

Danysz, Andrzej

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa w 1994 r. : Sprawozdanie z działalności Wydziałów : Wydział V nauk lekarskich : Referaty i streszczenia : Znaczenie czynników nieswoistych w działaniu leków

Rocznik Towarzystwa Naukowego Warszawskiego 57, 117-126

1994

Artykuł został zdigitalizowany i opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych oraz w kolekcji mazowieckich czasopism regionalnych mazowsze.hist.pl.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

Wydział V nauk lekarskich

Przewodniczący: Bogusław Żernicki (czł. zw.)

Sekretarz: Elżbieta Promińska (czł. zw.)

W okresie od lutego do maja 1994 r. zorganizowano wspólnie z Centrum Medycznym Kształcenia Podyplomowego seminarium, w ramach którego odbyły się trzy spotkania interdyscyplinarne z referatami lekarzy, logików i prakseologów:

25 II – Jan Doroszewski: Struktura i rozwiązanie problemów medycznych

23 III – Jan Pelc: Pojęcie znaku i oznaki

26 V – Wojciech Gasparski: Prakseologiczna teoria projektowania i jej zastosowanie w medycynie

Ponadto w okresie sprawozdawczym wygłoszono następujące referaty:

23 VI – Paweł Januszkiewicz: Nadciśnienie tętnicze u dzieci i młodzieży

30 VI – Andrzej Danysz: Rola czynników nieswoistych w działaniu leków

3 XI – Sławomir Rump: Rola układu nerotoninowego w leczeniu lęku

15 XII – Alina Dobrzańska: Rola włókna roślinnego w żywieniu człowieka

Wydział V przeniósł 10 członków korespondentów Towarzystwa w poczet członków zwyczajnych.

Referaty i streszczenia

Andrzej Danysz

ZNACZENIE CZYNNIKÓW NIESWOISTYCH W DZIAŁANIU LEKÓW

Człowiek jest istotą psychofizyczną. Jest to niewątpliwie truizm, ale nie wszyscy, nawet profesjonaliści medycyny uświadamiają sobie tę prawdę i jej konsekwencje. Oznacza to bowiem przede wszystkim dwustronne wpływy i zależności między psyche i somą. Stany fizyczne wpływają na stany psychiczne i na odwrot.

Wydaje się oczywiste, że wyników farmakoterapii nie można wiązać wyłącznie z lekiem. Przyjmuje się powszechnie, że ogromną rolę w skuteczności odgrywają nieswoiste elementy terapii – czynniki, które składają się na określoną atmosferę w dużym stopniu determinującą skuteczność leczenia. Używa się na to określenia *Aura curae*, po angielsku *Air of care*, po niemiecku *Luft der Pflege*. Jest to po prostu atmosfera „ozdrowieńcza”, na którą składają się wszystkie czynniki sprzyjające, wzmagające skuteczność terapii. Już dawno powtarzano, że leczy nie lek, lecz lek + słowo, a właściwie słowo + lek.

Shepherd i Sartorius w zredagowanej przez siebie monografii pt. *Non Specific Aspects of Treatment* starali się usystematyzować wszystkie te czynniki, które składają się na *Aura curae*, a mówiąc językiem bardziej zrozumiałym – na niespecyficzne działanie leku. Joyce w swojej pracy zamieszczonej w ww. monografii wyróżnia następujące czynniki składające się na niespecyficzne działanie leku:

1. Czynniki socjologiczne, kulturowe, narodowościowe i inne
2. Lekarz i jego relacja z pacjentem
3. Pacjent
4. Środowisko
5. Rytuał leczenia
6. Postać i sposób podawania leku

Czynniki socjologiczne, kulturowe, narodowościowe i inne.

Sanborn i Katz (1980 – wg Joyce'a) stwierdzili, że działanie leków nawet przy zastosowaniu prób krzyżowych różniło się bardzo istotnie w zależności od rasy, narodowości, poziomu kulturowego, zwyczajów i in.

