

Nr 6 (16) czerwiec 2007

# APTEKARZ POLSKI

ISSN 1895-6041

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej

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

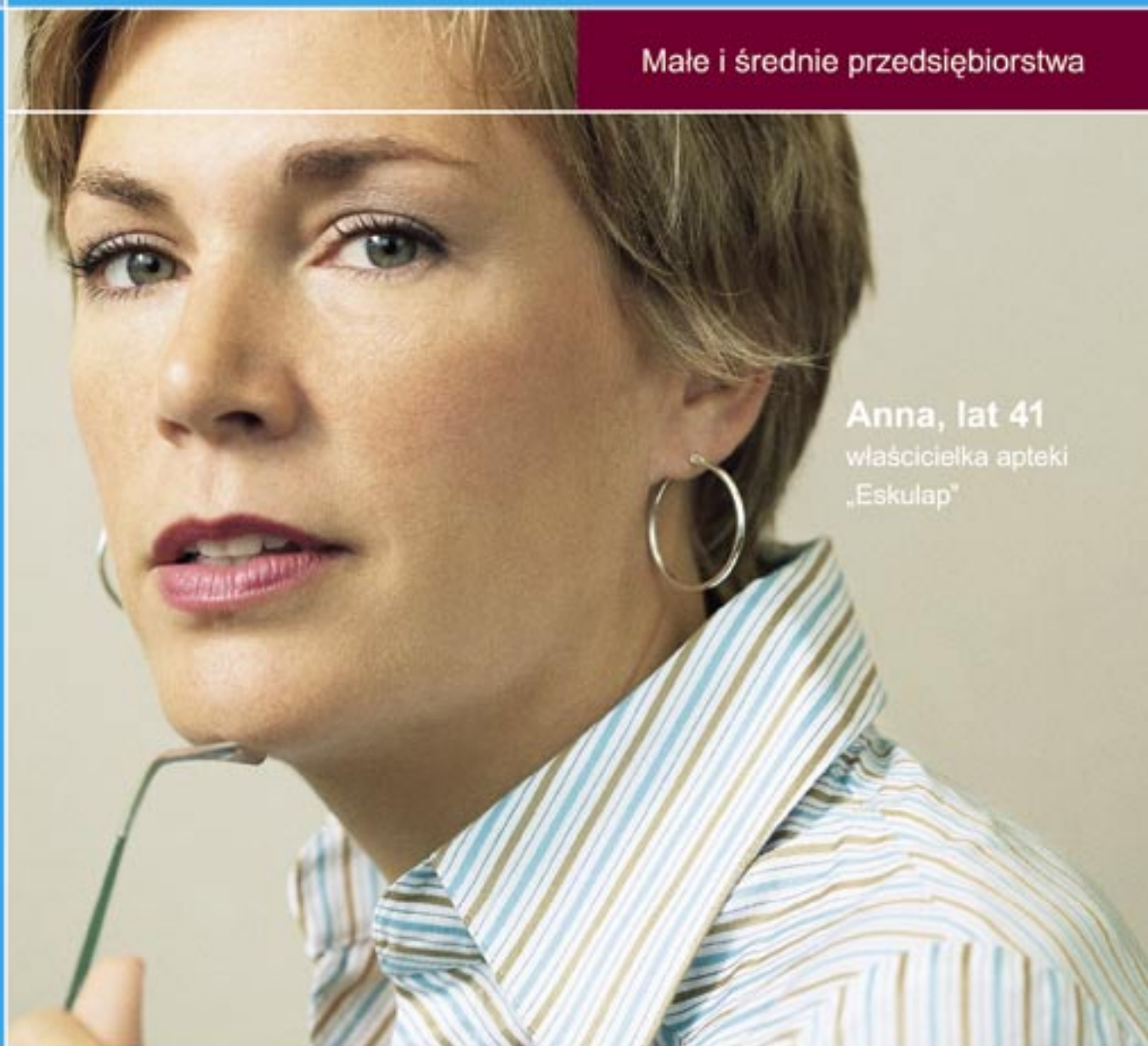


- W europejskiej rodzinie
- Opalenizna, która nie szkodzi
- Zdobywamy szczyty
- Bazylea - starożytne miasto aptekarzy

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](http://www.pzu.pl)

(koszt jak za połączenie lokalne)

Fot. archiwum redakcji



## W europejskiej rodzinie

Czerwiec okazał się gorącym miesiącem nie tylko ze względu na podzwrotnikową pogodę, ale także przyniósł ze sobą wiele ważnych dla naszego środowiska wydarzeń. **Bardzo intensywnie toczą się prace parlamentarne związane ze zmianą ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych... (druk sejmowy 1490) i z tzw.**

**„małą” nowelizacją ustawy Prawo farmaceutyczne ... (druk sejmowy 1775).** Jedną i druga jest dla nas bardzo ważna m.in. ze względu na zwiększenie zakresu obowiązków kierownika apteki, regulacje związane z dopuszczalną koncentracją działalności gospodarczej podmiotów prowadzących apteki wraz z ujawnianiem ich powiązań kapitałowych oraz z tworzeniem systemu stałych cen detalicznych na leki refundowane. Wszystkich zainteresowanych szczegółami w tym temacie odsyłam do informacji umieszczonych na stronie internetowej [www.sejm.gov.pl](http://www.sejm.gov.pl).

W czerwcu odbyło się w Wiedniu Zgromadzenie Ogólne Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej (PGEU). 19 czerwca do tej prężnie rozwijającej się farmaceutycznej paneuropejskiej organizacji przyjęto nowe krajowe samorządy aptekarskie z Macedonii i Francji. Bardzo różnorodną tematykę obrad i efekty prac Zgromadzenia będziemy sukcesywnie opisywali na łamach „Aptekarza Polskiego” wspólnie z kolegą mgr farm. Piotrem Bohaterem, który był po raz pierwszy w składzie delegacji NIA na to międzynarodowe spotkanie. Warto jednak już teraz zasygnalizować m.in. wystąpienie prezesa izby austriackiej, Heinricha Burggassera, na temat sytuacji aptekarstwa w Austrii. **Bajka!!! Otóż jest w tym kraju 1200 aptek ogólnodostępnych, są one prowadzone wyłącznie przez farmaceutę, farmaceuta może być właścicielem tylko jednej apteki, na jedną aptekę przypada 5500 mieszkańców, jedna apteka od drugiej może być oddalona nie mniej niż 500 m. W ciągu dziesięciu ostatnich lat przybyło w Austrii 171 aptek, a na produkty lecznicze są sztywne ceny ustalane z zastosowaniem degresywnej marży dla aptek. W warunkach polskich to wszystko uznane jest za wyraz niemalże patologii, natomiast w Austrii klimat polityczny, jaki istnieje wokół spraw aptekarskich, bardzo sprzyja wymienionym wyżej rozwiązaniom i jest do pozazdroszczenia. To sami politycy stwierdzają, iż dzięki temu jest możliwe gwarantowanie pacjentowi publicznej ochrony zdrowia na wysokim poziomie z jednoczesnym zapewnieniem socjalnego bezpieczeństwa, a także niezależności wykonywania zawodu przez każdego farmaceutę. Nikt w Austrii nie wątpi, że współpraca rządu, resortu zdrowia i samorządu aptekarskiego jest czymś normalnym i pożądanym. To stwierdzenie potwierdziło wystąpienie pani minister zdrowia tego kraju, dr Andrei Kdolsky. Gwarancja utrwalania dorobku tradycji modelu austriackiego aptekarstwa oraz wspólne z rządem rozwiązywanie bieżących problemów pozwalają uważać samorząd zawodowy za niezbędne ogniwo własnie publicznej ochrony zdrowia.**

Wsluchując się w relacje z innych państw, należy stwierdzić, iż nie wszędzie jest tak różowo. Węgry płaczą po całkowitym otwarciu rynku dystrybucji farmaceutycznej i praktycznego ograniczenia działania izb aptekarskich. Hiszpanie i Włosi też stoją u progu zmian liberalizujących ich działalność apteczną. Swoje problemy zaczynają mieć i Niemcy. Ale o tym wszystkim jeszcze opowiemy ...

Andrzej Wróbel

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Warszawa – Wiedeń, czerwiec 2007 roku

WYDARZENIA.....	4, 5, 13
Europejski trend.....	4
Grupa farmaceutyczna Unii Europejskiej.....	6
ROZMOWY REDAKCJI	
Sektor aptek internetowych powinien być ściśle regulowany.....	8
Na konferencję zgłosi się wielu niemieckich uczestników.....	11
Tytuł zawodowy „farmaceuta” podlega ochronie prawnej.....	9
EKSPERTYZY, RAPORTY	
Rynkowe lato.....	10
NOWE REJESTRACJE I NOWOŚCI NA RYNKU	
Nowe produkty lecznicze marzec 2007.....	12
OPIEKA FARMACEUTYCZNA	
Indywidualny plan opieki farmaceutycznej nad pacjentem w Holandii.....	17
LEX APOTHECARIORUM	
Nowe rozporządzenie w sprawie recept lekarskich.....	18
Wykreślono słowo „nie”.....	19
Szczelna tama.....	19
PANORAMA SAMORZĄDU	
Bronić idei samorządności za każdą cenę.....	20
Konwent Prezesów.....	21
Farmaceuta musi być ważnym doradcą.....	22
WSZECHNICA APTEKARSKA	
O wykonywaniu kropli do oczu.....	24
Dla pacjenta bez zmian.....	28
W poszukiwaniu apteki.....	29
MANUAŁ APTEKARSKI	
Opalenizna, która nie szkodzi.....	30
BIBLIOTEKA APTEKARZA	
Paganini?.....	33
APTEKARSCY TWÓRCY	
Sztuką zakręcenia.....	34
SPORT TO ZDROWIE	
Zdobywamy szczyty.....	36
ŚWIAT W PIGUŁCE	
Bazyła – starożytne miasto aptekarzy.....	37

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

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

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

Stali współpracownicy: mgr farm. Joanna Marczak

Marketing i reklama: Olga Sierpniowska

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.

## KURTUAZYJNA WIZYTA

Przebywający w Polsce **Leopold Schmudermaier**, Prezydent PGEU złożył 5 czerwca 2007 roku kurtuazyjną wizytę w Naczelnej Izbie Aptekarskiej. Prezydentowi towarzyszył **Heinrich Burgasser**, prezes Austriackiej Izby Aptekarskiej. Gości podejmowali: Andrzej Wróbel, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Jerzy Łazowski, sekretarz NRA będący polskim przedstawicielem w PGEU.

Prezes NRA przedstawił gościom panoramę zagadnień związanych z polską farmacją i zapoznał z programem samorządu aptekarskiego. Goście interesowali się strukturą polskiego aptekarstwa oraz działalnością samorządu w sferze edukacji i podnoszenia kwalifikacji zawodowych. Prezes NRA zaprosił gości na III Międzynarodową Konferencję Naukowo-Szkoleniową Farmaceutów KRAKÓW 2007.

W spotkaniu uczestniczyli: Joanna Marczak, koordynator departamentów NRA oraz Zbigniew Solarz, redaktor naczelny Aptekarza Polskiego.

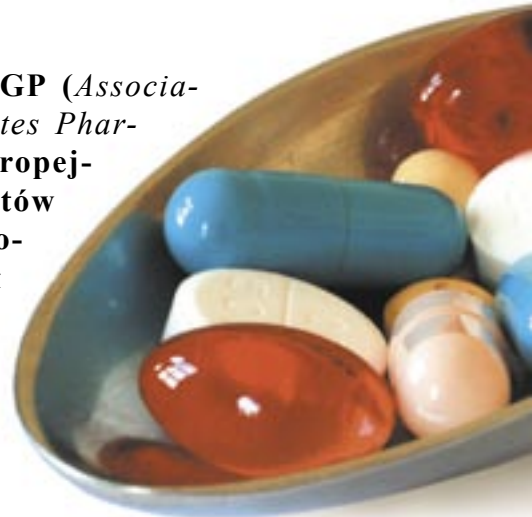
Prezydent PGEU udzielił wywiadu redakcji Aptekarza Polskiego.

zs

*Dlaczego wzrasta sprzedaż leków bez recepty i podobnych specyfików?*

## Europejski trend

**P**odczas 43. Kongresu AESGP (*Association Européenne des Spécialistes Pharmaceutiques Grand Public – Europejskie Stowarzyszenie Specjalistów Farmaceutyków Ogólnodostępnych*), jaki ostatnio miał miejsce w Warszawie, przedstawiciel Wielkiej Brytanii, **John Harold**, w trakcie swojej prezentacji pokazał dwa opakowania tego samego, popularnego leku przeciwgorączkowego i przeciwgrypowego – jedno sprzed kilku zaledwie lat, drugie, stosowane obecnie. Różnica – kolosalna! Nowy lek ma opakowanie agresywne w kolorach i grafice, wielkie litery; słowem wszystko tak, aby jak najlepiej się sprzedać...



fot. archiwum redakcji

– *Samoleczenie w świecie zostało uznane za podstawową i stosunkowo najmniej kosztowną drogę podtrzymywania i ochrony zdrowia i dobrego samopoczucia* – stwierdził Hans van Zoonen, prezydent AEGSP, otwierając warszawskie obrady.

Wizyta u lekarza, podobnie jak u kosmetyczki, fryzjera, dentysty, dietetyka czy fizykoterapeuty nie dość, że kosztuje (i to coraz drożej), to jeszcze wymaga czasu i zachodu: dojazdu w określone miejsce w wyznaczonym terminie i na określonej godzinie. W dobie telewizji, internetu i telefonii komórkowej, kiedy każdy ma niemal nieograniczony dostęp do informacji specjalistycznej, kiedy hipermarkety, kioski, stacje benzynowe, sprzedaż wysyłkowa itp. sposoby szybkiego dostarczania dowolnego towaru do klienta zapewniają praktyczne środki do rozpoczęcia samodzielnego leczenia – rynek OCT musi szybko rosnąć. Na takiej „pożywce” po stronie popytu wyrasta podaż wraz z reklamą, od dawna doskonale żywiącą się tymi ogólnospołecznymi zjawiskami o globalnych rozmiarach.

### BUDOWANIE MARKI

Dwa klasyczne przypadki silnej marki na rynku OTC to niemieckie produkty: Nivea i Aspirin, obydwa znajdujące się dzisiaj w gestii koncernu Bayer. I aspiryna, i Nivea to receptury znane od ponad stu lat. Tyle trzeba było, żeby marki utrwaliły się jako synonimy wyrobu. W dzisiejszej rzeczywistości rynek nie pozostawia tyle czasu.

Warto jednak się zastanowić, jakie cechy sprawiły, że Aspirin to aspiryna i odwrotnie.

Przede wszystkim skuteczność i uniwersalność, niezbyt duża uciążliwość ewentualnych skutków ubocznych zażywania leku. Niska cena – także.

Ale też, jak wskazywał Mike Van Ganse – trwające dziesiątki lat budowanie marki, choć stało się podwaliną wielu sukcesów rynkowych (patrz Tab. 1.) – nie jest to droga jedyna. I wskazał na sukces swojej belgijskiej firmy: Omega Pharma, powstałej zaledwie 20 lat temu, a od 1998 r. obecnej na rynku międzynarodowym.



Od lewej: Joanna Marczak, Leopold Schmudermaier, Andrzej Wróbel, Heinrich Burgasser, Jerzy Łazowski

**WYBÓR Z KURIERKA NIA**  
[www.nia.org.pl](http://www.nia.org.pl)

Nr 18 – 2007

**29–30 maja** we Wrocławiu odbył się konwent prezesów Okręgowych Rad Aptekarskich zorganizowany przez Dolnośląską OIA.

**22 maja** prezes NRA uczestniczył w posiedzeniu Podkomisji nadzwyczaj-



Dlaczego Belgom się udało? Odpowiedzi z pewnością jest kilka, jednak jedna pozostaje bezsporna: bo tego chcieli klienci, bo tak poddyktował rynek. Z jednej strony mamy ponad stuletnią tradycję, często popartą i opartą na epokowym odkryciu farmaceutycznym (vide: Bayer i Aspirin), a z drugiej – nowoczesne podejście handlowe, reklamowe, dystrybucyjne i marketingowe, jakie znalazły się u podstaw sukcesu Omega Pharma. Byłoby tak, że w dziedzinie leków więcej do powiedzenia dzisiaj mają handlowcy i marketingowcy niż aptekarze i medycy...?

### RYNEK POLSKI, RYNEK EUROPY

Rynek OCT i towarów pokrewnych rośnie bardzo szybko; na świecie i w Europie. Pytanie: czy Polska utrzymuje się w globalnym trendzie i czy jest to trend właściwy. Podczas kongresu w Warszawie wielokrotnie, z różnych ust, można było usłyszeć słowa, że producenci leków bez recepty spodziewają się szybkiego wzrostu sprzedaży OCT w krajach Europy

Wschodniej (głównie była mowa o Rosji i o Ukrainie), a także, że poziom tej sprzedaży w Polsce pozostaje bardzo niski w porównaniu z liderującymi na kontynencie Niemcami czy Francją (patrz Tab. 2.).

Paradoks dotyczący Rosji i Ukrainy (a po części, nie ukrywamy, także Polski oraz innych państw regionu), dotyczący ogromnych nadziei producentów i dystrybutorów OTC można porównać do sytuacji znanej z nowelki O’Henry’ego – dwaj komiwojażerowie, wysłani w głąb Ameryki Południowej depszują do centrali. Jeden pisze, by wysłać wszystkie zapasy – bo tu wszyscy chodzą boso, a drugi, z tej samej przyczyny, odradza interesy...

### KONKURENCJA CZY STYMULATOR DLA APTEK

Rynek OTC na świecie wzrasta w stałym tempie 10% rocznie. Jest rzeczą oczywistą, że producenci byli i będą zainteresowani sprzedażą jak największej liczby leków (oraz ich liczby w wielu krajach ograniczanych przepisami) bez recepty. I będą one sprzedawane w aptekach i/lub poza nimi. Można się posłużyć przykładem włoskim: w ciągu pół roku od liberalizacji prawa i pojawienia się OTC w kioskach sprzedaż w nich takich leków jak np. Voltaren, Aspirin, Rhinazin itd. zaczęła zagrażać aptekom... Głównym atutem kiosków: niższe ceny. (Tab.3.)

Gama, jaką nazywa się określeniem OTC, stale poszerza o środ-

**Tab. 1. Sukces rynkowy a długowieczność marki**

1758 r. – Novartis (powst. w 1996 r. z połączenia Ciba-Geigy i Sandoz)
1827 r. – Merck
1860 r. – Wyeth
1863 r. – Bayer
1873 r. – GlaxoSmithKline
1885 r. – BoehringerIngelheim
1886 r. – Johnson&Johnson
1987 r. – Omega Pharma

Źródło: AESGP Congress

**Tab. 2. Wydatki na OTC (w euro) w przeliczeniu na 1., mieszkańca w 2003 r. na świecie**

Szwajcaria	182	/46/
Niemcy	75	/137/
Japonia	72	
Kanada	63	
Irlandia	60	/69/
Francja	60	/103/
Belgia	53	/136/
W. Brytania	50	/46/
Hiszpania	42	/26/
USA	41	
Holandia	40	/83/
Austria	40	/81/
Włochy	38	/60/
Finlandia	36	/69/
Czechy	33	/39/
Grecja	28	/28/
Szwecja	27	
Dania	26	
Portugalia	24	/63/
Izrael	23	
Węgry	22	/33/
Norwegia	21	/41/
Słowacja	20	/29/
Polska	20	/42/
Słowenia	17	
Rosja	12	
Ukraina	8	

Źródło: Kongres AEGSP

W nawiasach podaję dane przytoczone przez innego prelegenta, dotyczące 2006 r.; rozbieżności można tłumaczyć na wiele sposobów, niemniej sam fakt ich powstawania w ciągu tego samego kongresu wskazuje, jak wiele jeszcze jest do zrobienia w samej metodologii. Pojęcie OTC, pozornie precyzyjne, w różnych krajach przez różne podmioty rozciągane w rozmaitych obszarach na różne produkty.

