

Nr 5 (15) maj 2007

APTEKARZ POLSKI

ISSN 1895-6041

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej



www.aptekarzpolski.pl

- W sprawie ustawy o zawodzie farmaceuty
- Refundacja on-line?
- NRA swoje, a rząd swoje
- Receptura na co dzień - postępowanie aseptyczne

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.

* koszt przesyłki pokrywa zamawiający



Fot. archiwum redakcji

W sprawie ustawy o zawodzie farmaceuty

Doczekaliśmy się. Ministerstwo Zdrowia rozpoczęło, dawno oczekiwane przez nasze środowisko, konsultacje w sprawie ustawy o zawodzie farmaceuty. Mam nadzieję, iż to właśnie od nas będzie zależało, czy wykorzystamy szansę wprowadzenia do polskiego prawa spójnych regulacji, dotyczących naszego zawodu. Wiem, że początki prac nad ustawą będą trudne. Potrzebne będzie zaangażowanie oraz wysiłek wielu osób tak ukierunkowany, aby powstał dokument będący kompromisem oczekiwań środowiska i możliwości ich spełnienia.

Przedstawiony przez Ministerstwo Zdrowia projekt ustawy określa zasady i warunki wykonywania oraz kwalifikacje uprawniające do wykonywania zawodu farmaceuty. Jeden z rozdziałów jest poświęcony sprawom prawa wykonywania zawodu. W dalszej części stwierdza się, iż „farmaceuta wykonujący zawód w aptece lub hurtowni farmaceutycznej jest aptekarzem”. Tak więc jedną z zasadniczych spraw, którą przy tej okazji należy definitywnie rozstrzygnąć i zakończyć, jest wieloletnia debata nad nazwą naszej ustawy tj.: „...o zawodzie aptekarza” czy „...o zawodzie farmaceuty”. Aby powiodła się rządowa (z naszym udziałem) inicjatywa legislacyjna, to kompromis w tym względzie jest wręcz konieczny. W czasie prowadzonych konsultacji z autorami projektu ustawy wykorzystujemy bardzo często doświadczenia i rozwiązania przygotowane w ramach prac Naczelnej Rady Aptekarskiej z 2005 i 2006 roku.

Przy okazji warto sobie uświadomić, że nie wolno nam zaprzepaścić w tym momencie szansy wprowadzenia w życie przepisów regulujących status kierownika apteki lub hurtowni farmaceutycznej, możliwości oceny wykonywania zawodu w miejscu pracy farmaceuty, zapisów dotyczących okazjonalnego wykonywania czynności zawodowych, doskonalenia zawodowego oraz centralnego rejestru farmaceutów.

Całość przygotowywanego dokumentu jest również realizacją zaleceń unijnych dyrektyw poprzez wprowadzenie odpowiednich przepisów w polskim prawie.

Jeszcze raz apeluję o wsparcie i konstruktywne uwagi do tego projektu ustawy, aby mogły one posłużyć do przygotowania wartościowego i historycznego dokumentu, a także przyjęcia go przez Sejm jesienią bieżącego roku.

Andrzej Wróbel

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Warszawa, maj 2007 r.

ROZMOWY REDAKCJI	
Refundacja on-line	4
Dostaję w prezencie dobre słowo	36
AKTUALNOŚCI	4, 5
NRA swoje, a rząd swoje	7
PRZEGLĄD PRASY	7
W gąszczu internetowych baz danych	9
EKSPERTYZY, RAPORTY	
Marzec zwiastuje zmiany na rynku aptecznym	12
Program edukacyjny	13
Kraków 2007	13
Światowy Kongres Farmacji i Nauk Farmaceutycznych	13
APTEKARSTWO W EUROPIE	
Znajome problemy niemieckich aptekarzy	14
LEX APOTHECARIORUM	
Zmiany w zakresie zasad wygaśnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki	16
PANORAMA SAMORZĄDU	
Tworzymy tradycje	18
Brakuje ludzi do pracy społecznej	19
BIBLIOTEKA APTEKARZA	
Filar zawodowej praktyki	20
WSZECHNICA APTEKARSKA	
Postępowanie aseptyczne	21
NOWE REJESTRACJE I NOWOŚCI NA RYNKU	
Nowe produkty lecznicze luty 2007	25
MANUAŁ APTEKARSKI	
Fitoterapia w ototyłości	30
Aptekarz – ostatnia instancja	33
Naukowa rywalizacja młodych farmaceutów	33
LISTY DO REDAKCJI	34
KONFERENCJE, NARADY...	
Konferencja Aptek Szpitalnych w Spale	34
Chcemy podziwiać Wasze dzieła. Pokażcie się!	37
Trudne i długotrwałe leczenie zylaków	38

Aptekarz Polski – Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej, www.aptekarzpolski.pl

Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel: 022 635 92 85, fax: 022 887 50 32, e-mail: nia@nia.org.pl; www.nia.org.pl

Redakcja: mgr farm. Michał Grzegorzczak - redaktor wydawca; Zbigniew Solarz - redaktor naczelny; dr n. farm. Tomasz Baj - z-ca redaktora naczelnego, konsultant farm.; Ewa Dębińska - sekretarz redakcji, tel. 022 635 02 39, e-mail: redakcja@aptekarzpolski.pl

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

Marketing i reklama: Olga Sierpniowska, 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.

SZTANDAR DLA ŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ

19 maja br. odbyło się uroczyste spotkanie śląskich aptekarzy z okazji jubileuszu XV-lecia Śląskiej Izby Aptekarskiej.

Głównym wydarzeniem uroczystości było przekazanie Śląskiej Izbie Aptekarskiej sztandaru ufundowanego przez członków Rady Izby i sponsorów. Z zachowaniem ceremoniału sztandar przekazali seniorzy zawodu – zasłużeni członkowie śląskiego samorządu aptekarskiego. Z rąk profesora Dionizego Moski, pierwszego prezesa odrodzonego śląskiego samorządu aptekarskiego sztandar odebrał dr farm. Stanisław Piechula, prezes Śląskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej.

Następnie odbyło się wręczenie odznaczeń i wyróżnień. Śląska Izba Aptekarska została odznaczona Złotą Odznaką Honorową „Za zasługi dla Województwa Śląskiego”. To wyróżnienie nadane przez Sejmik

Refundacja on-line?

Rozmowa z Andrzejem Sośnierzem – prezesem Narodowego Funduszu Zdrowia.

– **Panie prezesie, czego dobrego mogą oczekiwać aptekarze po władzach Narodowego Funduszu Zdrowia?**

– Fundusz powinien przede wszystkim dobrze i sprawnie funkcjonować. To jest jego podstawowe zadanie i tego chyba oczekują od nas ubezpieczeni.

– **Czy nie pojawia się zatem ewentualność, że pacjenci zechcą, by leki w aptekach były za darmo, skoro NFZ działa wyłącznie dla ich dobra?**

– Zasady refundacji za leki wydane ubezpieczonym reguluje ustawa i Fundusz nie może zachowywać się w tej sprawie dowolnie. Pewnie wszyscy chcieliby, aby leki były za darmo, ale leki refundowane, które stanowią około 60 procent całej puli farmaceutyków, kosztują Narodowy Fundusz co piątą złotówkę z wydawanych corocznie prawie 40 miliardów złotych, czyli ok. 8 miliardów zł. A zatem: rzeczywiście działamy w interesie pacjentów. I trzeba jeszcze pamiętać, że NFZ refunduje również leki wydawane w szpitalach. Tu w grę wchodzi także niebagatelne kwoty.

– **Z Pańską osobą, panie prezesie, związana jest kwestia wprowadzenia elektronicznego systemu rejestracji kontaktów na linii świadczeniobiorca (czyli pacjent) – dostawca usługi (lekarz, aptekarz, szpital**

itd.). Czego można się spodziewać w nadchodzącej przyszłości? Na co mogą liczyć aptekarze? Wiemy, że od 1 czerwca ma wejść w życie rozporządzenie ministra zdrowia regulujące te kwestie.

– Jak wiadomo, ciąży na nas ustawowy obowiązek elektronicznego przesyłania danych dotyczących świadczeń zdrowotnych i mamy szczerzy zamiar jak najszybciej i jak najlepiej uporać się z tym zagadnieniem. Jeśli uda nam się szybko wprowadzić w życie rejestr usług medycznych, wówczas można będzie powiedzieć o spełnieniu warunków niezbędnych do wdrożenia elektronicznego systemu informatycznego dla całego syste-



Fot. Michał Grzegorzyc



Chorąży pierwszego pocztu sztandaru, wiceprezes Śląskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej, dr farm. Andrzej Deląg.

mu ochrony zdrowia w Polsce. Prace zostały już rozpoczęte, ale trzeba mieć świadomość, że do tej pory nie mieliśmy w naszym kraju do czynienia z tak ogromnym, bo dotyczącym każdego obywatela, przedsięwzięciem. To coś więcej niż wręczenie dowodu osobistego, który dotyczy osób wyłącznie dorosłych, czy nowych praw jazdy.

Z chwilą jednak, gdy wprowadzimy rejestr usług medycznych, a wszystkim pacjentom wydamy karty chipowe, z pewnością ułatwimy życie również aptekarzom. W aptekach pojawią się czytniki kart, które pozwolą odczytywać dane identyfikacyjne pacjentów, a w przyszłości informacje o używanych lekach w kontekście poszukiwania interakcji. Cały ten system mógłby już funkcjonować; niestety, z różnych przyczyn dopiero obecnie można przystąpić do jego kompleksowego wdrażania.

– System, o którym mowa, wdrażał Pan jakiś czas temu na Śląsku. Czy będzie to rozwinięcie modelu śląskiego, czy też coś zupełnie nowego? Jak długo przyjdzie nam czekać na elektroniczny model przepływu danych w służbie zdrowia?

– Na Śląsku wdrażanie systemu elektronicznego opartego na rejestrze usług medycznych trwało 2,5 roku. Podobnie będzie wyglądało, jeśli chodzi o system ogólnopolski. Na samo dostarczenie ubezpieczonym kart potrzeba będzie co najmniej półtora roku. Proszę zwrócić uwagę, że najtrudniejszym elementem będzie dotarcie z kartą do każdego. Liczę, że w ciągu roku dostarczymy karty 85–90 procentom obywateli.

Jeśli wszystko pójdzie zgodnie z przygotowanym planem, to pod koniec bieżącego roku powinniśmy ogłosić przetargi, kontynuować przedsięwzięcie będziemy w roku 2008, by w połowie roku 2009 zakończyć wdrażanie zasadniczych elementów systemu.

– Czy będzie jakiś pilotaż, jakaś próba systemu?

– Wdrożenie systemu dla 5. milionów mieszkańców województwa śląskiego, co trudno nawet nazwać

pilotażem, dowiodło, że system sprawnie funkcjonuje. Oczywiście, od tamtego czasu upłynęło kilka lat, a w dziedzinie elektroniki i informatyki jest to dużo, trzeba więc będzie wprowadzać nowsze rozwiązania techniczne, ale zręby systemu, idea jego funkcjonowania pozostają niezmiennie. Podobne systemy już funkcjonują w Europie, i poza nią i nie ma co wymyślać jakichś superrewelacji, jako że lepsze często bywa wrogiem dobrego...

Zamierzamy zatem uruchamiać system tak szybko, jak to tylko będzie możliwe. Oznacza to, że mogłyby zacząć funkcjonować jego fragmenty, zanim gotowa będzie całość. To można potraktować jako rodzaj pilotażu.

– Recepta elektroniczna przez środowisko aptekarskie – o ile nam wiadomo – przyjmowana jest z nadzieją. Nieczytelne, błędnie wypełnione recepty odręczne to dla aptekarzy nie tylko dodatkowy trud, ale bardzo często – strata finansowa. A jak to widzą lekarze i aptekarze?

– Dopiero gdy rozpoczniemy wdrażanie tego rozwiązania i spotkamy się z realnością, można będzie miarodajnie odpowiedzieć na to pytanie: jak zareagują lekarze, a jak – aptekarze. To jeszcze przed nami. Staramy się konstruować systemy, które dawałyby coś nie tylko nam – NFZ-owi, ale żeby przede wszystkim dawały coś użytkownikom, do których są w pierwszym rzędzie adresowane.

Sama recepta elektroniczna to dla mnie – tak naprawdę – dopiero początek, nie koniec zmian. W oparciu o tak monitorowany system możemy skonstruować koordynowaną opiekę farmaceutyczną. Taki system wspomagałby lekarza. Przepisując lek wiedziałby, jakie inne specyfiki już zostały danemu pacjentowi zapisane przez poprzedników czy przez innych specjalistów. Pozwoliłoby to uniknąć na przykład interakcji jednego leku z drugim. Zdarza się, że na jednej recepcie znajdują się leki antagonistyczne. Recepta elektroniczna daje szansę wyłapania tego typu przypadków. Pojedynczy lekarz nie jest w stanie zapamiętać i prze-

▶ Wojewódzki jest wyrazem uznania dla całej grupy zawodowej śląskich aptekarzy.

Osobom i instytucjom zasłużonym w rozwoju środowiska i umacnianiu samorządności aptekarskiej przyznano Laury Śląskiej Izby Aptekarskiej. Odebrali je m.in.: profesor Waldemar Janiec –nauczyciel wielu pokoleń śląskich farmaceutów, Bolesław Piecha – sekretarz stanu w Ministerstwie Zdrowia i Andrzej Sośnierz – prezes NFZ.

Za usługi i pracę na rzecz środowiska aptekarskiego liczne grono członków samorządu otrzymało medale im. Aptekarza Edmunda Baranowskiego i inne wyróżnienia nadane przez Radę Śląskiej Izby Aptekarskiej.

Miejszem wydarzeń był „Szafarowy Dwór” w Czeladzi.

Przed południem odbyły się tutaj Śląskie Targi Farmaceutyczne – Wiosna 2007.

AKTUALNOŚCI WYBÓR Z KURIERANIA www.nia.org.pl

Nr 15– 2007

12 kwietnia

– w Rzeszowie odbył się XXI Zjazd Delegatów Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Na zaproszenie Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej w Zjeździe uczestniczył prezes NRA Andrzej Wróbel.

– odbyło się pierwsze czytanie poselskiego oraz rządowego projektów ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

11 kwietnia w siedzibie Agencji Oceny Technologii Medycznych odbyło się spotkanie Zespołu Ekspertckiego do spraw metodologii tworzenia Centralnej Bazy Świadczeń Opieki Zdrowotnej. Naczelną Radę Aptekarską reprezentowali Maria Głowniak i Andrzej Wróbel.

► widzieć wszystkich możliwych interakcji tysięcy leków znajdujących się w użytkowaniu. Takie wspomaganie lekarza, dzięki poszerzonej i natychmiastowej informacji o schorzeniach, jakie dany lek leczy, o możliwych interakcjach, o objawach i skutkach ubocznych, o konfiguracjach różnych zaordynowanych leków i możliwych tego efektach – które pojawiałyby się na ekranie komputera z adnotacją, że tak nie wolno postępować lub że „można to zapisać, ale należy wziąć pod uwagę takie, a takie czynniki...” – stanowiłoby istotne wsparcie zarówno dla lekarza, jak i aptekarza i oczywiście byłoby w interesie pacjenta.

Będzie możliwość wglądu przez aptekarza we wszystkie zaordynowane wcześniej leki. Przecież pacjent może mieć dwu i więcej lekarzy i każdy z nich ma prawo zapisać jakiś lek, a suma tych leków może okazać dla pacjenta albo szkodliwa, albo leki te nawzajem by się znosiły. System elektroniczny pozwala już w aptece dokonać korekty. Tu uzupełnieniem systemu byłyby swego rodzaju call-center, dokąd aptekarz i lekarz mogliby się odwołać z prośbą o konsultację danego przypadku. To jest to, o czym już wspominałem – wdrożenie elektronicznej recepty oznacza początek różnych pożytków, płynących z dostępu do rozszerzonej informacji on-line.

Chcę zwrócić uwagę na fakt, że jest to rozwiązanie przyjazne dla lekarza i aptekarza, jak i dla pacjenta. W przypadku aptekarza ten system ma jeszcze jeden wymiar – finansowy. Będzie bowiem ostrzegał przed wydawaniem niewłaściwych leków, przed realizacją niewłaściwej recepty itd. Ale żeby tego wszystkiego dokonać, potrzebny jest nam najpierw rejestr usług medycznych.

– **Czy podobne rozwiązania funkcjonują już w świecie?**

– Tak. W Stanach Zjednoczonych i w Kanadzie działają podobne systemy. Rozważa się ich wdrożenie w państwach europejskich. Polska, gdy szybko, do połowy 2009 r. zrealizuje ten program, znajdzie się w światowej czołówce. To nie ulega wątpliwości.

– **Czy system elektroniczny nie będzie stanowił zbyt dużego obciążenia finansowego dla aptekarzy? Przecież zmiana bazy technicznej dla informatyki będzie kosztować.**

– Nie. Apteki są skomputeryzowane, a czytnik recept nie powinien być droższy niż jakieś 200–300 złotych. Do tego dochodzi koszt oprogramowania, które przy tej skali przedsięwzięcia i rozłożeniu się na wiele podmiotów też powinno być dostępne dla każdego farmaceuty. Będzie to rząd kilkudziesięciu złotych. Koszt call-center to koszt połączenia telefonicznego i też „moim zdaniem, będzie do akceptacji przez środowisko.

– **Czy Narodowy Fundusz widzi możliwość roztaczania przez aptekę opieki farmaceutycznej i np. przypominanie telefoniczne lub poprzez sms, że kończy się lek (np. insulina). Czy usługi para-medyczne, jakie może świadczyć 25 tysięcy osób z wykształceniem farmaceutycznym, będą refundowane przez NFZ?**

– Ja to właśnie tak widzę jako jeden z elementów działalności wspomnianych call-centers. Ale mówimy o przyszłości, wprawdzie nie zbyt odległej, ale jeszcze nie do końca określonej. Zobaczymy, jak przebiegać będzie wdrażanie zmian, bowiem mogą tu pojawić się przeszkody, nie zawsze racjonalne... Zakończmy wdrażanie rejestru, po to między innymi, by dostrzec nowe jeszcze możliwości.

– **Czy możliwe będzie – właśnie dzięki informatyzacji obrotu lekami – przyspieszenie refundacji? Marzyłaby się refundacja on-line, ale gdyby była ona chociaż trochę częstsza...**

– Sądzę, że już niedługo właśnie dzięki wdrożeniom opisywanego systemu, będzie to możliwe. Może nawet raz na dobę. Na pewno do tego zmierzamy, ale jeszcze nie mogę podać konkretnych terminów.

– **Na zakończenie tej rozmowy, w trakcie której z pewnością nie**

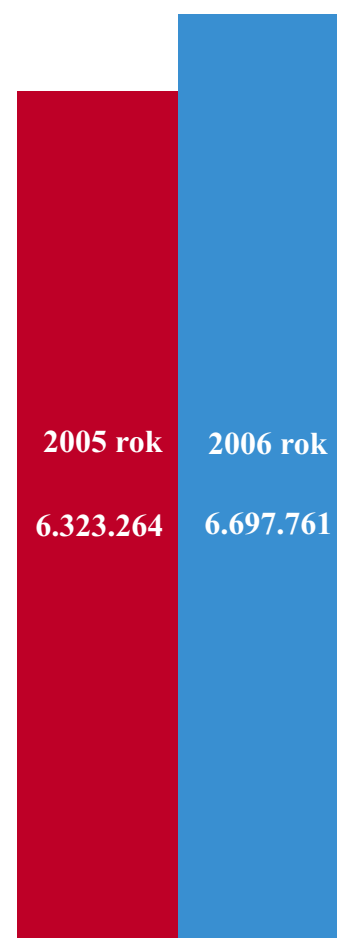
wyczerpaliśmy wszystkich wątków, chcielibyśmy zapytać, jak Pan Prezes widzi przyszłą współpracę Narodowego Funduszu Zdrowia z samorządem aptekarskim?

– Liczę na owocną współpracę przy wdrażaniu rejestru usług medycznych. Między NFZ a środowiskiem aptekarskim nie ma żadnych istotnych podziałów, a współpraca jest pożądana, mile widziana i osobiście zawsze jestem do niej gotowy.

– **Dziękujemy za rozmowę. ■**

Rozmawiali:
**Michał Grzegorzczak
i Jacek Świdziński**

**Koszty refundacji recept
(w tys. zł)**



dynamika 105,92%

(Na podstawie sprawozdania NFZ za rok 2006)

Z notatnika rzeczownika prasowego NRA

NRA swoje, a rząd swoje

Rząd wycofał się z proponowanej przez Naczelną Radę Aptekarską zmiany do Prawa Farmaceutycznego polegającej na proporcjonalnym rozmieszczaniu nowych aptek w zależności od liczby mieszkańców. Proponowane rozwiązanie miało na celu głównie obronę interesów pacjenta poprzez poprawienie poziomu usług świadczonych przez te placówki.

Obecne zapisy ustawy nadając nową rolę aptece sytuują tę placówkę nie tylko jako miejsce wydawania gotowych leków, ale również jako miejsce udzielenia pacjentowi lub jego pełnomocnikowi wyczerpujących informacji o nabywanych lekach otrzymywanych bez recepty oraz wydawanych bez recepty w połączeniu z lekami zapisanymi przez lekarza.

Sprostanie tym zadaniom zobowiązuje apteki do zatrudnienia odpowiedniej liczby fachowego personelu. Tylko apteka z obsadą o odpowiedniej liczbie farmaceutów i techników farmacji może rzetelnie realizować te zadania.

Niekontrolowany wzrost liczby aptek powoduje, iż są to często apteki zatrudniające minimalną ilość kadry niezbędnej do wykonywania zadań. Apteki takie nie są w stanie sprostać wymogom przewidzianym w obowiązujących przepisach oraz aby w czasie otwarcia apteki obecny był aptekarz. Przecięciem jest również gwarancją, iż apteka może realizować wszystkie recepty w każdej chwili, w tym również na środki psychotropowe, odurzające i bardzo silnie działające. Sam fakt nakładania na aptekę obowiązków, bez umożliwienia warunków sprzyjających ich realizacji, nie zabezpieczy interesów pacjenta i nie zagwarantuje odpowiedniego poziomu świadczonych usług farmaceutycznych.

Ponadto to lekarz decyduje, jaki lek zapisać pacjentowi. Aptekarz nie zawsze ma wpływ na dobór asortymentu wydawanego z apteki. Zgodnie z obowiązującymi przepisami pacjent ma być poinformowany, że dany lek ma tańszy odpowiednik, jeżeli taki istnieje. Będzie to możliwe tylko wtedy, gdy apteka nie będzie zagrożona finansowo, w przeciwnym przypadku nie będzie zainteresowana przekazywaniem takich informacji.

Jeżeli nastąpi zagrożenie finansowe, to:

- 1) apteka może odmówić zakupu drogiego leku, gdy będzie czekać na refundację,
- 2) zachwiane zostaną proporcje obrotu asortymentu, który prowadzony jest przez aptekę. Apteka będzie bardziej zainteresowana sprzedażą innych produktów niż leki. Czas oczekiwania dla chorego na niezbędny dla niego lek wydłuży się, gdy zainteresowany sprzedają, np. drogiego kremu, zajmie się obsługą zdrowego klienta,
- 3) apteka zminimalizuje liczbę personelu fachowego.