Tak np. pojawienie się halucynacji po triazolamie występuje szczególnie u Holendrów, a myelopatyczna neuropatia po kłókwionie szczególnie u Japończyków. Stwierdzono nawet 10-krotne różnice w sile działania niektórych leków antypsychotycznych u Europejczyków i Amerykanów. Nigeryjczycy są szczególnie wrażliwi na amfetaminę, jednakże przyczyną jest wyjątkowo duża zasadowość w ich moczu z powodu przewagi w ich diecie jarzyn.

Interesujące jest, że u samca dominującego w stadzie małp stwierdzono podwyższony poziom serotoniny, co sugeruje prawdopodobieństwo odmiennego reagowania na niektóre leki psychotropowe. Przypuszcza się, że podobne różnice mogą występować u ludzi. Mc Guire i wsp. wyrażają opinię, że socjalne usytuowanie człowieka może modyfikować jego reakcję na leki działające poprzez monoaminy. Wiadomo jest, że takie choroby uwarunkowane stężeniem określonych monoamin jak płasawica czy depresja częściej występują u osób o wysokiej pozycji społecznej.

Lekarz i jego stosunek do chorego

Efekt farmakoterapeutyczny leku zależy w zasadniczym stopniu od lekarza. Wiadomo, że ten sam lek nie działający w rękach jednego lekarza może być bardzo skuteczny w rękach innego.

Uważa się, że następujące cechy lekarza i jego zachowanie mogą mieć istotne znaczenie w skuteczności jego farmakoterapii:

- osobowość (personality) lekarza i jego autorytet
- wygląd zewnętrzny lekarza i jego zachowanie
- stosunek do chorego, a to:
 - osobiste zainteresowanie i współczucie,
 - umiejętność nawiązania kontaktu i właściwa, rzetelna informacja,
 - wykazywanie bezinteresowności pobudek, które skłaniają lekarza do właściwego leczenia chorego.

W pięknej nowelce *Ananke* Stefan Żeromski opisuje chłopą chorego na gruźlicę kości, leżącego w szpitalu. W czasach Żeromskiego gruźlica kości była chorobą praktycznie nieuleczalną. Lekarze dokonali amputacji chorej nogi – początkowo podudzia, a następnie powyżej kolana; mimo to choroba postępowała. U chorego rodziło się poczucie strasznej krzywdy i niesprawiedliwości. Rodził się u niego bunt i żal do Boga, a narastała niechęć i wręcz nienawiść do ludzi – ludzi, którzy mogli się cieszyć tym dobrem, które jemu było niedostępne – zdrowiem, i do lekarzy, którzy nie mogli, a może nie chcieli mu pomóc. Dręczyło go pytanie – dlaczego właśnie jemu los czy Bóg zesłał takie straszne nieszczęście. Za co? Chłop leżał, cierpiał, zamykał się w sobie i nienawidził wszystkich. Po pewnym czasie podczas obchodu lekarz stwierdził również w drugiej nodze przetokę, z której sączyła się charakterystyczna gruźlicza ropa. Zatrzymał się dłużej przy tym chorym i po namyśle powiedział: „Tobie trzebaby właściwie obciąć i drugą nogę”. Chłop zdrtwiał. Lekarz powoli wychodził z sali chorych. Na progu zatrzymał się i po chwili wrócił do chłopą i powiedział: „Może lepiej dla Ciebie będzie gdy Ci tę nogę zostawimy – i tak to Ci niewiele pomoże. Leż sobie spokojnie w naszym szpitalu – przynajmniej masz tu wszystko czego Ci potrzeba” i pogłaskał go po głowie. Chłop doznał wręcz wstrząsu. Wszystko w nim odtajało – odeszło poczucie krzywdy i niechęci do ludzi. Powiedział sobie w duchu: „Niechta będzie, niechta Pan Jezus da wszystko innym ludziom”.

Oczywiście to co się stało, nie miało wpływu na dalszy przebieg jego choroby. Ale przynajmniej przestał cierpieć – cierpieć psychicznie, co wtórnie wpłynęło na jego cierpienia fizyczne. Nastąpił stan najbardziej korzystny w jego wypadku – pogodzenie się z nieuniknionym. Dało mu to spokój i ustąpienie strasznych cierpień duchowych.

