

# Formy leków stosowane w chorobach układu oddechowego

Choroby układu oddechowego należą do najczęściej występujących schorzeń zarówno wśród dzieci jak i osób dorosłych. Leczenie tych chorób jest długotrwałe i skomplikowane, ponadto musi uwzględniać wiele metod postępowania, wśród których jedną z najważniejszych jest terapia inhalacyjna.

Aerzoloterapia jest dziedziną wiedzy rozwijającą się bardzo dynamicznie, głównie ze względu na postęp technologiczny. Aerzol to układ cząstek substancji płynnych lub stałych rozproszonych i zawieszonych w fazie gazowej. Wielkość generowanych w trakcie wytwarzania aerzolu cząstek jest czynnikiem determinującym zasięg, dystrybucję oraz miejsce rozproszenia inhalowanego leku w drogach oddechowych. W układzie oddechowym zatrzymywane są drobiny o wielkości od 1 do 10  $\mu\text{m}$ . Drobiny większe od 10  $\mu\text{m}$  osiadają głównie w jamie nosowo-gardłowej i krtani, cząstki wielkości 5-10  $\mu\text{m}$  osiadają się w dużych oskrzelach, natomiast mniejsze od 5  $\mu\text{m}$  w drobnych oskrzelach i oskrzelikach, stanowiąc tzw. drobnocząsteczkową frakcję aerzolu.

Leczenie inhalacyjne jest formą z wyboru w aplikacji następujących grup leków:  $\beta$ -2 mimetyków, steroidów, kromonów w astmie, przewlekłej obturacyjnej chorobie płuc, czy tzw. spastycznym zapaleniu oskrzeli. Aplikacja leków w postaci wziewnych aerzoli w leczeniu chorób układu oddechowego ma przewagę nad podawaniem doustnym lub pozajelitowym, ze względu na fakt iż pozwala leczyć wybiórczo drogi oddechowe przez osiągnięcie dużego stężenia leku bezpośrednio w miejscu podania, jednocześnie

nie zmniejszając ogólnoustrojowego działania niepożądane dzięki minimalnemu stężeniu leku we krwi. Ponadto podawanie leków w postaci aerzolu jest bezbolesne oraz wygodne.

Wskazania do stosowania aerzoloterapii w chorobach górnych i dolnych dróg oddechowych:

- przewlekły nieżyt nosa i gardła;
- przewlekłe, nieswoiste stany zapalne nosa, gardła i krtani z obecnością wydzieliny;
- alergiczny nieżyt nosa;
- nawracające i przewlekłe stany zapalne zatok przynosowych;
- przewlekły nieżyt krtani: zanikowy, przerostowy oraz stany wyczerpania głosowego;
- grzybice jamy ustnej, gardła i krtani;
- przewlekłe i nawracające zapalenia oskrzeli;
- mukowiscydoza - postać płucna;
- astma oskrzelowa;
- stany po zapaleniach płuc - szczególnie po przewlekłych lub zeszkłońnościadonawrotów;
- zakażenia grzybicze układu oddechowego;
- stany przed i po zabiegach chirurgicznych w obrębie dróg oddechowych.

Leki wziewne podawane są za pomocą różnego typu urządzeń, wśród których wyróżnia się:

1. inhalatory ciśnieniowe z do-

zownikiem (ang. Pressurized metered dose inhaler – pMDI) oraz pMDI łącznie z komorami inhalacyjnymi (ang. Spacer devices),

2. inhalatory suchego proszku (ang. dry powder inhaler – DPI),
3. urządzenia do nebulizacji

## 1. Inhalatory ciśnieniowe z dozownikiem



▶ Inhalatory ciśnieniowe z dozownikiem są konfekcjonowane w formie pojemników, w których znajduje się lek zmieszany z nośnikiem. Nośnikiem może być związek chlorofluorokarbonu (preparaty CFC, tzw. freonowe) lub hydrofluoroalkanu (HFA, preparaty typu non-CFC, bezfreonowe). Uwolnienie dawki leku w tego typu inhalatorach następuje na skutek gwałtownej dekompresji nośnika jakim jest gaz podczas naciśnięcia zaworu.

Właściwa technika użycia inhalatora, gwarantująca uzyskanie optymalnego efektu, wymaga synchronizacji wyzwolenia dawki leku i wykonania wdechu przez chorego. Koordynacja ta jest niemożliwa do wykonania przez dzieci, a niekiedy jest trudna nawet dla osób dorosłych. Z tego względu efektywność podawanych leków zmniejsza się nawet o 50%, dlatego zaleca się równoczesne stosowanie MDI z komorą przedłużającą (ang. spacer).

Wyróżniamy następujące rodzaje komór przedłużających:

- Babyhaler - komora o pojemności 350 ml, zaopatrzona w silikonową maseczkę twarzową oraz dwie zastawki o małym oporze - wdechową i wydechową. Przeznaczona dla dzieci w wieku od końca 1. miesiąca do 5. roku życia.
- Able spacer - komora o pojemności 125 ml, zaopatrzona w wymienne silikonowe maski w trzech rozmiarach. Posiada sygnał dźwiękowy optymalizujący sposób przyjmowania leku. Może być stosowana u niemowląt i małych dzieci. Elastyczny łącznik umożliwia

zastosowanie pojemników MDI o różnym kształcie.

- Aerochamber - komora o pojemności 175 ml, wyposażona w silikonową maskę oraz elastyczny łącznik pozwalający na stosowanie dowolnego kształtu pojemnika MDI. Stosowany u niemowląt i małych dzieci.
- Optichamber - komora o objętości 210 ml, zaopatrzona jest w sygnał dźwiękowy, który pozwala na lepszą kontrolę przyjmowania leku.

- Aeroscopic - przystawka objętościowa o pojemności 750 ml, przeznaczona dla dzieci powyżej 3 lat.

## 2. Inhalatory suchego proszku

Dawka leku uwalniana jest z inhalatora DPI za pomocą powietrza, które przepływa przez urządzenie w czasie wdechu wykonywanego przez chorego (tzw. dawka wyzwalana wdechem).



*Komora typu Babyhaler*



*Komora typu Aeroscopic*

Inhalatory suchego proszku występują w dwóch postaciach:

a) urządzeń zawierających lek adsorbowany na nośniku laktozowym (ze względu na dużą powierzchnię adsorpcji cząsteczek laktozy)

- Aerolizer – starsza postać inhalatora proszkowego. Kapsułka z lekiem umieszczona jest w urządzeniu typu spinhaler, gdzie dochodzi do jej nakłucia. Dopiero wtedy lek może być zainhalowany przez pacjenta. Po wykonaniu inhalacji ze względu na osadzanie się cząstek laktozy na błonie śluzowej jamy ustnej i gardła chory ma uczucie słodkawego smaku. Optymalne warunki inhalacji z dozowników proszkowych tego typu zapewnia duży przepływ wdechowy (ok. 120 l/min).



Urządzenie typu Aerolizer

- Dysk - nowsza forma inhalatora proszkowego (zmodyfikowana, zaawansowana forma Diskhalera) o małym oporze wewnętrznym z komorą z lekiem osadzoną blisko ustnika. Pojedyncze dawki leku umieszczone są na zwiniętej spiralnie foliowanej taśmie w plastikowej obudowie. Urządzenie tego typu posiada licznik dawek. W przeciwieństwie do aerolizera optymalną dawkę leku z urządzenia uzyskuje się już przy małym przepływie powietrza wdechowego (ok. 30 l/min).

b) dozowników proszkowych bez nośnika (tzw. Turbuhaler), w których lek występuje



### Urządzenie typu dysk

in substantia. Działają w wyniku turbulentnego przepływu powietrza przez układ przewodów. Lek występuje w czystej postaci, nie pozostawiając uczucia smaku po inhalacji. Urządzenie posiada sygnalizację barwną o zawartości ostatnich 10 dawek leku. Dla zapewnienia optymalnej dawki leku konieczne jest wykonanie wdechu z szybkością przepływu powietrza 60 l/min.

### 3. Urządzenia do nebulizacji

Nebulizacja to metoda terapii instrumentalnej, polegająca na dostarczeniu leku do dróg oddechowych chorego w postaci aerozolu, czyli układu zawieszonych w gazie drobnych cząstek substancji płynnej (faza rozproszona).

Zalety nebulizacji:

1. Koordynacja wdechowo-wydechowa nie jest wymagana (możliwość podawania u dzieci, ludzi starszych);
2. Łatwe wykonanie;
3. Można dobrać indywidualną dla każdego chorego dawkę i ▶

- ▶ rodzaj leku (beta2-mimetyki, antybiotyki, leki proteolityczne lub mukolityki), a nawet podawać jednocześnie kilka leków
- 4. Możliwe jest równoczesne stosowanie farmako- i tlenoterapii.

Nebulizator jest to pojemnik na roztwór leku, w którym płynna postać preparatu jest zamieniana na aerozol do inhalacji. Ze względu na objętość rozpraszanego roztworu rozróżnia się nebulizatory niskoobjętościowe oraz mniej popularne, stosowane głównie w warunkach szpitalnych - wysokoobjętościowe.

Podział nebulizatorów ze względu na czas wytwarzania aerozolu w stosunku do fazy oddechowej:

1. O ciągłej produkcji aerozolu:
  - konwencjonalne - o ciągłej produkcji aerozolu bez względu na fazę oddechową;
  - skojarzone z wdechem (breath-assisted) - pracujące w sposób ciągły, ale dzięki systemowi zastawek wytwarzanie aerozolu jest większe podczas wdechu;
2. O przerywanej produkcji aerozolu:
  - nebulizatory zsynchronizowane z oddechem (tzw. dozymetryczne) - wytwarzają aerozol tylko podczas wdechu; stosowane m.in. w inhalacjach antybiotyków;
  - adaptujące urządzenia aerozolowe (adaptive aerosol delivery - AAD) - monitorują rytm oddechowy pacjenta i dostarczają aerozol podczas pierwszej fazy wdechu.

Typy dostępnych na rynku nebulizatorów:

- Sidestream - wyposażony jest w system Venturi, który zwiększa efektywność przepływu powietrza przez dyszę nebulizatora podczas wdechu i jednocześnie poprawia wytwarzanie aerozolu, w związku z czym skraca czas nebulizacji. Ma uniwersalne zastosowanie.
- Sidestream indywidualny - urządzenie przeznaczone do stosowania u jednego pacjenta, głównie w warunkach szpitalnych.
- Ventstream - wyposażony jest w zestaw filtrów zapobiegających przedostawaniu się aerozolu do otaczającego powietrza, co ogranicza ryzyko przeniesienia chorobotwórczych drobnoustrojów. Jest szczególnie zalecany do nebulizacji antybiotyków.
- Pari Baby - zalecany do wykonywania nebulizacji u niemowląt i małych dzieci. Przystosowany do wykonywania nebulizacji w pozycji leżącej.
- Pari LC Plus - przeznaczony dla pacjentów we wszystkich grupach wiekowych.
- Pari LL - nebulizator zintegrowany z kontrolerem przepływu i systemem zaworów oddzielających wdech i wydech.
- Pari LC Plus Junior - zalecany do nebulizacji u dzieci od 3. roku życia. Przystosowany do wykonywania nebulizacji u dziecka w pozycji leżącej.

W wyborze inhalatora dla konkretnego chorego lekarz powinien się kierować kilkoma czynnikami; należy dążyć do:

- a) uproszczenia terapii
- ograniczenie zróżnicowania

technik inhalacyjnych w przypadku stosowania wziewnego więcej niż jednego leku - optymalnie inhalatory jednego typu

- kompatybilność różnych części sprzętu do inhalacji
- ograniczenie liczby dawek leków
- skrócenie czasu podawania leków
- b) ograniczenia kosztów ponoszonych przez pacjenta i budżet państwa
- c) uwzględnienia preferencji oraz umiejętności chorego. ■

*mgr Magdalena Mankowicz  
dr Paweł Szymański  
prof. dr hab.  
Elżbieta Mikiciuk-Olasik*

*Uniwersytet Medyczny  
Wydział Farmaceutyczny  
Zakład Chemii Farmaceutycznej  
i Analizy Leków*

*Fot. Olga Sierpniowska*

Piśmiennictwo:

1. M.B. Dolovich, R.C. Ahrens, D.R. Hess, P. Anderson, R. Dhand, J.L. Rau, G.C. Smaldone, G. Guyatt, A. Gawlewicz-Mrocza, A. Bręborowicz. Wybór inhalatorów do wziewnego stosowania leków rozszerzających oskrzela i kortykosteroidów. Wytyczne American College of Chest Physicians i American College of Asthma, Allergy, and Immunology. *Medycyna Praktyczna*, 2005, 3408, 55-65.
2. M. Grabicki, H. Batura-Gabryel. Zastosowanie aerozoli w terapii chorób układu oddechowego. *Nowości pulmonologiczne. Przewodnik Lekarza*. 89-95.
3. W. Droszcz. Aerozoloterapia w astmie. *Praktyka Medyczna. Przewodnik Lekarza*. 32-37.
4. J. Alkiewicz. Nowe spojrzenie na klasyczne metody generacji aerozoli. *Nowa Pediatria*, 2000; 5: 7-10.
5. M. Kokot. Dobór właściwego inhalatora proszkowego na podstawie pomiaru szczytowego przepływu wdechowego w wybranych grupach chorych z obturacją oskrzeli. *Polski Merkuriusz Lekarski*, 2000; 9: 672-676.
6. J. Bokiej, I. Aleksandrowicz, M. Fic, M. Jurdyga. Nowoczesne leczenie inhalacyjne astmy u niemowląt i małych dzieci. *Pulmonologia. Przewodnik Lekarza*. 25-27.

