

Nr 3 (13) marzec 2007

# APTEKARZ POLSKI

ISSN 1895-6041

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej

[www.aptekarzpolski.pl](http://www.aptekarzpolski.pl)



- Farmakoterapia miażdżycy
- Receptura na co dzień
- Opieka farmaceutyczna w Niemczech
- Najczęściej odwiedzaną placówką ochrony zdrowia jest apteka

egzemplarz bezpłatny



- ✓ Zgodna z rozporządzeniem Ministra Zdrowia
- ✓ Nowatorskie rozwiązanie
- ✓ Niezbędna w aptece



## Książka kontroli

Ewidencja przychodów i rozchodów  
środków odurzających grupy I-N  
i substancji psychotropowych grupy II-p  
oraz  
preparatów zawierających te środki lub substancje.



**29** złotych za egzemplarz\*

Lepiej niż dotychczas!  
Taniej niż gdzie indziej!

Do nabycia w **Wydawnictwie Naczelnej Izby Aptekarskiej**, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa.  
Prowadzimy również sprzedaż wysyłkową za zaliczeniem pocztowym.  
Zamówienie na sprzedaż wysyłkową można składać telefonicznie: 022 635 02 39,  
faksem: 022 887 50 32 lub pocztą elektroniczną na adres: [wydawnictwo@nia.org.pl](mailto:wydawnictwo@nia.org.pl).

\* koszt przesyłki pokrywa zamawiający



## Spotkajmy się na Międzynarodowej Konferencji Farmaceutów

13 marca br. był dla polskiego środowiska aptekarskiego dniem szczególnym, historycznym. W Galerii im. Jana Pawła II przy Placu Bankowym w Warszawie odbyły się uroczystości przekazania Naczelnej Izbie Aptekarskiej sztandaru ufundowanego przez okręgowe struktury naszego samorządu. Sztandaru, który od razu stał się symbolem aptekarskiej jedności w służbie na rzecz pacjenta. Konsoolidacja, jakość wykonywania zawodu, ciągła edukacja, niezależność ekonomiczna i umiejętność podejmowania zadań, coraz to nowych wyzwań stanowią o mocnych fundamentach każdej organizacji, a samorządu zawodu zaufania publicznego w szczególności.

Wspomnianą wyżej uroczystość uświetnili swoim udziałem znamienici goście z wiceministrem zdrowia, Bolesławem Piechą, na czele. Szczególnie było to ważne dla siedmiu farmaceutów odznaczonych krzyżami zasługi i ponad trzydziestu wyróżnionych resortową odznaką „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. Tak rzadko mamy możliwość odpowiednio docenić szarą, zmudną aptekarską pracę, więc tego rodzaju spotkania należy szczególnie pielęgnować. Wszystkim odznaczonym jeszcze raz serdecznie gratuluję.

**Po takim dniu jestem dumny z faktu, iż jestem aptekarzem.**

A wracając do sztandaru, to jest on przechowywany i eksponowany w warszawskiej siedzibie NIA na Długiej 16.

Drugim tematem, którym chciałbym Was zainteresować, drodzy Czytelnicy, jest „Trzecia Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Farmaceutów – Kraków 2007”. Przeczytajcie uważnie jej program i podejmijcie szybką, jedynie słuszną decyzję o uczestnictwie w niej. Zaręczam, że nie pożałujecie. Tematy wykładów, kursów i wykładowcy dają gwarancję wysokiego poziomu szkoleń, a program imprez towarzyszących (łącznie z obchodami aptekarskiego Świąta Kosmy i Damiana) olbrzymie walory integracyjne dla naszego środowiska.

**Koleżanki i Koledzy...**

Zbliżające się Świąta Wielkiej Nocy niosą ze sobą nastrój zadumy nad dotychczasowymi dokonaniem i refleksji nad kruchością życia. Jednocześnie paradoksalnie dają one impuls, energię do tworzenia i mroźczej pracy na następne długie miesiące a nierzadko i lata. W tych ważnych dla każdego z nas dniach pragnę złożyć serdeczne życzenia wszystkim Czytelnikom, Aptekarzom – pełnych skupienia pogodnych i radosnych chwil. Chwil spędzonych w gronie najbliższych, rodziny, które pomogą złapać głęboki oddech i optymizm przy zapisywaniu następnych kart historii naszego życia.

Andrzej Wróbel

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Warszawa, marzec 2007

Mamy sztandar .....	4, 5
EKSPERTYZY, RAPORTY	
Czy styczeń zwiastuje lepszy rok .....	4
ROZMOWY REDAKCJI	
Najczęściej odwiedzaną placówką ochrony zdrowia jest apteka .....	6
Odkrywam nowe barwy .....	42
Zapach olejku eukaliptusowego .....	44
AKTUALNOŚCI .....	8, 13
OPIEKA FARMACEUTYCZNA	
Jak Niemcy realizują opiekę farmaceutyczną .....	9
NOWE PRODUKTY LECZNICZE .....	14
TRADYCJE	
Nasza Wielkanoc .....	21
POLSKIE LEKI	
Farmaceutyka nie znosi pośpiechu .....	25
FARMACJA SZPITALNA	
Gospodarka lekiem i drobnym sprzętem medycznym .....	28
WSZECHNICA APTEKARSKA	
Receptura na co dzień .....	30
MŁODA FARMACJA	
Studencki głos w sprawie staży aptecznych .....	32
MANUAŁ APTEKARSKI	
Cukier krzepi? .....	34
Współczesna farmakoterapia miazdźcy .....	37
LEX APOTHECARIORUM	
Wybrane zagadnienia reklamy Produktów leczniczych .....	40
BIBLIOTEKA APTEKARZA	
Marzenia i życie .....	45
SPORT TO ZDROWIE	
Kapryśna zima nie popsula .....	46
PRZEGLĄD PRASY .....	47
ŚWIAT W PIGULCE	
Kowno, drugie serce Litwy .....	48

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

Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel: 022 635 92 85, fax: 022 887 50 32, e-mail: [nia@nia.org.pl](mailto:nia@nia.org.pl); [www.nia.org.pl](http://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, tel. 022 635 02 39 e-mail: [redakcja@aptekarzpolski.pl](mailto:redakcja@aptekarzpolski.pl)

Stali współpracownicy: mgr farm. Joanna Marczak, Grażyna Smolarek-Kamińska (Bydgoszcz)

Marketing i reklama: Ewa Firlej

Grafik: Magda Sierocińska

Korekta: Halina Śnieżko

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.



## MAMY SZTANDAR

Data 13 marca 2007 roku wpisała się na trwale do kalendarza wydarzeń samorządu aptekarskiego. Tego dnia w Warszawie odbyła się uroczystość nadania sztandaru Naczelnej Izbie Aptekarskiej. Miejscem wydarzeń były salony muzeum Kolekcji im. Jana Pawła II. Kolekcję tworzą obrazy, głównie portrety podarowane Papieżowi przez małżeństwo Janiny i Zbigniewa Porczyńskich.

Sztandar ufundowały okręgowe izby aptekarskie. W imieniu całej społeczności aptekarzy i farmaceutów sztandar przekazali Andrzejowi Wróblowi, prezesowi Naczelnej Rady Aptekarskiej seniorzy zawodu – Edwarda Kędziarska, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej I kadencji oraz Marian Mikulski, szef Departamentu Etyki i Deontologii Zawodu NRA.



Seniorzy przekazują sztandar

Ceremoniał przekazania sztandaru był bardzo uroczysty. Podniosły nastrój zaakcentowały mocno brzmiące fortepianowe akordy Mazurka Dąbrowskiego. Prezes Andrzej Wróbel przyjmując sztandar przyklęknął przed nim i ucałował, przyrzekając strzec jego godności.



Prezes NRA przyjmuje sztandar

# Czy styczeń zwiastuje lepszy rok?



Ogólne spojrzenie na wyniki sprzedaży aptecznej w styczniu napawa optymizmem. Miesiąc ten zakończył się całościową sprzedażą na poziomie 142,5 tysiąca złotych. Rezultat ten jest wyższy od grudnia

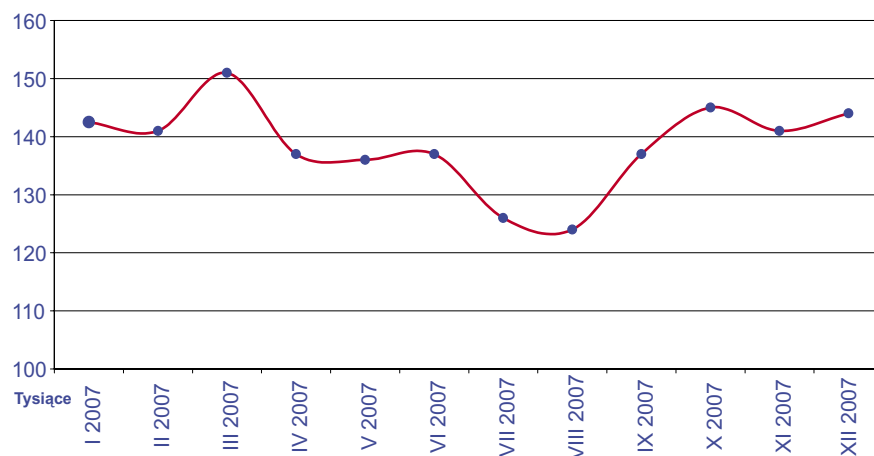
ogółem wyniosła 24,1%, dla leków refundowanych 18,6%, a dla pozostałych produktów 28,8%

W styczniu 2007 średnia wartość transakcji w aptecce wyniosła

### Prognoza miesięcznych obrotów statystycznej apteki

Prognozowany obrót 2007: 1 663 tys. (wartościowo w PLN)

Zmiana: wzrost 0-1 %



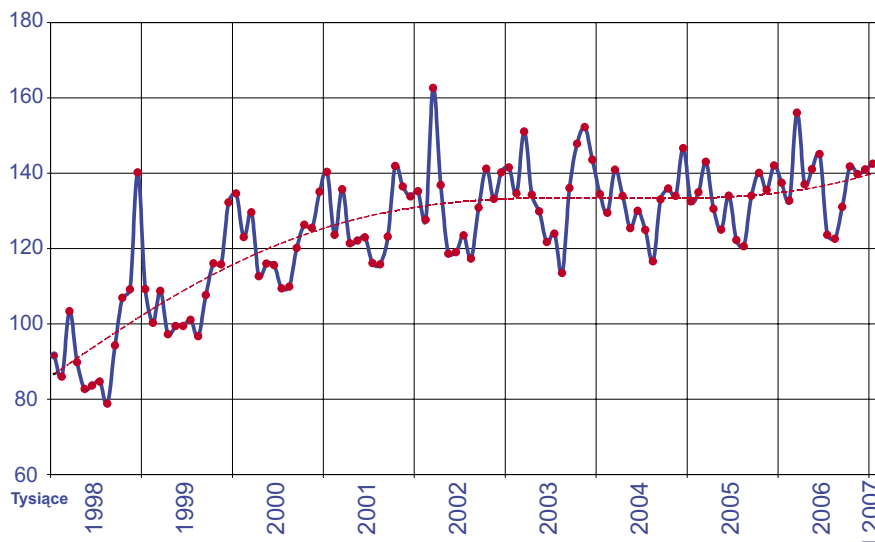
2006 roku o 1,1%, a od stycznia roku minionego aż o 3,6%.

Wartość sprzedaży odręcznej w styczniu 2007 roku była wyższa aż o 8,3% w stosunku do analogicznego okresu ubiegłego roku. Wartość tej sprzedaży wyniosła średnio 45,5 tysiąca złotych. Fakt ten powinien cieszyć aptekarzy, ponieważ efektywna marża (liczona od ceny zakupu) na lekach OTC, wyższa od preparatów na receptę, zawsze poprawia wyniki finansowe apteki. Średnia marża

ok. 16,70 złotych, a przeciętna apteka dokonała 8960 transakcji. Liczba pacjentów w styczniu wyniosła średnio 3930 osób.

Według obliczeń analityków PharmaExpert obroty na rynku aptecznym w roku 2007 wzrosną około 3%-4%, natomiast wzrost sprzedaży pojedynczej apteki nie będzie na aż tak wysokim poziomie w związku z rosnącą liczbą aptek i wyniesie poniżej 1%.

Wartość miesięcznej sprzedaży statystycznej apteki w Polsce w latach 1998-2007 (wartościowo w PLN)



W ostatnich latach stale obserwujemy zmniejszającą się liczbą pacjentów w aptekach. Wg naszych szacunków będzie ona niższa w roku 2007 i wyniesie około 44 600, co stanowić będzie spadek w stosunku do roku 2006 o 1,7%, a do roku 2005 spadek o 2,4%.

Na podstawie prowadzonych analiz wnioskujemy, że całkowite obroty wszystkich aptek w Polsce wyniosą w roku 2007 ponad 21,21 mld. złotych, a wartość refundacji ponad 6,84 mld złotych. Przeciętna apteka w bieżącym roku dokona ponad 98 tysięcy transakcji, których wartość wyniesie ponad 1,66 mln

złotych. W ciągu bieżącego roku statystyczna apteka sprzedaje prawie 120,6 tysiąca opakowań leków.

Sprzedaż odłączna stanowić będzie ponad 28,1% wartości całkowitego obrotu, sprzedaż na recepty refundowane ponad 51,2%, a na recepty pełnopłatne ponad 20,3%. Średnia cena leku wyniesie około 13,80 złotych, leku refundowanego 22,06 złotych a leku OTC 7,56 złotych. Oznacza to wzrost średniej ceny opakowania statystycznego leku o 1,5% w stosunku do roku 2006 i 5,3% w stosunku do roku 2005.

**Piotr Kula**  
Prezes PharmaExpert

Straż nad sztandarem przejął poczet wystawiony przez Naczelną Radę Aptekarską.

Sztandar został poświęcony przez księdza Józefa Jachimczaka CM – Krajowego Duszpasterza Służby Zdrowia. *Niech ten sztandar Was łączy i umacnia Wasze środowisko* – życzył aptekarzom ksiądz Jachimczak.



Poświęcenie sztandaru przez księdza Józefa Jachimczaka

Świadcami aktu przekazania sztandaru byli farmaceuci reprezentujący radę naczelną i okręgowe rady aptekarskie. Na uroczystość przybyli także goście oficjalni, m.in. Bolesław Piecha – sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia, Zofia Ulz – Główny Inspektor Farmaceutyczny, Andrzej Sośnierz – prezes Narodowego Funduszu Zdrowia, poseł Mieczysław Walkiewicz, Konstanty Radziwiłł – prezes Naczelnej Rady Lekarskiej.

Na pamiątkę uroczystości prezesom okręgowych rad aptekarskich wręczono repliki gwoździ drzewca sztandaru symbolizujących 20 okręgowych izb aptekarskich.

Specjalnymi gośćmi uroczystości byli farmaceuci, którym Prezydent Rzeczypospolitej Polskiej nadał odznaczenia państwowe oraz uhonorowani przez Ministra Zdrowia odznakami „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. Wyróżnienia wręczał minister Bolesław Piecha.

W trakcie spotkania przedstawiciel **SERVIER POLSKA Sp. z o.o.** odebrał dyplom *Partnera Prasy Aptekarskiej* nadany firmie przez Prezydium NRA.

Finałem uroczystości był koncert utworów Fryderyka Chopina w wykonaniu pianisty Bartłomieja Zakowskiego.

**Zbigniew Solarz**



Prezesi okręgowych rad aptekarskich odebrali repliki gwoździ z drzewca sztandaru

# Najczęściej odwiedzaną placówką ochrony zdrowia jest apteka

Rozmowa z Bolesławem Piechą – sekretarzem stanu w Ministerstwie Zdrowia.



for. Jacek Swirzński

– **Panie Ministrze, 16 lutego tego roku nowelizacja Prawa Farmaceutycznego została przyjęta przez Sejm. Co jeszcze nas czeka w sferze regulacji?**

– Akty prawne, które w tej chwili znajdują się na różnych etapach procedowania, a więc obok już znowelizowanego Prawa Farmaceutycznego, poprzez drugą część Prawa Farmaceutycznego (tzw. mała nowelizacja) – tworzą logiczną całość. Pozostaje jeszcze ustawa o świadczeniach zdrowotnych, czyli dość spora nowelizacja, która reguluje zasady refundacji leków. Bardzo ważną sprawą, nad którą też pracujemy, jest zagadnienie cen leków. Ministerstwo dąży do stworzenia pakietu przepisów, które będą konstytuować system prawa regulującego zagadnienia farmaceutyczne.

– **Czy spełniły się legislacyjne oczekiwania resortu, jeśli idzie o kwestie związane z aptekarstwem w Polsce?**

– Do tej pory udało nam się uporządkować bardzo ważną dla nas wszystkich sprawę: reklamę leków i reklamę apteki. Do niedawna te dwie kwestie bardzo, wręcz coraz

bardziej z upływem dni, zaczęły na siebie nachodzić, tak że w pewnym momencie nie sposób było rozgraniczyć jednego od drugiego. Regulacja prawna dotycząca jednej kwestii zaczęła nakładać się na drugą regulację. Taki przykład – ulotka reklamująca aptekę, na pierwszej stronie rzeczywiście – reklama apteki. A w środku? W środku znajduje się lista cenowa... Z upustami, promocjami i prezentami dla pacjenta, o ile tylko zakupi któryś z wymienionych leków! To reklama apteki czy leków?!

– Apteka jako placówka ochrony zdrowia nie powinna się reklamować. Podobnie do zakładów opieki zdrowotnej dopuszczalna będzie wyłącznie informacja podstawowa, np. o godzinach otwarcia placówki.

– **To jasne postawienie sprawy. A co jeszcze będzie poddane regulacji?**

– Nie potrafimy przebić się do świadomości publicznej z faktem, że **cena leku wcale nie powstaje w aptece**, zwłaszcza – cena leku refundowanego. Są sztywne marże, w dodatku degresywne; są urzędowe ceny, są urzędowo wyznaczone limity. Apteka praktycznie nie ma możliwości

stosowania bonusów. Ale już hurtownie taka możliwość mają i to właśnie one czasami stosują różnego rodzaju „konstrukcje” cenowe. Takie możliwości mają także producenci leków.

– W związku z tym, skoro hurtownik dysponuje potężnymi rabatami, promocjami, dyskontami i temu podobnymi narzędziami ekonomicznymi, to w ramach programu lojalnościowego może narzucić swoje zdanie aptece, wskazując na leki, których sprzedaż – z punktu widzenia producenta bądź handlowca – jest pożądana, a tym samym tworzyć własną politykę zdrowotną. Pozwala to marginalizować leki innych producentów czy innych konkurentów na rynku hurtowym. To chcemy przeciąć.

– **Zamierzamy uporządkować sprawy cen i marż**, łącznie ze sztywnymi cenami. Z drugiej strony chcemy wprowadzić sztywne przepisy antykoncentracyjne oraz poprawić rozmieszczenie aptek w Polsce.

– **A właśnie, Panie ministrze – mamy za dużo czy za mało aptek w Polsce?**

– Aptek mamy mnóstwo, prawdę powiedziawszy. Jedna przypada na 2,5



-2,7 tysiąca mieszkańców, podczas gdy w Szwecji jest 11-12 tysięcy obywateli na jedną aptekę, a w Austrii – 7 tysięcy. Przy marżach, jakie obowiązują w polskich aptekach, a główny obrót lekiem przypada na leki refundowane, warunki ekonomiczne funkcjonowania takiej apteki okazują się wątle. I stąd wziął się pomysł uregulowania „geografii aptek”.

– Z drugiej jednak strony placówki te są fatalnie rozmieszczone. Mamy potężną część Polski, gdzie po prostu aptek nie ma. Nikt ich tam nie zakłada. A w miasteczkach powiatowych – co przecznicza, to apteka. Przejście kilku ulic w mieście od apteki do apteki – to nie jest problem, ale gdy po leki trzeba jeździć z gminy do gminy – to problem zaczyna być dotkliwy. Regulacja „geografii aptek” ma na celu poprawę dostępności aptek dla poszczególnych grup społecznych przy jednoczesnej poprawie warunków ekonomicznych, w jakich one pracują.

– **Podobno resort chce narzucić aptekom dodatkowe obowiązki?**

– Pierwsza rzecz to współudział w nadzorze i monitorowaniu leków; apteka musi wykonać określone procedury, by wprowadzić każdą refundowaną receptę do obrotu. Będzie miała ona obowiązek odnotowania nie tylko to, że jest konkretny lek, nie tylko to, że ma kod EAN, czy jest on refundowany, ale również będzie musiała wpisać PESEL pacjenta. Tak być musi, dopóki nie dorobimy się automatycznego, czyli elektronicznego systemu identyfikacji pacjenta. Chcemy wiedzieć, jacy pacjenci wykupują leki refundowane. Bardzo często obserwujemy wykupowanie leków o pełnej refundacji i nieuzasadnione wydatki Funduszu. My to zjawisko badaliśmy na podstawie pewnych grup leków. Popyt na leki, które nie były objęte żadną promocją, Narodowy Fundusz jest w stanie przewidzieć z dokładnością do 10 złotych!

– I nagle pojawia się lek objęty promocją – wydatki Narodowego Funduszu, na refundację zakupów tego specyfiku, potrafią w ciągu kwartału wzrosnąć o 100%... Człowiek ma taką naturę, że lubi brać za darmo, nie myśląc, czy to mu się kiedykolwiek

do czegoś przyda. Przecież część z tych leków powędruje do kosza. Zbyt długo przechowywane „gratisy” mogą spowodować nawet niebezpieczeństwo dla pacjentów.

– **Kwestią wielkich dyskusji stały się „świadczenia farmaceutyczne”.**

– To ostatnia z wielkich kwestii, jakie planujemy wkrótce rozwiązać. **Będziemy dążyć do precyzyjnego opisanie „świadczenia farmaceutycznego”.** Jaki jest zakres tego świadczenia w kontekście zdrowia publicznego, ale nie tylko – również tego indywidualnego? Te zagadnienia ma regulować ustawa – o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

– Najczęściej odwiedzaną przez pacjentów placówką ochrony zdrowia wcale nie jest przychodnia czy gabinet lekarski, także nie szpital – tym miejscem jest apteka. Apteka ma kontakt z pacjentem przewlekle chorym, i z tym, który szuka jakiegoś doraźnego środka. Dobrze byłoby wykorzystać aptekę do programów promocji i profilaktyki. Warto w niej zmierzyć ciśnienie, warto zbadać poziom cukru. Warto zainteresować pacjenta dodatkowymi świadczeniami farmaceutycznymi przy udziale aptekarza jako doradcy. Aptekarz jest pracownikiem ochrony zdrowia, choć nie jest i nie będzie lekarzem. Ale jako farmaceuta mający specjalistyczne wykształcenie, może doradzić w wielu sprawach wiążących się ze stanem zdrowia, np. z zakresu prawidłowego żywienia, może przestrzec przed interakcją leków zapisanych przez różnych lekarzy temu samemu pacjentowi. Aptekarz może naprawdę wiele.

– **Panie ministrze, jak Pan się spodziewa, do kiedy potrważą prace nowelizacyjne nad wspomnianymi aktami prawnymi?**

– Projekty dawno już wyszły z resortu, dawno też odniosły się do tych propozycji wszystkie instytucje zewnętrzne, korporacje zawodowe. Jeżeli w Sejmie znajdują się Prawo Farmaceutyczne i ustawa o świadczeniach zdrowotnych odpowiednio szybko, to do końca czerwca tego roku mogą one zostać uchwalone. Te ▶

## ODZNACZENI FARMACEUCI

• **Złotym Krzyżem Zasługi**  
mgr Edwarda Kędzierska



Minister B. Piecha odznacza mgr E. Kędzierską, prezesa NRA I kadencji

• **Srebrnym Krzyżem Zasługi:**  
mgr Irena Borys  
mgr Michał Piotr Grzegorzczak  
mgr Katarzyna Kaniut  
mgr Krystyna Sowińska

• **Brązowym Krzyżem Zasługi**  
mgr Witold Huget  
mgr Apolonia Anna Piotrowska

• **Odznaką honorową „Za Zasługi Dla Ochrony Zdrowia”**

mgr Maria Baś  
mgr Leon Borowiecki  
dr Roman Duda  
dr Wojciech Giermaziak  
mgr Bożena Golańska  
mgr Stanisława Gołębiewska  
mgr Włodzimierz Gryglaszewski  
mgr Beata Horoszko  
mgr Teresa Jaskulska  
mgr Piotr Józwiakowski  
mgr Irena Knabel-Krzyszowska  
dr Maria Kołodyńska  
mgr Stanisława Krystynowicz  
dr Urszula Kurczewska  
mgr Teresa Mazur  
mgr Mariusz Miszczuk  
mgr Piotr Pasierbiak  
mgr Zbigniew Pawłowski  
mgr Joanna Piątkowska  
mgr Apolonia Piotrowska  
prof. Anna Put  
mgr Zofia Rogowska – Tylman  
mgr Anna Rybowska  
mgr Edward Stanek  
mgr Wanda Stańczak  
mgr Marianna Stefańczyk  
mgr Halina Tonn  
dr Barbara Uniejewska  
mgr Jan Wojda  
mgr Szymon Zajac

## KRONIKA KADROWA

## Nowy Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Olsztynie



10.03.2007 r. Prezesem Okręgowej Rady Aptekarskiej w Olsztynie została wybrana mgr farm. Lucyna Łazowska.

## Zbigniew Niewójt powraca do pracy w Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym

Na wniosek Zofii Ulz, Głównego Inspektora Farmaceutycznego minister Zbigniew Religa wręczył nominację Zbigniewowi Niewójtowi na stanowisko zastępcy Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

WYBÓR Z KURIERANIA  
[www.nia.org.pl](http://www.nia.org.pl)

Nr 10 – 2007

**10 marca** w Olsztynie odbył się XV Okręgowy Sprawozdawczy Zjazd Aptekarzy Okręgowej Izby Aptekarskiej. W związku z wyborem Jana Rogowskiego na stanowisko Burmistrza Lidzbarka Welskiego i jego rezygnacją z pełnienia funkcji Prezesa ORA w Olsztynie program Zjazdu poszerzono o wybory nowego prezesa.

**8 marca** w Warszawie odbyło się posiedzenie Naczelnej Komisji Rewizyjnej pod przewodnictwem Ryszarda Jasińskiego. Komisja dokonała przeglądu dokumentacji księgowej za IV kwartał 2006 r. oraz przeprowadziła analizę wykonania preliminarza budżetowego i sprawozdania finansowego za rok 2006. W posiedzeniu NKR uczestniczyli: Ewa Bartnicka, Teresa Florek-Nazar oraz Władysław Rybka. ▶

▶ ustawy są niezbędne, by w sposób statystyczny i informatyczny opanować gospodarkę lekami. Już teraz musimy zająć się tą sferą i szybko uporządkować zaszłości w tej dziedzinie. To też będzie trwało.

Musimy zająć się wprowadzaniem leków generycznych i budowaniem pewnych priorytetów w polityce refundacyjnej. A do tego potrzebne są nam wspomniane akty prawne.

– **Panie ministrze, jak się wydaje, jest jeszcze kwestia doprecyzowania zawodu aptekarza?**

– To jedno z najtrudniejszych zagadnień, występują te tendencje przeciwstawne. Są trzy podstawowe zawody medyczne: lekarz, pielęgniarka-położna i właśnie aptekarz. Doprecyzowanie zawodu farmaceuty – poza kształceniem – wymaga określenia norm etycznych dla tej profesji. Aptekarz ma w aptecce określone uprawnienia, ponosi odpowiedzialność i powinien ze swych uprawnień korzystać. Jeśli nam uda się dokładnie określić zawód lekarza, to wiele rozwiązań – per analogiam – dotyczyć też będzie zawodu farmaceuty. Czy uda nam się stworzyć określenie zawodu aptekarza jako doradcy pacjenta w systemie opieki zdrowotnej? Nie wiem. Ale bardzo bym tego chciał.

– **Aptekarz wykonuje zawód, którego cechą jest szczególna relacja z pacjentem polegająca na zaufaniu pacjenta do aptekarza w sprawie bezpieczeństwa leków wydawanych z apteki.**

– Początek lat '90 poprzedniego stulecia stanowił dla polskiego apte-

karstwa okres trudny, a błędy wówczas popełnione przynoszą skutki do dziś odczuwalne. Aptekarze nie byli przygotowani do prowadzenia aptek w sensie biznesowym. Zadłużenie aptek, nieumiejętność wypracowania pozycji biznesowych – to niektóre z przejawów tego nieprzygotowania. Mam nadzieję, że trudne lata aptekarstwa już wkrótce będziemy mieli za sobą.

**Chcemy mocniej związać aptekarza z apteką.** To się, niestety, nie udało w poprzednich edycjach Prawa Farmaceutycznego. „*Aptekarz to jest apteka*”, bądź „*Apteka dla aptekarza*” – to robocze hasła kierunku w którego stronę będziemy zmierzać. Obecnie właścicielem apteki jest „*przedsiębiorca*”, który wcale nie musi być „*aptekarzem*”. A to źle!

– **Jak się układają stosunki resortu z samorządem aptekarskim?**

– Z mojego punktu widzenia – bardzo dobrze. Mam nadzieję, że koledzy z Naczelnej Rady Aptekarskiej, z izb wojewódzkich dzielą to zdanie. Mnie z korporacją aptekarską współpracuje się znakomicie, ponieważ są to lojalni i bardzo wiarygodni partnerzy.

– **Panie ministrze, rozmowa wywołuje chęć postawienia kolejnych pytań. Dziękujemy za odpowiedź na dzisiejsze kwestie i liczymy na następną rozmowę dla „Aptekarza Polskiego” już wkrótce. ■**

Rozmawiali:

**Zbigniew Solarz  
i Jacek Świdziński**

[rozmowa odbyła się 1 marca]





# Jak Niemcy realizują opiekę farmaceutyczną



**„Opieka farmaceutyczna to rewolucyjna zmiana w praktyce aptekarskiej i jako taka wymaga przełamania obowiązującego od wieków podstawowego paradygmatu zawodu”.**

Nie ulega wątpliwości, że opieka farmaceutyczna implikuje zupełną zmianę sposobu myślenia i mentalności zawodowej. Jest to proces przewidziany na odpowiednio długi przedział czasu, co wymaga ogromnej determinacji, konsekwencji i wytrwałości.