Biegański, nasz wielki lekarz i filozof, w swych *Myślach i aforyzmach o etyce lekarza* wyraził się jednoznacznie: „Gdyby medycyna nie posiadała żadnego skutecznego środka do walki z chorobą to i wtedy lekarze byłiby potrzebni jako pocieszyciele”. Chory chłop zrozumiał i uwierzył, że w tej ciężkiej, śmiertelnej chorobie nie jest i nie będzie osamotniony.

Epstein i wsp. (1984 – wg Joyce’a) wykazał, że efekt meprobamatu na pacjentów z lękami, czy skuteczność wstrząsów insulinowych w schizofrenii zależy w dużym stopniu od osobowości lekarza. Lepsze efekty terapeutyczne uzyskują lekarze starsi, o bardziej psychologicznym nastawieniu oraz z wykształceniem uzyskanym w Europie niż lekarze młodzi, nastawieni bardziej instrumentalnie, mniej impresyjnie.

Azarnow i wsp. (wg Joyce’a) stwierdzili, że 2 handlowe preparaty tego samego sulfonamidu – sulfometoksypirydazyny różniły się nawet 6-krotnie częstością wywoływania syndromu Stevens-Johnsona u różnych pacjentów w zależności od przekonania lekarzy o związku przyczynowym tego syndromu z zażywaniem sulfametoksypirydazyny.

Bardzo złożone są zależności stopnia świadomości lekarza i pacjenta co do tego, czy dany pacjent otrzymuje lek aktywny czy placebo. Brown i Treeling (1964 – wg Joyce’a) określili rolę lekarza w zakresie jego kontaktu z pacjentem jako funkcję informacyjną, promocyjną i indukującą.

Jakie znaczenie ma nastawienie lekarza do podawanego choremu leku może świadczyć następująca historia. W jednym ze szpitali w badaniach klinicznych z podwójną ślepą próbą brał udział młody lekarz, bardzo entuzjastycznie nastawiony do ocenianego przez siebie leku i do całego badania. Efekty miał znakomite. W trakcie tych badań lekarz dowiedział się, że został powołany do wojska. Bardzo go to przygnębiło – stracił cały zapał i entuzjazm do tych badań. Efekty nie dały na siebie długo czekać. Pacjenci doskonale wyczuli utratę zaangażowania lekarza i zaczęli gorzej reagować na lek.

Pacjent

Pacjent odgrywa bardzo istotną rolę w skuteczności terapii. Szczególne znaczenie ma:

- osobowość pacjenta,
- zaufanie pacjenta do lekarza,
- wiara pacjenta w lek (lub metodę leczenia),
- chęć życia i wyzdrowienia,
- sytuacja społeczna i rodzinna.

Klerman i wsp. (1959 – wg Joyce’a) wykazali, że skuteczność farmakoterpii zależy w dużym stopniu od takich cech osobowości pacjenta,

jak np. jego ekstrawersyjność czy introwersyjność, zwłaszcza w zakresie działania różnych środków kojących i nasennych. Kilka lat temu norweskie władze służby zdrowia usiłowały na próżno przekonać swoje społeczeństwo o małej wartości cudownego amerykańskiego leku na porost włosów „Larium 300 X”.

Wyjątkowo ilustratywne były doświadczenia Parka i Covi’ego sprzed 20 lat. Badacze ci poinformowali 14 pacjentów otrzymujących leki, że będą otrzymywali placebo, czyli lek pozorny, który nie zawiera niczego, co mogłoby u nich wywołać poprawę stanu ich zdrowia. Jednakowoż wszyscy 14 pacjenci odczuli znaczną poprawę: 6 ponieważ nie wierzyli w to, co im lekarze mówili, a 8 odczuło tę poprawę mimo, że (jak mówili) wierzyli w słowa lekarzy.

Frankenhauser i wsp. (1963 – wg Joyce’a) wykazał, że nastawienie pacjenta, jego postawa wobec leczenia, jest oczywiście indukowana przez lekarza, ale może również zależeć od wielu innych czynników, m.in. od uprzednich doświadczeń pacjenta.

