



Ditranol

– *remedium antipsoriaticum*

Leki recepturowe przygotowywane dla chorych z łuszczycą znajdują zastosowanie w leczeniu powierzchniowym zmian skórnych. Jest to leczenie objawowe. Na zrogowaciałe powierzchnie stosuje się głównie środki keratolityczne, dziegcie i preparaty z moczniakiem. Funkcję pomocniczą spełniają preparaty natłuszczające skórę i pielęgnacyjne.

Jednymi z najczęściej przyrządzanych dla łuszczyczków receptur są takie, które zawierają w swoim składzie cignolinę. Nazwy synonimowe, pod którymi można spotkać tę substancję to: ditranol, antralina, antralin lub cigantral. Chemicznie jest to 1,8-dihydrokso-9(10H)-antracenon. Ditranol jest więc pochodną fenolową. Jest substancją syntetyczną i zastąpił chryzarobinę (związek naturalny otrzymywany z indyjskiego drzewa *Andira araroba*) o podobnych właściwościach.

Preparaty z cignoliną wytwarzane w recepturze to praktycznie postaci stałe ad usum externum (maści, pasty i kremy). Możliwe jest sporządzenie roztworu ditranolu (alkoholowego, ponieważ substancja nie rozpuszcza się w wodzie), który jest wygodniejszy do stosowania w przypadku łuszczycy obejmującej miejsca owłosione. Nie zaleca się jednak stosowania środka na skórę głowy i twarzy, ze względu na ryzyko poważnego zapalenia spojówek. Preparatów z tym składnikiem nie powinno się również stosować w fałdach skóry, w okolicach genitaliów i na błony śluzowe.

Antralin jest wrażliwy na

światło i podwyższoną temperaturę, dlatego substancja powinna być przechowywana w suchym i chłodnym miejscu w odpowiednich pojemnikach. Preparaty z cignoliną powinny być wydawane



z opisem „chronić od światła”.

Cignolina cechuje się wysoką skutecznością w walce z łuszczycą i wydłuża okresy remisji. Posiada niestety wady – ma działanie podrażniające i barwiące. Zabarwia skórę, ubranie, a na-

wet meble i armaturę, co sprawia, że stosowanie jej wymaga dużej uwagi i bywa uciążliwe. Barwę nadają produkty utleniania ditranolu, powstało nawet określenie „opalenizna cygnolinowa” (czas znikania to kilka tygodni). Aplikację maści najlepiej przeprowadzać w rękawiczkach ochronnych.

Uważa się, że cignolina nie stwarza ryzyka działań ogólnoustrojowych, niemniej wchłanianie jej do krwioobiegu nie jest wykluczone np. w przypadku przerwania ciągłości skóry. Szczególną ostrożność powinni zachować pacjenci z chorobami nerek, które są narządem wydalniczym metabolitów cignoliny. Zdarzają się przypadki uczulenia na tę substancję. Wszelkie niepokojące objawy po zastosowaniu preparatów z cignoliną powinny być konsultowane z lekarzem. Może być konieczna korekta stężenia lub sposobu aplikacji w przypadku nadmiernych reakcji zapalnych, pieczenia czy bólu.

MECHANIZM DZIAŁANIA

Mechanizm działania ditranolu opiera się na tworzeniu wol-

nych rodników. Z ditranolu pod wpływem tlenu powstaje rodnik ditranolu, a także inne reaktywne cząsteczki. Obecność tych jednostek w komórce powoduje spowolnienie podziałów komórkowych. Szczegółowe szlaki oddziaływania leku, prowadzące do zahamowania rozrostu naskórka nie są do końca poznane, ale uważa się, że następuje to m.in. na skutek zaburzenia pracy mitochondriów i zmiany stężeń pewnych mediatorów (cGMP, kalmoduliny), co w efekcie wpływa na zahamowanie podziałów DNA komórki. Ogół procesów zachodzących w skórze pod wpływem cygnoliny określa się jako „działanie redukujące”. Cignolina zmniejsza także nacieki zapalne w skórze.

SCHEMAT STOSOWANIA

TERAPIA CIĄGLA

W terapii ciągłej maść nakłada się na noc, rozpoczynając od bardzo niskich stężeń rzędu 0,125%. Stopniowo zmienia się preparat na zawierający kolejno 0,25% - 0,5% - 1%.

TERAPIA MINUTOWA

Ideą „terapii minutowej” jest stosowanie wyższych stężeń cignoliny (1-3%), ale przez krótszy czas (5-30 minut, wyjątkowo do 2 godzin). Stężenie i czas pozostawienia preparatu na skórze powinny wzrastać stopniowo. Uważa się, że krótkotrwała aplikacja wyższych stężeń cignoliny daje taki sam efekt, jak utrzymywanie niskich stężeń przez dłuższy okres, a jednocześnie ogranicza się działanie drażniące i zabarwienie skóry.

Leczenie cignoliną powinno trwać aż do całkowitego oczyszczenia skóry ze zmian.

Niezależnie od schematu stosowania preparat po zakończeniu sesji terapeutycznej należy zmyć ze skóry (najlepiej samą wodą, następnie ewentualnie wodą z detergentem). Łatwiejsze w zmywaniu są kremy.

Wprawdzie ditranol działa silniej na skórę zajęta przez łuszczycę, niż na zdrową, należy jednak dążyć do chronienia miejsc nie objętych zmianami przed kontaktem z substancją.

RECEPTURA CIGNOLINY

Popularne są dwuskładnikowe recepty opiewające tylko na cignolinę i proste podłoże (najczęściej wazelina, czasem smalec). Niemniej istnieją i realizowane są także recepty wieloskładnikowe w których ditranol występuje w połączeniu z moczniakiem, kwasem salicylowym lub dziegciami. Dodatkowe składniki – jak się uważa – oprócz własnego działania wpływają na lepszą przenikalność cignoliny i wzmagają jej działanie. Dodatkowo w przypadku preparatów, w którym podłożem jest pasta cynkowa, lub innych z dodatkiem tlenu cynku obecność kwasu salicylowego jest więcej niż pożądana, gdyż trwałość cignoliny wymaga odczynu kwaśnego. Dodatek acidum salicylicum chroni ją przed utlenieniem i inaktywacją.

Rp. 1
Cigantrali 1,0
Acidi salicylici 2,5
Prodermini 5,0
Vasellini flavi ad 50,0
M.f. unguentum antipsoriaticum

Powyższy skład znany jest także pod nazwą „maści potrójnej”, czyli „cignolinowej miękkiej”.

Rp. 2
Dithranoli 0,4
Acidi salicylici 2,5
Paraffini liquidi 5,0
Pastae Zinci oxydati ad 100,0
M.f. unguentum

W receptie tej uwzględniono dodatek parafiny ciekłej, która jest pomocna w rozcieraniu proszków. Można ją dodać – w niewielkiej ilości (np. ok. 2 gramy) także we własnym zakresie w przypadku podobnych recept. Dodaną ilość należy odjąć od masy podłoża. Pastę cynkową należy dodawać porcjami. Powyższa receptura zwana jest także pod nazwą „pasta Farbera”, lub inaczej „cignolinowa twarda”. Stężenie ditranolu może się oczywiście różnić w zależności od potrzeb pacjenta. Niektórzy zalecają rozcieranie kwasu salicylowego (jako wyjątku) z olejem rącznikowym, a nie z parafiną:

Rp. 3
Cignolini 0,25
Acidi salicylici 3,0
Olei Ricini 4,0
Prodermini (Picis liq. Pini) 5,0
Adipis Sulli ad 100,0
M.f. unguentum

Dodatkowymi składnikami maści przeciwłuszczycowych mogą być – łagodzący świąd hydrokortyzon lub anestezyna, a także rezorcyna i siarka (o działaniu redukującym). Warto wiedzieć, że ditranol bywa stosowany także w leczeniu łysienia plackowatego. ■

mgr farm. Olga Sierpiowska

Nierozdzielność ciała i umysłu, czyli rzecz o holistycznym ujęciu choroby i leczenia

***Nie istnieje interakcja nieuwą-
runkowana psychologicznie,
czynniki psychologiczne
są zawsze obecne.***

Obserwując rozwój medycyny i farmakologii bez wahania można stwierdzić, że następuje on bardzo dynamicznie. Na rynku aptecznym pojawiają się ciągle nowe leki, o coraz szerszym spektrum działania. Rodzi się pokusa, aby całą uwagę w procesie leczenia i zdrowienia skupić na właściwym dla choroby doborze leku. Takie klinicyzyczne podejście może skutkować tym, że stracimy umiejętność rozumienia człowieka w kontekście szerszym niż narzucony przez fakt, iż znajduje się on w roli pacjenta.

Rola psychologicznych czynników, wpływających na relacje między pacjentem a lekarzem, farmaceutą i innymi osobami, które stanowią personel medyczny, jest więc nie do przecenienia. Holistyczne spojrzenie niesie ze sobą wiedzę o tym, że nie tylko farmakoterapia, ale i emocje oraz motywacje pacjenta decydują o sukcesie leczenia. Osoba dobrze nastawiona do procesu terapii, zmotywowana, z jednej strony świadoma problemu, z drugiej - pełna wiary, że wyzdrowieje - to osoba, której szanse na wyleczenie są rzeczywiście wyższe.

Farmaceuta jest tym specjalistą, który swoją postawą może

wspierać nie tylko zdrowienie ciała, ale i duszy.

Udzielanie informacji w sposób zrozumiały dla pacjenta.

Unikanie zbyt trudnych określeń, nasilających niepokój pacjenta.

Farmaceuta jest często pierwszym specjalistą, któremu pacjent może zadać szczegółowe pytania, dotyczące danego lekarstwa. Nie zmniejszamy jego niepokojów, jeżeli udzielone przez nas wyjaśnienie będzie opierało się na specjalistycznym, często niezrozumiałym dla pacjenta słownictwie. Przystępna, czytelna informacja jest często pierwszą z tych, które dając konkretną wiedzę, zmniejszają niepokój i tym samym budują dobrą motywację do kontynuowania leczenia.

Udzielenie wyjaśnień stosownie do prezentowanej przez pacjenta gotowości do przyjęcia określonego rodzaju wiedzy.

To pacjent, bezpośrednio lub nie wprost, przekazuje nam informację o tym, na jakiego rodzaju wiedzę jest przygotowany. Uszanujmy tę gotowość. W jej odczytaniu pomocna będzie analiza sygnałów pozasłownych i werbalnych przekazywanych przez pacjenta. Spójrzmy na przykładowe charakterystyki pacjentów w kontekście ich gotowości do wspierania.

Pacjent rzetelny – cechuje go dbałość o szczegóły. Jest przywiązany do standardów i ich przestrzegania. Sił dodaje mu osadzenie się w faktach, terminowość i planowość działań. Taki pacjent wymaga od farmaceuty bardzo uważnego podejścia. Wspierać będą go plany leczenia i przykłady skuteczności terapii.

Pacjent emocjonalny – potrzebuje bliskości. Wzmacniają się jego wewnętrzne siły, jeżeli ma poczucie, że jest dla kogoś osobiście ważny - *Pani Anno, proszę szybko wracać do zdrowia, bo brakuje mi rozmów z Panią* – uruchamia motywację do zażywania leków, mimo tego, że ten typ pacjenta charakteryzuje całkowity brak dbałości o szczegóły i terminowość.

Pacjent zamknięty – najtrudniej otwiera się na wspieranie. Psychoimmunologia wymieniając cechy osobowości silnej, odpornej na stres mówi między innymi o otwartości do zwierzeń i zdolności do tworzenia związków opartych na miłości. Pacjent zamknięty ma trudności w tych obszarach, a co za tym idzie trudności w otwieraniu się na wsparcie. Sam dźwiga kłopoty, rzadko okazuje emocje. Równocześnie jest bardzo wymagający zarówno wobec siebie, jak i innych ludzi. Te cechy nie sprzyjają nawiązywaniu z nim

▶ kontaktu, trudno więc uruchomić jego wewnętrzne siły i wprząść je w proces zdrowienia.

Pacjent posłuszny – chętny do współpracy, otwarty na plany leczenia. Bardzo poważnie do nich podchodzący. Swoją osobę z ochotą powierzy opiece specjalisty. Będzie miał do niej duże zaufanie. Bardzo potrzebuje pochwał. Wspieranie takiego pacjenta wiąże się ze wzmacnianiem jego naturalnej potrzeby otaczania się autorytetami – *Pani Anno, proszę mi zaufać* – wzmocni determinację tego pacjenta i pozwoli uruchomić osobiste zasoby.

