

Nr 11/12 (21/22) listopad/grudzień 2007

APTEKARZ POLSKI

ISSN 1895-6041

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej

www.aptekarzpolski.pl



- Apteki najwyższej jakości
- Ocena zmian na listach refundacyjnych
- Idziemy do Betlejem
- O dawkowaniu leków

Walter Pyka

ŚWIĘTA

*Tak nas przygarnia ku sobie,
nawet stół nie chce stać w kącie.
Tak człowieczeje teraz człowiek,
skrzy się na horyzoncie.*

*Już tylko rękę podać,
już tylko spojrzeć w oczy.
Tak blisko dzisiaj nam do Boga
a On nas ciągle chce jednoczyć.*

*Byśmy nie byli sami,
zapewnia że pamięta.
Spójrz,
Aniołowie suną do nas saniami,
wiozą nam święto na święta.*

*Otwórzmy zatem drzwi na oścież,
otwórzmy serca szeroko.
Niech wejdą do nas najmilsi goście.
Niech się rozgospozą: miłość
 nadzieja
 pokój.*

*do życzeń płynących z wiersza
przyłącza się Naczelna Rada Aptekarska*

Apteki najwyższej jakości

Rozmowa z **ANDRZEJEM WRÓBLEM**, Prezesem Naczelnej Rady Aptekarskiej

◆ **Panie Prezesie, ile było aptek cztery lata temu, kiedy obejmował Pan funkcję w Naczelnej Radzie Aptekarskiej?**

◆ Od połowy lat 90. Naczelna Izba Aptekarska nie prowadzi rejestru aptek, więc liczby, które przedstawiam, mogą nie być do końca precyzyjne. Orientacyjnie, zatem można tę liczbę określić na poziomie 10,5 tysiąca aptek, a w tej chwili w Polsce jest ich już około 13 tysięcy. W 2004 r. do naszego samorządu należało ponad 21,5 tysiąca członków, a w tej chwili w naszym samorządzie jest 26 tysięcy 274 osoby.

◆ **A zatem liczby wskazują, że ap-
tekarstwo w Polsce się rozwija...**

◆ Tak. Nadal jest to w naszym kraju atrakcyjny zawód. Wydziały farmaceutyczne są oblegane. O jeden indeks ubiega się ponad 10 chętnych.

◆ **W naszym odczuciu przez ostatnie lata samorząd aptekarski bardzo aktywnie i chyba dość udanie walczył o takie rozwiązania legislacyjne, które podnosiłyby rolę zawodu. Wydawało się, że przebudowujący się system prawa związanego z zawodem aptekarza i farmaceuty jest w zasięgu ręki i... co się stało?**

◆ Gwarancją stabilności pozycji zawodowej aptekarzy byłoby wydanie przez polski parlament ustawy o zawodzie tak, jak to zostało skodyfikowane w przypadku innych zawodów zaufania publicznego, w tym – innych zawodów medycznych. Niestety, zawód aptekarza tego wciąż jeszcze nie osiągnął...

Przygotowane w mijającej kadencji Rady projekty legislacyjnego rozwiązania tej kwestii – samorządowy i rządowy – mimo, że w ich przygotowanie włożono kawał dobrej roboty, zostały zahamowane z powodu przyspieszonych wyborów parlamentarnych. To oczywiście nie oznacza, że my jako samorząd aptekarski nie podejmiemy ponownej próby doprowadzenia do powstania ustawy o zawodzie farmaceuty. Projekty tej ustawy są nadal aktualne. Liczę, że nowy rząd będzie skłonny do podjęcia dyskusji w tej sprawie i zajmie się nimi w najbliższym czasie.

W 2003 roku, w imieniu naszego środowiska, przedstawiłem Wysokiej Izbie obywatelski projekt ustawy nowelizującej ustawę Prawo farmaceutyczne. To był plon pracy setek farmaceutów. Gdyby wtedy posłowie przekuli ten projekt na odpowiedni tekst ustawy, wówczas otrzymalibyśmy zapisy gwarantujące suwerenność ekonomiczną indywidualnie działających aptek oraz w konsekwencji zabezpieczenie interesów pacjenta przed zmonopolizowaniem rynku dystrybucji produktów leczniczych przez duże podmioty gospodarcze.

◆ **Sprawa nie zawisła w próżni. W grudniu 2005 r. rząd powołał zespół do przygotowania projektu nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne.**

◆ Następne etapy dokonywania zmian w Prawie farmaceutycznym realizowane były na drodze inicjatywy ustawodawczej rządu. W dwóch rządowych projektach ustaw, nazwanych „małą” i „dużą” nowelizacją znalazły



foto: archiwum redakcji

się również zapisy popierane przez samorząd aptekarski.

W „dużej” nowelizacji, którą Sejm uchwalił 30 marca 2007 roku, wpisano zasady dotyczące dziedziczenia aptek. W tej ustawie znalazły się także regulacje dotyczące ograniczenia reklamy leków i aptek. W pakiecie spraw objętych zmianami znajdują się także przepisy na mocy, których uznaje się prawa nabyte, co wiąże się z umożliwieniem kontynuacji działalności aptek – w większości przypadków bez konieczności wykonywania uciążliwych przeróbek budowlanych dotychczas eksploatowanych lokali.

◆ **Jednak ta ustawa umożliwia sprzedaż leków via internet.**

◆ Ustawa dopuszcza wysyłkową sprzedaż leków. Przepis ten rodził kontrowersje i do dzisiaj budzi dyskusję, nie tylko w naszym kraju. Parlament Europejski i europejskie komisje stawiają głośno pytanie, dlaczego Polacy zgodzili się prawnie zaakceptować wysyłkową sprzedaż leków? Pytają się nas w Europie, dlaczego Polacy tak prą do liberalizacji rynku farmaceutycznego, w tym całego systemu dystrybucji, dlaczego łatwo oddają ostatnie ogniwo tego systemu poza kontrolę Państwa,

a więc hurt i sprzedaż apteczną? W tej mierze stajemy się „pionierami” w Unii, ale nie jest to powód do jakiegokolwiek chwały.

◆ **Proces zmian Prawa farmaceutycznego został przerwany, niejako w pół drogi.**

◆ Na skutek skrócenia kadencji Parlamentowi zabrakło czasu na uchwalenie następnych nowelizacji, m.in. nie doszły do skutku rozwiązania prawne dotyczące tzw. demografii i geografii rozmieszczenia aptek oraz regulacje dotyczące cen leków, na które czekało od lat nasze środowisko.

◆ **Czyli, szklanka jest do połowy pełna.**

◆ W następnej kadencji będziemy zabiegać o poparcie rządu dla przepisów, na których uchwalenie nie starczyło czasu. Uważamy, że ich umieszczenie w portfelu legislacyjnym jest niezbędne. Dotyczy to również tak ważnej dla nas ustawy o zawodzie farmaceuty.

◆ **Mamy nowy parlament, nowy rząd. Które wątki legislacyjne, przerwane w wyniku wcześniejszego rozwiązania Sejmu, należałoby podjąć?**

◆ W tym roku przestał istnieć, tak naprawdę hurt aptekarski. A jeżeli dodamy jeszcze tezę, iż tylko rozproszony system sprzedaży produktów leczniczych uniemożliwia tworzenie praktyk monopolistycznych oraz, że w większości apteki działające indywidualnie, a nie zgrupowane w sieciach mogą nam zapewnić pełny asortyment leków za niewygórowaną cenę – to wniosek nasuwa się sam: kartele, oligopole działające na zasadzie pionowego monopolu, od producenta poprzez własny hurt aż po kontrolowaną przez siebie sieć sprzedaży, zmniejszają wpływ rządu danego kraju na to, co dzieje się na rynku leków. To zjawisko będzie się pogłębiało wraz z dopuszczeniem na rynek co raz to nowych firm działających w zakresie ubezpieczeń zdrowotnych. Może się okazać, że każda ubezpieczalnia dysponować będzie

odrębnym, zmonopolizowanym systemem dostarczania leków refundowanych. I pacjent nie będzie miał nic do powiedzenia.

◆ **Przedstawiane przez Pana Prezesa obawy wymagają pilnie zabrania głosu w tych sprawach przez samorząd aptekarski. Czy jest to możliwe?**

◆ Mam pełną świadomość faktu, że na całym świecie samorząd aptekarski ma wyłączny głos doradczy, opiniotwórczy; nigdzie nie ma on znaczenia stanowiącego i decydującego. To zaś wyznacza granice oczekiwań wobec samorządu – nie może on zrobić więcej niż to, dokąd sięgają jego możliwości.

◆ **Porozmawiajmy o ofercie programowej samorządu aptekarskiego.**

◆ Oferta jest stosunkowo bogata. Bardzo dobry odbiór w naszym środowisku ma e-dukacja będąca systemem kształcenia na odległość. Z każdym miesiącem ta forma zyskuje na popularności. Jestem zwolennikiem wdrożenia szkoleń multimedialnych on-line. Prawdopodobnie wykorzystamy przekaz internetowy lub telewizyjny.

Pracujemy nad wdrożeniem projektu Otwartej Wszechnicy Aptekarza Polskiego jako formy edukacyjnej spełniającej założenia seminariów i kursów. Naczelna Izba Aptekarska przywiązuje dużą wagę do międzynarodowych konferencji naukowo – szkoleniowych. Za nami trzy udane edycje konferencji krakowskiej. W listopadzie br. OIA w Krakowie już samodzielnie zorganizowała międzynarodową konferencję poświęconą opiece farmaceutycznej.

Wymienione działania umożliwiają aptekarzom utrzymanie wysokiej jakości wiedzy zawodowej.

◆ **Zatrzymajmy się na chwilę przy opiece farmaceutycznej. Dużo się ostatnio o niej mówi.**

◆ Jeden z ważniejszych wątków programowych odnosi się do zagadnienia opieki farmaceutycznej. Naczelna Izba Aptekarska realizuje strategię dotyczącą tego tema-

tu. Chcemy wspomagać aptekarzy w wypełnianiu roli opiekuna pacjenta. Będziemy dążyć do tego, aby władze państwowe stworzyły warunki finansowe i prawne umożliwiające sprawowanie opieki farmaceutycznej, która jako działanie na rzecz pacjentów służy ochronie zdrowia publicznego.

◆ **Z jakich jeszcze innych programowych działań samorządu korzysta środowisko aptekarskie?**

◆ Przykładów jest dużo. Wymienię kilka nowych działań. Realizując postulat IV Zjazdu w sprawie poprawy komunikacji wewnątrz samorządowej uruchomiliśmy coraz częściej odwiedzaną stronę internetową wraz z Biuletynem Informacji Publicznej Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz wydajemy Biuletyn NIA, Kurier Naczelnej Izby Aptekarskiej, dzięki czemu gros niezbędnych informacji szybko i sprawnie dociera do wszystkich Koleżanek i Kolegów. Regularnie ukazuje się miesięcznik NIA „Aptekarz Polski”.

W większej niż dotychczas skali samorząd umożliwi aptekarzom rozwój ich pasji pozazawodowych. Widać to, choćby w „Aptekarzu Polskim”, na którego łamach prezentowane są sylwetki aptekarzy-twórców i przykłady ich twórczego dorobku. Latem tego roku odbyło się po raz pierwszy Spotkanie Farmaceutów Aptekarzy Twórców Amatorów – SFATA’2007. Samorząd organizuje coraz więcej imprez sportowych. Niedawno zakończyły się mistrzostwa farmaceutów w piłce siatkowej pod patronatem NIA, a już niebawem odbędą się mistrzostwa w narciarstwie alpejskim, których organizatorem jest Izba Dolnośląska.

◆ **Bardzo silnie kojarzy się z Panem hasło – apteka dla farmaceuty.**

◆ Ma to związek z batalią o przyjęcie obywatelskiego projektu ustawy farmaceutycznej. Nadal uważam, że wykonywanie zawodu we własnym imieniu, we własnej aptece i na własną odpowiedzialność aptekarza jest najwłaściwszym modelem dla polskiego aptekarstwa.

Z sondaży wynika, że obecnie większość aptek zaopatruje się w leki w 70% u jednego dostawcy. W tych przypadkach pojawia się relacja między podmiotami, którą można traktować jako zależność ekonomiczną. Natomiast wykonywanie zawodu aptekarza powinno być pozbawione wszelkich zależności. Nikt aptekarzowi nie może nakazać określonych zachowań. To jest wolny zawód, w znaczeniu wolny od wszelkiego rodzaju nacisków. Gwarancja tego ma być w ustawie o zawodzie farmaceuty, której projekt został przygotowany z naszym udziałem.

Chcę, aby w tej rozmowie nie zginął nam jeszcze jeden wątek. Samorząd jest żywotnie zainteresowany kształtowaniem warunków umożliwiających stabilizację pozycji ekonomicznej aptek. Materialny status aptek i aptekarzy powinien być adekwatny do jakości i ilości wykonywanych usług farmaceutycznych.

NIA podejmuje wielokierunkowe działania służące aptekarzom w ich codziennej pracy. Zabiegamy w instytucjach mających wpływ na politykę lekową Państwa o podejmowanie decyzji lub działań usprawniających funkcjonowanie aptek i zapewniających pacjentom korzystanie bez przeszkód z leczenia farmakologicznego.

◆ W minionym czterolecu polski samorząd aptekarski był organizatorem, bądź współorganizatorem wydarzeń w skali europejskiej. Jakie stąd płyną doświadczenia?

◆ Mocno zaangażowaliśmy się w prace Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej (PGEU). O przystąpieniu Naczelnej Izby Aptekarskiej do PGEU zdecydował IV Krajowy Zjazd Aptekarski. Oficjalne uczestnictwo w życiu tej organizacji od 2004 roku

pozwała określić, jaka jest sytuacja naszej profesji w poszczególnych państwach europejskich. To ważny punkt odniesienia.

We wrześniu 2006 roku przyjechali do Polski na nasze zaproszenie przedstawiciele organizacji aptekarskich działających w Europie. Byli oni uczestnikami międzynarodowego sympozjum organizowanego przez Naczelną Izbę Aptekarską. Szczycimy się, że plonem tego spotkania było przyjęcie Deklaracji Warszawskiej – „O Roli Samorządów Aptekarskich” adresowanej do rządów państw europejskich z apelem o wspieranie samorządowych organizacji zawodowych aptekarzy poprzez tworzenie warunków i uprawnień zapewniających praktykę zawodową najwyższej jakości.

◆ Jaki jest stan świadomości samorządowej?

◆ Praca samorządu, szczególnie w obecnych uwarunkowaniach prawnych, jest trudniejsza do wykonywania niż przed czterema laty. Wynika to w pierwszym rzędzie z coraz trudniejszej sytuacji ekonomicznej polskiego aptekarstwa. Gdy stabilność wykonywania zawodu jest mocno ugruntowana, wtedy łatwiej jest o działania dodatkowe.

Tworzymy tradycję samorządu. Zagadnienie budowania tożsamości, korzeni historycznych nabiera znaczenia. Przywiązujemy wagę do symboli, czego wyrazem jest sztandar Naczelnej Izby Aptekarskiej ufundowany w marcu 2007 roku przez wszystkie izby okręgowe. Solą naszego samorządu są aptekarze oddani pracy na rzecz pacjenta i całego środowiska zawodowego. Cieszę się, że umiemy dostrzec ich zaangażowanie i za nie honorowo nagradzać.

◆ Fotel, na którym Pan zasiada nie jest taki miękki i nie zawsze wygodnie na nim siedzieć...

◆ Bywa on całkiem twardy! Wymaga on dużej wiedzy, zarówno zawodowej, jak i środowiskowej. W ciągu czteroletniej kadencji dużo się nauczyłem. Dzisiaj inaczej patrzę na pracę moich poprzedników. Mijające cztery lata uświadomiły mi jednak granice możliwości samorządu. To doświadczenie jest szczególnie cenne w prowadzeniu uporczywej batalii o zmiany legislacyjne – tu nie wolno zachowywać się niczym słoń w składzie porcelany. W tej materii należy sobie stawiać pojedyncze, konkretne cele. Co tu ukrywać, w środowisku polityki prezes NRA musi działać jak polityk.

◆ Poruszyliśmy część spraw, o których chcieliśmy z Panem rozmawiać. Ale przed jeszcze jednym pytaniem Pan się nie uchyli: czy będzie Pan ponownie kandydował na stanowisko prezesa NRA?

◆ We wrześniu wobec Naczelnej Rady Aptekarskiej złożyłem deklarację o ponownym kandydowaniu i zdania nie zmieniłem.

◆ Dziękujemy za rozmowę

◆ Pozwólcie Panowie na jeszcze jedną wypowiedź. Korzystając z łamów Aptekarza Polskiego życzę z okazji zbliżających się świąt Bożego Narodzenia wszystkim Koleżankom i Kolegom dużo szczęścia w życiu rodzinnym i osobistym oraz pomyślności w pracy zawodowej. Niech Rok 2008 okaże się udany dla Was Wszystkich.

Rozmawiali:
Zbigniew Solarz
i **Jacek Świdziński**

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; www.nia.org.pl

Redakcja: mgr farm. Michał Grzegorzczak – redaktor wydawca; Zbigniew Solarz – redaktor naczelny; dr n. farm. Tomasz Baj – z-ca redaktora naczelnego, konsultant farm.; Ewa Dębińska – sekretarz redakcji; e-mail: redakcja@aptekarzpolski.pl

Stali współpracownicy: mgr farm. Joanna Marczak

Marketing i reklama: mgr farm. Olga Sierpniowska, mgr Halina Roszkowska-Filip

Grafik: Magda Sierocińska **Druk:** Miller Druk sp. z o.o., W-wa, ul. Jagiellońska 82

Aptekarz Polski zawiera treści przeznaczone dla osób uprawnionych do wystawiania recept lub farmaceutów. Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń i materiałów sponsorowanych oraz zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów w tekstach nadesłanych. Redakcja nie zwraca materiałów.

Czy obawy farmaceutów wynikające z wejścia w życie znowelizowanych ostatnio ustaw są uzasadnione?

Wiele niepokoju w środowisku farmaceutycznym wprowadziła ustawa z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz.U. Nr 166, poz. 1172). W interesującej nas materii ta ustawa zaczęła obowiązywać od dnia 29 września 2007 r. Przyjrzyjmy się spokojnie tym zmianom.

I.

Najpierw przepisy znowelizowanej ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.), dalej wymienianej jako ustawa. I tak dodany art. 63a zabrania m.in. farmaceutom jako osobom świadczącym usługi farmaceutyczne, czy też zaopatrującym zakłady opieki zdrowotnej w leki i wyroby medyczne żądania lub przyjmowania „nieuzasadnionej korzyści majątkowej dla siebie lub osoby trzeciej, w zamian za wykonanie lub powstrzymanie się od wykonania obowiązku służbowego”, jeżeli uzyskanie tej korzyści jest uzależnione, nawet pośrednio od zwiększenia obrotu lekami lub wyrobami podlegającymi refundacji. Przepis art. 63a zabrania też oferowania, obiecywania czy udzielania takiej „nieuzasadnionej korzyści majątkowej”.

Zakaz ten byłby jedynie pustą dyspozycją prawną bez sankcji, miałby znaczenie wyłącznie jako norma etyczna i w praktyce stanowiłby tylko apel do określonych adresatów, w tym także do wielu farmaceutów o unikanie nagannych praktyk, gdyby nie jego penalizacja wprowadzona przepisem karnym w tej ustawie, jakim jest art. 192b. Wymieniony przepis wprowadza surową sankcję do 5 lat pozbawienia wolności dla osób, które żądają lub przyjmują „nieuzasadnioną korzyść majątkową dla siebie lub osoby trzeciej” bądź nawet obietnicę tej korzyści „w zamian za

wykonanie lub powstrzymanie się od wykonania obowiązku służbowego, które prowadzi do nieuzasadnionego wzrostu poziomu sprzedaży leków lub wyrobów medycznych podlegających refundacji”. Takiej samej karze podlegają też osoby oferujące, udzielające lub obiecujące korzyść majątkową.

Jak widać art. 192b tworzący z zakazanych zachowań wymienionych w art. 63a przestępstwo zagrożone wysoką karą powiela nieprecyzyjne, wręcz niejasne pojęcia z tego przepisu. Co oznacza np. „nieuzasadniona korzyść majątkowa”? Takie pojęcie nie występuje w przepisach antykorupcyjnych kodeksu karnego (np. w art. 228 i w następnych artykułach). Pojęcie „korzyści majątkowej lub osobistej” zostało ogólnie objaśnione w art. 115 § 4 k.k. i doczekało się wyczerpującego określenia w orzecznictwie Sądu Najwyższego i gruntownej interpretacji w doktrynie prawnej. Będzie to zawsze korzyść uzyskiwana (udzielana, obiecywana) bezprawna. Natomiast termin użyty w art. 192b ustawy wprowadza zamęt, który może doprowadzić, że sam przepis pozostanie na papierze jako nie nadający się do stosowania. Należy też zauważyć, że zakres potencjalnych sprawców przestępstwa z art. 192b nie pokrywa się z zakresem adresatów art. 63a. W tym ostatnim przepisie są nim m.in. osoby zaopatrujące świadczeniodawcę w leki, a także sami świadczeniodawcy, zaś w art. 192b będą to osoby, które mają „z racji zajmowanego stanowiska lub pełnionej funkcji istotny wpływ na

podejmowanie decyzji związanych z zaopatrzeniem świadczeniodawcy w leki lub wyroby medyczne”.

Kolejny przepis, art. 63b ust. 1 i ust. 2 ustawy wprowadza dla kierowników aptek obowiązek udostępniania oddziałowi wojewódzkiemu Narodowego Funduszu Zdrowia informacji o treści każdej umowy pomiędzy apteką a hurtownią farmaceutyczną, której przedmiotem jest nabycie leków lub wyrobów medycznych. Jednakże ten obowiązek kierownika apteki musi się mieścić w ramach kontroli recept, o której traktuje art. 189 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Kontrola recept sprowadza się tutaj do udostępniania do wglądu recept i przekazywania niezbędnych informacji gromadzonych przez apteki (art. 190 ust. 2 ustawy). Tryb udostępniania do kontroli recept bliżej reguluje rozporządzenie Min. Zdrowia z dnia 28 września 2004 r. (Dz.U. Nr 213, poz. 2166). Natomiast zakres niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki jest przedmiotem rozporządzenia Ministra Zdrowia z 28 września 2004 r. (Dz.U. Nr 213, poz. 2167 z późn. zm.). Z tych przepisów wynika, że przedmiotowe informacje muszą wynikać ze zrealizowanych recept podlegających refundacji.

Z analizy przepisów art. 189 i art. 190 ustawy oraz wydanych na ich podstawie rozporządzeń wykonawczych wynika, że narzucony przez art. 63b ust. 1 obowiązek przekazywania informacji o treści każdej umowy handlowej między apteką

a hurtownią farmaceutyczną wykracza poza ramy kontroli recept, czyli przepis ten (art. 63b ust. 1) jest wewnętrznie sprzeczny i w konsekwencji w swej dyspozycji nie rodzi obowiązku udostępniania informacji poza te, które wynikają ze zrealizowanych recept podlegających refundacji.

Nadto należy zauważyć, że art. 63b ust.1 **obowiązek apteki** (expressis verbis wymienia go art.63, art. 189 ust. 1 i art. 190 ust. 2 ustawy) sprowadza (wydaje się nieudolnie – o czym wyżej) **do obowiązku kierownika apteki**. Obowiązki kierownika apteki taksatywnie wymienia Prawo farmaceutyczne w art. 88 ust. 5. Jest to katalog zamknięty. Wprowadzanie nowego obowiązku wymaga zmiany tej normy Prawa farmaceutycznego. Nieudolność dyspozycji art. 63b ust. 1 polega jeszcze na tym, że kierownik apteki nie musi posiadać dostatecznych informacji o umowach handlowych łączących aptekę z hurtownią. Kierownik apteki nie jest tożsamy z apteką czy z przedsiębiorcą prowadzącym aptekę (choć może nim oczywiście być). Właśnie niefortunność, zapisu art. 63b ust. 1 tkwi również w tym, że wprowadza on relację przedsiębiorca (zezwoleńniobiorca) – kierownik apteki w ustawiczny stan napięcia i nieufności, co jest nie do przyjęcia w prawidłowych stosunkach społeczno-ekonomicznych. Zapis ten, poza naruszeniem różnych zasad, zagraża żywotnym interesom farmaceutów oraz nie służy zachowaniu godności i niezależności zawodu. Dlatego samorząd aptekarski powinien dążyć do usunięcia tego przepisu (por. art. 7 ust. 1 pkt 1,2 i 4 ustawy o izbach aptekarskich). Co bliżej w skutkach może oznaczać sankcja zawarta w art. 63b ust. 2 – nie wiadomo. W każdym razie sankcja ta nie może być domyślna ani też dedukowana z odległych przesłanek. Wydaje się, że ten zapis pełni raczej funkcję straszaka, może też ornamentu i dlatego nie powinien być przedmiotem dalszych dociekań. Przepis nie ustanawia tu żadnych sankcji, nie może ich zastosować też wojewódzki inspektor farmaceutyczny, czy Główny Inspektor Farmaceutyczny, gdyż Prawo farmaceutyczne takiego deliktu nie określa, ani też żadnych działań Inspekcji Farmaceutycznej

w tym przedmiocie nie przewiduje. Również Minister Zdrowia nie może tu stosować kar pieniężnych przewidzianych w art. 163 ust. 1 pkt 4 lub art. 167 ust. 2 w zw. z art. 165 ust. 1 pkt 5 ustawy, bowiem te kary nakładane są na aptekę, czyli w praktyce na podmiot prowadzący aptekę, zaś art. 63b wprowadza obowiązki dla kierowników aptek.

Na uwagę zasługują też przepisy art. 63c i art. 192c, które należy tu przytoczyć:

„Art. 63c.

1. **Przedsiębiorca zajmujący się wytwarzaniem lub obrotem lekami lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych nie może:**
 - 1) różnicować cen tych leków lub wyrobów medycznych w umowach z hurtowniami farmaceutycznymi, w tym także stosować uciążliwych lub niejednorodnych warunków tych umów;
 - 2) uzależniać zawarcia umowy od przyjęcia lub spełnienia przez hurtownię farmaceutyczną innego świadczenia, niemającego rzeczowego ani zwyczajowego związku z przedmiotem umowy.
2. **Czynności prawne sprzeczne z ust. 1 są w całości lub w odpowiedniej części nieważne.**
3. **Przepisy ust. 1 i 2 stosuje się do umów zawieranych pomiędzy podmiotem realizującym zaopatrzenie w zakresie środków pomocniczych i wyrobów medycznych będących przedmiotami ortopedycznymi dostawcom tych środków i wyrobów.”**

„Art. 192c.

1. **Kto zajmując się wytwarzaniem lub obrotem lekami lub wyrobami medycznymi podlegającymi refundacji ze środków publicznych różnicuje ceny tych leków i wyrobów medycznych w umowach z hurtowniami farmaceutycznymi, w tym także stosuje uciążliwe lub niejednorodne warunki tych umów lub uzależnia zawarcie umowy od przyjęcia lub spełnienia przez hurtownię**

farmaceutyczną innego świadczenia, niemającego rzeczowego ani zwyczajowego związku z przedmiotem umowy, podlega karze pozbawienia wolności od 3 miesięcy do lat 5.

2. **Tej samej karze podlega, kto w wypadkach określonych w ust. 1 oferuje, udziela lub obiecuje udzielić korzyści majątkowej.**
3. **W przypadku mniejszej wagi sprawca czynu określonego w ust. 1 lub 2 podlega grzywnie, karze ograniczenia wolności albo pozbawienia wolności do lat 2.**
4. **Nie podlega karze sprawca przestępstwa określonego w ust. 2 albo 3 w związku z ust. 2, jeżeli korzyść majątkowa albo jej obietnica zostały przyjęte, a sprawca zawiadomił o tym fakcie organ powołany do ścigania przestępstw i ujawnił wszystkie istotne okoliczności przestępstwa, zanim organ ten o nim się dowiedział.”**

W tym przypadku również art. 192c stanowi penalizację nagannych zachowań wymienionych w art. 63c ustawy. Adresatami obu przepisów są producenci bądź dystrybutorzy refundowanych leków lub wyrobów medycznych, którzy zbywają te produkty hurtowniom farmaceutycznym, a więc decydują o treści umów i zawierają je. Nie będą tym normom podlegali przedsiębiorcy prowadzący apteki, czy pracujący w tych aptekach, hurtowniach farmaceutycznych czy w zakładach wytwarzających refundowane produkty farmaceuci nie mający wpływu na treść przedmiotowych kontraktów.

Oba przepisy (art. 63c i art. 192c) należy interpretować w nawiązaniu do art. 5 ustawy o cenach z dnia 5 lipca 2001 r. (Dz.U. Nr 97, poz. 1050 z późn. zm.), na podstawie którego mogą być wprowadzane ograniczenia proklamowanej w art. 2 ust. 1 tej ustawy zasady swobody uzgadniania cen w umowach handlowych. Działania stron zgodne z literą art. 5 i aktami wykonawczymi wydanymi na podstawie tego przepisu nie będą – w ogólności naruszały dyspozycji art. 63c ust. 1. Wymieniony przepis ▶

► wprowadza w swym szczególnym unormowaniu dwa istotne zakazy: różnicowania w umowach cen leków lub wyrobów medycznych poprzez np. wprowadzanie do nich uciążliwych lub niejednorodnych warunków oraz uzależnienia zawarcia umowy od przyjęcia przez odbiorców (hurtownie farmaceutyczne) zobowiązań dodatkowych, „niemającego rzeczowego ani zwyczajowego związku z przedmiotem umowy”.

Sformułowanie tych nagannych praktyk co do treści i co do formy nie stanowi novum w obowiązującym prawie. Przede wszystkim – należy zauważyć – mieści się w dyspozycji art. 81 ust. 1 i ust. 2 oraz art. 82 lit. a,c,d Traktatu Ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE) wymieniającej niezgodne ze wspólnym rynkiem i zakazane praktyki przedsiębiorstwa ograniczające konkurencję bądź nadużywającego swą pozycję dominującą. Przepisy te mają bezpośrednie zastosowanie i skutek bezpośredni, dostarczyły one też podstaw do wydania rozporządzeń Rady (przykładowo rozporządzenie (WE) 1/2003 Rady z 16 grudnia 2002 r. w sprawie stosowania art. 81 i 82 TWE – Dz.Urz. WE. L1, 2003. str.1; rozporządzenie Komisji (WE) Nr 773/2004 z dnia 7 kwietnia 2004 r. odnoszące się do prowadzenia przez Komisję postępowań z art. 81 i art. 82 TWE – Dz. Urz. WE. L 2004.123,18), dyrektywy i kilkunastu orzeczeń Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości (ETS). Na gruncie krajowym zharmonizowana z prawem wspólnotowym ustawa z dnia 16 lutego 2007 r. o ochronie konkurencji i konsumentów (Dz.U. Nr 50, poz.331 z późn. zm.) zawiera wzorcowe przepisy w art. 6 ust. 1 pkt 1,4,5 oraz ust. 2, a także art. 9, które omawiany tu art. 63c na swój sposób powtarza.