Biorąc pod uwagę powyższe argumenty, wiele krajów wprowadziło ograniczenia. Na przykład w Belgii, po złych doświadczeniach możliwości otwierania dowolnej liczby aptek, wprowadzono je po paru latach.

mgr farm. Maria Głowniak

APTEKI NIE STRACĄ NA BŁĘDACH W RECEPTACH

Właściciele aptek skutecznie walczą w sądach z Narodowym Funduszem Zdrowia o zakaz potrącania spornych kwot za refundację leków. Dla pojedynczej apteki to nawet kilkadziesiąt tysięcy złotych rocznie.

Jerzy Kazimierski z Gdańska, prowadzący aptekę Zdrowie Kolejarzy, wygrał sprawę dotyczącą systemu refundacji za leki. NFZ kontroluje sprzedaż leków refundowanych w aptekach, okresowo musi bowiem zwracać farmaceutom koszty refundacji. Nierzadko jednak urzędnicy odmawiają zwrotu części kwot, wskazując na błędy w receptach. W wypadku apteki Kazimierskiego recepty nie miały wszystkich wymaganych elementów (numeru PESEL, daty wystawienia, pieczętki lekarza itp.). Z tego powodu NFZ odmówił refundacji na ok. 18 tys. zł. Sporną kwotę chciał potrącić z bieżących środków na refundację. Apteka sprzeciwiła się temu i skierowała pozew do sądu. Obie instancje przyznały jej rację. Wyrok II instancji jest prawomocny (**sygn.VCa 715/07**).

– Cieszę się, że sądy uznały, iż ubezpieczonemu należą się refundowane leki niezależnie od tego, jak wystawiono receptę – podkreśla Kazimierski.

Rozporządzenie w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (DzU z 2002 r. nr 183, poz. 1531) nie pozwala odmówić wydania leku, gdy pacjent ma receptę z błędem. Uprawnienie pacjenta do kupna refundowanego leku nie powinno zależeć od błędów w receptce.

Z orzecznictwa w sprawie aptek wynika, że dla NFZ podstawą do odmowy refundacji powinien być dopiero wyrok sądowy.

Oprac. Rzeczpospolita, 4.05.2007

W gąszczu internetowych baz danych

Informacja o leku - część I

Informacja jest rzeczą najcenniejszą, decyduje o losach bitew i wojen. W przypadku leków decyduje o życiu pacjenta lub wyborze właściwej terapii. Dlatego umiejętność sprawnego posługiwania się bazami danych oraz internetem powinna być elementem pracy każdego farmaceuty.

Znaczny przyrost liczby publikacji naukowych oraz rejestracja nowych leków powoduje odczuwalny brak dostępności informacji, co staje się przeszkodą do szybkiego znalezienia odpowiednich danych związanych z problematyką prawidłowego stosowania leków. Prawdziwą sztuką stało się więc wyszukanie w „gąszczu” danych interesującej nas i potrzebnej w danym momencie informacji. Jest to jedną z przyczyn, że pracownicy służby zdrowia stosują produkt leczniczy lepiej promowany przez producenta lub kierują się ceną bądź innymi faktami, nie biorąc pod uwagę innych, istotnych kryteriów oceny leku. W celu poprawy trudnej sytuacji poszukującego danych o leku i poprawienia dostępności łatwej do wyszukania informacji stworzono internetowe ośrodki informacji o leku, które starają się kumulować wszystkie znane źródła informacji tj. książki, czasopisma, komputerowe bazy danych i na tej podstawie udzielać odpowiedzi na zadawane przez pracowników służby zdrowia i pacjentów pytania. **Informacja o leku jest jednym z elementów szeroko rozumianej „opieki farmaceutycznej” i w niektórych krajach (USA) jest obowiązkowym elementem w szkoleniu ciągłym farmaceutów.** Ogólnie informacja naukowa oparta jest na trzech rodzajach źródeł:

- zasoby pierwszorzędne – są to dane oryginalne, zazwyczaj badania

naukowe opublikowane w czasopiśmie naukowych.

Zasoby pierwszorzędowe (pierwotne) stanowią podstawę w hierarchii literatury naukowej i stanowią źródło informacji dla rozwoju drugo- i trzeciorzędowych zasobów. Przez piśmiennictwo pierwszorzędowe określamy oryginalne publikacje zawierające badania naukowe, szczegóły badań, metodologię oraz wyniki.

- zasoby drugorzędne – stanowią bazy zestawień indeksów lub streszczeń (abstraktów) prowadzących bezpośrednio do podstawowej literatury.

Praktycznie zasoby drugorzędowe są dostępne w formie CD-ROM jak i on-line. Każda z tych baz może być ukierunkowana na inny zakres tematyczny np. Medlinedotycki nauk biochemicznych, Toxline toksykologii. Najbardziej znane to: Medline, Embase, PubMed, International Pharmacy Abstracts, Current Contents.

- zasoby trzeciorzędne – są to skondensowane, kompaktowe formy zawierające dużą liczbę ogólnych informacji i objaśnień, wystarczająco szczegółowych do wymaganych potrzeb; są to książki, encyklopedie, prace przeglądowe, także w formie elektronicznej.

Do takich baz referencyjnych w zakresie leków należą Physician's Desk Reference (PDR) Martin-

dale: The Complete Drug Reference, DrugDex, Merck Index i inne. W Polsce do takich źródeł możemy zaliczyć Pharmindex czy „Leki współczesnej terapii”. Niektóre z tych baz wydawane są w formie książkowej jak i na CD, ale do niektórych z nich jest dostęp online.

Dlatego w tym artykule chciałbym się głównie odnieść do ogólnie dostępnych źródeł informacji w internecie. Wpisanie prostego słowa „leki” do przeglądarki Google daje nam na polskich stronach internetowych 1290000 odpowiedzi, co może natychmiast zniechęcać do dalszych poszukiwań. Poszukując profesjonalnej informacji myślę, że można pominąć portale zawierające informacje o lekach podane w przystępny sposób takie jak np. „Internetowa encyklopedia leków” www.leki.med.pl zawierające informacje dla pacjentów. Do źródeł godnych polecenia można zaliczyć: informator o rynku farmaceutycznym w Polsce „Lekrama” www.karnet.waw.pl. Jest to baza o charakterze komercyjnym. Dostarcza informacji o produktach, wykazie nowości ostatnio wprowadzonych na polski rynek, podaje rejestr producentów oraz dostawców. Dane o poszukiwanym leku oparte są na farmaceutycznej bazie danych BAZYL i dotyczą informacji o cha-

rakterze czysto handlowym, takich jak: nazwa międzynarodowa, dawka, postać, producent, dane legalizacji produktu, odpłatność i kody produktów.

Szerszy zakres informacji uzyskamy w Pharmindeksie, który jest również dostępny w Internecie. Dostęp do Pharmindeksu możemy uzyskać na stronie internetowej CMP Medica Poland Sp z o.o. pod adresem **www.pharmindex.pl**. Jednak dostęp do bazy leków wymaga rejestracji oraz ustalenie loginu i hasła, co nie jest zbyt uciążliwe. Po uzyskaniu dostępu możemy wyszukiwać spośród 3000. leków dostępnych w bazie z nazw międzynarodowych, nazw handlowych, kodu ATC czy z początkowych liter nazwy leku. W zakładce **Nowe rejestracje** możemy odszukać niedawno zarejestrowane leki. W monografii wybranego leku możemy odnaleźć następujące informacje: skład, działanie, wskazania, przeciwwskazania środki ostrożności, działanie niepożądane, interakcje, dawkowanie oraz rodzaj odpłatności.

Dostęp do Pharmindeksu możemy również uzyskać z portalu medycznego **Esculap: www.esculap.pl** po uprzedniej rejestracji, a następnie z zakładki **Leki** możemy wybrać Pharmindex i dalej postępować, jak poprzednio opisałem.

Medycyna Praktyczna to portal dla lekarzy, a dostęp do bazy o lekach uzyskamy po zalogowaniu na stronie **www.mp.pl**. Następnie wybieramy kolejne zakładki **Katalog** → **Bazy** → **Indeks leków** → **preparaty A-Z** i możemy wybierać leki z nazwy handlowej. Jednocześnie pokazuje się tabela, zawierająca wszystkie preparaty zawierające wybrany składnik, jego formy, dawki, producenta oraz, co jest niezwykle ciekawe, ceny i cenę po refundacji, co pozwala w przybliżeniu ocenić koszt terapii. W zakładce **zobacz opis** uzyskamy monografię z informacjami o leku w tradycyjnej formie, podobnie jak w Pharmindeksie. Należy również pamiętać o możliwości dokupienia pakietu zawierającego Pharmindex do programu **KS-Apteka** firmy **Kamsoft**, gdzie dane w Pharmindeksie są aktualizowane co kwartał.

Dobrze znane „Leki współczesnej terapii” jeszcze do niedawna były

bezpłatnie dostępne w ramach portalu **Clinika**, po uprzednim zalogowaniu się na stronie medycznej platformy internetowej **www.clinika.pl/**. Podobnie jak w wersji książkowej, możemy poszukiwać leków posługując się nazwą handlową lub międzynarodową. Natomiast dane o leku są skonstruowane podobnie jak w wersji książkowej. Wersja internetowa dostarcza dodatkowo informacje o nazwie handlowej leku, postaci, dawce, wielkości opakowania, rodzaju recepty i odpłatności, producencie oraz kraju pochodzenia leku. Obecnie brak jest dostępu ze względu na rekonstrukcję strony.

Informacje o niektórych lekach podają niektóre firmy farmaceutyczne, a możemy je znaleźć wykorzystując przeglądarkę Google wpisując „**informacja o leku**” plus nazwę leku i wybierając pliki w formacie PDF.

Profesjonalną informację o niektórych lekach możemy znaleźć na stronach Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych **www.urpl.gov.pl**. Po wejściu na stronę urzędu wchodzimy w zakładkę „**Biuletyny i Wykazy**”, a następnie w **Charakterystyki Produktów**

Leczniczych i odnajdujemy poszukiwany lek. Leki są uporządkowane alfabetycznie według nazw międzynarodowych. Zaznaczając odpowiedni lek „wchodzimy” w charakterystykę produktu leczniczego przygotowywaną przez producenta leku. Należy jednak pamiętać, że dokumenty są przygotowane w formacie PDF i dlatego powinniśmy mieć zainstalowany program **Adobe Reader**, który jest bezpłatnie dostępny w Internecie.

Innym łatwo dostępnym źródłem informacji o lekach mogą być strony producentów leków, na których należy odnaleźć zakładkę „**Produkty**”, a następnie odnaleźć poszukiwany lek. Producenta możemy wyszukać z opisanej wcześniej bazy „**Lekrama**”.

Fachową informację dotyczącą niektórych leków możemy również uzyskać w **Cochrane Library**. Dzięki decyzji Ministerstwa Zdrowia od 1 stycznia 2007 r. można z niej korzystać bezpłatnie w ramach narodowego dostępu, z komputerów domowych i firmowych. Przedtem należy zarejestrować się na stronie internetowej Agencji Oceny Technologii Medycznych **www.aotm.gov.pl/login/baza**. Szczegółowa instruk-



Fot. Tomasz Baj

Prosty schemat postępowania w wyszukiwaniu leków

Adres internetowy	Logowanie + hasło	Krok 1	Krok 2	Krok 3
http://www.karnet.waw.pl	Nie	Przeglądarka	Wyszukiwarka	Wpisz nazwę leku
http://www.pharmindex.pl	Tak	Baza Leków	Leki	Wpisz nazwę leku
http://www.esculap.pl	Tak	Leki	Logowanie	Pharmindex
http://www.mp.pl	Tak	Katalog	Bazy	Wpisz nazwę leku
http://www.urpl.gov.pl	Nie	Biuletyny i Wykazy	Charakterystyki produktów leczniczych	Charakterystyki produktów leczniczych

cja procesu rejestracji i korzystania bazy znajduje się pod tym właśnie adresem.

Cochrane Library nie zawiera monografii leków, natomiast zawiera krytyczne analizy i przeglądy znaczących prób klinicznych leków z różnych specjalności medycznych oraz rejestry metaanaliz, protokołów klinicznych, zestawienie najbardziej wartościowych publikacji przeglądowych i komentarzy wybitnych specjalistów z różnych dziedzin medycyny.

Jak widać, połączenie z internetem daje nam duże możliwości w zakresie poszukiwania informacji o lekach. Jednak sprawne poruszanie się po witrynach medycznych wymaga pewnej wprawy i treningu. Ponadto musimy sobie zdawać sprawę, że dostęp do wielu z baz wymaga uprzedniego zalogowania* się, czyli wypełnienia odpowiedniego kwestionariusza i udostępnienia swoich danych osobowych. Profesjonalne bazy danych wymagają często wy-

kupienia subskrypcji bądź zapłaty kartą kredytową za wybrane przez nas informacje. Podane w tym artykule adresy witryn internetowych są bezpłatne, ale ponieważ internet jest strukturą dynamiczną, może się zdarzyć, że w momencie opublikowania artykułu do niektórych z nich dostęp może być ograniczony. Jednak nie należy się tym zniechęcać, gdyż w miejsce takich baz na pewno pojawiają się nowe. Dlatego zachęcam do „surfowania” po internecie, gdyż mimo początkowych trudności umiejętność ta i tak stanie się koniecznością dla każdego farmaceuty.

Myślę, że w kolejnym artykule będę mógł scharakteryzować dostępne bazy danych w języku angielskim. ■

dr hab. n. farm.

Andrzej Stańczak
profesor Uniwersytetu
Medycznego w Łodzi
Zakład Farmacji Szpitalnej
Katedra Biofarmacji



Fot. archiwum

* Wejście do sieciowego systemu operacyjnego. Logowanie zazwyczaj polega na podaniu nazwy użytkownika i hasła celem identyfikacji. Hasło powinno być tajne, natomiast nazwa użytkownika może być jawna.

Apteka „Zdrowie” w Szczecinie bez barier

Po raz piąty rozdano nagrody w Konkursie „Apteka Bez Barier”. Celem konkursu jest ułatwienie osobom niepełnosprawnym i starszym korzystania z usług aptek poprzez likwidację barier architektonicznych.

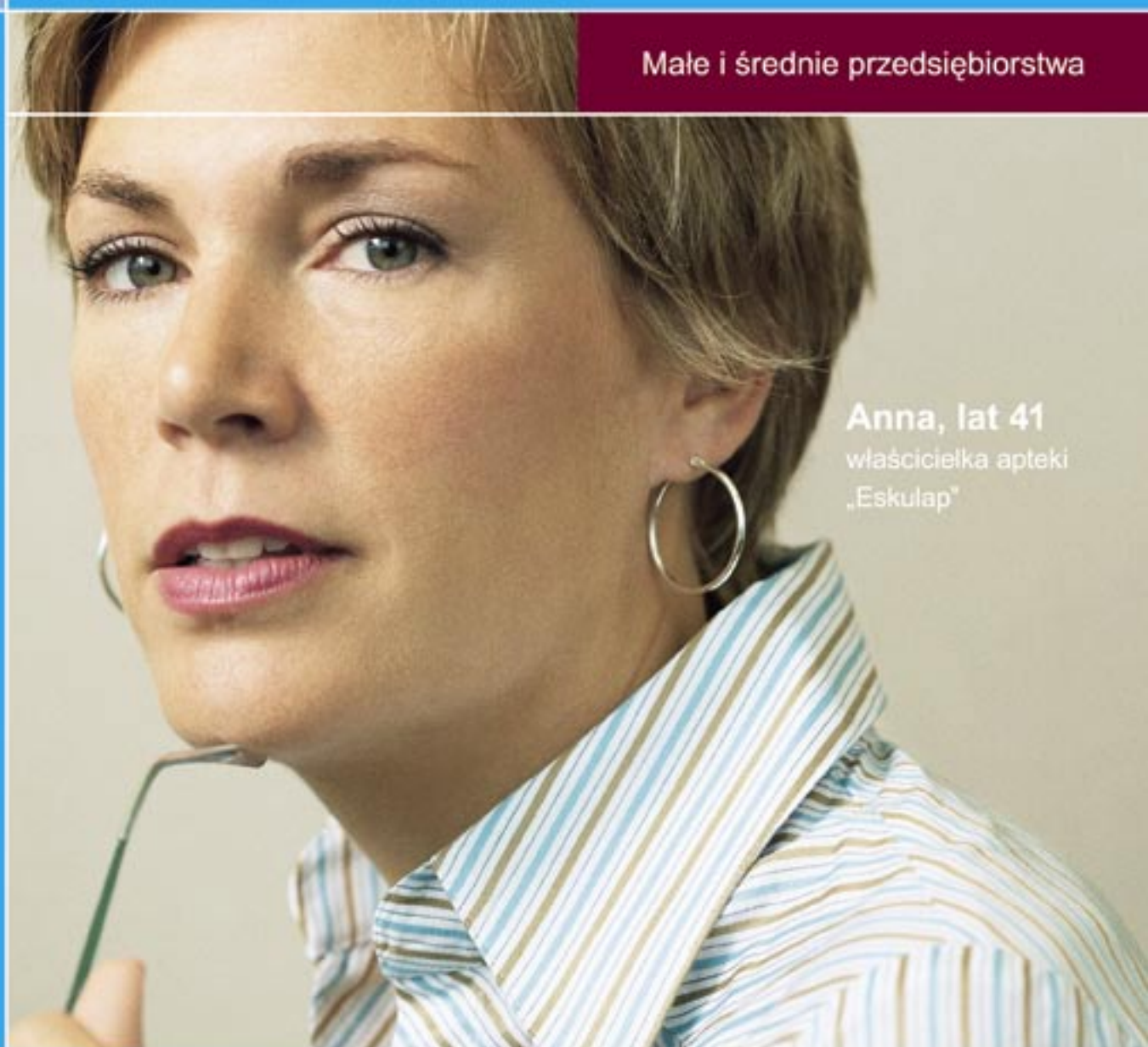
W tym roku w konkursie zwyciężyła apteka „Zdrowie” w Szczecinie, której kierownik mgr farm. Anna Spychała została ponadto wyróżniona tytułem Aptekarza Bez Barier, przyznawanym osobie wykazującej szczególne zrozumienie dla potrzeb osób niepełnosprawnych. Ponadto przyznano trzy równorzędne wyróżnienia aptekom: „Prywatnej” w Kraśniku, „Centrum” w Chojnicach oraz aptecę „Nova 1” w Hawie.

Organizatorem konkursu, który odbywa się pod honorowym patronatem Naczelnej Izby Aptekarskiej, Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego i Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych, jest Stowarzyszenie Przeciwności Integracji oraz firma Torfarm SA.

Kompleksowe ubezpieczenie
– od majątku apteki po odpowiedzialność farmaceuty.

Małe i średnie przedsiębiorstwa

PZU APTEKA



Anna, lat 41
właścicielka apteki
„Eskulap”

Kto jest odpowiedzialny za bezpieczeństwo w Twojej aptece?

Hmmm... Nikt Ci nie przychodzi do głowy? No tak, to w końcu Ty, jako właściciel apteki, czujesz się odpowiedzialny za zdrowie swoich klientów, a jako przedsiębiorca doskonale zdajesz sobie sprawę, że w aptece – tak jak w każdym innym miejscu – może zdarzyć się pożar, kradzież czy zalanie. Nie wszystko jednak da się przewidzieć... Dlatego stworzyliśmy antidotum na wszelki wypadek, jaki może przydarzyć się w Twojej aptece. PZU Apteka to kompleksowe ubezpieczenie majątku apteki i odpowiedzialności cywilnej farmaceuty, które doskonale radzi sobie z ciężarem ryzyka, na jakie narażona jest Twoja firma. Przekonaj się, jak korzystne może być dobre ubezpieczenie.



PZU SA

Receptę na bezpieczny biznes otrzymasz pod numerem:

0 801 102 102 www.pzu.pl

(koszt jak za połączenie lokalne)

Marzec zwiastuje zmiany na rynku aptecznym



Wprowadzenie nowych list refundacyjnych 1 marca 2007 roku zgodnie z przewidywaniami analityków rynku farmaceutycznego znalazło swoje odzwierciedlenie w liczbach. W marcu po raz pierwszy od roku 2000 udział refundacji w całkowitym obrocie aptecznym spadł poniżej 30%.

Istota tego wskaźnika polega na tym, iż pozwala on z dużym prawdopodobieństwem zakładać znaczące zmniejszenie wydatków refundacyjnych z budżetu państwa w szczególności, ponieważ tak znaczący spadek udziału refundacji pojawił się już w pierwszym miesiącu po wprowadzeniu wykazów.

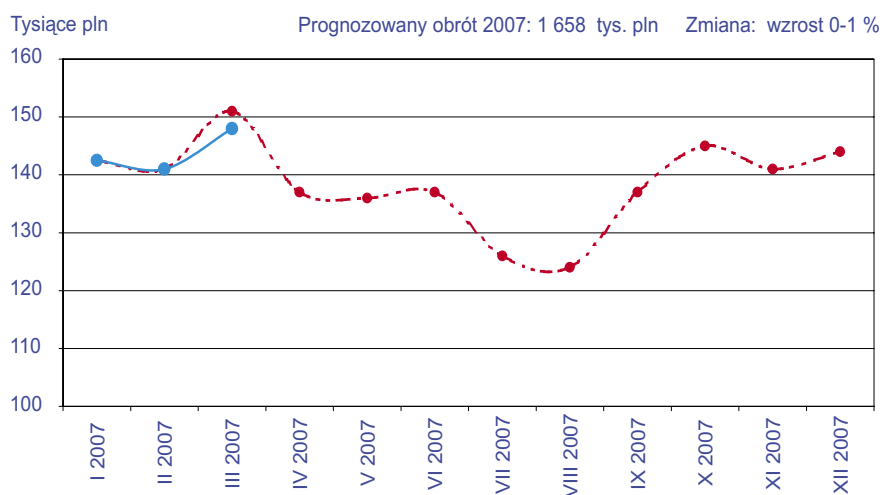
Według obliczeń analityków PharmaExpert, w ciągu roku 2007 udział refundacji w całkowitym obrocie aptecznym wyniesie 30,6%, co będzie stanowiło spadek o 6,7% w stosunku do roku uprzedniego (w roku 2006 udział refundacji wynosił 32,8%). Zmiany na listach spowodują jeszcze większy spadek sprzedaży refundowanej, który szacowany jest na 8,3% co z pewnością spowoduje, przy braku spadku wartości obrotów, wzrost odpłatności pacjentów.

W marcu średnia cena statystycznego leku wyniosła około 13,45 PLN. Średni obrót apteki wynosił około 148.000 PLN, a średnia wartość jednej transakcji w przeciętnej aptece wyniosła około 16,81 PLN. Przeciętna apteka dokonała 8559 transakcji, a odwiedziło ją około 3970 klientów.