Niemcy należą do tych nielicznych jeszcze krajów, w których farmaceuci z powodzeniem kompleksowo realizują zadania związane z opieką farmaceutyczną, która jest stosunkowo nową koncepcją działalności, jaką może zaoferować nowoczesny, odpowiednio przeszkolony w tym kierunku farmaceuta. Przystępujący do opieki farmaceutycznej niemieccy aptekarze świadomi ciągle są faktu, iż nie ma odwrotu od opieki farmaceutycznej, a dalsza egzystencja ich zawodu we współczesnym świecie wymaga podjęcia ciągle nowych wyzwań, jakie niesie za sobą zmieniająca się rzeczywistość.

W Niemczech, kraju o silnie zaznaczającym się tradycyjnym wizerunku farmaceuty, ukierunkowanego na produkt leczniczy (lek), coraz głośniej i przy każdej nadarzającej się okazji wskazuje się na tę nową misję zawodu. Nic więc dziwnego, że coraz więcej aptek ale przede wszystkim farmaceutów, przystępuje do praktycznej realizacji opieki farmaceutycznej.

Dostrzegając potrzebę realizowania opieki farmaceutycznej, władze niemieckich uczelni kształcących farmaceutów stosunkowo szybko uznały ją za główny kierunek edukacji. Stąd też kształcenie w zakresie opieki farmaceutycznej odbywa się tam na różnych etapach edukacji zawodowej farmaceutów, tzn. na studiach przeddyplomowych (studiach stacjonarnych), w kształceniu podyplomowym (kursy doszkalające,

warsztaty, kursy specjalizacyjne) oraz na studiach doktoranckich.

Przykład rozwiązań w zakresie szkoleń przeddyplomowych w Niemczech stanowi Wydział Farmaceutyczny w Bonn, gdzie zajęcia z opieki farmaceutycznej w formie wykładów i seminariów prowadzone są w ramach 30. godzinnych zajęć fakultatywnych z Farmacji Klinicznej i Farmakoterapii. Zakres przekazywanych w czasie tych zajęć treści obejmuje m.in.:

- zasady Dobrej Praktyki Aptecznej,
- źródła problemów lekowych i ponoszonych przez rząd i społeczeństwo z tego powodu kosztów,
- zasady komunikacji interpersonalnej farmaceuty z pacjentem, farmaceuty z lekarzem oraz innymi uczestnikami procesu farmakoterapii,
- zagadnienia dotyczące braku współpracy pacjentów w realizacji planu farmakoterapii,
- przyczyny i koszty wynikające z niestosowania się pacjentów do założeń procesu farmakoterapii,

- filozofię opieki farmaceutycznej, jej cele i zdania,
- zagadnienia związane z monitorowaniem procesu farmakoterapii,
- przykłady realizacji opieki farmaceutycznej w wybranych grupach chorych np. z cukrzycą, nadciśnieniem czy astmą,
- sposoby dokumentowania poszczególnych etapów opieki farmaceutycznej,
- korzystanie ze wsparcia, jakie dają komputerowe programy i baza danych wspierające działania związane z opieką farmaceutyczną.

Kończący studia – absolwenci niemieckich wydziałów farmaceutycznych są na ogół dobrze przygotowani do realizowania programów opieki farmaceutycznej w swoim miejscu pracy. Niewątpliwie przyczynia się do tego fakt uczestnictwa w zajęciach z opieki farmaceutycznej, które już od kilku lat władze uczelni uwzględniają w obowiązujących programach nauczania. Farmaceuci mają także możliwość pogłębiania swej



► wiedzy i praktycznych umiejętności poprzez uczestnictwo w różnego rodzaju kursach podyplomowych czy praktycznych warsztatach organizowanych przez instytuty naukowe, wyższe uczelnie, a przede wszystkim przez Niemieckie Izby Aptekarskie.

Starsi aptekarze po początkowym okresie tzw. sceptycyzmu coraz częściej zmieniają swoje nastawienie i coraz chętniej uczestniczą w specjalnie dla nich organizowanych szkoleniach. W ten sposób pragną nabyć jak najwięcej wiedzy i umiejętności z zakresu opieki farmaceutycznej. Ułatwiają im to w dużym stopniu Izby Aptekarskie, które przy każdej możliwej okazji stwarzają dogodne warunki do doskonalenia zawodowego swoich członków. Praktycznie każde większe spotkanie aptekarzy, każdy zjazd aptekarzy, jak również większość cyklicznych szkoleń, zazwyczaj obejmuje cały szereg zagadnień związanych z opieką farmaceutyczną. Tego typu działania są konsekwencją realizacji założeń zawartych w oficjalnych dokumentach programowych Zrzeszenia Niemieckich Izby Aptekarskich (ABDA). Na konieczność

nowego ukierunkowania usług farmaceutycznych, skierowanych przede wszystkim na potrzeby indywidualnego pacjenta wskazuje wiele dokumentów publikowanych zarówno przez ABDA, jak również przez Regionalne Izby Aptekarskie. Nie bez znaczenia na stopień zaangażowania aptekarzy w opiekę farmaceutyczną mają szeroko rozumiane aspekty ekonomiczne. Korzyści oraz możliwości i sposoby finansowania działań związanych z opieką farmaceutyczną opisywałem swego czasu, pisząc o tzw. „Ofensywie niemieckich aptekarzy”.

### **W Niemczech finansowanie dodatkowych działań i usług oferowanych przez apteki stało się faktem**

Ofensywa w postaci szerokiej oferty dodatkowych usług zaproponowana przez aptekarzy nie mogła zostać niezauważona. Sam projekt, jego założenia metodyczne wsparcie i medialna popularyzacja, zostały opracowane, przygotowane i wprowadzone do praktyki aptecznej dzięki zaangażowaniu ABDA. Aptekarze wspierani przez swoje organizacje

samorządowe: izby krajowe, ABDA i Niemiecki Związek Pracowników Aptek, aktywnie uczestniczyli, i to na równych prawach, w rozmowach między rządem, kasami chorych, lekarzami i organizacjami reprezentującymi interesy pacjentów. W rezultacie tych trudnych rozmów nastąpiły ogromne zmiany w niemieckich przepisach regulujących sprawowanie oraz formy finansowania opieki medycznej i zaopatrzenia w leki w Niemczech. W tym też ustawowo zagwarantowany został system stopniowego wprowadzania i finansowania działań z zakresu opieki farmaceutycznej. Tak więc finansowanie dodatkowych działań i usług oferowanych przez apteki stało się faktem. W następstwie tego, również po długich rozmowach i negocjacjach zainicjowanych przez organizacje samorządowe niemieckich aptekarzy, podpisano trójstronną umowę między kasą chorych Barmer ErsatzKasse (BEK), Niemieckim Związkiem Lekarzy Domowych (DHV) i aptekarzami (DAV/ABDA). Do programu przystąpiło 17 651 „Aptek Domowych”. Po 9 miesiącach jego funkcjonowania ponad 1.2 mln. ubezpieczonych zapisało się do wybranej apteki. Stanowi to trochę ponad 80 % wszystkich niemieckich aptek. Dodatkowo nadmienię, że w programie bierze udział i podpisało umowę 36 000 lekarzy domowych.

W związku z rozpoczęciem funkcjonowania opieki farmaceutycznej i modelu „Apteka Domowa”, a co również obejmują warunki wyżej opisanej umowy trójstronnej, mocno wzrosła potrzeba ustanowienia bazy danych niezbędnych dla szybkiego określania ryzyka związanego ze stosowaniem leków i określenia możliwości wystąpienia ewentualnych interakcji. Dotychczasowe programy pomocnicze w takich przypadkach oferowane aptekom przez różne firmy okazały się bowiem niewystarczające. Z tego też względu ABDA uruchomiła w swojej centralnej bazie danych dodatkowy moduł (Moduł – CAVE) ułatwiający aptekarzom rozpoznanie problemów lekowych, wspomagany oceną stopnia ryzyka dla stosowanych przez określonego pacjenta leków. Moduł ten za pomocą łączy internetowych jest dostępny dla wszystkich aptek. Przy jego pomocy możliwe staje się auto-





matyczne badanie ryzyka wynikającego ze stosowania przez pacjentów leków, środków spożywczych i używek w zależności od dodatkowych parametrów dotyczących pacjenta jak: wiek, płeć, przebyte choroby, choroby przewlekłe, alergie oraz tryb życia.

## Pacjenci, odwiedzając apteki, uzyskali dostęp do dodatkowych usług

W wyniku wprowadzenia opieki farmaceutycznej do codziennej praktyki aptecznej niemieccy pacjenci odwiedzający apteki uzyskali dostęp do dodatkowych usług, które przyczyniły się znacząco do poprawy ich stanu zdrowia i jakości życia.

Z opieką farmaceutyczną ściśle łączą się kampanie prozdrowotne, w których aptekarze upowszechniając działania związane z opieką farmaceutyczną:

- zachęcają i uświadamiają pacjentów co do dobroczynnych skutków szczepień,
- zwiększają zakres i liczbę porad udzielanych w aptekach,
- przyczyniają się do obniżenia kosztów funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej,
- ograniczają liczbę pomyłek w ordynowaniu leków,
- podnoszą bezpieczeństwo związane z procesem farmakoterapii,
- utrzymują dobry stan zdrowia pacjentów przy możliwie wysokiej jakości życia,
- walczą z nadwagą w społeczeństwie,
- realizują program redukcji błędów medycznych,
- upowszechniają programy wspomagające rzucenie palenia,

Należy podkreślić, że każdy niemiecki pacjent ma swobodę w wyborze farmaceuty i apteki, w której będzie na jego rzecz prowadzona opieka farmaceutyczna. Stworzone zastały procedury dotyczące zmiany apteki przez pacjenta, sposobu przekazywania zebranych o pacjencie danych z jednej apteki do drugiej czy też o czasowym (np. na czas dłuższej zmiany miejsca zamieszkania pacjenta) zastępstwie przez innego farmaceutę.

Dodatkowo standardowo w opiece farmaceutycznej, jaką mają do zaoferowania swoim pacjentom niemieccy aptekarze, występują:



foto. archiwum

- prowadzenie profilu leczniczego dla pacjentów,
- ustalanie i informacja o ewentualnych interakcjach.

W chwili obecnej niemieccy aptekarze przy współpracy z ABDA realizują następujące programy opieki farmaceutycznej:

1. podstawy Opieki Farmaceutycznej,
2. astma,
3. cukrzyca I i II typu,
4. zakrzepice,
5. opatrywanie ran,
6. nadciśnienie,
7. bóle głowy i pleców.

Dalsze kierunki działań związanych z opieką farmaceutyczną koncentrują się na kontynuacji i doskonaleniu już prowadzonych akcji i działań nastawionych na wykrywanie przez aptekarzy problemów lekowych. Trwają także pilotażowe realizacje:

- opieki farmaceutycznej wieku podeszłego,
- opieki farmaceutycznej nad pensjonariuszami domów starców i domów opieki społecznej,

Na zakończenie tego krótkiego bilansu dokonań w sferze opieki farmaceutycznej w Niemczech warto wspomnieć o wspaniałych narzędziach, jakimi są profesjonalnie organizowane przez samorząd aptekarski kursy, szkolenia, warsztaty, konferencje i seminaria z zakresu funkcjonowania i możliwości wykorzystania opieki farmaceutycznej w aptekach. Wielu aptekarzy, w tym przede wszystkim młodzi

adeptci zawodu, w opiece farmaceutycznej dostrzegając olbrzymie możliwości, szkoli się bardzo intensywnie w tej dziedzinie. Dla niektórych ukończenie szkoleń i nabycie praktycznych umiejętności opieki farmaceutycznej stanowi bardzo poważny argument na „tak” w momencie ubiegania się o pracę w aptecę ABDA. Z roku na rok wzrasta zapotrzebowanie na fachowych doradców dla pacjentów w aptekach. Coraz więcej kas chorych, dostrzegając wymierne korzyści zarówno dla swoich pacjentów, jak i dla funduszy tych kas, finansuje działania aptek związane z opieką farmaceutyczną. To z kolei przyczynia się do powstawania nowych miejsc pracy i zatrudnienia większej liczby farmaceutów pozostających bez pracy. ■

**dr n. farm. Tadeusz Bąbalek**  
Przewodniczący Zespołu  
Ekspertów NRA  
ds. Wprowadzania Opieki  
Farmaceutycznej  
do Aptek Ogólnodostępnych



# Najpierw „SOKRATES”, potem „Leonardo da VINCI”

**D**zisiaj żałuję, że będąc studentką, nie skorzystałam z żadnej z propozycji wyjazdowych oferowanych przez moją uczelnię. Przeoczyłam naprawdę ciekawe i jak się okazuje – niepowtarzalne – okazje do zobaczenia kawałka świata i nabycia wartościowych umiejętności zawodowych. Dlaczego, kiedy student staje się absolwentem i idzie do pracy, zamyka się przed nim tak wiele drzwi?

## **JAK DOBRZE BYĆ STUDENTEM...**

Studenci farmacji znajdują się w doprawdy komfortowej sytuacji. Wymiany międzynarodowe pomiędzy uczelniami organizowane są między innymi w ramach współpracy z International Pharmaceutical Students' Federation. Podobną działalność prowadzi European Pharmaceutical Students' Assosiation. Młodzi adepci farmacji mają ponadto szerokie możliwości wyjazdu w ramach unijnego programu „Sokrates”. Dzie-

ki tym inicjatywom studenci z mojego wydziału udali się na stypendia m.in. do Niemiec i Francji. Poszczególne uczelnie starają się również na własną rękę nawiązywać współpracę z zagranicznymi partnerami. Dzięki takim staraniom grupa moich kolegów wzięła udział w ekspedycji naukowej do Belize w Ameryce Środkowej. W rewanżu gościliśmy amerykańskich studentów wraz z kadrą naukową. Były wspólne zajęcia, zorganizowano wykłady w języku angielskim. Mam nawet miłą pamiątkę – nagrodę dla najpilniejszego słuchacza... Tego

typu współpraca rozkwita na niemalże wszystkich wyższych uczelniach medycznych.

## **A PO STUDIACH – „CZARNA DZIURA”**

O ile pracownicy naukowcy mogą liczyć na różnego rodzaju granty i stypendia zagraniczne, to dla farmaceutów nie związanych z uczelnianą ścieżką zdecydowanie brakuje takich możliwości. I choć program szkoleń ustawicznych nabrał kolorów, to idea doskonalenia zawodowego ciągle pozostaje w fazie biernego przyswajania wiedzy na prelekcjach.

Być może nadszedł odpowiedni moment, aby zmienić tę nieciekawą rzeczywistość. Oczami wyobraźni widzę możliwości, jakie dzisiaj stoją przed nami we wspólnej Europie. Mamy wszelkie narzędzia, aby naszych farmaceutów wysyłać za granicę nie tylko na uczelnie, ale również do aptek. Dlaczego by nie zapełnić istniejącej luki poprzez stworzenie panelu wymiany farmaceutów? Umiejętności zawodowe zdobywa się przecież przez całe życie. Niech nasi fachowcy podglądają pracę kolegów za granicą i wracają do kraju z głową pełną pomysłów. Niech polscy farmaceutyci zobaczą, jak wygląda rynek pracy w innych krajach Unii, poćwiczą język, nawiążą ciekawe znajomości. Są państwa, gdzie opieka farmaceutyczna, do której my się dopiero przygotowujemy, jest już w zaawansowanym stadium. Na pewno warto to zobaczyć. Wyobrażam





sobie, że dzięki takiej inicjatywie wzrosłaby nasza zawodowa kondycja, wiedza i pewność siebie.

My także mamy wiele do pokazania. Przyglądałam się aptekom w kilku krajach europejskich – w porównaniu do niektórych z nich, nasze apteki są naprawdę czyste, zadbane, uporządkowane, a standard obsługi i asortyment – na wysokim poziomie.

Wyjazdy zagraniczne to nie tylko nabywanie nowych umiejętności, ale także odmiana, dobra zabawa i wypoczynek. A ponieważ i tego często brakuje w naszym zawodzie, to jestem przekonana, że inicjatywa ta cieszyłaby się dużym zainteresowaniem. I choć rozmawiałam na ten temat głównie z młodymi aptekarzami, to nie wątpię, iż również starsi chętnie zmieniliby otoczenie na tydzień lub dwa.

Farmaceutom trudno byłoby zorganizować takie kontakty na własną rękę, ale na szczęście mamy samorząd zawodowy, który może w tym pomóc!

### WSPÓLPRACA JEST MOŻLIWA

Jak pokazuje doświadczenie, udana współpraca międzynarodowa organizacji farmaceutycznych jest możliwa. Świadczy o tym chociażby sukces „Międzynarodowej konferencji naukowo-szkoleniowej farmaceutów”, której dwie kolejne edycje spotkały się ze znaczącym uznaniem uczestników z kilku krajów.

Także współpraca z Grupą Farmaceutyczną Unii Europejskiej wydaje układać się dobrze. PGEU zreszta przedstawiciele z 29. krajów i reprezentuje samorządowe organizacje aptekarskie z całej zjednoczonej Europy.

Nasz samorząd posiada zatem kanwę dla rozwoju bliższych kontaktów. Odnoszę wrażenie, że nie ma formalnych przeszkód, aby zacieśnić więzi i podjąć nowe wyzwania.

Zazwyczaj pierwszym zmartwieniem podczas realizacji jakiegokolwiek projektu są kwestie finansowe. „Kto za to zapłaci?” to sakramentalna formuła, która podcięła już niejedne skrzydła. Jednak zamiast myśleć negatywnie, lepiej zastano-

wić się w jaki sposób można zdobyć lub zaoszczędzić pieniądze.

Być może udałoby się skorzystać z unijnego grosza? Program „Leonardo da Vinci” jest częścią projektu edukacyjnego pod szyldem „Uczenie się przez całe życie”. Jak można przeczytać na stronach Fundacji Rozwoju Systemu Edukacji: „program ma na celu promowanie mobilności pracowników na europejskim rynku pracy oraz wdrażanie innowacyjnych rozwiązań edukacyjnych dla podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Wspiera także rozwiązania zwiększające przejrzystość i uznawalność kwalifikacji zawodowych w krajach europejskich, a także działania wzmacniające jakość kształcenia zawodowego i ustawicznego”. Brzmi jakby stworzone z myślą o farmaceutach, prawda? Jak poinformował mnie organizator: „aby wziąć udział w konkursie, należy: mieć pomysł, znaleźć partnera i uzgodnić szczegóły projektu oraz wypełnić wniosek zgłoszeniowy”. Organizacje zawodowe, takie jak Izby Aptekarskie mogą być partnerami takiego programu.

Obniżyć koszty można również poprzez włączenie poszczególnych uczestników w organizację kwaterunku i wyżywienia. Wedle tej sprawdzonej już formuły wyjeżdżający korzystają z gościnności członków programu, mieszkając w ich domach. W rewanżu sami później stają się gospodarzami dla przybywających z rewizytą. W ten sposób można nie tylko oszczędzić na wydatkach, ale również stworzyć warunki do nawiązania bliskich, indywidualnych kontaktów.

Wydaje mi się, że korzystając z takich rozwiązań i zakładając niewielki udział własny uczestników, można by wypracować łatwy do zaakceptowania budżet.

### SKORZYSTALIBY WSZYSCY

Beneficjentami podnoszenia kwalifikacji zawodowych farmaceutów stają się nie tylko oni sami, ale również środowisko zawodowe, systemy opieki zdrowotnej, a przede wszystkim – pacjenci.

**mgr farm. Olga Sierpniowska**

### Nr 9 – 2007

#### 28 lutego

– Prezes NRA Andrzej Wróbel oraz wiceprezesi NRA Wojciech Giermaziak i Grzegorz Kucharewicz zostali przyjęci przez Bolesława Piechę, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia.

– Prezes NRA w piśmie skierowanym do Andrzeja Sośnierza, prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, zwrócił się o dokonanie refundacji cen leków wydanych bezpłatnie świadczeniobiorcom określonym w art. 46 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.

[www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier\\_2007\\_09\\_zal1.pdf](http://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_09_zal1.pdf)

### Nr 8 – 2007

**23 lutego** Prezes NRA, w piśmie skierowanym na ręce Bolesława Piechy, Sekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia, przedstawił uwagi samorządu aptekarskiego do projektu rozporządzenia zmieniającego rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie zakresu niezbędnych informacji gromadzonych i przekazywanych przez apteki podmiotom zobowiązanym do finansowania świadczeń ze środków publicznych.

[www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier\\_2007\\_08\\_zal5.pdf](http://www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_08_zal5.pdf)

**21 lutego** dr Tadeusz Bąbelek brał udział w spotkaniu ekspertów Grupy Doradczej PGEU, które odbywało się w Brukseli. W czasie spotkania zreferował aktualną sytuację związaną z procesem legislacyjnym dotyczącym prawa farmaceutycznego w Polsce. Informacja wzbudziła olbrzymie zainteresowanie.

### Nr 7 – 2007

**17 lutego** odbył się organizowany przez Środkowopomorską Radę Aptekarską XVIII Zjazd Sprawozdawczy Środkowopomorskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej.

**14 lutego** odbyło się posiedzenie Prezydium NRA ■

# Nowe produkty lecznicze grudzień 2006



UE

← NOWE REJESTRACJE →

PL

NOWOŚCI NA RYNKU

Komisja Europejska w ramach procedury centralnej nie zarejestrowała żadnego leku o nowej substancji czynnej.

Minister zdrowia wydał 64 pozwolenia na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce, w tym 62 pozwolenia na nowe produkty lecznicze.

Produkty omówiono na tle wcześniejszych rejestracji i produktów obecnych już na rynku, w ramach poszczególnych klas ATC/WHO oraz substancji czynnej lub składu preparatu, w przypadku rejestracji unijnych z krótkim opisem postaci i z uwzględnieniem wskazań, pomijając szczegóły (postaci, dawki, opakowania, kategorie dostępności, numery pozwoleń), które można znaleźć w internetowym Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

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

oraz w witrynie internetowej Europejskiej Agencji Leków

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

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 zde-

centralizowanej. 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:** *Lantrea* (Pliva Kraków) to 8. zarejestrowany preparat lansoprazolu. Na rynku znajdują się jednak tylko 2 leki: *Lanzul/Lanzul S* (Krka) i wprowadzony w październiku 2006 *LansoLek* (Lek, Stryków). Nie zostały jeszcze wprowadzone: *LansoHexal* (Hexal), *Lansone* (Geodeon Richter), *Lanzogen* (Kromme Rijn Apotheek), *Lanzostad* (Stada) i *Renazol* (ICN Polfa Rzeszów).

**A06/A06A** – Leki przeczyszczające; **A06AX** – Inne leki przeczyszczające

**Oleum Ricini:** *Olej rycynowy* (Amara) to kolejny zarejestrowany preparat o tym składzie. Wcześniej na rynek zostały wprowadzone: *Apteczka babuni* – olej rycynowy (Farmina), *Herbafarm* – olej rycynowy (Phytopharm Klęka) oraz szereg preparatów o nazwie farmakopealnej *Olej rycynowy/Oleum Ricini*, następujących producentów: *Affofarm*, *Elissa*, *Gal*, *Galfarm* Kraków, *Laboratorium Galenowe Olsztyn*, *Microfarm*, *Pharma Cosmetic*, *Prolab*.

**A08/A08A** – Środki do leczenia otyłości, z wyłączeniem produktów dietetycznych; **A08AA** – Środki do leczenia otyłości działające ośrodkowo

**Sibutraminum** → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

**A10** – Leki stosowane w cukrzycy; **A10B** – Leki obniżające poziom glukozy we krwi, z wyłączeniem insuliny; **A10BB** – Sulfonamidy, pochodne moczniaka

**Glimepiridum:** *Glibezid* (Jelfa) w dawkach 4 mg i 6 mg to uzupełnienie w stosunku do zarejestrowanych w październiku 2005 r. trzech mniejszych dawek tego leku. W Polsce zarejestrowanych jest obecnie 27 marek glimepirydu. Na rynku znajduje się 15 leków: *Amaryl* (Sanofi-Aventis; lek oryginalny), od grudnia 2005 *Glime-Hexal* (Hexal), od stycznia 2006 *Beta-glid* (Pliva Kraków) i *Glidiamid* (ICN Polfa Rzeszów), od lutego 2006 *Diaril* (Biofarm), *Glibezid* (Jelfa), *Glimepirid-Ratiopharm* i *Glipid* (Genexo), od kwietnia 2006 *Glibetic* (Polpharma) i *Pemidal* (Polfa Pabianice), od maja 2006 *Glimesan* (Sandoz), od lipca 2006 *Symglic* (SymPhar), od sierpnia 2006 *Avaron* (Bioton) i *Glemid* (Egis) i od grudnia 2006 *Amyx* (Zentiva). Na rynek nie zostały jeszcze wprowadzone, zarejestrowane wcześniej: *Everyl* (GlaxoSmithKline, Poznań), *Glime-Gen* (Generics), *Glimepiride Andissa* (Aventis Pharma), *Glimepiride Sanwin* (Aventis Pharma), *Glimepiride Winthrop* (Winthrop Medicaments), *Glimepiride-1 A* (Hexal), *Glimestada* (Stada), *Glimepiride Stada\_GlimTek* (Ratiopharm), *Meglimid* (Krka) i *Oltar* (Berlin-Chemie).

**Glimepiridum** → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

## B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

**B01/B01A** – Leki przeciwzakrzepowe; **B01AA** – Antagoniści witaminy K

**Warfarinum** → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**



## C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

**C05** – Leki ochraniające naczynia;  
**C05B** – Terapia przeciwzłakowa;  
**C05BA** – Heparyny lub heparynoidy do stosowania miejscowego

*Heparinum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**C07/C07A** – Leki blokujące receptory  $\beta$ -adrenergiczne; **C07AG** – Leki blokujące receptory  $\alpha$ - i  $\beta$ -adrenergiczne

**Carvedilolum:** *Carvevin* (Winthrop Medicaments) w trzech dawkach to 9. zarejestrowany preparat karwedilolu. Na rynku znajduje się osiem preparatów: *Carvedilol-Ratiopharm*, *Carvetrend* (Pliva Kraków), *Coryol* (Krka), *Dilatrend* (Roche; lek oryginalny), *Vivacor* (Anpharm), od czerwca 2006 *Atram* (Zentiva), od sierpnia 2006 *Carvedilol-Teva* i od września 2006 *Carvedigamma* (Wörwag).

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

**Amlodipinum:** *Suplar* (Schwarz Pharma, Łomianki) to 20. zarejestrowany w Polsce preparat amlodypiny. Na rynku znajduje się 11 leków: *Aldan* (Polfarmex), *Amlopin* (Lek, Stryków), *Amloratio* (Ratiopharm), *Amlozek* (Adamed), *Cardilopin* (Egis), *Normodipine* (Polfa Grodzisk), *Norvasc* (Pfizer; lek oryginalny), *Tenox* (Krka Polska), *Vilpin* (Pliva Kraków), od sierpnia 2006 *Agen* (Leciva) i od stycznia 2007 *Apo-Amlo* (Apotex). Natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek, zarejestrowane wcześniej: *Amlodipine-1 A* (1 A Pharma), *Amlodipine Winthrop* (Winthrop Medicaments), *Amlodipinum* (Farmacom), *Amlodipinum* (Lek), *Amlomal* (Hexal), *Amlonor* (Polfa Pabianice), *Amlovasc* (Filo-farm) i *Tiflodipin* (TAD Pharma).

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

**Benazeprilum:** *Benazepril Stada* to trzeci zarejestrowany w Polsce preparat benazeprilu, a drugi generyk.

Na rynku jest obecny lek oryginalny *Lotensin* (Meda; preparat przejęty od Novartis) i od lipca 2006 *Lisonid* (Actavis).

**Perindoprilum:** *Perindopril-Ratiopharm* to siódmy preparat z perindoprilem dopuszczony do obrotu. Na rynku znajdują się 3 leki: *Peryndopryl Anpharm* – obecnie: *Irpax* (Anpharm; jednak preparat o nowej nazwie nie pojawił się jeszcze na rynku), *Prestarium* (Servier) w kilku dawkach i *Pre-nessa* (Krka Polska). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: *Coverex* (Egis), *Perindopril* (JPZ Firma Doradcza) i *Presdopril* (Lekam).

**Ramiprilum:** *Ramistad* (Stada) to 10. zarejestrowany preparat ramiprilu. Do obrotu zostało wprowadzonych dotychczas pięć leków: *Mitrip* (Polfa Kutno), *Piramil* (Sandoz), *Ramikor* (Ranbaxy), *Tritace* (Aventis Pharma; lek oryginalny) i od grudnia 2006 *Axtil* (Adamed; wcześniej zarejestrowany przez Keri Pharma jako *Meramyl* – zmiana podmiotu odpowiedzialnego i nazwy preparatu nastąpiła w październiku i listopadzie 2006, przed wprowadzeniem leku na rynek). Nie ma jeszcze w sprzedaży preparatów *Ampril* (Krka), *Ramitren* (GlaxoSmithKline), *Ramrex* (Sanofi-Synthelabo) i *Vivace* (Actavis).

**Ramiprilum** → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**C09B** - Inhibitory ACE, leki złożone; **C09BA** – Inhibitory ACE i diuretyki

**Enalaprilum+Hydrochlorothiazidum:** *Enalapril Plus-1 A* (Hexal) to bliźniaczy preparat do zarejestrowanego we wrześniu 2006 leku *Epril Plus* (Hexal), a odpowiednik znajdującego się w sprzedaży preparatu *Enap H* (Krka), zawierającego 25 mg hydrochlorotiazidu. Na rynku znajduje się także preparat *Enap HL* (Krka), zawierający 12,5 mg hydrochlorotiazidu. Wszystkie wymienione leki zawierają 10 mg enalaprilu.