Pacjent roszczeniowy – kolejny pacjent, którego wspieranie wymaga dużego kunsztu. Jego wysokie mniemanie o samym sobie łączy się często z niskim mniemaniem o innych (w tym także o farmaceutach). Kolokwialnie go opisując - jest typem, który lubi się „wymądrzać” i podważać dobór leków oraz metody terapii. Trudno nawiązać z nim osobisty kontakt. Jednak świadomość tych jego cech i psychologicznych uwarunkowań jego funkcjonowania może ułatwić farmaceutce szukanie dróg dojrzenia. Uznanie, że napastliwy sposób bycia pacjenta nie jest osobistym atakiem na farmaceutę wyzwala duże pokłady cierpliwości. Ta zaś warunkuje efektywną współpracę.

Wykorzystywanie komunikatów, które wzmacniają dorosłość i odpowiedzialność pacjenta.

W psychologii od dawna funkcjonuje pojęcie spraw-

stwa. To pojęcie, które opisuje nasze przekonanie lub brak takiego przekonania o tym, że mamy wpływ na to, co się w naszym życiu wydarza. Osoby z wysokim poczuciem sprawstwa biorą odpowiedzialność za to, co im się wydarza i są przekonani, że mają na to wpływ. Osoby z niskim poczuciem sprawstwa mają przekonanie, że to, co się dzieje, nie zależy od nich, że zależy od innych osób, czynników zewnętrznych lub jest wynikiem zbiegów okoliczności oraz „złośliwych uśmiechów losu”.

Farmaceuta może wzmacniać u pacjenta poczucie sprawstwa. Podjęcie farmakoterapii jest przecież często pierwszym, konkretnym działaniem, które buduje przekonanie „wreszcie coś z moim problemem robię”. Pacjent, zgłaszając się do lekarza i farmaceuty, podejmuje odpowiedzialność za proces leczenia oraz niejako zobowiązuje się do kontroli nad nim. W rozmowie z pacjentem farmaceuta może to poczucie kontroli wzmocnić - nie tylko poprzez udzielenie mu dodatkowych informacji, ale także takie budowanie komunikatów, które budują dorosłość i odpowiedzialność - unikanie infantylizowania pacjenta i sytuowania odpowiedzialności za proces farmakoterapii niejako poza nim.

Zadbanie o komfort pacjenta, także emocjonalny.

Przejawia się w urzędowym przekonaniu, że pacjent w najwyższym stopniu zasługuje na nasz profesjonalizm i życzliwość (np. został rzetelnie poinformowany o zamiennikach oraz o ewentualnych niepożądanych skut-

kach działania leku, zadbał o swoistą dyskrecję kontaktu i poczucie „wyłączności” specjalisty na czas rozmowy). W budowaniu tego komfortu warto wykorzystać swoją wiedzę o komunikacji pozawerbalnej. Zrównoważony kontakt wzrokowy, postawa ciała, która wyraża spokój i kontrolę oraz spokojny, choć zdecydowany ton głosu to te elementy zachowań pozasłownych, które tworzą wizerunek profesjonalisty i osoby działającej w dobrej wierze.

Warto pamiętać o mechanizmach spostrzegania i oceny, które determinują spostrzeganie pacjenta oraz to, w jaki sposób pacjent... nas spostrzega.

Efekt Golema – danej osobie zostaje przypisana negatywna ocena i jej kolejne zachowania, opinie czy osiągnięcia są pomniejszane i oceniane negatywnie.

Efekt Galatei – danej osobie przypisujemy pozytywną opinię, wskutek czego jej kolejne działania i formułowane przez nią opinie są oceniane pozytywnie.

Oczywiście, nie mamy pełnego wpływu na to, czy te mechanizmy zostaną w naszym społecznym spostrzeganiu uruchomione. Jednak wiedza o efekcie Golema i efekcie Galatei może być bardzo pomocna. Sprawdzi, że łatwiej nam będzie reflektować i przede wszystkim kontrolować swoje zachowanie, w szczególności w odniesieniu do pacjenta roszczeniowego czy zniecierpliwionego.

Zadbanie o komfort własny, także emocjonalny.

Umiejętność holistycznego odczytywania zachowań pacjenta możemy rozwijać tylko wtedy,

kiedy sami będziemy reflektować własne emocje, motywacje i łączące się z nimi zachowania.

Ważne, abyśmy dali sobie szansę na to, by w ciągu dnia spokojnie przyjrzeć się swoim emocjom i nazwać je. Ta pozornie prosta rzecz jest niezwykle istotna w tzw. zarządzaniu sobą. Jeżeli pozwolę sobie na to, aby nazwać swoje emocje i poziom motywacji to znaczy, że staję się osobą zarządzającą tym stanem rzeczy. W kontakcie z pacjentem, który wzbudza moje rozdrażnienie, zniecierpliwienie czy wreszcie złość mogę umiejętnie, z poczuciem podtrzymania komfortu pacjenta, zareagować.

Są trzy typy zachowań, które łączą się z doświadczaniem trudnych uczuć, szczególnie wtedy, kiedy osiągają one apogeum (opisujemy je z inspiracji książką „Prymusom dziękujemy”).

Pierwszy łączy się z wyrzuceniem z siebie negatywnych emocji, może nie od razu w kontakcie z pacjentem, ale tuż po jego przysłowiowym wyjściu z apteki. I choć w gronie najbliższych współpracowników warto od czasu do czasu „odczarować śmiechem” lub mocniejszym słowem pewne drażniące nas zachowania pacjenta, to musimy uważać, aby nie uczynić z tego niepokojącego rytuału. Jeżeli będziemy utrzymywać takie zachowania, to wzmocnimy ekspresyjny, często skrajny sposób reagowania na trudne sytuacje. W sytuacjach podwyższonego stresu te reakcje mogą pojawić się wbrew naszej woli. Nie służą także budowaniu

dobrej atmosfery w miejscu pracy, bo niepotrzebnie utrwalają trudne emocje, związane z wykonywanymi zadaniami.

Drugi sposób to stłumienie wszystkich widocznych reakcji. Mamy poczucie, że zdusiliśmy w sobie odpowiedź, złość i niezadowolenie, że nie tylko nie udzieliliśmy ciętej riposty (choć, jak się później często okazuje, wcale nie była potrzebna), ale nie pozwoliliśmy sobie nawet na skonfrontowanie się z odczu-



ciem zdenerwowania i złości.

Trzeci sposób to opisanie siebie i gotowości na dany sposób zareagowania. Reflektujemy swoje odczucia, ale świadomie, w naszej reakcji, nie dajemy im pierwszeństwa. Bardzo pomocne może być tutaj wykorzystanie wielokrotnie opisanych komunikatów „Ja”. Kiedy opisuję siebie jestem w komforcie, bo zyskuję pewność, że nikogo nie obrażam. Łatwiej jest mi utrzymać kontrolę nad oddechem, mam czas, aby opisać to, jak widzę daną sytuację. Nie koncentruję

się na walce lub obronie, ale na odzwierciedleniu swoich emocji i opinii. To działanie bezpieczne i profesjonalne. Zamiast spychać trudne odczucia, mogę spojrzeć na nie z dystansu, ogarnąć je „panoramicznie” i podjąć decyzję „odpuszczam”. Świadomie przesuwam wtedy swoją uwagę z uczuć na konkretne działanie (autorzy książki nazywają to mechanizmem „zwrotnicy”).

Umiejętność odczytywania własnego stylu reagowania emocjonalnego usposabia farmaceutę do rozumienia emocji pacjentów. Wejście w świat tych emocji (szczególnie mocno wybrzmiewających w sytuacji choroby, zagrożenia) pozwala w procesie leczenia i zdrowienia uruchamiać te pokłady wewnętrznych sił, które terapię farmakologiczną bardzo wzmacniają, a farmaceucie dają poczucie, że wypełnia zapisy Kodeksu Etyki: **„Powołaniem aptekarza jest współdziałanie w ochronie życia i zdrowia, zapobieganie chorobom, niesienie ulgi w cierpieniu.”**

(Art. 3). ■

*Ewa Sitko
Magdalena Bucior*

Piśmiennictwo:

- Brzezińska Anna, Janiszewska- Rain Joanna „W poszukiwaniu złotego środka”, Wydawnictwo Znak, Kraków 2005
- Argyle Michael „Psychologia stosunków międzyludzkich”, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa 1991,
- Santorski Jacek, Konkel Mirosław, Le Guern Bertrand „Prymusom dziękujemy”, Jacek Santorski & Co Agencja Wydawnicza , Warszawa 2007



SIERPIEŃ 2010: lepiej niż przed rokiem

Rynek farmaceutyczny w sierpniu 2010r. osiągnął sprzedaż o wartości 2 063 mln PLN, tj. o 10,91% więcej niż w sierpniu ub. r.

W sierpniu wartość całego rynku wzrosła o 203 mln PLN w porównaniu do analogicznego okresu ub. r. W sierpniu br. za wzrost odpowiadały wszystkie segmenty rynku. Zauważalny jest również wzrost udziału segmentu leków pełnopłatnych na receptę, który w tym roku nie notował zbyt dużych odchyleń wobec wartości sprzedaży z ub. r. Największy wzrost rok do roku przypadł tym razem segmentowi leków refundowanych, który osiągnął

wzrost o 86 mln PLN (+10,03%), co stanowiło 42,22% całkowitego wzrostu rynku wobec sierpnia 2009 r.

Nieznacznie mniej wzrósł segment sprzedaży odręcznej, który zanotował o 79 mln PLN (+12,27%) większą wartość sprzedaży niż w analogicznym okresie ub. r. Najmniejszy z segmentów rynku – leki pełnopłatne na receptę – wzrósł w tym okresie czasu o 38 mln PLN, tj. o 10,56%.

W porównaniu do wyników z lipca 2010 rynek zanotował spadek o 92 mln PLN (-4,26%). Największy spadek zanotował segment leków refundowanych, którego wartość sprzedaży zmniejszyła się o 49 mln PLN, tj. o 4,97%. Segment sprzedaży odręcznej spadł o 3,88% (-29 mln PLN), a leków pełnopłatnych na receptę o 3,22% (-13 mln PLN).

Przegląd zmian w klasach ATC (wybór) –

Sierpień 2010. W tym miesiącu nie było spektakularnych zmian w poszczególnych klasach ATC. Dominowały wzrosty, gdyż cały rynek w sierpniu zwiększył swoją wartość o ponad 10%.

Znacznie wzrosła sprzedaż środków przeciwkrwotocznych (+70%) względem analogicznego okresu ub. r. Jednakże wartościowo istotniejsze zmiany dotyczyły leków przeciwnowotworowych (wzrost o 13,7 mln) czy leków stosowanych w chorobach nosa (wzrost o ponad 6 mln PLN). Wzrosła również sprzedaż leków przeciwwirusowych (stosowane wewnętrznie) o blisko 30%, czy leków przeciw pasożytniczych o blisko 26,5%. Duży wzrost (blisko 20%) odnotowała kategoria „Varia”, czyli produktów niesklasyfikowanych gdzie indziej. W sierpniu kategoria ta wzrosła aż o 36 mln PLN, z tego połowa wzrostu przypadła na środki nielecnicze (głównie kos-

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

Tabela 1: sierpień 2010 vs sierpień 2009

PHARMA EXPERT	sierpień 2009	sierpień 2010	zm. (%)
Leki Refundowane	855	940	10,03%
Leki Pełnopłatne	358	396	10,56%
Sprzedaż Odręczna	647	727	12,27%
Całkowity obrót	1 860	2 063	10,91%

Tabela 2: sierpień 2010 vs lipiec 2010

PHARMA EXPERT	lipiec 2010	sierpień 2010	zm. (%)
Leki Refundowane	990	940	-4,97%
Leki Pełnopłatne	409	396	-3,22%
Sprzedaż Odręczna	756	727	-3,88%
Całkowity obrót	2 155	2 063	-4,26%

KATEGORIE ATC	Symbol ATC	Wartość sprzedaży		sie10 / sie09
		sie-09	sie-10	
ŚRODKI PRZECIWKRWOTOCZNE	B02	1 362 536	2 316 426	70,01%
LEKI STOSOWANE W CHOROBAK NOSA	R01	17 344 433	23 432 616	35,10%
LEKI PRZECIWWIRUSOWE DO STOSOWANIA WEWNĘTRZNEGO	J05	3 447 428	4 465 366	29,53%
LEKI PRZECIWPASOŻYTNICZE, OWADOBÓJCZE I REPELENTY	P	3 770 736	4 769 646	26,49%
LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I IMMUNOMODULACYJNE	L	68 152 088	81 928 430	20,21%
VARIA	V	185 260 097	221 710 032	19,68%
ŚRODKI PRZECIWGRZYBICZE DO STOSOWANIA WEWNĘTRZNEGO	J02	6 882 554	8 152 618	18,45%
POZOSTAŁE ŚRODKI NIELECZNICZE	V07	99 701 616	118 003 304	18,36%
ŚRODKI DO STOS.ZEWNĘTRZ.W BÓLACH STAW.I MIĘŚ.	M02	25 578 645	20 286 418	-20,69%
LEKI WZMACNIAJĄCE	A13	9 972 729	7 873 981	-21,04%

