

Nr 7-9 (17-19) lipiec - wrzesień 2007

APTEKARZ POLSKI

ISSN 1895-6041

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej



www.aptekarzpolski.pl

- Właścicielem apteki powinien być farmaceuta
- Antybiotyki w recepturze
- Denali znaczy najwyższa
- W numerze: Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej

egzemplarz bezpłatny

Zalanzo

15 mg, 30 mg

Lansoprazolum

TEMAPHARM™

polska firma farmaceutyczna

NOWOŚĆ!
OD
PAŹDZIERNIKA
W APTEKACH

■ sprawdzony w POLSKICH laboratoriach

■ oceniony przez POLSKICH lekarzy i farmaceutów

■ oczekiwany przez POLSKICH pacjentów



15 mg x 28 kaps. 30 mg x 14 i 28 kaps.

ZALANZO (Lansoprazolum): każda kapsułka zawiera 15 lub 30 mg lansoprazolu. Wskazania: Choroba wrzodowa żołądka i dwunastnicy, leczenie zakażenia *H. pylori* (terapia skojarzona z antybiotykami), refluksowe zapalenie przełyku, leczenie innych stanów chorobowych, w których konieczne jest ograniczenie wydzielania soku żołądkowego, np. zespół Zollingera-Ellisona. Dawkowanie: Doustnie. Choroba wrzodowa dwunastnicy: 30 mg raz na dobę przez 2 tygodnie. Jeśli nie uzyskano wyleczenia, leczenie można kontynuować tą samą dawką przez kolejne 4 tygodnie. Zapobieganie refluksowemu zapaleniu przełyku: 15 mg raz na dobę. W razie konieczności dawkę można zwiększyć do 30 mg na dobę. Choroba wrzodowa żołądka: 30 mg raz na dobę przez 4 tygodnie, w razie konieczności kontynuować przez kolejne 4 tygodnie. Eradykacja *Helicobacter pylori*: leczenie skojarzone z antybiotykoterapią 30 mg dwa razy na dobę przez 7 dni. Refluksowe zapalenie przełyku: 30 mg raz na dobę przez 4 tygodnie.

W razie konieczności leczenie kontynuować tą samą dawką przez kolejne 4 tygodnie, leczenie podtrzymujące w celu zapobiegania nawrotom refluksowego zapalenia przełyku: 15 mg raz na dobę. W razie konieczności dawkę można zwiększyć do 30 mg. Zespół Zollingera-Ellisona: indywidualnie, zazwyczaj 60 mg na dobę. Dawkę powyżej 120 mg należy podawać w dwóch dawkach podzielonych. Osoby w podeszłym wieku: zazwyczaj stosuje się dawkę do 30 mg na dobę. Przeciwwskazania: Nadwrażliwość na substancję czynną lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Stosowanie w połączeniu z atazanawirem. Ciąża i laktacja: Ze względu na brak badań klinicznych, w ciąży i okresie karmienia piersią stosować jedynie w przypadku, gdy spodziewane korzyści dla matki przewyższają potencjalne zagrożenia dla płodu lub karmionego dziecka. Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów: Preparat może wpływać na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu. Działania niepożądane: Lek zazwyczaj jest dobrze tolerowany. Najczęściej obserwowano: zaburzenia żołądkowo-jelitowe (biegunka, zaparcia, nudności, wymioty; bóle brzucha, wzdęcia, suchość w jamie ustnej), ból i zawroty głowy, niepokój, zapalenie gardła, krwawienie z nosa, zmęczenie i złe samopoczucie. Specjalne ostrzeżenia i zalecane środki ostrożności: Przed przystąpieniem do leczenia choroby wrzodowej żołądka lansoprazolem należy wykluczyć złośliwy nowotwór żołądka, ponieważ lansoprazol może maskować objawy i opóźnić rozpoznanie. W razie wystąpienia ciężkiej i/lub uporczywej biegunki należy rozważyć przerwanie leczenia lekiem Zalanzo. Przed zastosowaniem należy zapoznać się z pełną informacją o leku. Lek wydawany z przepisu lekarza.

Podmiot odpowiedzialny: Temapharm Sp. z o.o. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu nr: 14044 i 14045 wydane przez MZ. Informacji udziela: Temapharm Sp. z o.o., ul. Żwirki i Wigury 81, 02-091 Warszawa, tel. (022) 822 74 31.



Właścicielem apteki powinien być farmaceuta

Zwykle okres kanikuły kojarzy się z zakończeniem pewnego etapu działań zawodowych, z wypoczynkiem i „ładowaniem akumulatorów” do dalszej aktywności życiowej. Jednak w tym roku politycy przebywający na wakacjach co chwilę zaskakują nas swoimi pomysłami związanymi z troską o dobro publiczne i los polskiego społeczeństwa. Dotyczy to także niestety farmacji. Prace legislacyjne prowadzone w Sejmie, kolejne nowelizacje ustaw: Prawo farmaceutyczne, o cenach, o świadczeniach w ochronie zdrowia finansowanych ze środków publicznych i innych dotyczących bezpośrednio lub pośrednio całej branży farmaceutycznej oraz brak przewidywalnego rytmu wspomnianych wyżej prac, stabilności osiągniętych kompromisów, niestety nie wróży niczego dobrego. Okazuje się, iż prowadzenie wielomiesięcznych uzgodnień i konsultacji może być przydatne tylko „psu na budę” z uwagi na zapowiadane przedterminowe wybory do polskiego parlamentu. Gdyby ten scenariusz został ostatecznie zrealizowany sprawy dotyczące zmian prawa dotyczącego farmacji i aptekarstwa należałoby podjąć od nowa. Nie muszę przypominać, że z punktu widzenia wykonywanego aptekarskiego zawodu i dbałości o interes pacjenta konieczne jest dokonanie bardzo istotnych zmian w polskim prawie. **Zmiany te powinny przede wszystkim zabezpieczyć osobę chorą, która wychodzi z gabinetu lekarskiego, w możliwość zakupu produktów leczniczych refundowanych w najbliższej aptece ogólnodostępnej na jednakowych warunkach, w tym w jednakowej cenie. Bardzo oczekiwaną od dawna nowelą jest także zapis uszczelniający przepis mówiący o możliwości posiadania przez jeden podmiot gospodarczy ilości aptek nie przekraczającej 1% ogólnej ich liczby w danym województwie. Najbardziej boją się tej regulacji prawnej podmioty, które dotychczas sprytnie czyniły wybiegi w celu niestosowania tego przepisu w praktyce. Dobrze by było, aby jesień tego roku okazała się bardziej słoneczna niż myślę.**

Wpisane w bieżące polskie polityczne realia najbliższe miesiące przyniosą także bez wątpienia wiele emocji związanych z podsumowaniem czwartej kadencji pracy naszego samorządu. W ciągu ostatnich czterech lat zostało włożone mnóstwo wysiłku wielu naszych koleżanek i kolegów w ugruntowanie rangi naszego zawodu w życiu społeczeństwa, jak i w poszukiwanie nowych zadań oraz w położenie podwalin dla nowoczesnego kształtu wykonywania zawodu przez farmaceutów. **Nigdy nie powinniśmy rezygnować z idei propagującej prowadzenie aptek wyłącznie przez farmaceutów. Wiemy już doskonale, że nabywanie doświadczenia i rozwijanie aptekarskiej wiedzy, umiejętności a także rozumienie i propagowanie przede wszystkim opieki farmaceutycznej nad pacjentem leży w żywotnym interesie naszego środowiska oraz dobrze będzie służyć samemu pacjentowi. Przetrawianie trudnych chwil związanych obecnie z prowadzeniem działalności gospodarczej, podolewanie wzmożonej konkurencji jak i coraz częściej spotykany brak ofert zatrudnienia dla farmaceutów na rynku pracy, musi być ściśle związany z ostatecznym przyjęciem do polskiego prawa przez nasz parlament rozwiązań uniezależniających wykonywanie zawodu farmaceuty od wielkości sprzedaży produktów leczniczych w aptekach. To w dobrze pojętym interesie pacjenta farmaceuta powszechnie powinien pełnić rolę jego farmakoterapeutycznego i ekonomicznego doradcy jak i również (m.in. w tym zakresie) konsultanta lekarzy. W tym drugim przypadku nie do przecenienia jest w szczególności podkreślanie roli farmaceuty szpitalnego, klinicznego w polskich zakładach lecznictwa zamkniętego.**

Andrzej Wróbel

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Warszawa, sierpień 2007 roku

WYDARZENIA..... 4, 5

ROZMOWY REDAKCJI
To już trzecia moja kadencja..... 4

EKSPERTYZY, RAPORTY
Kryteria demograficzne, geograficzne i własnościowe aptek w Unii Europejskiej 7
Podsumowanie pierwszego półrocza 2007 r. 9

FIRMY FARMACEUTYCZNE
Rzucamy rękawicę 10

Z NOTATNIKA RZECZNIKA NRA
W naszym samorządzie 11

WSZECHNICA APTEKARSKA
Antybiotyki w recepturze 12

KONFERENCJE, NARADY, SZKOLENIA
O zagrożeniach chorobami infekcyjnymi 16

NOWE REJESTRACJE I NOWOŚCI NA RYNKU
Nowe produkty lecznicze kwiecień 2007 29

Grecki top..... 34

PRZEGLĄD PRASY 36

APTEKARSCY TWÓRCY
Jej pasją jest rysunek 37

SPORT TO ZDROWIE
Przy siatce w Radomiu 38
Denali znaczą najwyższa 39

BIULETYN NRA I - IX

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

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

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

Stali współpracownicy: mgr farm. Joanna Marczak

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 uprawniających do wystawiania recept i farmaceutów. Redakcja nie odpowiada za treść ogłoszeń i materiałów sponsorowanych oraz zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów w tekstach nadesłanych. Redakcja nie zwraca materiałów.

Na swoim

Okręgowa Izba Aptekarska w Lublinie ma nową siedzibę. Znajduje się ona w centrum miasta przy ulicy Lubartowskiej 60. Lokal, który jest własnością samorządu aptekarskiego ma powierzchnię 143 metrów kw. Nareszcie, po wielu latach starań aptekarze Lubelszczyzny są na swoim. Mogą spotykać się i pracować w dobrych warunkach.



Sekretariat Izby. (fot. T. Baj)

WYDARZENIA WYBÓR Z KURIERANIA www.nia.org.pl

Nr 25 – 2007

7 sierpnia w siedzibie NIA odbyło się spotkanie Prezesa NRA oraz Marka Jędrzejczaka, koordynatora Departamentu Nauki i Szkolenia NRA z przedstawicielami Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych Henrykiem Owczarkiem, prezesem KRDL oraz Stanisławem Krążelem. Spotkanie miało na celu zadeklarowanie woli wzajemnej współpracy pomiędzy organizacjami oraz uzyskanie porozumienia w zakresie działań dotyczących rynku ochrony zdrowia.

Nr 24 – 2007

31 lipca odbyło się posiedzenie Prezydium NRA.

Nr 21 – 2007

3 lipca Prezes NRA przyjął przewodniczącego Komisji Aptek Zagrożonych ORA oraz członka Okręgowej Rady Aptekarskiej w Warszawie Jerzego Kałasę.

To już trzecia moja kadencja



Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne stało się w ostatnich latach typową organizacją naukową – mówi prof. JANUSZ PLUTA, Prezes Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego.

◆ Gratuluję Panu wyboru na funkcję Prezesa Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego na drugą kadencję. Kieruje Pan organizacją, która w bieżącym roku świętuje jubileusz 60-lecia istnienia. Jaką organizacją jest współczesny PTFarm?

◆ Bardzo dziękuję, ale prawdę mówiąc jest to już nie druga, ale trzecia moja kadencja, jako prezesa Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Dlatego szczególną satysfakcję sprawiło mi tak zdecydowane poparcie naszych działań, wyrażone w tajnym głosowaniu przy wyborze prezesa, przez delegatów na ostatnim Walnym Zgromadzeniu.

Na pewno czuję ciężar odpowiedzialności, ale i satysfakcji, że kieruję organizacją o tak bogatej tradycji, jaką posiada Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne. Jest ono jedną z najdłużej działających organizacji w polskiej farmacji, a przez całe dziesięciolecie jedyną, która dbała o rozwój naukowy i zawodowy farmaceutów.

Jaką obecnie organizacją jest PTFarm? Jest to bez wątpienia



fot. archiwum J. Pluty

jedno z najsilniejszych, jeżeli nie najsilniejsze towarzystwo naukowe w naukach medycznych. W naukach farmaceutycznych jest inaczej niż w naukach lekarskich. My mamy tylko jedno towarzystwo naukowe, w którym istnieją różne sekcje odpowiadające różnym specjalnościami nauk farmaceutycznych, natomiast w naukach lekarskich towarzystw naukowych jest około 80. To powoduje, że jesteśmy liczebnie dużym Towarzystwem. W ostatniej kadencji mieliśmy blisko 5 tysięcy członków płacących systematycznie składki drugie tyle członków nieregularnie płacących składki. To dużo, jeśli weźmie się pod uwagę, że przynależność do Towarzystwa jest całkowicie dobrowolna. Są oni zrzeszeni w 17 oddziałach. Najsilniejsze oddziały PTFarmu to Oddział Wrocławski (992 członków), Oddział Łódzki (862) i Oddział Poznański (600).

W ramach PTFarmu działa dziesięć różnych sekcji i zespołów sekcji (historii farmacji, farmacji szpitalnej,

akademicka, biotechnologii farmaceutycznej, bromatologiczna, chemii medycznej, ekonomiki, organizacji i zarządzania, farmacji onkologicznej, żywienia pozajelitowego i dodatkowo działająca na zasadach sekcji, zrzeszająca studentów farmacji „Młoda Farmacja”. To naprawdę ogromne bogactwo organizacyjne.

◆ **Obserwacja sprawowanych kadencyjnie urzędów wskazuje, że druga kadencja jest barwniejsza i bardziej różnorodna. Z jakim programem działania przystępował Pan do wyborów?**

◆ Dobra miniona kadencja powodowała, że w przedstawionych planach na przyszłość dużo miejsca zajmowała kontynuacja działań. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne stało się w ostatnich latach typową organizacją naukową i stąd wynikają zadania, które chcemy w najbliższych latach realizować. Do głównych zadań będzie należało, podobnie, jak w minionej kadencji, wspieranie rozwoju środowiska naukowego w naukach farmaceutycznych, dalsze rozwijanie szkolenia podyplomowego farmaceutów, utrzymanie zajmowanej pozycji wydawniczej i to zarówno w obrębie wydawanych periodyków, jak i druków zwartych i oczywiście dalszy rozwój organizacyjny. Na pewno do realizacji tych celów potrzebne jest odpowiednie zabezpieczenie finansowe i dlatego ważną naszą działalnością będzie prowadzona działalność gospodarcza, pozwalająca na wypracowanie odpowiednich środków potrzebnych do realizacji działań statutowych. Nie jesteśmy, bowiem organizacją przez nikogo dotowaną.

◆ **Absolwenci farmacji są nieźle zorientowani w tym, co się dzieje i znają kierunki zmian zachodzących we współczesnej farmacji. Jaką ofertę ma PTFarm dla młodych farmaceutów, którzy opuszczając uczelnie oczekują atrakcyjnych i adekwatnych do ich aspiracji propozycji w zakresie rozwoju zawodowego?**

◆ Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne przywiązuje dużą uwagę

do zwiększenia szans rozwoju młodych farmaceutów. Wyrazem tego było powstanie „Młodej Farmacji”. Pomagamy naszym młodszym kolegom finansowo i organizacyjnie w ich działalności. Opłacamy składki członkowskie w międzynarodowych organizacjach, dofinansowujemy ich uczestnictwo w zagranicznych konferencjach, fundujemy nagrody dla najlepszych, pomagamy w organizacji ogólnopolskiego konkursu prac magisterskich, wspieramy ich w organizacji różnego rodzaju konferencji i spotkań. Te nasze działania mają na celu, aby studenci ostatnich lat studiów i absolwenci, poprzez kontakty krajowe i zagraniczne lepiej dostrzegali możliwości, jakie stwarza im zawód farmaceuty. A są one bardzo duże.

◆ **Gdyby przeprowadzono badanie w kategorii – książka, po której aptekarze sięgają najczęściej, to, moim zdaniem, bezapelacyjnie na czele rankingu znalazłaby się Farmakopea, której wydawcą jest PTFarm. Dzieło zasługuje na miano organizacyjnego sztandaru i stanowi miarę zasług Towarzystwa dla środowiska farmaceutów i aptekarzy.**

◆ Prawdą jest, że działalność wydawnicza Towarzystwa to jedna z silniejszych stron naszej działalności. Wydajemy cztery czasopisma („Farmacja Polska”, „Acta Poloniae Pharmaceutica – Drug Research”, „Bromatologia i Chemia Toksykologiczna” i we współpracy z Urzędem Rejestracji „ALMANACH”). Pisma te kierowane są do różnych grup farmaceutów. Jednak na szczególną uwagę zasługuje nasza działalność wydawnicza publikacji książkowych. Zgadzam się, że najbardziej widoczną jest „Farmakopea Polska”, którą wydajemy i rozprowadzamy na zlecenie Urzędu Rejestracji Leków. Ale oferta nasza jest znacznie większa. Wydajemy przecież Urzędowy Wykaz Produktów Leczniczych dopuszczonych do obrotu, polskie Prawo Farmaceutyczne. Ostatnio wydaliśmy również „Produkty lecznicze stosowane w weterynarii” i wiele drobniejszych tytułów. Mamy w tym zakresie duże osiągnięcia.

► **Nr 20 – 2007**

27 czerwca – odbyło się posiedzenie plenarne Naczelnej Rady Aptekarskiej. Janina Pawłowska, koordynator Departamentu Aptek Szpitalnych NRA rozmawiała z Głównym Inspektorem Farmaceutycznym Zofią Ulz oraz z jej zastępcą Zbigniewem Niewojtem. Spotkanie miało na celu wyznaczenie priorytetowych kierunków, wspólnych dla GIF i farmaceutów szpitalnych działań, których celem jest przygotowanie projektów rozwiązań służących poprawie bezpieczeństwa farmakoterapii w szpitalach oraz opracowanie „instrukcji gospodarki lekiem w szpitalu”. Gromadzone zostaną także informacje dotyczące sytuacji kadrowej i lokalowej aptek szpitalnych w Polsce.