**Tab. 3. Szybko zmieniające się oblicze samoleczenia na rynku brytyjskim; najbardziej poszukiwane OTC:**

2000	2005	2007	2008
przeziębienia, kaszel, grypa, ból głowy, inne bóle, biegunka, niestrawność, zaparcie, alergia, śr. antynikotynowe, owrzodzenia, skaleczenia i otarcia stóp	mniejsze bóle artretyczne, zapalenie pęcherza, bezsenność, egzema,	statyny, sumatripan, grzybica pochwy, protonowe pompy inhibicyjne, syndrom drażliwych jelit	śr. przeciw otyłości, doustne śr. antykoncepcyjne i HRT, ochrona przed osteoporozą, UTI, śr. na problemy prostaty, antybiotyki przeciw <i>Chlamydiae</i>

Źródło: John Harold ▶

► nej sejmowej Komisji Zdrowia, podczas którego były omawiane: poselski projekt Ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz rządowy projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw

**22–23 maja** miało miejsce seminarium dyrektorów i kierowników OIA. Głównymi tematami, omawianymi podczas spotkania, były systemy informatyczne FARR i FARR-SKŁADKI, a także Centralny Rejestr Farmaceutów. W seminarium uczestniczył prezes Andrzej Wróbel, Halina Roszkowska-Filip Dyrektor Biura NIA oraz Michał Grzegorzczak – koordynator Departamentu Informacji i Rejestru Farmaceutów, mec. Krzysztof Baka.

**21 maja** odbyła się konferencja uzgodnieniowa nt. projektu Ustawy o zawodzie farmaceuty. Ze strony NRA w spotkaniu uczestniczyli: prezes Andrzej Wróbel, wiceprezisi: Wojciech Giermaziak i Grzegorz Kucharewicz oraz Marek Jędrzejczak – prezes Rady Kieleckiej OIA, Piotr Józwiakowski Prezes Rady OIA w Krakowie.

**9 maja** w Warszawie odbyło się Prezydium NRA

#### Nr 17 – 2007

**26 kwietnia** prezes NRA Andrzej Wróbel, wiceprezisi NRA Wojciech Giermaziak i Grzegorz Kucharewicz oraz koordynator Departamentu Informacji i Rejestru Farmaceutów NRA Michał Grzegorzczak uczestniczyli w spotkaniu z Konstantym Radziwiłłem, prezesem Naczelnej Rady Lekarskiej. Rozmowy dotyczyły internetowej informacji o lekarzach i lekarzach dentytach figurujących w centralnym rejestrze NIL.

**25 kwietnia** w siedzibie NIA odbyło się posiedzenie Naczelnego Sądu Aptekarskiego.

**24 kwietnia** w Warszawie odbyła się XI Międzynarodowa Konferencja Naukowa – Edukacyjna, której tematem wiodącym była „Opieka farmaceu-►

► ki medyczne, preparaty i leki ziołowe, substytuty diety, kosmetyki itp. „artykuły z pogranicza”. W ślad za tym stara się nadażyć – zwłaszcza w Unii Europejskiej – regulacja tak na poziomie światowym, jak unijnym i narodowym. Silne lobby, jakim jest AESGP, postuluje przyspieszenie,

uproszczenie, a także zaostrzenie prawa odnoszącego się do bezpieczeństwa pacjentów. Wszystko to pozwoli poszerzyć rynek.

Warto tu zauważyć działania na rynku leków i preparatów pochodzenia roślinnego, na którym Polska znajduje się na 6. miejscu w Europie. ■

**Tab. 4. Sprzedaż OTC na tle globalnego rynku farmaceutycznego, obliczane go w 2006 r. na 54 mld euro:**

rok	2000	2001	2002	2003	2004	2005
OTC	42	43	45	47	49	52
leki łącznie	333	375	406	445	478	512

Źródło: Debbie Kobewka

Jacek Świdziński

## Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej

**Naczelna Izba Aptekarska jest członkiem zwyczajnym Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej (PGEU) od 2004 roku.**



#### HISTORIA

Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej jest niedochodowym stowarzyszeniem reprezentującym interesy aptekarzy z aptek ogólnodostępnych, działającym na podstawie statutu zgodnego z prawem belgijskim. Jej członkami są krajowe stowarzyszenia i organy przedstawicielskie aptekarzy z 32. państw europejskich, w tym z 27. państw członkowskich, w tym z 27. państw członkowskich, państw ubiegających się o to członkostwo (Chorwacja i Turcja) oraz państw członkowskich Europejskiego Obszaru Gospodarczego (Norwegia i Szwajcaria), a także Malty, która nie jest formalnym członkiem UE.

PGEU powstała w 1959 r. wraz z powstaniem Europejskiej Wspólnoty Gospodarczej. Stało się to w czasie pierwszych „Dni Aptekarstwa” w Mediolanie, kiedy to ich uczestnicy podjęli decyzję o sformalizowaniu swojej współpracy poprzez utwo-

wienie stowarzyszenia noszącego obecnie nazwę PGEU. Organizacje aptekarskie sześciu państw założycielskich EWG stały się członkami założycielami PGEU.

Początkowo głównym celem działalności PGEU była wymiana informacji o praktyce aptekarskiej i o różnych modelach aptek. W ciągu kolejnych lat, w miarę jak UE poszerzała swoje kompetencje i działania w zakresie spraw związanych ze zdrowiem i środkami farmaceutycznymi, PGEU musiała dostosowywać się do zmieniających się okoliczności. Dla przykładu – w latach 80. doszło do harmonizacji szkolenia i kształcenia aptekarzy, co znalazło wyraz w dyrektywie 85/432/EEC ustalającej czas trwania i zawartość programu nauczania oraz dyrektywie 85/433/EEC określającej warunki i procedury wzajemnego uznawania dyplomów farmaceutów w całej UE. Traktat Amsterdamski wprowadził

poprzez artykuł 152 uprawnienia do zajmowania się przez UE sprawami zdrowia publicznego. Artykuł ten opiera się na zasadzie subsydiarności, co oznacza, że UE interweniuje tylko wtedy, gdy może usprawnić lub uzupełnić działalność Państw Członkowskich, ale organizacja finansowania i zapewniania opieki zdrowotnej zdecydowanie pozostaje w gestii danego państwa.

## NOWE ZADANIA

Misją PGEU jest propagowanie i wspieranie roli aptekarzy jako kluczowych specjalistów w dziedzinie zdrowia publicznego.

## STRUKTURA ORGANIZACYJNA I ZASADY DZIAŁANIA

### Walne Zgromadzenie

Walne Zgromadzenie jest najwyższym organem PGEU, który decyduje o takich sprawach jak decyzje polityczne stowarzyszenia oraz budżet roczny. Odbywa się ono trzy razy w roku: w marcu, czerwcu i listopadzie, i uczestniczą w nim delegacje wszystkich członków zwyczajnych i członków-obszerników. Marcowe i listopadowe walne zgromadzenia odbywają się w Brukseli, natomiast Zgromadzenia czerwcowe są organizowane przez delegacje państw, których przedstawiciel pełni w danym roku funkcję prezesa stowarzyszenia.

Propozycje stanowisk politycznych są opracowywane przez Grupy Robocze we współpracy z Sekretariatem, a Komitet Wykonawczy przedstawia je do zatwierdzenia Walnemu Zgromadzeniu wraz ze swoimi zaleceniami. Przewodniczącymi delegacji krajowych powinni być czynni zawodowo aptekarze. Każda delegacja ma 1 głos w głosowaniach.

### Komitet Wykonawczy

Komitet Wykonawczy spotyka się raz w miesiącu. Służy pomocą Sekretarzowi Generalnemu w zarządzaniu stowarzyszeniem oraz wdrażaniem rezolucji Walnego Zgromadzenia. Bada propozycje opracowane przez Grupy Robocze i Sekretariat, a następnie przedstawia je Walnemu Zgromadzeniu. Pracom Komitetu Wykonawczego przewodniczy prezes

PGEU. Aktualny skład Komitetu Wykonawczego jest następujący:

prezes Leopold Schudermaier (Austria)

I wiceprezes Luis Matias (Portugalia)

II wiceprezes Mika Vidgren (Finlandia)

członkowie: Thony Björk (Szwecja) i

Andreja Čufar (Słowenia).

Urząd prezesa jest obsadzany na zasadzie rotacji. Prezes jest wybierany przez przedstawicieli swojego kraju. W najbliższych latach urząd prezesa sprawowany będzie przez przedstawicieli: w 2008 r. – Finlandii, w 2009 r. – Szwecji, w 2010 r. – Słowenii.

W 2012 r. prezesem PGEU ma zostać Polak. Dlatego w nadchodzącej kadencji władz NIA sprawy współpracy z PGEU powinny zostać potraktowane jako jedne z najważniejszych, tak by nie stracić szansy na to prestiżowe stanowisko w aptekarstwie europejskim.

### Grupy robocze

Zadaniem PGEU jest doradzenie i formułowanie propozycji dotyczących różnych obszarów wiążących się z aptekami ogólnodostępnymi i zdrowiem publicznym. Dla ułatwienia realizacji tych zadań Komitet Wykonawczy lub Walne Zgromadzenie może zaproponować utworzenie grupy roboczej zajmującej się określoną problematyką. Członkami grup roboczych są eksperci wskazani przez członków PGEU. Grupy robocze zapewniają dodatkową ekspertyzę techniczną Sekretariatowi PGEU przy opracowywaniu propozycji polityki, które są następnie przedstawiane przez Komitet Wykonawczy na Walnych Zgromadzeniach.

W chwili obecnej działają następujące grupy robocze:

**Doradcza Grupa Robocza**, która jest głównym organem konsultacyjnym PGEU, zajmującym się kilkoma obszarami polityki i stanowi najważniejsze forum wymiany myśli i opracowywania dokumentów dotyczących polityki stowarzyszenia.

**Grupa Robocza ds. Uznawania Kwalifikacji i Mobilności** zajmuje się zagadnieniami kształcenia i szkolenia zawodowego, m.in. także wdrażaniem postanowień dyrektywy 36/2005 o uznawaniu kwalifikacji zawodowych oraz procesem bolońskim harmonizacji wyższego kształcenia w Europie. Zajmuje się też sprawami

związanymi z przemieszczaniem się zawodów opieki zdrowotnej.

**Grupa Robocza ds. Leków Weterynaryjnych** rozpatruje sprawy związane z lekami weterynaryjnymi w zakresie mającym znaczenie dla aptek ogólnodostępnych.

**Sieć Bezpieczeństwa Pacjenta** stanowi zespół ekspertów, którego zadaniem jest koordynowanie działań PGEU, w tym tak bardzo ważnym obszarze politycznym oraz dbanie o to, by PGEU czynnie uczestniczyła w Grupie Roboczej Bezpieczeństwa Pacjenta, Forum Opieki Zdrowotnej oraz Grupie Wysokiego Poziomu Usług Zdrowotnych i Opieki Medycznej.

Członkami polskiej delegacji są: dr Jerzy Łazowski (od chwili przyjęcia NIA do PGEU w 1995 r.), prezes NRA – mgr Andrzej Wróbel oraz członkowie Departamentu Spraw Zagranicznych: dr Tadeusz Bąbelek (Poznań) i mgr Piotr Bohater (Wrocław)

dr n. farm. Jerzy Łazowski

## Meble apteczne dla wymagających!

Renomowany producent mebli aptecznych poleca funkcjonalne, solidne i estetyczne meble do:

- ekspedycji
- receptury
- magazynu i komory przyjęć
- pomieszczeń socjalnych i biurowych



- ▶ system mebli modułowych
- ▶ funkcjonalne ciagi ladowe i przysienne
- ▶ pełna regulacja półek
- ▶ systemy trwałych szuflad dzielonych z oryginalnym systemem segregacji leków i opcją pełnego wysuwu

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

Kontakt: Tel/fax 071-311 25 54, kom. 603 612 566  
e-mail: [biuro@mablant.pl](mailto:biuro@mablant.pl) (Bielany Wrocławskie)

**MEBLANT**  
Producent mebli aptecznych

# Sektor aptek internetowych powinien być ściśle regulowany

– mówi **Leopold Schmudermaier**, prezydent Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej (PGEU), który zgodził się odpowiedzieć na pytania redakcji **Aptekarza Polskiego**

– **Jaki jest cel Pana wizyty w Polsce?**

– Celem mojej wizyty jest reprezentowanie PGEU na corocznym spotkaniu AESGP, (Europejskie Stowarzyszenie Producentów Leków bez Recepty – przyp.red.) w Warszawie.

– **Proszę opisać podstawowe cele i zadania organizacji, która reprezentuje grupę zawodową liczącą ponad 350 000 praktykujących farmaceutów.**

– PGEU jest forum wymiany informacji dla stowarzyszeń farmaceutów. Przez swój sekretariat monitoruje i analizuje aktywność instytucji UE we wszystkich inicjatywach dotyczących leków i zdrowia publicznego, w celu zapewnienia, że ich legislacyjna konstrukcja wspiera farmaceutów w dążeniu do osiągnięcia wspólnego celu, jakim jest wniesienie wkładu w poprawę zdrowia publicznego.

– **W listopadzie 2006 przejął Pan przewodnictwo PGEU. Proszę powiedzieć, do osiągnięcia jakich celów będzie dążyło PGEU w okresie Pańskiej prezydencji?**

- Zapewnienie, że decydenci są właściwie informowani o zawodzie farmaceuty i kwestiach dotyczących tego zawodu oraz promowanie dyskusji na temat postępowań sądowych w sprawie naruszenia przepisów wszczętych przez Komisję Europejską przeciwko uregulowaniom prawnym rynku farmaceutycznego we Włoszech, Austrii, Hiszpanii i Francji.

- Sprawienie, że głos farmaceutów będzie słyszany, zaś opinie znajdują odzwierciedlenie w dyskusjach toczących się na Forum Farmaceutycz-

nym UE, w szczególności odnośnie informacji kierowanych do pacjentów i kwestii dotyczących cen leków.

- Zagwarantowanie, że nadchodzące inicjatywy Komisji Europejskiej w dziedzinie opieki zdrowotnej w pełni respektują podstawowe zasady UE oraz są skoncentrowane na pacjencie, właściwe i wyważone dla przyszłego rozwoju farmacji.

- Wzmocnienie roli farmaceutów w zapewnianiu bezpieczeństwa pacjentów i nasilenie współdziałania inicjatyw i rozwiązań dotyczących bezpieczeństwa pacjentów na terenie Europy i wspieranie dyskusji na ten temat w UE.

– **Jakie merytoryczne projekty realizuje aktualnie PGEU i jak Pan ocenia zaangażowanie polskich farmaceutów w realizację tych projektów?**

– Polscy farmaceuci wnieśli swój wkład w opracowywanie i dyskusję na temat projektów oraz polityki PGEU poprzez udział w Grupach Roboczych działających w ramach PGEU. Są bardzo zainteresowani kwestiami dotyczącymi mobilności farmaceutów oraz uznawania kwalifikacji zawodowych. Polska Izba Aptekarska zorganizowała w ubiegłym roku w Warszawie bardzo interesujące i owocne spotkanie, na którym te kwestie były omawiane.

– **W publikacjach dotyczących działalności PGEU znajdujemy listę priorytetów, wśród których na pierwszym miejscu wymienia się działania na rzecz wzmocnienia bezpieczeństwa pacjentów. Jakie działania podejmuje lub jakie akcje inspirowane przez PGEU w celu realizacji tego priorytetu?**



foto: www.pgeu.org

– PGEU jest członkiem EU High Level Group on Patient Safety, kluczowego forum UE zajmującego się kwestiami bezpieczeństwa pacjentów. Udało nam się zwrócić uwagę na rolę farmaceutów w realizacji tego celu, w szczególności zaś na podniesienie bezpieczeństwa farmakoterapii.

Nasze stowarzyszenie wydało broszurę na temat bezpieczeństwa pacjentów i zaangażowania farmaceutów w jego poprawę. Więcej informacji na temat tej broszury znajduje się na stronie internetowej PGEU pod adresem: <http://www.pgeu.eu/PatientSafety/tabid/1050/Default.aspx>.

– **W wielu krajach różnie rozwiązana legislacyjnie jest sprawa aptek internetowych. Jakiej są generalnie opinie PGEU o tym nowym kanale dystrybucji leków?**

– Zgodnie z ustawodawstwem UE i prawem zwyczajowym, prawo narodowe zabraniające sprzedaży leków na odległość i reklamy leków jest zgodne z ustaleniami traktatowymi tylko w przypadku leków wydawanych na receptę.

W opinii PGEU sektor aptek internetowych powinien być ściśle



regulowany. Na pierwszym miejscu zawsze powinno znajdować się dobro i bezpieczeństwo pacjenta, więc usługi „on-line” mogą co najwyżej uzupełniać bezpośredni kontakt pacjenta z farmaceutą, jaki zapewniają tradycyjne apteki. Doświadczenia z istniejącymi aptekami internetowymi pokazują, że pacjenci preferują, aby porada udzielana była bezpośrednio, osobiście przez farmaceutę. Nie możemy zapomnieć ponadto, że internet jest wiodącym źródłem napływu podrabianych leków.

– **Chcielibyśmy poznać Pańskie zdanie na temat organizacji rynku farmaceutycznego w Europie. Co jest lepszym rozwiązaniem dla farmaceutów: wolny rynek czy rynek regulowany przez państwo?**

– Prawdopodobnie nie istnieje żadne idealne rozwiązanie. Różne systemy regulujące rynek farmaceutyczny rozwinęły się w ciągu lat i odzwierciedlają pewną swoistość narodową oraz potrzeby systemów ochrony zdrowia poszczególnych państw członkowskich. Można uznać to za wynik zasady subsydiarności mówiącej, że decyzje powinny zapaść na szczeblu możliwie najbliższym obywatelom. Traktat o Unii Europejskiej gwarantuje, że główna wytyczna odnośnie polityki zdrowotnej UE zawarta jest w art. 152 Traktatu.

W opinii PGEU zasada ta nie jest w pełni respektowana przez Komisję Europejską, która poszukuje jednolitego rozwiązania, nadającego się do zastosowania we wszystkich 27 państwach członkowskich, nie biorąc pod uwagę specyficzności struktury i organizacji służby zdrowia i indywidualnych potrzeb poszczególnych państw i ich obywateli.

Oczywistym wydaje się fakt, że zastosowanie zasad wolnego rynku nie jest odpowiednie w odniesieniu do służby zdrowia i rynku farmaceutycznego. Parlament Europejski uznał, że wymagają one szczególnej uwagi i nie mogą być traktowane jak pospolite usługi, a leki nie mogą być traktowane jak zwykły towar.

**Zbigniew Solarz**

(Tłumaczenie tekstu z j. angielskiego mgr farm. Łukasz Świątek)

Z notatnika recenzenta prasowego NRA

## Tytuł zawodowy „farmaceuta” podlega ochronie prawnej

**Trwają prace nad przygotowaniem ustawy o zawodzie farmaceuty. Mamy nadzieję, że tym razem zostanie ona uchwalona (w przeciwieństwie do poprzednich lat, kiedy gotowy projekt został schowany do szuflady po zmianie kadencji Sejmu).**

Niniejszy projekt ustawy o zawodzie farmaceuty realizuje dwa podstawowe cele. Po pierwsze scala wszystkie przepisy dotyczące wykonywania tego zawodu w jednym akcie prawnym. Farmaceuci od lat 60. XX wieku postulowali uchwalenie ustawy, która zawierałaby prawa i obowiązki farmaceuty zawarte w jednym akcie.

Przygotowany projekt ustawy implementuje również postanowienia ustawodawstwa Unii Europejskiej w części dotyczącej podejmowania i wykonywania zawodu farmaceuty.

Niniejsza ustawa określa, że do usług farmaceutycznych oprócz dotychczasowych zadań zalicza się:

- **sprawowanie opieki farmaceutycznej polegającej na dokumentowanym procesie, w którym farmaceuta współpracując z pacjentem i lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta;**
- prowadzenie działalności dydaktycznej w uczelniach medycznych i prace naukowo-badawcze w dziedzinie farmacji.

Jako *novum* wprowadzono zapis, że tytuł zawodowy „farmaceuta” podlega ochronie prawnej, a farmaceuta wykonujący zawód w aptece lub hurtowni farmaceutycznej **jest aptekarzem**. W ten sposób zostaną prawnie usankcjonowane obie nazwy używane przy wykonywaniu naszego zawodu.

Po raz pierwszy w przepisach zostanie podana definicja **opieki farmaceutycznej**, którą zacytowano powyżej. Zawód farmaceuty należy do grupy zawodów zaufania publicznego, które pełnią służbę choremu. Polega w dużej mierze na monitorowaniu skutków zastosowanego leczenia. Farmaceuta śledzi efekty stosowanych leków, zapobiega interakcjom prowadząc dokumentację.

Zaproponowana definicja opieki farmaceutycznej jest zgodna z zaleceniami Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej. Dotychczas realizacja opieki farmaceutycznej sprowadzała się do dostarczenia pacjentowi właściwego leku w określonej postaci, sprawdzenia ilości substancji leczniczej w zapisanej dozie i udzielenia informacji dotyczącej dawkowania, sposobu stosowania i działań niepożądanych. Obecne rozumienie koncepcji opieki farmaceutycznej wymaga przesunięcia akcentów z leku na pacjenta. W ostatnich latach obserwowane jest zainteresowanie pacjentów samoleczeniem. Dlatego tak ważne jest podnoszenie kwalifikacji przez farmaceutów dla sprostania nowym wymogom pomocy pacjentom. Zgodnie z obecnie obowiązującymi przepisami, opłaty za postępowanie specjalizacyjne ponosi farmaceuta. Nowy projekt przewiduje możliwość dofinansowania kursów realizowanych przez jednostki szkolące z budżetu państwa z części właściwej dla ministra zdrowia.