# Nowowwybranym członkom Prezydium NRA - do sztambucha

Na początku o afektach. Nie lubię określenia „farmaceuta”. Aptekarz – tak! W wielkim cieście, nie do końca dopieczonym, znajduję jeden, i tylko jeden, rodzynek. „Farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym lub hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem” (art. 2a ust. 4 ustawy o izbach aptekarskich). Ale dalej już nie znajduję rodzyńka, gdzie mam szukać aptekarza? Owszem, jest aptekarski samorząd. Czy do końca aptekarski? Przecież ten termin zobowiązuje. Wszystkich. Mnie też, sługę tegoż samorządu.

Aptekarzem był pan Supady w aptece mojego dzieciństwa. Także jego żona. Gdy wchodziłem do ich (traktowali ją jako swoją, tak naprawdę była państwową) apteki, uderzał mnie najpierw specyficzny lekki zapach. Nie był niemiły. Następnie cisza, spokój, porządek. Nie wypadało głośno mówić. Samemu trzeba było się wyciszyć. Pan Supady nie śpieszył się, był dokładny. W informowaniu o leku, w poradzie. Nie przypominam sobie ulotek, pisemnych instrukcji etc. Nie było też wtedy pojęcia „opieka farmaceutyczna”. To pan Supady był spolegliwym opiekunem, gdy przystępnie tłumaczył o leku, który wydawał, a często też sam sporządzał. Wypytywał o objawy choroby, wiek pacjenta itd., zastanawiał się i ordynował czasami poprawiając czy uzupełniając pana doktora. Ten wizerunek dobrego aptekarza z czasów, gdy nie było aptekarskiego samorządu, przypomniał mi się i

nabierał głębszych treści, już bardziej dojrzałych niż fragmentaryczne, dziecinne wspomnienia, gdy wsłuchiwałem się w jakże nieocenione, wystąpienia znakomitej pani dr. Elwiry Telejko, podczas jej członkostwa w Naczelnej Radzie Aptekarskiej jak usiłowała godzić dobrą tradycję z bezwzględną nowoczesnością. Wiem też, że obecna jej twórczość naukowa i działania dobrze służą budowaniu realnej opieki farmaceutycznej (tego ustawowego terminu się trzymam).

Ale dziś coraz bardziej dostrzegam znaki czasu teraźniejszego i przyszłego. Postać dobrego aptekarza z Aleksandrowa Kujawskiego tak ciepło opisanego przez Marię Danilewiczową (Blisko i daleko. Opowiadania, Londyn 1953) jej ojca, Wilhelma Markowskiego, nie musi teraz wszystkich przekonywać, tak jak sam tytuł wspomnienia Na posterunku. Tożsamość aptekarza – właściciel apteki objęta jest procesem zanikania. Nie spodziewam się tu zmartwychwstania, nie łudzę się, że ukaże się wskrzesiciel. Nie ma tu nic do powiedzenia tradycja, sens i rozum. Racjonalny wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z 19 maja 2009 r. (C-531/06), który przedstawiałem wcześniej w „Aptekarzu Polskim”, przywołujący optymalny model prowadzenia apteki wyłącznie przez farmaceutę (aptekarza) nie zawróci z tzw. drogi rozwoju społecznego, nie zmieni historii. Piękny sen o wolności urzeczywistnia się

w wolnym rynku. I to on będzie święcił triumfy. Wybitny współczesny filozof, Sławoj Żiżek (ur. 1949r.) stwierdza, „że pieniądź stanowi ostateczną rzeczywistość naszego życia, że jest bestią, której nigdy nie oswoimy.” Powiem więcej: jest bogiem, którego królestwo jest z tego świata. I on decyduje: aptekarz jako wolny zawód chyli się ku zachodowi. Zastępuje go farmaceuta. Przybiera różne imiona i znaczenia, ale zawsze odpowiada znakom czasu: kierownik apteki, najemny pracownik, dyspozycyjny, specjalista, lojalny (objęty programem lojalnościowym). Coraz bardziej uzależniony od narzuconej refundacji, od sieci, z której nie ma wyjścia, manipulowany kredytem kupieckim, upustem, marżą, bonifikatą. Łudzony wolnością, równością, partnerstwem...

Ten proces nie jest jednak zakończony. I w tym pociecha. I nie wszystko jeszcze stracone. Dopóki statek nie pójdzie na dno, orkiestra powinna grać. Dopóki istnieje samorząd (a ten się nie podoba organowi, który ma chronić prawa obywatelskiej[?!]), powinien działać.

Teraz o realiach. Zdaję sobie sprawę z konieczności nowelizacji ustawy o izbach aptekarskich. Wzorem może być nowa, obowiązująca od 1 stycznia tego roku ustawa o izbach lekarskich, obejmująca również całą odpowiedzialność zawodową lekarzy, bez odsyłania do rozporządzenia. Niektóre sprawy, dziś nie najlepiej regulowane w ustawie Prawo

► farmaceutyczne, powinny znaleźć swoje unormowanie właśnie w ustawie o izbach aptekarskich. Np. sprawa doskonalenia zawodowego i specjalizacji farmaceutów. Oczywiście powinno też być zmienione i udoskonalone Prawo farmaceutyczne. Czy jednocześnie przystąpić do konkretnych prac nad ustawą o zawodzie? Odpowiedź winna wynikać z dyskusji obejmującej nie tylko kręgi działaczy samorządowych. Ale najpierw trzeba zgody co do wyboru: zawód aptekarza czy zawód farmaceuty. Taka dyskusja może się toczyć na forum „Aptekarza Polskiego” i innych gazet samorządowych. Na tych łamach najpierw należy - wydaje się – zająć się opieką farmaceutyczną. Aby dojść do przygotowania odpowiednich przepisów prawnych regulujących tę, niezmiernie ważną dla aptekarzy dziedzinę ich działania, słusznie postrzeganą jako istotny element wykonywania zawodu, odróżniający aptekarzy od sprzedawcy leku. Po drodze też wiele materii do uregulowania, także szczegółowych jak odpowiednie, osadzone w dzisiejszej złożonej rzeczywistości uregulowanie statusu kierownika apteki, jego praw i obowiązków, także w relacji z właścicielem apteki, który nie jest farmaceutą. Albo np. usunięcie irracjonalnego limitu wieku dla kierownika apteki, czy też rozsądne uregulowanie dyżurów aptek (art.88 ust. 3 i art.94 Prawa farmaceutycz-



Fot. © SShiver – Fotolia.com

nego). Gdyby ode mnie zależało - najpierw wnioskowałbym przygotowanie nowej ustawy o izbach aptekarskich. Dotychczasowa, w dużej części wzorująca się na ustawie z dnia 15 czerwca 1939r. o Izbach Aptekarskich (Dz. U. Rzeczypospolitej Polskiej Nr 55, poz. 346) jest w wielu miejscach nieaktualna, używa czasami po-

jęć nieadekwatnych wobec obowiązującego prawa i istniejącej praktyki.

Występowanie w obronie interesów aptekarzy wydaje się najważniejszym zadaniem osób sprawujących funkcje samorządowe. Zwłaszcza w relacji z Inspekcją Farmaceutyczną, Ministrem Zdrowia, administracją publiczną, Narodowym Fundu-

szem Zdrowia. Zdaję sobie sprawę z nie zawsze komfortowej sytuacji prezesa rady czy innego przedstawiciela samorządu w tej relacji, kiedy zwłaszcza trzeba słusznie poddać krytyce konkretne działanie czy decyzję organu (urzędu), wykazać naruszenie prawa czy przekroczenie uprawnień. Interes osobisty, dobra znajomość czy miłe koleżeństwo ustępują wtedy interesowi samorządu czy słusznemu interesowi innego aptekarza. Jeśli przedstawiciela izby opuszcza odwaga cywilna i stanowczość to oznacza, iż nie rozumie swego mandatu, nie dorósł do swej funkcji, ale też nie będzie cieszył się autorytetem.

Czasy się zmieniają. Po uchwaleniu w 1991r. ustawy o izbach aptekarskich weszła w życie w 1997r. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej, która dała zasadniczą podstawę dla funkcjonowania samorządów takich jak samorząd aptekarski, czyli skupiające osoby zawodów zaufania publicznego (art. 17 ust. 1) oraz wprowadziła szereg fundamentalnych zasad także dla tych samorządów. Następnie wejście Polski do Wspólnoty Europejskiej i przyjęcie prawa unijnego jeszcze w większym stopniu kształtuje naszą praktykę i kulturę prawną. Wymienić tu należy choćby parę zasad. Np. zasadę otwartości (transparentności), która wymaga podania motywów nie tylko wyroków sądowych czy decyzji

administracyjnych (konieczność uzasadnień), ale także przejrzystości działań organów, gwarantuje dostęp do dokumentów publicznych, umożliwia efektywną kontrolę osób piastujących urząd, nie dopuszcza do przejęcia faktycznej władzy przez nieformalne grupy (agency capture) itd. Z kolei zasada solidarności oznacza, że samorząd zawodowy zasadza się na więzi i wzajemnej pomocy między jego członkami. Zasada solidarności zawiera wewnętrzny nakaz redystrybucji. Członkowie samorządu płacą składki i mają prawo liczyć na pomoc swoich organów oraz tych, których wybrali. Powinni zatem spodziewać się obrony swych interesów, troski swych przedstawicieli o sta-

nowienie dobrego prawa, pomocy prawnej i innej. Sam samorząd winna cechować wspólnota prawa. Uchwały rad poszczególnych izb nie powinny różnić się istotnie między sobą, a raczej opierać się na zasadzie lojalnej współpracy. To są tylko przykłady płynące z zasad unijnych i słusznych wyobrażeń ponowoczesnej kultury publicznej.

Poszanowanie tych zasad w dobrze funkcjonującym samorządzie idzie w parze z pracą organiczną przedstawicieli. Nie można oczywiście zapomnieć o celach kardynalnych dla polskich aptekarzy. Wybór czasu, formy i kolejności konkretnych działań zawsze będzie miał tu decydujące znaczenie.

Czy jest możliwe np. przywrócenie tożsamości aptekarz- właściciel apteki, jako najbardziej optymalnej formy jej prowadzenia? Nie wiem. „Trzeba wiary” zapewnia Słowacki. Jego Kordjan woła: „Trzeba mi nowych skrzydeł, nowych dróg potrzeba...” Nigdy nie powinien opuszczać optymizm. Czasami w beznadziejnej wydawałoby się sytuacji nieoczekiwany zbieg okoliczności przynosi radykalną zmianę. Jak w tej przypowieści o Janku, co psom szył buty. Przypadek odmienił jego los, co nie mieściło się nawet w najśmielszych marzeniach... ■

*Edward Jędrzejewski*

#### NOWY SKŁAD PREZYDIUM NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

Na półmetku kadencji Naczelna Rada Aptekarska przegrupowała szeregi swojego Prezydium. Aktualny skład Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej tworzą: **dr Grzegorz Kucharewicz** – Prezes NRA; **dr n. farm. Marek Jędrzejczak** – Wiceprezes NRA; **mgr farm. Krzysztof Przystupa** - Wiceprezes NRA (nowo wybrany); **mgr farm. Janina Mańko** – Sekretarz NRA (nowo wybrana); **mgr farm. Ewa Więckowska** – Skarbnik NRA; **mgr farm. Janina Pawłowska** – Członek Prezydium NRA; **mgr farm. Piotr Bohater** – Członek Prezydium NRA (nowo wybrany); **mgr farm. Bożena Śliwa** – Członek Prezydium NRA (nowo wybrany); **mgr farm. Michał Pietrzykowski** – Członek NRA (nowo wybrany)

Bezpośrednio po wyborze Redakcja Aptekarza Polskiego poprosiła o wypowiedź mgr farm. Krzysztofa Przystupę, Wiceprezesa NRA:

1. *Jaki zakres spraw samorządowych będzie podlegał Pańskiej jurysdykcji?*

– Jeszcze nie zostało ustalone, co będzie moim zadaniem i czym będę się w Radzie zajmował. 10 lutego będzie obradowało Prezydium już w nowym składzie. Wtedy podzielimy zadania. Chciałbym zajmować się obroną małej, przepadającej niestety, polskiej apteki, obroną zawodu i uchronieniem go przed degradacją. Chciałbym doprowadzić do ukrócenia wojny cenowej i totalnego bałaganu na rynku aptecznym, którego władze publiczne nie widzą i co gorsze, nie chcą po prostu zobaczyć.

2. *Jaki projekt samorządowy chciałby Pan realizować?*

– Członkowie samorządu aptekarskiego mają, niestety różne wizje przyszłości naszego zawodu. A rządzący nie widzą w nas partnerów. Lepiej znają się na farmacji i według własnych potrzeb, jak i pomysłów organizują nam coraz trudniejszą egzystencję.

Marzę o samorządzie mocnym, zdecydowanym, mówiącym jednym głosem o naszej przyszłości i żeby nasz głos był słyszalny i przede wszystkim brany pod uwagę przy realizowaniu ustawy o zawodzie, bo kto się na tym zna lepiej? Marzę, aby apteka była wreszcie apteką, a aptekarz aptekarzem i aby prawo znaczyło prawo. A Prawo farmaceutyczne było święte i przyjazne aptece i zawodowi, bez wątpliwości i dowolności w interpretacji. Czy to tak wiele?

