

Leki OTC – wybrane aspekty bezpieczeństwa farmakoterapii

CZEŚĆ PIERWSZA – NIESTEROIDOWE LEKI PRZECIWZAPALNE

Statystyki wskazują na coraz większe stosowanie przez Polaków leków z grupy OTC (over-the-counter) w ramach tzw. samoleczenia. Leki te można kupić nie tylko w aptece, ale również w supermarkecie, na stacji benzynowej czy w kiosku „Ruchu”. Obecne funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej sprawia, że pacjenci często szukają porady medycznej w łatwo dostępnych aptekach, niejednokrotnie z pominięciem gabinetu lekarskiego. Sprzyjają temu odległe terminy zapisów po poradę lekarską, kolejki do gabinetu specjalistycznego, czy też brak pieniędzy na prywatną wizytę. Główną odpowiedzialność za prawidłowe zastosowanie leku przejmuje wtedy sam pacjent.

Nie bez znaczenia pozostaje jednak rola farmaceuty. To od niego pacjent powinien uzyskać wszelkie informacje odnośnie stosowanego w ramach samoleczenia preparatu, jego działań niepożądanych czy przeciwwskazań. Farmaceuta jest wówczas również najbardziej odpowiednią osobą do udzielenia informacji na temat dolegliwości dokuczającej pacjentowi, wyboru najbardziej optymalnego preparatu z uwagi na choroby towarzyszące, wiek, czy przyjmowane jednocześnie leki.

To wszystko ma służyć poprawie skuteczności oraz bezpieczeństwa farmakoterapii lekami OTC, w tym zmniejszeniu ryzyka pojawienia się działań niepożądanych czy interakcji lekowych.

Działanie niepożądane leku to każde niekorzystne i niezamierzone działanie produktu leczniczego, występujące podczas stosowania dawek zalecanych w leczeniu chorób, w celach profilaktycznych, diagnostycznych lub modyfikacji funkcji fizjologicznych. Definicja ta odnosi się do mechanizmu powstawania niepożądanego działania leku, obejmuje także reakcje alergiczne, idiosynkrazje oraz interakcje lekowe. W ostatnich latach czę-

stość tych niepożądanych reakcji wyraźnie wzrasta. Ze statystyk szpitalnych wynika, że u 10% leczonych występują niepożądane działania i powikłania lekowe, a 1-4% chorych jest przyjmowanych do leczenia szpitalnego z powodu chorób polekowych.

Takie niepożądane reakcje polekowe mogą wystąpić także w przypadku stosowania leków w ramach samoleczenia, a w tej grupie znajdują się między innymi tak powszechnie stosowane niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ).

Z niebezpieczeństwem stosowania niektórych leków dostępnych w sprzedaży odręcznej związana jest też kwestia długotrwałego ich przyjmowania. Leki te działają jedynie objawowo (np. przeciwbólowo czy zobjętniająco), ale nie eliminują przyczyny dolegliwości, a ich stosowanie przedłuża tylko czas właściwej diagnozy oraz rozpoczęcia leczenia. Tym samym zwiększa to niejednokrotnie ryzyko postępu choroby i możliwych powikłań.

Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

Wskazuje się, że niesteroidowe leki przeciwzapalne mogą

odpowiadać za wystąpienie szeregu problemów lekowych. Dotyczą one między innymi: niepożądanego „dublowania” preparatów zawierających tę samą substancję czynną lub o tych samych właściwościach farmakologicznych, stosowania leku bez wskazań, czy przy istniejących przeciwwskazaniach oraz istotnych interakcji lekowych. Leki z tej grupy są odpowiedzialne za występowanie blisko 25% wszystkich powikłań polekowych, z których najistotniejsze stanowią powikłania ze strony przewodu pokarmowego. Szacuje się, że leki z grupy NLPZ są przyczyną 25% wszystkich wrzodów żołądka i 5% owrzodzeń dwunastnicy.

Zdecydowana większość preparatów przeciwbólowych dostępnych bez recepty (jedno- i wieloskładnikowych) posiada w swoim składzie kwas acetylosalicylowy (ASA), ibuprofen, naproksen lub pozbawiony komponenty przeciwzapalnej – paracetamol. Wszystkie wymienione leki są skuteczne w bólu słabym do umiarkowanego, zwłaszcza wychodzącym z tkanek powłokowych i podporowych. Ich działanie ma charakter pułapowy. Oznacza to, że przy określonym nasileniu bólu lek przestaje być ▶

► skuteczny i wtedy konieczne jest stosowanie opioidowych leków przeciwbólowych.

Wszystkie NLPZ, w tym ASA, poza dolegliwościami dyspeptycznymi (ból w nadbrzuszu, zgaga, pieczenie) mogą uszkadzać przewód pokarmowy poprzez działanie miejscowe i ogólnoustrojowe, powodując niedobór prostaglandyn.

Prostaglandyny są wytwarzane na drodze dwóch szlaków: cyklooksygenazy typu 1 (COX-1) i cyklooksygenazy typu 2 (COX-2). Zahamowanie szlaku konstytutywnej cyklooksygenazy typu 1 (COX-1) przez niewybórcze NLPZ, w tym ASA, zwiększa wrażliwość błony śluzowej żołądka na miejscowe działanie uszkadzające kwasu solnego, pepsyny i soli żółciowych, co prowadzi do powstawania wrzodów trawiennych. U podłoża mechanizmów odpowiadających za rozwój powikłań po NLPZ znajdują się m.in.:

- Pojawienie się zmian patologicznych w błonie śluzowej przewodu pokarmowego ze zmniejszonym podśluzówkowym przepływem krwi, związane z hamowaniem produkcji naczynioskurczowych prostaglandyn zależnych od COX-1 i rozwojem procesu zapalnego;
- Zależne od COX-1 zmniejszenie produkcji prostaglan-

dyn hamujących wydzielanie kwasu solnego;

- Bezpośrednie działanie leków z grupy NLPZ o charakterze słabych kwasów na śluzówkę przewodu pokarmowego;
- Zahamowanie płytkowej COX sprzyjające krwawieniom.

W ich wyniku może dochodzić do powstawania uszkodzeń o



charakterze wrzodu trawiennego, ich krwawienia oraz perforacji. Ryzyko takich powikłań wzrasta szczególnie u pacjentów powyżej 50 roku życia, z wywiadem w kierunku wrzodu trawiennego lub innymi objawami ze strony przewodu pokarmowego, stosujących więcej niż jeden NLPZ lub sterydy. Czynnikiem ryzyka jest też

używanie alkoholu w ilości trzech lub więcej drinków dziennie. Ostatnio zwraca się także uwagę na zwiększenie ryzyka uszkodzenia przewodu pokarmowego przy jednoczesnym stosowaniu leków przeciwdepresyjnych z grupy selektywnych inhibitorów wychwytu zwrotnego serotoniny (fluoksetyna, sertralina itp). Poza współistniejącą chorobą

wrzodową żołądka lub dwunastnicy, istotne przeciwwskazanie do stosowania tej grupy leków stanowią krwawienia np. związane z żyłakami przełyku czy hemoroidami.

Rozpatrując bezpieczeństwo farmakoterapii NLPZ nie należy również zapominać o ryzyku skurczu oskrzeli. Dotyczy to pacjentów z tzw. astmą aspirynową, polipami nosa, skłonnościami do alergii czy też innymi zaburzeniami układu oddechowego (rozstrzenie oskrzeli, procesy nowotworowe, czynna gruźlica). Inne działania niepożądane tej grupy leków obejmują uszkodzenie wątroby

i nerek, jałowe zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, zaburzenia hematologiczne (agranulocytoza, anemia hemolityczna, trombocytopenia) i inne. W przypadku dzieci trzeba pamiętać dodatkowo o zespole Reye'a, czyli encefalopatii z jednoczesnym stłuszczeniem wątroby, przy zażyciu pochodnych aspiryny (nie

Ilustracja - Dreamstime

powinno się ich podawać u dzieci poniżej 12 roku życia).

Profilaktyka w przebiegu terapii NLPZ

Tylko część wrzodów żołądka i dwunastnicy manifestuje się bólami nadbrzusza lub krwawieniami z przewodu pokarmowego prowadzącymi do niedokrwistości. Dodatkowo, na skutek przeciwbólowego działania NLPZ rozwój powikłań przebiega zupełnie bezobjawowo. W konsekwencji, u dużego odsetka chorych uskarżających się wyłącznie na złe samopoczucie, stwierdza się w badaniu gastroskopowym chorobę wrzodową.

Stosowanie leków neutralizujących kwas solny w celu ochrony błony śluzowej jest uznawane za nieskuteczne. Poza osłabieniem dolegliwości dyspeptycznych leki te nie eliminują ryzyka powstawania uszkodzeń śluzówki przewodu pokarmowego. Podobnie, nie potwierdzono profilaktycznego wpływu leków z grupy antagonistów receptora histaminowego H_2 na zmniejszenie ryzyka opisanych wyżej powikłań. Co więcej, u pacjentów kontynuujących terapię NLPZ po wykryciu wrzodu H_2 -blokery są nieskuteczne i poprzez maskowanie objawów dyspeptycznych stają się czynnikiem ryzyka rozwoju powikłań. Należy jednak podkreślić, że leki z tej grupy pozostają skuteczne w leczeniu powstałych powikłań w przypadku możliwości rezygnacji przez chorego z terapii NLPZ w chwili wykrycia wrzodu. Przykładowo, zastosowanie antagonisty receptora histaminowego H_2 (ranitydyna – 150 mg stosowana 2 razy dziennie; np. *Ranigast*) pozwala na zagojenie blisko 100% wrzo-

dów dwunastnicy i 95% wrzodów żołądka.

Znaczenie profilaktyczne przypisuje się natomiast lekom z grupy inhibitorów pompy protonowej (IPP) (*Stanowisko American College of Cardiology Foundation, American College of Gastroenterology i American Heart Association 2008: Zmniejszenie ryzyka powikłań żołądkowo-jelitowych leczenia przeciwplytkowego i stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych*).

W ostatnich latach obserwuje się znaczny wzrost znaczenia leków tej grupy, odznaczających się efektywnością, potwierdzoną wieloośrodkowymi badaniami klinicznymi (m. in. badania *ASTRONAUT, OMNIUM*), w redukcji ryzyka wrzodu żołądka i powikłań u osób stosujących przewlekłe NLPZ. Inhibitory pompy protonowej odznaczają się potwierdzoną wynikami badań wieloośrodkowych i metaanaliz wysoką skutecznością leczenia. Dotyczy ona przede wszystkim gojenia wrzodów lub nadżerek, w porównaniu z lekami blokującymi receptory histaminowe H_2 . Wskazuje się, że po jednomiesięcznym okresie terapii omeprazolem dochodzi do wygojenia ponad 90% owrzodzeń dwunastnicy i 70-80% owrzodzeń żołądka. Należy podkreślić, że IPP mają zastosowanie również wtedy, gdy mimo powstania owrzodzenia, nie można przerwać podawania NLPZ.

Ostatnio na rynku farmaceutycznym pojawiły się już preparaty IPP dostępne również w sprzedaży odstępnej (np. omeprazol – *Bioprazol Bio*, pantoprazol – *Controloc Control*).

Paracetamol

W niektórych krajach, jego zużycie przekracza od lat

ilości kupowanych opakowań kwasu acetylosalicylowego. Szacuje się, że w samych Stanach Zjednoczonych paracetamol jest stosowany przez 50 milionów osób tygodniowo. Uważany jest za jeden z najbezpieczniejszych leków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych, również u dzieci, z uwagi na ryzyko zespołu Reya po salicylanach. Błędny jest jednak przekonanie o całkowitej nieszkodliwości paracetamolu. Na profil bezpieczeństwa leku niekorzystnie wpływa jego działanie hepatotoksyczne. Pojedyncza dawka toksyczna paracetamolu wynosi 150 mg/kg u dzieci i 7-10 g u dorosłych. Jakkolwiek, np. z uwagi na mniejsze rezerwy glutationu sprzęgającego toksyczny metabolit paracetamolu, niebezpieczeństwo rozwoju hepatotoksyczności u pacjentów niedożywionych, nadużywających alkoholu, z zespołem nabytego niedoboru odporności (AIDS), czy jadłowstrętem psychicznym może być wyższe. Przeciwwskazaniem do jego stosowania jest również nadwrażliwość na lek, u osób z deficytem glukozy-6-fosforanu paracetamol może powodować hemolizę. Do rzadkich działań niepożądanych leku należą wysypki skórne, a także opisywane ostatnio przypadki ciężkich reakcji dermatologicznych typu toksycznej martwicy naskórka, tzw. zespół Lyella. (cdn.) ■

dr n. farm. Magdalena Jasińska,

*prof. dr hab. n. farm.
Daria Orszulak-Michalak*

*Zakład Biofarmacji
Katedra Biofarmacji
Wydz. Farmaceutycznego
Uniwersytetu Medycznego w Łodzi*



LUTY 2010: rynek stabilizuje się

Rynek farmaceutyczny w lutym 2010r. zanotował podobnie jak w styczniu br. spadek wartości sprzedaży względem analogicznego miesiąca ubiegłego roku. Jednakże spadek ten był nieznaczny (-0,29%). W lutym br. rynek farmaceutyczny osiągnął sprzedaż o wartości 2 053 mln PLN.

W lutym wartość całego rynku spadła tylko o 6 mln PLN w porównaniu do analogicznego okresu ub. r. Największy spadek wartościowy zanotował segment leków pełnopłatnych, który zanotował obniżenie wartości sprzedaży o 19 mln PLN (-4,89%). Zbliżony spadek wartości dotknął również segment leków refundowanych, który spadł o 16 mln PLN (-1,69%). Jedynie segment sprzedaży odręcznej uzyskał wzrost wartości

sprzedaży względem lutego ub. r. W lutym 2010 wartość sprzedaży odręcznej wzrosła o 29 mln PLN (+3,99%).

Natomiast względem poprzedniego miesiąca (styczeń 2010r.) rynek zanotował spadek o 2,89%. Najślabiej wypadł segment sprzedaży odręcznej, który osiągnął sprzedaż o 49 mln PLN mniejszą niż w styczniu br. (-6,09%). Segment leków na receptę pełnopłatną spadł nieznacznie, bo o 5 mln (-1,21%). Natomiast

segment leków refundowanych wykazał się wzrostem wartości sprzedaży o 4 mln PLN (+0,41%).