Analitycy, w oparciu o wyniki miesiąca marca, przeprowadzili badanie, którego celem było wyliczenie obrotów generowanych przez pacjentów odwiedzających apteki w poszczególnych dniach tygodnia.

Wykres obrazuje, iż największe obroty generowane są w poniedziałki oraz w piątki. Poniedziałek jest generalnie dniem, kiedy duża liczba pacjentów odwiedza lekarzy pierwszego kontaktu skutkiem zachorowań, które zdarzyły się podczas weekendu

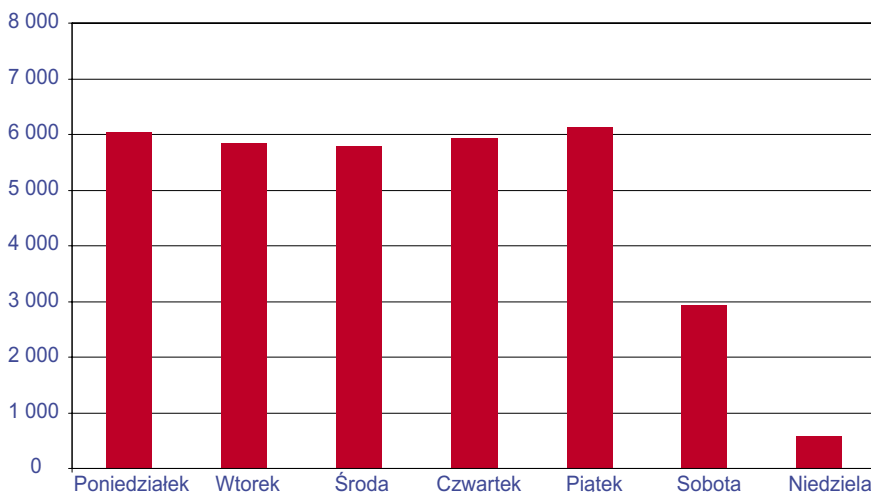
Prognoza miesięcznych obrotów statystycznej apteki



du i realizuje przepisane im recepty. Piątek z kolei to dzień, kiedy chcemy zrobić zakupy, również leków, z których korzystamy przewlekle, aby nie zabrakło ich na weekend, kiedy część aptek pracuje krócej lub jest zamknięta i chcemy uniknąć poszukiwania placówek dyżurnych.

Kilka słów na temat pozostałej części bieżącego roku. Na podstawie danych o wieloletniej strukturze sprzedaży aptecznej oraz najświeższych informacji rynkowych, możemy stwierdzić, że na recepty refundowane zostanie przeprowadzone około 26,92% transakcji, 19,32% na

Wielkość obrotu statystycznej apteki w poszczególnych dniach marca



recepty pełnopłatne, a około 53,74% transakcji przeprowadzonych będzie w sprzedaży odręcznej. Z kolei wartość sprzedaży na recepty refundowane wyniesie w 2007 roku 50,97% wszystkich transakcji, 20,06% wartości transakcji stanowiąc będą recepty pełnopłatne, a wartość sprzedaży odręcznej wyniesie około 28,84% wartości całkowitego obrotu. Szacunkowy obrót statystycznej apteki osiągnie około 1.658 tys. PLN.

Piotr Kula
Prezes PharmaExpert

Program edukacyjny



Europejskie Stowarzyszenie Promocji Zdrowia „Pro-Salutem” podjęło się organizacji cyklu kursów kształcenia ustawicznego „Plagi XXI wieku”. Partnerem przedsięwzięcia jest Naczelna Izba Aptekarska.

W dniach 14-17 czerwca 2007 roku odbędzie się w Warszawie konferencja naukowa inaugurująca ogólnopolski trzyletni program edukacyjny, którego celem jest umożliwienie farmaceutom poznania najnowszej wiedzy związanej z chorobami cywilizacyjnymi.

Pracami komitetu programowego konferencji kieruje prof. dr hab. n. med. Michał Karasek.

Podczas konferencji przedstawiona będzie m.in. tematyka dotycząca:

- chorób układu krążenia,
- chorób nowotworowych,
- cukrzyca i otyłość,
- niepłodności.

Udział w konferencji umożliwi zdobycie farmaceutom 12. punktów edukacyjnych. Szczegółowe informacje i formularze zgłoszeniowe są dostępne pod adresem:

www.pro-salutem.org.pl

(zs)



KRAKÓW 2007

KOMUNIKAT SPECJALNY

W związku z dużym zainteresowaniem koleżanek i kolegów udziałem w tegorocznej III Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów w Krakowie decyzją przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego okres promocyjnych opłat za uczestnictwo w Konferencji został przedłużony do 30 czerwca 2007 roku.

Uczestnik	Cena przy zgłoszeniu i wpłacie pełnej kwoty do 30.06.2007 roku	Cena przy zgłoszeniu i wpłacie pełnej kwoty od 1.07.2007 roku
Aptekarz	350 ,-	400 ,-
Student	150 ,-	200 ,-
Osoba towarzysząca	150 ,-	200 ,-

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

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”.

Szczegółowe informacje o konferencji (w tym formularze zgłoszeniowe) są dostępne na stronie internetowej www.nia.org.pl lub www.salusint.com.pl.

Przewodniczący Komitetu Organizacyjnego
Andrzej Wróbel
Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Światowy Kongres Farmacji i Nauk Farmaceutycznych

Od 31 sierpnia do 6 września 2007 roku stolica Chin uzyska tymczasowy status stolicy światowej farmacji. Na miejsce 67. kongresu Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP) wybrano Pekin.

From Anecdote to Evidence: Pharmacists Helping Patients Make the Best Use of Medicines – tak brzmi podstawowa teza kongresu. Czy ta śmiała teza napawająca optymizmem nie jest na wyrost? Już przed startem budzi emocje i wywołuje napięcie. Wszakże jest jeszcze tyle schorzeń, na które nie znaleziono remedium. Co obiecują ludzkości uczeni farmaceutów?

Bardzo bogaty program spotkania robi wrażenie. Wydaje się, że nic, co dotyczy farmacji, nie zostanie pominięte w trakcie debat tego światowego forum farmaceutów. (zs)



www.fip.org/beijing2007

Informacje o kongresie:
P.O. Box 84200
NL-2508 AE The Hague
The Netherlands
Tel.: (+31) (0) 70 302 1982
Fax: (+31) (0) 70 302 1998
E-mail: congress@fip.org

Saksoński Dzień Aptekarza



Znajome problemy niemieckich aptekarzy

W dniach 21-22 kwietnia 2007 r. odbywał się w Chemnitz Piąty Saksoński Dzień Aptekarza połączony z Kongresem Farmaceutycznym. Uczestniczyłem w tym spotkaniu reprezentując Naczelną Izbę Aptekarską.

Programowe wystąpienie prezesa Saksońskiej Izby Aptekarskiej, Friedemanna Schmidta, skupiało się na dwóch zagadnieniach: utrzymanie w Niemczech sztywnych cen urzędowych na leki refundowane oraz utrzymanie możliwości posiadania aptek wyłącznie przez aptekarzy. Ostatni rok – stwierdził prezes Schmidt – dostarczył wielu nowych doświadczeń, których większość niemieckich aptekarzy zdecydowanie wolałaby uniknąć.

Niemiecki rynek apteczny uległ istotnym zmianom w ciągu ostatnich kilku lat. Dawniej obowiązywały sztywne ceny urzędowe na wszystkie leki w aptece, a aptekę mógł posiadać tylko aptekarz (lub spółka aptekarzy). Każdy aptekarz mógł mieć tylko jedną aptekę. Obecnie jeden aptekarz może posiadać do czterech aptek (jedną aptekę główną i trzy filie), a sztywne ceny urzędowe obowiązują wyłącznie na leki refundowane. Od roku 2004 obowiązuje też nowy sposób obliczania marży aptecznej – składa się ona z opłaty stałej, niezależnej od ceny leku (8,10 € lub 6,10 € w zależności od rodzaju kasy chorych) oraz 3% marży liczonej od ceny hurtowej netto leku. Od kwietnia tego roku jedna z kas chorych wynegocjowała dodatkową obniżkę opłaty stałej o 0,30 €. Mimo wszystko sytuacja niemieckich aptekarzy jest pod tym względem o wiele lepsza niż w Polsce. Na podstawie obliczeń przeprowadzonych w ramach prac Komisji Ekonomicznej Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej można określić, że średnia marża realizowana

w przeciętnej polskiej aptece na jednym opakowaniu leku refundowanego wynosi ok. 5,00 zł (obliczenia uwzględniają rabaty od hurtowni). Widać więc, że w niemieckich aptekach realizowana jest wielokrotnie wyższa marża na lekach refundowanych w porównaniu z polskimi aptekami.

Pani Monika Koch, prezes Saksońskiego Związku Aptekarzy, mówiła na temat reformy systemu ochrony zdrowia w Niemczech. Opisała swoje zaangażowanie w obronę aptek rodzinnych w Niemczech. Model apteki rodzinnej jest rozwiązaniem na przyszłość, a nie systemem przestarzałym – podsumowała pani Koch.

Niemieccy aptekarze mają to szczęście, że przedstawiciele głównych partii politycznych podzielają ich poglądy. Wszelkie próby zniesienia wymogu posiadania aptek wyłącznie przez aptekarzy oraz wprowadzenia cen maksymalnych na leki refundowane były jak dotąd skutecznie odrzucane w Bundestagu. Jednak zarówno niemieccy aptekarze, jak i politycy popierający apteki rodzinne najbardziej obawiają się obecnie

wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Holenderska spółka DocMorris prowadząca dużą aptekę internetową chce utworzyć sieć aptek w Niemczech. Powołuje się ona na nadrzędność prawa unijnego dotyczącego swobody otwierania filii na terenie innego państwa członkowskiego Unii Europejskiej, niezależnie od przepisów prawa obowiązujących w danym kraju.

Spółka DocMorris wygrała już jeden proces z Niemiecką Izbą Aptekarską przed Europejskim Trybunałem Sprawiedliwości. Było to w roku 2003 i dotyczyło wysyłkowej sprzedaży leków z Holandii do Niemiec. Wówczas ETS stwierdził, że zgodnie z art. 28 oraz art. 30 Traktatu Europejskiego dotyczącymi swobody przepływu towarów między poszczególnymi krajami Unii Europejskiej, dozwolona jest wysyłkowa sprzedaż leków bez recepty zamówionych w Niemczech przez Internet i następnie wysyłanych z Holandii do Niemiec. Prawdopodobnie wyrok ten przyczynił się w znacznym stopniu do zezwolenia przez Bundestag prowadzenia w Niemczech aptek internetowych od pierwszego stycznia 2004r. Niestety, w Niemczech dozwolona jest sprzedaż przez Internet również le-

ków wydawanych z przepisu lekarza. Jednak przedstawiciele Niemieckiej Izby Aptekarskiej wskazują, że dotychczasowe doświadczenia związane z wysyłkową sprzedażą leków dostarczają bardzo dużej liczby dowodów stale zwiększającej się liczby fałszerstw leków



dla tej drogi dystrybucji leków. Liczba łatwo dostępnych przez Internet wnikliwych opracowań na ten temat stale rośnie i szkoda, że nasi posłowie uchwalający nowelizację ustawy Prawo farmaceutyczne nie wykazywali zbytniego zainteresowania tym problemem.

Niekorzystny wyrok ETS w sprawie tworzenie filii aptek w Niemczech przez zagraniczne spółki prawa handlowego spowodowałby, że wkrótce skala problemów niemieckich aptekarzy szybko zbliżyłaby się do tego, co się dzieje obecnie w Polsce. W Niemczech liczba aptek w ciągu ostatnich dziesięciu lat wzrosła w minimalnym stopniu. W części wschodniej – w wielu większych miastach – liczba mieszkańców przypadających na jedną aptekę przekracza 4000, a w części zachodniej przekracza 3700. Dla porównania: w wielu miastach na Dolnym Śląsku liczba mieszkańców przypadających na jedną aptekę tylko nieznacznie przekracza 2000, a stale zwiększa się też liczba miast, w których jest poniżej 2000 mieszkańców na jedną aptekę. W bezpośrednich rozmowach

z przedstawicielami Niemieckiej Izby Aptekarskiej oraz niemieckimi aptekarzami można wyczuć ogromne zaniepokojenie wynikiem procesu przed ETS. Słyszyc się przypuszczenia, że chociaż proces może się ciągnąć nawet 2-3 lata, to jednak możliwe jest, że wyrok zostanie ogłoszony już na początku przyszłego roku. Wielu specjalistów ocenia, że w przypadku niekorzystnego wyroku liczba aptek w Niemczech będzie w ciągu najbliższych lat szybko rosła. Niekorzystny wyrok ETS miałby też ogromny wpływ na całe aptekarstwo europejskie, ponieważ umożliwiłaby tworzenie sieci aptecznych we wszystkich krajach Unii Europejskiej.

Niezależnie od wyroku ETS można zauważyć w Niemczech stale nasilające się kampanie marketingowe prowadzone przez apteki. Obowiązujące sztywne ceny na leki refundowane w pewnym stopniu jeszcze stabilizują sytuację, ale prześciganie się w udzielaniu rabatów na pozostałe leki oraz coraz wymyślniejsze prezenty dla pacjentów bardzo niepokoją wielu aptekarzy. Na dużych targach farmaceutycznych odbywających się

w Niemczech liczba wystawców specjalizujących się w produkcji prezentów dla pacjentów aptek stanowi bardzo znaczny procent ogólnej liczby wystawców. Niestety, to sami aptekarze (przypominam, że obecnie aptekę w Niemczech może posiadać tylko aptekarz) nakręcają tę spiralę promocji.

Obecnie ogromne problemy wielu polskich aptekarzy wydają się być dla znacznej liczby saksońskich aptekarzy dość egzotyczne. Jednak zdają sobie oni coraz bardziej sprawę, że – ze względu na prawo unijne – również oni mogą wkrótce stanąć przed analogicznymi problemami. Istnieje duże prawdopodobieństwo, że w ciągu kolejnych lat nastąpi znaczna liberalizacja niemieckiego rynku aptecznego. Dlatego coraz większego znaczenia nabiera możliwość wymiany poglądów oraz doświadczeń również między aptekarzami i przedstawicielami izb aptekarskich z krajów sąsiednich – Polski, Niemiec i Czech.

mgr farm. Piotr Bohater
Przewodniczący Komisji
Ekonomicznej DIA

MAJ
26
Dzień Matki

„Wiersz na Dzień Matki”

*W zielonych oczach Matki
Świeci wiosenna ląka.
Słońce na drzewach śpiewa
i budzi kwiaty w pąkach.*

*W niebieskich oczach Matki
szepcze kwitnący strumień.
Tak opowiadać bajki
to tylko Mama umie.*

*W błękitnych oczach Matki
pogodne niebo fruwa.
Kiedy zasypiasz – Matka
jak gwiazda nad snem czuwa.*

*A w czarnych oczach Matki
noc od samego świtu
okrywa cię skrzydłami
ze srebra i błękitu.*

T. Kubiak



Zmiany w zakresie zasad wygaśnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie zmian – wprowadzonych nowelizacją Prawa farmaceutycznego z 30 marca 2007 roku – jakie zaszły w przepisach dotyczących wygaśnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej. Przypomnijmy, że udzielenie, odmowa udzielenia, zmiana, cofnięcie lub stwierdzenie wygaśnięcia zezwolenia na prowadzenie takiej apteki leży w gestii wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

Zgodnie z dotychczasowym brzmieniem art. 104 Prawa farmaceutycznego zezwolenie na prowadzenie apteki wygasa w przypadku:

1. śmierci osoby, na rzecz której zostało wydane zezwolenie, jeżeli zezwolenie zostało wydane na rzecz podmiotu będącego osobą fizyczną;
2. rezygnacji z prowadzonej działalności;
3. likwidacji osoby prawnej, o ile odrębne przepisy nie stanowią inaczej.

Dodajmy, że stwierdzenie wygaśnięcia zezwolenia następuje w drodze decyzji organu, który ją wydał (właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego).

W wyniku uchwalonej nowelizacji przywołaną wyżej treść art. 104 uzupełniono poprzez dodanie dwóch nowych ustępów (1a i 1b) w następującym brzmieniu:

„1a. Zezwolenie na prowadzenie apteki nie wygasa w przypadku śmierci osoby fizycznej, jeżeli chociażby jeden z jej następców prawnych spełnia wymagania, o których mowa w art. 99 ust. 3-4b i art. 101 pkt 2-4.

1b. Następca prawny, o którym mowa w ust. 1a, prowadzący aptekę jest obowiązany wystąpić do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o dokonanie zmian w zezwoleniu w zakresie określenia podmiotu, na rzecz którego zostało wydane,

w terminie 6. miesięcy od dnia śmierci osoby fizycznej, o której mowa w ust. 1a.”

Podkreślmy, iż z dniem 1 maja br. powyższe zmiany weszły w życie. W związku z tym należy zastanowić się, jakie konkretnie wymagania winien spełniać następca prawny, o którym wspomina ustawodawca w cytowanym wcześniej ust. 1a art. 104. Realizacja tak określonego zadania wymaga odwołania się do przepisów zawartych w art. 99 ust. 3-4b i art. 101 pkt 2-4 Prawa farmaceutycznego.

Otóż, zgodnie z treścią art. 99 ust 4-4b prawo do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki posiada osoba fizyczna, osoba prawna oraz niemająca osobowości prawnej spółka prawa handlowego. Co do zasady, podmiot prowadzący aptekę jest obowiązany zatrudnić osobę odpowiedzialną za prowadzenie apteki (kierownik apteki), dającą rękojmię należytego prowadzenia apteki. W świetle obowiązujących przepisów kierownikiem apteki może być farmaceuta, który nie przekroczył 65. roku życia i ma co najmniej 5-letni staż pracy w aptece lub 3-letni staż pracy w aptece, w przypadku, gdy posiada specjalizację z zakresu farmacji aptecznej. W przypadku gdy występującym o zezwolenie na prowadzenie apteki jest lekarz lub lekarz dentyista, zezwolenie wydaje

się, jeżeli występujący przedstawi oświadczenie o niewykonywaniu zawodu lekarza. Spełnienie przez następcę prawnego tych wymagań wydaje się oczywiste i jako takie nie budzi problemów interpretacyjnych.

Natomiast problemy takie mogą powstać w związku z treścią art. 99 ust. 3, zgodnie z którym zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej **nie wydaje się**, jeżeli podmiot ubiegający się o zezwolenie:

1. prowadzi lub wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na prowadzenie obrotu hurtowego produktami leczniczymi lub
2. prowadzi na terenie województwa więcej niż 1 % aptek ogólnodostępnych albo podmioty przez niego kontrolowane w sposób bezpośredni lub pośredni, w szczególności podmioty zależne w rozumieniu przepisów o ochronie konkurencji i konsumentów, prowadzą łącznie więcej niż 1 % aptek na terenie województwa;
3. jest członkiem grupy kapitałowej w rozumieniu ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, której członkowie prowadzą na terenie województwa więcej niż 1 % aptek ogólnodostępnych. Pod pojęciem grupy kapitałowej należy rozumieć wszystkich przedsiębiorców, którzy są kontrolowani w sposób bezpośredni lub pośredni przez jednego przedsiębiorcę, w tym również tego przedsiębiorcę.

Zauważmy, że spełnienie wymagań określonych w powyższym ustępie oznacza np. prowadzenie obrotu hurtowego produktami leczniczymi. Zgodnie z wolą ustawodawcy prowadzenie takiego obrotu uniemożliwia otrzymanie zezwolenia na prowadzenie apteki. Tym samym, biorąc pod uwagę troskę o spójność obowiązującego prawa, powinno także stanowić przeszkodę w przejściu na sukcesora zezwolenia po zmarłej osobie fizycznej. Wydaje się, iż tym właśnie kierował się ustawodawca przy określaniu zasad sukcesji zezwolenia na prowadzenie apteki, jednakże metoda, którą się ostatecznie posłużył, zdecydowanie nie jest fortunna.

Analogiczny wniosek można sformułować na kanwie art. 101 pkt 2-4 Prawa farmaceutycznego, w świetle którego wojewódzki inspektor farmaceutyczny **odmawia** udzielenia zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, gdy:

2. wnioskodawcy w okresie trzech lat przed złożeniem wniosku cofnięto zezwolenie na prowadzenie apteki lub hurtowni farmaceutycznej,
3. wnioskodawca prowadzi lub wystąpił z wnioskiem o wydanie zezwolenia na prowadzenie hurtowni;
4. wnioskodawca nie daje rękąmi należytego prowadzenia apteki.

Konfrontacja przytoczonych przepisów z treścią znowelizowanego art. 104 prowadzi do zaskakujących wniosków. Otóż, „nowy” art. 104 reguluje sytuację swoistej sukcesji zezwolenia na prowadzenie apteki po śmierci osoby fizycznej oraz to, kto i na jakich zasadach mógłby mieć uprawnienia do prowadzenia tej apteki. Natomiast art. 99 ust. 3 i art. 101 pkt 2-4 normują przesłanki negatywne, czyli takie, które wykluczają nie tylko przedłużenie zezwolenia, ale także jego otrzymanie. Interpretacja znowelizowanego art. 104 w związku z treścią art. 99 ust. 3 i art. 101 pkt 2-4 skłania do sformułowania tezy, iż przepisy określające wymagania nałożone na następców prawnych są wewnętrznie niespójne, skoro „speł-

nienie wymagań” określonych np. w pkt 4 art. 101 sprowadza się - przy literalnej wykładni tego przepisu - do nie dawania rękąmi należytego prowadzenia apteki. Rzecz jasna należy zakładać, iż intencją ustawodawcy było, aby następca prawny dawał taką rękąmi (przeciwny wniosek byłby absurdalny), jednakże jednoznaczne zobowiązanie następcy prawnego do spełnienia wymagań określonych w art. 99 ust. 3-4b i art. 101 pkt 2-4 uzasadnia wątpliwość, czy ustawodawca przy redagowaniu ust. 1a pamiętał o zasadach techniki prawodawczej.

Nota bene podczas prac nad nowelizacją zwrócił na to uwagę także Senat RP, proponujący przy tym, aby w ust. 1a wyrazy „, , o których mowa w art. 99 ust. 3-4b i art. 101 pkt 2-4” zastąpiono wyrazami „do uzyskania zezwolenia na prowadzenia apteki”. Dodajmy, iż senacka poprawka stanowiła w istocie powrót do koncepcji zawartej w rządowym projekcie nowelizacji, w świetle której ust. 1a miał brzmieć tak:

„1a. Zezwolenie na prowadzenie apteki nie wygasa w przypadku śmierci osoby fizycznej, jeżeli chociażby jeden z następców prawnych spełnia wymagania do prowadzenia apteki.”