– Wszystkim Koleżankom i Kolegom życzę szacunku i spełnienia w wykonywaniu jakże trudnego i odpowiedzialnego zawodu, gdzie wiedza będzie jedynym argumentem w konkurencji. Do tego będę dążył wszelkimi siłami.

## 9 stycznia 1951

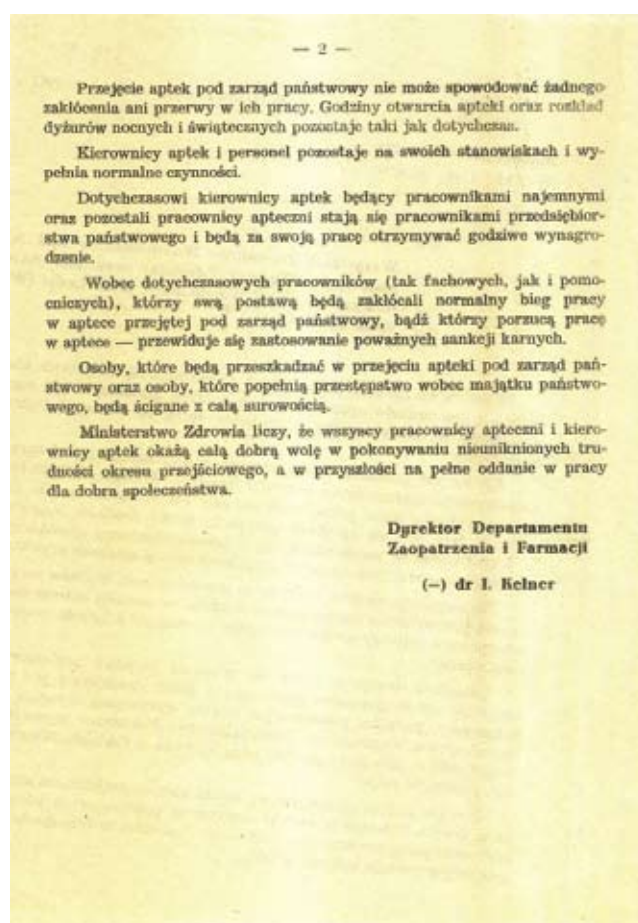
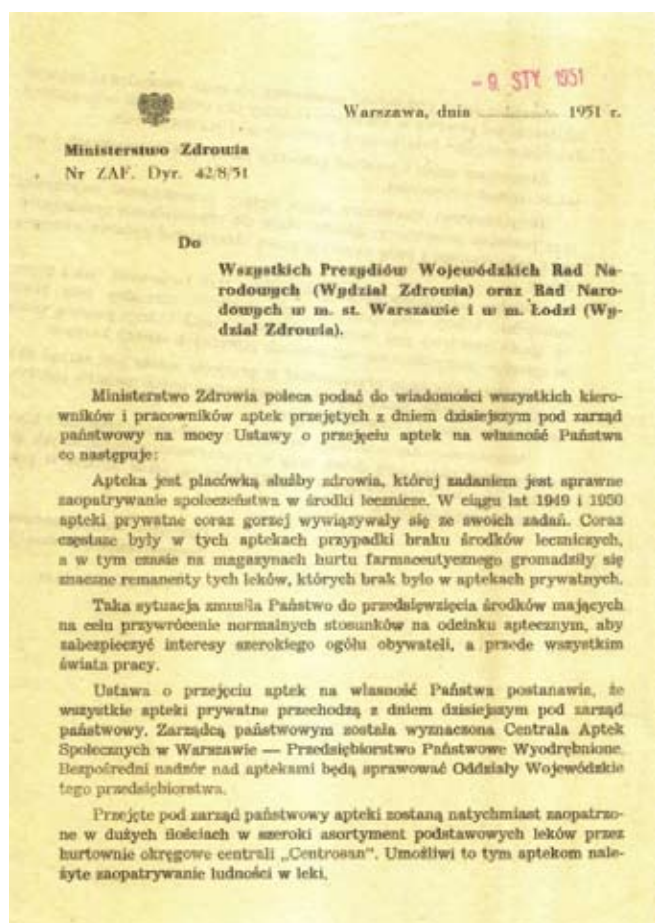
Niewiele jest dat, które w dziejach polskiej farmacji łączyły się z przełomami... W czasie zaborów wydarzenia te miały miejsce w odległych stolicach państw zaborczych. W okresie dwudziestolecia międzywojennego polscy aptekarze nie doczekali się jednolitej dla całego odrodzonego państwa ustawy aptekarskiej i tak bardzo oczekiwanego utworzenia izb aptekarskich. Najbardziej znamienym wydarzeniem, które w bezwzględny i natychmiastowy sposób zmieniło nasz zawód, była nacjonalizacja aptek, przeprowadzona 9 stycznia 1951.

Apteki były jednymi z ostatnich „bastionów” prywatnego kapitału, który istniał w Polsce Ludowej. Większość innych firm i sklepów znacjonalizowano już w latach czterdziestych. Apteki pozostawiono niemal na sam koniec z prostej przyczyny. Władza ludowa, znając przywiązanie ap-

tekarzy do prowadzonych często od wielu pokoleń placówek, wiedziała, że poniosą oni maksymalnym wysiłkiem koszty urządzenia aptek od nowa, po zniszczeniach wojennych. Sprawą ogromnej wagi pozostawało także urządzenie nowych aptek na „ziemiach odzyskanych”, gdzie zazwyczaj

oferowano założenie lub przejęcie aptek farmaceutom wysiedlonym z kresów wschodnich.

Po krótkim okresie sprawnego funkcjonowania, właścicielom aptek zaczęto sprawiać celowo coraz większe kłopoty: narzucono na apteki drakońskie podatki, dręczono zagmatwaną



*Ilustracja 1 i 2  
Pismo Dyrektora Departamentu Zaopatrzenia i Farmacji Ministerstwa Zdrowia  
Ignacego Kelnera motywujące nacjonalizację aptek.  
Ze zbiorów Anny i Kazimierza Kajów.*

korespondencją urzędową, część leków i surowców była ściśle reglamentowana... Aptekarze zaczęli tracić grunt pod nogami w momencie, gdy Polska wkraczała w najczarniejsze czasy stalinowskie. W prasie, bez wyjątku uległej szalejącej władzy komunistycznej, zorganizowana została nagonka na „aptekarzy-wyzyskiwaczy”, celowo zawyżających ceny leków, które rzekomo były tanie i powszechnie dostępne! Farmaceutów przedstawiano jako kastę zawodową, wzbogacającą się na cudzym cierpieniu, a w najlepszym razie oskarżano o nieudolność w prowadzeniu aptek i niewłaściwe zaopatrywanie się pełnych jakoby hurtowniach. Cóż pozostawało „opiekuńczemu” państwu ludowemu? Przejąć apteki na własność skarbu państwa, dodajmy – państwa socjalistycznego, którego własnością pozostawała cała wytwórczość, hurt i detal.

Polskie apteki znacjonalizowane zostały na mocy ustawy sejmowej o przejęciu aptek przez państwo z dnia 8 stycznia 1951. Nazajutrz rano, do każdej apteki, wkroczyła trzyosobowa komisja nacjonalizacyjna, która przejmowała całe wyposażenie apteki, począwszy od pozycji wymienionych w remanencie, a skończywszy na rzeczach osobistych pracowników.

W słynnym piśmie adresowanym do Wszystkich Prezydów Wojewódzkich Rad Narodowych Ministerstwo Zdrowia zalecało podać do wiadomości wszystkich kierowników i pracowników aptek przejętych z dniem dzisiaj pod zarząd państwowy, że apteka jest placówką służby zdro-

wia, której zadaniem jest sprawne zaopatrywanie społeczeństwa w środki lecznicze. Zdaniem sygnującego pismo Dyrektora Departamentu Zaopatrzenia i Farmacji doktora Ignacego Kelnera, w ciągu lat 1949 i 1950 apteki prywatne coraz gorzej wywiązywały się ze swoich zadań. Coraz częstsze były w tych aptekach przypad-

ki braku środków leczniczych, a w tym samym czasie na magazynach hurtu farmaceutycznego gromadziły się znaczne remanenty tych leków, których brak było w aptekach prywatnych. Już po tych kilku zdaniach można było się domyślić, jaką linię prawną przyjęto: taka sytuacja zmusiła Państwo do przedsięwzięcia środ-

**Protokół**

przejęcia pod zarząd państwowy apteki Ap. Maria Górska  
w Mianin Wini spisany w dniu 2 stycznia 1951 w lokalu apteki.

Komisja w składzie:

- 1) ob. Jan Kuczyński
- 2) ob. Jan Władysław
- 3) ob. Jan Kuczyński

działająca na podstawie upoważnienia wydanego przez Ministerstwo Zdrowia Nr ZAF.  
z dnia 2 stycznia 1951 przejęła w dniu dzisiejszym zgodnie z Ustawą o przejęciu aptek na własność Państwa z dnia 8 stycznia 1951 aptekę Ap. Maria Górska (nazwa)  
położoną w Mianin Wini (miejsce) stanowiącą własność  
Ap. Maria Górska (nazwisko właściciela lub współwłaścicieli)  
(dzierzawioną przez \_\_\_\_\_)

Komisja przeprowadziła swą pracę wobec ob. Jan Kuczyński (nazwisko i imię)  
(właściciela, kierownika, pracownika apteki).

Komisja ustaliła  
gotówki w kasie zł 240.00 (słowami złotych dwieście czterdzieści 40/100)  
i przejęła:

- a) spis remanentu towarowego dokonany w dniach 21. 10. 1950 spisany na 13 stronach, zawierający 13 pozycji.
- b) spis inwentarza dokonany w dniach 21. 10. 1950 spisany na 3 stronach bądź książkę inwentarza (niepotrzebne skreślić), zawierający 15 pozycji.

Tymczasowym kierownikiem apteki został wyznaczony Ob. Jan Kuczyński  
na którego pieczy pozostawiono gotówkę oraz całość towarów i inwentarza w aptece.  
Tymczasowy kierownik apteki Ob. Jan Kuczyński odpowiedzialny jest osobiście za całość powierzonych jego pieczy majątku zgodnie z obowiązującymi przepisami. Spis remanentu oraz spis inwentarza (książkę inwentarzową) Komisja zabrała z lokalu apteki celem przekazania do Centrali Aptek Społecznych, Oddział Wojewódzki w Krakowie

Podpisy członków Komisji:

- 1) Jan Kuczyński Podpis właściciela apteki lub osoby jego prawa reprezentującej
- 2) Jan Władysław
- 3) Jan Kuczyński Podpis tymczasowego kierownika apteki

Uwaga: Jeżeli właściciel (dzierzawca) apteki zostaje mianowany jej tymczasowym kierownikiem, winien on umieścić swój podpis w obu miejscach.

Ilustracja 3  
Przykładowy „Protokół” przejęcia apteki pod zarząd państwowy.  
Ze zbiorów Anny i Kazimierza Kajów.

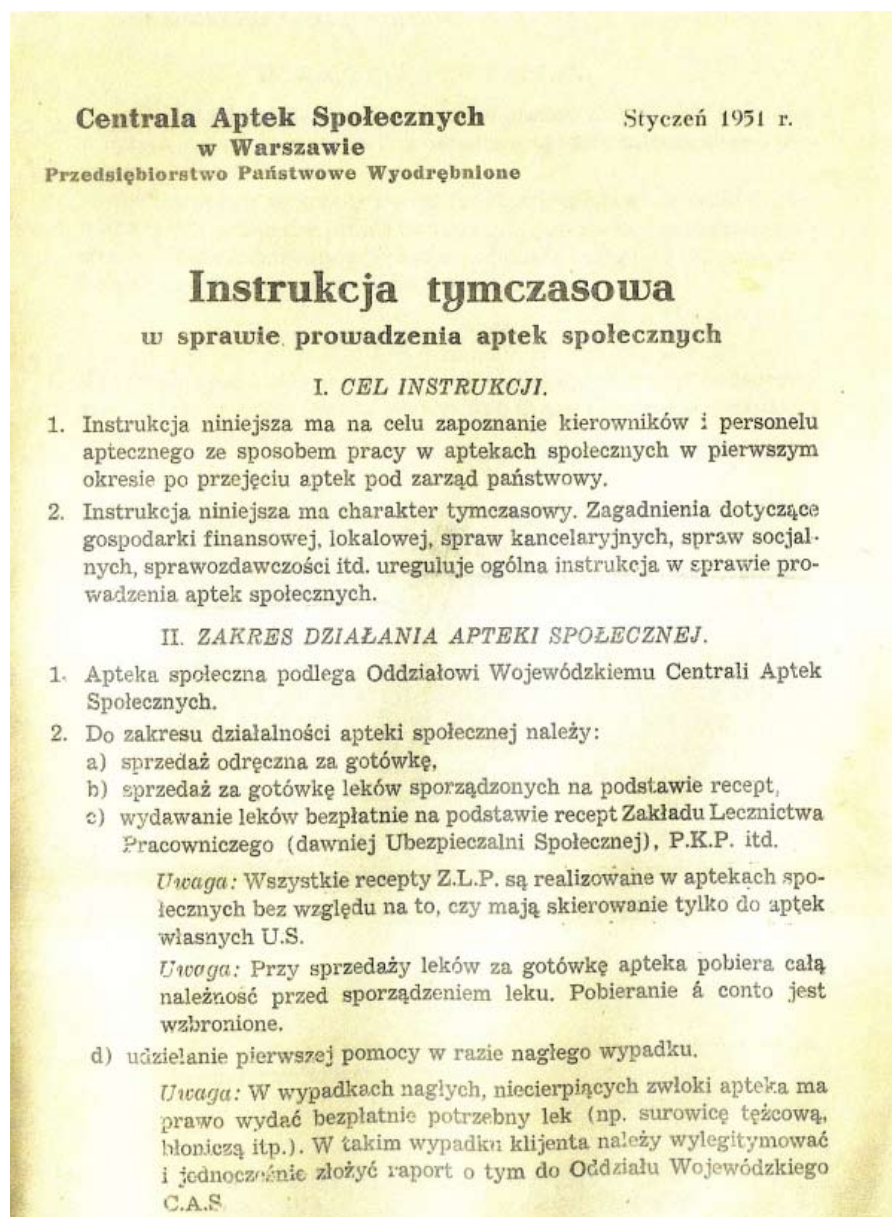
►ków mających na celu przywrócenie normalnych stosunków na odcinku aptecznym, aby zabezpieczyć interesy szerokiego ogółu obywateli, a przede wszystkim świata pracy. Jako „zarządcę państwowego” utworzono Przedsiębiorstwo Państwowe „Centrala Aptek Społecznych” z siedzibą w Warszawie oraz z oddziałami wojewódzkimi. Doktor Kelner obiecywał, że przejęte pod zarząd państwowy apteki zostaną zaopatrzone w dużych ilościach w szeroki asortyment podstawowych leków przez hurtownie okręgowe centrali „Centrosan”. Umożliwi to aptekom należyte zaopatrywanie ludności w leki. Bliska przyszłość miała pokazać, że „Centrala Aptek Społecznych” była przez pierwsze miesiące swego istnienia tworem całkowicie sztucznym, a braki w zaopatrzeniu aptek pogłębiły się wręcz w dramatyczny sposób.

