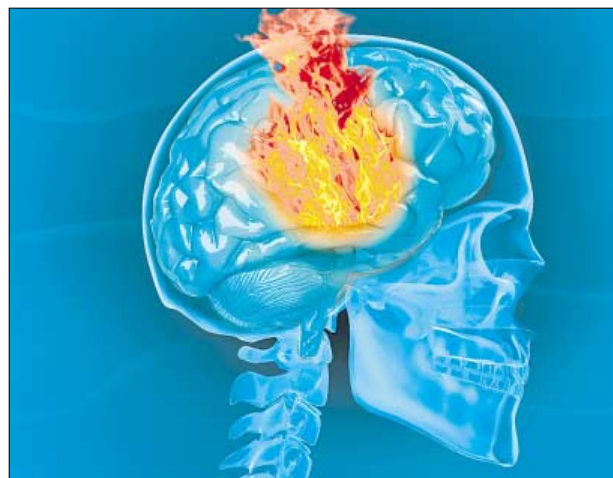
dzającego krew do określonego obszaru mózgu lub też, jak to się dzieje w przypadkach nagłego zatrzymania krążenia, do całego mózgu. Udary krwotoczne są konsekwencją pęknięcia naczynia i wylewu krwi do mózgu. Rozróżnienie udaru niedokrwinnego i krwotocznego jest możliwe z dużym prawdopodobieństwem przez doświadczonego klinicystę, ale rozpoznanie bez żadnych wątpliwości można postawić tylko po wykonaniu obrazowania mózgu za pomocą tomografii komputerowej lub rezonansu magnetycznego.

W około 70 proc. przypadków udarów niedokrwiniennych wykonanie standardowego panelu powszechnie dostępnych badań diagnostycznych pozwala na zidentyfikowanie przyczyny tej choroby. Najczęściej udar niedokrwinienny jest spowodowany zatorem pochodzenia sercowego (udar sercowo-zatorowy) lub z dużych naczyń doprowadzających krew do mózgu (choroba dużych naczyń mózgowych) albo zwyrodnieniem drobnych naczyń doprowadzających krew do głębokich struktur mózgu (choroba małych naczyń mózgowych). Należy pamiętać, że udar mózgu w około 5 proc. przypadków może wystąpić także u ludzi w młodszej wieku (20 - 40 lat). Wtedy najczęściej jego przyczyną są zatory pochodzenia sercowego, rozwarstwienie naczyń domózgowych i/lub mózgowych czy choroby wrodzone, których jednym z objawów jest udar mózgu. Niestety, w około 30 proc. przypadków, mimo intensywnych poszukiwań diagnostycznych, rozpoznanie przyczyny udaru nie jest możliwe. Cały czas wiele ośrodków na świecie prowadzi badania nad zidentyfikowaniem pozostałych, niepoznanych jeszcze przyczyn tej choroby.

Udar mózgu jest stanem zagrożenia życia, podobnie jak zawał serca. Ryzyko zachorowania na udar wzrasta wraz z wiekiem i jest większe u osób z nadciśnieniem tętniczym, cukrzycą, migotaniem przedsionków i innymi chorobami serca, otyłością czy u palaczy papierosów. Udar znacząco pogarsza jakość życia chorych, nie tylko ze względu na niesprawność fizyczną i deficyty mowy, ale też zwiększa ryzyko wystąpienia innych chorób, np. padaczki, otępienia, depresji czy przewlekłych zespołów bólowych.