Ostatecznie w Sejmie zwyciężyła jednak koncepcja określenia wymagań spoczywających na sukcesorze w sposób konkretny tj. poprzez odesłanie do wyraźnie wskazanych przepisów Prawa farmaceutycznego. Wydaje się, iż ten sposób zredagowania ust. 1a art. 104, mającego wszak kluczowe znaczenie dla problematyki dalszego obowiązywania zezwolenia na prowadzenie apteki, może generować pewne praktyczne problemy związane z interpretacją przywołanych przepisów.

dr n. prawnych Jędrzej Bujny

*Dr Krystian Ziemiński & Partners
Kancelaria Prawna*

POLHUMIN®

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

Wskazania do stosowania
Cukrzyca wymagająca leczenia insuliną.

Dawkowanie
Dawkowanie insuliną jest indywidualne dla każdego pacjenta. Dawkę insuliny określa lekarz na podstawie oceny charakteru cukrzycy, wieku pacjenta, aktywności ruchowej, stanu zdrowia i przeciwwskazań oraz stosowania 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 netychmiastowy odczyn uczuleniowy np. w postaci wysypki lub obrzęku Quinckego.

Polhumin® R
Polhumin® R jest obywatym, jądowym roztworem białynsytynowej, wysokoczystotowej insuliny ludzkiej. Wytworzona jest z zastosowaniem metody rekombinacji DNA.
Czas rozpoczęcia insuliny Polhumin® R liczący od chwili podskórnego jej wstrzyknięcia (w przybliżeniu):
poziomy działania - 30 min
maksimum działania - 1 - 3 godzin
całkowity czas działania - 8 godzin

Polhumin® N
Polhumin® N jest obywatym, jądowym zawiesiną białynsytynowej, wysokoczystotowej insuliny ludzkiej z glutaminą. Wytworzona jest z zastosowaniem metody rekombinacji DNA.
Czas rozpoczęcia insuliny Polhumin® N liczący od chwili podskórnego jej wstrzyknięcia (w przybliżeniu):
poziomy działania - 1,5 godziny
maksimum działania - 4 - 12 godzin
całkowity czas działania - do 24 godzin

Polhumin® Mix-3
Polhumin® Mix-3 jest obywatym, jądowym mieszaniną dwufazową, wysokoczystotowej insuliny ludzkiej z glutaminą i obywatym, jądowym roztworem białynsytynowej, wysokoczystotowej insuliny ludzkiej.
Czas rozpoczęcia insuliny Polhumin® Mix-3 liczący od chwili podskórnego jej wstrzyknięcia (w przybliżeniu):
poziomy działania - 30 min
maksimum działania - 1 - 3 godzin
całkowity czas działania - do 24 godzin

Polhumin® Mix-3
Polhumin® Mix-3 jest obywatym, jądowym mieszaniną dwufazową, wysokoczystotowej insuliny ludzkiej z glutaminą i obywatym, jądowym roztworem białynsytynowej, wysokoczystotowej insuliny ludzkiej.
Czas rozpoczęcia insuliny Polhumin® Mix-3 liczący od chwili podskórnego jej wstrzyknięcia (w przybliżeniu):
poziomy działania - 30 min
maksimum działania - 1 - 3 godzin
całkowity czas działania - do 24 godzin

Szeregowe informacje o leku w siozce przyłkowej

POLFA TARCHOMIN S.A.

Tworzymy tradycje



Dolnośląska Izba Aptekarska zrzesza blisko 2100 aptekarzy jest jedną z największych Izb na mapie samorządu krajowego.

Siedemnaście lat dzieje samorządu dolnośląskiego były bardzo burzliwe. Od roku 1990 był to kalejdoskop wydarzeń.

Zaczęliśmy od mrówczej pracy zbierania danych aptekarzy do pierwszych wyborów, następnie odbyły się wybory delegatów, stworzyliśmy ewidencję aptekarzy i aptek, zaczęliśmy wydawać w 1992 roku Biuletyn Izby „Pharmakon”, powstał prężnie działający Klub Seniora, członkowie zaczęli otrzymywać prawa wykonywania zawodu.

Zakupiliśmy siedzibę Izby, zorganizowaliśmy system przekazywania wiadomości i wymiany poglądów poprzez zebrania w regionach, własne czasopismo, powstanie strony internetowej Izby i forum dyskusyjnego.

Już od lat, niedostrzegalnie, nie wyobrażamy sobie, aby było inaczej. Samorząd dąży do znaczącej konsolidacji środowiska. Zaczęły tworzyć się tradycje:

- spotkania wigilijne z kutią, zawsze przeze mnie robioną,
- coroczne Bale Aptekarza (był już XV bal),
- Mistrzostwa Narciarskie Farmaceutów (ostatnie były VII),
- rajdy piesze,
- Mistrzostwa Rowerowe ...

Realizacją zadań samorządu były szkolenia aptekarzy z szkolenia ustawicznego, na wiele lat przed „obowiązkiem” podnoszenia kwalifikacji wynikających z rozporządzenia ministra zdrowia. Było to możliwe dzięki ścisłej współpracy z wrocławskim Wydziałem Farmaceutycznym i osobie ówczesnego prezesa prof. Janusza Pluty.

Hucznie obchodziliśmy rocznice odrodzenia samorządu, które podkreśliliśmy m.in. dwiema publikacjami „Dzieje farmacji dolnośląskiej”. Są to prace zbiorowe, autorstwa wielu farmaceutów, którzy pokazali panoramę miejsc pracy farmaceutów, od

uczelni, poprzez Inspekcję Sanitarną, hurtownie farmaceutyczne, przemysł farmaceutyczny aż po pracę w aptece na przestrzeni lat 1945–2006.

Pokazujemy i wspieramy poza-zawodowe fascynacje farmaceutów, organizując im wystawy, przedstawiając ich sylwetki na łamach *Pharmakonu*. Są wśród nich: uzdolnieni malarze, poeci, rzeźbiarze, fotograficy, fascynaci sportu i zdobywcy szczytów górskich.

To tylko część naszej pracy, wspomnę tylko rozwiązywanie problemów prawnych na styku samorząd – Inspektorat Farmaceutyczny, Narodowy Fundusz Zdrowia, samorządy lokalne itd.

Wiele jest problemów osobistych samych aptekarzy, którym trzeba pomóc i jest to forma niewidocznej z pozoru pracy samorządu, żmudnej, trudnej i którą najmniej widać, a jest...Od lat działa Kasa Pomocy Koleżeńskiej z naszych składek wspierająca chorych, będących w trudnej sytuacji życiowej i starszych wiekiem farmaceutów. Zmierzyliśmy się też z aptekarskimi ofiarami powodzi z 1997 i 1998 roku.

Nie jest w naszym środowisku czytankowo. Wiele rzeczy chcielibyśmy zmienić, głównie z szeroko rozumianego „prawa farmaceutycznego”, poprawić jakość naszej pracy w aptekach sprawić, aby nam się lepiej pracowało.

Muszę się, choć w części odnieść do krytyki działalności samorządu.

Na drodze naszej działalności samorządowej napotykamy na coraz więcej krytyki, która w moim przekonaniu jest w dużej mierze nieuzasadniona.

Oczekiwania naszego środowiska często rozmijają się z istniejącym porządkiem prawnym, a reakcje niektórych członków samorządu są niewspółmierne do naszych możliwości. Pomimo wielu przeciwności, uwa-

żam, że w wielu przypadkach nasza praca przynosiła i przynosi pożądane efekty.

Wyobraźmy sobie sytuację, że samorządu nie ma, jawi mi się to jako horror, przyzwyczailiśmy się do tego i nie wyobrażamy sobie tego już zupełnie.

NA PRZYSZŁOŚĆ...

Jestem zwolennikiem dogadywania się z wszelkimi środowiskami, które działają w naszej branży, mimo że często rozmowy są bardzo trudne.

Zwierajmy szeregi, konsolidujmy się, nie wierzymy jednak, że wszystko nam się uda, wspierajmy Naczelną Radę w jej działaniach i jak wyrzucą nas drzwiami, wracajmy oknem. Działajmy dalekosięźnie, szukajmy wyjść alternatywnych, bo pewnym działaniom zewnętrznym nie sprostamy wprost.

Pewną receptą na przyszłość znakomite wyniki zawodowe może być wdrożenie prawdziwej „opieki farmaceutycznej”, a więc zwiększenie nacisku na podnoszenie kwalifikacji i przełożenie tego zamierzenia na ważność samej osoby farmaceuty w aptece.

I pamiętajmy, zawód zaufania publicznego zobowiązuje, przytoczę tutaj moje motto działania – noblesse oblige.

mgr farm. Joanna Piątkowska
Prezes Dolnośląskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej



Brakuje ludzi do pracy społecznej



Proszę mi wierzyć, że bardzo trudno wybrać i napisać o tym, co zdarzyło się w ciągu kilkunastu lat pracy w samorządzie. Wybierać pomiędzy sprawami ważnymi i mniej ważnymi, gdyż każde z nich miały bezpośredni wpływ na naszą dzisiejszą pracę i wizerunek farmaceutów wśród pacjentów.

Niestety pomimo wielu naszych starań farmaceuci najczęściej dostrzegają nasze porażki, a nie doceniają sukcesów, jakie odnosimy. Pacjenci natomiast, co jest najbardziej krzywdzące, przy wielkiej „przychylności” mediów widzą w nas coraz częściej tylko wyzyskiwaczy, którzy windują ceny i nas oskarżają o wszystkie podwyżki. Próbuję sobie dzisiaj wobec tego odpowiedzieć na pytanie: czy droga, którą szliśmy przez te lata, mogła być inna?

Walczyliśmy i nadal walczymy o to, aby aptekarz nie był postrzegany przez społeczeństwo jako sklepikarz i wyzyskiwacz.

Prywatyzacja aptek w Szczecinie rozpoczęła się dosyć późno, bo pod koniec 1990 roku. Nieśmiało powstawały pierwsze prywatne apteki i już wtedy jako ich właściciele wiedzieliśmy, że działania w pojedynkę będą trudne. Zdawaliśmy sobie sprawę z walki, jaką będziemy musieli podejmować, aby za kilka lat nie żałować swojej decyzji. W tym celu zawiązaliśmy zrzeszenie aptek prywatnych. Powoli apteki uczyły się wszystkiego. Powstająca w Szczecinie Izba Aptekarska od początku miała wiele pracy, a osoby w nich działające czuły się potrzebne i z chęcią włączały się w pomoc innym koleżankom i kolegom. Nie odczuwało się zazdrości i zawiści.

Trudności związane z otrzymywaniem refundacji ciągnęły się

latami. Budżet państwa wolał płacić aptekarzom odsetki niż w terminie wywiązywać się ze swoich zobowiązań; jak widać, już wtedy nie liczone się z prawami ekonomii. A może sądzono, że „raczkujący” aptekarz nie jest groźnym przeciwnikiem i będzie się bał upomnieć o swoje?

Wiele kosztowało nas jako przedstawiciele Izby przekonanie aptekarzy, że muszą walczyć, że płatnika trzeba szanować ale nie należy się go bać. Kolejne wysyłane przez aptekarzy noty odsetkowe uczyły decydentów, że refundacja to nie podarunek, lecz własność aptekarzy. W końcu udało się i płatnicy w terminie zaczęli płacić swoje zobowiązania. Ciągłe wojny o pieniądze miały jednak złą stronę. Postrzegani byliśmy przez społeczeństwo jako ci, dla których pieniądze są najważniejsze a przecież bez pieniędzy nie dało się kupić leków. Zostaliśmy jednak kapitalistami i jak w każdej grupie sukcesu zaczęto nas naśladować – wszyscy w Polsce chcieli mieć apteki, a że Polska to bardzo szczególnie kraj, zaczęto zabierać nam to, co się udało, a proces trwa do dziś.

Nigdy nie zostawiliśmy aptekarza samego, tłumaczyliśmy zawilgości zmieniającego się prawa i nowych rozporządzeń.

Przyszły pierwsze sieci... Zachwiały nami, ale spowodowały, że apteki znów się zjednoczyły.

Mądra polityka Izby, sciganie za nieuczciwą konkurencją, obniżki cen leków we wszystkich aptekach i ulotki reklamujące prawie wszystkie apteki, spowodowały, że mieszkańcy Szczecina nie ustawiali się w tasemcowych kolejkach tylko w kilku aptekach i dzięki temu jeszcze istniejemy. Jak długo? Nie wiem.

Padły hurtownie aptekarskie, gdzie dla idei aptekarze tracili możliwości większych rabatów.

Ktoś mi powiedział, że to przez tych, którzy w tych hurtowniach nie kupowali. A moim zdaniem przez błędy zarządzających. Zaproponowałam kiedyś jednej z tych hurtowni, że przyciągnę kupujących, ale muszą podnieść rabat nawet kosztem swojej dywidendy. Wyśmiano mnie. Propozycja została odrzucona, a na hurtowni zarobiły tylko jednostki. Mnie pozostał niesmak, bo apteki miały dla idei tracić swoje pieniądze, a kilkunastu udziałowców nie chciało stracić na chwile swoich.

Szczecin miał również swoją historię z hurtowniami. Izba Aptekarska związała się z hurtownią Farmacja Szczecin. Poszły na ten cel pieniądze wielu aptekarzy, nawet emerytów i rencistów. Niestety, pozostały nam po niej tylko wspaniałe druki akcji, które tylko jednej z naszych koleżanek się „przydały”. Hurtownia dawno padła, a koleżankę okradziono, m.in. ukradziono jej akcje, które bardzo porządnie wyglądały. Pazeri złodzieje chcieli spieniężyć akcje w banku i zostali złapani. Cóż, taka przewrotność losu. Druga hurtownia, która została zbudowana rękoma ideowców, niedawno się sprzedała. Za- ▶

► dają sobie pytanie, dla kogo to sukces, a dla kogo porażka?

Trudno mi dzisiaj ocenić, dlaczego wszystko idzie w takim kierunku. Dlaczego ciągła walka o godziwe Prawo farmaceutyczne, kończy się klęską? Dlaczego aptekarze po wielu latach walki o swoje poddają się rezygnacji i sprzedają apteki? Tych „dlaczego” można by było mnożyć, tylko po co? Czy nie lepiej patrząc w przeszłość dostrzegać te dobre strony?

Przez te kilkanaście lat jako samorząd aptekarski byliśmy potrzebni, uczyliśmy od podstaw siebie i aptekarzy wszystkiego, co jest związane z prowadzeniem apteki. Walczyliśmy i nadal walczymy o to, aby aptekarz nie był postrzegany przez społeczeństwo jako sklepikarz i wyzyskiwacz.

Szkolenia prowadzone przez Izbę Aptekarską spotykały się zawsze z dużym uznaniem, i nadal jeszcze są dostrzegane, chociaż teraz jest to przymus.

Nigdy nie zostawiliśmy aptekarza samego, tłumaczyliśmy zawilości zmieniającego się prawa i nowych rozporządzeń.

Porażką natomiast jest to, że brakuje ludzi do pracy społecznej w Izbie. Coraz trudniej jest wybrać następców. Myślę, że brakuje wiary w sens tego, co się dzieje, a ludzie myślą tylko o przetrwaniu i na nic innego nie starczą im czasu. Czy obudzimy się dopiero wtedy, gdy zostaniemy sami? Mam nadzieję, że nie, bo samemu jest nie tylko smutno. ■

mgr farm. Danuta Parszewska-Knopf

Prezes Zachodniopomorskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej w Szczecinie



Filar zawodowej praktyki

Nie sposób nie zauważyć XVIII już edycji dzieła autorstwa Jana i Alicji PODLEWSKICH, pt. „LEKI WSPÓŁCZESNEJ TERAPII – encyklopedia dla farmaceuty”. Ta, ukazująca się nieprzerwanie od 50. lat monografia, znana jest bodaj każdemu farmaceucie. Gdyby było inaczej, to nie należy się do tego przyznawać, gdyż trudno sobie wyobrazić wykonywanie zawodu farmaceuty bez znajomości zagadnień zebranych i opisanych w tym opracowaniu. „Leki współczesnej terapii” należą do grupy tych książek, które warto posiadać w zasięgu ręki, najlepiej na półce podręcznej biblioteczki aptecznej.

Jest to wyjątkowa pozycja na polskim rynku wydawniczym. Łączy wiedzę encyklopedyczną z wiedzą czerpaną z doświadczeń praktyków, specjalistów konsultujących każde wydanie. Od pół wieku stanowi niezastąpione źródło informacji dla farmaceutów i lekarzy. Jubileuszowe wydanie jest wzbogacane o opisy nowo zarejestrowanych substancji i informacje o nowych preparatach. „Leki współczesnej terapii” są, bez wątpienia, najpełniejszą prezentacją środków leczniczych na polskim rynku wydawniczym.

Co charakteryzuje „Leki współczesnej terapii – encyklopedię dla farmaceuty” ?

- Oddzielne rozdziały poświęcone m.in. lekom pochodzenia naturalnego, szczepionkom, środkom diagnostycznym.
- Uwzględnia wzajemne oddziaływania poszczególnych substancji czynnych.
- Opisy blisko 2 000 substancji leczniczych i blisko 10 000. preparatów - zarejestrowanych i niezarejestrowanych w Polsce.
- Indeks rzeczowy, farmakologiczny oraz klasyfikacji anatomiczno-terapeutyczno-chemicznej (ATC).
- Encyklopedia zawiera opisy substancji czynnych oraz preparatów w Polsce niezarejestrowanych - możliwych do sprowadzenia w ramach importu docelowego.
- Wykaz leków zarejestrowanych w Unii Europejskiej w procedurze centralnej.
- Estetyczna i wygodna forma edytorska.

„Leki współczesnej terapii – encyklopedia dla farmaceuty”.
Wydanie XVIII.
1024 strony.
Wydawnictwo:
Split Trading sp. z o.o.



Fot. archiwum

Receptura na co dzień

Postępowanie aseptyczne

O właściwych i błędnych metodach wyjaławiania



Fot. archiwum

W procesie wytwarzania, pakowania oraz przechowywania i dystrybucji produktów farmaceutycznych muszą być zachowane odpowiednie warunki, które zapewniają właściwą jakość mikrobiologiczną.

Zgodnie z zapisami farmakopealnymi, preparaty farmaceutyczne zostały podzielone na grupy (wg FP VII – kategorie) czystości mikrobiologicznej. Stwarza to konieczność właściwego sporządzania nie tylko tych preparatów, od których wymagana jest bezwzględna jałowość – należących do I grupy, a więc leków pozajelitowych, do oczu, na rany i rozległe oparzenia, lecz także z grupy II – stosowanych zewnętrznie na skórę i błony śluzowe, do nosa, uszu i gardła. Dotyczy to również doodbytniczych i dopochwowych postaci leków (**Tabela 1**).

Postuluje się ponadto, aby wszystkie postaci leku z antybiotykami były jałowe, **również te wykonywane w recepturze** – np. roztwory, zawiesiny, globulki czy maści. Warto podkreślić, że jałowe powinny być także pręciki docewkowe (nie tylko te zawierające antybiotyki) oraz roztwory do irygacji. Postępowanie aseptyczne powinno zatem na dobre zagościć w recepturze.

Produkcja leku jałowego obejmuje wyjaławianie gotowego leku lub poszczególnych jego składników, a także dezynfekcję, antyseptykę, korzystanie z wyjałowionych utensyliów i pracę w jałowym otoczeniu – boksie czy też loży aseptycznej.

CO TO JEST POSTĘPOWANIE ASEPTYCZNE?

Postępowanie aseptyczne w czasie sporządzania leków ma na

celu niedopuszczenie do ich zanieczyszczenia drobnoustrojami i przetrwalnikami, dlatego wymaga pracy w wyjałowionym otoczeniu. Polega na stosowaniu wyjałowionych substancji leczniczych, płynów i utensyliów.

Ważnym elementem postępowania aseptycznego jest **antyseptyka** i **dezynfekcja**. Antyseptyka to niszczenie drobnoustrojów w miejscu ich wysiewu, we wrotach możliwego wtargnięcia zakażenia. Twórcą antyseptyki był *Lister*, który jako pierwszy zastosował roztwór karbolu do mycia ran. W produkcji leków antyseptyka sprowadza się do niszczenia drobnoustrojów na skórze rąk farmaceuty poprzez stosowanie odpowiednich środków bakteriobójczych.

Dezynfekcja natomiast to zabiegi fizyczne i chemiczne polegające na niszczeniu, tj. obniżeniu liczby drobnoustrojów chorobotwórczych znajdujących się na powierzchni przedmiotów lub w ich wnętrzu do takiego poziomu, który nie tworzy niebezpieczeństwa zakażenia. Odkażenie uzyskuje się przez zabicie drobnoustrojów i przetrwalników, zahamowanie ich rozwoju, czy osłabienie zjadliwości. Do dezynfekcji stosuje się najczęściej roztwory pojedynczych środków chemicznych lub – coraz częściej – ich mieszaniny (**Tabela 2**). W wyniku dezynfekcji zniszczeniu ulegają najbardziej wrażliwe vegetatywne formy bakterii, grzyby chorobotwórcze, prątki gruźlicy, wirusy bezotoczkowe, a nawet

niektóre przetrwalniki.

Wyjaławianie (sterylizacja) jest to jednostkowy proces technologiczny mający na celu usunięcie ze środowiska lub materiału wszystkich drobnoustrojów, zarówno w ich formach vegetatywnych, jak i przetrwalnikowych. Wyjaławianiu poddaje się ciała stałe, płynne, gazy, opakowania czy używane utensylia. Zależnie od rodzaju i właściwości materiałów lub preparatów oraz sposobu ich produkcji, stosuje się różne metody wyjaławiania. Wymagają one odpowiedniej aparatury, która ma zapewnić określone parametry przebiegu całego procesu.

NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANE METODY WYJAŁAWIANIA

Wśród najczęściej stosowanych metod wyjaławiania można wyróżnić:

1. Wyjaławianie termiczne:
 - wyjaławianie nasyconą parą wodną (np. 121°C przez 20 minut)
 - wyjaławianie suchym, gorącym powietrzem (np. 160°C przez 2 h)
2. Wyjaławianie na drodze mechanicznej (przez sączenie):
 - sączki bakteriologiczne o średnicy porów 0,22 μm lub mniejszej:
 - sączki ze szkła spiekane – sączki typu *Schotta* (G₅)
 - sączki membranowe (np. *Sartoriusa*)
3. Wyjaławianie za pomocą promieniowania:
 - nadfioletowego (UV o długości fali ok. 254 nm) (**UWAGA! nie jest to metoda farmakopealna** ▶)

- ▶ i nie powinna być stosowana)
- jonizującego gamma, np. izotopy ^{60}Co , ^{137}Cs
- 4. Wyjaławianie chemiczne:
 - tlenkiem etylenu
 - gazowym nadtlenkiem wodoru (wyjaławianie plazmowe)

Nadal, niestety, w praktyce aptecznej można spotkać się z niewłaściwym postępowaniem polegającym na ogrzewaniu w wodzie przedmiotów z tworzyw sztucznych przez 30 minut w temperaturze 98–100°C w obecności chlorku benzalkoniowego, octanu chlorheksydyny, tiomersalu lub octanu fenylortęciowego. Metoda ta nie powinna być stosowana, dopuszczalna jest jedynie w sytuacjach wyjątkowych – do „wyjaławiania” w warunkach aptecznych zakraplaczy polietylenowych do kropli ocznych (zakraplacze powinny być myte, suszone i przekazywane do wyjaławiania tlenkiem etylenu!).