Cytowane pismo kończyły formalne groźby pod adresem aptekarzy: przejęcie aptek pod zarząd państwowy nie może spowodować żadnego zakłócenia ani przerwy w ich pracy. (...) Kierownicy aptek i personel pozostaje na swoich stanowiskach i wypełnia normalne czynności. Można domyślać się, co czuli aptekarze czytając te słowa! W ostatnich akapitach cytowanego pisma wcześniejszy tupet przekraczał wręcz granice bezczelności: wobec dotychczasowych pracowników (tak fachowych, jak i pomocniczych), którzy swą postawą będą zakłócili normalny bieg pracy w aptece przejętej pod zarząd państwowy, bądź którzy porzucą pracę w aptece – przewiduje się zastosowanie poważnych sankcji

karnych. Osoby, które będą przeskadzać w przejęciu apteki pod zarząd państwowy oraz osoby, które popełnią przestępstwo wobec majątku państwowego, będą ścigane z całą surowością.

Z treści takiego właśnie pisma aptekarze dowiedzieli się o przekreśleniu dorobku ich życia, a niejednokrotnie o przekreśleniu

pracy kilku pokoleń ich przodków. W tonie gróźb bezpowrotnie odchodziło w przeszłość dawne, pełne godności i tradycji, patriarchalne aptekarstwo, a powoływano do życia... gigantyczne i bezduszne przedsiębiorstwo państwowe! Dotychczasowi kierownicy – będący najczęściej właścicielami aptek – powoływa-



*Ilustracja 4*  
„Instrukcja tymczasowa w sprawie prowadzenia aptek społecznych”,  
wydana przez Centralę Aptek Społecznych.  
Ze zbiorów autora.

ni byli automatycznie, na przeciąg jednego roku, na stanowisko kierownika apteki społecznej. Aptekarze z małych miejscowości zazwyczaj pozostawali kierownikami w swych aptekach także po upływie tego terminu, natomiast w większych miastach byli prawie zawsze przenoszeni do innych aptek. Apteki otrzymały numery kont, na które zobowiązane były przysyłać codzienne utargi. 9 stycznia 1951 do aptek trafiła także opracowana przez Centralę Aptek Społecznych „Instrukcja tymczasowa w sprawie prowadzenia aptek społecznych”, precyzująca zakres działania apteki społecznej, definiująca funkcję i obowiązki kierownika apteki oraz dostarczająca informacji na temat spraw ogólno-finanowych. CAS pouczała także o sposobie przyjmowania i realizowania recept, prowadzenia korespondencji aptecznej oraz zamawiania i przyjmowania towaru z Hurtowni Okręgowej.

Nacjonalizacja każdej polskiej apteki przebiegała według tego samego schematu, a wieńczyła ją spisanie „Protokołu przejęcia pod zarząd państwowy apteki”. Dla przykładu zacytujmy protokół, spisany w aptece magistra Stanisława Miętusa w Rabce: komisja (...) działając na podstawie upoważnienia wydanego przez Ministerstwo Zdrowia (...) przejęła w dniu dzisiejszym (...) aptekę „Pod Gwiazdą” położoną w Rabce ul. Stalina nr 4 stanowiącą własność Mgra Miętusa Stanisława. Komisja przeprowadziła swą pracę wobec ob. Mgra Miętusa Stanisława, właściciela apteki. Komisja ustaliła gotówki w kasie zł. 33.02, saldo w N.B.P. Rabka konto r. 114/47 z 8 I 1951

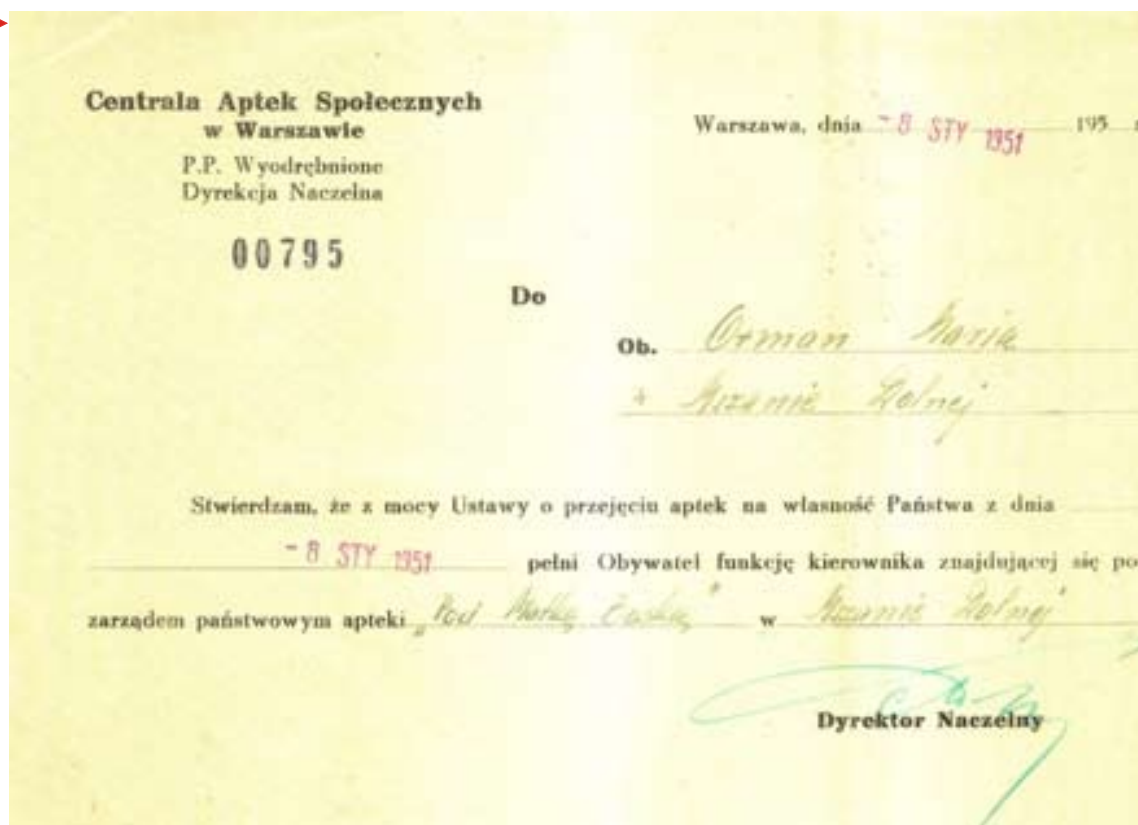
na kwotę zł. 7.684.48 i przejęła: spis remanentu towarowego dokonany w dniach 31 grudnia 1950 spisany na 98 stronach zawierający 2.939 pozycji w tym spis inwentarza dokonany w dniach 31 grudnia 1950 spisany na 5 stronach zawierający 146 pozycji. Tymczasowym kierownikiem apteki został wyznaczony Ob. Mgr Miętus Stanisław na którego pieczy pozostawiono gotówkę oraz całość towarów i inwentarz w aptece. Tymczasowy kierownik apteki Ob. Mgr Miętus Stanisław odpowiedzialny jest osobiście za całość powierzonego jego pieczy majątku zgodnie z obowiązującymi przepisami. Spis remanentu oraz spis inwentarza Komisja zabrała z lokalu apteki celem przekazania do Centrali Aptek Społecznych, Oddział Wojewódzki w Krakowie.

W czasie nacjonalizacji aptek farmaceuci – w znakomitej większości wypadków – zachowali się w sposób, jakiego wymagała ich osobista i zawodowa godność: nie dali po sobie poznać emocji, które nimi miotwały. W samej Małopolsce w dniach następujących po 9 stycznia zmarło kilkunastu starszych i młodszych aptekarzy, dla których znacjonalizowanie apteki było zbyt ciężkim ciosem...

Szczególnie dotkliwy był fakt nacjonalizacji kas aptecznych, gdyż zazwyczaj aptekarze wszystkie pieniądze trzymali właśnie w kasach. W jednej chwili stawiali się nędzarami, którzy nie byli w stanie kupić nawet bochenka chleba! W małych miejscowościach na pomoc pospieszyli im pacjenci, którzy niejednokrotnie przez kilka miesięcy

cy zapewniali swym aptekarzom wszelkie wiktuały. Dla wielu farmaceutów był to moment szczególnie wzruszający, gdyż praca i poświęcenia, pomimo towarzyszących tragicznych okoliczności, przynosiły piękny rezultat – wdzięczność pacjentów!

Komisje dokonujące nacjonalizacji zachowywały się bardzo różnie. Zdarzało się, że ich członkowie, rekrutujący się w małych miejscowościach spośród dobrze znanych aptekarzom osób, nie kryli wstydu i oburzenia z powodu misji, którą przyszło im wypełniać. Najczęściej jednak aptekarzy traktowano jako typowych „burżujów”. I tak komisja nacjonalizująca w Gorlicach wpadała do tamtejszych aptek krzycząc: Oddawać klucze, bo to wszystko już nasze! Kolejną kontrowersją była całkowita nacjonalizacja... strychów aptecznych, które służyły nie tylko jako magazyny ziół, ale także jako zwykłe strychy domowe. Równoległe do nacjonalizacji, komisje przeprowadzały rewizje prywatnych mieszkań aptekarzy. Wywracano łóżka, rozdzierano materace w poszukiwaniu książeczek czekowych i wyciągów z kont, które także były przejmowane przez państwo. Przy okazji nacjonalizacji aptek, władza ludowa załatwiała swe porachunki z aptekarzami, którzy nie podzielali entuzjazmu dla „nowego porządku”. W ten właśnie sposób, na podstawie fikcyjnych oskarżeń, dziesiątki farmaceutów, często wiekowych i zasłużonych dla społeczeństwa i zawodu, osadzano w aresztach śledczych Urzędu Bezpieczeństwa, razem ze zwykłymi kryminalistami! Niejednokrotnie spotykało to także rodziny apte-



*Ilustracja 5*  
*Informacja Centrali Aptek Społecznych o mianowaniu kierownikiem apteki społecznej.*  
*Ze zbiorów Anny i Kazimierza Kajów.*

karzy, które np. w czasie okupacji angażowały się w działalność niepodległościową w Armii Krajowej. Często komisje nacjonalizujące miały nakaz wysiedlenia rodzin aptekarzy z pomieszczeń zajmowanych w najbliższym sąsiedztwie lokalu aptecznego. Motywowane to było koniecznością dostosowania państwowej już apteki do wyimaginowanych przepisów.

Wyjątkowo brutalnie potraktowana została najstarsza apteka w Nowym Sączu, która – jako jedna z nielicznych – została zlikwidowana. Pracownicy zostali wyproszeni z apteki przez komisję, a przepiękne, stare i masywne meble wraz z XIX-wiecznymi naczyniami, kazano właścicielowi, magistrowi Zbigniewowi Nowa-

kowskiemu... wynieść z lokalu! Po dziś dzień starsi mieszkańcy Nowego Sącza wspominają widok potłuczonego, wiedeńskiego szkła aptecznego, zdobionych lusterek i porozbijanych mebli, nad którymi stał zrozpaczony magister Nowakowski. Likwidacja apteki miała być karą za polityczne zapatrywanie Nowakowskiego oraz działalność konspiracyjną w czasie okupacji.

Na koniec niniejszego opracowania, opisującego tak przygnębiający temat, Czytelnikom „Aptekarza Polskiego” proponuję choć trochę uśmiechu. Nie wszyscy farmaceuci pozwolili, aby pozbawiono całkowicie ich majątku. Jeden z małopolskich aptekarzy, dzięki spóźnieniu komisji nacjonalizacyjnej, a powiadomiony telefonicznie przez kolegę, zdołał

ocalić z apteki większość cenniejszych i osobistych przedmiotów. Inny z kolei, widząc nadchodzącą komisję, a przeczuwając jaki jest jej cel, wydelegował przez okno swego potomka wraz... z całą zawartością kasy! Jak wcześniej wspomniano w drugiej połowie lat czterdziestych aptekarzy władza ludowa traktowała tak źle, jak tylko było to możliwe.