Takie bezpośrednie powiązanie (raczej pochodzenie) art. 63c z prawem wspólnotowym oznacza ścisłą więź sądów krajowych czy krajowych organów ochrony konkurencji i Komisji Europejskiej (KE), a także możliwość występowania sądu polskiego na wniosek strony lub z urzędu do KE o wydanie opinii bądź do ETS o orzeczenie w trybie prejudycjal-

nym. Ostatecznie przecież nie będą mogły być wydawane i nie ostoją się takie orzeczenia sądów krajowych, które byłyby sprzeczne z podjętą lub zamierzoną decyzją KE (vide art. 16 rozporządzenia 1/2003). W tej sytuacji nie widzę specjalnych zagrożeń z wprowadzenia tego art. 63c. Nie dostrzegam też większych zagrożeń na polu stosunków handlowych producentów leków czy większych dystrybutorów z innymi hurtowniami farmaceutycznymi jako odbiorcami tych produktów. Co najwyżej – będzie pożądana większa czujność i ostrożność w tworzeniu ofert handlowych, formułowaniu umów, ustanawianiu rabatów, upustów etc. Wszak dotąd stosowanych środków marketingowych bez wybiórczego uprzywilejowania jednych a dyskryminowania innych – art. 63c nie zabrania. Na temat różnicowania cen leków w umowach, stosowania niedozwolonych praktyk czy kluczowych dla przepisu pojęć jak „uciążliwe lub niejednorodne warunki”, wymuszania transakcji wiązanych i uzależniania zawarcia kontraktów od przyjęcia przez hurtownię farmaceutyczną zobowiązań dodatkowych niemających rzeczowego czy zwyczajowego związku z przedmiotem umowy – wypowiadać się nie będę. W tym zakresie istnieje bogata literatura dot. konkurencji, zarówno unijna jak i krajowa, gdzie wszystkie użyte przez ten przepis prawny pojęcia i zależności, są szczegółowo analizowane i wyjaśnione.

Przepis art. 192c ustawy narusza zasadę proporcjonalności sankcji wobec czynu zabronionego i jakościowo odstaje od uregulowania przyjętego w art. 106 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, w którym za naruszenie zakazów w art. 6 i art. 9 tej ustawy oraz art. 81 lub art. 82 TWE grozi jedynie kara pieniężna nakładana przez Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów. Samo naruszenie tych zakazów nie uzyskuje cech przestępstwa, natomiast art.192 c. kreuje z naruszenia art. 63c poważny występki zagrożony surową sankcją do 5 lat pozbawienia wolności. Zatem takie naruszenie zasady proporcjonalności może być istotnym motywem (nie jedynym) ewentualnego zaskar-

żenia tego przepisu do Trybunału Konstytucyjnego czy też wykorzystania procedury wspólnotowej dla jego eliminacji. Na marginesie należy zauważyć brak sensownej spójności i zasadności ust. 2 i ust. 4 z hipotezą i dyspozycją ust. 1 w art. 192c. Wymienione ustępy 2 i 4 stanowią zbędne tutaj powtórzenie ust. 2 i ust. 4 z art. 192 b.

Wymienione przepisy art. 63a, art. 192b, art. 63b i art. 192c ze względu na niefortunne i nieprecyzyjne swoje zapisy, naruszające m.in. zasadę przyzwoitej legislacji czy zasadę proporcjonalności – powinny być bądź zaskarżone do Trybunału Konstytucyjnego, bądź zmienione poprzez kolejną nowelizację ustawy. Bezpośredniego, większego niebezpieczeństwa, dla istniejącej praktyki rynkowej tworzonej przez te przepisy (art. 63a, 63b) nie dostrzegam, z zastrzeżeniami oczywiście, które wymienilem. Również art. 63c, nie nowy przecież w istniejącym stanie prawnym, nie powinien spowodować większych zmian i utrudnień w zakresie warunków sprzedaży leków refundowanych i działań marketingowych. Przepis ten nie dotyczy zresztą umów hurtowni farmaceutycznej z apteką ani relacji apteka – nabywca leku. Zatem ten przepis, a w konsekwencji też art. 192c, nie zabrania stosowania w tych relacjach wszelkiego rodzaju rabatów cenowych (upustów itp.), a nawet stosowania cen drapieżnych, np. w wysokości poniżej średnich kosztów całkowitych, co nie oznacza zgodności z innymi przepisami. W każdym razie tylko sąd prawomocnym wyrokiem może orzec, czy farmaceuta popełnił przestępstwo z art. 192b czy art. 192c ustawy; nie zaś Minister Zdrowia, dyrektor oddziału wojewódzkiego NFZ czy Inspekcja Farmaceutyczna, zatem tylko sąd powszechny może stwierdzić, czy miało miejsce zakazane zachowanie określone w dyspozycji art. 63a lub art. 63c.

Na zakończenie tych wywodów należy wspomnieć jeszcze o dwóch zmienionych ustawach przez wyróżnioną na początku ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r.

II.

Ustawa z dnia 6 września 2001r. – Prawo farmaceutyczne (Dz.U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533 z późn. zm.) – wprowadzone nowelą dwie zmiany tej ustawy. Druga dotyczy zmiany art. 103 gdzie w ust. 2 dodano pkt 4a:

„4a) apteka przekazuje, z wyłączeniem Inspekcji Farmaceutycznej i Narodowego Funduszu Zdrowia, dane umożliwiające identyfikację indywidualnego pacjenta, lekarza lub świadczeniodawcy”.

Norma art. 103 zawiera kompletne wyliczenie powodów cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, w ust. 1 – przesłankę obligatoryjnego cofnięcia, w ust. 2 – fakultatywnego. Wszystkie przesłanki fakultatywnego cofnięcia dotąd zawarte w ust. 2 (było ich pięć) nie stwarzały trudności interpretacyjnych. Ostatnio wprowadzona przesłanka w ust. 4a razi brakiem precyzji i dwuznacznością.

Powstaje bowiem zasadnicza wątpliwość, czy podstawę możliwości cofnięcia zezwolenia tworzy przekazywanie danych identyfikacyjnych pacjenta, lekarza lub świadczeniodawcy różnym podmiotom z **pominięciem** Inspekcji Farmaceutycznej i NFZ, czy też dane te można przekazywać **jedynie** Inspekcji i NFZ (znów koniunkcja), ale już nie innym podmiotom. A jeśli, co jest dość częste, takich danych od apteki zażądamy prokuratura lub inne organy ścigania? Taki niefortunny, niejasny zapis nie powinien znaleźć miejsca w wykazie przyczyn mogących doprowadzić do cofnięcia zezwolenia. Przepis musi być jednoznaczny w swej redakcji, sięganie do rządowego uzasadniania projektu ustawy nie stanowi tu zadawalającego rozwiązania i może być zwodnicze. W praktyce nie powinno mieć nawet miejsca. Niedopuszczalna dwuznaczność zapisu powinna być usunięta w jak najszybszym czasie poprzez zmianę ustawy, a nie eliminowana w powolnej praktyce stosowania prawa przez sądy, co często łączy się ze szkodami społecznymi i przypadkami naruszania zasady bezpieczeństwa obrotu. Oczywiście jakby nie odczytywać ten przepis,

troską prowadzących apteki musi być skuteczny nadzór nad administratorami i operatorami programów komputerowych oraz przekazami elektronicznymi informacji z apteki.

Trzeba jednak zauważyć, pomijając nieszczęsną, niefortunną redakcję przepisu, że przekazywanie różnym podmiotom informacji nie dotyczących danych identyfikacyjnych pacjenta, lekarza lub świadczeniodawcy – jest dalej nie zabronione. Omawiany przepis (pkt 4a) nie uchyla, ani nie zmienia innych ustaw odnoszących się do kwestii przetwarzania danych osobowych. I tak zgodnie z art. 23 ust. 1 pkt 1 w zw. z art. 27 ust. 2 pkt 1 i pkt 7 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.), oczywiście przy zachowaniu wymogów określonych tą ustawą, w szczególności art. 24 – art. 26a i art. 30, – apteka może dalej przekazywać dane pacjenta. Nie sposób bowiem przyjąć, że Inspekcja Farmaceutyczna czy NFZ są właścicielami tych danych bądź posiadają monopol na ich dysponowanie.

III.

Ustawa z dnia 28 października 2002 r. o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych za czyny zabronione pod groźbą kary (Dz.U. Nr 197, poz. 1661 z późn. zm.), w której w art. 16 ust. 1 zmieniono pkt 3 dodając lit. b: „3b) łapownictwa i płatnej protekcji, określone w art. 192b, i art. 192c ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz.U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.)”.

Ze zmiany powyższej ustawy wynika, że podmiot zbiorowy (a więc spółka prawa handlowego, spółdzielnia, ale już nie spółka cywilna) wytwarzający refundowane leki czy wyroby medyczne, prowadzący hurtownię farmaceutyczną albo aptekę czy będący świadczeniodawcą, ponosi odpowiedzialność za popełnienie przez osobę fizyczną działającą w imieniu lub w interesie tego podmiotu, czynów karalnych określonych w art. 192b i art. 192c ustawy

o świadczeniach opieki zdrowotnej. Zasady i warunki odpowiedzialności podmiotu zbiorowego są wyczerpująco określone w art. 3 – art. 5 ustawy z 28 października 2002 r. Przy okazji należy zauważyć ewidentną niespójność między sformułowaniem tego art. 192b ust. 1 żądania lub przyjmowania „nieuzasadnionej korzyści majątkowej dla siebie lub osoby trzeciej, albo jej obietnicę” co poważnie ogranicza zakres zachowania przestępczego, a określeniem w art. 3 ustawy o odpowiedzialności podmiotów zbiorowych, w którym kreuje przestępstwo już zachowanie, jakie „przyniosło lub mogło przynieść podmiotowi zbiorowemu korzyść, chociażby niemajątkową”. Ten oczywisty stosunek niekoherencji, a właściwie podrzędności określenia z art. 192b ust. 1 wobec sformułowania z art. 3 ustawy wyżej wymienionego prowadzi do następującego wniosku: podmiot zbiorowy będzie odpowiadał za zachowanie osoby fizycznej (żądanie, przyjmowanie bądź obietnica korzyści majątkowej dla tej lub innej osoby), jeśli przyniosło mu lub mogło przynieść jakąkolwiek korzyść, nawet niemajątkową.

Przytoczone tu nowe przepisy ustaw wprowadzone ustawą z dnia 24 sierpnia 2007 r. pokazują, że można być bezradnym w ich zrozumieniu i interpretacji. Zadecyduje oczywiście praktyka: o ewentualnej odpowiedzialności farmaceuty na podstawie wprowadzonych przepisów rozstrzygną sądy, co wymaga jednak pewnego czasu. Wcześniej sanację wadliwych przepisów może przeprowadzić kolejna nowelizacja ustaw. Dobrym wyjściem może też być zbadanie najbardziej wątpliwych norm prawnych przez Trybunał Konstytucyjny pod kątem ich zgodności z Konstytucją na wniosek właściwych podmiotów, np. Naczelnej Izby Aptekarskiej. ■

Edward Jędrzejewski

(Autor jest doktorem nauk prawnych i adwokatem. Jest doradcą prawnym w Naczelnej Izbie Aptekarskiej)

Wzrost sprzedaży leków na przeziębienie i grypę



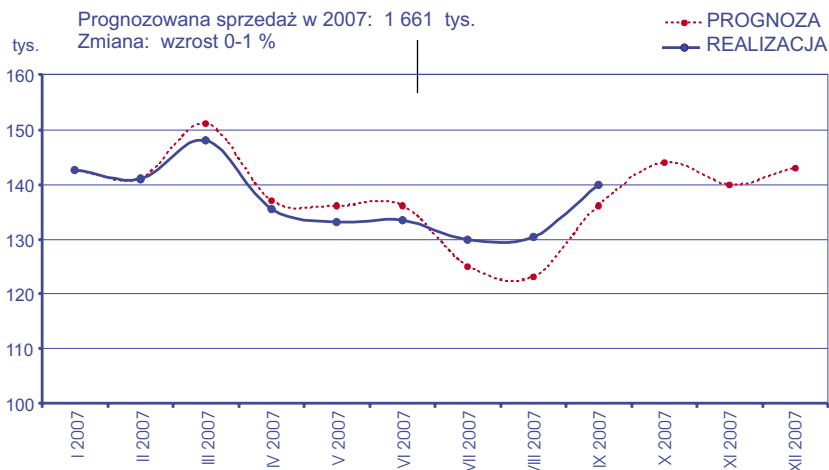
W tym roku jesienna aura sprzyja przeziębieniom. I faktycznie zauważalny jest wzrost sprzedaży leków na przeziębienie i grypę. Pogoda w lato nas nie rozpieszczała, a mimo to częste zmiany pogody we wrześniu zaskoczyły nasz organizm. Efekt – zwiększona sprzedaż w aptekach leków przeciw przeziębieniu.

We wrześniu br. sprzedaż wartościowa wzrosła o 195%, a ilościowa o 193% względem sprzedaży w sierpniu br. Natomiast porównując sprzedaż z września br. względem analogicznego okresu ub. r. to była one większa o 42% w opakowaniach i o 50% wartościowo. Również we wrześniu zaczęliśmy się szczepić przeciw grypie, co zaowocowało wzrostem sprzedaży szczepionek. Pacjenci kupili prawie o 29% więcej szczepionek niż w analogicznym okresie ub. r. Wartość sprzedaży szczepionek wzrosła jednak tylko o 4%, co zawdzięczamy spadkowi cen o blisko 19% w ciągu roku.

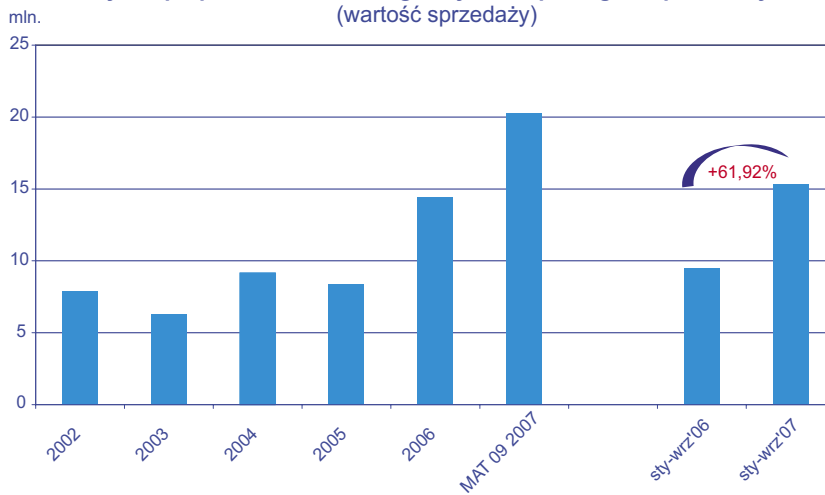
W miesiącu wrześniu sprzedaż statystycznej apteki wyniosła 139,3 tys. złotych i była wyższa o 7,4% od obrotów w miesiącu sierpniu. W porównaniu z rokiem ubiegłym obrót ten był wyższy o 6,9%.

Udział refundacji w całkowitym obrocie aptecznym we wrześniu jest niższy niż w roku poprzednim, natomiast realizacja pokrywa się z prognozą wydatków refundacyjnych w roku 2007 na poziomie 6,51 mld pln, czyli o ok. 3% mniej niż w ubiegłym roku.

Prognoza miesięcznej sprzedaży statystycznej apteki



Rynek preparatów stomatologicznych - zapobieganie próchnicy (wartość sprzedaży)



Rynek środków do leczenia otyłości środki hamujące łaknienie działające ośrodkowo (wartość sprzedaży)



Po zauważalnym wzroście sprzedaży kosmetyków i środków leczących uzależnienia, o których pisaliśmy w ub. miesiącu, analitycy PharmaExpert zwracają uwagę na następną ciekawą zmianę dokonującą się na rynku aptecznym. Chodzi o zwiększoną dbałość o higienę jamy ustnej.

Zwiększyła się sprzedaż w aptekach produktów takich jak pasty do zębów czy płyny do płukania jamy ustnej zapobiegające powstawaniu próchnicy, co świadczy o zapotrzebowaniu na fachowe porady jak również o przykładaniu przez pacjentów większej uwagi do markowych produktów. Rynek produktów zapobiegających próchnicy w aptekach w okresie styczeń – wrzesień 2007 w porównaniu do tego samego okresu 2006 roku wykazuje wzrost o prawie 62%. Natomiast ilościowo rynek wzrósł o ponad 53%. Inne ciekawe spostrzeżenie dotyczy rynku środków do leczenia otyłości (środków hamujących łaknienie działających ośrodkowo).

Rynek ten wzrósł wartościowo w okresie styczeń – wrzesień 2007 w stosunku do analogicznego okresu roku ubiegłego o ponad 145%, a ilościowo o ponad 1000%!

Tak duży wzrost sprzedaży zaczął się w ub. r. Jednocześnie w związku z uszczelnianiem przez NFZ systemu refundacji zaczyna od roku 2005 spadać o kilkadziesiąt procent rocznie ich refundacja. Wzrost ilości sprzedaży leków do leczenia otyłości wpłynął na ceny tych produktów. W okresie styczeń – wrzesień 2007 ceny były niższe od analogicznego okresu ub. r. aż o 78%.

W społeczeństwie wzrasta dbałość o zdrowie, jak również o wygląd zewnętrzny, co jest związane z przyjmowaniem wzorców dawno już zakorzenionych w państwach Europy Zachodniej, czy w Ameryce Północnej. Jednak czy zwiększone spożycie środków do leczenia otyłości jest wynikiem naszej coraz większej dbałości o zdrowie i wygląd zewnętrzny? Na pewno tak, jednakże częściowo wiąże się to z wzrostem wykrywania chorób, takich jak bulimia, co wzmaga zapotrzebowanie na tego typu leki.

Piotr Kula
Prezes PharmaExpert

Z notatnika rzeczownika prasowego NRA

Samorząd musi kontynuować rozpoczęte prace

Dobiega końca czwarta kadencja władz Izb Aptekarskich. Jest, więc czas na podsumowanie działań Izby i zastanowienie, jakie sprawy będą priorytetowe w nowej kadencji.

Należy podkreślić, że głównym przesłaniem działania Izby od początku kadencji były sprawy związane z koniecznością zmian w obowiązujących przepisach. Jako priorytetową na licznych spotkaniach u ministra zdrowia przedstawiano konieczność wprowadzenia stałych cen na leki refundowane, uszczelnienie przepisów dotyczących budowy sieci aptecznych, powrót do wznowienia prac nad ustawą o zawodzie farmaceuty, problemy z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych, gdyż to edukacja przesądzi o zachowaniu etosu i jedności polskiego aptekarstwa. Nie jesteśmy obecnie w łatwej sytuacji, gdyż jesteśmy zmuszeni do obrony swego zawodu.

Sprawy szkolenia i doskonalenia zawodowego farmaceutów oraz stażu studentów realizowano w oparciu o nowe regulacje prawne, rozpoczęto ich wdrażanie i tu osiągnięto duży sukces. Studentów objęto opieką.

Ogłoszony został nabór osób zamierzających otworzyć specjalizację według nowych zasad. Po prawie rocznych uzgodnieniach i konsultacjach, w dniu 5 grudnia 2004 r. ostatecznie zatwierdzono programy i terminy kursów w zakresie szkoleń ciągłych farmaceutów.

Ostatnia nowelizacja Prawa farmaceutycznego nie satysfakcjonuje środowiska, bowiem nie rozwiązano nadal istotnych kwestii, w tym sieci aptek i własności apteki.

Nie jest łatwo dokonywać podsumowań. Ze wszystkich stron bombardują nas informacje, które godzą w naszą etykę zawodową i poczucie sprawiedliwości. Z każdym dniem praca w aptece staje się trudniejsza. W dodatku nie możemy liczyć na zrozumienie wśród rzeszy naszych pacjentów, ani wśród decydentów. Nawet potencjalni sojusznicy w walce o rzetelność sprzedaży w aptekach, wydają się nie dostrzegać zagrożeń. Wprawdzie ostatnio wprowadzono nowe przepisy dotyczące leków refundowanych, ale niejasne zapisy prawne powodują, że interpretowane są one w sposób niejednolity. Nie zostały również wprowadzone przepisy o cenach urzędowych na te leki. Nawet nie możemy mieć pewności, co do ich ostatecznego kształtu. Proponowane przez nas rozwiązania demograficzne – 1 apteka na 4 tys. mieszkańców i geograficzne – odległość między aptekami 3 tys. metrów – ograniczające niepoohamowany wzrost ilości aptek, chociaż korzystne zarówno dla pacjentów, jak i dla nas wciąż są wysoce niepewne. Tak, więc samorząd nadal będzie musiał kontynuować rozpoczęte prace. Ponadto należy powrócić do problemu ograniczenia sprzedaży produktów leczniczych poza aptekami. Również od lat środowisko farmaceutyczne nie może doczekać się oficjalnych wykazów leków dopuszczonych do obrotu w Polsce w formie elektronicznej, tak by w przypadku wątpliwości, w każdej chwili można byłoby sprawdzić wielkość opakowań dostępnych na rynku.

mgr farm. Maria Głowniak

Święto polskiego aptekarstwa

Dzień Aptekarza corocznie przywodzi pamięć starożytnych świętych - Kosmę i Damiana, patronów aptekarstwa, wzorców szlchetnych i godnych naśladowania. Święto od wielu lat obchodzone jest bardzo uroczystie zarówno przez okręgowe izby aptekarskie, jak i przez Naczelną Izbę Aptekarską. W tym roku ogólnopolskie obchody Dnia Aptekarza odbyły się 17 października w Krakowie.



Obchody w Auditorium Maximum poprzedziła Msza św. w Kościele pod wezwaniem św. Anny, podczas której ks. Józef Jachimczak – Krajowy Duszpasterz Służby Zdrowia przypomniał zebranych o posłannictwie ich zawodu.

Na uroczystość, odbywającą się w obecności sztandaru Naczelnej Izby Aptekarskiej, przyjechali aptekarze z całej Polski. Gościli na niej również aptekarze niemieccy, uczestnicy III. Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów.

Gala była okazją do wręczenia Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego niektórym z wyróżnionych przez NRA aptekarzom.

Uroczystość uświetnił Walter Pyka – znakomity poeta, aptekarz z Popielowa, który recytował swój wiersz.

Po części oficjalnej, w sali z wystawą prac aptekarzy – artystów, przy lampce wina były spotkania koleżeńskie. Zachwyty i słowa uznania nad wystawionymi pracami mieszały się z radością i śmiechem osób, którym dane było się spotkać.

Na zakończenie spotkania odbył koncert Tomasza Stańki – najwybitniejszego polskiego trębacza jazzowego i jednego z najlepszych w Europie. Ze swoimi koncertami kilkakrotnie przemierzył kulę ziemską.

Ewa B. Dębińska
fot. mgr farm. Adam Kokot

Aptekarze wyróżnieni Medalem prof. Bronisława Koskowskiego *Ad gloriam pharmaciae*





Sztuką zakręcenie w Krakowie

Świadczenia farmaceutyczne kojarzą się przede wszystkim z wysokim poziomem wiedzy i kompetencji aptekarzy. Dobrze sprawowana opieka farmaceutyczna jest sztuką, ale jak się okazuje farmację można słać nie tylko za aptecznym stołem.

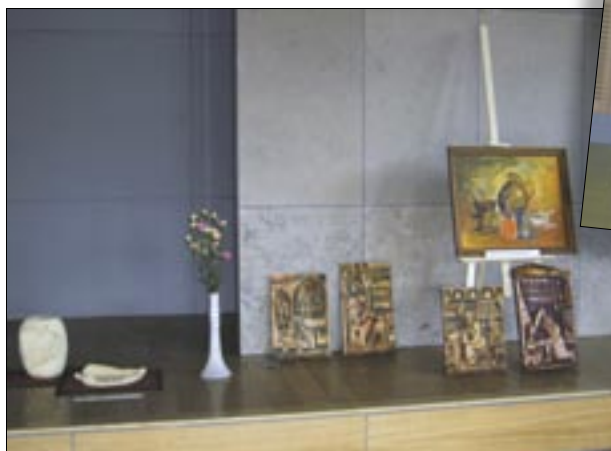
Pośród tysięcy farmaceutów jest grupa osób ogarniętych różnymi pasjami artystycznymi, ludzi z niezwykłą wyobraźnią i głębią przeżyć. Malują, rysują, fotografują, piszą, rzeźbią i lepią, tworzą niezwykłą biżuterię, układają bukiety z jesiennych liści i wypowiadają się artystycznie na wiele innych sposobów. Każde dzieło powstaje z potrzeby serca, a poklask czy sława nie są istotne. Najczęściej prawie nikt nie ogląda efektów ich działalności, bo niewiele osób o nich wie, a i sami artyści z rzadka wiedzą o sobie nawzajem.

Okazją do prezentacji niektórych prac były III. Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Farmaceutów oraz ogólnopolskie obchody Dnia Aptekarza w Krakowie.

Swoje prace zaprezentowali: mgr Jan Harasimowicz ze Strzelna (płaskorzeźba), dr Krzysztof Kmieć z Krakowa (exlibris), mgr Adam Kokot z Nowego Targu (fotografia), dr Jerzy Łazowski z Warszawy (fotografia), mgr Wiktor Panasewicz z Łodzi (maski rzeźbione w korze), mgr Dorota Pastok z Ko-

łobrzegu (malarstwo), Ewa Piasecka-Kudłacik z Warszawy (malarstwo), która również *na żywo* rysowała postacie uczestniczące w uroczystościach, dr Wojciech Piotrowski z Karpacza (malarstwo), mgr Bożena Siewiera z Wrocławia (ceramika), oraz mgr Józefa Woźniak z Olsztyna (malarstwo).

Podczas koleżeńkiego spotkania po uroczystościach Dnia



Aptekarza wystawione prace wzbudziły nieklamane zachwyty.

Wystawę przygotowały Ewa Piasecka-Kudłacik, Magda Sierocińska oraz Ewa Dębińska (kustosz wystawy).

Tekst i zdjęcia:
Ewa B. Dębińska

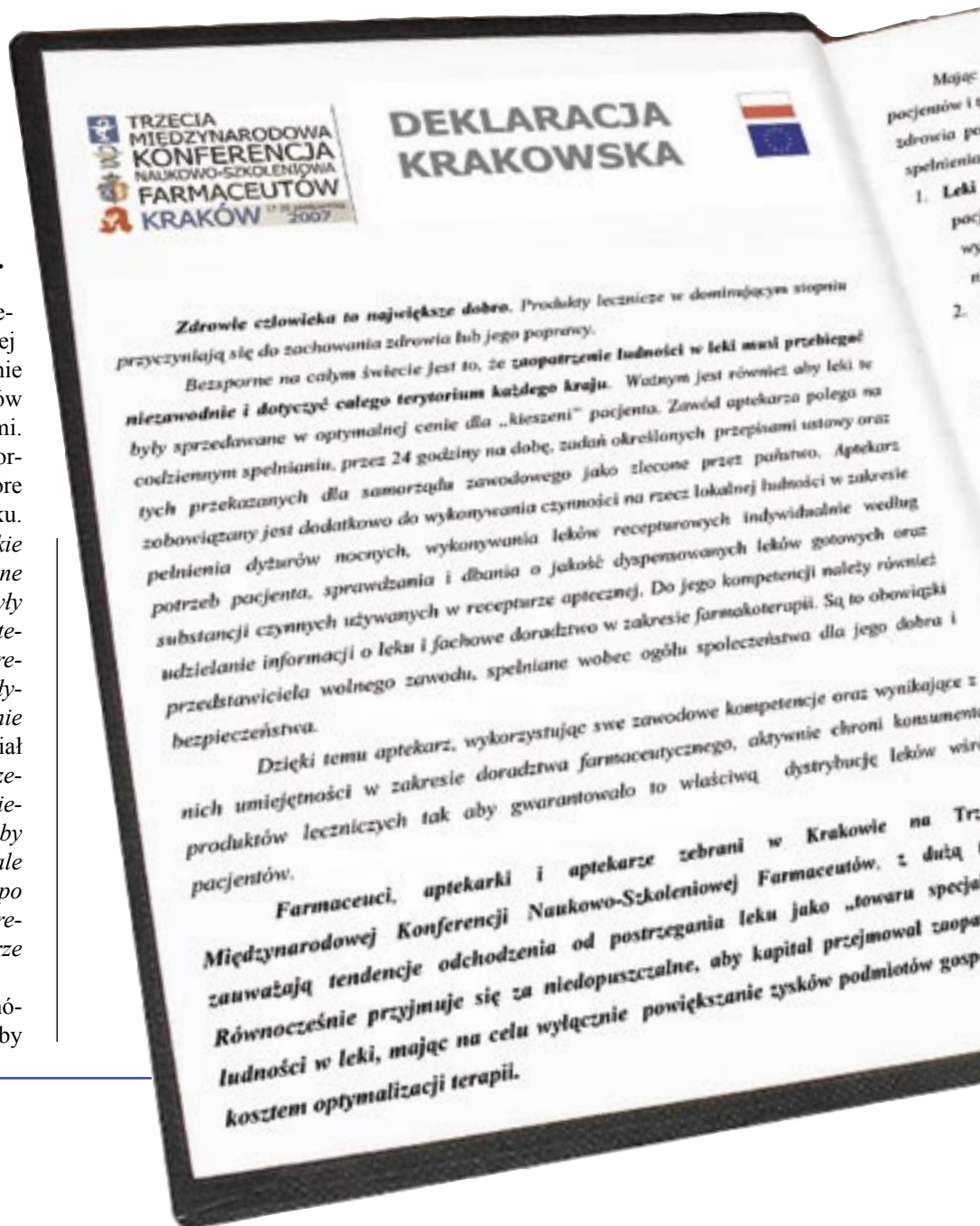


Leki tylko w aptekach

Spożywanie leków rośnie niebezpiecznie, a przecież nie ma leków bezpiecznych. Każdy z nich nie tylko leczy, ale także powoduje skutki niepożądane. Aby ich stosowanie przynosiło oczekiwane efekty dawkowanie musi być pod kontrolą. Łykanie tabletek, a jeszcze gorzej łączenie ich bez nadzoru może spowodować bardzo niebezpieczne skutki. Dlatego uczestnicy III. Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów (Kraków 17-20 października br.) postulowali likwidację sprzedaży leków w miejscach pozbawionych fachowej obsługi farmaceutycznej.

