



UNIwersytet  
MEDYCZNY  
W ŁODZI



OPERACJA  
I N T E G R A C J A

## Odrębności farmakoterapii pacjentów w wieku podeszłym. Zjawisko polifarmakoterapii i polipragmazji.

lek. Dominik Wojtczak

Klinika Chorób Wewnętrznych, Diabetologii i Farmakologii Klinicznej UM w Łodzi



Fundusze  
Europejskie  
Wiedza Edukacja Rozwój



Rzeczpospolita  
Polska

Unia Europejska  
Europejski Fundusz Społeczny



Przygotowanie merytoryczne seminariów w formie prezentacji przypadków klinicznych w ramach projektu „Operacja - Integracja!” Zintegrowany Program Uniwersytetu Medycznego w Łodzi (POWR.03.05.00-00-Z065/17) współfinansowany z Unii Europejskiej w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Priorytet III. Szkolnictwo wyższe dla gospodarki i rozwoju.  
Działanie 3.5 Kompleksowe programy szkół wyższych

## Podstawowe pojęcia

- Polifarmakoterapia to stosowanie co najmniej 5 leków.
- Polipragmazja to według obecnej nomenklatury synonim polifarmakoterapii. (dawniej to pojęcie miało nacechowanie pejoratywne).
- Problem klinicznym jest polipragmazja prowadzona w sposób niewłaściwy - czyli nieracjonalne, niewłaściwe podawanie większej liczby leków, przy czym w stosunku do co najmniej niektórych z nich brakuje obiektywnych dowodów medycznych na użyteczność terapeutyczną, są natomiast dowody że mogą być potencjalnie szkodliwe

# Wielolekowość w raporcie NFZ o zdrowiu



Wielolekowość to ważne zjawisko naszego systemu opieki zdrowotnej. Jako Narodowy Fundusz Zdrowia postanowiliśmy przyrzeć mu się możliwie wnikliwie by sformułować wnioski dotyczące dalszych działań edukacyjnych. Efektem jest właśnie kampania „Świadomy pacjent – skuteczna terapia”, realizowana w partnerstwie ze środowiskiem lekarzy i farmaceutów.

Filip Urbański  
Zastępca Dyrektora

## Polipragmazja skąd się bierze?

Nasze społeczeństwo, podobnie jak większość społeczeństw europejskich, starzeje się. W roku 2010 osoby w wieku 65+ stanowiły 13,4% populacji, natomiast obecnie (2019) 17,8%. Ta zmiana demograficzna niesie za sobą konieczność poświęcenia większej uwagi kwestiom, które do tej pory zajmowały jedynie wąskie gremia ekspertów. Jedną z nich jest zjawisko polipragmazji, inaczej wielolekowości.

Z wiekiem rośnie liczba problemów zdrowotnych, z którymi się zmagamy. Część z nich wymaga farmakoterapii, czyli stosowania leków. Polipragmazja staje się problemem, gdy leków jest zbyt wiele, czyli kiedy ryzyko wystąpienia działań niepożądanych może przewyższać potencjalny efekt terapeutyczny. Większość badaczy przyjmuje, że z polipragmazją mamy do czynienia w przypadku jedno- lub dwulekowności. Sam fakt przyjmowania takiej liczby leków nie musi być zjawiskiem negatywnym. Odpowiednio dobrana terapia oraz stosowanie się do zaleceń lekarza to warunki konieczne do osiągnięcia założonych efektów. Jednak wraz z liczbą przyjmowanych leków rośnie ryzyko wystąpienia negatywnych efektów polipragmazji: (1) niewłaściwego stosowania się do zaleceń lekarza oraz (2) niewłaściwego połączenia leków i niepożądanych interakcji. Pierwszy problem wynika z pomyłek pacjentów – ze względu na zbyt dużą liczbę leków

być efektem rozdrobnionej opieki zdrowotnej – lekarze opiekujący się pacjentem, nie mają wiedzy o wzajemnych zaleceniach, co w rezultacie może prowadzić do ordynowania terapii, które stosowane jednocześnie prowadzą do efektów niepożądanych i uszczerbku na zdrowiu.

## Zjawisko w danych NFZ

W przygotowanym raporcie, na bazie dostępnej literatury, danych Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Centrum Systemów Informacyjnych w Ochronie Zdrowia autorzy podjęli próbę zdefiniowania skali polipragmazji w Polsce. Wyniki przedstawione w raporcie bazują na historii zrealizowanych receptur refundowanych w całej populacji polskiej.

*ciąg dalszy na stronie 6*



**Polipragmazja to jednoczesne przyjmowanie co najmniej 5 leków.**

**Według danych NFZ w 2018 roku, 1,6 mln osób w wieku 65+ przyjmowało co najmniej 5 substancji regularnie w okresie co najmniej jednego miesiąca.**



## Racjonalna Polifarmakoterapia, Racjonalna Polipragamzja

- Poprawa skuteczności leczenia
- Zmniejszenie ryzyka wystąpienia działań niepożądanych
- Działania addycyjne
- Działania synergiczne
- Poszerzenie zakresu terapii

## Polipragmazja błędnie stosowana

- Nie poprawia skuteczności leczenia
- Zwiększa ryzyko wystąpienia działań niepożądanych
- Zwiększa ryzyko dalszego błędnego przepisywania leków
- Wzrost kosztów leczenia
- Wzrost chorobowości i śmiertelności
- Synergizm - Kumulacja działań niepożądanych