Przegląd zmian w klasach ATC (wybór)

Luty 2010. W porównaniu do lutego 2009 dwie kategorie osiągnęły znacznie większy wzrost wartości sprzedaży: leki przeczyszczające i leki stosowane w chorobach nosa. Wzrost wartości sprzedaży tej drugiej kategorii wiąże się zarówno z chorobami sezonowymi (spadek zachorowań), jak już z rozpoczętym sezonem alergicznym. Natomiast więcej dużych grup ATC wykazało się spadkiem powyżej 10%. Do takich kategorii należą m.in. leki przeciwbólowe, leki stosowane w przeziębieniu i kaszlu, w leczeniu chorób gardła, czy leki stosowane w zakażeniach (szczególnie bakteryjnych), oraz leki wzmacniające organizm. Największy procentowy spadek zanotowały środki do leczenia otyłości. Jest to związane z doniesieniami o szkodliwym wpływie sibutraminy stosowanej w leczeniu otyłości. Europejska Agencja Leków (EMA) zaleciła zawieszenie pozwoleń na dopuszczenie do obrotu preparatów zawierających sibutraminę a Główny Inspektorat Farmaceutyczny (GIF) w dniu 5.03.2010 wydał decyzję o wstrzymaniu w obrocie produktami zawierającymi sibutraminę.

Zestawienie wartości sprzedaży poszczególnych segmentów rynku farmaceutycznego (dane w mln PLN)

Tabela 1: luty 2010 vs luty 2009

PHARMA EXPERT	luty 2009	luty 2010	zm. (%)
Leki Refundowane	929	914	-1,69%
Leki Pełnopłatne	398	378	-4,89%
Sprzedaż Odręczna	732	761	3,99%
Całkowity obrót	2 059	2 053	-0,29%

Tabela 2: luty 2010 vs styczeń 2010

PHARMA EXPERT	styczeń 2010	luty 2010	zm. (%)
Leki Refundowane	910	914	0,41%
Leki Pełnopłatne	383	378	-1,21%
Sprzedaż Odręczna	810	761	-6,09%
Całkowity obrót	2 103	2 053	-2,39%

KATEGORIE ATC	Symbol ATC	Wartość sprzedaży		lut10 / lut 09
		lut-09	lut-10	
LEKI PRZECZYSCZAJĄCE	ATC A06	14 386 035	15 763 249	9,57%
LEKI STOSOWANE W CHOROBYCH NOSA	ATC R01	30 745 697	39 229 731	27,59%
ŚRODKI DO LECZENIA OTYŁOŚCI	ATC A08	9 217 816	5 883 290	-36,17%
LEKI WZMACNIAJĄCE	ATC A13	16 224 235	13 625 218	-16,02%
LEKI STOSOWANE W ZAKAŻENIACH	ATC J	137 461 699	108 747 344	-20,89%
LEKI PRZECIWBÓLOWE	ATC N02	97 876 404	85 764 736	-12,37%
GARDŁO	ATC R02	27 288 715	24 098 378	-11,69%
LEKI STOSOWANE W KASZLU I PRZEZIĘBIENIU	ATC R05	83 467 616	68 492 051	-17,94%

Statystyczna apteka

W lutym 2010r. wartość sprzedaży dla statystycznej apteki wyniosła 154,23 tys. PLN, tj. o 1,98% więcej niż w analogicznym okresie 2009r. Wartość rynku spadła, ale zmniejszyła się również liczba aptek, stąd na statystyczną aptekę przypadła nieco większa wartość sprzedaży. Natomiast

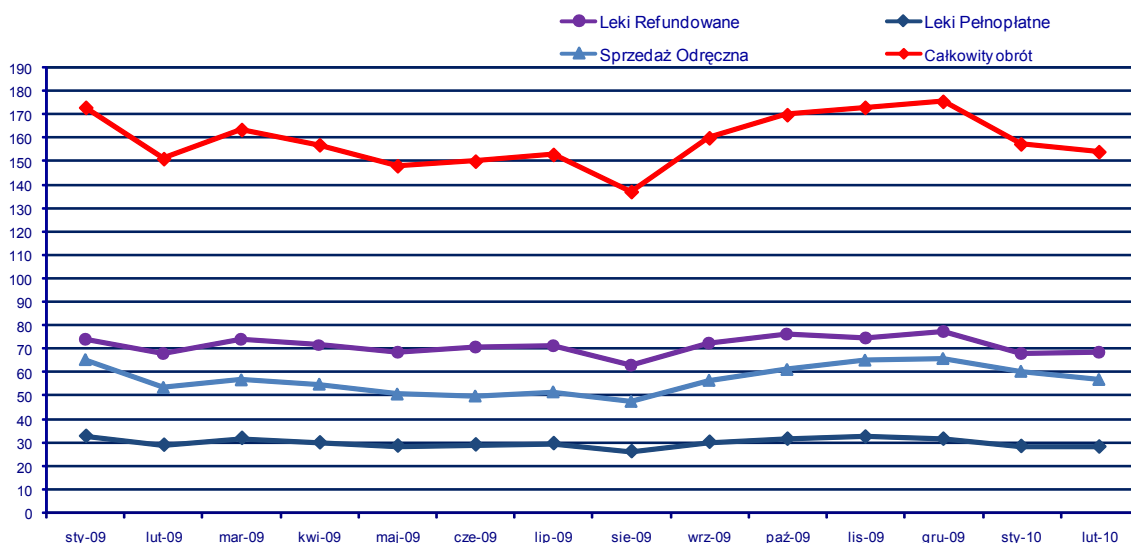
względem stycznia 2010r. wartość sprzedaży statystycznej apteki zanotowała spadek o 2,10%. Największy spadek dotknął segmentu sprzedaży odręcznej, która spadła o 5,82%, tj. wartość tego segmentu w lutym br. była niższa o 3,23 tys. PLN na statystyczną aptekę.

Średnia cena dla produktów sprzedawanych przez apteki w lutym br. wyniosła 15,74 PLN.

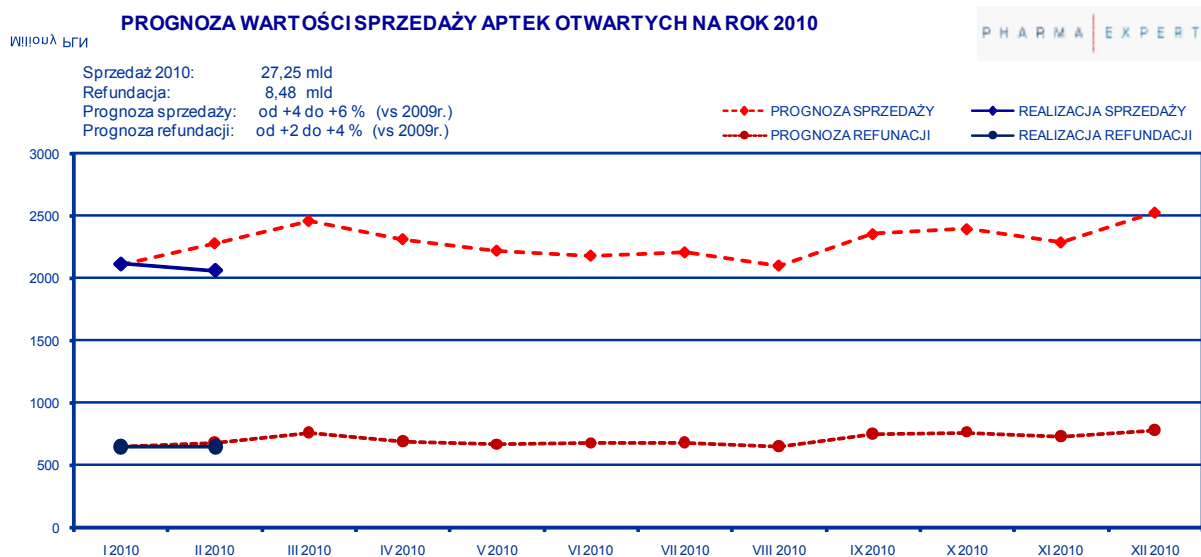
W porównaniu do średniej ceny z lutego 2009r. (14,65 PLN) oznacza to wzrost ceny o 7,44%. Natomiast względem stycznia 2010r. (15,55 PLN) średnia cena wzrosła o 1,22%. Średnia marża apteczna w lutym 2010r. wynosiła 27,26% i była wyższa względem analogicznego okresu 2009 r. o 1,62 pp. W porównaniu do stycznia 2010 nastąpił nieznaczny (o 0,05 pp) wzrost marży aptecznej.

Rynek farmaceutyczny:
wartość statystycznej apteki w latach 2009-2010

PHARMA EXPERT



wtys.
PLN



Refundacja a współpłacenie

W lutym udział pacjenta we współpłaceniu za leki refundowane wyniósł 28,49% i był tylko nieznacznie mniejszy (o 0,06 pp) niż w styczniu 2010r. (28,55%). W porównaniu do lutego 2009r. (30,81%) nastąpił nieco większy spadek (o 2,31 pp) udziału pacjenta we współpłaceniu za leki refundowane.

Wartościowo dopłata pacjenta do leków refundowanych w lutym 2010r. wyniosła podobnie jak miesiąca temu 260 mln PLN. Względem lutego 2009 r. (286 mln PLN) była

o 9,07% niższa. Jednocześnie udział pacjentów w całości wydatków na leki realizowane w aptekach zmniejszył się z 68,77% w lutym 2009r. do 68,18% w lutym 2010r. Wartościowo wydatki pacjentów spadły w porównywanych okresach o 16 mln PLN, tj. o 1,14%

Prognoza wartości sprzedaży leków na rok 2010

Według PharmaExpert wartość sprzedaży całego rynku farmaceutycznego na koniec 2010 roku wyniesie 27,25 mld pln. W porów-

naniu do ubiegłego roku wartość rynku w 2009 wrośnie o 4-6%. Natomiast refundacja na koniec 2010 roku osiągnie wartość 8,48 mld. Wartość refundacji leków przez Państwo zwiększy się o 2-4% względem ubiegłego roku.

Po słabszych dwóch pierwszych miesiącach 2010 r. prognozy na wzrost całego rynku są nieco ostrożniejsze. Prognozy dla rynku jak i refundacji zostały obniżone średnio o 1 pp względem wcześniejszych prognoz. ■

Piotr Kula
Prezes PharmaExpert





PRZEGLĄD PRASY

W kolejnym „Przeглядzie prasy naukowej” Czytelnicy „Aptekarza Polskiego” poznają dwa artykuły, zamieszczone na lamach najnowszego numeru kwartalnika „Medycyna Rodzinna” (Nr 52 (4/2009)).

W opracowaniu **„Bańki lekarskie – praktyczne zastosowanie”** autorzy, Magdalena Musioł oraz Andrzej Krupniewicz, zdeklarowani zwolennicy tej metody leczniczej, będący pracownikami Zakładu Podstaw Pielęgniarstwa Wydziału Nauki o Zdrowiu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, starają się przypomnieć odchodzący powoli w niepamięć zabieg stawiania baniek lekarskich. Po interesującym zreferowaniu historii ich leczniczego stosowania, sięgającego czasów starożytnych Chin i Mezopotamii, omówiono mechanizm działania baniek. Niezależnie od rodzaju stawianej bańki, istotą zabiegu jest wytworzenie w ściśle przylegającym do skóry naczyniu podciśnienia, którego wartość waha się w granicach od 0,2 do 0,8 atmosfery. Autorzy dzielą mechanizm terapeutycznego działania baniek na dwie grupy. Po pierwsze, dzięki wytworzonemu podciśnieniu, dochodzi do pęknięcia drobnych, podskórnych naczyń krwionośnych i – co za tym idzie – wynaczynienia krwi z tych naczyń. Krew, w momencie znalezienia się poza naczyniami krwionośnymi, zaczyna być traktowana przez system immunologiczny jako obce białko, będące silnym impulsem dla powstawania przeciwciał. Jak podają autorzy *jest to tzw. autohemoterapia, która skutecznie zwalcza infekcję.* Mechanizm działania leczniczego baniek tłumaczy się także jako następstwo wywołanego podciśnieniem drażnienia receptorów

m.in. skóry i mięśni. Objawia się to *odruchem skórno-trzewnym*, którego następstwem jest rozszerzenie naczyń krwionośnych i napłynięcie do tkanek zwiększonej ilości krwi, która oczyszcza je z zalegających produktów przemiany materii, natlenia i dostarcza substancji odżywczych. Także ten mechanizm działania baniek odpowiada za efekt rozluźnienia mięśni gładkich, m.in. *żołądka, jelit, pęcherzyka żółciowego, dróg moczowych, oskrzeli.*

Autorzy omawianej pracy twierdzą, że zabieg stawiania baniek odnosi najlepszy skutek w przypadku chorób układu oddechowego i trawienego. Dotyczy to m.in. ostrych i przewlekłych stanów zapalnych płuc, oskrzeli, górnych dróg oddechowych, trzustki, żołądka i pęcherzyka żółciowego. Bańki z powodzeniem można stosować w przebiegu astmy oskrzelowej i nadwrażliwości jelita grubego. Są także pomocne w chorobach układu kostno-stawowego i nerwowego, w przypadku nerwobólów i mięśniobólów. Bardzo istotna jest możliwość kojarzenia terapii bańkami lekarskimi z leczeniem farmakologicznym, przy czym pozwalają one na zmniejszenie ilości stosowanych leków.

W kolejnej części artykułu omówiono trzy rodzaje baniek lekarskich: najbardziej rozpowszechnione i najskuteczniejsze bańki szklane („gorące”), przeznaczone do stawiania na ciepło (palący się spirytus powoduje powstanie próżni), bańki próż-

niowe („zimne”), zaopatrzone w zawór do wytwarzania podciśnienia oraz bańki gumowe, zwane „chińskimi”, lekkie, nietłukące się i nie ograniczające możliwości poruszania się. Następnie opisano szczegółowo, jak należy przygotować pacjenta do zabiegu, jego przebieg oraz przeciwwskazania do stosowania baniek. Są nimi m.in. niewydolność krążenia, niestabilizowane nadciśnienie tętnicze, niedokrwistość, choroby nowotworowe i autoimmunologiczne, upośledzenia krzepliwości krwi, a także – co bardzo istotne – nadmierna kruchość naczyń krwionośnych, które mogą zostać w czasie zabiegu poważnie uszkodzone. Jedynym możliwym działaniem ubocznym przy stawianiu baniek „na gorąco”, jest poparzenie pacjenta przegrzonym szkłem. Stawianie baniek „zimnych” i „chińskich” nie niesie za sobą żadnego niebezpieczeństwa.

