

WSPÓŁCZESNE PROBLEMY FARMAKOTERAPII

doc. dr hab. Anita MAGOWSKA



© Wiktor Szukiel

Na zdjęciu od lewej: dr hab. Anita Magowska, mgr Blanka Ulążka, prof. dr hab. Marian Grzymiślawski i prof. dr hab. Edmund Grześkowiak

Zainteresowanie, jakie wśród aptekarzy budzą konferencje naukowe poświęcone postępowi farmakoterapii, jest zrozumiałe, bo dzięki nim można realizować – choćby w najskromniejszym zakresie – opiekę farmaceutyczną. Takie konferencje odbywają się od kilku lat w Poznaniu, ostatnia, zorganizowana przez Katedrę i Zakład Farmakologii Klinicznej i Biofarmacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego (kierowaną przez prof. dr hab. **Edmunda Grześkowiaka**) oraz przez Zakład Farmakologii Klinicznej Katedry Kardiologii (kierowany przez prof. dr hab. **Annę Jabłec-**

ką) tej samej uczelni, odbyła się 23 listopada 2007 r.

W ostatniej konferencji uczestniczyło około 300 osób, a podczas obrad i w kuluarach raz po raz wspominano niezjącego już od półtora roku prof. **Stanisława Dyderskiego**, pomysłodawcę i inicjatora tego cyklicznego wydarzenia naukowego, który był zarazem twórcą zespołu jego organizatorów.

ASPEKTY ETYCZNE FARMAKOTERAPII

Problematyka konferencji została zarysowana bardzo ogólnie, po prostu – „Współczesne

problemy farmakoterapii”, co okazało się sformułowaniem pojemnym, bo pozwalającym na poruszanie zarówno aspektów etycznych i genetycznych farmakoterapii, jak i jej najnowszych osiągnięć.

Od lat za jeden z ważniejszych problemów etycznych współczesnej medycyny uważa się stosowanie placebo w badaniach klinicznych nowych leków, gdyż pozbawia ono uczestniczących w tym eksperymencie pacjentów możliwości leczenia według dotychczasowych standardów.

Problem ten został rozwiązany w październiku 2000 r. poprzez piątą nowelizację tzw. Deklaracji Helsińskiej Światowego Towarzystwa Lekarskiego (World Medical Association – WMA) z 1964 r. Nowelizacja ta przewidywała zastąpienie placebo standardową, uznawaną za optymalną farmakoterapią. Deklarację Helsińską uchwalono, aby zapobiec nieetycznym i okrutnym eksperymentom na ludziach, przeprowadzanym przez lekarzy niemieckich podczas II wojny światowej. Poprzez narodowe organizacje należące do WMA Deklaracja wraz z kolejnymi nowelizacjami znalazła odbicie w ustawodawstwie i normach etycznych przyjętych w poszczególnych państwach europejskich. Jest ona uznawana za podstawowy dokument normujący zasady etyki badań biome-

dycznych, a w połowie 2008 r. mają zostać ukończone prace nad jej kolejną nowelizacją.

O zasadach etycznych dotyczących stosowania placebo w klinicznych badaniach nowych leków mówiła prof. **Krystyna Orzechowska-Juzwenko** z Katedry i Zakładu Farmakologii Klinicznej Akademii Medycznej we Wrocławiu, jednak skupiając się nie na znowelizowanej Deklaracji Helsińskiej, ale na dyskusji na temat korzyści zdrowotnych i ryzyka zdrowotnego związanych ze stosowaniem placebo. Z jej słów wynikało, że mimo przyjętych na forum międzynarodowym ustaleń nadal przeprowadza się badania kliniczne nowych leków z użyciem placebo. Dopuszcza się jego stosowanie w badaniach klinicznych leków wtedy, gdy standardowa terapia nie jest dostępna lub jest bardzo kosztowna, a także gdy standardowy lek przydatny w danej chorobie nie jest powszechnie akceptowany.

Destrukcyjną oraz twórczą rolę bólu i cierpienia przedstawił prof. **Leon Drobnik** z Katedry Anestezjologii i Intensywnej Terapii Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Nawiązując do poprzedniego wystąpienia, w erudycyjny sposób wykazał, że efekt placebo jest wzmacniany zachowaniem lekarza. W historycznej perspektywie można zauważyć, że przez stulecia pacjent był traktowany jako całość psychosomatyczna, a medycynę cechował silny paternalizm. W renesansie liczne sekcje zwłok i dokonany za ich sprawą postęp w zakresie anatomii przyczyniły się do spłaszczenia wymiaru ludzkiego życia i odarcia go z majestatu śmierci.