**mgr farm. Maria Głowniak**

# Rynkowe lato



**W**ielu z nas zaczynają doskwierać uciążliwe objawy związane z alergią. Każdy, kto zetknął się z tą powszechną dolegliwością, doskonale wie, jak bardzo utrudnia ona normalne funkcjonowanie w życiu zawodowym i domowym. Znaczące ocieplenie klimatu, które po raz kolejny odczuliśmy tej wiosny, upalna i pozbawiona opadów pogoda, w dużym stopniu wpływają na pylenie roślin i oddziaływanie ich na nasz organizm.

Pacjenci mają coraz większy wybór produktów przeciwalergiczných. Liczba ich praktycznie uległa podwojeniu w ciągu ostatnich dwóch lat i na dzień dzisiejszy mamy blisko 100 preparatów do wyboru. Wzrost liczby produktów nie przekłada się w sposób znaczący na wzrost wartości sprzedaży tej grupy leków. Od dwóch lat roczna wartość sprzedaży leków przeciwalergiczných wynosi około 150 mln. PLN. Istotna jest liczba sprzedanych opakowań – to aż 11 mln. opakowań w roku, co daje 0,3 opakowania na statystycznego Polaka!

Istotne jest, aby w naszych aptekach nie brakowało tego rodzaju preparatów w sezonie, jak również abyśmy byli gotowi udzielić profesjonalnej porady cierpiącemu pacjentowi.

Jak zatem wyglądał kwiecień na rynku aptecznym?

Kwiecień tradycyjnie wykazuje niższe obroty od marca; średni obrót w statystycznej aptece wyniósł w kwietniu 135,5 tysięcy złotych, co stanowiło obrót mniejszy od marca 2007 o 8,4%.

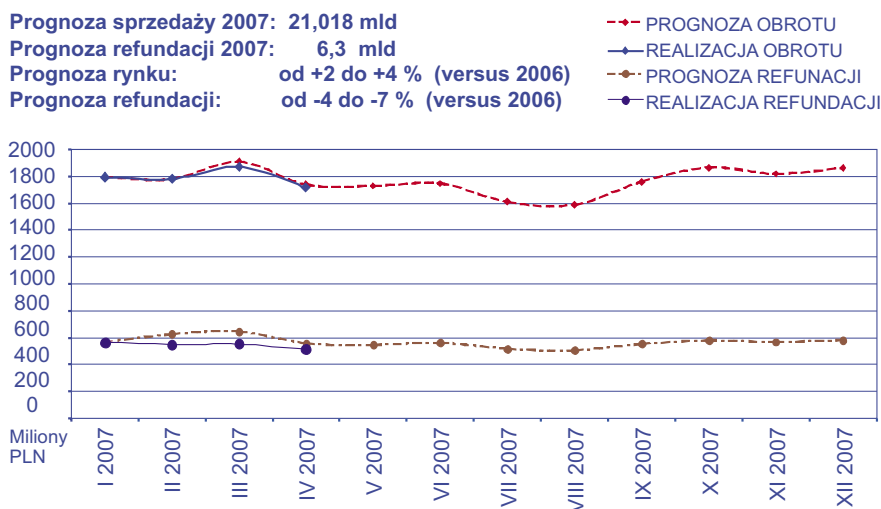
Nawiązując do wspomnianych w poprzednich artykułach kwestii związanych z refundacją, kwiecień jest drugim miesiącem od wprowadzenia ostatnich zmian na wykazach. W tym momencie nasi analitycy dobitnie potwierdzają, iż ostatnie zmiany na listach powodują znaczący spadek refundacji. Według prognozy na rok 2007, refundacja

w statystycznej aptece wyniesie około 495. tysięcy złotych i będzie mniejsza od zeszłorocznej refundacji o 8,4%. Na całym rynku aptecznym wartość refundacji wyniesie 6,318 mld złotych, co będzie stanowiło kwotę niższą od zeszłorocznej o około 5,6%.

Spadek refundacji wiąże się nierozdzielnie ze spadkiem ogólnej

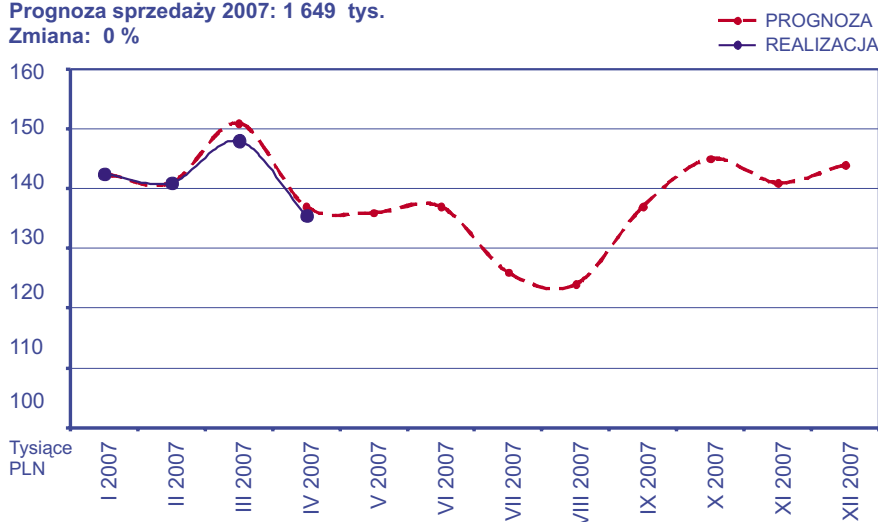
## Prognoza sprzedaży aptek otwartych

Prognoza sprzedaży 2007: 21,018 mld  
 Prognoza refundacji 2007: 6,3 mld  
 Prognoza rynku: od +2 do +4 % (versus 2006)  
 Prognoza refundacji: od -4 do -7 % (versus 2006)



## Prognoza miesięcznej sprzedaży statystycznej

Prognoza sprzedaży 2007: 1 649 tys.  
 Zmiana: 0 %



wartości obrotów w przeciętnej aptece. Obecnie szacujemy, iż statystyczna polska apteka w 2007 roku zanotuje obroty na poziomie 1,649 tysiąca PLN, co będzie bardzo zbliżoną liczbą do zeszłorocznej. Wg obecnych szacunków analityków PharmaExpert cały rynek farmaceutyczny wzrośnie o 3%.

Biorąc pod uwagę liczbę pacjentów odwiedzających nasze apteki, szacujemy, że liczba ta w 2007 roku obniży się do poziomu 43.950 pacjentów co będzie wynikiem słabszym od rezultatów roku ubiegłego o 3,1%.

**Piotr Kula**  
 Prezes PharmaExpert

# Na konferencję zgłosi się wielu niemieckich uczestników



– mówi **Magdalene Linz**, prezes Zarządu Związku Niemieckich Izb Aptekarskich, prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej Dolnej Saksonii, właścicielka apteki „Delfin” w Hanowerze.

– W środowisku polskich farmaceutów obserwuje się narastające zainteresowanie Międzynarodową Konferencją Farmaceutów w Krakowie. To wspólne polsko-niemieckie przedsięwzięcie naukowe rozwija się, o czym świadczy fakt organizacji trzeciej edycji krakowskiej konferencji. Jak Pani Prezes ocenia zainteresowanie konferencją wśród aptekarzy niemieckich?

– Cieszymy się bardzo, że Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa dla Farmaceutów w Krakowie wpisała się jako stały punkt w oferty szkoleniowe w Polsce. W Niemczech, przy każdej możliwości wielokrotnie reklamowaliśmy konferencję w Krakowie, i zostało to przyjęte bardzo pozytywnie. Dlatego mamy nadzieję, że na konferencję zgłosi się wielu niemieckich uczestników.

– Po 2004 roku, kiedy Polska wraz z innymi państwami przystąpiła do Unii Europejskiej możliwości rozwijania aptekarskich kontaktów polsko-niemieckich wzrosły. Czy jako

doświadczony działacz samorządu aptekarskiego pokusiłaby się Pani o wyznaczenie linii rozwoju współpracy aptekarzy polskich i niemieckich?

– W ostatnich latach kontakty polsko-niemieckie stały się bardzo intensywne, a konferencja w Krakowie bardzo się do tego przyłożyła. Nasza współpraca jest pod każdym względem ważna. Konieczna jest wymiana poglądów na tematy aktualnego rozwoju w danym kraju, ponieważ może mieć to wpływ na inne kraje. Musimy jednakże zwracać uwagę na całą Europę. Tylko, gdy będziemy wspólnie wstawiać się za naszymi celami, odniesiemy sukces.

– **Korzystam z okazji, aby zapytać Panią Prezes o opiekę farmaceutyczną w Niemczech. Niedawno na łamach naszego pisma charakteryzowaliśmy założenia programowe i wytyczne dla aptek sprawujących opiekę farmaceutyczną. Proszę podsumować korzyści, jakie wynikają z prowadzenia opieki farmaceutycznej**



foto: archiwum ABDA

**nej w Niemczech dla pacjentów, dla aptekarzy oraz dla płatnika.**

– Opieka farmaceutyczna skierowana jest w pierwszej linii do pacjenta. Już nie lek, lecz pacjent znajduje się w centrum działania aptekarza. Pacjent z tego profituje poprzez polepszenie jakości życia. Kasy chorych odnoszą przez to również korzyści, ponieważ można uniknąć kosztów, pochodzących na przykład ze skierowań do szpitali. Poprzez opiekę farmaceutyczną wzmacnia się również rola aptekarza, podczas gdy przejmuje on współodpowiedzialność za terapię lecznicze.

– **Dziękujemy za rozmowę i do zobaczenia w Krakowie.**

**Zbigniew Solarz**

## W EUROPEJSKIM WYMIARZE

Program merytoryczny krakowskiej konferencji, która ma wymiar europejskiego forum naukowego farmaceutów kształtuje Komitet Naukowy w składzie:

prof. dr hab. Maciej Pawłowski – Przewodniczący (UJ CM Kraków)

prof. dr Walter Schunack – Wiceprzewodniczący (Wolny Uniwersytet w Berlinie)

prof. dr hab. Barbara Filipek – (UJ CM Kraków)

dr n. farm. Marek Jędrzejczak – (członek Prezydium NRA).

*Redakcja Aptekarza Polskiego dziękuje firmie Salus International za pomoc w przeprowadzeniu rozmowy oraz panu Pawłowi Hadasowi za tłumaczenie tekstu.*

# Nowe produkty lecznicze marzec 2007



UE

← NOWE REJESTRACJE →

PL

NOWOŚCI NA RYNKU

**Komisja Europejska** w ramach procedury centralnej wydała trzy decyzje o dopuszczeniu do obrotu produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi.

**Minister Zdrowia** wydał 11 pozwoleń na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce, w tym pozwolenie zbiorcze na pojedyncze preparaty homeopatyczne firmy Boiron, pominięte w poniższym zestawieniu.

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

**A04/A04A – Leki przeciw wymiotom i mdłościom; A04AA – Antagoniści serotoniny (5HT<sub>2</sub>)**

*Palonosetronum* → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

**A06/A06A – Leki przeczyszczające; A06AA – Leki zmiękczające i poślizgowe**

*Docusatum natriicum* → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

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

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

**A10BH – Inhibitory DPP-4**

*Sitagliptinum*: Xelevia i Januvia (Merck Sharp & Dohme) to leki bliźniacze, należące do klasy doustnych leków hipoglikemizujących nazywanych inhibitorami dipeptydylo-peptydazy 4 (DPP-4). Poprawa kontroli glikemii obserwowana podczas stosowania sitagliptyny może być wynikiem pośrednictwa w zwiększaniu stężenia aktywnych hormonów z grupy inkretyn. Hormony te, w tym glukagonopodobny peptyd-1 (GLP-1) oraz zależny od glukozy peptyd insulintropowy (GIP), uwalniane są w jelicie przez cały dzień, a ich stę-

żenie zwiększa się w odpowiedzi na spożycie pokarmu. Inkretyny stanowią część systemu endogennej uczestniczącej w fizjologicznej kontroli homeostazy glukozy. Sitagliptyna zapobiega hydrolizie hormonów z grupy inkretyn przez DPP-4, zwiększając w ten sposób stężenie aktywnych form GLP-1 i GIP w surowicy krwi. Poprzez zwiększenie stężenia inkretyn sitagliptyna zwiększa uwalnianie insuliny oraz zmniejsza stężenie glukagonu w sposób zależny od stężenia glukozy. U pacjentów z cukrzycą typu drugiego i hiperglikemią te zmiany stężenia insuliny i glukagonu prowadzą do zmniejszenia wartości hemoglobiny A1c (HbA1c) oraz zmniejszenia stężenia glukozy na czczo i po posiłku. Jako silny i wysoce selektywny inhibitor enzymu DPP-4, sitagliptyna nie powoduje zahamowania blisko spokrewnionych enzymów DPP-8 czy DPP-9, dzięki czemu nie wywiera działania toksycznego. Preparaty sitagliptyny wskazane są do stosowania u pacjentów z cukrzycą typu drugiego w skojarzeniu z metforminą w celu poprawy kontroli glikemii w przypadku, gdy dieta i ćwiczenia fizyczne oraz stosowanie metforminy nie są wystarczające, aby odpowiednio kontrolować glikemię. W przypadku pacjentów z cukrzycą typu drugiego, u których właściwe jest stosowanie agonistów receptorów aktywowanych proliferatorami peroksy-somów typu gamma (PPAR-gamma), czyli leków z grupy tiazolidinedionów (pioglitazon, rosiglitazon), preparaty te są wskazane do stosowania w skojarzeniu z agonistą receptora PPAR-gamma w przypadku, gdy dieta i ćwiczenia fizyczne oraz stosowanie jedynie agonisty receptora PPAR-gamma nie są wystarczające, aby odpowiednio kontrolować glikemię.

**A11** – Witaminy; **A11A** – Multiwitaminy w połączeniu z innymi substancjami; **A11AA** – Multiwitaminy z minerałami

*Mineralia+vitamina* → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

## **B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY**

**B03** – Leki stosowane w niedokrwistości; **B03A** – Preparaty żelaza; **B03AB** – Żelazo trójwartościowe, preparaty doustne

*Ferrum* → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

**B05** – Substytuty osocza i płyny do wlewów; **B05A** – Krew i preparaty krwiozastępcze; **B05AA** – Substytuty osocza i frakcje białek osocza krwi

*Natrii chloridum+Polyhydroxyethylamylum* → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

## **C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY**

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

*Lisinoprilum* → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

*Ramiprilum*: Polpril (Polpharma) to 11. zarejestrowany preparat ramiprilu. Do obrotu zostało wprowadzonych 7 leków: Mitrip (Polfa Kutno), Piramil (Sandoz), Ramicor (Ranbaxy), Tritace (Aventis Pharma; lek oryginalny), od grudnia 2006 Axtil (Adamed), od lutego 2007 Vivace (Actavis) i od kwietnia 2007 właśnie Polpril. Nie ma jeszcze w sprzedaży preparatów Ampril (Krka), Ramistad (Stada), Ramitren (Glaxo-SmithKline) i Ramrex (Sanofi-Synthelabo).

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

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

*Darifenacinum* → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

**G04C** – Leki stosowane w łagod-

nym przeroście gruczołu krokowego; **G04CB** – Inhibitory 5 $\alpha$ -reduktazy testosteronu

*Finasteridum* → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

## **J – LEKI PRZECIWKAZAŻNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE**

**J01** – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie; **J01A/J01AA** – Tetracykliny

*Lymecyclinum*: Tetralysal (Galderma) w dawce 300 mg to uzupełnienie do obecnej na rynku dawki 150 mg. Lek nie ma odpowiedników generycznych. Na rynku znajdują się preparaty zawierające inne antybiotyki z tej samej grupy – doksycyklinę lub tetracyklinę.

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

*Amoxicillinum + Acidum clavulanicum*: Augmentin SR (Glaxo-SmithKline) to pierwszy preparat w postaci tabletek o przedłużonym uwalnianiu, w nowej dawce zawierającej 1 g amoksycyliny i 62,5 mg kwasu klawulanowego. W sprzedaży w różnych postaciach i dawkach znajduje się 6 preparatów: Amoksiklav (Lek/Lek, Stryków), Augmentin (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), Curam (Sandoz), Forcid (Yamanouchi), Ramoclav (Ranbaxy) i Taromentin (Polfa Tarchomin). Natomiast trzy leki nie zostały dotychczas wprowadzone do obrotu: Amoclan (Hikma Farmaceutica), Bioclavid (Sandoz) i Klavocin (Pliva Kraków). Inhibitor  $\beta$ -laktamaz kwas klawulanowy jest składnikiem mogącym powodować reakcje alergiczne. Ponadto wzrasta oporność szczepów bakteryjnych na antybiotyki  $\beta$ -laktamowe, obserwuje się więc tendencję do wprowadzania preparatów o wyższych dawkach antybiotyku. Dlatego po wprowadzeniu pierwotnie w preparatach jednodawkowych dawek 125 mg amoksycyliny i 31,25 mg kwasu klawulanowego oraz 250 mg amoksycyliny i 62,5 mg kwasu klawulanowego, a także 250 mg amoksycyliny i 125 mg kwasu klawulanowego, w latach następnych zmniejszono dawkę kwasu klawulanowego w stosunku do zwiększonej ▶

▶ tyczna jako gwarancja skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii oraz jej wpływ na kondycję ekonomiczną aptek”. Strategię wdrażania opieki farmaceutycznej w Polsce zaprezentował dr n. farm. Tadeusz Bąbulek.

**Nr 16 – 2007**

**21 kwietnia** odbył się XVI Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy Lubuskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Zielonej Górze. W Zjeździe uczestniczył prezes NRA, Andrzej Wróbel, który wręczył przyznany wcześniej zasłużonej aptekarce Annie Pozarzyckiej Medal im. Bronisława Koskowskiego.

**16 – 17 kwietnia** koordynator Departamentu Spraw Zagranicznych NRA dr Jerzy Łazowski uczestniczył w Brukseli w spotkaniach grup roboczych Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej. Spotkanie poświęcone było wdrażaniu systemu przemieszczania się farmaceutów w UE i uznawania kwalifikacji. Zespół zajmujący się tym zagadnieniem analizował listę pytań dot. kwalifikacji farmaceutów, które będą wprowadzone do automatycznego systemu wymiany informacji. Na posiedzeniu Doradczej Grupy Roboczej PGEU omawiano aktualny stan spraw związanych z wdrożeniem przez Komisję Europejską procedury zaskarżenia przed Trybunałem Europejskim zapisów ustawowych dotyczących systemu funkcjonowania rynku aptecznego w Niemczech, Włoszech, Austrii, Hiszpanii i Francji. Sekretariat PGEU poinformował o nawiązanych z członkami Parlamentu Europejskiego kontaktach i uczestnicy posiedzenia zaproponowali, by zwrócić się do krajów członkowskich o podjęcie podobnych kroków na własnym terenie. Omówiono też najnowsze informacje dotyczące liberalizacji rynku aptecznego w Europie. Inne sprawy omówione na posiedzeniu to: zaopiniowanie dokumentu „Informacja o lekach dla pacjentów” opracowanego przez Grupę Roboczą Forum Farmaceutycznego; stanowisko PGEU podkreślające skutki i zdrowotne i ekonomiczne w sprawie sprzedaży leków dostępnych bez recepty poza aptekami; opracowanie przez Sekretariat PGEU stanowiska w sprawie środowiska wolnego od tytoniu wskazujące m.in. na zdrowotne skutki tzw. biernego palenia. ■

► dawki amoksycyliny, wprowadzając preparaty zawierające 500 mg amoksycyliny i 125 mg kwasu klawulanowego, następnie 875 mg amoksycyliny i 125 mg kwasu klawulanowego, a obecnie 1000 mg amoksycyliny i 62,5 mg kwasu klawulanowego w postaci o przedłużonym uwalnianiu.