Opracowanie **„Żywność bezpieczna dla zdrowia jako narzędzie w walce z chorobami nowotworowymi”** autorstwa Anny Grzegorzcyk i Emilii Cieleckiej z Uniwersytetu Rolniczego im. Hugona Kołłątaja w Krakowie, porusza znany już Czytelnikom „Przeglądu prasy” problem chemoprewencji, tym razem od strony dietetycznej. Oczywiście aptekarze nie układają jadłospisów dla chorych na raka, jednak powinniśmy mieć świadomość tego, jak ważne jest to zagadnienie i zwracać na to uwagę naszym

►pacjentom. Tym bardziej, że sami autorzy podkreślają niedostateczną wiedzę pracowników służby zdrowia na temat żywienia chorych na nowotwory.

Już we wstępie podkreślono, że zmieniając dietę można ograniczyć ryzyko nowotworów o około 30%. Przytoczono także opinię Amerykańskiej Akademii Nauk, według której od 40 do 60% chorób nowotworowych związanych jest z nieodpowiednią dietą! Prowadzenie diety chemoprewencyjnej, bogatej w antyoksydanty i inne związki biologicznie czynne, jest bardzo trudne i skomplikowane, zarówno we wczesnych etapach rozwoju nowotworu, jak i w etapach daleko posuniętych. W obydwu przypadkach powinno ją poprzedzić szczegółowe przestudiowanie wyników

badań krwi i właściwości danego nowotworu. Często bowiem, podając zazwyczaj korzystne składniki odżywcze, można „dożyć” nowotwór. Pod uwagę należy brać także takie czynniki, jak indywidualnie zmienione chorobą odczucia smakowe, trudność z przyjmowaniem posiłków, problemy z przyswajaniem określonych składników, masa ciała.

Podstawowymi wytycznymi diety chemoprewencyjnej jest bardzo ostrożne podawanie pokarmów wysokocukrowych, gdyż monosacharydy, a głównie glukoza, stanowią podstawowy pokarm dla komórek nowotworowych. Nie mniej ważne jest dostarczenie z pożywieniem niezbędnych

nienasyconych kwasów tłuszczowych typu omega-3, hamujących karcinogenezę. Istotne jest także sukcesywne zastępowanie białek pochodzenia mięsnego – roślinnymi, którym towarzyszy szereg korzystnych substancji. Osoby zdrowe, chcące stosować dietę chemoprewencyjną, powinny spożywać jak największe ilości świeżych, surowych owoców i warzyw, zawierających m.in. karotenoidy, witaminy, flawonoi-



Fot. © meaircom - Fotolia.com

dy, izoflawonoidy, związki fenolowe, błonnik, minerały. Autorzy przytaczają słowa doktora Petera Greenwalda, dyrektora Działu Profilaktyki i Kontroli Amerykańskiego Instytutu Onkologicznego: *im więcej ludzie jedzą owoców i warzyw, tym mniej mają nowotworów, zarówno okrężnicy, jak też sutka i płuc. Ryzyko to jest u nich mniejsze nawet o połowę w porównaniu z grupą jedzącą mało owoców i warzyw.*

Typowymi i sprawdzonymi zabiegami dietetycznymi u chorych na nowotwory jest zbilansowane podawanie żywności opartej głównie na ziarnach zbóż, owocach, warzywach, roślinach strączkowych i rybach. Procent-

towo skład takiej diety powinien być ściśle określony. 30% pożywienia powinny stanowić tłuszcze pochodzące np. z ryb, drobiu, siemienia lnianego, tranu, oleju z oliwek, 55% – węglowodany warzyw, roślin strączkowych i nieprzetworzonych ziaren zbóż, zaś 15-20% – białka, także pochodzące z roślin strączkowych. Istotnym jest także uzupełnienie opisanej diety poprzez wypijanie dwóch litrów wody dziennie.

Bodaj najciekawszą opisaną przez autorów dietą, jest dieta chemoprewencyjna stosowana u osób z zaawansowanymi stadiami choroby nowotworowej, opracowana przez doktora Maxa Gersona. Jest to alkaliczna dieta niskobiałkowa i niskotłuszczowa, będąca *połączeniem diety owocowo-warzywnej z uzupełnianiem niedoborów potasu oraz przeprowadzanie lewatyw z kawy w celu oczyszczenia organizmu.* Dieta ta według jej

twórcy, prowadzi do polepszenia stanu pacjentów nawet z bardzo złymi rokowaniami. Inne diety przystosowane są do określonej fazy leczenia nowotworu. I tak w czasie radioterapii stosuje się dietę wzmacniającą układ immunologiczny, składającą się z dużych ilości potraw wysokoodżywczych, bogatych w białka roślinne i błonnik, a zawierającą jak najmniej tłuszczów. Dieta w przebiegu chemioterapii ma zmniejszać jej skutki uboczne. Jest podobna do diety stosowanej w czasie radioterapii, z tą jednak różnicą, że uzupełnia się ją o duże ilości płynów. ■

Opracował
dr n. farm. Maciej Bilek

Poniżej przedstawiamy relacje ze zjazdów okręgowych izb aptekarskich, które odbyły się na przełomie roku. Relacje powstały we współpracy z korespondentami Aptekarza Polskiego.

Jesteśmy tu po to, aby wyrazić wdzięczność i podziękować za wszystko co przez te lata otrzymaliśmy

Podczas zwołanego na 6 marca 2010 roku XIV Zjazdu Aptekarzy Okręgowej Izby Aptekarskiej w Łodzi odbyła się uroczystość związana z ogłoszeniem nazwisk aptekarzy wyróżnionych honorowym tytułem **ZASŁUŻONY NAUCZYCIEL ZAWODU APTEKARZA**. Laureatkami tego wyróżnienia zostały: magister **KRYSZYNA ANTONIEWICZ** i magister **ELŻBIETA STOLIŃSKA**.

Dyplomy i odznaki związane z tym wyróżnieniem przekazała laureatkom magister Elżbieta Piotrowska – Rutkowska, Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Łodzi. *Z ogromną satysfakcją wręczałam wyróżnienie pani magister Krystynie Antoniewicz i pani magister Elżbiecie Stolińskiej. Nazwiska Pań Magister wpisują się złotymi zgłoskami do kroniki samorządu aptekarskiego – powiedziała o tym wydarzeniu prezes łódzkich aptekarzy.*

Laudacja poświęcona pani Krystynie Antoniewicz wygłoszona przez magistra Michała Karbownika:

Pani Magister Krystyna Antoniewicz jest właścicielem i kierownikiem rodzinnej Apteki założonej przez Jej Dziadka, magistra Grzegorza Antoniewicza w 1922 roku. Magister Grzegorz Antoniewicz ukończył studia farmaceutyczne w carskiej Rosji.

Uzyskał tytuł prowizora aptekarskiego. Po przybyciu do Łodzi szybko zdobył zaufanie okolicznych mieszkańców. Z powodu niedostatecznego dostępu do opieki lekarskiej, zaczął pełnić wszechstronne obowiązki: aptekarza i „lekarza pierwszego kontaktu” jednocześnie. Zawsze cenił człowieka. Zwłaszcza temu cierpiącemu poświęcał wiele uwagi. Do dziś przychodzą do Apteki wiekowi pacjenci i pokazują blizny na rękach mówiąc: „gdyby nie Pani Dziadek, nie miałbym tej ręki!”. Są wdzięczni Aptekarzowi, który pomagał od serca.

Pani Magister Krystyna Antoniewicz wiernie pielęgnuje w praktyce tradycje Dziadka. Zanim jednak odzyskała Aptekę po 1989 roku, pracowała w aptece szpitalnej. Już tam ujawniły się jej talenty pedagogiczne. To Ona była delegowana jako opiekun studentów i stażystów. Wśród Jej licznych wychowanków jest między innymi pani profesor Daria Orszulak-Michalak. W okresie, gdy prowadzi swoją Aptekę, spod Jej skrzydeł wyszło wielu aptekarzy-fachowców. Dziś prowadzą swoje, dobrze prosperujące apteki.

Duch Dziadka Grzegorza – jak często powtarza Pani Magister – wciąż działa w Aptece. Nie chodzi tu tylko o klimat dawnej epoki, ale o dziadkowe trady-

cje. Dla Pani Magister Krystyny Antoniewicz najważniejszy jest pacjent i jego problem. Dlatego poświęca choremu wiele czasu, tłumaczy jak stosować leki i co więcej czynić dla poprawy zdrowia. A co równie ważne: zaraża pasją nas, młode pokolenie farmaceutów. Uczy, że prawdziwe aptekarstwo polega na służbie człowiekowi. Pokazuje, że jest to wciąż sposób na prowadzenie współczesnej apteki.



Laudacja poświęcona pani Elżbiecie Stolińskiej wygłoszona przez magister Annę Gorgolewską:

Mam zaszczyt i przyjemność przedstawić Państwu panią mgr farm. Elżbietę Stolińską uhonorowaną dziś zaszczytnym tytułem Zasłużony Nauczyciel Zawodu Aptekarza. Pani mgr farm. Elżbieta Stolińska ukończyła w 1965r. Akademię Medyczną w Łodzi, ▶

► Wydział Farmacji. Pierwszą pracę podjęła w aptece w Lublińcu na Śląsku, ale już w 1967r. wróciła do Łodzi aby rozpocząć pracę w łódzkich aptekach, najpierw jako z-ca kierownika w aptece na ul. Leczniczej, a następnie już jako kierownik na ul. Rzgowskiej przy Placu Kościelnym i na ul. Gagarina (obecnie Paderewskiego), skąd 5 lat temu odeszła na emeryturę nie kończąc jednak aktywności zawodowej. Jako specjalista drugiego stopnia z zakresu farmacji aptecznej

nadal jest opiekunem specjalizacji. Ja miałam szczęście i przyjemność pod kierownictwem pani mgr Stolińskiej odbyć staż, uzyskać specjalizację i pracować 10 lat jako Jej z-ca w aptece na ul. Gagarina. Bardzo ważne miejsce w życiu pani magister zawsze zajmowała praca i sprawy zawodu, ale najważniejsza była rodzina. Swoim najbliższymi przekazała pasję i zamiłowanie do farmacji. W zawodzie pracuje syn, wnuk, a wnuczka studiuje farmację na UM w Łodzi, wśród najbliższej rodzi-

ny pani magister jest 13 aptekarzy. Pani mgr Stolińska to prawdziwy przyjaciel, wyrozumiały i szlachetny człowiek. Wiele roczników aptekarzy odbyło pod jej czujnym i serdecznym okiem praktyki, staże, szkolenia, kursy i specjalizacje. Zawsze wspierała nas swoim doświadczeniem zawodowym i zachęcała do pogłębiania wiedzy. Dziś jesteśmy tu po to, aby wyrazić wdzięczność i podziękować za wszystko, co przez te lata otrzymaliśmy od Pani magister. ■

Cieszyła bardzo dobra frekwencja

XXII Zjazd Sprawozdawczy Środkowopomorskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Koszalinie odbył się 20 lutego 2010 r. Uczestniczyło w nim 60 farmaceutów, w tym 39 delegatów.

Zjazd prowadziła mgr farm. Maria Walkowiak-Falende. Wśród gości zjazdu był dr Grzegorz Kucharewicz, prezes NRA oraz drn. farm. Marek Jędrzejczak, wiceprezes NRA w Warszawie.

Delegaci uczcili minutą ciszy pamięć zmarłych kolegów - ś.p. mgr Zbigniewa Szkutnika i ś.p. mgr Krzysztofa Ziółkowskiego, odznaczonego pośmiertnie Złotym Krzyżem Zasługi.

Podczas Zjazdu dokonano wręczenia odznaczeń zasłużonym działaczom samorządu. Medal im. Profesora Bronisława Koskowskiego otrzymali: mgr Jan Kruczkowski, mgr Grażyna Tatar, mgr Janusz Zaręba.

Cieszyła bardzo dobra frekwencja na Zjeździe, udział w dyskusji i Komisjach Zjazdowych młodych magistrów farmacji. Zjazd był okazją do przedsta-

wienia różnych bolączek aptekarzy i wysłuchania relacji o drugiej stronie problemu. W dyskusji poruszano między innymi sprawy dyżurów nocnych, nieczytelnych recept lekarzy, oraz konsekwencji prawnych będących wynikiem nieprawidłowej realizacji recept. nielubianej przez niektórych receptury, która jest ważnym atutem funkcjonowania aptek.

Zebrani przysłuchiwali się przemówieniu dr Grzegorza Kucharewicza. Naświetlił on aktualne problemy aptekarskie, widziane z perspektywy centralnego ośrodka samorządu aptekarskiego. Wytłumaczył różne sytuacje, trudności starań o właściwe ustalenia prawne. To był bardzo ważny aspekt Zjazdu. Wywołał żywą dyskusję. Zaspokoił wiedzę, że starania o poprawę bytu aptekarzy toczą się w Warszawie dzień w dzień z maksymalnym zaangażowaniem. Wystąpienie w mediach prezesa NRA oraz delegatów samorządu było adresowane do społeczeństwa, by wytłumaczyć aktualną sytuację w aptekarstwie

i sprawić, by otoczyli życzliwością aptekarzy, którzy opiekują się ich zdrowiem.

Pani mgr farm Ewa Proch -Brudnowska – Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny ze Szczecina mówiła o dyżurach, o etyce aptekarza i recepturze. Są różne problemy, różne sytuacje, ale przepisy są jednoznaczne. Trzeba o tym pamiętać.

Po obradach uczestnicy zjazdu wysłuchali z ciekawością dwóch wykładów dr. farm. Michała Krzysztofa Kołodziejczyka na tematy:

1. *Technologia produkcji leków, które warunkują lepszą czy gorszą przyswajalność środków leczniczych.*
2. *Suplementy diety, które niekiedy mają minimalną wartość leczniczą, ale łatwo je zarejestrować.* ■

Opracowanie na podstawie informacji przesłanej przez dr Jadwigę Brzezińską

Należy pomagać Naczelnej Radzie Aptekarskiej

XVIII Okręgowy Zjazd Aptekarzy **Okręgowej Izby w Olsztynie** odbył się 21 listopada 2009 roku. Był to zjazd sprawozdawczo-wyborczy, ponieważ zaistniała konieczność uzupełnienia składu Sądu o dwóch członków.