Wielu farmaceutów bardzo ciężko to przeżywało. Aptekarz z Suchej Beskidzkiej, magister Adam Jasiński, ze zgryzoty wyłysiał. Jakże jednak było zaskoczenie pacjentów i rodziny, kiedy już w kilka miesięcy po znacjonalizowaniu apteki, aptekarz mógł się pochwalić... dawną, bujną czupryną! Oczywiście osłabiony, zgnębiony organizm powoli wracał do równowagi. Tłumaczenia takie nie trafiły jednak do mieszkańców Suchej i okolicy, mających problem z łysieniem, którzy jeszcze przez wiele lat błagali aptekarza, aby i dla nich sporządził tak skuteczny lek, który jemu pomógł! ■

*dr n. farm. Maciej Bilek*

*Piśmiennictwo u autora*



## APTEKA BYŁA, JEST I BĘDZIE...

### Czarne fartuchy

W niniejszym numerze „Aptekarza Polskiego” rozpoczynamy nowy cykl artykułów, nie będą to jednak prace ściśle historyczne, a przeszłość naszego zawodu zyska w nich wymiar... praktyczny! Intencją tego cyklu jest bowiem zainspirowanie Czytelników „Aptekarza Polskiego”. Jak Państwo zobaczycie nasze współczesne „aptekarskie” problemy, które uważamy za niemożliwe do rozwiązania, nie są tak naprawdę niczym nowym i były także problemami naszych poprzedników sprzed wielu lat. Przytoczymy dyskusje prasowe na temat dawnego aptekarstwa. Zobaczymy, jaki był ideał farmaceuty, apteki i etycznego jej prowadzenia. Dowiemy się, jakie troski trapiły polskie aptekarstwo okresu dwudziestolecia międzywojennego i jak dawni farmaceuci próbowali sobie z nimi radzić. Dla pokazania tych wszystkich problemów posłużymy się postępowym czasopismem „Farmacja Współczesna”, organem prasowym reformatorskiego stowarzyszenia „Nowa Farmacja”, stawiającego sobie za cel moralne odrodzenie polskiej farmacji okresu międzywojnia. Także nieprzypadkowo uwagę skupimy na okresie dwudziestolecia międzywojennego: to właśnie wtedy rozdiskutowa-

ne polskie aptekarstwo zaczęło zyskiwać swą własną tożsamość. Spornych zagadnień były tysiące, a każdy musiał wyrazić na ich temat swoje zdanie – jedni starali się je bagatelizować, inni walczyli z otwartą przyłbicą. Z tego właśnie tygla problemów, dyskusji, a nierzadko i kłótni wyciągnijmy tematy, które swym charakterem najbardziej zbliżone są do współczesności.

Niniejszy cykl chciałbym rozpocząć od przypomnienia żywołowej dyskusji na temat czarnych fartuchów, które w latach trzydziestych nosili aptekarze. Pierwsze słowa potępienia dla tego panoszącego się zwyczaju

padły na łamach wspomnianego już czasopisma „Farmacja Współczesna”. Anonimowy autor, ukrywający się pod pseudonimem Leri, w artykule pt. „Czy właściwym jest noszenie czarnych fartuchów w aptekach” („Farmacja Współczesna” 1934, nr 3) pisał: chciałbym zwrócić uwagę Kolegów na niewłaściwość używania w aptekach czarnych fartuchów. Noszenie czarnych fartuchów rozpowszechniło się jakby w ostatnich czasach. Wytlumaczyć się to da kryzysem, znaczną pauperyzacją, zmuszającą do liczenia się z każdym groszem, zmuszającą do – najdrobniejszych oszczędności. Autor, z przyzwoleniem



*Ilustracja 1*  
*Pracowniczka apteki w Limanowej, nosząca czarny fartuch.*  
*Ze zbiorów Krystyny Bączkowskiej-Cynke.*

► oka, cytował obiegową opinię, że fartuch czarny jest praktyczniejszy, rzadziej oddaje się go do prania – gdyż „mniej się brudzi”. Taki obłudny sposób myślenia autor kwitował: to popularne powiedzenie, dopuszczalne u osób nie rozumiejących zasad higieny wydaje mi się wielkim nieporozumieniem w ustach wykształconego farmaceuty. Oczywiście było przecież, że czarny fartuch brudzi się tak samo szybko jak fartuch biały. Czerń fartucha maskuje brud, ukrywając go przed naszymi oczami. Ponadto autor piętnował noszenie czarnych fartuchów z punktu widzenia receptury, gdyż przecież praca przy recepturze, tak za pierwszym jak i za drugim stołem wymaga wzorowej czystości. Fartuch nakładamy przede wszystkim dlatego, aby uchronić lek przed zetknię-

ciem się z naszym ubraniem. Na koniec Leri apelował: noszenia czarnych fartuchów w aptecce, nawet przez służbę pomocniczą należałoby zaniechać z własnej inicjatywy, gdyż noszenie takich fartuchów jaskrawo urąga elementarnym pojęciom czystości.

Niejedyną Czytelnik „Aptekarza Polskiego” zapyta zapewne: a jaki związek ze współczesnością mają czarne fartuchy? Przecież nikt takich fartuchów już dziś nie nosi i czarnym kolorem nie plami „godności zawodowej”. Przyglądnijmy się jednak uważniej naszym fartuchom: otrzymujemy je często od firm farmaceutycznych, które prezent ozdabiają „mimoходом” swą nazwą lub nazwą swego najnowszego produktu. Wprawdzie – podobnie jak nasi poprzednicy, noszący czarne fartuchy w czasach kry-

zysu – oszczędzamy dzięki temu kilkanaście złotych, stajemy się jednak zwykłym... słupem reklamowym! Rekomendujemy dany produkt wyszywanym logo, a nie własną wiedzą. Warto zastanowić się także, czy zdobyte za pierwszym stołem doświadczenie nie stoi aby w sprzeczności z treścią „ozdabiającej” fartuch reklamy!

Jedynym elementem, który powinien uzupełniać śnieżnobiały fartuch farmaceuty, jest identyfikator z którego pacjent dowiaduje się, czy ma do czynienia z magistrem farmacji, który ukończył studia wyższe, czy z też technikiem farmaceutycznym, absolwentem szkoły średniej. W ślad za uzyskaną w ten sposób wiedzą, powinny pójść wymagania pacjenta w stosunku do ekspediującego leki aptekarza! ■

*dr n. farm. Maciej Bilek*

### *Warto wiedzieć*

#### **Dzienniki Ustaw i Monitory Polskie publikowane na internetowej stronie Rządowego Centrum Legislacji są już oficjalnym źródłem prawa**

Informatyzacja publikatorów prawnych stała się faktem. 1 stycznia 2010 roku zaczęła obowiązywać nowelizacja ustawy o ogłaszaniu aktów prawnych, która przesądziła o ostatecznym uruchomieniu tzw. e-dzienników. Zainteresowani mają teraz możliwość zapoznania się z ustawami i rozporządzeniami szybciej i za darmo ze stron internetowych: [www.rcl.gov.pl](http://www.rcl.gov.pl)

To ważny krok w budowie państwa prawa gdyż tzw. elektroniczny Dziennik Ustaw czy Monitor Polski są takim samym oficjalnym źródłem prawa jak forma drukowana (papierowa). Każdy, kto ma dostęp do internetu, może poznać treść aktu prawnego w dniu, w którym ukazuje się on w wirtualnym publikatorze.

Na stronie internetowej RCL widnieje klauza, zgodnie, z którą "prezentowane w serwisie dokumenty powstały z plików źródłowych, które służą do wykonywania wydruku wersji papierowej dzienników". Poprzednio Dzienniki Ustaw w internecie miały charakter wyłącznie informacyjny. Teraz stały się kwalifikowanym źródłem prawa. - Wykorzystującym tzw. bezpieczny podpis elektroniczny dający gwarancję identyczności papierowej i informatycznej wersji aktu prawnego. To są te same i tak samo wyglądające dokumenty. Znak wodny na tym elektronicznym wskazuje, że dokument pochodzi z RCL. Wszystkie opublikowane w sieci dokumenty można bezpłatnie ściągnąć na własny komputer, wydrukować.

*mgr farm. Michał Grzegorzcyk*

[http://nia.org.pl/nia.php?i=aktualnosci\\_more&id=829](http://nia.org.pl/nia.php?i=aktualnosci_more&id=829)

Podstawa prawna: Ustawa z 10 września 2009 r. o zmianie ustawy o ogłaszaniu aktów normatywnych i niektórych innych aktów prawnych (DzU nr 190, poz. 1473)

## Warszawski kram apteczny

Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej w Warszawie planuje w maju bieżącego roku otwarcie wystawy czasowej pt. „Warszawski kram apteczny”. Początki kramów na ziemiach polskich sięgają wieku XIII, co wiązało się bezpośrednio z rozwojem handlu w powiększających się miastach. Handlarze początkowo rozkładali swoje towary na ruchomych straganach. W miarę upływu lat stoiska te przekształciły się w stałe punkty sprzedaży nazywane kramami (łac. *tawerna institoris*). Jako pierwsi na kramach sprzedawali korzennicy, handlujący przede wszystkim korzeniami (łac. *aromata*), do których należały zioła, przyprawy, wyroby z wosku pszczelego, aromatyczne olejki, później także chemikalia użytku domowego.

Równoległe ze sklepami korzennymi działały apteki. Ich asortyment był w wielu punktach wspólny. Aptekarzy i korzennicy zaczęli ze sobą konkutować, co prowadziło do wielu konfliktów. Dopiero odpowiednie przepisy prawne i rozporządzenia miejskie doprowadziły do wspólnego działania obu handlujących grup.

Sięgając do początków aptekarstwa można więc stwierdzić, że asortyment wyrobów oferowanych w aptece był bardzo szeroki. Aptekarze szukając dobrego zarobku wprowadzali do aptek coraz to nowe produkty. Sprzedaż leków nie zapewniała bowiem wystarczających dochodów. Ludność miała w domach apteczki z lekami pierwszej potrzeby. Leki dostarczali również odwiedzający chorych medycy. Miasta rozwijały się, rosła ilość zakładów rzemieślniczych oraz sklepów. Apteki, aby zwiększyć sprzedaż wciąż powiększały swoją ofertę.

Oprócz leków w aptece znajdowały się więc wyroby cukiernicze, kosmetyczne, oraz artykuły gospodarstwa domowego, a wśród nich świece, pasty do

obuwia, farby oraz wyroby tytoniowe.

Spośród wyrobów cukierniczych dużą grupę stanowiły konfekty. Stosowane jako leki były

przede wszystkim rośliny oraz owoce o właściwościach leczniczych zawierające dużą ilość olejków eterycznych. Wśród nich były między innymi łądyga arcydziegla, owoce kolendry, skórki cytrynowe, owoce kminu. Od wieku XVI w aptekach w sprzedaży był również cukier biały lodowaty w formie główek o różnych smakach: różanym, anyżowym migdałowym oraz imbirowym. W późniejszych czasach pojawiły się także lecznicze cukierki ślazowe i miętowe.

W bogatej ofercie aptek znajdowały się także marcepany oraz pierniki. Recepturę na marcepany przygotowano początkowo jako łagodny lek wykrztuśny. Migdały ucierano z cukrem i wypiekano w formie chlebków. Z biegiem lat



również słodkimi przysmakami. Kawałki owoców lub ziół powlekano na gorąco cukrowym syropem, a następnie suszono. Stosowano je na różne dolegliwości: kaszel, chrypkę, dla poprawy trawienia. Z przekazów wiadomo, że konfekty wytwarzano już w XIII wieku. Do ich wyrobu stosowano

recepturę zaczęto wzbogacać dodając rodzynki, daktyle, pistacje oraz barwniki roślinne. Marcepany zamawiane w aptekach stały się bardzo modnymi słodyczami. Na zamówienie wykonywano na nich dekoracje herbowe dla szlachty, cechowe dla rzemieślników. Specjalnie dekorowane

► chlebki marcepanowe w różnych kształtach i barwach zamawiały w aptekach dwory królewskie i książęce.

Bogactwo proponowanych w aptece słodczy było duże. Oprócz pierników i marcepanów dostępne były również biszkopty z pszennej mąki z dodatkiem kolendry, morselaty nazywane również morselkami w formie kwadratowych płytek, podobne do popularnej do dziś pańskiej skórki, różane konfitury do nadziewania pączków oraz pasta królewska w kształcie tabliczek z wyciągu roślinnego z bakaliami i pianą z białek. Pewną jej odmianą był nugat z cukrowego syropu z miodem, bakaliami oraz pianą z białek. Mieszczanie chętnie zaopatrywali się w słodczy przygotowane w aptece, sprzedawanek także na aptecznych kramach.

Już od XVI wieku w ofercie aptek były również lecznicze wina, wódki, miody i nalewki na bazie ziół. Podobnie jak leki, przygotowywano je na miejscu. Bardzo ważnym miejscem w aptece była bowiem zielarnia. Obok apteki znajdowały się często ogródki, gdzie hodowano potrzebne rośliny. Zioła przechowywano w lnianych lub jutowych workach oraz koszach z wikliny i drewnianych puszkach. Oprócz goto-



wych leków sprzedawano także susz roślinny do samodzielnego przygotowywania naparów i wywarów.

W wielobranżowych aptekach znajdowały się również wyprodukowane w aptecznych laboratoriach świece woskowe. Na ich produkcję apteki miały wyłączność zapewnioną specjalnym zarządzeniem. Laboratoria apteczne posiadały koła do produkcji świec, kotły do topienia wosku oraz stoły do rolowania świec z woskowych plastrów.