► **Nr 19 – 2007**

21 czerwca Prezes NRA wyrażając poparcie samorządu aptekarskiego dla działań mających na celu uregulowanie sytuacji w publicznym systemie ochrony zdrowia wystosował apel o bezzwłoczne przystąpienie do przygotowania zmian legislacyjnych www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2007_19_zal.pdf

19 – 20 czerwca odbyło się spotkanie okręgowych rzeczników odpowiedzialności zawodowej okręgowych izb aptekarskich i zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz przewodniczących okręgowych sądów aptekarskich i sędziów Naczelnego Sądu Aptekarskiego.



Od 27 do 30 września w Düsseldorfie (Niemcy) odbywać się będą targi farmaceutyczne EXPOPHARM 2007. Organizatorzy informują, że udział w targach weźmie ok. 500 wystawców. Przewiduje się, że targi odwiedzi 25 tysięcy farmaceutów i ekspertów z dziedziny farmacji.

Szczegółowe informacje:
www.expopharm.de

▶ **Wykłady organizowane przez PTFarm są jedną z form pogłębiania wtajemniczenia zawodowego aptekarzy. Towarzystwo znane jest jako organizator życia naukowego. 25 września rozpocznie się XX Naukowy Zjazd – chyba najbardziej znaczące spotkanie PTFarmu.**

◆ Jednym z wiodących celów naszej działalności w minionej kadencji był rozwój szkolenia podyplomowego farmaceutów. Realizowaliśmy je w bardzo różnych formach, zarówno w postaci wykładów na zebraniach naukowych w oddziałach, jak również organizowanych przez Zarząd Główny i we współpracy z prasą farmaceutyczną. Odbywały się one w różnych miastach, również w tych, w których nie ma ośrodka akademickiego. W sumie każdego roku takich zebrań PTFarm organizuje blisko 130. Do tego dochodzi kilkanaście różnego rodzaju konferencji rocznie. W sumie, jak wynika ze sprawozdania kadencyjnego przygotowanego przez Biuro ZG, w różnych formach szkoleń wzięło udział około 45 tys. farmaceutów. Jest to liczba bardzo znacząca.

Rzeczywiście największą konferencją przez nas organizowaną i zarazem największą konferencją farmaceutyczną w Polsce są zjazdy naukowe PTFarmu. Biorą w nich udział przedstawiciele różnych dyscyplin nauk farmaceutycznych, ale również bardzo wielu kolegów pracujących w zawodzie. Odbywają się one co trzy lata i bierze w nich udział ponad 1000 uczestników (w ostatniej we Wrocławiu 1200). W obecnym roku Zjazd będzie gościł w Katowicach w dniach 25-28 września i już dzisiaj, obserwując stopień przygotowań, można powiedzieć, że będzie to bardzo udana impreza. Serdecznie wszystkich zainteresowanych na nią zapraszam.

◆ **Porozmawiajmy o zawodzie aptekarza. Opieka nad pacjentem, to wymagające dużej wiedzy główne zajęcie współczesnego aptekarza. Jakie są podstawowe atrybuty tego zawodu – wiedza i umiejętności praktyczne? Zaufanie społeczne?**

◆ Wszystkie wymienione przez Pana cechy zawodu aptekarza są do jego wykonywania niezbędne. Sama praktyka, nie poparta wiedzą to za mało. Postęp w naukach farmaceutycznych i szerzej medycznych, jest zbyt duży, aby opierać się tylko na wiedzy zdobytej przed iluś latami na studiach. Z kolei sama wiedza, bez odpowiedniego doświadczenia praktycznego jest niewystarczająca. A jak można pomóc pacjentowi bez zdobycia odpowiedniego jego zaufania. Na szczęście z własnego doświadczenia wiem, że większość kolegów pracujących w zawodzie doskonale to rozumie. Dlatego też mamy w farmacji takie osiągnięcia w szkoleniu podyplomowym.

◆ **Zmieńmy temat rozmowy. Pośród farmaceutów znaczącą grupę stanowią aptekarze. Jak układa się współpraca Towarzystwa z samorządem aptekarskim?**

◆ Jestem bardzo dużym zwolennikiem tej współpracy. Sam zresztą, jak Pan wie, byłem przez kilkanaście lat działaczem samorządu na szczeblu okręgowym i centralnym. Obecnie oceniam ją, jako lepszą niż kiedykolwiek wcześniej. Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne wspiera szereg inicjatyw Naczelnej Rady Aptekarskiej. Uczestniczymy we wspólnych przedsięwzięciach. Że wspomnę dwie udane konferencje międzynarodowe w Krakowie w roku 2005 i 2006, czy powołanie wspólnych zespołów do opracowania projektu Kodeksu Etyki, ds. opieki farmaceutycznej, ds. ustawy o zawodzie farmaceuty. Takim namacalnym osiągnięciem tych zespołów jest chociażby powstały projekt Kodeksu Etyki. Nie oznacza to, że nie ma między nami różnych zdań. Są, np. w sprawie niektórych zapisów ustawy o zawodzie. Ale razem działamy, aby ta ustawa w końcu zaistniała. To wszystko powoduje, że obecną współpracę oceniam, jako dobrą i mam nadzieję, że będzie się ona ciągle rozwijać, bo tego potrzebuje farmacja w Polsce. ■

Rozmawiał: **Zbigniew Solarz**

W cieniu bieżących problemów związanych z nowelizacją rozporządzenia w sprawie recept lekarskich dochodzą do nas niepokojące informacje na temat – bardzo ważnej dla nas – drugiej części nowelizacji ustawy Prawo farmaceutyczne. Wiele wskazuje na to, że postulowane przez nasze środowisko demograficzne oraz geograficzne kryteria otwierania nowych aptek nie zostaną uwzględnione. Dlatego chciałbym przedstawić regulacje dotyczące kryteriów własnościowych, demograficznych oraz geograficznych przy otwieraniu nowych aptek w pozostałych krajach Unii Europejskiej.

Dokładne poznanie warunków funkcjonowania aptek w różnych krajach Unii Europejskiej jest bardzo istotne dla prowadzenia dyskusji na temat nowelizacji ważnych dla naszego środowiska ustaw. Nie jesteśmy krajem bogatym i nie stać nas na bezsensowne eksperymenty. Powinniśmy poprawiać nasze ustawy opierając się na najlepszych wzorcach oraz wyciągać wnioski z błędów popełnianych w innych krajach. Wymaga to wprawdzie czytania wielu setek stron dokumentów – głównie po angielsku lub po niemiecku – ale sądzę, że owoce tej pracy wynagrodzą w przyszłości ponoszony dzisiaj wysiłek. Nic nie zastąpi też bezpośrednich spotkań z przedstawicielami izb aptekarskich różnych krajów, w trakcie których można wyjaśnić wątpliwości, które powstają czasami podczas czytania „suchego tekstu”. Najważniejsze dla nas propozycje zmian w ustawach powinniśmy bardzo starannie – na piśmie – argumentować, również powołując się na efekty analogicznych rozwiązań

Kryteria

demograficzne, geograficzne i własnościowe aptek w Unii Europejskiej

w innych krajach. O ile wiem, ewentualne odrzucenie poparcia strony rządowej dla naszych postulatów wprowadzenia demograficznych oraz geograficznych kryteriów otwierania nowych aptek odbędzie się na zasadzie „nie, bo nie”. Może jednak jest jeszcze szansa, aby sprowadzić dyskusję na ten temat w oparciu o kryteria merytoryczne. Aktualnych informacji na temat rozwiązań w tym zakresie w różnych krajach UE dostarczają wewnętrzne dokumenty Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej (PGEU), jak również obszerne opracowania publikowane co rok przez izby aptekarskie w różnych krajach, wśród których do najciekawszych należą raporty Austriackiej Izby Aptekarskiej.

Zanim jednak przedstawię rozwiązania dotyczące geograficznych oraz demograficznych kryteriów otwierania nowych aptek w Europie, chciałbym jeszcze wspomnieć o idei już dawno w Polsce pogrzebanej, mianowicie o kryterium posiadania apteki wyłącznie przez aptekarza. W Polsce oczywiście tego typu propozycja naszego środowiska jest natychmiast przez media napiętnowana jako niezgodna z konstytucją. A jak to jest w innych krajach?

W 14 krajach Unii Europejskiej aptekę może posiadać tylko farmaceuta i najczęściej może on posiadać tylko jedną aptekę. Wyjątek stanowią np. Niemcy oraz Austria. W Niemczech farmaceuta może posiadać do 4 aptek (1 apteka główna oraz 3 filie, jednak w maksymalnej odległości do kilkudziesięciu kilometrów od siebie), a w Austrii farmaceuta może posiadać jedną aptekę oraz jedną filię. Aptek filialnych w Niemczech jest stosunkowo niedużo, a w Austrii bardzo mało – w sumie 17. Całkowita liczba aptek w obydwu tych krajach wzrosła w ciągu ostatnich dziesięciu lat bardzo nieznacznie.

Do grupy krajów UE, w których właścicielem apteki może być tylko farmaceuta lub spółka farmaceutów należą: Austria, Bułgaria, Cypr, Dania, Finlandia, Francja, Niemcy, Grecja, Włochy, Łotwa, Luksemburg, Portugalia, Słowenia oraz Hiszpania. Łatwo zauważyć, że poza Wielką Brytanią należą do tej grupy wszystkie większe państwa „starej unii”. Czyżby kraje te miały aż tak odmienne konstytucje od naszej ustawy zasadniczej? Trudno mi w to uwierzyć.

Na dodatek np. Trybunał Konstytucyjny w Austrii potwierdził w 1998r. pełną zgodność austriackich ograniczeń własnościowych, geograficznych i demograficznych dotyczących otwierania nowych aptek z konstytucją tego kraju.

Ilość krajów UE, w których właścicielem apteki może być dowolna osoba fizyczna lub spółka, jest wprawdzie niewiele mniejsza i wynosi 13, ale grupę tych krajów stanowią głównie małe państwa „starej unii” oraz nowi członkowie UE: Belgia, Czechy, Estonia, Węgry, Irlandia, Litwa, Malta, Holandia, Polska, Rumunia, Słowacja, Szwecja, Wielka Brytania. Wyjątek w tej grupie stanowi Wielka Brytania, w której liczba aptek jest zbliżona do liczby aptek w Polsce.

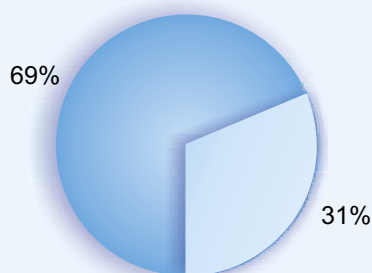
Widać wyraźnie, że prawie 70% aptek europejskich (czyli ponad 102 000 aptek) funkcjonuje w państwach, w których tylko farmaceuci

mogą być właścicielami apteki. Z przeczytanych raportów wynika, że o tym kryterium nie decyduje konstytucja w danym kraju, tylko stosunek polityków i władz danego kraju do określonych modeli funkcjonowania systemu dystrybucji leków. W ciągu ostatniego roku w dwóch krajach UE nastąpiły pod tym względem istotne zmiany:

- a) na Węgrzech od 29 grudnia 2006r. obowiązuje nowe prawo, którego skutkiem jest całkowita liberalizacja rynku farmaceutycznego. Do najważniejszych zmian należą:
 - likwidacja kryteriów demograficznych oraz geograficznych dla nowo otwieranych aptek
 - zniesienie kryterium posiadania apteki wyłącznie przez farmaceutów
 - dopuszczenie wielu leków do sprzedaży poza aptekami
- b) w Bułgarii 29 marca 2007r. parlament uchwalił w drugim czytaniu ustawę przywracającą możliwość posiadania apteki wyłącznie przez farmaceutów, przy czym jeden farmaceuta będzie mógł posiadać tylko jedną aptekę. Wprowadzono roczny okres przejściowy, w czasie którego wszystkie podmioty prowadzące aptekę będą musiały uzyskać nowe zezwolenie na prowadzenie apteki.

Przykład węgierski pokazuje, jak łatwo można zniszczyć – przy nieprzychylnym nastawieniu polityków – system dystrybucji leków, który od lat stanowił dla nas wzór do naśladowania. W trakcie spotkań z przedstawicielami Węgierskiej Izby Aptekarskiej w czerwcu tego roku podczas Walnego Zgromadzenia Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej w Wiedniu trudno było niestety uzyskać dokładniejsze informacje na temat efektów wprowadzonej liberalizacji. Widać było wyraźnie, że nasi koledzy z Węgier byli tak oszołomieni i przygnębieni zaistniałą sytuacją, że nie mieli

Procentowa ilość aptek w państwach UE, w których właścicielem apteki może być tylko farmaceuta lub spółka farmaceutów.



■ Właścicielem apteki może być tylko farmaceuta lub spółka farmaceutów

■ Właścicielem apteki może być dowolna osoba fizyczna lub spółka

► większej ochoty na dłuższą rozmowę. Z pewnością potrzebują trochę czasu, aby oswoić się z nowymi warunkami funkcjonowania. My niestety oswajamy się z tymi warunkami już od ponad 15 lat.

Nie należy jednak popadać w totalną dekadencję, ponieważ przykład bułgarski pokazuje, że można przekonać polityków do naszych racji. Z dostępnych dokumentów wynika, że istotną rolę w tym procesie zachęcania władz do zwiększenia stopnia regulacji funkcjonowania aptek w Bułgarii odegrali również przedstawiciele Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej.

Jeśli chodzi o kryteria demograficzne i/lub geograficzne otwierania nowych aptek w UE, to grupa państw, w których te kryteria obowiązują, liczy obecnie 17 państw (Austria, Belgia, Dania, Estonia, Finlandia, Francja, Grecja, Włochy, Łotwa, Luksemburg, Malta, Portugalia, Rumunia, Słowenia, Hiszpania, Szwecja, Wielka Brytania) i jest znacznie większa od grupy państw, w których kryteria te nie obowiązują (Bułgaria, Cypr, Czechy, Niemcy, Węgry, Irlandia, Litwa, Holandia, Polska, Słowacja).

Jeśli uwzględnimy liczbę aptek w poszczególnych krajach, to procentowa ilość aptek w krajach UE, w których w których obowiązują kryteria demograficzne i/lub geograficzne jest jeszcze większa.

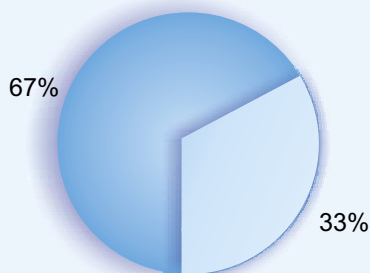
Warto zwrócić uwagę na fakt, że wśród 10 państw UE, w których nie obowiązują ani kryteria geograficzne ani kryteria demograficzne przy otwieraniu nowych aptek, w 3 państwach z tej grupy (Bułgaria, Cypr, Niemcy) właścicielem apteki może być tylko farmaceuta, co w pewnym stopniu ogranicza ilość otwieranych nowych aptek. Wobec tego w całej Unii Europejskiej jest tylko 7 państw, w których jest pełna swoboda przy otwieraniu nowych

aptek. W tej grupie znajdują się tylko 2 państwa „starej unii” (Irlandia i Holandia) oraz 5 nowych państw członkowskich (Czechy, Węgry, Litwa, Polska i Słowacja), w tym niestety i nasz kraj. Wszystkie apteki w tych siedmiu

mieszkańców przypadających na jedną aptekę muszą być przynajmniej 200-500 m.

b) Estonia – nowe prawo obowiązuje od 1 stycznia 2006 r. Otrzymanie nowego zezwolenia na prowadze-

Procentowa ilość krajów UE, w których obowiązują demograficzne i/lub geograficzne ograniczenia przy otwieraniu nowych aptek.



■ Obowiązują kryteria demograficzne i/lub geograficzne przy otwieraniu nowych aptek

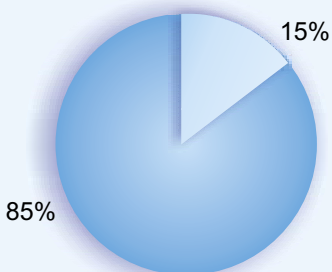
■ Brak kryteriów demograficznych i/lub geograficznych przy otwieraniu nowych aptek

państwach stanowią zaledwie 15% łącznej ilości aptek w UE.

Bardzo ważny jest fakt, że w ostatnim czasie w dwóch państwach europejskich udało się wprowadzić kryteria geograficzne i demograficzne ograniczające ilość otwieranych nowych aptek:

nia apteki możliwe jest wówczas, jeśli liczba ubezpieczonych przypadających na jedną aptekę będzie większa niż 3000. Ponadto minimalna odległość między istniejącymi a nowo otwieranymi aptekami wynosi 500m. Na terenach wiejskich odległość ta wynosi 1000m.

Procentowa ilość aptek w państwach UE, w których otwarcie nowej aptek wymaga spełnienia albo niektórych albo wszystkich wymienionych kryteriów: własnościowych, demograficznych, geograficznych.



■ Przy otwieraniu nowych aptek obowiązują albo niektóre albo wszystkie wymienione kryteria: własnościowe, demograficzne, geograficzne

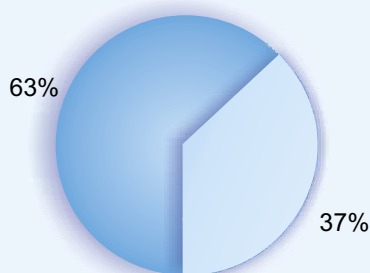
■ Pełna swoboda przy otwieraniu nowych aptek

a) Chorwacja – od roku 2007 nowa apteka może zostać otwarta, jeśli na danym obszarze liczba ubezpieczonych pacjentów przypadających na jedną aptekę po zwiększeniu ich liczby będzie większa niż 3000. Odległości między nowo otwieranymi aptekami w zależności od liczby

Przykłady Bułgarii, Chorwacji oraz Estonii wnoszą sporą dawkę optymizmu w tym trudnym czasie dla aptekarstwa europejskiego. Z pewnością osiągnięty sukces wymagał bardzo intensywnych wysiłków izb aptekarskich w tych krajach. Moim zdaniem warto jest prezentować politykom przy każdej okazji merytoryczne argumenty, aby przekonać ich, że sensowne ograniczenia w otwieraniu nowych aptek są korzystne dla pacjentów. Mam nadzieję, że wprowadzenie tego typu ograniczeń uda się wkrótce również w Polsce. ■

mgr farm. Piotr Bohater
przewodniczący Komisji
Ekonomicznej DIA
członek Departamentu Spraw
Zagranicznych NRA

Procentowa ilość krajów UE, w których obowiązują demograficzne i/lub geograficzne ograniczenia przy otwieraniu nowych aptek.