© Wiktor Szukiel

Uczestnicy obrad

Jak zauważył prof. **Leon Drobnik**, współczesne społeczeństwa uciekają od cierpienia, chociaż wzbogaca ono osobowość i jest nieodzowne dla osiągnięcia pełni człowieczeństwa. Dziś człowiek cierpiący pozostaje wartością i inspiracją jedynie dla artystów oraz filozofów.

Profesor opowiedział jeszcze o niezwykłym wydarzeniu mającym miejsce na jednym z oddziałów intensywnej terapii medycznej. Pacjent z zaawansowaną chorobą nowotworową konał podczas dyżuru młodych lekarzy, którzy w odruchu serca przystąpili do reanimacji. Obecnie medycyna uchyla się od stosowania tzw. terapii uporczywych u osób nieuleczalnie chorych znajdujących się w stanie terminalnym, dlatego z pewnością żaden starszy lekarz takiego pacjenta nie reanimowałby. Ku zaskoczeniu całego personelu reanimacja okazała się skuteczna, następnego dnia stan pacjenta wyraźnie poprawił się, co więcej – z czasem zmiany nowo-

tworowe zaczęły ustępować. Wyciągnięto z tego wniosek, że do ustania choroby doszło w czasie agonii, z której pacjenta wyprowadzono już jako powracającego do zdrowia.

PROBLEM CHOROBY TRZEWNEJ

Jak zwykle bardzo ciekawy wykład wygłosił prof. **Marian Grzymisławski** z Kliniki Chorób Wewnętrznych, Metabolicznych i Dietetyki Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Omawiał on postępy w leczeniu zaburzeń wchłaniania, podkreślając, że nie ma postępów farmakoterapii bez postępów diagnostyki. Skupił się na chorobie trzewnej, celiakii, statystycznie występującej u jednej osoby na sześćdziesiąt siedem, a więc u kilkunastu tysięcy Polaków. Ta częsta choroba jest niestety rozpoznawana zazwyczaj dopiero średnio po 11,7 latach od wystąpienia pierwszych objawów.

► Zaburzenia wchłaniania występują u ponad 20% osób powyżej 60. roku życia, powodując m.in. objawy niedokrwistości niedobarwliwej. U 44% osób starszych występują przewlekłe zaburzenia trzustki, a 25% z nich cierpi z powodu choroby trzewnej, której początkowe stadium to przewlekłe zapalenie jelit zauważalne w obrazie mikroskopowym.

Prof. **Marian Grzymisławski** wskazał, że w patogenezie choroby trzewnej podstawowe znaczenie ma zaburzona odpowiedź immunologiczna na gluten obecny w diecie. W występowaniu choroby dużą rolę odgrywa czynnik genetyczny. Pierwsze objawy choroby to niedokrwistość niedobarwliwa, biegunka, wzdęcia, a w przypadku dzieci także opóźnienie dojrzewania i upośledzenie wzrostu.

Do wczesnego rozpoznania choroby trzewnej mogą przyczyniać się aptekarze, jeżeli będą wyczuleni na skargi pacjentów na nawracające bóle brzucha, wzdęcia i nawracające aftowe zapalenie jamy ustnej. W bardziej zaawansowanych stadiach choroby występuje osteoporoza, niedobór potasu, wzrost AST i ALT (wykładników czynności wątroby), trombocytoza, polineuropatia, a nawet depresja, padaczka i niepłodność. Powikłaniami choroby trzewnej mogą być nowotwory przełyku, jelita cienkiego, chłoniaki i wrzodziejące zapalenie jelita czczego.

Współczesna medycyna wymaga dokładnego udokumentowania diagnozy, dlatego w przypadku podejrzeń o chorobę trzewną wykonuje się liczne testy, m.in. serologiczne, hematologiczne i biochemiczne

(np. na zawartość żelaza i wapnia we krwi). Leczenie polega na wprowadzeniu diety bezglutenowej z wyłączeniem wszelkich kontaminantów żywności, a także na suplementacji żelaza, wapnia i witaminy D. Konieczne jest wyeliminowanie z diety piwa, produktów z jęczmienia, żyta i pszenicy, potraw zawierających laktozę oraz dodatków zawierających gluten jako czynnik smakowy i stabilizujący, natomiast dopuszczalne są niewielkie ilości mąki sojowej, ryżu, kukurydzy, wina i whisky. Znaczące i niezbędne modyfikacje diety wymagają – co należy podkreślić – współdziałania pacjenta.