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

**Simvastatinum:** *Simvastatin-1 A* (Hexal) to 20. zarejestrowana marka simwastatyny, w tym trzecia

firmy Hexal. W obrocie znajduje się 15 leków: *Cardin* (Schwarz Pharma, Łomianki), *Simgal* (Ivax), *Simratio* (Ratiopharm), *Simredin* (Polfa Kutno), *Simvacard* (Zentiva), *Simvachol* (Polfa Grodzisk), *Simvacor* (Polfarmex), *SimvaHexal* (Hexal), *Simvasterol* (Polpharma), *Vasilip* (Krka i Krka Polska), *Zocor* (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), od sierpnia 2006 *Ximve* (Farma-Projekt), od grudnia 2006 *Vastan* (ICN Polfa Rzeszów) i od stycznia 2007 *Apo-Simva* (Apotex) oraz *Simvor* (Ranbaxy). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży: *Corr* (Hexal), *Simvalip* (Genexo) i zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004 r.: *Simvagamma* (APC Instytut) i *Zifam* (Polfa Warszawa).

**Simvastatinum** → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**C10B** - Leki wpływające na stężenie lipidów, leki złożone; **C10BA** - Inhibitory reduktazy HMG CoA w zestawieniu z innymi lekami wpływającymi na stężenie lipidów; **C10BA02** – Simwastatyna i ezetymib

**Simvastatinum+ezetimibum:** *Inegy* (Merck Sharp & Dohme – Schering-Plough) w czterech dawkach różniących się zawartością simwastatyny to pierwszy zarejestrowany lek o tym składzie. W sprzedaży znajdują się leki proste: *Ezetrol* (Merck Sharp & Dohme – Schering-Plough) zawierający ezetymib i 13 leków zawierających simwastatynę: *Cardin* (Schwarz Pharma, Łomianki), *Simgal* (Ivax), *Simratio* (Ratiopharm), *Simredin* (Polfa Kutno), *Simvacard* (Zentiva), *Simvachol* (Polfa Grodzisk), *Simvacor* (Polfarmex), *SimvaHexal* (Hexal Polska), *Simvasterol* (Polpharma), *Vasilip* (Krka i Krka Polska), *Vastan* (ICN Polfa Rzeszów), *Ximve* (Farma-Projekt) i *Zocor* (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny).

## D – LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

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

**Terbinafinum** → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

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

**G03** – Hormony płciowe i środki wpływające na czynność układu płciowego; **G03B** – Androgeny; **G03BA** – Pochodne 3-oksoandrostenu-4

*Testosteronum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**G04** – Leki urologiczne; **G04C** – Leki stosowane w łagodnym przerście gruczołu krokowego; **G04CA** – Antagoniści receptorów  $\alpha$ -adrenergicznych

*Alfuzosinum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**J – LEKI PRZECIWKAZAŹNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNI**

**J01** – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie; **J01D** – Inne beta-laktamowe leki przeciwbakteryjne; **J01DH** – Karbapenemy

*Ertapenemum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

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

*Azithromycinum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

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

**Fluconazolom:** Fluconazole (Polfarmex) w postaci tabl. 150 mg to uzupełnienie w stosunku do wcześniej zarejestrowanych dawek 50 mg i 100 mg oraz syropu tego samego producenta. Na rynku jest obecnych osiem leków: Diflucan (Pfizer; lek oryginalny), Fluconazol (Slovakofarma), Fluconazole (Polfarmex), Fluconazole (Polfa Kutno), Flumycon (Pliva Kraków), Mycomax inj. (Zentiva), Mycosyst (Gedeon Richter) i od sierpnia 2006 Flucofast (Medana Pharma Terpol Group; preparat wcześniej obecny na rynku jako Fluconazole). Natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek, zarejestrowane wcześniej: Diflazon roztwór do infuzji (Krka; rejestracja warunkowa z kwietnia 2004), Flucofungin (Hexal), Fluco Sandoz (Lek, Stryków),

FlucoLek (Hexal), Fluconazin (Hasco-Lek), Flucoric (Ranbaxy), Flucowin (Winthrop Medicaments), Mycomax kaps. (Zentiva) i Zucon (Norton).

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

**Didanosinum:** preparaty *Videx* (Bristol-Myers Squibb) w postaci tabletek do żucia lub sporządzania zawiesiny w dawkach 25 mg i 100 mg były już wcześniej zarejestrowane i dostępne na rynku – obecnie otrzymały nowe pozwolenia. Dostępna jest także dawka 25 mg, a nie została wprowadzona do sprzedaży dawka 150 mg. Ponadto w październiku 2006 zarejestrowano cztery dawki *Videx EC* w kapsułkach dojelitowych, ale nie ma ich jeszcze w stałej sprzedaży.

**L – LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPŁYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY**

**L01** – Leki przeciwnowotworowe; **L01B** – Antymetabolyty; **L01BC** – Analogi pirymidyny

*Cytarabinum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

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

*Bexarotenum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**L03** – Leki pobudzające układ odpornościowy; **L03A** – Cytokiny i środki wpływające na układ odpornościowy; **L03AX** – Inne cytokiny i środki wpływające na układ odpornościowy

**Glatirameri acetat:** *Copaxone* (Teva Pharmaceuticals) w postaci roztworu do wstrzykiwań w ampułkostrzykawkach to uzupełnienie w stosunku do dostępnych na rynku fiolek z proszkiem i rozpuszczalnikiem. Lek ten nie ma swoich odpowiedników generycznych.

**M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY**

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

**Ibuprofenum:** *Nurofen Migrenol Forte* (APC Instytut) w dostępnej bez recepty dawce 400 mg to uzupełnienie do wcześniej zarejestrowanego preparatu *Nurofen Migrenol* (Reckitt Benckiser) w dawce 200 mg. W Polsce zarejestrowanych jest 17 marek ibuprofenu doustnego (nie licząc różnych wersji tej samej marki). Z postaci 1-dawkowych na rynku są obecne: *Advil* (Wyeth), *Bolinet* (UPSA), *Ibum* i *Ibum Forte* (Hasco-Lek), *Ibupar* i *Ibupar Forte* (Polfa Pabianice), *Ibuprofen tabl. drażowane* (Polfa Pabianice), *Ibuprofen tabl. drażowane* (Polfa Pabianice), *Ibuprofen tabl. drażowane* (US Pharmacia) i *Ibuprofen Max* (US Pharmacia, Wrocław), *Ibusan* (Sanofi-Synthelabo), *Nurofen*, *Nurofen Forte*, *Nurofen Topss* i *Nurofen Ultrafast* (Reckitt Benckiser), *Nurofen Menstrual* (Boots), *Pabi-Ibuprofen* (Polfa Pabianice; wcześniej dostępny pod nazwą *Ibuprofen*) oraz wprowadzone w maju 2006 *Ibuprofen Sprint Caps* (US Pharmacia Wrocław) i w lipcu 2006 *Nurofen Ultra Forte* (Reckitt Benckiser). Z postaci wielodawkowych (zawiesina) w sprzedaży znajdują się: *Ibufen* (Medana Pharma Terpol Group), *Ibum* (Hasco-Lek) i *Nurofen dla Dzieci* (Reckitt Benckiser). Dawki 100 mg są dostępne bez recepty. Dla dawki 200 mg opakowania do 30 szt. włącznie są dostępne bez recepty, a opakowania większe z przepisu lekarza. Dawka 300 mg o przedłużonym działaniu (*Nurofen Menstrual*) jest bez recepty, natomiast preparaty w dawce 400 mg są dostępne bez recepty lub z przepisu lekarza. Nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek: *Advil Ultra* (Wyeth), *Aktren* i *Aktren Junior* (Bayer), *Aprofen* (Polfarmex), *Baroc* (Bayer), *Finalflex* (Boehringer Ingelheim), *Helpin* i *Helpin Forte* (Berlin-Chemie), *Ibufen D* zawiesina (Medana Pharma Terpol Group), *Ibumarc* (Kosmedica), *Nurofen dla Dzieci Topss 100* (Boots), *Nurofen dla dzieci czopki 60 mg* (Boots) i 125 mg (Reckitt Benckiser), *Nurofen Migrenol* (Reckitt Benckiser), *Nurofen Topss 200 mg* (Reckitt Benckiser), *Solpaflex* (GlaxoSmithKline) oraz *Spedifen* (Zambon).



## **M01AE51 – Ibuprofen, leki złożone**

***Ibuprofenum+Paracetamolum*** → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

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

***Ketoprofenum***: Keplát (Hisamitsu) w postaci plastra leczniczego zawierającego 20 mg ketoprofenu to pierwszy zarejestrowany preparat o tej postaci. Na rynku znajduje się Ketospray aerozol 5% (Medicom) oraz 6 żeli 2,5%: Fastum (Menarini), Ketonal (Lek, Stryków), Ketoprom (GlaxoSmithKline, Poznań), Ketopronil (Unia), Profenid (Aventis Pharma; lek oryginalny) i Ultrafastin (Medana Pharma Terpol Group). Nie zostały dotychczas wprowadzone: Ketonal krem 5% (Lek), Ketores żel 2,5% (ICN Polfa Rzeszów) i Prontomég (Medagro International) w postaci 10% płynu do natryskiwania na skórę.

## **N – UKŁAD NERWOWY**

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

***Fentanylum***: Fentanyl-Ratiopharm, Fentaratio i Ribofentanyl (Ratiopharm) w 4 dawkach w postaci systemów transdermalnych to czwarta, piąta i szósta zarejestrowana marka fentanylu w tej postaci. W sprzedaży znajdują się cztery leki: Durogesic (Janssen), FentaHexal (Hexal) i Fentanyl TTS (Lek, Stryków; zarejestrowany jako Fentanyl-1 A – zmiana nazwy i podmiotu odpowiedzialnego od lutego 2006) w postaci systemów transdermalnych oraz Fentanyl inj. (Polfa Warszawa). Nie został wprowadzony na rynek preparat Fentanyl Torrex inj. (Torrex Chiesi), zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004. Nie pojawił się dotychczas w Polsce system transdermalny jontoforetyczny Ionsys (Janssen), zarejestrowany centralnie w UE w styczniu 2006, zalecany do stosowania wyłącznie w warunkach szpitalnych.

### **N02AX – Inne opioidy**

***Tramadolum***: TramaLek (Lek, Stryków) to ósmy zarejestrowany

doustny jednodawkowy preparat tramadolu o przedłużonym uwalnianiu. W sprzedaży znajdują się 4 tego typu leki: Poltram Retard (Polpharma), TramaHexal ID (Hexal), Tramal Retard (Grünenthal) i Tramundin (Norpharma; poprzedni podmiot odpowiedzialny: Polfa Kutno). Nie zostały dotychczas wprowadzone do obrotu: Adamon SR (Viatrix; poprzedni podmiot odpowiedzialny: Asta Medica), Tramadol Contramid Once A Day (Labopharm Europe) i zarejestrowany warunkowo w marcu 2004 r. Tramadol Retard (Lannacher). Spośród zarejestrowanych doustnych preparatów jednodawkowych o standardowym uwalnianiu na rynek wprowadzono: Poltram (Polpharma), Tramadol (Polfa Grodzisk), Tramadol (Polfa Kutno), Tramadol (Synteza) i Tramal (Grünenthal), natomiast nie wprowadzono jeszcze preparatu Tramcod (Polfa Warszawa; zarejestrowany wcześniej jako Tramadol-Lannacher). Spośród zarejestrowanych doustnych preparatów wielodawkowych (krople) na rynek wprowadzono: Poltram (Polpharma), Tramadol (Synteza), TramaHexal (Hexal) i Tramal (Grünenthal), natomiast nie wprowadzono jeszcze preparatów Tramadol-Stada i Tramcod (Polfa Warszawa). Spośród zarejestrowanych preparatów doodbytniczych (czopki) na rynek wprowadzono: Tramadol (GlaxoSmithKline, Poznań) i Tramal (Grünenthal), natomiast nie wprowadzono jeszcze preparatu Tramcod (Polfa Warszawa). Spośród zarejestrowanych preparatów iniekcyjnych na rynek wprowadzono: Poltram (Polpharma), Tramadol (Pliva Kraków), TramaHexal (Hexal) i Tramal (Grünenthal), natomiast nie wprowadzono jeszcze preparatów Tramadol-Stada, Tralgit (Zentiva; zarejestrowany wcześniej jako Slovadol) i Tramcod (Polfa Warszawa).

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

***Lamotriginum***: LamoMerck (Generics) to 22. zarejestrowana w Polsce marka lamotryginy. Na rynek zostało wprowadzonych dziewięć leków: Danoptin (Pliva Kraków), Epilactal (Polpharma), Lamilept (Ivax),

Lamitrin (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), Lamotrigine Ratiopharm, LamotriHexal (Hexal), Lamotrix (Biovena Pharma), Plexxo (Desitin) i Triginet (Krka). Nie pojawiły się jeszcze w obrocie: Epiral (Zentiva), Epitrigine (Actavis), Lameptil (Sandoz), Lamia (Genexo), Lamistad (Stada), Lamostab D (Arrow Generics), Lamotrigine-1 A (Sandoz), Lamotrigine Arrow (Arrow Generics), Lamox (Gedeon Richter) oraz zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004 Epigan (Jelfa), Epistabil (Polon) i Lamoten (Polfa Pabianice).

***Topiramatum***: Epiramat (Farmacom) w czterech dawkach to drugizarejestrowany w Polsce preparat generyczny. Na rynku znajduje się lek oryginalny Topamax (Janssen-Cilag) i od grudnia 2006 Topiramate-Ratiopharm.

***Topiramatum*** → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

### **N05 – Leki psychotropowe; N05A – Leki neuroleptyczne; N05AX – Inne leki neuroleptyczne**

***Risperidonum***: Ziperid (ICN Polfa Rzeszów) to 14. zarejestrowana marka risperydonu, w pięciu dawkach. Na rynku znajduje się 12 preparatów doustnych jednodawkowych: Mepharis (Mepha), Rispen (Zentiva), Risperatio (Ratiopharm), Rispolett (Janssen-Cilag; lek oryginalny), Rispolux (Sandoz), Risset (Farmacom), Ryspolit (Actavis), Speridan (Actavis), od kwietnia 2006 Risperon (Lekam), od czerwca 2006 Risperiwín (Winthrop Medicaments), od sierpnia 2006 Lioxam (Grünenthal) i od stycznia 2007 właśnie Ziperid. Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty Rileptid (Egis) oraz Risnia (Cipla), zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004.

### **N06 – Psychoanaleptyki;**

### **N06A – Leki przeciwdepresyjne; N06AX – Inne leki przeciwdepresyjne**

***Venlafaxinum*** → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

### **N06B – Leki psychostymulujące, stosowane w leczeniu ADHD i notropowe; N06BA – Sympatykometyki działające ośrodkowo**

***Modafinilum***: Modafinil (Tellec Pharma) to drugi preparat zareje- ▶

► strowany w Polsce. Na rynek wprowadzony został Vigil (Torrex Chiesi).

**N07 – Inne leki działające na układ nerwowy; N07C/N07CA – Leki przeciw zawrotom głowy**

**Betahistinum:** *Vertix* (Farma Projekt) to piąty zarejestrowany preparat betahistyny. Na rynku dostępne są trzy leki: Betaserc (Solvay), Histimerck (Generics) i Microser (Formenti). Nie został jeszcze wprowadzony Neatin (Jelfa), zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004 r..

**R – UKŁAD ODDECHOWY**

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

**Benzydaminum:** *Septolux* (ICN Polfa Rzeszów) tabl. do ssania 3 mg

to uzupełnienie do zarejestrowanego w październiku 2006 r. aerozolu 0,15% do stosowania w jamie ustnej. W zbliżonej postaci i tej samej dawce zarejestrowane są pastylki Tantum Verde P. W sprzedaży znajdują się aerozole w dawce 0,15% Hascosept (Hasco-Lek), Tantum Verde (Angelini) i od grudnia 2006 Septolux (ICN Polfa Rzeszów), a także pastylki do ssania Tantum Verde P. We wrześniu 2006 zarejestrowano także aerozol Tantum Verde (Angelini) w dawce 0,3%. Natomiast preparaty z benzydaminą w postaci płynu 0,15% mają głównie wskazania stomatologiczne (klasa A01AD).

**Benzydaminum** → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

**Cetylpyridinii chloridum:** *Septolette Apple* i *Septolette Cherry* (Krka) to pastylki w nowej dawce 1,2 mg. Na

ryнку dostępne są dwa leki, ale w postaci tabl. do ssania w dawce 1,5 mg, o innych smakach: Halset (Biofarm) i MenthoSept (Polfa Łódź). Dostępny jest też preparat złożony Septolette Plus, zawierający 1 mg chlorku cetylpirydynium i 5 mg benzokainy.

**R06/R06A – Leki przeciwhistaminowe działające ogólnie; R06AA – Etery aminoalkilowe**

**Clemastinum** → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU** ■

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

## NOWOŚCI NA RYNKU

W grudniu 2006 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 19 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A08AA	Sibutraminum	Zelixa	Biofarm	PL 04.2004
A10BB	Glimepiridum	Amyx	Zentiva	PL 09.2006
B01AA	Warfarinum	Warfin	Orion	PL 10.2006
C05BA	Heparinum	Heparizen	Ziaja	PL 04.2004
C09AA	Ramiprilum	Axtil	Adamed, zm. 10.2006 z Keri Pharma	PL 08.2005 Meramyl, zm. 11.2006 Axtil
C10AA	Simvastatinum	Vastan	ICN Polfa Rzeszów	PL 04.2004
D01BA	Terbinafinum	Verbinaf	Farmacom	PL 05.2006
G03BA	Testosteronum	Nebido	Schering	PL 07.2005
G04CA	Alfuzosinum	AlfuLek	Lek, Stryków	PL 05.2006
J01DH	Ertapenemum	Invanz	Merck Sharp & Dohme	UE 04.2002
J01FA	Azithromycinum	Azithromycin Teva	Teva	PL 05.2006
L01BC	Cytarabinum	Depocyte	Skyepharm	UE 07.2001
L01XX	Bexarotenum	Targretin	Ligand	UE 03.2001
M01AE51	Ibuprofenum + Paracetamolum	Metafen	Polfa Łódź	PL 04.2004
N03AX	Topiramatum	Topiramat-Ratiopharm	Ratiopharm	PL 08.2006
N06AX	Venlafaxinum	Velaxin	Egis	PL 07.2006
N06AX	Venlafaxinum	Venlectine	ICN Polfa Rzeszów	PL 10.2006
R02AA	Benzydaminum	Septolux aerozol	ICN Polfa Rzeszów	PL 10.2006
R06AA	Clemastinum	Clemastinum	Hasco-Lek	PL 04.2004





**TRZECIA  
MIĘDZYNARODOWA  
KONFERENCJA  
NAUKOWO-SZKOLENIOWA  
FARMACEUTÓW  
KRAKÓW** 17-20 października  
2007

## Temat przewodni: CHOROBY INFEKCYJNE

**W ramach kształcenia ustawicznego uczestnicy mogą uzyskać 14-26 punktów:**

- za udział w konferencji – 8 punktów
- za każdy kurs szkoleniowy zakończony testem – 6 punktów  
(istnieje możliwość uczestnictwa w 3 kursach)

### ORGANIZATORZY:

Naczelna Izba Aptekarska • Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne  
Wydział Farmaceutyczny Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum

### PATRONAT:

Zarząd Niemieckich Izb Aptekarskich

## SKRÓCONY PROGRAM KONFERENCJI

### 17.10. (środa)

10:00 - 11:30 Otwarcie konferencji. Wykład inauguracyjny: „Napięcia polsko-niemieckie - wynik sprzecznych interesów czy nieporozumień?” Thomas Urban (aula główna)

11:30 - 12:00 przerwa kawowa

12:00 - 16:00 Kursy szkoleniowe zakończone testem:

1. „Postępy w leczeniu chorób infekcyjnych skóry”, kierownik prof. dr hab. Alicja Budak
  - „Aktualne możliwości leczenia bakteryjnych zakażeń skóry”, dr Monika Kapińska-Mrowiecka
  - „Leczenie grzybic powierzchniowych”, prof. dr hab. Alicja Budak
  - „Postępy w leczeniu wirusowych zakażeń skóry”, dr Barbara Zawilirska
2. „Przebiegienia – doradztwo w ramach samoleczenia”, dr Hiltrud von der Gathen

16:00 - 18:00 przerwa obiadowa

**18:00 - 20:00 OBCHODY DNIA APTEKARZA POD PATRONATEM ŚWIĘTYCH KOSMY I DAMIANA (aula główna)**

20:00 - 21:30 koncert jazzowy - Tomasz Stańko Band

21:30 - 23:00 bankiet powitalny

### 18.10. (czwartek)

#### PIERWSZA SESJA PLENARNA – DZIEŃ POLSKI (aula główna)

9:00 - 10:00 Wykład 1

„Antybiotyki – czy w dalszym ciągu skuteczne?”, prof. dr hab. Waleria Hryniewicz, Narodowy Instytut Leków w Warszawie

10:00 - 10:30 przerwa kawowa

10:30 - 11:30 Wykład 2

„Choroby zakaźne – współczesne zagrożenia”, prof. dr hab. Tomasz Mach, Katedra Gastroenterologii, Hepatologii i Chorób Zakaźnych UJ CM

11:30 - 12:30 Wykład 3

„Epidemiologia grzybic układowych”, prof. dr hab. Alicja Budak, Zakład Mikrobiologii Farmaceutycznej UJ CM

12:30 - 13:30 Wykład 4

„Wykorzystanie propolisu i miodu w zakażeniach”, prof. dr hab. Bogdan Kędzia, Instytut Roślin i Przetworów Zielarskich w Poznaniu

13:30 - 15:00 przerwa obiadowa

15:00 - 19:00 Kursy szkoleniowe zakończone testem:

3. „Postępy w farmakoterapii infekcyjnych chorób przewodu pokarmowego”, kierownik prof. dr hab. Tomasz Brzozowski
  - „Patofizjologia żołądkowej infekcji *Helicobacter pylori* w świetle badań klinicznych i doświadczalnych”, prof. dr hab. Tomasz Brzozowski

- „Diagnostyka i leczenie infekcji *Helicobacter pylori*”, dr Małgorzata Karczewska  
- „Patogeneza i leczenie infekcji grzybiczych w przewodzie pokarmowym”, dr Małgorzata Wcisło-Zwolińska

4. „Antybiotyko- i chemioterapia wybranych chorób infekcyjnych”, kierownik prof. dr hab. Barbara Filipek

- „Problemy oporności w infekcjach bakteryjnych”, doc. dr hab. Jacek Międozbrodźki
- „Klasyfikacja antybiotyków, mechanizmy działania, skuteczność i bezpieczeństwo antybiotykoterapii”, prof. dr hab. Barbara Filipek
- „Racjonalna antybiotykoterapia zakażeń układu oddechowego”, dr Jacek Sapa
- „Farmakoterapia zakażeń układu moczowego”, dr Jacek Sapa

### 19.10. (piątek)

#### DRUGA SESJA PLENARNA DZIEŃ NIEMIECKI (aula główna)

9:00 - 10:00 Wykład 1

„Czy możliwe są jeszcze milowe kroki w rozwoju antybiotyków?” prof. dr Ulrike Holzgrabe, Katedra Chemii Farmaceutycznej, Uniwersytet w Würzburgu

10:00 - 10:30 przerwa kawowa

10:30 - 11:30 Wykład 2

„Terapia HIV: Nowoczesna historia sukcesu” prof. dr Theodor Dinger-mann, Instytut Biologii Farmaceutycznej, Biocentrum Uniwersytetu Johanna Wolfganga Goethego we Frankfurcie

11:30 - 12:30 Wykład 3

„Zapalenie płuc – permanentne zagrożenie” prof. dr Armin Buschauer, Katedra Chemii Farmaceutycznej i Medycznej II, Uniwersytet w Regensburgu

12:30 - 15:00 przerwa obiadowa

15:00 - 19:00 Kursy szkoleniowe zakończone testem – powtórzenie kursów proponowanych w dniach poprzednich, cieszących się największym zainteresowaniem uczestników konferencji.

20:00 - 24:00 Wieczór aptekarski w Dworze w Tomaszowicach - wyjazd autokarami o godzinie 19:00 spod Auditorium Maximum - Boba Jazz Band, Steffen Möller

### 20.10. (sobota)

**9:00 - 11:30 MODEL APTEKI PRZYSZŁOŚCI - MIĘDZYNARODOWY PANEL DYSKUSYJNY NA TEMATY EKONOMICZNE (aula główna)**

11:30 - 12:00 Zamknięcie konferencji.

Organizator zastrzega sobie prawo do zmian w programie. Ostateczny szczegółowy program uczestnicy otrzymają w środę, 17 października 2007 r., w pierwszym dniu konferencji.

**Dokładne informacje odnośnie konferencji opublikowane są na stronie: [www.salusint.com.pl](http://www.salusint.com.pl)**

Na wszelkie zapytania oraz zgłoszenia odpowiadać będą telefonicznie lub elektronicznie: **Teresa Przybylska** 0-32 788 00 88, 0-601 230 460, [teresa@salusint.com.pl](mailto:teresa@salusint.com.pl)

**Kamila Kwapińska** 0-32 788 00 87, 0-509 116 532, [kamila@salusint.com.pl](mailto:kamila@salusint.com.pl) • **Paweł Hadas** 0-32 788 00 89, 0-692 417 615, [pawel.h@salusint.com.pl](mailto:pawel.h@salusint.com.pl)

**Adres do korespondencji:**

Komitet Organizacyjny Trzeciej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Kraków 2007, 40-273 Katowice, ul. Pułaskiego 9, fax 0-32 788 00 86  
Wpłaty na konto Naczelnej Izby Aptekarskiej, 00-238 Warszawa, ul. Długa 16, Bank BPH S.A. I o/Warszawa nr 95 1060 0076 0000 3200 0065 5782



# FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY



Wyślij dziś na numer faksu (0-32) 788 00 86

Wypełniony formularz należy wysłać faksem lub pocztą na adres:  
KOMITET ORGANIZACYJNY TRZECIEJ MIĘDZYNARODOWEJ KONFERENCJI  
NAUKOWO-SZKOLENIOWEJ FARMACEUTÓW - KRAKÓW 2007  
40-273 Katowice, ul. Pułaskiego 9

Najwygodniejsze jest wypełnienie elektronicznej wersji formularza na stronie:

[www.salusint.com.pl](http://www.salusint.com.pl)

Proszę o przesłanie karty uczestnictwa:

Wstaw x w wybranym polu	Uczestnik	Cena przy zgłoszeniu i wpłacie pełnej kwoty do 30.04.2007	Cena przy zgłoszeniu i wpłacie pełnej kwoty od 1.05.2007
	Aptekarz	350,00 zł	400,00 zł
	Student	150,00 zł	200,00 zł
	Osoba towarzysząca	150,00 zł	200,00 zł

Opłata konferencyjna obejmuje udział w wykładach plenarnych oraz w jednym dowolnie wybranym kursie szkoleniowym (nie dotyczy osób towarzyszących), a ponadto:  
• bankiet powitalny • koncert Tomasa Stańki Band • kawę, herbatę, napoje

## KURSY SZKOLENIOWE

Wstaw x w wybranym polu	Wybieram następujące kursy szkoleniowe (co najmniej 1, ale nie więcej niż 3):
	1. „Postępy w leczeniu chorób infekcyjnych skóry”
	2. „Przebiegienia - doradztwo w ramach samoleczenia”
	3. „Postępy w farmakoterapii infekcyjnych chorób przewodu pokarmowego”
	4. „Antybiotyk- i chemioterapia wybranych chorób infekcyjnych”

Każdy z uczestników kursu po zaliczeniu testu otrzymuje 6 punktów edukacyjnych. W opłacie konferencyjnej zawarte jest uczestnictwo w 1 kursie. Uczestnicy konferencji mogą wziąć udział w 2 kursach dodatkowych, po uiszczeniu zapłaty w kwocie 60,00 zł za każdy z nich (tylko w miarę wolnych miejsc, w kolejności zgłoszeń). Zapłatę za kursy dodatkowe należy wnieść przelewem, równocześnie z opłatą konferencyjną.

## FAKULTATYWNIE

Wstaw x w wybranym polu	Dodatkowo zamawiam: (tylko dla osób zainteresowanych, dotyczy także osób towarzyszących)
	Uczestnictwo w „Wieczorze aptekarskim w Dworze w Tomaszowicach” (w piątek, 19.10.2007, o godz. 20.00 - tylko w miarę wolnych miejsc, w kolejności zgłoszeń), za dodatkową odpłatnością: <b>175,00 zł</b> , którą wniosę wraz z opłatą konferencyjną
	Jestem zainteresowany/a rezerwacją noclegu w hotelu w cenie promocyjnej i proszę o przesłanie oferty pokoju . . . . . osobowego. <i>(do wyboru pokój jedno- lub dwuosobowy)</i>

Wpłaty prosimy dokonać na konto Naczelnej Izby Aptekarskiej  
00-238 Warszawa, ul. Długa 16, Bank BPH S.A. I o/Warszawa  
nr 95 1060 0076 0000 3200 0065 5782  
z wyraźnym zaznaczeniem nazwiska uczestnika konferencji  
i dopiskiem w tytule wpłaty: „Kraków 2007”.

## DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA:

<input type="checkbox"/> dr	<input type="checkbox"/> zatrudniony w aptece szpitalnej
<input type="checkbox"/> mgr	<input type="checkbox"/> właściciel apteki
<input type="checkbox"/> student	<input type="checkbox"/> kierownik apteki
<input type="checkbox"/> zatrudniony w aptece otwartej	<input type="checkbox"/> kobieta
	<input type="checkbox"/> mężczyzna

## CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ:

<input type="checkbox"/> Beskidzka OIA	<input type="checkbox"/> Kielecka OIA	<input type="checkbox"/> Podkarpacka OIA
<input type="checkbox"/> Białostocka OIA	<input type="checkbox"/> Lubelska OIA	<input type="checkbox"/> Pomorsko-Kujawska OIA
<input type="checkbox"/> Częstochowska OIA	<input type="checkbox"/> Lubuska OIA	<input type="checkbox"/> Środkowopomorska OIA
<input type="checkbox"/> Dolnośląska OIA	<input type="checkbox"/> OIA w Łodzi	<input type="checkbox"/> OIA w Warszawie
<input type="checkbox"/> Gdańska OIA	<input type="checkbox"/> OIA w Krakowie	<input type="checkbox"/> Wielkopolska OIA
<input type="checkbox"/> Kaliska OIA	<input type="checkbox"/> Olsztyńska OIA	<input type="checkbox"/> Zachodniopomorska OIA
<input type="checkbox"/> Katowicka OIA	<input type="checkbox"/> Opolska OIA	

Nazwa i adres apteki

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania: ulica, numer

Kod Miasto

Telefon służbowy, faks, telefon komórkowy

Adres e-mail

Byłem/am uczestnikiem Pierwszej Polsko-Niemieckiej Farmaceutycznej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej w dniach 9-12 października 2005 r.