## Kogo dotyczą błędy polipragmazji?

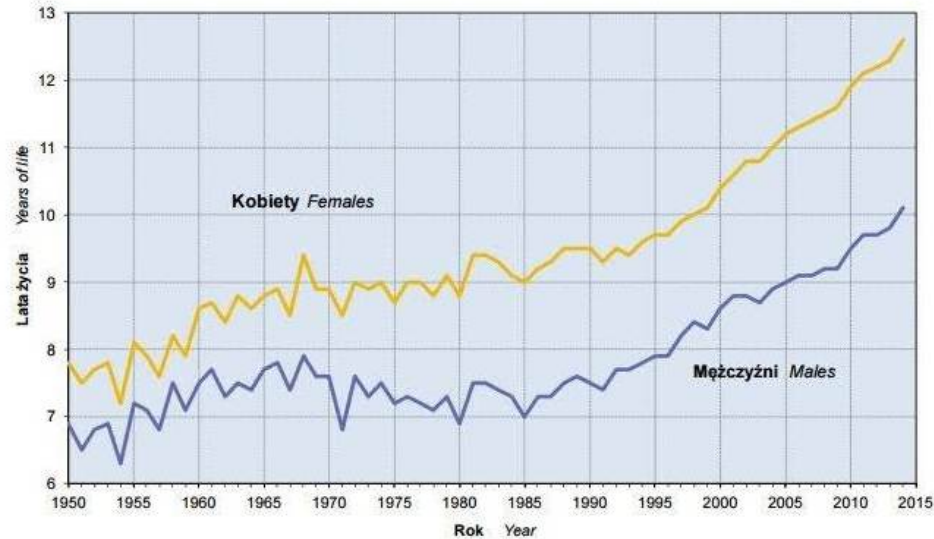
- Polipragmazję obserwuje się u ludzi, którzy często zmieniają lekarza lub odwiedzają różnych specjalistów i dołączają we własnym zakresie do poprzednio zapisanych leków — leki nowo zapisane, nie informując o tym lekarza.
- Zjawisko to występuje nagminnie u ludzi w wieku podeszłym, cierpiących na wiele różnych dolegliwości spowodowanych zarówno samym starzeniem się organizmu, jak i współistniejącymi chorobami.
- Ważną rolę odgrywa również przyjmowanie leków OTC, suplementów diety ilości często przekraczającej granice zdrowego rozsądku.

## Kryteria wieku podeszłego

- Brak jest jednolitej definicji starości.
- Objawy starości pojawiają się z różnym nasileniem i w różnym wieku.
- Charakterystyczną cechą populacji osób w wieku podeszłym jest jej **heterogenność**.
- Należy zwrócić szczególną uwagę na wielochorobowość oraz niespecyficzną objawów w tej grupie

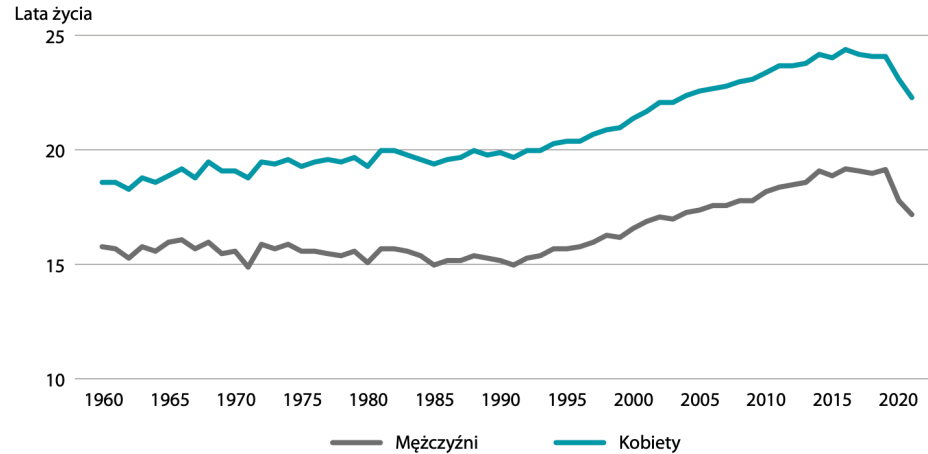
Rys. 5. Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 75 lat

Fig.5. Life expectancy at age 75



Dane GUS

**Wykres 3. Przeciętne dalsze trwanie życia osób w wieku 60 lat w latach 1960–2021 w Polsce**



## Specyfika terapii w wieku podeszłym

- Większa skłonność do krwawień
- Większe ryzyko upadków, złamań
- Upośledzenie funkcji poznawczych, niedosłuch, niedowidzenie
- Ograniczenia ekonomiczne terapii
- Upośledzenie czynności nerek

## Ogólne zasady leczenia pacjentów w wieku podeszłym

- Zasada **start low go slow**

Podajemy leki o najmniejszym potencjale szkodliwości

Indywidualizacja leczenia

Ustalenie stopnia „compliance” w relacji lekarz-pacjent

- *compliance – ang. realizacja zaleceń lekarskich*



## Podajemy leki o najmniejszym potencjale szkodliwości

- Lista Beersa
- Lista PRISCUS
- Kryteria STOPP/START

## Przypadek 1 – Pani Alina

- Pacjentka 82 letnia z umiarkowaną demencją starczą zostaje przywieziona do szpitala po omdleniu we własnym ogrodzie. W trakcie zbierania wywiadu nie potrafi jasno określić okoliczności zdarzenia.
- Posiada przy sobie listę przewlekłe przyjmowanych leków (przygotowaną przez Lekarza Rodzinnego)

**I. LEKI na CZCZO**

- PRAZOL 20 mg → 1 tab (ochrona żołądka)

**II. LEKI w trakcie posiłku (RANO)**

- OSTERCAL 1250 mg → 1 tab (wapń - bez recepty)

**III. LEKI po ŚNIADANIU : ½ godziny po jedzeniu**

- ACENOCUMAROL → ?? tab (dawkowanie w/g wyniku INR)
- RYTMONORM 150 mg → 1 tab
- PREDUCTAL MR → 1 tab
- DIOHESPAN MAX → 1 tab // (bez recepty)
- {TERTENSIF SR} → {1 tab} PRZERWAC BRANIE

Nie brać o ile ciśnienie krwi jest niższe niż 130/100

- - COLLAFLEX → 1 tab
  - STRUCTUM 500 mg → 1 tab
- } bez recepty  
na stawy kolanowe