Z punktu widzenia patofizjologii choroby wyróżnia się dwa rodzaje udaru mózgu: udar niedokrwinienny i udar krwotoczny. Udar niedokrwinienny stanowi około 80 proc. wszystkich udarów, pozostałe przypadki to udar krwotoczny. Udary niedokrwienne są spowodowane zamknięciem światła naczynia doprowa-

chorobie rzadko towarzyszy ból głowy. Często natomiast, szczególnie w początkowym okresie choroby, występuje wysokie ciśnienie tętnicze krwi. Te objawy, pojedynczo lub w różnych kombinacjach, są bezwzględnie wskazaniami do natychmiastowej hospitalizacji. Udokumentowano, że najbardziej korzystnym miejscem leczenia udaru mózgu są tzw. oddziały udarowe, które zatrudniają wielodyscyplinarny zespół przygotowany do specjalistycznego postępowania w tej chorobie. Są tu nie tylko lekarze



specjaliści w dziedzinie udaru mózgu, ale także wyspecjalizowane pielęgniarki, fizjoterapeuci, osoby prowadzące rehabilitację mowy czy funkcji poznawczych itd. Leczenie w oddziale udarowym w porównaniu z leczeniem w oddziale ogólnym zmniejsza ryzyko zgonu o 3 proc. i zwiększa odsetek osób samodzielnych po chorobie o 5 proc.

Trzeba podkreślić, że tylko do 4,5 godzin po zachorowaniu można rozpocząć podawanie leku, który leczy udar niedokrwinienny przyczynowo, rozpoczynając zakrzep w zamkniętym naczyniu mózgowym. W tym krótkim czasie należy wykonać wiele często czasochłonnych czynności, tzn. przetransportować pacjenta z domu do szpitala, zebrać wywiad na temat czasu i okoliczności zachorowania, współistniejących chorób, zabiegów operacyjnych, aktualnie stosowanych leków, zbadać pacjenta neurologicznie, monitorować stan ogólny, wykonać

badanie tomografii komputerowej. Pacjent musi mieć też pobraną krew na badania biochemiczne, których wyniki także determinują decyzję o włączeniu leczenia. Dość często pacjenci wymagają też farmakologicznego obniżenia ciśnienia tętniczego krwi do wartości poniżej 185/110 mmHg, która jest warunkiem włączenia leczenia fibrynolitycznego. Dlatego też zwlekanie z wezwaniem karetki pogotowia do osoby z objawami udaru znacząco zmniejsza szanse pacjenta na podanie leku. Okazuje się, że



to właśnie zbyt długi czas między pojawieniem się objawów a wezwaniem pomocy medycznej jest główną przyczyną opóźnienia podejmowania leczenia udaru. W czasie tych pierwszych 4,5 godzin po zachorowaniu obowiązuje zasada, że im szybsze włączenie leczenia, tym większa szansa na jego skuteczność. W Polsce jak dotąd do leczenia fibrynolitycznego kwalifikowany jest znikomy odsetek chorych z udarem.

Niestety, u kilku procent leczonych fibrynolitycznie powikłaniem leczenia jest krwawienie wewnątrzczaszkowe. Jednym z czynników ryzyka tego powikłania, oprócz nasilonego deficytu neurologicznego przy zachorowaniu, cukrzycy czy podeszłego wieku, jest naruszenie protokołu leczenia, w tym zbyt późne podjęcie leczenia. Stąd konieczne jest ściśle przestrzeganie okna czasowego dla terapii fibrynolitycznej w udarze. Na pewno rozpowszechnianie wiedzy na temat

obrazu klinicznego choroby oraz możliwości terapii przyczynowej tylko na początku choroby może znacząco zwiększyć odsetek leczonych fibrynolitycznie w Polsce, tak jak to się stało w krajach Europy Zachodniej i USA.

Pozostali pacjenci, którzy nie kwalifikują się do leczenia fibrynolitycznego, dostają leki przeciwplatekcyjne (aspiryna). Udowodniono, że skuteczność aspiryny nie jest zbyt wysoka. Podanie aspiryny do 48 godzin po zachorowaniu powoduje, że na 1000 leczonych 13 chorych dodatkowo przeżywa chorobę lub funkcjonuje niezależnie na zakończenie obserwacji. Niestety, na 1000 leczonych aspiryną dwie osoby mają powikłanie w postaci krwotoku wewnątrzczaszkowego.