Byłem/am uczestnikiem Drugiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów w dniach 8-11 października 2006 r.

TAK, chcę wziąć udział w Trzeciej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów w terminie 17-20 października 2007 r.

Proszę o wystawienie faktury VAT

Pełna nazwa firmy

Siedziba (kod i miasto)

Ulica, numer

NIP

Równocześnie oświadczam, że zapoznałem/am się z warunkami uczestnictwa oraz zobowiązuję się do zapłaty.

czytelny podpis

Informujemy, że Państwa dane osobowe umieszczone w formularzu zgłoszeniowym będą przechowywane i przetwarzane przez Komitet Organizacyjny Drugiej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów z siedzibą w Katowicach przy ul. Pułaskiego 9 wyłącznie dla celów organizacyjnych niniejszej imprezy oraz w celu promocji wydarzeń organizowanych przez Komitet. Mają Państwo prawo wglądu do swych danych, prawo do ich poprawiania, a także prawo sprzeciwu wobec ich przetwarzania dla celów marketingowych oraz wobec przekazywania danych innym podmiotom. Podanie danych jest dobrowolne.



# Nasza Wielkanoc

**D**zień Wielkiej Niedzieli to dzień zwycięstwa Chrystusa nad śmiercią. Zmarłych wstał. Żyje! Tak głoszą uroczyste rezurekcyjne dzwony.

Można uciekać daleko, aby nie słyszeć wielkanocnego Alleluja, ale wszędzie dogoni nas prawda, że Chrystusa nie można zabić, nie można przywalić w grobie, nie można się Go pozbyć. Można nająć kłamliwych ludzi, aby głosili, że Jezusa wykradli uczniowie, że Go nie ma – można Jezusa wymazać z podręcznika, wizerunki zniekształcić, sprowadzić do mitu. Zawsze sporo jest takich, co zarabiają na kłamstwie i oszustwie. Tak jest od ponad dwóch tysięcy lat ... przekupić świadków. Można również na śmierci zrobić zysk, ale te działania okazują się bezskuteczne jak straż i kamień przy grobie.

Ale Boga nie można wykreślić z dziejów człowieka, bo On jest naszym Stwórcą i Zbawicielem. Niedzielny poranek głosi całemu światu, że Jezus żyje i w tym jeszcze niezbyt wiosennym krajobrazie pojawia się Chrystus Pan z dłonią wzniesioną zwycięsko nad wszystkim, co jest naprawdę naszym wrogiem, co jest przeciwko nam: nad szatanem, grzechem, złym światem, śmiercią, terroryzmem, korupcją – nad wszystkim, co nas znieważa i poniża. Idzie żywy przez kraj jako pierwszy spośród umarłych

Chrystus żyje i wychodzi na spotkanie z człowiekiem, zwłaszcza z człowiekiem biednym, chorym, załamany, zastraszone i wątpięcym. I wystarczy jedno słowo Jego – Pokój Wam! – aby wstąpiła w serce odwaga i radość.

Zmartwychwstały Chrystus staje przed nami i mówi: „**Nie bójcie się tych, którzy zabijają ciało**”. To znaczy, nie bójcie się nowotworów, zawałów, wylewów, kalectwa, starości i wszelkiego rodzaju chorób, które niszczą doczesne życie. Nie bójcie się tego wszystkiego, co niszczy ciało. To prawda, że ból i cierpienie stanowią



fot. archiwum

Piero della Francesca, Zmartwychwstanie, 1463 r., Muzeum Civico, Sansepolcro

ciężki krzyż i człowiek się przed nim wzdraga, ale utrapienie tego życia nie da się porównać do chwały, która nas czeka w przyszłym życiu. Jakże wymowne są słowa, które często słyszymy na pogrzebach ludzi sobie bliskich: „**Każdy, kto żyje i wierzy we Mnie, choćby i umarł, żył będzie**”. Nie bójcie się!

Równocześnie Chrystus zwracając się do nas słowami: Nie bójcie się tych, którzy zabijają ciało”, mówi: nie bójcie się ludzi, którzy was dręczą, którzy was maltretują. Nie bójcie się tych, którzy odbierają wam wolność, którzy prześladowają wszelkie wartości, którzy niszczą prawdę, sprawiedliwość, którzy w miejsce miłości próbują rozsiewać nienawiść. Nie bójcie się, bo te wielkie wartości, chociażby były

nie wiadomo jak głęboko przez nich zagrzebane w ziemi, chociażby były przywalone bardzo ciężkim kamieniem i opieczetowane urzędowymi pieczęciami, chociażby ich pilnowano z bronią w ręku, to i tak zmartwychwstaną. Prawda, wolność, sprawiedliwość i miłość są wieczne.

Ale istnieje jedna trudność. Tej prawdy nie da się poznać przy pomocy rozumu, bo rozum nam ciągle mówi, że zło jest mocniejsze od dobra, że nienawiść jest mocniejsza od miłości, że śmierć niszczy życie. Tę prawdę można poznać tylko i wyłącznie przy pomocy wiary. Pogłębienie wiary to nic innego, jak tylko ciągle szukanie Zmartwychwstałego Chrystusa, to pragnienie spotkania z Nim.

► Snując tę myśl, można ulec niedowiarstwu tysięcy aptekarzy i farmaceutów, którzy od wielu lat podlegają smutkowi i zawiedzeniu w służbie zdrowia. Bowiem wszystkie nadzieje na poprawę losu pracowników służby zdrowia legły w grobie. Kto nam odwali kamień, który spada na służbę zdrowia w Polsce? Współczesny człowiek jest poraniony, jego życie rodzinne nie ułożyło się tak jakby chciał. Sam nie potrafi się wyzwolić. Czasem szuka, męczy się w okowach schematów, które sam sobie stworzył, narzucił. Dobrze, że słyszemy w Wielkanoc słowa: „Prawica Pańska wzniesiona wysoko, prawica Pańska moc okazała” (Ps 118, 16). Zaufaj Mu. Nie zamykaj się na Jego słowo. Szukaj Go na drodze.

**Pragnę życzyć wszystkim drogim aptekarzom i farmaceutom, aby w te radosne Święta Wielkanocne spróbowali oderwać się od lęków, zgryzot dnia codziennego. Jesteście tą częścią wspólnoty polskiej, która dzisiaj doznaje największych rozterek, wahań, lęków. Ale może to właśnie Wy – polska inteligencja – macie pozwolić, aby blask Zmartwychwstania wyprostował Wasze pochylenie. ■**

**Ks. Józef Jachimczak CM**  
Krajowy Duszpasterz  
Służby Zdrowia

# Pisanki – szczęście zamknięte w skorupkach

**Z**dobione świąteczne jajka to tradycja starsza niż chrześcijaństwo. Pojawiały się u Persów, Chińczyków i Fenicjan. Najwcześniejsze znalezione na terenie Polski pochodzą z X w., ale prawdopodobnie Słowianie wcześniej znali kult jajka jako symbolu odradzającego się życia.



foto. archiwum

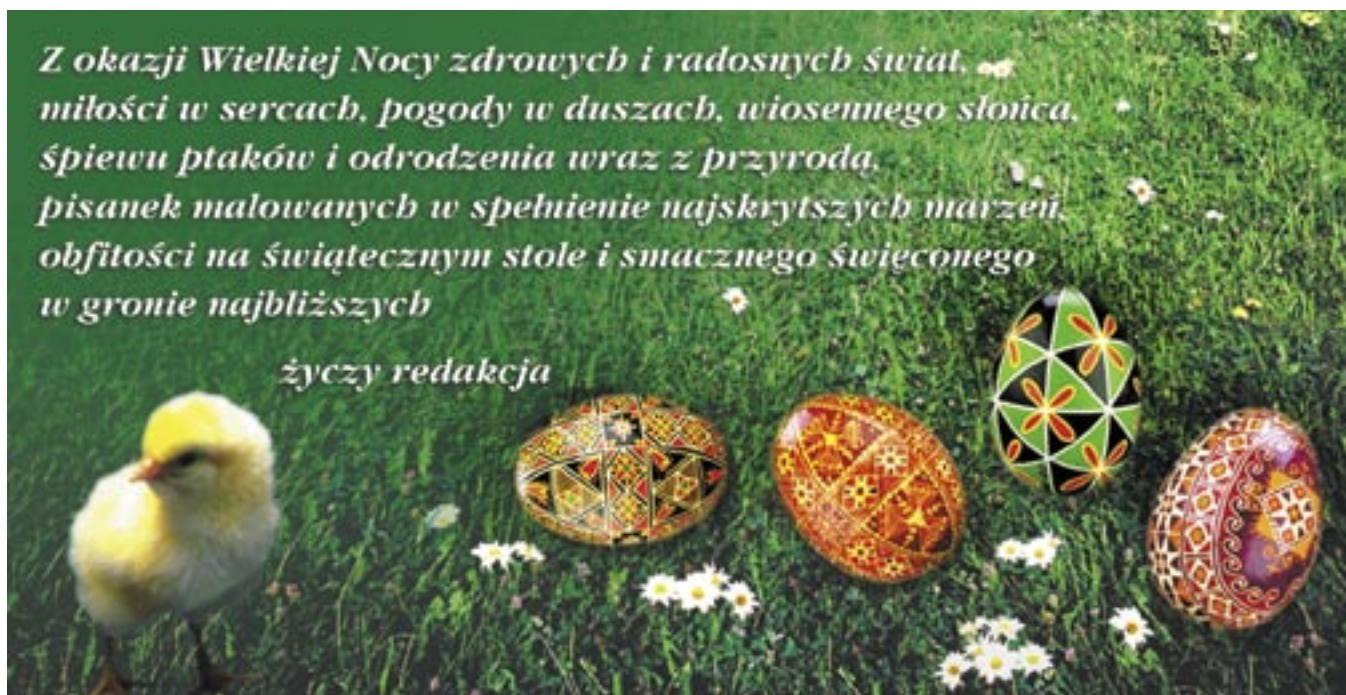
Dzielenie się święconym jajkiem z bliskimi ma wzmacniać więzi i chronić przed złymi wpływami z zewnątrz, zapewniać nowe siły vitalne i zdrowie. Dotykanie zwierząt gospodarskich święconym jajkiem chroni je przed chorobami i urokami. Moc święconego jajka jest tak silna i dobroczynna, że nawet skorupki pełnią ważną rolę w świątecznych rytuałach domowych. Jeżeli kury dostaną do zjedzenia skorupki po święconych jajkach, dobrze się niosą i nie gubią jaj. Zgniecione skorupki rozsypywano wokół domu, by zapewnić mu ochronę, zakopywano w narożnikach pól, żeby zwiększyć urodzaj, a nawet przyczepiano do drzwi wejściowych, aby przyczyniały się do spokoju domowników.

Woda po gotowaniu jaj na pisanki to także substancja o dobroczynnym działaniu – umycie się nią zapewniało urodę dziewczętom, a chorym przywracało zdrowie. Woda z pokruszonymi skorupkami święconego jajka była uważana za lek na ból zębów.

(Źródło: [www.zegocina.pl](http://www.zegocina.pl))

*Z okazji Wielkiej Nocy zdrowych i radosnych świąt,  
miłości w sercach, pogody w duszach, wiosennego słońca,  
śpiewu ptaków i odrodzenia wraz z przyrodą,  
pisanek malowanych w spełnienie najskrytszych marzeń,  
obfitości na świątecznym stole i smacznego święconego  
w gronie najbliższych*

*życzy redakcja*







Było ich 54. Każde z nich to niezwykle majstersztyk jubilerski. Były zrobione ze złota, inkrustowane drogimi kamieniami, kością słoniową oraz macicą perłową, zdobione różnokolorową emalią, srebrem

i platyną. Zachwycaly precyzją i pomysłowością wykonania. Mimo wolnie stały się także swego rodzaju kroniką, bowiem Fabergé przy tworzeniu projektu inspirował się zwykle wydarzeniami historycznymi.

Wykonywane na specjalne zamówienia arystokracji rosyjskiej i członków rodziny carskiej Aleksandra III Romanowa, stały się w ówczesnych czasach modnym prezentem wielkanocnym. Pierwsze takie wielkanocne jajko powstało w pracowni Fabergé w 1884 roku na zlecenie samego cara, który chciał zrobić wielkanocny prezent swojej żonie Marii.

Słynne „Jajko Lodowe” wyróżnione z pojedynczego kryształu górskiego, obsypane 5 800 brylancikami, po dziś dzień przypomina fachowców o ból głowy gdyż, jak twierdzą, nikt nie wie, w jaki sposób zostało wykonane.

Niemniej słynne jest „Jajo Koronacyjne” z 1897 roku. Prace nad nim trwały przez 15 miesięcy, ale końcowy efekt sprawił z zdumienie i zachwyt wszystkich, łącznie z carską rodziną. Oto na szczerozłotą, nieco wydłużoną skorupę jajka, całą pokrytą rozetami ze złotych listków wawrzynu, nałożono warstwę przezroczystej emalii, która



**Wielkanocnymi jajami obdarowywali się wszyscy, i bogaci i biedni. Car Aleksander III Romanow zamawiał je w pracowni nadwornego jubilera. Jaja carskie (inaczej jajka Fabergé, nazwane tak od nazwiska złotnika Petera Karla Fabergé) to niezwykle precyzyjne filigranowe dzieła sztuki złotniczej owych czasów.**

# Jajka



# Fabergé

w połączeniu ze znajdującym się pod nim złotem, szlifowanym w każdej rozecie promieniście od środka, przez odpowiednie polerowanie sprawia wrażenie, jak gdyby wewnątrz nich

rozbłyskało miniaturowe słońce. Na odkręcanej w 1/3 wysokości jajka pokrywie widnieje – osadzony na rubinie szlifowanym w formie kaboszonu – stylizowany monogram carycy Aleksandry inkrustowany brylancikami. Łączenia rozet dekorowane są dwugłowymi carskimi orłami, pokrytymi czarną błyszczącą emalią i ozdobionymi, każdy z osobna, centralnie umieszczonym brylantem. Ale prawdziwą „niespodziankę” jajko kryje w środku. Jest nią misternie wykonana replika karety, którą rok wcześniej car Mikołaj II i caryca Aleksandra udali się na koronację. Wykonana ze złota, z rubinowymi siedzeniami, szybkami okienek wyciętymi z górskiego kryształu i zwieńczona carską koroną wysadzaną drogimi kamieniami, budzi podziw precyzją odlanych i rzeźbionych (!) w złocie szczegółów

Jaja Fabergé’a zyskały taką sławę, że w 1900 roku wystawiono je na Wystawie Światowej w Paryżu, aby mogła je podziwiać międzynarodowa publiczność.

Z 54. znanych jajek Fabergé do naszych czasów przetrwało 46, lecz tylko 10 z nich znajduje się w Rosji. Większość tych jubilerskich arcydzieł stanowi dziś ozdobę prywatnych kolekcji na całym świecie.

Najdroższe – *Zima*, warte jest 5,5 mln. dolarów, zaś za najbardziej niezwykle ze wszystkich uchodzi *Jajko Azowa*.

**Anka Domańska**  
fot. archiwum



# Palmy wielkanocne

**P**alma wielkanocna to nie tylko akcent zdobniczy koczujący się ze świętami, ale przedmiot o ogromnej mocy magicznej „dobry na wszystko”.

Najkorzystniejsze było działanie palm wykonanych z gałązek młodej wierzby, ubranych kwiatami, ziołami i kłosami. Wierzba jako pierwsza wiosną wypuszcza pączki, rośnie szybciej niż inne krzewy, a w dodatku potrafi się rozwijać nawet w złych warunkach. Zapędzano więc pod nią zwierzęta, by przejęły choć trochę jej siły i płodności.

Po poświęceniu palmy w kościele wracano z nią uroczysto do domu, a tam uderzano lub dotykano się palmą, by przekazać sobie nawzajem jej moc. Dziewczętom palmowe smagnięcia miały dodawać urody, chłopcom – dzielności i siły. Wymawiano przy tym formułkę: „*Nie ja biję, wierzba bije*”, aby przypadkiem ktoś nie zechciał odplącić smagającemu za zbyt bolesne „życzenia”. Gospodarz uderzał palmą trzy razy w każdy węgiel domu – miało go to uchronić od biedy.

Aby uchronić się przed bólami gardła, połykano bazie; chroniło to też od uroku i wzmacniało ciało. Poświęconą palmę zatykano za święty obraz, gdzie czuwała nad domem aż do następnej Wielkanocy. Chroniła gospodarstwo od pioruna

i pożaru, osłaniała zasiewy przed złą pogodą, a ludzi i zwierzęta przed chorobami. Ustawiona w czasie burzy przy kominie zagradzała błyskawicom drogę do domu.

Krowy wypędzane po raz pierwszy wiosną na pastwisko gładzono palmami po karkach, błogosławiąc je w ten sposób i „czarując”, by się dobrze chowały. Z gałązek wyciągniętych z palm wykonywano małe krzyżyki, które wtykano w pierwszą brzdę podczas orki. Gałązka z palmy włożona do ula chroniła pszczoły i pomagała im zebrać dużo miodu oraz zdrowo się rozmnażać.

Rybaczy wplatali wierzbową gałązkę z palmy w swoje sieci, aby czarownice nie zabierały im połowu.

Jeżeli udało się wykonać długą palmę, wróżyło to długie i szczęśliwe życie temu, kto ją zrobił, a jego dzieciom przynosiło wysoki wzrost i dobre zdrowie. Im piękniej przystrojona była palma, tym dzieci miały być ładniejsze.

Rzeczą zupełnie szczególną i wyjątkową są wielkanocne palmy kurpiowskie. Wysokie, od dwóch do sześciu metrów, kolorowe palmy ozdobione kwiatami i wstęgami.



foto: archiwum

Tworzy się je z pnia ściętego drzewka – leszczyny lub sosny, oplata widłakiem, borówką, bukszpanem czy też jałowcem oraz kwiatami – suchymi lub z bibuły. Zdobę je kolorowymi, długimi wstążkami. Największe palmy wykonuje się w parafii Łyse (woj. mazowieckie), gdzie w Niedzielę Palmową organizowany jest konkurs na najładniejszą palmę.

(ed)

## WARTO WIEDZIEĆ

### O datowaniu Wielkanocy

Data Świąt Wielkanocnych nie była ustalona precyzyjnie aż do powszechnego Soboru Nicejskiego, który odbył się w 325 roku n.e., zwołany przez cesarza Konstantyna Wielkiego. Zgodnie z ustaloną wtedy definicją **Wielkanoc przypada w pierwszą niedzielę po paschalnej pełni Księżycy**. Definicja wydaje się być prosta, ale tylko pozornie. Wyjaśnienia wymaga termin: *paschalna pełnia Księżycy*.

Na Soborze Nicejskim wprowadzono pojęcie *kościelnej pełni Księżycy*, która oznacza przybliżone daty *astronomicznej pełni Księżycy*, wyznaczone przez ówczesnych astronomów. *Astronomiczna pełnia Księżycy* to moment, kiedy Księżyc znajduje się po przeciwnej stronie Ziemi co Słońce. *Paschalna pełnia Księżycy* to pierwsza *kościelna pełnia Księżycy* następująca po 20. marca danego roku.

A zatem począwszy od roku 326 n.e. Wielkanoc nie jest już wyznaczana przy użyciu daty równonocy wiosennej i nie ma z nią bezpośredniego związku. Obiegowa opinia, że Wielkanoc wypada w pierwszą niedzielę po pierwszej wiosennej, *astronomicznej pełni Księżycy*, jest błędna.



# Farmaceutyka nie znosi pośpiechu

**15** lutego w siedzibie Instytutu Farmaceutycznego w Warszawie podpisano porozumienie tej placówki naukowo-badawczej z trzema „Polfami” – z Pabianic, z Tarchomina i z Warszawy. Obecni byli przy tej okazji dr Olaf Gajl, podsekretarz stanu w Ministerstwie Nauki i Szkolnictwa Wyższego oraz dr Jarosław Pinkas, podsekretarz stanu w resorcie zdrowia, co dowodzi żywego zainteresowania rządu opracowywaniem, wdrażaniem, produkcją i eksportem polskich leków innowacyjnych. Chciałoby się zakrzyknąć: „Hurra!!!”, ale – jak stwierdził doc. dr Wiesław Szelejewski, kierujący IF: „*Farmaceutyka nie znosi pośpiechu*”.

Statystyczny Polak w ciągu roku na leki wydaje 70 USD. Jest to ponad cztery razy mniej niż w krajach wysoko cywilizowanych, w których pułap 300 dolarów uznaje się za standard minimum.

## CENTRALIZACJA, DECENTRALIZACJA, KONSOLIDACJA ORAZ WYPRZEDAŻ

Dawno, dawno temu „Polf” w kraju mieliśmy 17, a nad nimi „czapę” w postaci zjednoczenia. Zmiana ustroju społeczno-gospodarczego w 1989 r. spowodowała natychmiastowy „rozwód po polsku” i osierocenie 17. przedsiębiorstw znajdujących się w różnej kondycji organizacyjnej, technicznej, finansowej, kadrowej i rynkowej. Można zaryzykować stwierdzenie, że od 1989 r. nie powstał żaden realny program ochrony i rozwoju rodzimego przemysłu farmaceutycznego. Jedyne, co robiono, to w dość chaotyczny spo-

sób część tych firm prywatyzowano, by następnie sprzedać je inwestorom zagranicznym.

*To nie oznacza, że polskie firmy są już zupełnie bez szans* – przekonywał w czasie uroczystości podpisania porozumienia dyrektor Szelejewski, przywołując własny przykład. Instytut Farmaceutyczny bez rozgłosu (co nie znaczy – bez nakładów!) zbudował własną linię produkcyjną do syntezy substancji leczniczych i półproduktów organicznych.

## ŚWIAT SIĘ LECZY, A MY...

Rynek leków jest jednym z najbardziej rozwijających się rynków świata, czasami porównywanym z przemysłem kosmicznym. W 2006 r. na całym globie sprzedano medykamentów za sumę 640 miliardów dolarów, a w tym roku ma to być już 691 mld USD; analitycy przewidują, że bariera biliona pęknie do 2012 r., kiedy to sprzedaż leków ma wynieść 1015 mld USD, by

w 2015 r. praktycznie podwoić wynik z ubiegłego roku. Który rynek ma taką stopę wzrostu? Żaden.

Wiele osób, w tym także farmaceutów, ekonomistów i menadżerów przemysłu powątpiewa, czy Polska może odnosić sukcesy w produkcji leków, zwłaszcza innowacyjnych. Wysokość nakładów na B+R (badania i rozwój – przyp. red.) w światowej czołówce producentów leków poraża. Ale z drugiej warto przypomnieć sobie przykład Adamedu – przywołany przez ministra Pinkasa. Polska, rodzinna firma w szybkim czasie opracowała 19 własnych leków.

Dyrektor Szelejewski, opowiadając o warunkach powodzenia programu rozwoju krajowej produkcji leków innowacyjnych skrytykował instytucję grantów na badania i wdrożenie, funkcjonującą od lat ‘80 XX w.: „Zbyt niskie, za krótko działające”. A przedstawiony przez niego program wymaga finansowania rządu 100 mln złotych rocznie. Czyli tyle co nic.

## PIERWSZY KROK DO KONSORCJUM?

Porozumienie, o którym mowa była na wstępie, może stanowić wstęp do procesu głębszego, idącego znacznie dalej. Skądinąd wiadomo, że Ministerstwo Skarbu Państwa, pełniące rolę właściciela wobec „Polf” jest ▶



fol. archiwum

**KARSTULAN METALLI OY**

**KOMORY LAMINARNE**

Nowoczesne i niezawodne fińskie komory (łóże) laminarne przeznaczone do przygotowania leków jałowych w aptekach.

Dzięki niewielkim wymiarom i wadze oraz wykonaniu w wersji nastolowej, bardzo łatwe do instalacji nawet w najmniejszym pomieszczeniu.

**NAJWYŻSZA JAKOŚĆ  
ATRAKCYJNA CENA**



Produkowane w kilku wersjach rozmiarowych:

- MINIFIL E – 680 x 400 x 1032 mm *super cena*
- MINIFIL – 680 x 400 x 1158 mm
- MIKROFIL – 680 x 598 x 1158 mm
- LAMIL – 1000 x 598 x 1263 mm

Polecamy również:

- komory laminarne do aptek szpitalnych
- komory laminarne do prac z cytostatykami
- profesjonalne urządzenia do oczyszczania powietrza w pomieszczeniach, w których wymagana jest wysoka klasa czystości; C. A. PLUS 350 i C. A. PLUS 850.

Urządzenia **KARSTULAN METALLI** to:

- solidność profesjonalnego producenta – ISO 9001, CE
- prawie 30 lat doświadczenia w ich produkcji
- nowoczesna technologia, niezawodne działanie
- najwyższej jakości podzespoły, w tym filtry HEPA
- prosta obsługa i konserwacja, niskie koszty eksploatacji
- natychmiastowa dostawa z magazynu w Warszawie
- autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, w tym pomiary kontrolne i walidacja
- 24 miesięczne gwarancji

Wylączny importer i przedstawiciel:  
PHU SELMA IMPORT-EXPORT  
ul. Cieszyńska 4/85, 02-716 Warszawa  
tel. 0-22 847 8138, 0-601 347421  
tel./fax 0-22 646 1320  
www.selma.pl e-mail: selma@post.pl

▶ zainteresowane podobnym scenariuszem rozwoju narodowego przemysłu farmaceutycznego.

Porozumienie „dotyczy rozpoczęcia intensywnej współpracy obejmującej opracowanie nowych technologii wytwarzania substancji aktywnych, produktów leczniczych, włączając [w to] produkty biotechnologiczne, wdrażanie do produkcji i produkcję opracowanych innowacyjnych produktów leczniczych oraz ich rejestrację i sprzedaż”. Pieniądze na ten cel mogą płynąć z trzech źródeł: z budżetu, z Unii Europejskiej (np. programów wchodzących w skład tzw. Strategii Lizbońskiej) oraz od zainteresowanych przedsiębiorstw.

Polscy naukowcy chcą podbić światowy rynek leków przeciwbólowych: opracowali zamiennik morfiny. Nad przełomowym lekiem pracują naukowcy Instytutu Farmaceutycznego. *Mamy ambicję, żeby wejść z tym specyfikiem na rynek światowy* – nie ukrywa dyrektor. Ekspertzy instytutu rozwijają projekt profesora Andrzeja Lipkowskiego z Polskiej Akademii Nauk. Wymyślił on kilkanaście lat temu substancję o nazwie difalina, ale brakowało mu pieniędzy na badania. Środki ma Instytut Farmaceutyczny, dostał je z budżetu. Dysponuje także instalacją do produkcji, której moce pozwoliłyby pokryć światowe zapotrzebowanie. Być może już za pięć

lat trafi ona do sprzedaży. Testy na zwierzętach wykazały, iż specyfik nie uzależnia, nie ma też tylu innych skutków ubocznych co morfina. I jeszcze jedno: rynek takiego specyfiku to 1 miliard dolarów rocznie!

*Takich działań może być więcej* – obiecywał doc. dr W. Szelejewski. Program rozwoju krajowej produkcji leków innowacyjnych dotyczy lat 2008-2013 i opiera się na trzech filarach:

1. Uruchomieniu produkcji ok. 100 leków generycznych (o wartości 100 mln USD rocznie na kraj i 200 mln USD na eksport, w tym do Europy Zachodniej); rozwój własnych substancji leczniczych.
2. Opracowaniu biotechnologii produkcji 10-15 czołowych leków, przy czym część z nich można przejąć z zagranicy, korzystając z licencji oraz z wyczerpania się zastrzeżeń.
3. Rozwoju minimum 10. projektów oryginalnych polskich leków innowacyjnych w wybranych dziedzinach, własne syntezы, globalny marketing.

Wymowa tych działań jest następująca: efektywnie spożytkować polską myśl naukową i dać zarobić rodzimemu przemysłowi farmaceutycznemu. W wyścigu ze światem wcale nie musimy się poddawać. ■

**Jacek Świdziński**

## Bezpieczeństwo farmakoterapii

8 marca br. Urząd Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (URPL) zorganizował w Warszawie międzynarodową konferencję naukową „BEZPIECZEŃSTWO FARMAKOTERAPII”. *O ile mi wiadomo, jest to pierwsza tego rodzaju konferencja w naszym kraju* – mówił w czasie otwarcia imprezy Bolesław Piecha, sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia. Na kwadrans przed rozpoczęciem nie było już wolnych miejsc.

Otwierając konferencję dr Leszek Borkowski, prezes URPL wspominał o pewnym zastanawiającym fakcie: *50 procent wycofywanych leków przebywało na rynku przez pięć lat i dłużej*. Czy obawa bądź inne względy nie powstrzymują pracowników systemu opieki zdrowotnej przed alarmowaniem odpowiednich służb, firm farmaceutycznych, opinii publicznej o niepokojących objawach pojawiających się przy stosowaniu jakiegoś preparatu? Uczestnicy konferencji, lekarze i aptekarze otrzymali tzw. punkty edukacyjne. Obie te punkty przekuli na brak lęku przed zgłaszaniem działań niepożądanych.

j.świd.



# POLHUMIN®

CENA DLA PACJENTA  
**3,20 zł**  
RYCZAŁT BEZ DOPŁAT

*Łatwiej żyć*



## Wskazania do stosowania

Cukrzyca wymagająca leczenia insuliną.

## Dawkowanie

Dawkowanie insuliny jest indywidualne dla każdego pacjenta. Dawkę insuliny określa lekarz na podstawie oceny charakteru cukrzycy, wieku pacjenta, aktywności ruchowej, stanu zdrowia uwzględniając również stosowanie innych leków. Dokładną dawkę insuliny należy określić na podstawie regularnego monitorowania stężenia glukozy we krwi.