■ Obowiązują kryteria demograficzne i/lub geograficzne przy otwieraniu nowych aptek

■ Brak kryteriów demograficznych i/lub geograficznych przy otwieraniu nowych aptek

Podsumowanie pierwszego półrocza 2007 roku



Calkowita wartość rynku aptecznego w I półroczu 2007 r. wyniosła 10 488 mln PLN. Względem analogicznego okresu roku ubiegłego wartość rynku wzrosła o 1,4%.

Zarówno w 2006, jak i w 2007 r. sprzedaż odręczna i sprzedaż recept pełnopłatnych cechowała się wzrostem wobec roku poprzedniego. **Spadek wartości refundacji o 5,9% w pierwszym półroczu 2007 w stosunku do pierwszego półrocza 2006** wynikał z kilku przyczyn. **Zmiany na listach leków refundowanych i związane z nimi wzrosty zakupów tych leków przed wprowadzeniem list wyższe były w 2006 roku. Tegoroczna lista refundacyjna znacznie obniżyła limity leków refundowanych.** Istotnym powodem jest też zmniejszona zachorowalność na przeziębienia i grype w sezonie 2007 i co z tym związane mniejsza konsumpcja refundowanych preparatów. Musimy również pamiętać o trudniejszym dostępie do lekarzy w miesiącu maju i czerwcu z powodu akcji strajkowych lekarzy.

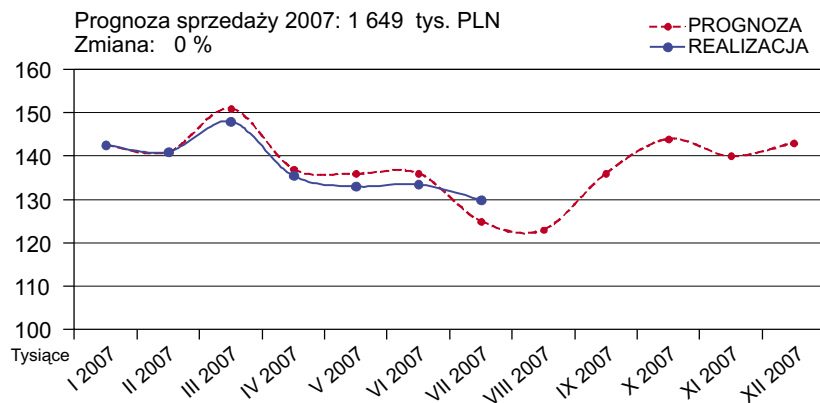
Udział sprzedaży odręcznej w całkowitej wartości sprzedaży rośnie z roku na rok. Obecnie wynosi 32,6% obrotów aptek. Średnie ceny detaliczne produktów w I półroczu 2007 były nieznacznie niższe od ubiegłorocznych (o 1,4%), głównie za sprawą wzrostu cen recept refundowanych w 2006 r. Średnie ceny produktów leczniczych sprzedawanych na recepty pełnopłatne oraz w sprzedaży odręcznej cały czas ro-

sną (bardziej dynamicznie produktów na receptę pełnopłatną).

Biorąc pod uwagę aktualne trendy rynkowe, analitycy PharmaExpert dokonali wyliczenia projekcji obrotów na rynku farmaceutycznym, które prezentuje poniższy wykres.

Szczegółowe obserwacje trendów rozwojowych poszczególnych klas terapeutycznych pozwalają na zwrócenie uwagi na kilka ciekawych przypadków rynkowych. Analitycy PharmaExpert porównując wartościowe wyniki sprzedaży z pierwszego półrocza bieżącego

Prognoza miesięcznej sprzedaży statystycznej apteki

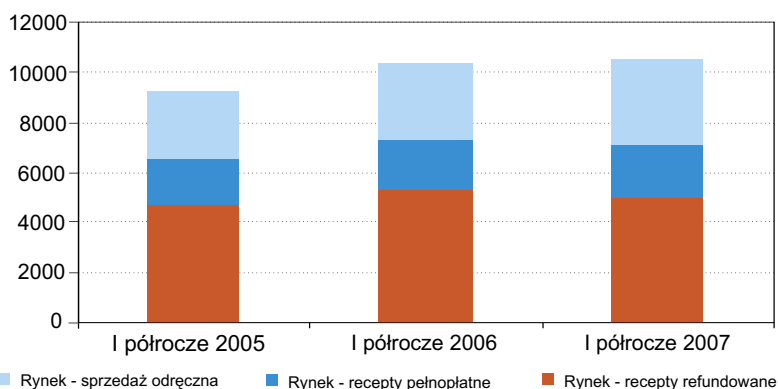


Prognozowana sprzedaż na rynku aptecznym wyniesie około 20,973 mld złotych, a zakładana refundacja 6,4 mld złotych. Oznacza to wzrost o około 2,8 % w stosunku do roku poprzedniego, przy jednoczesnym zmniejszeniu się wartości refundacji o ponad 4%.

Niestety dla środowiska aptekarskiego wzrost rynku nie będzie aż tak imponujący, ponieważ nie odczuje go statystyczna apteka. Z powodu rosnącej ilości aptek będzie on praktycznie niezauważalny.

roku z analogicznym okresem roku ubiegłego, podkreślają **bardzo znaczący wzrost wartości sprzedaży dostępnych bez recepty leków przeciwbiegunkowych o 35%** (23,7 mln złotych w I półroczu 2006 vs. 32 mln złotych w I półroczu 2007). Kolejnym interesującym rynkiem o dużej tendencji wzrostowej jest rynek środków do leczenia otyłości (wzrost 31,3%, z 25 mln PLN do 32,8 mln PLN). Innym ciekawym przypadkiem jest rosnąca wartość preparatów (receptowych i OTC) stosowanych przy zaburzeniach erekcji. Rynek ten wzrósł w badanym okresie o 27% (20,2 mln złotych vs., 25,7 mln złotych). Finalnie rynek zewnętrznych preparatów przeciwgrzybiczych (wzrost 24%, z 15,9 mln złotych w I półroczu 2006 do 19,7 mln złotych w I półroczu 2007). Myślmy, że warto pamiętać o tych grupach leków, których sprzedaż generuje wyższą marżę apteczną.

Wartość sprzedaży 2005-2007



Piotr Kula

Prezes PharmaExpert

Rzucamy rękawicę

W październiku bieżącego roku wytwarzane przez nas leki będą dostępne na rynku. Dla nas to jest bardzo ważny moment. Zwieńczeniem naszej pracy i kulminacją jest apteka, jest kontakt z pacjentem. Traktujemy farmaceutów jako poważnych partnerów. Naszym celem jest wspieranie polskiej farmacji - mówi SŁAWOMIR W. MIREK, dyrektor generalny Przedsiębiorstwa Farmaceutycznego TEMAPHARM™.

◆ Od kiedy istnieje Laboratorium Leków Temapharm™?

◆ Rozpoczęliśmy działalność w grudniu 2005 roku. Na terenie Campusu Ochota (tzw. Parku Technologicznego ukierunkowanego na tworzenie nowoczesnych technologii medycznych, farmaceutycznych i biotechnologicznych). Budynek był starej daty, ale wiedzieliśmy, że to jest wspaniałe miejsce. Sąsiadujemy z Akademią Medyczną w Warszawie. Mamy możliwość efektywnej współpracy z lekarzami i farmaceutami. Kontaktujemy się z działającymi blisko nas placówkami badawczymi Polskiej Akademii Nauk. Campus Ochota to jest miejsce dla nas. Tutaj czuje się sąsiedztwo nauki.

◆ Jaka jest historia firmy, od czego zaczynaliście?

◆ Zaczynaliśmy od podstaw. Temapharm jest wspólnym przedsięwzięciem kilku zapaleńców, którzy wcześniej pracowali w firmach farmaceutycznych znali się na swojej „działce”, czy to na badaniach klinicznych, czy to na syntezie, na substancjach aktywnych, czy to na zarządzaniu. Wspólnie postanowiliśmy rozpocząć wielką przygodę. Naszym celem było stworzenie polskiej firmy farmaceutycznej.

◆ Jaka jest misja Temapharm™?

◆ Proszę zwrócić uwagę, że na polskim rynku w pierwszej dekadzie nie ma firm polskich. Dziwne! Czyżby Polacy nie mieli smykałki do farma-

cji? Czy brakuje nam umiejętności, ambicji i chęci? Nie.

W Polsce jest miejsce dla firmy, która działa lokalnie, która jest firmą rodzimą, która podejmuje śmiało wyzwania, rzuca rękawicę i mówi wielkim potentatom-zmierzymy się. Zobaczymy, kto będzie szybszy, kto będzie lepszy, kto bardziej energiczny, kto będzie bardziej zmotywowany, komu bardziej zależy, kto potrafi lepiej dobrać produkty. Tworząc firmę nie mieliśmy wątpliwości, że jeśli potrafimy powiązać naszą wiedzę i umiejętności z doświadczeniem zawodowym, to możemy efektywnie konkurować, nawet z wielkimi koncernami farmaceutycznymi.

◆ Trudno sobie wyobrazić działalność w dziedzinie farmacji bez poniesienia dużych nakładów.

◆ To prawda. Żeby uzyskać przewagę skorzystaliśmy z funduszy z Europy Zachodniej. Musieliśmy dysponować kapitałem, żeby zbudować laboratoria badawcze, przyciągnąć ludzi z doświadczeniem i chęciami oraz dać im narzędzia do ręki, a także środki niezbędne do realizacji celów. To są warunki sukcesu.

◆ Proszę scharakteryzować główne atuty firmy.

◆ Dobraliśmy zespół ludzi, którzy żyją tym, co robią. Tworzymy zespół pasjonatów. Nikt z nas nie traktuje firmy jak miejsca, do którego przycho-



foto: archiwum S. W. Mireka

dzi się na dniówkę, na osiem godzin. W naszym laboratorium panuje wspaniała atmosfera. Wyniki, które osiągamy silnie motywują nas do pracy. Nie zajmujemy się wszystkim. Mierzymy siły na zamiary. Żeby dać pacjentom, lekarzom i farmaceutom leki najlepszej jakości nie możemy zajmować się wszystkimi obszarami medycyny. Świadomie zawężyliśmy pole naszego działania do wybranych grup terapeutycznych. Nie zajmujemy się wytwarzaniem preparatów OTC. Nie zajmujemy się również lekami dla lekarzy POZ. Skupiliśmy się na opracowaniu (lub pozyskaniu z wiodących firm farmaceutycznych) i wytwarzaniu leków ordynowanych przez lekarzy specjalistów. Nasza oferta zaspokaja w całości wymagania lekarza specjalisty. W odniesieniu do konkretnych schorzeń będziemy dysponować pełną gamą leków. Nie rozpraszamy portfela naszych produktów. Będziemy rejestrować leki związane z czterema specjalistycznymi grupami terapeutycznymi. Wybraliśmy odcinki produkcji farmaceutycznej, na którym możemy się zmierzyć i wygrać z konkurentami. Dokładnie przeanalizowaliśmy dane epidemiologiczne i demograficzne. Poznaliśmy trendy

rynku i wiemy gdzie będzie największy wzrost zapotrzebowania na leki. Jednym z obszarów terapeutycznych, na którym koncentrujemy nasze działania jest onkologia.

Jesteśmy przygotowani do zaproponowania lekarzom i farmaceutom pełnego spektrum nowoczesnych leków, które stosuje się w terapii konkretnego schorzenia onkologicznego i których nie powinno zabraknąć w aptece.

Chcemy ukierunkować współpracę z lekarzami i z farmaceutami. Funkcjonują apteki wyspecjalizowane, w których przeważa jeden typ pacjentów. Te apteki oczekują długotrwałej współpracy gwarantującej zaopatrzenie w pełną gamę leków zwalczających dane schorzenie. Przedstawimy ofertę, która zaspokoi oczekiwania aptek.

◆ Jaka jest Państwa strategia marketingowa?

◆ Traktujemy farmaceutów jako ważnego partnera. Naszym celem jest nawiązanie długofalowej współpracy. Zdajemy sobie sprawę, że aptekarze są dla pacjentów nieocenionym źródłem informacji o lekach. Chcemy zainwestować w szkolenia, żeby otoczyć pacjentów opieką farmaceutyczną na najwyższym poziomie. Farmaceuci muszą mieć dostęp do nowości ze świata medycyny.

Rozmawialiśmy, rozmawiamy i będziemy rozmawiać z farmaceutami. Wiemy, że wiele firm nie w pełni rozumie potrzeby farmaceutów, ograniczając kontakt z apteką do relacji ekonomiczno-handlowych. Farmaceuci chcą się rozwijać, chcą wiedzieć, co się zmieniło w terapiach. Nasza oferta dotyczy leków specjalistycznych. Kontakt przedstawiciela naszej firmy z apteką nie będzie polegał na prostym uzgodnieniu planu sprzedaży leków. Nasi przedstawiciele zaoferują znacznie więcej.

◆ Co wyróżnia firmę spośród jej konkurentów?

◆ Dla nas rynek polski jest najważniejszy. Głęboko przeżyliśmy, co i dlaczego chcemy osiągnąć. To wynika z analizy. Wybraliśmy najlepsze produkty. Jest ich kilkadziesiąt. Poświęciliśmy sporo czasu, żeby je zdobyć, opracować. Koncentrujemy się na znajdowaniu tych miejsc, które są niezaspokojone. Przedmiotem naszego zainteresowania są zwłaszcza leki należące do kategorii tzw. produktów trudnych, np. o przedłużonym uwalnianiu, o nietypowej drodze podania. W tych specyfikach zawiera się wartość dodana. Nasze laboratorium badawcze ukierunkowane jest na opracowania związane z syntezą nowoczesnych substancji aktywnych i technologią ich wytwarzania.

◆ Dziękuję za rozmowę.

Zbigniew Solarz

Sławomir W. MIREK ma 39 lat. Doświadczenie w zarządzaniu w przemyśle farmaceutycznym zdobył w trakcie pracy jako dyrektor zarządzający w jednej z wiodących polskich firm farmaceutycznych. Jest inżynierem, absolwentem krakowskiej AGH. Odbił studia magisterskie na Uniwersytecie w Nottingham. Był stypendystą Królewskiego Instytutu Technologicznego w Sztokholmie. Jest żonaty, ma 3 dzieci. Ma rozległe zainteresowania pozazawodowe. Zajmuje się zgłębianiem wiedzy historycznej. Fotografuje. Sposobem na wypoczynek są wycieczki górskie. Uprawia narciarstwo.

W naszym samorządzie

W maju rozpoczęła się kampania wyborcza mająca na celu wyłonienie naszych nowych reprezentantów na zjazdy Okręgowych Izb Aptekarskich i do władz Izby na lata 2008 – 2011. Kampania musi zakończyć się do końca bieżącego roku. W niektórych Okręgowych Izbach Aptekarskich osiągnęła już półmetek.

Niestety nie we wszystkich Izbach frekwencja na spotkaniach wyborczych jest zadawalająca. Dowodzi to, że zainteresowanie ze strony Koleżanek i Kolegów udziałem w pracach w **naszym samorządzie** jest niewielkie. Uważam, że wyrazy „w naszym” zasługują na podkreślenie, bo właśnie tutaj powinny zapadać ustalenia dotyczące zawodu farmaceuty. Niejednokrotnie na spotkaniach słyszy się uwagi, że samorząd nic nie robi dla członków Izby i właściwie, po co do tego samorządu należeć? W tym miejscu należy Koleżankom i Kolegom zwrócić uwagę, że nie uczestnicząc w pracach, nie przychodząc na spotkania, nie wiedząc, jakie postulaty były zgłaszane do władz w celu ich wdrożenia i jak trudno przekonać decydentów o naszej racji w kolejnych zgłaszanych sprawach. Tylko skonsolidowane działania pozwolą na wywalczenie słusznych postulatów lub, chociaż złagodzenie przepisów szkodzących zawodowi farmaceuty.

Niejednokrotnie słyszy się o zakusach zlikwidowania samorządów zawodowych jako tych, które występują w obronie poszczególnych zawodów zaufania publicznego. Jeżeli nie włączymy się czynnie do prac w poszczególnych Izbach lub w Naczelnej Radzie Aptekarskiej w celu przekonania o naszych racjach, podniosą się znowu głosy, że nie jesteśmy zawodem zaufania publicznego, co w konsekwencji spowoduje uchylene ustawy o Izbach Aptekarskich i podporządkowanie aptek wyłącznie pod przepisy o działalności gospodarczej. Ostatnio Naczelna Rada Aptekarska wystąpiła z inicjatywą uchwalenia Ustawy o zawodzie Farmaceuty. W ostatnim biuletynie pisałam, że mamy nadzieję, że tym razem zostanie ona uchwalona (w przeciwieństwie do poprzednich lat, kiedy gotowy projekt został schowany do szuflady po zmianie kadencji Sejmu). Niestety znowu nasze nadzieje mogą spełznąć na niczym, bo projekt nie został zaakceptowany przez Radę Ministrów. Jako całe skonsolidowane środowisko winniśmy tłumaczyć w różnych gremiach o słuszności wprowadzenia takich przepisów. Do tego trzeba włączenia się wszystkich Koleżanek i Kolegów do prac w samorządzie. Spodziewam się, że tegoroczni absolwenci studiów farmaceutycznych i aptekarska młodzież czynnie weźmie udział w działaniach Izby i z entuzjazmem wniesie swoją pracę i zgłosi nowe pomysły dla wzmocnienia prestiżu zawodu farmaceuty.

mgr farm. Maria Głowniak

Receptura na co dzień

Antybiotyki w recepturze

Według FP VI do pierwszej grupy czystości mikrobiologicznej (wymóg bezwzględnej jałowości) należą leki do stosowania pozajelitowego, leki do oczu, leki na rany i oparzenia (1). Postuluje się jednakże, aby wszystkie postaci leku z antybiotykami, również te wykonywane w recepturze, były jałowe.