Jeżeli nie ma możliwości przekazywania przedmiotów z tworzyw sztucznych do wyjaławiania za pomocą tlenku etylenu, w hurtowniach farmaceutycznych można zaopatrzyć się w gotowe, sterylne zestawy zawie-

Autoklaw parowy



Fot. Michał Grzegorzczak

rające buteleczkę o pojemności 10 ml (do kropli ocznych) wraz z jałową zakrętką i zakraplaczem. Warto dodać, że dostępne są także sterylne opakowania do maści (pudełka z tworzyw sztucznych o różnej kubaturze) oraz jałowe butelki (o pojemności do 250 ml) z zakrętkami.

Za najskuteczniejszą metodę wyjaławiania uznawane jest **wyjaławianie parą nasyconą pod ciśnieniem** – w autoklawie. Nasycona para wodna, w wyniku hydrolizy, powoduje denaturację i koagulację enzymów, prowadząc w konsekwencji do natychmiastowego zabicia drobnoustrojów. FP VI zaleca proces wyjaławiania w autoklawie prowadzić w temp. 121°C, przy nadciśnieniu 101,4 kPa (0,1MPa) w czasie nie krótszym niż 15 min. Przy nadciśnieniu powyżej 101,4 kPa i temp. 128°C lub 134°C stosuje się odpowiednio krótszy czas wyjaławiania.

Wielu farmaceutom autoklawy kojarzą się z urządzeniami o dużych gabarytach, które nijak się mają do realiów receptury w aptece otwartej. Jest to przekonanie błędne. W codziennej praktyce recepturowej można bowiem korzystać z „mini” autoklawów o pojemności komory od 6 do 24 litrów. Autoklawy takie

zajmują niewiele miejsca, są lekkie i można je łatwo przenieść. Wyposażone są w podstawowe urządzenia pomiarowe – termometr, manometr, zawory odpowietrzające, zawory bezpieczeństwa, które działają w przypadku, gdy ciśnienie wewnątrz komory autoklawu przekroczy ciśnienie dopuszczalne. Nowoczesne aparaty posiadają wbudowane sterowniki mikroprocesorowe z oprogramowaniem, które pozwalają nawet na dokumentowanie kontroli procesu wyjaławiania w formie wydruków.

A u t o k l a w y mogą być wykorzystywane do wy-

jaławiania roztworów wodnych i emulsji o/w, przedmiotów szklanych, metalowych i z niektórych tworzyw sztucznych, zatyczek gumowych, czy filtrów membranowych używanych do sporządzania kropli ocznych.

Wyjaławianie suchym, gorącym powietrzem przeprowadza się w sterylizatorach powietrznych (błędnie zwanych suszarkami), zapewniających krążenie gorącego powietrza. Warunkiem prawidłowego przebiegu procesu jest odpowiednio wysoka temperatura i czas wyjaławiania. Zazwyczaj, o ile nie podano inaczej, zaleca się wyjaławianie (wg FP VI):

- w temp. 160°C – w czasie nie krótszym niż 2 h,
- w temp. 170°C – w czasie nie krótszym niż 1 h,
- w temp. 180°C – w czasie nie krótszym niż 30 min.

Działanie suchego gorącego powietrza, w wyniku utleniania, prowadzi do nieodwracalnej inaktywacji i degradacji składników komórkowych drobnoustrojów (kwasów nukleinowych, białek, itp.), powodując w efekcie ich zabicie.

Dobór parametrów wyjaławiania uzależniony jest od rodzaju i właściwości materiałów. Wyjaławiany materiał należy tak umieścić w sterylizatorach, aby zapewniony był obieg gorącego powietrza. Zachowanie warunków wyjaławiania powinno być sprawdzane za pomocą termometrów oraz różnego rodzaju wskaźników chemicznych czy biologicznych, umieszczonych wewnątrz urządzenia.

Suchym gorącym powietrzem można wyjaławiać materiały niewrażliwe na wysoką temperaturę, np. szkło, metal, ceramikę, a także substancje niezawierające wody – oleje, glikole, wazelinę, parafinę oraz związki mineralne – talk, tlenek cynku, itp. Materiały wyjaławiane tą metodą powinny być czyste, suche i odpowiednio zabezpieczone, aby po zakończonym procesie wyjaławiania i wyjęciu ich ze sterylizatora powietrznego, a także w czasie przechowywania, nie uległy wtórnemu skażeniu. Stosuje się do tego celu najczęściej termoodporne folie z tworzywa sztucznego, w kształcie toreb różnej wielkości lub rękawów,

z nadrukowanym testem kontrolnym, sprawdzającym przebieg procesu.

Sterylizacja suchym, gorącym powietrzem powinna być stosowana tylko w przypadku materiałów, które nie mogą być wyjaławiane parą wodną w nadciśnieniu. W praktyce wykorzystywana jest do wyjaławiania substancji suchych, roztworów olejowych, wosków, pojemników szklanych i metalowych.

Metoda **wyjaławiania przez sączenie** polega na usuwaniu drobnoustrojów przez zatrzymanie ich na sączkach o odpowiedniej wielkości porów. W celu usunięcia mikroorganizmów z roztworu stosowane są sączki o średnicy porów 0,22 µm i mniejszej. Sączki o średnicy porów powyżej 0,45 µm używane są natomiast do usuwania zanieczyszczeń nierozpuszczalnych – jako sączki klarujące. Metoda ta jest stosowana do wyjaławiania roztworów wrażliwych na temperaturę, np. roztworów witamin, surowic, enzymów, antybiotyków (inne roztwory, o ile nie ma przeciwwskazań, należy wyjaławiać nasyconą parą wodną pod ciśnieniem) oraz do wyjaławiania gazów. Przesącz należy zbierać w warunkach aseptycznych do jałowych odbieralników i natychmiast je zamykać.

Sączki membranowe o średnicy porów 0,2 µm umieszczone są

w oprawkach do jednorazowego lub wielokrotnego użytku wykonanych z tworzywa termoodpornego (umożliwiającego wyjaławianie w nasyconej parze wodnej). Oprawkę z sączkiem łączy się z jałową strzykawką, do której pobiera się roztwór i tłokiem przeciska przez sączek do jałowej butelki. Sączki membranowe charakteryzują się licznymi zaletami – nie zmieniają pH sączonego roztworu, nie adsorbują substancji leczniczych. Można je wyjaławiać m.in. w autoklawie czy tlenkiem etylenu.

Sączenie stosuje się także do wyjaławiania powietrza. Do tego celu służą **filtry HEPA** (*High Efficiency Particulate Air*), poprzez które do komory roboczej łoża aseptycznej lub boksu wypływa jednostajnym, laminarnym strumieniem jałowe powietrze. Filtry HEPA są wykonane z włókien szklanych o średnicy 0,1 µm, połączonych żywicą akrylową lub inną substancją wiążącą. Filtry HEPA zatrzymują 99,9997% cząstek o średnicy większej i równej 0,3 µm. Filtry te nie mogą być regenerowane. Aby przedłużyć ich żywotność, praktykuje się wstępne oczyszczanie powietrza za pomocą sączków włóknistych, zwykle z włókien waty szklanej, które nie stawiają nadmiernego oporu przepływającemu powietrzu, a zatrzymują w przybliżeniu 99,9% cząstek o średnicy 5 µm (3). Filtry

HEPA coraz częściej można spotkać nawet w życiu codziennym – są np. elementami odkurzaczy.

Wyjaławianie gazami jest metodą z konieczności, gdy nie mogą być zastosowane inne sposoby postępowania. Bardzo istotnym czynnikiem ograniczającym tę metodę jest zjawisko sorpcji gazu przez wyjaławiany materiał oraz możliwość zachodzenia reakcji chemicznych z wytworzeniem związków toksycznych.

Materiały wrażliwe na temperaturę mogą być wyjaławiane tlenkiem etylenu lub jego mieszaniną z innymi gazami oraz formaldehydem. Proces wyjaławiania przebiega w specjalnie skonstruowanych urządzeniach, a skuteczność wyjaławiania zależy od stężenia gazów, stopnia wilgotności względnej, temperatury i czasu. Ważne jest także zapewnienie penetracji gazu, sposób opakowania, rodzaj materiału i stopień jego wysuszenia.

Tlenek etylenu wykazuje silne działanie bakteriobójcze i wirusobójcze. Zaletą tlenu etylenu jest przenikliwość przez warstwy tworzyw sztucznych, zwłaszcza przez folie, które służą jako opakowanie sprzętu i opakowanie wyjaławianych materiałów. Ze względu na możliwość sorpcji tego gazu przez wyjaławiany materiał, konieczne jest przestrzeganie okresu desorpcji (w zależności od rodzaju wyjaławianego ma-

Diabetic®
GYMNEMA SYLVESTRIS
200 mg 64 kapsułki

Diabetic® GYMNEMA SYLVESTRIS 200 mg jest produktem przeznaczonym dla osób z zaburzeniami metabolizmu węglowodanów (diabetyków). Główny składnik GYMNEMA SYLVESTRIS zapewnia efektywne wykorzystanie glukozy i reguluje jej poziom. U osób zdrowych nie powoduje obniżenia poziomu cukru, lecz zapobiega jego wzrostowi. Preparat polecany osobom na diecie mającym skłonności do nadmiernego spożywania słodkich.

WSKAZANIA:

- U osób z podwyższonym poziomem cukru Diabetic® wspomaga pracę trzustki w zakresie wydzielania insuliny
- Polecany osobom szczególnie zagrożonym cukrzycą
- Wspomagająco w dietach odchudzających – preparat zmienia smak produktów słodkich

PREPARAT DOSTĘPNY W APTEKACH BEZ RECEPTY

Producent:
Przedsiębiorstwo Pszczelarsko-Farmaceutyczne APIPOL-FARMA Sp. z o.o.
ul. Cegielskiego 2, 32-400 Myślenice
www.apipol.com.pl

Obniża poziom cukru we krwi

► teriału, okres ten wynosi 7–30 dni w temperaturze pokojowej; czas ten można skrócić stosując urządzenia z wymuszonym obiegiem jałowego powietrza i temperaturą do 50°C). Tlenek etylenu stosowany jest do wyjaławiania materiałów wykonanych z tworzyw sztucznych, które ulegają odkształceniu podczas wyjaławiania termicznego.

PODSUMOWANIE

1. Za metodę najskuteczniejszą uznawane jest wyjaławianie nasyconą parą wodną w autoklawie.

2. Metoda wyjaławiania przez sączenie jest metodą mniej pewną niż wyjaławianie termiczne, ponieważ nie jest to ostateczny etap sporządzenia leku. Po nim następuje, prowadzone w warunkach aseptycznych, dozowanie/przenoszenie roztworu do jałowych pojemników i zamykanie pojemników. Dlatego nie należy przez sączenie wyjaławiać roztworów, które mogą być wyjaławiane termicznie.

3. Przedmioty z termowrażliwych tworzyw sztucznych (zakrętki do tub, zakraplacze, butelki do kropli ocznych, etc.) nie powinny być „wyjaławiane” poprzez ogrzewanie w obecności środków przeciwbakteryjnych, lecz przekazywane do wyjaławienia tlenkiem etylenu. ■

dr n. farm. Katarzyna Winnicka
dr n. farm. Elwira Telejko

Zakład Farmacji Stosowanej
Akademia Medyczna w Białymstoku

Piśmiennictwo

1. *Farmakopea Polska VI, Wyd. PTFarm., Warszawa, 2002*
2. *Farmakopea Polska VII, Tom I, Wyd. PTFarm., Warszawa, 2006*
3. *Janicki S., Fiebig A., Sznitowska M.: Farmacja Stosowana, PZWL, Warszawa, 2003*
4. *Jachowicz R.: Receptura apteczna, PZWL, Warszawa, 2005*

Tabela 1. Mikrobiologiczna jakość preparatów farmaceutycznych

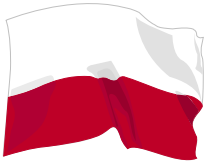
Kategoria	Grupa leków	Wymagania*
I	preparaty pozajelitowe, do oczu, na rany i rozległe oparzenia	jałowość
II	preparaty do stosowania miejscowego, leki inhalacyjne; systemy transdermalne	w 1g/1ml nie więcej niż: 100 drobnoustrojów (bakterii tlenowych i grzybów) 10 drobnoustrojów z rodziny <i>Enterobacteriaceae</i> w 1g/1ml nieobecność: <i>Pseudomonas aeruginosa</i> , <i>Staphylococcus aureus</i> wymagania j.w. (odnoszą się do 1 plastra)
III a	preparaty doustne, doodbytnicze	w 1g/1ml nie więcej niż: 1 000 bakterii i 100 grzybów nieobecność <i>Escherichia coli</i>
III b	preparaty doustne zawierające substancje pochodzenia naturalnego	*
IV a, b	ziołowe produkty lecznicze	*

* szczegółowe wymagania można znaleźć w FP VII, Tom I, Wyd. PTFarm., Warszawa, 2006, str. 632

Tabela 2. Dostępne środki dezynfekujące (przykłady).

Substancje czynne	Zastosowanie Przykłady preparatów
Alkohole: - etanol 70° (w celu zwiększenia siły działania stosuje się dodatek jodu, czy chloru) - propanol - izopropanol	- antyseptyka skóry rąk - dezynfekcja małych powierzchni i przedmiotów - preparaty: <i>Sterisol, Softa-man, Promanun N, Etaprogen, Etaprogen żel, Stoposan</i>
Aldehydy: - aldehyd glutarowy - glioksal	- dezynfekcja - preparaty: <i>Medisan 2000, Aldesan E, Aldewir, Sekusept forte, Lysoformin 3000</i>
Pochodne guanidyny: - dwuglukonian chlorheksydyny - octan chlorheksydyny	- antyseptyka skóry rąk - mdezynfekcja małych powierzchni i przedmiotów - preparaty: <i>Manusan, Abacil, Hibisol, Aflosept, Hibiscrub, Chlorohex</i>
IV - rzędowe związki amoniowe: - bromek benzalkoniowy - chlorek benzalkoniowy - chlorek cetylopirydyniowy	- antyseptyka skóry rąk - dezynfekcja - preparaty: <i>Barisept, Belosan, Vispol, Hospitaab, Descocid, Sterinol</i>
Aktywne cząsteczki tlenu	- dezynfekcja - preparaty: <i>Viroksan, Sekusept aktiv, Oxapol</i>
Aktywne cząsteczki chloru	- dezynfekcja - preparaty: <i>Chlorizol, Medicarine, Tiutol</i>

Nowe produkty lecznicze luty 2007



UE

← NOWE REJESTRACJE →

PL

NOWOŚCI NA RYNKU

Komisja Europejska w ramach procedury centralnej wydała dwie decyzje o dopuszczeniu do obrotu produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi, w tym jedną decyzję dotyczącą preparatu z nową substancją czynną (darunawirum – Prezista) i jedną decyzję dotyczącą centralnej rejestracji preparatu dopuszczonego wcześniej jako lek sierocy.

Minister Zdrowia wydał 67 pozwoleń na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce.

Produkty omówiono na tle wcześniejszych rejestracji i produktów obecnych 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 Produktów Leczniczych:

<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 Reje-

stru Produktów Leczniczych, zarówno w ramach procedury krajowej, jak również w ramach unijnych procedur wzajemnego uznania i zdecentralizowanej. Skrót UE oznacza rejestrację w ramach unijnej procedury scentralizowanej.

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A02 – Leki stosowane w zaburzeniach związanych z nadkwaśnością;

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

Pantoprazolum: Pantoprazol-Ratiopharm to 4. zarejestrowany preparat pantoprazolu. Na rynku znajdują się dwa preparaty: Controloc (Altana; lek oryginalny) i od listopada 2006 Anesteloc (Farmacom). Nie został jeszcze wprowadzony do sprzedaży Contix (Lekam), zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004.

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

Ondansetronum → tabela NOWOŚCI NA RYNKU

A07 – Leki przeciwbiegunkowe, przeciwzapalne i przeciwzakazne stosowane w chorobach jelit; **A07A** – Leki przeciwzakazne stosowane w chorobach jelit; **A07AA** – Antybiotyki

Rifaximinum → tabela NOWOŚCI NA RYNKU

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

Glimepiridum: Glindia (Geodeon Richter) to 28. zarejestrowana marka glimepirydu. Na rynku znajduje się 18 leków: Amaryl (Sanofi-Aventis; lek oryginalny), od grudnia 2005 GlimeHexal (Hexal), od stycznia 2006 Betaglid (Pliva Kraków) i Glidamid (ICN Polfa Rzeszów), od lutego 2006 Diaryl (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), od grudnia 2006 Amyx (Zentiva) i od marca 2007 Limeral (Actavis), Melyd (Stada; zarejestrowany wcześniej jako Glimepiride Stada) i Oltar (Berlin-Chemie; zarejestrowany wcześniej jako Glimepirid BC). Na rynek nie zostały jeszcze wprowadzone, zarejestrowane wcześniej: Everyl (GlaxoSmithKline, Poznań), GlimeGen (Generics), Glimepiride Andissa (Aventis Pharma), Glimepiride Sanwin (Aventis Pharma), Glimepiride Winthrop (Winthrop Medicaments), Glimepiride-1 A (Hexal), Glimstada (Stada), GlimTek (Ratiopharm) i Meglimid (Krka).

A16/A16A – Inne leki działające na przewód pokarmowy i metabolizm; **A16AA** – Aminokwasy i ich pochodne

Betainum: Cystadane (Orphan Europe) to rejestracja centralna tego preparatu, dopuszczonego od 2001 r. jako lek sierocy. Cystadane jest wskazany w leczeniu wspomagającym homocystynurii obejmującej niedobory lub defekty enzymatyczne beta-syntazy cystationinowej, reduktazy 5,10-metylenotetrahydrofolanowej i metabolizmu koenzymu koba- ▶

► laminy. Betaina zmniejsza stężenie homocysteiny w osoczu. U chorych na homocystynurię betaina spełnia funkcję dawcy grupy metylowej w reakcji remetylacji homocysteiny do metioniny. W tej grupie pacjentów należy oczekiwać zmniejszenia stężenia homocysteiny w osoczu do 20-30% wartości sprzed rozpoczęcia leczenia. Preparat należy stosować jako uzupełnienie innych metod leczenia, np. witaminą B6 (pirydoksyną), witaminą B12 (kobalaminą), folianami i leczenia dietetycznego.

B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

B01/B01A – Leki przeciwzakrzepowe; **B01AB** – Leki z grupy heparyny

Bemiparinum: trzecia dawka preparatu Zibor (Menarini) to uzupełnienie do dwóch dawek zarejestrowanych w kwietniu 2006. Na rynku znajduje się 5 innych heparyn frakcjonowanych: dalteparinum (Fragmin, Pfizer), enoxaparinum (Clexane, Sanofi-Aventis), nadroparinum (Fraxiparin i Fraxodi, GlaxoSmithKline), parnaparinum (Fluxum, Alfa Wassermann) i reviparinum (Clivarin, Abbott).

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C02 – Leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi; **C02C** – Leki antyadrenergiczne działające obwodowo; **C02CA** – Antagoniści receptora α -adrenergicznego

Doxazosinum: Doxagen (Generics) to 13. zarejestrowany lek z doksazosyną, zaś 4. preparat o zmodyfikowanym uwalnianiu. W sprzedaży znajduje się dziewięciu leków o standardowym uwalnianiu: Apo-Doxan (Apotex), Cardura (Pfizer; lek oryginalny), Doxanorm (ICN Polfa Rzeszów), Doxar (Polfa Kutno), Doxaratio (Ratiopharm), Kamiren (Krka), Prostatic (Schwarz Pharma, Łomianki), Zoxon (Zentiva) i od sierpnia 2006 Doxonex (Polpharma). Nie zostały jeszcze wprowadzone do obrotu: Alfamedin (Dr. Kade), Dosano (Sandoz) i Vaxosin (Norton). Na rynku znajduje się jeden preparat o zmodyfikowanym uwalnianiu: lek oryginalny Cardura

XL (Pfizer), w 2. dawkach. Nie zostały dotychczas wprowadzone preparaty: Doxaratio XL (Ratiopharm) i Kamiren XL (Krka).

Uwaga: doksazosyna jest klasyfikowana jako lek obniżający ciśnienie krwi, ale jest także stosowana we wskazaniu objętym klasą **G04C** – Leki stosowane w łagodnym przeroście gruczołu krokowego, podobnie jak alfuzosyna, tamsulozyna i terazosyna.

C04/C04A – Leki rozszerzające naczynia obwodowe; **C04AD** – Pochodne puryny

Pentoxifyllinum: Agapurin SR 600 (Zentiva) to rejestracja odpowiednika preparatu Agapurin 600 Retard. Do sprzedaży zostało wprowadzonych siedem leków doustnych o przedłużonym uwalnianiu: Agapurin Retard i Agapurin 600 Retard (Zentiva), Apo-Pentox 400 SR (Apotex), Dartelin Retard (Lek, Stryków), Pentilin Retard (Krka), Pentohehexal 600 Retard (Hexal), Polfilin prolongatum (Polpharma) i Trental 400 (Aventis Pharma). Dostępne są też dwa leki doustne o konwencjonalnym uwalnianiu (Agapurin i Polfilin) oraz cztery postaci iniekcyjne (Pentilin, Pentohehexal, Polfilin i Trental). Nie został jeszcze wprowadzony do obrotu preparat Agapurin SR 400 (Zentiva), zarejestrowany w październiku 2006.

C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna;

C09A/C09AA – Inhibitory ACE, leki proste

Ramiprilum → tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

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

Ramiprilum+Hydrochlorothiazidum: Hartil HCT (Egis) w dwóch dawkach jest 5. zarejestrowanym lekiem o podanym składzie. Na rynku znajdują się Ramicor Comb (Ranbaxy) i Tritace Comb (Aventis Pharma). Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty: Ampril HD i Ampril HL (Krka) oraz Vivace Plus (Actavis) w dwóch dawkach.

C10 – Leki wpływające na stężenie lipidów; **C10A** - Leki wpływają-

ce na stężenie lipidów, leki proste; **C10AA** – Inhibitory reduktazy HMG CoA

Atorvastatinum → tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

Simvastatinum: Simvastatin (Arrow Generics) i Simvagen (Generics) w czterech dawkach to odpowiednio 22. i 23 zarejestrowana marka simwastatyny. 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), Egilipid (Egis), Simvalip (Genexo), Simvastatin-1 A (Hexal) i zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004 r.: Simvagama (APC Instytut) i Zifam (Polfa Warszawa).

D – LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

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

Terbinafinum: Terbinafine Romikim Farma i Terbinafine Terbano (Romikim Farma) to odpowiednio 13. i 14. zarejestrowany lek doustny zawierający terbinafinę. W sprzedaży znajduje się 8 preparatów: Afugin (Hexal), Lamisil (Novartis; lek oryginalny), Myconafine (Actavis), Onymax (Galderma), Terbisil i Terbisil Kid (Gedeon Richter), od lipca 2006 Terbigen (Generics), od grudnia 2006 Verbinaf (Farmacom) i od stycznia 2007 Erfn (Polfarmex). Nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek preparaty: Atifan (Krka), Tefine (Sandoz), Terbinafina (Arrow Generics) i Terbinafine-1 A (Hexal).