**IV. LEKI w trakcie posiłku (WIECZOREM)**

- VIGANTOLETTEN (lub TRAN) → 1 tab
- OSTERCAL 1250 mg → 1 tab (wapń - bez recepty)

**V. LEKI po KOLACJI : bezpośrednio po jedzeniu**

- RYTMONORM 150 → 1 tab
  - TRITTICO CR 75 mg → ½ tab lub ⅔ tab
  - 
  - COLLAFLEX → 1 tab
  - STRUCTUM 500 mg → 1 tab
- } bez recepty  
na stawy kolanowe

**VI. LEKI bezpośrednio przed SNEM**

- YASNAL 5 mg → 1 tab (w razie złej tolerancji leku przerwać)
- Brać przez 1 miesiąc, a potem w/g wskazan neurologa)

- 
- BONVIVA (1 tab co miesiąc) → 1 tab: 01/01/2014 ; 01/02/2014
- na czczo, popić jedną szklanką wody (nie kłaść się przez pół godziny)

Materiały własne

## Przypadek 1 – Pani Alina

- Polifarmakoterapia?
- Polipragmazja?

# Przypadek 1 – Pani Alina

## ALINA – LEKI Aktualizacja : 14/04/2015

### I. LEKI na CZCZO (przed ŚNIADANIEM)

- PRAZOL 20 mg → 1 tab (ochrona żołądka)

### II. LEKI po ŚNIADANIU : ½ godziny po jedzeniu

- ACENOCUMAROL 4 mg → ¼ tab (dawkowanie w/g wyniku INR)
- POLMATINE 10 mg → 1 tab //
- RYTMONORM 150 mg → 1 tab
- PREDUCTAL MR → 1 tab
- VICEBROL 5 mg → 1 tab // zalecenie neurologa
- BIOTROPIL 1200 mg → 1 tab // zalecenie neurologa
- RIVALDO 1.5 mg → 1 tab // od 19/04/2015
- GINKOFAR FORTE 80 mg → 1 tab // ( bez recepty)

### III. LEKI po KOLACJI : bezpośrednio po jedzeniu (WIECZOREM)

- RYTMONORM 150 → 1 tab
- TRITTICO CR 75 mg → ½ tab lub ⅓ tab
- POLMATINE 10 mg → 1 tab // od 19/04/2015 (dr K. ...)
- RIVALDO 1.5 mg → 1 tab // od 19/04/2015 (dr K. ...)
- VIGANTOLETTEN 500 j.m. → 1 tab

## Przypadek 1 – Pani Alina

- Zbyt rozbudowany schemat terapii
- Stosowanie leków o nie wystarczająco udokumentowanej skuteczności

## Przypadek 2 –Pan Bogdan

Pacjent lat 85 został przyjęty do Kliniki z powodu **pogorszenia tolerancji wysiłku oraz narastających od dwóch tygodni obrzęków kończyn dolnych**.  
W wywiadzie cukrzyca typu 2, nefropatia cukrzycowa, przewlekła choroba niedokrwienna serca, napadowe migotanie przedsionków, blok prawej odnogi pęczka Hisa, przewlekła niewydolność serca, rozrost gruczołu krokowego.

Jakie badania laboratoryjne i obrazowe należy wykonać u chorego?

## Przypadek 2 –Pan Bogdan

Jakie badania należy wykonać u chorego?

- Morfologia krwi
- Jonogram, mocznik, kreatynina
- Glukoza
- INR, APTT
- EKG



## Przypadek 2 –Pan Bogdan

Przy przyjęciu w badaniu przedmiotowym chory w stanie ogólnym dość dobrym, ciśnienie tętnicze 110/60 mmHg, akcja serca ok 90/min, niemiaraowa, bez szmerów patologicznych nad polami płucnymi, brzuch miękki, niebolesny. obrzęki kończyn dolnych.

**W badaniach laboratoryjnych hiperkalemia 6,1 mmol/l, INR 5,64, GFR 22,4 ml/min, poza tym bez istotnych odchyień.**

EKG (jakich zaburzeń można się spodziewać przy hiperkalemii?)

## Przypadek 2 –Pan Bogdan

Rozpoznanie wstępne?

Co było przyczyną hiperkalemii?

Czy pacjent wymaga hospitalizacji?

## Przypadek 2 –Pan Bogdan

Przed hospitalizacją pacjent przyjmował 12 leków doustnych (plus 5 suplementów diety), w tym trzy leki moczopędne oszczędzające potas, metforminę i pochodną sulfonilomocznika mimo epizodów hipoglikemii o lekkim nasileniu, iwabradynę mimo występowania migotania przedsionków z częstością poniżej 75/min oraz acenokumarol bez kontroli wskaźnika INR w ostatnich dwóch miesiącach.

## Jaki lek zamiast PSU?

**Flozyna**

**Analog GLP-1**

**Pioglitazon**

**Akarboza**

**Gliptyna (Inhibiotr DPP 4)**

**Tabela 19.3.** Zalecenia dotyczące dawkowania doustnych leków przeciw cukrzycowych i agonistów receptora GLP-1 w zależności od zaawansowania niewydolności nerek w cukrzycy typu 2