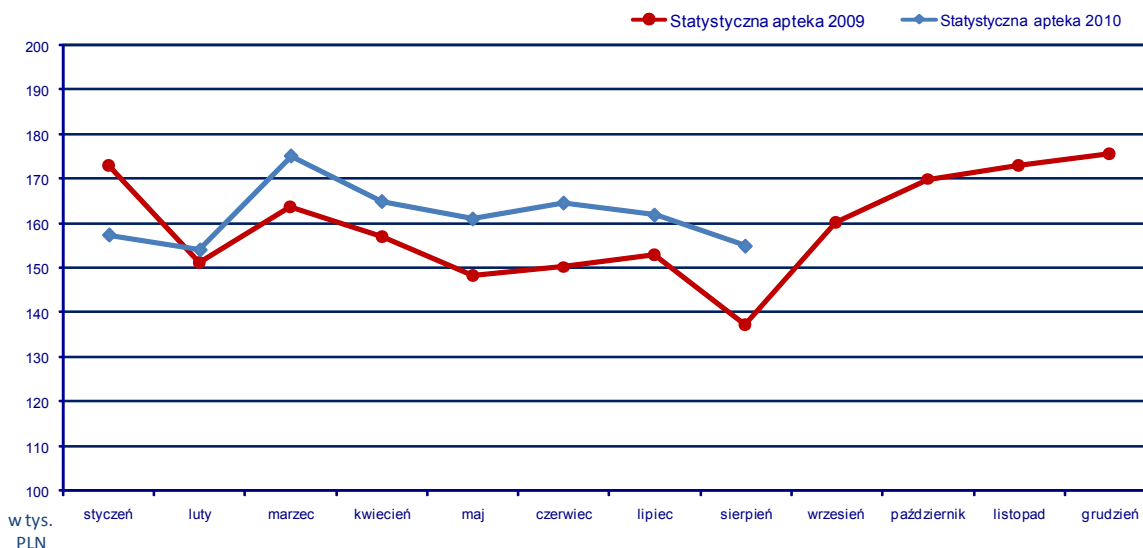
metyków oraz plastrów opatrunkowych). Spadła natomiast wartość sprzedaży środków stosowanych w bólach stawów i mięśni (maści i żele) o ponad 20%. Również leki wzmacniające (toniki) spadła o ponad 21% w porównywanym okresie.

Statystyczna apteka

W sierpniu 2010r. wartość sprzedaży dla statystycznej apteki wyniosła 155,07 tys. PLN, tj. o 13,03% więcej niż w analogicznym okresie 2009r. Wartościowo

statystyczna apteka sprzedała leki o 17,88 tys. PLN więcej niż w sierpniu ub. r. Największy wzrost osiągnęła na sprzedaży produktów leczniczych w segmencie leków refundowanych (+7,65 tys. PLN) i sprzedaży od ręcznej (+6,88 tys. PLN). Sprzedaż

Rynek farmaceutyczny:
Wartość miesięczna sprzedaży statystycznej apteki w latach 2009-2010



► w segmencie sprzedaży odręcznej wzrosła o 14,42%, leków refundowanych o 12,13%, a leków pełnopłatnych o 12,67%. W porównaniu do lipca 2010r. wartość sprzedaży statystycznej apteki była niższa o 4,26%, tj. o 6,89 tys. PLN.

Średnia cena produktów sprzedawanych przez apteki w sierpniu br. wyniosła 15,72 PLN. W porównaniu do średniej ceny z sierpnia 2009r. (15,24 PLN) nastąpił wzrost ceny o 3,14% (+0,48 PLN). Ceny wzrosły również względem lipca 2010r. (15,55 PLN). Średnia cena w sierpniu była wyższa o 1,09% (0,17 PLN) od cen z poprzedniego miesiąca. Średnia marża apteczna w sierpniu 2010r. wynosiła 27,54% i była wyższa względem analogicznego okresu 2009 r. o 1,78 pp. Również względem lipca 2010 marża apteczna wzrosła, w tym wypadku o 1,10 pp.

Refundacja a współpłacenie

W sierpniu udział pacjentów we współpłaceniu za leki refundowa-

ne wzrósł do poziomu z kwietnia br. (29,57%). Względem poprzedniego miesiąca zanotował wzrost o 1,89 pp. W porównaniu do sierpnia 2009 r. (28,03%) udział współpłacenia pacjenta wzrósł o 1,54 pp. Wartościowo dopłata pacjenta do leków refundowanych w sierpniu 2010r. wyniosła 278 mln PLN i była wyższa o 16,09% od analogicznego okresu ub. r. (240 mln PLN). W porównaniu do lipca br. (274 mln PLN) dopłata pacjentów do leków refundowanych wzrosła nieznacznie, bo tylko o 1,50% (o 4 mln PLN).

Udział pacjentów w całości wydatków na leki w sierpniu br. (67,90%) był wyższy o 0,97 pp od analogicznego okresu ub. r. (66,93%). Natomiast względem lipca br. udział pacjentów w wydatkach na leki spadł mimo, iż wyrażony procentowo udział był większy niż w poprzednim miesiącu. W sierpniu br. z 2 063 mln PLN całkowitej wartości sprzedaży w aptekach pacjenci zapłacili 67,90% (pozostałą część stanowi refundacja). W porównaniu do sierpnia 2009r. pacjenci wydali o

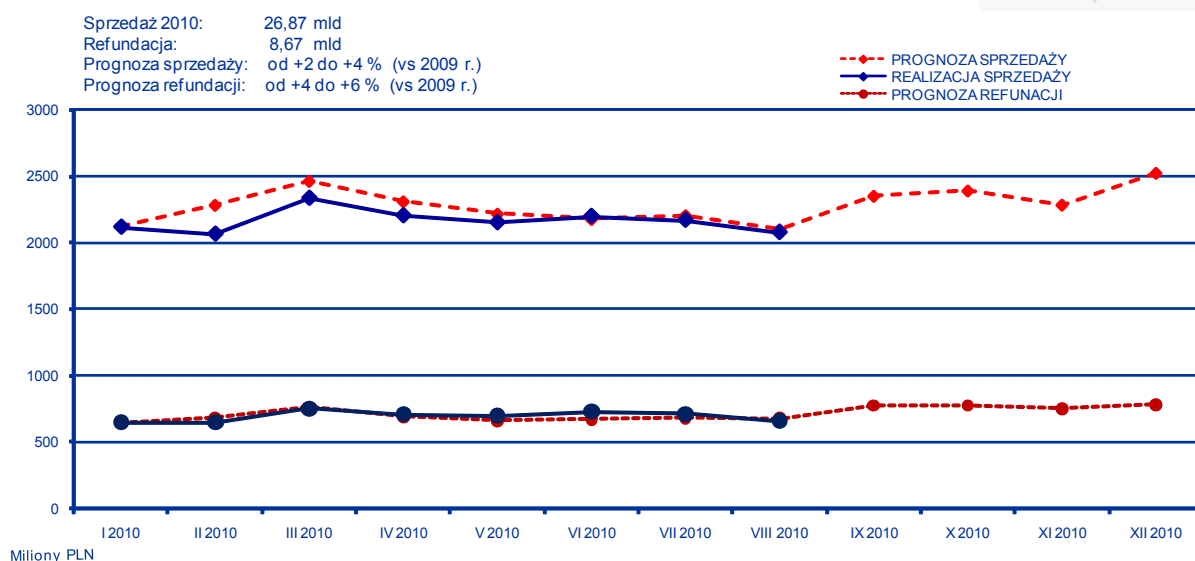
156 mln PLN więcej na leki. Natomiast względem lipca br. (66,79%) udział współpłacenia pacjentów był wyższy o 1,11 pp., ale wartościowo współpłacenie pacjentów w lekach spadło o 2,67% tj. o 38 mln PLN.

Prognoza wartości sprzedaży leków na rok 2010

Według PharmaExpert wartość sprzedaży całego rynku farmaceutycznego na koniec 2010 roku wyniesie 26,87 mld PLN. W porównaniu do ubiegłego roku wartość rynku w 2009 wzrośnie o 2-4%. Natomiast refundacja na koniec 2010 roku osiągnie wartość 8,67 mld PLN. Wartość refundacji leków przez Państwo zwiększy się o 4-6% względem ubiegłego roku. ■

Piotr Kula
Prezes PharmaExpert

PROGNOZA WARTOŚCI SPRZEDAŻY APTEK OTWARTYCH NA ROK 2010



Naczelna Izba Aptekarska w walce z absurdami

Wojewódzki Sąd Administracyjny w Warszawie w dniu 22 września 2010r. uwzględnił w całości skargę Naczelnej Izby Aptekarskiej wniesionej przeciwko Głównemu Inspektorowi Farmaceutycznemu (sygn. akt VI Sa/Wa 1313/10).

Przypomnijmy: Główny Inspektor Farmaceutyczny (dalej GIF) decyzją z 16 lipca 2009r. nakazał firmie AstraZeneca Polska Sp. z o.o. z siedzibą w Warszawie dostosowanie prowadzonej przez spółkę działalności gospodarczej do przepisów Prawa farmaceutycznego (m.in. art. 24 ust. 3c i art. 78 ust.2). GIF ustalił bowiem wprowadzenie przez wymienioną firmę

na polski rynek systemu sprzedaży bezpośredniej produktów leczniczych (tzw. SSB). Odbiorcami leków mogły być apteki ogólnodostępne za pośrednictwem trzech agentów logistycznych wybranych przez AstraZeneca Polska w drodze przetargu. System ten w praktyce, poprzez warunki sprzedaży leków wprowadzone przez te trzy podmioty pośredniczące, nie był wolny od przypadków odmowy sprzedaży leków zarówno innym hurtowniom farmaceutycznym jak i aptekom ogólnodostępnym, które takie przypadki zgłaszały do GIF. Dlatego organ

ten uznał, że doszło do naruszeń przepisów Prawa farmaceutycznego. W postępowaniu zakończonym wspomnianą wyżej decyzją aktywne działanie wykazała Naczelna Izba Aptekarska uczestnicząca w nim na prawach strony.

Aby uwolnić się od rygo-



ów i obowiązków wynikających z decyzji GIF sprzedaż bezpośrednią na terenie Polski leków dystrybuowanych przez AstraZeneca zamiast firmy AstraZeneca Polska Sp. z o.o., będącej adresatem decyzji GIF, przejęła firma AstraZeneca UK Limited z siedzibą w Londynie. Wniosek Naczelnej Izby Aptekarskiej z 2 marca 2010r. o wszczęcie stosownego postępowania administracyjnego także wobec firmy AstraZeneca UK Limited GIF potraktował postanowieniem z 11 marca 2010r. odmownie uznając, że może on jedynie nadzorować

firmę prowadzącą przedmiotową działalność, ale tylko takie, które „mają swoją siedzibę na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej”. Ponowny wniosek NRA został również rozpoznany przez GIF negatywnie. Postanowieniem z dnia 21 kwietnia 2010r. GIF utrzymał w mocy swe postanowienie z dnia 11 marca 2010 o zwrocie podania (wniosku) NIA „ze względu na niewłaściwość organu, do którego zostało wniesione.”

Aby wyeliminować z życia publicznego tę absurdalną sytuację, iż GIF sprawuje nadzór w zakresie obrotu czy wytwarzania leków tylko i wyłącznie nad podmiotami mającymi swoją siedzibę w Polsce, a nad innymi firmami działającymi w naszym kraju nie jest właściwy – Naczelna Izba Aptekarska wniosła skargę do sądu żądając uchylecia bezzasadnych, naruszających podstawowe przepisy Prawa farmaceutycznego i niezrozumiałych co do intencji oraz swej treści postanowień. Sąd administracyjny całkowicie podzielił racje NIA i postanowienie GIF uchylił. ■

dr praw
Edward Jędrzejewski
adwokat



APTEKA BYŁA, JEST I BĘDZIE...