Magister Ewa Więckowska, prezes Olsztyńskiej Rady Aptekarskiej złożyła sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Aptekarskiej za okres 15.11.2008 r. do 20.11.2009 r., które było ilustrowane na dużym ekranie zdjęciami z różnych zdarzeń i uroczystości. Mówiąc o uczestnictwie w obchodach Święta Aptekarzy w Warszawie, złożyła gratulacje pani magister Marii Kuciak i pani magister Halinie Gwizdek, które zostały uhonorowane Medalem im. prof. Bronisława Koskowskiego.

Pani Prezes omówiła działania samorządu aptekarskiego w sprawie nowelizacji prawa farmaceutycznego. Niestety w 2009

roku nie spełniły się oczekiwania aptekarzy na przeprowadzenie koniecznych zmian prawnych.

Delegaci wysłuchali wykładu prof. dr hab. n. farm. Romana Kaliszana – „*Biofarmaceutyki – podstawowe narzędzie nowoczesnej farmakoterapii*”.

W dyskusji, której jednym z wątków było rozporządzenie o receptach lekarskich zabrał głos prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej dr Grzegorz Kucharewicz, który przedstawił prace NRA w związku z projektem nowelizacji tego rozporządzenia, dementując jednocześnie krążące pogłoski, że dopiero Śląska Okręgowa Izba Aptekarska i jej protest wymusiły na Ministerstwie Zdrowia spotkanie i rozmowy z samorządem. Ten protest jak stwierdził Prezes, raczej utrudniał toczące się rozmowy.

W nawiązaniu do powyższego problemu, pojawiły się

głosy na Zjeździe potępiające oddzielne działania poszczególnych Okręgowych Rad Aptekarskich oraz stwierdzające, że należy solidarnie popierać i pomagać NRA.

Należałoby odnotować fakt niewielkiej frekwencji na Zjeździe.

Aby zbadać przyczynę braku zainteresowania pracami Samorządu, które są przecież przedstawiane na Zjeździe w postaci sprawozdań – Olsztyńska Rada Aptekarska postanowiła opracować i rozesłać ankietę do wszystkich członków Izby Aptekarskiej. Ankieta ma zawierać różne pytania badające w sposób szczegółowy przyczyny nieobecności na Zjeździe oraz propozycje dotyczące organizacji Zjazdu. ■

Opracowanie na podstawie informacji przesłanej przez **mgr farm. Lucynę Łazowską**, członka Okręgowej Rady Aptekarskiej w Olsztynie

Na Opolszczyźnie rozmawiano o dyżurach i szkoleniu ciągłym

27 lutego 2010 roku na XVIII Okręgowym Zjeździe Sprawozdawczym **Opolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej** spotkali się delegaci reprezentujący aptekarzy Opolszczyzny. Sprawozdanie z działalności Izby w 2009 roku przedstawił mgr farm. Andrzej Prygiel, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Opolu.

Uczestnicy spotkania oddali minutą ciszy hołd pamięci zmarłych w minionym roku aptekarzy.

W debacie nad bieżącymi problemami środowiska poruszono przede wszystkim sprawę dyżurów oraz ustawowego obowiązku podnoszenia kwalifikacji przez aptekarzy.

Wśród gości Zjazdu był magister Piotr Bohater reprezentujący Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej, który wygłosił prelekcję na temat „*Aptekarstwo polskie na tle Unii Europejskiej*”. ■

Opracowano na podstawie informacji otrzymanej z biura Opolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

Komentarz doktora Aleksandra Czarniawego

Ważne Stanowiska NRA

W dniu 25 marca bieżącego roku na posiedzeniu plenarnym, Naczelna Rada Aptekarska podjęła dwa ważne dla środowiska aptekarskiego stanowiska:

- w sprawie pilnej potrzeby nowelizacji ustaw farmaceutycznych,
- w sprawie trybu rozliczania okresu szkolenia ciągłego dla farmaceutów czasowo nie wykonujących zawodu.

Przy ciągle nie uregulowanym właściwie porządku prawnym, na rynku dystrybucji leków samorząd aptekarski ma nie tylko prawo, ale obowiązek zwrócenia uwagi decydentów, w tym Ministra Zdrowia oraz posłów i senatorów, na właściwą politykę lekową Państwa, oraz na właściwe warunki wykonywania zawodu farmaceuty.

Naczelna Rada Aptekarska wielokrotnie opiniowała różne projekty nowelizacji ustawy Prawo Farmaceutyczne, czy ustawy o izbach aptekarskich, które utykały w machinie administracyjnej, czego dowodem jest m.in. zawieszenie nowelizacji Prawa Farmaceutycznego czy rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, a także wprowadzenie rozporządzenia o zmianach list leków bez wymaganego „*vacatio legis*”.

Notujemy coraz częstsze wystąpienia do organów centralnych poszczególnych OIA indywidualnych farmaceutów nie

zgadzających się z panującym bałaganem na rynku dystrybucji leków. W jednym z nich, w liście otwartym skierowanym do NRA oburzona farmaceutka pisze:

„źle pojęty wolny rynek w takim obszarze jak obrót lekiem uczynił konkurencję między aptekami bezpardonową o trudne do zdefiniowania zasady, głównie finansowe. Stworzona została groźna dla farmacji możliwość tworzenia rozmaitych konfiguracji sieci. Stała się obronić eskalacja złych praktyk. Jesteśmy świadkami kulminacji operacji typu „leku za grosz”, czy cen detalicznych nijak nie mających się do ogólnie znanych cen zakupu. O innych drastycznych tzw. „zachętach” nie chcę bliżej się rozwodzić. O dziwo dzieje się to pod osłoną prawa - prawa dżungli? Pacjentom zaś oferuje się pozory korzyści. Pozory - bo cóż za tym stoi - altruizm?”

Nasilające się coraz bardziej głosy krytyczne pod adresem decydentów dotyczące braku radykalnych działań porządkujących rynek leków spowodował, że NRA po licznych, mało skutecznych interwencjach postanowiła dać wyraz zaniepokojeniu z powodu przedłużających się prac nad nowelizacją ustaw dotyczących obrotu produktami leczniczymi oraz wykonywania zawodu aptekarza, a także funkcjonowania samorządu aptekarskie-

go formułując swoje stanowisko w tej sprawie.

Tekst Stanowiska NRA będzie wykorzystany w rozmowach z decydentami, a także medialnie.

Drugie Stanowisko NRA wiązało się z potrzebą ustalenia **trybu postępowania przy rozliczaniu okresu szkolenia ciągłego dla farmaceutów czasowo nie wykonujących zawodu.**

W ostatnim czasie narasta problem rozliczania farmaceutów nie wykonujących czasowo zawodu na terytorium Polski lub przebywających na długotrwałych zwolnieniach wychowawczych czy lekarskich. Brak podstaw prawnych, by odpowiedzieć jednoznacznie, czy czasowe nie wykonywanie zawodu na terytorium Polski jest wliczane do 5 letniego okresu szkolenia czy też stanowi przerwę w tym obowiązku.

W tym stanie rzeczy należało przyjąć jednolity tryb postępowania, by nie różnicować farmaceutów będących członkami różnych OIA.

Jeśli **nie przerywa się im ciągłości obowiązku szkolenia** ciągłego to taki tryb wymaga odpowiedzi na pytania:

- czy i kiedy taki farmaceuta ma obowiązek rozpocząć okres edukacyjny?,
- czy jest on przerywany na czas jego nieobecności w Polsce przy uwzględnieniu sytuacji, gdy jest

on nadal członkiem danej Izby w Polsce i płaci składki jak dla osoby nie wykonującej zawodu?

- jak zaliczać punkty edukacyjne uzyskane na szkoleniach odbytych za granicą w ramach szkoleń wymaganych w innych krajach przez farmaceutów wykonujących zawód za granicą w danym okresie edukacyjnym (całym lub tylko przez część okresu np. 2 lata)? Jak zdefiniować kryteria ewentualnego zaliczania tych szkoleń oraz wymagane dokumenty?

Nieprzerwanie więc ciągłości 5-letniego okresu szkolenia ciągłego wymagałoby przy-

jęcia całego szeregu zbytecznych rozwiązań szczegółowych, co nie wydaje się konieczne. Prócz tego rozporządzenie Ministra Zdrowia z 25 czerwca 2003 roku w sprawie szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (Dz. U. z 2003 r. nr 132, poz. 1238) stanowi wprost, że: szkolić się mają osoby zatrudnione, wykonujące zawód na terenie Polski. Zatem farmaceutyci nie wykonujący zawodu w Polsce, niezatrudnieni na terenie żadnej Izby w Polsce nie mają obowiązku szkoleniowego według polskich przepisów. **Wobec powyższego w czasie ich nieobecności w Polsce, zawieszony jest bieg 5-letniego terminu szkolenia począwszy od**

złożenia oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu.

Wydłużenie okresu edukacyjnego w trybie opisanym, miałyby również zastosowanie do osób nie wykonujących zawodu z innych przyczyn np. długotrwałych zwolnień chorobowych, czy urlopów wychowawczych.

Taki też tok działania przyjęła Naczelna Rada Aptekarska, która zaleca wszystkim okręgowym izbom aptekarskim stosowanie w/w trybu postępowania przy rozliczaniu okresu szkolenia ciągłego dla farmaceutów czasowo nie wykonujących zawodu. ■

dr n. farm. Aleksander Czarniawy
członek NRA

Warto wiedzieć

50 LAT PGEU

Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej (PGEU) istnieje już ponad 50 lat. Organizacja została powołana 29 maja 1959 roku we Frankfurcie. Organizację powołały: Francja, Niemcy, Belgia, Holandia, Luksemburg i Włochy.

Aktualnie PGEU zrzesza organizacje aptekarzy z 30 krajów europejskich i reprezentuje 400.000 farmaceutów, w tym aptekarzy i farmaceutów z Polski. Pracami PGEU zarządza Komitet Wykonawczy. W 2009 roku na Przewodniczącego Komitetu Wykonawczego powołano Thony'ego Björk'a ze Szwecji.

Jednym z siedmiu członków tego gremium mgr farm. Piotr Bohater delegowany do pracy w Komitecie przez Naczelną Izbę Aptekarską.

Bieżącymi pracami PGEU kieruje Sekretariat z siedzibą w Brukseli. Sekretarzem Generalnym PGEU jest John Chale. PGEU utrzymuje się w całości ze składek wpłacanych przez organizacje członkowskie. Jednym z wydarzeń roku 2009 było przystąpienie PGEU do europejskiej koalicji na rzecz zdrowia serca. 9 grudnia przedstawiciele PGEU podpisali w Brukseli European Heart Health Charter.

11 marca 2010 roku został opublikowany RAPORT ROCZNY opisujący działalność tej międzynarodowej organizacji farmaceutów w 2009 roku. Raport jest dostępny pod adresem:

http://www.pgeu.eu/Portals/6/documents/2010/Publications/10.03.11E%20PGEU%20Annual%20Report%202009_FINAL.pdf



WIĘCEJ FIRM ZOSTANIE ZWOLNIONYCH Z OBOWIĄZKU ZATWIERDZANIA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI

W myśl nowej regulacji z 8 stycznia 2010 r. ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia, która obowiązuje od 11 marca br. (Dz. U. nr 21, poz. 105) obowiązku uzyskiwania zatwierdzenia nie będą miały m.in. sklepy zielarskie, apteki, punkty apteczne, hurtownie farmaceutyczne.

Cytat z obowiązującej ustawy:

art. 63:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

"2. Zatwierdzenie nie jest wymagane w odniesieniu do:

1) działalności w zakresie dostaw bezpośrednich;

2) urzędzeń dystrybucyjnych do sprzedaży żywności;

3) obiektów lub urzędzeń ruchomych lub tymczasowych, uprzednio dopuszczonych do prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie produkcji lub obrotu żywnością w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej;

4) gospodarstw agroturystycznych;

5) podmiotów prowadzących działalność w zakresie produkcji win gronowych uzyskanych z winogron pochodzących

z upraw własnych w ilości mniejszej niż 1.000 hl w ciągu roku kalendarzowego zgodnie z zasadami określonymi w przepisach o wyrobie i rozlewie wyrobów winiarskich, obrocie tymi wyrobami i organizacji rynku wina;

6) aptek, punktów aptecznych i hurtowni farmaceutycznych określonych przepisami prawa farmaceutycznego;

7) sklepów zielarskich;

8) przedsiębiorców prowadzących sprzedaż detaliczną innych niż środki spożywcze produktów oraz wprowadzających do obrotu środki spożywcze opakowane, trwale mikrobiologicznie;

9) producentów gazów technicznych na potrzeby podmiotów działających na rynku spożywczym;

10) zakładów prowadzących działalność gospodarczą w zakresie pośrednictwa w sprzedaży żywności "na odległość" (sprzedaży wysyłkowej), w tym sprzedaży przez Internet;

11) zakładów działających na rynku materiałów i wyrobów przeznaczonych do kontaktu z żywnością, w tym zakładów prowadzonych przez podmioty zajmujące się recyklingiem;

12) podmiotów działających na rynku spożywczym prowadzących produkcję pierwotną." ■

*Informację przygotował:
mgr farm. Michał Grzegorzczak
Departament Informacji NRA*





„Cel i metody propagandy aptek”

W poprzednich numerach „Aptekarza Polskiego” przedstawiłem Czytelnikom, jak w okresie dwudziestolecia międzywojennego dyskutowano na temat wyglądu farmaceuty i jego godności zawodowej. Tym razem, nadal posiłkując się postępowym czasopismem „Farmacja Współczesna” z lat trzydziestych ubiegłego wieku, zobaczymy, jak nasi poprzednicy chcieli, aby wyglądała apteka.