Na konferencji prasowej prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej Andrzej Wróbel ocenił, że obecnie ok. 5-10 proc. sprzedaży leków odbywa się u nas poza aptekami. Dodał, że coraz szerszy jest asortyment leków i specyfików, które można kupić w drogerii czy kiosku. – *Najlepiej byłoby, gdyby wszystkie te preparaty, które są zarejestrowane przez Urząd Rejestracji Leków były dystrybuowane wyłącznie przez apteki, ale zdajemy sobie sprawę, że preparaty tzw. pierwszej potrzeby mogłyby w takiej sytuacji stać się znacznie bardziej trudnodostępne* – powiedział Wróbel. *Dotyczy to np. leków przeciwbólowych, przeciw przeziębieniom i części witamin, które mogłyby być sprzedawane poza aptekami, ale wyłącznie w małych dawkach np. po dwie tabletki, tak by pozwolić choremu opanować chorobę zanim dotrze do lekarza.*

O podobnych problemach mówił również prezes Okręgowej Izby



Sponsorzy konferencji:



Aptekarskiej w Północnej Nadrenii-Westfalii Hans Guenter Friese: *Walczymy nie tylko o nasze interesy, ale także o interesy naszych pacjentów - zapewnił. Jeżeli podczas sprzedaży pacjent nie ma fachowej porady, to stosuje leki tańsze, ale też często leki powodujące skutki uboczne, które wymagają dodatkowego leczenia - mówił Friese. Ostrzegł,*



foto: mgr farm. Adam Kokot

Andrzej Wróbel, prezes NRA, przedstawia projekt Deklaracji

że sprzedaż poza aptekami prowadzi do *trywializacji leków, bo powstaje wrażenie, że to, co kupiliśmy w zwykłym sklepie jest produktem konsumpcyjnym, a nie leczniczym i jego zażywanie nie może powodować poważnych skutków ubocznych.*

Prezes Friese zwrócił też uwagę na podobieństwo problemów rozmieszczenia aptek stwierdzając, że *firmy komercyjne, które prowadzą apteki są zainteresowane ich otwieraniem tam, gdzie jest duża gęstość zaludnienia, a na terenach, gdzie mieszka mniej ludzi powstają białe plamy w dostępie do leków.*

Czterodniowe obrady zakończyło przyjęcie *Deklaracji Krakowskiej*, która podkreśla, że **badania dowodzą, iż gwarancję bezpiecznego i korzystnego cenowo zaopatrzenia społeczeństwa danego kraju w produkty lecznicze daje wyłącznie apteka prowadzona przez właściciela, który jest wykształconym i kompetentnym apotekarzem.**

Ewa B. Dębińska



W dniach 17-20 października br. odbywała się w Krakowie III Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Farmaceutów, współorganizowana przez Naczelną Izbę Aptekarską, PTFarm i Collegium Medicum UJ, pod patronatem Zarządu Niemieckich Izb Aptekarskich. Ponad 600 farmaceutów z Polski, z Niemiec, a także innych krajów europejskich brało udział w dwóch sesjach plenarnych oraz w równoległe odbywających się kursach szkoleniowych dotyczących chorób infekcyjnych. Poniżej przedstawiamy artykuł napisany specjalnie dla APTEKARZA POLSKIEGO przez prof. dr ULRIKE HOLZGRABE na podstawie wykładu wygłoszonego podczas konferencji.

Czy jeszcze są możliwe milowe kroki w rozwoju antybiotyków?

Odpowiedzią może być przykład zaczerpnięty z Radia Erewań: w zasadzie tak, ale coraz rzadziej mają one miejsce, gdyż firmy farmaceutyczne wycofały się z interesu – inwestowanie w rozwój antybiotyków nie przynosi wielkich dochodów. Jest to poważny problem, z uwagi na fakt, że znane nam już antybiotyki rozwijają coraz więcej oporności, w związku z czym nasza broń w walce skierowanej przeciwko chorobom infekcyjnym staje się coraz słabsza. Wyrażeniem tej problematycznej sytuacji jest sprawozdanie z roku 2002 o zupełnej oporności *Staphylococcus aureus* (VRSA) na **wankomycynę** [1], która przez wiele, ostatnich lat była jedyną bronią przeciwko wieloopornościowym drobnoustrojom.

SPOJRZENIE WSTECZ

Po odkryciu Salwarsanu przez P.Ehrlicha w roku 1909, kolejne gru-

py antybiotyków zostały odkryte w latach czterdziestych i pięćdziesiątych zeszłego stulecia. To ukazują nam następujące kroki milowe: 1940 **penicylina**, 1943 **streptomycyna**, 1947 **chloramfenicol**, 1948 **tetracyklina**, 1952 **makrolidy**, 1958 **glikopeptydy**, 1962 **streptogramina** i **chinolony**. Od tego czasu antybiotyki tych grup zostały ulepszone w swoim spektrum działania, sile działania oraz farmakokinetyce. Niewątpliwie doszło przy tym do dużych i ważnych postępów.

Na początku panowała olbrzymia euforia, sądzono że choroby infekcyjne zostaną całkowicie zwalczone. Odzwierciedleniem tych opinii były takie wypowiedzi jak np.: „The time has come to close the book of infectious diseases“ (nadchodzi czas zamknięcia księgi chorób zakaźnych) - G.W. Steward, Główny Urząd Zdrowia USA, 1969 r. Jednak szybko doszło do otrzeźwienia - mikroorganizmy nauczyły się bronić przed antybiotykami:

1. Hydrolizują, metylują i fosforylują antybiotyki, tak, że te stają się bezużyteczne. Przykładem takiego działania są laktamy, w przypadku których w czasie krótszym niż rok doniesiono już o oporności mikroorganizmów, podobnie aminoglikozydy.
2. Drobnoustroje rozwinęły pompy odpływowe, do odtransportowywania antybiotyków z komórki, przykładem takiego mechanizmu jest oporność na tetracykliny.
3. Zmieniają strukturalnie miejsce działania, tak, że antybiotyki nie mogą już atakować; przykładem tego są makrolidy i glikopeptydy.

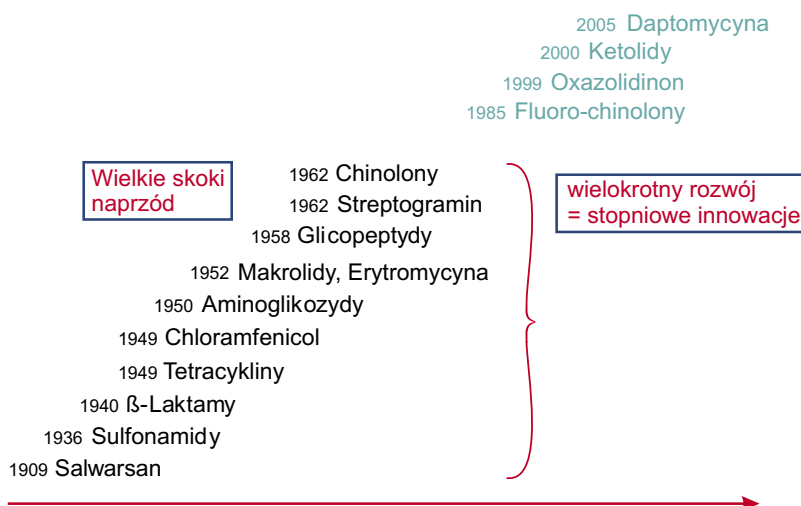
Tak powstałe mechanizmy obrony przekazywane są przez pionowy i poziomy transfer genowy z jednej bakterii na drugą. Z tego właśnie wynika oporność przeciw różnym członkom danej grupy antybiotyków. Do tego dokłada się jeszcze zdolność niektórych bakterii do „zbierania” oporności przeciw kilku antybiotynom na swoim genomie – np. DNA – co kończy się zazwyczaj multiopornością, jak ma to miejsce w przypadku bakterii z grupy *Staphylococcus* opornych na metycylinę.

„MAŁE“ KROCZKI W OSTATNICH LATACH

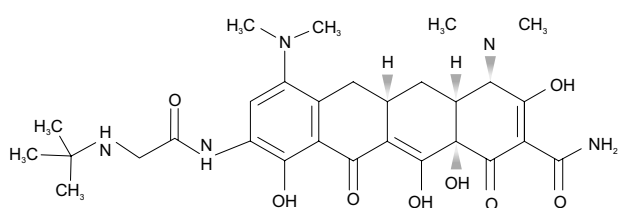
Tetracykliny i Glycylcykliny:
Tigecyklina

Tetracykliny w procesie syntezy protein blokują gromadzenie Aminoacyl-t-RNA na podjednostce 30S [2] na rybosomach. Liczba oporności przeciwko Tetracyklinie bardzo silnie wzrosła przez ostatnie lata, tak że antybiotyk ten nie był prawie w ogóle używany. Ponieważ tetra-

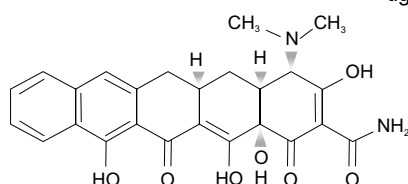
Historia antybiotyków



cykliny trafiają w szerokie spektrum bakteryjne, zaczęto szukać spokrewnionych związków, które nie zostały by wydalone z komórki bakteryjnej za pomocą pompy odpływowej (mechanizm oporności na tetracykliny). Ze struktury rentgenowskiej podjednostki 30S łączącej tetracykliny wynika, że południowe i wschodnie części tegoż rusztowania interagują z rybosomami, podczas gdy zachód i północ wystają z rybosomu i tym właśnie sposobem są do dyspozycji różnych wariacji strukturalnych. Tak więc w 2005 roku **Tigecyklina glicylocyklinowa** (Ryc.1) została dopuszczona do obrotu. Spektrum działania nowej tetracykliny obejmuje bakterie gram ujemne i gram dodatnie, wykazuje jednak luki w działaniu w stosunku do *Pseudomonas*. Godna uwagi jest jej aktywność przeciwko multiopornościowym bakteriom, takim jak MRSA i VRE [3]. Ponieważ tigecyklina nie jest substratem pompy odpływowej, powinna mieć niski potencjał do rozwoju oporności. Jednak będzie to można dopiero ocenić po dłuższym i intensywnym stosowaniu leku w codziennej praktyce klinicznej. Tigecyklina dopuszczona jest do leczenia skomplikowanych infekcji skórnych, tkanek miękkich oraz infekcji brzusznych. Niestety działaniem ubocznym tigecykliny są często nudności (35%) i wymioty (20%).



tigecyklina



tetracyklina

Nowe makrolidy nazywają się ketolidami

Ketolidy są bardziej rozwiniętą formą makrolidów. Nazwę tej grupy antybiotyków wynika

z zastąpienia **kładinozy** grupą karbonylową. Ponadto, pierwszy przedstawiciel tej grupy, **telithromycyna** zawiera układ pierścieniowy uretanu. Te dwa elementy struktury są odpowiedzialne za efektywne blokowanie aminokwasów t-RNA, tak by, oporności, które powstają przez metylację struktury 23S-rRNA, były trudniejsze do wywołania niż przez dotychczasowe makrolidy. Niestety pojawiły się już pierwsze sygnały o oporności na telithromecynę [2]. Telithromecyna przejawia *in vitro* lepszą aktywność przeciwko pneumokokom i staphylokokom niż jej poprzednicy – **Clarithromycyna** i **Azithromycyna**. Nie ma to jednak wyraźnego odzwierciedlenia w praktyce klinicznej, podczas stosowania preparatu w leczeniu zapaleń oskrzeli (Bronchitis), zapaleń zatok (Sinusitis), zapaleń gardła (Pharyngitis) czy nabytym ambulatoryjnie zapaleniu płuc. Działania uboczne, takie jak zaburzenia żołądkowo jelitowe oraz zaburzenia układu nerwowego występują bardzo rzadko (<2%) [2]. Ostatnio pojawiły się niepokojące doniesienia o wywołanym przez lek uszkodzeniu wątroby, mogącym prowadzić do zgonu. Ze względu na długi okres połowicznego rozpadu, czyli ok. 10 godz., wystarczające jest dawkowanie raz dziennie; jednakże farmakokinetyka i farmakodynamika aktywnego składnika leku oceniana na 57% - jest warta polepszenia.

Najnowsze β -Laktamy

Najnowszą **cefalosporyną** czwartej generacji,

jest podawany pozajelitowo **Ceftobiprol**, który

znajduje się w III fazie badań klinicznych, jako rozpuszczalny w wodzie Medocaril-Produg.

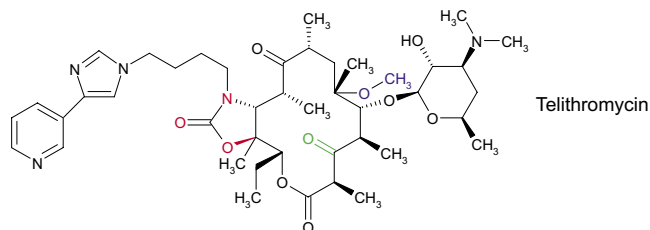
Został on specjalnie stworzony przeciw bakteriom opornym na penicylinę, z wysokimi powinowactwami do protein wiążących penicylinę 2a (PBP-2a) i PBP-2x. Jest stabilny przeciwko atakom laktamazy klasy A i C oraz wykazuje szerokie spektrum działania przeciw

bakteriom gram-dodatnim, począwszy od MRSA i streptokoków do bakterii gram-ujemnych włącznie z *Escherichia coli* [2]. Dąży się do dopuszczenia preparatu na całym świecie ze wskazaniem do leczenia infekcji skórnych, stopy cukrzycowej oraz nabytego w szpitalu zapalenia płuc.

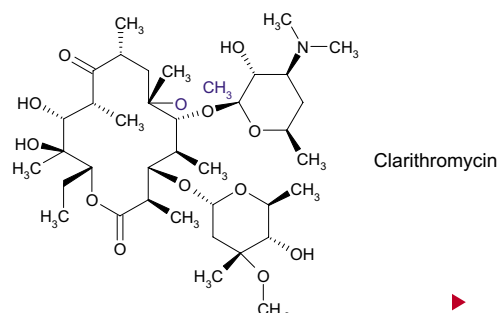
Penemy, które w piątym pierścieniu otrzymują wiązanie etylenowe, blokują laktamazę A, C i D- β oraz wykazują bardzo dobrą aktywność antybakteryjną w związku z wysokim powinowactwem do PBP [3].

Feropenem, jest wyjątkowo stabilny hydrolizowo w wodnych roztworach oraz przeciwko dehydropeptydazie I (DHP-I) jak i przeciwko β -laktamazom zależnym od seryny. Jest bardzo skuteczny przeciwko streptokokom i innym bakteriom w układzie oddechowym, takim jak enterokoki oraz beztlenowce, nie ukazuje jednak żadnej aktywności przeciw *Pseudomonas*. Nadaje się do terapii nabytego ambulatoryjnie zapalenia płuc.

Ertapenem (Invanz[®]) i **Doripenem** są to dwa nowe **carbopenemy**. Ten pierwszy jest już dopuszczony do pozajelitowej podaży przy leczeniu skomplikowanych infekcji skórnych i tkanek miękkich, infekcji jamy brzusznej, zapalenia płuc i skomplikowanych infekcji dróg moczowych [8] i jest relatywnie dobrze znoszony przez pacjentów. Jego aktywność przeciwko enterokokom oraz *Pseudomonas* jest jednak znikoma. Ertapenem, tak jak Meropenem jest znacznie wolniej nerkowo hydrolizowany poprzez



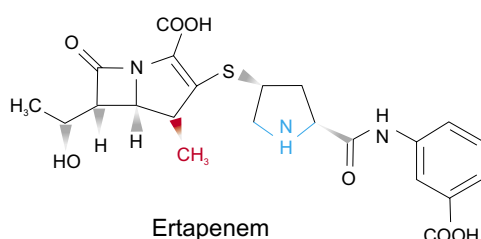
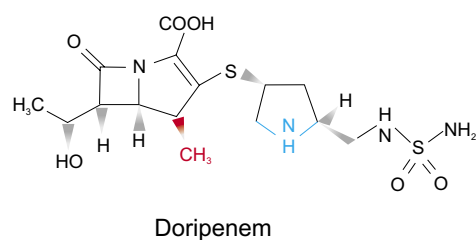
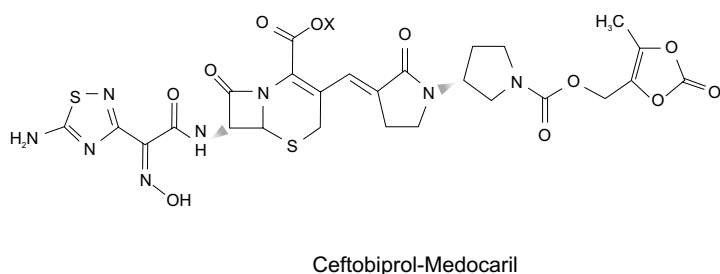
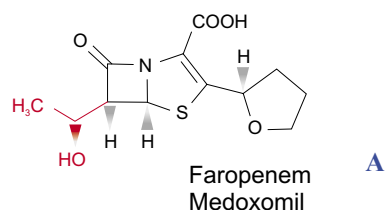
Telithromycin



Clarithromycin

► DHP-I, niż Imipenem i wykazuje bardzo wysokie wiązanie protein.

Stworzony w Japonii Doripenem, który wykazuje przynajmniej tak samo dobre antibakteryjne spektrum aktywności jak Carbapenem [8], jest testowany klinicznie w wielu dziedzinach, odnośnie zastosowania, między innymi przeciwko mukowiscydozie. Większość carbapenemów znajduje się jeszcze na etapie badań klinicznych.



WIĘC GDZIE DOSZŁO DO TYCH KROKÓW MIŁOWYCH?

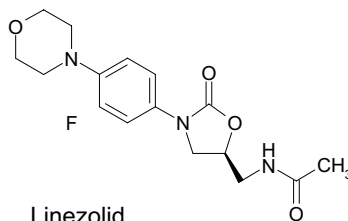
Jako kroki milowe lub innowacje będziemy nazywać nowe antybiotyki, które wykazują strukturę, której nie posiada żaden do tej pory znany antybiotyk, oraz działa według całym nowym mechanizmem.

Oxazolidinony – nowa struktura i nowy system działania

Linezolid, który od roku 2000 znajduje się na rynku, jest pierwszą

prawdziwą innowacją od prawie 40 lat. Antybiotyczne działanie Oxazolidionu, który został odkryty przy uprawie roślin, polega na blokadzie kompleksu inicjacji syntezy protein, zbudowanego z podjednostek 30S-rRNA, 50S-rRNA i N-Formyl-methionyl-tRNA. I właśnie w ten sposób otrzymujemy strukturę docelową, która nie jest wykorzystywana przez żaden inny antybiotyk. Linezolid ma znakomite działanie przeciw enterokokom, pneumokokom i staphylokokom, jak i przeciw bakteriom opornym takim jak VRE, MRSA oraz pneumokokom odpornym na penicylinę [3]. Jednakże jest mało aktywny w przedziale gram-ujemnym. Dla-

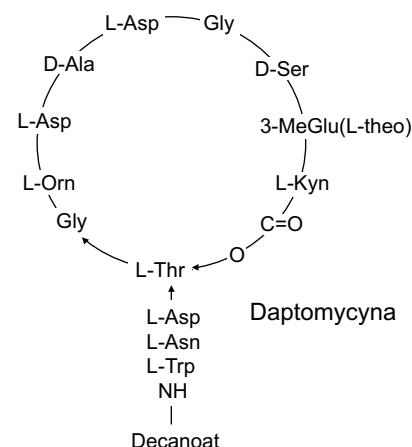
tego Linezolid dopuszczony jest do leczenia nabytego wewnątrzszpitalnie i ambulatoryjnie zapalenia płuc z wysokoopornymi bakteriami, jak i leczenia infekcji skórnych i infekcji tkanek miękkich. Linezolid musi być zażywany dwa razy dziennie (600 mg), ze względu na swój okres połowicznego rozpadu wynoszący 4 godziny. Pomimo tego, że większa ilość badań potwierdza działanie podobne do Wankomycyny oraz dobrą penetrację tkanek, a co za tym idzie miejsce działania, istnieje wiele bakteriologicznych niewypałów [3]. Oprócz tego odnotowane zostały pierwsze oporności staphylokoków (równocześnie przeciw wankomycynie (VRSA), β -laktamom (MRSA) i linezolidowi).



*Cykliczne Lipopeptydy:
Daptomycyna*

Streptomyces coelicolor i *Streptomyces fradiae* produkują kompleksową mieszanekę składającą się z 10-częściowych, cyklicznych li-

popetydów, do których należą obok Daptomycyny również antybiotyki **Amphomycyna**, **Laspertomycyna** i **Friulimycyna**. Te znane już od dłuższego czasu związki zawierają końcowy kwas tłuszczowy. Godne uwagi są **D-aminokwasy** w pierścieniu laktonowym, które są typowe dla wszystkich przedstawicieli lipopeptydów.



Daptomycyna weszła niedawno na rynek niemiecki. Mechanizm jej działania wygląda tak, jakby przyłączała się do ściany bakterii swoim lipofilowym ogonkiem, by stworzyć kanałki i pory, przez które mogą zostać spenetrowane składniki komórki. To prowadzi do śmierci komórki nie tylko bakterii gram-dodatnich, ale i również MRSA i VRE. Daptomycyna może być stosowana przeciw infekcjom skórным i infekcjom tkanek miękkich, oraz przy zapaleniu wsierdza, ale nie działa przy zapaleniu płuc! Daptomycyna dawkowana jest raz dziennie, 4mg/kg masy ciała i wykazuje wyraźny post-antybiotyczny efekt ze swoim okresem połowicznego rozpadu wynoszącym 8 godzin. Pomimo tego (lub nawet ponieważ), że lipopeptydy stosowane były u najcięższych chorych pacjentów, którzy byli wyleczeni antybiotykowo, już w tym roku pojawiły się pierwsze relacje o opornościach bakterii [3].

A PRZYSZŁOŚĆ?

W między czasie nauczyliśmy się, za pomocą obserwacji farmakokinetyki oraz farmakodynamiki, bardziej efektywnego używania antybiotyków, tak że ulepszona została terapia, a ryzyko wystąpienia oporności zostało

zminimalizowane. Mimo tego nie możemy zapomnieć o tym, że koniecznie potrzebne nam są nowe antybiotyki, które mają nowy mechanizm działania, tak by oporności krzyżowe do już egzystujących grup antybiotyków były niemożliwe. Ale niestety źródło jest już prawie puste. ■

prof. dr Ulrike Holzgrabe
Katedra Chemii Farmaceutycznej
Uniwersytet w Würzburgu

Piśmiennictwo:

[1] B. Bozdogan, D. Esel, C. White-
ner, F.A. Browne, P.C. Appelbaum. *J.*

Antimicrob. Chemother. 52, 864-868
(2003).

[2] D.E. Brodersen, W.M. Clemons,
et al. Cell 103, 1143-1154 (2000).

[3] M.W. Garrison, J.J. Neumiller,
S.M. Setter; *Clin. Therapeutics* 27,
12-22 (2005)

[4] L. Katz, G.W. Ashley, *Chem. Rev.*
105, 499-527 (2005)

[5] J. Lorenz, *ChemotherapieJ* 14,
178-181 (2005).

[6] L.A. Sorbera, J. Castaner, R.M. Ca-
staner; *Drug. Fut.* 30: 11-22 (2005).

[7] A. Dalhoff, T. Nasu, K. Okamoto,
Chemotherapy 49, 172-183 (2003).

[8] U. Holzgrabe; *Pharm. Unserer*
Zeit 5; 410-415 (2006).

[9] Zur Übersicht siehe: U. Hol-
zgrabe; *Pharm. Ztg.* 147, 1978-1983
(2002).

[10] M. Trautmann, *ChemotherapieJ*,
13, 218-222 (2004).

[11] J. N. Steenbergen, J. Alder, G.M.
Thorne, F. P. Tally, (2005) *J. Antimi-
crob. Chemother.* 55, 283-288.

[12] U. Holzgrabe, *Neue Arzneistoffe*
1, 9-13 (2006).

Redakcja dziękuje Panu PAWŁOWI
HADASOWI z firmy SALUS IN-
TERNATIONAL za przetłumaczenie
tekstu i jego opracowanie w polskiej
wersji językowej.

Ocena zmian na listach refundacyjnych

1 grudnia 2007 r. weszły w życie 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia, tzw. refundacyjne. Opublikowano je w Dzienniku Ustaw nr 222, który ukazał się dopiero 28 listopada. Rozporządzenia zawierają bardzo dużo zmian – zarówno w stosunku do obecnie obowiązujących list refundacyjnych, jak i do projektów rozporządzeń refundacyjnych przekazanych do konsultacji społecznych w dniu 17.10.2007 r. Ogólnie można stwierdzić, że ostateczna wersja rozporządzeń refundacyjnych jest w porównaniu z wyżej wymienionym projektem mniej uciążliwa dla pacjentów, ale niestety znacznie zwiększy straty na przecenie leków w aptekach.

Wydaje się, że – podobnie jak to było w przypadku poprzednich zmian na listach refundacyjnych w lutym tego roku – głównym beneficjentem tych zmian będzie NFZ.

Pozytywnym elementem – w porównaniu do poprzedniej nowelizacji list refundacyjnych – jest wprowadzenie 21 nowych substancji czynnych. Jednak społeczne odczucie efektu wprowadzenia tych substancji będzie raczej niewielkie, ponieważ ponad połowę z nich stosowanych jest w schizofrenii (6 substancji) oraz w stanach po przeszczepach narządowych (5 substancji). Na nowych listach refundacyjnych pojawiły się tylko dwie nowe substancje stoso-

wane w chorobach układu krążenia – jedna stosowana w chorobie niedokrwiennej serca i druga stosowana w hipercholesterolemii. Natomiast nie została wprowadzona na listy refundacyjne żadna nowa insulina ani żaden inny nowy lek stosowany w cukrzycy.

W ocenie Ministerstwa Zdrowia obniżenie wydatków pacjentów na leki ma zapewnić dopisanie do list refundacyjnych znacznej liczby nowych generyków z ceną niższą od leku oryginalnego (dla pierwszych generyków) lub ceną nie wyższą niż najtańszy odpowiednik. Należy jednak pamiętać, że dla ogromnej liczby pacjentów nie są najważniejsze kolejne generyki dopisane do list refun-

dacyjnych, tylko zmiany dotyczące leków obecnie przez nich stosowanych. Z doświadczenia wiadomo, że pacjenci bardzo niechętnie decydują się na zmianę leków, nawet w przypadku generyków zawierających tę samą substancję czynną.

Niestety, wyniki analizy zmian cen oraz limitów leków obecnie zawartych na listach refundacyjnych pozwalają przypuszczać, że znaczna liczba pacjentów zapłaci więcej za swoje leki po pierwszym grudniu 2007 r. Dotyczy to zarówno leków z wykazu leków podstawowych i uzupełniających, jak i leków stosowanych w chorobach przewlekłych. I chociaż liczba leków, dla których ▶

► zapłata pacjenta zmniejszy się jest wyraźnie zauważalna, to i tak jest jeszcze znacznie mniejsza, niż liczba leków, dla których zapłata pacjenta zwiększy się. Obliczenia zostały przeprowadzone nie tylko dla cen urzędowych zawartych w wykazach, ale również w oparciu o rzeczywiste średnie ceny leków w przeciętnej aptece za okres od 01.03.2007 r. do 15.10.2007 r.

WYNIKI OBLICZEŃ DLA CEN URZĘDOWYCH ZAWARTYCH W WYKAZACH

a) Zmiany w wykazie leków podstawowych i uzupełniających

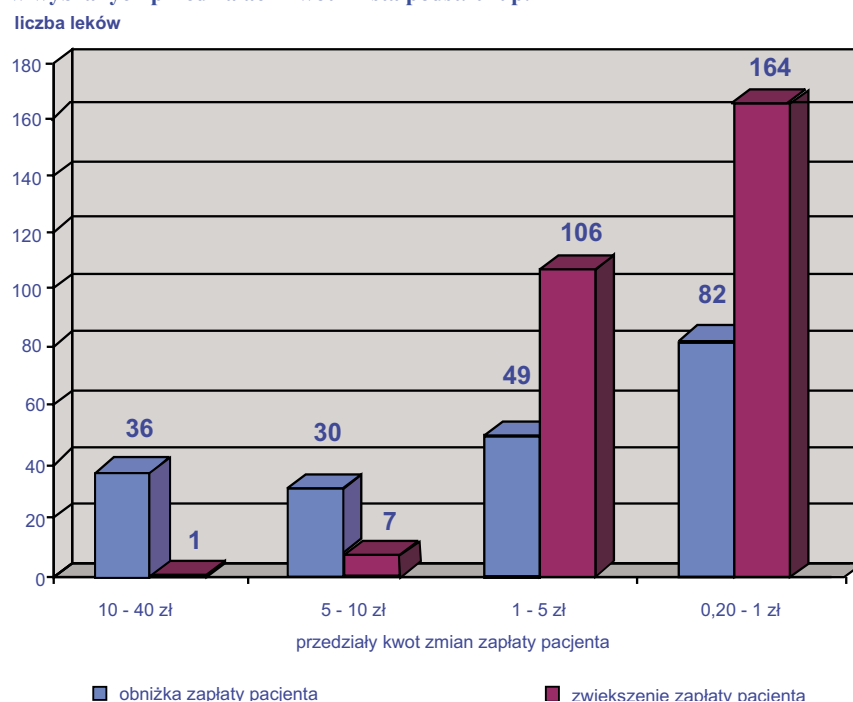
Obniżona została cena urzędowa ponad 400 preparatów, ale równocześnie w wykazie tym obniżono limit dla ponad 730 preparatów. Zmiany cen i limitów najczęściej nie są duże – w ponad połowie przypadków nie przekraczają 1 zł. Znaczna jest też liczba leków (prawie 170) dla których obniżony został limit w zakresie 1 – 5 zł.