Szeroką gałąź wyrobów aptecznych stanowiły kosmetyki oraz artykuły chemiczne gospodarstwa domowego typu smarowidła i pasty, lakiery oraz farby. Wśród kosmetyków dużą grupę stanowiły mydła, pachnidła, proszek do mycia zębów, płyny do farbowania włosów, kremy.

Od XVI do XVIII wieku w aptekach można było również nabyć wyroby tytoniowe, tabakę oraz cygara. Aptekarze będący w jednym cech rzemieślniczym wraz ze złotnikami oraz malarzami, sprowadzali do aptek pigmenty, gotowe farby, żywice, terpentynę oraz pokost, a także różnego rodzaju papiery i kartony.

Wielobranżowość w aptekarstwie trwała

przez kilka stuleci. Wprowadzony w XIX wieku system koncesyjny na otwieranie i prowadzenie aptek zapewnił aptekarzom niezależność finansową. Szeroki asortyment sprzedawanych towarów stopniowo zaczął się zmniejszać. Duży wpływ na to miały także specjalizujące się kolejne profesje rzemieślnicze. Otwierano nowe sklepy i stoiska na targach. Od początku XX wieku w aptekach dostępne była coraz bogat-

sza oferta leków oraz kosmetyki i środki higieniczne.

Analizując dzieje aptekarstwa widzimy jak bardzo przez stulecia apteki zmieniały się. Planowana w Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej w Warszawie wystawa pt. „Warszawski kram apteczny” ma pokazać, że apteka jest obecnie miejscem innym niż dawniej. Mało kto bowiem wie, że przez wiele stuleci była

równocześnie cukiernią, sklepem chemicznym czy drogerią. Kram apteczny stanowił ważne miejsce, gdzie mieszczanie spotykali się próbując przygotowanego w aptece wina, jedząc pierniki i marcepany. ■

*mgr Zuzanna Sieroszewska*  
Muzeum Farmacji  
im. mgr Antoniny Leśniewskiej  
Oddział Muzeum Historycznego  
m. st. Warszawy

## *Warto wiedzieć*

### **Europejska Agencja Leków (EMA) zaleca zawieszenie pozwoleń na dopuszczenie do obrotu sybutraminy**

Lek wspomagający odchudzanie związany ze zwiększeniem ryzyka wystąpienia incydentów sercowo-naczyniowych ma być wycofany ze wszystkich rynków w Unii Europejskiej

Europejska Agencja Leków zakończyła analizę bezpieczeństwa leków zawierających sybutraminę. Komitet ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (Committee for Medicinal Products for Human Use, CHMP) działający w ramach Agencji uznał, że ryzyko związane ze stosowaniem tych leków jest większe niż korzyści i zalecił zawieszenie pozwoleń na dopuszczenie do obrotu tych leków w całej Unii Europejskiej.

Leki zawierające sybutraminę zostały dopuszczone do obrotu w Unii Europejskiej pod nazwą Reductil, Reduxade i Zelium, a także pod innymi nazwami handlowymi. Są one stosowane wraz z dietą i programem ćwiczeń w celu pobudzenia utraty masy ciała u pacjentów otyłych i cierpiących na nadwagę, u których stwierdza się także inne czynniki ryzyka, takie jak cukrzyca typu 2 czy dyslipidemia (nieprawidłowe stężenie tłuszczów we krwi).

**Lekarze nie powinni już ordynować, a farmaceuci wydawać tego leku. Pacjenci przyjmujący obecnie sybutraminę powinni w najbliższym dogodnym dla nich terminie umówić się na wizytę u lekarza, aby omówić z nim alternatywne metody odchudzania. Pacjenci, którzy zechcą odstawić lek, zanim skontaktują się z lekarzem, mogą to uczynić w każdej chwili. (...)**

**Zalecenie Komitetu dotyczące zawieszenia pozwolenia na dopuszczenie do obrotu zostało obecnie przekazane Komisji Europejskiej, która ma podjąć decyzję w tej sprawie.**

#### **Uwagi**

(...) Sybutramina została dopuszczona do obrotu w państwach członkowskich Unii Europejskiej pod nazwami handlowymi: Afibon, Ectiva, Lindaxa, Meissa, Meridia, Minimacin, Minimectil, Obesan, Sibutral, Sibutril, Siluton, Sitrane, Redoxade, Reductil, Zelixa i Zelium. (...)

(...) Zawieszenie pozwolenia na dopuszczenie do obrotu jest środkiem zapobiegawczym skutkującym brakiem dostępności leku w czasie zawieszenia. (...)

*Wyciąg z informacji prasowej podanej przez Biuro prasowe EMA/39408/2010 z 21 stycznia 2010 r.*

*Źródło : [http://www.urpl.gov.pl/komunikaty/2010/EMA\\_Sibutramine\\_PL.pdf](http://www.urpl.gov.pl/komunikaty/2010/EMA_Sibutramine_PL.pdf) udostępnione 27 stycznia 2010 roku w internetowym serwisie AKTUALNOŚCI Ministerstwa Zdrowia*

# Najlepsi alpejczycy wśród farmaceutów



16 stycznia 2010 odbyły się w Karpaczu jubileuszowe X Mistrzostwa Polski Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim. Zawody, które od 10 lat organizuje Dolnośląska Izba Aptekarska, sponsorowały dwie hurtownie farmaceutyczne: "Hurta" z Łęczycy i "Dolpharma" z Wrocławia.

Do zawodów zostało zgłoszonych 89 osób, a rozgrywaną konkurencją był slalom gigant. Zawodnicy mieli do pokonania 12 bramek na niezbyt wymagającym stoku "Panorama". Większość zawodników pokonała trasę bez problemu, ale w ferworze walki zdarzały się też upadki. Na szczęście nikomu nic się nie stało. Każdy z zawodników pokonywał trasę dwukrotnie. Sensacją było pojawienie się na stoku prezesa DIA - Piotra Bohatera, który brał specjalne lekcje jazdy na nartach, aby wystartować w zawodach.

Mimo, że mistrzostwa mają przede wszystkim charakter integracyjny, walka i emocje na stoku nie odbiegały od zawodów w pucharze świata. Zawody profesjonalnie przygotował Radosław Jęcek z firmy "Horyzont" z Karpacza.

Zawody rozgrywano w czterech kategoriach i w poszczególnych z nich pierwsze trzy miejsca zajęli:

## Juniorzy (do 40 roku życia)

1. Dorota Zaczek: Zieleniec
2. Dorota Tucholska-Owczarek: Warszawa
3. Anna Bielasik: Karpacz

## Juniorzy starsze (powyżej 40 roku życia)

1. Mariola Suszko: Karpacz
2. Ewa Zółtek: Zakopane
3. Anna Sandomierska: Nysa

## Juniorzy (do 40 roku życia)

1. Bartłomiej Bogucki: Kraków
2. Przemysław Grzeszkiewicz: Skierniewice
3. Aleksander Kołodziejczyk: Rzeszów

## Juniorzy starsi (powyżej 40 roku życia)

1. Szymon Kołek: Nowy Sącz
2. Jerzy Karasiński: Wrocław
3. Janusz Mazur: Stronie Śląskie

Dodatkowo przyjaciele farmacji (członkowie rodzin, znajomi farmaceutów) mogli pokonać trasę slalomu i mieli podobnie jak zawodnicy mierzony czas. Pogoda dopisała (niewielki mróz i bezchmurne niebo) wszyscy mieli dużo radości z obecności i uczestnictwa w zawodach.

Wieczorem wszyscy spotkali się w stylowej "Chacie Kar-konoskiej" w Karpaczu na rozdaniu medali i nagród. Zabawa przy dobrym jedzeniu i muzyce trwała do późnych godzin.

Większość uczestników zadeklarowała przyjazd w roku przyszłym. ■

**dr n. farm. Wojciech Piotrowski**  
- były wieloletni organizator mistrzostw z ramienia DIA



Kilkanaście bramek na stoku „Panorama” w Karpaczu.

Fot. W. Piotrowski

## Bajka dla dorosłych?

Doświadczony przez życie, samotny dozorca bloku – Cleveland Heep – spędza całe dnie dokonując drobnych napraw i utrzymując porządek w posesji. Pewnego dnia – usiłując dociec, kto wbrew zakazom korzysta nocą z basenu – omal nie ulega utonięciu. Z wody wyciąga go dziewczyna imieniem Story, która okazuje się być całkowicie niezwykłym stworzeniem mieszkającym w wodzie. Wyznaje, że jest narfą, rodzajem nimfy wodnej, a w basenie apartamentowca pojawiła się nie bez powodu. Niewiele jednak chce i może o sobie opowiedzieć, dlatego Cleveland na własną rękę poznaje historię, a właściwie bajkę, mit opowiadającą o dziejach i zwyczajach wodnych istot z „Błękitnego Świata”. Odkrywa, że Story ma do spełnienia pewną misję, ważną dla naszego świata, a jeśli uda jej się ją spełnić – będzie mogła powrócić do swojego domu. Postanawia jej pomóc, a w swój plan wtajemnicza mieszkańców bloku. Nie jest to jednak ani proste, ani bezpieczne.

Fabula „Kobiety w błękitnej wodzie” ma korzenie w bajce, opowiedanej przez Shyamalana dzieciom na dobranoc. Jest on równocześnie scenarzystą tego obrazu. Osobiste podejście reżysera do filmu widać także choćby po fackie, że tym razem nie ograniczył się do zagrania epizodycznej roli (jak miał w zwyczaju w swoich poprzednich dziełach).

Hinduski reżyser ma na swoim koncie takie filmy jak

„Szósty zmysł”, „Niezniszczalny”, „Znaki”, „Osada”, czy wreszcie „Zdarzenie”. Znany jest z realizacji filmów o dosyć zagmatwanej fabule i zaskakującym zakończeniu. „Kobieta w błękitnej wodzie” jest obrazem zdecydowanie mniej dynamicz-



nym, i nie tak zawilym. Być może z tego powodu film rozczarował wielu krytyków i fanów twórczości Shyamalana. Jego przeciwnicy zarzucają mu niedopracowany scenariusz, silenie się na oryginalność, to że film „nie wstrząsa” (pytanie – czy rzeczywiście powinien?) oraz powolne tempo akcji. Jednocześnie wielu widzów przyznaje mu skrajnie odmienne oceny, wyrażając opinię, iż jest to obraz „piękny”, „niedoceniony” i „magiczny”. Należy jednak przyznać, że film z pewnością jest nie dla każdego.

Cechuje go dosyć abstrakcyjne pomieszanie gatunków – fantastyki, dramatu, thrillera i komedii oraz hermetyczna scenografia. Nie zachwyci z pewnością spragnionych gwiazdorskiej obsady, hollywoodzkiej rozrywki i rozmachu. Fabuła odczytywana dosłownie jest trochę baśniowa, trochę metaforyczna, a trochę banalna. Nie ma w niej nachalnego moralizatorstwa, ani jakiejś „złotej myśli” na zakończenie, chociaż do końca nie wiadomo, czy będzie „happy end”.

Przesłanie jest może trochę naiwne, ale jednocześnie budujące i piękne. Film pokazuje, że każdy może być ważnym ogniwem i że jesteśmy sobie potrzebni. Tęsknimy za bajkami i szukamy zagubionej cudowności i wyjątkowości, jaką kiedyś znajdowaliśmy bez trudu w prostych historiach. Chcemy wierzyć, że świat nie jest taki beznadziejnie nudny, a coś niesamowitego może się przydarzyć wszędzie i każdemu. Z pewnością niektórych widzów to przesłanie mocno zmęczy, ale innych po prostu pozytywnie nastroi. Myślę, że warto zaryzykować i obejrzeć ten film. ■

**mgr farm. Olga Sierpniowska**

*Kobieta w błękitnej wodzie*  
(Lady In the water)  
reż. M. Night Shyamalan  
wyk. Paul Giamatti, Bryce Dallas  
Howard, Jeffrey Wright  
prod. USA 2006  
Film dostępny na DVD

## Nowe rejestracje - PL – listopad 2009



W listopadzie 2009 r. Minister Zdrowia wydał 14 pozwoleń na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce, w tym 13 pozwoleń dla nowych produktów leczniczych i 1 nowe pozwolenie dla leku wcześniej zarejestrowanego (Amantix – Merz), który został pominięty w poniższym zestawieniu. Produkty omówiono na tle wcześniejszych rejestracji i produktów obecnych już na rynku, w ramach poszczególnych klas ATC/WHO oraz substancji czynnej lub składu preparatu, pomijając szczegóły (postaci, dawki, opakowania, kategorie dostępności, numery pozwoleń), które można znaleźć w internetowym Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (<http://www.bip.urpl.gov.pl>) – zestawienie rejestracyjne za listopad 2009 zostało udostępnione 18 grudnia 2009.

### B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

**B05** – *Substytuty osocza i płyny do wlewów*; **B05Z** – *Środki do hemodializy i hemofiltracji*; **B05ZB** – *Środki do hemofiltracji*

Prismasol 2 mmol/l i Prismasol 4 mmol/l (Gambro Lundia) są roztworami do hemofiltracji i hemodializy. Na rynku dostępne są preparaty tego typu: Duosol nie zawierający potasu, Duosol zawierający 2 mmol/l potasu i Duosol zawierający 4 mmol/l potasu (Braun). Zarejestrowane są także inne preparaty, nie wprowadzone jeszcze na rynek: Accusol 35, Accusol 35 Potassium 2 mmol/l i Accusol 35 Potassium 4 mmol/l (Baxter), MultiBic bezpotasowy, MultiBic z potasem 2 mmol/l, MultiBic z potasem 3 mmol/l i MultiBic z potasem 4 mmol/l (Fresenius Medical Care) oraz MultiLac z potasem 2 mmol/l (Fresenius Medical Care).