Conrad-Korzeniowski w jednym ze swych opowiadań opisuje historię ciężko chorego Hindusa, który pragnął przed śmiercią zobaczyć swoich rodziców mieszkających na jednej z wysp Oceanu Spokojnego. Do wyspy tej nie było regularnej komunikacji, ale tak się złożyło, że jeden statek handlowy akurat tam miał płynąć. Kapitan statku nie chciał się zgodzić na zabranie nieprzewidzianego pasażera. Wówczas chory Hindus powiedział: „Niech Pan Kapitan się nie obawia – nie przysporzę Panu kłopotów. Przysięgam, że nie umrę w czasie podróży. Muszę dotrzeć do domu i zobaczyć się z rodzicami”. Kapitan się wreszcie zgodził, a chory dotrzymał słowa – nie umarł na statku. Co go trzymało przy życiu? Przecież nie środki lecznicze, których nie otrzymywał. Przemóżna chęć i wola życia przewyciężyła (czasowo) śmiertelną chorobę. Czyż nie jest to dowód, że wola życia może uwarunkować również skuteczność leków?

Chcę powiedzieć, że byłem świadkiem podobnego zdarzenia, jakie opisuje nam wielki pisarz. Po Powstaniu Warszawskim w jednej z klinik chirurgicznych leżała młoda dziewczyna z zapaleniem otrzewnej. Mimo stosowania odpowiednich, tzn. dostępnych wówczas leków, chora gasła po prostu z dnia na dzień. Jeden z moich kolegów odbywający staż w tej klinice zauważył, że chora, która straciła wszystkich bliskich w Powstaniu – po prostu nie chciała żyć, co oczywiście odbijało się fatalnie na skuteczności terapii. Kolega ten doszedł do wniosku, że należy wyzwolić u tej dziewczyny wolę życia. Ale jak? Wpadł na pomysł, aby pisać do niej anonimowe listy miłosne. Dziewczynę zaintrygowały te listy. Zaczęła na nie codziennie wyczekiwać. Chciała się oczywiście temu nieznanemu wielbielowi podobać

i w ten sposób „obudziła” się w niej wola życia. Ku zdumieniu lekarzy, którzy nie wiedzieli o tych listach, te same nieskuteczne dotychczas leki zaczęły działać wprost znakomicie. Chora zdrowiała w oczach. Kiedy wiadomo było, że choroba została pokonana i dziewczyna wyzdrowieje – młody stażysta przestał pisywać listy. Okazało się, że już nie były potrzebne. Historia ta wskazuje, jaką olbrzymią rolę w działaniu leków odgrywa postawa pacjenta – w tym wypadku wola życia.

Lek

W działaniu nieswoistym leku bardzo istotną rolę odgrywa postać leku (formy doustne leku, czopki, wstrzyknięcia), a przy postaciach doustnych wygląd zewnętrzny leku np. wielkość tabletki czy kapsułki, jej kształt, kolor, niekiedy smak i zapach. Jeżeli chodzi o wielkość np. tabletki czy kapsułki to okazuje się, że inaczej oceniają to dzieci, a inaczej ludzie dorośli. Dzieci uważają, że czym np. tabletką jest większa tym lek musi być bardziej skuteczny. Ludzie dorośli natomiast odwrotnie – sądzą, że mała tabletką świadczy o większej sile działania, a zatem o większej jego skuteczności. Kształt tabletki ma też określone znaczenie. Trójkątny kształt jest w mniejszym stopniu akceptowany, niezależnie od trudności w połykaniu. Według Bilikiewicza kolor czarny tabletki czy kapsułki wywiera niekorzystny wpływ na ich działanie, znacznie częściej wywołując objawy niepożądane; kolor biały czy różowy – odwrotnie.

Rytuał

Medycyna „wyrosła” (w czasach starożytnych) z czarów, magii, czarnoksięstwa i religii. U ludów pierwotnych zawsze leczyli wyłącznie czarownicy i kapłani. W starożytnym Egipcie również kapłani posiadali wiedzę lekarską. Leczenie związane było zawsze z ceremoniałem, z obrzędkiem. Ten właśnie ceremoniał, okoliczności towarzyszące, wytwarzały określony nastrój – napięcia i przejęcia, ale równocześnie wiary i zaufania. Zarazem chory miał świadomość, że on jest jedynym obiektem zainteresowania „lekarza” i osób towarzyszących, że dla niego właśnie podjęte zostały określone, często długotrwałe obrzędy.