Wyraźnie większa skala obniżek limitów w stosunku do obniżek cen urzędowych w zakresie 0,20 – 5 zł dotyczy wielu leków bardzo często przepisywanych przez lekarzy i przekłada się oczywiście na zwiększenie odpłatności pacjentów za leki. W wykazie tym jest też jednak duża liczba leków, dla których opłata pacjenta zostanie obniżona – głównie na skutek obniżenia ceny urzędowej.

Wprawdzie obniżenie zapłaty pacjenta nastąpi dla ponad 260 leków, to jednak dla ponad 320 leków zapłata pacjenta zostanie zwiększona. Skala obniżek oraz zwiększenia zapłaty pacjenta w wybranych przedziałach kwot przedstawiona została na wykresie 1.

W przedziale zmian 5 – 40 zł widać dużą przewagę leków o obniżonej zapłacie pacjenta, jednak dotyczy ona wielu leków w największych dostępnych dawkach i/lub opakowaniach, rzadziej stosowanych przez pacjentów. Natomiast w przedziale zmian 0,20 – 5 zł przewaga leków, które podrożeją dla pacjentów po nowelizacji jest wyraźna i dotyczy leków bardzo często przepisywanych.

Wykres 1. Liczba leków o obniżonej oraz zwiększonej zapłacie pacjenta w wybranych przedziałach kwot – lista podst.-uzup.



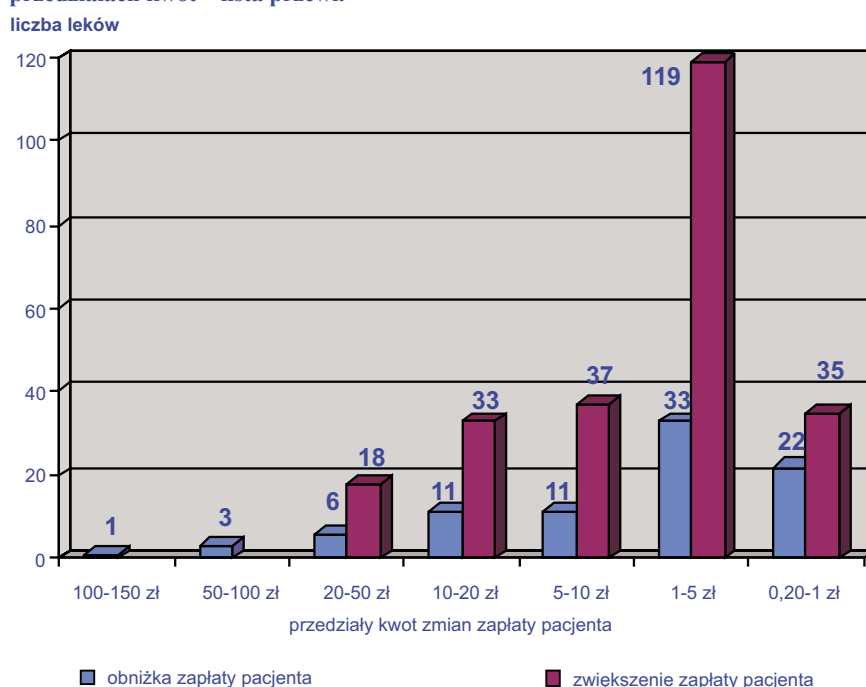
b) Zmiany w wykazie leków stosowanych w chorobach przewlekłych

Obniżona została cena urzędowa ponad 260 preparatów, ale podobnie jak w przypadku poprzedniego wykazu liczba leków, dla których obniżono limit jest znacznie większa i wynosi prawie 470. Większość obniżek cen (około 190 preparatów) i limitów (około 280

preparatów) mieści się w zakresie 0,20 – 20 zł.

Znacznie większa liczba leków o obniżonym limicie w zakresie 1-20 zł w stosunku do liczby leków o obniżonej cenie urzędowej w tym przedziale powoduje zwiększenie odpłatności pacjentów dla dużej grupy leków. W wykazie tym liczba leków, dla których opłata pacjenta zostanie obniżona (na skutek obniżenia ceny urzędowej i/lub

Wykres 2. Liczba leków o obniżonej oraz zwiększonej zapłacie pacjenta w wybranych przedziałach kwot – lista przewl.



podwyższenia limitu), jest prawie dwa razy mniejsza od liczby leków, dla których opłata pacjenta zostanie zwiększona.

Chociaż obniżenie zapłaty pacjenta nastąpi dla około 150 leków, to jednak dla ponad 270 leków zapłata pacjenta zostanie zwiększona. Skala obniżek oraz zwiększenia zapłaty pacjenta w wybranych przedziałach kwot przedstawiona została na wykresie 2.

Również w przypadku wykazu leków stosowanych w chorobach przewlekłych liczba leków, dla których zapłata pacjenta zwiększy się o 1-20 zł jest większa, niż liczba leków dla których zapłata pacjenta obniży się.

WYNIKI OBLICZEŃ DLA ŚREDNIEJ WIELKOŚCI APTEKI

Analiza zmian na listach refundacyjnych powinna też uwzględniać rzeczywisty asortyment oraz ceny leków dla średniej wielkości apteki. Poniżej przedstawione zostały wyniki obliczeń uwzględniające średnią cenę detaliczną leków w przeciętnej aptece za okres od 01.03.2007 r. do 15.10.2007 r.

a) Zmiany odpłatności pacjenta w wykazie leków podstawowych i uzupełniających

Obniżenie zapłaty pacjenta wystąpi dla ponad 120 leków, jednocześnie jednak zapłata pacjenta zostanie zwiększona dla prawie 170 leków. Skala obniżek oraz zwiększenia zapłaty pacjenta w wybranych przedziałach kwot przedstawiona została na wykresie 3.

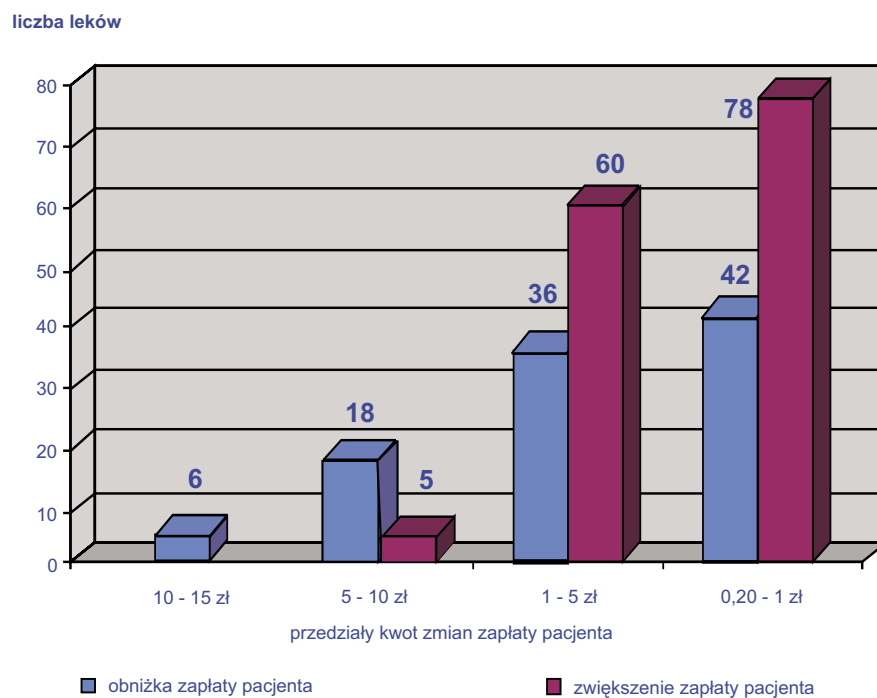
W zakresie zmian 0,20 – 5 zł przewaga leków, które podrożeją dla pacjentów w średniej wielkości aptece po nowelizacji jest bardzo wyraźna. W grupie tej jest wiele leków bardzo często przepisywanych przez lekarzy. Warto jednak podkreślić fakt, że w pozostałych zakresach zmian odpłatności przewagę mają leki o zmniejszonej zapłacie pacjenta.

b) Zmiany odpłatności pacjenta w wykazie leków stosowanych w chorobach przewlekłych

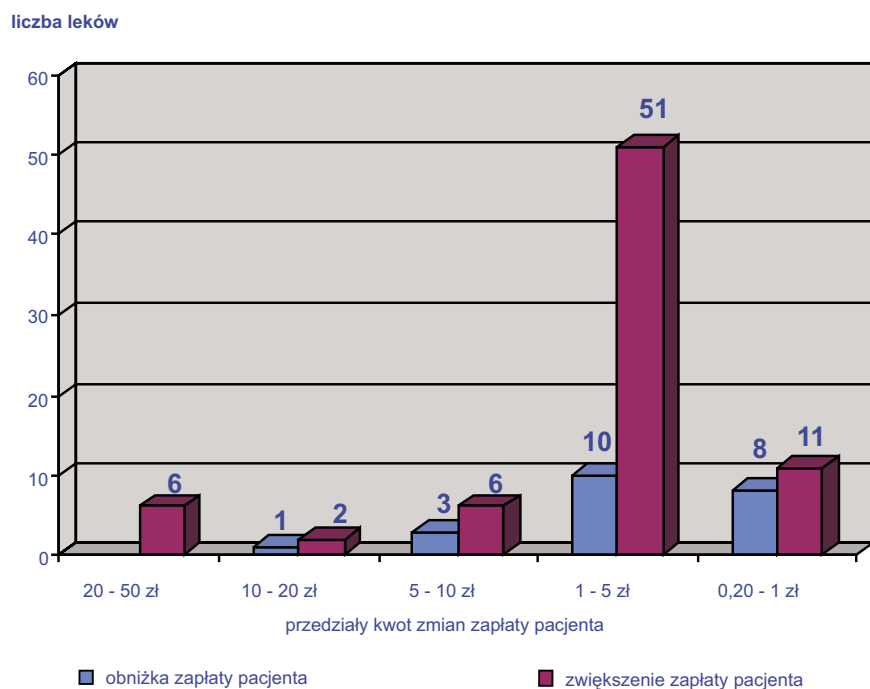
Obniżenie zapłaty pacjenta wystąpi dla około 45 leków, natomiast zapłata pacjenta zostanie zwiększona dla około 55 leków. Skala obniżek oraz zwiększenia zapłaty pacjenta w wybranych przedziałach kwotowa przedstawiona została na wykresie 4.

Widać wyraźnie, że za znaczną ilość leków z wykazu leków stosowanych w chorobach przewlekłych pacjent zapłaci 1-5 zł więcej. Pozytywny jest fakt, że całkowita liczba leków dla których zapłata pacjenta zmniejszy się jest porównywalna z liczbą leków o zwiększonej zapłacie.

Wykres 3. Liczba leków o obniżonej oraz zwiększonej zapłacie pacjenta w wybranych przedziałach kwot – lista podst.-uzup. średn. apteka



Wykres 4. Liczba leków o obniżonej oraz zwiększonej zapłacie pacjenta w wybranych przedziałach kwot – lista przewl. średn. apteka



► **STRATY W PRZECIĘTNEJ
APTECE WYNIKAJĄCE
Z PRZECENY LEKÓW**

W wyniku przeprowadzonej symulacji z uwzględnieniem średniego stanu zapasów magazynowych apteki można założyć, że strata wynikająca z przeceny leków w dniu 1.12.2007 r. nie powinna być większa niż 1200 zł brutto. Ograniczenie stanu magazynu apteki może tę stratę w pewnym stopniu zmniejszyć. Bardzo ważne jest też od kiedy producenci i hurtownie będą dostarczać leki po nowych cenach. Ma to bardzo duże znaczenie dla zmniejszenia strat apteki wynikających z przeceny. ■

mgr farm. Piotr Bohater
przewodniczący Komisji
Ekonomicznej DIA

NB.

Obliczenia do analizy zmian na listach leków refundowanych przeprowadzone zostały z wykorzystaniem relacyjnej bazy danych. Porównanie projektów zmian na listach leków refundowanych możliwy jest w relacyjnej bazie danych wyłącznie w oparciu o kody EAN. Dlatego analiza nie może uwzględniać zmian dotyczących preparatów bez kodu EAN (np. opatrunki hydrokoloidowe, hydropolimerowe, alginianowe, testy paskowe, strzykawki do insuliny). Całkowita liczba preparatów bez kodu EAN jest stosunkowo niewielka.



Rozmyślania pacjenta

„...Skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą”

Wszechobecne reklamy telewizyjne, radiowe czy prasowe dotyczące leków zawierają wypowiedzianą w szybkim tempie formułę, że w razie wątpliwości: „...skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą”. Na ogół wątpliwości pacjentów pojawiają się już po wyjściu z gabinetu lekarskiego, wobec czego jedyną instancją odwoławczą, wyjaśniającą, czy konsultującą w sprawie kupowanych leków, a nie rzadko dolegliwości chorobowych pozostaje farmaceuta.

Kilkakrotnie zdarzyło mi się w ostatnich miesiącach znaleźć w takiej oto sytuacji stojąc w kolejce w aptece (niestety jest to dalej miejsce, gdzie stoi się w kolejkach). Otóż chcąc coś kupić starsza pani, zapewne emerytka, wręczając receptę obsługującej ją młodej kobiecie zadała jej jakieś fachowe pytanie dotyczące zasad dawkowania leku i zagrożeń jego przedawkowania. Swoje zapytanie opatrzyła znaną formułą: „pani magister, czy..?” Dziewczyna lekko się zarumieniła, dość niewyraźnie odbąknęła, że musi zapytać się kierowniczkę, bo sama nie wie. Po chwili pojawiła się pani kierowniczka, a może właścicielka apteki, która nawiązała z pacjentką krótki, fachowy dialog.

Zauważyłem, że obie panie nie miały plakietek informujących, że jedna z nich jest technikiem farmaceutycznym, bo tak zapewne było, a druga magistrem lub doktorem farmacji, bo to wynikało z jej profesjonalizmu od pierwszych wypowiedzianych słów.

W jednej z warszawskich aptek, do której najczęściej przychodzę po leki, kilkusobowy personel zaopatrzonej jest w ładne plakietki zatytułowane „Jola”, „Zosia” itp. Z sugestii, jaka wynika z pierwszego rzutu oka na plakietkę rozumiem, że można zwracać się kupując leki „Pani Jolu”, „Pani Zosiu”, bo odsyłamy tradycyjne „Pani magister” do lamusa, lub wspomniane panie magistrami farmacji nie są.

Obserwuję, że wkraczanie od kilkunastu lat polskich aptek na wolny rynek, który rządzi się innymi prawami, niż reglamentowana sprzedaż, napotyka na szereg problemów. Jeden z nich to trudna próba pogodzenia wolnej sprzedaży z funkcją recepty, fachowej obsługi z otwartą, pełną towaru półką, dającą wolny wybór itp. Zmienić się tutaj jednak nic nie da. Leki muszą pozostać reglamentowane, szczególnie te specjalistyczne. Pozostaje, więc usprawnienie procesu ich sprzedaży (dystrybucji), tak, aby pacjent – klient apteki był usatysfakcjonowany i dobrze poinformowany.

W procesie dystrybucji leków istotna jest informacja na ich temat. Jest tutaj kilka barier, z których dwie wydają się najważniejsze. Są to mało przystępne dla przeciętnego pacjenta informacje o lekach, załączone do opakowań. Charakteryzuje je długi, fachowy wywód oraz minimalna czcionka, którą są drukowane, absolutnie nieczytelna dla starszych ludzi. Drugi problem, to wspomniane już bariery dostępu do informacji w samej aptece. Większe zaufanie podczas zakupu będzie miał pacjent dla pani „magister farmacji Zofii Kowalskiej” niż dla przysłowiowej „pani Joli”, czy też osoby w białym fartuchu, ale bez identyfikatora.

Po tych dywagacjach pozostaje zaapelować do właścicieli aptek: **zróbmy wszystko, aby kupujący leki pacjent wychodził z apteki w pełni poinformowany.** Mogą temu służyć w większych aptekach punkty informacyjne, w mniejszych widoczne identyfikatory, które wskazywać będą osoby służące fachową radą i pomocą. Być może wówczas tytułowe stwierdzenie: „...skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą” nie będzie pustym sloganem.

Andrzej Ziemiński

Nawet z czosnkiem należy uważać

Panuje dość powszechne przekonanie, że leki ziołowe, a już zwłaszcza „herbatki”, jak nazywa się napary roślinne, można stosować bezkarnie. A to błąd, o czym starają się przekonać znawcy zagadnienia pracujący w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Okazuje się, bowiem, że nawet spożycie czosnku przed niektórymi operacjami może nieść ze sobą zagrożenia dla zdrowia...



foto. archiwum redakcji

Do leków pochodzenia roślinnego podchodzimy albo w sposób lekceważący, traktując je jako „herbatki smakowe”, albo z przesadnym nabożeństwem – bezpodstawnie wierząc w „cudowne” właściwości tajemniczego leku z Chin, z Himalajów czy z podnóża Andów. I jedno, i drugie podejście jest nieporozumieniem, którego konsekwencje mogą okazać się nader poważne.

- *Na polskim rynku procentowy udział leków z kategorią dostępności Rx to 51%, a OTC – 49%, – mówi dr Wojciech Łuszczyna, animator ogólnopolskiej kampanii pn. „Lek bezpieczny”. – z czego leki syntetyczne stanowią 70%, a roślinne – 30%.*

W wielu przypadkach mówiąc o „lekach”, ma się na myśli wyłącznie leki syntetyczne; np., gdy lekarz pyta, jakie środki zażywa pacjent cierpiący na jakąś dolegliwość, to obydwaj bardzo często nie mają na myśli leków ziołowych.

- *Chciałbym bardzo jasno stwierdzić, że wszyscy wykwalifikowani pracownicy służby zdrowia, a więc także ratownicy medyczni czy pielęgniarki środowiskowe, a nie wyłącznie lekarze i farmaceuci – mają prawo do zadawania pytań, czy dany pacjent stosował leki, w tym pochodzenia roślinnego, a to w celu stwierdzenia ewentualnych interakcji. – powiedział prezes URPL, dr n. farm. Leszek Borkowski.*

Egzotyczne, słabo rozpoznane preparaty roślinne to nie jedyne zagrożenia dla pacjentów. Również rodzime zioła, pozornie dobrze znane, stosowane od lat w domowych apteczkach mogą okazać się wcale nie takie zdrowe. Ot, choćby taki rumianek, senes czy dziurawiec, a nawet przysmak kotów – waleriana. Okazuje się, że senes można stosować w sposób krótkotrwały, z ograniczonymi dawkami dobowymi i nie wolno go podawać dzieciom poniżej 12 roku

życia. To ostatnie zalecenie dotyczy nie tylko tego zioła, ale praktycznie wszystkich. Dla pacjentów do 1 roku zioła są absolutnie wykluczone, do lat 3 wolno je stosować absolutnie sporadycznie (de facto – unikać), a do 12 roku życia w bardzo ostrożny i ograniczony sposób. Jest to, więc podejście zupełnie odmienne od tego, jakie reprezentowały nasze babcie twierdzące, że „ziółka nie zaszkodzi”... Natomiast z walerianą powinni uważać także dorośli – zażycie wywaru

POLSKA MOCARSTWEM ZIELARSKIM?

Wartość światowego rynku zielarskiego obliczano w 2003 r. na 20 miliardów euro, przy czym na Unię Europejską przypadało 7,5 mld. euro, na rynek azjatycki – 5,1 mld. euro, zaś na Amerykę Północną – blisko 3,8 mld. euro. Samych ziół suszonych rocznie produkuje się prawie pół miliona ton, a liczba gatunków roślin leczniczych zbliża się do 3 tysięcy.

Plantacje roślin uprawianych w Polsce w celach produkcji farmaceutycznej znajdują się w 20 tysiącach gospodarstw rolnych i zajmują ponad 30 tysięcy hektarów, co stanowi 43% całego arealu przeznaczanego na ten cel w Unii Europejskiej, czyli 70 tys. ha. Pod tym względem ustępujemy jedynie Niemcom. Rocznie na plantacjach zbiera się u nas 17 tys. t suszu roślin leczniczych, zaś ogólna produkcja ziół w naszym kraju zbliża się do 20 tysięcy ton, czyli około 4 proc. produkcji światowej.

W światowym obrocie znajduje się około 2 tysięcy gatunków roślin leczniczych i aromatycznych. W Polsce uprawia się 70 gatunków roślin leczniczych, z czego 29 to oryginalne odmiany, których hodowcą i zarazem właścicielem pozostaje Instytut Roślin i Przetworów Zielarskich.

Polska zajmuje w Europie drugie po Niemczech miejsce pod względem spożycia leków pochodzenia roślinnego w opakowaniach.

opr. j.świd. na podst. prezentacji dr Wojciecha Łuszczyny

- ▶ z kozłka lekarskiego może negatywnie wpływać na prowadzenie pojazdów i obsługę maszyn!

Wszystkie powyższe zastrzeżenia są dobrze znane farmaceutom, natomiast z pacjentami bywa różnie. I dlatego tak istotne jest czytanie informacji zawartych w ulotce dla pacjenta, obowiązkowo dołączanej do każdego specyfiku ziołowego. Zgodnie z wytycznymi ulotka ta musi zawierać:

- przeciwwskazania;
- środki ostrożności i ostrzeżenia specjalne;
- stosowanie leku u dzieci, kobiet w okresie ciąży i karmienia piersią oraz innych szczególnych grup pacjentów;
- interakcje z innymi lekami oraz inne rodzaje interakcji (np. z alkoholem);
- działania niepożądane.

Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych kładzie szczególny nacisk na konieczność zaznajomienia pacjentów z ulotką o leku ziołowym. **Stąd apel do aptekarzy**

Profesor Halina Strzelecka z Wydziału Farmaceutycznego AM w Warszawie i Komisji Nauki o Leku PAN, ekspert Komisji Rejestracji Produktów Leczniczych Urzędu Rejestracji – autorka wielu prac naukowych i książek poświęconych leкови roślinnemu, m.in. „Encyklopedii ziołolecznictwa” powiedziała:

Po transformacji lat 1989-1990 nastąpił w Polsce gwałtowny wzrost ziołarstwa. W ciągu zaledwie dwu lat mieliśmy zgłoszonych blisko 700 leków zgłoszonych do rejestracji i każdego roku tych leków przybywało. Musieliśmy opracować reguły, w jaki sposób traktować leki roślinne, aby można je było w Polsce stosować.

W roku 1997 została zorganizowana przez Urząd Rejestracji tak zwana „re-rejestracja” – był to przegląd wszystkiego, co wówczas znajdowało się na naszym rynku. Okazało się, że około 53% leków refundowanych spełniało wymagania postawione w re-rejestracji, że prawie 30% z tej listy można poprawić w stosunkowo krótkim czasie, ale blisko 18% to były leki do skreślenia. Podjęliśmy generalną decyzję, że nie będą rejestrowane preparaty nieposiadające standaryzacji. Zastosowaliśmy nowoczesne metody oceny chemicznej i biologicznej tych preparatów. Położyliśmy nacisk na udokumentowanie dawkowania danego preparatu.

Z wystąpienia w URPLWM i PB, 7 listopada 2007 r.

not. j. świd.

o przypominanie w chwili sprzedaży leku pochodzenia roślinnego o tym drobnym, ale tak ważnym skrawku papieru. Wcześniejsze zapoznanie się z treściami ostrze-

gawczymi umieszczonymi na ulotce może ustrzec przed wieloma kłopotami. ■

Jacek Świdziński

*Zdrowego, spokojnego, radosnego Bożego Narodzenia.
Wszelkiej pomyślności, spełnienia marzeń.
Realizacji planów zawodowych w nadchodzącym 2008 roku
oraz satysfakcji z wykonywanej pracy,
na czas świąt i wszystkie zwykłe dni
życzy*

Polfa Grodzisk

*producent leków kardiologicznych, internistycznych,
dermatologicznych oraz preparatów OTC*

interesuje nas życie...



Grodziskie Zakłady Farmaceutyczne „Polfa” Sp. z o.o.

ul. ks. J. Poniatowskiego 5, 05-825 Grodzisk Maz., tel. 022 755 50 81, 755 20 41; fax 755 23 92
www.polfa-grodzisk.com.pl

Grupa Gedeon Richter

Idziemy do Betlejem

Pprzed nami święta Bożego Narodzenia, poprzedzone Adwentem – czasem radosnego oczekiwania na przyjście Pana.

Prorok Izajasz zapowiada: mówcie do Kościoła i do całego świata: Oto twój Zbawiciel przychodzi! Przynosi światu nowe życie, światło, pokój, samego siebie.

Z Jego narodzeniem zaczyna się nowa era. Nawet czas zaczynamy liczyć od tej daty – już nie od założenia Rzymu, ale od narodzenia Chrystusa. To było i jest najważniejszym wydarzeniem w historii naszej ziemi. O tym wydarzeniu nie można zapomnieć. Zarówno czytania, modlitwy i pieśni kolędowe kierują nas do Betlejem.

Sw. Jan Apostoł napisał: „A Słowo stało się ciałem i zamieszkało wśród nas”. (J 1,14). Słowo to Syn Boży, a ciało to człowiek. Wiele już razy słyszeliśmy te słowa, ale może nigdy nie uświadomiliśmy sobie tak dokładnie, co słyszymy. Otóż idziemy do Betlejem, aby sobie uświadomić, że każde Boże Narodzenie, w tym maleńkim Dzieciątciu jest wyraźnym i widzialnym objawieniem się Boga. Mówi o tym bardzo wyraźnie św. Paweł w Liście do Hebrajczyków: „Wielokrotnie i na różne sposoby przemawiał niegdyś Bóg do ojców przez proroków, a w tych ostatecznych dniach przemówił do nas przez Syna” (Hbr 1,1n)

**JAK DZISIAJ W BETLEJEM
ZNALEŹĆ CHRYSYDUSA
I DZIĘKI NIEMU SIEBIE?**

Przede wszystkim trzeba uwierzyć w tajemnicę tego, co się wydarzyło w Betlejem.



Z okazji Świąt Bożego Narodzenia i Nowego Roku 2008, kiedy myśli nasze kierujemy ku ubogiej betlejemskiej grodzie, pragnę Wam – kochani i bliscy memu sercu Aptekarze i Farmaceuci, całej służbie zdrowia, pielęgniarkom, wolontariuszom i Waszym pacjentom, a także wszystkim Czytelnikom i sympatykom czasopisma Aptekarz Polski – złożyć najserdeczniejsze życzenia Bożego błogosławieństwa i wszelkich darów Dzieciątka Jezus. Wszystkich powierzę Bożej opiece podczas Mszy świętej sprawowanej w Waszej intencji w noc Bożego Narodzenia

Z bliskości serc i modlitwy

Gdy pasterze usłyszeli zwiastowanie o narodzeniu, podjęli decyzję: Pójdźmy do Betlejem i zobaczymy, co się zdarzyło i o czym nam Pan oznajmił (Łk 2, 15). Decyzja wewnętrzna przekłada się od razu w konkretne czyny – poszli z pośpiechem i znaleźli Dzieciątka. Znaleźli nie tylko w sposób materialny, ale duchowo – bardziej oczami duszy niż oczami ciała. Co więcej, uwierzyli, kim jest to Dziecko, a z Jego znalezienia zrodziło się świadectwo.

Dla chrześcijańskiego Aptekarza, Farmaceuty powrót do Betlejem to niesienie nadziei swoim pacjentom. Aptekarz częściej, niż kto inny może dać lub zabrać człowiekowi choremu nadzieję. Nadzieję na upragnione zdrowie, ustąpienie bólu, powrót do rodziny i najbliższych. W poszukiwaniu źródła zdrowia nie można się zniechęcać, rezygnować, nie można tracić nadziei. Zadaniem pracownika służby zdrowia jest być przy chorym, dawać mu nadzieję, światło, a nade wszystko dawać Dobrą nowinę, którą przyniósł na świat Syn Boży.

Iść do Betlejem oznacza w nas ochrzczonych wielbić Boga za to, co tam zobaczymy i co usłyszymy: za chleb, który łamie teraz za nas, za radość i nadzieję, którą w tym dniu Pan w naszych sercach rozmnaża.

Ks. Jozef Jachimeczak CM
Krajowy Duszpasterz
Służby Zdrowia

BETLEJEMSKA

Gwiazd, gwiazdeczek
świeci tyle
pod gwiazdami miasta się chwieją
A my popatrzmy sobie w oczy
choć przez chwilę
Tam Betlejemska jest nadzieją.

mgr farm. Walter Pyka

PASTERKA

Wigilijna noc gorczańska, watry biją wysoko.
Od śniegiem przykrytych polan, skry gnają ku obłokom.

Skoczna góralska kolęda, krzyż w lodzie się mieni.
Przed mroźnym wiatrem się tulą, gromady ludzkich cieni.

Anioły wielce zdziwione, przyszły dzielić się chlebem.
Łamią się lody opłatkiem, pod nocnym górskim niebem.

Moc struchlała pod Turbaczem, radość w sercach gości !
Hosanna góry śpiewają, Bogu na wysokości !

*mgr farm. Krzysztof Kokot
Styczeń 2006*

WIGILIJNE UKŁADANKI

Wieczorami zimowymi, kiedy wiatry wieją,
A za oknami sypią białe śniegi,
Gdy zima szaleje, woda kamienieje,
W takie to wieczory wspomina się dzieje.
Z rozprysku rwącego, zimnego potoku,
Echa jak złe i bez serca wróżki,
Osiadają na brzegu polany i mroków,
W śniegu, o księżycu widać lisie dróżki.
Zakamarki leśne - mruczanki śpiewają;
W gniazdach ptaki ukryte, przycichłe,
Głowy swoje pod skrzydła chowają,
Ich sny i myśli teraz niedościgłe.
Zające pomykając nastawiają słuchy,
Mroki kryją bowiem wiele zagadek;
Las opustoszały pozostaje głuchy,
Pod śnieg chowają się i świerk i niedźwiadek.
W takie wieczory księżyc zimniej świeci,
A w puszystej pierzynie śniegu białego,
Śpią mchy, trawy, zaś w pyle zamieci,
Nie widać drogi i świata całego.

Hej kolęda, kolęda...