### C – UKŁAD SERCOWO- NACZYNIOWY

**C07** – *Leki blokujące receptory  $\beta$ -adrenergiczne*; **C07A** – *Leki blokujące receptory  $\beta$ -adrenergiczne*;

**C07AB** – *Selektywne leki blokujące receptory  $\beta$ -adrenergiczne*

**Nebivololum**: Nebivolol Teva to aktualnie 14. zarejestrowana marka nebiwololu. W sprzedaży znajduje się 8 leków: Nebilet (Berlin-Chemie), od lipca 2008 Nedal (Polfa Warszawa), od stycznia 2009 Ebivol (Actavis), Nebinad (Farma-Projekt) i Nebivor (Orion), od czerwca 2009 Nebicard (Biofarm), od września 2009 Nebitrix (Medicamenta) i od października 2009 Nebilenin (Adamed). Nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek: Ezocem (Ozone), Lovispes (Specifar), Nebispes (Galex d.d.), NebivoLek (Sandoz) i Nebivolol Pliva (Pliva Kraków). Skrócono okres ważności pozwolenia preparatu Nebivolol-1A Pharma (poprzednia nazwa preparatu: Nebivolol Hexal).

### M – UKŁAD MIĘŚNIOWO- SZKIELETOWY

**M03** – *Środki zwiotczające mięśnie*; **M03A** – *Środki zwiotczające mięśnie działające obwodowo*; **M03AC** – *Inne czwartorzędowe związki amoniowe*

**Rocuronii bromidum**: Rocuronium

B. Braun to 4. zarejestrowany preparat zawierający bromek rocuronium. Na rynku znajduje się lek oryginalny Esmeron (Organon) i od października 2009 Rocuronium Kabi (Fresenius Kabi). Nie został jeszcze wprowadzony Rocuronium Sandoz.

### N – UKŁAD NERWOWY

**N04** – *Leki przeciw chorobie Parkinsona*; **N04B** – *Leki dopaminergiczne*; **N04BC** – *Agoniści dopaminy*

**Pramipexolum**: Ramixole (Temapharm) to 6. zarejestrowana marka pramipeksolu. Wcześniej w ramach centralnej procedury unijnej zarejestrowano 4 leki: Sifrol i Mirapexin (oba leki: Boehringer Ingelheim) oraz Oprymeia (Krka) i Pramipexole Teva. Natomiast w Polsce zarejestrowano Emwepel (Stada). Do sprzedaży wprowadzono dotychczas tylko Mirapexin.

**N06** – *Psychoanaleptyki*; **N06D** – *Leki przeciw demencji*; **N06DA** – *Antycholinoestery*

**Donepezilum**: Pezilgen (Biogened) to 18. zarejestrowana marka donepezyli. Do sprzedaży wprowadzono 11 leków: Aricept (Pfizer; lek oryginalny), Cogiton

(Biofarm), Donepex (Celon Pharma), Yasnal (Krka), od lutego 2009 Donesyn (Vipharm) i Symepezil (SymPhar), od maja 2009 Donectil (ICN Polfa Rzeszów), od lipca 2009 Cognezil (Medicamenta; zarejestrowany wcześniej jako Donepezil Synthon), od października 2009 Alzdone (Unia) i Donecept (Actavis) oraz od grudnia 2009 Alzepezil (Egis). Nie pojawiły się jeszcze na rynku preparaty: Donemed (Sun-Farm), Donepezil Generics,

DoneSAN (Sandoz), Redumas (Teva), Donethon (Synthon) i Memocept (Polpharma; preparat zarejestrowany wcześniej przez Synthon pod nazwą Synpezil).

### R – UKŁAD ODDECHOWY

*R01 – Preparaty stosowane do nosa; R01A – Środki drażniące nos i inne preparaty stosowane miejscowo do nosa; R01AA – Sympatykomimetyki, leki proste*

**Xylometazolinum:** Nasorin (Orion) to aktualnie 8. zarejestrowana w tej klasie marka ksylometazolinu. Na rynek wprowadzono 5 leków w różnych postaciach: Otrivin (Novartis), Xylogel (Polfa Warszawa), Xylometazolin (Polfa Warszawa), Xylometazolin VP (ICN Polfa Rzeszów) i Xylorin (GlaxoSmithKline, Poznań). Nie pojawiły się jeszcze preparaty Sudaxyl i Sudaxyl HA (McNeil) oraz Xylo-Mepha. Skreślono z Rejestru: Donosan (Ratiopharm).

## Nowe rejestracje - UE – grudzień 2009



W grudniu 2009 r. Komisja Europejska w ramach procedury centralnej wydała 12 decyzji o dopuszczeniu do obrotu nowych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi. Obejmują one 4 substancje czynne i 1 szczepionkę stosowane już w lecznictwie, a także 1 nową substancję czynną, dopuszczoną wcześniej jako lek sierocy (amifamprydyna). Produkty omówiono w ramach klasy ATC według WHO oraz substancji czynnej preparatu, z krótkim opisem postaci i z uwzględnieniem wskazań, pomijając inne szczegóły, które można znaleźć w witrynie internetowej Europejskiej Agencji Produktów Leczniczych (<http://www.emea.europa.eu>).

### G – UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

*G04 – Leki urologiczne; G04B – Inne leki urologiczne, w tym przeciwskurczowe; G04BE – Leki stosowane w zaburzeniach erekcji*

**Sildenafilum:** Sildenafil Actavis (Actavis Group) i Sildenafil Ratiopharm są wskazane w leczeniu mężczyźni z zaburzeniami erekcji, czyli niezdolnością uzyskania lub utrzymania erekcji prącia wystarczającej do odbycia stosunku płciowego. W celu skutecznego działania tych produktów leczniczych niezbędna jest stymulacja seksualna.

Sildenafil Actavis i Sildenafil Ratiopharm to 6. i 7. zarejestrowana w Polsce marka sildenafilu. Na

rynek zostały wprowadzone 3 preparaty z takimi wskazaniami: Maxigra (Polpharma) oraz zarejestrowane w ramach centralnej procedury unijnej Viagra (Pfizer) i od października 2009 Viazarsin (Krka). Nie został jeszcze wprowadzony preparat Sildenafil Teva.

Do sprzedaży wprowadzono także preparat Revatio (Pfizer). Lek zawiera sildenafil umieszczony przez WHO w klasie G04BE – *Leki stosowane w zaburzeniach erekcji*, choć według wskazań dla tego preparatu (leczenie pacjentów z nadciśnieniem płucnym sklasyfikowanym według WHO jako klasa II i III - lek stosuje się w celu poprawy zdolności wysiłkowej; wykazano skuteczność działania leku w pierwotnych po-

staciach nadciśnienia płucnego oraz wtórnych związanych z chorobami tkanki łącznej) bardziej pasowałaby klasa C01EB – *Inne leki nasercowe*.

### J – LEKI PRZECIWKAZAŻNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

*J05 – Leki przeciwwirusowe działające ogólnie; J05A – Bezpośrednio działające leki przeciwwirusowe; J05AF – Nukleozydowe i nukleotydowe inhibitory odwrotnej transkryptazy*

**Lamivudinum:** Lamivudine Teva Pharma B.V. (Teva Pharma) jest wskazany jako część skojarzonego leczenia przeciwwirusowego w leczeniu zakażeń ludzkim wirusem upośledzenia odporności (HIV) u dorosłych i ▶

▶dzieci.

Na rynku z takimi wskazania-  
mi dostępny jest preparat Epivir  
(GlaxoSmithKline), zarejestro-  
wany centralnie w UE w sierpniu  
1996.

Przeciwno wirusowi upośledze-  
nia odporności lamiwudynę sto-  
suje się w dawkach: 150 mg i 300  
mg dla postaci jednodawkowych  
oraz 10 mg/1 ml dla postaci wie-  
lodawkowej.

Lamiwudyna jest analogiem nu-  
kleozydów, który wykazuje ak-  
tywność przeciwko ludzkiemu  
wirusowi niedoboru odporności  
(HIV) i wirusowi zapalenia wą-  
troby typu B (HBV). Jest prze-  
kształcana wewnątrzkomórkowo  
do aktywnej pochodnej 5'-trój-  
fosforanu lamiwudyny. Główny  
mechanizm jej działania polega  
na zablokowaniu budowy łań-  
cucha wirusowego materiału ge-  
netycznego poprzez hamowanie  
odwrotnej transkryptazy wirusa.  
Trójfosforan hamuje selektywnie  
replikację wirusa HIV-1 i HIV-2  
*in vitro*. Wykazuje także działa-  
nie przeciwko wirusom HIV wy-  
izolowanym z materiału klinicz-  
nego, opornym na zydowudynę.  
Lamiwudyna w skojarzeniu z  
zydowudyną wykazuje w hodow-  
lach komórkowych synergiczne  
działanie przeciwko wirusom  
HIV wyizolowanym z materiału  
klinicznego.

Lamiwudynę stosuje się także w  
leczeniu przewlekłego wiruso-  
wego zapalenia wątroby typu B u  
dorosłych z wyrównaną chorobą  
wątroby z objawami czynnej repli-  
kacji wirusa, trwale podwyższoną  
aktywnością aminotransferazy  
alaninowej w surowicy (AlAT) i  
histologicznym potwierdzeniem  
czynnego stanu zapalnego w wą-  
trobie i (lub) zwłóknienia, a także

u chorych z niewyrównaną cho-  
robą wątroby. Na rynku z takimi  
wskazaniami dostępny jest lek  
oryginalny Zeffix (GlaxoSmith-  
Kline), zarejestrowany centralnie  
w UE w lipcu 1999. Natomiast  
nie został jeszcze wprowadzony  
preparat Lamivudine Teva.

Przeciwno wirusowi powodują-  
cemu przewlekłe wirusowe za-  
palenie wątroby typu B lamiwu-  
dynę stosuje się w dawkach: 100  
mg dla postaci jednodawkowej  
oraz 5 mg/1 ml dla postaci wielo-  
dawkowej.

*J07 – Szczepionki; J07A  
– Szczepionki bakteryjne;  
J07AL – Szczepionki prze-  
ciw pneumokokom*

***Pneumococcale saccharidicum  
vaccinum***: Prevenar 13 (Wyeth  
Lederle Vaccines) jest 13-walen-  
tną polisacharydową szczepionką  
przeciw pneumokokom, skoniu-  
gowaną z białkiem nośnikowym  
CRM197, adsorbowaną na fosfo-  
ranie glinu. Wskazaniem do sto-  
sowania jest czynne uodpornienie  
przeciwko chorobie inwazyjnej,  
zapaleniu płuc i ostremu zapale-  
niu ucha środkowego wywoływa-  
nym przez bakterie *Streptococcus  
pneumoniae* u niemowląt i dzieci  
od 6. tygodnia do 5. roku życia.  
Schemat stosowania szczepionki  
Prevenar 13 powinien być ustalo-  
ny zgodnie z oficjalnymi zalece-  
niami z uwzględnieniem wystę-  
powania choroby inwazyjnej w  
różnych grupach wiekowych, jak  
również danych epidemiologicz-  
nych o zmienności serotypów w  
różnych obszarach geograficz-  
nych.

Prevenar 13 zawiera 7 pneu-  
mokokowych polisacharydów  
otoczkowych zawartych w szcze-  
pionce Prevenar (4, 6B, 9V, 14,  
18C, 19F, 23F) i 6 dodatkowych

polisacharydów (1, 3, 5, 6A, 7F,  
19A). W oparciu o obserwacje  
rozkładu serotypów występują-  
cych w Europie przeprowadzone  
przed wprowadzeniem produktu  
Prevenar do lecznictwa, szacuje  
się, że Prevenar 13 pokrywa oko-  
ło 73%-100% (w zależności od  
kraju) serotypów odpowiedzial-  
nych za inwazyjną chorobę pneu-  
mokokową (IChP) u dzieci w  
wieku poniżej 5 lat. W tej grupie  
wiekowej serotypy 1, 3, 5, 6A,  
7F i 19A odpowiadają za 15,6%  
do 59,7% przypadków choroby  
inwazyjnej, w zależności od kra-  
ju, czasu badania i zastosowania  
produktu Prevenar. Ostre zapale-  
nie ucha środkowego (OZUŚ) to  
częsta choroba wieku dziecięcego  
o różnej etiologii. Bakterie mogą  
być przyczyną 60-70% epizodów  
klinicznych OZUŚ. *S. pneumo-  
niae* jest najczęstszą przyczyną  
wszystkich bakteryjnych przy-  
padków OZUŚ na całym świcie.  
Szacuje się, że Prevenar 13  
pokrywa ponad 90% opornych na  
antybiotyki serotypów odpowie-  
dzialnych za IChP.

Na rynku dostępne są szczepion-  
ki: Pneumo 23 (Sanofi Pasteur),  
Pneumovax 23 (Merck Sharp &  
Dohme), Prevenar (Wyeth; szcze-  
pionka 7-walentna) i od kwietnia  
2009 Synflorix (GlaxoSmithKli-  
ne; szczepionka 10-walentna).