Według FP VI do pierwszej grupy czystości mikrobiologicznej (wymóg bezwzględnej jałowości) należą leki do stosowania pozajelitowego, leki do oczu, leki na rany i oparzenia (1). Postuluje się jednakże, aby wszystkie postaci leku z antybiotykami, również te wykonywane w recepturze, były jałowe.

Antybiotyki są związkami wrażliwymi na enzymy wytwarzane przez drobnoustroje odporne na dany antybiotyk, na temperaturę, wilgoć, odczyn środowiska, obecność jonów metali, a niektóre z nich na światło. Wprowadzenie do lecznictwa antybiotyków w gotowych opakowaniach fabrycznych nie zmniejsza zakresu czynności recepturowych, gdyż mała trwałość niektórych postaci leków z antybiotykami zmusza do przygotowania tych leków *ex tempore*. Ze względu na termolabilność antybiotyków w preparatyce recepturowej nie stosuje się wyjaławiania termicznego gotowej postaci leku. Wyjaławia się natomiast roztwory pomocnicze i podłoża.

Antybiotyki stosowane są w postaci roztworów, zawiesin, maści, czopków i globulek. Różne mogą być drogi ich podania – do oczu, uszu, nosa, dopochwowo, doodbytniczo, czy na skórę.



GROŻNA WILGOĆ

Wszystkie bezwodne postaci leków z antybiotykami należy chronić przed wilgocią. Obecność wody w preparacie sprzyja hydrolitycznym reakcjom rozkładu. Podłoża maściowe czy czopkowe przeznaczone do sporządzania postaci leku z antybiotykami przed wyjałowieniem powinny zatem być wysuszone. Gotowe preparaty zawierające antybiotyki powinny być wydawane w szczelnych opakowaniach, uniemożliwiających dostęp wilgoci (maści w tubach, czopki w szczelnych foliach, zasyпки w odpowiednich pudełkach).

Recepturowa postać leku z antybiotykiem musi być prawidłowo wykonana i opakowana, tak aby lek był trwały przynajmniej przez 7 dni (przechowywany i używany przez pacjen-



ta przez 7 dni musi zachować około 85% swej początkowej aktywności lub zawartości oznaczonej chemicznie).

Wszystkie postaci leku z antybiotykami powinny być wykonywane w warunkach aseptycznych – w boksach lub łóżkach aseptycznych. Jest to konieczne z powodu możliwości inaktywacji antybiotyku przez enzymy bakteryjne niewrażliwe na dany antybiotyk oraz ryzyka dodatkowego zakażenia pacjenta.

W przypadku maści i czopków można wykorzystać „robot recepturowy” – *unguator*. Stosowane formy do czopków stanowią bezpośrednie opakowanie chroniące przed wtórnym zakażeniem mikrobiologicznym. Konstrukcja aparatu umożliwia przygotowanie go do wykonywania preparatów jałowych (2). W łożu z nawiewem jałowego powietrza należy odważyć składniki preparatu, ewentualnie dodatkowo je rozdrobnić i przenieść do wyjałowionego pojemnika będącego opakowaniem. W przypadku maści, jeżeli zostanie użyte mieszadło jednorazowe, to opakowanie nie jest otwierane aż do zakończenia procesu homogenizacji. Po odłączeniu opakowanie należy zamknąć jałową zatyczką w warunkach aseptycznych.

Podczas wykonywania leków recepturowych z antybiotykami na skórę nieuszkodzoną może być zastosowana procedura postępowania opracowana w Katedrze i Zakładzie Farmacji Stosowanej Akademii Medycznej w Gdańsku: „**ZASADY NIEASEPTYCZNEGO POSTĘPOWANIA W PRZYGOTOWANIU LEKÓW DO UŻYTKU ZEWNĘTRZNEGO ZAWIERAJĄCYCH ANTYBIOTYKI** (3)¹⁷”

1. Przygotowanie stanowiska pracy

Błat stołu recepturowego powinien być umyty roztworem detergentu i odkażony środkiem dezynfekującym (np. etanolem 70^o, 0,5% roztworem glukonianu chlorheksydyny).

2. Surowce farmaceutyczne, rozpuszczalniki

Należy użyć wody jałowej.

Oleje i bezwodne podłoża maściowe wyjałowić w sterylizatorze powietrznym (170^o 1h).

3. Przygotowanie naczyń recepturowych i opakowań

Naczynia szklane lub porcelanowe należy dokładnie umyć roztworem detergentu, spłukać bieżącą wodą do całkowitego usunięcia detergentu, następnie przepłukać wodą oczyszczoną. Odpowiednio zapakowane naczynia wyjałowić:

– naczynia szklane, porcelanowe, tuby aluminiowe bez elementów plastikowych wyjałowić termicznie w sterylizatorze powietrznym (170^o 1h)

– nakrętki, aplikatory ogrzać w roztworze środka przeciwbakteryjnego w temperaturze 90^o przez 30 minut (przed użyciem przepłukać dokładnie wodą oczyszczoną)

– pojemniki do „roboty recepturowego” przetrzeć 70^o etanolem

4. Przygotowanie osoby wykonującej preparat

Przed przystąpieniem do pracy dokładnie umyć ręce mydłem, spłukać bieżącą ciepłą wodą, osuszyć i zdezynfekować (70^o etanolem, kremem do rąk z chlorheksydyną). Zasadne jest także założenie jałowych rękawic.

RECEPTURA WYBRANYCH ANTYBIOTYKÓW

Receptura chloramfenikolu (detreomycyny)

Chloramfenikol trudno rozpuszcza się w wodzie (1:400), łatwo w etanolu (1:2,5) i glikolu propylenowym (1:7). W celu zwiększenia rozpuszczalności w wodzie stosuje się bufor boranowe (można je ogrzewać do temperatury ok. 60^oC). Chloramfenikol jest wrażliwy na światło, roztwory wodne ulegając rozkładowi brunatnieją.

Receptura nystatyny

Nystatyna jest wrażliwa na światło, wilgoć i temperaturę. Nie rozpuszcza się w wodzie. W postaci zawiesiny jest trwała 7 dni. Do receptury wykorzystuje się rozcierkę siarczanu nystatyny z laktozą.

Lek nie wchłania się do płynów ustrojowych i działa wyłącznie w miejscu podania. Nystatyna jest praktycznie nietoksyczna dla organizmu człowieka i nie ma właściwości alergizujących.

Receptura gentamycyny

Siarczan gentamycyny rozpuszcza się w wodzie i w alkoholu. Bufor fosforanowy (G) zalecany przez FPV do sporządzania kropli do oczu z gentamycyną zwiększa dostępność biologiczną leku (4). Siarczan gentamycyny stosowany jest miejscowo w okulistyce w postaci kropli lub maści do oczu.

Receptura neomycyny

Neomycyna jest wrażliwa na światło, wilgoć i temperaturę. Siarczan neomycyny rozpuszcza się dobrze w wodzie (1:3) i glikolu propylenowym, słabo w etanolu 95^o. Roztwory wodne są dość trwałe (optymalne pH ok. 6). Wodne roztwory siarczanu neomycyny można wyjaławiać termicznie (30 min. w temp. 100^oC). W maściach

wykonanych na bezwodnych podłożach jest trwała przez ok. 2 lata (chroniona od światła i przechowywana w chłodnym miejscu).

Z uwagi na znaczną nefro- i ototoksyczność, neomycyna jest stosowana wyłącznie miejscowo, zwłaszcza w powierzchniowych zakażeniach wrażliwymi bakteriami. Bardzo słabe wchłanianie (ok. 1%) umożliwia stosowanie leku w celu wyjałowienia przewodu pokarmowego.

Receptura streptomycyny

Streptomycyna w postaci wolnej zasady jest nierozpuszczalna w rozpuszczalnikach organicznych. Używany w lecznictwie siarczan streptomycyny bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie (1:0,75), jest praktycznie nierozpuszczalny w chloroformie, eterze i absolutnym etanolu. Jest wrażliwy na temperaturę i światło (pod wpływem światła roztwory wodne ciemnieją, dlatego powinny być przechowywane w ciemności).

Wodne roztwory siarczanu streptomycyny przechowywane w chłodnym miejscu (w temperaturze 4^oC) są trwałe (przy pH 3–7) – przez ok. 3 miesiące, natomiast w temperaturze pokojowej – kilka tygodni. W podwyższonej temperaturze utrata aktywności zachodzi znacznie szybciej (roztwór ogrzany przez 20 min. w temp. 120^oC traci 60% aktywności). Roztwory soli

streptomycyny powinny być przechowywane w temperaturze poniżej 15^oC. Rozkład streptomycyny bardzo szybko zachodzi w silnie kwaśnych i silnie zasadowych roztworach. Ze względu na częste objawy alergii streptomycyna nie powinna być stosowana zewnętrznie.

Receptura tetracyklin

Tetracykliny są to związki o budowie amfoterycznej, tworzące sole zarówno z kwasami, jak i ▶



► zasadami. Są wrażliwe na światło, odczyn i temperaturę. W wolnej postaci są praktycznie nierozpuszczalne w wodzie. Najczęściej stosowane są trzy chlorowodorki (chlorowoderek oksytetracykliny, chlorowoderek chlorotetracykliny, chlorowoderek tetracykliny), tworzące w wodzie roztwory o silnie kwaśnym pH (pH 1,0–3,3). Roztwory te nie są trwałe, szybko mętnieją. Roztwory chlorowodorów tetracyklin przeznaczonych do oczu wykazują zbyt niskie pH i muszą być buforowane boranem sodu do pH 7–8. Trwałość kropli do oczu z tetracyklinami przechowywanymi w temp. 5°C waha się od 2 do 6 dni. Przez ok. 9 tygodni trwałe są roztwory oksytetracykliny w glikolu propylenowym, stosowane jako 0,5–5% krople do uszu. Maści wykonane w warunkach aseptycznych na podłożach bezwodnych i odpowiednio przechowywane są trwałe nawet do 3 lat.

Receptura erytromycyny

W stanie suchym erytromycyna jest trwała 2–3 lata, jeśli chroni się ją przed dostępem powietrza, światła i wilgoci. Trwałość w roztworach zależy od odczynu i temperatury. Optymalne dla trwałości pH to 6–8. W temperaturze 4°C jałowy roztwór można przechowywać przez 8 tygodni, lecz w temperaturze pokojowej – tylko 7 dni. Ogrzanie 30 minut w temperaturze 120°C roztworu erytromycyny powoduje całkowitą jej inaktywację. Erytromycyna zasada bardzo trudno rozpuszcza się w wodzie (1:1000), łatwo w spirytusie (1:5).

Erytromycyna (zasada) ulega unieczynnieniu w żołądku i musi być stosowana w postaci tabletek dojelitowych. W postaci zawiesiny stosuje się bardziej odporne na działanie kwasu solnego i łatwiej wchłaniane laurylosiarczan propionyle erytromycyny (estolan), który hydrolizuje po wchłonięciu uwalniając wolny antybiotyk.

Laktobionian erytromycyny łatwo rozpuszcza się w wodzie i etano-

lu. Sól ta stosowana jest do wstrzyknięć dożylnych i domięśniowych (roztwory przygotowywane są *ex tempore*). Roztwory bardziej stężone niż 2% nie mogą być sporządzane przy użyciu soli fizjologicznej lub innych nieorganicznych soli, gdyż może dojść do wytrącenia erytromycyny (wysolenia). Roztwory takie wykonuje się za pomocą wody do iniekcji lub 5% roztworu glukozy. Roztwory laktobionianu erytromycyny przechowywane w chłodnym miejscu (5°C) są trwałe przez 2 tygodnie.

ANTYBIOTYKI O DZIAŁANIU OGÓLNYM STOSOWANE MIEJSCOWO

W aptekach dość często wykonywane są postaci leków o działaniu miejscowym, w których składzie występują antybiotyki o działaniu ogólnym. *Miejscowo powinny być stosowane tylko te antybiotyki, które nie wchłaniają się do krwiobiegu, a tym samym osiągają miejscowe stężenie terapeutyczne (5)*. Jeżeli antybiotyk zastosowany miejscowo wchłania się do krwiobiegu, to pomimo, że miejscowe stężenie może być nawet bakteriobójcze, w całym organizmie jego stężenie jest znacznie poniżej bakteriobójczego, co sprzyja poja-

wianiu się szczepów opornych. Skuteczność działania leku przeciwbakteryjnego jest bowiem wypadkową



aktywności wobec drobnoustroju, penetracji do ogniska zakażenia i zastosowanej dawki. Specyficznym dla

wszystkich leków z grupy chemioterapeutyków problemem, który powinien być uwzględniany przy wyborze leku, jest narastanie oporności drobnoustrojów. **Dlatego też powinno się unikać miejscowego stosowania leków o działaniu ogólnym.** Zasada ta jest jednak bardzo często naruszana przez stosowanie maści lub innych preparatów działających miejscowo, jak np. globulek czy stylletek zawierających erytromycynę, a nawet pochodne penicyliny.

Poniżej przedstawione składy recept są przykładami często pojawiających się nieprawidłowości w recepturze globulek czy przecików. (receptury na graficznej recepcie)

Rp.
Ampicillini/ Amoxicillini /
Augmentini/ Erythromycini
Cacao ol. q.s.
M. f. glob. vag.

Rp.
Ampicillini/ Amoxicillini /
Augmentini/ Erythromycini
Cacao ol. q.s.
M. f. stilli vag.

Amoksycylina i ampicylina należą do półsyntetycznych penicylin o szerokim spektrum działania stosowanych doustnie, domięśniowo i dożylnie. Antybiotyki te dobrze penetrują do moczu, żółci, płynu stawowego, płynu opłucnowego, osierdziowego, otrzewnowego i wód płodowych (6,7,8). Dlatego też stosowane są w leczeniu zapalenia oskrzeli, zapalenia płuc, zakażeniach ucha środkowego i dróg moczowych, rzeżączce, zapaleniu wsierdza.

Erytromycyna natomiast jest przedstawicielem makrolidów. Najczęściej stosuje się ją w postaci soli i estrów, które uwalniają do krwi wolną erytromycynę doskonale penetrującą

do wszystkich tkanek i narządów, z wyjątkiem płynu mózgowo-rdzeniowego i stawowego. Preparaty erytromycyny stosuje się doustnie lub dożylnie w infekcjach górnych dróg oddechowych, skóry i tkanek miękkich wywołanych przez bakterie wrażliwe. Jedynie cykliczny węglan erytromycyny (preparat Davercin) znalazł zastosowanie w preparatach o działaniu miejscowym (1% krem i 2,5% roztwór do stosowania zewnętrznego) (7,8,9).

Recepty zawierające w swoim składzie w/w antybiotyki stanowią przykład niezgodności, a ich poprawa polega na powiadomieniu o tym lekarza i zaproponowaniu zamiany antybiotyku działającego ogólnie na inny, wykazujący działanie miejscowe (np. nystatyna, neomycyna). Mogą jednak zaistnieć sytuacje, gdy wybór danego antybiotyku jest świadomą decyzją lekarza (lub prowadzone jest leczenie skojarzone – np. ampicylina ordynowana jest zarówno miejscowo – w globulkach, jak i ogólnie – w kapsułkach czy tabletkach per os).

PODSUMOWANIE

1. Recepturowe postaci leku zawierające w swoim składzie antybiotyki powinny być sporządzane w warunkach aseptycznych (lub przynajmniej w warunkach zapewniających ograniczenie ilości drobnoustrojów w wykonywanym preparacie).
2. Większość antybiotyków to substancje lecznicze wrażliwe na podwyższoną temperaturę, na wilgoć, światło i odczyn.
3. Antybiotyki o działaniu ogólnym nie powinny być stosowane miejscowo. ■

Piśmiennictwo:

1. *Farmakopea Polska VI, Wyd PTFarm., Warszawa, 2002*
2. *Jachowicz R.: Receptura apteczna, PZWL, Warszawa, 2004*
3. *Sznitowska M.: Zasady nieaseptycznego postępowania w przygotowaniu leków do użytku zewnętrznego zawierających antybiotyki, procedura opracowana w Katedrze*

- i Zakładzie Farmacji Stosowanej Akademii Medycznej w Gdańsku*
4. *Farmakopea Polska V, Wyd. PTFarm., Warszawa, 1993*
 5. *Przewodnik Farmakoterapii 1995, Numer 1, Warszawa, 1995*
 6. *Kostowski W.: Farmakologia. Podstawy farmakoterapii, PZWL, Warszawa, 1998*
 7. *Krówczyński L.: Ćwiczenia z receptury, Wyd. UJ, Kraków, 1998*
 8. *Kędzia W.: Antybiotyki w praktyce lekarskiej, Medix Plus, Poznań, 1995*
 9. *Dzierżanowska D.: Kompendium antybiotyków 1996, a-medica press, Bielsko-Biala, 1996*

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

fot. archiwum redakcji

¹ za zgodą p. prof. dr hab. n. farm. Małgorzaty Sznitowskiej – kierownika Katedry i Zakładu Farmacji Stosowanej AMG

OKULARY DO CZYTANIA

www.SUNOPTIC.com

Toscana Trading Sp. z o.o.

Okulary do czytania 102M - 4,72 zł

Zestaw czyszczący płyn-miękcień - 3,97 zł

Okulary do czytania 100 - 4,67 zł

OK 9028 - 1,02 zł

Okulary do czytania 97 - 3,78 zł

Black Park 9900 - 11,72 zł

Okulary do czytania 1400 010 - 8,68 zł

Okulary do czytania z pomogą kształt 1056 - 11,72 zł

Włosek czyszczy

Stos na okulary 8715 - 19,92 zł

Firma www.SUNOPTIC.com Toscana Trading Sp. z o.o. jest producentem i dystrybutorem opraw okularowych, okularów do czytania, okularów przeciwsłonecznych, okularów do czytania, etui oraz innych akcesoriów optycznych.

Jako wiodący przedstawiciel na Rynku Europejskim specjalizujemy się w dostawach stylowych, wysokiej jakości oprawek optycznych, okularów do czytania, okularów przeciwsłonecznych oraz akcesoriów w bardzo konkurencyjnych cenach.

Nowa kolekcja 2007 odpowiada normom CE-ENV 14027 oraz ISO 12870.

www.Sunoptic.com * London * Paris * Milan * Warszawa * Marbella * Dusseldorf

Toscana Trading Sp. z o.o.
 Al. Krakowska 38
 05-090 Janki
 POLSKA

Dane kontaktowe:
 tel. (22) 33 11 385
 fax. (22) 33 11 504
 e-mail: toscana trading@toscanatrading.pl
 * ZAMÓW BEZPŁATNY KATALOG



O zagrożeniach chorobami infekcyjnymi

Rozmowa z prof. MACIEJEM PAWŁOWSKIM, Przewodniczącym Komitetu Naukowego Trzeciej Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów.