**Wiem, że Cyganów dziś nie ma, na polanach grających,
A przecież prawie widziałam jak ognie świeciły,
Bo dziś można zobaczyć sanie, konie ewalujące...
Bowiem w tą jedną noc, nawet zwierzęta mówiły.**

**Od łąk idą pasterze, aniołowie śpiewają;
Od świerkowych gałązek echo kolędy niesie,
Rodziny w taką noc do Wigilii siadają,
W stajence zaś kwili male, święte Jezus Dziecię...**

*mgr farm. Weronika Zarzycka
Koszalin, grudzień 2002.*

PASTORAŁKA

Kapela aniołów
pastuszkom przewodzi.
Maryja dzieciątko
pokazuje światu.
Dziwują się starzy
dziwują się młodzi.
Brat rękę podaje bratu.

Józef hebelkiem
rzeźbi kołyskę.
Dary przynoszą królowie.
Uklon swój złożą narody
wszystkie.
Każdy o swoim cierpieniu
opowie.

A Ono rączką malutką
na czole krzyżyk postawi
Przygarnie.
Wysłucha.
Pocieszy.
Pobłogosławi.

mgr farm. Walter Pyka

ŚWIĘTA

już wiesz, że gdy nadejdzie grudzień
serce się twoje odmieni,
w ten czas gdy całe ciepło
odejdzie z kolorem jesieni,
i tego ciepła szukając-
potrzebom serca na przeciw ,
utkasz ciepłą aurę
zwbisz do domu dzieci,
siądziecie razem przy stole
bez żalów i bez złości,
i otworzycie biblię,
i poczekacie na gościa

mgr farm. Renata Klamerus

A teraz
nie mówimy nic.
Niech wszystko umilknie.
Niech się uprości
Niech tylko serca nasze nadzieją
karmione
rosną ogromnie.
Miłość rodzi się w ciszy i
ciemności.
Wielkość rodzi się skromnie.

mgr farm. Walter Pyka

PIELUSZKA PANA JEZUSA
(Wyjęte z podań ludowych)

Gwiazda tą wieść przyniosła,
Cud oznajmiały anioły,
Narodziło się Dziecię,
W głębi małej stodoły.

Ubogo w niej bardzo było,
Niewiele też siana w żłobie;
Maryja swój rąbek zdjęła,
Który miała na głowie.

Józef bezradny pocieszał,
Pasterze z pagórków przybyli,
Wół i osioł ogrzewał,
Królowie gwiazdę zoczyli.

O świcie Maryja wstała,
A był to sobotni ranek,
Dzieciątko cicho kwiliło,
Słuchało kołysanek.

Maryja pieluszkę uprała,
Rozwiesiła na dworze,
Słońko się roześmiało
I skłoniło w pokorze.

I odtąd w każdą sobotę,
Słońce przez moment świeci;
Blyskając rąbeczkiem złotym,
Szuka pieluszki nad płotem.

mgr farm. Weronika Zarzycka
Sianów, grudzień 1986 r.





WIGILIA

Pęka powietrze nad nami,
sypią się gwiazdy na stół,
świece płoną...

A my milczeniem związani
łamiemy słowo na pół
... choinka w kącie dymi zielono.

mgr farm. Walter Pyka

IDA ŚWIĘTA...

Idą Święta, idą Święta,
płatki śnieżne tańczą młynca.
Przeurocza, zacna dama
wiezie dar dla sierocińca.

Na dziedzińcu w sierocińcu
każde dziecko o coś prosi.

Jupitery i kamery,
w strojach elfów komandosi...
Zacna dama cała w błamach,
uśmiechnięta, wniebowzięta.
Podarunków, jak na kramach;
idą Święta, idą Święta!

A w pobliskiej kamienicy
schorowana i samotna
starowinka gwiazdy liczy
zza skutego lodem okna.
Na stoliku zdjęcia osób,
które zawsze się pamięta...
Siedząc przy nich, na swój sposób
przeżywała będzie Święta.

„Bóg się rodzi, moc truchleje”,
ktoś bezdomny w drzwi kołacze...
Grupka dzieci wciąż się śmieje,
starowinka w kącie płacze.

mgr farm. Jacek Józefczyk



Bóg się narodził...

Anna siedząc w fotelu odpoczywała. Za oknami nieogrzewanej werandy było zimno i białe. Mroźne igielki wdzierały się oknami, ale *Anna* otulona pledem lubiła spędzane tu chwile wychnienia. Szczególnie teraz, gdy za oknami werandy śnieżnobiałe puch pokrywał ogród i łąki, a w oddali świątecznie iskrzyły się leśne choinki. Weranda miała w sobie coś magicznego. Tu problemy stawały się mniejsze, a radości jakoś tak dziwnie się mnożyły, że starczało ich dla wielu. *Rudy kot* na kolanach i *suka-znajda* u stóp dopełniały szczęścia.

Szalony pomysł sprzedaży mieszkania w mieście okazał się błogosławieństwem – pomyślała – Wreszcie mogę docenić uroki natury we wszystkich jej odsłonach. Tu można poczuć zapach ziemi wczesną wiosną, zobaczyć łany przylaszczek na leśnej polanie, wciągnąć głęboko zapach dojrzałych zbóż, zerwać własne, pachnące słońcem gruszki, a z jabłek (też z własnego sadu) zimą upiec szarlotkę.

Czekała na gości. Od lat marzyła o Bożym Narodzeniu pośród przyjaciół. Dawniej każdy spędzał święta w gronie rodziny i takie spotkanie ciągle nie było możliwe. Jednak dom na wsi stworzył całkiem nowe możliwości. – Tak nie miałam ochoty na te pokoje na poddaszu, a teraz jak znalazł.

Znakomita większość prac świątecznych była już za nią. Pozostały tylko te, które przygotowywane na świeżo, miały swój jedyny, niepowtarzalny smak. Zapakowane prezenty już czekały.

Nagle *Saba* zerwała się, zjadła czekając. W półmrok za oknem wdarły się ostre światła samochodu. – Przyjechali – ucieszyła się *Anna*. Szczelniej owinęła się pledem i wyszła przed ganek.

Zanim *Krzyśkowie* wysiedli, *Saba* odtńczyła rytuał powitania. Nigdy im nie zapomniała, że przecięli drut wiążący ją do drzewa w lesie. Piskiem i psim śpiewom nie było końca.

Tu za każdym razem jest piękniej – powiedziała *Krystyna* próbując się przywitać, w czym dzielnie przeszkadzała jej *Saba* – właśnie z *Krzyś-*

kiem ustaliliśmy, że oboje idziemy na emerytury i..... szukaj nam domu w okolicy – dodała.

O tym potem – zarządziła *Anna* – wchodźcie do domu. Zimno, mokro a ona mi tu plany na przyszłość snuje. *Krzysiu*, a co ty dźwigasz?

Nagle zrobiło się bardzo jasno, jednocześnie dwa samochody podjechały do bramy.

Jak święta, to święta! – odpowiedział *Krzysztof* ledwie wyglądający spod paczek. – Jeszcze chwila, a twoje podwórko będzie niemal stołecznym parkingiem. Będziemy czuli się jak w domu.

– Zobacz kogo ci przywiozłem – zawołał tryumfalnie *Janusz* pomagając wysiąść swoim pasażerom – *Pani Ola* i *Julia* z *Markiem*. *Pani Ola*, samotna szalona staruszka, była sąsiadką *Anny* w czasach warszawskich.

Z kolejnego auta już wysiadali *Wacek* z *Alą* i *Magda* z *Leszkiem*, a na podwórko z piskiem opon zajechała *Honda*.

– Z taką fantazją to może być tylko *Matylda* – stwierdził *Leszek*. I nie pomylił się. Z samochodu jednak najpierw wyskoczył *Jamnik*. Warknął na *Sabę* i poczuł się panem tego podwórka. Obok *Maty* stanęło prawie dwa metry przystojnego faceta. – Pozwól, że ci przedstawię – *Mata* z błyskiem oka wskazała na wielkoluda – *Paweł Nowak*. Przyjaciół.

– Przyjaciele moich przyjaciół są także moimi przyjaciółmi – *Anna* ciekawie przyjrzała się nowej twarzy. – Wszyscy szybko do domu – oszołomiona powtarzała w kółko – do domu.

Powitaniom i uściskom nie było końca.

Ogromny stół został nakryty śnieżnobiałym obrusem, pod którym podłożono sianko. Szesnaście talerzy czekało na biesiadników. Światło świec urokliwie odbijało się w kryształowych naczyniach.

Efekty ogłoszonego święta ryb pyszniły się na stole. Śledziki w różnych postaciach; w oleju, marynowane pod pierzynką, na słodko z rodzynkami i suszonymi śliwkami, po

kaszubsku i w oliwie z musztardą. Mata dołożyła rybę faszerowaną i karpia w galarecie (tak klarowną galaretę umiała zrobić tylko ona), Krystyna – faszerowanego szczupaka. Pani Ola przywiozła swoje arcydzieło, czyli jedyną w swoim rodzaju rybę po grecku.

Przy stole zbrali się Wacek z Alą, Krzyśkowie, czyli Krzysiek z Krystyną, Janusz z panią Olą, Paweł mało dyskretnie wpatrujący się w Matę (u której stóp warował Pzyzio, błagalnie

bliskich, którzy już odeszli do, podobno lepszego, świata oraz dla każdego wszystkiego, o czym marzy i śni.

Przelamali się oplatkiem, a w oczach babci Józefy zalśniły łzy.

Zasiedli do wieczerzy, tylko na szczycie stołu zostało puste nakrycie.

– Panowie – ostrzegła Julia – tylko ostrożnie z jedzeniem, bo to dopiero wstęp. Wyobraźcie sobie, że na tym stole są potrawy z naszych wszystkich domów i pomyślcie, ile tego będzie.

powiem, że w zaprzyjaźnionej firmie wymieniali komputery. Jeden z nich został podrasowany i przygotowany dla Romka. Oszałeje ze szczęścia.

Na stół dumnie wjechały zupy. W ogromnych wazach pyszniły się grzybowa, barszcz z uszkami (z buraków kiszonych w domu) oraz prawdziwa zupa rybna z łazankami. Na półmiskach pojawiły się smażone ryby i grzyby, babciny groch z kapustą, pierogi z kapusta i grzybami, kluski ze śliwkami i rodzynkami. – Smakołyków tyle, że aż w oczach się dwoi – jęknął Janusz – a tradycja nakazuje wszystkiego spróbować.

– Panie Januszu – wtrąciła pani Ola – taka wigilia zdarza się rzadko. Ja już od kilku lat chodziłam na wigilię dla samotnych. U nas w spółdzielni jeszcze taką robią, ale tam jest tylko jedzenie, a tu jest miłość. Niech pan chłonie to wszystko; i jedzenie, i tę miłość. To energia na cały następny rok.

– Na koniec wszyscy chętni dostaną po jednym kieliszku orzechówki – zapowiedziała Anna – i na przejeżdżenie dobra i na rozgrzewkę przed pójściem na Pasterkę.

Kiedy już wszyscy zaspokoili swoje apetyty Krzysiek zawołał – Uwaga, a teraz gasimy światło. Na werandzie z ciemności wyłoniła się rzęsiście oświetlona choinka. Na każdej z jej gałązek wisiały bombki, łańcuchy i innego rodzaju ozdoby. Pod choinką piętrzyły się stopy paczek.

Oświetlona była nie tylko choinka, ale barwne, świetliste węże ciągnęły się wokół okien. Na drzwiach werandy pysznił się świetlisty Mikołaj w saniach ciągniętych przez renifery.

O raaaaany – z ust Romka wyrwał się zachwyt – ale bajery!

– No, kolego, jako najmłodszy rozdajesz prezenty od św. Mikołaja – zadysponował Krzysztof – on nie miał czasu na nas czekać. Kiedy chłopiec dotarł do pudła z komputerem oczy mu się dziwnie spociły. W całej wsi były teraz cztery komputery, a ten czwarty jest jego.

Śmiechom i wybuchom radości nie było końca, a babcia Józefa znowu szeptała do Anny: – Dziecko moje. Takie szczęście dla mojego prawnuka. Już nie pomnę kiedy nas ktoś tak kochał. Bóg się narodził i Bóg nam cię tu zesłał.

Ewa B. Dębińska



fot. archiwum redakcji

wyczekując na łapówkę), Julia z Marciem, Magda z Leszkiem. – Widzę piętnaście nakryć, jedno dla przysłowiowego wędrowca, a reszta? – zapytała Magda – Czekamy jeszcze na kogoś?

– Tak, tu niedaleko mieszka starszuszka, która opiekuje się prawnukiem. Córka i wnuczka pojechały do Włoch do pracy, tylko jakoś pieniędzy nie przysyłają. Został wnuczek, którego babcia utrzymuje ze swojej renty – odpowiedziała cicho Anna – Cieniutko przęda. Przyjdą do nas za chwilę.

Na talerzyku pamiętającym czasy Anny prababci leżał oplatek, w którego cieniutkim wnętrzu znajdowały się najlepsze i najcieplejsze na świecie życzenia dla wszystkich.

Anna ułamała kawałek oplatka i jako gospodyni zabrała głos życząc zebranym pomyślności wszelakiej, zdrowia jak rzępa, dobroci dla wszystkich i życzliwości od innych, uśmiechu na co dzień i serdecznej pamięci o naszych

– Pani Anusiu – babcia Józefa zaszepotała do ucha Anny – a my przynieśli groch z kapustą, tylko trzeba będzie to odgrzać.

– Babciu Józefo, zrobimy to razem z gorącymi daniami – obiecała Anna – Bo tu, babciu, tak naprawdę jest składkowa wieczerza. Każdy przyniósł to, co miał i co umiał zrobić. A że nas gromada to i potraw zrobiło się wiele. Wszyscy gotowali, smażyli to się uzbierało.

– U nas już była wigilia – wtrącił Romek – ale były tylko śledzie i kartofle. Groch z kapustą tu przynieśliśmy.

Ali, która to usłyszała w oczach zakreśliły się łzy. – Nie wiedziałam, że będzie tu taki małolat i nic dla niego nie mam – zmartwiona zwróciła się do Krystyny. – Nie martw się, my z Krzysiem często tu przyjeżdżamy i znamy Romka. To dobry chłopiec. Krzys ma dla niego kilka pudełek, a jedno bardzo duże. W tajemnicy ci

ULOTNIE o KAPELUSZU Z JEGO WŁAŚCICIELEM W TLE

Nieraz go unosiło i niosło
czasem go poniewierało
i wycierało nim
brudne naczynia chodnika
Pędził wtedy za im
jak za latawcem
Dopadał
mocniej go nasadzał
i tylko
gdy spotykał sąsiadkę z naprzeciwka
dobrowolnie go podnosił
Dopiero w tym geście powitania –
z uchylonym kapeluszem w dłoni –
stawało się widoczne
wszemu i wobec
jakie to myśli
o niej
chodzą mu po głowie.
Codziennie.

mgr farm. Walter Pyka



for. archiwum redakcji



for. archiwum redakcji

Całus pod jemiolą

Czy można pannie skraść całusa? – tak pewnie pytał pan Jacenty Kociubiński pannę Amelię Długoszczypską w czasie karnawału w XIX wieku – wszak panna stoisz pod jemiolą to i pani Matka wstrętów nie będzie robiła.

Zwyczaj całusów pod jemiolą nie jest nasz. O dziwo, przyszedł do Polski aż od zimnokrwistych (ponoć) Brytyjczyków! Tam początkowo składano sobie życzenia pod wiązką zielonych liści z białymi jagodami, co później przekształciło się w miły zwyczaj dopadania dziewczęcia i kradnięcia jej (no, powiedzmy!) buziaka.

Frywolny zwyczaj niezwykle przypadł do gustu naszym rubasznym rodakom, tym bardziej, że na taką okazję normalnie trzeba było czekać aż do oficjalnych zaręczyn. A tu hormony grają i serce się wyrywa do kraśnego liczka! A to wszystko przez to, że czasy nocy Kupały, czyli nocy świętojańskiej, wraz z ugruntowaniem się na naszych ziemiach chrześcijaństwa stopniowo zanikały.

Potencjalnym łupem chętnych na buziaka bywały nie tylko panienki. Niejedna mężatka korzystała z okazji pod ochroną jeśli nie prawa, to przynajmniej tradycji!

Jemiola miała jednak nie tylko takie rozrywkowe znaczenie. Dla naszych przodków od pradawnych czasów była symbolem czarodziejskich mocy, stąd jej ludowa nazwa brzmi: miotła czarownicy. Nasi sąsiedzi zza Odry obdarzają ją równie złowróżebnym imieniem: Hexennest. Rośnie na innych drzewach, owoce ma wbrew naturze w zimie – same odwrotności i nieszczęścia! W wyniku tych wierzeń wieszano jemiolę w stajniach, oborach i na drzwiach domów- aby odganiała złe duchy.

W innych krajach również pełniła podobną rolę. Już starożytni Grecy kazali posłańcowi bogów Hermesowi gałązką jemioli otwierać bramy do podziemnego królestwa. Z kolei dla Druidów w dawnej Galii i Brytanii było to najświętsze ziele, rzucone przez bogów na ziemię tak, aby zawisło po drodze na innych drzewach i nie zostało skalane brudem ziemskim.

Wiara w magiczne działanie jemioli opierała się też na jej medycznych właściwościach. Na pewno cieszyła się ogromnym uznaniem w rodzinie Bogiów, bo wszystkie jej części są trujące, a przecież Borgiowie z dużym upodobaniem trudnili się trucicielstwem.

Ale i medycyna oparta na zieleństwie znalazła w jemiolię pożyteczne dla siebie substancje: vixotoxyna, lektyna, flawonidy i plisacharydy są składnikami wielu leków stosowanych przy nadciśnieniu, epilepsji, zawrotach głowy, migrenie i aterosklerozie. Jednak nie radziłabym robienia na własną rękę smakowitych naleweczek przynoszących zdrowie i dobrych na wszystko! Obawiam się, że przy sekcji pacjenta lekarz patolog miałby na ten temat zupełnie inne zdanie!

Jeśli ktoś ma ochotę i cierpliwość to może wyhodować jemiolię nawet w zaciszu swojego ogródka, ale potrwa to ładnych parę lat.

Rozgniecione na papkę białe jagody okleja się dookoła młodej gałęzi drzewa owocowego lub topoli. Na wiosnę w tym miejscu tworzy się narośl czerpiąca już soki z drzewa gospodarza (jemiola jest półpasażerem). Podczas następnej wiosny narośl wypuszcza pierwsze listeczki i zaczyna rosnąć – tyle, że bardzo powoli. Na pierwszy Karnawał jeszcze nie starczy!

Niestety, w ciepłym pomieszczeniu jemiola bardzo szybko traci swój urok; wędnie i gubi jagody. Lepiej ją zawiesić na drzwiach wejściowych – będzie cieszyła oczy zielenią aż do wiosny. A przecież i na świeżym powietrzu w minusowej temperaturze można też się siarczyście całować aż iskry pójda!

Z karnawalowym całusem i życzeniami dobrej zabawy

Mariola Krapf



Kto wymyślił choinki?

*Moje kochane dzieci,
był taki czas na święcie,
ze wcale nie było choinek,*

(...)

*Ciężkie to były czasy niepospolicie,
bo cóż to, proszę was, za życie
na święta bez choinki, czyste kpinki.*

Konstanty Ildefons Gałczyński

Nikt dziś nie wyobraża sobie świąt Bożego Narodzenia bez przystrojonego drzewka. Aż trudno uwierzyć, że zwyczaj ubierania choinki rozpowszechnił się w Europie niecałe dwieście lat temu. W Polsce, jeszcze w XVIII wieku nie znano, pojawił się na początku XIX wieku, a w niektórych regionach nawet w II połowie XX wieku. Zwyczaj ten był mocno zwalczany przez kościół jako pogański. Wiadomo jednak, że im bardziej się z czymś walczy, tym mocniej zakorzenia się to w świadomości i obyczajowości ludzi. Choinka więc przetrwała i ma się doskonale.

Najstarsze wieści o drzewku przyozdabianym na Boże Narodzenie, pochodzą z XV i XVI wieku z Alzacji - pogranicza Niemiec i Francji. W alzackich domach ustawiano na święta jodłę, sosnę lub świerk przybrany jabłkami (rajskimi jabłuszkami), orzechami i ozdobami z papieru. Bożonarodzeniowe drzewko obrazowało rajske drzewo życia. Jabłka były przypomnieniem grzechu pierworodnego, ale także symbolem płodności. Świecek symbolizowały Chrystusa, były też związane z kultem zmarłych. W zależności od regionu na choinkach zawieszano też ciastka i suszone owoce, a także ozdoby własnoręcznie wykonane z papieru i słomy. Zwyczaj ubierania zielonego drzewka szybko przyjęła cała Europa. Początkowo był znany tylko wśród arystokracji. Na dwór królewski choinki trafiły w XVIII wieku dzięki Marii Leszczyńskiej, która jako żona króla Francji Ludwika XV pierwsza udekorowała Wersal choinkami. Zwyczaj ten poznała w Alzacji, gdzie spędziła kilkanaście lat. Z czasem oprócz arystokracji przejęła go także szlachta i mieszczaństwo, a najpóźniej mieszkańcy wsi.

W polskich domach udekorowane drzewko zaczęło pojawiać się na przełomie XVIII i XIX wieku, a w niektórych regionach południowej Polski choinki stały się zwyczajem dopiero po II wojnie światowej.

Dawnymi, tradycyjnymi ozdobami choinkowymi były ciastka, pierniczki (wypiekane często w kształcie serc), orzechy, małe, czerwone tzw. rajske jabłuszka, własnoręcznie wykonywane w czasie adwentu ozdoby z bibuły, kolorowych papierów, piórek, wydmuszek, słomy i źdźbeł traw, kłosów zbóż itp. Na gałązkach w wieczór wigilijny zapalano świecek i tzw. zimne ognie. Natomiast pierwsze choinkowe bombki pojawiły się dopiero w XIX w. Były wykonywane ze szkła dmuchanego i początkowo imitowały owoce i orzechy, ale z czasem wzornictwo się wzbogaciło o bombki w kształcie bucików, parasolek, instrumentów muzycznych, a nawet postaci zwierzątek i pajaców. Zabawki choinkowe pierwotnie sprowadzano z zagranicy, a ich prawdziwym zagłębiem była Norymberga.

(ms)

KAWIOR, czyli sylwestrowo- karnawałowe szaleństwo



for: archiwum redakcji

Wiesz kochanie. Rosjanie rozbili moskiewski mafijny *Kawior-Ring* – wrzasnął mój, na oko spokojny, małżonek z podziwu godną zajadłością. – Kochanie, czy tą ruszającą z posad świat wiadomość dostałeś *direttissima* e-mailem, czy też pod grozą śmierci wyszeptał ci do uszka kelner Zbynio w restauracji *Figo-fago*? – Pfuj, z żadną babą, a już szczególnie z własną, nie da rady porozmawiać na poważne tematy – prychnął z obrzydzeniem mój osobisty i zrejterował z godnością.

Kawior – nasze pierwsze skojarzenie po usłyszeniu nazwy to coś bardzo drogiego, ciut dekadencego, kryształ, walc, perfumy, panie w długich sukniach i panowie w smokingach trzymający w dłoniach tulipanowe kieliszki szampana. Trochę *Dynastii* i Jamesa Bonda na dokładkę.

Dla znawców tematu kawior to ikra z jesiotra, a raczej jego trzech gatunków: bielugi, sevrugi i oestra. Jesiotr powinien być wyłowiony z morza Kaspijskiego przez Rosjan lub przez Irańczyków (kradzieże dokonywane przez inne nacje, czyli *poaching* zostały już dawno i to radykalnie wybite z głowy potencjalnym amatorom tego specjału).

Potem jest sprzedawany jako małosolny, czyli z minimalnym dodatkiem soli (ewentualnie boraksu) lub prasowany. I ta forma znalazła swoich smakoszy, tyle że wygląda jak, nie przymierzając, konfitury z czarnej porzeczki do rozsmarowania na toście.

Ikrę można uzyskać na dwa podstawowe sposoby. Pierwszy z nich, coraz bardziej wśród *producentów* to delikatne wymasowanie ikry z ciała samicy, po czym średnio zadowolona ryba jest wpuszczana i ochoczo produkuje następne jaja, które zastąpią te ukradzione. W okresie Związku Radzieckiego – nie wspominając o ciemnych i rozpasanych czasach caratu – nikt się tak z rybą nie pieścił. Po wyłowieniu

dostawała w łeb, ikrę wyjmowano, a samą rybę zjadano i wszystko szło swoim torem. Dopiero po wielu latach uderzono na alarm. Ilość złowionych samic jesiotra niepokojąco zmalała, ikry w rybie jest znacznie mniej, a i pojedyncze jajeczka zmniejszyły swoją wielkość. Po takiej konstatacji ceny kawioru skoczyły odpowiednio w górę.

Zaczęto szukać innych sposobów aby smakosze na całym świecie mieli swój kawior lub... jego podróbki. Poszła w ruch chemia! Już w 1982 r. wyprodukowano pierwszy kawior syntetyczny z pochodnych... ropy naftowej. Kuleczki były jak należy regularne, na końcu *perfumowane* olejem z jesiotra. Nie ma się co oburzać – przecież skład chemiczny był taki sam, a nie każdy jest takim znawcą i smakoszem żeby od razu się dopatrzyć, a raczej dosmakować różnicy. Co tam na opakowaniu było napisane baaaardzo małymi literkami też się chyba nikt nie doczytywał mając na talerzu taaakie dobro. Czy w USA i Rosji nadal ta pomysłowa produkcja istnieje pozostaje słodką tajemnicą tych państw.

Ale inne głowy też myślały, bo nie wszystkim przypadł do gustu taki substytucik. Ryba to ryba, niezależnie od tego jak się nazywa i samica ma rybi obowiązek tworzyć jaja, czyli ikrę. Należało się sprawdzić, które rybie jaja są najbliższe i wielkością i smakiem jesiotrowym, a o kolorek chyba nie będziemy się kłócić.

W wyniku licznych prób stanęło na kilku rybich *producentkach*: śledź, whitening¹, a nawet pstrąg tęczy i na koniec łosoś. Był to strzał w dziesiątkę i moda na *złoty kawior* zapanowała nawet wśród tzw. jet set, czyli złotej młodzieży (tej starszej też!). Zamożni konsumenci nie zawsze mieli ochotę płacić astronomiczne ceny za małą porcyjkę kawioru (a co? Oszczędni zamożni też się zdarzają!), a i ci ze skromniejszą zawartością kieszeni, choć raz w roku przy specjalnej okazji chcieliby mieć ten smakołyk na stole. Co prawda duński czarny kawioerek ze śledzia lub szwedzki czerwony farbuje nieco ząbki, ale to przecież *drobna szczegółą*. Zawsze można to splukać wódeczką lub nieodzownym w tym dniu *szampitrem*.

A więc święta, Sylwester, karnawał, zabawa, szaleństwo, walc, baloniki i jako czarna kropeczka nad *i* – właśnie kawior. Czy prawdziwy, czy podrabiany – nieważne! Najważniejsze by uczcił dzień składania sobie życzeń i wiary w nadchodzący Nowy Rok. Tfu! – odpukać! Oby był lepszy, miłszy, zdrowszy, spokojniejszy i bardziej słoneczny od poprzedniego. Czego Państwu życzy z całego serca autorka.

Mariola Krapf

PS. Dlaczego osobiście nie znoszę kawioru? Widocznie jestem jakimś wyrodkiem – taka moja dola.

¹ Witlinek (*Merlangius merlangus*)

Książka pod choinkę

Podróż Bena

Gdy starsza Pani robiła zakupy w supermarkecie nie przeczuwała, co spotka ją w niedługim czasie. Gdy wysiadła z zakupami z taksówki przed swoim domem otoczył ją tłum dziennikarzy. I od nich dowiedziała się, że dwie godziny wcześniej ogłoszono, iż została laureatką literackiej nagrody Nobla.

Doris Lessing, tak brzmi nazwisko, 88-letniej kobiety, mieszkającej w Londynie, najstarszej pisarki z pośród dotychczasowych literackich noblistów (trzeba przyznać mało znanej w Polsce). I ponoć powiedziała dziennikarzom – *to trwało 30 lat. Zdobywałam wszystkie możliwe nagrody w Europie, wszystkie te cholerne nagrody. Jestem bardzo zadowolona. Nobel to królewskie ukoronowanie, jak poker w kartach.* Trzeba przyznać, że energii i dosadności w wyrażaniu emocji, nadal mimo upływu czasu, jej nie brakuje.

W wyniku werdyktu Szwedzkiej Akademii, 10 grudnia w Sztokholmie, wręczony zostanie pisarce czek na 10 milionów koron szwedzkich. Nagrodę odbierze z rąk króla Karola XVI Gustawa.

Niewątpliwie, to o czym pisze wiąże się z jej osobistymi losami i znakomitym zmysłem obserwacji otaczającej rzeczywistości – kultur, tradycji, obyczajów, wydarzeń politycznych, waśni wywołanych pod różnymi hasłami i ideami.

A urodziła się w Persji (obecnym Iranie), choć rodzice byli obywatelami Wielkiej Brytanii. Ojciec był urzędnikiem w tamtejszym Imperial Bank, a matka pielęgniarką. Ale dzieciństwo i młode lata spędziła w Rodezji Południowej, gdzie w pewnym momencie rodzice zapragnęli spróbować swych sił w prowadzeniu kukurydzianej farmy.

Posłana przez matkę do rygorystycznej szkoły z internatem, szybko porzuca naukę, bo już w wieku trzynastu lat i tak kończy formalną edukację. Pochłania za to setkami książki nadsyłane z Anglii i jak wspomina – jedynymi przyjemnymi chwilami było odkrywanie afrykańskiej przyrody. Mając piętnaście lat podejmuje pracę guwernantki i ...zaczyna pisać. Wówczas ukazują się też drukiem jej pierwsze opowiadania. W 1937 roku wyjechała do Wielkiej Brytanii, gdzie dwukrotnie wychodzi za mąż i tyleż razy się rozchodzi i gdzie do dzisiaj mieszka.

Pisarstwo Lessing uważane jest za bardzo autobiograficzne, przepojone polityką i sprawami społecznymi. Píše też o zderzeniu kultur, o społecznych niesprawiedliwościach, rasowej nierówności, konflikcie między sumieniem pojedynczego człowieka, a dobrem grupy.