**J01** – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie; **J01X** – Inne leki przeciwbakteryjne; **J01XA** – Glikopeptydy przeciwbakteryjne

*Vancomycinum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

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

*Posaconazolom* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

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

*Vaccinum influenzae*: Daronrix (GlaxoSmithKline Biologicals) jest pierwszą zarejestrowaną, w wyjątkowych okolicznościach, szczepionką przeciw grypie pandemicznej (cały wirion, inaktywowana, z adiuwantem), zwanej „ptasią grypą”. Zawiera namnażany na zarodkach kurzych antygen (hemaglutyninę) szczepu pandemicznego odpowiadający szczepowi A/Vietnam/1194/2004 (H5N1). Zarejestrowano szczepionki w opakowaniach jedno- i wielodawkowych. Szczepionka odpowiada zaleceniom WHO i postanowieniom UE dotyczącym pandemii. Szczepionka Daronrix może znaleźć się w obrocie jedynie w przypadku, gdy zostanie oficjalnie ogłoszona przez WHO/UE pandemia grypy, pod warunkiem, że podmiot odpowiedzialny należyćnie uwzględni oficjalnie ogłoszony szczep pandemiczny.

**J07BH** – Szczepionki przeciw rotawirusom powodującym biegunki

*Rotavirus vaccinum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**L – LEKI**

**PRZECIWNOWOTWOROWE I WPLYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY**

**L01** – Leki przeciwnowotworowe; **L01X** – Inne leki przeciwnowotwo-

rowe; **L01XA** – Związki platyny  
*Oxaliplatinum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY**

**M03** – Środki zwiotczające mięśnie; **M03B** – Środki zwiotczające mięśnie działające ośrodkowo; **M03BX** – Inne środki zwiotczające mięśnie działające ośrodkowo

*Tetrazepamum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

*Thiocolchicosidum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

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

*Acidum pamidronicum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**N – UKŁAD NERWOWY**

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

*Propofolum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**N05** – Leki psychotropowe; **N05A** – Leki neuroleptyczne; **N05AE** – Pochodne indolu;

*Sertindolum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**N05AX** – Inne leki neuroleptyczne  
*Risperidonum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

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

*Venlafaxinum*: Venlectine (ICN Polfa Rzeszów) w dwóch niskich dawkach o przedłużonym uwalnianiu to rozszerzenie w stosunku do zarejestrowanego wcześniej preparatu Venlectine w dawce wyższej. W obrocie znajdują się: Efectin i Efectin ER o przedłużonym uwalnianiu (Wyeth), Velafax (Farmacom) i od grudnia 2006 Velaxin (Egis) oraz Venlectine 150 mg o przedłużonym uwalnianiu (ICN Polfa Rzeszów). Nie został jeszcze wprowadzony Venlax (Polfa Pabia-

nice) i Velafax XL (Farmacom).

**R – UKŁAD ODDECHOWY**

**R01** – Preparaty stosowane do nosa; **R01A** – Środki zmniejszające przekrwienie i inne preparaty stosowane miejscowo do nosa; **R01AD** – Kortykosteroidy

*Budesonidum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**R03** – Leki stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych; **R03A** – Agoniści receptorów adrenergicznych, preparaty wziewne; **R03AC** – Selektywni agoniści receptorów  $\beta_2$ -adrenergicznych

*Formoterolum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

*Salbutamolom* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**R03B** – Inne leki stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych, preparaty wziewne; **R03BA** – Glikokortykosteroidy

*Budesonidum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

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

*Erdosteinum*: Ermedag (Medagro) to 1. lek z tą substancją czynną zarejestrowany w Polsce, w postaciach jednodawkowych, w dwóch dawkach. Na rynku znajdują się inne leki mukolityczne, zawierające acetylocysteinę, karbocysteinę, bromheksynę lub ambroksol.

**S – NARZĄDY ZMYŚLÓW**

**S01** – Leki okulistyczne; **S01X/S01XA** – Inne leki okulistyczne

*Acidum polyacrylicum* → patrz tabela  
**NOWOŚCI NA RYNKU**

**V – PREPARATY RÓŻNE**

**V06** – Odżywki; **V06D** – Inne odżywki; **V06DB** – Odżywki zawierające tłuszcze, węglowodany, białka, składniki mineralne i witaminy

*Nutrimentum* → patrz tabela

## NOWOŚCI NA RYNKU

W marcu 2007 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 28 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/ WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A04AA	Palonosetronum	Aloxi	Helsinn Birex	UE 03.2005
A06AA	Docusatam natricum	Doculax	Hasco–Lek	PL 04.2004
A10BB	Glimepiridum	Limeral	Actavis	PL 11.2006
A10BB	Glimepiridum	Melyd	Stada	PL 03.2006 Glimepiride Stada, zm. 10.2006 Melyd
A10BB	Glimepiridum	Oltar	Berlin–Chemie	PL 10.2005 Glimepirid BC, zm. 11/12.2005 Oltar
A11AA	mineralia+vitamina	Falvit M	Jelfa	PL 04.2004
B03AB	Ferrum	Feroplex	Italfarmaco	PL 12.1999 Ferplex, zm. 01.2007 Feroplex
B05AA	Natrii chloridum + Polyhydroxyethylamylum	HyperHAES	Fresenius Kabi	PL 12.2004
C09AA	Lisinoprilum	Ranopril	Ranbaxy	PL 04.2004
G04BD	Darifenacinum	Emselex	Novartis	UE 10.2004
G04CB	Finasteridum	Aprost	Polfarmex	PL 11.2006
J01XA	Vancomycinum	Vancotex	Pharmatex	PL 04.2004
J02AC	Posaconazolum	Noxafil	Schering–Plough	UE 10.2005
J07BH	Rotavirus vaccinum	RotaTeq	Sanofi Pasteur MSD	UE 06.2006
L01XA	Oxaliplatinum	Oxali	Medac	PL 01.2007
M03BX	Tetrazepamum	Miozepam	Jelfa	PL 04.2004
M03BX	Thiocolchicosidum	Muscoril	Sanofi–Synthelabo	PL 04.2004
M05BA	Acidum pamidronicum	Pamidronat Medac	Medac	PL 04.2006
N01AX	Propofolum	Propofol MCT/ LCT	Fresenius Kabi	PL 11.2005
N05AE	Sertindolum	Serdolect	Lundbeck	PL 04.2004
N05AX	Risperidonum	Disaperid	Polon	PL 01.2007
N05AX	Risperidonum	Nodir	Polfarmex	PL 01.2007
R01AD	Budesonidum	Tafen Nasal	Lek	PL 12.2000
R03AC	Formoterolum	Diffumax Easyhaler	Menarini	PL 08.2005
R03AC	Salbutamololum	Buventol Easyhaler	Menarini	PL 02.2006
R03BA	Budesonidum	Neplit Easyhaler	Menarini	PL 02.2006
S01XA	Acidum polyacrylicum	Liposic	Mann	PL 04.2004
V06DB	nutrimentum	Nutrison Protein Plus	Nutricia	PL 08.2006

Opracowanie:

**dr n. farm. Jarosław Filipek**

Kierownik Działu Informacji o Produktach

Administrator Farmaceutycznej Bazy Danych BAZYL

IMS Poland

# Indywidualny plan opieki farmaceutycznej nad pacjentem w Holandii



**N**ie czekając na odgórne regulacje aptekarze holenderscy realizują już od kilku lat w praktyce założenia opieki farmaceutycznej, przy czym pozostają wierni zasadzie, że w celu uniknięcia jakichkolwiek pomyłek najważniejszą sprawą jest zapewnienie odpowiednio dobranych i prawidłowych procedur leczenia.

Opisując sposoby sprawowania opieki farmaceutycznej w Europie nie sposób pominąć takiego kraju jak Holandia, w którym obowiązują nieco odmienne niż w innych krajach zasady dotyczące sprawowania opieki farmaceutycznej.

W Holandii bezpieczeństwo pacjenta poddanego procesowi leczenia ściśle wiąże się z możliwością wystąpienia problemów lekowych, które są zdarzeniami bądź okolicznościami związane z terapią przy użyciu produktów leczniczych (farmakoterapia), które potencjalnie bądź realnie pozostają w sprzeczności z oczekiwanymi wynikami. W tym miejscu warto podkreślić wiernie przestrzeganą w Holandii zasadę, która nakazuje, by pacjent otrzymywał produkty lecznicze odpowiednio do jego potrzeb, w indywidualnie dopasowanych postaciach i dawkach w odpowiednim czasie, przy najniższym możliwie koszcie dla pacjenta i społeczeństwa. Żeby osiągnąć ten cel, w holenderskich aptekach stosuje się odpowiedni system klasyfikacji problemów lekowych. W systemie tym problemy lekowe zostały sklasyfikowane następująco:

- brak pewności co do efektu terapeutycznego zastosowania danego produktu leczniczego,

- za mała dawka produktu leczniczego,
- za duża dawka produktu leczniczego,
- inne problemy związane z dawkowaniem produktu leczniczego,
- interakcje lekowe,
- przeciwwskazania,
- błędy w procesie farmakoterapii,
- działania uboczne produktu leczniczego,
- trudności w połykaniu produktów leczniczych,
- trudności w otwieraniu opakowań z produktami leczniczymi,
- inne problemy praktyczne związane z samym produktem leczniczym lub sposobem jego podawania,
- trudności językowe.

Wspomniana wyżej holenderska odmienność opieki farmaceutycznej polega na tym, iż zazwyczaj farmaceuci tworzą, w oparciu o ogólnie dostępne standardy, własne – autorskie programy jej sprawowania, co pozwala im uwzględnić wszystkie ważne występujące w danym przypadku dodatkowe aspekty, które ich zdaniem wpływają na jakość i efektywność procesu farmakoterapii. W codziennej praktyce farmaceuci wykorzystują specjalnie dla własnych potrzeb opracowane przez pojedyncze apteki komputero-

we programy wspomagania opieki. Takie podejście do sprawy opieki farmaceutycznej pozwala każdej holenderskiej aptece, która postanowi ją prowadzić, nie czekając na odgórne decyzje, prawie natychmiast ją wdrożyć. W każdym indywidualnym przypadku apteki realizując opiekę, zachowują najważniejsze jej elementy, tj.: rozpoznawanie i identyfikację problemów lekowych opracowanie planu opieki medycznej, ocenę jego realizacji, dokumentację. Dodatkowo farmaceuci aktywnie współpracują nie tylko z lekarzami, ale również z innymi uczestnikami procesu leczenia pacjenta. Realizując zadania, związane z opieką farmaceutyczną dążą do tego, aby pacjent otrzymywał produkty lecznicze i stosował je zgodnie z obowiązującymi standardami. Dla pacjentów oraz innych specjalistów z zakresu ochrony zdrowia aptekarze stanowią najważniejsze źródło najnowszych profesjonalnych informacji oraz porad dotyczących produktów leczniczych i farmakoterapii.

Jako przykład działań wykonywanych w holenderskiej aptece w ramach opieki farmaceutycznej można podać działania podejmowane w przypadku pacjenta, u którego stwierdzono chorobę nowotworową. Po przedsta-



wieniu pacjentowi oferty związanej z opieką farmaceutyczną i uzyskaniu jego zgody farmaceuta zakłada pacjentowi indywidualną kartotekę. Poza danymi osobowymi najważniejszą część kartoteki dla potrzeb opieki farmaceutycznej stanowią informacje o stanie zdrowia pacjenta, jego przebytych i obecnych chorobach, lekach stosowanych wcześniej i aktualnie, stwierdzonych nadwrażliwościach na pokarmy i leki. Ważne jest także uzyskanie i wprowadzenie do dokumentacji pacjenta danych na temat jego statusu społecznego, wykonywanej pracy i aktywności zawodowej, trybu życia, czy otoczenia rodzinnego. Mając do dyspozycji powyższe dane farmaceuta sprawujący opiekę nad pacjentem ustala, czy w tym konkretnym przypadku występują problemy potencjalne bądź rzeczywiste lekowe, czy też ich nie ma. W przypadku stwierdzenia występowania problemu bądź kilku problemów farmaceuta przygotowuje plan opieki farmaceutycznej mający na celu ich rozwiązanie. Oczywiście plan zawiera wszystkie elementy mieszczące się w ogólnych standardach opieki farmaceutycznej. Ponadto plan może obejmować inne, specyficzne działania, związane z konkretnym pacjentem.

W przypadku stwierdzenia problemów lekowych farmaceuta podejmuje liczne ważne działania, które mają na celu poprawę zdrowia i jakości życia pacjenta, a mianowicie zaprasza pacjenta do stałych konsultacji w aptecę, w czasie których zamierza przekazywać pacjentowi informacje na temat stosowanych przez niego leków, ubocznych skutkach ich działania, możliwych interakcjach, sposobie zażywania tych leków, jak również pragnie przekazać choremu więcej danych na temat jego choroby i sposobów jej leczenia. Między innymi w tym celu wykorzystuje specjalnie opracowane broszury i ulotki związane tematycznie z chorobami nowotworowymi. Bardzo często (w Holandii jest to ok. 45% pacjentów), zdarza się, że pacjent z chorobą no-

wotworową otrzymujący opioidy nie stosuje leków typu „laxantia”, co może stać się przyczyną ostrych i długotrwałych zaparć, a w konsekwencji wywołać dodatkowe schorzenia jelit. Rolą farmaceuty w takim przypadku jest sprawdzić, czy pacjent wie o tym, a jeżeli nie, to poinformować go o konieczności stosowania leków przeczyszczających razem z pochodnymi morfiny. Farmaceuta sprawujący opiekę farmaceutyczną wobec chorego na raka, doradza i zaopatruje go w preparaty dietetyczne, jakie bywają stosowane w chorobach nowotworowych. W Holandii wiele instytucji zajmuje się chorymi na raka, dlatego też apteki w swoich działaniach związanych z opieką farmaceutyczną wykorzystują przygotowane przez te instytucje czy fundacje pisemne opracowania i ulotki. Nierzadko zdarza się, że sami farmaceuci na własne potrzeby takie ulotki opracowują.

Mając na uwadze bezpieczeństwo pacjentów, którzy stosują produkty lecznicze holenderscy farmaceuci aktywnie włączają się do działań związanych z zapobieganiem, rozpoznawaniem, rozwiązywaniem i dokumentacją problemów lekowych w trakcie bezpośredniego kontaktu w aptecę z pacjentami lub ich opiekunami, czyli w ostatnim ogniwie dystrybucji produktów leczniczych. Czyniąc to, farmaceuci:

- utrzymują stały kontakt z lekarzami w związku ze stwierdzonym problemem lekowym,
- w porozumieniu z lekarzami prowadzącymi pacjentów rozwijają nowe metody, takie jak, np. indywidualizacja dawek, co znacznie podnosi bezpieczeństwo pacjentów stosujących produkty lecznicze w domu czy w domach opieki społecznej,
- w celu zwiększenia bezpieczeństwa pacjentów współpracują z organizacjami zrzeszającymi pacjentów.
- towarzyszą pacjentom w optymalizacji korzyści wynikających z procesu ich leczenia,

- tworząc odpowiednio partnerskie stosunki z pacjentami wpływają na racjonalne i skuteczne stosowanie przez nich produktów leczniczych
- aby zwiększyć bezpieczeństwo pacjentów, coraz powszechniej, w porozumieniu z lekarzami prowadzącymi pacjentów korzystają w sposób aktywny z profili medycznych pacjentów,
- przypadku braku takiego profilu aptekarze sami taki profil ustanawiają.

Jak z powyższego wynika, farmaceuci w Holandii zapewniają i czynią wszelkie starania w tym celu, aby pacjent przyjmujący produkt leczniczy miał pełną swobodę i możliwość stałego kontaktu z apteką, co pozwoli mu każdorazowo skonsultować się osobiście, poprzez telefon, e-mail, faks czy stronę WWW z pracującym w niej personelem fachowym. Ponadto w celu poprawy jakości sposobu przepisywania oraz stosowania produktów leczniczych farmaceuci świadomie budują profesjonalne partnerstwo z innymi specjalistami z zakresu ochrony zdrowia. Stosowane systemy jakościowego zarządzania apteką uwzględniają szeroko rozumiane bezpieczeństwo pacjenta stosującego produkty lecznicze. Każdy aptekarz na podstawie swej najlepszej wiedzy z zakresu farmacji, farmakologii czy farmakoterapii dokonuje obiektywnej oceny w temacie przepisanego pacjentowi przez lekarza produktu leczniczego. Holenderskie apteki, w miarę swoich technicznych możliwości, wykorzystują dostęp do efektywnego systemu raportowania i wymiany informacji o problemach lekowych, innych błędach i niepożądanych zdarzeniach. Personel apteki zawsze ma na uwadze bezpieczeństwo swoich pacjentów a zarządzający pracą apteki aptekarze tworzą otwarty klimat do dyskusji i wymiany doświadczeń i poglądów w tym zakresie.

**dr n. farm. Tadeusz Bąberek**

Przewodniczący Zespołu Ekspertów NRA ds. Wprowadzania Opieki Farmaceutycznej do Aptek Ogólnodostępnych

# Nowe rozporządzenie w sprawie recept lekarskich

**Z** dniem 1 lipca br. wejdzie w życie rozporządzenie ministra zdrowia z 17 maja 2007 r. w sprawie recept lekarskich, które zastąpi dotychczas obowiązujące rozporządzenie (o takiej samej nazwie) z 28 września 2004 r.

**Nowe rozporządzenie** określa sposób i tryb wystawiania recept lekarskich, sposób zaopatrywania w druki recept, ich przechowywania, sposób realizacji recept oraz kontroli ich wystawiania i realizacji, a także wzór recepty uprawniającej do nabycia leku lub wyrobu medycznego bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością oraz wystawianej dla osób, o których mowa w art. 43–46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. Intencją ustawodawcy jest, aby nowe rozporządzenie uregulowało podstawowe problemy wynikające z obowiązywania wybranych przepisów dotychczasowego rozporządzenia.

Wśród wprowadzonych przez rozporządzenie z 17 maja br. zmian wskazać trzeba zwłaszcza na przepisy dotyczące obowiązkowego umieszczenia na recepcie numeru PESEL. Zgodnie z § 3 tego aktu dane niezbędne do wystawienia recepty, jeżeli co najmniej jeden z przepisanych leków lub wyrobów medycznych ma być wydany za opłatą ryczałtową, za częściową odpłatnością lub bezpłatnie, będą obejmowały od 1 lipca br. także numer PESEL pacjenta, a w przypadku dziecka do pierwszego roku życia, nieposiadającego numeru PESEL albo niemożności ustalenia tego numeru – numer PESEL jednego z rodziców. Natomiast w przypadku cudzoziemca na recepcie umieszczany będzie numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość. Zdaniem autorów rozporządzenia umieszczenie numeru PESEL umożliwi ściślejszą kontrolę ordynacji lekarskich i przyczyni się do zmniejszania

wydatków NFZ oraz umożliwi jednoznaczny identyfikację pacjenta, a także da szansę na monitorowanie ilości leków ordynowanych konkretnemu pacjentowi.

Kolejną zmianą, którą należy zasygnalizować jest przyznanie, w § 8 nowego rozporządzenia, osobie wystawiającej receptę prawa wystawienia – podczas jednej wizyty pacjenta – trzech recept na kolejne miesięczne kuracje. Osoba wystawiająca receptę jest przy tym zobligowana do określenia dnia, po którym może nastąpić realizacja. Z uzasadnienia rozporządzenia wynika, iż motywem wprowadzenia tej zmiany było to, aby pacjenci (zwłaszcza osoby chore na choroby przewlekłe) nie musieli w każdym miesiącu stać w kolejce do lekarza po wypisanie kolejnej recepty. Powodem wprowadzenia powyższej zmiany było także zagwarantowanie pacjentom możliwości nie wykupywania w aptece za jednym razem leków na kwartalne stosowanie, wszak, jak podkreślają autorzy rozporządzenia, „są to często leki bardzo drogie i wielu osób nie stać, aby za jednym razem wykupić wszystkie leki”.

Konsekwencją wprowadzenia obowiązku umieszczenia wśród danych pacjenta numeru PESEL jest dopuszczenie możliwości, aby w sytuacji, gdy na recepcie wpisano mylnie lub w sposób nieczytelny numer PESEL, osoba wydająca lek mogła go skorygować na podstawie dokumentów przedstawionych przez osobę okazującą receptę. W takim przypadku osoba wydająca lek umieszcza na recepcie odpowiednią adnotację oraz swój podpis. Dodajmy, że analogiczna możliwość

wystąpi jeżeli na recepcie wpisano w sposób nieczytelny lub niepełny adres pacjenta. Innymi słowy, także wówczas osoba wydająca lek może go skorygować na podstawie dokumentów przedstawionych przez osobę okazującą receptę (zob. § 16 rozporządzenia).

Zauważyć też trzeba, iż w nowym rozporządzeniu zrezygnowano z funkcjonującej do tej pory możliwości wystawiania recept na kuponie dołączonym do dokumentu potwierdzającego uprawnienia do świadczeń opieki zdrowotnej. Zgodnie z § 38 nowego rozporządzenia takie recepty mogą być realizowane na dotychczasowych zasadach wyłącznie do 31 grudnia 2008 r.