Worrall (wg Grünbauma) opisuje przypadek pacjentki, która miała owrzodzenia żylakowate goleni i bardzo z tego powodu cierpiała, czemu towarzyszyły zresztą zaburzenia obiektywne jak bicie serca, zaburzenia snu itp. Wszystkie nieopiodowe środki przeciwbólowe okazały się nieskuteczne, a Worrall nie chciał się zdecydować na silniejsze środki narkotyczne. W tej sytuacji poprosił o pomoc swego przełożonego. Ten obejrzał i zbadał pacjentkę, przedyskutował z nią problem jej bólów i z poważną twarzą powiedział, że chciałby zastosować całkiem odmienny sposób leczenia.

Pacjentka zgodziła się. Wówczas lekarz opuścił salę chorych i po paru minutach wrócił trzymając ze szczególną ostrożnością pensetą dużą, białą tabletkę. Wrzucił następnie tabletkę do pół szklanki wody – tabletkę rozpuszczając się wydzielala intensywne bąbelki – była to witamina C (effervesens). Lekarz polecił pacjentce wypić całą wodę, gdy tylko przestanie bąbelkować. Ku zdumieniu Worrella – zadziało. Pacjentka stwierdziła, że ból człkowicie ustąpił. Jego przełożony wyjaśnił mu, że wielokrotnie sprawdzał tę metodę i zawsze działo. Uważał, że najbardziej istotnym elementem był fakt, że przyniósł on tabletkę pensetą, co stwarzało wrażenie, że jest to środek zbyt silnie działający aby dotknąć go ręką. Przykład ten może dla niektórych wydać się zdumiewający, nie mówiąc już o aspekcie deontologicznym.

W miarę rozwoju cywilizacji i racjonalizacji wiedzy lekarskiej zmniejszało się odium tajemniczości praktyki lekarskiej. Tym niemniej panowało przekonanie, że lekarze w przeciwieństwie do laików – profanów posiadli tajemnice ciała ludzkiego, tajemnicę życia i śmierci, choroby i zdrowia, że posiadają tę wiedzę, która graniczy ze sztuką; stąd dawna nazwa – sztuka lekarska.

Dzisiaj zaciera się przede wszystkim granica wiedzy „wtajemniczonego” – lekarza i pacjenta. Przeciętny inteligent posiada ogólną znajomość funkcji ustroju, istoty choroby i działania leków. Szczególnie wiedza pacjenta dotycząca jego choroby jest niejednokrotnie zaskakująca. Istnieją np. pacjenci chorzy na serce, którzy zupełnie nieźle orientują się w odczytywaniu krzywej elektrokardiograficznej. Bardzo wielu chorych potrafi interpretować wyniki podstawowych badań laboratoryjnych. Wiadomo jest, że różne stany emocjonalne odbijają się na czynności serca, wydzielaniu gruczołów (zasychanie w gardle ze strachu), czynności przewodu pokarmowego (biegunka ze zdenerwowania) i in. I odwrotnie – wiele chorób czy zaburzeń czynności narządów maci naszą jasność myślenia, zmienia nastrój, piętnuje nasz stosunek do otoczenia.

Przedstawione powyżej rozważania świadczą o niewątpliwym dużym wpływie nieswoistych czynników na ostateczny efekt leku. Ale czy istnieje możliwość zmierzenia wielkości tego efektu? Tak – metodą określenia ilościowego i obiektywnego roli nieswoistych aspektów terapii jest zastosowanie tzw. *placebo*.

Określenie *placebo* jest stosowane od przeszło 200 lat. Oznaczało to początkowo tendencję podobania się pacjentom. *Placebo* nazywamy substancję lub postępowanie lecznicze zastosowane świadomie (umyślnie) w celu wywołania niespecyficznego lub psychoterapeutycznego efektu. W piśmiennictwie anglosaskim i niemieckim używa się określenia *placebo*

zamiennie z łacińskim terminem *aura curae* – atmosfera troski, atmosfera „ozdrowieńcza” lub tzw. niespecyficznym działaniem leku. *Placebo* jest to zatem lek pozorny. Nie oznacza to jednak, że nie działa. Niektórzy określają, że *placebo* jest to kłamstwo, które leczy. Czy rzeczywiście?