◆ **Proszę powiedzieć, dlaczego na główny temat konferencji wybraliście Państwo problem chorób infekcyjnych?**

◆ Uznaliśmy, że to niezwykle ważny temat, którego nie sposób pominąć. Jest on nierozzerwalnie związany z tym co się w ostatnich latach wydarzyło. Musimy spojrzeć na to co my, a mam tu na myśli generalnie całe społeczeństwo, „narobiliśmy” z powodu częstego stosowania leków podczas infekcji. Wystarczy przytoczyć przykład tak często ostatnio atakującej człowieka i niebezpiecznej SEPSY, która działa z taką siłą. Nie, można powiedzieć, że pojawiła się ona przypadkowo. Wszyscy wiemy, że jest ona, m.in. efektem nieracjonalnego stosowania antybiotyków, mutowania bakterii i narastającej ich oporności na stosowane leki. Jeszcze kilka lat temu nie pojawiały się takie poważne infekcje i jakoś sobie z nimi radziliśmy. Powstrzymanie tych występujących obecnie, powodowanych przez zmutowane, atakujące człowieka bakterie, jest wyzwaniem na miarę XXI wieku.

Właśnie na tej konferencji farmaceutyci dowiedzą się, jakie konsekwencje powoduje nieracjonalne stosowanie antybiotyków. Pokażemy aktualny stan –konsekwencje tego, co się wydarzyło w ostatnich latach, ale bez wskazania winowajcy. Choć nie ukrywamy, najwięcej w tym winy – stosującego antybiotyki. O tym wszystkim będą mówić specjaliści z Polski. Jednocześnie, współorganizatorzy tej konferencji, goście z Niemiec, poruszą problem czy możliwe są jeszcze milowe kroki

w rozwoju antybiotyków, które mogłyby w leczeniu być w pełni skuteczne.

◆ **Właśnie, dużą rolę w tej konferencji będą odgrywać goście z Niemiec**

◆ Rzeczywiście. Prowadzącymi wykłady obok Polaków, będą Niemcy. Konferencja podzielona będzie na dzień polski i niemiecki. 18 października wykłady na określone tematy będą prowadzić Polacy. Następnego dnia, niejako analogicznie o tych samych problemach, w kontekście ich przyszłości i poszukiwania rozwiązań będzie wypowiadać się strona niemiecka. Wspólnie powiemy jakie zagrożenia, ale jednocześnie jakie możliwości daje farmakoterapia, oraz czy istnieje szansa na skuteczne wprowadzenie do leczenia nowych antybiotyków i innych leków przeciwinfekcyjnych. Warto tu wspomnieć, że wiceprzewodniczącym Komitetu Naukowego Konferencji jest profesor chemii farmaceutycznej w Wolnym Uniwersytecie w Berlinie pan Walter Schunack. On będzie sprawował razem ze mną pieczę nad przebiegiem konferencji, ale obok niego po stronie niemieckiej w konferencji weźmie udział prof. Ulrike Holzgrabe, kierownik Katedry Chemii Farmaceutycznej Uniwersytetu w Würzburgu, a jednocześnie Prezes Niemieckiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Od niej dowiemy się jak wygląda obecnie rozwój badań nad antybiotykami i czy istnieje jeszcze szansa, by powstawały



Profesor Maciej Pawłowski jest Pełnomocnikiem Rektora Uniwersytetu Jagiellońskiego ds. Ogólnych w Collegium Medicum i kierownikiem Katedry Chemii Farmaceutycznej Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.

nowe o skuteczniejszym działaniu. Z kolei profesor Theodor Dingermann, dyrektor Instytutu Biologii Farmaceutycznej, Biocentrum Uniwersytetu J.W. Goethe we Frankfurcie powie nam jak jeszcze kilkanaście lat temu HIV uznawany za zagrażającą życiu chorobę śmiertelną, dzięki postępującym badaniom, jest już infekcją wirusową możliwą do leczenia farmakologicznego. O strategiach terapeutycznych w leczeniu gruźlicy, która jest coraz częściej powracającą infekcją, opowie nam profesor Armin Buschauer, Kierownik Katedry Chemii II Farmaceutycznej i Medycznej Uniwersytetu w Regensburgu.

◆ **To wszystko czeka nas na wykładach drugiego dnia Konferencji. Wróćmy jednak jeszcze na chwilę do głównego wątku, o którym Pan wspomniał. Myślę o głównym problemie, który będzie poruszany na konferencji, czyli skutkach nieracjonalnego stosowania antybiotyków. Wszyscy wiemy, że to nie farmaceuta ma wpływ na leczenie pacjenta. Przecież to lekarz zapisuje choremu leki...**

◆ **Owszem, ale to farmaceuta wydaje choremu lek! To on zwraca uwagę pacjenta na prawidłowe stosowanie, czas podawania i przechowywanie antybiotyków. Mówi o interakcjach z innymi lekami i z pożywieniem. Właśnie, kursy w których farmaceuci będą mogli uczestniczyć podczas trwania konferencji, będą prowadzone pod kątem teoretycznego doskonalenia w tym zakresie. Wiele będzie można także dowiedzieć się o szeroko rozumianej opiece farmaceutycznej. Farmaceuta zawsze może wspomóc wybór leku w aptece. Będziemy zwracać uwagę farmaceutów na to jak istotna w kontaktach z pacjentem w aptece jest wiarygodna rekomendacja leków. To farmaceuta ma zwrócić uwagę pacjenta na wszystkie ważne elementy, które przyczyniają się do racjonalnej, skutecznej i bardziej bezpiecznej farmakoterapii.**

◆ **Czego jeszcze mogą nauczyć się uczestnicy konferencji?**

◆ **Co ważne, wiele tematów o których będzie mowa, jest farmaceutom doskonale znanych. Ale informacje o nich będą tylko krótką powtórką z posiadanej wiedzy. Nowy aspekt to spojrzenie na farmakoterapię przeciwniektynną z punktu widzenia klinicysty. Czyli również szerszego spojrzenia na skutki stosowania, m.in. antybiotyków. Oprócz tego będziemy także uaktualniać wiedzę uczestników o to co dzieje się na bieżąco w chemioterapii przeciwniektynnej, w różnych jej działach. Zwrócimy także uwagę na to co dokonało się w ostatnich latach i jakie są perspektywy, ale i niebezpieczeństwa**

w antybiotykoterapii. Konferencja przyczyni się do pogłębienia wiedzy na temat wielu problemów związanych z chorobami infekcyjnymi, których znajomość może się jednak okazać bardzo przydatna w codziennej pracy farmaceuty.

◆ **Uczestnicy konferencji będą mogli uzyskać dodatkowe punkty wymagane w ramach kształcenia ustawicznego.**

◆ **To prawda, konferencja została również skonstruowana w taki sposób by tematami wpisać się w ramowy program kształcenia ustawicznego. Jej uczestnicy mogą zdobyć od 14 do 26 punktów. Myślę tu oczywiście o punktowanych kursach szkoleniowych, które będą prowadzone obok wykładów. Podczas kursów szkoleniowych będą poruszane m.in. problemy postępowania w leczeniu chorób infekcyjnych skóry, infekcyjnych chorób przewodu pokarmowego, antybiotykoterapii i chemioterapii wybranych chorób infekcyjnych oraz doradztwo w ramach samoleczenia. przeziębień. Warto też na koniec powiedzieć, że w czasie trwania konferencji odbędzie się także międzynarodowy panel dyskusyjny, który ze strony niemieckiej poprowadzi Magdalene Linz, Prezes Związku Niemieckich Izb Aptekarskich, Prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej Dolnej Saksonii. Prowadzącym panel od strony polskiej będzie zaś Andrzej Wróbel, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej. Temat, którym będą chcieli zainteresować uczestników – model apteki przyszłości.**

◆ **Dziękuję za rozmowę.**

Joanna Korn

fol. autorki

**APTEKARZ
POLSKI**
w każdej aptece



KOMORY LAMINARNE

Nowoczesne i niezawodne litiskie komory (loże) laminarne przeznaczone do przygotowania leków jałowych w aptekach.

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

NAJWYŻSZA JAKOŚĆ
ATRAKCYJNA CENA



Produkowane w kilku wersjach rozmiarowych:

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

Polecany 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 METALLOY to:

- solidność profesjonalnego producenta – ISO 9001, CC
- 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 miesięczna gwarancja

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

FORMULARZ ZGŁOSZENIOWY



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

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

Najwygodniejsze jest wypełnienie elektronicznej wersji formularza na stronie:
www.salusint.com.pl

Proszę o przesłanie karty uczestnictwa:

Wstaw x w wybranym polu	Uczestnik	Koszt uczestnictwa
	Aptekarz	400,00 zł
	Student	200,00 zł
	Osoba towarzysząca	200,00 zł

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

KURSY SZKOLENIOWE

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

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

FAKULTATYWNE

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

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

DANE PODSTAWOWE UCZESTNIKA:

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

CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ:

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

Nazwa i adres apteki

Imię i nazwisko

Data i miejsce urodzenia

Adres zamieszkania: ulica, numer

Kod Miasto

Telefon służbowy, faks, telefon komórkowy

Adres e-mail

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

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

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

Proszę o wystawienie faktury VAT

Pełna nazwa firmy

Siedziba (kod i miasto)

Ulica, numer

NIP

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

czytelny podpis

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



**12th CONGRESS OF THE EUROPEAN ASSOCIATION
OF HOSPITAL PHARMACISTS
(12 Kongres Europejskiego Stowarzyszenia
Farmaceutów Szpitalnych)
21-23 marca 2007, Bordeaux, Francja**

W tegorocznym 12-tym Kongresie Europejskiego Stowarzyszenia Farmaceutów Szpitalnych uczestniczyło ponad 2000 farmaceutów z 37 krajów z Europy, Azji, Ameryki. Polskę – jeden z 26 krajów członkowskich EAHP, reprezentowała grupa ponad 20 osób.

Spotkanie odbywało się w formie wykładów plenarnych, seminariów tematycznych oraz prezentacji plakatów.

W trakcie spotkania poruszano wiele ważnych aspektów farmacji szpitalnej. Omawiano tematy związane z uzyskaniem akredytacji przez aptekę szpitalną i zapewnieniem systemu jakości, utrudnioną dostępnością niektórych leków na rynku europejskim, stosowaniem w praktyce szpitalnej leków nie posiadających rejestracji w danym kraju (import docelowy, leki „specjalne” wykonywane w aptece), wykonywaniem leków w aptece zgodnie z zasadami GMP, przedstawiano także coraz szerzej rozwijającą się grupę biofarmaceutyków i leków biopodobnych (leków odtworzonych pochodzenia biologicznego), znaczenie informacji genetycznej dla leczenia szpitalnego oraz nowe metody kontrolowanego uwalniania leków cytostatycznych z mikrosfer stosowanych w embolizacji naczyń krwionośnych (Drug Eluting Beads).

Szczególnie ważnym tematem wskazującym jednocześnie na kierunek rozwoju europejskiej farmacji szpitalnej jest bezpieczeństwo pacjenta, gdzie farmaceuta odgrywa istotną rolę w zapobieganiu odwracalnym błędom medycznym: od zlecenia lekarskiego, poprzez przygotowanie leku przez farmaceutę i jego dystrybucję, po podanie leku przez pielęgniarkę. Omawiano także niezgodności farmaceutyczne (leki dożylne). Wyraźnie podkreślano znaczenie pisemnych procedur postępowania oraz systemów informatycznych umożliwiających sprawne dokumentowanie każdego z etapów na szlaku diagnoza – zlecenie lekarskie – wykonanie / wydanie leku z apteki – podanie leku pacjentowi oraz kontrolę poszczególnych etapów. Niezwykle ważne jest raportowanie błędów, aby można było zminimalizować ryzyko ich powtórzenia w przyszłości.

Wyraznym trendem dla usprawnienia pracy w szpitalu oraz zapewnienia systemu jakości jest wdrażanie rozwiązań automatycznych (różnego typu systemy komputerowe) – zarządzane komputerowo urządzenia np. do pakowania i dystrybucji leków (unit – dose, szafy oddziałowe), sporządzania leków parenteralnych (mieszanin żywieniowych, leków cytotoksycznych i innych leków iniekcyjnych metodą grawimetryczną lub automatycznie).

Ponadto prezentowano wyniki ankiety wśród krajów członkowskich EAHP (EAHP 2005 Survey) dotyczącej codziennej praktyki farmaceutów szpitalnych (m.in. systemy dystrybucji leków, przygotowanie leków w aptece, stosowania nowych technologii, farmacji klinicznej, sposobów służących optymalizacji farmakoterapii pod względem bezpieczeństwa i kosztów).

Podczas konferencji tradycyjnie odbyło się zebranie zespołu redakcyjnego (Editorial Board Meeting) czasopism wydawanych przez EAHP: European Journal of Hospital Pharmacy – Practice (EJHP - Practice) i European Journal of Hospital Pharmacy – Science (EJHP - Science), w którym wzięliśmy udział jako osoby reprezentujące Polskę. W trakcie zebrania omawiano zadania związane z publikowaniem wymienionych czasopism (dwumiesięczniki) oraz aspekt organizacyjny i zaangażowanie poszczególnych krajów w ukazujące się publikacje. Podkreślano znaczenie aktywnego udziału osób udzielających informacji na dany temat i przedstawiających sytuację w danym kraju. Członkowie proszeni są również o składanie propozycji dotyczących np. odpowiedniego specjalisty, który w sposób profesjonalny może przedstawić dany temat naukowy, przekazywanie informacji na temat zmian, problemów farmacji szpitalnej danego kraju, doniesień ze spotkań krajowych.

Podsumowując należy podkreślić szczególną wagę tego spotkania w aspekcie organizacji pracy w szpitalu, roli farmaceuty szpitalnego oraz rozwiązań zwiększających jakość świadczonych usług, co przekłada się na jakość leczenia oraz bezpieczeństwo pacjenta. Spotkanie to pozwoliło także spojrzeć na polską farmację szpitalną z europejskiej perspektywy, dając świadomość osiągniętych już celów oraz potrzeb dalszych zmian.

Możliwości poznawcze związane z uczestnictwem w zjeździe europejskich farmaceutów szpitalnych są na tyle szerokie, że pierwsze dla nas takie spotkanie powoduje, że z niecierpliwością czeka się na kolejne.

mgr farm. Janina Pawłowska

mgr farm. Anna Błasiak

**STANOWISKO PREZYDIUM
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ**

z dnia 12 czerwca 2007 r.

w sprawie uprawnień do bezpłatnych leków, przysługujących inwalidom wojennym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłym inwalidach wojennych uprawnionych do renty rodzinnej, a także osobom represjonowanym.

Przepis art. 46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, określa szczególne uprawnienie określonej grupy świadczeniobiorców do bezpłatnego zaopatrzenia w leki. Stanowi on, że inwalidom wojennym, ich małżonkom pozostającym na ich wyłącznym utrzymaniu oraz wdowom i wdowcom po poległych żołnierzach i zmarłym inwalidach wojennych uprawnionym do renty rodzinnej, a także osobom represjonowanym, przysługuje bezpłatne zaopatrzenie w leki spełniające łącznie następujące warunki:

- 1) oznaczone symbolem Rp w decyzji dopuszczającej do obrotu;
- 2) wpisane do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Realizując konstytucyjny nakaz ustawodawca określił zakres świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących wymienianej grupie świadczeniobiorców.

Podstawową zasadę dotyczącą wpisywania produktów leczniczych, w tym leków do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, statuuje art. 28 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne, zgodnie z którym każdy lek dopuszczony do obrotu podlega wpisowi do Rejestru. Reguła ta dotyczy m. in. produktów leczniczych, które uzyskały pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez Ministra Zdrowia (art. 3 ust. 1 i 3) oraz produktów leczniczych, które uzyskały pozwolenie wydane przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską (art. 3 ust. 2).

Zgodnie ze stanowiskiem Rządowego Centrum Legislacji - przepis art. 28 ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne, odwołując się do produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu nie różnicuje ich pod względem podstawy prawnej tego dopuszczenia.

W związku z powyższym Narodowy Fundusz Zdrowia w dniu 6 stycznia 2007r. stwierdził i ogłosił, że *produkty lecznicze dopuszczone do obrotu na podstawie art. 3 ustawy Prawo farmaceutyczne, spełniają przesłanki określone w art. 46 ust. 1 pkt 2 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i mogą być wydawane bezpłatnie inwalidom wojennym*.

Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej podkreśla, że prezentowany obecnie pogląd NFZ odpowiada wcześniejszym, wielokrotnie wyrażanym stanowiskom samorządu aptekarskiego w tej sprawie.

Prezydium NRA wskazuje, że przywołany przepis art. 46 ust. 1 ww. ustawy obowiązuje w niezmiennym brzmieniu od dnia 1 października 2004 r., co oznacza, że ceny wszystkich leków posiadających pozwolenie wydane przez Radę Unii Europejskiej lub Komisję Europejską, a nie wpisanych do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, wydanych bezpłatnie świadczeniobiorcom wymienionym w tym przepisie podlegały i podlegają refundacji.

Ograniczenie inwalidów wojennych i pozostałych osób wymienionych w art. 46 ww. ustawy w dostępie do bezpłatnych leków wynikało nie z obowiązujących przepisów prawa, ale z nieprawidłowych interpretacji Narodowego Funduszu Zdrowia.

Zaistniała sytuacja prowadzi do jednego podstawowego wniosku, że o zakresie świadczeń opieki zdrowotnej przysługujących obywatelom RP, wbrew nakazowi zawartemu w Konstytucji RP, decydują organy administracji publicznej a nie ustawy.

Samorząd aptekarski stoi na stanowisku, że aptekarzom, którzy - przed opublikowaniem przez NFZ właściwej interpretacji art. 46 ust. 1 ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - wydali leki bezpłatnie Narodowy Fundusz Zdrowia nie może odmówić refundacji.

Sekretarz NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI

Prezes NRA
mgr farm. Andrzej WRÓBEL

STANOWISKO NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ w sprawie potwierdzania punktów edukacyjnych podjęte na posiedzeniu w dniu 27 czerwca 2007r.