Kategorie (stadia) przewlekłej choroby nerek (PChN) według KDIGO (eGFR)	Stadium G1 i G2 (eGFR > 60 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Stadium G3a (eGFR 45–59 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Stadium G3b (eGFR 30–44 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Stadium G4 (eGFR 15–30 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )	Stadium G5 (eGFR < 15 ml/min/1,73 m <sup>2</sup> )
Metformina			Częstsza kontrola eGFR przy eGFR 30–44. Zredukowanie dawki do 500 mg 2× dziennie		
Pochodne sulfonilomocznika		Zwiększenie ryzyka hipoglikemii, jeżeli eGFR < 60. Rozważenie zredukowania dawki. Glikazyd jest lekiem preferowanym, ponieważ jest metabolizowany przez wątrobę			
Pioglitazon	Unikać stosowania leku u pacjentów dializowanych				
Alogliptyna		Redukcja dawki do 12,5 mg/dzień, jeśli eGFR < 50		Redukcja dawki do 6,25 mg/dzień	
Linagliptyna					
Saksagliptyna		Redukcja dawki do 2,5 mg/dzień. Unikanie podawania leku u pacjentów dializowanych			
Sitagliptyna			Redukcja dawki do 50 mg/dzień	Redukcja dawki do 25 mg/dzień	
Wildagliptyna					
Kanagliflozyna	Początkowa dawka 100 mg, stopniowe zwiększanie dawki do 300 mg (jeśli jest potrzeba)	Stosowanie dawki 100 mg		Kontynuacja 100 mg/dzień Nie inicjować terapii przy eGFR < 30	
Dapagliflozyna	Rozpoczęcie od 10 mg do eGFR ≥ 25			Nie inicjować terapii przy eGFR < 25. Brak konieczności odstawienia przy eGFR < 25	
Empagliflozyna	Rozpoczęcie od dawki 10 mg empagliflozyny. Dawkę można zwiększyć do 25 mg/dobę, jeżeli jest taka potrzeba	Rozpoczęcie albo kontynuacja 10 mg/dobę u chorych z cukrzycą typu 2 i z potwierdzoną chorobą sercowo-naczyniową do eGFR ≥ 30, u osób z cukrzycą typu 2 i niewydolnością serca do eGFR ≥ 20			
Dulaglutyd					
Eksenatyd (podawanie 2× dziennie)		Ostrożne zwiększanie dawki przy klirensie kreatyniny 30–50 ml/min			
Eksenatyd (podawany 1× tydzień)					
Liraglutyd					
Liksysenatyd					
Semaglutyd	Ograniczone doświadczenie u pacjentów z ciężkim uszkodzeniem nerek eGFR < 30				

■ Brak konieczności dostosowywania dawki leku w zależności od eGFR   ■ Zalecane dostosowanie dawki leku w zależności od eGFR   □ Niezalecane stosowanie leku przy danym eGFR

Tabela 11.1. Wykaz leków stosowanych w terapii cukrzycy typu 2\*

	Metformina	Pochodne sulfonilomocznika	Agoniści receptora GLP-1	Inhibitory DPP-4	Agonista PPAR-γ	Inhibitory SGLT-2
Efekt/mechanizm	Zmniejszenie produkcji glukozy w wątrobie. Zwiększenie wrażliwości obwodowej na insulinę	Zwiększenie wydzielania insuliny	Zwiększenie wydzielania insuliny zależne od nasilenia hiperglikemii, hamowanie łaknienia	Zwiększenie stężenia insuliny wydzielanej w zależności od nasilenia hiperglikemii	Zwiększenie wrażliwości obwodowej na insulinę	Indukcja cukromoczu
Siła działania hipoglikemizującego	Duża	Duża	Duża	Średnia	Duża	Duża
Insulina w osoczu	↓	↑↑	↑↑	↑	↓	↓
Cholesterol frakcji LDL	↓	↔	↓	↓ lub ↔	↔	↔ lub ↑
Cholesterol frakcji HDL	↑	↔	↑	↑	↑	↑
Triglicerydy	↓	↔	↓	↔	↓	↔
Masa ciała	↓ lub ↔	↑	↓↓	↔	↑	↓
Ryzyko hipoglikemii	↔	↑	↔	↔	↔	↔
Działania niepożądane	Zaburzenia żołądkowo-jelitowe	Hipoglikemia, przyrost masy ciała	Zaburzenia żołądkowo-jelitowe (nudności, wymioty)	Istotne nie występują	Retencja płynów (obrzęki), przyrost masy ciała, wzrost ryzyka złamań kości długich	Zakażenia zewnętrznych narządów płciowych, odwodnienie, szczególnie u osób starszych
Korzystny efekt sercowo-naczyniowy			Tak <sup>#</sup>			Tak <sup>#A</sup>
Przeciwwskazania	Niewydolność narządów (serca, mózgu, wątroby, nerek**, oddechowa), alkoholizm	Niewydolność serca, wątroby, nerek	Neuropatia żołądkowo-jelitowa	Niewydolność wątroby	Niewydolność serca, wątroby, rak pęcherza moczowego	Znaczący spadek filtracji kłębkowej <sup>B</sup>

\*Insulina – patrz rozdział 12.

\*\*Patrz tabela 19.3; # udowodniony dla niektórych leków z klasy, zgodnie z bieżąco publikowanymi wynikami badań randomizowanych.

## Jaki lek zamiast PSU uwzględniając cenę i dostępność ?

**Flozyna**

**Analog GLP-1**

**Pioglitazon**

**Akarboza**

**Gliptyna (Inhibitor DPP 4)**

## Przypadek 2 –Pan Bogdan

W trakcie hospitalizacji dosyć radykalnie zmodyfikowano leczenie farmakologiczne.

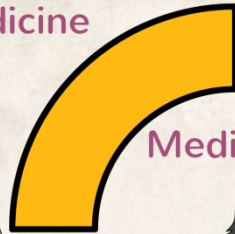
Ze względu na prawidłowe stężenia glukozy we krwi odstawiono leki przeciwcukrzycowe.

Ustalono schemat dawkowania acenokumarolu uzyskując wartości terapeutyczne (2,0 - 3,0). Ostateczne ustalenie dawkowania leku w warunkach ambulatoryjnych. W wyniku zastosowanego uzyskano ustąpienie obrzęków oraz poprawę stanu ogólnego pacjenta. Pacjent został wypisany do domu w stanie optymalnej poprawy.