Pobyt pacjenta w szpitalu, oprócz włączenia leczenia przyczynowego (jeśli jest to tylko możliwe), ma także na celu zidentyfikowanie czynników ryzyka choroby i ich leczenie, zidentyfikowanie powikłań choroby i ich leczenie, wprowadzenie wczesnej rehabilitacji ruchowej i funkcji poznawczych, a przede wszystkim stwierdzenie przyczyny udaru niedokrwinnego i włączenie leczenia profilaktycznego dla tej konkretnej przyczyny. Każdy chory powinien wyjść ze szpitala z indywidualnym planem dalszego postępowania (tzw. prewencja wtórna udaru).

Osoby, u których przyczyną udaru jest zator pochodzenia sercowego, powinny mieć włączone doustne antykoagulanty. Czasem w indywidualnych przypadkach leki te podaje się też u chorych po udarze z obecnością blaszek miażdżycowych łuku aorty czy w przypadkach rozwarstwienia tętnicy szyjnej wewnętrznej lub wspólnej. Co prawda, przewlekle stosowanie antykoagulantów wymaga regularnego monitorowania wskaźnika INR we krwi (najczęściej rekomendowany zakres w udarze mózgu: 2-3) i może wiązać się z wystąpieniem powikłań krwotocznych, ale w tych wskazaniach antykoagulanty w porównaniu z aspiryną zmniejszają ryzyko nawrotu udaru prawie dwukrotnie. Pozostali chorzy po udarze niedokrwiniennym, tzn. którzy nie wymagają leczenia przeciwkrzepliwego, powinni być leczeni lekami przeciwplatekcyjnymi (aspiryna lub aspiryna + dipyrydamol

lub sam kłopidogrel). Połączenie aspiryny z kłopidogrelem jest zalecane tylko w szczególnych sytuacjach, np. po niedawnym wszczęciu stentu czy z zawałem serca bez załamka Q. Do niedawna u chorych po udarze statyny były rekomendowane tylko w wybranych przypadkach, tzn. u chorych z podwyższonym poziomem cholesterolu, współistniejącą chorobą niedokrwinną serca lub udarem spowodowanym miażdżycą. Ostatnio, po opublikowaniu wyników badania SPARCL poszerzono wskazania do intensywnej terapii statynami do wszystkich chorych po udarze niedokrwiniennym mózgu innym niż udar sercowo-zatorowy.

Dodatkowo, u osób, u których przyczyną udaru niedokrwinnego mózgu jest miażdżycza tętnicy szyjnej i gdy jej zwężenie wynosi od 70 do 99 proc., zaleca się wykonanie endarterektomii (zabieg chirurgiczny, usunięcie blaszek miażdżycowych z tętnic szyjnych). Można ten zabieg rozważyć też u niektórych osób ze zwężeniem tętnicy 50 - 69 proc. Należy pamiętać, że do zabiegu endarterektomii kwalifikują się tylko osoby z niewielkim deficytem neurologicznym lub bez deficytu po mózgowym incydencie naczyniowym i zabieg ten powinien być wykonany jak najszybciej po zachorowaniu (do dwóch tygodni). Najlepiej też, jeśli jest wykonywany w ośrodku, który ma duże doświadczenie w przeprowadzaniu tej procedury.

Bardzo ważne jest rozpowszechnienie wiedzy na temat wpływu różnych przewlekłych schorzeń, na przykład cukrzycy, hipercholesterolemii, nadciśnienia tętniczego, migotania przedsionków czy mało aktywnego stylu życia i palenia papierosów na ryzyko wystąpienia pierwszego w życiu udaru mózgu. Wiadomo, że wykrywanie i leczenie chorób stanowiących czynniki ryzyka udaru, a także zaprzestanie palenia papierosów czy zwiększenie aktywności fizycznej znacząco zmniejszają ryzyko choroby (prewencja pierwotna).

Dr hab. med. Agnieszka Słowik, profesor Uniwersytetu Jagiellońskiego, zastępca ordynatora Kliniki Neurologii Szpitala Uniwersyteckiego, gdzie prowadzi oddział udarowy, kierownik Zakładu Neurogenetyki Katedry Neurologii UM CM

REKLAMA

0645566/A

Sponsorzy



Patroni medialni