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2003r. Nr 9, poz. 108 z późn. zm.) Naczelna Rada Aptekarska podejmuje następujące stanowisko:

1. Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 22 marca 2007r. zmieniającym rozporządzenie w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych (Dz. U. Nr 59, poz. 403), które weszło w życie z dniem 20 kwietnia br., został zmieniony § 3 dotychczasowego rozporządzenia i w ust. 1 dodano trzy formy, za które przysługują odpowiednie punkty edukacyjne:

- sprawowanie opieki nad studentem odbywającym sześciomiesięczną praktykę (staż) w aptece (1 – 18 pkt);
- pełnienie funkcji kierownika specjalizacji (5 – 15 pkt.);
- sprawowanie opieki nad osobami odbywającymi obowiązkowe przeszkolenie uzupełniające lub obowiązkowe praktyki wakacyjne w trakcie studiów (1 – 6 pkt).

Ani rozporządzenie zmieniane (z dnia 25 czerwca 2003r.), ani też rozporządzenie zmieniające – nie zawierają przepisów przejściowych. W tej sytuacji, wobec nie zakończonego jeszcze pierwszego okresu edukacyjnego (2004 – 2008), NRA uważa, iż brak przeciwskażeń, aby okręgowe rady aptekarskie potwierdziły uzyskanie przez farmaceutów punktów edukacyjnych za wymienione w § 3 ust. 1 pkt 9 – 11 formy, które zostały zrealizowane w bieżącym okresie edukacyjnym przed 20 kwietnia br.

2. Potwierdzanie uzyskania przez farmaceutę właściwej liczby punktów dokonywane jest przez okręgową radę aptekarską w karcie ciągłego szkolenia na podstawie zapisów certyfikatu wydanego przez organizatora szkolenia (§ 6 pkt 10a rozporządzenia), a stosowna informacja o dopełnieniu obowiązku ciągłego szkolenia jest umieszczana w rejestrze farmaceutów.

3. Należy z zadowoleniem odnotować poszerzenie ramowego programu ciągłych szkoleń o zasady udzielania pierwszej pomocy (§ 2 ust. 1 pkt 6) oraz o opiekę farmaceutyczną, którą zdefiniowano, „jako udział farmaceuty w zapewnieniu prawidłowego przebiegu farmakoterapii zmierzającej do wyleczenia, wyeliminowania lub złagodzenia objawów choroby, wstrzymania lub opóźnienia procesu patologicznego lub zapobieżenia chorobie” (§ 2 ust. 1 pkt 1). Jest to pierwsza normatywna definicja opieki farmaceutycznej, znakomicie zwiększającej kompetencje farmaceuty. Należy sobie życzyć, aby przepisem ustawy została wprowadzona, jako ważki składnik wykonywania zawodu farmaceuty.

Sekretarz NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI

Prezes NRA
mgr farm. Andrzej WRÓBEL

Wersja z dnia 31.05.2007r.

Lp. k.	Nazwa	statutowe		działalności gospodarczej		Lp. k.	Nazwa	statutowe		działalności gospodarczej	
		plan	kwota	plan	kwota			plan	kwota	plan	kwota
701	Dotacje celowe					401	Zadania realizowane w ramach...	100 000,00	0	0	0
702	Dotacja na...	1 000 000,00				402	Wydatki bieżące	700 000,00	400 000,00		
703	Dotacja na...	70 000,00				403	Wydatki inwestycyjne	30 000,00	2 000,00		
704	Inne przychody z działalności statutowej	10 000,00				404	Wydatki na...	100 000,00	100 000,00		
705	Inne przychody z działalności gospodarczej	50 000,00				405	Wydatki na...	100 000,00	100 000,00		
Razem		1 830 000,00				Razem		1 830 000,00	600 000,00		

Lp. k.	Nazwa	statutowe		działalności gospodarczej		Lp. k.	Nazwa	statutowe		działalności gospodarczej	
		plan	kwota	plan	kwota			plan	kwota	plan	kwota
405	Wydatki na...					405	Wydatki na...	100 000,00	0	0	0
406	Amortyzacja					406	Amortyzacja	30 000,00	0,00		
407	Przebiegi choroby					407	Przebiegi choroby	200 000,00	700,00		
408	Wydatki na...					408	Wydatki na...	100 000,00	100 000,00		
Razem		1 830 000,00				Razem		1 830 000,00	600 000,00		

Sprawił
 Teresa Oberka

Speyfikacja przychodów do kasety
 Prognostyka budżetowego
 Naczelnej Izby Agrolaskowej
 na 2007 rok
 z działalności statutowej.

Przewidywane przychody w 2007r
2 400 000,00

dotyczy:

- składek członkowskich w kwiecie (23 283 członków x 0,20 x 12 miesięcy) - 5 587,92
- Kwota ulgi zmianie i jej rozłożeniu z uwagi na różnicę w ilości członków i kwoty składek od jednego członka członkowskiej od stopy inflacji
- dotacji z Ministerstwa Zdrowia (dotacja dla naczelniczek odpowiedzialności zawodowej i aptożyci sądu agrolaskowego) - kwota bez zmian, 70 000,00
- innych przychodów z działalności statutowej (dotyczy doradczych około 15 000,00)
- przychodów z tytułu wydawania zawiadomień stwierdzających prawo wykonywania zawodu i umawiania dyplomu około 95 000,00 kwota bez zmian,
- przychodów dotyczących nakładek, konferencji, integracji środowiska zawodowego, prawnej opieki farmaceutycznej (sponsoring i wpłaty uczestników) - kwota bez zmian, 400 000,00
- utworzenie rezerwy w kwiecie (środki dostępne na rachunkach bankowych) 4 470,00

190 990,00

Sprawił
 Teresa Oberka

Speyfikacja przychodów i kosztów
 do kasety Prognostyka budżetowego
 Naczelnej Izby Agrolaskowej na 2007 rok
 z działalności gospodarczej

Przewidywany przychód w kwiecie 490 000,00
 dotyczy zamieszczenia reklam w czasopiśmie, sprzedaży książek kontrolki oraz innych przychodów dotyczących działalności gospodarczej.
 Po analizie rzeczywistego wykonania za okres czterech miesięcy 2007 roku kwota przychodu ulega zmniejszeniu z uwagi na mniejszą ilość przydzielonych reklam.

Koszty:

Po analizie faktycznego wykonania prognostyka za okres czterech miesięcy 2007 roku kwota kosztów ulgi zmianie z kwoty 10 790 zł i wynosi 544 218,00

dotyczy:

- koszty materiałów i energii / materiały biurowe, czyszczeniowe, koszty energii - kwota około 5 100,00
- koszty podróży - kwota 2 000,00
- koszty wyjazdów - Poczta Polska - kolportaż 10-dni numerów w 2007r. - całkowity koszt 100 000,00
- koszty adresowania i sortowania - koszt całkowity w 2007r. - 21 000,00
- koszty serwisowych i informacyjnych, oraz napraw - kwota 1 000,00
- koszty najmu lokalu - 6 900,00 (całkowity koszt w 2007r)
- koszty bankowych - 2 500,00
- dotyka wydawnictwa - 10 numerów w ciągu 2007r. - kwota 170 000,00
- koszty prowadzących dotyczących pozyskiwania reklamodawców - przewidywany koszt 20% od przydzielonych reklam co daje kwotę 40 000,00
- koszty pozostałych nie wymienionych wyżej - kwota 1 000,00
- koszty usługowych związanych z obsługą biura farmaceutycznej - 11 400,00
- wypłaty dla kolegiów redakcyjnego - za każdy numer 7 200,00 x 10 numerów - 72 000,00

Sprawił
 Teresa Oberka

- wypłaty wierzycieli na konto numer około 1 500,00 x 10 numerów - 15 000,00
- składki ZUS od wynagrodzeń i umów zleceni - 7 400,00
- ulgi na Z.F.S.S - 402,00
- koszty pozostałych nie wymienionych wyżej - 700,00 w tym koszty podróży krajowych
- przewidywana strata w kwocie 146 218,00 pokryta częściowo ze środków statutowych NIA.

Sprawił
 Teresa Oberka

UCHWAŁA Nr IV/ 125 /2007
z dnia 27 czerwca 2007r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ
w sprawie trybu postępowania przy stwierdzaniu rękojmi
należytego prowadzenia apteki przez kandydata na stano-
wisko kierownika apteki.

Na podstawie art. 39 ust. 1 pkt. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2003 r., Nr 9, poz. 108 z późn. zm.), mając na uwadze potrzebę ujednoczenia procedury postępowania okręgowych rad aptekarskich przy wydawaniu opinii w sprawie udzielenia zezwoleń na prowadzenie apteki ogólnodostępnej, zawierającej w szczególności stwierdzenie, czy kandydat na kierownika wskazany przez wnioskodawcę daje rękojmi należytego prowadzenia apteki, Naczelna Rada Aptekarska uchwala jednolity tryb postępowania stanowiąc, co następuje:

§ 1.

1. Stwierdzenie „rękojmi należytego prowadzenia apteki” przez danego farmaceutę, jako kandydata na kierownika apteki ogólnodostępnej (art. 99 ust. 4a Prawa farmaceutycznego) należy do okręgowej rady aptekarskiej (art. 7 ust. 1 pkt 5 i ust. 2 pkt 7 oraz art. 29 pkt 5 ustawy o izbach aptekarskich w zw. z art. 17 ust.1 Konstytucji RP) lub z jej upoważnienia do prezydium ora.
2. Postanowienia uchwały stosuje się odpowiednio w przypadku, gdy ora powierzy uchwałą swojemu prezydium stwierdzenie rękojmi należytego prowadzenia apteki.

§ 2.

W postępowaniach o wydanie zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej lub zmiany zezwolenia, łączących się z zatrudnieniem kierownika apteki (art. 99 ust. 4a ustawy), stwierdzenie rękojmi należytego prowadzenia apteki następuje na wniosek wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

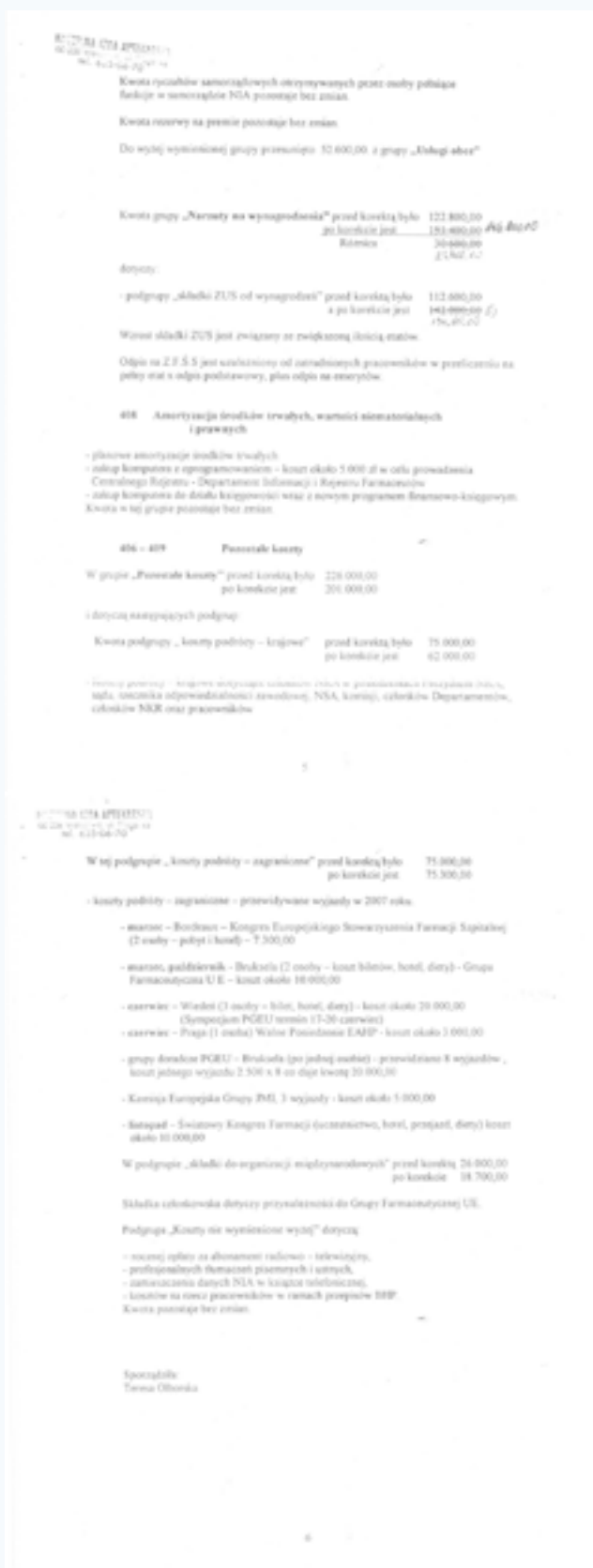
§ 3.

Okręgowa rada aptekarska rozpoznaje wniosek wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego w trybie art. 106 Kpa i zajmuje stanowisko w formie uchwały, od której przysługuje odwołanie do NRA w terminie 7 dni od daty doręczenia uchwały składane za pośrednictwem okręgowej rady aptekarskiej. Okręgowa rada zawiadamia strony o wniesieniu odwołania. Odwołanie to jest zażaleniem w rozumieniu art. 106 § 5 Kpa.

§ 4.

W celu wydania opinii okręgowa rada aptekarska bada, czy nie zachodzą negatywne przesłanki, które mogą świadczyć o braku rękojmi należytego prowadzenia apteki, a do których należą następujące przypadki:

- 1) farmaceuta nie spełnia wymogów formalnych określonych w art. 88 ust. 2 Prawa farmaceutycznego;
- 2) karalność za przestępstwa gospodarcze lub związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty;
- 3) prawomocne ukaranie za postępowanie objęte odpowiedzialnością zawodową farmaceuty;
- 4) nie zakończone postępowanie korporacyjne wszczęte i prowadzone na podstawie art. 18 ustawy o izbach aptekarskich;
- 5) udokumentowane protokołami kontroli lub formalnymi ocenami przeprowadzonymi przez powołane do tego organy



i powtarzające się przypadki niewypełnienia lub nienależytego wypełnienia obowiązków i zadań wymienionych w art. 88 ust. 4 i 5 Prawa farmaceutycznego;

- 6) udokumentowane nie dopełnienie przez farmaceutę obowiązku podnoszenia kwalifikacji zawodowych, określonego w art. 89 e Prawa farmaceutycznego, w ostatnim zakończonym okresie edukacyjnym;
- 7) rażący brak wiedzy lub umiejętności potrzebnych do należytego wypełnienia zadań kierownika apteki, potwierdzony sprawdzeniem w odpowiedniej formie przez okręgową radę aptekarską bądź powołaną przez nią kompetentną komisję.

§ 5.

Okręgowa rada aptekarska prowadząc postępowanie:

- 1) może korzystać z informacji zawartych w rejestrze farmaceutów oraz z dokumentów znajdujących się w aktach farmaceutów w biurze oia,
- 2) może zasięgać informacji w sądzie aptekarskim i w innych organach samorządu aptekarskiego lub administracji publicznej,
- 3) może przysyłać kandydatowi na kierownika apteki kwestionariusz do wypełnienia
- 4) może przeprowadzać rozmowę z kandydatem,
- 5) podejmuje inne, niezbędne działania konieczne do wydania opinii.

§ 6.

Ora może powołać komisję, która w razie potrzeby przeprowadzi postępowanie wyjaśniające mające na celu sprawdzenie okoliczności, o których mowa w § 4 pkt 7, w szczególności sprawdzi znajomość przepisów prawa dotyczących kierowania apteką. Komisja ze swoich prac sporządza protokół, który przedstawia niezwłocznie okręgowej radzie aptekarskiej.

§ 7.

Uchwałę ora w sprawie rękojmi należytego prowadzenia apteki doręcza się podmiotowi, który zwrócił się o jej wydanie oraz kandydatowi na kierownika apteki z pouczeniem o prawie odwołania (zażalenia).

§ 8.

1. W pozostałych przypadkach do okręgowej rady aptekarskiej o stwierdzenie rękojmi należytego prowadzenia apteki może zwrócić się farmaceuta. Okręgowa rada aptekarska zajmuje stanowisko w trybie art. 217 Kpa.
2. Ora uchwałą będącą postanowieniem albo wydaje zaświadczenie zgodnie z żądaniem farmaceuty, albo odmawia wydania zaświadczenia. Na odmowę wydania zaświadczenia farmaceucie przysługuje odwołanie (zażalenie) do NRA, w trybie art. 219 Kpa.
3. Odmowa wydania zaświadczenia przez ora może być wyłącznie uzasadniona istnieniem przesłanek negatywnych dla wydania takiego zaświadczenia, które będą przemawiały za brakiem u farmaceuty rękojmi należytego prowadzenia apteki, a wynikać mogą wprost z prowadzonych przez ora ewidencji, rejestrów bądź z innych danych (art. 218 § 1 kpa). Jeśli dane te nie uzasadniają jednoznacznie odmowy wydania zaświadczenia, wtedy ora wydaje zaświadczenie pozytywne, potwierdzające istnienie rękojmi należytego prowadzenia apteki.

§ 9.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA

Prezes NRA

dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

Uzasadnienie

Uchwała w sprawie trybu postępowania przy stwierdzaniu rękojmi należytego prowadzenia apteki przez kandydata na stanowisko kierownika apteki mieści się w ramach nakreślonych przez podjęte w dniu 6 grudnia 2006 r. stanowisko Naczelnej Rady Aptekarskiej w sprawie postępowania przy stwierdzaniu rękojmi należytego prowadzenia apteki.

Zgodna jest również z treścią porozumienia między Głównym Inspektorem Farmaceutycznym a Naczelną Radą Aptekarską. Brak przeciwwskazań formalnych do podjęcia uchwały, która – co należy pokreślić – powtarza ustalenia wymienionego wyżej stanowiska NRA.

UCHWAŁA Nr IV/ 126 /2007

z dnia 27 czerwca 2007 r.

NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

w sprawie przyznania „Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego”

Na podstawie § 4 ust. 1 „Regulaminu przyznawania „Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego” i tytułu „Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego””, w brzmieniu ustalonym uchwałą Naczelnej Rady Aptekarskiej Nr IV/45/2005 z dnia 14 września 2005 r., Naczelna Rada Aptekarska, w drodze głosowania tajnego uchwała, co następuje:

§ 1.