Za programowy artykuł na temat wyglądu i funkcji apteki można uznać publikację pt. „Cel i metody propagandy aptek” z roku 1939, autorstwa redaktora naczelnego „Farmacji Współczesnej” – magistra Stanisława Junoszy Piaskowskiego. Autor pisał w nim m.in. na temat izby ekspedycyjnej, najważniejszej w oczach społeczeństwa, na którą należy zwrócić szczególną uwagę: *krzyczące afisze, barwne*

ogłoszenia itp. reklamy nie powinny znajdować miejsca w obrębie izby ekspedycyjnej lub okna wystawowego. Zgodzić się można na umieszczanie afiszy o charakterze ogólnopaństwowym, społecznym, ale nigdy na programy cyrkowe, lub anonse o wolnych lub poszukiwanych mieszkaniach, lekcjach itp. Redaktor „Farmacji Współczesnej” podkreślał także konieczność estetycznego wydawania leków z apteki: *pudełko, flaszka, sygnatura, przyzwicie zrobiona paczka, to są rzeczy na które klient zwraca dużą uwagę.*

„Farmacja Współczesna” zamieszczała także listy od aptekarzy, którzy w sposób szczególny dbali o wygląd swych aptek. I tak w roku 1934 opisana została wystawa urządzona w witrynie warszawskiej apteki Klickiego i spółki, zorganizowana przez zarządcę tejże apteki – magistra Kornela Piotrowskiego. Wystawa okienna obrazowała *polskie preparaty srebrne*. Złożyły się na nią m.in. opakowania ▶



Ilustracja 1

Znane już czytelnikom „Aptekarza Polskiego” zdjęcie przedstawiające aptekę magistra Józefa Kokoszki z Jordanowa. Zwróćmy uwagę na wzorowo urządzone wnętrze, piękne naczynia apteczne, bukiet lilii oraz płaskorzeźbę na ścianie. We wnętrzu apteki brak jest jakichkolwiek reklam, co już w okresie dwudziestolecia międzywojennego należało do rzadkości.

Fotografia ze zbiorów Emanuela Merza.



Ilustracja 2

Wystawa „Polskie preparaty srebrne” w witrynie okiennej apteki zarządzanej przez Kornela Piotrowskiego („Farmacja Współczesna” 1934, nr 1-2, s. 12).

polskich preparatów srebrnych, tablice porównawcze z licznymi wykresami wzrostu wydobywania srebra, wykazami kopalń rudy srebrnej, fotografie przedstawiające piece do wytopu srebra z rud, a wreszcie bryły kruszcu – argentytu i galenitu. Zainteresowanie wystawą było wedle relacji Piotrowskiego *duże, szczególnie inteligencji, choć i nie brak gapiów, spoglądających poządlivem okiem na bryły kruszcu.*

Innymi, opisanymi w „Farmacji Współczesnej” wystawami aptecznymi, były dwie ekspozycje, urządzone przez magistra Stanisława Bukowskiego. Pierwsza z nich ilustrowała „Opium i jego produkty”, druga zaś pouczała „Jak odróżnić jadowitą żmiję od nieszkodliwego węża”. Genezą drugiej wystawy było *ukazanie się w ogrodach publicznych Warszawy kilku wężów, co spowodowało psychozę wężową.* Magister Bukowski, *czując się farmaceutą*

-przyrodnikiem, postanowił *walczyć z bezprzykładną ignorancją warszawiaków.* W celu ochrony nieszkodliwych gatunków zakonserwował cztery okazy: żmiję, gniewosza, zaskrońca oraz padalca, tak aby umożliwić ich łatwe rozróżnienie. Ponadto na

wystawie pojawiły się informacje w postaci tablic: na temat wężów *w ogóle,* ich znaczeniu w mitach i lecznictwie ludowym oraz mechanizmie ukąszenia przez żmiję.

Redaktorzy „Farmacji Współczesnej” do tego stopnia interesowali się wnętrzem polskich aptek, że w wielu artykułach piętnowali eksponowanie w witrynach aptecznych i wnętrzach izb ekspedycyjnych reklam *firm cudzoziemskich.* W roku 1936 pisano: *apteki nasze chętnie korzystają z materiału propagandowego zagranicznych koncernów farmaceutycznych, rozdając ich broszurki propagandowe i ulotki reklamowe cudzoziemskich wyrobów. (...) A ileż razy na pierwszym stole czy na kasie widzimy reklamowe talerze szklane, czy kółka gumowe do wydawania reszty, opatrzone nazwami firm cudzoziemskich.*

Po lekturze powyższych akapitów popatrzmy na współczesne



Ilustracja 3

Wystawa „Jak odróżnić jadowitą żmiję od nieszkodliwego węża”, urządzone przez magistra Stanisława Bukowskiego („Farmacja Współczesna” 1933, nr 5-6, s. 260).

apteki. Dominują w nich reklamy, *standy*, *multifacing* i agresywne reklamy, wyświetlane na ekranie telewizora, zaś znane autorytety próbują uświadomić nam, że wszystko to jest wręcz nieodzownym elementem wyposażenia apteki, bez którego – bankructwo gotowe! Co jednak o tak urządzonych aptekach myślał pacjent? Widzą od razu, że w aptecę takiej najważniejszy jest handel, sprzedaż, zysk. Wiedza i doświadczenie schodzą na drugi plan, równie dobrze w aptecę

takiej mogłyby pracować osoby bez żadnego wykształcenia. Po prostu: kupiec, chce za wszelką cenę sprzedać swój towar. A jak pięknie i inaczej może wyglądać apteka! Ileż to już interesujących izb ekspedycyjnych miałem okazję widzieć: z wystawami historycznymi, ekspozycjami żywych lub suszonych roślin leczniczych, z twórczością artystyczną pracujących w danej aptecę farmaceutów... Oczywiście wszystko zależy od indywidualnych upodobań farmaceuty, ale idea pozostaje

ta sama: pokazać pacjentom, że apteka, do której właśnie weszli jest miejscem, gdzie twórcza inwencja, wiedza medyczna i dobry gust stoją przed chęcią sprzedania czegokolwiek! Pacjent taki podejdzie wtedy do okienka ufnym w to, że ekspediujący leki farmaceuta jest oddanym swej pracy fachowcem i entuzjastą farmacji, a nie – czyhającym na zysk sprzedawcą! ■

dr n. farm. Maciej Bilek

Warto wiedzieć

Do dwudziestu siedem tysięcy sześciuset dwudziestu siedmiu odlicz...

W samorządzie aptekarskim zrzeszonych jest ogółem 27 628 aptekarzy (dane - 31.XII.2009). Są oni członkami dwudziestu okręgowych izb aptekarskich.

Największą pod względem liczebności izbą jest Okręgowa Izba Aptekarska w Warszawie, do której należą 4084 osoby. Drugą, co do liczby członków jest Okręgowa Izba Aptekarska w Krakowie, do której przynależy 2676 aptekarzy. „Medalową” stawkę zamyka Śląska Okręgowa Izba Aptekarska mająca 2521 członków.

Tuż za nimi są mniejsze „dwutysięczniki” mające zbliżoną liczbę członków: Dolnośląska OIA (2294), Łódzka OIA (2263), Wielkopolska OIA (2239).

W środku grupy są izby: Gdańska (1990), Lubelska (1946), Pomorsko-Kujawska (1247), Podkarpacka (1100), Kielecka (702), Białostocka (761), Beskidzka (584), Zachodniopomorska (574).

Do najmniej liczebnych izb należą: Olsztyńska Okręgowa Izba Aptekarska – 496 członków, Lubuska Okręgowa Izba Aptekarska – 490 członków, Opolska Okręgowa Izba Aptekarska -466 członków, Środkowopomorska Okręgowa Izba Aptekarska – 459 członków, Częstochowska Okręgowa Izba Aptekarska – 440 członków i Kaliska Okręgowa Izba Aptekarska – 346 członków.

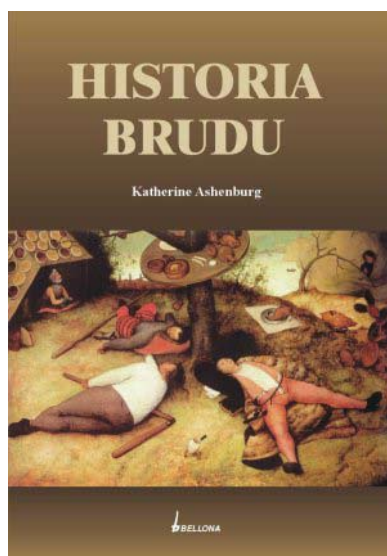
Przed trzema laty, w 2006 roku szeregi aptekarskie były mniej liczne. Do samorządu aptekarskiego należało wtedy 25 258 osób.

HISTORIA BRUDU

„*Historia brudu*” to historia ludzkiej codzienności na tle rozwoju cywilizacji i postępu myśli. Wystarczy uświadomić sobie, że to brud jest poniekąd „naturalnym” stanem rzeczy, bo czystość wymaga przecież zachodu. Na ile nasi przodkowie uważali za właściwe ten trud podjąć, zależało przede wszystkim od dziejowych okoliczności w jakich się znaleźli. Oczyszczanie ciała (lub właśnie unikanie go) mogło mieć wymiar religijny, towarzyski lub zdrowotny i było niejako „lustrem epoki”. Wybór tematu jest zatem ogromnym plusem tej publikacji. Nie bywa on bowiem zbyt często podejmowany, a przecież kąpielowe zwyczaje Sokratesa, Króla Słońce, czy Napoleona nie tylko intrygują i czasami zdumiewają, ale także znakomicie powiększają erudycję i poszerzają spojrzenie na świat przez pryzmat historii.

Autorka proponuje podróż śladami brudu i czystości od starożytności aż po czasy współczesne. Po drodze przedstawia oblicza szokującej abnegacji, jak również higienicznej ambiwalencji, aż do współczesnej, przesadnej mizofobii. Przytaczane przez autorkę fakty są to nie tylko czytelniczko atrakcyjne ciekawostki – ale także informacje pozwalające zrozumieć przesłanki, dla których w minionych stuleciach podejście do higieny bywało tak odległe od naszego. Dla starożytnych Greków i Rzymian terminy i

domy kąpielowe stanowiły istotną składową życia towarzyskiego. Choć może się wydawać, że byli czyścioszkami, to już ich zwyczaj nacierania ciała oliwą i zdrapywania jej wraz z brudem specjalną skrobaczką ze współczesnym pojęciem oczyszczania ciała ma niewiele wspólnego. Chrześcijański asceta nie mył się głównie ze



względów religijnych, z pogardy dla cielesności, wierząc jednocześnie iż *im brudniejsze jest ciało, tym czystsza dusza*, dodatkowo motywując wstręt do kąpieli wstydem przed *pobudzającym do grzechu* obnażaniem się. W epokach, w których kontakt z wodą (w szczególności z gorącą) uważany był wręcz za niebezpieczny królowała teoria, w myśl której *„pod wpływem gorąca i wody w skórze otwierały się pory, przez które zaraza łatwo przenikała do organizmu”*. Brud stanowił za-

tem znakomitą, naturalną zaporę, chroniącą ciało przed chorobami. Kierując się tymi „odkryciami naukowymi” i „uważaniem na zachowanie zdrowia”, bardzo długo za lepszą i bardziej niezawodną alternatywę dla kąpieli uważano po prostu zmianę bielizny. Teoriom tym poddawali się na równi ubodzy, jak i arystokraci i królowie. Z biegiem czasu następowała stopniowa legitymizacja wody, aż do współczesności.

Godnym nadmienienia jest fakt, że pomimo niekiedy szokujących dla współczesnego czytelnika faktów dotyczących zasad higieny w minionych wiekach – jeden obyczaj, jedna zasada czystości pozostawała w miarę niezmienną i przestrzeganą niezależnie od epoki i kondycji społecznej – mianowicie zwyczaj mycia rąk. Ręce – z czym zgadza się jeden z przytaczanych przez autorkę naukowców – są bowiem tą częścią ciała, która *musi być myta z poważnych zdrowotnych przesłanek*.

Autorka zwraca także uwagę na fakt, iż nasze współczesne – co by nie mówić – wyśrubowane normy higieniczne są w dużej mierze efektem uwarunkowania nas przez wolnorynkową rzeczywistość. A wszystko zaczęło się od komercyjnego sukcesu mydła... Od tego czasu reklama stara się wpoić nam przekonanie, iż aby zachować zdrowie i urodę, co więcej – aby odnieść sukces w życiu prywatnym i zawodowym nieodzownie potrzebujemy całej gamy środków kosmetycznych. Jednocześnie zapewnia nas ona na każdym kroku, iż skóra człowieka powinna być tak dokładnie pozbawiona naturalnego zapachu jak to tylko możliwe. Łazienka stała się dla współczes-

nego człowieka swoistą domową „świątynią dumania” w której spędzamy niebagatelną ilość czasu, oddając się czynnościom, które coraz bardziej przypominają „cielesne rytuały”. Choć nie wyobrażamy sobie już innego sposobu życia, nie da się ukryć, że lektura „Historii brudu” zmusi pewnie niejednego czytelnika do pewnej refleksji. Mianowicie – mimo, iż przez całe stulecia zwyczaje higieniczne stały w rażącym kontraście do tych, którym hołdujemy dzisiaj – nie wydaje się, aby ludzie tamtych epok byli z tego powodu mniej szczęśliwi od nas. A i gatunek ludzki nie wyginął. Choć dla nas, współczesnych wydają się odrażający i dziwni, nie ma żadnej gwarancji,

że dla naszych potomnych sami nie staniemy się „dinozaurami higieny.” Do podobnego wniosku dochodzi autorka w ostatnim akapicie swojej książki: *„Przyszłość czystości jest zagadką, zależną jak zawsze, od materialnych zasobów danego społeczeństwa i ewolucji jego mentalności. Nic, na przykład, nie zmieniłoby naszych nawyków kąpielowych szybciej i gruntowniej niż poważny deficyt wody. Jedna rzecz jest pewna. Za sto lat ludzie będą patrzeć z rozbawieniem, jeśli nie zdumieniem na to, co uchodziło za higieniczną normę na początku XXI wieku.”*

Lekturę umilają rozliczne, zgrabnie wybrane marginalia, będące cytatami zaczerpniętymi nie tylko z poważnych dzieł, ale tak-

że z ballad, epitafiów, ludowych mądrości, listów, a nawet frywolnych wierszyków. Książkę ozdabiają także ryciny, reprodukcje i fotografie, niekiedy doprawdy frapujące np. sztych przedstawiający osiemnastowieczną niewiastę siedzącą okrakiem na bidecie czy też obraz zatytułowany „Kobieta z pchłą”... ■

mgr farm. Olga Sierpiñowska

„Historia brudu”
Katherine Ashenburg
“The Dirt on Clean.
An Unsanitized History”
Wydawnictwo Bellona, 2009
oprawa miękka, 264 strony



Fot. Olga Sierpiñowska

Poniżej przedstawiamy fragment prozy oraz wiersz „*Recepta na przetrwanie*” pochodzące z publikacji „*Przejaśnienie*” – poetyckiej pigułki mgr farm. Waltera Pyki – wydanej z okazji XVI Wielkopostnych Rekolekcji Aptekarzy Opolskich, *Sebastianeum Silesiacum*, Kamień Śląski 27-28 marca 2010 r.