### N – UKŁAD NERWOWY

*N05 – Leki psychotropowe;  
N05A – Leki neuroleptycz-  
ne; N05AH – Diazepiny,  
oksazepiny i tiazepiny*

***Olanzapinum***: Olanzapine Glen-  
mark i Olanzapine Glenmark  
Europe (Glenmark Generics)  
oraz Olaxax i Olaxax Disperzi  
(Glenmark Pharmaceuticals) to  
odpowiednio 27., 28., 29. i 30.

zarejestrowana marka olanzapiny, biorąc pod uwagę łącznie rejestracje w Polsce i w ramach unijnej procedury scentralizowanej. W sprzedaży znajduje się 10 leków: Zyprexa (Eli Lilly; lek oryginalny) i od listopada 2009 Zyprexa inj. 10 mg o standardowym uwalnianiu, Olzapin (Lekam), Zalasta (Krka), Zolafren (Adamed), Zolaxa (Polpharma), od kwietnia 2008 Olanzin (Actavis), od lipca 2008 Ranofren (Adamed), stycznia 2009 Olanzapine Teva, od lipca 2009 Sanza (Synthon) i od listopada 2009 Synza (Synthon). Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty: Lanzapin (Biogened; zarejestrowany wcześniej pod nazwą Olanzapin Nucleus), Olanzapin Hexal, Olanzapin Actavis, Olanzapina Jacobsen, Olanzapina Nolib (Unia), Olanzapina Nyzol (Lesvi), Olanzapine Adamed, Olanzapine Synthon, Olanzapin Pliva (Pliva Kraków), Olanzapin -Ratiopharm, Parnassan (Polfa Grodzisk), Trylan ODT (Medis) i Zapilux (Sandoz). Nie pojawiły się jeszcze w Polsce 3 leki zarejestrowane w ramach centralnej procedury unijnej: Olanzapine Mylan (Generics), Olanzapine Neopharma i preparat iniekcyjny olanzapiny o przedłużonym uwalnianiu: Zypadhera (Eli Lilly).

*N06 – Psychoanaleptyki; N06D – Leki przeciw demencji; N06DA - Antycholinesterazy*

**Rivastigminum:** Rivastigmine Hexal, Rivastigmine Sandoz i Rivastigmine 1A Pharma to 6., 7. i 8. zarejestrowana marka rywastygminy. Wcześniej zarejestrowano centralnie preparaty firmy Novartis Europharm: Exelon i Prometax, a także Rivastigmine Teva (Teva Pharma) i Nimvastid (Krka). Po-

nadto zarejestrowano w Polsce preparat Evertas (Zentiva).

Preparaty Rivastigmine Hexal i Rivastigmine Sandoz są wskazane do leczenia objawowego łagodnej do średniozaawansowanej postaci otępienia typu alzheimerskiego oraz do leczenia objawowego łagodnej do średniozaawansowanej postaci otępienia u pacjentów z idiopatyczną chorobą Parkinsona.

Uważa się, że rywastygmina jest inhibitorem acetylo- i butyrylocholinoesterazy z grupy karbaminianów, usprawniającym cholinergiczne przekąźnictwo neurosynaptyczne przez spowalnianie procesu rozkładu acetylocholino, uwalnianej przez czynnościowo sprawne neurony cholinergiczne. W ten sposób rywastygmina może mieć pozytywny wpływ na objawy ubytkowe, dotyczące procesów poznawczych u pacjentów z otępieniem związanym z chorobą Alzheimer'a i chorobą Parkinsona. Rywastygmina wywiera działanie hamujące w stosunku do cholinesteraz, tworząc z nimi kompleks za pomocą wiązania kowalencyjnego, co powoduje ich czasową inaktywację.

Do sprzedaży wprowadzono 3 leki: Exelon (Novartis Europharm), od sierpnia 2009 Nimvastid (Krka) i od grudnia 2009 Rivastigmine Teva (Teva Pharma).

*N07 – Inne leki działające na układ nerwowy; N07X/N07XX – Inne leki działające na układ nerwowy*

**Amifampridinum:** Zenas (Eusa Pharma) jest wskazany do objawowego leczenia zespołu miastenicznego Lamberta-Eatona (ang. Lambert-Eaton myasthenic syndrome, LEMS) u osób dorosłych. Amifamprydyna blokuje

zależne od woltażu kanały potasowe, wydłużając w ten sposób depolaryzację błony presynaptycznej. Wydłużenie potencjału czynnościowego zwiększa transport wapnia do zakończeń nerwowych. W wyniku tego dochodzi do zwiększenia wewnątrzkomórkowego stężenia wapnia, co ułatwia egzocytozę pęcherzyków zawierających acetylocholinę i w ten sposób prowadzi do poprawy przekąźnictwa nerwowo-mięśniowego. Poprawia to siłę mięśniową i amplitudy składowej spoczynkowej potencjału czynnościowego mięśni. Preparat został w roku 2002 dopuszczony jako lek sierocy.

Niektóre decyzje porejestracyjne Komisji Europejskiej:

- decyzja z 26 XI 2009 w sprawie wycofania od 1 III 2010, na wniosek posiadacza z 26 X 2009, pozwolenia na wprowadzenie do obrotu preparatu Paxene (Norton), zawierającego paklitaksel (klasa ATC: L01CD);
- decyzja z 11 XII 2009 w sprawie przeniesienia, na wniosek posiadacza z 9 XI 2009, pozwolenia na wprowadzenie do obrotu preparatu Clopidogrel Mylan Pharma zawierającego klopidogrel (klasa B01AC) z firmy Mylan Pharma (F) na firmę Apotex Europe (NL);
- decyzja z 18 XII 2009 w sprawie przeniesienia, na wniosek posiadacza z 23 X 2009, pozwolenia na wprowadzenie do obrotu preparatu Adenuric zawierającego febuksostat (klasa M04AA) z firmy Ipsen Pharma (F) na firmę Menarini International (LUX). ▶

## **NOWOŚCI NA RYNKU – GRUDZIEŃ 2009**

W grudniu 2009 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostały wprowadzone 23 nowe marki produktów leczniczych:

Klasa ATC/ WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A16AX	Sapropterinum	<b>Kuvan</b>	Merck	UE 12.2008
B01AC	Clopidogrelum	<b>Clopidogrel Teva</b>	Teva	UE 07.2009
B01AC	Clopidogrelum	<b>Trombex</b>	Zentiva	PL 06.2009
C01BD*	Dronedaronum	<b>Multaq</b>	Sanofi-Aventis	UE 11.2009
C07AB	Metoprololum	<b>Metocard ZK</b>	Polpharma	PL 04.2009
C07AG	Carvedilolum	<b>Mavodilol</b>	Ratiopharm	PL 08.2009
C09CA	Valsartanum	<b>Anartan</b>	Actavis	PL 04.2009
C09DA03	Valsartanum + hydrochlorothiazidum	<b>Anartan HCT</b>	Actavis	PL 04.2009
C10AA	Atorvastatinum	<b>Xavitor</b>	Tabuk Poland	PL 10.2007 Copator, zm. 07.2009 Xavitor
D10AD	Retinolum	<b>Aksoderm forte</b>	Gemi	PL 04.2004
G04CB	Finasteridum	<b>FinaGen</b>	Generics	PL 03.2009
L01XD	Acidum aminolevulinicum	<b>Gliolan</b>	Medac	UE 09.2007
L01XX	Irinotecanum	<b>Irinotecan Kabi</b>	Fresenius Kabi	PL 08.2009
M01AE	Ibuprofenum	<b>Ibuprom Duo</b>	US Pharmacia	PL 12.2002 Ibuprom Max, zm. 06.2009 Ibuprom Duo
N03AF	Eslicarbazepini acetat	<b>Zebinix</b>	BIAL-Portela & CA	UE 04.2009
N05AH	Quetiapinum	<b>Quentapil</b>	ICN Polfa Rzeszów	PL 07.2009
N05CF	Zolpidemum	<b>Apo-Zolpin</b>	Apotex	PL 06.2009
N06AX	Venlafaxinum	<b>Faxigen XL</b>	Generics	PL 07.2009
N06DA	Donepezilum	<b>Alzepezil</b>	Egis	PL 07.2009
N06DA	Rivastigminum	<b>Rivastigmine Teva</b>	Teva	UE 04.2009
R03DC	Montelukastum	<b>Montessan</b>	Apotex	PL 03.2009 Montekast, zm. 08.2009 Montessan
R03DX	Fenspiridum	<b>Fenspogal</b>	Galena	PL 09.2009
V06DX	Nutrimentum	<b>Easiphen</b>	SHS	PL 07.2008

## **A – PRZEWÓD POKARMO- WY I METABOLIZM**

*A16/A16A – Inne leki działające na przewód pokarmowy i metabolizm; A16AX - Różne leki działające na przewód pokarmowy i metabolizm*

## **B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY**

*B01/B01A – Lek przeciwwzakrzepowe; B01AC – Inhibitory agregacji płytek krwi (z wyłączeniem heparyny)*

## **C – UKŁAD SERCOWO-NA- CZYNIOWY**

*C01 – Lek nasercowe; C01B – Lek przeciwarytmiczne, klasa I i III; C01BD\* – Lek przeciwarytmiczne, klasa III (\*klasyfikacja tymczasowa – WHO nie ustaliła jeszcze klasyfikacji dla dronedaronu)*

*C07 – Lek blokujące receptory  $\beta$ -adrenergiczne; C07A – Lek blokujące receptory  $\beta$ -adrenergiczne; C07AB – Selektywne leki blokujące receptory  $\beta$ -adrenergiczne C07AG – Lek blokujące receptory  $\alpha$ - i  $\beta$ -adrenergiczne*

*C09 – Lek działające na układ renina-angiotensyna; C09C/C09CA – Antagoniści angiotensyny II, leki proste C09D – Antagoniści angiotensyny II, leki złożone; C09DA - Antagoniści angio-*

*tensyny II i leki moczopędne; C09DA03 – Walsartan i leki moczopędne*

*C10 – Lek wpływające na stężenie lipidów; C10A - Lek wpływające na stężenie lipidów, leki proste; C10AA – Inhibitory reduktazy HMG CoA*

## **D – LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII**

*D10 – Lek przeciwtądzikowe; D10A - Lek przeciwtądzikowe do stosowania miejscowego; D10AD – Retinoidy do stosowania miejscowego w leczeniu trądziku*

## **G – UKŁAD MOCZOWO- PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE**

*G04 – Lek urologiczne; G04C – Lek stosowane w łagodnym przerzucie gruczołu krokowego; G04CB – Inhibitory 5 $\alpha$ -reduktazy testosteronu*

## **L – LEKI PRZECIWNOWO- TWOROWE I WPLYWAJĄ- CE NA UKŁAD ODPORNOŚ- CIOWY**

*L01 – Lek przeciwnowotworowe; L01X – Inne leki przeciwnowotworowe; L01XD – Środki uwrażliwiające stosowane w leczeniu fotodynamicznym i radiacyjnym L01XX – Inne leki przeciwnowotworowe*

## **M – UKŁAD MIĘŚNIOWO- SZKIELETOWY**

*M01 – Lek przeciwwzapalne i przeciwrheumatyczne; M01A*

*– Niesterydowe leki przeciwwzapalne i przeciwrheumatyczne; M01AE – Pochodne kwasu propionowego*

## **N – UKŁAD NERWOWY**

*N03/N03A – Lek przeciwpadaczkowe; N03AF – Pochodne karboksamidu*

*N05 – Lek psychotropowe; N05A – Lek neuroleptyczne; N05AH – Diazepiny, oksazepiny i tiazepiny N05C – Lek nasenne i uspokajające; N05CF – Lek działające podobnie jak benzodiazepiny*

*N06 – Psychoanaleptyki; N06A – Lek przeciwdepresyjne; N06AX – Inne leki przeciwdepresyjne N06D – Lek przeciw demencji; N06DA - Antycholinoesterazy*

## **R – UKŁAD ODDECHOWY**

*R03 – Lek stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych; R03D - Inne leki działające ogólnie stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych; R03DC – Antagoniści receptorów leukotrienowych R03DX - Inne leki działające ogólnie stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych*

## **V – PREPARATY RÓŻNE**

*V06 – Odżywki; V06D – Inne odżywki; V06DX – Odżywki o innym składzie*



Opracowanie:  
*dr n. farm. Jarosław Filipek*

Kierownik Działu Informacji o  
Produktach  
Administrator Farmaceutycznej Bazy  
Danych BAZYL  
IMS Poland

# X Mistrzostwa Polski Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim. Karpacz, 16 stycznia 2010



*Prezes Piotr Bohater wjeżdża się na szczyt.*

*Emocje przy tablicy wyników.*



*Piękny zjazd.*

fot. Wojciech Piotrowski

Aptekarz Polski – Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej, [www.aptekarzpolski.pl](http://www.aptekarzpolski.pl)

Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16,

00-238 Warszawa, tel. 022 635 92 85, fax 022 887 50 32, e-mail: [nia@nia.org.pl](mailto:nia@nia.org.pl)

**Redakcja Aptekarza Polskiego:**

**Redaktor Wydawca** – mgr farm. Michał Grzegorzczak; **Redaktor Naczelny** – Zbigniew Solarz;  
**Zastępca Redaktora Naczelnego, Konsultant farmaceutyczny** – dr n. farm. Tomasz Baj;  
**Sekretarz redakcji, Webmaster witryny [www.aptekarzpolski.pl](http://www.aptekarzpolski.pl)** – mgr farm. Olga Sierpniowska.

e-mail: [redakcja@aptekarzpolski.pl](mailto:redakcja@aptekarzpolski.pl)

Fot. na okładce fot.: Dariusz Piaskowski, FOTORYS