## Działania niepożądane

Najczęściej występującym działaniem niepożądanym podczas stosowania insuliny jest hipoglikemia. Wyjątkowo rzadko może wystąpić natychmiastowy odczyn uczuleniowy np. w postaci pokrzywki lub obrzęku Quinckiego.

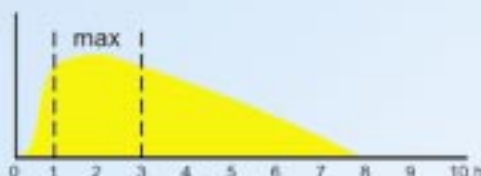
## Polhumina® R

Polhumina® R jest obojętnym, jałowym roztworem biosyntetycznej, wysokoczyszczzonej insuliny ludzkiej. Wytwarzana jest z zastosowaniem metody rekombinacji DNA.

Czas hipoglikemizującego działania insuliny Polhumina® R liczony od chwili podskórnego jej wstrzyknięcia (w przybliżeniu):

początek działania	- 30 min
maksimum działania	- 1 - 3 godzin
całkowity czas działania	- 8 godzin

Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego nr 10228



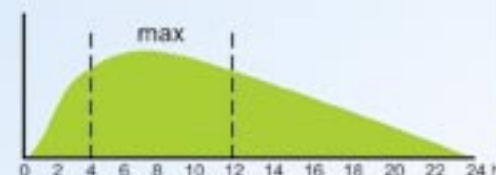
## Polhumina® N

Polhumina® N jest obojętną, jałową zawiesiną biosyntetycznej, wysokoczyszczzonej insuliny ludzkiej z protaminą. Wytwarzana jest z zastosowaniem metody rekombinacji DNA.

Czas hipoglikemizującego działania insuliny Polhumina® N liczony od chwili podskórnego jej wstrzyknięcia (w przybliżeniu):

początek działania	- 1,5 godziny
maksimum działania	- 4 - 12 godzin
całkowity czas działania	- do 24 godzin

Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego nr 10225



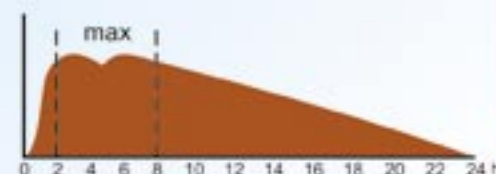
## Polhumina® Mix-3

Polhumina® Mix-3 jest obojętną, jałową mieszaniną dwufazową, biosyntetycznej insuliny ludzkiej rozpuszczalnej i izofanowej.

Czas hipoglikemizującego działania insuliny Polhumina® Mix-3 liczony od chwili podskórnego jej wstrzyknięcia (w przybliżeniu):

początek działania	- 30 minut
maksimum działania	- 2 - 8 godzin
całkowity czas działania	- do 24 godzin

Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu produktu leczniczego nr 10230



Szczegółowe informacje o leku w ulotce przyłękowej

 **POLFA TARCHOMIN® S.A.**

Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne "Polfa" Spółka Akcyjna, ul. Aleksandra Fleminga 2, 03-176 Warszawa, tel. (022) 510 80 01, 510 80 02

[www.polfa-tarchomin.com.pl](http://www.polfa-tarchomin.com.pl)

*W szpitalach obserwuje się znaczny wzrost kosztów farmakoterapeutycznych. Jakie są tego przyczyny? Dr Wojciech GIERMAZIAK analizuje istniejącą sytuację. W następnym numerze autor przedstawi tekst, w którym rozważać będzie, jak zorganizować pracę oddziałów farmacji szpitalnej, aby przeciwdziałać nadmiernemu i niezasadnionemu wzrostowi kosztów?*

# Gospodarka lekami i drobnym sprzętem medycznym w szpitalu

## Część I - Analiza krytyczna

**D**opóki szpitalnictwo nie zostanie ustawowo wydzielone i nie będą określone dlań stosowne normy funkcjonowania, dopóty działania naprawcze dotyczące gospodarki lekami w szpitalach nie mają szans powodzenia.

Sytuacja jest zła – taka jest opinia specjalistów o praktycznych działaniach wielu polskich szpitali w dziedzinie gospodarowania lekami i wyrobami medycznymi. Analiza sytuacji prowadzi do wniosku, że pierwotne przyczyny tego stanu rzeczy tkwią głównie w przepisach prawa farmaceutycznego, które nie zawsze są klarowne, zbyt często są niespójne, a niekiedy sprzeczne z innymi uregulowaniami w systemie prawnym ochrony zdrowia. Są także obszary, których przepisy nie regulują. W konsekwencji tych luk występuje wielość interpretacji prawa i różnorodne zachowania w podobnej sytuacji faktycznej. Wskazuje się także na ustawę o Zakładach Opieki Zdrowotnej, która niedostatecznie dokładnie kodyfikuje sprawy wiążące się z funkcjonowaniem szpitali. Dopóki szpitalnictwo nie zostanie ustawowo wydzielone i nie będą określone dlań stosowne normy funkcjonowania, dopóty działania naprawcze dotyczące gospodarki lekami w szpitalach nie mają szans powodzenia.

Obecnie odczuwalny jest brak jednoznacznych i jednolitych, wspólnych dla wszystkich szpitali zasad funkcjonowania, kierowania, organizacji, sprawozdawczości, czy li-

czenia kosztów. Każda z jednostek tworzy własne systemy rozliczeń i kalkulacji, każda na swój sposób interpretuje niejasne zapisy prawne, w których przyszło prowadzić działalność. Dotyczy to także gospodarki lekami i wyrobami medycznymi stanowiącymi podstawę procesów leczniczych, a jednocześnie istotne źródło wydatków.

W innych krajach europejskich politykę lekową na poziomie szpitala opracowują z upoważnienia zarządów szpitali zespoły specjalistów z dziedziny medycyny i farmacji działających w Szpitalnych Komitetach Terapeutycznych, Komitetach ds. Wyrobów Medycznych, Komitetach ds. Zakażeń Szpitalnych, czy Komitetach ds. Zakupów. Zespoły te pracują w ramach istniejących w każdym z krajów wymogów prawnych oraz w oparciu o utworzone lokalnie regulaminy i procedury postępowania. Zarządcy szpitali ograniczają się do roli organizacyjnej i kontrolnej, a nie zajmują się, jak to jest w naszym kraju, kreowaniem polityki lekowej dla własnej placówki.

W Polsce nie ma wymogu powołania przez szpital Komitetu Terapeutycznego. Do roku końca 1999 istniał obowiązek powołania w szpi-

talnego takiego zespołu. Ten obowiązek ciążył na szpitalach nie z mocy przepisów prawa, ale był nałożony decyzją Głównego Inspektora Farmaceutycznego z 1995 roku. Zgodnie z intencją ówczesnego Głównego Inspektora w wyniku pracy zespołów powstawały Szpitalne Listy Leków, przez niektórych mylnie nazywane „receptariuszami”, które zawierały listy leków dopuszczonych przez organy nadzorcze jednostek do stosowania na terenie danego szpitala lub zespołu szpitali. Na świecie zasady wyboru leków do Szpitalnej Listy Leków doczekały się wielu opracowań, a organizacja i optymalizacja tego procesu jest do dzisiaj jednym z podstawowych elementów systemu zarządzania lekami zwanego Systemem Receptariusza Szpitalnego.

W większości szpitali w Polsce istnieją Szpitalne Listy Leków (SLL). Tworzone są one niejako z konieczności, gdyż wymaga ich NFZ przy kontraktowaniu świadczeń. Jednak ani NFZ, ani Ministerstwo Zdrowia czy organ założycielski nie analizują tych list, nikt nie zadaje pytań dotyczących zasad ich tworzenia, nikt nie przeprowadza kontroli realizacji zapisów Szpitalnej Listy Leków. Nie stworzono także jednolitych wytycz-



nych dotyczących sposobu publikacji takich list, w związku z czym istotnie różnią się one zawartością, formą prezentacji i układem. Bezpośrednią, jak się wydaje, przyczyną takiego stanu rzeczy jest brak ujednoliconego w całym kraju koszyka świadczeń gwarantowanych, który działając w ramach polityki lekowej państwa, regulowałby jednoznacznie ten aspekt gospodarczej funkcji lecznictwa zamkniętego.

Struktura ATC (Indeks Anatomiczno – Terapeutyczno – Chemiczny) Szpitalnej Listy Leków oraz przygotowane według niej zestawienia ilościowo-wartościowe przyjęć leków i wyrobów medycznych do szpitala i ich wydań, nie tylko na oddziały, ale przede wszystkim do indywidualnego pacjenta, normalnie powinny stanowić zarówno podstawę lekowych planów finansowych szpitala, polityki zamienników leków odtwórczych, jak i podstawę postępowania przetargowego oraz sprawozdawczości merytoryczno-finansowej jednostek klinicznych. Obecnie w szpitalu nie ma na to miejsca, a jeśli poszczególne elementy występują, to nie stanowią powiązanej ze sobą struktury ułatwiającej proces zarządzania. Prowadzi to w konsekwencji do nie ujmowania lub dublowania w postępowaniu przetargowym wielu pozycji stosowanych w praktyce klinicznej i zakupu ich, często dużo

drożej w trybie „wolnej ręki”. Dodatkowo w szpitalach odczuwalny jest brak jednoznacznych i przejrzystych wytycznych dotyczących postępowania przetargowego i poprzetargowego, a szczególnie w dziedzinie specyfikacji i sposobie tworzenia do niej załączników.

Ustawa o zamówieniach publicznych jest ustawą ogólną, a ponieważ brak jest do niej rozporządzeń precyzujących, to często występują trudności interpretacyjne w kontekście specyficznych „towarów”, jakimi są leki czy wyroby medyczne. Panuje tu całkowita dowolność interpretacyjna, która nie eliminuje nieprzejrzystych zasad współpracy z oferentami. Brakuje także skutecznych mechanizmów kontrolnych postępowania przetargowego, a także kontroli przestrzegania rozstrzygnięć przetargowych. Procesu tego nie wspiera, funkcjonująca zwykle na marginesie podstawowej działalności szpitala (często w bardzo trudnych warunkach lokalowych), apteka szpitalna z farmaceutą, o ile takowy jest w szpitalu, jako wysoko kwalifikowanym magazynierem.

Zupełnie inaczej jest w szpitalach Europy czy Ameryki, gdzie to właśnie głównie farmaceuci szpitalni, jako specjaliści od leków, skutecznie wspierają zarządy szpitali w działaniach związanych z całością procesów farmakoterapeutycznych,

od przygotowania planów zaopatrzenia produktów począwszy, a na prawidłowym, zgodnym z zasadami opieki farmaceutycznej zastosowaniu leków u pacjenta kończąc.

Funkcjonujący obecnie w polskich szpitalach system dystrybucji leków i wyrobów medycznych na oddziały sprzyja gromadzeniu zapasów i utrudnia sprawowanie należytej kontroli nad ich przechowywaniem na oddziałach (straty, przeterminowania). System ten nie zapewnia prawidłowej, przejrzystej sprawozdawczości merytoryczno-finansowej, tym samym staje się zaprzeczeniem kontrolingu wewnętrznego szpitala. Podstawę kontrolingu stanowi znajomość miejsc powstawania kosztów i przypisanych do nich kosztów rodzajowych, a co za tym idzie, również wszystkich kosztów składających się na proces leczenia indywidualnego pacjenta (nie oddziału szpitalnego). Pogrupowane wg kategorii rozpoznń ang. DRG (Diagnosis Related Groups) indywidualne koszty terapii różnych pacjentów mogą dopiero wtedy stanowić podstawę określenia przeciętnych kosztów procedur medycznych, w tym również przeciętnych ogólnopolskich kosztów procedury, oczywiście pod warunkiem, że zostaną ujednolicone dla wszystkich szpitali zasady zliczania rodzajowych kosztów składowych, tak jak to ma miejsce w wielu krajach europejskich. ▶

## MIODY DIETETYCZNE

DOSTĘPNE WYŁĄCZNIE W APTEKACH

Niezwykłą wartość MIODU - tej „wielkiej skarbnicy natury” doceniano już w starożytności. A ludowa tradycja od wieków wykorzystywała go nie tylko w celach spożywczych, ale również leczniczych. Współczesne badania kliniczne udowodniły korzystny wpływ diety bogatej w miód na prawidłowe funkcjonowanie organizmu człowieka, jednakże zaliczamy go do środków spożywczych. Wyjątkowe walory leczniczo-profilaktyczne DIETETYCZNE MIODY zawierają dodatkami pyłku kwiatowego, propolisu i mleczka pszczelego.

- Polska Przedsiębiorstwo Przemysłowe Farmaceutyczne Agneta Farm Sp. z o.o.
- Ciepłogóra 2, 51-400 Polkowice
- Miód w aptekach: Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne „MIOŁ BRANIO” Sp. z o.o.
- Szpitalowa 1, 52-412 Działoszka tel. 012 271 00 21 fax 012 271 01 23 148444 0801 517 516 www.miod.com.pl e-mail: biuro@miodydietetyczne.com.pl

**MIÓD DIETETYCZNY**  
z dodatkiem pyłku kwiatowego

Pyłek kwiatowy wpływa korzystnie na przemianę materii, wspomaga gospodarkę lipidową organizmu, dostarcza cennych składników odżywczych regulujących pracę narządów wewnętrznych, zwłaszcza wątroby.

Szczególnie polecany jest osobom z zaburzeniami gospodarki lipidowej.

**MIÓD DIETETYCZNY**  
z dodatkiem propolisu

Propolis dzięki właściwościom przeciwpalnym i przeciwbakteryjnym stosowany jest w stanach zapalnych górnych i dolnych dróg oddechowych, chorobach wrzodowej, schorzeniach wątroby i dróg żółciowych.

Wspomaga leczenie w stanach zapalnych górnych dróg oddechowych, jamy ustnej i gardła, a także wątroby i żółtaczki.

**MIÓD DIETETYCZNY**  
z dodatkiem mleczka pszczelego

Mleczko pszczele wykazuje działanie tonizujące. Poprzez wpływ na ośrodkowy układ nerwowy reguluje czynności fizyczne i psychiczne człowieka, przyczyniając się do eliminacji zmęczenia, poprawy samopoczucia, zwiększenia koncentracji psychicznej.

Polecany jest w stanach zmęczenia fizycznego, wyczerpania nerwowego, obniżenia sprawności umysłowej i bezsenności.

ŚRODEK SPOŻYWCZY SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA ŻYWIENIOWEGO

- ▶ Głównymi mankamentami stosowanego w Polsce systemu dystrybucji leków na oddziały są:
  - Nieuzasadnione i nieracjonalne pomnażanie zapasów na oddziałach, co prowadzi do zamrożenia środków finansowych jednostki.
  - Brak kontroli zapasów leków, bez możliwości skutecznej kontroli i dokumentowania wydań do pacjenta.
  - Nieodpowiednie warunki przechowywania, co wpływa na obniżenie trwałości leku. Taka sytuacja podwyższa zagrożenie wystąpienia działań niepożądanych i zjawiska polipragmazji.
  - Trudności w zebraniu informacji na temat struktury leczenia i jego kosztów.
  - Uciążliwe (w wyniku decentralizacji) racjonalne zarządzanie gospodarką lekami na oddziale, w wyniku czego dochodzi do straty czasu personelu pielęgniarskiego i straty w lekach (choćby podczas sporządzania mieszanin leków bezpośrednio w oddziale szpitalnym, np. w przypadku leków onkologicznych).
  - Występowanie błędów w podawaniu leków (nie ten pacjent, nie ten lek, nie taka dawka, nie odpowiednia postać farmaceutyczna, nie odpowiednie czasy podań i przedziały terapeutyczne. W konsekwencji mogą się pojawić działania niepożądane rodzące wysokie koszty wynikające z konieczności zastosowania dodatkowych procedur medycznych, a także odszkodowań dla pacjentów.

Procesu zarządzania lekami i wyrobami medycznymi nie wspierają w polskich szpitalach również funkcjonujące, o ile są, systemy komputerowe, w tym również systemy apteczne. Nawet funkcjonujące samodzielnie w szpitalach specjalizowane programy, bez ich połączenia w jeden system, nie są w stanie wesprzeć gospodarki lekami i wyrobami medycznymi. Najczęściej w szpitalach funkcjonują wyspecjalizowane programy Ruchu Chorych (ADT), Finansowo–Księgowe (FK), Kadrowe i Apteczne, lecz przeważnie nie tworzą one systemu jako takiego – typu HIS (Hospital Information Systems), sprzęgającego i wykorzystującego gromadzone w nich dane. Bardzo źle przedstawia się sytuacja w informatyzacji obrotu lekami. Oprogramowanie apteczne, to zwykle zaadaptowane oprogramowanie hurtowni, spełniające swoje zadanie jedynie w niewielkiej części, jaką jest gospodarka magazynowa. W wystarczającym z reguły zakresie oprogramowanie takie wspiera rozliczenia finansowe z dostawcami i proces rozliczania faktur (zgodnie z potrzebami księgowości ogólnej). Funkcjonujące w szpitalach programy apteczne niestety nie pozwalają na prowadzenia analiz ilościowo – rodzajowych, które powinny stanowić podstawę rozliczeń oddziałów i pacjentów.

Koszty gospodarki lekami i wyrobami medycznymi to nie tylko koszty nabycia leków. Znacznie poważniejszym problemem kosztowym istniejącym w szpitalnictwie są błędy w procesie farmakoterapii, najczęściej pochodne złego systemu organizacji oraz zarządzania lekami w szpitalu. Prosty następstwem wielu z nich są działania niepożądane leków, stwarzające często realne zagrożenia bezpieczeństwa pacjentów, których leczenie prowadzi do nieuzasadnionego zwiększenia kosztów dodatkowych.

Jak sobie z tym wszystkim poradzić? Spróbuję opisać w następnym numerze. ■

**dr Wojciech Giermaziak**

# Receptura na co dzień

## Problemy z wykonywaniem maści typu zawiesin

**W** dobie dynamicznego rozwoju przemysłu farmaceutycznego, leki magistralne wydawać się mogą przeżytkiem, który powinien trafić do lamusa. Często jednak okazują się niezastąpione, bo pozwalają na dobór środków leczniczych i dawek dostosowanych do indywidualnych potrzeb chorego. Ich zaletą jest też fakt, że dostarczane są pacjentowi bezpośrednio po przyrządzeniu, co umożliwia ordynowanie związków leczniczych o ograniczonej trwałości, a także eliminuje konieczność stosowania środków konserwujących. Leki te wpływają ponadto korzystnie na psychikę chorego, który wierzy, że preparat – wykonany specjalnie dla niego – będzie bardziej skuteczny.

### RODZAJE MAŚCI

Jedną z częściej wykonywanych obecnie w recepturze postaci leku, obok postaci płynnych, są maści (1). Maści (*Unguenta*) są postacią leku przeznaczoną do nanoszenia na skórę lub błony śluzowe w celu wywołania działania miejscowego lub ogólnego w wyniku przezskórnej penetracji substancji leczniczych. Mogą być także stosowane w celu uzyskania działania nawilżającego czy ochronnego (2).

Substancja czynna, w zależności od swoich właściwości fizykochemicznych, może być w podłożu maściowym rozpuszczona, zawieszona lub zemulgowana (3). Otrzymuje się wtedy odpowiednio – maść roztwór, maść zawiesinę czy maść emulsję. Substancje lecznicze zazwyczaj nie rozpuszczają się w podłożu, dlatego maści zawiesiny stanowią najczęściej spotykany typ maści. Gdy zastosowane jest podłoże jednofazowe, otrzymu-



je się maść dwufazową (np. maść z tlenkiem cynku, maść z kwasem salicylowym, maść siarkową, maść pięciornikową złożoną). Jeżeli natomiast substancja lecznicza zawieszona jest w podłożu typu emulsyjnego, to powstaje układ wielofazowy, np. krem z hydrokortyzonem (in. maść emulsja z hydrokortyzonem) czy maść z zasadowym galusanem bizmutu (dermatolem), w której jako podłoże zastosowano maść zmiękcządzającą (*Unguentum leniens*) – podłoże o charakterze emulsji w/o (2, 3).

Dopuszczalna wielkość cząstek w maści wg FP VI wynosi 90  $\mu\text{m}$  (2). Oznacza to konieczność takiego rozdrobnienia substancji leczniczej, aby żadna cząstka nie pozostała większa niż 90  $\mu\text{m}$ . Cząstki o wyższych rozmiarach mogą bowiem wywoływać nieprzyjemne uczucie ziarnistości, a nawet powodować drobne zranienia na skórze. Od wielkości zawieszonych cząstek uzależniony jest także proces wchłaniania substancji leczniczej. Cząstki mniejsze będą szybciej się rozpuszczać, a tym samym szybciej ulegać wchłanianiu (cząstki nierozpuszczone się nie wchłaniają). W celu oceny wielkości cząstek, na płytce szklanej rozprowadza się cienką warstwą ilość maści zawierającej co najmniej 10  $\mu\text{g}$  substancji zawieszonych. Preparat obserwuje się pod mikroskopem zaopatrzonym w podziałkę mikrometryczną.

### SPORZĄDZANIE MAŚCI ZAWIESIN

Na proces sporządzania maści składa się wiele etapów – przygotowanie podłoża, przygotowanie substancji leczniczej, wprowadzenie substancji leczniczej do podłoża, homogenizacja maści i jej pakowanie. W przypadku maści zawiesin istotne jest uzyskanie odpowiedniego rozdrobnienia cząstek substancji leczniczej oraz właściwa homogenność preparatu, dlatego ten typ maści przygotowuje się dwuetapowo. Substancję leczniczą rozciera się najpierw z podłożem lub składnikiem płynnym podłoża w proporcji 1:1 uzyskując tym samym „koncentrat” maści, do którego stopniowo dodaje się pozostałe podłoże (3).

W warunkach aptecznych maści wykonuje się najczęściej przy użyciu porcelanowych moździerzów z odpowiednio dobranymi pistlami. Obecnie produkowane są także moździerze z tworzyw sztucznych. Pozbawione są one jednak szorstkich powierzchni wewnętrznych, co uniemożliwia ich stosowanie do sporządzania maści typu zawiesin. Przy użyciu tych moździerzów nie jest bowiem możliwe właściwe sproszkowanie substancji leczniczej. Mogą one natomiast z powodzeniem być stosowane do wykonywania maści typu emulsji czy maści typu roztworu.

### SPORZĄDZANIE MAŚCI Z KWASEM SALICYLOWYM

Jedną z częściej wykonywanych w aptekach maści typu zawiesin jest maść z kwasem salicylowym. Kwas salicylowy (*Acidum salicylicum*) stosowany jest w leczeniu nagniotków, brodawek stóp i dłoni, pomocniczo w łuszczycy. W wyższych stężeniach (10-20%) ma działanie keratolityczne i antyseptyczne, w niższych – łagodnie odkażające i przeciwzapalne (4). Kwas salicylowy *pro recepturae* występuje w postaci białych igieł lub białego, krystalicznego proszku (2). Łatwo rozpuszcza się w etanolu (760g/l), trudno rozpuszcza się w wodzie. Maść z kwasem salicylowym wykonuje się (o ile lekarz nie zalecił inaczej) na wazelinie żółtej. Wg FP VI maść ta w stężeniu 1-3% wykazuje działanie antyseptyczne, a w stężeniu 10-20% – keratolityczne (2).

Konieczność uzyskania odpowiedniego rozdrobnienia kryształów sprawia wiele trudności podczas sporządzania maści z kwasem salicylowym, który jest substancją grubokrystaliczną i pyłącą. Wykonanie maści spełniającej wymagania FP VI metodą tradycyjną w moździerzu wymaga odpowiednio długiego rozcierania kwasu salicylowego z niewielką ilością parafiny płynnej (przez przynajmniej 20 min.). Dodatek parafiny zapobiega pyleniu i ułatwia rozdrobnienie kryształów. Do tak przygotowanego kwasu salicylowego należy stopniowo dodawać podłoże, co wydłuża czas wykonania maści nawet do 40. minut. Należy

podkreślić, że często wykorzystywany sposób rozcierania kwasu salicylowego z niewielką ilością etanolu nie powinien być praktykowany. Podczas przechowywania tak sporządzonych maści może bowiem dochodzić do wykrywania cząstek kwasu salicylowego o wielkości znacznie przewyższającej 90  $\mu\text{m}$ . W wykonanych z dodatkiem etanolu maściach można było zaobserwować „kryształy – giganty” o wielkości nawet 800  $\mu\text{m}$ .

### WYKORZYSTANIE MIKSERA RECEPTUROWEGO

Urządzeniem, które może ułatwić uzyskanie maści o wymaganych parametrach, jest mikser recepturowy. Mikser ten może być wykorzystywany zarówno do wytwarzania maści, jak i czopków. Składa się z urządzenia miksującego, pojemników – tub, końcówek dozujących, aplikatorów oraz jednorazowych form do czopków i globulek. Do mieszania przepisanych składników leku recepturowego z podłożem służy zestaw mieszadeł różnej wielkości wielokrotnego użytku oraz plastikowe mieszadła jednorazowe, które zostają wewnątrz opakowania maści wydawanej pacjentowi. Mieszadła jednorazowe charakteryzują się dużo mniejszą siłą homogenizacji i nie nadają się do wykonywania maści typu zawiesin. Jednorodną mieszaninę podłoża z substancją leczniczą uzyskuje się poprzez dobór odpowiednich parametrów technologicznych procesu, tj. czasu trwania mieszania i szybkości obrotów mieszadła. Należy podkreślić, że cały proces odbywa się w jednym opakowaniu – wydawanym pacjentowi. Jest to niezwykle istotne, ponieważ maści należą do II grupy (wg FP VII – do drugiej kategorii) czystości mikrobiologicznej, a w procesie wytwarzania, pakowania, przechowywania i dystrybucji należy zachować warunki zapewniające właściwą czystość mikrobiologiczną preparatu (2, 6). Do pojemnika, który jest jednocześnie ostatecznym opakowaniem maści, odważa się poszczególne składniki i poddaje procesowi homogenizacji. Pojemnik

zaopatrzonego jest w specjalny aplikator i „ruchome” dno, pozwalające na aplikację preparatu bez konieczności otwierania opakowania.

W Zakładzie Farmacji Stosowanej wykonano wiele maści z kwasem salicylowym. Okazało się, że wymogi FP VI spełnia maść otrzymana w następujący sposób:

Kwas salicylowy roz tarto najpierw w moździerz, a następnie homogenizowano z podłożem podzielonym na trzy porcje. Po dodaniu każdej części podłoża, robot recepturowy włączano na dziewięć minut (maksymalny czas pracy posiadane go przez Zakład Farmacji Stosowanej AMB urządzenia to 9 min. i 50 sek.) oraz ustawiano obroty na pięć (zakres obrotów od 1 do 9). Łączny

czas rozcierania każdej maści wyniósł zatem 27 minut.

Przy jednorazowym dodaniu całej ilości podłoża do kwasu salicylowego oraz włączeniu urządzenia na krótszy czas nie otrzymano maści o wymaganych parametrach.

#### PODSUMOWANIE

1. Podczas wykonywania maści z kwasem salicylowym w moździerz należy pamiętać o odpowiednio długim czasie rozcierania substancji leczniczej z odrobiną parafiny lub podłoża oraz o odpowiednio długim etapie homogenizacji maści.
2. Jako składnik ułatwiający rozcieranie kwasu salicylowego nie powinien być stosowany etanol.
3. Korzystając z miksera recepturowego, przed dodaniem do podłoża, kwas salicylowy należy sproszkować w moździerz. ■

dr n. farm. Katarzyna Winnicka,  
dr n. farm. Elwira Telejko  
Zakład Farmacji Stosowanej  
Akademii Medycznej w Białymstoku

#### Piśmiennictwo:

1. Winnicka K., Telejko E.: Najczęściej wykonywane leki recepturowe, Farmacja Polska, 19, 879-883, 2002
2. Farmakopea Polska VI, Wyd. PTFarm., Warszawa, 2002
3. Janicki S., Fiebig A., Sznitowska M.: Farmacja Stosowana, PZWL, Warszawa, 2003
4. Przewodnik Farmakoterapii 1995, Numer 1, Warszawa, 1995
5. Jachowicz R.: Receptura apteczna, PZWL, Warszawa, 2005
6. Farmakopea Polska VII, Tom I, Wyd. PTFarm., Warszawa, 2006

# Studencki głos w sprawie staży aptecznych

**W** roku akademickim 2004/2005 na kierunku farmacja zmianie uległy kryteria przyznawania dyplomu ukończenia studiów magisterskich – wprowadzono obowiązkowy, sześciomiesięczny staż apteczny. Stał się on integralnym elementem studiów, przez co wydłużyły się one o jeden semestr.

W związku z tym, że zmiana ta wywołała istną burzę, zarówno wśród aptekarzy, władz uczelni medycznych, jak i samych studentów, członkowie Farmakoeconomicznego Studenckiego Koła Naukowego przy Akademii Medycznej w Lublinie postanowili zbadać tę sprawę z bliska. Zaowocowało to ciekawą pracą, która została zaprezentowana i wyróżniona na I Ogólnopolskim Kongresie Naukowym Młodej Farmacji w Warszawie.

Celem naszej pracy było poznanie opinii i stanu faktycznego na temat stażu odbywanego w aptece otwartej. Postanowiliśmy trzem grupom bada-

nych, tj. studentom, stażystom i opiekunom stażystów w aptekach zadać podobne pytania dotyczące stażu i zasad jego odbywania, aby uzyskać jak najbardziej wiarygodne wyniki. Interesowały nas odpowiedzi na najbardziej sporne kwestie, tj. czy stażysta powinien otrzymywać wynagrodzenie za wykonywaną pracę, czy powinien pracować w soboty, a także czy konieczne jest zdobywanie przez stażystę punktów szkoleniowych zaraz po studiach.

#### WYNAGRODZENIE

Jest to najbardziej dyskusyjny punkt stażu. Stażysta nie otrzymuje



foto: archiwum

wynagrodzenia w ramach odbywania pracy w aptece, gdyż nadal ma statut studenta i przynajmniej na początku wymaga nadzoru wykwalifikowanego farmaceuty, ale równocześnie po pięciu latach studiów posiada już wiele umiejętności, które wykorzystuje jak każdy inny pracownik.