Leki nie w aptece

Narzekamy na coraz to liczniejsze miejsca, w których prowadzona jest sprzedaż leków. Stacje benzynowe, kioski, hipermarkety, sklepy spożywcze... Wszędzie tam zakupić można małe opakowania leków przeciwbólowych i przeciwzapalnych, tabletek na gardło, witamin. Czytelników „Aptekarza Polskiego” chciałbym jednak pocieszyć: kiedyś było... znacznie gorzej! Apte-

karze walczyli z wyposażonymi w większość leków drogeriami i składami aptecznymi, działającymi w pełnym majestacie prawa i sprzedającymi określone leki, wymienione w odpowiednich wykazach rządowych. Co gorsza – leki można było kupić także w mydlarniach, składach kolonialnych i sklepach korzennych, tu jednak już nielegalnie.

Problem drogerii pojawił się już pod koniec XIX wieku. W roku 1906 redakcja „Czasopisma Towarzystwa Aptekarskiego” pisała: *już w roku zeszłym podnosiliśmy szkody, jakie aptekarzom naszym wyrządzają droguerye swą nieuczciwą konkurencją, będącą właściwie pokątnymi, źle urządzonymi i nieodpowiedzialnymi aptekami, w których każdy, za receptą a nawet bez recepty, wszelkiego rodzaju leki, nawet morfiny do wstrzykiwań podskórnych dostać może. Mimo to nowe droguerye uzyskują koncesye, nawet wbrew opinii dotyczących fizykatów. Gdyby przynajmniej droguerye te były należycie kontrolowane, a bezprawne wydawanie leków należycie karane. Niestety, pomimo powszechnej wiedzy, że w drogeriach niektóre leki są ekspediowane w sposób nielegalny, w całym 1905 roku redakcja „Czasopisma Towarzystwa Aptekarskiego” naliczyła zaledwie jeden jedyny przypadek ukarania droguisty za niedozwoloną sprzedaż leków.*



Ilustracja 1

Magister... prawa Sławomir Karwacki w swej wzorowo prowadzonej drogerii „Pod Aniołem” w Myślenicach. Jako potomek wielopokoleniowego farmaceutycznego rodu „aptekarsstwo miał we krwi”, jednak z racji swego zawodu nie mógł posiadać własnej apteki. Jego drogeria i „skład materiałów aptecznych” służyły z fachowych porad i doskonałego zaopatrzenia. Nigdy też nie doszło do konfliktu Sławomira Karwackiego z myślenickim aptekarzem – magistrem Tadeuszem Skowrońskim.

Zdjęcie ze zbiorów rodzinnych.

Prawdziwa batalia z właścicielami drogerii rozpełtała się w okresie dwudziestolecia międzywojennego. Prym wiódł w niej redaktor „Wiadomości Farmaceutycznych”, magister Franciszek Herod, piętnujący zajadle

w swym tygodniku, czytany głównie przez właścicieli aptek, kolejne przypadki nielegalnej sprzedaży leków w drogeriach. Bezustannie procesował się z organizacjami drogistowskimi i

znieawidzonym czasopiśmem „Trybuna Drogistowska”, które – istotnie – dopuszczało się skandalicznych zniewag aptekarstwa i aptekarzy. Magister Herod całe zło ówczesnej farmacji i jej postę-

pujący upadek postrzegał właśnie w pokątnym handlu preparatami leczniczymi – w drogeriach, składach aptecznych, sklepach kolonialnych, mydlarniach, zakładach perfumeryjnych, kółkach rolniczych, sklepach z farbami i punktami rozdawnictwa leków ubezpieczalni społecznych... W relacjach magistra Heroda drogi- sta był niezmiennie handlarzem morfiną i kokainą, właściciel składu aptecznego nie wahał się szcuć psami inspektora farmaceutycznego, a sprzedawczyni w sklepie korzennym pokątnie wykonywała leki zapisane na receptcie! Mało tego: cotygodniowy targ w małym miasteczku był okazją do nielegalnego handlu podrobionymi, szkodliwymi lekami, a próby aresztowania sprzedawców, inicjowane zwykle przez aptekarza, spełzały na niczym... Niestety – wszystko to była prawda! Przedwojenna apteka była wręcz obleżona przez konkurencję legalną, walcząc jednocześnie z bezpardonowym zachowaniem podejrzanych znachorów, sprzedających nierzadko śmiertelnie niebezpieczne leki.

Oczywiście na temat sprzedaży leków poza aptekami nie zostali obojętni redaktorzy „Farmacji Współczesnej”, patrzący na całą sprawę z właściwą sobie przenikliwością. Czasopismo to bowiem, w przeciwieństwie do „Wiadomości Farmaceutycznych”, sprzedaż leków poza aptekami rozpatrywało nie z punktu widzenia konkurencji, ale zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentów, o które aptekarz powinien dbać na wszystkich frontach. W artykule redakcyjnym z roku 1939 pisano wprost: rozpanoszeniu się drogerii i składów aptecz-

Pag. Złoczów, dnia 191

DROGUERYA
POD „MARTKĄ BOSKĄ”
M^{AGISTRA} St. MANOWARDY
W ZŁOCZOWIE.

W. P.

Za maj 1921		i zaskarżalny w Złoczowie		w listopadzie 1921	
Fallek	Trakoin 2.	2	przez	16	.
Gabina	Warszew 2.	2	przez	4	.
Uniter	Wiek 2.	2	przez	4	.
Jos.	hamilton 2.	2	przez	4	.
Fabryka	soty W 2.	2	przez	4	.
Barwickowski		3.		32	-
Pochnia		2.	zaskarżenie		
Purzech		2.	przez	55	-
Barwickowski		2.	przez	33	-
Powroś	Putep. 2.	2	przez	7	-
Pomni	Albud 2.	2	przez	23	.
	varum 23.		przez	32	.
1/8 21	fabryk. putep. 4.	4.	przez	150	.
8/8	Jakobsona Wars. 4.	4.			
16/8	Ekoderm R2 4.	4.			
	Automa Vir. 4.	4.			
				16	.

Ilustracja 2

Notatki magistra farmacji Stanisława Manowardy, właściciela drogerii w Złoczowie, a następnie w podkrakowskich Czyżynach. Placówki te słynęły ze znakomitego zaopatrzenia i niezwykle szerokiego asortymentu produktów.

Ze zbiorów autora.

►nych winne są same apteki, które na własne życzenie upodobniły się do marnych sklepów, nie odróżniających się od najprymitywniejszej drogerii. Apelowano więc, aby aptekarze podkreślali profesjonalizm i fachowość swych placówek, wydając leki *w odpowiedniej formie i szacie zewnętrznej*, nie oszczędzając etykiet „zmieszać przed użyciem”, czy „przechowywać w chłodnym miejscu”. Prawdziwa apteka powinna używać także *papieru propagandowego*, opatrzonego napisami *tylko apteka daje gwarancję dobroci leku*, w który owijane mogą być sprzedawane specyfiki. Na tej właśnie „pozytywistycznej” zasadzie redakcja „Farmacji Współczesnej” w artykule „Leki nie w aptecę” z roku 1937 sugerowała, że tylko w aptekach tran-

sprowadzany jest w butelkach ze szkła oranżowego i znajduje się w *miejscu przyciemnionym*, podczas gdy w byle mydlarni jest on przechowywany w przezroczystym szkłe, eksponowanym na nasłonecznionej wystawie! W wiedzy i wykształceniu farmaceuty powinna więc leżeć przewaga apteki nad wszelkimi innymi placówkami. W roku 1934 apelowano wręcz do aptekarzy, że *jednym z pierwszych obowiązków obywatelskich farmaceuty jest nie dać truć ludności i zwalczać pokątnie leczenie*. Służyć temu powinny apteczne laboratoria analityczne, których jednak aptekarze nie chcieli zakładać, ze względu na niską rentowność, tymczasem: *sklepiak sprzedaje pięcioprocentową jodynę na denaturacie, aptekarz lamentuje, że dzieje mu się*

krzywda, bo zatarła się różnica między aptekarzem a mydlarzem czy drogistą.

Międzywojenne aptekarstwo, dzięki wyjątkowej konsolidacji w walce ze sprzedażą leków poza aptekami, odnosiło znaczące sukcesy. Po interwencjach u czynników rządowych mnożyły się masowe kontrole. Drogerie i składy apteczne były regularnie wizytowane przez inspektorów farmaceutycznych, zaś mydlarnie, perfumerie i sklepy kolonialne – przez policję i władze sanitarne. Do surowej odpowiedzialności karnej (aresztu i grzywny) pociągano nie tylko sprzedających, ale także hurtowników, którzy dostarczali leki w miejsca nielegalnego handlu. ■

dr n. farm. Maciej Bilek

Adam Kokot – fotografik zwycięzca

Z radością prezentujemy zdjęcie, które zostało nagrodzone w światowym konkursie fotografii Red Bull Illume. Autorem zdjęcia jest magister farmacji Adam Kokot z Nowego Targu. Zdjęcie to zostało uznane za najlepsze w kategorii Spirit. Nagrodzone fotografie zaprezentowano 31 sierpnia 2010 roku w Kolegium Trójcy Świętej w stolicy Irlandii w Dublinie.

Z podziwem oglądamy to zdjęcie. Podziwiamy wspinacza wypoczywającego na nagiej skale, której zdobycie wydaje się niemożliwością. Podziwiamy artystę, który ten moment potęgi ducha i siły spokoju docenił i uchwycił w obiektywie. Nagroda w prestiżowym konkursie wprowadziła Adama Kokota na drogę międzynarodowej sławy.



Redakcja Aptekarza Polskiego odczuwa satysfakcję z wyróżnienia, które autor nagrodzonej fotografii otrzymał. Od dawna podziwialiśmy

talent Adama Kokota, czemu dawaliśmy wyraz publikując jego fotografię w naszym piśmie.

Redakcja Aptekarza Polskiego

Cudowne kropelki od Spiessa

„Pani Spiessowa zaprosiła mnie z Halą [córeczką] na obiad. Poszłam więc o umówionej godzinie do wybornie urządzonego mieszkania w Alei Róż gdzie przyjęła nas sama pani Spiessowa, gdyż mąż był nieobecny. Zaraz na wstępie oznajmiłam pani Spiessowej, że nie będę nic jeść, bo jestem chora. Ale pani Spiessowa dała mi jakieś kropelki do wypicia, kropelki cudowne i wypróbowane: *Słowo honoru ci daję* – powiedziała - *że po zażyciu tych kropli możesz jeść absolutnie wszystko i nic ci nie zaszkodzi. Zawierzałam jej słowom i nie zawiodłam się. Do wieczora miałam spokój z żołądkiem zaburzenie się skończyło*”.

Takie wspomnienie pozostawiła po sobie żona jednego z dyrektorów Przemysłowo – Handlowych Zakładów Chemicznych Ludwik Spiess i syn. Opisane wydarzenie miało miejsce na początku okupacji Warszawy, w czasie II wojny światowej, kiedy codziennością stały się problemy ze zdobyciem artykułów spożywczych i każda możliwość zjedzenia pełnowartościowego posiłku była wyjątkowa. Należy przypuszczać, że proszony obiad u państwa Spiessów był wydarzeniem kulinarnym zwłaszcza w tych trudnych czasach, a zaoferowane przez panią domu kropelki stanowiły z pewnością efekt pracy chemików i farmaceutów zatrudnionych w fabryce męża.

Zakłady Chemiczne Ludwik Spiess i syn były jednymi z największych fabryk chemicznych w przedwojennej Polsce. Ich początki sięgały składów aptecznych i apteki stanowiącej własność rodziny. W 1844 r. w Warszawie przy ulicy Koziej otwarto aptekę pod nazwą „Spiess i Rakoczy”, której współwłaścicielem był Polak pruskiego pochodzenia Henryk Bogumir Spiess. Ten niezwykle przedsiębiorczy człowiek wkrótce zaangażował się w inne projekty związane z szeroko rozumianym przetwórstwem spożywczym - jak fabryka ostów i farmacją - jak Instytut Wód Mineralnych w Ogrodzie Krasieńskich. Rodzinną tradycję kontynuował Ludwik Henryk, który jeszcze przed wybuchem I wojny światowej był właścicielem kilku składów aptecznych umiejscowionych w doskonałych punktach Warszawy przy ul. Senatorskiej, Marszałkowskiej i Miodowej oraz fabryki chemicznej w Tarchominie (osada Piekiełko) produkującej octy, farby, lakiery, a także artykuły chemiczne, farmaceutyczne i nawozy sztuczne.

Z czasem w zakładach tarchomińskich produkowano wyłącznie artykuły chemiczne i farmaceutyczne, jak preparaty galenowe m.in. nalewki i wyciągi ziołowe, plastry lecznicze, oczyszczano rtęć, rektyfikowano spirytus do celów leczniczych.