Przyznaje się „Medal im. prof. Bronisława Koskowskiego” osobom wymienionym w załączniku do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA

Prezes NRA

dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

Załącznik do uchwały

Nr IV/ 126 /2007 NRA z dnia 27 czerwca 2007 r.

1. mgr Franciszek Ksawery Barzowski
2. mgr Hanna Borowiak
3. mgr Zofia Guryn
4. mgr Zofia Jedziniak
5. mgr Wacława Kazimiera Kołtuńska
6. mgr Wacław Juliusz Korzeniowski
7. dr Grzegorz Kucharewicz
8. mgr Władysława Kurzeja
9. mgr Kazimiera Morawska
10. mgr Małgorzata Naporowska
11. mgr Danuta Parszewska-Knopf
12. mgr Krystyna Puszczyńska
13. mgr Leszek Piotr Rogoziński
14. mgr Ryszard Stach

15. mgr Jerzy Waliszewski
16. mgr Ewa Więckowska
17. mgr Ewa Wojsznis
18. mgr Henryka Wojtaszewska
19. mgr Barbara Wójcik
20. mgr Anna Zdebska

UCHWAŁA Nr IV/ 127 /2007

z dnia 27 czerwca 2007r.

NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

w sprawie zatwierdzenia kandydatur do odznaczenia honorową odznaką „Za zasługi dla ochrony zdrowia”

Na podstawie art. 39 ust. 1 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t.j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108 z późn. zm.) stanowi się, co następuje:

§ 1

Zatwierdza się w drodze głosowania tajnego listę kandydatów wnioskowanych do odznaczenia honorową odznaką „Za zasługi dla ochrony zdrowia”. (zał. lista kandydatów).

§ 2

Wykonanie uchwały powierza się Prezesowi Naczelnej Rady Aptekarskiej.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA

Prezes NRA

dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

Załącznik do uchwały

Nr IV/ 127 /2007 NRA z dnia 27 czerwca 2007 r.

1. mgr Eugeniusz Bukiewicz
2. mgr Aleksandra Burek
3. mgr Kazimiera Chrapko
4. mgr Andrzej Czarkowski
5. dr Andrzej Deląg
6. mgr Ewa Dobrosielska
7. mgr Grażyna Fidler
8. mgr Teresa Florek-Nazar
9. mgr Alina Fornal
10. mgr Romuald Godlewski
11. mgr Maria Głowniak
12. mgr Elżbieta Góralczyk
13. mgr Michał Grzegorzczak
14. mgr Danuta Harbaszewska
15. mgr Elżbieta Jankowska-Jurdziak
16. mgr Teresa Jarzemska
17. mgr Jerzy Kałaska
18. mgr Genowefa Kasproicz-Tomeczyk
19. mgr Anna Knieć
20. mgr Barbara Kozicka
21. dr Grzegorz Kucharewicz
22. mgr Anna Lepka
23. mgr Bernadeta Łęga

24. mgr Helena Makulska-Nowak
25. mgr Jarosław Mateuszuk
26. mgr Jerzy Mendrek
27. mgr Marian Mikulski
28. prof. Dionizy Moska
29. mgr Alicja Nowakowska
30. mgr Zbigniew Patkowski
31. mgr Krzysztof Przystupa
32. mgr Jadwiga Policzkiwicz
33. mgr Konstanty Potocki
34. mgr Justyna Pujdak-Osiek
35. dr Tamara Raińska-Giezek
36. mgr Halina Roszkowska-Filip
37. mgr Władysław Rybka
38. mgr Ryszard Seidel
39. mgr Józef Soluch
40. mgr Edward Stencel
41. mgr Mirosław Szatkowski
42. dr Tadeusz Szuba
43. mgr Anna Śliwińska
44. mgr Urszula Tincel
45. mgr Kapitolina Tychmanowicz
46. mgr Rudolf Wojtala
47. mgr Lidia Wolnicka-Morawiec
48. mgr Jadwiga Żółkiewska

UCHWAŁA Nr IV/ 128 /2007

z dnia 27 czerwca 2007 r.

NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

w sprawie przyznania tytułu „Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego”

Na podstawie § 6 pkt 2 Regulaminu przyznawania „Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego” i tytułu „Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego”, w brzmieniu ustalonym uchwałą Naczelnej Rady Aptekarskiej Nr IV/45/2005 z dnia 14 września 2005 r., Naczelna Rada Aptekarska, w drodze głosowania tajnego, uchwała, co następuje:

§ 1.

Przyznaje się tytuł „Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego” osobom i podmiotom wymienionym w załączniku do uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA

Prezes NRA

dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

Załącznik do uchwały

Nr IV/ 128 /2007 NRA z dnia 27 czerwca 2007 r.

1. dr Edward Jędrzejewski
2. Bogdan Walko Cefarm Lublin
3. Przemysław Sierocki Lubfarm

UCHWAŁA Nr IV/ 129 /2007
z dnia 27 czerwca 2007 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ
w sprawie upoważnienia Prezydium
Naczelnej Rady Aptekarskiej do określenia szczegółowych
zasad i warunków nieodpłatnego korzystania p
rzez wydawcę czasopisma „Apteka Szpitalna - Hospital
Pharmacy” z logo Naczelnej Izby Aptekarskiej

Na podstawie art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.), Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Aptekarska upoważnia Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej do określenia szczegółowych zasad i warunków nieodpłatnego korzystania przez wydawcę czasopisma „Apteka Szpitalna - Hospital Pharmacy” z logo Naczelnej Izby Aptekarskiej.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

UCHWAŁA Nr IV/ 130 /2007
z dnia 27 czerwca 2007 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ
w sprawie upoważnienia Prezydium Naczelnej Rady Apte-
karskiej do szczegółowego opracowania projektu:
„Otwarta Wszelchnica Aptekarza Polskiego”.

Na podstawie art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.), Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Aptekarska upoważnia i zobowiązuje Prezydium Rady do szczegółowego opracowania projektu: „Otwarta Wszelchnica Aptekarza Polskiego” i przedstawienia go Radzie na najbliższym jej posiedzeniu.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

UCHWAŁA Nr IV/ 131 /2007
z dnia 27 czerwca 2007 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ
w sprawie upoważnienia Prezydium Naczelnej Rady Apte-
karskiej do podjęcia decyzji w sprawie nabycia autorskich
praw majątkowych.

Na podstawie art. 38 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.), Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§ 1.

Naczelna Rada Aptekarska upoważnia Prezydium Rady do podjęcia niezbędnych czynności i decyzji w sprawie nabycia przez Naczelną Izbę Aptekarską autorskich praw majątkowych do utworu - „Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego”.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz NRA Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI mgr farm. Andrzej WRÓBEL

Uchwała Nr IV/ 2 /2007
z dnia 4 lipca 2007r.
PREZYDIUM NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ
w sprawie zezwolenia na używanie logo NIA

Zgodnie z uchwałą Naczelnej Rady Aptekarskiej z dnia 27 czerwca 2007r. upoważniającą Prezydium NRA do podjęcia uchwały zezwalającej na używanie logo NIA przez czasopismo „Apteka Szpitalna Hospital Pharmacy” stanowi się co następuje:

§ 1.

Prezydium NRA zezwala wydawcy Dorocie Krystynie Pastok – Chomickiej na bezpłatne używanie logo Naczelnej Izby Aptekarskiej na karcie tytułowej i dalszych stronach określonych umową kwartalnika „Apteka Szpitalna Hospital Pharmacy” na okres do dnia 30 września 2008r.

§ 2.

Warunki używania logo oraz prawa i obowiązki stron w tym względzie, czyli NIA i wydawcy określi umowa, do zawarcia której zostaje upoważniony Prezes NRA i Sekretarz NRA występujący w imieniu NIA. Umowa po podpisaniu przez strony stanowi załącznik do niniejszej uchwały i jej zmiana wymaga uchwały NRA lub jej Prezydium.

§ 3.

Umowa, o której mowa w § 2 zostanie zawarta w terminie do dnia 31 lipca 2007r.

Z-ca Sekretarza NRA Prezes NRA
mgr Anna GOŁDYN mgr Andrzej WRÓBEL

UCHWAŁY I INNE DOKUMENTY
ORGANÓW NIA
SĄ DOSTĘPNE W SIEDZIBIE IZBY
PRZY UL. DŁUGIEJ 16 W WARSZAWIE
ORAZ NA STRONIE www.nia.org.pl

BIULETYN NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ.
Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel. +48 22 635 92 85, +48 22 635 06 70, fax +48 22 887 50 32, www.nia.org.pl, e-mail: nia@nia.org.pl.
Redaktor Naczelny: mgr farm. Andrzej Wróbel;
Redaktor Prowadzący: mgr farm. Joanna T. Marczak, MBA
Egzemplarz bezpłatny.

Nowe produkty lecznicze kwiecień 2007



UE

← NOWE REJESTRACJE →

PL

NOWOŚCI NA RYNKU

Komisja Europejska w ramach procedury centralnej wydała 4 decyzje o dopuszczeniu do obrotu nowych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi, w tym dwie decyzje dotyczące leków zawierających nowe substancje czynne: fezoterodynę i telbiwudynę.

Minister Zdrowia wydał 111 pozwoleń na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce, w tym 106 pozwoleń na nowe produkty lecznicze i 5 pozwoleń rerejestracyjnych, które pominięto w poniższym zestawieniu (Fluarix firmy GlaxoSmithKline i 4 preparaty homeopatyczne firmy Dagomed).

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

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A02 – Leki stosowane w zaburzeniach związanych z nadkwaśnością;
A02B – Leki stosowane w chorobie wrzodowej i refluksie żołądkowo-przełykowym; **A02BC** – Inhibitory pompy protonowej

Omeprazolom: **Omar** (Lek, Stryków) w dawce 40 mg to uzupełnienie w stosunku do wcześniej wprowadzonej dawki 20 mg. Zarejestrowanych jest 17 marek omeprazolu. Na rynku znajduje się 13 preparatów w różnych postaciach (w tym dojelitowych) i dawkach: Bioprazol (Biofarm), Exter (Rubio), Gasec Gastrocaps (Mepha), Groprazol (Polfa Grodzisk), Helicid (Zentiva), Losec i Losec MUPS (AstraZeneca; lek oryginalny), Notis (Schwarz Pharma, Łomianki), Omar (Hexal), Omeprazol-Egis, Ortanol (Lek, Stryków), Polprazol (Polpharma), Prazol (Polfa Pabianice) i Ulzol (Pliva Kraków). Nie zostały jeszcze wprowadzone: Helisec (Polfa Warszawa), Loseprazol (Liconsa), Omar Plus (Lek, Stryków) i Omeprawin (Winthrop Medicaments).

A06/A06A – Leki przeczyszczające; **A06AC** – Leki pęczniące

Plantaginis ovatae seminis tegumentum: **Herbi Pur** (Lefarm) to obecnie 5. zarejestrowana marka leku zawierającego lupiny babki płesznik (nie licząc preparatów złożonych). W sprzedaży znajdują się 2 preparaty: Ispagul (Herba Studio) i Mucofalk O (Falk). Nie zostały jeszcze wprowadzone: Sylax Plus (Polfa Kutno) i Transilane/Transilane bez cukru (Innothera). Na rynku znajdują się także produkty spożywcze zawierające lupiny babki płesznik: Colon C Light (A-Z Medica), Plesznik (Herbapol Kraków), Psylax i Psylax-Red (Syn-teza), a także preparaty złożone.

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

Rimonabantum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU

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

Glimepiridum: **GlimTeva** (Teva) to 29. zarejestrowana marka glimepirydu. Na rynku znajduje się 18 leków: Amaryl (Sanofi-Aventis; lek oryginalny), od grudnia 2005 GlimHexal (Hexal), od stycznia 2006 Betaglid (Pliva Kraków) i Glidiamid (ICN Polfa Rzeszów), od lutego 2006 Diaril (Biofarm), Glibezid (Jelfa), Glimepirid-Ratiopharm i Glipid (Genexo), od kwietnia 2006 Glibetic (Polpharma) i Pemidal (Polfa Pabianice), od maja 2006 Glimesan (Sandoz), od lipca 2006 Symglic (SymPhar), od sierpnia 2006 Avaron (Bioton) i Glemid (Egis), od grudnia 2006 Amyx (Zentiva) i od marca 2007 Lime-

ral (Actavis), Melyd (Stada) i Oltar (Berlin-Chemie). Na rynek nie zostały jeszcze wprowadzone, zarejestrowane wcześniej: Apo-Glim (Apotex; zarejestrowany początkowo jako Glimestada), Everyl (GlaxoSmithKline, Poznań), GlimeGen (Generics), Glimepiride Andissa (Aventis Pharma), Glimepiride Sanwin (Aventis Pharma), Glimepiride Winthrop (Winthrop Medicaments), Glimepiride-1 A (Hexal), GlimTek (Ratiopharm), Glindia (Gedeon Richter) i Meglimid (Krka).

A11 – Witaminy; A11E – Witamina B kompleks, łącznie z preparatami złożonymi; A11EX - Witamina B kompleks, inne preparaty złożone

Mineralia+vitamina: Biovit Classic (Bayer) to lek zawierający żelazo, witaminę C i 5 witamin z grupy B, w tym 4 witaminy, których obecność w preparacie, jeśli nie są spełnione kryteria WHO dla multiwitamin (tj. obecność witamin A, B, C, D), decyduje o zaliczeniu leku do preparatów z witaminą B kompleks (wymagana obecność witamin B1, B2, B3 i B6); piąta witamina z tej grupy zawarta w preparacie to B12. Na rynku znajduje się bardzo dużo preparatów zawierających minerały i witaminy (w tym z grupy B kompleks), nierzadko z dodatkiem wyciągów roślinnych, o różnym składzie jakościowym i ilościowym i o różnej wchłaniania składników mineralnych, zarówno leków, jak i suplementów diety.

B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

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

Treprostinilum: Remodulin (United Therapeutics Europe) to 1. rejestracja w Polsce tego leku, w postaci roztworu do infuzji w 4 dawkach.

B02 – Leki przeciwkrwotoczne; B02B – Witamina K i inne hemostatyki; B02BD – Czynniki krzepnięcia krwi

Factor coagulationis humanus II+VII+IX+X: Octaplex (Octaphar-

ma) jest 1. zarejestrowanym w Polsce preparatem o podanym składzie, zawierającym 4 czynniki krzepnięcia krwi, a także białka C i S.

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

Tetraspan HES (Braun) w 2 dawkach to 1. zarejestrowany lek do wlewów dożylnych zawierający łącznie hydroksyetyloskrobię i zestaw elektrolitów.

B05A – Krew i preparaty krwiozastępcze; B05BB – Roztwory wpływające na równowagę elektrolitową

Mineralia → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C01 – Leki nasercowe; C01D – Leki rozszerzające naczynia stosowane w chorobach serca; C01DA – Azotany organiczne

Isosorbidi mononitras: MonoTAD (Tad Pharma) to aktualnie 10. zarejestrowana marka monoazotanu izosorbidu. Na rynek zostało wprowadzonych 6 leków: Effox i Effox Long (Schwarz Pharma), Isomonit (Hexal), Izonit prolongatum (Lek, Stryków), MonoMackDepot (Mack), Monocard (Synteza) oraz Mononit i Mononit retard (Sanofi-Synthelabo, Rzeszów). Natomiast nie pojawiły się jeszcze: Corangin (Novartis), IsoHexal Retard (Hexal), Izonit (Lek, Stryków) i Monosan (Pro. Med).

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

Doxazosinum: Doxazosin-Ratiopharm PR to 14. zarejestrowany lek z doksazosyną, zaś 5. preparat o zmodyfikowanym uwalnianiu. W sprzedaży znajduje się 9 leków o standardowym uwalnianiu: Apo-Doxan (Apotex), Cardura (Pfizer; lek oryginalny), Doxanorm (ICN Polfa Rzeszów), Doxar (Polfa Kutno),

Doxaratio (Ratiopharm), Kamiren (Krka), Prostatic (Schwarz Pharma, Łomianki), Zoxon (Zentiva) i od sierpnia 2006 Doxonex (Polpharma). Nie zostały jeszcze wprowadzone do obrotu: Alfamedin (Dr. Kade), Dosano (Sandoz) i Vaxosin (Norton). Na rynku znajduje się 1 preparat o zmodyfikowanym uwalnianiu: lek oryginalny Cardura XL (Pfizer), w 2 dawkach. Nie zostały dotychczas wprowadzone preparaty: Doxagen (Generics), Doxaratio XL (Ratiopharm) i Kamiren XL (Krka).

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

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

Ramiprilum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

C09C/C09CA – Antagoniści angiotensyny II, leki proste

Losartanum: Sarve (Farma Projekt) jest 8. zarejestrowanym lekiem zawierającym losartan. W sprzedaży znajduje się 7 leków: Cozaar (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), Lorista (Krka), Losacor (Biofarm), Lozap Zentiva, Xartan (Adamed), od sierpnia 2006 Lakea (Lek, Stryków) i od stycznia 2007 Losartic (Farmacom).

D – LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

D07 – Kortykosteroidy, preparaty dermatologiczne; D07A – Kortykosteroidy, leki proste; D07AD – Kortykosteroidy bardzo silnie działające (grupa IV)

Clobetasolum: Clobex (Galderma) w postaci szamponu leczniczego to nowa postać preparatu klobetasolu. Na rynku znajdują się płyny 0,05% do stosowania na owłosioną skórę głowy: Dermklobal (Polmex) i Dermovate (GlaxoSmithKline). Ponadto dostępne są preparaty klobetasolu do stosowania na skórę, w postaci kremów i maści 0,05%: Clobederm (Jel- ▶

► fa), Dermovate (GlaxoSmithKline) i Novate (Blau Farma).

D10 – Leki przeciwtrądzikowe; **D10A** - Leki przeciwtrądzikowe do stosowania miejscowego; **D10AD** – Retinoidy do stosowania miejscowego w leczeniu trądziku

Tretinoinum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

G – UKŁAD MOCZOWO- PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G03 – Hormony płciowe i środki wpływające na czynność układu płciowego; **G03H** – Antyandrogeny; **G03HB** – Antyandrogeny i estrogeny

Cyproteroni acetat + Ethinylestradiolum: OC-35 (Polfarmex) to 6. zarejestrowany preparat o tym składzie. Na rynku znajdują się preparat oryginalny Diane 35 (Schering) i od października 2006 Cyprest (Polfa Pabianice), natomiast preparaty Chloe (Zentiva), CyproGen (Generics) i Syndi-35 (SymPhar) jeszcze nie pojawiły się w obrocie.