W czasie II wojny światowej Morzem Śródziemnym płynął z Włoch do Anglii okręt z 1500 żołnierzami brytyjskimi. Rozszalał się sztorm. Większość żołnierzy chorowała na chorobę morską, a byli oni niezbędni do obrony przed spodziewanym atakiem floty niemieckiej. Kapitan okrętu wezwał głównego lekarza polecając mu szybką i skuteczną interwencję lekarską. Żołnierze muszą być w najbliższych godzinach zdolni do walki. Lekarz wyjaśnił, że ma jedynie 200 dawek leku przeciwko chorobie morskiej. „Nie przyjmuję tego do wiadomości” – odparł kapitan – „żołnierze muszą być zdrowi i sprawni”. Lekarz zmobilizował w związku z tym wszystkich swoich pomocników, polecając im wstrzyknięcie 200 chorującym właściwego leku, natomiast pozostałym roztwór fizjologicznej soli kuchennej. Okazało się, że z tysiąca żołnierzy przestało chorować 800. Wśród nich również i ci, którzy otrzymali *placebo* tj. roztwór fizjologicznej soli kuchennej. Błogosławione kłamstwo podziałało – okręt był gotowy do obrony przed ewentualnym atakiem.

Jeszcze bardziej przekonujących dowodów na skuteczność *placebo* dostarczają doświadczenia wykonane w Japonii. Celem ich było wykazanie czy kofeina istotnie wzmacnia sprawność intelektualną człowieka. Grupa farmakologów klinicznych przeprowadziła eksperyment na studentach tego samego wydziału i tego samego roku. W środku nocy budzono odpowiednio liczną grupę studentów dając im do rozwiązania proste zadania arytmetyczne wymagające jednak uwagi i skupienia. Przed eksperymentem połowie studentów podano mleko, a połowie czarną kawę. Tak jak można było przypuszczać, studenci po kawie „otrzęźwieli” i rozwiązywali swoje zadania szybciej i bardziej prawidłowo, tzn. z niewielką liczbą błędów. Studenci, którzy wypili mleko byli nadal senni i popełniali więcej błędów. Wydawałoby się, że nic w tym dziwnego. Tak – pozornie, ponieważ kawa była bezkofeinowa, a mleko zawierało kofeinę. Co zatem działało? Przecież nie lek właściwy, tylko właśnie *placebo*.

Okazało się, że efekt *placebo* występuje w każdym postępowaniu leczniczym. Jak to niektórzy eksperci oceniają, na efekt terapeutyczny leku składają się, lub mogą składać 3 czynniki – samoistne wyleczenie lub poprawa stanu zdrowia, efekt *placebo* oraz oczywiście specyficzne działanie leku.

Jakie z powyższych przykładów i rozważań wynikają wnioski? Po pierwsze – każdy pracownik służby zdrowia, tzn. nie tylko lekarz, ale również

farmaceuta i pielęgniarka, musi zdawać sobie sprawę z niespecyficznego działania leczenia. Trudno wprost przecenić element psychoterapeutyczny w farmakoterapii. Wiadomo jest, że ten sam lek w rękach jednego lekarza działa skuteczniej, a podany przez innego lekarza może wywierać znacznie słabsze działanie. Okazuje się, że efekt *placebo* stwierdza się również u zwierząt. Jeśli zwierzęciu, któremu przez pewien czas podawano w określonych warunkach, tzn. w tym samym pomieszczeniu, o tej samej porze i przez tę samą osobę np. lek podwyższający ciśnienie tętnicze krwi, poda się placebo, to bardzo często ciśnienie krwi również podwyższa się po tym leku pozornym.