Wytwarzano preparaty chemiczne, gotowe specyfiki na licencjach francuskich oraz wyroby kosmetyczne i perfumeryjne. Regularnie podejmowano produkcję nowych związków chemicznych i specyfików na podstawie własnych patentów, w tym preparatów inozytofosforowych z polskich surowców, według własnej metody opracowanej przez Stefana Otolskiego. Przed wybuchem II wojny światowej w fabryce pracowało blisko 900 osób, a do produkcji zużywano między innymi około 6000 kg ziół, 882000 l. spirytusu, ponad 18 000 kg cukru i 2 000 kg benzyny ekstrakcyjnej.

Po wybuchu II wojny światowej fabryka pracowała właściwym sobie cyklem do 7 września 1939 r., później produkcję zawieszono i przystąpiono do pakowania gotowych produktów. Cały czas kompletowano apteczki pierwszej pomocy, wysyłając je do Warszawy oraz na bieżąco wydawano zamówione wcześniej leki i benzynę dla potrzebujących. Jedyne zniszczenia spowodowały dwie bomby samolotowe, które spadły tuż koło fabryki wywołując większy efekt grozy niż straty. Czas okupacji również początkowo oszczędził fabrykę, choć i tu jak we wszystkich większych przedsiębiorstwach nie obeszło się bez wprowadzenia nadzoru niemieckich urzędników. Fabryka została powiązana z berliń-

►ską firmą farmaceutyczną „Knoll A.G.”, co zresztą nie uchroniło jej od mniejszych i większych kradzieży popełnianych przez okupantów. Przejmowali oni nieodpłatnie zarówno gotowe preparaty jak i surowce, najczęściej spirytus. Wśród polskich pracowników krążyła historia pewnego niemieckiego oficera, który ukradłszy spirytus napełnił nim dwie butelki i postanowił przesłać je kolegom. Podpatrzyli to niżsi rangą żołnierze i spirytus wypili, a butelki napełnili wodą. Te zostały następnie przesłane potencjalnym odbiorcom, którzy po degustacji zawartości śmiertelnie obrazili się na darczyńcę.

Właściciele fabryki starali się dbać o pracowników m.in. zapewniając im posiłki regeneracyjne, często stanowiące podstawę ich całodziennego wyżywienia. Intencje dyrekcji nie zawsze były właściwie odbierane przez robotników. Pięciokilowy przydział kaszanki i dwukilowy przydział salami, doprowadziły do wybuchu strajku. Pracownicy zamierzali zabrać deputaty do domów by podzielić się z rodzinami, ale dyrektorzy zdecydowali o przejęciu wędliny na potrzeby stołówki prowadzonej przez fabrykę. Zatarg doprowadził do niebezpiecznej w konsekwencji ingerencji Niemców, którzy jednak po rozmowie ze zwaśnionymi stronami zdecydowali o wydaniu kaszanki robotnikom, co zakończyło sprawę.

W noc wigilijną 1941 r. w Piekiełku wybuchł groźny pożar wywołany samozapaleniem się surowców. Podziemne magazyny

zapobiegły rozprzestrzenieniu się ognia i uchroniły fabrykę od całkowitego zniszczenia, jednak mieszkańcy okolic ze strachem obserwowali wielką łunę i nasłuchiwali huku eksplodujących materiałów. Do gaszenia pożaru stała się miejscowa straż pożarna, personel fabryczny oraz cztery oddziały warszawskiej straży. Wszystko to było powodem, że zdarzeniem zainteresowali się także stacjonujący w okolicy Niemcy. Jako pierwszy zjawił się żerański major lotnictwa z dwoma żołnierzami. Prawdopodobnie pijany oficer przekleństwami i biciem próbował zmobilizować zgromadzonych ludzi do aktywniejszych działań. Niezadowolony z osiągniętych efektów postanowił zaarrestować całą grupę strażaków, w tym także przywódcę straży pożarnej i mechanika fabryki. Ten, chcąc jak najszybciej wrócić do przerwanych przymusowo zajęć, polegających na zabezpieczaniu terenu i gaszeniu ognia, uciekł przy pierwszej możliwości. Do żerańskiej ekipy dołączyło wkrótce dziesięciu niemieckich żandarmów, którzy przejęli się sytuacją na tyle, że kazali przynieść sobie alkohol. Otrzymawszy napędce zorganizowany poczęstunek, wykazali się zdrowym myśleniem i spowodowali uwolnienie aresztowanych przez majora strażaków, twierdząc, że nie było powodu do ich zatrzymania. Pożar szczęśliwie ugaszono i fabryka po raz kolejny podjęła pracę.

Wiosną 1944 r. fabryka obrabowana została po raz kolejny, ale tym razem najścia dokonali

żołnierze Armii Krajowej. Akcja była doskonale zaplanowana. Żołnierze przyjechali dwoma samochodami, a po zgromadzeniu większych ilości morfiny, kofeiny, kodeiny i tranu, zapakowali wszystko rekwirując dodatkowo dwa auta Spiessa, które napędce przemalowano. Łącznie z fabryki wyprowadzono cztery furgonetki pełne leków, co razem z wywiezionym kilka dni wcześniej olbrzymim zapasem spirytusu, stanowiło być może podstawę zaopatrzenia warszawskich szpitali powstańczych. Produkcja fabryki Spiessa cieszyła się jak widać ogólnym zainteresowaniem, a jakość wytwarzanych leków była szeroko znana.

Zakłady, które do 17 stycznia 1945 r. znajdowały się przez dwanaście tygodni na linii frontu i znacznie przez to ucierpiały, po zakończeniu wojny zostały upaństwowione i działają do dziś jako Zakłady Farmaceutyczne Polfa Tarchomin S.A. Szkoda, że historii Zakładu nie poświęcono odrębnej monografii, a nazwa cudownego leku na żołądek nie została utrwalona we wspomnieniach, bo wydane mu świadectwo wydaje się być niezwykle obiecujące.

Anita Chodkowska

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

Aptekarz artystą malarzem

Aptekarz Polski przedstawia magistra farmacji Tadeusza Petlica, aptekarza ze Szczyrzyca w powiecie limanowskim.



Malujący aptekarz! To wielka rzadkość. Proszę powiedzieć, jak to się stało, że praktykujący na co dzień farmaceuta został artystą?

Malowałem już dużo wcześniej, zanim zostałem aptekarzem! Trwa ta zabawa od lat szkolnych. Sztuką interesowałem się od dziecka. Co tydzień z niecierpliwością oczekiwałem na tygodnik „Przyjaciółka”, w którym na ostatniej stronie były umieszczone reprodukcje polskich malarzy.

Jakie były zatem początki Pańskiej twórczości? Czy uczęszczał Pan na studia lub kursy artystyczne?

Początki twórczości nie były łatwe. Trudno było wtedy

zdobyć dobre kredki! Farby olejne można było kupić tylko za okazaniem legitymacji przynależności do Związku Plastyków Polskich. Dlatego sam robiłem sobie farby, mieszając farby plakatowe z białkiem jajka. Obrazy miały wtedy ciekawy połysk. W szkole średniej miałem mniej czasu na moją pasję, a najwięcej malowałem podczas wakacji. Po ukończeniu technikum farmaceutycznego myślałem o studiach artystycznych. Złożyłem papiery i wymaganą „własną twórczość” na Akademię Sztuk Pięknych w Krakowie. Rodzina była zaskoczona, gdy zostałem powiadomiony, że zakwalifikowano mnie do egzaminu wstępnego. Rodzice nie pochwalali mojego wyboru i usilnie radzili, bym wybrał studia na Wydziale Farmaceutycznym Akademii Medycznej w Krako-

wie. Będąc już studentem farmacji nie rozstawałem się z moją pasją. Znajdowałem czas na pogłębianie wiedzy z zakresu technik malarskich. Uczęszczałem także na zajęcia z malarstwa, prowadzone w Pałacu pod Baranami.

Pańska twórczość ewoluowała na przestrzeni lat. Jakie techniki malarskie stosował kiedyś Pan Magister, a jakie stosuje obecnie?

Techniki malarskie początkowo dostosowałem do materiałów malarskich, które można było kupić! Dlatego pierwsze rysunki wykonałem węglem. Wrażliwość na piękno pejzażu ujawniła się w postaci licznych akwareli i temper. Od wielu lat, aż do dziś, pozostaję przy malarstwie olejnym.

Jakie są Pańskie inspiracje i tematyka obrazów?

Natchnieniem do tworzenia pejzaży była i jest niemal wyłącznie przyroda. Ich tematem są góry, szczególnie Beskid Wyspowy, ale uwielbiam także morze. Maluję również bukiety kwiatów i abstrakcyjne kompozycje formistyczne.

W Pańskiej twórczości widać bardzo dużą kulturę malarską, a obrazy mieniają się ekspresjonizmem, formizmem, kubizmem, francuskim impresjonizmem... Widać inspirację

► *Van Gogiem, Munchem, Karpińskim, Wyczółkowskim, Falatem... Czy ma Pan ulubionych malarzy i kierunki w sztuce?*

Od dawna interesowałem się historią sztuki. Duże wrażenie zrobiły na mnie dzieła okresu renesansu, baroku, XVII-wieczna sztuka holenderska, okres romantyzmu i tak by można wymieniać wiele kierunków. Nie ukrywam, że bardzo bliski jest mi impresjonizm. Zachwycają mnie obrazami wszystkich artystów impresjonizmu, szczególnie urokliwe są dla mnie dzieła: „Wschód słońca” Claude Moneta i Edgar Degas „Błękitne tancerki”.

Lepiej czuje się Pan malując w kanonach ogólnie pojętego realizmu, czy kusi Pana także abstrakcja? Jakie możliwości, a jakie pułapki czyhają na malarza, który decyduje się na tworzenie obrazów abstrakcyjnych?

Oczywiście, kusi mnie abstrakcja, która daje możliwość różnych interpretacji przez oglądających. Tak naprawdę forma przedstawiona na obrazie nie jest nigdy zupełnie abstrakcyjna, ponieważ powstała na drodze procesu w którym uczestniczy psychika autora, poddana wpływom świata zewnętrznego oraz zawsze budzi jakieś skojarzenia z formami rzeczowymi.

Czy lokalizacja Pańskiej apteki w pięknie położonym Szczyrzycu jest inspirująca?

Lokalizacja Szczyrzycy, w którym mieszkam, jest inspiracją do powstawania ciągle nowych pejzaży. Kiedy po raz pierwszy

tu przyjechałem urzekły mnie okoliczne widoki: góry Ciecień i Śnieżnica, kwitnące drzewa owocowe w licznych sadach, żółte kaczeńce w przydrożnych rowach, a także zabytkowy klasztor Cystersów. Zacząłem wędrować po okolicy i starałem się jak najszybciej przenieść na płótno te piękne widoki. Mam nadzieję, że po części udało mi się to. Na pewno życie w miejscowości, która swoim urokiem zachwyca o każdej porze roku jest dla mnie impulsem do malowania.

Czy w swej twórczości podejmował Pan Magister tematykę farmaceutyczną?

Nie, tematyki takiej nigdy nie podejmowałem!

Dlaczego? Czyżby w aptece nie można było znaleźć inspiracji? Przecież dawne naczynia apteczne są same w sobie dziełami sztuki...

Oczywiście zgadzam się, że wnętrza aptek zabytkowych, wystrój, wagi, naczynia, meble to dobry temat do namalowania martwej natury. Nigdy jednak nie pracowałem w starej aptece, nowo otwierane apteki w okresie socjalizmu miały wszystkie ten sam wystrój, który nigdy mnie nie inspirował do malowania.

Jak na Pańską twórczość reagują pacjenci? Czy aptekarz-artysta jest akceptowany w lokalnej społeczności?

Trudno wypowiedzieć się na ten temat. W aptece prowadzonej przeze mnie jest powieszonych kilka obrazów, jednak zainteresowania tutejsi mieszkańcy

nie wykazują. Uwagę zwracają czasami turyści i przyjezdni pacjenci. A tak naprawdę – to nieliczni mieszkańcy Szczyrzycy wiedzą o mojej pasji i po prostu nie wiedzą, że obrazy z apteki są mojego autorstwa!

Jako artysta brał Pan udział w licznych plenerach malarzkich. Proszę powiedzieć, czy lepiej maluje się w większej grupie i na określony z góry temat, czy woli Pan w czasie tworzenia pozostawać samotnym?

Uczestniczyłem w plenerach organizowanych przez Towarzystwo Przyjaciół Sztuk Pięknych w Lublinie, w Muszynie i na Węgrzech – w Berettyóújfalu. Praca w grupie ma swoje korzyści, ale dla mnie tylko na początku, ponieważ można skonfrontować swoje odczucia z innymi. Generalnie jednak tworzyć wolę w samotności.