Wysłannik z krainy prostych słów

(...) Moje wiersze mają problem ze mną, a ja mam z nimi jeszcze większy. Traktujemy się bowiem bardzo personalnie, chociaż przeważnie mówimy sobie po imieniu. Bo z tym moim pisaniem, to jest trochę tak jak z przyjmowaniem gości. Każdy wiersz, który się pojawia jest swego rodzaju gościem, który przychodzi przeważnie niespodziewanie, siada obok, opowiada o ludziach, których spotkał, opisuje różne zdarzenia które przeżył, wymienia jakieś imiona, daty, podsuwa kratkę, pióro i tak uparcie patrzy w oczy, że muszę wejść z nim w dialog. (...)

Tak było wczoraj. Wiersz przyszedł po północy. Lekko wytarta kurtka, beret z przekrzywioną antenką i szalik nie zalecany przez laryngologów. To wszystko świadczyło, że nie przyszedł on z krainy zamożności, ani że nie jest z grupy wyznawców, którzy wierzą, że to szata zdobi człowieka. Przyszedł, stanął w drzwiach jak ktoś, kogo już widziałem.

- Witaj – powiedział.
- Dobry wieczór – odpowiedziałem – późno przychodzisz.
- Lepiej późno, niż wcale – odpowiedział z nieukrywaną pewnością.
- To zależy – odparłem z nieukrywaną śmiałością. To zależy z czym przychodzisz, po co przychodzisz i czego żądasz.
- Jestem wysłannikiem z krainy prostych słów – powiedział gość – i oczekuję odpowiedzi na pytanie, co to znaczy to twoje „w razie bólu jeden wiersz”. (...)
- Widzisz drogi gościu co nieco spóźniony, idąc po linii zawodowej nie jest to ekonomiczne myślenie aptekarza.
- No więc leczysz tymi wierszami, czy nie – napierał spóźniony gość.
- To zależy – odparłem – to zależy na ile zagłębiając się w treść kartki jesteś w stanie zapomnieć o chorobie.
- Aha – skwitował gość dosyć przekonywająco. Aha – powtórzył – a co z refundacją, kto do tego biznesu dopłaca?
- Bez obaw – odpowiedziałem spokojnie – moja działalność, ten mój biznes, jest zupełnie legalny i jest refundowany przez NFZ. Czyli przez Najlepszego Filantropa Zdrowotnego o pseudonimie „Serce”.
- Aha – tu mnie boli – wskazał gość na oczy.
- Aha – podchwyciłem jego rytm dialogu. (...)
- Aha – no to co robić? – zapytał gość błagalnie.

Przyjąłem postawę mędrca i odpowiadam.

- Co robić? A no częściej mówić słowo „aha”.

Trzeba umieć się zadziwić. Czasami próbować odbierać rzeczywistość w kategoriach daru, podarunku, w zwykłości szukać niezwykłości, a wtedy każdy drobiazg nabiera większej wartości. (...)

RECEPTA NA PRZETRWANIE

**motto: dożywienie ducha miłością
uchroni ciało przed starością**

**Tak żyć, by ciągle się chciało,
by wszystko zawsze było cudem;
by nigdy nie było kogoś za mało
a nie zagrażają ci lata chude.**

**Bo przecież zawsze się znajdzie jakiś drobiazg
kamyczek jakiś parę kartek.**

**Nagle otwierasz zdumione oczy i to jest objaw,
że życie jeszcze jest życia warte.**

**Nawet gdy zmarszczki pokryją czoło,
a cień się wydłuży bez końca
Pamiętaj!
Ziemia musi zatoczyć koło,
a cień jest tylko dowodem istnienia słońca.**

**Usiądź, pomyśl, nie panikuj.
Może nie jesteś orłem lub innym ptakiem
Ale nie jesteś także plamą w boskim dzienniku
Jesteś ciągle bardzo ważnym znakiem.**

**Ranek przyniesie nowe siły
a wszystko co nowe smakuje inaczej
Popatrz wiosenne pąki się zazieleniły
a życie jak żabka z radości skacze.**

**Nie myśl, żeś naiwny, że lekceważę
Wiem jak kamień w bucie uwiera.
To życie zrobiło mnie aptekarzem
mam to w dowodzie i na papierach.**

**Rozważam codziennie życia miarki
Wiem, że najcięższe jest kilo czekania.
Wiem także, że strach rozsypuje po ciele ciarki,
a zawiść swędzi nie do opisania.**

**Dlatego spróbuj
Tak żyć by ciągle wszystko zachwycalo
ja wiem, że sprawa nie jest prosta
Ale, jeśli ciało nawet trochę zmarniało
to niechby chociaż duch w duchu pozostał.**

Nowe rejestracje - PL – styczeń 2010



W styczniu 2010 r. Minister Zdrowia wydał 88 pozwoleń na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce. 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 styczeń 2010 zostało udostępnione 12 marca 2010.

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A11 – Witaminy; A11D – Witamina B1, preparaty proste i w połączeniach z witaminą B6 i B12; A11DB – Witamina B1 w połączeniu z witaminą B6 i/lub witaminą B12

Thiaminum+pyridoxinum+cyanocobalaminum: Neurovit (TAK Pharma) w postaci doustnej to pierwsza rejestracja leku o podanym składzie.

B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

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

Clopidogrelum: Agrelex (Galex d.d.), Carder (Farma-Projekt), Clopidogrel Actavis, Trogran (Glenmark), Plavocorin (Sandoz), Platarex (Pliva Kraków) i Clopidogrel Pliva (Pliva Kraków) to aktualnie odpowiednio 34., 35., 36., 37., 38., 39. i 40. zarejestrowana marka klopidogrelu. Na rynek wprowadzono 9 leków: Plavix (Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb; lek oryginalny), Areplex (Adamed), Zyllt (Krka), od sier-

pnia 2008 Clopidix (Lekam), od listopada 2009 Clopidogrel Mylan (Mylan Pharma) i Egitromb (Egis), od grudnia 2009 Clopidogrel Teva (Teva Pharma) i Trombex (Zentiva) oraz od stycznia 2010 Grepid (Pharmathen). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Agregex (Actavis), Clopidogrel Jenson (Jenson Pharmaceutical Services), Defrozyp (Ozone), Lofradyk (Adamed), Miflexin (Adamed), Nofardom (Adamed) oraz zarejestrowane w ramach centralnej procedury unijnej leki: Clopidogrel 1A Pharma (Acino Pharma), Clopidogrel Acino (Acino Pharma), Clopidogrel Acino Pharma (Acino Pharma), Clopidogrel Acino Pharma GmbH (Acino Pharma), Clopidogrel DURA (Mylan dura), Clopidogrel Hexal (Acino Pharma), Clopidogrel Krka (Krka), Clopidogrel Mylan Pharma (Apotex), Clopidogrel Qualimed (Qualimed), Clopidogrel Ratiopharm (Acino Pharma), Clopidogrel Ratiopharm GmbH (Acino Pharma), Clopidogrel Sandoz (Acino Pharma), Clopidogrel TAD (Tad Pharma), Clopidogrel Teva Pharma (Teva Pharma; poprzednia nazwa preparatu: Clopidogrel HCS), Clopidogrel Winthrop (Sanofi-Aventis), Iscover

(Bristol-Myers Squibb), Zopya (Norpharm Regulatory Services) i Zylagren (Krka). W listopadzie 2009 wycofano z unijnego rejestru preparat Clopidogrel BMS (Bristol-Myers Squibb).

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C03 – Leki moczopędne; C03B – Leki moczopędne niskiego pułapu, z wyłączeniem tiazydów; C03BA – Sulfonamidy, leki proste

Indapamidum: Indapamide J&P Pharma to 18. zarejestrowana marka indapamidu w postaci o przedłużonym uwalnianiu. Na rynku znajduje się 6 leków o przedłużonym uwalnianiu: Diuresin SR (Polfarmex), Indapen SR (Polpharma), Indix SR (Pliva Kraków), Ipres Long (Vedim), Rawel SR (Krka) i Tertensif SR (Servier), a także 6 leków o standardowym uwalnianiu: Apo-Indap (Apotex), Indapen (Polpharma), Indapres (Polfa Grodzisk), Indapsan (Sanofi-Synthelabo), od listopada 2008 Indapamidum Farmacom i od lipca 2009 Indap (Pro.Med). Nie zostało jeszcze wprowadzonych 11 leków o przedłużonym uwalnianiu: Arifon SR (Anpharm), Fodrin (Teva), In-

dapamide 1,5 mg SR Servier, Indapamide SR (JPZ), Indapamid-Ratiopharm SR (Ratiopharm), Indapres SR (Polfa Grodzisk), Indastad (Stada), Indipam SR (Actavis) Izepox (Ozone), Pre-vilex (Anpharm) i Symapamid SR (SymPhar).

C09 – *Leki działające na układ renina-angiotensyna; C09A/C09AA* – *Inhibitory ACE, leki proste*

Ramiprilum: Ramipril Actavis to 16. zarejestrowana marka ramiprylu. Do obrotu wprowadzono 12 leków: Mitrip (Teva Kutno), Piramil (Sandoz), Ramicor (Ranbaxy), Tritace (Aventis Pharma; lek oryginalny), od grudnia 2006 Axtil (Adamed), od lutego 2007 Vivace (Actavis), od kwietnia 2007 Polpril (Polpharma), od października 2007 Ramve (Bristol Laboratories), od grudnia 2007 Ramistad (Stada), od czerwca 2008 Ramipril-Ratiopharm (zarejestrowany wcześniej przez Galex d.d. jako Ramilex), od listopada 2008 Apo-Rami (Apotex) i od marca 2009 Ampril (Krka). Nie ma jeszcze w sprzedaży preparatów: Ramipril Ozone, Ramitren (GlaxoSmithKline) i Ramrex (Sanofi-Synthelabo).

C09B - *Inhibitory ACE, leki złożone;*

C09BA – *Inhibitory ACE i leki moczopędne;*

C09BA06 – *Chinapryl i leki moczopędne*

Quinaprilum+hydrochlorothiazidum: Quinteva HCT (Teva) jest 3. zarejestrowaną marką leków o podanym składzie. Do sprzedaży wprowadzono Accuzide (Parke-Davis), natomiast nie pojawił się jeszcze na rynku preparat Accustad H (Stada).

C09BB - *Inhibitory ACE i blokery kanału wapniowego; C09BB03* – *Lisinopryl i amlodypina*

Lisinoprilum+amlodipinum: Dironorm (Gedeon Richter) w dawkach 20 mg + 10 mg to rozszerzenie w stosunku do zarejestrowanego w kwietniu 2009, a wprowadzonego do sprzedaży w sierpniu 2009, preparatu Dironorm w dawkach 10 mg + 5 mg. To jedyna zarejestrowana dotychczas marka leku o podanym składzie.

C09C/C09CA – *Antagoniści angiotensyny II, leki proste*

Irbesartanum: Irbesartan Accord (Accord Healthcare) i Irbesartan Farmaprojects to odpowiednio 11. i 12. zarejestrowana marka irbesartanu. W sierpniu 1997 zarejestrowano centralnie w UE preparaty Aprovel (Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb; zarejestrowany w Polsce w ramach procedury narodowej w sierpniu 1998) i Karvea (Bristol-Myers Squibb), w styczniu 2007 preparat Irbesartan Winthrop (Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb), w grudniu 2008 Irbesartan Krka i w październiku 2009 Irbesartan Teva. W listopadzie 2009 wycofano z unijnego rejestru preparat Irbesartan BMS (Bristol-Myers Squibb). Do sprzedaży w Polsce wprowadzono dotychczas tylko Aprovel. Nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek zarejestrowane w Polsce preparaty: Diasykrun (Medis), Irbesartan Miklich, Irbesartan Sandoz, Irkartaban (Actavis) i Irtucalan (Medis).

Losartanum: Losartan Bluefish (Bluefish Pharmaceuticals) to 19. zarejestrowana marka losartanu. W sprzedaży znajduje się 12 leków: Cozaar (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), Lorista (Krka), Losacor (Biofarm), Lo-

zap (Zentiva), Xartan (Adamed), od sierpnia 2006 Lakea (Lek, Stryków), od stycznia 2007 Losartac (Farmacom), od stycznia 2008 Sarve (Farma Projekt), od lipca 2008 Rasoltan (Actavis), od listopada 2008 Losartan-Ratiopharm, od marca 2009 Stadazar (Stada) i od listopada 2009 Presartan (ICN Polfa Rzeszów). Nie pojawiły się jeszcze na rynku preparaty: Heartam (Wyvern Medical), Losahyp (Grünwalder), Losarlic (Licons), Losartan-1A Pharma (zarejestrowany wcześniej jako Losartan Grünwalder), Lozart (Apotex) i Losagen (Generics; zarejestrowany wcześniej pod nazwą Sartamerck).

C09D – *Antagoniści angiotensyny II, leki złożone;*

C09DA - *Antagoniści angiotensyny II i leki moczopędne;*

C09DA03 – *Walsartan i leki moczopędne*

Valsartanum+hydrochlorothiazidum: Zelvertancombo (Galex d.d.) w 3 dawkach to 7. zarejestrowana marka preparatów o podanym składzie. Na rynek wprowadzono 4 leki: Co-Diovan (Novartis), od września 2009 Tensart HCT (Egis), od grudnia 2009 Anartan HCT (Ratiopharm) i od stycznia 2010 Co-Valsacor (Krka). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży: Co-Bespres (Teva; wcześniejsza nazwa preparatu: Bespresco) i Valsartan Hydrochlorothiazide Pliva (Pliva Kraków).

G – UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G02 – *Inne preparaty ginekologiczne; G02C* – *Inne preparaty ginekologiczne; G02CX* – *Inne preparaty ginekologiczne* ▶

► **Homeopathicum:** Klimakt-Heel T (Heel) w postaci tabletek to preparat o nieco zmienionym składzie w porównaniu z wprowadzonym wcześniej preparatem Klimakt-Heel (Heel) w postaci tabletek podjęzykowych - nastąpiła zmiana potencji jednego z 7 składników: *Sanguinaria canadensis* z D3 na D6.

G04 – Leki urologiczne;

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

Sildenafilum: Sildenafil BMM Pharma i Sildenafil Medana (Medana Pharma) to odpowiednio 8. i 9. zarejestrowana w Polsce marka sildenafilu. Na rynek zostały wprowadzone 3 preparaty z opisanymi wyżej wskazaniem: Maxigra (Polpharma) oraz zarejestrowane w ramach centralnej procedury unijnej Viagra (Pfizer) i od października 2009 Vizarsin (Krka). Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty: Sildenafil Actavis, Sildenafil Ratiopharm i 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 postaciach nadciśnienia płucnego oraz wtórnych związanych z chorobami tkanki łącznej) bardziej pasowałaby klasa **C01EB** – Inne leki nasercowe.

H – LEKI HORMONALNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE, Z WYŁĄCZENIEM HORMONÓW PŁCIOWYCH I INSULIN

H01 – Hormony przysadki i podwzgórza oraz ich analogi; **H01B** – Hormony tylnego płata przysadki;

H01BA – Wazopresyna i jej analogi

Desmopressinum: Presinex (PH & T) aerozol do nosa to aktualnie 3. zarejestrowana marka preparatów dezmpresyny. Na rynku dostępny jest preparat Minirin (Ferring) w postaci aerozolu, kropli do nosa, iniekcji oraz tabletek (2 dawki), a od sierpnia 2008_liofilizat doustny Minirin Melt. Nie pojawił się jeszcze w sprzedaży Desmotev tabl. (Teva). Skreślono z Rejestru: krople do nosa Desmopryn (Medana Pharma) i aerozol do nosa Nocutil (Biofarm).

L – LEKI PRZECI- WNOWOTWOROWE I WPLYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L01 – Leki przeciwnowotworowe;

L01B – Antymetaboliety;

L01BC – Analogi pirymidyny

Gemcitabinum: Gemcitabine Caduceus Pharma i Gemcitabine Egis to odpowiednio 12. i 13. zarejestrowany lek z gemcytabiną, zaś Gemstad (Stada) w całkiem nowej rejestracyjnie postaci koncentratu do sporządzania roztworu do infuzji to rozszerzenie w stosunku do zarejestrowanego wcześniej proszku do sporządzania roztworu do infuzji. Na rynku znajdują się

4 leki: Gemzar (Eli Lilly; lek oryginalny), od lipca 2009 Dercin (Egis), od września 2009 Gemcitabin-Ebewe i od października 2009 Gitrabin (Actavis). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Gemcitabine Kabi (Fresenius Kabi), Gemcitabine Mayne (Hospira), Gemcitabine Polpharma, Gemcitabine Sandoz, Gemcitabin-Ratiopharm, Gemstad (Stada) i Nallian (Gedeon Richter). Skreślono z Rejestru: Gemcitabine Hexal.

L01C – Alkaloidy roślinne i inne środki naturalne;

L01CD – Taksany

Paclitaxelum: Eucol (Gedeon Richter) to aktualnie 13. zarejestrowany preparat paklitakselu. Na rynku znajduje się 5 leków: Paclitaxel AWD (Pliva Kraków), Sindaxel (Sindan), Taxol (Bristol-Myers Squibb), od stycznia 2007 Paclitaxin (Pharmachemie) i od sierpnia 2007 Paclitaxel-Ebewe. Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Paclimedac (Medac), Pacline (Egis), Paclitaxel Hospira (zarejestrowany wcześniej jako Paclitaxel Mayne), Paclitaxel Lefarm, Paclitaxel-Ratiopharm, Paclitaxel WZF (Polfa Warszawa) i preparat Abraxane (Abraxis BioScience) zarejestrowany w ramach unijnej procedury scentralizowanej. Skreślono z Rejestru: Poltaxel (Polfa Tarchomin) oraz Paxene (Norton).

L01X – Inne leki przeciwnowotworowe; **L01XX** – Inne leki przeciwnowotworowe

Irinotecanum: Irinotecan Polpharma i Irinotecan Stada to odpowiednio 15. i 16. zarejestrowana marka irinotekanu. Na rynku znajdują się 4 leki: Campto (Aventis Pharma; lek oryginalny),

Irinotecan Hospira (wprowadzony wcześniej pod nazwą Irinotecan Mayne), od maja 2008 Irinotesin (Actavis) i od grudnia 2009 Irinotecan Kabi (Fresenius Kabi). Nie zostały jeszcze wprowadzone: Arinotec (Apocare Pharma), Iricam (US Pharmacia), Irinotecan Accord (Accord Healthcare), Irinotecan BMM Pharma (Lefarm), Irinotecan Teva, Irinotecan Vipfarm, Irinnoxin (ICN Polfa Rzeszów), Jovadolin (Gedeon Richter), Noxecan (Sandoz) i Xavetta (Tabuk Poland).

M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

M02/M02A – Leki stosowane miejscowo w bólach stawów i mięśni; **M02AX** – Inne leki stosowane miejscowo w bólach stawów i mięśni

Camphorum: Maść kamforowa (Amara) to obecnie 5. rejestracja tego preparatu. Z wielu wcześniejszych rejestracji pozostały w rejestrze preparaty 4 firm: Aflofarm, Avena, Coel i Laboratorium Galenowe Olsztyn.

M03 – Środki zwiotczające mięśnie; **M03A** – Środki zwiotczające mięśnie działające obwodowo; **M03AX** – Inne środki zwiotczające mięśnie działające obwodowo

Toxinum botulinicum typum A: Azzalure (IPSEN) to 5. zarejestrowany preparat zawierający toksynę botulinową typu A. Na rynek zostały wprowadzone 3 leki: Botox (Allergan), Dysport (IPSEN) i od maja 2009 Vistabel (Allergan). Nie pojawił się jeszcze w sprzedaży preparat Xeomin (Merz).

M05 – Leki stosowane w chorobach kości; **M05B** – Leki wpływające na strukturę i mineralizację kości; **M05BA** – Bifosfoniany

Acidum risedronicum: Risedronat-Ratiopharm to 8. zarejestrowana marka preparatów kwasu ryzedronowego. Na rynku znajdują się 3 preparaty: Actonel (Sanofi-Aventis; lek oryginalny), od marca 2008 Risendros (Zentiva) i od grudnia 2008 Norifaz (Adamed). Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty Bifodron (Adamed; zarejestrowany wcześniej pod nazwą Risedronate sodium Adamed), Juverital (Ozone), Nofemix (Teva) i Risedrolex (Galex d.d.).

N – UKŁAD NERWOWY

N01 – Środki znieczulające; **N01B** – Środki znieczulające działające miejscowo; **N01BB** – Amidy; **N01BB58** – Artykaina, preparaty złożone

Articainum+epinephrinum: Den-tocaine (Optimal Regulatory Solutions) to aktualnie 4. zarejestrowana marka preparatów o podanym składzie. Do sprzedaży wprowadzono: Citocartin (Molteni), Septanest z adrenaliną (Septodont) i Ubistesin (3M Espe).

N03/N03A – Leki przeciwpadaczkowe; **N03AX** – Inne leki przeciwpadaczkowe

Topiramatum: Epinar (Axxon), Folprexin (Adamed), Droplete (Temapharm) i Topinital (Axxon) to odpowiednio 31., 32., 33. i 34. zarejestrowana marka topiramatu. Na rynek wprowadzono 12 preparatów: Topamax (Janssen-Cilag; lek oryginalny), od grudnia 2006 Topiramate-Ratiopharm, od grud-

nia 2007 Epiramat (Farmacom), od stycznia 2008 Etopro (ICN Polfa Rzeszów), od lutego 2008 TopiLek tabl. powł. (Sandoz), od września 2008 Erudan (Unia), od października 2008 Epitoram (Apotex) oraz Symtopiram (SymPhar), od lutego 2009 Toramat (Glenmark Generics), od kwietnia 2009 Topiramate Arrow (Arrow Poland), od października 2009 Topigen (Biogened) i od stycznia 2010 Epilania (Vipfarm). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Epimaxan (Polpharma), Epitop (Gerot), Jactigen (Generics; poprzednia nazwa: Topimerck), Monotop (Nycomed), Oritop (Orion), Ramatop (Teva), Talopam (Actavis), Tidian (Zentiva), Tomalex (Galex d.d.), Topiegis (Egis; zarejestrowany wcześniej jako Topiragis - Alfred E. Tiefenbacher), Topifar (Biofarm; wcześniejsza nazwa: Topiral), TopiLek kaps. (Sandoz), Topimatil (Jelfa), Topiramate-AET (Alfred E. Tiefenbacher), Topiramate Farmacom, Topiramate Tecnimede, Topiran (Ranbaxy), Topistad (Stada) i Zidoxer (Ozone). Skreślono z Rejestru preparat Topiramate-1A Pharma.

N05 – Leki psychotropowe; **N05A** – Leki neuroleptyczne;

N05AH – Diazepiny, oksazepiny, tiazepiny i okssepiny

Olanzapinum: Olanzapina Invent Farma to 32. zarejestrowana marka olanzapiny, biorąc pod uwagę łącznie rejestracje w Polsce i w ramach unijnej procedury scentralizowanej. W sprzedaży znajduje się 11 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), od listopada 2009 Synza (Synthon) i od stycznia 2010 Lanzapin (Biogened; zarejestrowany wcześniej pod nazwą Olanzapin Nucleus). Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty: Olanzafloc (Hexal), Olanzamin (Sun-Farm), Olanzapin Actavis, Olanzapina Jacobsen, Olanzapina Niolib (Unia), Olanzapina Nyzol (Lesvi), Olanzapine Adamed, Olanzapine Synthon, Olanzapin Pliva (Pliva Kraków), Olanzapin-Ratiopharm, Parnassan (Polfa Grodzisk), Trylan ODT (Medis) i Zapilux (Sandoz). Nie pojawiło się jeszcze w Polsce 7 leków zarejestrowanych w ramach centralnej procedury unijnej: Olanzapine Glenmark (Glenmark Generics), Olanzapine Glenmark Europe (Glenmark Generics), Olazax (Glenmark Pharmaceuticals), Olazax Disperzi (Glenmark Pharmaceuticals), Olanzapine Mylan (Generics), Olanzapine Neopharma i preparat iniekcyjny olanzapiny o przedłużonym uwalnianiu: Zypadhera (Eli Lilly).

N05AL – Benzamidy

Amisulpridum: Amisan (Pro. Med.CS) to 4. zarejestrowana marka amisulprydu. Na rynek został wprowadzony lek oryginalny Solian (Sanofi-Aventis). W obrocie nie pojawiły się jeszcze preparaty Alzin (Farmacom) i Amisulpride Teva.

N05AX – Inne leki neuroleptyczne

Risperidonum: Risperigamma (Wörwag) to aktualnie 33. zarejestrowana marka preparatów rysperydonu. Na rynku znajdują się 22 leki doustne jednodawkowe:

Mepharis (Mepha), Rispen (Zentiva), Risperatio (Ratiopharm), Rispolept (Janssen-Cilag; lek oryginalny), Rispolux (Sandoz), Risset (Farmacom), Ryspolit (Polpharma), Speridan (Actavis), od kwietnia 2006 Risperon (Lekam), od sierpnia 2006 Lioxam (Grünenthal), od stycznia 2007 Ziperid (ICN Polfa Rzeszów), od marca 2007 Disaperid (Biogened) i Nodir (Polfarmex), od maja 2007 Rileptid (Egis), od lipca 2007 Torendo (Krka), od sierpnia 2007 Risprofren (Biofarm), od września 2007 Doresol (Jelfa), od września 2008 Galperinon (Galena; zarejestrowany wcześniej jako Rilept), od października 2008 Ranperidon (Ranbaxy), od listopada 2008 Risperidone-Arrow (Arrow Poland), od lutego 2009 Risperidon Vip-harm (zarejestrowany wcześniej pod nazwą: Risperidon Specifar) i od maja 2009 Apo-Risperid (Apotex). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Rinter (Teva), Rispefar (Quisisana Pharma), Risperat (Sandoz), Risperidone BMM Pharma (Lefarm), Risperidone Hexal, Risperidon Medochemie, Risperidon Tad (Tad Pharma), Stadarisp (Stada) i Symperid (SymPhar). W postaci doustnej wielodawkowej na rynku znajdują się 3 leki: Apo-Risperid (Apotex), Rispolept (Janssen-Cilag) i od października 2009 Orizon (Orion), zaś nie zostały jeszcze wprowadzone Ryspolit (Polpharma) i Stadarisp (Stada). Ponadto dostępny jest preparat parenteralny jednodawkowy o przedłużonym uwalnianiu: Rispo-lept Consta (Janssen-Cilag). Skreślono z Rejestru preparaty: Ridonex (Gedeon Richter), Risnia (Cipla), Risperiwin (Winthrop Medicaments) i Rispimed (Natur Produkt Zdrovit).

N06 – Psychoanaleptyki;
N06A – Leki przeciwdepresyjne; **N06AB** – Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny

Escitalopramum: Aciprex (Biofarm) i Esoprex (Zentiva) to odpowiednio 9. i 10. zarejestrowana marka escitalopramu. Do sprzedaży wprowadzono 4 preparaty: lek oryginalny Lexapro (Lundbeck), od stycznia 2010 Depralin (Polpharma) i od lutego 2010 Elicea (Krka) oraz Mozarin (Adamed). Nie pojawiły się jeszcze na rynku preparaty: Escitalopram Vera (Vera Pharma), Escitil (Egis), Laprides (Pliva Kraków) i Lenuxin (Polfa Grodzisk).