W analizowanym akcie normatywnym zawarto również przepis przejściowy, z którego wynika, że jedynie do 31 grudnia 2007 r. Narodowy Fundusz Zdrowia będzie mógł odpłatnie wydawać upoważnionym podmiotom druki recept, na których nadrukowano odpowiednie dane (numer recepty nadany przez Fundusz), przy czym taka opłata może obejmować tylko koszt wytworzenia druków recept zgodnych z wzorem. Dodajmy, że przedmiotowa opłata w szczególności nie obejmuje kosztów naniesienia numerów, dodatkowych zabezpieczeń papieru i dystrybucji recept.

Skutkiem wprowadzonych zmian jest zmiana wzoru recepty (m. in. pojawia się miejsce na wpisane numeru PESEL). Z objaśnień zawartych w załączniku nr 6 do rozporządzenia z 17 maja br. określającego wzór recepty wynika, że recepta ma wymiary nie mniejsze niż 90 mm

(szerokość) i 200 mm (długość) oraz nie większe niż 110 mm (szerokość) i 215 mm (długość). Druga strona recepty pozostaje pusta.

Dane niezbędne do wystawienia recepty umieszcza się na receptycie w następujących miejscach: dane dotyczące upoważnionego podmiotu – w części oznaczonej napisem „Świadczeniodawca”; dane dotyczące pacjenta – w części oznaczonej napisem „Pacjent”. W przypadku pacjentów, którzy uzyskali świadczenie zdrowotne na podstawie przepisów o koordynacji, poniżej adresu pacjenta umieszcza się numer poświadczenia o prawie do świadczeń zdrowotnych, a w przypadku braku poświadczenia – numer identyfikacyjny znajdujący się na dokumencie uprawniającym do korzystania ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji. Dane dotyczące numeru PESEL, a w przypadku cudzoziemca – numer paszportu lub innego dokumentu potwierdzającego tożsamość – umieszcza się w części oznaczonej napisem „Pacjent”. Dalej identyfikator oddziału wojewódzkiego Funduszu umieszcza się w części oznaczonej napisem „Oddział NFZ”; symbol państwa, w którym znajduje się instytucja właściwa dla osoby korzystającej ze świadczeń na podstawie przepisów o koordynacji – w części oznaczonej napisem „Oddział NFZ”; kod uprawnień dodatkowych pacjenta – w części oznaczonej napisem „Uprawnienia”; kod specjalistycznych uprawnień – w części oznaczonej napisem „Ch. przewlekłe”; dane dotyczące przepisanych leków lub wyrobów medycznych – w części oznaczonej napisem

„Rp.”; datę wystawienia recepty – w części oznaczonej napisem „Data wystawienia”; datę realizacji recepty – w części oznaczonej napisem „Data realizacji od dnia”; dane dotyczące osoby wystawiającej receptę – w części oznaczonej napisem „Dane id. i podpis lekarza”. Takie dane jak numer potwierdzający identyfikację pacjenta umieszcza się na receptycie w części oznaczonej napisem „Pacjent”, a numer recepty – po prawej stronie napisu „Recepta”. Wreszcie dane podmiotu drukującego receptę umieszcza się na dole recepty w części oznaczonej napisem „Dane podmiotu drukującego”. Dodajmy też, że wszystkie kody kreskowe umożliwiające automatyczny odczyt danych umieszcza się w dolnej części obszaru oznaczonego napisem „Rp.”.

**dr n. prawnych Jędrzej Bujny**

*Dr Krystian Ziemiński & Partners  
Kancelaria Prawna*



## Wykreślono słowo „nie”

Z punktu widzenia codziennej praktyki niezmiernie istotna jest z pozoru drobna zmiana dotycząca wskazówek, jaką ilość leku należy wydać. Do tej pory farmaceuta kierował się przepisem mówiącym, iż „lek należy wydać w ilości maksymalnie zbliżonej, jednak nie mniejszej niż ilość określona przez osobę wystawiającą receptę.” W obecnym brzmieniu wykreślono słowo „nie”, co oczywiście radykalnie zmienia znaczenie tego zdania. W myśl rozporządzenia (§ 18 ust. 1 lit. 2) od 1 lipca 2007 r. osoba wydająca lek będzie musiała ilość wydawanych opakowań „zaokrąglić w dół”.

**mgr farm. Olga Sierpniowska**

# Szczelna tama

**Od kilku miesięcy częściej zaglądam do internetowej zakładki „wstrzymanie reklam” na stronie Głównego Inspektora Farmaceutycznego [http://www.gif.gov.pl/wstrz\\_reklam.html](http://www.gif.gov.pl/wstrz_reklam.html), obserwując wykaz decyzji wydawanych przez GIF nakazujących zaprzestanie reklamy produktów leczniczych niezgodnej z przepisami ustawy Prawo Farmaceutyczne.**

Dokonałem analizy opublikowanych decyzji podjętych przez GIF w 2006 roku i w roku bieżącym. W wykazie za rok miniony znajdują się wyłącznie decyzje adresowane do producentów leków. Nie znalazłem decyzji dotyczących przedsiębiorców i reklamy rozpowszechnianej przez prowadzone przez nich apteki.

Wykaz za rok 2007 przedstawia bardziej dynamiczny obraz. Zauważalny jest znaczący wzrost ilościowy decyzji. Do 18 maja GIF opublikował już 58 decyzji dotyczących wstrzymania reklamy, podczas gdy przez cały 2006 roku podjął w tym zakresie 34 decyzje.

W 2007 roku jako adresaci decyzji GIF pojawili się także przedsiębiorcy prowadzący apteki. W przypadkach, gdy firmowane przez nich wydawnictwa reklamowe zawierały treści sprzeczne z prawem Główny Inspektor Farmaceutyczny nakazywał aptekom lub prowadzącym je firmom (szczegóły na internetowej stronie GIF) natychmiastowe zaprzestanie prowadzenia niezgodnej z przepisami prawa reklamy produktów leczniczych kierowanej do publicznej wiadomości w formie folieru reklamowego.

Decyzje dotyczą obszaru całego kraju. Zauważam, że tama stawiana przez GIF niezgodnym z prawem reklamom staje się coraz bardziej szczelna.

**Zbigniew Solarz**

# Bronić idei samorządności za każdą cenę



**P**owstanie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Koszalinie poprzedziły długotrwałe działania organizacyjne. Pierwsze spotkanie Okręgowego Komitetu Organizacyjnego odbyło się 6 sierpnia 1991 r. w Koszalinie. Pierwszy Zjazd Aptekarzy z terenu województwa słupskiego i koszalińskiego odbył się 19 października 1991 r. w Koszalinie. Pierwszym prezesem został wybrany mgr Rajmund Zarzycki.

Od roku 1992 Izba Aptekarska w Koszalinie zaczęła wydawać własny biuletyn pod nazwą „Farmacja Pomorza Środkowego”.

Ważne dla integracji środowiska farmaceutycznego są coroczne zjazdy, a także okazjonalne uroczystości takie jak dziesięciolecie czy piętnastolecie powstania Izby Aptekarskiej w Koszalinie.

Od czasów powstania Izby wiele się zmieniło. Zapał, wspaniała współpraca aptek, życzliwość, chęć niesienia pomocy koleżeńskiej znikają, niszczone są przez agresywne działania niektórych właścicieli aptek, którzy traktują swoje apteki wyłącznie jak „robienie biznesu”, a nie jak placówkę ochrony zdrowia.

Izba Aptekarska nie ma żadnego wpływu na liczbę powstających aptek. Jej rolą jest tylko opiniowanie osób proponowanych na kierowników aptek. Jednak opinia ta do niczego inspektorów nie zobowiązuje.

Po wejście w życie rozporządzenia o szkoleniach ciągłych, w celu ułatwienia udziału w nich naszym członkom organizujemy w Koszalinie w porozumieniu z Akademią Medyczną w Poznaniu kursy zakończone testem, a także konferencje naukowo-szkoleniowe.

Środkowopomorska Okręgowa Izba Aptekarska w Koszalinie zakupiła oryginalne znaczki członkowskie z brązu dla swoich członków.

Trudno przecenić działania wielu naszych ofiarnych działaczy, którzy angażują się w pracę samorządową.

W związku z tym, że kończy się kolejna kadencja, organizujemy zebrania rejonowe, gdzie wybierani będą delegaci na Zjazd Wyborczy, który odbędzie się w listopadzie br.

Należy bronić idei samorządności za każdą cenę, byśmy mogli sami decydować o naszych sprawach zawodowych, a nie robiła to za nas administracja państwowa.

**mgr farm. Maria Walkowiak–Falender**

Prezes Środkowopomorskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

FPPAH "PROLAB" Paterek, ul. Przemysłowa 3, 89-100 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/skład: 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.

# Konwent Prezesów

**W** dniach 29–30 maja br. odbył się we Wrocławiu kolejny Konwent Prezesów Okręgowych Rad Aptekarskich. Uczestniczyło w nim 17 prezesów ORA, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej – mgr Andrzej Wróbel, jak również 3 prawników (mec. E. Jędrzejewski, mec. K. Baka z NIA i mec. E. Hrynkiewicz–Kacała z DIA).

Obrady prowadzili mgr J. Piątkowska (gospodarz Konwentu) i prezes Andrzej Wróbel.

W planie posiedzenia znalazły się:

1. Regulamin odbywania stażu studenckiego w ramach studiów na Wydziałach Farmacji AM.
2. Doksztalcanie zawodowe farmaceutów (kształcenie ustawiczne).
3. Stwierdzanie przez samorząd posiadania rękopisów przez kierowników aptek.
4. Współpraca z urzędami miast w sprawie zbiórki leków przeterminowanych od ludności w aptekach.
5. Propozycja lokalizacji siedziby NRA w Warszawie.

#### Ad.1

Przetawiona została propozycja regulaminu stażu przygotowana przez wrocławską AM, a także funkcjonujące regulaminy w Krakowskiej i Kaliskiej OIA.

Najwięcej emocji wzbudziła propozycja 45-minutowych godzin pracy w aptece (6 godzin zegarowych), jak również wystawianie przez apteki faktur VAT uczelni.

Konwent uznał za właściwą pomoc w sprawie staży na VI roku Farmacji głównie w sprawie właściwych warunków odbywania staży w aptekach (m. in. właściwe wyposażenie tych aptek, kwalifikacje personelu i opiekuna), natomiast regulamin uznał za sprawę Wydziałów Farmacji.

#### Ad. 2

W sprawie kształcenia ustawicznego – organizacja i liczba szkoleń w OIA nie budzi zastrzeżeń, nawet



można stwierdzić, że odbywa się to płynnie i dobrze, szczególnie wobec usuwania tych szkoleń szkoleniami e-mailowymi (dzięki mgr P. Józwiakowskiemu z Krakowskiej OIA i UJ). Pewne wątpliwości budziło rozwiązanie sprawy niezaliczenia 100. punktów edukacyjnych i niepewne certyfikaty (np. na zbyt dużą liczbę punktów).

#### Ad. 3

W sprawie rękopisów dla kierowników aptek problem ten był rozpatrywany w kontekście Porozumienia z 17.01.2007 r. w tej sprawie pomiędzy GIFem a NRA i był przygotowaniem do spotkania GIF i WIF z prezesami ORA, 11.06.2007 r. w Białowieży.

W tej sprawie funkcjonują w niektórych Izbach procedury, a najwięcej wątpliwości budziło stwierdzenie rękopisów dla kierownika apteki w funkcjonującej aptece (trudności z zachowaniem terminów).

#### Ad. 4

Zostały przedstawione umowy z urzędami miast w tej sprawie (Wrocław, Kraków, Kalisz), w wielu izbach w większych miastach od lat funkcjonuje ta współpraca w sposób satysfakcjonujący.

#### Ad.5

Prezes NRA przedstawił propozycję lokalizacji (z warszawską OIA) siedziby NRA na warszawskim Ursynowie, pokazał slajdy pomieszczeń biurowych. Wywiązała się dyskusja, zadawano wiele pytań i padło wiele wątpliwości (odległość od centrum, cena, możliwości kredytu itp.). Postanowiono, że 12 czerwca 2007 r. odbędzie się wizja lokalna, a w tej sprawie zadecyduje NRA.

Po obradach Konwent gościł dr farm. Stanisława Hana – właściciela Haso–Leku.

Wieczorem goście zwiedzili przepięknie oświetlony Ostrów Tumski, obejrzeni budynki wrocławskiej farmacji i spacerem przeszli do Rynku, który swoją urodą i czarem i wielkością nie ustępuje nawet krakowskiemu! Szczególny zachwyt wzbudziły olbrzymie stragany kwiatowe całodobowo czynne i oświetlone na wrocławskim Placu Solnym. Każdej z Pań dr. G. Kucharewicz ofiarował różową różę (jest nas niewiele....).

**mgr farm. Joanna Piątkowska**  
Prezes Dolnośląskiej  
Rady Aptekarskiej

Fot. Andrzej Wróbel

**KARSTULAN  
METALLIOY**

## KOMORY LAMINARNE

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

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

**NAJWYŻSZA JAKOŚĆ  
ATRAKCYJNA CENA**



Produkowane  
w kilku wersjach rozmiarowych:

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

Polecamy również:

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

Urządzenia **KARSTULAN 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

# Farmaceuta musi być ważnym doradcą

**J**edną z organizacji działających w środowisku farmaceutów jest Stowarzyszenie Farmaceutów Katolickich Polski.

Organizacja ta została zarejestrowana w grudniu 1991 roku, jednakże jej początki sięgają roku 1984. Wtedy w Poznaniu Stowarzyszenie zawiązało się nieoficjalnie i było uznane na forum międzynarodowym. W 1986 roku zostało afiliowane przy Międzynarodowej Federacji Farmaceutów Katolickich (FIPC).

W 1990 roku delegacja Stowarzyszenia na zjazd FIPC w Rzymie dostała zaszczytu uczestnictwa w audiencji u Jana Pawła II. Papież powiedział: „*Stosunek farmaceuty do człowieka potrzebującego lekarstwa przekracza aspekt komercyjny tej relacji ... farmaceuta katolik, zgodnie z niezmiennymi zasadami etyki naturalnej wpisanymi w sumienie człowieka, musi być ważnym doradcą ludzi nabywających lekarstwo, a także służyć moralnym wsparciem tym wszystkim, którzy kupują rozmaite środki, lecz potrzebują także rady, słów nadziei, wskazówki na dalsze życie*”. Słowa Ojca Świętego stały się wyznacznikiem działalności programowej SFKP.

Celami Stowarzyszenia, na którego patronkę obrano farmaceutkę, bł. Marię Sagrario są m.in.: integracja środowiska farmaceutycznego w oparciu o wartości chrześcijańskie oraz pogłębianie zasad etyki zawodowej.

Członkowie Stowarzyszenia dzielą się na zwyczajnych, seniorów, wspierających i honorowych. Członkiem zwyczajnym może być



farmaceuta z wyższym wykształceniem lub student farmacji, kierujący się zasadami etyki chrześcijańskiej.

Jedną z płaszczyzn aktywności Stowarzyszenia jest działalność formacyjna prowadzona w formie rekolekcji, seminariów oraz pielgrzymek. Członkowie SFKP organizują zbiórki darów z przeznaczeniem na cele charytatywne. Stowarzyszenie włącza się w działania FIPC promując w Polsce bogaty 57 letni dorobek tej organizacji.

SFKP ma zasięg ogólnokrajowy. Struktura organizacyjna obejmuje 12 kół archidiecezjalnych. Prezesem Zarządu, którego siedziba mieści się w Poznaniu jest mgr farm. Barbara Fiklewicz-Dreszczyk. Asystentem kościelnym Stowarzyszenia jest ks. dr Adam Sikora.

16 czerwca br. z okazji 15-lecia istnienia członkowie Stowarzyszenia spotkali się w Sanktuarium Maryjnym w Licheniu.

**Zbigniew Solarz**

# § Nowela prawna §

**P**ublikujemy wybrane fragmenty informacji opracowanej przez Biuro Prawne NIA na zlecenie Departamentu Prawnego NRA o ważniejszych dla aptekarzy zmianach Prawa farmaceutycznego wprowadzonych ustawą z dnia 30 marca 2007 r. (Dz. U. Nr 75, poz. 492), które weszły w życie z dniem 1 maja 2007 r. Z pełną treścią opracowania można zapoznać się na stronie internetowej NIA [http://nia.org.pl/nia.php?i=aktualności\\_more&id=525](http://nia.org.pl/nia.php?i=aktualności_more&id=525)

Nowelizacja ustawy:

- wprowadza się zakaz reklamy aptek lub punktów aptecznych, kierowanej do publicznej wiadomości, a odnoszącej się do leków refundowanych. Nadzór nad przestrzeganiem tego zakazu należy do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego, który najpierw stwierdza naruszenie takiego zakazu i w konsekwencji może cofnąć zezwolenie na prowadzenie apteki, jeśli jego decyzja zakazująca takiej reklamy nie zostanie wykonana (art. 94a i art. 103 ust. 2 pkt 5). Choć art. 103 dotyczy aptek ogólnodostępnych, to jego postanowienia stosuje się również do punktów aptecznych (art. 70 ust. 4);
- zawiera bardzo ważną zmianę w art. 104 poprzez wprowadzenie możliwości dziedziczenia zezwolenia. Otóż w przypadku śmierci osoby fizycznej prowadzącej apte-

kę zezwolenie już automatycznie nie wygasa, jeżeli chociażby jeden z jej następców prawnych mógłby zgodnie z art. 99 i art. 101 otrzymać zezwolenie na prowadzenie apteki, zatem powinien też dawać rękojmię należytego prowadzenia apteki. Taki następcą prawny może od razu przejąć i prowadzić aptekę, ale w terminie 6 miesięcy od śmierci dotychczasowego prowadzącego musi wystąpić do wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego o stosowną zmianę dotychczasowego zezwolenia;

- zmienia niektóre przepisy karne wprowadzając m.in. karalność reklamy leków refundowanych lub wydawanych wyłącznie na podstawie recepty, a kierowanej do publicznej wiadomości. Karalnym się również staje prowadzenie reklamy przez właścicieli aptek i punktów aptecznych, a dotyczącej leków

refundowanych lub o nazwie identycznej z refundowanymi.

Ustawa z 30 marca 2007r. koryguje też niektóre przepisy ustawy z dnia 6 września 2001r. – Przepisy wprowadzające ustawę – Prawo farmaceutyczne, ustawę o wyrobach medycznych oraz ustawę o Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych (Dz. U. Nr 126, poz. 1382 z późn. zm.).

Zgodnie z dodanym obecnie ust. 2a w art. 16 tej ustawy prowadzący apteki ogólnodostępne, którzy dotąd nie dostosowali lokali aptecznych do wymogów zawartych w art. 97 Prawa farmaceutycznego (termin dostosowania upływał w dniu 1 października 2007r.) nadal mogą swe apteki prowadzić bez obowiązku spełnienia tych wymogów.



**PROPOLISAN**  
*Go i koi...*  
PRZECIWRZYBICZY  
PUDER PROPOLISOWY

Zawarty w pudrze propolis hamuje rozwój bakterii (gronkowców, paciorkowców, laseczki błonowej, bezłeciwce) i szczepów opornych na antybiotyki, a także rozwój chorobotwórczych grzybów.

**ZASTOSOWANIE**  
- grzybica skóry  
- nadmierna potliwość stóp  
- starcia skóry, rany z brakiem naskórka  
- ropne zapalenia skóry  
- owrzodzenia żyłakowate podudzi  
- owrzodzenia o charakterze odleżynowym

20 g  
Propolis extractum 30mg/g

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

Apipol  
FARMA  
www.apipol.com.pl

W APTEKACH I REZERWACH FARMACJONÓW REF. RECYTYWY

*Receptura na co dzień*

# O wykonywaniu kropli do oczu



**S**porządzanie kropli do oczu wymaga od farmaceuty szczególnej staranności i rygorystycznego przestrzegania właściwych procedur. Obejmują one: wyjalawianie gotowego leku – lub poszczególnych jego składników – dezynfekcję, korzystanie z wyjalawionych utensyliów, a także pracę w jałowym otoczeniu – boksie czy łożu aseptycznej.

Organizując w aptece pracę aseptyczną (czy też przyrządzanie leków o ograniczonym stopniu zanieczyszczenia mikrobiologicznego), należy brać pod uwagę jako potencjalne źródła zakażenia: pomieszczenia do pracy, substancje lecznicze, rozpuszczalniki, aparaturę pomocniczą i samych pracowników. W celu zapewnienia maksymalnej czystości

mikrobiologicznej stosuje się izolację pomieszczenia do pracy aseptycznej od pozostałych pomieszczeń aptecznych poprzez:

- specjalnie wyodrębnione pomieszczenie do pracy aseptycznej – boks aseptyczny,
- wykonywanie leków w łożach aseptycznych (z laminarnym nawiewem jałowego powietrza).