Brał Pan udział w licznych wystawach, otrzymując wiele nagród, jakich?

Brałem udział w malarzkich wystawach poplenerowych, otrzymując wyróżnienia lub symboliczne nagrody, np. farby tempery, farby olejne, albumy z malarstwem.

Czym dla steranego ciężką pracą i codziennymi zgryzotami aptekarza jest twórczość artystyczna? Czy pozwala odetchnąć, czy wręcz przeciwnie – wyostrza wrażliwość?

Malarstwo jest dla mnie relaksem, wypoczynkiem, zapomnieniem o sprawach trudnych...

Malarstwo to nie całe Pańskie życie. Ma Pan wiele osiągnięć jako aptekarz. Proszę opowiedzieć, jak przebiegała Pańska kariera zawodowa?

Po ukończeniu studiów w 1966 roku podjąłem pracę w aptece w Lublińcu. W 1968 zostałem zatrudniony jako zastępca kierownika w Bukowni koło Olkusza, w nowo otwartej aptece. Po zmianach terytorialnych województw w 1977 roku dyrektor krakowskiego Cefarmu zaproponował mi kierownictwo w aptece w Szczyrzycu, gdzie pracowałem do roku 1990. W latach 1991-1994 pracowałem jako inspektor nadzoru farmaceutycznego w Nowym Sączu. Obecnie, od kilkunastu lat, jestem kierownikiem apteki prywatnej w Szczyrzycu, którą wykupiłem od Cefarmu. Ostatni okres jest w mojej „karierze zawodowej” szczególnie męczący, gdyż w małym Szczyrzycu otwarta została druga, konkurencyjna apteka.

Jak ocenia Pan Magister kondycję dzisiejszego aptekarstwa? Czy czuje się Pan dobrze pracując w warunkach wolnego rynku?

Pyta Pan o kondycję aptekarstwa... Widzę ją w czarnych brawach, zbyt wiele osób nie mających nic wspólnego z prawdziwą farmacją, dyktuje warunki pozostałym aptekom. Niestety do tych nieprawidłowości nagięte jest prawo farmaceutyczne.

Dziękuję za rozmowę.

Maciej Bilek



Morze o zachodzie słońca, 2000, olej na płótnie



Pejzaż ze Szczyrzycy, 1980, olej na płótnie

Więcej prac mgr farm. Tadeusza Petlica znajdą Państwo na stronach internetowych Aptekarza Polskiego w rubryce *Chwila oddechu*

Nowe rejestracje – PL – lipiec 2010



W lipcu 2010 r. Minister Zdrowia wydał 21 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 lipiec 2010 zostało udostępnione 15 września 2010.

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A02B – *Leki stosowane w chorobie wrzodowej i refluksie żołądkowo-przełykowym*; **A02BC** – *Inhibitory pompy protonowej*

Omeprazolium: Ultop (Krka) to aktualnie 26. zarejestrowana marka omeprazolu. W postaci doustnej na rynek wprowadzono 14 marek leków: Bioprazol i od maja 2009 Bioprazol Bio (Biofarm), Exter (Rubio), Gasec i Gasec Gastrocaps (Mepha), Helicid (Zentiva), Losec (AstraZeneca; lek oryginalny), Notis (Schwarz Pharma, Łomianki), Omeprazol-Egis, Ortanol i Ortanol Plus (Sandoz), Polprazol (Polpharma) i od maja 2009 Polprazol PPH oraz od stycznia 2010 Polprazol Acidcontrol (Polpharma; zmiana nazwy z Polprazol dla dawki 10 mg), Prazol (Polfa Pabianice), od lipca 2007 Loseprazol (Liconsa), od sierpnia 2008 Prokastim (Ozone), od grudnia 2008 Agastin (Temapharm; po zmianie nazwy z Omolin) i od maja 2009 Tulzol (Teva). Nie pojawiły się jeszcze na rynku: Omeprazol Arrow (Arrow Poland; lek wprowadzony wcześniej pod nazwą Ulzol przez Plivę Kraków, któremu następnie zmieniono nazwę na Omeprazol Pliva, a na koniec na Omeprazol Arrow), Omeprazole-1A Pharma, Omeprazole Phargem (Phargem;

lek wprowadzony wcześniej pod nazwą Groprazol przez Polfę Grodzisk, któremu następnie zmieniono nazwę na Omeprazol APPH, a na koniec na Omeprazol Phargem), Omeprazol Medana (Medana Pharma), Omeprazol-Ratiopharm, Omeprazol-Stada (Stada) i Piastprazol (Temapharm). Do sprzedaży wprowadzono także 7 marek preparatów iniekcyjnych: Helicid (Zentiva), Losec (AstraZeneca), Ortanol (Sandoz), od czerwca 2009 Omeprazol Teva i Prazigast (Jelfa), od października 2009 Omepragal (SMB) i od listopada 2009 Polprazol (Polpharma). Nie pojawił się jeszcze w obrocie preparat iniekcyjny Omeprazol Mylan. Skreślono z Rejestru: Omar (Sandoz).

J – LEKI PRZECIWSZKAZNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

J01 – *Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie*; **J01D** – *Inne beta-laktamowe leki przeciwbakteryjne*; **J01DC** – *Cefalosporyny drugiej generacji*

Cefuroximum: Xelacef (Actavis) to 10. zarejestrowany doustny preparat cefuroksymu. Na rynku znajduje się 8 leków doustnych: Bioracef (Bioton), Ceroxim (Ranbaxy), Novocef (Pliva Kraków),

Xorimax (Sandoz), Zinnat (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), od sierpnia 2006 Zamur (Mepha), od listopada 2008 Cefuroxime-1A Pharma (zarejestrowany wcześniej jako CefuHexal) i od września 2009 Zinox (Tabuk Poland). Nie pojawił się jeszcze w sprzedaży preparat Cefuroxim Teva. Ponadto do sprzedaży wprowadzono 5 leków iniekcyjnych: Biofuroksym (Polpharma), Tarsime (Polfa Tarchomin), Xorim (Sandoz), Zinacef (GlaxoSmithKline; lek oryginalny) i od grudnia 2008 Cefuroxim-MIP (MIP Pharma). Skreślono z Rejestru: Plixym (Pliva Kraków).

L – LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPLYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L01 – *Leki przeciwnowotworowe*;

L01D – *Antybiotyki cytotoksyczne i substancje o zbliżonym działaniu*; **L01DB** – *Antracykliny i substancje o podobnej budowie*

Epirubicinum: Epirubicin Accord (Accord Healthcare) to 8. zarejestrowana marka epirubicyny. Na rynek wprowadzono 5 marek: Bioepicyna (Instytut Biotechnologii i Antybiotyków), Epirubicin-Ebewe (Ebewe), Farmorubicin

PFS (Pfizer; lek oryginalny) i Farmorubicin RD (Pfizer), od lutego 2009 Epimedac (Medac) i od marca 2010 Episindan (Actavis). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży preparaty: Epirubicin Kabi (Fresenius Kabi Oncology) i Epirubicin Teva.

L01X – Inne leki przeciwnowotworowe;

L01XA – Związki platyny

Oxaliplatinum: Oxaliplatinum Accord (Accord Healthcare) w postaci płynnego koncentratu to rozszerzenie w stosunku do zarejestrowanego wcześniej proszku do sporządzania roztworu do wlewów dożylnych. Zarejestrowanych jest 18 marek oksaliplatyny. Na rynku pojawiło się 6 leków: Eloxatin (Sanofi-Synthelabo), Oxaliplatin-Ebewe, od czerwca 2007 Platox (Hospira), od maja 2008 Oxaliplatin Teva, od sierpnia 2009 Oxaliplatin Mylan (Mylan; poprzednia nazwa preparatu: Oxaliplatin Merck) i od czerwca 2010 Oxaliplatinum Winthrop (Sanofi-Aventis). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Gessedil (Egis), Goxyral (Bioton), Kiplatin (UKR Regulatory Affairs; zarejestrowany wcześniej pod nazwą Oxaliplatin), Oxaliplatinum Accord (Accord Healthcare), Oxaliplatin BMM Pharma, Oxaliplatin Hospira (Hospira; preparat zarejestrowany początkowo pod nazwą Platox), Oxaliplatinum Accord (Accord Healthcare), Oxaliplatin Farmacom, Oxaliplatin Stada, Oxaliplatin Pliva (Pliva Kraków), Oksaliplatyna medac (Medac) i Sinoxal (Actavis). Skreślono z Rejestru: Oxalidix (Medac), Oxaliplatin Lek (Sandoz).

L01XX – Inne leki przeciwnowotworowe

Topotecanum: Topotecan Accord (Accord Healthcare) to 5. zareje-

strowany preparat topotekanu. Na rynek wprowadzono lek oryginalny Hycamtin (SmithKline-Beecham) i od kwietnia 2010 Topotecan Teva (Teva Pharma). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży preparaty: Topotecan Actavis i Topotecan Hospira. Skreślono z Rejestru: Topotecan Pliva (Pliva Kraków).

L04/L04A – Leki hamujące układ odpornościowy;

L04AA – Selektywne leki hamujące układ odpornościowy

Mycophenolas mofetil: Mofimutal (ICN Polfa Rzeszów) to 13. zarejestrowana marka leku zawierającego pochodne kwasu mykofenolowego. Na rynku znajdują się 4 leki: CellCept (Roche; lek oryginalny), Myfortic (Novartis) zawierający sól sodową kwasu mykofenolowego, od lutego 2009 Myfenax (Teva) i od czerwca 2010 Mycophenolate mofetil Apotex. Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty: Limfocept (Gedeon Richter), Mophecen (Jelfa), Mycophenolate mofetil Accord (Accord Healthcare), Mycophenolate mofetil Farmacom, Mycophenolate mofetil Sandoz, Mycophenolate mofetil Teva, Mykofenolat mofetil Actavis i Trixin (Farmacom). Skreślono z Rejestru Mykofenolat Lek.

M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

M01 – Leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; **M01A** – Niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; **M01AB** – Pochodne kwasu octowego i związki o podobnej budowie

Diclofenacum: Rapidus (Tabuk Poland) to 15. zarejestrowana w

tej klasie marka diklofenaku. Lek zawiera sól potasową diklofenaku. Do sprzedaży wprowadzono także Cataflam (Novartis), Voltaren Acti (Novartis) i od kwietnia 2010 Voltaren Express (Novartis) z solą potasową. Inne preparaty zawierają sól sodową diklofenaku. Na rynek wprowadzonych zostało 13 marek diklofenaku, w różnych postaciach: Cataflam (Novartis), Diclac i Diclac Duo (Sandoz), Dicloberl i Dicloberl Retard (Berlin-Chemie), DicloDuo (Bristol-Myers Squibb), Diclofenac GSK (Glaxo-SmithKline, Poznań), Dicloratio, Dicloratio Retard i Dicloratio Uno (Ratiopharm), Dicloremum i Dicloremum Retard (Alfa Wassermann), Diclotard (MB & S Medical Business and Science), Difadol (Polfa Warszawa), Majamil prolongatum i Majamil PPH (Polpharma; preparat zarejestrowany wcześniej pod nazwą Diclofenac Polpharma), Naklofen inj. i Naklofen Duo (Krka), Olfen i Olfen SR (Mepha) oraz lek oryginalny Voltaren, Voltaren Acti i Voltaren SR (Novartis). Nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek preparaty Vostar (Actavis) i Voltaren Acti Extra (Novartis) zawierające sól potasową diklofenaku. Skreślono z Rejestru: Apo-Diclo (Apotex), Biofenak czopki (Biomed Lublin), Diclofenac (Krotex-Poland), Dicloremum czopki (Alfa Wassermann), Diklonat P inj. i Diklonat P forte (Pliva Kraków), Majamil (Polpharma), Naklofen czopki i tabl. oraz Naklofen Retard (Krka), Rewodina i Rewodina Retard (AWD.Pharma).

Postaci iniekcyjne to 5 marek: Diclac, Dicloremum, Difadol, Naklofen i Voltaren. Postaci doo-dbytnicze to 6 marek: Diclac, Dicloberl, Diclofenac GSK, Dicloratio, Olfen i Voltaren. Postaci ▶

► doustne dojelitowe to 5 marek: Diclac, Dicloratio, Dicloream, Majamil PPH i Voltaren. Postaci doustne o tradycyjnym uwalnianiu to 5 marek: Cataflam, Olfen, Rapidus, Vostar oraz Voltaren Acti, Voltaren Acti Extra i Voltaren Express. Postaci doustne o przedłużonym uwalnianiu to 6 marek: Dicloberl Retard, Dicloratio Retard i Dicloratio Uno, Dicloream Retard, Diclotard, Olfen SR i Voltaren SR. Postaci doustne o jednoczesnym tradycyjnym i przedłużonym uwalnianiu to 3 marki: Diclac Duo, DicloDuo i Naklofen Duo. Postać doustna dojelitowa o przedłużonym uwalnianiu to 1 marka: Majamil pro-longatum.