Najnowszą książką Lessing, która ukazała się w Polsce jest „Podróż Bena”. Ben to imię bohatera książki. Jego dzieciństwo jest tematem poprzedniej książki zatytułowanej „Piąte dziecko”. Piąte dziecko, jakże okazuje się

odmienne od innych dzieci. Według rodziców nadmiernie wrażliwe, różniące się od rówieśników umysłowością, a także cechami zewnętrznymi. Wobec tego matka otacza Bena szczególną opieką od nieprzyjawnego otoczenia, często złośliwego, pozbawionego tolerancji, a niekiedy agresywnego. Ale gdy Ben kończy osiemnaście lat wkracza w samodzielne, dorosłe życie.

I tak rozpoczyna się „Podróż Bena”. Tak rozpoczyna się wędrówka po świecie tego dorosłego już „odmieńca”. Los rzuca go w świat konwenansów, niechęci, obojętności, agresji dla Innego. Autorka posługuje się bardzo klarownym, jasnym językiem. Tworzy przejrzyste, proste obrazy wywołujące refleksję dotyczącą relacji między ludźmi. A w twórczości, to co wydaje się tak proste, jest jednocześnie najtrudniejsze. I stanowi właśnie o wielkości sztuki.

Józef Hen o tej książce napisał: „*Podróż Bena*” mówi o tym, co ważne dla nas wszystkich: o zakamarkach osobowości, o próbie dochodzenia do samego siebie. Opowieść o Benie jest niezwykła, ale zarazem czytelnik odczuwa, że w jakiś tajemny sposób dotyczy jego samego.

A Umberto Eco wyraził się o autorce: *Absolutnie zasługuje na Nobla...*

Czy wobec tego warto sięgnąć po tę książkę? Czy, być może, przeczytanie książki noblistki... nobilituje?

Tekst i fot.
Wacław Bierkowski

PODRÓŻ BENA
Doris Lessing
Wydawca: Państwowy
Instytut Wydawniczy
2007



O dawkowaniu leków

„Wszystko jest trucizną i nic nie jest trucizną, bo tylko dawka czyni truciznę”.
(*Omnia sunt venena, nihil est sine veneno. Sola dosis facit venenum*).

Paracelsus

Farmakologiczne działanie leków zależy od ich stężenia we krwi i w tkankach oraz od właściwości fizykochemicznych i farmakokinetycznych leku. Jest ono na ogół proporcjonalne do ilości leku wprowadzonego do organizmu, czyli dawki leku. W miarę zwiększania dawki efekt farmakologiczny może się zmieniać jakościowo – czynność komórki lub narządu może ulec początkowo pobudzeniu, następnie zahamowaniu, a wreszcie porażeniu.

Środki znieczulające ogólnie (np. eter etylowy) w małych dawkach działają pobudzająco na ośrodkowy układ nerwowy (OUN), w większych – hamująco, a przy przedawkowaniu porażają OUN. Podobne zależności można zaobserwować po spożyciu etanolu – przyjęty w małych dawkach działa pobudzająco, w większych – hamująco, aż do efektu porażenia czynności OUN. A zatem po przekroczeniu określonej dawki (*dosis maximalis*) występują objawy toksyczne, a po podaniu odpowiednio dużej dawki (*dosis letalis* – dawka śmiertelna) dochodzi do śmierci (1). *Dosis letalis* jest to najmniejsza ilość leku, która poraża ważne dla życia czynności organizmu (oddychanie, czynność serca), powodując śmierć.

RODZAJE DAWEK

Leki stosuje się w dawkach jednorazowych (*pro dosi*) oraz w dawkach dobowych (*pro die*). Dawka dobową danego leku określa jego ilość zastosowaną w dawkach pojedynczych w ciągu doby. Liczba dawek jednorazowych, które chory będzie zażywał w ciągu doby może być różna (zazwyczaj 3 razy w ciągu dnia), jest

ona natomiast szczególnie ważna w przypadku stosowania leków o długotrwałym działaniu, łatwo kumulujących się (np. glikozydy naparstnicy, pochodne hydroksykumaryny, fenobarbital, sulfonamidy o przedłużonym

dawania i postać badanego leku. Dawki maksymalne i lecznicze (jednorazowe i dobowe) są ustalane i określone w stosunku do masy ciała (70 kg) dorosłego mężczyzny. Są one zawarte w urzędowych farmakopeach wydawanych i obowiązujących w poszczególnych państwach.

Dawki zwykle stosowane (dawki zalecane) są to dawki przeciętne wywołujące zamierzone działanie zapobiegawcze, diagnostyczne lub lecznicze u chorego (3). Dawki zwykle stosowane odnoszą się do określonej drogi podania i przyjęte je dla mężczyzny w wieku 20 – 40 lat o masie ciała ok. 70 kg. Dawki zalecane mają cha-

rakter orientacyjny. Lekarz zapisując lub podając lek, z określonych wskazań, każdorazowo ustala jego dawkę w zależności od cech indywidualnych chorego (wiek, płeć, masa ciała) oraz ewentualnych chorób towarzyszących. Jeżeli ustalona dawka przekracza dawkę maksymalną, lekarz zobowiązany jest zapewnić odpowiedni nadzór nad chorym.

Doodbytniczo podaje się na ogół $\frac{3}{4}$ dawki doustnej, podskórnie i domięśniowo – $\frac{1}{2}$ - $\frac{1}{4}$, a dożylnie często tylko $\frac{1}{10}$ dawki doustnej. Również kobietom podaje się w zasadzie $\frac{3}{4}$ dawki dla mężczyzny.

działaniu) oraz antybiotyków, przy których ważne jest utrzymanie stałego, aktywnego stężenia we krwi (2). W przypadku sulfonamidów i antybiotyków należy zawsze uwzględnić dawkę dobową (lek musi być stosowany w dzień i w nocy) oraz dokładnie ustalić, w jakich dawkach jednorazowych, w jakich odstępach czasu i jak długo dany lek ma być zażywany przez chorego.

Dla każdego leku określa się dawkę leczniczą, toksyczną i śmiertelną zwykle w przeliczeniu na kilogram masy ciała. Przy określaniu dawki leku uwzględnia się drogi po-



FP VI wyjaśnia również, że ustalona wielkość dawki zwykle stosowanej (zalecanej) jednorazowej lub dobowej nie oznacza, że dany lek może być stosowany przez dowolnie długi czas bez niebezpieczeństwa wystąpienia działań niepożądanych (3).

Dawki maksymalne to wg FP VI największe dawki stosowane w lecznictwie. Przyjęto je dla mężczyzn w wieku 20 – 40 lat o masie ciała do 70 kg, bez chorób towarzyszących (3).

Przepisując dawkę przekraczającą dawkę maksymalną lekarz zobowiązany jest fakt ten oznaczyć na receptce. **W myśl obowiązujących przepisów - w sytuacji, kiedy przepisana dawka jednorazowa lub dzienna leku zawierającego w swoim składzie substancję bardzo silnie działającą, środek odurzający lub substancję psychotropową przekracza dawkę maksymalną, osoba wystawiająca receptę jest zobowiązana obok przepisanej dawki postawić wykrzyknik, zapisać ją słownie oraz umieścić swój podpis.**

W przypadku, gdy z treści recepty wynika zastosowanie przez lekarza dawki przekraczającej dawkę maksymalną, a brak jest właściwego oznaczenia na receptce, farmaceuta wydający lek powinien porozumieć się z lekarzem, który wystawił receptę, w celu potwierdzenia świadomego przekroczenia przepisanej dawki. W przypadku niemożności wyjaśnienia celowości potrzeby przekroczenia maksymalnej dawki farmaceuta może wykonać lub wydać lek w dawce odpowiadającej najwyższej dawce zwykle stosowanej z uwzględnieniem przepisanej drogi podania leku (3).

DAWKOWANIE LEKÓW U DZIECI

Szczególnie złożonym problemem jest dawkowanie leków u dzieci. Reakcje dzieci na leki różnią się w istotny sposób od reakcji dorosłych. Wśród czynników charakterystycznych dla wieku rozwojowego należy wymienić:

- mniej sprawna filtracja w nerkach, a więc wolniejsze wydalanie leków z organizmu dziecka
- niedojrzałość układów enzymatycznych, co spowalnia lub wręcz zabu-

rza przemianę aktywnej formy leku w postaci mniej toksyczne

- większe uwodnienie organizmu dziecka, co wpływa na różnicę w dystrybucji leków (rozmięszczenie leków w różnych tkankach)
- słabo wykształconą u dziecka barierę ochronną (krew-mózg, skóra)

W rezultacie u dzieci, a zwłaszcza u niemowląt i noworodków, łatwiej niż u dorosłych doprowadzić można do przedawkowania leku i wystąpienia objawów toksycznych.

Zasady obliczania dawki leku dla dzieci opierają się na farmakodynamicznych dawkach dla dorosłych. Na ich podstawie można obliczyć dawkę dla dziecka biorąc pod uwagę jego wiek, masę lub powierzchnię ciała. Różne są wzory i sposoby obliczania dawek u dzieci, żaden jednak nie uwzględnia wszystkich odmienności fizjologicznych organizmu dziecka i człowieka dorosłego, które

w istotny sposób warunkują reakcję organizmu na lek. Najintensywniejsze zmiany zachodzą w organizmach wcześniaków i noworodków. Zwiększona toksyczność leków u noworodków wynika ze spowolnionego wydalania środków leczniczych, niesprawnej filtracji kłębuszkowej oraz niedoskonałości systemu detoksykacji, będącej wynikiem braku niektórych enzymów.

Dawniej stosowano przeliczenia w zależności od wieku dziecka, potem – w stosunku do masy ciała. Okazało się jednak, że wrażliwość dzieci na leki jest, podobnie jak dorosłych, w większym stopniu proporcjonalna do powierzchni niż do masy ciała. Z tego powodu obecnie

stosuje się przeliczanie dawek przy użyciu odpowiednich nomogramów w stosunku do powierzchni ciała dziecka. Właściwym sposobem dawkowania jest używanie tabel, uwzględniających dawkowanie leku w zależności od grup wiekowych – a zatem oddzielnie dla niemowląt, dzieci małych i dzieci w wieku szkolnym.

Obliczając dawkę dla dziecka można posłużyć się wzorem *Cowlinga* (jego modyfikacją jest wzór *Younga*) lub wzorem *Clarka*. We wzorach *Cowlinga* i *Younga* uwzględniony jest wiek dziecka, a we wzorze *Clarka* - masa ciała. Wzór *Cowlinga* można stosować w odniesieniu do leków o wysokim indeksie terapeutycznym oraz dla dzieci powyżej 1 roku. Wzór *Younga* jest często stosowanym wzorem na obliczanie dawkowania leku w zależności od wieku. Dotyczy on dzieci w wieku do 12 lat (4).

Wzór Cowlinga:

$$D_d = \frac{\text{maksymalna dawka dla dorosłych} \times \text{wiek dziecka w latach}}{24}$$

gdzie:

D_d – dawka leku dla dziecka,
24 – umowny wiek dorosłego.

Wzór Younga:

$$D_d = \frac{\text{maksymalna dawka dla dorosłych} \times \text{wiek dziecka w latach}}{\text{wiek dziecka w latach} + 12}$$

gdzie:

D_d – dawka leku dla dziecka,
12 – empiryczna liczba stała.

Wzór Clarka:

$$D_d = \frac{\text{maksymalna dawka dla dorosłych} \times \text{masa ciała dziecka}}{70}$$

gdzie:

D_d – dawka leku dla dziecka,
70 – masa ciała dorosłego w kg.

Dzieci najczęściej wymagają wyższych dawek na kg masy ciała aniżeli dorośli. Do 4 miesiąca życia często jest to dawka podwójna, a do 7 lat półtora razy większa. Związane jest to z szybszym metabolizmem u dzieci. Szczególną ostrożność należy jednak zachować przy obliczaniu dawek w przypadku dzieci otyłych. ▶

- ▶ Istnieje jeszcze możliwość obliczenia dawki leku dla dziecka uwzględniając **powierzchnię jego ciała**. Stosuje się wówczas wzór:

$$D_d = \frac{\text{powierzchnia ciała dziecka (m}^2\text{)} \times \text{dawka dla dorosłego}}{1,8}$$

gdzie:

D_d – dawka leku dla dziecka,

1,8 – śr. powierzchnia ciała osoby dorosłej o masie 70 kg i 170 cm wzrostu (wyrażana w m²)

Obliczania dawek na podstawie powierzchni ciała nie można zastosować dla wcześniaków. Powierzchnię ciała dziecka odczytuje się z tabel, w których podano przykładowe obliczenia powierzchni ciała na podstawie wzrostu i masy ciała.

Najdogodniejszą drogą podawania leków dla dzieci jest droga doustna. Dawki leków w postaci płynnej należy podawać w mililitrach i odmierzać dokładnie strzykawką. Błędym sposobem jest dodanie leku do butelki z mlekiem lub kaszką, ponieważ po pierwsze, może dojść do niekorzystnej interakcji leku z pokarmem, a po drugie, w takiej sytuacji nie ma ścisłej kontroli nad podaną dawką, która może być niewystarczająca, jeżeli dziecko nie wypije całej zawartości butelki.

Niezwykle ostrożnie powinno stosować się u dzieci (szczególnie u noworodków i niemowląt) preparaty miejscowe na skórę. Przez skórę małych dzieci leki w o wiele większym stopniu wchłaniają się do krwioobiegu niż w wieku późniejszym. Może to spowodować niezamierzone działania ogólne.

Szczególną uwagę należy także zwrócić na stosowanie u dzieci kwasu acetylosalicylowego, sulfonamidów oraz antybiotyków. Preparaty zawierające kwas acetylosalicylowy bezwzględnie nie powinny być stosowane do 6 roku życia, ze względu na możliwość wystąpienia istotnych powikłań, a do 12 roku życia powinno stosować się je z umiarem i ostrożnością. Należy zaniechać ich podawania po zaobserwowaniu niekorzystnych objawów takich jak: ból brzucha po podaniu leku lub krwawienia z nosa. Sulfonamidów nie

powinno się podawać wcześniakom i noworodkom oraz niemowlętom do 3 miesiąca życia, a antybiotyków z grupy tetracyklin nie należy podawać dzieciom poniżej 12 roku życia, ze względu na możliwość tworzenia kompleksów z wapniem powodujących brunatne, trwałe przebarwienie

zębów. Szczególną uwagę należy też zwrócić uwagę na pochodne fluorochinolonu (ciprofloksacynę, norfloksacynę, ofloksacynę i in.). Związki te mogą powodować zaburzenia wzrostu chrząstki stawowej (wywierają toksyczne działanie na chondrocyty). Z tego powodu chinolony nie są lekami zalecanymi w leczeniu zakażeń u dzieci i młodzieży do 16 roku życia. Jedynym zaakceptowanym wskazaniem do stosowania chinolonów u dzieci są zakażenia w przebiegu zwłóknienia torbielowatego oraz zakażenia wywołane szczepami bakteryjnymi opornymi na wszystkie inne antybiotyki (5).

ZASADY DAWKOWANIA U LUDZI STARSZYCH

U osób powyżej 60 lat stosuje się zasadniczo leki w mniejszych dawkach, zazwyczaj 1/2 - 3/4 dawki maksymalnej. Ma to swoje uzasadnienie, gdyż w wieku starszym wzrasta reakcja organizmu, szczególnie na leki podwyższające ciśnienie krwi, środki przeczyszczające, leki wymiotne. Pozostaje to w związku z upośledzeniem czynności wątroby, z zaburzeniami czynności gruczołów wydzielania wewnętrznego, zmianami miażdżycowymi, etc. (2)

Należy także podkreślić, że działanie leków zmienia się:

- pod wpływem wysiłku fizycznego,
- w gorączce (środki znieczulające miejscowo działają na ogół słabiej, a leki pobudzające są bardziej toksyczne),
- w ciąży (pojawienie się nowego kompartmentu powoduje zmiany dystrybucji i czynności wielu narządów),

- w zależności od stanu czynnościowego przewodu pokarmowego (zaparcia, biegunki),
- w rytmie dobowym (chronofarmakologia) - leki znieczulające miejscowo (np. lidokaina) działają ok. 3-krotnie silniej i dłużej po południu niż rano, działanie nasenne barbituranów jest znacznie dłuższe w nocy, najkrótsze ok. godz. 14-tej.

PODSUMOWANIE

1. Przy określaniu dawki uwzględnia się drogę podania i postać leku.
2. Wrażliwość dzieci na leki jest, podobnie jak u dorosłych, w większym stopniu proporcjonalna do powierzchni niż do masy ciała. Z tego powodu zaleca się przeliczanie dawek dla dzieci przy użyciu odpowiednich nomogramów w stosunku do powierzchni ciała dziecka.
3. Szczególną uwagę należy zwrócić na stosowanie u dzieci kwasu acetylosalicylowego, sulfonamidów, antybiotyków oraz preparatów miejscowych na skórę.
4. U osób powyżej 60 lat powinno stosować się leki w dawkach odpowiednio zmniejszonych. ■

dr n. farm. Katarzyna Winnicka
dr n. farm. Elwira Telejko
 Zakład Farmacji Stosowanej
 Akademia Medyczna
 w Białymstoku

Fot. Tomasz Baj

Piśmiennictwo:

1. Danysz A., Kleinrok Z.: *Podstawy farmakologii, Volumed, Wrocław 1996*
2. Kostowski W.: *Farmakologia, PZWL, Warszawa, 1998*
3. *Farmakopea Polska VI, Wyd. PTFarm., Warszawa, 2002*
4. Krówczyński L.: *Ćwiczenia z receptury, Wyd. UJ, Kraków, 1998*
5. Dzierżanowska D.: *Antybiotyki w praktyce ambulatoryjnej, a-medica press, Bielsko-Biała, 2004*

Przeziębienie czy grypa?

Jesień i zima zawsze są okresem wzmożonych zachorowań na przeziębienie i grypę. Według danych Państwowego zakładu Higieny szczyt zachorowań przypada na okres od stycznia do marca. Oba schorzenia to infekcje górnych dróg oddechowych (nosa, gardła, i krtani). Przeziębienie wywołane jest przeważnie przez bakterie, natomiast grypa jest infekcją wirusową. Objawy przeziębienia i grypy także różnią się od siebie.

Grypa zaczyna się nagle, a objawy mogą pojawić się nawet w przeciągu kilku godzin. Często grypa ma bardzo ostry początek z wysoką temperaturą, dreszczami, bólami kostno-stawowymi, ogólnym osłabieniem, bólami głowy i objawami ze strony układu oddechowego (ból gardła, suchy męczący kaszel, katar, zapalenie spojówek). Objawy zainfekowania układu oddechowego mogą utrzymywać się nawet do dwóch tygodni. Pojawić się mogą także objawy ze strony przewodu pokarmowego, jak bóle brzucha, czy biegunka. Przebieg choroby zależy od zjadliwości wirusa, a także od wieku chorego oraz od obciążenia organizmu innymi przewlekłymi chorobami. W przypadku grypy niepowikłanej objawy utrzymują się około trzech dni, po czym ustępują. Przez kilka następnych dni utrzymuje się jeszcze lekka gorączka, osłabienie i nadmierna potliwość.

Należy zaznaczyć, że bardzo często po grypie dochodzi do rozwoju powikłań, z których najczęstsze to zapalenie płuc (zwłaszcza u osób starszych) lub oskrzeli, zapalenie ucha środkowego lub zatok obocznych nosa. Powikłanie te są następstwem uszkodzenia przez wirusy nabłonka dróg oddechowych, który staje się podatny na zakażenia bakteryjne i grzybicze. Zakażenie te najczęściej wywołane są przez *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus ureus*, *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae*, *Neisseria meningitidis*.

Po przebyciu choroby pacjent jest odporny na zakażenie wirusem grypy, ale tylko tego samego rodzaju (wirusy grypy ulegają mutacjom), dlatego coraz częściej w walce z grypą stosuje się szczepienia ochronne. W Polsce dostępne są dwa rodzaje szczepionek – szczepionki rozszczepione (typu *split*) oraz podjednostkowe (typu *submit*). Szczepionki typu *split* zawierają antygeny zewnętrzne oraz wewnętrzne wirusa grypy, a szczepionki typu *submit* zawierają tylko antygeny zewnętrzne. Szczepienia powinny być wykonane w okresie od września do początku listopada. Odporność daje tylko szczepienie wykonane szczepionką przewidzianą na dany sezon grypowy. Osoba poddająca się szczepieniu powinna być zdrowa i nie może znajdować się w okresie wylegania choroby. Szczególnie zaleca się szczepienia osobom w starszym wieku (powyżej 65 r.ż.) z chorobami układu krążenia i układu oddechowego, cukrzycą, niewydolnością nerek; kobietom w ciąży, u których trzeci trymestr przypada na okres wzmożonych zachorowań oraz dzieciom (szczepionkę można stosować u dzieci powyżej szóstego miesiąca życia).

W przypadku przeziębienia proces chorobowy rozpoczyna się powoli. Sam przebieg choroby jest stosunkowo łagodny, gorączka nie wzrasta wysoko i rzadko i rzadko przekracza 39°C. Przeziębienie jest zazwyczaj skutkiem przemarznięcia, zmiany temperatury lub przemok-



foto: archiwum redakcji

nięcia. U jednej czwartej przeziębionych osób pojawiają się powikłania zatokowe, w których potrzebny jest antybiotyk. Objawy przeziębienia obejmują głównie:

- a) ból, drapanie w gardle, chrypkę – objawy wczesne, odczuwane w miejscu infekcji
- b) katar, trudności w oddychaniu
- c) kichanie – odruch organizmu, którego celem jest pozbycie się drobnoustrojów ze śluzówek
- d) kaszel – początkowo suchy i męczący, podrażniający śluzówkę gardła i ułatwiający rozwój infekcji
- e) podwyższona temperatura, będąca wynikiem reakcji obronnej organizmu na infekcję

Objawy przeziębienia trwają zazwyczaj od 3 do 7 dni. Jeśli po tym czasie objawy nie ustępują, a nawet się nasilają pacjent wymaga konsultacji lekarskiej.

Zarówno leczenie grypy, jak i przeziębienia jest głównie objawowe, a jego celem jest przede wszystkim złagodzenie objawów infekcji, przeciwdziałanie powikłaniom i mobilizacja układu immunologicznego. Zaleca się stosowanie następujących grup leków:

- a) środki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe
- b) leki zmniejszające obrzęk błon śluzowych nosa
- c) leki przeciwkaszlowe

- ▶ d) środki wspomagające (witamina C, preparaty wapnia)
- e) środki antyseptyczne i bakterio-bójcze

Spośród środków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych stosujemy głównie kwas acetylosalicylowy (ASA), paracetamol, i ibuprofen. Kwas acetylosalicylowy (ASA) działa przeciwbólowo, przeciwgorączkowo i przeciwzapalnie. Zastosowanie ASA obniży gorączkę, zmniejszy odczuwanie bólu głowy oraz bólu w kościach. Należy jednak pamiętać, że nie należy stosować połączeń ASA z kofeiną ze



fot. archiwum redakcji

względu na synergiczne działanie niepożądane drażniące żołądek. Kwas acetylosalicylowy jest przeciwwskazany także u pacjentów cierpiących na astmę oskrzelową, u pacjentów z chorobą wrzodową żołądka i dwunastnicy, u pacjentów z niewydolnością nerek, u pacjentek w ciąży i u dzieci do 12 roku życia.

Paracetamol posiada bardzo silne przeciwgorączkowe. Działa bezpośrednio na ośrodek termoregulacji w podwzgórzu. Wykazuje też działanie przeciwbólowe zmniejszając ból głowy, gardła oraz bóle kostnowstawowe. Należy do leków zdecydowanie bezpieczniejszych niż ASA. Może być stosowany u pacjentów z chorobą wrzodową, a zdecydowanie zalecany jest do leczenia objawów przeziębienia i grypy u dzieci. Paracetamol jest o wiele mniej toksyczny dla małych dzieci niż dla osób dorosłych, ze względu na mniej intensywny metabolizm komórek wątroby u dzieci, dzięki czemu paracetamol prawie wcale nie ulega u dzieci przemianie do toksycznych metabolitów. Przeciwwskazany jest

jedynie w przypadku zaburzeń czynności wątroby i nerek oraz w przypadku cukrzycy i nadciśnienia. Ibuprofen posiada zarówno działanie przeciwzapalne, jak i przeciwbólowe i przeciwgorączkowe. Dodatkową jego zaletą jest długi czas działania. Skuteczny jest zarówno w leczeniu objawów przeziębienia i grypy, jak i w powikłaniach grypowych, np. zapaleniu zatok. Ibuprofen należy do najlepiej tolerowanych niesterydowych leków przeciwzapalnych.

Preparaty łagodzące katar mogą być stosowane miejscowo (krople lub aerozole) lub doustnie w postaci tabletek. Stosowane krople lub aerozole (xylometazolina lub oxymetazolina) zmniejszają obrzęk błony śluzowej nosa, co przynosi doraźną ulgę. Wadą tych preparatów jest jednak to, że jako adrenomimetyki kurcząc naczynia zmniejszają dopływ krwi, co upośledza odżywianie śluzówki i prowadzi do wtórnego obrzęku błon śluzowych. Dlatego nie należy kropli do nosa stosować dłużej niż 10 dni. Przy

bardzo nasilonym obrzęku błony śluzowej i obfitym wycieku można zastosować inhalacje parą wodną z dodatkiem olejków eterycznych, które jednocześnie łagodzą nieprzyjemne objawy suchości, pieczenia i drapania w stanach zapalnych nosa, gardła i zatok. Preparaty stosowane doustnie (pseudofedryna), ze względu na działanie ogólnoustrojowe nie są zalecane dzieciom i osobom z niestabilnym nadciśnieniem.

Leczenie kaszlu obejmuje stosowanie zarówno preparatów przeciwkaszlowych, jak i wykrztuśnych. Leki przeciwkaszlowe (np. dextrometorfan, butamirat, kodeina) hamują odruch kaszlowy i powinny być stosowane tylko w przypadkach suchego, męczącego kaszlu uniemożliwiającego zasypianie, u osób z ciężką niewydolnością krążenia, po operacjach w obrębie jamy brzusznej czy klatki piersiowej. Stosowanie leków przeciwkaszlowych uniemożliwia wykrztuszenie zalegającej wydzieliny, co może doprowadzić do przejścia zakażenia na dolne drogi oddechowe. Leki wykrztuśne i mukolityczne (bromheksyna, gwaifenezyna, sulfagwajakol) podaje się w celu zmniejszenia lepkości wydzie-

liny zalegającej oskrzela i w ten sposób ułatwia oczyszczanie dróg oddechowych. Stosowanie witaminy C wynika z jej właściwości antyoksydacyjnych. W połączeniu z rutozydem uszczelnia naczynia i zapobiega rozprzestrzenianiu się infekcji w organizmie.

Stosowanie preparatów antyseptycznych i bakterio-bójczych ma na celu złagodzenie bólu gardła. Popularne tabletki antyseptyczne zawierają w swoim składzie substancje bakterio- statyczne, grzybobójcze oraz miejscowo znieczulające (np. salicylan choliny, chlorheksydynę, chlorek benzalkoniowy). Głównym ich zadaniem jest utrzymanie odpowiedniej wilgotności błon śluzowych i zapobieganie powstawaniu wtórnych zakażeń bakteryjnych lub grzybiczych.

Zarówno przeziębienie, jak i grypa w większości przypadków dają się wyleczyć bez konsultacji lekarskiej. W przypadku wystąpienia powikłań niezbędny jest jednak kontakt z lekarzem i intensywne leczenie farmakologiczne obejmujące stosowanie antybiotyków i leków przeciwwirusowych. ■

dr n. farm. Ewa Poleszak

Katedra i Zakład Farmakologii
z Farmakodynamiką
Akademia Medyczna w Lublinie

Piśmiennictwo:

1. Danysz A.: *Kompendium Farmakologii i Farmakoterapii dla lekarzy, farmaceutów i studentów*. Wyd. II, 1995
2. Danysz A.: *Leczenie naturalne przeziębienia*. *Moje Zdrowie*, 1998
3. Krupińska J., Janiec W.: *Niesteroïdowe leki przeciwzapalne i leki przeciwgorączkowe*. W: *Farmakodynamika*, PZWL, Warszawa, 1999
4. Kucharczyk T.: *Samodzielne stosowanie leków*. *Farmacja Polska*, 17, 1999
5. Niedzielska G.: *Stany zapalne błony śluzowej nosa i gardła u dzieci*. *Medycyna Rodzinna*, 4, 1999
6. Podlewscy J., A.: *Leki wspólczesnej terapii*. PZWL, 2004
7. Radzikowska A., Mrozińska M.: *Paracetamol w zakażeniach dróg oddechowych*. Wydawnictwo Czelej, 1997

Złoty medal trafił do Łodzi



W II Otwartych Mistrzostwach Polski Farmaceutów w Piłce Siatkowej wzięło udział siedem drużyn. Uroczystego otwarcia mistrzostw dokonał mgr farm. Wiktor Napióra, członek Naczelnej Rady Aptekarskiej i prezes firmy Hurtap S.A., która była organizatorem zawodów.

Nieparzysta liczba drużyn spowodowała małe zawirowanie – w jednej z grup eliminacyjnych były cztery zespoły, w drugiej tylko trzy. Mecze eliminacyjne stały na wysokim poziomie, a o wyniku decydowały tie-breaki.

Mecze finałowe rozgrywano na głównym boisku hali MOSiR w Radomiu, na którym grywają gwiazdy Polskiej Ligi Siatkówki. Pierwszy półfinał to mecz **OIL Łódź** kontra **Jelfa Jelenia Góra**. Po ładnym meczu pewne zwycięstwo odnieśli łodzianie i spokojnie mogli czekać na swojego finałowego przeciwnika. A tego wyłonić miał drugi mecz – **Hurtap Łęczy-**

ca przeciwko **Medicusowi Bielsko-Biala**. Bielszczanie byli faworytami tego spotkania. Jednak sport rządzi się swoimi prawami – po dramatycznej końcówce w tie breaku górą był Hurtap 2-1. Wielka radość w obozie łączycan i podłamanie w Medicusie. Cóż, taki jest sport – zwycięzca może być tylko jeden.