Do sporządzania kropli do oczu w postaci zawiesiny stosuje się zmikronizowane substancje lecznicze. Częstki substancji leczniczej mogą ulegać sedymentacji, jednakże wstrząśnięcie powinno zapewnić homogenność preparatu w czasie koniecznym do aplikacji.

Opakowanie kropli do oczu powinno umożliwiać dozowanie leku kroplami. Pojemniki wielodawkowe nie powinny zawierać więcej niż 10 ml preparatu. Obecnie coraz częściej praktykuje się dozowanie kropli do butelek mniejszych – o pojemności 5 ml.

Leki do oczu powinny być konserwowane. Jedynie leki przeznaczone do stosowania podczas zabiegów chirurgicznych lub na oko zranione nie mogą zawierać środków konserwujących. Preparaty bez środków konserwujących należy przygotowywać w pojemnikach jednodawkowych.

Leki oczne powinny być przechowywane w pojemnikach szklanych lub z tworzywa sztucznego, umożliwiających jednorazowe lub wielokrotne pobieranie leku oraz zapobiegających zakażeniu preparatu w okresie jego stosowania i przechowywania. Termin przydatności do użycia kropli z dodatkiem środków konserwujących po pierwszym otwarciu nie może przekraczać 4. tygodni.

## METODY WYKONYWANIA KROPLI DO OCZU

W zależności od właściwości substancji leczniczej, krople do oczu wykonuje się, wg FP V jedną z trzech

### „Mini” autoklaw do wyjalawiania kropli ocznych.



### KROPLE DO OCZU

Krople do oczu są to jałowe, wodne lub olejowe roztwory bądź zawiesiny jednej lub kilku substancji leczniczych, przeznaczone do wkraplania do worka spojówkowego lub na gałkę oczną. Krople do oczu mogą zawierać dodatek substancji pomocniczych, np. izotonizujących, buforujących, stabilizujących, zwiększających lepkość lub rozpuszczalność. Substancje te nie mogą w zastosowanych ilościach wywierać własnego działania farmakologicznego lub działania drażniącego ani wpływać negatywnie na trwałość postaci leku i dostępność biologiczną substancji leczni-



metod (w FP VI brak szczegółowych informacji dotyczących sporządzania kropli ocznych).

**• Metoda 1 – sterylizacja termiczna** (dla termostabilnych związków leczniczych)

Substancję leczniczą rozpuszcza się w określonej ilości jałowej wody lub w odpowiednim roztworze pomocniczym, dodaje środek konserwujący i uzupełnia roztworem izotonizującym (względnie buforującym) do wymaganej ilości leku. Roztwór sączy się przez sączonek klarujący (sączonek membranowy o średnicy porów powyżej 0,45 µm lub sączonek typu *Schotta G<sub>3</sub>, G<sub>4</sub>*) wprost do jałowej butelki stanowiącej opakowanie gotowych kropli do oczu. Po zabezpieczeniu wlotu butelki (np. folią aluminiową) krople wyjaławia się termicznie w autoklawie 20 minut parą nasyconą pod ciśnieniem w temperaturze 122°C ± 2°C lub w temp. 100°C przez 30 minut w parze bieżącej. Po sterylizacji w jałowych warunkach zakłada się jałową zakrętkę z zakraplaczem.

**• Metoda 2 – sączenie wyjaławiające** (dla substancji termolabilnych, głównie antybiotyków)

Roztwór kropli do oczu wykonuje się tak jak w metodzie pierwszej, w warunkach aseptycznych. (niejałowa jest wyłącznie substancja lecznicza). Uzyskany roztwór sączy się przez jałowy zestaw wyjaławiający (np. sączonek *Sartoriusa* o średnicy porów 0,2 µm, sączonek *Synpor*, sączonek typu *Schotta G<sub>3</sub>*) wprost do jałowej butelki i zamyka jałową zakrętką z zakraplaczem.

Przez sączenie należy wyjaławiać krople do oczu z: chloramfenikolem, chlorowodorkiem chlorotetracykliny, chlorowodorkiem oksytetracykliny, chlorowodorkiem tetracykliny, siarczanem gentamycyny, wodorowęglanem sodu, salicylanem fizostygminy, rezorcyną, taniną.

W metodzie drugiej – wyjaławiania przez sączenie konieczne jest zapewnienie warunków aseptycznych, stosowanie wyjałowionego filtra (sączonek o średnicy 0,22 µm lub poniżej) oraz jałowego opakowania

**• Metoda 3 – jałowe składniki**

Metoda trzecia stosowana jest do wykonywania kropli, które nie mogą być wyjaławiane ani termicznie (me-

**Tabela 1. Zalety i wady wyjaławiania przez sączenie.**

Filtrowanie kropli ocznych (wyjaławianie przez sączenie)	
Zalety	Wady
<ul style="list-style-type: none"> <li>– jednoczesne usunięcie bakterii i innych mikroorganizmów (wyjałowienie) oraz usunięcie zanieczyszczeń nierozpuszczalnych o wielkości cząstek równej co najmniej wielkości porów</li> <li>– wyjaławianie roztworów termolabilnych</li> <li>– proces prosty, zajmuje niewiele czasu</li> <li>– jałowe gotowe zestawy do sączenia są łatwo dostępne na rynku</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– ograniczone możliwości w przypadku roztworów o zwiększonej lepkości (szybkie zapychanie się filtrów)</li> <li>– proces długotrwały w przypadku produkcji przemysłowej</li> <li>– nie usuwa wirusów</li> <li>– konieczność kontroli jakości filtra przed i po procesie</li> <li>– po sączeniu produkt przenosi się do jałowych opakowań (proces wyjaławiania nie odbywa się w ostatecznym opakowaniu, jak w przypadku wyjaławiania termicznego)</li> <li>– możliwość zanieczyszczenia wyjałowionego roztworu (kontakt z powietrzem, niewyjałowione opakowanie, etc.)</li> </ul>

todą pierwszą), ani przez sączenie wyjaławiające (metodą drugą), tj. do kropli z azotanem srebra, epinefryną czy targezyną. W metodzie tej korzysta się z jałowego sprzętu, jałowych roztworów pomocniczych, podłoża i jałowej substancji leczniczej. Nie jest prowadzona sterylizacja preparatu po jego wykonaniu. Metodą tą wykonuje się również maści okulistyczne, krople olejowe, krople zawiesiny. Jałową substancję leczniczą rozpuszcza się lub zawiesza w jałowym rozpuszczalniku z wymaganymi środkami pomocniczymi. Wodne czy olejowe roztwory sączy się przez jałowe sączonek klarujące wprost do suchych, wyjałowionych butelek i zamyka jałową zakrętką z zakraplaczem. Nie sączy się roztworów koloidalnych i zawiesin. Krople w postaci zawiesin wykonuje się przez wprowadzenie jałowej, zmikronizowanej substancji leczniczej do jałowego oleju lub jałowego roztworu wodnego z dodatkiem substancji zwiększających lepkość. Rozdrobnienie substancji leczniczej na cząstki o wielkości 20 µm można

uzyskać przez długotrwałe ucieranie substancji z kilkoma kroplami oleju lub roztworu środka zwiększającego lepkość względnie przez rozpuszczenie danej substancji leczniczej w niewielkiej ilości lotnego rozpuszczalnika organicznego (etanolu, acetonu, chloroformu) i szybkie odparowanie przez energiczne ucieranie, a następnie rozcieranie z olejem lub wodnym roztworem.

**KROPLE O ZWIĘKSZONEJ LEPKOŚCI**

Na rynku preparatów gotowych od wielu lat występują krople z dodatkiem substancji zwiększających lepkość (np. 10% *Sulfacetamidum HEC*). Coraz więcej lekarzy przepisuje także recepty na wykonywane w aptekach krople do oczu o zwiększonej lepkości.

Krople o zwiększonej lepkości pozwalają na wydłużenie czasu kontaktu substancji leczniczej z gałką oczną nawet do jednej godziny, dzięki czemu większa ilość substancji ▶

► leczniczej ulega wchłonięciu. Możliwe jest zatem obniżenie stężenia substancji leczniczej lub rzadsze stosowanie kropli.

Lepkość wody wynosi ok. 1 mPa·sek., lepkość płynu łzowego (zawiera on m.in. substancje białkowe) jest większa i wynosi ok. 1,02 – 1,9 mPa·sek. W kroplach ocznych nie wolno przekroczyć 20 mPa·sek, gdyż może dojść do zacopowania kanałków łzowych. Optymalna lepkość kropli do oczu to 12 – 15 mPa·sek., choć niektóre źródła podają zakres wyższy.

Jako substancje zwiększające lepkość FP V zaleca stosowanie hydroksyetylocelulozy (HEC) w stężeniu 0,25 – 0,5%, 0,5% hydroksypropylometylocelulozy (HPMC), metylocelulozy (MC) 0,25–1,0% oraz alkoholu poliwinylowego (PVA) 1,4 – 4,0%. Roztwory te można wyjaławiać termicznie w autoklawie (w temp. 122°C przez 20 minut). Podczas wyjaławiania roztworów pochodnych celulozy dochodzi do przejściowego żelowania substancji. Jednakże, po ochłodzeniu, roztwory te stają się ponownie przejrzyste i klarowne.

## PRZYGOTOWANIE KROPLI OCZNYCH O ZWIĘKSZONEJ LEPKOŚCI

W przypadku kropli o zwiększonej lepkości zawsze połowę ilości roztworu musi stanowić roztwór rzeczywisty, a drugą połowę – roztwór substancji zwiększającej lepkość. Substancję leczniczą, środki izotonizujące i konserwujące należy rozpuścić w połowie przepisanej ilości wody (lub odpowiedniego płynu do uzupełnień czy buforu), uzyskując w ten sposób roztwór o podwójnym stężeniu i wyjałowić go zgodnie z farmakopealnymi zaleceniami dla danej substancji leczniczej. Następnie w warunkach aseptycznych, krople należy uzupełnić do przepisanej ilości jałowym roztworem substancji zwiększającej lepkość o stężeniu dwukrotnie wyższym od przepisane-go w kroplach. Dołączyć etykietkę „Zmieszać przed użyciem”.

## PODSUMOWANIE

1. Zalecaną, o najwyższej czystości mikrobiologicznej, klasę czystości powietrza A można uzyskać w łozach z nawiewem laminarnym stosując odpowiednią szybkość przepływu powietrza.
2. Najskuteczniejszą metodą wyjaławiania kropli ocznych jest metoda pierwsza – wyjaławianie nasyconą parą wodną w autoklawie.
3. Metoda druga wykonywania kropli ocznych (ścącenie wyjaławiające – przez filtry o średnicy porów 0,22 µm i poniżej) nie powinna być stosowana, gdy istnieje możliwość termicznego wyjałowienia kropli.
4. Jako substancje zwiększające lepkość w kroplach do oczu FP V zaleca stosować roztwory hydroksyetylocelulozy, hydroksypropylometylocelulozy (hy-

promelozy), metylocelulozy oraz alkoholu poliwinylowego. Roztwory te można wyjaławiać termicznie w autoklawie. ■

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

Zakład Farmacji Stosowanej  
Akademia Medyczna w Białymstoku

fol. Katarzyna Winnicka

## Piśmiennictwo

Allen L. V., Jr.: *Compounding ophthalmic liquids*, Vol 6, No 4, *Secundum Artem*, [www.paddocklabs.com](http://www.paddocklabs.com);  
*Farmakopea Polska V*, Wyd. PTFarm., Warszawa, 1993;  
*Farmakopea Polska VI*, Wyd. PTFarm., Warszawa, 2002;  
Jachowicz R.: *Receptura apteczna*, PZWL, Warszawa, 2005;  
Janicki S., Fiebig A., Sznitowska M.: *Farmacja Stosowana*, PZWL, Warszawa, 2003;  
Krówczyński L.: *Ćwiczenia z receptury*, Collegium Medicum UJ, Kraków, 1996

◀ Filtry strzykawkowe.

Ścącenie wyjaławiające kropli ocznych. ▼



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



## Książka kontroli

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



**29** złotych za egzemplarz\*

Lepiej niż dotychczas!  
Taniej niż gdzie indziej!

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

\* koszt przesyłki pokrywa zamawiający

# Dla pacjenta bez zmian

**M**imo że wakacje jednoznacznie wiążą się z odpoczynkiem, to w krakowskich aptekach nie odzuwa się atmosfery rozprężenia i letniej aury.

Niemal wszystkie apteki będą pracowały w takim samym systemie godzinowym, jak poza wakacjami. Tylko nieliczne decydują się na skrócenie czasu otwarcia.

Zgodnie z przepisami, każdy właściciel apteki, jeśli chce zmienić czas otwarcia, musi zgłosić to wcześniej w Okręgowej Izbie Aptekarskiej. – *Rzeczywiście otrzymaliśmy parę tego typu zgłoszeń. Są to jednak sporadyczne przypadki. Zwykle taka apteka skraca wtedy swoją pracę do jednej zmiany* – mówi Piotr Józwiakowski, prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Krakowie.

– *Zbyt duża konkurencja, coraz większa liczba aptek na rynku oraz z roku na rok coraz niższe dochody skłaniają właścicieli aptek do utrzymania pracy w normalnym systemie. Mało kogo stać na zamknięcie apteki, chociażby na kilkanaście dni. A czas pracy skracają tylko ci, którzy nie mogą znaleźć zastępstwa za pracownika, który idzie na urlop* – dodaje.

## KOLEŻEŃSKA PRZYŚLUGA

Właściciele niektórych aptek, mimo, że mają bardzo uszczuploną obsadę w aptece i nie zatrudniają nikogo dodatkowego na zastępstwo, utrzymują stałe godziny pracy.

– *Niestety, dzieje się to najczęściej kosztem czasu pracy tych pracowników, którzy pozostają na miejscu. Po prostu muszą oni zostać w pracy kilka godzin dłużej lub przyjść przed rozpoczęciem swojej zmiany* – mówi pani Marta, mgr farmacji z sześcioletnim stażem. Ten problem dotyczy najczęściej małych aptek, w których obroty nie są zbyt wysokie. Zwykle apteka posiada dwa okienka, na jednej zmianie pracuje zaledwie jeden magister farmacji i jeden technik. Każda nieobecność pracownika wiąże się z problemami,

a zatrudnienie kogoś w zastępstwie nawet na kilka tygodni – to koszt, na który właściciel sobie nie pozwala.

Jak się dowiedzieliśmy, w najgorszej sytuacji w tego typu aptece znajduje się kierownik apteki, bo to on zwykle musi zadbać o odpowiednią obsadę na zmianie i o prawidłową pracę apteki. Jeśli na zastępstwo nie zgodzi się żaden pracownik, to po prostu kierownik musi sam zastąpić przebywającego na urlopie.

## DODATKOWY PRACOWNIK

Najbardziej popularny sposób na poradzenie sobie z zapewnieniem pełnej obsady w aptece jest zatrudnianie na czas wakacji dodatkowych pracowników.

– *Nasza apteka pracuje w systemie jednodzianowym. Pracujemy w dwie osoby i zawsze mamy otwarte dwa okienka. Razem z pracownikiem apteki, oczywiście w różnych terminach, ale bez problemu otrzymujemy trzytygodniowe urlopy* – mówi Elżbieta Janik, kierowniczka apteki w Krakowie. – *To właściciel apteki martwi się o zastępstwo w czasie naszych wakacji* – dodaje.

Jak wynika z relacji rozmówców, jeśli jest się pracownikiem dużej apteki z co najmniej czterema okienkami to teoretycznie nie byłoby problemu z wzięciem urlopu.

– *Zawsze jest mniejszy ruch i można zamknąć jedno okienko. Ale coś za coś. Urlop nie może być za długi. Niemal wszyscy chcieliby w ciągu trzech najcieplejszych miesięcy dostać chociaż dwutygodniowy*



*urlop.*

*A skoro pracuje w aptece kilkanaście osób to nie jest łatwo przyznać im wszystkim dwutygodniowy urlop w ciągu zaledwie 12. tygodni* – wyjaśnia pani Dominika, która pracuje w dużej krakowskiej aptece.

Jeśli jednak w dużej aptece na jednej zmianie pracuje więcej osób niż tzw. minimum, jak na przykład w aptece Ziko w Krakowie, która zatrudnia 10 osób – to nie ma problemu, żeby urlop w tym samym czasie wzięły dwie osoby.

– *Zawsze w takiej sytuacji osoby pracujące na zapleczu w razie potrzeby podchodzą do wolnego okienka i obsługują pacjentów* – usłyszeliśmy.

## WŁAŚCICIEL BEZ URLOPU

Anna Chojnacka, właścicielka kilku krakowskich aptek, przyznaje, że okres urlopowy jest dla właściciela apteki zawsze szczególnie obciążający. – *Niemal wszystkie panie pracujące w naszych aptekach mają dzieci i co jasne, najbardziej potrzebują urlopu w wakacje, żeby móc wyjechać na odpoczynek z pociechami* – mówi Chojnacka. – *Rozwiązujemy to w ten sposób, że zmniejszamy obsadę pracowników na zmianie, ale nie skracamy pracy aptek* – dodaje. – *Radzimy sobie m.in. tzw. przesu-*

nięciami pracowników w obrębie naszych aptek i zmniejszamy liczbę czynnych okienek np. z pięciu do trzech, czterech – wyjaśnia. – Pracownicy biorą, właśnie ze względu na dzieci, co najmniej dwutygodniowy, a zwykle trzytygodniowy urlop. Terminy wolnego ustalają sobie już między sobą – mówi Anna Chojnacka, która sama nie wybiera się na żaden urlop w czasie wakacji.

– Urlop właściciela apteki jest maksymalnie siedmio–dziesięciodniowy i to w terminie poza wakacyjnym – informuje.

### DWUTYGODNIOWY URLOP W KRAJU

Planowanie urlopów zaczyna się zwykle w maju. Bardziej precyzyjne i ostateczne terminy są już znane w czerwcu. Jak się dowiedzieliśmy, nikt nie ma problemów z otrzymaniem przynajmniej siedmiodniowego wolnego. Farmaceuci najczęściej mogą liczyć na dwutygodniowy urlop wakacyjny. Sporadycznie zdarza się, że ktoś wyjeżdża na trzy tygodnie. Aptekarze przyznają, że jeszcze parę dobrych lat temu, dzięki wyższym zarobkom można się było pokusić o wyjazd za granicę. Teraz nie tylko ze względu na zmniejszone fundusze, decydują się na wakacje na miejscu w Polsce.

Aptekarze z południowej Polski najczęściej wybierają się na wakacje nad polskie morze. Jak mówią: – *Na co dzień żyjemy w górskim klimacie, więc na urlop warto poodychać morskim powietrzem* – usłyszeliśmy. Wiele osób czas urlopu poświęca rodzinie.

### PRAWIE NORMALNIE

Niemal każdy rozmówca przyznaje, że pacjentów w czasie wakacji jest mniej. Ale mimo obecności mniejszej liczby osób, prawie nikt nie decyduje się na zamknięcie apteki.

– *Z punktu widzenia pacjenta w czasie wakacji nasza praca wygląda zupełnie normalnie. Po prostu nic się nie zmienia* – mówi na koniec Anna Chojnacka.

**Joanna Korn**  
zdjęcia autorki

## Rozmyślania pacjenta

# W poszukiwaniu apteki

**Obraz naszej sieci aptek najlepiej pokazuje podział kraju na Polskę A, B i C. Znacząca część Polaków mieszkających poza wielkimi miastami odczuwa ten stan jako trwały z niewielkimi tendencjami poprawy.**

Mieszczuch, szczególnie w czasie urlopu, gdy wyskakuje w plener i nagle zachoruje, zderza się z prowincjonalną normalnością. Tam lekarz lub apteka są „jak na lekarstwo”. Znaleźć trudno, szczególnie w miejscowościach tzw. sezonowych, wydawałoby się z niezłą infrastrukturą. Warszawskie realia, na przykład z okolic Placu Hallera, gdzie są cztery apteki odległe od siebie o dwieście metrów, czy krakowskie z okolic Rynku Głównego idą w zapomnienie.

Człowiek marzy, aby przemierzając dziesiątki kilometrów, na przykład na zachodnim wybrzeżu Bałtyku, znaleźć aptekę i żeby była czynna. Często trzeba pojechać kilkanaście kilometrów od wybrzeża, na przykład do Trzebiatowa, bo w miejscowościach nadmorskich apteka otwarta jest często do obiadu, ma ograniczony asortyment, a najbliższa oddalona jest o wiele kilometrów. Brak samochodu poza wielkimi miastami, przy obecnym systemie komunikacji, ogranicza, a wręcz uniemożliwia dostęp do leków.