D03 – Preparaty do leczenia ran i owrzodzeń; **D03A** – Leki zablizniające; **D03AX** – Inne leki zablizniające

Glyceroli trinitras: Rectogesic (ProStrakan) w postaci 0,4% maści doodbytniczej to pierwsza rejestracja takiej postaci nitrogliceryny, do stosowania w łagodzeniu bólu wywołanego rozstępami odbytu będącymi wynikiem nadczynności zwieracza odbytu.

G – UKŁAD MOCZOWO- PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G03 – Hormony płciowe i środki wpływające na czynność układu płciowego;

G03C – Estrogeny; G03CA – Estrogeny naturalne i półsyntetyczne, leki proste

Estriolum + Lactobacillus acidophilus → tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

G03H – Antyandrogeny; G03HB – Antyandrogeny i estrogeny

Cyproteroni acetat + Ethinyloestradiolum: Syndi-35 (SymPhar) to 5. zarejestrowany preparat o tym składzie. Na rynku znajdują się preparat oryginalny Diane 35 (Schering) i od października 2006 Cyprest (Polfa Pabianice), natomiast preparaty Chloe (Zentiva) i CyproGen (Generics) jeszcze nie pojawiły się w obrocie.

G04 – Leki urologiczne; G04C

– **Leki stosowane w łagodnym przebiegu gruźlicy; G04CA – Antagoniści receptorów α-adrenergicznych**

Alfuzosinum: Alugen (Generics) to 6. zarejestrowana marka preparatów alfuzosyny. Na rynku znajduje się lek oryginalny Dalfaz, Dalfaz SR i Dalfaz Uno (Sanofi-Synthelabo) oraz od grudnia 2006 AlfuLek (Lek, Stryków). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: AlfuHexal (Hexal Polska), Alfustad (Stada) i Cezin (Farmacom).

J – LEKI PRZECIWKAZAŻNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

J01 – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie; J01F – Makrolidy, linkozamidy i streptograminy, J01FA – Makrolidy

Azithromycinum → tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

J05 – Leki przeciwwirusowe działające ogólnie; J05A – Bezpośrednio działające leki przeciwwirusowe; J05AE – Inhibitory proteazy

Darunawirum: Prezista (Janssen-Cilag) jest inhibitorem proteazy wirusa HIV-1. Wybiórczo hamuje rozszczepienie zakodowanego w HIV kompleksu poliproteinowego Gag-Pol w komórkach zakażonych wirusem, zapobiegając w ten sposób tworzeniu

się dojrzałych zakaźnych cząsteczek wirusa. Darunawir jest pierwotnie metabolizowany przez izoenzym CYP3A. Rytonawir hamuje CYP3A, zwiększając przez to istotnie stężenie darunawiru w osoczu. Prezista stosowana w skojarzeniu z rytonawirem w dawce 100 mg jest wskazana do stosowania jednocześnie z innymi przeciwretrowirusowymi produktami leczniczymi w leczeniu zakażeń ludzkim wirusem niedoboru odporności (HIV-1) u dorosłych pacjentów wcześniej intensywnie leczonych lekami przeciwretrowirusowymi, u których leczenie z użyciem więcej niż jednego schematu leczenia zawierającego inhibitor proteazy nie przyniosło rezultatów.

L – LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPŁYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L01 – Leki przeciwnowotworowe; L01X – Inne leki przeciwnowotworowe; L01XA – Związki platyny

Oxaliplatinum: Platox (Mayne Pharma) to 6. zarejestrowany preparat oksaliplatyny. Na rynku znajdują się dwa leki: Eloxatin (Sanofi-Synthelabo) i od marca 2007 Oxali (Medac). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Oxaliplatinum Winthrop (Winthrop Medicaments) oraz Oxalidix i Oksaliplatyna medac (Medac). ▶

FPPAH "PROLAB" Paterek, ul. Przemysłowa 3, 89-109 Nakło n/Not. www.prolabnaklo.pl

Zdrowe stopy na dwa sposoby

PEDIPUR S

Puder przeciwpotny i przeciwgrzybiczy do stóp i dłoni, o natychmiastowym działaniu i długotrwałej skuteczności.

Produkt posiada świadectwo PZH

PEDIPUR

Puder płynny o działaniu przeciwpotnym, stosowany w nadmiernym poceniu się stóp i rąk.

Substancja czynna: metenamina
Postać/ślad: puder płynny; 200mg/1g pudru
Św. rej. MZ nr R/3590

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.

► M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

M01 – Leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; **M01A** – Niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne;

M01AC – Oksykamy

Meloxicamum → tabela NOWOŚCI NA RYNKU

M01AH - Koksyby

Lumiracoxibum: *Prexige* i *Stel lige* (Novartis Pharma) to leki oryginalne – pierwsze rejestracje w Polsce nowego koksybu. Na rynku znajduje się obecnie (po wycofaniu rofekoksybu – *Vioxx*) tylko jeden lek z tej grupy: *Celebrex* (Pharmacia). Nie pojawiły się jeszcze: etorykoksyb – *Arcoxia* (Merck Sharp & Dohme), waldokoksyb – *Bextra* (Pharmacia) i *Kudeq* (Pfizer) oraz iniekcyjny parekoksyb – *Dynastat* (Pfizer); trzy ostatnie preparaty zarejestrowano centralnie w UE.

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

Acidum alendronicum: *Ostalon 70 mg* (Gedeon Richter) i *Alenotop* (Pliva Kraków) w obu dawkach to odpowiednio 17. i 18. marka preparatów kwasu alendronowego zarejestrowana w Polsce. Lek w dawce 70 mg przyjmuje się raz w tygodniu. Na rynku jest obecnych sześć leków w dawce 70 mg: *Fosamax* (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), *Ostemax 70 Comfort* (Polpharma), *Ostenil 70* (Polfa Kutno), *Ostolek* (Lek-Am), od kwietnia 2006 *Alendronat-Ratiopharm 70* i od lutego 2007 *Alendromax* (Arrow Generics). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży preparaty *Alendrogen* (Billev Pharma), *AlendroHexal 70 mg* (Lek, Stryków), *Alendronate Teva 70 mg* i *Lindron* (Krka Polska). W sprzedaży znajduje się ponadto siedem leków w dawce 10 mg: *Alenato* (ICN Polfa Rzeszów), *Fosamax* (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), *Lindron* (Krka), *Osalen* (Anpharm), *Ostenil* (Polfa Kutno), *Ostolek* (Lekam) i *Rekostin* (Biofarm). Natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone: *AlendroHexal* (Lek, Stryków), *Alendromax*

(Arrow Generics), *Alendronate Pliva* (Pliva Kraków), *Alendronat Arrow* (Ratiopharm), *Biosten* (Polfarmex) i *Ostemax 10* (Polpharma). Zarejestrowane są także dwa leki w dawce 5 mg, ale nie zostały wprowadzone do obrotu: *Biosten* (Polfarmex) i *Fosamax* (Merck Sharp & Dohme).

Acidum alendronicum → tabela NOWOŚCI NA RYNKU

Acidum ibandronicum → tabela NOWOŚCI NA RYNKU

N – UKŁAD NERWOWY

N02 – Leki przeciwbólowe; **N02C** – Preparaty przeciwmigrenowe; **N02CC** – Selektyni agonści serotoniny (5HT₁)

Sumatriptanum → tabela NOWOŚCI NA RYNKU

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

Lamotriginum: *Lamotrigine Teva* to 23. zarejestrowana w Polsce marka lamotryginy. Na rynek zostało wprowadzonych 9 leków: *Danoptin* (Pliva Kraków), *Epilactal* (Polpharma), *Lamilept* (Ivax), *Lamitrin* (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), *Lamotrigine Ratiopharm*, *LamotriHexal* (Hexal), *Lamotrix* (Biovena Pharma), *Plexxo* (Desitin) i *Trignet* (Krka). Nie pojawiły się jeszcze w obrocie: *Epiral* (Zentiva), *Epitrigine* (Actavis), *Lameptil* (Sandoz), *Lamia* (Genexo), *Lamistad* (Stada), *LamoMerck* (Generics), *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: *TopiLek* (Lek) w pięciu dawkach to 4. zarejestrowana marka topiramatu, a 3. lek generyczny. Na rynku znajduje się lek oryginalny *Topamax* (Janssen-Cilag) i od grudnia 2006 *Topiramat-Ratiopharm*. Nie został jeszcze wprowadzony do sprzedaży preparat *Epiramat* (Farmacom), zarejestrowany w grudniu 2006.

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

Rotigotinum → tabela NOWOŚCI NA RYNKU

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

Risperidonum: zarejestrowano 3 nowe marki: *Rispimed* (Regiomedica), *Risperatio Oro* (Norpharm Regulatory Services) i *Rispofren* (Biofarm) – w sumie zarejestrowane są 23 marki rysperydonu. Preparat *Risperatio Oro* to 4. rejestracja rysperydonu w postaci tabletek ulegających rozpadowi w jamie ustnej, ale żaden z leków o tej postaci nie pojawił się jeszcze w sprzedaży. Na rynku znajduje się 14 preparatów doustnych jednodawkowych: *Mepharis* (Mepha), *Rispen* (Zentiva), *Risperatio* (Ratiopharm), *Rispolept* (Janssen-Cilag; lek oryginalny), *Rispolux* (Sandoz), *Risset* (Farmacom), *Ryspolit* (Actavis), *Speridan* (Actavis), od kwietnia 2006 *Risperon* (Lekam), od czerwca 2006 *Risperiwin* (Winthrop Medicaments), od sierpnia 2006 *Lioxam* (Grünenthal), od stycznia 2007 *Ziperid* (ICN Polfa Rzeszów) i od marca 2007 *Disaperid* (Polon) i *Nodir* (Polfarmex). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: *Doresol* (Jelfa), *Rilept* (Galena), *Rileptid* (Egis), *Risnia* (Cipla), *Risperidon Tad* (Tad Pharma) i *Torendo* (Norpharm Regulatory Services).

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

Zolpidemum → tabela NOWOŚCI NA RYNKU

Zopiclonum: *Zopitin* (Vitalans) to dziewiąta zarejestrowana marka zopiklonu. Do sprzedaży zostały wprowadzone cztery leki: *Imovane* (Aventis Pharma; lek oryginalny), *Zopiclon* (Slovakofarma), *Zopiratio* (Ratiopharm) i od czerwca 2006 *Dobroson* (Stada). Nie pojawiły się jeszcze na rynku cztery preparaty zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004: *Senacon* (Polfarmex), *Senzop* (Jelfa), *Somnol* (Grindex) i *Zopix* (Expfarm).

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

Citalopramum: *Citalopram Teva*

to 16. zarejestrowany preparat citalopramu. Na rynku jest obecnych siedem leków: Aurex (Hexal), Cilon (Sandoz), Cipramil (Lundbeck; lek oryginalny), Cital (Biovena Pharma), Citaratio (Ratiopharm) i wprowadzone w maju 2006 Citaxin (Pliva Kraków) oraz Oropam (Actavis). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Citabax (Ranbaxy), Citalec (Zentiva), Citalopram Egis, Citalopram-Ratiopharm, Citalostad (Stada), Citronil (Orion; zarejestrowany w styczniu 2007, lecz nie uwzględniony w Biuletynie Informacji Publicznej Urzędu Rejestracji), Pram (Gerot) i Starcitin 10 mg (Pliva Kraków).

Paroxetine: Winparox (Winthrop Medicaments) i Serestill (ITF Pharma) to odpowiednio 10. i 11. zarejestrowana marka paroksetyny, przy czym preparat Serestill to nowa postać i dawka: krople 10 mg/ml. Na rynku jest obecnych sześć preparatów: Paxeratio (Ratiopharm), Paxtin

(Hexal), Rexetin (Gedeon Richter), Seroxat (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), od października 2006 Paro-Merck (Generics) i od listopada 2006 Xetanor (Actavis). Natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek Apo-Parox (Apotex), Deprozol (Pliva Kraków) i ParoxiHexal (Hexal).

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

Betahistinum: Vestibo (Actavis) to 6. zarejestrowana marka betahistyny. Na rynku dostępne są trzy leki: Betaserc (Solvay), Histimerck (Generics) i Microser (Formenti). Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty Neatin (Jelfa) i Vertex (Farma Projekt)

R – UKŁAD ODDECHOWY

R05 – Leki stosowane w kaszlu i przeziębieniach; R05X – Inne pre-

paraty złożone stosowane w przeziębieniach

Ibuprofenum + pseudoephedrinum → tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

S – NARZĄDY ZMYŚLÓW

S01 – Leki okulistyczne; S01E – Leki przeciw jaskrze i zwężające źrenicę; **S01ED** – Leki blokujące receptory β-adrenergiczne; **S01ED51** – Timolol, preparaty złożone

Brimonidinum + timololum → 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 lutym 2007 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 15 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A04AA	Ondansetronum	OndaLek	Lek, Stryków	PL 03.2006 Ondantor zm. 11.2006 OndaLek
A07AA	Rifaximinum	Xifaxan	Alfa Wassermann	PL 04.2004 Normix zm. 07.2006 Xifaxan
C09AA	Ramiprilum	Vivace	Actavis	PL 06.2006
C10AA	Atorvastatinum	Atrox	Biofarm	PL 04.2004
G03CA	Estriolum + Lactobacillus acidophilus	Gynoflor	Merck	PL 04.2004
J01FA	Azithromycinum	Nobaxin	Lekam	PL 04.2004
M01AC	Meloxicamum	Lormed	Pro.Med	PL 03.2006
M05BA	Acidum alendronicum	Alendromax	Arrow Generics	PL 07.2006
M05BA	Acidum ibandronicum	Bondronat	Roche	UE 10.2003
N02CC	Sumatriptanum	Cinie	Zentiva	PL 09.2006
N04BC	Rotigotinum	Neupro	Schwarz Pharma	UE 02.2006
N05CF	Zolpidemum	Onirex	Orion	PL 04.2006 Eanox zm. 11.2006 Onirex
N05CF	Zolpidemum	Zolpigen	Generics	PL 09.2005
R05X	Ibuprofenum + pseudoephedrinum	Ibum Extra	Hasco-Lek	PL 04.2004
S01ED51	Brimonidinum + timololum	Combigan	Allergan	PL 02.2006

Fitoterapia w otyłości



Celem artykułu jest zwrócenie uwagi na coraz częściej występujące problemy z masą ciała wśród naszego społeczeństwa i związane z tym zagrożenia zdrowotne, a także na możliwość zastosowania substancji roślinnych dla kontroli nadwagi i otyłości. Pamiętajmy, że dbając o masę ciała, unikniemy wielu poważnych schorzeń.

Postęp cywilizacyjny prócz wielu dobrodziejstw, niesie za sobą także i liczne niebezpieczeństwa. Jednym z nich jest nadwaga i otyłość. Coraz częściej zdajemy sobie sprawę, że nasz tryb życia przyczynia się do wzrostu masy naszego ciała. Kontrola masy ciała przestaje być tylko modnym stylem, a zaczyna być koniecznością.

Wg definicji WHO **otyłość jest przewlekłą chorobą** spowodowaną nadmierną podażą energii zawartej w pokarmach w stosunku do zapotrzebowania organizmu, skutkiem czego jest magazynowanie jej nadmiaru w postaci tkanki tłuszczowej. Na świecie z roku na rok przybywa osób otyłych.

Jako przyczyny otyłości wymienia się często: **czynniki dziedziczne** – w rodzinach występują predyspozycje genetyczne do otyłości, u 70% otyłych przynajmniej jedno z rodziców było otyłe. **czynniki fizjologiczne** – odczuwanie głodu lub sytości znajduje się pod kontrolą ośrodkowego układu nerwowego (głównie podwzgórza), zaś apetyt regulowany jest wielkością posiłków, częstością ich spożywania i składem. **czynniki psychologiczne** – u niektórych osób ciągła skłonność do przyjmowania pokarmów jest formą uzależnienia, (utrata kontroli nad zjedzeniem). Zaspokajanie „głodu” może także reakcją na stres. **Styl życia** – otyłość jest pochodną spożywania nadmiaru tłuszczu w pokarmach przy zbyt małej aktywności ruchowej. Należy zwrócić uwagę, że nadmierne spożywanie alkoholu prowadzi również do zwiększone-

go dostarczania energii organizmowi, tzw. „puste kalorie”.

KIEDY NALEŻY ZACZAĆ SIĘ MARTWIĆ?

O otyłości możemy mówić, jeżeli tkanka tłuszczowa stanowi więcej niż 20% całkowitej masy ciała mężczyzn i 25% u kobiet. Metody pomiaru otyłości są różne, najczęściej stosuje się: wskaźnik masy ciała (BMI – Body Mass Index), wskaźnik WHR (waist-hip ratio), pomiar grubości tkanki podskórnej, elektroniczny pomiar procentowej zawartości tkanki tłuszczowej, czy też pomiar obwodów: ramienia, uda, bioder, brzucha. Najczęstszymi metodami są BMI i WHR.

Wskaźnik masy ciała (BMI) jest to współczynnik powstały przez podzielenie masy ciała podanej w ki-

logramach przez kwadrat wysokości podanej w metrach:

$$\text{BMI} = \frac{\text{masa [kg]}}{\text{wzrost}^2 [\text{m}^2]}$$

Według norm przyjętych przez WHO dla osoby dorosłej, BMI wskazuje na:

- 15 - wygłodzenie,
- 15,1 - 17,4 - wychudzenie,
- 17,5 - 18,5 – niedowaga,
- 18,5-24,9 - wartość prawidłowa,
- ≥ 25 – nadwaga,
- 25,0-29,9 - okres przed otyłością – otyłość,
- 30,0-34,9 I stopień otyłości,
- 35,0-39,9 II stopień otyłości,
- $\geq 40,0$ III stopień otyłości (otyłość kliniczna).

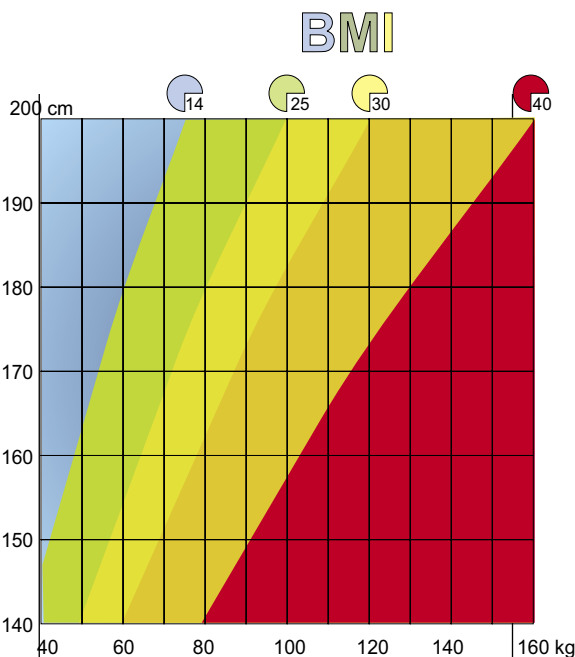
Wskaźnik ten nie jest miarodajny dla: kobiet w ciąży, sportowców oraz osób o rozbudowanej tkance mięśniowej, dorastających dzieci oraz osób w starszym wieku.

Z typem otyłości związany jest współczynnik WHR, określa on odkładanie się tkanki tłuszczowej:

$$\text{WHR} = \frac{\text{obwód talii}}{\text{obwód okolicy krętarżowej}}$$

Na podstawie tego parametru możemy określić typ otyłości:

- ✓ **otyłość brzuszna (wiscelarna)** – typ „jabłko” – wskaźnik WHR jest równy lub większy od: 0.8 dla kobiet; 1.0 dla mężczyzn,
- ✓ **otyłość udowo-pośladkowa** – typ „gruszka” – występuje gdy wartość wskaźnika WHR jest poniżej 0.8 dla kobiet i 1.0 dla mężczyzn.



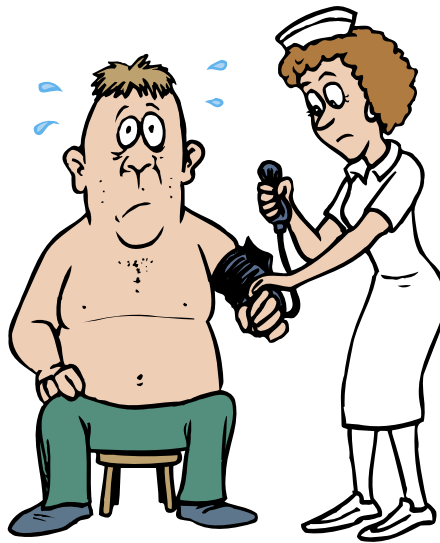
CO GROZI OSOBOM OTYŁYM

Otyłość jest związana z częstszym występowaniem następujących schorzeń:

- ✓ **cukrzyca typu II** – 80-90% pacjentów stanowią osoby otyłe – spadek wagi nawet o 5-10% prowadzi do obniżenia cukru we krwi i pozwala zmniejszyć dawki leków przeciwcukrzycowych, w tym insuliny,
- ✓ **nadciśnienie tętnicze** – wzrost masy ciała o 20% powoduje ośmiokrotny wzrost częstości występowania nadciśnienia,
- ✓ **hiperlipidemia** – stosunek pomiędzy „dobrym” HDL a „złym” LDL-cholesterolem jest niekorzystny u osób otyłych,
- ✓ **udar mózgowy i niewydolność serca** – ryzyko jego wystąpienia u osób otyłych jest dwukrotnie większe,
- ✓ **choroba niedokrwienna serca (choroba wieńcowa)** – prawdopodobieństwo, że osoba otyła będzie miała chorobę wieńcową, jest 1,5 raza większe niż u osób z prawidłową wagą,
- ✓ **kamica pęcherzyka żółciowego** – u osób otyłych występuje sześciokrotnie częściej niż u szczupłych,
- ✓ **zmiany zwyrodnieniowe stawów** – stawy podlegające nadmiernym obciążeniom szybciej ulegają uszkodzeniu, co prowadzi do zespołów bólowych, np. kręgosłupa, stawów kolanowych,
- ✓ **nowotwory** – u otyłych, częściej niż u szczupłych, występują nowotwory macicy, sutka, pęcherzyka żółciowego, jelita grubego, prostaty,
- ✓ **zaburzenia oddychania w czasie snu** – objawiające się m.in. zespołem hipowentylacji bądź bezdechu sennego,
- ✓ **żylaki kończyn dolnych** – u osób otyłych gorsze są warunki odpływu krwi z kończyn dolnych – pro-

wadzi to do nadmiernego wypełnienia krwią żył a w konsekwencji – do powstawania żylaków,

- ✓ **zaburzenia hormonalne i powikłania ciąży** – częściej występują otyłych kobiet,
- ✓ **zespół X (nazywany zespołem polimetabolicznym)** – zespół ogólnoustrojowych zaburzeń, na który składają się: otyłość wisceralna, upośledzona tolerancja glukozy, oporność na insulinę, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia lipidowe, choroba niedo-



krwienna serca, dna moczanowa.