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

Toxinum botulinicum typum A: Botox (Allergan) w dawce 50 jednostek Allergan to rozszerzenie w stosunku do wprowadzonej wcześniej dawki 100 jednostek Allergan. Zarejestrowanych jest 5 preparatów zawierających toksynę botulinową typu A. Na rynek zostały wprowadzone 4 leki: Botox (Allergan), Dysport (IPSEN), od maja 2009 Vistabel (Allergan) i od maja 2010 Azalure (IPSEN). Nie pojawił się jeszcze w sprzedaży preparat Xeomin (Merz).

N – UKŁAD NERWOWY

N06 – Psychoanaleptyki;
N06A – Leki przeciwdepresyjne;
N06AX – Inne leki przeciwdepresyjne

Venlafaxinum: Oriven (Orion) to 34. zarejestrowana marka preparatów wenlafaksyny. Do obrotu wprowadzono 14 marek leków: Efectin ER (Wyeth), Velafax i od września 2007 Velafax XL (Farmacom), od grudnia 2006 Velaxin (Egis) i Venlectine kaps. o przedłużonym uwalnianiu (ICN Polfa Rzeszów), od sierpnia 2007 Symfaxin ER (SymPhar), od października 2007 Alventa (Krka), od listopada 2007 Velaxin ER (Egis), od października 2008 Axyven (Temapharm; po zmianie nazwy i podmiotu odpowiedzialnego z Venlafaxine Liconsal), od maja 2009 Lafactin (Apotex), od września 2009 Prefaxine (Polpharma), od listopada 2009 Faxolet ER (Polfa Pabianice), od grudnia 2009 Faxigen XL (Generics), od lutego 2010 Venlabax MR (Ranbaxy) i od kwietnia 2010 Efevelon SR (Actavis). Nie pojawiły się jeszcze na rynku preparaty: Agrofan SR (Zentiva), Enlaf (Teva), Jarvis (Gedeon Richter), Nopekar (Ozone; wcześniejsza nazwa: Estaq), Paxifar ER (Biofarm), Tavex (Krka), Tifaxin PR (Stada), Tonpular PR (Wockhardt), Velahibin (Actavis), Velaxiran MR (Ranbaxy), Venlafaxine-1A Pharma, Venlafaxine Arrow (Arrow Poland), Venlafaxine Bluefish XL (Bluefish Pharmaceuticals), Venlafaxine Gerot, Venlafaxin Sandoz, Venlafaxin-Ratiopharm PR, Venlafaxinum XL Farmacom, Venlax XL (Celon Pharma), Venlectine tabl. o standardowym uwalnianiu (ICN Polfa Rzeszów) i Xaveksin ER (Tabuk Poland). Skreślono z Rejestru: Venlafaxinum Pliva (Pliva Kraków).

N06D – Leki przeciw demencji; **N06DA** – Antycholinesterazy

Rivastigminum: Riveka (Unia)

to 15. zarejestrowana marka rywastygminy. Do sprzedaży wprowadzono 5 leków: Exelon (Novartis Europharm), od sierpnia 2009 Nimvastid (Krka), od grudnia 2009 Rivastigmine Teva, od maja 2010 Prometax (Novartis Europharm) i od sierpnia 2010 Ristidic (ICN Polfa Rzeszów). Nie pojawiły się jeszcze na rynku: Evertas (Zentiva), Niddastig (Stada), Rivalong (Farma-Projekt), Rivastigmine Hexal, Rivastigmine-Ratiopharm, Rivastigmine Sandoz, Rivastigmine 1A Pharma, Rivastigmin Orion i Rivaxon (Biogened).

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: Miralust (Adamed) to 25. zarejestrowana marka montelukastu. Do sprzedaży zostało wprowadzonych 14 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), od grudnia 2009 Montessan (Apotex; preparat zarejestrowany wcześniej pod nazwą Montekast) oraz od czerwca 2010 Montespil (Biofarm) i Vizendo (GlaxoSmithKline);

preparat zarejestrowany wcześniej przez Synthron pod nazwą Mont-Syn). Nie pojawiły się jeszcze na rynku preparaty: Airathon (Merck

Sharp & Dohme), Lukast (Grünwalder), Montelukast-1A Pharma, Montelukast Miklich, Montelukast MSD (Merck Sharp & Dohme),

Montelukast Sandoz, Montelukast Stada, Montelukastum Synthron, Montenor (+Pharma) i Symlukast (SymPhar).

Nowe rejestracje – UE – sierpień 2010



W sierpniu 2010 r. Komisja Europejska w ramach procedury centralnej wydała 2 decyzje o dopuszczeniu do obrotu nowych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi. Dotyczą one 1 nowej substancji czynnej (welagluceraza alfa) oraz 1 substancji czynnej stosowanej już w lecznictwie. Produkty omówiono w ramach klasy ATC według WHO oraz substancji czynnej preparatu z uwzględnieniem wskazań, pomijając inne szczegóły, które można znaleźć w witrynie internetowej Europejskiej Agencji Produktów Leczniczych (<http://www.emea.europa.eu>).

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A16/A16A – Inne leki działające na przewód pokarmowy i metabolizm; A16AB – Enzymy

Velaglucerasum alfa: **VPRIV** (Shire Pharmaceuticals) jest wskazany do stosowania w długotrwałej enzymatycznej terapii zastępczej u pacjentów z rozpoznaniem choroby Gauchera typu I. Welagluceraza alfa jest wytwarzana w linii komórek ludzkiego fibroblastu HT-1080 za pomocą technologii rekombinacji DNA.

Choroba Gauchera jest zaburzeniem dziedzicznym autosomalnie recesywnie spowodowanym mutacjami w genie GBA, powodującym niedobór enzymu lizosomalnego beta-glukocerebrozydazy. Niedobór tego enzymu prowadzi do gromadzenia się glukocerebrozydu głównie w makrofagach, powodując powstawanie komórek piankowatych zwanych „komórkami Gauchera” w wątrobie, śledzionie, szpiku kostnym, kośćcu oraz płucach. Zajęcie kości przez proces chorobowy powoduje anomalie i deformacje szkieletu, a także napadowe bóle kostne. Złogi

w szpiku kostnym i śledzionie prowadzą do istotnej klinicznie niedokrwistości i małopłytkowości. Welagluceraza alfa jest glikoproteiną. Monomer ma masę około 63 kDa, posiada 497 aminokwasów i taką samą sekwencję aminokwasów, co występujący naturalnie ludzki enzym – glukocerebrozydaza. Istnieje 5 potencjalnych miejsc N-glikozylacji, z których cztery są zajęte. Welagluceraza alfa jest wytwarzana tak, aby zawierała głównie glikany bogate w mannozę i wspomagała internalizację enzymu przez docelowe komórki fagocytarne za pośrednictwem receptora mannozy. Welagluceraza alfa uzupełnia niedobór lub zastępuje beta-glukocerebrozydazę, enzym, który jest katalizatorem hydrolizy glukocerebrozydu, obniżając w ten sposób ilość nagromadzonego glukocerebrozydu i korygując patofizjologię leżącą u podstaw choroby Gauchera. Welagluceraza alfa podwyższa stężenie hemoglobiny i liczbę płytek krwi oraz zmniejsza objętość wątroby i śledziony u pacjentów z rozpoznaniem choroby Gauchera typu I.

N – UKŁAD NERWOWY

N02 – Leki przeciwbólowe; N02A – Opioidy; N02AB – Pochodne fenylopiperydyny

Fentanylum: **PecFent** (Archimedes Development) to drugi zarejestrowany preparat w postaci aerozolu do nosa, w 2 dawkach. PecFent wskazany jest w leczeniu bólu przebijającego u dorosłych, u których stosowane jest leczenie podtrzymujące opioidami w przewlekłym bólu nowotworowym. Ból przebijający jest przejściowym nasileniem bólu, pojawiającym się na tle kontrolowanego w inny sposób bólu przewlekłego. Pacjenci otrzymujący leczenie podtrzymujące opioidami to pacjenci, którzy przyjmują doustnie co najmniej: 60 mg morfiny na dobę, fentanyl przezskórnie w dawce przynajmniej 25 mikrogramów na godzinę, przynajmniej 30 mg oksykodonu na dobę, doustnie przynajmniej 8 mg hydromorfonu na dobę lub równoważną dawkę innego opioidu przez tydzień lub dłużej.

Fentanyl jest opioidowym lekiem przeciwbólowym wykazującym powinowactwo przede wszystkim ►

► kim do opioidowych receptorów μ , a wykazującym niskie powinowactwo do δ - i κ -receptorów opioidowych. Podstawowym działaniem leczniczym jest zmie-

szenie czucia bólu i uspokojenie. Wtórnymi działaniami farmakologicznymi są depresja układu oddechowego, bradykardia, hipotermia, zaparcia, zwężenie źrenic,

uzależnienie fizyczne i euforia. W lipcu 2009 zarejestrowano centralnie w UE pierwszy preparat fentanylu w postaci aerozolu do nosa: Instanyl (Nycomed).

NOWOŚCI NA RYNKU – SIERPIEŃ 2010

W sierpniu 2010 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostały wprowadzone 34 nowe marki produktów leczniczych:

Klasa ATC/WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A01AD	Diclofenacum	Glimbax	Medagro	PL 04.2008 Dikmed, zm. 03.2010 Glimbax
A02BC	Pantoprazolum	Gastrostad	Stada	PL 07.2008 Tifizol, zm. Gastrostad
A02BC	Pantoprazolum	Xotepic	Farmacom	PL 07.2007 Zipantola, zm. 08.2008 Pantoprazolum Farmacom*, zm. 03.2010 Xotepic
A07EC	Mesalazinum	Crohnax	Farmina	PL 04.2004 Mesalazyna, zm. 12.2008 Crohnax
A10BA	Metforminum	Etform	Sandoz	PL 04.2009
B01AC	Clopidogrelum	Clopinovo	Arti Farma	PL 02.2010
C03BA	Indapamidum	Indastad	Stada	PL 07.2008
C03BA	Indapamidum	Indipam SR	Actavis	PL 04.2009
C07AB	Bisoprololum	Bisoprolol Ozone	Ozone	PL 03.2008
C07AB	Nebivololum	Ezocem	Ozone	PL 03.2008
C09AA	Cilazaprilum	Inhibestril	Teva	PL 04.2009
C09BB05	Ramiprilum + felodipinum	Delmuno	Sanofi-Aventis	PL 01.2003
C09DA01	Losartanum + hydrochlorothiazidum	Stadazar HCT	Stada	PL 04.2009 Vilbinitan, zm. Stadazar HCT
C09DA03	Valsartanum + hydrochlorothiazidum	Co-Nortivan	Gedeon Richter Polska	PL 03.2010
C10AA	Rosuvastatinum	Rosucard	Zentiva	PL 04.2010
C10AA	Rosuvastatinum	Suvaridio	Sandoz	PL 06.2010
D07AC	Mometasonum	Momarid	Glenmark	PL 10.2009 Eztom, zm. 04.2010 Momarid

G03DB	Dienogestum	Visanne	Bayer Schering	PL 04.2010
G04CB	Finasteridum	Finanorm	ICN Polfa Rzeszów	PL 09.2009
J02AC	Fluconazolum	Fluconazole B. Braun	Braun	PL 06.2009
L01AX	Temozolomidum	Temomedac	Medac	UE 01.2010
M02AA	Naproxenum	Aleve	Bayer	PL 06.2010
M05BA	Acidum alendronicum	Alendronat Bluefish	Bluefish	PL 10.2009
N02BG	<i>Fraxini C/T + Populi C/T + Virgaureae C/T</i>	Phytodolor	Steigerwald	PL 10.2000 Phytodolor N, zm. 07.2006 Phytodolor
N04BC	Ropinirolum	Parnirol	Glenmark	PL 04.2010
N05AH	Olanzapinum	Olpinat	Vipharm	PL 05.2010
N05AH	Quetiapinum	Bonogren	Vipharm	PL 07.2009
N06AB	Escitalopramum	Pramatis	Sandoz	PL 03.2010
N06DA	Donepezilum	Apo-Doperil	Apotex	PL 03.2010
N06DA	Donepezilum	Doneprion	Orion	PL 04.2010
N06DA	Rivastigminum	Ristidic	ICN Polfa Rzeszów	PL 05.2010
R01BA52	Pseudoephedrinum + loratadinum	Claritine Active	Schering-Plough	PL 04.1997 Clarinase*, zm. 01.2010 Claritine Active
R05X	Acidum ascorbicum + paracetamolum + phenylephrinum	Coldrex o smaku miodowo-cytrynowym	GlaxoSmithKline	PL 02.2010
R06AE	Levocetirizinum	Zenaro	Zentiva	PL 05.2010