POSTĘPY W LECZENIU INNYCH CHOROÓB

Starzenie społeczeństwa sprawia, że coraz więcej osób zgłasza się do lekarzy z dolegliwościami wynikającymi ze zmian miażdżycowych w naczyniach krwionośnych. Osoby te skarżą się na ból kończyn dolnych występujący podczas chodzenia i ustępujący po odpoczynku, określane jako chromanie przestankowe. Kolejny wykładowca konferencji, prof. **Grzegorz Oszkinis** z Kliniki Chirurgii Ogólnej i Naczyń poznańskiego Uniwersytetu Medycznego, poruszył problemy leczenia zachowawczego przewlekłego niedokrwienia kończyn.

Jest to choroba występująca u 3-6% mężczyzn w wieku ponad 60 lat, przebiegająca wolno, jednak w sposób uciążliwy i niebezpieczny. Około połowy chorych ma równocześnie chorobę wieńcową, a jedna czwarta chorobę naczyń mózgowych. Jest to

więc grupa pacjentów bardziej narażona na zawał serca, udar mózgu i śmierć spowodowaną schorzenia sercowo-naczyniowymi. Wskaźnik umieralności jest w tej grupie osób dwa, trzy razy wyższy niż w grupie porównawczej ludzi w tym samym wieku, lecz bez cech miażdżycy naczyń krwionośnych. Z tych względów osoby z rozpoznaniem przewlekłym niedokrwieniem kończyn uznaje się za szczególnie zagrożone epizodami wieńcowymi, jednak – jak zauważył prof. Oszkinis – stosunkowo rzadko poddawane są one przewlekłej terapii lekami przeciwplatekowymi oraz modyfikacji czynników ryzyka.

Dzięki dr. **Janowi Jaraczowi** z Kliniki Psychiatrii Dorosłych Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu uczestnicy konferencji poznali postępy w leczeniu farmakologicznym depresji. Do nowych trendów farmakoterapii tego schorzenia należą próby stosowania leków hamujących syntezę steroidów (keto-kenazol) i antagonistów receptorów glukokortykoidowych (mifeprioston), co wynika z rozpoznawania nadmiernej aktywności osi podwzgórze-przysadka-nadnercza u osób z depresją. Testowane leki mają jednak wiele działań niepożądanych. Za korzystniejsze, bo mające mniej działań niepożądanych, uważa się leki mające agonistyczny wpływ na receptory melatoninowe.

Dr **Mariola Pawlaczyk** z Zakładu Profilaktyki Chorób Skóry Katedry Biologii i Ochrony Środowiska tej samej uczelni omawiała nowe możliwości leczenia chorób skóry. Wskazała leki, które hamują aktywność

limfocytów T i dlatego znajdują zastosowanie w terapii miejscowego atopowego zapalenia skóry, a także łuszczycy, liszaju płaskim nadżerkowym, liszaju twardzinowym, posterydowym zapaleniu skóry twarzy i trądziku różowatym. W dermatologii stosuje się też nowe leki biotechnologiczne, takie jak przeciwciała monoklonalne, rekombinowane białka ludzkie, które wykazały skuteczność w leczeniu chorób opornych na inne formy terapii układowej.

NOWE ASPEKTY FARMAKOTERAPII

Specjalizująca się w leczeniu starszych pacjentów dr hab. **Katarzyna Wieczorowska-Tobis** z Zakładu Geriatrii i Gerontologii Katedry i Zakładu Patofizjologii poznańskiego Uniwersytetu Medycznego zwróciła uwagę na kryteria jakości farmakoterapii osób starszych zawarte w programie „Healthy aging – a challenge for Europe”, współfinansowanym przez Komisję Europejską. Program jest adresowany do osób powyżej 50. roku życia i uwzględnia zalecenia dotyczące farmakoterapii, takie jak np. unikanie benzodiazepin, branie pod uwagę interakcji lek – lek (np. antybiotyki – warfaryna).

Pewne poglądy wyrażane w wykładzie miały charakter polemiczny, jak np. dostrzeganie związku między liczbą przyjmowanych leków a ryzykiem upadków u osób starszych. Przyjmowanie wielu leków wynika ze współistnienia wielu chorób, które – jak się zdaje – przyczyniają się do pogorszenia sprawności funkcjonalnej.