Podobna lub zbliżona sytuacja jest w zasadzie w całym kraju. Wielkie miasta mają aptek pod dostatkiem, można powiedzieć, że nawet w nadmiarze. Nieodległe specjalnie od nich miejscowości i wioski nie mają ich prawie wcale, a dotyczy to zarówno, rozwiniętego, jak się wydaje Mazowsza, jak i tzw. ściany wschodniej, a także i innych regionów kraju.

Aktualny stan nasycenia kraju siecią aptek, jest, jak się wydaje, co najmniej niezadowolający. Jest on zapewne wynikiem opóźnień cywilizacyjnych wielu regionów Polski, ale jest także wynikiem żywiołowego rozwoju rynku, również leków, gdzie mechanizm ekonomiczny zdominował potrzeby społeczne. Apteki powstawały tam, gdzie było zapo-

trzebowanie na leki dające trwały dochód od dużej liczby kupujących. Nie powstawały zaś tam lub upadały, gdzie pacjent pojawiał się rzadko. Nie zauważało się w tym żywiołowym mechanizmie ostatnich kilkunastu lat odrobiny polityki państwa oraz zachęt i preferencji w tej dziedzinie dla obszarów mało atrakcyjnych ekonomicznie, ale istotnych społecznie.

Stoimy więc dziś przed problemem, którego ani wolny rynek, ani aptekarze rozwiązać nie są w stanie. Można czekać i zdać się tutaj na postęp cywilizacyjny, który przyspiesza nasza obecność w Unii Europejskiej, wsparta funduszami na rozwój regionów, można też próbować coś robić.

Ostatnio słuchałem wypowiedzi przedstawicieli władz sugerujących, że aptek w Polsce jest za dużo i że należy widzieć ich rozwój jedynie według kryterium liczby mieszkańców. Takie myślenie ma w sobie jakieś racje, ale jednak – uważam – założenia są tutaj fałszywe. Założenia te promują, bowiem proces likwidacji aptek na obszarach, gdzie jest ich zbyt wiele, nie uruchamiają natomiast procesu ich powstania tam, gdzie jest ich za mało lub nie ma wcale. Uważam, że należy uruchomić odwrotny proces – myślenia pozytywnego, najpierw zbudować w miarę równomierną sieć aptek na obszarach poza wielkimi miastami, później zaś martwić się, że gdzieś jest ich zbyt wiele.

Warto przemyśleć, jak uruchomić w sprawie optymalnego rozmieszczenia aptek, preferencje np. podatkowe (chodzi o podatki lokalne) czy inne mechanizmy będące w ręku państwa, a takich jest wiele. Prawo dostępu obywateli do służby zdrowia, a więc i leków wynika z gwarancji konstytucyjnych. Mamy więc tutaj jakiś priorytet.

**Andrzej Ziemiński**

# Opalenizna, która nie szkodzi

**Słońce jest głównym i naturalnym źródłem promieniowania ultrafioletowego (UV), które jest najważniejszym czynnikiem odpowiedzialnym za proces starzenia się skóry.**

Promieniowanie UV to promieniowanie elektromagnetyczne, które zostało podzielone na trzy główne zakresy wywołujące różne efekty biologiczne: UVC, UVB, UVA.

- **Promieniowanie UVC** jest promieniowaniem o najkrótszej długości fali i najwyższej energii. Jest rodzajem promieniowania najbardziej zabójczym dla żywych organizmów, ale jest ono prawie całkowicie pochłaniane przez warstwę ozonową atmosfery i do Ziemi praktycznie nie dociera.
- **Promieniowanie UVB** ma średnią długość fali i przechodzi do naskórka i skóry właściwej. To właśnie ten rodzaj promieniowania odpowiada za powstawanie wciąż pożądanej przez nas opalenizny. Niestety, charakteryzuje się ono silnym działaniem rumieniotwórczym, powoduje tzw. oparzenia słoneczne, przyspiesza starzenie się skóry i sprzyja rozwojowi nowotworów.
- **Promieniowanie UVA** stanowi około 90% całego promieniowania ultrafioletowego docierającego do powierzchni Ziemi. Jest promieniowaniem o największej długości fali i wnika głęboko w skórę dochodząc do tkanki podskórnej. Niszczy włókna kolagenu i elastyny, co zmniejsza elastyczność skóry. Jest odpowiedzialne za: fotostarzenie (*photoageing*), odczyny fototoksyczne i fotoalergiczne, nowotwory skóry.

Wynikiem naświetlania skóry promieniowaniem słonecznym u wszystkich ludzi jest rumień na skórze i przebarwienie, których intensywność zależy od czasu ekspozycji na promieniowanie i od światłoczułości skóry. Odczyn rumienio-

wy jest związany przede wszystkim z promieniami UVB. Natomiast przebarwienie ma związek głównie z promieniami UVA nasilającymi wytwarzanie barwnika w skórze. Zmiany te pojawiają się stosunkowo wcześnie, po około dwóch godzinach i utrzymują się do dwóch dni. Przebarwienie typu natychmiastowego spowodowane jest tylko utlenianiem barwnika skóry, a nie jego nową produkcją. Prawdziwa opalenizna (przebarwienie opóźnione) pojawia się dopiero po 2–3 dniach od ekspozycji na światło i może utrzymywać się nawet do kilkunastu miesięcy. To przebarwienie jest uwarunkowane zwiększeniem się liczby komórek aktywnie produkujących barwnik skóry (melaninę). Intensywne naświetlanie skóry promieniami UVA i UVB może prowadzić do oparzeń słonecznych, natomiast zmiany oddalone w czasie to fotodermatozy i przyspieszone starzenie się skóry (powstawanie zmarszczek, plam barwnikowych, rozszerzenie naczyń krwionośnych). Starzenie się skóry jest naturalną reakcją na przewlekłe narażenie na promieniowanie słoneczne. Starzenie wywołane nadmiernym opaleniem różni się od starzenia związanego z wiekiem. Nadmiernie opalona skóra ma cechy przewlekłego uszkodzenia dosłonecznego (głębsze zmarszczki i bruzdy) i w przeciwieństwie do skóry osób w podeszłym wieku nie jest cienka, lecz pogrubiała. Ponadto jest mało sprężysta, sucha i szorstka, często żółtawo zabarwiona, z przebarwieniami i rozszerzonymi naczyniami krwionośnymi (teleangiektazje). Często pojawia się tzw. rogowacenie słoneczne należące do



stano w przedrakowych skóry. Konsekwencje tzw. ostrych odczynów dosłonecznych to głównie zmiany barwnikowe – piegi, pieprzyki, zmiany bliznowate.

W celu ochrony skóry przed tak niekorzystnym promieniowaniem UV zaleca się stosowanie kosmetyków z filtrami przeciwsłonecznymi. Filtry przeciwsłoneczne są to związki chemiczne, których podstawowym zadaniem jest ochrona skóry przed szkodliwym działaniem światła słonecznego. Obecnie stosowane są dwie grupy filtrów. Pierwsza – to związki chemiczne absorbujące (pochłaniające) energię niesioną przez promieniowanie słoneczne. Głównie stosuje się:

- oktokrylen – ochrona przed UVB.
- trisiloxan drometrizolu i jego pochodne – chroni przed UVB i UVA.
- butyl methoxydibenzoyl methane (Parsol 1789) – czyli avobenzone, który jest obecnie jednym z nielicznych związków chroniących przed promieniowaniem UVA.

Druga grupa to filtry fizyczne (najczęściej dwutlenek tytanu lub tlenek cynku), które nie przepuszczają promieniowania ultrafioletowego

i działają jak mikrolustra. Związki te chronią przed UVB oraz przed częścią widma UVA. Niestety, efektywność przeciwsłoneczna większości filtrów ulega obniżeniu w czasie opalania się, co wynika z niszczenia przez promieniowanie UV struktury chemicznej filtra. Obecnie stosuje się więc w kosmetykach filtry nowej generacji tzw. fotostabilne (Mexoryl).

Najnowszej generacji filtrem jest Tinosorb M posiadający właściwości zarówno filtrów chemicznych, jak i mineralnych (chroni zarówno przed UVB jak i UVA). Działa jako filtr mineralny, dzięki swojej zmikronizowanej strukturze, rozprasza i odbija promienie słoneczne, a dodatkowo tak jak wszystkie filtry chemiczne pochłania energię światła słonecznego. Zaznaczyć należy, że stosowanie nowoczesnych filtrów nie zaburza syntezy witaminy D3. W kosmetykach nowej generacji, w celu zapewnienia odpowiedniej ochrony skóry, stosuje się jednocześnie kilka filtrów (najczęściej kilka filtrów chemicznych i jeden fizyczny).

Stopień ochrony przed słońcem określany jest w kosmetykach jako tzw. faktor ochrony przed promieniowaniem słonecznym (ang. SPF – Sun Protective Factor; fr. IP – Indice de protection). Oznacza stosunek ilości promieniowania ultrafioletowego powodującego oparzenie podczas stosowania filtra do ilości promieniowania powodującego taki sam stopień oparzenia bez jego zastosowania. SPF określa zdolność kosmetyku do ochrony tylko przed promieniowaniem UVB. Stopień ochrony przed promieniowaniem UVA określa się, stosując wskaźniki IPD lub PPD (ang. Immediate Pigmentation Darkening, Persistent Pigmentation Darkening), które określają zdolność do ochrony przed promieniowaniem UVA. IPD i PPD kosmetyku określa się za pomocą pomiaru wywołanej przez promieniowanie UVA opalenizny natychmiastowej (IPD) lub trwałej (PPD) uzyskanej po ekspozycji skóry bez, i z zastosowaniem kosmetyków ochronnych.

Zaznaczyć należy, że zadaniem kosmetyków ochronnych jest ochrona, a nie wydłużenie czasu przebywania na słońcu. Pamiętać należy, że duże znaczenie ma ilość użytego preparatu, np. zastosowanie kosmetyku słonecznego z SPF 15 w zbyt małej ilości powoduje, iż współczynnik ochrony spada z 15 do około 6. Powinno się używać wyłącznie kosmetyków, które chronią przed promieniowaniem UVA i UVB. Preparaty chroniące wyłącznie przed promieniowaniem UVB znacznie wydłużają czas przebywania na słońcu, powodując jednocześnie większe narażenie skóry na szkodliwe promieniowanie UVA. Pamiętać także należy, że nie wolno się opalać niemowlętom i dzieciom do drugiego roku życia.

Odpowiednie preparaty ochronne oraz rozsądek w dawkowaniu kąpiele słonecznych niewątpliwie minimalizują ryzyko negatywnych skutków opalania, niemniej jednak ich nie wykluczają. Świadomość zagrożenia wynikająca z nadmiernej ekspozycji na słońce sprawiła, że coraz częściej stosuje się alternatywne sposoby uzyskiwania opalenizny takie jak kosmetyki samoopalające lub stosowanie beta-karotenu.

Kosmetyki samoopalające wywołują efekt opalenizny gwarantując 100% bezpieczeństwa. Składnikiem aktywnym powodującym przyciemnienie skóry jest dihydroksyaceton (DHA), który wywołuje brązowe zabarwienie skóry w wyniku reakcji chemicznej z aminokwasami występującymi w warstwie rogowej naskórka. DHA jest związkiem łagodnym, nie powodującym uszkodzeń naskórka, całkowicie bezpiecznym, ponieważ działa tylko na powierzchni skóry. Zdarza się, że DHA może powodować zbyt żółty odcień opalenizny, dlatego do kosmetyków samoopalających ▶



► dodawane są różne ekstrakty roślinne, co pozwala zmniejszyć ilość użytego DHA. Najczęściej stosuje się juglon (naturalny barwnik roślinny występujący w liściach i łupinach orzecha włoskiego), który lekko przyciemnia skórę, a dodatkowo posiada niewielkie właściwości ochronne, ponieważ ma zdolność pochłaniania promieniowania w zakresie UVB.

Ostatnio coraz częściej w preparatach samoopalających stosuje się erytrulozę. Działa ona podobnie jak DHA, lecz zdecydowanie wolniej (po około 24 godzinach). Wolniejsze działanie wynika z wolniejszego wnikania erytrulozy w warstwę rogową naskórka, a to pozwala na bardziej równomierne rozprowadzenie preparatu i uzyskanie bardziej jednolitego koloru opalenizny. Ponadto stosowanie erytrulozy pozwala uzyskać lepszą trwałość uzyskanego zabarwienia i lepsze, niż w przypadku DHA nawilżenie skóry.

Ostateczny efekt stosowania preparatów samoopalających zależy jednak od osobniczych właściwości skóry, jej pH, grubości i składu aminokwasowego.

Efekty uzyskanej opalenizny, zarówno tej wywołanej ekspozycją na słońce, jak i tej uzyskanej przy pomocy kosmetyków samoopalających można wzmocnić stosowaniem preparatów doustnych będących mieszaniną karotenoidów, głównie beta-karotenu. Beta-karoten, będący prekursorem witaminy A, nie wpływa na proces powstawania opalenizny, jednak gromadząc się w naskórku nadaje skórze brązowo-pomarańczowy odcień. Ponadto beta-karoten, będąc silnym antyutleniaczem, chroni przed wolnymi rodnikami,

których liczba silnie wzrasta pod wpływem działania promieni słonecznych.

Szkodliwość promieniowania UV jest niepodważalna. Pamiętać jednak należy, że rozsądne „dawkowanie słońca” wykazuje też efekty korzystne. Powoduje uczynnienie komórek skóry wytwarzających melaninę o działaniu ochronnym oraz wpływa na produkcję witaminy D3 pełniącej bardzo ważne funkcje w organizmie (utrzymanie prawidłowej gospodarki wapniowej). Promieniowanie słoneczne działa również przeciwbakteryjnie, a poza tym wpływa korzystnie na nasze samopoczucie. Istnieją także dane wskazujące na zwiększanie się pod wpływem słońca odporności organizmu (wpływ na aktywność układu immunologicznego skóry).



Słońce wywiera więc na nasz organizm zarówno działanie niekorzystne, jak i pozytywne. Należy jednak zawsze pamiętać, że słońce wysusza skórę, przyspiesza procesy starzenia i może prowadzić do powstawania nowotworów skóry. ■

**dr n. farm Ewa Poleszak**

Katedra i Zakład  
Farmakodynamiki  
Akademia Medyczna  
w Lublinie

fot. archiwum redakcji

## Piśmiennictwo

1. Borzęcki A.: Nowotwory skóry, *Medycyna rodzinna*, 1999, 8, 11–24.
2. Brudnik U., Wojas Pelc A., Branicki W.: Genetyczne uwarunkowania czerniaka, *Postępy Dermatologii i Alergologii* 1/2006
3. Martini M.C.: *Kosmetologia i Farmakologia skóry*, Red. Placek W., Wyd. 1, PZWL, Warszawa 2007
4. Opalińska M., Prystupa K., Stąpór W.: *Dermatologia praktyczna*, PZWL, Warszawa, 1997
5. Prystupa K., Ozga-Michalski E., Gotowiec A.: *Słońce i skóra – cykl publikacji*, *Moje Zdrowie*, 1997–2000.
6. Urbańska A.: Zaburzenia barwnikowe hiperpigmentacyjne jako problem kosmetyczny, *Nowa Medycyna – Dermatologia* 5/2003



# Paganini?

**R**zecz dzieje się w Nowym Jorku, do którego przyjechało dwóch Anglików. Spacerują, gdy nagle ich oczom ukazał się tłum ludzi stłoczonych między wysokimi wieżowcami, czyli drapaczami chmur.

Wszyscy spoglądają gdzieś w górę. Anglicy podnieśli wzrok i oto co widzą. Wysoko między budynkami rozciągnięta jest lina, po której na rowerze przejeżdża człowiek, tam i z powrotem. Gdy zniknął zachwyceni widzowie zaczęli bić brawo. Nawet odzywały się głosy o bis. I oto ten sam człowiek znów jedzie od budynku do budynku i gra... gra na skrzypcach. Tłum ogarnęła ekstaza.

– A Anglicy? Spoglądają na siebie ze stoickim spokojem... i nagle jeden z nich mówi do drugiego szeptem: PAGANINI – to on nie jest!

Cóż wart byłby świat bez humoru, bez odrobiny ironii, spojrzenia na innych i siebie i otaczającą rzeczywistość z dystansem. Ileż to wspaniałych książek weszło do kanonów europejskiej literatury skrzączących się humorem, dowcipem, anegdotą i nic nie umniejsza ich uniwersalnych przesłań etycznych, moralnych. Często poważny ton byłby nie do zniesienia oraz ograniczał naszą percepcję.

Dla przykładu Leszek Mazan, krakus z krwi i kości, jakże zabawnie potrafi o mieszkańcach Krakowa opowiadać. Tak, tak, to największa sztuka śmiać się z samych siebie.

„Jaka jest krakowska kromka chleba? Ano taka, przez którą widać Tatry”.

A skoro przyszedł mi na myśl Leszek Mazan, to skojarzył mi się z dobrym wojakiem Szwejkiem, którego jest znawcą i fanem.

Przygody dzielnego wojaka Szwejka, opisywane przez Jaroslava Haszka, to ciąg zdarzeń, gdy co i rusz śmiejemy się z głupkowatego, posądzanego o kretynizm Szwejka, by za chwilę zastanowić się czy aby jest głupi a mądry, czy mądry a głupi.

Przydzielony jako służący do porucznika Lukaszka, dowiaduje się od niego, iż niestety, został wydany rozkaz wyjazdu na front.

– „Więc wam, Szwejku, powiem – rzekł porucznik uroczystym głosem – pojedziecie ze mną... Ale nie myślcie sobie, że na froncie będziecie wyprawiali taki idiotyczne kawały jak tutaj. Cieszycie się? – Posłusznie melduję, panie oberlejtant, że bardzo się cieszę – odpowiedział dobry wojak Szwejk.

Będzie to wspaniałe, gdy obaj polegniemy za najjaśniejszego pana i jego rodzinę...”

Do tych refleksji, bardzo luźnych zresztą, dotyczących dowcipów, humoru skłoniła mnie książka „Xsięga Humoru”. Nie przedstawię autora, ponieważ, jak zaznacza wydawca, książka zawiera gromadzone przez wiele lat dowcipy z różnych źródeł. „Ma na celu tylko i wyłącznie bawić, śmieszyć i rozweselać”.

Nie jest to, być może, antologia humoru polskiego, ale niewątpliwie jest świadectwem, z czego śmialiśmy się w XX wieku i z czego śmiejemy się w wieku XXI. Nie cytuję, nie przytaczam dowcipów z tej obszernej książki liczącej ponad 400 stron,



for. autora

ponieważ są tak różne, a właściwie ze wszystkich sfer naszego życia, że trzeba samemu do niej zajrzeć. A przed nami czas urlopów, odprężenia, a więc śmiejmy się, to podobno lepsze ćwiczenie niż gimnastyka.

Pamiętacie Państwo książkę i film „Ziemia obiecana”? Bohaterowie, Polak, Żyd i Niemiec śmieją się, gdy spaliła się ich fabryka, gdy z dymem ulotniły się ich pieniądze. Ile w ich łódzkiej „kapitalistycznej” przygodzie, humoru i dowcipu.

No to na koniec dowcip z owych czasów, ze skeczu Juliana Tuwima, też łódzkiego znawcy humoru. Bo przecież gdzieś podczas letniej kanikuły, trzeba będzie zamieszkać.

– „Panie portierze, w jakiej cenie są pokoje w hotelu?

– Pierwsze piętro 100 franków, drugie 80, trzecie 60, czwarte 50, piąte 40.

– Przepraszam. Do widzenia. Ten hotel jest dla mnie za niski”.

A więc śmiejmy się i wypoczywajmy.

**Wacław Bierkowski**

## Xsięga Humoru

Wydawca: Przedsiębiorstwo Wydawniczo-Handlowe „ARTI” Artur Rogala, Mariusz Rogala Sp. J. Warszawa, 2007



# Sztuką zakręcenia



**F**armację słać można nie tylko za aptecznym stołem. Wśród tysięcy farmaceutów jest grupa osób ogarniętych artystyczną pasją, ludzi z niezwykłą wyobraźnią. To wielki dar, ale również powód do ciągłego niepokoju, bo na artyście stale coś robi wrażenie i zakłóca codzienny rytm życia. Uroczy zakątek, pejzaż wymagający utrwalenia, skojarzenia warte wiersza. Malują, rysują, fotografują, piszą, rzeźbią i lepią, tworzą niezwykłą biżuterię, układają bukiety z jesiennych liści i wypowiadają się artystycznie na wiele innych sposobów. Każde dzieło powstaje z potrzeby serca, a poklask czy sława nie są istotne. Najczęściej jednak prawie nikt nie ogląda efektów ich działalności, bo niewiele osób o nich wie, a i sami artyści z rzadka wiedzą o sobie nawzajem.