W walce z nadwagą i otyłością z pomocą przychodzą nam substancje roślinne, które w różny sposób pomagają nam kontrolować masę ciała. Ważną grupę preparatów o działaniu odchudzającym stanowią produkty zawierające **błonnik**, który stanowi element substancji ścian komórkowych roślin nie trawionych i nie wchłanianych w przewodzie pokarmowym człowieka. Jest to mieszanina substancji o charakterze polisacharydowym (celuloza, hemicelulozy, pektyny, gumy, śluzy) i niepolisacharydowym (ligniny). Błonnik pomaga w walce z nadwagą, gdyż wchłaniając wodę, pęcznieje i wypełnia żołądek, zmniejszając uczucie głodu, a także opóźnia moment, w którym pożywienie opuszcza żołądek.

Wyróżnia się dwie kategorie błonnika:

- **rozpuszczalny** (łatwo trawiony w przewodzie pokarmowym), do którego zalicza się:

- **pektyny** (poliuronidy) - związki o właściwościach żelujących i powlekających, występują one w wielu owocach i warzywach (np. korzeń marchwi, skórki jabłek) – hamują wchłanianie glukozy z przewodu pokarmowego, powlekając śluzówkę jelita cienkiego; działają także łagodnie przeczyszczająco, zmniejszając czas kontaktu treści pokarmowej ze ścianą jelita i wchłanianie zawartych w niej składników wysokokalorycznych., np. lipidów; pektyny zawarte w skórkach jabłek,
- **gumy** – pozyskiwane często z nasion roślin strączkowych, np. guma guar; obniżają poziom glukozy w osoczu krwi, hamując jej wchłanianie w przewodzie pokarmowym,
- **śluzy** – zmniejszają czas kontaktu energetycznych składników pokarmowych (lipidów, cukrów) ze ścianą jelita, hamując ich wchłanianie do krwiobiegu; jako hydrofilne koloidy, pęcznieją w przewodzie pokarmowym, znośząc uczucie głodu,
- **nierozpuszczalny:**
 - **celuloza** – podstawowy składnik polisacharydowy **włókn roślinnych**, który z uwagi na specyficzne wiązania β-glikozydowe nie jest trawiony przez enzymy bakterii jelita grubego;
 - **hemiceluloza** – występuje w dużej ilości w otrębach i nasionach zbóż,
 - **włókna ksantanowe** – ksantan jest naturalnym polisacharydem otrzymywanym w wyniku fermentacji glukozy przez bakterie *Xantomonas campestris*.

OSTROŻNIE Z BŁONNIKIEM

Dostarczenie organizmowi dużej dawki błonnika może wywołać wzdęcia i bóle brzucha. Dotyczy to zwłaszcza roślin strączkowych. U niektórych osób produkty zawierające dużo błonnika, szczególnie pszenne, mogą podrażnić żołądek. Ważnym zagadnieniem jest także ilość wody w organizmie człowieka. Błonnik w jelicie grubym wchłania wodę, nadmierne spożywanie bez ▶

► obfitego popijania wodą może prowadzić do zaparcia, dlatego ważne jest aby dostarczać organizmowi przynajmniej dwa litry wody dziennie.

W Polsce spożycie błonnika kształtuje się na poziomie ok. 15 g dziennie. WHO zaleca spożywanie 20-40 g błonnika dziennie.

Innym mechanizmem działania charakteryzują się preparaty przyspieszające przemianę materii, w skład których wchodzi metyloksantyny, morskocyn, fosforany, L-karnityna. Substancje te wspomagają odchudzanie poprzez stymulowanie metabolizmu komórkowego.

METYLOKSANTYNY

Grupa ta obejmuje substancje roślinne, w składzie których występują alkaloidy purynowe (metyloksantyny): kofeina, teobromina i teofilina. Do tej grupy zaliczamy: nasienie kawy (*Coffeae semen*), liść herbaty (*Theae folium*), nasienie kakaowca (*Cacao semen*), zarodek kola (*Cola embry*), liść ostrokrzewu paragwajskiego (*Mate folium*), guarana – (*Pasta Guarana*).

Metyloksantyny nasilają przemianę materii poprzez działanie lipolityczne i glikogenolityczne. Pewne znaczenie dla procesu redukcji masy ciała u osób otyłych może mieć także uwalnianie tzw. wody tkankowej i z tym związane działanie moczopędne tej grupy związków.

PREPARATY ZAWIERAJĄCE SUROWCE O DZIAŁANIU PRZECZYSZCZAJĄCYM I MOCZOPĘDNYM.

W składzie bardzo wielu preparatów stosowanych w terapii otyłości spotyka się związki o działaniu przeczyszczającym, stanowiące środki osmotycznie czynne, pęczniące i poślizgowe czy oddziaływujące na struktury receptorowe jelita grubego (środki kontaktowe, zawierające antrapochnie). Należy nadmienić, że w przypadku terapii otyłości środki przeczyszczające hamują wchłanianie wysokoenergetycznych składników pokarmowych w jelitach, zwiększając pasaż, a tym samym zmniejszając czas kontaktu składników pokarmo-

wych ze śluzówką jelita. Niektóre z nich (np. składniki polisacharydowe) wiążą także lipidy i cholesterol w przewodzie pokarmowym, osłabiając ich wchłanianie.

Wspomagająco w procesie odchudzania mogą także działać inne składniki roślinne (flawonoidy, saponiny, kumaryny, olejki eteryczne, metyloksantyny), zwiększające proces diurezy w nerce i obniżające tym samym zawartość wody w ustroju. Efektem tego jest pewna redukcja masy ciała oraz zahamowanie tempa procesów anabolicznych w organizmie (np. synteza lipidów), w których woda jest niezbędnym czynnikiem.

Do grupy substancji roślinnych o działaniu moczopędnym, najczęściej stosowanych w preparatach odchudzających należą: liść brzozy (*Betulae folium*), ziele skrzypu (*Equiseti herba*), ziele fiołka trójbarwnego (*Viola tricoloris herba*), ziele pokrzywy (*Urticae herba*), ziele i korzeń mniszka (*Taraxaci radix et herba*), kłącze perzu (*Agropyri rhizoma*), korzeń lubczyka (*Levistici radix*).

Kolejną ważną grupą substancji leczniczych są **antrazwiązki**. Glikozydy antrazwiązków docierają w formie niezmienionej do jelita grubego, a tam ulegają deglikozytacji i redukcji pod wpływem enzymów bakteryjnych. W ten sposób powstają biologicznie czynne metabolity - antrony – których działanie jest oparte na zahamowaniu absorpcji wody i elektrolitów z jelita grubego. To powoduje zwiększenie objętości mas kałowych, które wywierając nacisk na ścianę jelita, stymulują, za pośrednictwem autonomicznego układu nerwowego, propulsyjne (podłużne) skurcze jelita, zaś hamują skurcze poprzeczne (stacjonarne). W ten sposób pasaż treści jelitowej zostaje w znacznym stopniu przyspieszony. Dodatkowo antrony pobudzają aktywny transport jonów chlorkowych oraz wody do światła jelita, przyczyniając się tym samym do rozrzedzenia mas kałowych i uformowania miękkiego stolca. Antrazwiązki najczęściej występują w substancjach roślinnych: liść i owoc senesu (*Sennae folium et fructus*), korzeń rzewienia (*Rhei radix*),

kora kruszyny (*Frangulae cortex*), Alona (*Aloe*), kora szakłaku amerykańskiego (*Rhamni purshinae cortex*).

NADUŻYWANIE SUBSTANCJI ANTRANOIDOWYCH

Długotrwałe nadużywanie leków antranoidowych może stwarzać potencjalne ryzyko uzależnienia się od ich stosowania, co jest szczególnie groźne u osób starszych. Kontaktowe środki przeczyszczające powodują (w odróżnieniu od naturalnego odruchu defekacyjnego) opróżnienie całej zawartości jelita grubego. Z tego względu, następne, fizjologiczne wypróżnienie będzie wymagało znacznie dłuższego odstępu czasu. Fakt ten nie zawsze uświadamiają sobie osoby cierpiące na zaparcia, dlatego często, nie czekając, zażywają kolejną dawkę środka przeczyszczającego. Długotrwałe stosowanie antrazwiązków powoduje znaczącą utratę zkałjonów sodowych, potasowych i wody. Organizm zaczyna wówczas wytwarzać większe ilości aldosteronu w korze nadnerczy, skutkiem czego zwiększa się resorpcja jonów sodowych i wody w nerkach. Działanie aldosteronu wiąże się także z nasileniem utraty potasu z moczem. Skutkiem tych zjawisk jest znaczące zubożenie organizmu w jony potasowe (hipokaliemia), wywołująca atonię jelit (osłabienie kurczliwości mięśni gładkich jelita), sprzyjającą zaparciu.

Przy długotrwałym stosowaniu środków przeczyszczających zanika możliwość pojawienia się naturalnych odruchów defekacyjnych – wypróżnienia regulowane są sztucznie na drodze farmakologicznej. Powstaje więc „syndrom jelita leniwego”, mogący doprowadzić do ostrej hipokaliemii i poważnych zaburzeń rytmu serca. Należy też pamiętać, że związki antranoidowe nie powinny być stosowane dłużej niż dwa tygodnie, a także nie są zalecane dla kobiet w ciąży i okresie laktacji oraz dzieci poniżej 12. roku życia. ■

dr n. farm. Tomasz Baj
Katedra i Zakład Farmakognozji
z Pracownią Roślin Leczniczych
AM w Lublinie

Rozmyślania pacjenta

Aptekarz – ostatnia instancja

Coraz częściej jestem zachęcany do samoleczenia. Coraz częściej też, w miarę upływu lat, jestem gościem polskich aptek. Zostawiam tam niemałe pieniądze, czy to dla siebie, czy rodziny i zastanawiam się, czy moje apteczne zakupy w całości mają sens. Moim doradcą jest na ogół obawa przed utratą zdrowia, trochę życiowego doświadczenia, coraz bardziej natrętna reklama i jako ostatnia instancja – aptekarz. On bowiem ma najczęściej ostatnie zdanie co do trafności wyboru leku.

W aptecce ludzie weryfikują swoje informacje i wyobrażenia o lekach. W dobie wszechwładnej, natrętnej reklamy nie może być inaczej. Wszak, na szczęście, każdy slogan reklamowy w swej końcowej części odwołuje się do wiedzy i mądrości aptekarzy i lekarzy.

Współczesny rynek leków, materiałów medycznych, parafarmaceutyków i innych środków mających wpływ na nasze zdrowie i samopoczucie z roku na rok rozszerza się. Znacząca część tego segmentu znajduje się w wolnym obrocie gospodarczym. Proszki przeciwbólowe i inne tego typu leki kupuje się w stacjach benzynowych i w kioskach. Sklepy z parafarmaceutykami prowadzą niefachowcy, a niemala część rynku leków, to sprzedaż z ręki do ręki, po znajomości, często bez rozeznania, co do skutków użycia danego preparatu.

Chorzy, potrzebujący pomocy ludzie, gotowi są zapłacić każde pieniądze za wyleczenie czy choćby chwilową ulgę w cierpieniach. To tworzy szerokie pole, chyba nie do końca opisanych relacji wzajemnych pomiędzy pacjentem, lekarzem a producentem i dystrybutorem leków. Występują tutaj w pełnym wymiarze wzajemne relacje ze sfery etyki i ekonomii przypisanej do wolnego rynku.

Każdego dnia tysiące chorych ludzi odchodzą w Polsce i nie tylko, od aptecznych lad, bo ich po prostu nie stać na zakupienie często ratujących życie środków. Szczególnie niepokojące są tutaj informacje o wielkich dochodach koncernów farmaceutycznych, które na tle ogromu ludzkiego cierpienia każą zastanowić się nad sensem pięknie i przekonywająco brzmiących sloganów, jakie płyną z reklam kolejnych, nowych leków.

Pójście do apteki i zakup leku nie jest, wbrew pozorom, prostą sprawą. O ile nie mam w tych sprawach zaufania do siebie (brak wiedzy), do natrętnej reklamy (rynkowe slogany bez treści), to wierzę w wiedzę i normy etyczne aptekarzy, którzy traktują swą rolę w aptece jako misję, a nie prostą wymianę towaru na środki płatnicze.

Co prawda, rynek zdominował znaczną część naszych zachowań, ale pozostał, w co wierzę, jeszcze wielki margines uczciwości i miejsca na takie zachowania, jak współczucie dla cierpiących i wiara w ludzką solidarność.

Andrzej Ziemiński



POZNAŃ

www.mloda.farmacja.pl

Naukowa rywalizacja młodych farmaceutów

Aż miło patrzeć, z jaką ochotą i rozmachem studenci Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu przygotowują II Ogólnopolski Kongres Młodych Farmaceutów, który odbędzie się w Poznaniu w dniach 13-15 czerwca 2007 roku.

Ramy kongresu obejmują trzy części: konkursową, wykładową oraz warsztatową. Głównym nurtem kongresu będzie publiczna prezentacja i poddanie pod ocenę prac naukowych będących dorobkiem młodych farmaceutów. W tej swoistej rywalizacji udział weźmie 26 osób reprezentujących uczelnie medyczne z całego kraju.

Przedsięwzięciu patronuje dziekan Wydziału Farmaceutycznego poznańskiego Uniwersytetu Medycznego, profesor Edmund Grześkowiak.

Zbigniew Solarz

**KARSTULAN
METALLIOY****KOMORY LAMINARNE**

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

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

**NAJWYŻSZA JAKOŚĆ
ATRAKCYJNA CENA**



LAMIL

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 METALLIOY 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 miesiące gwarancji**

Wyłączny 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

Pan z apteki

W cisze niedzielnego popołudnia wdarł się sygnał dzwoniącej komórki. - Nie odbieram - zdecydowałam, wtulona w śpiącego na kanapie kota. Komórka umilkła. Ufff! Jak miło! Po kilku sekundach ponownie zadzwoniła. Tym razem jakby bardziej natarczywie. No tak, wszyscy znajomi zjedli obiad i ktoś sobie nagle o mnie przypomniał. Widać znów nie działa jakiś komputer, albo wirus spustoszył komuś twardy dysk.

Oburzony kot wstał, przeciągnął grzbiet i ze wstremem popatrzył na mnie: czemu ta baba nie odbierze telefonu, spać nie można, uszy puchną! Zanim się ponownie ułożyłam na słonecznej plamie, piskliwy sygnał zwiastował nadejście sms-a. Uparciu-szek! - pomyślałam podnosząc się z kanapy.

W poczcie głosowej miły, lecz zdenerwowany mężczyzna przedstawił się, że jest kierownikiem apteki w "Arkadii" i bardzo prosi o pilny kontakt - i tu numer telefonu, dziękuję, do widzenia.

A co ja mam wspólnego z apteką w "Arkadii"? Bardzo dawno temu realizowałam tam receptę... I skąd ten człowiek zna mój numer? Trzeba to wyjaśnić. Zadzwoniłam, I... zdebiatałam. Farmaceuta poszukiwał pilnie kontaktu z moim Ojcem. Jak się okazało, PAN Z APTEKI (nie znam imienia ani nazwiska) w niedzielne popołudnie przeglądając recepty, trafił na te, które ostatnio realizowali moi rodzice. Chciał ostrzec, żeby Tata nie zażywał dwóch przepisanych leków jednocześnie. Lekarz w swojej niefrasobliwości wypisał dwa preparaty wykluczające się nawzajem. Nie poinformował również Taty, czym takie postępowanie może grozić. (Swoją drogą siedemdziesięcioletni mężczyzna, po trzech zawałtach mógłby być otoczony staranniejszą opieką lekarską). Spokojnie wyjaśniłam PANU Z APTEKI, że nad podawaniem lekarstw mojemu Ojcu czuwa Mama, i tak naprawdę nie poda nic, zanim dokładnie nie przeczyta ulotki. Podałam jednak numer telefonu do rodziców, bo w końcu autorytet lekarza może się okazać silniejszy od słowa pisanego. Po kilku minutach ten sam Pan zadzwonił do mnie, ale głos miał już znacznie radośniejszy. Tata na szczęście nie dostał jeszcze tych dwóch leków razem. PAN Z APTEKI uratował mi w ten sposób zdrowie, a być może i życie.

Znam tego aptekarza, bo najczęściej właśnie w "Arkadii" realizuje recepty. Wielokrotnie ratował mi skórę wydając tanisze zamienniki za niebotycznie drogie leki. Pomagał, kiedy potrzebowałam doraźnie lekarstw, radził jak wykaraskać się z anemii. Miły, sympatyczny, rzeczowy i z pewnością kochający swój zawód. To nie jest człowiek, którego praca zamyka się w osmiu godzinach przewidzianych w kodeksie pracy, dla którego pacjent jest bezosobowy. Dla Niego nie było problemem zdobycie numeru telefonu. Chodziło przecież o ludzkie życie. I tu nasuwa się pytanie. Dlaczego rzetelność zawodowa, bardzo rzadko spotykana w tych czasach, to cecha tak niewielu osób? Tu nie wystarczy przyklejony do twarzy uśmiech i drżące pytanie, które słyszymy po przekroczeniu progu niemal każdego sklepu: W czym mogę pomóc? Ten człowiek pomaga i nie oczekuje wdzięczności. Na pytanie dlaczego tak postępuje? - odpowiedział - Bo uważam to za swój moralny obowiązek.



Panie magistrze, dziękuję.

Elżbieta Górecka
Warszawa

Konferencja Aptek Szpitalnych w Spale

W dniach 20-21 kwietnia Centralny Ośrodek Sportu w Spale k/Tomaszowa Mazowieckiego należał do farmaceutów „szpitalnych”, którzy uczestniczyli w I Wojewódzkiej Konferencji Aptek Szpitalnych zorganizowanej przez Okręgową Izbę Aptekarską w Łodzi.

Program spotkania poruszał wiele zagadnień dotyczących działalności aptek szpitalnych, ich roli i zadań w ciągle zmieniającej się rzeczywistości, zarówno legislacyjnej, jak też sytuacji poszczególnych placówek. Ciekawą inicjatywą organizatorów było zaproszenie nie tylko samych farmaceutów, bo ci problemy znają, ale także dyrektorów szpitali, którzy mogli wysłuchać wykładów i dyskusji o standardach aptek szpitalnych. Niemniej jednak w kulisach dało się słyszeć rzeczowe rozmowy pomiędzy uczestnikami świadczące o tym, że i jedna, i druga strona doskonale się rozumieją i chcieliby wprowadzać zmiany na lepsze. Obradom konferencji przysłuchiwali się m.in. minister Zbigniew Niewójt, mgr Romuald Boguszewski, Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny w Łodzi, który przybył ze znakomitą reprezentacją inspektorów farmaceutycznych. Na sali obecny był także dr n. med. Grzegorz Krzyżanowski, prezes Okręgowej Rady Lekarskiej oraz Paweł Paczkowski, dyrektor łódzkiego oddziału NFZ. Obecność gości nie miała charakteru kurtuazyjno – oficjalnego. Byli aktywnymi uczestnikami spotkania włączającymi się do dyskusji, co dowodzi, że zagadnienia związane z farmacją szpitalną mają wymiar wykraczający poza ramy aptek.

Wśród prelegentów zaproszonych na konferencję była mgr farm. Janina Pawłowska – koordynator Departamentu Aptek Szpitalnych NRA, która przedstawiła zagadnienie gospodarki lekiem w szpitalu. W okresie szukania oszczędności jest to ważny temat dotyczący wszyst-

kich, bez wyjątku aptek szpitalnych. Gospodarowanie lekiem należy do farmaceutów pracujących w szpitalu. Niekiedy jest to zadanie ponad siły, gdyż bywa, że całą obsadę apteki szpitalnej stanowi jeden magister farmacji. Apteki szpitalne stoją przed problemem wprowadzenia jednolitych procedur gospodarką lekiem. Z racjonalnością farmakoterapii związany był wykład prof. dr hab. n. med. Barbary Filipek z CM UJ, przedstawiający nowe wytyczne w leczeniu choroby niedokrwiennej serca, nadciśnienia tętniczego i cukrzycy, czyli chorób najczęściej nękających nasze społeczeństwo i przysparzających w związku z tym szpitalom dość sporych wydatków. Często zdarza się w praktyce, że konieczna jest szybka informacja o leku, jego działaniach, tych pożądanym, jak też i interakcjach. Odwołujemy się wówczas do nieodzownej w każdej aptece rzetelnej i szczegółowej baza danych. Tutaj z pomocą przychodzą nam często zasoby zgromadzone w internecie. Niestety, wszystkiego tam też nie znajdziemy. Wykład o nowoczesnych, choć niekiedy bardzo drogich, bazach i ich praktycznym wykorzystaniu przedstawił dr hab. n. farm. prof. UM w Łodzi Andrzej Stańczak. Wykład i możliwości, które mogą zaoferować bazy danych, były naprawdę imponujące.

Jednym z wybijających się wątków konferencji było zagadnienie odpowiedzialności prawnej i finansowej dyrektora publicznej jednostki służby zdrowia w zakresie zakupu produktów leczniczych, materiałów medycznych i preparatów biobójczych w ramach

udzielanych przez jednostkę zamówień publicznych oraz wzajemne relacje w tym zakresie z kierownikiem apteki szpitalnej oraz innymi pracownikami szpitala. Wykład omawiający to zagadnienie wygłosił mecenas Radosław Harasim, który wskazał na większość „niespodzianek”, jakie mogą wynikać z nieznajomości lub błędnej interpretacji prawa. Jak wynikało z liczby pytań, był to temat, który mógłby być kontynuowany jeszcze przynajmniej przez cały następny dzień. Farmaceuci szpitalni w bardzo wielu przypadkach biorą na siebie ogromną odpowiedzialność związaną z zamówieniami publicznymi, często jest to zadanie wykraczające poza ich wiedzę. Kierownik apteki w strukturze organizacyjnej jednostki publicznej służby zdrowia może występować jako osoba odpowiedzialna za opis przedmiotu zamówienia, jako przewodniczący komisji przetargowej lub jej członek i w końcu jako osoba odpowiedzialna za kontrolę prawidłowej realizacji umowy zawartej w ramach udzielonego zamówienia publicznego. Aby uniknąć ponoszenia nadmiernej lub nieuzasadnionej odpowiedzialności, kierownik apteki winien zabiegać u kierownika jednostki o precyzyjne określenie zakresu obowiązków przy realizacji zamówień publicznych.

Spalskie spotkanie było istnym maratonem wiedzy. Wystarczy wspomnieć, że zakończenie pierwszego dnia przeciągnęło się ze względu na ożywioną wymianę zdań i opinii. Organizatorzy maksymalnie zapełnili tematami dwa dni konferencji.

Dostaję w prezencie dobre słowo

Rozmowa z magistrem farmacji Janem Harasimowiczem, artystą rzeźbiarzem i malarzem, mieszkańcem Strzelna, małej miejscowości na Palukach w województwie kujawsko-pomorskim.