# W Polsce sprzedawanych jest 1,2 mld tabletek Rutinoscorbinu!!!

Evidence Based Medicine



Media Based Medicine

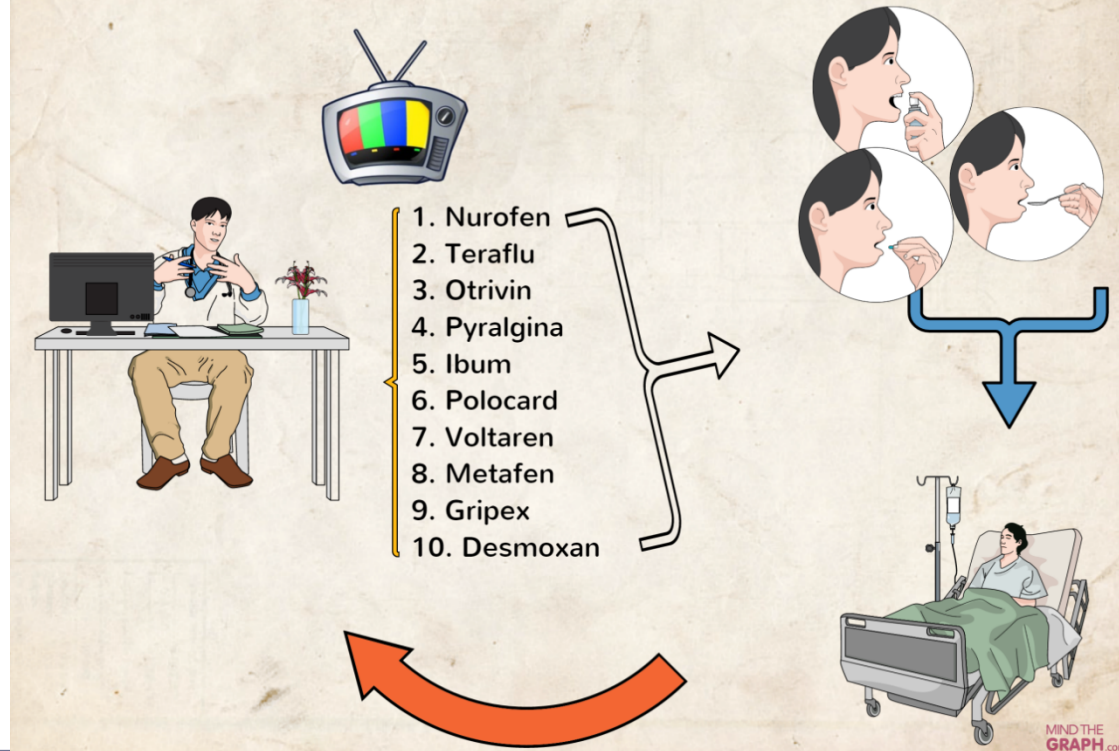


MINDTHE  
GRAPH.com

Materiały własne



## Leki reklamowane w telewizji



Materiały własne



Po który preparat z  
magnezem sięgnie pacjent?

Materiały własne

## Przypadek 3– Boli mnie brzuch

1. Ascofer 1-0-1 (Żelazo)
2. Asparaginian extra 1-0-1 (Potas)
  - 3. Vitamina d3 2000 1-0-1 (SD)
  - 4. Tran 1-0-0 (SD)
  - 5. Esselif forte 0-1-0 (Fosfolipidy)
  - 6. Morwa biała 0-1-0 (SD)
  - 7. Pankreatyna 1-0-0 (SD)
  - 8. Colon C 1 tyż. przed jedzeniem (SD)
  - 9. Lactulosum 1-0-1 (Laktuloza)
  - 10. Collaflex 1-0-1 (SD)
  - 11. Atoris 0-0-1 (Atorwastatyna)
  - 12. Ranloc 1-0-0 (Pantoprazol)
  - 13. Tritace 5mg 1-0-1 (Ramipryl)
  - 14. Isoptin SR 120 1-0-1 (Werapamil)
  - 15. Akineton 2mg 1-1-1 (Biperyden)
16. Metizol 5mg 1/2-0-0 (Tiamazol)
17. Asaris 500+50 1-0-1 (Fluutykazon+Salmeterol wziewnie)
  - 18. Euphylin Long 200mg 1-0-1 (Teofilina)
  - 19. Madopar HBS 100+25 1-1-1(Lewodopa)
  - 20. Vicebrol 5mg 1-0-1 (Winpocetyna)
  - 21. Insulatard 6:00 14j, 20:00 15j
  - 22. Novorapid 12j-12j-12j (Insulina Aspart)
  - 23. Ketrel 25mg 0-0-1 (Kwetiapina)
  - 24. Poltram Combo 1-0-1 (Tramadol + Paracetamol)
  - 25. Efferalgan 0-1-0 (Paracetamol)
  - 26. Transtec 35 ug/h (Buprenorfina)
  - 27. Luxfen 1-0-1 (Brymonidyna)
  - 28. Dicortineff 1-0-1 (lek p/w-grzybiczy+ 2 antybiotyki w zawiesinie ocznej)

## Przypadek 3 – Boli mnie brzuch

Rozpoznanie chorobowe?

Potencjalne dolegliwości?

## Przypadek 3 – Boli mnie brzuch

Leki przy wypisie:

1. NovoRapid podskórnice 12 jednostek - 8 jednostek - 8 jednostek
2. Insulatard podskórnice 12 jednostek rano, 14 jednostek wieczorem.
3. Atoris (20 mg) 1 tabletkę wieczorem
4. Metizol (5 mg) 1 tabletkę rano
5. Lisinoratio (10 mg) 1 tabletkę rano i wieczorem, co około 12 godzin
6. Isoptin SR (120 mg) 1 tabletkę rano i wieczorem, co około 12 godzin
7. Akineton (2 mg) 1 tabletkę, co 8 godzin
8. Madopar HDS (125 mg) 1 tabletkę co 8 godzin
9. Ketrel (25 mg) 1 tabletkę rano
10. Paracetamol (500 mg) 1 tabletkę, co 8 godzin
11. Berodual 15 kropli co 8 godzin w nebulizacji
12. Pulmicort 15 kropli w nebulizacji co 8 godzin
13. Transtec (35 ug/godz) co 4 dni