Większość studentów, jak i opiekunów stażu uważa, że stażysta powinien otrzymywać wynagrodzenie, przynajmniej symboliczne. Tłumaczenie braku wynagrodzenia faktem, że studentowi przysługują stypendia i zniżki, jest na wyrost, bo, jak wykazało badanie – tylko niewielkiemu procentowi studentów przysługują stypendia, a poza tym są one za niskie, żeby się utrzymać, nie wspominając już o utrzymaniu rodziny, którą w tym wieku większość z nas chce już założyć.



### ODPOWIEDZIALNOŚĆ MATERIALNA ZA BŁĘDY

Okazuje się, że jest to w dużej części związane z ewentualnym wynagrodzeniem za staż. Zaobserwowaliśmy, że jeśli już ktoś otrzymywał wynagrodzenie za swoją pracę, to musiał odpowiadać materialnie za popełnione błędy. O ile taka zależność wydaje się logiczna, to płacenie za wszystkie błędy (nawet te popełnione nieświadomie lub powstałe na skutek braku doświadczenia) w momencie, gdy "kieszeń świeci pustkami" i stażysta jest traktowany jak student, czyli ktoś, kto się jeszcze uczy, jest nie do przyjęcia przez środowisko studenckie.

### OBOWIĄZKOWE SZKOLENIA DLA STAŻYSTÓW

Stażysta ma obowiązek zebrać 30 punktów szkoleniowych w czasie stażu. Jest to dużo, zwłaszcza że wykwalifikowany farmaceuta musi zebrać 100 punktów w ciągu pięciu lat.

Poruszyliśmy ten problem w naszej pracy i okazało się, iż w mniejszym bądź większym stopniu wszystkie grupy zgadzają się, że jest to liczba zbyt duża.

Prawie połowa stażystów stwierdziła, że uczęszcza na szkolenia tylko ze względu na konieczność zbierania punktów, a 1/3 opiekunów uważa, iż zbieranie punktów przez stażystów jest bezcelowe, gdyż posiadają oni „świeżą” wiedzę. Szkolenia dla stażystów miałyby większy sens, jeżeli służyły-

by do poznawania wiedzy nie objętej programem nauczania lub ewentualnie do uaktualnienia bądź pogłębienia wcześniej prezentowanego materiału. W innym przypadku szkolenia stają się dla studentów „złem koniecznym” i nie spełniają swojej funkcji, zwłaszcza że w wielu przypadkach wiążą się z dodatkowymi kosztami.

### PRACA W SOBOTY, ŚWIĘTA I FERIE.

Przy tym zagadnieniu trzeba się po raz kolejny zastanowić, gdzie istnieje granica między stwierdzeniami „jeszcze” student i „już” pracownik. Stażysta ma nadal statut studenta, więc powinien obowiązywać go tygodniowy rozkład pracy jak dla studenta, ale w praktyce okazuje się, że ten aspekt ma mało wspólnego ze studiami, ponieważ stażysta zostaje wpisany do grafika jak zwyczajny pracownik, przez co bardzo często ma obowiązek pracy w soboty, dodatkowo może on zapomnieć, co to jest przerwa świąteczna, nie wspominając już o feriach, które na większości uczelni są obligatoryjnie wyznaczane. Uszanowanie tych „dni wolnych” studentów w niektórych przypadkach mogłoby niestety zbyt drastycznie zaburzyć pracę w aptekach, ponieważ nie zawsze bezboleśnie można pozbyć się dodatkowych „rąk do pracy”.

### ZAKRES OBOWIĄZKÓW

Student XI semestru powinien zdobywać w aptecce doświadczenie

w zakresie: pracy za pierwszym stołem, wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, sporządzania leków recepturowych, udzielania fachowej informacji o lekach, opieki farmaceutycznej oraz aspektów prawnych, etycznych i administracyjnych.

Niestety nie we wszystkich przypadkach staż spełnia w tym aspekcie swoje zadanie, ponieważ są studenci, którzy zamiast się doskonalić i rozwijać, zaczynają się cofać lub zatrzymują w miejscu. Jak się okazuje, w niektórych aptekach student rozpoczyna swoją przygodę od metkowania i rozkładania towaru, czyli standardowo, ale co gorsza – on na tym etapie kończy. Tu nasuwa się pytanie – jak później taki człowiek ma pójść z otrzymanym już dyplomem do pracy, a raczej jak ma wytłumaczyć przyszanemu pracodawcy, że w zasadzie to potrzebuje przeszkolenia...

Jak widać, pomimo iż sama idea zamiany rocznego stażu po studiach na półroczny wliczany w okres studiów, jest oceniana przez większość pozytywnie, to potrzebne jest dość szybkie wyjaśnienie jego licznych aspektów, gdyż jest zbyt wiele niedopowiedzeń i interpretacji, co doprowadziło do niekończących się dyskusji, a czasem nawet niepotrzebnych konfliktów.

**Dominika Zajdel**  
studentka V roku farmacji

**NOVERBAN®**  
**Syrop z dziewanny**  
pomocniczy w schorzeniach górnych dróg oddechowych i stanach zapalnych gardła (np. grypa z objawami chryпки i suchego kaszlu). Środek tradycyjnie stosowany jako wykrztuśny, osłaniający (powlekający)

**Skład:**  
verbasci floris extractum fluidum  
15,0g w 100,0g preparatu  
**Postać/dawka:**  
syrop; 950mg/5ml  
Św. Rej. MZ nr 9029

**LANCETAN®**  
**Syrop z babki lancetowatej**  
pomocniczy w schorzeniach górnych dróg oddechowych z utrudnionym odkaszuszaniem (np. grypa), w stanach zapalnych gardła.

**Skład:**  
plantaginis lanceolatae extractum fluidum  
10,0g w 100,0g preparatu  
**Postać/dawka:**  
syrop; 648mg/5ml  
Św. Rej. MZ nr 9021

Producent:  
LPPA "PROLAB" Farm. ul. Florczakowa 1, 01-010 Sokoł z/Włocławek, www.prolab.pl

**Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych, dawkowanie oraz informacje dotyczące produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą.**

# Cukier krzepi?

**S**łynne przedwojenne hasło reklamowe zachęcało do spożywania cukru. W czasie biedy i niedożywienia działanie takie było uzasadnione nie tylko z uwagi na zyski przemysłu cukrowniczego, ale i zdrowie społeczeństwa. Od tamtej pory świat zmienił jednak swoje oblicze.

Niezwykły rozwój gospodarczy doprowadził do całkowitego przekształcenia środowiska, w którym żyjemy. Dziś nie musimy już, wzorem naszych dziadków, borykać się z głodem i wielokilometrowymi wyprawami po podstawowe produkty spożywcze. Ten dobrobyt nie wpływa jednak korzystnie na nasze zdrowie. O ile ludność krajów trzeciego świata dziesiątkowana jest przez niedożywienie, o tyle mieszkańcom krajów rozwiniętych grozi śmierć z ...przejedzenia. Obecnie cukier zamiast krzepić – zabija.

Gwałtowny wzrost zachorowań na cukrzycę, uznawaną za jedną z najgroźniejszych chorób XXI wieku, zmusił nas do określenia tej dolegliwości mianem choroby społecznej. Za taki stan rzeczy odpowiadają nie tylko wadliwe geny, ale przede wszystkim brak należytej aktywności fizycznej i niezdrowa dieta. Cukier, niegdyś tak drogocenny, obecnie dodawany jest niemalże do każdego typu żywności (włączając w to nawet wędliny!). Litr słodzonego napoju może zawierać aż do 19. łyżeczek sacharozy. Taka ilość cukru, w połączeniu z tłuszczami nasyconymi oraz siedzącym trybem życia wpływa destrukcyjnie na nasz metabolizm.

Wraz z rozwojem wiedzy medycznej zmieniało się podejście do zagadnienia cukrzycy. Traktowanie tej jednostki jedynie jako „podwyż-

szenia poziomu glukozy we krwi” odeszło do lamusa. Zastosowanie nowoczesnych technik laboratoryjnych oraz metod obrazowania uświadomiło nam skalę problemu i zmusiło do podjęcia działań, mających na celu wnikliwe poznanie choroby.

Wraz z rozwojem wiedzy ewoluuje klasyfikacja cukrzycy. Do cukrzycy typu 1 (z autoagresji), typu 2 (zależnej od insulinooporności tkanek ze względnym niedoborem insuliny) oraz cukrzycy ciężarnych dołączyły nowe jednostki, takie jak cukrzyca MODY (związana z mutacjami genetycznymi) oraz cukrzyca w przebiegu innych chorób, zespołów wrodzonych, a także terapii medycznej (np. leczenie sterydami).

Gwałtowny rozwój nowoczesnych technik laboratoryjnych umożliwia wnikanie w skomplikowane i wielorakie mechanizmy choroby. Oznaczenie samej glikemii (czyli poziomu cukru we krwi) już nie wystarcza.

Aby właściwie leczyć cukrzycę, konieczne jest określenie, z jakim typem choroby mamy do czynienia. Do niedawna nieznanne metody oceny DNA mają obecnie zastosowanie w identyfikacji defektów genetycznych prowadzących do dysfunkcji komórek  $\beta$  (produkujących insulinę w trzustce) w cukrzycy typu MODY.

Oznaczanie przeciwciał przeciw wyspom trzustkowym, produkującym insulinę – w skrócie ICA), przeciw-

insulinowych (IAA) oraz przeciwko enzymom: dekarboksylazie kwasu glutaminowego (anty-Gad) i fosfatazie tyrozynowej (IA-2) ułatwia rozpoznawanie cukrzycy typu 1. Dodatkowym badaniem, wykonywanym w celu odróżnienia cukrzycy typu 1 od 2, jest stężenie insuliny oraz peptydu C („materiału odpadowego” przy produkcji insuliny) we krwi. Testy te mają szczególne znaczenie w tak zwanej cukrzycy LADA (cukrzycy typu 1 o późnym początku – zwykle powyżej 30 roku życia), w której wiek chorych może mylnie nasuwać podejrzenie cukrzycy typu 2.

Najczęstszym typem cukrzycy (ponad 90% przypadków) pozostaje nadal typ 2. Chorobowość w Polsce sięga 3,7%, zaś na świecie 3,5% (choć w niektórych grupach etnicznych, takich jak Indianie Pima, choruje co druga osoba). Procentowo może się wydawać, że problem nie jest tak palący. Jednakże prognozy dotyczące rozwoju choroby są zaskakujące – wstępne, dość ostrożne szacunki mówią o 360. milionach ludzi na świecie chorych na cukrzycę (przede wszystkim typu 2) do roku 2030. Biorąc pod uwagę fakt, że dolegliwość ta dotyczy głównie rozwiniętych, bogatych społeczeństw, nie może dziwić ogromne zainteresowanie, jakim cukrzycę obdarza przemysł farmaceutyczny. Kwoty przeznaczane na badania mechanizmów choroby oraz syntezę nowych leków są gigantyczne. Pieniądze te nie są jednak wyrzucane w przysłowiowe błoto. Dzięki dofinansowaniu badań potrafimy prześledzić działanie poszczególnych leków na pojedynczej poziomie komórki, śledząc jej reakcje (poprzez receptory na powierzchni i syntezę różnych przekaźników wewnętrznych). ▶



fot. archiwum





► Taka dokładność pomaga w określe- niu nowych, skutecznych standardów leczenia w określonej sytuacji.

Podstawą leczenia cukrzycy nadal pozostaje dieta i właściwie re- gulowana aktywność fizyczna. Nie- gdyś takie postępowanie było pole- cane jako wystarczające w początko- wym okresie choroby. Według obec- nych wytycznych WHO (Światowej Organizacji Zdrowia), schemat ten uległ jednak pewnym modyfikacjom. Poznanie komórkowych mechani- zmów działania leków spowodowało triumfalny powrót do łask pochodnej biguanidu, metforminy. Obecnie jest ona zalecana wraz z dietą i ćwicze- niami fizycznymi w leczeniu wstęp- nym cukrzycy typu 2, zwłaszcza u osób otyłych.

Mechanizmy korzystnego dzia- łania metforminy są wielorakie. Lek ten hamuje glukoneogenezę (wytwa- rzanie glukozy w wątrobie), nasila beztlenową przemianę glukozy, po- budza działanie obwodowe insuliny (dzięki aktywacji transportera glu- kozy – GLUT4), ma także korzyst- ny wpływ na profil lipidowy (czyli na cholesterol we krwi). Szczególnie zalecenie stosowania metforminy u osób otyłych wynika z wpływu le- ku na insulinooporność tkanek, która jest głównym problemem w cukrzycy typu 2. Słaba wrażliwość tkanek ob- wodowych (a zwłaszcza tkanki tłusz- czowej) na działanie insuliny zmusza trzustkę do nieadekwatnej (nadmier- nej) produkcji tego hormonu, co z czasem doprowadza do wyczer- pania komórek β. Metformina ma za zadanie przerwać to błędne ko- ło i ratować zdrową jeszcze tkankę trzustkową. Jednym z groźniejszych powikłań stosowania starszych po- chodnych biguanidów była niegdyś kwasica ketonowa. Obecnie uważa się jednak, że metformina stosowana w dawkach do trzech gram jest le- kiem bezpiecznym.

Oprócz metforminy mamy do wyboru całą gamę leków ze stale roz- szerzającymi się wskazaniem do ich stosowania.

Pochodne sulfonilomocznika pobudzają komórki β do wydzielania insuliny, dlatego nie mają zastosowa- nia w cukrzycy typu 1, wywołanej przez destrukcję miąższu trzustki. Poprzez swoje działanie na transport

glukozy do komórek i gromadzenie jej w postaci glikogenu oraz hamo- wanie glukoneogenezy skutecznie zmniejszają glikemię.

Glinidy stosowane głównie w łagodnych typach cukrzycy, regu- lują glikemię poposiłkową.

Akarboza, lek działający głów- nie w obrębie jelit (gdzie blokuje enzym odpowiedzialny za trawie- nie cukrów, co prowadzi do spadku wchłaniania glukozy w jelicie), jest obecnie zaliczana do substancji, któ- re mogą wpływać również na całość metabolizmu. Zmniejszenie glikemii poposiłkowej znosi hiperinsulinemię (czyli nadmierną produkcję insuliny przy współistniejącej często insuli- nooporności). Dodatkowo akarboza może zmniejszać syntezę triglicery- dów.

Nowe leki, takie jak glitazary, tiazolidynediony i ich pochodne, gli- tazony wpływają poprzez różne re- ceptory na enzymy wewnątrzkomór- kowe, prowadząc do wzrostu zużycia glukozy przez komórki (czyli do ogra- niczenia insulinooporności).

Olbrzymi postęp dokonał się także na rynku insulin. Stosowanie obarczonych wieloma działaniami niepożądanymi insulin zwierzęcych jest już na szczęście zamierzczą przeszłością. Obecnie stosowane insuliny ludzkie oraz ich analogi (uzyskiwane za pomocą inżynierii genetycznej) charakteryzują się dużo lepszym profilem i bezpieczeństwem działania.

W powszechnym użytku pa- cjentów jest kilka typów insulin, róż- niących się czasem działania. Ich do- bór zależy nie tylko od wartości gli- kemii, ale często także od upodobania pacjenta. Nastawienie na współpracę z chorym i wybór możliwie jak naj- mniej obciążającej terapii bardzo podniosło komfort życia chorych. Szeroki wybór mieszanek insulin o różnym czasie działania umożliwia dostosowanie leczenia do konkretnego pacjenta.

Wejście na rynek analogów in- sulin zrewolucjonizowało podejście do insulinoterapii. Są to leki nie tyl- ko skuteczne i bezpieczne, ale także wygodne w stosowaniu. Dzięki nim pacjent ma większy udział w lecze- niu, gdyż może sam, w zależności od sytuacji, regulować ilość wstrzyki-

wanych jednostek. Ważne jest tu tak- że zmniejszenie ryzyka hipoglikemii (czyli niebezpiecznego spadku pozio- mu cukru) w porównaniu do insulin tradycyjnych.

Leczenie chirurgiczne cukrzycy (za pomocą przeszczepiania trzust- ki lub samych wysp trzustkowych) z uwagi na trudności i powikłania ciągle pozostaje na uboczu, choć i w tej dziedzinie dokonał się ogrom- ny postęp. Korzystne wydaje się być zwłaszcza równoczesne przeszczep- ienie trzustki i nerki u pacjentów z nefropatią cukrzycową (czyli cięż- kim, niedwracalnym uszkodzeniem nerek w przebiegu cukrzycy). Metoda wszczepiania samych wysp trzustko- wych nadal poddawana jest pewnym modyfikacjom. Śpiewem przyszłości pozostaje także terapia genowa.

Celem terapii cukrzycy jest nie tylko obniżenie glikemii, ale także uniknięcie odległych powikłań cu- krzycy (mikro i makroangiopatii, neuropatii, nefropatii). Liczba doko- nywanych z powodu cukrzycy am- putacji kończyn dolnych jest wciąż bardzo wysoka. Cukrzyca wpływa też niekorzystnie na układ krążenia, czyniąc szczególne spustoszenie w organizmie w razie współistnienia z nadciśnieniem tętniczym. Warto też pamiętać o tym, że choroba ta jest niezwykle ważnym czynnikiem ry- zyka ślepoty i niewydolności nerek w krajach rozwiniętych.

Z uwagi na skalę problemu oraz koszty społeczne (renty z powo- du inwalidztwa) rządy wielu krajów, a także instytucje międzynarodowe, takie jak WHO, zwracają uwagę na konieczność skutecznego leczenia cukrzycy. Ogromne fundusze, zasila- jące placówki badawcze, przyspiesza- ją postęp prac nad syntetyzowaniem nowych leków. Niniejszy artykuł miał za zadanie jedynie naszkicować pewne trendy, gdyż pełne omówienie zagadnienia jest materiałem na pozycję książkową. W najbliższym czasie będziemy mogli z pewnością uzupeł- nić naszą wiedzę o wyniki publiko- wanych prac, co być może przyczyni się do skuteczniejszą walką z chorobą, wywołaną przez niegdyś krzepiący cukier. ■

**lek.med. Magdalena Proniewska**



# Współczesna farmakoterapia miażdżycy

**Jednym z najważniejszych osiągnięć współczesnej medycyny jest istotne zmniejszenie śmiertelności spowodowanej chorobami układu krążenia, powstałymi w wyniku aterosklerozy. Istotny wzrost liczby takich chorób, będących konsekwencją stanów hipertrójglicydemii i hipercholesterolemii, jest niewątpliwie spowodowany zmianami w diecie oraz w trybie życia, wynikającymi z przemian cywilizacyjnych. Coraz powszechniejszy brak możliwości leczenia takich stanów wyłącznie poprzez zmianę odżywiania oraz zwiększenie wysiłku fizycznego (co jest nie zawsze skuteczne), spowodował upowszechnienie stosowania leków hipolipemicznych.**

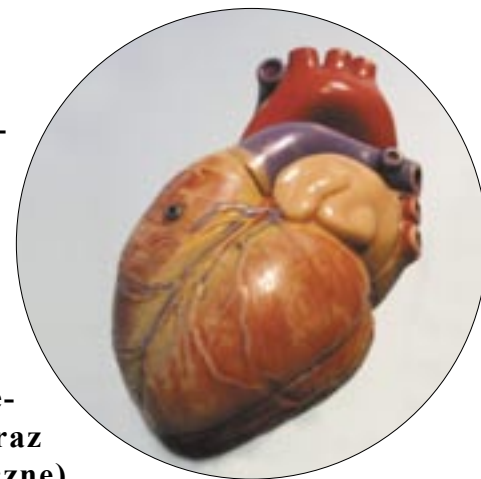


foto: archiwum

Leczenie pacjentów z hipercholesterolemią zwykle rozpoczyna się od wprowadzenia odpowiedniej diety. Ułatwia ona osiągnięcie i utrzymanie prawidłowej masy ciała, a przy tym pozwala na zmniejszenie ilości przyjmowanego z pokarmem cholesterolu i lipidów. Czasem potrzebna jest też zmiana w stylu życia chorego, np. rzucenie palenia, podjęcie aktywności fizycznej. Gdy takie działania nie są skuteczne, wdraża się farmakoterapię. Zazwyczaj rozpoczyna się ją od leków łagodniejszych (środki naturalne, żywice jonowymienne), dopiero przy braku rezultatów sięgając po silniej działające preparaty. W trudnych przypadkach możliwe jest łączenie kilku leków, wymagające od lekarza i farmaceuty zwrócenia szczególnej uwagi na możliwe interakcje. Zabiegi chirurgiczne i afereza lipidowa to rozwiązania stosowane w ostateczności.

## ŻYWICE WIĄŻĄCE KWASY ŻÓLCIOWE

Leki z tej grupy – kolestyramina, kolestipol, kolekstran i diwi-

styramina – wiążąc kwasy żółciowe, zwiększają ich wydalanie z kałem. Zahamowanie wchłaniania kwasów żółciowych w jelitach prowadzi do nasilenia ich syntezy w wątrobie, zwiększenia wychwytu LDL przez hepatocyty i zmniejszenia stężenia cholesterolu we krwi. Żywice są lekami pierwszego rzutu w leczeniu miażdżycy. Można je łączyć ze wszystkimi innymi grupami leków przeciwmiażdżycowych. Ich zaletą jest bezpieczeństwo (można je podawać nawet kobietom w ciąży), a wadą – uciążliwe dla chorego działanie niepożądane, jakimi są zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego. Z tej grupy tylko kolestyramina jest dostępna w Polsce.

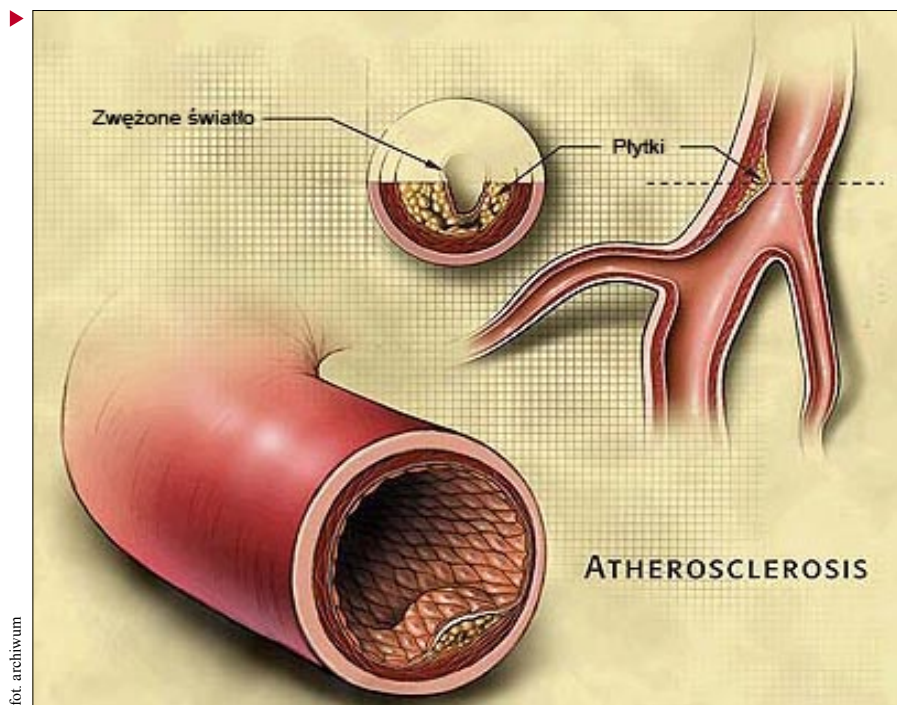
## FIBRATY

Chociaż od syntezy klofibratu (1961) minęło ponad 40 lat, fibraty w dalszym ciągu są lekami z powodzeniem stosowanymi w terapii miażdżycy. W ciągu tego okresu otrzymano cały szereg leków z tej grupy, z których najważniejsze są stosowane na świecie do dzisiaj: 1961 – klofibrat, 1969 – gemfibrozil, 1970 – klinofibrat,

1971 – etofibrat, 1973 – bezafibrat, fenofibrat i ronifibrat, 1974 – teofibrat i ciprofibrat, 1975 – piri-fibrat oraz 1979 – binifibrat. W ostatnim czasie otrzymano wiele zmodyfikowanych analogów fibratów, np. eniklobrat, be-klobrat, klofibryd, klofenpiryd, tokofibrat, fenirofibrat, pikafibrat, dulofibrat,azydofibrat itd.

Mimo wejścia na rynek nowszych środków leczniczych z grupy statyn, fibraty są w dalszym ciągu często przepisywanymi lekami, głównie ze względu na relatywnie mniejsze działania niepożądane oraz cenę.

Fibraty mają złożony i nie do końca wyjaśniony mechanizm działania. Wiadomo, że zmniejszają aktywność reduktazy HMG-CoA, co prowadzi do zwiększenia aktywności receptorów LDL. Aktywują także lipazę lipoproteinową, co w efekcie obniża poziom frakcji VLDL. Leki te podwyższają poziom HDL-cholesterolu, prawdopodobnie wskutek zwiększonego wytwarzania apolipoprotein A-I i A-II. Gemfibrozil hamuje dodatkowo wytwarzanie apolipoproteiny B.



fot. archiwum

Fibraty mogą być stosowane łącznie z żywicami. Połączenia ze statynami stosowane są wyjątkowo rzadko, gdyż mogą zwiększać ryzyko miopatii. Także niechętnie stosuje się je łącznie z kwasem nikotynowym, ze względu na działania niepożądane. Klofibrat podawano niekiedy łącznie z pirykarbatem.

Leki te są na ogół dobrze tolerowane. Do działań niepożądanych należą: zaburzenia żołądkowo-jelitowe, zmiany skórne, bezsenność, zaburzenia potencji, wypadanie włosów, bóle i osłabienie mięśni (miopatie), wzrost stężenia mocznika i transaminaz. Ponadto zwiększają ryzyko kamicy pęcherzyka żółciowego. Fibraty mogą również wypierać kwas moczowy z połączeń z białkami, co zwiększa jego wydalanie z moczem i może przyczyniać się do wystąpienia kamicy moczanej.

Nie należy podawać fibratów w czasie ciąży i karmienia piersią, a także u osób z chorobami wątroby, nerek i kamicy żółciową. Istnieją przypuszczenia, że długotrwałe stosowanie fibratów nasila ryzyko zachorowania na niektóre typy nowotworów. Należy zachować ostrożność przy stosowaniu fibratów łącznie z lekami przeciwzakrzepowymi, gdyż mogą one wypierać antywitamiны K z połączeń z albuminami, nasilając w ten sposób efekt przeciwzakrzepo-

wy. W czasie terapii należy kontrolować stan wątroby i nerek poprzez wyznaczanie poziomu transaminaz oraz badanie klirensu kreatyniny. Istotną zaletą tych leków jest fakt, że można je stosować przy współistniejącej cukrzycy, gdyż poprawiają tolerancję glukozy.

Na rynku polskim zarejestrowane są aktualnie preparaty zawierające bezafibrat, ciprofibrat, fenofibrat oraz gemfibrozil.

#### STATYNY

Poszukiwania leków obniżających poziom cholesterolu poprzez hamowanie jego syntezy rozpoczęły się w latach 70. Przebadano tysiące gatunków mikroorganizmów, poszukując takich, które wytwarzałyby inhibitory reduktazy HMG-CoA (jako mechanizm obronny przed konkurencyjnymi mikrobami, potrzebującymi do życia steroli). Pierwszym sukcesem była izolacja cytryny z gatunku *Pythium ultimum*, jednak okazało się, że wiązanie nowej substancji z enzymem jest nieodwracalne. Pierwsza statyna, która trafiła do leczenia, mewastatyna, została wyizolowana z hodowli *Penicillium brevicompactum* w 1976 roku, w Japonii, przez dr Akirę Endo. Początkowo zwano ją kompaktyną. Podobną do niej lowastatynę w roku 1978 otrzymano z hodowli *Aspergillus terreus* i *Monascus ruber*. Dokona-

li tego, niezależnie od siebie, dr Endo oraz naukowcy z laboratoriów badawczych Merck Sharp & Dohme.

Lowastatyna została wprowadzona do leczenia dopiero w roku 1987, po uzyskaniu zgody US Food and Drug Administration. Jako następne pojawiły się simwastatyna (półsyntetyczna pochodna lowastatyny) i prawastatyna (metabolit mewastatyny). Później powstały leki całkowicie syntetyczne, o zmienionym pierścieniu: atorwastatyna, fluwastatyna, ceriwastatyna, rosuwastatyna. Lowastatyna i simwastatyna, ze względu na swoją formę laktonu, należą do proleków, wymagających aktywacji w wątrobie. Pozostałe statyny są hydroksykwasami, czyli aktywnymi postaciami leku.

Łańcuch boczny statyn wykazuje, po ewentualnej hydrolizie podczas przemian metabolicznych, podobieństwo strukturalne do kwasu 3-hydroksy-3-metyloglutarylowego. Lek wiąże się z centrum aktywnym enzymu, blokując dostęp substratu. Hamowanie tworzenia mewalonianu powoduje wzmoczony wychwyty i katabolizm frakcji LDL w wątrobie (wzrasta liczba receptorów LDL), a dodatkowo zmniejsza się jej wytwarzanie. Efektem jest spadek poziomu LDL i cholesterolu w osoczu, przy jednoczesnym wzroście poziomu HDL. Ponadto statyny zapobiegają utlenianiu LDL, ułatwiają rozkurcz naczyń (pobudzają syntezę tlenku azotu w śródbłonku) i mają działanie przeciwzapalne.

Statyny są podawane doustnie. Wchłaniają się w 30–50%. Podczas pierwszego przejścia leku przez wątrobę znaczna część dawki jest metabolizowana, dlatego biodostępność to zaledwie ok. 5%. Biologiczny czas ich półtrwania wynosi 1,5–2 h, ale okres hamowania enzymu jest długi. Eliminacja leków z ustroju odbywa się głównie z żółcią, w niewielkim stopniu z moczem.