– **Jakie drogi przywiodły Pana do Strzelna?**

– Urodziłem się w 1940 roku na Wileńszczyźnie. Strzelno jest moją „drugą Ojczyzną”. W roku 1959 powróciłem wraz z rodzicami do Polski. Osiedliliśmy się w Bydgoszczy. W 1971 roku jako świeżo upieczony farmaceuta przyjechałem do Strzelna. Gdy obejrzałem te tereny, byłem wręcz zafascynowany. Zaproponowano mi wówczas w Strzelnie mieszkanie i pracę w aptece „Pod Białym Orłem”. W późniejszych latach zbudowałem aptekę „Romańską”. Na jej zapleczu mieści się moja pracownia artystyczna.

– **Czy zaczynając tworzyć rzeźbił Pan i malował z myślą o tym, aby dzieła zobaczyły światło dzienne, czy tylko dla zaspokojenia ducha twórczego?**

– Już w dzieciństwie z kawałków korzeni tworzyłem moje pierwsze rzeź-

by. Mam naturę twórczą i żyję z nią w zgodzie. Rzeźba i rysunek są formami mojej artystycznej ekspresji. To moja pasja.

– **Co najczęściej jest treścią Pana prac?**

– Treścią moich prac jest przede wszystkim farmacja i medycyna, które zostały kiedyś sztucznie rozdzielone. Mając fantazję, widzę te mroczne pomieszczenia, pracującego w nich alchemika otoczonego mnóstwem różnych naczyń. Niejednokrotnie, dzięki panującemu tam bałaganowi, dochodziło do wielu epokowych odkryć. Staram się to odzwierciedlić w moich rzeźbach, płaskorzeźbach oraz w malarstwie. Tematem moich prac jest również martwa natura, a szczególnie zioła. Jest to wprost niewyczerpane źródło różnych pomysłów. Tak więc w moich pracach promuję i eksponuję farmację.

– **Liczne Pana prace znajdują się w muzeach i zbiorach prywatnych od Republiki Południowej Afryki przez Japonię oraz całą Europę.**

– Ostatnio mówiono o moich pracach w TV Polonia. Okazało się, że audycja dotarła do Kanady, a także na moją ukochaną Wileńszczyznę, o czym świadczą kartki i listy, które potem otrzymałem. Lekarze zabrali płaskorzeźbę o tematyce medycznej na Koło Podbiegunowe. Archeolog, prof. Stanisław Tabaczyński, wziął moje prace na wystawę do Paryża. Promuję nie tylko farmację, ale również „moje Strzelno”. Zdarzyło się na przykład, iż przyjechali do mnie turyści z Francji i złożyli zamówienie na płaskorzeźbę Zagłoby do „Pubu piwiarskiego”.



– **Jest Pan również autorem tablic pamiątkowych znanych postaci. Czy był Pan osobiście związany z którąś z tych osób?**

– U profesora Lecha Wichlińskiego zdawałem egzamin z farmacji aptecznej. Nie spodziewałem się, że będę miał zaszczyt rzeźbić Jego podobiznę. Byłem na Zjeździe w Katowicach, gdy dowiedziałem się o śmierci profesora. W tworzeniu tablicy pomogło mi bardzo to, iż znałem Pana profesora osobiście. Natomiast tablicę poświęconą profesorowi Lechowi Krówczyńskiemu rzeźbiłem tylko na podstawie zdjęcia.

– **Rzeźbił Pan również dla Jana Pawła II.**

– Wykonałem dla Papieża trzy płaskorzeźby. Pierwszą zabrali do Rzymu nauczyciele. Długo myślałem nad tematyką, ale Ojciec Święty był tak światłym człowiekiem, że za temat pracy wybrałem Strzelno romańskie. Potem wybierali się do Watykanu pszczelarze. Wykonałem wówczas panoramę polskiej wsi. Ostatni raz, gdy Jan Paweł II był w Bydgoszczy, Naczelna Izba Aptekarska zamówiła u mnie płaskorzeźbę. Stwierdziłem, że najlepszym wyborem będzie Kosma i Damian – patroni farmacji. Pracę wykonałem tak, iż w centralnym miejscu znajdowali się święci, a po



bokach małe płaskorzeźby przedstawiające wszystkie atrybuty ich zawodów. Niestety, nie miałem okazji osobiście poznać Ojca Świętego.

– **Jest Pan również autorem Statuetki Galena corocznie wręczanej przez Kapitułę wyróżnionym farmaceutom województwa kujawsko-pomorskiego. Co było inspiracją do powstania owej statuetki?**

– To było duże wyzwanie. Pomyślałem, iż spróbuję. Przystudiowałem wówczas "Historię farmacji" i zauważyłem, że na katedrze w Norymbardze jest wyrzeźbiona statuetka Galena z moździerzem w dłoni. Postać aptekarza była bardzo statyczna. Nie chcąc jej kopiować, stworzyłem rzeźbę ekspresyjną. Najpierw wykonałem modele z drewna, potem z gipsu, a następnie Kapituła wybrała jedną wersję, którą odlano z brązu. Mam wielką satysfakcję, że zostawię po sobie taką pamiątkę. Pragnę w tym miejscu dodać, iż dla biskupa Stanisława Gądeckiego wykonałem odlew pastorału w stylu romańskim. Odlew ten jest ze srebra i znajduje się w Poznaniu. Natomiast w Gnieźnie jest kolekcja moich prac o tematyce sakralnej darowana biskupom. Fotografie moich płaskorzeźb zdobią też okładki Biuletynu Informacyjnego Pomorsko-Kujawskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Aktywnie współpracuję też z sekcją Historii Farmacji Oddziału Bydgoskiego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

– **Jest Pan człowiekiem niezwykle uzdolnionym, a jednak wybrał Pan zawód farmaceuty. Dlaczego?**

– To nie był wybór przypadkowy. Bardzo lubiłem nauki przyrodnicze, interesowała mnie anatomia, botanika. W związku z tym ukończyłem w Bydgoszczy 2-letnie technikum farmaceutyczne. Jednak ambicja nie pozwalała mi stać w miejscu. Namówiłem kolegę z Inowrocławia i wspólnie pojechaliśmy na studia farmaceutyczne do Gdańska. Tam też otrzymaliśmy w 1971 roku dyplomy mgr. farmacji. Bardzo lubię mój zawód, skrywa on dużo tajemnic. Początki farmacji dali alchemicy, mnisi klasztorni. Będąc farmaceutą, czuję się potrzebny. Przychodzą do mnie pacjenci po różne porady, nie tylko z dziedziny farmacji. Dostają potem w prezencie: słoiczek miodu, kwiatki, dobre słowo.

Praca zawodowa jest drugim biegunem mojej życiowej aktywności. Myślę, że, na co dzień sprawdzam się jako farmaceuta i mam nadzieję przekazać młodemu pokoleniu, że farmacja jest „tradycją wielowiekową”. Szkolę wielu praktykantów, którym staram się też uświadomić, jak ważna jest historia farmacji. W pracy musimy pamiętać o etyce zawodu farmaceuty. Bardzo się cieszę, że w czasopiśmie aptekarskich porusza się takie sprawy, bo jak wiadomo – kropla draży skałę. Mam nadzieję zrobić jeszcze wiele dobrego dla zawodu aptekarza.

– **Dziękuję za rozmowę.**

Rozmawiała:
Grażyna Smolarek-Kamińska

Fotografie płaskorzeźb
z archiwum artysty

I Spotkanie Farmaceutów Artystów i Twórców Amatorów „SFATA – 2007”

Chcemy podziwiać Wasze dzieła. Pokażcie się!

Redakcja Aptekarza Polskiego z nieskrywaną radością prezentowała wiersze Anny Misiury-Lodygi farmaceutki ze Świekatowa, exlibrisy doktora farmacji Krzysztofa Kmiecica, obrazy magister Elżbiety Kamińskiej. W bieżącym numerze przedstawiamy Jana Harasimowicza, farmaceutę prowadzącego aptekę w Strzelnie. Na okładce pokazujemy płaskorzeźbę tego artysty.

Chcielibyśmy poznać i przedstawić jak największą grupę artystów i twórców wywodzących się z naszego środowiska zawodowego. Nadarza się znakomita okazja, która pomoże zrealizować te zamiary. Oto, w dniach 1–3 czerwca 2007 roku odbędzie się w Giżycku **I Spotkanie Farmaceutów Artystów i Twórców Amatorów „SFATA – 2007”**. Pobyt finansowany jest przez Naczelną Radę Aptekarską. Andrzej Wróbel – prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej zaprosił do udziału w tym spotkaniu „wszystkich farmaceutów malarzy, rysowników i grafików, poetów, rzeźbiarzy i muzyków, artystów wszelakich zamilowań oraz historyków, fotografików i dokumentalistów zdarzeń najnowszych... Jest to wspaniała okazja – uważa pan Prezes – aby podzielić się doświadczeniami, wzbogacić swoją wiedzę jak i również po prostu poznać się, gdyż, na co dzień nie byłoby to możliwe ze względu na charakter wykonywanego przez nas aptekarskiego zawodu. *Podstawowym celem tego przedsięwzięcia jest konsultacja i wypracowanie sposobu na eksponowanie oraz promowanie osiągnięć indywidualnych i zbiorowych naszych środowiskowych twórców”*.

Program SFATY – 2007 i inne informacje o tym spotkaniu są dostępne na stronie internetowej NIA (www.nia.org.pl).

Zbigniew Solarz



Trudne i długotrwałe leczenie żylaków

Schorzenia naczyń żylnych stanowią poważny problem kliniczny i społeczny. Dotykają dużą część społeczeństwa i znacząco obniżają jakość życia. Pomimo ogromnego postępu medycyny leczenie jest nadal trudne i długotrwałe.

Pacjenci borykają się z takimi dolegliwościami jak uczucie ciężkości i obrzmienie kończyn, świąd, mrowienie, nocne przykurcze. Objawy nasilają się wieczorem, a intensywny, rozpięający ból często uniemożliwia zaśnięcie. Postać zaawansowana, czyli przewlekła choroba żylna obejmuje nie tylko naczynia, ale także skórę i tkankę podskórną. Zmiany dermatologiczne pod postacią przebarwień, zapalenia wypryskowego, stwardnienia tłuszczowoskórnego czy owrzodzeń są źródłem dolegliwości fizycznych i ogromnego dyskomfortu psychicznego chorych.

Przy przeprowadzaniu wywiadu z pacjentem, który zgłasza się po poradę z dolegliwościami wskazującymi na zaburzenia krążenia kończyn dolnych warto zwrócić uwagę na fakt, iż leczenie hormonalne, palenie papierosów, długotrwała praca w pozycji stojącej lub siedzącej i otyłość to czynniki ryzyka chorób żył. Ponadto przewlekłe zaparcia również zwiększają ryzyko pojawienia się żylaków, ponieważ podwyższają ciśnienie wewnątrz jamy brzusznej podczas defekacji. Niestety również ciąża może być przyczyną pojawienia się kłopotów z krążeniem żylnym.

Porada powinna obejmować nie tylko zaproponowanie odpowiedniego preparatu, ale również wskazówki dotyczące trybu życia. Pacjentowi należy uświadomić, iż niezbędna jest umiarkowana aktywność fizyczna, która uruchomi pompę mięśniową i wymusi przepływ krwi. Odpowiednie są spacerowanie, jazda na rowerze czy pływanie. Zdrowe jest wchodzenie po schodach, chodzenie na bosaka po naturalnym podłożu oraz masaż stóp przy pomocy specjalnych wałeczków, czy nawet najprostsze ćwiczenia (np. stawanie na zmianę na palcach i pięcie). Niektórym pacjentom gorące kąpiele przynoszą chwilową ulgę, jednak żyły nie lubią wysokich temperatur (przeciwwskazane są sauna, opalanie, depilacja na gorąco, gorące kąpiele). Zabiegi te powodują rozsze-

zenie naczyń żylnych i zastój krwi. Nie służy im także nieodpowiednie obuwie (m.in. klapki, drewniane chodaki, buty na wysokim obcasie). Można zalecać „hartowanie żył” poprzez naprzemienny chłodno-ciepły prysznic, w którym strumień wody działa jak hydromasaż. W przypadku schorzeń żylnych zarówno masaż wodny, jak i tradycyjny najlepiej prowadzić od dołu w kierunku serca.

Zaskakująco często pacjenci, nawet chorujący od dłuższego czasu nie wiedzą o korzyściach płynących z kompresjoterapii, lub wykazują zdziwienie, iż można ulżyć nogom umieszczając je powyżej poziomu ciała podczas wypoczynku. Często nie stosują żadnej profilaktyki skupiając się na zwalczaniu bólu. Nie stosują nawet najprostszych zasad, ponieważ ich po prostu nie znają, np. zakładają nogę na nogę. Nieraz dopiero zakrzepica żylna skłania do rozpoczęcia kompleksowego leczenia. Niestety zniszczonych żył nie da się już nigdy przywrócić do pierwotnego stanu, nawet przy pomocy specjalisty-chirurga naczyniowego lub angiologa. Tym istotniejsza jest porada farmaceuty już w momencie zauważenia pierwszych niepokojących objawów.

Chorzy często pytają o to, jakie badania przeprowadzić. Chociaż skierowanie do przychodni specjalistycznej należy pozostawić w gestii lekarza, to warto wiedzieć, iż podstawowym, skutecznym i nieinwazyjnym badaniem jest USG z przystawką Dopplera. Natomiast najprostsza samokontrola polega na pomiarze obwodu obu ud i łydek rano i wieczorem oraz na porównaniu uzyskanych wartości zarówno w odniesieniu do pory dnia jak i obu kończyn do siebie.

W farmakoterapii żylaków podstawowe znaczenie odgrywają substancje pochodzenia roślinnego zaliczane do grupy flawonoidów (zwłaszcza zmikronizowana oczyszczona frakcja flawonowa, rutozydy). Ich właściwości lecznicze są wyjątkowe.

Działają przeciwwzajemnie utrudniając adhezję leukocytów do powierzchni śródbłonka. To zjawisko zwane także „pułapką leukocytarną” prowadzi do unieruchomienia leukocytów w naczyniach i ich rozpadu. Uwolnione zostają mediatory zapalne, uczyniają się także enzymy proteolityczne, które uszkadzają śródbłonek. Flawonoidy chronią także szczelność naczyń. Dzięki temu krwinki, osocze i białka krwi nie przedostają się do tkanek. Dzięki temu elementy te nie ulegają sklejaniu w „mankiety fibrynowe”, które otaczając naczynia przyczyniają się do uszkodzenia tkanek. Dzięki właściwościom uszczelniającym złagodzeniu ulegają także obrzęki. Regularne stosowanie leków flebotropowych chroni mikrokrążenie i pozwala złagodzić podstawowe objawy choroby. Niewątpliwą zaletą tych preparatów są ich znikome działania niepożądane i brak interakcji.

Podstawowym problemem, jaki stwarzają substancje pochodzenia roślinnego jest ich słaba rozpuszczalność i niska absorpcja w przewodzie pokarmowym. Problem ten częściowo rozwiązano modyfikując naturalne cząstki. Półsynteczny pochodne takie jak trokserutyna, etylorutozyd, lub α -hydroksyetylorutozyd cechują się zwiększoną przyswajalnością. Bardzo dobrym rozwiązaniem okazał się także zabieg mikronizacji. W trakcie tego procesu sprężone powietrze poruszające się z prędkością bliską prędkości dźwięku powoduje zderzenia, a w konsekwencji rozdrobnienie substancji. Mikronizacja umożliwia około 20-krotne zmniejszenie średnicy cząstek, a tym samym proporcjonalne zwiększenie powierzchni kontaktu substancji leczniczej ze ścianą przewodu pokarmowego, większą biodostępność, a co za tym idzie – skuteczność leku. Opisany proces został zastosowany w przypadku zmikronizowanej oczyszczonej frakcji flawonowej.

mgr farm. Olga Sierpniowska

„Leczenie hamujące proces zapalny w przewlekłej chorobie żyłnej może dawać największe szanse zapobiegania powikłaniom”¹

1. Bergan J.J., Schmid-Schönbein G.W., Coleridge-Smith P.D., Nicolaides A.N., Boisseau M.R. i Eklöf B., *N Engl J Med.* 2006; 355: 488-498.



detralex®

jedyna Zmikronizowana oczyszczona frakcja flawonowa 500 mg*

DX16

*Gamer R.C., Gamer J.V., Gregory S. et al., *J Pharm. Sci.* 2002; 91: 32-43.

Detralex®

DZIAŁANIE: Detralex® jest preparatem złożonym zawierającym zmikronizowaną oczyszczoną frakcję flawonową o działaniu ochronnym na naczynia. **SKŁAD:** 1 tabletkę zawiera: zmikronizowana, oczyszczona frakcja flawonowa 500 mg, w tym: diosmina - 450 mg, flawonoidy w przeliczeniu na hesperydynę - 50 mg. **POSTAĆ FARMACEUTYCZNA:** tabletki powlekane. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** przewlekła czynnościowa i organiczna niewydolność krążenia żylnego kończyn dolnych; uczucie ciężkości nóg, ból, nozno kurcze. Leczenie objawowe w przypadku nasilenia dolegliwości związanych z żyłkami odbytów. **DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA:** 2 tabletki na dobę (rano i wieczorem), w czasie jedzenia. W przypadku zaostrzenia dolegliwości ze strony żyłków odbytów dawka wynosi 6 tabletek na dobę przez pierwsze 4 dni, następnie po 4 tabletki przez kolejne 3 dni. **PRZECIWWSKAZANIA:** nadwrażliwość na lek. **OSTRZEŻENIA SPECJALNE I SPECJALNE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI:** w przypadku nasilenia dolegliwości związanych z żyłkami odbytów, należy pamiętać, że terapia preparatem jest tylko objawowa i powinna być krótkotrwała. Jeżeli dolegliwości nie ustępują, należy przeprowadzić badanie proktologiczne i wybrać odpowiednią metodę leczenia. W przypadku zaburzeń krążenia żylnego w kończynach dolnych, efekt terapeutyczny leku można zwiększyć poprzez odpowiedni tryb życia: unikanie ekspozycji słonecznej, unikania przebywania w pozycji stojącej przez dłuższy czas, strzymanie odpowiedniego ciężyaru ciała, noszenie specjalnych pończoch. **CIAŻA I LAKTACJA:** Badania przeprowadzone na zwierzętach nie wykazały wpływu teratogennego leku, podobnie odpowiednio liczne, dobrze kontrolowane obserwacje u ludzi. Okres karmienia piersią; z powodu braku odpowiednich badań dotyczących przenikania leku do mleka matki, stosowanie preparatu w okresie karmienia piersią nie jest zalecane. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** rzadko niegroźne zaburzenia ze strony układu pokarmowego oraz łagodne zaburzenia neurovegetatywne nie powodujące konieczności odstawienia leku. **OPAKOWANIE:** 30, 60 tabletek powlekanych. **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY:** Les Laboratoires Servier, 22 rue Garnier, 92200 Neuilly sur Seine, Francja. **ADRES KORESPONDENCYJNY:** Servier Polska Sp. z o.o., 01-248 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 10, tel. (22) 594 90 00, fax (22) 594 90 10, internet: www.servier.pl, email: info@pl.netgrs.com. **POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU** (Wydane przez Ministra Zdrowia): nr R/1633.


Odkrycia dające nadzieję

LIDOPOSTERIN®

Lidocainum 50 mg/g, maść 25 g

Nowy lek
zmniejszający
dolegliwości bólowe
okolice odbytu, u pacjentów
z guzkami krwawniczymi
oraz przed i po badaniu
per rectum.



- ✓ **Szybkie** działanie przeciwbólowe.
- ✓ **Łagodzi** świąd.
- ✓ **Najkrótszy** okres kuracji.
- ✓ **Największe** dopuszczalne stężenie lidokainy stosowanej miejscowo na skórę i błonę śluzową okolic odbytu: 50 mg/g maści.



Podmiot odpowiedzialny:

Dr. Kade Pharmazeutische Fabrik GmbH
Rigstraße 2
12277 Berlin
Niemcy
www.kade.de



Wyłączny przedstawiciel w Polsce:

Kadefarm Sp. z o.o.
ul. Bułgarska 65 A
60-320 Poznań
tel.: 0-61 862 99 43
e-mail: kadefarm@kadefarm.pl
www.kadefarm.pl

LIDOPOSTERIN® (Lidocainum) **Skład:** 1 g maści zawiera 50 mg lidokainy. Substancje pomocnicze: alkohol cetylowy, makrogl 1500, makrogl 3000, makrogl 400, woda oczyszczona. **Wskazania do stosowania:** Zmniejszenie dolegliwości bólowych okolicy odbytu u pacjentów z guzkami krwawniczymi oraz wspomagająco w znieczuleniu przed i po badaniu przez odbyt. **Dawkowanie i sposób podawania:** Preparat przeznaczony jest wyłącznie do stosowania na skórę i błonę śluzową okolicy odbytu. Na początku leczenia maść należy stosować 2 do 3 razy na dobę, następnie dwa razy na dobę. Ilość stosowanej maści zależy od wielkości leczonego obszaru skóry i błony śluzowej. Nie należy przekraczać maksymalnej dawki 4 g maści (200 mg lidokainy) na jedno podanie. Długość pasma wyciśniętego z tuby wynosi około 3,5 cm, co odpowiada 1,6 g maści. **Stosowanie:** Maść należy stosować rano i wieczorem po wypróżnieniu. Maść należy ostrożnie wetrzeć w skórę i błonę śluzową wymagające leczenia. W celu stosowania w kanale odbytu należy posługiwać się aplikatorem, dołączonym do opakowania. Aplikator jest przymocowany do tuby i ma zdejmowaną nakrętkę. Poprzez naciśnięcie tuby maść zostaje wciśnięta do aplikatora, którego długość stożkowatego zakończenia rurki, wkładanego do odbytu wynosi 3,4 cm. Następnie aplikator należy ostrożnie włożyć w doodbytnicę. Ponowne naciśnięcie tuby i wycofywanie aplikatora z kanału odbytu poprzez dystans 3,5 cm daje około 1,6 g maści nałożonej na chorobowo zmienione miejsce. Maść nałożoną na okolicę odbytu można przykryć opatrunkiem z gazy. Aplikator można myć gorącą wodą. Preparatu nie należy stosować dłużej niż 6 dni. W przypadku nawrotu objawów choroby preparat LIDOPOSTERIN® można użyć ponownie. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na lidokainę lub którykolwiek ze składników preparatu LIDOPOSTERIN. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** W przypadku zakażeń grzybiczych konieczne jest jednoczesne stosowanie miejscowo czynnego leku przeciwgrzybiczego. Zastosowanie preparatu na uszkodzoną skórę i (lub) błonę śluzową okolicy odbytu może skutkować wchłonięciem się większej ilości lidokainy do krwiobiegu i spowodować niepożądane działanie układowe. **Działania niepożądane:** Rzadko mogą występować miejscowe reakcje z nadwrażliwości (np. świąd, pieczenie). **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** 11628 wydane przez Ministra Zdrowia