R – UKŁAD ODDECHOWY

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

Montelukastum: Montelukastum Synthon i MontSyn (Synthon) to odpowiednio 18. i 19. zarejestrowana marka montelukastu. Do sprzedaży zostało wprowadzonych 12 leków: Singulair (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), od października 2008 Drimon (Teva), od stycznia 2009 Astmirex (Temapharm), Hardic (Pliva Kraków) i Monkasta (Krka), od lutego 2009 Montest (Genexo), od kwietnia 2009 Milukante (Adamed) i Promonta (Nycomed Pharma), od maja 2009 Asmenol (Polpharma), od października 2009 Eonic (Gedeon Richter) i Montelak (Medreg) oraz od grudnia 2009 Montessan

(Apotex; preparat zarejestrowany wcześniej pod nazwą Montekast). Nie pojawiły się jeszcze na rynku preparaty: Lukast (Grünwalder), Montelukast Miklich, Montelukast Stada, Montespir (Biofarm) i Symlukast (SymPhar).

R05 – Leki stosowane w kaszlu i przeziębieniach; R05X – Inne preparaty złożone stosowane w przeziębieniach

Chlorphenaminum+paracetamol+phenylephrinum: Flucontrol Hot (Aflofarm) jako preparat jednodawkowy (w torebkach) to aktualnie jedyny zarejestrowany lek o podanym składzie. Skreślono z Rejestru: Maxflu syrop (Pliva Kraków).

R06/R06A – Leki przeciwhistaminowe działające ogólnie; R06AE – Pochodne piperazyny

Cetirizinum: Cetirizine Aurobindo (Aurobindo Pharma) na receptę to aktualnie 21. zarejestrowana marka preparatów cetyryzyny. Leki w mniejszych opakowaniach (7 i 10 tabl. powł.) dostępne są najczęściej bez recepty, zaś większe opakowania oraz inne postaci (krople, płyn, syrop) – z przepisu lekarza. Leki z cetyryzyną z przepisu lekarza mogą być refundowane, ale przepisy stanowią, że wtedy nie można prowadzić ich reklamy publicznej, dlatego firmy rejestrują leki OTC pod innymi nazwami handlowymi, co

umożliwia ich reklamę. Na receptę dostępnych jest 9 preparatów: Alermed (Lekam), Allertec (Polfa Warszawa), Amertil (Biofarm), CetAlergin (ICN Polfa Rzeszów), Cetrizen (Norton), Cetyryzyna-Egis krople, Letizen (Krka), Virlix (Pliva Kraków) i lek oryginalny Zyrtec (Vedim). Do sprzedaży nie trafiły jeszcze: Cetelerik (US Pharmacia), Cetirizine Teva, Cetiozone (Ozone) i Zodac (Zentiva). Bez recepty dostępnych jest 7 preparatów: Alerzina (Lekam), Allertec WZF (Polfa Warszawa), Amertil Bio (Biofarm; wprowadzony wcześniej pod nazwą Zyx) i od listopada 2009 Amertil Biotabs (Biofarm), CetAlergin Ten (ICN Polfa Rzeszów), Zyrtec UCB (Vedim; lek oryginalny) i od maja 2007 Alero (Sandoz). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży: Amefar (Biofarm), Cetiozone Lab. (Pol-Nil), Cetrivax (Norton), Reactine (Pfizer) i Ubercet (Alfa Wassermann). Skreślono z Rejestru: Acer (Ratiopharm), Aleras (Boehringer Ingelheim), Ceratio (Ratiopharm), Cetrinid (Cipla), CetriLek (Sandoz) i Cetyryzyna-Egis tabl..

S – NARZĄDY ZMYŚLÓW

S01 – Leki okulistyczne; S01E – Leki przeciw jaskrze i zwężające źrenicę; S01EA – Sympatykomimetyki stosowane w leczeniu jaskry

Brimonidinum: Brimogen (Generics) to 6. zarejestrowana marka brymonidyny. Na rynku znajdują się 2 leki: Alphagan (Allergan) i od czerwca 2009 Luxfen (Jelfa). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży: Brimonidine-1A (1A Pharma), Brimoteva (Teva) i Clarix (Sandoz).

V – PREPARATY RÓŻNE

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

Nutrimentum: Milupa PKU 3 tempora (Milupa) to preparat do leczenia dietetycznego kobiet z fenyloketonurią i hiperfenyloalaninemią przed ciążą, podczas ciąży oraz w okresie laktacji. Na rynku dostępne są już produkty lecznicze stosowane w fenyloketonurii: Milupa PKU 3 (Milupa), Milupa PKU 3 advanta (Milupa) Milupa PKU 3 shake pomarańczowy (Milupa), Phenyl-Free 2, Phenyl-Free 2HP (Bristol-Myers Squibb), P-AM Maternal (SHS), P-AM Universal (SHS), od marca 2009 Lophlex o smaku neutralnym, Lophlex o smaku owoców leśnych i Lophlex o smaku pomarańczowym (SHS) oraz od grudnia 2009 Easiphen o smaku owoców leśnych (SHS).

2010-03-25



NOWOŚCI NA RYNKU – LUTY 2010

W lutym 2010 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 15 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
B05BA	<i>Nutrimentum</i>	Smoftabiven Peripheral	Fresenius Kabi	PL 07.2009
B05ZB	<i>Electrolyta</i>	Multibic z potasem	Fresenius Medical Care	PL 12.2005
C05CA	Diosminum	Dih	Hasco-Lek	PL 07.2009
G04BD	Trospii chloridum	Spasmo-Lyt	Madaus	PL 04.2004
J01MA	Ciprofloxacinum	Ciprofloxacinum Claris	Claris Lifesciences	PL 07.2008
J02AC	Fluconazolum	Fluconazole BMM Pharma	Lefarm	PL 03.2009
J02AC	Itraconazolum	ItraGen	Generics	PL 08.2006 ItraMerck*, zm. 12.2008 ItraGen
L01XX	Celecoxibum	Onsenal	Pfizer	UE 10.2003
L02BB	Bicalutamidum	Bicalutamide Apotex	Apotex	PL 09.2009
L02BG	Letrozolum	Lostar	Polpharma	PL 09.2009 Letrozolum Polpharma, zm. 12.2009 Lostar
N06AB	Escitalopramum	Elicea	Krka	PL 12.2009
N06AB	Escitalopramum	Mozarin	Adamed	PL 09.2009
N06AX	Venlafaxinum	Venlabax MR	Ranbaxy	PL 07.2009
R05DA	Dextromethorphanum + <i>Melissae H/Ex + Tiliae I/Ex</i>	Dexacaps	Herbapol Lublin	PL 03.2004
R05X	<i>Echinaceae H/Ex</i>	Echinacea-Ratiopharm Max	Ratiopharm	PL 09.2000 Echimax, zm. 07.2009 Echinacea-Ratiopharm Max

* preparat pod wcześniejszą nazwą został wprowadzony na rynek
Skróty: Ex = Extractum, H = Herba, I = Inflorescentia.

B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

*B05 – Substytuty osocza i płyny do wlewów;
B05B – Roztwory do podawania dożylnego;
B05BA – Roztwory do żywienia pozajelitowego;
B05Z – Środki do hemodializy i hemofiltracji;
B05ZB – Środki do hemofiltracji*

C – UKŁAD SERCOWO- NACZYNIOWY

C05 – Leki ochraniające naczynia; C05C – Środki przywracające elastyczność naczyń włosowatych; C05CA – Bioflawonoidy

G – UKŁAD MOCZOWO- PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

*G04 – Leki urologiczne; G04B – Inne leki urologiczne, w tym przeciwnskurczowe;
G04BD – Urologiczne leki przeciwnskurczowe*

J – LEKI PRZECIWKAZAŻNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNI

*J01 – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie;
J01M – Chinolony przeciwbakteryjne, J01MA – Fluorochinolony
J02/J02A – Leki przeciwgrzybicze działające ogólnie; J02AC – Pochodne triazolu*

L – LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPLYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

*L01 – Leki przeciwnowotworowe;
L01X – Inne leki przeciwnowotworowe;
L01XX – Inne leki przeciwnowotworowe
L02 – Leki hormonalne; L02B – Antagoniści hormonów i leki o zbliżonym działaniu;
L02BB – Antyandrogeny
L02BG – Inhibitory enzymów*

N – UKŁAD NERWOWY

N06 – Psychoanaleptyki; N06A –

*Leki przeciwdepresyjne;
N06AB – Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny
N06AX – Inne leki przeciwdepresyjne*

R – UKŁAD ODDECHOWY

*R05 – Leki stosowane w kaszlu i przeziębieniach;
R05D – Leki przeciwkaszlowe, z wyłączeniem preparatów złożonych ze środkami wykrztuśnymi; R05DA – Alkaloidy opium i pochodne
R05X – Inne preparaty złożone stosowane w przeziębieniach*

*Opracowanie:
dr n. farm. Jarosław Filipek*

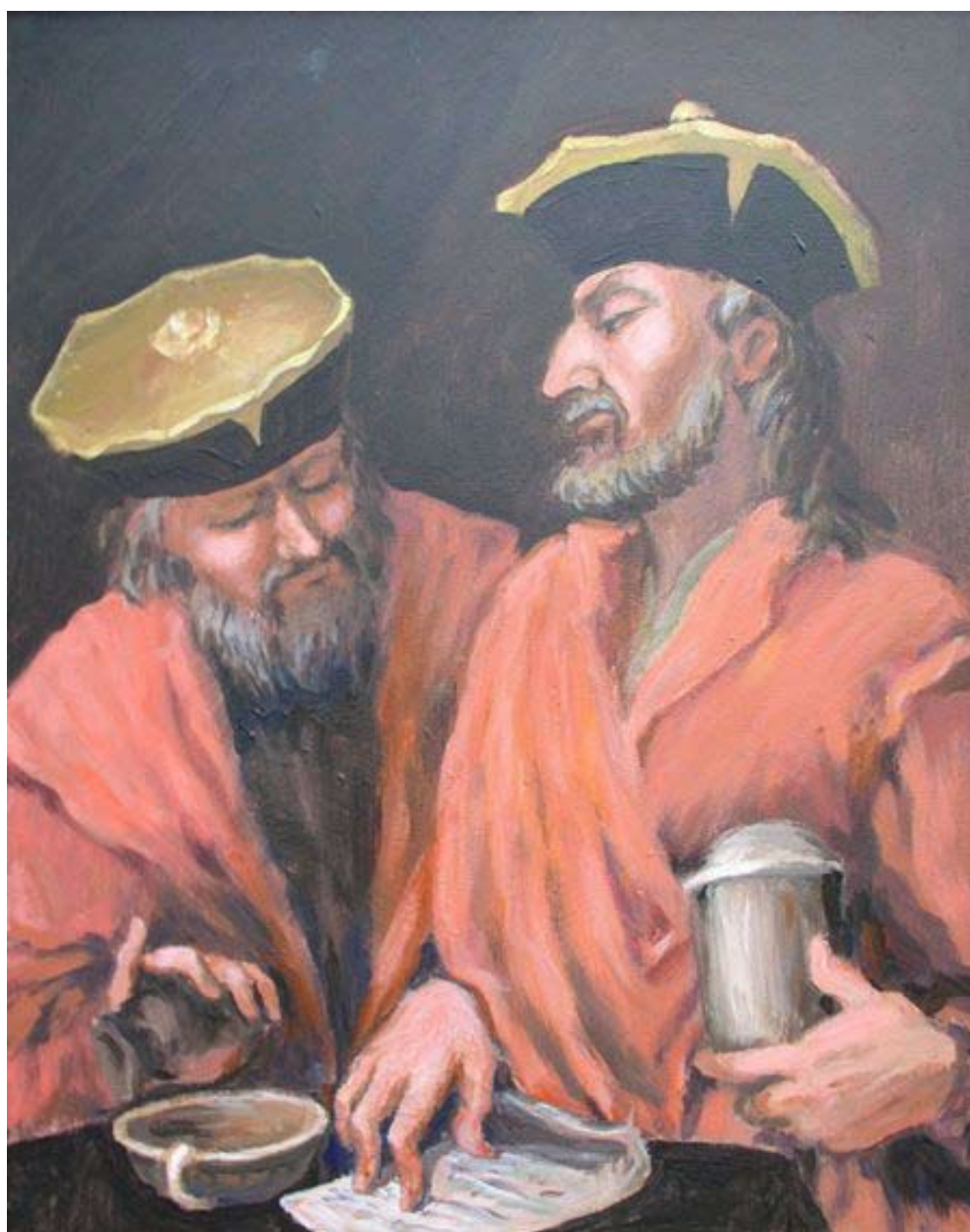
Kierownik Działu Informacji o
Produktach
Administrator Farmaceutycznej
Bazy Danych
IMS Poland
2010-03-19



Galeria Aptekarza Polskiego

Mgr farm. Ewa Piasecka-Kudłacik jest czynną farmaceutką, której pasją jest sztuka (malarstwo i rysunek). Jako artystka wyspecjalizowała się w rysunku reporterskim, dzięki któremu utrwała na papierze wiele ważnych wydarzeń, w tym również te, które mają miejsce w Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej. Ewa Piasecka-Kudłacik ukończyła Wydział Farmaceutyczny Akademii Medycznej w Warszawie. Równolegle kształciła się na kursach historii sztuki w Towarzystwie Wiedzy Powszechnej. Zamiłowania plastyczne doskonaliła w klubie „Wiarus”, pod kierunkiem znanego plastyka Adama Bojary. Brała udział w konkursach, wystawach zbiorowych, miała również wystawy indywidualne. W 1995 roku w Krakowie otrzymała nagrodę „Złotego Smoka” na Biennale Twórców Nieprofesjonalnych. W 2001 roku zdobyła I nagrodę na analogicznym Biennale w Warszawie, za czarno-białe wielkoformatowe obrazy akrylowe.

Jest członkiem Związku Polskich Artystów Malarzy i Grafików. Od roku 1997 miała kilkanaście wystaw indywidualnych między innymi w galeriach SKG, Akademii Obrony Narodowej, Klubu Iskra, Klubu „Pod Skocznią”, „Rampa”, Dzielnicowego Centrum Promocji Kultury Praga Południe, w Zarządzie Głównym Wojskowej Akademii Służby Zdrowia, oraz w Pomarańczarni. ■



Galeria Aptekarza Polskiego



Galeria Aptekarza Polskiego



Aptekarz Polski – Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej, 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

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 – mgr farm. Olga Sierpniowska.

e-mail: redakcja@aptekarzpolski.pl

Fot. na okładce.: O. Sierpniowska