## Co pacjent to inny zestaw leków...

- Różne choroby współistniejące
- Różny stopień compliance
- Inne spojrzenie na swoje zdrowie
- Różni lekarze jakich spotkał na swojej drodze
- .... różny sposób prezentacji swoich leków

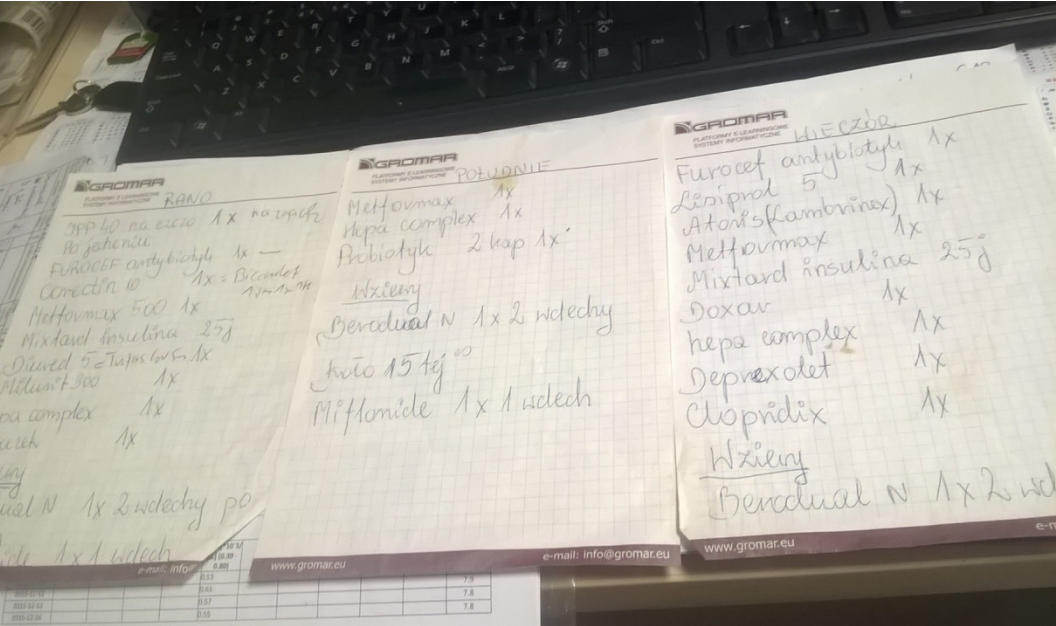


## Materiały własne





## Materiały własne



## Przypadek 4 – Przyjmuję leki skrupulatnie

Leki: Przed posiłkiem - Rano I - Rano II – Południe – Przed kolacją - Wieczór

1. Deprexolet 10 mg (mianseryna)	0 – 1 – 0 – 0 – 0 – 0
2. Chlorprotixen 50 mg (chlorprotiksen)	0 – 0 – 0 – 0 – 0 – 1
3. Neurotop Retard (karbamazepina)	0 – 0 – 1 – 0 – 0 – 1
4. Realnium 0.5 mg (diazepam)	w razie potrzeby
5. Furosemidum 40 mg (furosemid)	1 – 0 – 1 – 0 – 0 – 0
6. Toramide 10 mg (torasemid)	0 – 1 – 0 – 0 – 0 – 0
7. Tritace 10 mg (ramipryl)	0 – 0 – 0 – 0 – 0 – 1
8. Polfilin prolongatum 400 mg (pentoksyfilina)	0 – 0 – 1 – 0 – 0 – 1
9. Spironol 100 mg (spironolakton)	0 – 0 – 0 – 1 – 0 – 0
10. Plavix 75 mg (klopidogrel)	0 – 1 – 0 – 0 – 0 – 0
11. Concor Cor 10 mg (bisoprolol)	0 – ½ – 0 – 0 – 0 – ½
12. Rosutrox 20 mg (rozuwastatyna)	0 – 0 – 1 – 0 – 0 – 1
13. Procoralan 5 mg (iwabradyna)	0 – 1 – 0 – 0 – 0 – ½
14. IPP 20 mg (pantoprazol)	1 – 0 – 0 – 0 – 1 – 0
15. Glucophage XR 500 mg (metformina)	0 – 0 – 0 – 0 – 0 – 1

Verte !!!!! →

## Przypadek 4 – Przyjmuję leki skrupulatnie

**Leki:** Przed posiłkiem - Rano I - Rano II – Południe – Przed kolacją - Wieczór

16. Acard 75 mg (kwas acetylosalicylowy)	0 – 0 – 0 – 0 – 0 – 1
17. Doppel Herz Na Prostatę Forte	0 – 0 – 0 – 1 – 0 – 0
18. Noctofer 1mg (lormetazepam)	w razie potrzeby
19. Duphalac (laktuloza) 1 łyżka	0 – 0 – 0 – 0 – 0 – 1
20. Kalipoz prolongatum 391 mg K+	0 – 1 – 0 – 0 – 0 – 1
21. Magnez + Wit.B6	0 – 0 – 0 – 1 – 0 – 0
22. Ranigast 150 mg (ranitydyna)	w razie potrzeby
23. Nitromint Aerosol (triazotan glicerolu)	w razie potrzeby
24. Ventolin aerosol (salbutamol)	w razie potrzeby
25. Fanipos (flutikazon)	2x dziennie 1 wdech
26. Engystol (lek homeopatyczny)	0 – 0 – 1 – 0 – 0 – 1
27. Fitolizyna pasta doustna 1 łyżeczka	3 x 2 łyżeczki

## Przypadek 4 – Przyjmuję leki skrupulatnie

### Rozpoznanie:

Zaostrzenie niewydolności serca w III stopniu wg NYHA.

Infekcja dolnych dróg oddechowych.

Stan po zawale serca STEMI ściany przednio-bocznej (2007).