Do walki o brązowy medal stanęły zespoły Jelfy i Medicusa. Po dwóch setach stało się jasne, iż brązowe medale 2007 pojedą do debiutującego w Mistrzostwach zespołu z Bielska. Najgorsze dla sportowca, czwarte miejsce przypadło siatkarzom repre-

zentującym Jelfę. Po krótkiej przerwie przyszedł czas na ostatni, najważniejszy mecz mistrzostw. Finałowi przeciwnicy – Hurtap i OIL Łódź Po zaciętym, obfitującym w bloki, ataki i efektowne parady obronne spotkaniu zespół OIL wygrał 2-0, zgarbiając złoto.

mgr farm. Filip Olejniczak
Fot. Tomasz Baj



Wiktor Napióra poprowadził drużynę **HURTAP-u** do srebrnego medalu

NAGRODY INDYWIDUALNE

- Najbardziej wartościowy zawodnik (MVP) – Sebastian Gajlewicz - Hurtap
- Najlepszy Atakujący – Dariusz Sosnowski - OIL Łódź
- Najlepszy Rozgrywający – Konrad Jankowski - OIL Łódź
- Najlepszy Blokujący – Filip Olejniczak - Hurtap
- Najwszechstronniejszy Zawodnik – Jan Polański - Jelfa

NAGRODY SPECJALNE

- Najlepszy Lekarz Turnieju – Krzysztof Wujec - OIL Łódź (nagroda firmy INTER POLSKA)
- Najlepszy Gracz Firmy Farmaceutycznej – Sebastian Gajlewicz (nagroda firmy KRKA)
- **Trofeum redakcji APTEKARZA POLSKIEGO dla Najlepszego Siatkarza Farmaceuty otrzymał Wojciech Balukiewicz z Jelfy. Tę nagrodę wręczył redaktor Tomasz Baj.**

SZUSY NA STOKU KARPATKA

Kto lubi szusować na nartach już liczy dni do Mistrzostw Polski Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim, które odbędą się **12 stycznia 2008 roku** w Karpaczu.

Areną zawodów będzie stok „Karpotka”. Gdyby było trzeba, to armatki śniegowe dosypią białego puchu – zapewniają organizatorzy.

Dolnośląska Izba Aptekarska, która jest głównym organizatorem mistrzostw zaprasza do Karpacza farmaceutów – narciarzy z całej Polski wraz z rodzinami i przyjaciółmi.

Termin zgłoszeń upływa **5 stycznia 2008 roku**.

Informacje dotyczące sportowego profilu zawodów oraz organizacyjne są dostępne na stronie internetowej DIA, <http://dia.com.pl>



Jeszcze o spadkach i spadkobraniu

Nie podzielamy poglądu, że warunkiem skorzystania z dobrodziejstwa nowych przepisów jest uprzednie przeprowadzenie postępowania spadkowego po osobie zmarłej.

Rok 2007 przyniósł rewolucyjne zmiany w przepisach ustawy o podatku od spadków i darowizn. W odniesieniu do spadków otwartych od dnia 1 stycznia 2007r. obowiązuje **całkowite zwolnienie** z podatku spadkowego dla osób zaliczonych do tzw. zerowej grupy podatkowej tj. dla małżonka, zstępnych (tj. dzieci, wnuków i prawnuków), wstępnych (tj. rodziców, dziadków, pradziadków), pasierba, rodzeństwa, ojczyzma i macochy pod warunkiem jednak, że złożą w terminie jednego miesiąca od dnia uprawomocnienia się postanowienia o stwierdzeniu nabycia spadku na odpowiednich drukach zeznanie podatkowe właściwemu naczelnikowi urzędu skarbowego, obejmujące wszystkie składniki majątkowe wchodzące w skład spadku wraz z dołączonymi dokumentami mającymi wpływ na określenie podstawy opodatkowania (tj. odpisy z ksiąg wieczystych, kopie dowodów rejestracyjnych pojazdów, zaświadczenia z banków o stanie oszczędności na dzień śmierci spadkodawcy, spis z inwentarza majątku związanego z prowadzoną działalnością gospodarczą, itp.).

Zwolnienie powyższe obejmuje również darowizny w tzw. zerowej grupie podatkowej, przy czym warunkiem koniecznym skorzystania ze zwolnienia jest nie tylko zgłoszenie darowizny w terminie 1 miesiąca od chwili spełnienia przyrzeczonego świadczenia właściwemu naczelnikowi urzędu skarbowego (o ile darowizna nie została dokonana w formie aktu notarialnego), ale również – o ile darowizna obejmuje środki pieniężne

– dowód ich przekazania na rachunek bankowy nabywcy lub jego rachunek prowadzony przez spółdzielczą kasę oszczędnościowo-kredytową lub przekazem pocztowym.

W chwili obecnej Polska jest jedynym krajem w Europie, w którym osoby zaliczane do tzw. zerowej grupy podatkowej są zwolnione z obowiązku płacenia podatku od spadków i darowizn i aptekarze powinni z tego prawa jak najpełniej korzystać, bowiem nie ma pewności, czy przepisy te obowiązywać będą zawsze.

Omawiane wyżej przepisy, w części dotyczącej zwolnienia z podatku spadkowego, pozostają w ścisłym związku z nowym przepisem prawa farmaceutycznego, a to art. 104 ust. 1 a i 1b, dodanym przez art. 1 pkt 81 ustawy z dnia 30.03.2007. (Dz. U. Nr 75, poz. 492), zmieniającym ustawę z dniem 1 maja 2007 r. Przepis ten jest niezwykle doniosły dla osób prowadzących aptekę i uznać go należy za jedno z największych osiągnięć samorządu aptekarskiego ostatnich lat. Przerobienie zmiany ustawy poprzez dodanie nowego przepisu, mającego fundamentalne znaczenie dla zawodu farmaceuty stało się możliwe dzięki niezwykle uporowi i staraniom ze strony przedstawicieli Naczelnej Rady Aptekarskiej, na co dzień współpracujących z komisją zdrowia w Sejmie. Stosownie do treści art. 104 ust. 1 pkt 1 prawa farmaceutycznego **zezwole nie na prowadzenie apteki wygasa w przypadku śmierci osoby, na rzecz, której zostało wydane zezwolenie, jeżeli zezwolenie zostało**

wydane na rzecz podmiotu będącego osobą fizyczną. Nowy, dodany przepis ust. 1a stanowi, że **zezwole nie na prowadzenie apteki jednak nie wygasa w przypadku śmierci osoby fizycznej**, jeżeli przynajmniej jeden z jej następców prawnych spełnia wymagania, o których mowa w art. 99 ust. 3-4b i art. 101 pkt 2-4 prawa farmaceutycznego.

Stosownie zaś do treści art. 1b cyt. wyżej ustawy następcą prawny, o którym mowa w ust. 1a prowadzący aptekę jest obowiązany wystąpić do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o dokonanie zmian w zezwoleniu w zakresie określenia podmiotu, na rzecz którego zostało wydane, w terminie 6 miesięcy od dnia śmierci osoby fizycznej, o której mowa w ust. 1a.

Wymienione wyżej przepisy zezwalają następcom prawnym osoby fizycznej, posiadającej zezwolenie na prowadzenie apteki, prowadzić ją w dalszym ciągu przez okres 6 miesięcy od dnia jej śmierci. Następcą prawny ma czas za załatwienie wszelkich formalności związanych ze swoim następstwem prawnym; jedynym warunkiem jest naszym zdaniem zgłoszenie przez tę osobę prowadzenia działalności gospodarczej we właściwym urzędzie oraz zgłoszenie rozpoczęcia działalności we właściwym urzędzie skarbowym, co nie wynika z przepisów prawa farmaceutycznego, lecz innych przepisów. Naszym zdaniem o fakcie dalszego prowadzenia apteki przez następcę prawnego należało by zawiadomić właściwego inspektora nadzoru farmaceutycznego; choć obowiązek

taki nie wynika wprost z przepisów, to trudno sobie wyobrazić sytuację, by inspektor farmaceutyczny nie został powiadomiony o prowadzeniu apteki przez inną osobę niż ta, której dotyczy zezwolenie.

Zaznaczyć należy, że jest to sytuacja wyjątkowa i tymczasowa, która nie może trwać dłużej niż 6 miesięcy od dnia śmierci osoby prowadzącej aptekę. Następca prawny powinien bezzwłocznie przystąpić do załatwienia wszelkich formalności związanych ze swoim następstwem prawnym. Należy podkreślić, że ustawa operuje pojęciem następcy prawnego, a nie spadkobiercy osoby fizycznej. Choć spadkobierca jest zawsze następcą prawnym, ale następca prawny to pojęcie szersze, niż spadkobierca. Można sobie wyobrazić sytuację, że spadkobierca osoby posiadającej zezwolenie na prowadzenie apteki nie chce lub nie może prowadzić apteki (bo np. wykonuje praktykę lekarską) i pragnie, by apteka była prowadzona przez jego dziecko lub dalszego krewnego, oczywiście spełniających określone w ustawie wymogi. Następca prawny winien, zatem bezzwłocznie wystąpić do sądu o stwierdzenie nabycia spadku po zmarłej osobie prowadzącej uprzednio aptekę, a następnie zgłosić właściwemu urzędowi skarbowemu nabycie spadku, o czym mowa wyżej, bowiem wstępuje w jej wszystkie prawa i obowiązki, ale naszym zdaniem nie jest to warunkiem *sine qua non* dalszego, tymczasowego prowadzenia apteki.

Nie podzielamy poglądu, że warunkiem skorzystania z dobrodziejstwa nowych przepisów jest uprzednie przeprowadzenie postępowania spadkowego po osobie zmarłej. Jest to naszym zdaniem pogląd błędny, sprzeczny z *ratio legis* przepisu art. 104 ust. 1a i 1b prawa farmaceutycznego. Zamiarem ustawodawcy było umożliwienie następcy prawnemu

dalszego, tymczasowego prowadzenia apteki, bez konieczności jej zamykania do czasu ostatecznego załatwienia wszystkich formalności związanych z przeprowadzeniem postępowania spadkowego. Uzależnienie dalszego prowadzenia apteki na podstawie zezwolenia spadkodawcy od przeprowadzenia postępowania spadkowego po nim uczyniłoby ten przepis martwym, bowiem załatwienie takiej sprawy w możliwie najszybszym terminie zajmuje co najmniej 3-4 miesiące.

Kolejnym dobrodziejstwem nowego przepisu art. 104 ust. 1b jest to, że inspektor farmaceutyczny, do którego w terminie 6 miesięcy od śmierci osoby fizycznej jej następca prawny złoży wniosek o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki, jest to, że dokonuje on zmian w zezwoleniu **jedynie w zakresie określenia podmiotu, na rzecz którego zostało wydane.** Przepis ten oznacza, że apteka może być prowadzona przez następcę prawnego nawet w sytuacji, gdy jej lokal nie spełnia obecnie wymaganych warunków, a spełniał je w chwili wydania zezwolenia na rzecz osoby zmarłej.

Skorzystanie z dobrodziejstwa nowych przepisów jest możliwe, jeśli spadkobiercy osoby zmarłej są zgodni, co do tego, kto i w jakiej formie ma prowadzić dalej aptekę. Jeśli występują między nimi jakiegokolwiek kontrowersje, wówczas niezbędne jest przeprowadzenie sprawy o dział spadku w sądzie, który ostatecznie sprawę tę rozstrzygnie. Jest to decyzja spadkobierców i ich ryzyko długotrwałego zamknięcia apteki, bowiem inspektor farmaceutyczny nie ma prawa rozstrzygać tego problemu we własnym zakresie.

dr Wojciech Giermaziak
wiceprezes NRA
adwokat Jadwiga Skiba
OIA w Opolu

LEKOWY SKANDAL

W piątek po południu, gdy wszyscy szykowali się na andrzejki, farmaceuci dowiedzieli się z rządowej strony internetowej, że od soboty rano mają sprzedawać leki według nowych cen i limitów.

Ministerstwo zdrowia, które zapowiadało, że zatwierdzone przez poprzednią ekipę zmiany list leków nie wejdą w życie 1 grudnia, w ostatniej chwili zmieniło jednak zdanie. - Sposób, w jaki to zrobiono, to po prostu skandal – nie kryje oburzenia Krzysztof Przystupa, szef Lubelskiej Izby Aptekarskiej. - Wiele aptek w regionie nie było przygotowanych do zmian z powodu zapowiedzi o opóźnieniu terminu obowiązywania nowych list leków. Co więcej, nie mieli szans, by ich dokonać.

Skutki tego bałaganu odczuli także chorzy. Wiele aptek w województwie lubelskim nie pracowało w sobotę, ponieważ farmaceuci nie zdążyli przeprogramować swoich systemów sprzedaży do nowych, zmienionych cen i limitów. - Rozporządzenia regulujące zmiany cen leków były znane wcześniej, a apteki dzięki systemom komputerowym mogły w krótkim czasie przestawić się na sprzedaż według nowych ustaleń. Ponieważ nie było decyzji, że zmiany wchodzi w życie od 1 grudnia, wiele aptek nie ponaglało współpracujących z nimi informatyków – mówi Krzysztof Przystupa. Aptekarze o tym, że nowe listy leków wchodzi w życie od soboty rano, dowiedzieli się w ubiegły piątek po południu. Część aptek w województwie lubelskim czynnych do godz. 16 dowiedziało się o zmianie terminu już po godzinach pracy. – Informatycy całą noc pracowali z aptekarzami nad modyfikacjami programów cenowych. Ale nie zdążyli dokonać korekt we wszystkich punktach. To było przyczyną, że niektóre apteki nie były czynne w sobotę – wyjaśnia Przystupa.(...)

3.12.2007 Kurier Lubelski

WARTO WIEDZIEĆ

Pod przewodnictwem Głównego Inspektora Farmaceutycznego rozpoczął pracę Zespół do Spraw Sfałszowanych Produktów Leczniczych, którego głównym zadaniem jest określenie skutków tego zjawiska ze szczególnym uwzględnieniem bezpieczeństwa zdrowotnego społeczeństwa oraz przygotowywanie propozycji zmian legislacyjnych i instytucjonalnych, pozwalających na skuteczną walkę z tym zjawiskiem.

WYDARZENIA WYBÓR Z KURIERIA NIA www.nia.org.pl

Nr 39 – 2007

21 listopada

– w Warszawie odbyło się posiedzenie Prezydium NRA. Pozytywnie zapoiniowano kandydaturę **dr Elwiry Telejko** na stanowisko konsultanta krajowego z dziedziny farmacji aptecznej.

– w Warszawie odbyło się uroczyste spotkanie podsumowujące pracę IV kadencji Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej i Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej oraz Naczelnego Sądu Aptekarskiego i Okręgowych Sądów Aptekarskich. Dokonano podsumowania prac w ostatnim roku działalności czwartej kadencji NSA i NROZ. Naczelną Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Ewa Kokot i przewodnicząca Naczelnego Sądu Aptekarskiego Janina Przedpeńska-Szerłowska przekazały podziękowania „za działalność na rzecz samorządu aptekarskiego oraz dbałość o prestiż zawodu” swoim zastępcom oraz okręgowym rzecznikom odpowiedzialności zawodowej i przewodniczącym okręgowych sądów aptekarskich. Spotkanie połączone było z wręczeniem współpracującym z samorządem aptekarskim sędziom: panu Józefowi Dolhy – Sędziemu Sądu Najwyższego oraz panu Jerzemu Chromickiemu – Sędziemu Naczelnego Sądu Administracyjnego, dyplomów potwierdzających przyznanie tytułu „Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego”.

20 listopada – w Brukseli odbyło się Walne Zgromadzenie Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej (PGEU). Naczelną Radę Aptekarską reprezentowali: Jerzy Łazowski i Piotr Bohater (DIA). W trakcie zgromadzenia przedyskutowano i zatwierdzono plan pracy PGEU na rok 2008 oraz budżet tej organizacji na przyszły rok. Wysokość składki członkowskiej NRA do PGEU wzrosła z 4.296,07 Euro w roku bieżącym do 9.272,02 Euro w roku przyszłym, co wynika z ustaleń zmierzających do sprawiedliwego podziału wysokości składek.

Doktor Władysław Biegański patronem nagrody

Część sławy miasto Częstochowa zawdzięcza, bez wątpienia doktorowi Władysławowi Biegańskiemu, który nie tylko tu leczył ludzi i pracował naukowo, ale działał z pasją i dużym rozmachem jako społecznik. W Częstochowie napisał swoje największe dzieła dotyczące nauk medycznych i filozoficznych.

Częstochowianie odwdzięczyli się doktorowi Biegańskiemu, nadając mu godność „Częstochowiana stulecia”.

W roku 2007 przypada 150 rocznica urodzin i 90 rocznica śmierci Władysława Biegańskiego. Z tej okazji Prezydent Miasta Częstochowy ogłosił rok 2007 „Rokiem Doktora Władysława Biegańskiego”.

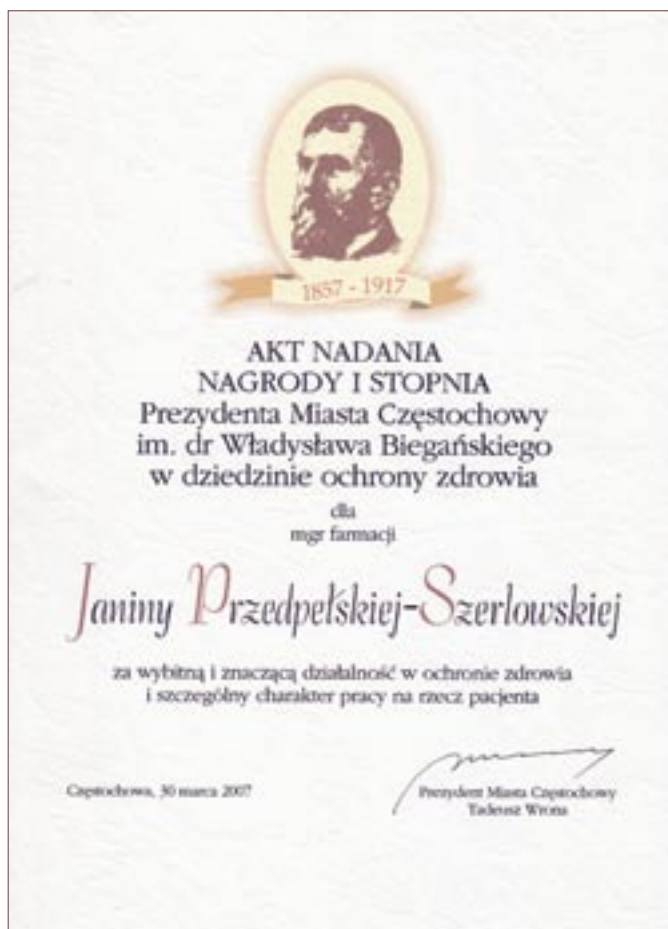
Wśród wydarzeń w kalendarzu obchodów Roku było wręczenie nagród Prezydenta Miasta w dziedzinie ochrony

zdrowia. W gronie wyróżnionych tą nagrodą, której patronem jest doktor Władysław Biegański znalazła się **mgr farm. Janina Przedpeńska – Szerłowska**. Laureatka znana jest w środowisku aptekarskim powszechnie, gdyż jest Przewodniczącą Naczelnego Sądu Aptekarskiego.

„Zostałam wyróżniona w środowisku służby zdrowia, wśród osób, z którymi nas aptekarzy łączy wiele wspólnego, zarówno w pracy zawodowej jak i na rzecz naszych samorządów medycznych. Wykonuję swój zawód na terenie Czę-

stochowy i szczególnie ważnym było dla mnie uznanie mojej pracy przez Pana Prezydenta Częstochowy i władze mojego rodzinnego miasta. Jednak nie mogłabym wykonywać prawidłowo swoich obowiązków bez wsparcia moich koleżanek i kolegów farmaceutów. Dlatego też tę nagrodę traktuję jako wyróżnienie i uznanie dla całego środowiska aptekarskiego działającego na terenie Częstochowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, – powiedziała pani magister.

Oprac. ZS



Etykiety dla profesjonalistów

At your side.
brother

Drukarki etykiet



Adresy sklepów dostępne na stronie producenta www.brother.pl w zakładce "Gdzie kupić".

Nowoczesny sposób oznaczania leków

Przyjęcie towaru to codzienność niemal każdej apteki. Przeliczenie opakowań, potwierdzenie zgodności z fakturą zajmuje sporo czasu. *Dodatkowo, aby spełnić obowiązki nałożone rozporządzeniem Ministra Finansów w sprawie szczegółowych zasad uwidaczniania cen towarów i usług oraz sposobu oznaczania ceną towarów przeznaczonych do sprzedaży z dnia 10 czerwca 2002 r. (Dz. U. 99, poz. 894) nadal najprościej i najwygodniej jest oznaczyć każde opakowanie osobną etykietą.*

Nowoczesne urządzenia drukujące etykiety umożliwiają naniesienie znacznie większej ilości informacji niż tradycyjne metkownicy. Szczególnie przydatne są kody kreskowe, które precyzyjnie określają rodzaj towaru, a w zestawieniu z czytnikami znacząco przyspieszają ekspedycję. Pomysłowo zaprojektowane etykiety z cenami mogą być wykorzystane w celu segregacji asortymentu. Odpowiednie kolory lub znaki graficzne umieszczone w postaci dodatkowej

informacji mogą przypisywać dany produkt np. do grupy „antybiotyki”, „psychotropy”, „suplementy diety”. Dzięki temu opakowania zawsze trafią na właściwą półkę w aptece.

Koszt urządzenia etykietującego zwraca się szybko biorąc pod uwagę oszczędność czasu i pozyskane dodatkowe korzyści. Etykiety drukowane są gotowe znacznie szybciej niż te przygotowywane ręcznie. Informacje o cenie i kodzie pobierane są z komputera, unika się więc błędów, jakie może popełnić człowiek podczas ręcznego wprowadzania tych informacji. Ilość wydrukowanych etykiet jest zgodna z ilością opakowań zadeklarowaną na fakturze. Zatem wykrycie braków lub nadwyżek towaru odbywa się bezpośrednio podczas metkowania. Nadrukowane etykiety są ponadto bardziej czytelne i estetyczne. Schludnie oznakowane opakowania leków na pewno wpisują się w obowiązujący obecnie trend budowania pozytywnego wizerunku apteki. **Niektóre nowoczesne urządzenia umożliwiają wy-**

korzystanie samolaminujących się przy wydruku taśm, które można zmywać, sterylizować, wystawiać na promienie słoneczne i UV oraz przechowywać w skrajnych temperaturach. Takie etykiety doskonale sprawdzą się do oznaczeń trwałych (przedmioty, np. naczynia recepturowe oraz powierzchnie).

Etykiety samoprzylepne można wykorzystać na wiele innych sposobów. Gotowe etykiety z napisem „dawkowanie” przydadzą się, gdy opakowanie leku uniemożliwia naniesienie informacji o sposobie dawkowania bezpośrednio na pudełku. Można oznaczyć nimi także koperty przeznaczone do umieszczania pojedynczych ampulek lub blistrów. Znajdą na pewno zastosowanie w recepturze do oznakowania opakowań leków robionych. Etykiety oprócz swojej funkcji użytkowej mogą pełnić także niezwykle pożyteczną funkcję reklamową, jeżeli dodatkowo umieścimy na nich logo lub nazwę naszej placówki.

Nowe produkty lecznicze



czerwiec, lipiec, sierpień 2007



UE

← NOWE REJESTRACJE →

PL

NOWOŚCI NA RYNKU

Komisja Europejska w ramach procedury centralnej wydała decyzje o dopuszczeniu do obrotu produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi: w czerwcu – 7 decyzji (w tym 3 decyzje dotyczące leków zawierających nowe substancje czynne: eculizumab, lenalidomide, paliperidone), w lipcu – 4 decyzje (w tym 2 decyzje dotyczące leków zawierających nowe substancje czynne: gadoversetamide i methoxy polyethylene glycol-epoetin beta), w sierpniu – 11 decyzji (w tym: 5 decyzji dotyczących leków zawierających nową substancję czynną – aliskiren, 4 decyzje dotyczące nowych leków biogenerycznych – epoetin alfa i human normal immunoglobulin, 2 decyzje dotyczące produktów dopuszczonych wcześniej jako leki sierocne – nelarabine i mecasermin).

Minister Zdrowia wydał pozwolenia na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce: w czerwcu – 49 pozwoleń (w tym 48 pozwoleń na nowe produkty lecznicze i 1 pozwolenie rerejestracyjne, które pominięto w poniższym zestawieniu – Fluorescite), w lipcu – 70 pozwoleń (w tym: 65 pozwoleń na nowe produkty lecznicze i 5 pozwoleń rerejestracyjnych, które pominięto w poniższym zestawieniu – Krople miętowe, Krople walerianowe, Olicard 40 retard, Olicard 60 retard i Relenza), w sierpniu – 19 pozwoleń.

Produkty omówiono w sposób skrótowy podając ich nazwy handlowe oraz, dla produktów z rejestracji krajowej, liczbę zarejestrowanych/wprowadzonych do obrotu marek danej substancji czynnej. Pominięto pozostałe dane rejestracyjne, które można znaleźć w internetowym Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu

Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

<http://www.bip.urpl.gov.pl>

oraz w witrynie internetowej Europejskiej Agencji Produktów Leczniczych

<http://www.emea.europa.eu>

Pełna wersja opracowania dostępna jest w witrynie internetowej Naczelnej Rady Aptekarskiej

<http://www.nia.org.pl>

w dziale:



Tabela „NOWOŚCI NA RYNKU” obejmuje klasyfikację ATC, marki i podmioty odpowiedzialne nowych produktów leczniczych na rynku, tj. wprowadzonych po raz pierwszy do sprzedaży w podanym miesiącu (w jakiegokolwiek postaci, dawce i opakowaniu), z uwzględnieniem obszaru i daty (miesiąc i rok) rejestracji. Skrót PL oznacza wpis do polskiego Rejestru Produktów Leczniczych, zarówno w ramach procedury krajowej, jak również w ramach unijnych procedur wzajemnego uznania i zdecentralizowanej. Skrót UE oznacza rejestrację w ramach unijnej procedury scentralizowanej.

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A02 – Leki stosowane w zaburzeniach związanych z nadkwaśnością;
A02B – Leki stosowane w chorobie wrzodowej i refluksie żołądkowo-

-przelykowym; **A02BC** – Inhibitory pompy protonowej

Lansoprazolum: Lanbax (Ranbaxy) [VI], Zalanzo (Temapharm) [VII] – 10 zarejestrowanych/4 na rynku.

Omeprazolum: Omolin (Chemo Iberica) [VIII] – 18/14.

Omeprazolum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VII]

Pantoprazolum: Pantoprazol Sandoz [VI], Zipantola (Farmacom) [VII] – 6/2.

A04/A04A – Leki przeciw wymiotom i mdłościom; **A04AA** – Antagoniści serotoniny (5HT₂)

Ondansetronum: Ondansetron Kabi (Fresenius Kabi) [VI], OndaLek (Lek, Stryków) [VII] – 9/4 dożylnie.

A04AD – Inne leki przeciwwymiotne

Zingiberis rhizoma → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI]

A06/A06A – Leki przeczyszczające; **A06AB** – Leki przeczyszczające drażniące

Sennae folium: Xenna (US Pharmacia) [VII] w postaci torebek do zaparzania.

Sennae folium → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VIII]

A07 – Leki przeciwbiegunkowe, przeciwzapalne i przeciwzakaźne stosowane w chorobach jelit; **A07A** – Leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach jelit; **A07AX** – Inne leki przeciwzakaźne stosowane w chorobach jelit

Nifuroxazidum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VIII]

A07F/A07FA – Drobnoustroje przeciwbiegunkowe

Lactobacillus rhamnosus → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VII]

A08/A08A – Środki do leczenia otyłości, z wyłączeniem produktów dietetycznych; **A08AB** – Środki do leczenia otyłości działające obwodowo

Orlistatium: Orlistat GSK (GlaxoSmithKline) [VII].

A10 – Leki stosowane w cukrzycy; **A10B** – Leki obniżające poziom glukozy we krwi, z wyłączeniem insuliny; **A10BA** – Biguanidy

Metforminum: Glumetsan (Pro. Med.CS) [VIII] – 14/8.

A10BB – Sulfonamidy, pochodne mocznika

Glimepiridum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII]

A10BX – Inne leki obniżające poziom glukozy we krwi, z wyłączeniem insuliny

Exenatidum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII]

A12 – Substancje mineralne; **A12A** – Preparaty wapnia; **A12AX** – Wapń, preparaty złożone

Calcium+Colectaliferolum: Recalvit D (Biofarm) [VII], Natecal D3 (ITF Pharma) [VIII] – 13/6.

B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

B03 – Leki stosowane w niedokrwistości; **B03X/B03XA** – Inne leki stosowane w niedokrwistości

Epoetinum alfa: Abseamed (Medice) [VIII], Binocrit (Sandoz) [VIII], Epoetin alfa Hexal (Hexal Biotech) [VIII].

Methoxy polyethylene glycol-epoetinum beta: Mircera (Roche) [VII].

B05 – Substytuty osocza i płyny do wlewów; **B05B** – Roztwory do podawania dożylnego; **B05BA** – Roztwory do żywienia pozajelitowego; **Multimel** (Polfa Lublin) [VII].

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C02 – Leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi; **C02C** – Leki antyadre-

nergiczne działające obwodowo; **C02CA** – Antagoniści receptora α -adrenergicznego

Doxazosinum: DoxaHexal (Hexal) [VII], DoxaLek (Lek, Stryków) [VII] – 7/3 o zmodyfikowanym uwalnianiu.

Doxazosinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VII]

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

Diosminum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VI]

C08 – Blokery kanału wapniowego; **C08C** – Selektywne blokery kanału wapniowego z głównym działaniem na naczynia krwionośne; **C08CA** – Pochodne dihydropirydyny

Amlodipinum: Amlodipine Arrow (Arrow Generics) [VII] – 23/11.

Amlodipinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII]

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

Cilazaprilum: Cilan (Polfarmex) [VII] – 1. lek generyczny.

Perindoprilum: Ikarium i Ikarium forte (Polfarmex) [VII] – 8/3.

Trandolaprilum: Trandolapril-Ratiopharm [VI] – 1. lek generyczny.

C09B – Inhibitory ACE, leki złożone; **C09BA** – Inhibitory ACE i leki moczopędne; **C09BA02** – Enalapryl i lek moczopędny

Enalaprilum+Hydrochlorothiazidum: EnaTeva (Teva) [VI], Benalapril Plus (Berlin-Chemie) [VII], Epril Plus 20/6 (Hexal) [VIII] – 7/2.

C09BA04 – Peryndopryl i lek moczopędny

Perindoprilum+Indapamidum: Noliprel N (Servier) [VI] i Pre-nix N (Anpharm) [VI] oraz Noliprel N Forte (Anpharm) [VI] i Prestarium N Plus (Servier) [VI].