Prof. **Anna Jabłecka** opisała „efekt klasy”, który nie jest dokładnie zdefiniowany, a który oznacza grupowanie leków o wspólnym jakościowym mechanizmie działania oraz ich zamienne stosowanie. W ocenie prof. Jabłeckiej zamiana leków w obrębie tej samej klasy jest nieuzasadniona i wynika z walki produ-

centów o coraz większy udział w rynku farmaceutycznym. Według prof. **A. Jabłeckiej** w każdej z klas związków chemicznych o identycznym działaniu leczniczym pojedyncze preparaty mogą wywoływać odmienne działania niepożądane. Nie zawsze tańsze zamienniki są skuteczną i bezpieczną dla chorego alternatywą. ▶



© Wiktor Szukiel

Największym zainteresowaniem w czasie przerwy w obradach cieszyły się materiały poświęcone Iwabradyńce



© Wiktor Szukiel

➤ Z kolei prof. **Edmund Grześkowiak** wyjaśnił znaczenie czynników genetycznych w farmakoterapii. Czynniki te sprawiają, że te same leki działają na organizmy poszczególnych osób w różny sposób. W literaturze odnotowano np. występowanie objawów neuropatii wynikające z wolnego metabolizowania izoniazidu wskutek upośledzonej aktywności N-acetylotransferazy u pacjentów chorych na gruźlicę. W rzeczowym i starannie udokumentowanym wykładzie prof. **E. Grześkowiak** zaznaczył, że najbardziej niebezpieczne dla zdrowia pacjentów działania niepożądane występują wtedy, gdy

efektem polimorfizmu genetycznego jest upośledzenie funkcji lub brak odpowiedniego enzymu czy białka transportującego.

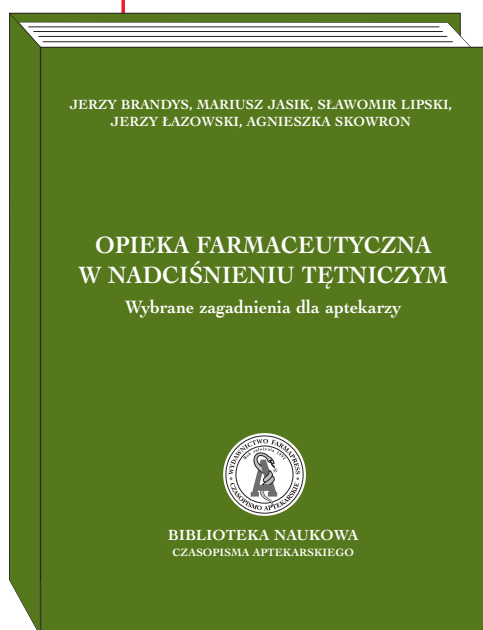
Mgr farm. **Ewa Zygałdo** w wykładzie pt. „Centrum Informacji o Leku w internecie – rok doświadczeń” przedstawiła genezę powstania serwisu, zawartość informacyjną, użytkowników, rodzaje zadawanych pytań oraz perspektywy rozwoju i współpracy z Ośrodkami Informacji o Leku w krajach UE.

Po roku działalności serwisu <http://leki-informacje.pl>, prowadzonego przez farmaceutów i lekarzy, wyraźnie widać, że istnieje w Polsce zapotrzebowanie

na tego typu usługi nie tylko dla pacjentów, ale także dla specjalistów opieki zdrowotnej. Ponad 1/3 użytkowników serwisu to farmaceuci i lekarze, i liczba ta stale rośnie.

W sumie konferencja dostarczyła uczestnikom wartościowej i użytecznej w praktyce zawodowej wiedzy. Cennym walorem konferencji były wykłady klinicystów, ponieważ stosunkowo rzadko farmaceuci mogą zapoznać się z problemami diagnostyki i terapii doświadczanymi przez lekarzy. Konferencja może więc zostać uznana za formę dialogu między lekarzami i farmaceutami. ■

KSIĄŻKI NIEZBĘDNE DO CIĄGŁEGO SZKOLENIA



W sprzedaży znajduje się jeszcze szósty tom pozycji książkowej z nowej serii wydawniczej „Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego”

prof. dr. hab. n. farm. Jerzego BRANDYSA
dr. n. med. Mariusza JASIKA
prof. dr. hab. n. farm. Sławomira LIPSKIEGO
dr. n. farm. Jerzego ŁAZOWSKIEGO
dr. n. farm. Agnieszki SKOWRON

OPIEKA FARMACEUTYCZNA W NADCIŚNIENIU TĘTNICZYM

Wybrane zagadnienia dla aptekarzy

Oprawa twarda, całość szyta, format 180 x 235 mm, s. 272, na marginesach stron umieszczono omówienia i cytaty, każdy z rozdziałów kończy się pytaniami kontrolnymi. Książka zawiera indeks rzeczowy i bogate piśmiennictwo.

Koszt książki dla prenumeratorów „Czasopisma Aptekarskiego” wraz z wysyłką (listem poleconym) wynosi 57 zł, zaś dla nieprenumeratorów 85 zł.

Wpłacając kwotę na konto 1311 3010 1702 0000 0000 0511 95 należy podać wszystkie dane niezbędne do wystawienia faktury (VAT 0%).