Zawał NSTEMI powikłany obrzękiem płuc (2012, 2014).

Stan po impantacji stentu DES.

Nadciśnienie tętnicze.

Dyslipidemia w trakcie leczenia statyną.

Cukrzyca typu 2.

Miażdżyca zarostowa tętnic kończyn dolnych.

Choroba wrzodowa w wykładzie.

Zaburzenia depresyjno-urojeniowe.

Zespół bezdechu sennego.

Polipragmazja.

## Przypadek 5 – Nie zmienię swojego stylu życia

ALLEVYN Non-Adhesive - nie myji	
Humulin R 30j	- 20j - 22j
Humulin N 20j	- - - 40j
Colucaphag 300	1-0-1
Adexse 50mg	1-1-1
-Hydrochlorothiazidum	1-0-0
Furosemid 40mg	2-2-0
Avelal 25mg	1-0-1
Vivace 5mg	0-0-1/2
Amlopin 5mg.	0-0-1/2
Digoxin 0,25mg	1-0-1 (bez soli i miedzi)
Spironal 25mg	0-1-0
Lipamthyl 160 supsa	1-0-0
Uliurit 300mg.	1-0-0
Acenocumarol 4mg.	1 do 1/2; 2 do 1/2; 3 do 3/4 tabl na zmianę
Potpanal 20mg	1-0-1
Gabapentin 300mg	1-1-1
Andepain	1-0-0
Brumondol 0,4mg	1-1-1
Tandyfenon	1-0-1
Fokusis 0,4mg	0-0-1
Nospa, Sifenanal	
Tasmsk	

1. Insulina ludzka krótko i długodziałająca
2. Metformina
3. Akarboza
4. Hydrochlorotiazyd
5. Furosemidum
6. Karwedilol
7. Ramipryl
8. Amlodypina
9. Digoksyna
10. Spironolakton
11. Fenofibrat
12. Allopurinol
13. Acenokumarol
14. Omeprazol
15. Gabapentyna
16. Fluoksetyna
17. Buprenorfina
18. Żelazo
19. Tamsulozyna
20. Drotaweryna

## Przypadek 5 – Nie zmienię swojego stylu życia

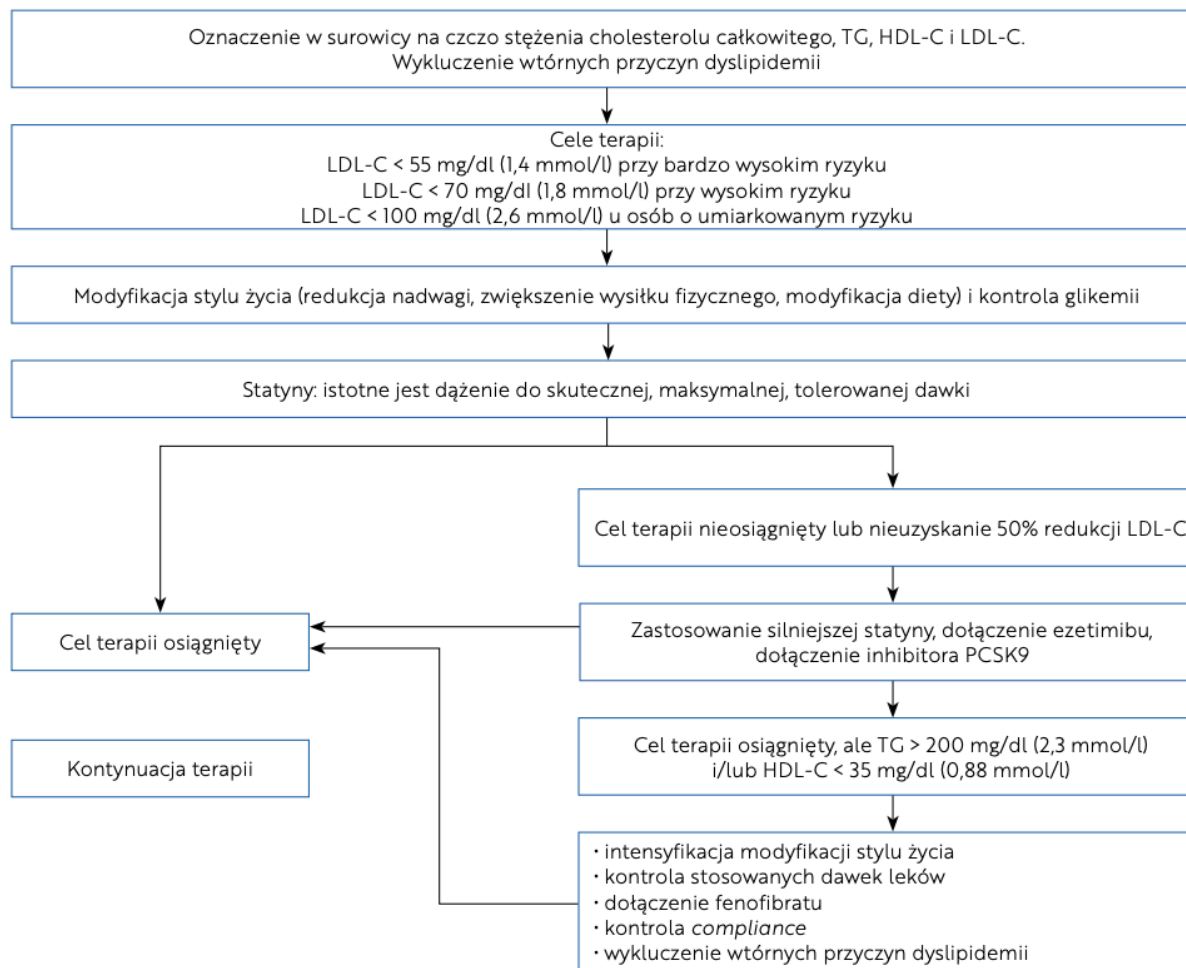
Pacjent 49 letni, z zespołem metabolicznym (cukrzyca typu 2 z nefropatią i neuropatią obwodową, nadciśnienie tętnicze, otyłość patologiczna, hiperlipidemia), z migotaniem przedsionków, przewlekłą niewydolnością serca, hiperurykemią.