Położone w Krainie Tysiąca Jezior małe Jeziorowskie gościły aptekarzy niezwykłych. Spotkanie Farmaceutów Artystów i Twórców Amatorów SFATA2007 było pierwszym krokiem ku integracji tego środowiska, a także ich zaprezentowania się szerszemu gronu odbiorców. Znakomita większość uczestników spotkania przywiozła niektóre ze swoich prac. Obrazy, rysunki, nieprawdopodobne zdjęcia, formy z gliny, wiersze i ekslibrisy. Prace farmaceutów zachwycały światowym poziomem. Jan Harasimowicz (o którym pisaliśmy w poprzednim numerze) pokazał film o sobie zrobiony przez Telewizję Po-

lonia. To wielki i niezwykle skromny człowiek. Jan Majewski z Poznania, pasjonat historii i dokumentu, pokazał św.św Kosmę i Damiana w sztuce. Krzysztof Kmiec zaskoczył niezwykłymi ekslibrisami. Krzysztof Kokot czytał swoje wiersze, Adam Kokot (syn Krzysztofa – czy wrażliwość można przekazać w genach?) pokazał zdjęcia dech w piersiach zapierające. Ewa Piasecka-Kudłacik z Warszawy na poczekaniu stworzyła kolejny portret aptekarskich patronów, który został logiem tej rubryki. Wyliczyć wszystkich artystów tu nie zdołam, ale Aptekarz Polski będzie przedstawiał twórców w kolejnych numerach miesięcznika.

Spotkanie kończył wernisaz przywiezionych i powstałych na miejscu prac. Były zachwyty i słowa uznania, ale były także niekończące się dyskusje i wymiana doświadczeń i żal, że doba ma tylko 24 godziny.

Kolejny wernisaz, na który zapraszamy również artystów nieobecnych w Jeziorowskich, odbędzie się podczas III Międzynarodowej Konferencji Farmaceutów w Krakowie w dniach 17–20 października br.

Nie wszyscy mogli przyjechać na SFATE, niektórzy nie mieli jeszcze odwagi, ale niewątpliwie rozpoczęła się integracja środowiska. Do zobaczenia na plenerze w przyszłym roku.

Artyści z prezesem NRA Andrzejem Wróblem.  
Od lewej: Bożena Siewiera, Adam Kokot, Marita Kostorz, Wojtek Piotrowski, Agnieszka Olszewska, Paweł Figaszewski i Krzysztof Kokot.

Ewa Dębińska



SFATA 2007

Obudź się

O świcie...  
Przejrzała się w jeziorze,  
Oczy rosą przemyla i  
Poszła cienistą drogą.  
Drobnym krokiem, zaspana.  
Kwiaty wiosenne zebrała  
W bukiet wspaniały.  
Pod ikoną kładzie.  
Kosma i Damian zdziwieni!  
Czy to jeszcze sen?  
Organy od Świętej Lipki grają?  
Obudź się... Weno!

Krzysztof Kokot



phot. Adam Kokot

Jan Harasimowicz podziwia obrazy. W głębi Wojtek Piotrowski.



phot. archiwum redakcji

SFAT-owskie Piórkem i Węgłem czyli Ewa Piasecka-Kudlacik i jej dzieło.



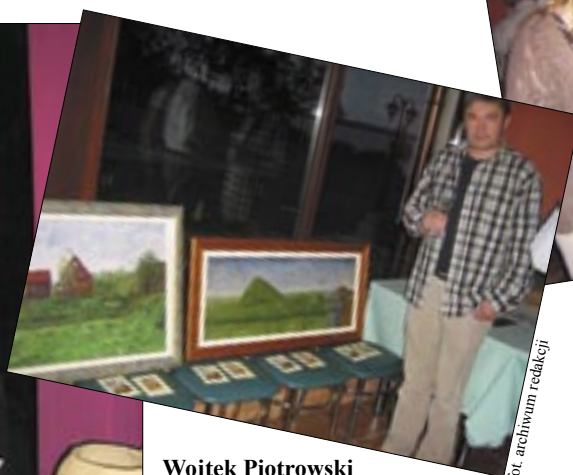
phot. archiwum redakcji

Exlibrisy Krzysztofa Kmiecica wzbudzały zachwyt.



phot. archiwum redakcji

Ceramika Bożeny Siewiera wzbudziła zachwyt Pawła Figaszewskiego.



phot. archiwum redakcji

Wojtek Piotrowski i jego obrazy.



phot. archiwum redakcji

Paweł Figaszewski w akcji.

# SFATA 2007

Wymianie doświadczeń ► nie było końca. Krzysztof Kmiec i Krzysztof Kokot

◄ Pasjonat historii farmacji, Jan Majewski zatopiony w lekturze wierszy Krzysztofa Kokota.



phot. archiwum redakcji



phot. archiwum redakcji

# Zdobywamy szczyty

**Rozpoczynając swoją współpracę z Aptekarzem Polskim miałem nadzieję, iż wspólnymi siłami rozruszamy sport w środowisku farmaceutów. Dziś mam przyjemność poinformować, że nasze samorządowe pismo czynnie włącza się w promocję aptekarskiego sportu.**



## II OTWARTE MISTRZOSTWA POLSKI FARMACEUTÓW W PIŁCE SIATKOWEJ

Aptekarz Polski został patronem medialnym II Otwartych Mistrzostw Polski Farmaceutów w Piłce Siatkowej. Impreza planowana jest na 27 – 28 października, miejsce zawodów to Belchatów. Będzie to druga edycja – pierwsza odsłona miała miejsce w 2006 i zakończyła się sukcesem – sportowym i organizacyjnym. Tak więc już teraz w imieniu własnym, Hurtapu (organizujemy zawody wspólnie), a także redakcji Aptekarza Polskiego zapraszam miłośników tego wspaniałego sportu do Belchatowa! Moim marzeniem jest, aby impreza z roku na rok nabierała rozmachu. Co nowego więc w tegorocznej edycji? Otóż honorowy patronat na zawodami objęły Naczelna Izba Aptekarska oraz Polski Związek Piłki Siatkowej. Drugim patronem medialnym zawodów jest witryna [www.sport.farmacja.pl](http://www.sport.farmacja.pl). Obecnie trwają intensywne prace przygotowawcze – firmy chętne do współpracy proszę o kontakt: [sportmedyczny@op.pl](mailto:sportmedyczny@op.pl). Na ten adres można również zgłaszać chęć udziału – tak jak w ubiegłym roku jedno miejsce zarezerwowane jest dla drużyny złożonej ze zgłaszających się pojedynczo zawodników – tak więc zapraszam i zawodników, i całe drużyny. Dla porządku dodam – są to otwarte mistrzostwa, więc oprócz farmaceutów startować mogą absolwenci wszystkich wydziałów Akademii Medycznych oraz pracownicy firm farmaceutycznych.

## EKSPEDYCJA NA MOUNT MCKINLEY

Drugie przedsięwzięcie, w które zaangażował się Aptekarz Polski, to wyprawy wysokogórskie mgr farm. Miłosza Gawora ze Starachowic. Przypomnijmy – mieliśmy już relację z jego wypraw zakończonych sukcesem na kilka szczytów, w tym na Elbrus i Aconcagua. Czyli najwyższe szczyty Ameryki Południowej (prawie 7 tys. m.n.p.m.) oraz Europy. **Najbliższe wyzwanie Miłosza to najwyższy szczyt Ameryki Północnej – Mount McKinley 6194m – termin – prawie cały czerwiec.** I nad tym właśnie przedsięwzięciem patronuje Aptekarz Polski. Będziemy towarzyszyć oficjalnie w jego wyprawach – nie zdradzę tajemnicy, iż marzy on o zdobyciu Korony Ziemi. Tą nazwą określa się najwyższe szczyty na poszczególnych kontynentach. Po obecnej wyprawie będzie prawie na półmetku – pozostaną spacerować w Australii i w Afryce, Mount Vinson (4897 m.n.p.m.) na Antarktydzie oraz Mont Everest!

Trzymamy kciuki za Miłosza. Ma wspaniały przykład. Koronę Ziemi zdobyła „koleżanka po fachu” – doktor farmacji Anna Czerwińska, wybitna polska himalaistka.

**mgr farm. Filip Olejniczak**

### Diamenty Korony Ziemi:

Azja: Mount Everest (8848 m.n.p.m.)  
 Ameryka Południowa: Acocagua (6959 m.n.p.m.)  
 Ameryka Północna: Mount McKinley (6194 m.n.p.m.)  
 Afryka: Kilimandżaro (5895 m.n.p.m.)  
 Europa: (wg geografów) Mont Blanc (4807 m.n.p.m.)  
 (wg Messnera) Elbrus (5642 m.n.p.m.)  
 Australia: (wg Bassa) Góra Kościuszki (2228 m.n.p.m.)  
 (wg Messnera) Oceania: Jaya (4884 m.n.p.m.)  
 Antarktyda: Mount Vinson (4897 m.n.p.m.)

Źródło: Wikipedia

# Bazylea

## Starożytne miasto aptekarzy

**Czy wiesz, że sproszkowane wąsy tygrysa są lekarstwem na zbyt duży biust, a sole rtęci najlepszym medykamentem na syfilis? – zapytał mój ślubny zerkając na mnie łobuzersko spod oka. – Już więcej nie zabiorę Cię do żadnego Muzeum Farmacji, bo coś się robisz za mądry w tych antycznych remediach i koniec końców całą rodzinę, której nie mam, mi wytrujesz. – odrzekłam. – A sole rtęci – i owszem były cenionym lekarstwem na chorobę salonowo zwaną „francuską”. I bywały lekiem skutecznym pod warunkiem, że pacjent przeżył kurację!**

Bazylea, Bale, Basel lub dla odmiany Basle – nazwa zależy od języka interkulora – leży dokładnie na zbiegu trzech krajów: Szwajcarii, Francji i Niemiec, i w związku z tym można ją potraktować jako zlepek językowo – kulturowy, a sami mieszkańcy mówią z bardzo typowym, złośliwym humorem: „Jeśli chodzi o Bazyleę to najlepiej zarabiać w Szwajcarii, robić zakupy we Francji, a na „balangę” wyskoczyć do Niemiec!” – ot, co!

Miasto jest starożytne, bo pierwsze wiadomości o istniejącej osadzie pojawiły się przy okazji opisów fortu rzymskiego Augusta Raurica w r. 44 B.C. a już w roku 374 Basilia ukazała się w dokumentach jako umocniony fort i siedziba biskupia. Dogodne położenie nad Renem stworzyło świetne warunki do rozwoju handlu, ale największy wpływ na dalsze losy, obecnie drugiego po Zurichu największego i najbogatszego miasta Szwajcarii, miała o dziwo Reformacja. Już około 1529 roku większość katolików opuściła miasto, a na ich miejsce przybyli prześladowani w swoich krajach zwolennicy Reformacji z Francji, Flandrii i Włoch. Wpłynęło to na rozwój przemysłu i zwycięstwo nowych idei, nie hamowanych przez sztywne kanony Kościoła, takich jak np. sekcje zmarłych lub eksperymenty na zwierzętach. W roku 1501 Bazylea przyłączyła się do Konfederacji Helweckiej (stanowiącej podwaliny dzisiejszej Szwajcarii) – co pozwoliło na wspólne odpieranie zakusów wrogów ostrzących

sobie pazury na bogate, nadreńskie miasto, a z drugiej strony podnosiło renomę jako części już istniejącej państwowości – co oczywiście miało wpływ na rozwój handlu i przemysłu. I tak koło wzrostu i rozwoju toczyło się dalej, co dokumentuje z dumą ozdobny fronton Ratusza, święcący purpurowym kolorem i złoceniami na odległość. Bazylea była znanym miastem uniwersyteckim słynnym z naukowców i medyków, a jednym z wykładowców był słynny Paracelsus, czyli Theophrastus von Hohenheim, w roku 1527. Była też miastem „otwartych głów” takich jak Erasmus, Holbein, a nawet Nietzsche. Do dzisiaj Bazylea jest siedzibą największych firm farmaceutycznych, a dochody z tej gałęzi przemysłu konkurują skutecznie z tak tradycyjnymi produktami

„made in Switzerland” jak czekolada lub zegarki – ku nieustannie zazdrości tych ostatnich. Już w roku 1858 otworzyła swoje skromne jak na dzisiejszą miarę podwoje firma J.R. Geygi, rok 1886 powitała firma Sandoz, a w roku 1897 dołączył tak znany dzisiaj magnat farmaceutyczny Hoffman – La Roche, nie licząc całej palety pomniejszych i mniej znanych firm, specjalizujących się w rozmaitych medykamentach. Przy okazji mała anegdota: Czy Państwo wiedzą, że słynny LSD został wynaleziony przez przypadek w laboratoriach Sandoz w roku 1943 przez dr Alberta Hoffmanna, który badając różne grzyby (w tym i halucynogenne) – szukał lekarstwa na trapiącą go migrenę. Lekarstwa co prawda nie znalazł, ale przez opuszki palców przedostały się cząstki kwasu



lisedrynowego i wyniosły poważnego doktora na poważny „haj” – co zresztą skrupulatnie opisał. Nie wiadomo, ilu zachwyconych pracowników próbowało na sobie ten nowoodkryty środek, ale szacowny doktor wypuścił w ten sposób dzina z butelki...

Ale wracając do tej starszej historii. Do dzisiaj istnieje na ul. Gerwerbestr 11 „Dom pod Szafranem” – w którym miał siedzibę liczący się cech, czyli „gildia” lub „Zunft” handlarzy korzennych i aptekarzy. Teraz mieści się tu wykwintna restauracja, ale chyba nie trują?... Na przepięknym Starym Mieście jest uliczka o wielomówiącej nazwie „Totengasselein” (Uliczka Śmierci). Nazwa niezbyt zachęcająca, ale właśnie tutaj, jakby na złość – mieści się Historyczne Muzeum Farmaceutyczne Uniwersytetu Bazylejskiego. Jak zwykle, do powstania tego typu instytucji potrzebny jest na początku zapalenie i człowiek zakochany w swoim zawodzie. Tym człowiekiem był prof. J.A. Haflinger. W roku 1924 swoje prywatne zbiory ofiarował macierzystej Alma Mater, czyli Uniwersytetowi Bazylejskiemu, kładąc w ten sposób kamień węgielny pod przyszłe muzeum.

Teraz Muzeum Farmacji znajduje się w starej kamieniczce, w której niegdyś mieściła się łaznia cechowa „Unter Kraemen”. Zmieniała ona kilkakrotnie swoich właścicieli, którzy adaptowali ją do swoich celów, ale już wg zapisów w roku 1527 służyła jako mieszkanie i gabinet słynnemu Paracel-

susowi. Muzeum zajmuje kilkanaście pokoi, a raczej komnat, gdzie można zobaczyć np. dokładną rekonstrukcję „kuchni alchemika” z XVI i XVII wieku ze wszystkimi parafernaliaми służącymi do tak modnego w owym czasie poszukiwania „eliksiru życia” lub magicznego kamienia, niezbędnego przy przemianie metali nieszlachetnych na jakże szlachetne i cenne złoto. A na robieniu złota to już wtedy Szwajcarzy się znali! Złoto znaleziono w inny, bardziej przyziemny sposób, ale retorty, alembiki i piece alchemiczne dają świadectwo jak poważnie były traktowane te poszukiwania. Obok jest cały zbiór „Materia medica obsoleta”, czyli środków już dzisiaj mniej lub więcej wątpliwej wartości służących do zwalczania wszystkiego, co się dało: od szczurów do dżumy. A jak już nic nie pomagało, nawet pigułka z mumii lub sproszkowany obrazek NMP (przeciw nieplodności i „ból w kiszkiach”), to zawsze pozostawali święci bracia: Kosma i Damian jako patroni lekarzy i aptekarzy razem z całym panteonem świętych specjalistów, jak np. Św. Wit – ten się zajmował tylko epilepsją lub Św. Apollonia, która specjalizowała się z kolei w dolegliwościach uzębienia. Potarcie relikwią szczęki dawało cudowne wyniki, tylko trzeba było mieć relikwie pod ręką! Drewniane ich rzeźby z XV wieku do tej pory patronują pomieszczeniom aptecznym – z roku 1755 i początków XIX wieku. Tu na półkach stoją przepiękne pojemniki z fajansu, porcelany miśnieńskiej i szkła opalinowego. Na koniec dział poświęcony środkom stosowanym

w innych częściach świata, takim jak Chiny lub Afryka. Od niektórych włosy stają dęba! (*Teraz już wiecie, moje Panie gdzie moje ślubne szczęście znalazło ten cudowny środek na duży biust!*)

Jak już jesteśmy uzdrowieni (od samego zapachu zgromadzonych ziół aż kręci w nosie!) – to po tej wizycie warto jeszcze rzucić okiem na tę arterię życia, jakim był i jest Ren. Do tej pory pełen barek, pachaczy i statków, niesie dostojnie swe wody, a nad nim rozsiadło się Stare Miasto z kościołem Piotra i Pawła oraz katedrą. Tuż obok jest położony przepiękny Ratusz. Stąd można powędrować wąskimi, krętymi uliczkami śladami mistrza Holbeina, podziwiając bogato zdobione kamieniczki kupców i rękodzielników, teraz dające na parterze lokum restauracjom, szamanom mody i jubilerom. (*Panowie! nie puszczajcie tam żon samopas, chyba że macie pod ręką drobne na zegareczek z brylancikami lub jakiegoś futrzanego zwierzątka – najchętniej szynszyle! – dla swojej ukochanej!*)

Jeśli zaś Państwo będziecie w Bazylei w czasie Karnawału i to dokładnie w ciągu trzech dni po Środzie Popielcowej – to będzie okazja dopchać się i obejrzeć chociaż część słynnego na całą Europę Basel Fantnacht z korowodami, orkiestrami i tańcami. Są to dni, w czasie których na politykach nie zostawia się suchej nitki i żadna postać „na świeczniku” nie jest bezpieczna przed złośliwymi jęzorami kpiarzy. Wytłamszeni i zmarznięci wyładujecie Państwo na koniec około 5. rano w jednej z niezliczonych knajpek na słynnym „Mehlsuppe”, czyli „mącznej zupie” podawanej właśnie tutaj tylko raz w roku (tradycja ta sięga roku 1376). Tak czy inaczej niezależnie od pory roku Bazylea ma czym przywabić swoich gości i stąd – zależnie od inklinacji – można ruszyć „we świata trzy strony”.

*PS. Drogie Panie! Cały czas „chodzi za mną” to pytanie dotyczące biustu. Czy ten proszek z wąsów tygrysa (czy trzeba go osobiście upolować?) zażywa się przed urośnięciem tej kobiecej ozdoby, w czasie czy też może już post factum. W tym miejscu mężczyzna mojego życia mruknął pod nosem: „Zamiast!”*

**Mariola Krapf**  
fot. autorki



# LIDOPOSTERIN®

Lidocainum 50 mg/g, maść 25 g

Nowy lek  
zmniejszający  
dolegliwości bólowe  
okolicy 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  
Registraße 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 wyciętego 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 wymagającą 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 odbytnicę. 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 krwioobiegu 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

## „Leczenie hamujące proces zapalny w przewlekłej chorobie żyłnej może dawać największe szanse zapobiegania powikłaniom”<sup>1</sup>

1. Bergan J.J., Schmid-Schönbein G.W., Coleridge-Smith P.D., Nicolaides A.N., Boisseau M.R. i Eklof B., *N Engl J Med.* 2006; 355: 485-498.



# detralex<sup>®</sup>

*jedyna* Zmikronizowana oczyszczona frakcja flawonowa 500 mg\*

DK16

\*Garner R.C., Garner J.V., Gregory S. et al., *J. Pharm. Sci.* 2002; 91: 32-40.

**Detralex<sup>®</sup>**  
**DZIAŁANIE.** Detralex<sup>®</sup> 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, nocne kurcze. Leczenie objawowe w przypadku nasilenia dolegliwości związanych z żyłkami odbytu. **DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA:** 2 tabletki na dobę (rano i wieczorem), w czasie jedzenia. W przypadku zaostrzenia dolegliwości ze strony żyłków odbytu 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 odbytu, 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; utrzymanie odpowiedniego ciężaru ciała; noszenie specjalnych pończoch. **CIAŻA I LAKTACJA.** Badania przeprowadzone na zwierzętach nie wykazały wpływu teratogennego leku, podobnie odpowiednio liczebna, dobrze kontrolowana obserwacja 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.newgrs.com. **POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU** (Wydane przez Ministra Zdrowia): nr R/1633.