Terapia statynami daje najlepsze efekty w przypadku hipercholesterolemii ze zmniejszoną liczbą receptorów LDL. Jest także skuteczna w hiperlipidemii z przeważającym zwiększeniem stężenia cholesterolu, a niewielkim wzrostem poziomu trójglicerydów. Podawanie statyn zaleca się również chorym po zawale serca, po zabiegach na naczyniach wieńcowych, ze współ-



istniejącą cukrzycą insulinozależną i zespołem nerczycowym.

Statyny mogą być stosowane w monoterapii lub łącznie z innymi lekami. Podaje się je zazwyczaj raz dziennie, wieczorem, ponieważ biosynteza cholesterolu odbywa się w dużym stopniu w nocy. Skuteczne jest ich łączenie z żywicami jonowymiennymi – można wtedy osiągnąć nawet ponad pięćdziesięcioprocentowy spadek poziomu cholesterolu. Nie jest wskazane jednoczesne podawanie statyn z fibratami i kwasem nikotynowym, gdyż grozi to wystąpieniem rhabdomyolizy (rozpad mięśni z następową niewydolnością nerek). Częste doniesienia o występowaniu tego działania niepożądanego wśród pacjentów leczonych ceriwestatyną i gemfibrozilem jednocześnie były bezpośrednią przyczyną wycofania ceriwestatyny ze sprzedaży w 2001 roku. Niebezpieczne jest też stosowanie statyn równocześnie z erytromycyną, ketokonazolem, ritonawirem i lekami immunosupresyjnymi, jak również ich podawanie w ciężkich infekcjach i przy zabiegach operacyjnych. Należy też pamiętać, że nasilają działanie leków przeciwzakrzepowych pochodnych kumaryny. Zdarza się, że stosowanie statyn nie przynosi zauważalnych efektów – z badań na zwierzętach i hodowlach komórkowych wynika, że działanie leków z tej grupy może być niwelowane przez zwiększenie syntezy reduktazy HMG-CoA i zmniejszenie jej degradacji.

Działania niepożądane występują rzadko. Najczęstsze (5% chorych) są zaburzenia jelitowe. U 2% można zaobserwować podwyższenie stężenia transaminaz wątrobowych w osoczu, ustępujące po odstawieniu leku. Sporadycznie (1% chorych) pojawiają się zmiany skórne, równie rzadko następuje wzrost aktywności fosfokinazy kreatyninowej w mięśniach.

Przeciwwskazania do stosowania statyn to nietolerancja leku, uszkodzenie wątroby, zapalenia mięśni i ciąża. W trakcie kuracji należy kontrolować poziom transaminaz wątrobowych i kinazy kreatyninowej; w razie jego podwyższenia trzeba przerwać leczenie.

Obecnie na polskim rynku znajdują się preparaty zawierające ator-

wastatynę, fluwastatynę, prawastatynę i simwastatynę. Rosuwastatyna jest dostępna m.in. w Stanach Zjednoczonych i Wielkiej Brytanii.

### KWAS NIKOTYNOWY I ANALOGI

Kwas nikotynowy wywiera działanie przeciwmiażdżycowe dopiero w dużych dawkach. Zmniejsza syntezę VLDL, ponieważ hamuje lipolizę. Może hamować syntezę cholesterolu, działając na reduktazę HMG-CoA. Niestety, u większości osób leczonych występują uciążliwe działania niepożądane, związane z rozszerzeniem naczyń obwodowych (zaczerwienienie twarzy, uczucie gorąca). Ponadto lek może wywoływać alergię, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego oraz zaostrzenie choroby wrzodowej. Kolejną cechą niepożądaną jest wpływ na metabolizm – zaburzenie tolerancji glukozy i zmniejszenie wydalania kwasu moczowego, co jest przeciwwskazaniem dla pacjentów cierpiących na cukrzycę lub dnę. Działania uboczne zminimalizowano w lekach będących pochodnymi tego kwasu (pirykarbat, pirozadil, acipimoks). Działanie podobne do tej grupy leków wywiera nikofuranoza.

### PROBUKOL

Ogranicza wchłanianie cholesterolu z przewodu pokarmowego i hamuje jego syntezę na etapie mewalonianu. Ponadto chroni ściany tętnic przed odkładaniem cholesterolu, ponieważ pobudza katabolizm LDL, a hamuje ich utlenianie (a w efekcie tworzenie komórek piankowatych). Charakteryzuje się długim czasem działania. Jego podawanie nie jest wskazane u chorych z uszkodzeniem mięśnia sercowego.

### LEKI ROŚLINNE

Fitoterapia może być stosowana jako leczenie uzupełniające hiperlipidemii. Leki z tej grupy mają zwykle znacznie słabsze działanie niż syntetyczne substancje lecznicze. Do przeciwmiażdżycowych leków naturalnych należą:

- beta-sitosterol – jest związkami o budowie podobnej do cholesterolu. Występuje w roślinach wyższych, zwłaszcza w nasionach roślin oleistych (soja, dynia), kielkach zbóż, pyłkach kwiatowych.

Zmniejsza wchłanianie cholesterolu z jelit, tworząc z nim trudno rozpuszczalne kryształy,

- chityna – wiąże lipidy w jelicie cienkim,
- cynaryna – występuje w karczochach (*Cynara scolymus*). Przyspiesza przemiany cholesterolu. Zmniejsza znacząco poziom trójglicerydów i cholesterolu w osoczu. Nie wykazuje przy tym żadnych istotnych działań niepożądanych. Jest skuteczna zarówno w hiperlipidemiach pierwotnych, jak i wtórnych,
- czosnek (*Allium sativum*) – zawiera allicynę i ajoen, które hamują agregację płytek krwi. Często łączony z alfa-tokoferolem, ze względu na jego własności antyutleniające,
- fosfolipidy soi – normalizują strukturę lipoprotein osocza i hamują rozwój zmian miażdżycowych,
- kwas gamma-linolenowy – występuje w olejach z nasion ogórecznika i wiesiołka. Jest prekursorem eikozanoidów o działaniu przeciwmiażdżycowym,
- miłorząb dwuklapowy (*Ginkgo biloba*) – zawiera liczne flawonoidy i laktony diterpenowe. Działa antyagregacyjnie, jak również naczyniochronnie i przeciwutleniająco,
- rutyna – charakteryzuje się działaniem przeciwutleniającym,
- wyciągi z pyłków kwiatowych – zwiększają aktywność fibrynolityczną, obniżają poziom lipidów we krwi.

### POZOSTAŁE LEKI

Sporadycznie stosowane są leki nie należące do żadnej z powyższych grup. Ich rolą jest zazwyczaj wspomaganie terapii innymi lekami. Arterio-sterol jest pochodną estronu; działanie estrogenne leku macierzystego zostało osłabione, natomiast zachowano działanie przeciwmiażdżycowe – hamowanie syntezy cholesterolu w ustroju. Dekstrotyroksyna i dekstrotyronina, prawoskrętne izomery hormonów tarczycy, przyspieszają katabolizm i wydalanie cholesterolu, niemal nie wykazując przy tym charakterystycznego dla izomerów lewoskrętnych wpływu na podstawową przemianę materii. Obecnie praktycznie nie są one stosowane, podobnie jak pirydynol, zmniejszający agregację płytek krwi poprzez wpływ na działanie ki- ▶

nin. Neomycyna tworzy niewchłaniane z jelit kompleksy z cholesterolem, ale ma wiele działań niepożądanych. Do nowych leków należy ezetimib, którego mechanizm działania polega na hamowaniu transportu cholesterolu przez nablonek jelit. Warto też wspomnieć o wielonienasyconych kwasach tłuszczowych omega 3, otrzymywanych z rybiego tłuszczu (na rynku jest dostępny m.in. preparat „Omega 3”, zarejestrowany jako suplement diety), które zmniejszają stężenie trójglicerydów w osoczu i mają własności antyagregacyjne. Niestety, ich skuteczność maleje przy długotrwałym stosowaniu, mają także niekorzystny wpływ na profil glikemii u cukrzyków. ■

**dr n. farm. Łukasz Komsta,**  
**mgr farm. Anita Iwańczyk,**  
**mgr farm. Dorota Cichecka**  
Katedra i Zakład Chemii  
Leków, Akademia Medyczna  
w Lublinie

Na prośbę Czytelników redakcja będzie publikować płatne ogłoszenia drobne dotyczące zatrudnienia farmaceutów.

W celu zachowania jednolitej formy przyjmujemy tylko ogłoszenia ramkowe. Wielkość modułu: 53 x 50 mm. Ogłoszenia przyjmowane są pod adresem e-mail: [redakcja@aptekarzypolski.pl](mailto:redakcja@aptekarzypolski.pl).

Ogłoszenia od członków samorządu poszukujących pracy będą drukowane bezpłatnie pod warunkiem podania nr PWZ.

Redakcja  
APTEKARZA POLSKIEGO

## OGŁOSZENIE

**Zatrudnię kierownika apteki, magistra farmacji, technika farmacji oraz pomoc apteczną do apteki w Łowiczu oraz Świebodzinie.**

**tel. 0502-605-165**

## Wybrane zagadnienia reklamy produktów leczniczych w świetle nowelizacji *Prawa farmaceutycznego*

**16** lutego 2007 r. Sejm RP przyjął ustawę o zmianie ustawy - *Prawo farmaceutyczne* oraz o zmianie niektórych innych ustaw. Następnie zgodnie z regułami procesu legislacyjnego ustawę przekazano Prezydentowi i Marszałkowi Senatu. Dodać należy, iż Senat, po rozpatrzeniu uchwalonej przez Sejm ustawy, uchwałą z 15 marca br. wprowadził do jej tekstu szereg poprawek. Pamiętajmy, iż w świetle przepisów Konstytucji senacka uchwała będzie jeszcze rozpatrywana przez Sejm, który ma prawo odrzucić zawarte w niej poprawki.

Biorąc pod uwagę fakt, iż proces legislacyjny jeszcze się nie zakończył, wypada zwrócić uwagę na wprowadzone przez Parlament zmiany w obrębie przepisów dotyczących reklamy produktów leczniczych. Należy podkreślić, iż dokonane zmiany w głównej mierze mają na celu implementację rozwiązań zawartych w dyrektywie 2004/27/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z 31 marca 2004 r. zmieniającej dyrektywę 2001/83/WE w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Wąskie ramy niniejszego opracowania uniemożliwiają kompleksowe omówienie uchwalonej przez Parlament nowelizacji. Tym samym przedmiotowa analiza ograniczona zostanie jedynie do zaprezentowania trzech wybranych zagadnień.

*Primo*, należy zasygnalizować przyjęcie przepisu zabraniającego reklamy działalności aptek lub punktów aptecznych skierowanej do publicznej wiadomości, która w sposób bezpośredni odnosi się do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych umieszczonych na wykazach leków refundowanych. Zabroniono także reklamy działalności aptek lub punktów aptecznych skierowanej do publicznej wiadomości odnoszącej się do produktów leczniczych lub wyrobów

medycznych o nazwie identycznej z nazwą produktów lub wyrobów umieszczonych na tych wykazach.

Dodajmy w tym miejscu, że powyższy przepis w wersji przyjętej przez Sejm 16 lutego br. wprowadzał całkowity zakaz reklamy działalności aptek lub punktów aptecznych. Nie negując potrzeby istnienia pewnych ograniczeń w tej materii Senat uznał jednak, iż taki zakaz jest nadmiernie rygorystyczny oraz zbyt daleko idący. Tym samym przywrócono pierwotne brzmienie tego przepisu określone w rządowym projekcie ustawy o zmianie ustawy - *Prawo farmaceutyczne* oraz o zmianie niektórych innych ustaw. W uzasadnieniu senackiej uchwały z 15 marca br. wyrażono pogląd, iż przyjęte przez Senat uregulowanie zapewni odpowiednie warunki nie tylko dla ochrony swobody działania wolnego rynku, lecz także ochrony interesu i dobra pacjenta. Stwierdzono też, iż dążeniem Senatu było zapewnienie ochrony interesu wolnego rynku w takim stopniu, w jakim nie pozostaje on w sprzeczności z interesem pacjenta. Uznano również, iż zakaz reklamy w kształcie przyjętym przez Senat nie będzie sprzyjał generowaniu zwiększonego obrotu lekami oraz zapobiegnie nadmiernej konsumpcji leków.

Wypada dodać, iż nadzór nad przestrzeganiem przepisów *Prawa farmaceutycznego* w zakresie dzia-



łałości reklamowej aptek i punktów aptecznych powierzono wojewódzkiemu inspektorowi farmaceutycznemu. Trzeba także zauważyć, iż w razie stwierdzenia naruszenia wspomnianego powyżej zakazu wojewódzki inspektor nakazuje, w drodze decyzji o rygorze natychmiastowej wykonalności, zaprzestania prowadzenia takiej reklamy. Treść komentowanego przepisu skłania do wniosku, że decyzja inspektora ma charakter obligatoryjny. Innymi słowy, ustawodawca nie pozostawił inspektorowi najmniejszego „pola manewru” w przypadku odkrycia, iż wspomniany zakaz jest łamany. W takiej sytuacji, jedyną dopuszczalną decyzją będącą w gestii wojewódzkiego inspektora jest właśnie decyzja o zaprzestaniu prowadzenia reklamy działalności aptek lub punktów aptecznych.

Wypada w tym miejscu zaakcentować, iż konsekwencje zlekceważenia powyższej decyzji mogą być daleko idące dla podmiotu prowadzącego zakazaną reklamę. Otóż, jeżeli decyzja wojewódzkiego inspektora o zaprzestaniu prowadzenia reklamy nie zostanie wykonana, inspektor może cofnąć zezwolenie na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Należy podkreślić, iż w takim przypadku decyzja o cofnięciu zezwolenia ma charakter fakultatywny. Użycie przez ustawodawcę frazy „może cofnąć” w oczywisty sposób prowadzi do takiej konkluzji. Biorąc pod uwagę drastyczne skutki cofnięcia zezwolenia (*de facto* apteka przestaje funkcjonować), wypada z aprobatą odnieść się do faktu, iż decyzja o cofnięciu zezwolenia nie zapada w sposób automatyczny. Pozostawienie wojewódzkiemu inspektorowi swoistego „luzu decyzyjnego” w tej dziedzinie, daje asumpt do stwierdzenia, że nie każde zlekceważenie decyzji o zaprzestaniu prowadzenia reklamy będzie traktowane jako zachowanie skutkujące cofnięciem zezwolenia.

Z drugiej jednak strony, nie można nie zauważyć, że przesłanki wydania takiej decyzji zostały nieprecyzyjnie zarysowane, wszak interpre-

tacja przepisów *Prawa farmaceutycznego* nie daje jednoznacznej odpowiedzi, kiedy inspektor z całą pewnością cofnie zezwolenie, a kiedy, pomimo tego, że apteka dalej reklamuje swoją działalność, nie skorzysta z przysługującego mu uprawnienia. Biorąc pod uwagę fakt, iż decyzja inspektora ma charakter uznaniowy oraz uwzględniając jej efekt, wypadałoby oczekiwać od ustawodawcy zdecydowanego określenia podstaw wydania takiej decyzji. Można jedynie spekulować, iż decyzja o cofnięciu zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, z racji swoich skutków, winna być wydana w przypadku np. uporczywego bądź rażącego naruszenia zakazu reklamy.

Zważywszy na to, iż pozostałe ustawowe przesłanki zezwalające na fakultatywne cofnięcie zezwolenia mają charakter warunkowy w takim znaczeniu, że do ich zaaplikowania niezbędne jest wystąpienie dodatkowych, szczególnych elementów, postulować wypada doprecyzowanie tej konkretnej przesłanki w takim właśnie duchu. Tytułem przykładu wskazać można, iż w myśl obowiązujących przepisów *Prawa farmaceutycznego* fakultatywne cofnięcie zezwolenia może nastąpić w sytuacji, gdy apteka nie zaspokaja w sposób *uporczywy* potrzeb ludności w zakresie wydawania produktów leczniczych. Podkreślenia wymaga fakt, iż dolegliwość w postaci cofnięcia zezwolenia nie jest wymierzana w przypadku jakiegokolwiek nie zaspokajania potrzeb ludności, a wyłącznie w przypadku uporczywego pomijania tych potrzeb. Wydaje się, iż analogiczne dookreślenie zasad cofania zezwolenia w sytuacji nie wykonania decyzji wojewódzkiego inspektora byłoby ze wszech miar pożądane.

*Secundo*, analizując treść ostatniej nowelizacji *Prawa farmaceutycznego* należy zauważyć, iż zmiany uchwalone 16 lutego br. objęły swoim zakresem także przepisy dotyczące zasad wręczania i przyjmowania określonych korzyści materialnych. Tym samym doprecyzowano te aspekty działalności marketingowej firm farmaceutycz-

nych, które dotychczas kojarzone były z tzw. „agresywnym” marketingiem. I tak, po uwzględnieniu nowych przepisów, zasady współpracy między firmami farmaceutycznymi a lekarzami i aptekarzami prezentują się w następujący sposób. Zgodnie z wolą ustawodawcy nadal zabrania się kierowania do osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi reklamy produktu leczniczego polegającej na wręczaniu, oferowaniu i obiecywaniu korzyści materialnych, prezentów i różnych ułatwień, nagród, wycieczek oraz organizowaniu i finansowaniu spotkań promocyjnych produktów leczniczych, podczas których przejawy gościnności wykraczają poza główny cel tego spotkania. Zabrania się też przyjmowania korzyści, o których mowa powyżej.

Jednocześnie należy dodać, iż wspomniane zakazy nie dotyczą dawania lub przyjmowania przedmiotów o wartości materialnej nieprzekraczającej kwoty 100 złotych, związanych z praktyką medyczną lub farmaceutyczną, opatrzonych znakiem reklamującym daną firmę lub produkt leczniczy. Wypada przypomnieć, że w świetle poprzednio obowiązujących przepisów przedmiotowe zakazy nie dotyczyły dawania lub przyjmowania przedmiotów o *znikomej wartości materialnej*. Kwotowe określenie dopuszczalnej wartości materialnej dawanych lub przyjmowanych przedmiotów wydaje się krokiem w dobrym kierunku, prowadzącym do kształtowania transparentnych relacji pomiędzy firmami farmaceutycznymi a środowiskiem lekarskim i aptekarskim, opartych na fundamencie szacunku dla reguł deontologii zawodowej.

*Tertio*, w wyniku wprowadzonych zmian zmodyfikowana została definicja reklamy produktu leczniczego. Obecnie za taką reklamę uważana będzie działalność polegająca na informowaniu *lub* zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego, mająca na celu zwiększenie: liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych. ▶

W dotychczas obowiązującej wersji za reklamę uważano działalność polegającą na informowaniu i zachęcaniu do stosowania danego produktu. Koniunkcja zawarta w tak brzmiącej definicji skłaniała do wniosku, iż aby uznać jakąś działalność za reklamę produktu leczniczego, musiały jednocześnie wystąpić dwie powyższe przesłanki tzn. „informowanie” i „zachęcanie”. Wprowadzenie do definicji reklamy spójnika „lub”, czyli zastąpienie koniunkcji przez alternatywę, prowadzi do konstatacji, że reklamą produktu leczniczego może być działalność sprowadzająca się wyłącznie do informowania o danym produkcie leczniczym bądź wyłącznie do zachęcania. Abstrahując od faktu, iż zachęcanie do stosowania produktu leczniczego w sposób immanentny powiązane jest z informowaniem o takim produkcie (wszak aby zachęcić do stosowania danego produktu należy uprzednio udzielić o nim niezbędnych informacji), nie można zignorować wniosku płynącego z egzegezy nowego brzmienia omawianej definicji, w świetle którego trzeba spodziewać się istotnych problemów interpretacyjnych w praktyce stosowania zmodyfikowanej definicji reklamy produkty leczniczego. Co prawda ustawodawca pokusił się o określenie jakich informacji nie należy traktować jako reklamy (np. informacji umieszczonych na opakowaniach oraz załączonych do opakowań produktów leczniczych, zgodnych z pozwoleniem na dopuszczenie do obrotu), niemniej obawy związane z praktycznym aplikowaniem znowelizowanej definicji nie mogą być uznane za całkiem płonne. ■

**dr n. prawnych Jędrzej Bujny**  
Katedra Prawa  
Administracyjnego  
i Nauk o Administracji  
Uniwersytet  
im. A. Mickiewicza w Poznaniu

# Odkrywam nowe barwy i obrazy

– **mówi Martta WĘG – malarka młodego pokolenia, która ma już za sobą debiuty w międzynarodowych galeriach sztuki. Artystka współpracuje z naszą redakcją. Fragmenty jej obrazów zdobiły okładki Aptekarza Polskiego.**

– **Gdzie należy szukać początków Pani drogi artystycznej?**

– Od kiedy pamiętam lubiłam malować. Mając 11 lat, poznałam profesjonalnych artystów. Stało się to, kiedy zaczęłam jeździć na lekcje rysunku i malarstwa do Łodzi. Wtedy zetknęłam się z malarstwem olejnym. Studia rozpoczęłam w Europejskiej Akademii Sztuk w Warszawie, na kierunku malarstwo.

– **Kierunkowe liceum i studia nie gwarantują sukcesu artystycznego. Co sprawiło, że to właśnie Pani się powiodło?**

– Bez starań i uporu nic by z tego wyszło. Pomyślałam, że skoro postanowiłam, że malowanie będzie moim zawodem, to nie mogę czekać, muszę zacząć coś robić. Swoją pierwszą wystawę zorganizowałam na IV roku studiów. Potem pojechałam do Paryża po to, żeby właśnie w tym miejscu zorganizować kolejną. I udało się! A potem poszło już jakoś gładko. Byłam nominowana do konkursu prezydenta RP na najlepszy dyplom uczelni artystycznych w dziedzinie sztuk pięknych. Tam zostałam zauważona przez Katarzynę Napiórkowską, prezes Galerii Sztuki w Warszawie i Poznaniu. Właśnie dzięki tej znajomości otworzyły się szanse na zorganizowanie wystaw indywidualnych w jej galeriach.

– **Mówimy o polskim rynku artystycznym, a dobrze wiemy, że Pani obrazy można obejrzeć w różnych miejscach na świecie.**

– Rzeczywiście. Zawdzięczam to zainteresowaniu się moimi obraza-

mi przez Izabellę Kay, art dealerkę z Londynu. Za jej pośrednictwem wiele moich prac trafiło do londyńskich kolekcjonerów.

– **Co Panią inspiruje?**

– W centrum mojego zainteresowania jest człowiek i jego otoczenie. Maluję relacje między ludźmi. Ich odczucia i marzenia wyrażam na swoich obrazach poprzez kobiety.

– **Dlaczego akurat przez postaci kobiet?**

– Po prostu za pomocą kobiet jest mi łatwiej wyrażać to wszystko, co dzieje się między ludźmi. One są moim medium do kontaktów ze światem zewnętrznym.

– **Ale Pani obrazy przedstawiają nie tylko kobiety?**

– Tak, to prawda. Jest też pejzaż – naturalne otoczenie człowieka, bez którego nie mógłby on po prostu żyć.

– **W Pani malarstwie również bardzo istotne są barwy.**

– Każdy obraz jest utrzymany w jednej tonacji i wyraża moje aktualne uczucia. Dla mnie uczucia ściśle wiążą się z kolorami. Kolor to odbicie mojego wnętrza i nastroju. Kolorów nie da się oszukać. Pewnego dnia zaczęłam malować obraz. Chciałam namalować go w niebieskiej tonacji, a kiedy kończyłam okazało się, że na płótnie pojawiły się zupełnie inne barwy niż zakładałam. Barwy na moich obrazach pojawiają się zupełnie spontanicznie.

– **Wobec tego z jakimi uczuciami kojarzą się Pani barwy, które pojawiają się na płótnach?**



– Czerwień i złamane róże to dla mnie ciepło, którego każdy poszukuje i oczekuje. Zielenie, przez to, że kojarzą się z pejzażem, stanowią dla mnie wyraz otworzenia się na to, co jest na zewnątrz. Istnieją jeszcze kolory, które są jednoznacznie inspiracją. Na przykład turkus, który pojawia się na moich obrazach to fascynacja kolorem Morza Czerwonego, które miałam kiedyś okazję zobaczyć. W ten sposób odkryłam dla siebie nową barwę. To jest trochę tak, że odkrywam nowe barwy i obrazy, które zachowuję w głowie. A potem one w zupełnie zaskakujących kombinacjach nagle pojawiają się na obrazach.

– **Czy wobec tego reaguje Pani także na pory roku?**

– Na pewno mają na mnie pewien wpływ. Ale nie jest to zupełnie tak, że jak za oknem jest zima, to ja maluję obrazy w zimowych tonacjach. Kiedy spadnie pierwszy śnieg, to cieszę się z tego jak małe dziecko. Patrzę wtedy jak na nowo kształtuje się cały krajobraz wokół. Ale nie zdarzyło się, żeby bezpośrednio pod wpływem tej radości powstał jakiś obraz. Często

używam w zimie zielenie i jest to na pewno wyraz mojej tęsknoty za wiosną. A wiosna wpływa na mnie w ten sposób, że mam o wiele więcej energii i maluję wtedy zdecydowanie więcej obrazów.

– **Malarstwo figuratywne to już rzadkość w tych czasach, a Pani maluje właśnie w ten sposób.**

– To co maluję, jest odzwierciedleniem mojej duszy. Te obrazy są prawdziwe i nie jest to tak, że któregoś dnia postanowiłam, że będę malować w taki, a nie inny sposób. One ciągle się zmieniają. Niczego nie wprowadzam na siłę.

– **A jaki jest najbliższy kierunek Martty Węg?**

– W najbliższym czasie pokażę obrazy na Międzynarodowych Targach Sztuki w Nowym Jorku. Oprócz tego przygotowuję się do indywidualnej wystawy w Galerii Sztuki Katarzyny Napiórkowskiej w Warszawie, która zostanie otwarta 17 kwietnia.

– **Czy w tym wszystkim znajdzie Pani czas na Święta Wielkanocne?**

– Nie wyobrażam sobie, żeby nie pojechać w tym czasie do mojego ro-



### Spotkanie

dzinnego miasta – Tomaszowa Mazowieckiego i nie spędzić ich z rodziną. Niestety w tym roku bardzo szybko będę musiała wracać do Warszawy i przygotowywać wystawę, o której już wspomniałam.

Rozmawiała **Joanna Korn**

***Martta Węg** urodziła się w 1978 roku w Tomaszowie Mazowieckim. W 2002 r. ukończyła z wyróżnieniem studia w Europejskiej Akademii Sztuki w Warszawie na Wydziale Malarstwa w pracowni prof. Barbary Szubińskiej. Nominowana przez Europejską Akademię Sztuk do Nagrody Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej na najlepszą pracę dyplomową – „Dyplom Roku 2002” uczelni artystycznych w zakresie Sztuk Pięknych. Laureatka Nagrody Prezydenta Warszawy w konkursie o tytuł: „Najlepszy Student – Absolwent Uczelni Warszawskich”. Dwukrotnie uhonorowana stypendium artystycznym Ministra Edukacji Narodowej. W 2005 roku otrzymała w Londynie nagrodę „Vernissage Graduate Art Prize in Painting”.*



# Zapach olejku eukaliptusowego



fot. archiwum

**Aptekę o wdzięcznej nazwie „Poziomka” znają wszyscy mieszkańcy Świekatowa w Borach Tucholskich. Położona jest na wzniesieniu, z którego roztacza się widok na malowniczą okolicę. Wokół rozciągają się lasy i jeziora. Właścicielką tej apteki jest moja rozmówczyni – aptekarka i poetka, mgr farm. Anna Misiura-Łodyga.**

– **Pani Aniu, jak długo prowadzi Pani tę aptekę?**

– Mieszkam i pracuję w Świekatowie od 10. lat. Wcześniej pracowałam w Żninie w dużej aptece z tradycjami. Porządne szlify aptekarskie, o które teraz bardzo trudno, otrzymałam właśnie tam. Dzięki tej zaprawie byłam gotowa do podjęcia takiego wyzwania – pracy w małej, wiejskiej aptece.

– **Dlaczego akurat „Poziomka” ?**

– Nazwa ta powstała dzięki mojej rozbudowanej intuicji, której zawsze słucham. Apteka tonąca w zieleni Borów Tucholskich nie mogłaby mieć nazwy oderwanej od natury.

– **Czy to prawda, że apteki w małych miejscowościach mają swoją specyfikę?**

## Ludzie lubią aptekarza

*Aptekarz – mocna głowa,  
konwaliowe dłonie,  
wszystkim ani ufać, ani wierzyć nie może.  
Omdlałym skonanym sercom  
podaje walerianę jak kola ratunkowe,  
odważa morfinę potakując głową,  
że powinna pomóc.*

*Z uśmiechem delikatniejszym  
od wazkowego skrzydła  
odważa, odmierza, dawkuje,  
tyle, ile potrzeba,  
bo tylko on wie,  
że rozdaje ludziom cząstki nadziei  
na spokojniejszą noc, może  
nawet tydzień.*

*Ludzie lubią aptekarza,  
bo z kieszeni jego fartucha  
uśmiecha się do nich Nadzieja.*

Anna Misiura-Łodyga

– Zdecydowanie tak. Aptekarz w małej miejscowości jest bacznie obserwowany przez środowisko lokalne, w którym się asymiluje.

Dobrze jest, jeżeli jest on otwarty, wyrozumiały, cierpliwy i łagodny. Musi być empatyczny, musi uczestniczyć w radościach i smutkach swoich pacjentów.

– **Co skłoniło Panią do wybrania zawodu farmaceuty?**

– Gdy byłam dzieckiem, każda apteka kojarzyła mi się z pięknym zapachem olejku eukaliptusowego. I już wówczas wiedziałam, że chcę być aptekarzem.

– **Jak się mają Pani wyobrażenia o zawodzie do rzeczywistości?**

– Nigdy nie myślałam, że aptekarz będzie musiał aż tak walczyć o swoje dobre imię. To jest bardzo wyczerpujące i smutne doświadczenie, ale zapach olejku eukaliptusowego pozostał taki sam. Jeżeli ktoś wybrał zawód aptekarza i nie wiedział, że potrzebne jest do tego posłannictwo, będzie mu bardzo trudno.