Ale wykorzystanie efektu *placebo* w terapii to tylko jeden aspekt działania *placebo*. W obiektywizacji działania nowych leków u ludzi *placebo* jest elementem wręcz niezbędnym. Okazało się bowiem, że przy właściwym testowaniu niektórych, przez wiele lat stosowanych i uznawanych za skuteczne leków – leki te wykazywały działanie nie przewyższające placebo. Tak np. po dokładnych badaniach klofibrat, dipirydamol (Persantin), geriokaina, niektóre leki stosowane w zaćmie i wiele innych nie mają właściwie znamiennego tzn. przewyższającego placebo działania. W związku z tym przypominam sobie pouczającą historię z obrad Komisji Leków. Wiele lat temu w trakcie dyskusji nad geriokainą padło wiele uwag krytycznych wskazujących na zasadność skreślenia jej z rejestru leków. Wówczas jeden z bardzo szanowanych członków Komisji, który również uważał geriokainę za lek bezwartościowy, powiedział: „Uważam mimo wszystko, że należy zostawić ją w lekospisie – musimy przecież pozostawić coś naszym drogim staruszkom”.

Wiele publikacji i dyskusji budzi aspekt etyczny placebo. Czy jest to moralnie dopuszczalne podawać choremu lek pozorny. Według GCP jest to dopuszczalne tylko w tych jednostkach chorobowych i u tych pacjentów, którym niepodanie leku aktywnego nie będzie związane z określonym ryzykiem pogorszenia się ich stanu zdrowia. Tak np. chorym na nadciśnienie samoistne czy na reumatoidalne zapalenie stawów (RZS) można podać placebo – jest to bowiem związane co najwyżej z brakiem wyraźniejszej poprawy. Natomiast np. po zawale, zapaleniu płuc i innych chorobach związanych z niebezpieczeństwem utraty życia, zastosowanie placebo jest niedozwolone. Stosuje się wówczas tzw. lek referencyjny zwany też lekiem odniesienia. Jeżeli w zapaleniu płuc jednej grupie pacjentów stosuje się np. ampicylinę, a drugiej sprawdzony w badaniach przedklinicznych – jako skuteczny przeciwbakteryjnie nowy antybiotyk – wówczas można porównać działanie nowego leku ze znanym lekiem – ampicylina.

W każdym razie do świadomości wszystkich pracowników służby zdrowia powinno dotrzeć przekonanie, że placebo jest w określonych stanach niezbędne, a niewykorzystanie efektu *placebo* przez lekarza w trakcie farmakoterapii jest po prostu karygodnym błędem.

Piśmiennictwo

Biegański W. Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej. Wyd. IV, PZWL, Warszawa 1957

Grünbaum A. The placebo concept in medicine and psychiatry. [w:] Non-specific aspects of treatment. Hans Huber Publ., Toronto, Lewiston NY, Bern, Stuttgart, 1989.

Joyce C.R.B. Non-specific aspects of treatment from the point of view of a clinical pharmacologist. [w:] Non-specific aspects of treatment. Hans Huber Publ., Toronto, Lewiston NY, Bern, Stuttgart, 1989.

Langer G. Placebo: Jenseits von „Schein“ und „Störgrösse“. Arguments für die Auswertung eines bedeutenden protherapeutischen Begriffes („Aura curae“). Beilage zu Wien. Klin. Wochenschrift 1987, 99, 20.

Nielubowicz J. Humanistyczne wartości medycyny u progu XXI wieku. Gazeta Lekarska, 1994, 4.

Non-specific aspects of treatment. Red.: Shepart M., Sartorius N. Hans Huber Publ., Toronto, Lewiston NY, Bern, Stuttgart, 1989.

Miller N.E. Placebo factors in treatment. Views of a psychologist. [w:] Non-specific aspects of treatment. Hans Huber Publ., Toronto, Lewiston NY, Bern, Stuttgart, 1989.

Tatoń J. Humanistyczne powinności medycyny. Lunx-SFT, Warszawa, 1992.

Wydział VI nauk technicznych

Przewodniczący: Maciej Grabski (czł. zw.)

Sekretarz: Maciej Szafarczyk (czł. zw.)

Przewodnicząca Sekcji nauk rolniczych: Maria Joanna Radomska (czł. zw.)

Sekretarz Sekcji nauk rolniczych: Barbara Rutkowska (czł. zw.)

a) Działalność naukowa

Odbyły się zebrania naukowe, na których wygłoszono referaty:

17 III – Tadeusz Rychter: Proces spalania – klucz do oszczędnego i „czystego” silnika tłokowego

3 XI – Maria J. Radomska: Nowe zwierzęta w hodowli

8 XII – Stanisław Zmarlicki: Wartość odżywcza mleka i produktów mlecznych