C09BA09 – Fosinopryl i leki moczopędne

Fosinoprilum+Hydrochlorothiazidum: FosiTeva HCTZ (Teva)

[VII], Fosicard Plus (Actavis) [VIII] – pierwsze leki o tym składzie.

C09BB – Inhibitory ACE i blokery kanału wapniowego; **C09BB10** – Trandolapril i blokery kanału wapniowego

Trandolaprilum+Verapamilum: Tarka (Abbott) [VII] tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu – nowa postać.

C09C/C09CA – Antagoniści angiotensyny II, leki proste

Candesartanum: Atacand (Astra-Zeneca) [VI] – nowa dawka 32 mg.

Losartanum: Losartan-Ratiopharm [VII], Rasoltan (Actavis) [VII] – 10/7.

Valsartanum: Diovan (Novartis) [VII] – nowa dawka 40 mg.

C09X – Inne leki działające na układ renina-angiotensyna; **C09XA** – Inhibitory reniny

Aliskirenium: Enviage, Rasilez, Riprazo, Sprimeo i Tekturna (zarejestrowane przez Novartis Europharm) [VIII].

C10 – Leki wpływające na stężenie lipidów; **C10A** – Leki wpływające na stężenie lipidów, leki proste; **C10AX** – Inne leki wpływające na stężenie lipidów

Omega-3 acidorum esteri ethylici 90 → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII]

D – LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

D01 – Leki przeciwgrzybicze stosowane w dermatologii; **D01B/D01BA** – Leki przeciwgrzybicze działające ogólnie

Terbinafinum: Terbinafine IC (Pharm Dr. Ivan Cimprich) [VI] – 15/8 doustnych.

D05 – Leki przeciw łuszczycy; **D05A** – Leki przeciw łuszczycy do stosowania miejscowego; **D05AX** – Inne leki przeciw łuszczycy do stosowania miejscowego

Calcipotriolum: Sorel Plus (Lek) [VII] – 3/2.

D06 – Antybiotyki i chemioterapeutyki stosowane w dermatologii; ▶

NOWE REJESTRACJE I NOWOŚCI NA RYNKU

► **D06A** – Antybiotyki do stosowania miejscowego; **D06AX** – Inne antybiotyki do stosowania miejscowego
Acidum fusidicum: Fusacid (Chema-Elektromet) [VII] – 1. lek generyczny.

G – UKŁAD MOCZOWO PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G03 – Hormony płciowe i środki wpływające na czynność układu płciowego; **G03A** – Hormonalne środki antykoncepcyjne działające ogólnie; **G03AA** – Progestageny i estrogeny, preparaty jednofazowe

Ethinylestradiolum+gestodenum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI]

G03F – Progestageny i estrogeny, leki złożone; **G03FA** – Progestageny i estrogeny, preparaty zawierające stałe dawki

Norethisteronum+Estradiolum: Cliovella (Dr. Kade) [VIII] – 3/2 doustne.

G03G – Gonadotropiny i inne stymulatory owulacji; **G03GA** – Gonadotropiny

Follitropinum alfa+lutropinum alfa: Pergoveris (Serono) [VI].

G03H – Antyandrogeny; **G03HB** – Antyandrogeny i estrogeny

Cyproteronum+ethinylestradiolum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI]

G04 – Leki urologiczne; **G04C** – Leki stosowane w łagodnym przebiegu gruczolu krokowego; **G04CA** – Antagoniści receptorów α -adrenergicznych

Tamsulosinum: Tamik (Biofarm) [VII] – 23/13.

Tamsulosinum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI], [VIII]

G04CB – Inhibitory 5 α -reduktazy testosteronu

NOWOŚCI NA RYNKU

W czerwcu 2007 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 17 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/ WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A04AD	Zingiberis rhizoma	Zingibir	Labofarm	PL 04.2004
C05CA	Diosminum	Diosminex	Lekam	PL 04.2004
G03AA	Ethinylestradiolum + gestodenum	Mirelle	Schering	PL 08.2001
G03HB	Cyproteronum + ethinylestradiolum	Syndi-35	Symphar	PL 02.2007
G04CA	Tamsulosinum	Proximic	Polpharma	PL 04.2007
J01XX	Daptomycinum	Cubicin	Novartis Europharm	UE 01.2006
L01XA	Oxaliplatinum	Platox	Mayne	PL 02.2007
M01AE	Naproxenum	Naproxen	Hasco-Lek	PL 04.2004
M05BA	Acidum alendronicum	AlendroLek 70	Lek, Stryków	PL 08.2006 AlendroHexal 70, zm. 11.2006 AlendroLek 70
N02AX	Tramadolum	Adamon SR	Meda	PL 05.2002
N02AX	Tramadolum	Noax Uno	CSC Pharmaceuticals	PL 02.2006 Tramadol Contramid One A Day, zm. 01.2007 Noax Uno
N02BA	Acidum acetylsalicylicum	Asaltec	Polfa Warszawa	PL 04.2004
N03AG	Acidum valproicum	Valpro-Ratiopharm Chrono	Ratiopharm	PL 01.2007
R02AA	Cetylpyridinii chloridum	Septolete Apple	Krka	PL 12.2006
R02AA	Cetylpyridinii chloridum	Septolete Cherry	Krka	PL 12.2006
R02AA	Cetylpyridinii chloridum	Septolete Lemon	Krka	PL 01.2007
R05X	Paracetamolum + pseudoephedrinum	Grippokaps	Hasco-Lek	PL 04.2004

Finasteridum: Finasterid Stada [VI], Fintral (Polpharma) [VI], Ulgafen (Jelfa) [VII], Antiprost (Orion) [VIII] – 21/10.

Finasteridum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VIII]

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

H01 – Hormony przysadki i podwzgórza oraz ich analogi;

H01A – Hormony przedniego płata przysadki oraz ich analogi;

H01AC – Somatropina i agoniści somatropiny

Mecaserminum: Increlex (Tercica) [VIII].

H01B – Hormony tylnego płata przysadki; **H01BA** – Wazopresyna i jej analogi

Desmopressinum: Minirin Melt (Ferring) [VIII] liofilizat doustny 60, 120 i 240 mcg – nowa postać i dawki.

J – LEKI PRZECIWKAZAŻNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIEM

J01 – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie;

J01A/J01AA – Tetracykliny

Doxycyclinum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VIII]

J01C – Beta-laktamowe leki przeciwbakteryjne – penicyliny; **J01CR** – Złożone preparaty penicylin, w tym z kwasem klawulanowym

Amoxicillinum+acidum clavulanicum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VIII]

J01F – Makrolidy, linkozamidy i streptograminy, **J01FA** – Makrolidy

Azithromycinum: AziTeva (Teva) [VIII] – 15/11.

Clarithromycinum: Fromilid (Krka) [VII] – granulat nowa dawka 250 mg/5 ml.

J01X/J01XX – Inne leki przeciwbakteryjne;

Daptomycinum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI]

J02/J02A – Leki przeciwgrzybicze działające ogólnie; **J02AB** – Pochodne imidazolu

Ketoconazolom → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VIII]

J02AC – Pochodne triazolu

Fluconazolom: Fluconazole Redibag (Baxter) [VIII] roztwór do infuzji – 17/4 do infuzji/8 doustnych.

Fluconazolom → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VII]

J05 – Leki przeciwwirusowe działające ogólnie; **J05A** – Bezpośrednio działające leki przeciwwirusowe;

J05AE – Inhibitory proteazy

Ritonavirum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VII]

J06 – Surowice odpornościowe i immunoglobuliny; **J06B** – Immunoglobuliny; **J06BA** – Immunoglobuliny ludzkie (nieswoiste)

Immunoglobulinum humanum: Flebogammadif (Grifols) [VIII].

J07 – Szczepionki; **J07B** – Szczepionki wirusowe; **J07BB** – Szczepionki przeciw grypie

Vaccinum influenzae: Optaflu (Novartis Vaccines & Diagnostics) [VI] – antygeny wirusa namnażane w komórkach psiej nerki, a nie na zarodkach kurzych.

L – LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPLYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L01 – Leki przeciwnowotworowe;

L01B – Antymetabolity; **L01BB** – Analogi puryny

Nelarabinum: Atriance (Glaxo Group) [VIII].

L01C – Alkaloidy roślinne i inne środki naturalne; **L01CD** – Taksany

Paclitaxelum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VIII]

L01X – Inne leki przeciwnowotworowe; **L01XA** – Związki platyny

Carboplatinum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VIII]

Oxaliplatinum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI]

L01XX – Inne leki przeciwnowotworowe;

Hydroxycarbamidum: Siklos (Addmedica) [VI].

L02 – Leki hormonalne; **L02A** – Hormony i ich analogi; **L02AB** – Progestageny

Megestrolum: Cachexan (Polfarmex) [VII] tabl. – nowa postać.

L02B – Antagoniści hormonów i leki o zbliżonym działaniu; **L02BB** – Antyandrogeny

Bicalutamidum: Bicalutamide Polpharma [VI], Calubloc (Actavis) [VI], Bicalutamide Ingers [VII], BicaHexal (Hexal) [VII], BicaLek (Lek, Stryków) [VII] – pierwsze preparaty generyczne.

Bicalutamidum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VIII]

L04/L04A – Leki hamujące układ odpornościowy; **L04AA** – Selekttywne leki hamujące układ odpornościowy

Eculizumabum: Soliris (Alexion Europe) [VI].

L04AX – Inne leki hamujące układ odpornościowy

Lenalidomidum: Revlimid (Celgene Europe) [VI].

M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

M01 – Leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; **M01A** – Niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; **M01AE** – Pochodne kwasu propionowego

Ibuprofenum: Ibalgin Baby (Zentiva) [VII] – zawiesina doustna 100 mg/5 ml.

Ketoprofenum: Ketonal Duo (Lek, Stryków) [VII] – 6/4 o przedłużonym uwalnianiu.

Naproxenum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI]

M02/M02A – Leki stosowane miejscowo w bólach stawów i mięśni; **M02AA** – Niesteroïdowe leki przeciwzapalne do stosowania miejscowego

NOWE REJESTRACJE I NOWOŚCI NA RYNKU

► **Ketoprofenum** → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VII]

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

Acidum alendronicum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI]

N – UKŁAD NERWOWY

N01 – Środki znieczulające; **N01A** – Środki znieczulające działające ogólnie; **N01AX** – Inne środki znieczulające działające ogólnie

Propofolum: Propofol-Lipuro (Braun) [VI] – 6/5.

N02 – Leki przeciwbólowe; **N02A** – Opioidy; **N02AB** – Pochodne fenylpiperidyny

Fentanylum: Fenta MX [VI], Fentanyl MX (Regiomedica) [VI] – 10/5 w postaci systemów transdermalnych.

Fentanylum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VIII]

N02AX – Inne opioidy

Tramadolum: Ethypharm Tramadol (Ethypharm) [VI], Travictol (Ethypharm) [VIII] – 11/6 o przedłużonym uwalnianiu.

Tramadolum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI]

N02B – Inne leki przeciwbó-

we i przeciwgorączkowe; **N02BA** – Kwas salicylowy i jego pochodne
Acidum acetylsalicylicum
→ tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI]

N03/N03A – Leki przeciwpadaczkowe; **N03AG** – Pochodne kwasów tłuszczowych

Acidum valproicum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU [VI], [VII]

N03AX – Inne leki przeciwpadaczkowe

Gabapentinum: Neuran (Ranbaxy) [VI] – 9/3.

Lamotriginum: Lamozor (Orion) [VII] – 25/10.

NOWOŚCI NA RYNKU

W lipcu 2007 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 13 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A02BC	Omeprazolum	Loseprazol	Liconsa	PL 04.2004
A07FA	Lactobacillus rhamnosus	Lakcid L	Biomed Lublin	PL 04.2004
C02CA	Doxazosinum	Doxagen	Generics	PL 02.2007
J02AC	Fluconazolum	Fluconazin	Hasco-Lek	PL 04.2004
J05AE	Ritonavirum	Norvir	Abbott	UE 09.2002
M02AA	Ketoprofenum	Ketospray forte	Medagro	PL 11.2006 Prontomeg zm. 05.2007 Ketospray forte
N03AG	Acidum valproicum	Absenor	Orion	PL 04.2007
N05AX	Risperidonum	Torendo Q-Tab	Krka	PL 01.2007
N05BA	Diazepamum	Neorelium	Polfa Tarchomin	PL 08.1997 Relanium, zm. 09.2006 Neorelium
N05BA	Oxazepamum	Oksazepam	Polfa Tarchomin	PL 05.1997
N06AA	Opipramolum	Sympamol	SymPhar	PL 04.2007
R01AD	Beclometasonum	Beclonasal Aqua	Orion	PL 09.2006
V04CX	Hexylis aminolevulinatum	Hexvix	PhotoCure	PL 11.2005

Lamotriginum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII]

N05 – Leki psychotropowe; **N05A** – Leki neuroleptyczne; **N05AH** – Diazepiny, oksazepiny i tiazepiny

Quetiapinum: Ketilept (Egis) [VI], Ketipinor (Orion) [VII] – 5/2.

N05AX – Inne leki neuroleptyczne

Paliperidonum: Invega (Janssen-Cilag) [VI].

Risperidonum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VII], [VIII]

N05B – Leki przeciwłękowe; **N05BA**

– Pochodne benzodiazepiny

Diazepamum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VII]

Oxazepamum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VII]

N05C – Leki nasenne i uspokajające; **N05CF** – Leki działające podobnie jak benzodiazepiny

Zolpidemum: Sendimol (Egis) [VII] – 17/11.

N05CM – Inne leki nasenne i uspokajające

Melatoninum: Circadin (Neurim) [VI].

N06 – Psychoanaleptyki; **N06A** – Leki przeciwdepresyjne;

N06AA – Nieselektywne inhibitory ponownego wychwyty monoamin

Opipramolum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VII]

N06AB – Selektywne inhibitory zwrotnego wychwyty serotoniny

Citalopramum: Moylec (Polfarm Grodzisk) [VII], Apo-Citopram (Aptex) [VII] – 18/8.

Citalopramum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII]

N06AX – Inne leki przeciwdepresyjne

Bupropionum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII] (uwaga: wg ATC/WHO bupropion umieszczony jest tylko w klasie N07BA, ale dla preparatu Wellbutrin zarejestrowano wskazania dotyczące klasy N06AX)

Venlafaxinum: VenlaLek SR (Lek) [VI], Velaxin ER (Anpharm) [VII] – 9/4.

Venlafaxinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII]

N07C/N07CA – Leki przeciw zwrotom głowy

Betahistinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII]

R – UKŁAD ODDECHOWY

R01 – Preparaty stosowane do nosa;

R01A – Środki zmniejszające przekrwienie i inne preparaty stosowane miejscowo do nosa; **R01AD** – Kortykosteroidy

Beclometasonum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VII]

R01B – Leki udrażniające nos do stosowania ogólnego; **R01BA** – Sympatykomimetyki; **R01BA52** – Pseudoefedryna, leki złożone

Pseudoephedrinum+Desloratadinum: Aerinaze (SP Europe) [VII].

R02/R02A – Preparaty stosowane w chorobach gardła; **R02AA** – Antyseptyki

Cetylpyridinii chloridum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VI]

R02AD – Środki znieczulające miejscowo

Lidocainum: Trachisan (Yes Pharmaceutical Development Services) [VI] pastylki – 1. lek ze środkiem miejscowo znieczulającym.

R03 – Leki stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych; **R03A** – Leki adrenergiczne, preparaty wziewne; **R03AK** – Leki adrenergiczne i inne leki stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych;

R03AK06 – Salmeterol i inne leki stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych

Fluticasonum+salmeterolum: Saltikan (GlaxoSmithKline, Poznań) [VI] aerozol wziewny, Saltikan P (GlaxoSmithKline, Poznań) [VII] wielodawkowy proszek do inhalacji.

R03AK07 – Formoterol i inne leki stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych

Beclometasonum+formoterolum: Fostex (Torrex Chiesi) [VI], Formodual (Torrex Chiesi) [VII]

– pierwsze zarejestrowane leki o podanym składzie.

R05 – Leki stosowane w kaszlu i przeziębieniach; **R05C** – Leki wykrztuśne, z wyłączeniem preparatów złożonych zawierających leki przeciwkaszlowe; **R05CB** – Leki mukolityczne

Ambroxolum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII]

R05F – Leki przeciwkaszlowe i wykrztuśne, preparaty złożone; **R05FA** – Pochodne opium i leki wykrztuśne

Calcium+Chelidonii H/Ex+Dextromethorphanum+Foeniculi T+Pini Fl/Ex → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VIII]

R05X – Inne preparaty złożone stosowane w przeziębieniach

Paracetamolum+pseudoephedrinum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VI]

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

Cetirizinum: CetriLek (Lek) [VII] na receptę i Alero (Sandoz) [VII] bez recepty w nowej postaci tabl. musujących – 23/10 na receptę/9 bez recepty.

S – NARZĄDY ZMYŚLÓW

S01 – Leki okulistyczne; **S01A** – Leki przeciwinfekcyjne; **S01AA** – Antybiotyki

Tobramycinum: Tobrexan (Alcon) [VIII] – 3/2.

V – PREPARATY RÓŻNE

V04 – Środki diagnostyczne; **V04C/V04CX** – Inne środki diagnostyczne

Hexylis aminolevulinatum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** [VII]

V08 – Środki cieniujące; **V08C** – Środki cieniujące obrazujące w rezonansie magnetycznym; **V08CA** – Paramagnetyczne środki cieniujące

Gadoversetamidum: OptiMARK (Tyc Healthcare) [VII]. ▶

NOWOŚCI NA RYNKU

W sierpniu 2007 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 25 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/ WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A06AB	<i>Sennae folium</i>	Linea senes	Aflofarm	PL 06.2000 Liść senesu zm. 04.2004 Linea senes
A07AX	Nifuroxazidum	Endiex	Zentiva	PL 05.2007
A10BB	Glimepiridum	Apo-Glim	Apotex	PL 10.2005 Glimestada zm. 01.2007 Apo-Glim
A10BX	Exenatidum	Byetta	Eli Lilly	UE 11.2006
C08CA	Amlodipinum	Amlodipinum TAD	TAD Pharma	PL 04.2005 Tiflodipin zm. 12.2006 Amlodipinum TAD
C10AX	<i>Omega-3 acidorum esteri ethylici 90</i>	Omacor	Pronova Biocare	PL 07.2006
G04CA	Tamsulosinum	Symlosin	SymPhar	PL 04.2007
G04CB	Finasteridum	Finpros	Krka	PL 01.2007
J01AA	Doxycyclinum	Dixicin	Genexo	PL 12.2002 Tetradox zm. 02.2006 Doxicin
J01CR	Amoxicillinum + acidum clavulanicum	Amoclan	Hikma	PL 03.2006
J02AB	Ketoconazolum	Ketokonazole	Hasco-Lek	PL 04.2004
L01CD	Paclitaxelum	Paclitaxel-Ebewe	Ebewe	PL 01.2007
L01XA	Carboplatinum	Carboplatin Teva	Pharmachemie	PL 08.2006
L02BB	Bicalutamidum	Bicalutamide Polpharma	Polpharma	PL 06.2007
L02BB	Bicalutamidum	Calubloc	Actavis	PL 06.2007
N02AB	Fentanylum	Matrifen	Nycomed Pharma	PL 04.2007
N03AX	Lamotriginum	Lameptil	Sandoz	PL 07.2005
N03AX	Lamotriginum	Lamexim	ICN Polfa Rzeszów	PL 04.2007
N05AX	Risperidonum	Risprofren	Biofarm	PL 02.2007
N06AB	Citalopramum	Citalec	Zentiva	PL 11.2006
N06AX	Bupropionum	Wellbutrin	GlaxoSmithKline	PL 04.2007
N06AX	Venlafaxinum	Symfaxin	SymPhar	PL 05.2007
N07CA	Betahistinum	Vestibo	Actavis	PL 02.2007
R05CB	Ambroxolum	Entus	Aflofarm	PL 12.1998 Anavix zm. 03.2001 Ambroxol zm.07.2007 Entus (Junior i Max)
R05FA	Calcium + <i>Chelidonii H/Ex</i> + <i>Dextromethorphanum</i> + <i>Foeniculi T + Pini F/Ex</i>	Dexapini	Herbapol Lublin	PL 11.2006

Opracowanie:

dr n. farm. Jarosław Filipek

Kierownik Działu Informacji o Produktach

Administrator Farmaceutycznej Bazy Danych BAZYL IMS Poland

Zalanzo

15 mg, 30 mg

lansoprazolum

TEMAPHARM™

zajrzyj koniecznie!

Prawdziwe życie,
prawdziwe problemy,
prawdziwa miłość,
czyli pamiętnik młodej farmaceutki.

Zajrzyj koniecznie na

www.zycienarecepte.pl

szybciej usuwa zgagę*

dostępny w 3 najwygodniejszych opakowaniach:

15 mg x 28 kaps.

30 mg x 14 kaps.

30 mg x 28 kaps.

**pierwszy lansoprazol wprowadzony przez
polską firmę farmaceutyczną**

zaprasza

TEMAPHARM™

*Richter J.E. et al. "Comparing lansoprazole and omeprazole in onset of heartburn relief: result of a randomized, controlled trial in erosive esophagitis patients", American Journal of Gastroenterology 2001;96(11): 3089-3096.
ZALANZO (Lansoprazolum): każda kapsułka zawiera 15 lub 30 mg lansoprazolu. Wskazania: Choroba wrzodowa dwunastnicy i żołądka, leczenie zakażenia Helicobacter pylori (terapia skojarzona z antybiotykami), refluksowe zapalenie przełyku, leczenie innych stanów chorobowych, w których konieczna jest ograniczenie wydzielania soku żołądkowego, np. zespół Zollingera-Ellisona. Dawkowanie: Doustnie. Choroba wrzodowa dwunastnicy: 30 mg raz na dobę przez 2 tygodnie. Jeśli nie uzyskano wyleczenia, leczenie można kontynuować tą samą dawką przez kolejne 4 tygodnie. Zapobieganie refluksowemu zapaleniu przełyku: 15 mg raz na dobę. W razie konieczności dawkę można zwiększyć do 30 mg na dobę. Choroba wrzodowa żołądka: 30 mg raz na dobę przez 4 tygodnie, w razie konieczności kontynuować przez kolejne 4 tygodnie. Eradykacja Helicobacter pylori: leczenie skojarzone z antybiotykoterapią 30 mg dwa razy na dobę przez 7 dni. Refluksowe zapalenie przełyku: 30 mg raz na dobę przez 4 tygodnie. W razie konieczności leczenie kontynuować tą samą dawką przez kolejne 4 tygodnie, leczenie podtrzymujące w celu zapobiegania nawrotom refluksowego zapalenia przełyku: 15 mg raz na dobę. W razie konieczności dawkę można zwiększyć do 30 mg na dobę. Zespół Zollingera-Ellisona: indywidualnie, zazwyczaj 60 mg na dobę. Dawkę powyżej 120 mg należy podawać w dwóch dawkach podzielonych. Osoby w podeszłym wieku: zazwyczaj stosuje się dawkę do 30 mg na dobę. Przeciwwskazania: Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Stosowanie w połączeniu z atazanawirem. Ciąża i laktacja: Ze względu na brak badań klinicznych, w ciąży i okresie karmienia piersią stosować jedynie w przypadku, gdy spodziewane korzyści dla matki przewyższają potencjalne zagrożenia dla płodu lub karmionego piersią dziecka. Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów: Preparat może wpływać na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu. Działania niepożądane: Lek zazwyczaj jest dobrze tolerowany. Najczęściej obserwowano: zaburzenia żołądkowo-jelitowe (biegunka, zaparcia, nudności, wymioty, ból brzucha, wzdęcia, suchość w jamie ustnej), ból i zawroty głowy, niepokój, zapalenie gardła, krwawienie z nosa, zmęczenie i złe samopoczucie. Specjalne ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności: Przed przystąpieniem do leczenia choroby wrzodowej żołądka lansoprazolem należy wykluczyć złośliwy nowotwór żołądka, ponieważ lansoprazol może maskować objawy i opóźnić rozpoznanie. W razie wystąpienia ciężkiej i/lub uporczywej biegunki należy rozważyć przerwanie leczenia lekiem Zalanzo. Przed zastosowaniem należy zapoznać się z pełną informacją o leku. Lek na receptę wydawany z przepisu lekarza. Podmiot odpowiedzialny: Temapharm Sp. z o.o. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu nr: 14044 i 14045 wydane przez MZ. Informacji udziela: Temapharm Sp. z o.o., ul. Żwirki i Wigury 81, 02-061 Warszawa, tel. (022) 822 74 31.



ORYGINALNY **TERTENSIF[®]** SR

INDAPAMID 1,5 mg

1 tabletka dziennie

Redukcja ciśnienia skurczowego

Aktywność fizyczna ↓ 4 - 9 mmHg¹⁾

Dieta ↓ 8 - 14 mmHg²⁾

TERTENSIF SR ↓ 24 - 25 mmHg^{2) 3)}

PODSTAWA

W SKUTECZNYM LECZENIU NADCIŚNIENIA



Szeroka informacja o leku TERTENSIF[®] SR (Indapamid) należy poszukać w powołanym umieszczeniu 1,5 mg SGLD: substancja czynna: indapamid, 1,5 mg. WSKAZANIA DO STOSOWANIA: Nadciśnienie tętnicze powrotne. PRZECIWSKAZANIA: Nadciśnienie nie indapamid lub sulfonamid, ciężka niewydolność nerek, encefalopatia wątrobowa lub inne ciężkie zaburzenia czynności wątroby, hipotensja. OSTRZEŻENIA SPECJALNE I ZALECANE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI: W niewydolności wątroby leki dźwigni podobne do leżydowych mogą przyczynić rozwój encefalopatii wątrobowej. Zachować ostrożność u pacjentów z zaburzeniami gospodarki wodno-elektrolitowej, zaburzyć, dny, chorobami nerek. Równowaga wodno-elektrolitowa. Pacjent sód: Dosić pacjenta sód w surowicy przed rozpoczęciem leczenia, a następnie regularnie go kontrolować (spadek poziomu sodu może być asymptomatyczny). Leczenie diuretyczne może powodować hiponatremię. U osób w podeszłym wieku lub u pacjentów z mędnymi wiotkością pacjenta sód należy uważać czujnie. Pacjent pitwca: Wyłączenie hipotensji jest ryzykiem związanym z terapią tarczycy i innymi diuretykami o podobnym działaniu. Szczególną ostrożność należy zachować u pacjentów, u których ryzyko rozwoju hipotensji jest największe, np. osoby w podeszłym wieku, niedożywienie, leczenie wieloma lekami, u pacjentów z mędnymi wiotkością i wodorobozem, z dośrodkową i niewydolnością serca. W przypadku hipotensji wzroście ryzyka kardioaktywności preparatów napatrcy i ryzyka zaburzeń rytmu serca. W grupie ryzyka znajdują się pacjenci z wyższym odstępem QT. Należy regularnie kontrolować poziom potasu w surowicy w trakcie leczenia. Pacjent wpatca: Tężyły i diuretyki o podobnym działaniu mogą zmniejszać wydzielanie wapnia i mogą powodować nieznaczny i przemijający hiperkalcemię. Znaczna hiperkalcemia może być skutkiem nie rozpoznanego przyczynicy. Należy przerwać leczenie i przeprowadzić badania w kierunku czynności przyczynicy. Pacjent glukozy: Monitorowanie poziomu glukozy w surowicy jest ważne u chorych na cukrzycę, szczególnie u tych, u których występuje hiperkalcemia. Kwas moczowy: U pacjentów z hiperurykacją istnieje tendencja do zwiększenia czynności stawów dny. Czynność nerek i diuretyki: Tężyły i inne diuretyki o podobnym działaniu są skuteczne u pacjentów z prawidłową lub minimalnie zaburzoną czynnością nerek (poziom kreatyniny 25 mg/l). Przy zmianie czynności nerek na podobnie poziomie kreatyniny, należy wziąć pod uwagę wiek, płeć oraz masę ciała. Sportowcy: Lek może powodować fałszywie dodatni wynik testu antydopingowego. Nie zaleca się stosowania leku u dzieci. DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA: Jedną tabletkę na dzień, raz, niezależnie od stopnia ciężkości nadciśnienia tętniczego. Podkreślenie stosowanie indapamidu nie jest konieczne sódie przetrzeżenia diety leczenia. W większych dawkach indapamid nie wykazuje silniejszego działania hipotensyjnego, natomiast zwiększony jest efekt saluretyczny. OZDZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE: zmniejszenie ciśnienia sodu i potasu w osoczu, zwiększa u pacjentów z wysokim

stopniem ryzyka, zwiększony poziom kwasu moczowego i glukozy we krwi w wyniku stosowania wysokich dawek indapamidu, uczucie zmęczenia, zawroty głowy przy zmianie pozycji i lekkiej na stojąc, zwiększone ryzyko odwodnienia u osób w podeszłym wieku i pacjentów z niewydolnością serca, nudności, zaparcia, suchość w jamie ustnej, mędrność, parestezja, bóle głowy - występują rzadko i zwykle ustępują po zmniejszeniu dawki, gruczkowo-płucnie wysypki, plamica, pogorszenie objawów istniejącego łeczenia reumatycznego układuowego, zmiany hematologiczne, bardzo rzadko: trombocytopenię, leukopenię, agranulocytozę, niedokrwistość splistyczna i hemolizy, zwiększone aktywność enzymów wątrobowych, u pacjentów z niewydolnością wątroby możliwość rozwoju encefalopatii wątrobowej, reakcja alergiczna, zwiększa skórna, u pacjentów wrażliwych, wyjątkowo rzadko zapalenie trzustki. Podmiot odpowiedzialny: Les Laboratoires Servier, 22 rue Garnier, 92200 Neuilly sur Seine - Francja. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez Ministra Zdrowia nr K/7382. Adres korespondencyjny: Servier Polska Sp. z o.o., 01-248 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 10, tel. (22) 594 90 00, fax (22) 594 90 10, Internet: www.servier.pl, e-mail: mailto: info@pl.netgr.com. Produkt leczniczy wydawany na receptę. Detaliczna cena uzupelnowa wynosi: 15,86 PLN, maksymalna odpłatność dla pacjenta wynosi: 11,54 PLN.

1) Zasadę postępowania w nadciśnieniu tętniczym. Stronkowi PINT 2003. Nadciśnienie Tętnicze 2002; Tom 7 (sup. A): A1-A21. 2) Semara JP et al., J Hypertens 2001; 19: 343-350. 3) Genes P. et al., J Hypertens 2000; 18: 1465-1475.