* preparat pod wcześniejszą nazwą został wprowadzony na rynek

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A01/A01A – Preparaty stomatologiczne; A01AD – Inne środki do stosowania miejscowego w jamie ustnej
A02 – Leki stosowane w zaburzeniach związanych z nadkwaśnością; A02B – Leki stosowane w chorobie wrzodowej i refluksie żołądkowo-przelykowym; A02BC – Inhibitory pompy protonowej

A07 – Leki przeciwbiegunkowe, przeciwzapalne i przeciwzakaźne stosowane w chorobach jelit;
A07E - Leki przeciwzapalne stosowane w chorobach jelit;
A07EC – Kwas aminosalicylowy i leki o podobnym działaniu
A10 – Leki stosowane w cukrzycy; A10B – Leki obniżające poziom glukozy we krwi, z wyłączeniem insuliny;
A10BA - Biguanidy

B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

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

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

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

► **C07/C07A** – Leki blokujące receptory β -adrenergiczne; **C07AB** – Selektywne leki blokujące receptory β -adrenergiczne
C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna;
C09A/C09AA – Inhibitory ACE, leki proste
C09B - Inhibitory ACE, leki złożone; **C09BB** - Inhibitory ACE i blokery kanału wapniowego; **C09BB05** – Ramipryl i felodypina
C09D – Antagoniści angiotensyny II, leki złożone;
C09DA - Antagoniści angiotensyny II i leki moczopędne;
C09DA01 – Losartan i leki moczopędne
C09DA03 – Walsartan i leki moczopędne
C10 – Leki wpływające na stężenie lipidów; **C10A** - Leki wpływające na stężenie lipidów, leki proste; **C10AA** – Inhibitory reduktazy HMG CoA

D – LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

D07 – Kortykosteroidy, preparaty dermatologiczne;
D07A – Kortykosteroidy, leki proste; **D07AC** - Kortykosteroidy silnie działające (grupa III)

G – UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G03 – Hormony płciowe i środki wpływające na czynność układu płciowego; **G03D** – Progestageny; **G03DB** – Pochodne pregnadienu
G04 – Leki urologiczne;
G04C – Leki stosowane w łagodnym przerście gruczołu krokowego; **G04CB** – Inhibitory 5 α -reduktazy testosteronu

J – LEKI PRZECIWZAKAŻNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

J02/J02A – Leki przeciwgrzybicze działające ogólnie; **J02AC** – Pochodne triazolu

L – LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPŁYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L01 – Leki przeciwnowotworowe; **L01A** – Leki alkilujące; **L01AX** – Inne leki alkilujące

M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

M02/M02A – Leki stosowane miejscowo w bólach stawów i mięśni; **M02AA** – Niesteroidowe leki przeciwzapalne do stosowania miejscowego
M05 – Leki stosowane w chorobach kości; **M05B** – Leki wpływające na strukturę i

mineralizację kości; **M05BA** - Bifosfoniany

N – UKŁAD NERWOWY

N02 – Leki przeciwbólowe; **N02B/N02BG** – Inne leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe
N04 – Leki przeciw chorobie Parkinsona; **N04B** – Leki dopaminergiczne; **N04BC** – Agoniści dopaminy
N05 – Leki psychotropowe; **N05A** – Leki neuroleptyczne; **N05AH** – Diazepiny, oksazepiny, tiazepiny i oksepiny
N06 – Psychoanaleptyki; **N06A** – Leki przeciwdepresyjne; **N06AB** – Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny
N06D – Leki przeciw demencji; **N06DA** - Antycholinoesterazy

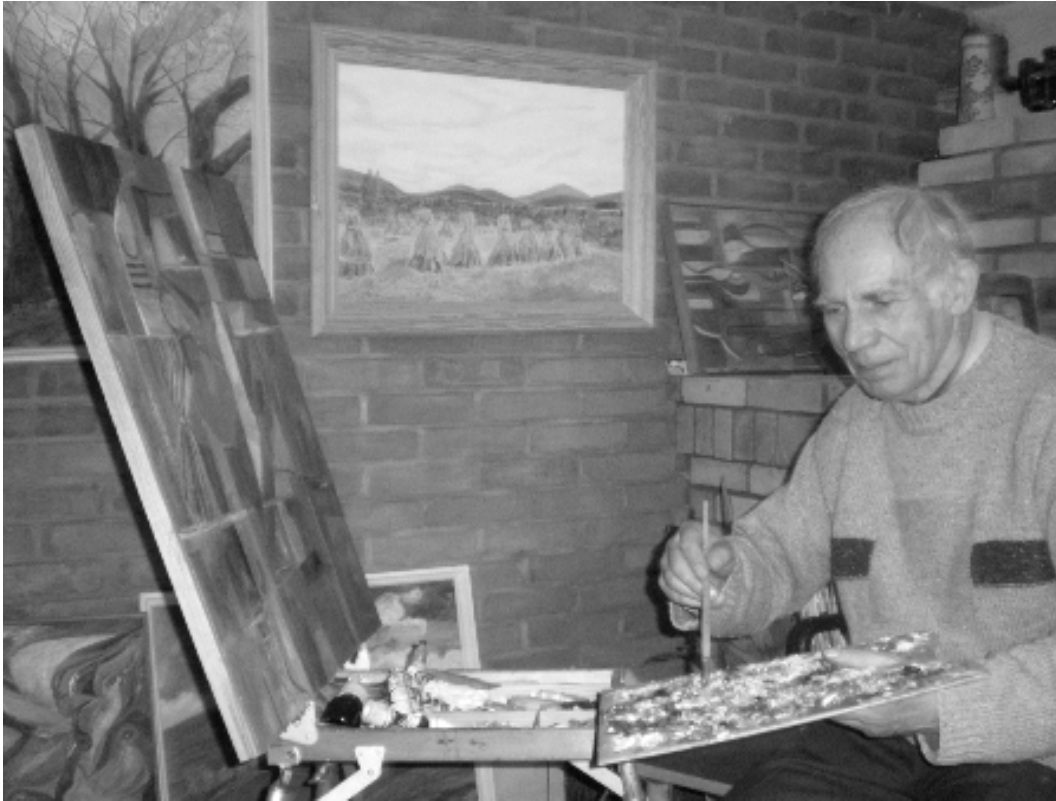
R – UKŁAD ODDECHOWY

R01 – Preparaty stosowane w chorobach nosa; **R01B** – Leki udrażniające nos do stosowania ogólnego; **R01BA** – Sympatykomimetyki; **R01BA52** – Pseudoefedryna, leki złożone
R05 – Leki stosowane w kaszlu i przeziębieniach; **R05X** – Inne preparaty złożone stosowane w przeziębieniach
R06/R06A – Leki przeciwhistaminowe działające ogólnie; **R06AE** – Pochodne piperazyny



Opracowanie: **dr n. farm. Jarosław Filipek**
 Kierownik Działu Informacji o Produktach
 Administrator Farmaceutycznej Bazy Danych
 IMS Poland
 2010-09-29

Twórczość mgr farm. Tadeusza Petlica



Artysta przy pracy



*Jesień pod Cietniem,
1987, olej na płycie*



Kaczeńce w brązowym wazonie,
1979, olej na płycie



Pejzaż węgierski,
1986, olej na sklejce



Abstrakcje



*Pejzaż węgierski,
1986, olej na sklejce*



KONFERENCJA LEKARSKO- FARMACEUTYCZNA

„BEZPIECZNA FARMAKOTERAPIA W SZPITALU-
-PRACUJMY RAZEM”

KRAKÓW 3-4 GRUDNIA 2010

w ramach kształcenia ustawicznego uczestnicy mogą
uzyskać następującą ilość punktów:
lekarze – 8 punktów;
farmaceuci – 10 punktów (w tym 4 pkt. miękkie oraz
po zaliczeniu sprawdzianu testowego 6 pkt. twardych)

Z inicjatywy Departamentu Farmacji Szpitalnej Naczelnej Rady Aptekarskiej,
odbędzie się druga ogólnopolska konferencja lekarsko-farmaceutyczna

„Bezpieczna farmakoterapia w szpitalu – pracujemy razem”

Konferencja ma na celu ukazać korzyści ze współpracy lekarza z farmaceutą, korzyści dla pacjenta, dla lekarza, a także dla finansów szpitala. Nasze zawody mają inne zadania do wykonania, inne uprawnienia i kompetencje zawodowe, ale cel mają wspólny, jest nim dobro hospitalizowanego pacjenta. Studiujemy osobno, do-kształcamy się również osobno, nic więc dziwnego, że osobno pracujemy. Spróbujmy więc w trakcie tej konferencji popracować razem, a nuż nam się to spodoba?

Przebieg konferencji Lekarsko-Farmaceutycznej:

3 grudnia – piątek

- 12.00** rejestracja uczestników w recepcji
Centrum Dydaktycznego, ul. Łazarza 16.
- 14.00-15.00** przywitanie uczestników,
wykład inauguracyjny - „W jednym stoją domu”.
wykładowcy:
Katarzyna Siwiec, Mieczysław Czuma, Leszek Mazan
- 15.00-16.00** lunch
- 16.00-17.00** panel zawodowy:
Akredytacja szpitali – zmiany standardów.
Gazy medyczne – procedura postępowania.
Mgr farm. **Janina Pawłowska**
„Zamawiający ma prawo”
Mec. **Radosław Harasin**
- 17.00-17.30** Farmakoterapia wspomagająca podczas
interwencyjnego leczenia chorób serca i naczyń.
Prof. dr hab. med. **Krzysztof Żmudka**
- 17.30-18.00** Nowe leki przedwzrostkowe – zalety i wady.
Prof. dr hab. farm. **Barbara Filipek**
- 20.00** wieczór koleżeński
- 4 grudnia – sobota
- 9.00-9.30** Przewlekły stan zapalny w chorobach
układu sercowo-naczyniowego.
Prof. dr hab. med. **Tomasz Guzik**
- 9.30-10.00** Naturalne związki o charakterze p-zapalnym,
alternatywa dla NLPZ.
Prof. dr hab. farm. **Marek Naruszewicz**
- 10.10-11.40** Uzależnienia od leków „niezależniących”
Prof. dr hab. med. **Przemysław Bienkowski**
- 11.40-12.10** Ciemna strona lekomani.
Prof. dr hab. farm. **Małgorzata Filip**
- 12.20-12.50** Onkologia wczoraj i dziś:
- nowe leki
- nowe schematy leczenia
- nowe technologie i metody przygotowywania
preparatów onkologicznych
Dr med. **Paweł Różanowski**
Dr farm. **Krzyszyna Chmal-Jagiello**
- 13.00** test

ZAKWATEROWANIE

Pod hasłem „Konferencja Lekarsko-Farmaceutyczna” zarezerwowane
zostały dla uczestników konferencji pokoje w cenach promocyjnych w nastę-
pujących hotelach:

HOTEL CAMPANILE

(8 min od Centrum Dydaktycznego)
ul. Św. Tomasza 34, 31-023 Kraków
kontakt: tel.: 12 424 26 00
e-mail: krakow@campanile.com.pl
• 1-osobowy - 249,00 PLN*
• 2-osobowy - 263,00 PLN*

HOTEL CHOPIN

(10 min od Centrum Dydaktycznego)
ul. Przy Rondzie 2, 31-547 Kraków
kontakt: tel.: 12 299 00 77,
e-mail: reservation@chopinhotel.com
• 1-osobowy standart - 208,00 PLN*
• 1-osobowy superior - 219,00 PLN*
• 2-osobowy standart - 246,00 PLN*
• 2-osobowy superior - 258,00 PLN*

*Cena za pokój (jeden nocleg) ze śniadaniem. Prosimy Państwa o rezerwację
pokoi w podanych cenach promocyjnych - do 31.10.2010.

Rezerwacji w powyższych HOTELACH mogą Państwo dokonywać telefonicz-
nie lub za pomocą poczty elektronicznej.

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: Logo obchodów Św. Kosmy i Damiana AD 2010 autorstwa mgr farm. Olgi Sierpniowskiej