Nie przestrzega zaleceń dietetycznych, nie podejmuje aktywności ruchowej.

## Przypadek 5– Nie zmienię swojego stylu życia

Modyfikacja terapii?

1. Insulina ludzka krótko i długodziałająca
2. Metformina
3. Akarboza
4. Hydrochlorotiazyd
5. Furosemidum
6. Karwedilol
7. Ramipryl
8. Amlodypina
9. Digoksyna
10. Spironolakton
11. Fenofibrat
12. Allopurinol
13. Acenokumarol
14. Omeprazol
15. Gabapentyna
16. Fluoksetyna
17. Buprenorfina
18. Żelazo
19. Tamsulozyna
20. Drotaweryna



**Rycina 14.1.** Algorytm postępowania w dyslipidemii w cukrzycy

HDL-C – cholesterol frakcji HDL, LDL-C – cholesterol frakcji LDL, TG – triglicerydy



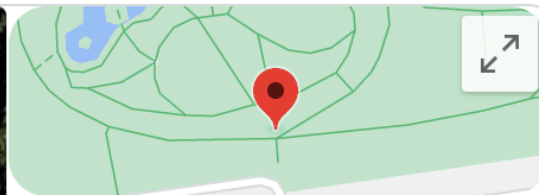








Zobacz zdjęcia



Zobacz z zewnątrz

rozpocznij weekend aktywnie



## parkrun Las Łagiewnicki

Polubienia: 1,1 tys. • 1,2 tys. obserwujący



# Parkrun Łódź



Strona

Trasa

Zapisz

4,8 ★★★★★ 46 opinii z Google ⓘ

Organizacja non-profit w Łodzi



## Co to jest parkrun?



parkrun to bezpłatne, organizowane przez lokalną społeczność spotkania, w ramach których można maszerować, truchtać, biegać, być wolontariuszem lub kibicem. Dystans tras parkrun to 5km, a spotkania odbywają się w każdą sobotę rano.

parkrun to inicjatywa otwarta i przeznaczona dla każdego bez względu na umiejętności i kondycję, w której nie ma limitu czasu. Każdy bez wyjątku jest bardzo mile widziany w ramach naszych spotkań.

## Jak wziąć udział?



Serdecznie zapraszamy do udziału w parkrun!

parkrun jest wydarzeniem bezpłatnym i jedyne co musisz zrobić, aby wziąć udział, to dokonać jednorazowej rejestracji niezależnie od tego, czy chcesz maszerować, biegać, czy też uczestniczyć w charakterze wolontariusza.

[Zarejestruj się](#)

## Gdzie odbywa się parkrun?



Obecnie, cotygodniowe spotkania parkrun odbywają się w 86 lokalizacjach na terenie kraju, których wciąż przybywa.

Możesz wziąć udział w dowolnej lokalizacji, w dowolną sobotę.

[Znajdź lokalizację parkrun](#)

Register as  
a parkrun  
practice

In an exciting and innovative initiative, the RCGP is collaborating with parkrun UK to promote the health and wellbeing of staff and patients. Under this initiative, GP practices across the UK are encouraged to develop close links with their local parkrun to become parkrun practices.

parkrun  
practice map

## Resources

Toolkit

Branding and  
Resources

parkrun practice  
FAQs

News

Photos

Case Studies

News and  
Research



Watch this video to find out more about Sloan Medical Centre in Sheffield has benefitted from its relationship with parkrun

Share this page



Get in touch



parkrun

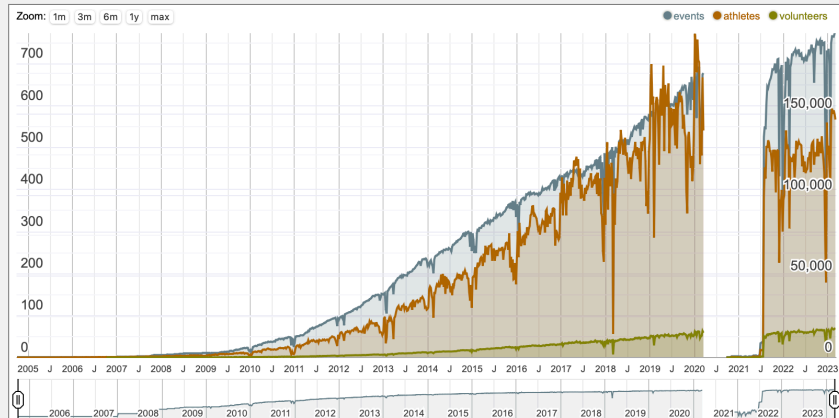
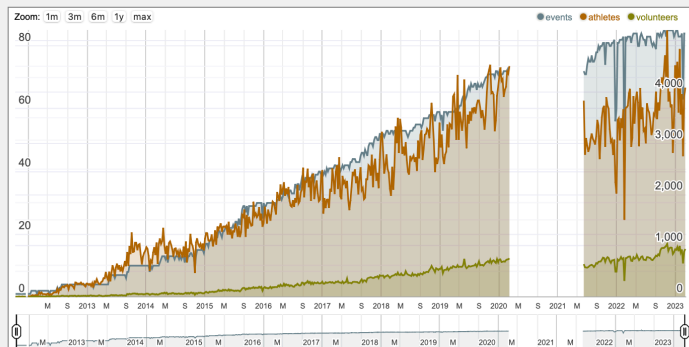
RCGP

What is parkrun?

- Free, weekly 5k events, every Saturday morning, in areas of

Involvement in this initiative will help  
practices:

## Statystyki parkrun Polska







VI Charytatywny Bieg UMEDM  
kobie / 14.05.2022