– **Dlaczego uważa Pani, że będzie trudno?**

– Bo taka osoba nie będzie w stanie unieść trudów tego zawodu. Mam na myśli bezpośredni kontakt z pacjentem i z jego problemami, nie tylko zdrowotnymi, ale i życiowymi.

– **Czy czuje się Pani bardziej aptekarką, czy poetką?**

– Jestem równo podzielona, czym wprawiam w zdumienie znajomych i przyjaciół. Od dziecka bardziej od lalek i zabawek lubiłam obserwować i opisywać ludzi i otaczający mnie świat.

– **Dotychczas wydano dwa tomiki Pani poezji i każdy jest inny.**

– Pierwszy tomik pt. „Ludzie lubią aptekarza” (2001 r.) poświęcony jest przede wszystkim ludziom. Natomiast drugi – „Myśli z leśnych ścieżek” (2005 r.) oddaje uroki otaczającej przyrody, z jaką mam kontakt na co dzień.

– **Widać z tego, że kocha Pani naturę.**

– Ma Pani rację, bo nie wyobrażam sobie życia bez sikorek pukających w okno, bez zielonych, majowych żabek, bez przystrojonych jabłoni „w różowobiałe kwiaty, jak panny młode w sukniach z najlepszych koronek”, bez bociana sierpniowego w rozterce, także bez tańczącego ląbędzia na lodzie.

Uważam, że ludzie utrudzeni, zmęczeni (myślę również o aptekarzach) powinni częściej uciekać od przygniatającej codzienności na łono natury i poobserwować: misterną budowę konika polnego, pracowitość mrówki, nawet zanurzyć dłonie w rozwianej grzywie śmiesznie nakrapianego konia – to wycisza, uspokaja, dystansuje i wtedy na wiele swoich problemów znajdziemy recepty. Między innymi dlatego, że z natury płynie dobra energia.

Człowiek powinien dążyć do zachowania harmonii w swoim życiu, dlatego bardzo ważne jest pozyskiwanie dobrej energii. Życzę wszystkim aptekarzom, rozumiejąc i czując ich trudy, aby wiosenne przebudzenie wniosło w ich życie nowe, jasne, radosne spojrzenie na wszystko, co ich otacza.

– **Dziękuję za rozmowę.**

Rozmawiała Grażyna Smolarek-Kamińska



# Marzenia i życie

**Życie i wiara w życie jest jak wiecznie płynąca rzeka, jak rzeka pełna głębokich uczuć, która prędzej czy później połączy się z inną lub innymi, podobnie głębokimi rzekami, aby dalej płynąć razem. I zadziwiać się światem wspólnie.**

Jak w prawdziwej rzece, tak i w rzece naszego życia odbijają się kolejne dni i noce, wstające i zachodzące słońce, księżyc, gwiazdy wszechświata.

Mamy wrażenie, że czytając Paulo Coelho, wraz z nim płyniemy przez rzekę życia. Życia, które codziennie przynosi nam wiele doznań. Przynosi nam troski, smutki, chwile zadumy i zwątpienia, przynosi wiele radości.

Ale głównym przesłaniem jego twórczości i tej książki również jest doświadczenie czerpane z własnego życia. Wielokrotnie pytany przez dziennikarzy co jest najważniejsze w życiu odpowiada: - „marzenia i życie”.

Gdy ukazała się jego powieść „Alchemik”, zastanawiano się, czym zafascynował swoich czytelników ten brazylijski pisarz. A tylko w Polsce jej nakład wyniósł 300 tys., a na świecie rozeszła się w nakładzie 15 milionów egzemplarzy i została przetłumaczona na 34 języki.

Paulo Coelho nie pisze książek jak powieści, do których formy i konstrukcji jesteśmy przyzwyczajeni. To trochę tak jak gdyby dziecko opisywało otaczający nasz świat, z niewinnym zadziwieniem i radością istnienia. Autor niczego nam nie narzuca, nie poucza, nie osądza ani nie ocenia. Ale mamy wrażenie, że otwiera w nas, najczęściej w człowieku już dorosłym głęboko ukrytą, potrzebę bycia dzieckiem.

Gdzie może być tajemnica jego pisarstwa? Może w tym, że odnosimy wrażenie, iż pisze bardziej sercem niż rozumem, tworząc metafizyczną atmosferę, w której nie trzeba wszystkiego oceniać, klasyfikować, zaszklakować. Poddajemy się emocjonalnie opisom wydarzeń i świata mając odczucie własnego w nich uczestnictwa i własnej wrażliwości. Dzięki temu znów zaglądamy do zakamarków swojej duszy. Możemy wyzwolić pragnienia miłości, wiary, nadziei, marzeń. Autor utwierdza nas w przekonaniu, że życie każdego człowieka jest najwyższą wartością.

I że każdy z nas zasługuje i ma prawo do spełnienia drzemających w nas uczuć.

I że każdy z nas ma prawo dać sobie szansę na ich spełnienie. Jeśli szukamy szczęścia, posłuchajmy swojego serca i bądźmy mu wierni, nie szukajmy podpowiedzi z zewnątrz, usłużnych rad, bądźmy w zgodzie ze sobą.

Klimat jego książek przypomina nieco baśnie z dzieciństwa, tyle że opisywane wydarzenia dotyczą świata dorosłych, a na końcu brakuje pouczającego morału. Autor roztacza świat niedopowiedzeń, metafor, licząc, że nasze serca odnajdą właściwą drogę w rzece życia, zgodnie z danym nam prawem do samodzielnego wyboru i decydowania o własnym szczęściu.

„Być jak płynąca rzeka” to opowieści, a może właściwiej byłoby na-

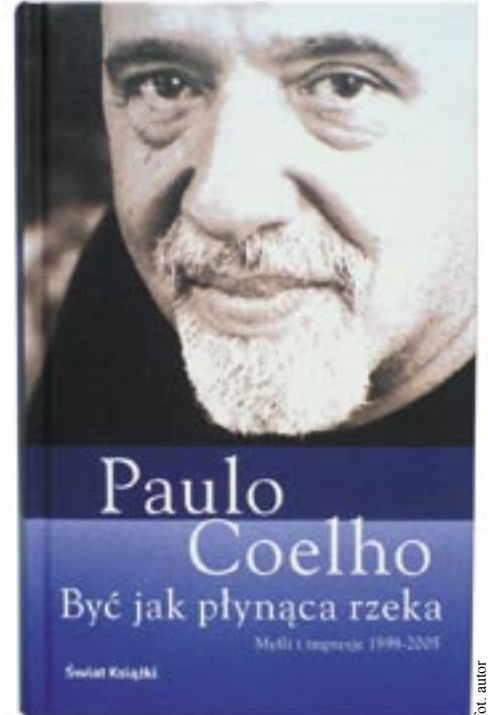


foto: autor

isać – przypowieści, które czyta się jednym tchem.

Autor w przedmowie napisał – „...zjeździłem pół świata, zmieniając kraje częściej niż buty, jak mawiał Bertold Brecht. Na kolejnych stronach znajdują się wspomnienia przeżytych chwil, historie, które mi opowiedziano, refleksje towarzyszące kolejnym etapom mojej życiowej wędrówki”.

Książkę Paulo Coelho, – jak niegdyś pięknie określono, – trzeba czytać z sercem, a nie rozumem, tak jak i pozostałe. I czytając pamiętać, że najważniejsze jest życie, a w nim miłość. Co nabiera szczególnego znaczenia, jeśli uzmysłowimy sobie, że tuż, tuż Święta Wielkanocne. Tak nierozzerwalnie związane z budzącym się nowym życiem i wiarą w jego najlepsze spełnienie.

**Wacław Bierkowski**

BYĆ JAK PŁYNAĆ RZEKA  
Paulo Coelho  
Wydawca: Świat Książki, 2006 r.



foto: archiwum

# Kapryśna zima nie popsowała szyków narciarzom

**M**imo psikusów jakie płała nam w tym sezonie zima, odbyły się jednak, niemal w ostatniej chwili przed końcem sezonu narciarskiego, Mistrzostwa Polski Farmaceutów. Jest to najbardziej zasłużona i ciesząca się uznaniem farmaceutów i ich przyjaciół impreza sportowa.

Jak zwykle w takich przypadkach za sukcesem kryje się człowiek z pasją. Jest nim **aptekarz z Karpacza, doktor farmacji Wojtek Piotrowski**. Od lat nieustrudzenie organizuje i koordynuje zawody tak doskonale, iż są już stałym, jasnym punktem na mapie farmaceutycznego sportu. Nie inaczej było i w tym roku. Ale – udało mi się namówić samego mistrza ceremonii na relację z Karpacza. Oddaję więc głos Panu Doktorowi i gratuluję pasji oraz zaangażowania w organizowanie mistrzowskich szusów dla farmaceutów. Tak trzymać!

„Tegoroczne VII Mistrzostwa Polski Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim miały się odbyć w pierwotnym terminie 13 stycznia 2007.

Kapryśna i wyjątkowo łagodna zima nie pozwoliła jednak na rozegranie zawodów w tym terminie, kompletny brak śniegu. Trzeba było szukać nowej daty imprezy. Najbliż-

szy wolny termin był dopiero 3 marca i do tej daty zacząłem dopasowywać całą organizację mistrzostw. W tym roku jedynie w pierwszej połowie lutego były dobre warunki narciarskie, potem im później, tym gorzej. Na zawody wynajęłem stok i wyciąg w obrębie Karpacza, jednak właściciel na tydzień przed zawodami poinformował mnie, że śnieg się u niego prawdopodobnie nie utrzyma. Zostało nam jedyne miejsce na zawody – Hala Złotówki przy schronisku Strzecha Akademicka.

Kilka dni przed zawodami podjąłem decyzję, że tam właśnie odbędą się tegoroczne mistrzostwa. Dojazd do Hali Złotówki jest dość skomplikowany. Trzeba użyć aż czterech wyciągów, aby dotrzeć do celu. Spora część zawodników przestraszyła się trudności i zrezygnowała z uczestniczenia w zawodach. Ci najbardziej wytrwali dotarli na trasę slalomu

giganta, napotkali tam jednak na bardzo trudne warunki. Wiał silny wiatr (25m /sekunde), sypał śnieg, mgła, temperatura -7 st. C. Wszyscy ci, co zaliczyli trasę slalomu, mogli się czuć bohaterami. Na szczęście nikomu nic się nie stało, wszyscy (175 osób) cało i zdrowo spotkali się później w stylowej Chacie Karkonoskiej w Karpaczu. Tam odbyło się zakończenie mistrzostw, ogłoszenie wyników, wręczenie medali, pucharów, nagród. Całość imprezy po nartach prowadził Kabaret „Paka”. Wszystko przy dobrym jedzeniu i przyjemnej muzyce. Tańce, śpiewy, konkursy trwały do białego rana. Niektórzy nienasytzeni nart, rano w niedzielę pognali na Kopę, aby poszuszować na resztkach śniegu. Mieli szczęście, tym razem pogoda była znakomita.

Dolnośląska Izba Aptekarska już siódmy raz zorganizowała te zawody”.

**Zawodnicy oczekują na swoje szusy**



foto. Dariusz Piaskowski



**OFICJALNE WYNIKI  
ZAWODÓW:****Klasyfikacja Farmaceutów  
PANIE****Kategoria ≤40 lat:**

1. Anna BIELASIK – Karpacz
2. Alicja PRZYBYLSKA – Milicz
3. Sylwia WOJCIECHOWSKA – Wrocław
4. Katarzyna RESZELSKA – Warszawa
5. Monika KARPIŃSKA-BENICKA – Wrocław
6. Anna LISOWSKA – Żagań
7. Katarzyna BIJDYLLA – Katowice

**Kategoria ≥40 lat:**

1. Mariola SUSZKO – Kowary
2. Małgorzata KLIMKIEWICZ – Bydgoszcz
3. Joanna JACEK – Wrocław
4. Jolanta KRUMPLEWSKA – Świebodzice
5. Barbara KULLA – Namysłów
6. Elżbieta SKINDER – Wrocław
7. Agnieszka MIKOSZEWSKA – Wrocław

**PANOWIE****Kategoria ≤40 lat:**

1. Przemysław GRZESZKIEWICZ – Skierniewice
2. Marcin ORNOWSKI – Chorzów
3. Mateusz WIĘCKOWSKI – Śląsk
4. Krzysztof KOCIŃSKI – Syców
5. Marcin BENICKI – Wrocław
6. Michał PIETRZYKOWSKI – Jelenia Góra
7. Maciej KARBOWIAK – Wrocław
8. Marcin KOSTRZEWA – Kowary

**Kategoria ≥40 lat:**

1. Artur MIKLASZEWICZ – Legnica
2. Wiesław ZDANOWSKI – Wałbrzych
3. Janusz NOWACZYŃSKI – Pawłowiczki
4. Zenon PLACKO – Zgorzelec
5. Zenon PATUREJ – Miastko
6. Przemysław ORLIKOWSKI – Częstochowa
7. Wojciech PIOTROWSKI – Karpacz
8. Andrzej MLYŃCZAK – Wrocław

**Klasyfikacja Przyjaciół**

1. Zdzisław SUSZKO – Legnica
2. Sławomir POPLAWSKI – Wałbrzych
3. Adam ŁUKASZEWICZ – Pawłowiczki

mgr farm. Filip Olejniczak

# JAK SIĘ DOKSZTAŁCIĆ NA KOSZT FIRMY?

**W**ysyłając pracownika na studia, kurs czy szkolenie podnoszące jego kwalifikacje zawodowe i pokrywając związane z tym wydatki, pracodawca może zaliczyć je do swoich kosztów uzyskania przychodów.

Wydatki na kształcenie pracowników nie zostały wymienione w ustawach podatkowych jako wyłączone z kategorii kosztów podatkowych. Nie muszą przy tym przekładać się na osiągnięcie konkretnego przychodu. Jak orzekł NSA w wyroku z 4 grudnia 2002 r. (III SA 1033/2001), są ogólnym kosztem działalności firmy.

## PRACODAWCA POMAGA SIĘ KSZTAŁCIĆ

Ułatwianie pracownikom podnoszenia kwalifikacji zawodowych to obowiązek pracodawcy wynikający bezpośrednio z kodeksu pracy. Zakres i warunki, na jakich powinno się to odbywać, określają dwa rozporządzenia:

1. ministra edukacji narodowej oraz ministra pracy i polityki społecznej z 12 października 1993 r. w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych (DzU nr 103, poz. 472 ze zm.);
2. ministra edukacji i nauki z 3 lutego 2006 r. w sprawie uzyskiwania i uzupełniania przez osoby dorosłe wiedzy ogólnej, umiejętności i kwalifikacji zawodowych w formach pozaszkolnych (DzU nr 31, poz. 216; to drugie częściowo zastąpiło to pierwsze). Zgodnie z nimi podnoszenie kwalifikacji pracowników może polegać na:
  - kształceniu w formach szkolnych (szkołach podstawowych, ponadpodstawowych, wyższych),
  - kształceniu, dokształcaniu oraz doskonaleniu w formach pozaszkolnych (na kursach, kursach zawodowych, seminariach, praktykach zawodowych).

## NIE BEZ OGRANICZEŃ

Choć nie trzeba wykazywać, że wykształcenie pracownika faktycznie przyczyniło się do powstania w firmie konkretnego przychodu, to jednak

– biorąc pod uwagę ogólną definicję kosztów uzyskania przychodów – lepiej przestrzegać zasady, że kształcenie pracownika ma związek ze stanowiskiem i rodzajem wykonywanych przez niego zadań.

## NIE MA ZWIĄZKU, NIE MA KOSZTU

NSA w wyroku z 15 marca 2000 r. (SA/Sz 59/99) orzekł, że nie może być kosztem pracodawcy wydatek na kurs prawa jazdy kierownika działu handlowego, który nie ma wyraźnego, bezpośredniego związku z przychodami firmy i z charakterem pracy tego pracownika. Posiadanie prawa jazdy kategorii B jest sprawą osobistą takiego pracownika i nie powinno obciążać kosztów działalności pracodawcy.

## BEZ WZGLĘDU NA FORMĘ

Podatkowe koszty pracodawcy mogą być obciążone wydatkami na kształcenie pracowników bez względu na formę tego kształcenia (szkolna, pozaszkolna), i czy pracownik został na nie skierowany przez pracodawcę, czy ten wyraził tylko swoją zgodę. Co więcej, kosztem pracodawcy będą też wydatki na podnoszenie kwalifikacji pracowników w innej formie niż wymieniona w powołanych wyżej rozporządzeniach (np. wewnętrznych szkoleń organizowanych przez pracodawcę).

Nie ma tu żadnych limitów ani innych ograniczeń (oczywiście poza wymogiem, by wydatki miały związek z działalnością pracodawcy). Oczywiście wszystkie te wydatki trzeba odpowiednio udokumentować tak, aby nie było wątpliwości co do ich charakteru.

Oprac. na podstawie:  
Rzeczpospolita 01.03.2007

# Kowno

## drugie serce Litwy

„Czy wiesz że Kowno było litewską stolicą czarownic, wiedźm i zaklinaczy?” - zapytałam mężczyznę swojego życia, dając mu przy okazji solidnego kuksańca pod dzięsiąte żebro. „Czyli jesteś tu w dobrym towarzystwie, sami swoi!” – odgryzła się moja gorsza połowa, rozcierając obolały bok. „To się nie oglądaj za tymi blond kurczakami, bo i lata ku temuż niesposobne, jak by powiedział Pan Zagłoba” – parsknęłam niczym rozszoszona kocica.

Kowno, czyli po litewsku Kaunas, jest do tej pory turystyczną „śpiącą królową”. Pewnie dlatego, że zawsze było traktowane raczej jako przystanek w drodze do Wilna lub nadmorskiej Kłajpedy, a nie miejsce docelowe. Jest to miasto prężne i kipiące młodością, obfitujące w bardzo liczne – jak na pół miliona stałych mieszkańców – placówki szkolnictwa wyższego. Posiada więc własny Uniwersytet, Politechnikę, Akademię Medyczną i Akademię Sztuk Pięknych, a jakby tego było mało, jeszcze kilka innych uczelni.

Szkoda, że Kaunas jest tak mało znanym miejscem na mapie tu-

rystycznej, ma bowiem bardzo dużo do zaoferowania. Zacznijmy od przepięknego kościoła Św. Michała Archanioła. Zbudowany w stylu – o dziwo – nowobizantyjskim, przypomina z zewnątrz raczej cerkiew, wewnątrz zaś zachwyca wystrojem. To ulubiony kościół organistów całego świata i tu też odbywają się międzynarodowe konkursy organowe oraz... nowożeńców, bo ponoć przynosi szczęście na nowej drodze życia. Przed nim rozciąga się w całej okazałości główna ulica Kowna, a raczej Planty – Laives, pełna sklepów, restauracji i młodzieży. Tymiz Plantami docieramy do Katedry Piotra i Pawła. Ka-



Kowieńska Nike nazywana Aniołem Wolności

mień węgielny położył ponoć w roku 1410 sam Witold, czyli Vytautas, na ruinach świątyni staroliteńskiego boga – Perkunasa. Obok znajdują się ruiny twierdzy z czasów wojen krzyżackich z doskonale zachowaną i odrestaurowaną częścią murów i jedną z baszt obronnych. Wysoko na skarpie, prawie u zbiegu wód dwóch rzek: Niemna i Neris – stoi mały, lecz ozdobny kościół Św. Witolda.

Na położonym obok Placu Ratuszowym, wybrukowanym potężnymi „kocimi łbami” stoi dawny ratusz. Plac obramowany jest rzędem prześlicznych, odrestaurowanych kamieniczek. Należały dawniej do rajców i kupców, a obecnie mieszczą butiki, bistra i antykwiariaty. W jednej z nich znalazło miejsce Muzeum Medycyny i Farmacji. Jego początki sięgają roku 1937, kiedy to Towarzystwo Aptekarzy w wyna-

Izba aptekarza w małym miasteczku, XIX wiek



Aptekarska piwniczka, XVII/XVIII wiek





jętym tu lokalu utworzyło pierwsze Litewskie Muzeum Farmacji. Istniało ono do roku 1940, kiedy zostało zlikwidowane przez władze sowieckie. Zbiory poszły w rozsypek – częściowo rozkradzione (miedziane pojemniki na destylaty świetnie się nadawały do pędzenia bimbru!), częściowo pochowane skrupulatnie przed różnymi „nowymi” władcami miasta. Dopiero w roku 1965, za sprawą szefa Instytutu Medycznego, A. Kaikavisa, powstał pomysł odtworzenia zapisków, fotografii oraz części zbiorów „zachomikowanych” przez farmaceutycznych zapaleńców. Zakończyło się to sukcesem, bo w roku 1985 nowe Muzeum Medycyny i Farmacji otworzyło swe podwoje. Niepozorne z zewnątrz – w środku zawiera eksponaty robiące wrażenie nie tylko na przedstawicielach tych zawodów. W szufladach lub ladach ozdobionych antycznymi, emalowanymi tabliczkami wystawione są nieraz zadziwiające rzeczy – oprócz starych sztychów na temat czarownic lub otwierających się grobów, są tak przekonywujące medykamenty jak środek na epilepsję ze sproszkowanych czaszek niemowlęcych „caput mortuum”. Do tego nalewka „z włosów Wenery”, czyli Wenus. Czy pochodziły one z loków bogini piękności? Dla panów coś na podwyższenie męskiej „virilis” ze sproszkowanych genitaliów capa (brrrr!), a dla każdego maść bobrowa, dobra prawie na wszystko. Wśród eksponatów nie mogło zabraknąć „spiritus vini”, czyli czystutkiego spirytusiku,



Prehistoria farmacji – czarownica-zielarka

używanego do robienia nalewek produkowanych w tzw. „koktoryi”, łącznie z odwarami, maściami i innymi zdrowotnymi konkocjami. Służył do tego cały bogaty zestaw różnokolorowych retort, moździerzy i alembików o różnej wielkości. Narzędzia chirurgiczne (od niektórych włosy stają na głowie!) i ginekologiczne dopełniają wystawy. Nici chirurgiczne to nie przetrzymały próby czasu, ale dratwa z jelit jagnięcych do zszywania ran to i owszem! Laboratorium w Kownie posiadało nowoczesną, jak na owe czasy, parową linię produkcyjną preparatów galenowych. W większych miastach, takich jak Wilno, Mariampol lub Wilkomierz były również małe laboratoria, ale prym wiodło Kowno.

A teraz mały dodatek dla smakoszy litewskich „naliwków”. Było ich mnóstwo i w gruncie rzeczy robiono je, z czego się dało. Do tej pory pamiętam smak 15-letniej „smorodínówki”, ale najbardziej znany alkoholowy medykament to „Trojanka Litewska”. Nazwa pochodzi od magicznych liczb 3 i 9, czyli 27. ziół użytych do jej produkcji. „Trejos devyrenos” znana już ponoć była w XV wieku, zaś jej braciszek w brązowych kamionkowych butelkach, do tej pory znany pod nazwą „Balsam Ryski” lub „Czarny Balsam”, jest obowiązkową pamiątką z podróży na Łotwę. Smak ma raczej ohydny, ale na trawionko wpływa dobrze! Przynajmniej część tej receptury jest używana do tej pory na zachodzie Europy do rozreklamowanego „Underberga” lub „Jaeger Meister”. A nasza „Żołądkówka”?

Gdy już jesteśmy zupełnie uzdrowieni i zaopatrzeni w stosowną ilość „Trojanki”, koniecznie musimy zobaczyć unikatowe „Muzeum Diabła”. Zabawa w nim jest doprawdy przednia. Znany poeta i pisarz litewski z przełomu XIX i XX wieku zbierał tu, w swojej kamienicy, szatany, diabły i czorty. Na czterech piętrach zgromadzonych jest 26.000 eksponatów i do tej pory z całego świata napływają dalsze dary, czyli od diabelskiego pomiotu aż się roi! Polskę też reprezentuje trzykrotnie dość skromnie przedstawiony Boruta, czyli Diabeł Łęczycki. Widocznie więcej znanych czortów nie mieliśmy! Do tego ▶

#### Kowieńska apteka – pokój receptowy, XIX wiek



► smoki, demony, kozły, czarne koty, czyli wszystkie atrybuty Lucyfera. Na pewno jedną z „perełek”, obleganą przez zwiedzających, jest rzeźba diabła Stalina jadącego na grzbiecie diabła Hitlera!

Polskich turystów na pewno zainteresuje „Pazaislis Monastery” na

Mont Pacis. Proszę nie być wprowadzonym w błąd tą litewsko-łacinską nazwą. Jest to po prostu Góra Paca. Na szczycie mieści się kościół i klasztor ufundowany przez wielkorządcę Krzysztofa Paca. Jego wielgaśny portret w kontuszu i pasie słuckim zdobi jedną ze ścian kościoła, a na płycie nagrobnej, kryjącej szczątki fundatora i



Portret Krzysztofa Paca

jego żony, widnieje napis jakże uderzający „skromnością!” – „Tu leży wielki grzesznik, ale jego grzechy znane są tylko jemu i Panu Bogu”. Hmm, tylko bić się w piersi! Starotka przeorysza klasztoru, mówiąca z polska po rosyjsku, pokazuje wspaniałe kolumny z czarnego (!) krakowskiego marmuru, ołtarz, freski, stiuki i kłębiące się pyzate „putta”. Klasztor ocalał z pogromu sowieckiego, bo w budynkach klasztornych władze umieściły szpital dla psychicznie chorych. Teraz mieści się tu szkoła klasztorna i hotel dla wizytujących duchownych.

A dla ciała: kuchnia litewska jest reprezentowana w Kaunas w całej swej bogatej palecie: od olbrzymich „cepelinów” (nazwanych tak od statku powietrznego grafa von Zeppelin), czyli pyz nadziewanych mięsem lub kapustą z grzybami (teraz można zrozumieć, po co jest potrzebna Tro-

janka po obiadku!), przez wszystkie dania zrobione z produktów oferowanych przez las, rzekę lub moczary. Teraz już obok kuchni tradycyjnej można też skosztować i kuchni białoruskiej, ormiańskiej, polskiej lub chińskiej, nie licząc ukochanej przez wszystkich Budrysów pizzy i hamburgerów. Jak widzicie Państwo, obok Wilna i Kowno jest „grzechu warte”,

tym bardziej, że i dojazd do niego jest łatwy i dość tani – najlepiej „Intercity” z Warszawy przez Suwałki. Z zakwaterowaniem też nie ma kłopotów, bo pełno jest małych hotelików i pensjonatów. Jeżeli wybieramy się w podróż ukochanym autem, to lepiej go postawić na parkingu i na jazdę po mieście wybrać autobus miejski (bilet w kiosku nieopodal) lub „marszrutkę” – busik zatrzymujący się na żądanie. A najlepiej

to „per pedes Apostolorum”, czyli na piechotę. Bo jakże inaczej zobaczyć zamkniętą dla ruchu XIX-wieczną uliczkę Wileńską, z gazowymi latarniami, dokładnie według planów i zdjęć odtworzoną z ruin. Lub zając miejsce w „Velobar”, czyli piwiarni na rowerach (!), gdzie klienci przy „dużym pienistym” pracownicy pedałują, posuwając w ten sposób bar po ulicach Starego Miasta. Drogie Panie – szpilki trzeba schować do szafy, bo cała Starówka jest wybrukowana „kocimi łbami” i po paru minutach nogi już wchodzą w szyję lub grozi nam skrzyta kostka!

Tekst i fot: **Mariola Krapf**

PS. Zupełnie nie rozumiem, po kiego czorta stary Budrys w balladzie Mickiewicza gonił swych synów szukać Laszki kochanki do Polski, gdy cała Litwa, a Wilno i Kowno w szczególności, aż się roi od długonogich blond „szparagów” w obcisłych do niemożliwości jeansach lub mini-kieckach, pokazujących cały brzusek. Na szczęście bez piercingu – widać jeszcze nie dotarł. A naszych Panów trzeba trzymać bacznie na oku, bo diabeł nie śpi! ■

## Twierdza kowieńska



Katedra w Kownie



# AMOTAKS<sup>®</sup> DiS

amoxicillin

tabletki rozpraszalne 500 mg x 16\*  
750 mg x 16  
1 g x 16\*



tabletki rozpraszalne 750 mg x 16 - cena dla pacjenta 3,27 zł

# AMOTAKS<sup>®</sup>

amoxicillin

kapsułki 250 mg x 16

500 mg x 16

tabletki powlekane 1 g x 16

granulat do przygotowania

zawiesiny doustnej 250 mg/5ml, 60 ml



# TAROMENTIN<sup>®</sup>

tabletki powlekane 375 mg x 21 amoxicillin + clavulanic acid

625 mg x 14

625 mg x 21

1 g x 14

fiolki 0,6 g i 1,2 g



skuteczność

bezpieczeństwo

niski koszt terapii

szerokie spektrum przeciwbakteryjne

możliwość stosowania terapii sekwencyjnej

**NAJPOPULARNIEJSZA  
DAWKA 1 G  
W NAJNIŻSZEJ CENIE**



**Ⓢ POLFA TARCHOMIN<sup>®</sup> S.A.**

Tarchomińskie Zakłady Farmaceutyczne "Polfa" Spółka Akcyjna  
ul. Aleksandra Fleminga 2, 03-176 Warszawa, tel. (022) 510 80 01, 510 80 02  
Szczegółowe informacje o leku tel. (022) 510 80 98, 811 18 14  
[www.polfa-tarchomin.com.pl](http://www.polfa-tarchomin.com.pl)



**Bausch & Lomb**

Pomagamy widzieć lepiej.™

# niezbędny dla oka zestaw



PROFILAKTYKA  
**AMD**  
TERAPIA

PRZED OPERACJĄ  
**ZACIEMA**  
PO OPERACJI

SKUTECZNOŚĆ UDOWODNIONA  
**Ocuvite**  
BADANIAMi KLINICZNYMI



## antyoksydantów zawierający:

karotenoidy:  
**zeaksantynę i luteinę**

pierwiastki śladowe:  
**cynk i selen**

witaminy:  
**E, C**

## kwasów omega-3

zawierający:

**DHA**

**EPA**



Ocuvite® Lutein i Ocuvite® RETI-NAT są suplementami diety.