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

Fesoterodinum: *Toviaz* (Schwarz Pharma) w 2 dawkach przedłużonymuwalnianiu jest wskazany w leczeniu objawów zwiększonej częstotliwości oddawania moczu i (lub) naglącego parcia na mocz i (lub) nietrzymania moczu z powodu naglącego parcia, które mogą występować u pacjentów z zespołem pęcherza nadreaktywnego. Feszoterodyna jest konkurencyjnym, swoistym antagonistą receptorów muskarynowych. Podlega szybkiej i intensywnej hydrolizie w wyniku działania nieswoistych esteraz osoczowych do pochodnej 5-hydroksymetylowej, głównego aktywnego metabolitu, która jest główną farmakologicznie czynną podstawą działania feszoterodyny.

G04C – Leki stosowane w łagodnym przeroście gruczołu krokowego; **G04CA** – Antagoniści receptorów α -adrenergicznych

Tamsulosinum: zarejestrowano 5 nowych marek - *Proximic* (Polpharma), *Symlosin SR* (Symphar), *Tamsec* (Walmark), *Apo-Tamis* (Apotex) i *Omipro* (Jelfa). Obecnie zarejestrowanych jest w Polsce 21. marek tamsulozyny. Na rynku znajduje się 12 leków: Omnic i od lipca 2006 Omnic Ocas (Astellas Pharma; lek oryginalny), Tanyz (Krka) oraz wprowadzone: w marcu 2006 Tamsulosin-Ratiopharm i Uprox (United Pharma), w kwietniu 2006 Bazetham (Pliva Kraków), w maju 2006 Fokusin (Zentiva) i Urostat (Stada), w czerwcu 2006 Tamsudil (Actavis) i TamsuLek (Lek, Stryków), w sierpniu 2006 Prostammic (Schwarz Pharma), w listopadzie 2006 Omsal (Gedeon Richter) i w styczniu 2007 Tamsugen (Generics). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Tamsulijn (Kiron), Tamsulosini Hydrochloridum Yamanouchi, Tamzul (Farma Projekt) i Wintamsu (Winthrop Medicaments).

G04CB – Inhibitory 5α -reduktazy testosteronu

Finasteridum: *Finasterid-Ratiopharm* to 14. zarejestrowana marka finasterydu. Na rynku jest obecnych 9 leków: Finaride (Hexal Polska), Penester (Zentiva), Proscar (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), od stycznia 2006 Zasterid (Gedeon Richter), od maja 2006 Lifin (Farmacom), od czerwca 2006 Ambulase (Grünenthal), od lipca 2006 Finaster (Lekam), od marca 2007 Aprost (Polfarmex) i od maja 2007 Hyplafin (Actavis). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży: Androstatin 1 mg (Lekam), Finasteride-1 A (1 A Pharma), Fincar (Cipla) i Finpros (Pro Auctore).

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

H01 – Hormony przysadki i podwzgórza oraz ich analogi; **H01B** – Hormony tylnego płata przysadki; **H01BB** – Oksytocyna i jej analogi

Carbetocinum → patrz tabela
NOWOŚCI NA RYNKU

J – LEKI PRZECIWIWZAKAŻNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

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

Cefuroximum: *CefuHexal* (Hexal) to 7. zarejestrowany doustny preparat cefuroksymu. Na rynku znajduje się 6 leków: Bioracef (Bioton), Ceroxim (Ranbaxy), Novocef (Pliva Kraków), Xorimax (Sandoz), lek oryginalny Zinnat (GlaxoSmithKline) i od sierpnia 2006 Zamur (Mepha).

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

Clarithromycinum: *Clarithromycin Ranbaxy* to 16. zarejestrowana marka klarytromycyny. W sprzedaży znajduje się 7 preparatów: Fromilid (Krka), Klabax (Ranbaxy), Klabion (Bioton), Klacid (Abbott), Leko-klar (Lek), Taclar (Polfa Tarchomin) i od lipca 2006 Klarmin (ICN Polfa Rzeszów). Nie pojawiły się jeszcze na rynku: Clarexid (Pliva Kraków), ClariHexal (Hexal), Clarithromycin Grünenthal, Clarithromycin Teva, Clarosip (Grünenthal), Klaratio (Ratiopharm), Klarigen (Qualiti Burnley) i Klarpol (Polfa Grodzisk).

J01G – Aminoglikozydy przeciwbakteryjne; **J01GB** – Inne aminoglikozydy

Tobramycinum: *Bramitob* (Tor-rex Chiesi) to 2. zarejestrowany płyn do inhalacji z nebulizatora. W sprzedaży znajduje się preparat Tobri (Novartis).

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

Fluconazolum: *Fluconazole-Egis* to obecnie 16. zarejestrowana marka flukonazolu. Na rynku znajduje się 8 leków: Diflucan (Pfizer; lek oryginalny), Fluconazol (Slovakofarma), Fluconazole (Polfarmex), Fluconazole (Polfa Kutno), Flumycon (Pliva Kraków), Mycomax inj. (Zentiva), Mycosyst (Gedeon Richter) i od sierpnia 2006 Flucofast (Medana Pharma Terpol Group). Natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone na

rynek, zarejestrowane wcześniej: Diflazon roztwór do infuzji (Krka), Flucofungin (Hexal), FlucoLek (Lek, Stryków), Fluconazyn (Hasco-Lek), Flucoric (Ranbaxy), Fluowin (Winthrop Medicaments), Mycomax kaps. (Zentiva) i Zucon (Norton).

J05 – Leki przeciwwirusowe działające ogólnie; J05A – Bezpośrednio działające leki przeciwwirusowe; J05AB – Nukleozydy i nukleotydy z wyłączeniem inhibitorów odwrotnej transkryptazy

Ribavirinum: *Copegus* (Roche) w nowej dawce 400 mg to uzupełnienie do wcześniej prowadzonej dawki 200 mg. Na rynku znajduje się także lek oryginalny Rebetol (Schering-Plough) zarejestrowany centralnie w Unii Europejskiej, jednak tylko w dawce 200 mg oraz w postaci płynu o dawce 40 mg/ml

J05AF – Nukleozydowe i nukleotydomowe inhibitory odwrotnej transkryptazy

Telbivudinum: *Sebivo* (Novartis Europharm) jest wskazany w leczeniu przewlekłego wirusowego zapalenia wątroby typu B u pacjentów dorosłych z wyrównaną chorobą wątroby i potwierdzoną replikacją wirusa, utrzymującą się zwiększoną aktywnością aminotransferazy alaminowej (AlAT) oraz histologicznymi dowodami na czynny proces zapalny i (lub) zwłóknienie. Telbivudyna jest syntetycznym analogiem nukleozydu tymidyny, wykazującym aktywność w stosunku do polimerazy DNA wirusa HBV. Telbivudyna ulega fosforylacji za pośrednictwem kinaz komórkowych do czynnej postaci trifosforanu. 5'-trifosforan telbivudyny hamuje aktywność polimerazy DNA (odwrotnej transkryptazy) wirusa HBV poprzez konkurowanie z naturalnym substratem, 5'-trifosforanem tymidyny. Wbudowanie 5'-trifosforanu telbivudyny w DNA wirusa powoduje zakończenie łańcucha DNA, a w efekcie zahamowanie replikacji HBV.

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

Immunoglobulinum humanum: *Gamunex* (Bayer) to 11. zare-

jestrowany preparat immunoglobulin podawanych dożylnie. Na rynku znajduje się 9 preparatów: Endobulin S/D (Baxter), Flebogamma (Grifols), Gammagard S/D (Baxter), Octagam (Octapharma), Pentaglobin (Biotest), Sandoglobulin P (Imed Poland), Venimmun N (Centeon), od listopada 2006 Kiovig (Baxter, rejestracja centralna UE) i od kwietnia 2007 Intratect (Biotest). Dotychczas nie pojawił się w sprzedaży preparat Gamimune N (Bayer). Ponadto zarejestrowane są 4 preparaty immunoglobulin podawanych podskórnie lub domięśniowo. Na rynku znajdują się preparaty Gamma globulina ludzka (Biomed Lublin) i od października 2006 Subcuvia (Baxter), natomiast preparaty Vivaglobin (Aventis Behring) do iniekcji podskórnych oraz Gammanorm (Octapharma) do iniekcji podskórnych lub domięśniowych nie zostały jeszcze wprowadzone do obrotu.

Immunoglobulinum humanum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

L – LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPLYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L01 – Leki przeciwnowotworowe; L01B – Antymetabolity; L01BA – Analogi kwasu foliowego

Methotrexatum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

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

Docetaxelum: *Docetaxel Winthrop* (Aventis Pharma) to generyczny odpowiednik dostępnego na rynku leku Taxotere tej samej firmy. Preparat jest wskazany w leczeniu raka piersi, niedrobnokomórkowego raka płuc, raka gruczołu krokowego, gruczolakoraka żołądka oraz raka głowy i szyi. Docetaksel działa poprzez pobudzanie łączenia tubuliny w trwałe mikrotubule i hamowanie ich rozpadu, co powoduje znaczne zmniejszenie ilości wolnej tubuliny. Wykazano *in vitro*, że docetaksel przerywa w komórkach sieć mikrotubularną, która jest niezbędna do czynności życiowych w komórce w fazie mitozy i interfazy.

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

Tacrolimusum: *Advagraf* (Astellas Pharma) w 3 dawkach doustnych to postać leku o przedłużonym uwalnianiu do stosowania raz na dobę, odpowiednik dostępnego na rynku preparatu Prograf o zwykłym uwalnianiu, tej samej firmy. Advagraf jest wskazany w profilaktyce odrzucania przeszczepu u biorców alogenicznych przeszczepów nerki lub wątroby oraz w leczeniu w przypadkach odrzucenia przeszczepu alogenicznego opornego na terapię innymi immunosupresyjnymi produktami leczniczymi u dorosłych pacjentów. Takrolimus wiąże się z białkiem cytozolu (FKBP12), odpowiedzialnym za wewnątrzkomórkową kumulację leku. Kompleks FKBP12-takrolimus swoiście i kompetycyjnie wiąże się z kalcyneuryną i ją hamuje, co prowadzi do zależnego od wapnia zahamowania dróg przesyłania sygnału dla komórek T, zapobiegając w ten sposób transkrypcji i aktywacji genów limfokin. W szczególności takrolimus hamuje tworzenie się cytotoksycznych limfocytów, które są głównie odpowiedzialne za odrzucanie przeszczepu. Takrolimus hamuje aktywację komórek T i proliferację komórek B zależną od wspomagających komórek T, a także tworzenie się limfokin (takich jak interleukiny-2, -3 oraz γ -interferon) oraz ekspresję receptora interleukiny-2.

M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

M01 – Leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; M01A – Niesterydowe leki przeciwzapalne i przeciwreumatyczne; M01AC – Oksykamy

Meloxicamum: *Meloxicam Arrow* (Arrow Generics) to 15. zarejestrowany lek doustny zawierający meloksykam. W sprzedaży znajduje się 11 preparatów: Aglan (Zentiva), Aspica (Biofarm), Meloksam (Polfarm Grodzisk), Melokssia (Pliva Kraków), Meloxic (Polpharma), Movalis (Boehringer Ingelheim; lek oryginalny), od sierpnia 2006 Meloxicam Teva, od września 2006 Meloxidad ▶

► (Stada), od października 2006 Melobax (Ranbaxy), od listopada 2006 MeloxiLek (Lek, Stryków) i od lutego 2007 Lormed (Pro.Med). Nie pojawiły się jeszcze na rynku: Galoxiway (Boots), Melobax (Ranbaxy) i Meloxicam (Aflofarm).

M01AE – Pochodne kwasu propionowego

Ibuprofenum: Ibalgin i Ibalgin Maxi (Zentiva) to 19. zarejestrowana marka ibuprofenu doustnego (nie licząc różnych wersji tej samej marki). Z postaci 1-dawkowych na rynku są obecne: Advil (Wyeth), Bolinet (UPSA), Ibum i Ibum Forte (Hasco-Lek), Ibupar i Ibupar Forte (Polfa Pabianice), Ibuprofen tabl. drażowane (Polfa Pabianice), Ibufen Total (Polpharma), Ibuprom (US Pharmacia) i Ibuprom Max (US Pharmacia, Wrocław), Ibusan (Sanofi-Synthelabo), Nurofen, Nurofen Forte, Nurofen Topss i Nurofen Ultrafast (Reckitt Benckiser), Nurofen Menstrual (Boots), Pabi-Ibuprofen (Polfa Pabianice) oraz wprowadzone w maju 2006 Ibuprom Sprint Caps (US Pharmacia Wrocław) i w lipcu 2006 Nurofen Ultra Forte (Reckitt Benckiser). Z postaci wielodawkowych (zawiesina) w sprzedaży znajdują się: Ibufen (Medana Pharma Terpol Group), Ibum (Hasco-Lek) i Nurofen dla Dzieci (Reckitt Benckiser). Nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek: Advil Ultra (Wyeth), Aktren i Aktren Junior (Bayer), Aprofen (Polfarmex), Baroc (Bayer), Finalflex (Boehringer Ingelheim), Helpin i Helpin Forte (Berlin-Chemie), Ibufen D zawiesina (Medana Pharma Terpol Group), Nurofen dla Dzieci Topss 100 (Boots), Nurofen dla dzieci czopki 60 mg (Boots) i 125 mg (Reckitt Benckiser), Nurofen Migrenol (Reckitt Benckiser), Nurofen Migrenol Forte (APC Instytut), Nurofen Topss 200 mg (Reckitt Benckiser), Solpaflex (GlaxoSmithKline) oraz Spedifen (Zambon).

M02/M02A – Leki stosowane miejscowo w bólach stawów i mięśni;
M02AX – Inne leki stosowane miejscowo w bólach stawów i mięśni

Camphorum: Spirytus kamfory (Herbapol Kraków) to obecnie

15. rejestracja tego preparatu. Z wielu wcześniejszych rejestracji pozostały w rejestrze preparaty 14 firm: Aflofarm, Amara, Augmed, Avena, Coel, Farko, Felix Pharma, Gemi, Hasco-Lek, Laboratorium Farmaceutyczne Jarosław Szczepańczyk, Laboratorium Galenowe Cefarm Częstochowa, Laboratorium Galenowe Olsztyn, Labpharm-ATS, Lefarm.

N – UKŁAD NERWOWY

N01 – Środki znieczulające; N01B – Środki znieczulające działające miejscowo; N01BB – Amidy Lidocainum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

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

Fentanylum: Matrifen (Nycomed) w 5 dawkach w postaci systemów transdermalnych to 8. zarejestrowana marka fentanylu w tej postaci. W sprzedaży znajduje się 5 leków: Durogesic (Janssen), FentaHexal (Hexal), Fentanyl TTS (Lek, Stryków) i od kwietnia 2007 Fentanyl-Ratiopharm w postaci systemów transdermalnych oraz Fentanyl inj. (Polfa Warszawa). Nie zostały wprowadzone na rynek: zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004 Fentanyl Torrex inj. (Torrex Chiesi) oraz systemy transdermalne Fentawin (Winthrop Medicaments), Fentaratio (Ratiopharm) i Ribofentanyl (Ratiopharm). Nie pojawił się dotychczas w Polsce system transdermalny jontoforetyczny Ionsys (Janssen), zarejestrowany centralnie w UE w styczniu 2006, zalecany do stosowania wyłącznie w warunkach szpitalnych.

Fentanylum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

N02B – Inne leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe; N02BE – Anilidy; N02BE71 – Paracetamol, preparaty złożone z analeptykami

Coffeinum + paracetamolum → patrz tabela **NOWOŚCI NA RYNKU**

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

Acidum valproicum: Absenor (Orion) w postaci tabl. o zmodyfikowanym uwalnianiu (2 dawki) to 8. marka kwasu walproinowego zarejestrowana obecnie w Polsce. Leki doustne jednodawkowe dostępne są jako preparaty o zwykłym i o przedłużonym uwalnianiu, w tym także w wersji dojelitowej. Na rynku znajdują się 4 marki: Apilepsin (Krka), Convulex (Gerot), Depakine (Sanofi-Aventis) i Orfril (Desitin). Nie zostały jeszcze wprowadzone ValproLek (Lek, Stryków), ValproHexal (Hexal) i Valpro-Ratiopharm Chrono (Ratiopharm) o przedłużonym uwalnianiu.

N03AX – Inne leki przeciwpadaczkowe

Gabapentinum: GabaLek (Lek) to 8. zarejestrowana marka gabapentyny. W sprzedaży znajdują się 3 leki: Gabax (Norton), lek oryginalny Neurontin (Parke-Davis/Pfizer) i od sierpnia 2006 Gabapentin Teva. Nie zostały dotąd wprowadzone, zarejestrowane w kwietniu 2004: Gabalept kaps. (Pliva Kraków; zarejestrowany początkowo jako Gabapentin), Gabapentin tabl. powł. (Pliva Kraków), Gabapentin Torrex i Gordius (Gedeon Richter).

Lamotriginum: Symla (SymPhar) i Lamexim (ICN Polfa Rzeszów) to odpowiednio 23. i 24. zarejestrowana marka lamotryginy, zaś Lamotrigine Teva w postaci tabletek do sporządzania zawiesiny doustnej to rozszerzenie w stosunku do zarejestrowanych w lutym 2007 zwykłych tabletek tego leku. Na rynek zostało wprowadzonych 10 leków: Danoptin (Pliva Kraków), Epilactal (Polpharma), Lamilept (Ivax), Lamitrin (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), Lamotrigine Ratiopharm, LamotriHexal (Hexal), Lamotrix (Biovena Pharma), Plexxo (Desitin), Trignet (Krka) i od kwietnia 2007 Lamox (Gedeon Richter). Nie pojawiły się jeszcze w obrocie: Epiral (Zentiva), Epitrigine (Actavis), Lameptil (Sandoz), Lamia (Genexo), Lamistad (Stada), LamoMerck (Generics), Lamostab D (Arrow Generics), Lamotrigine Arrow (Arrow Generics), Lamotrigine Teva tabl. oraz zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004

Epigan (Jelfa), Epistabil (Polon) i Lamoten (Polfa Pabianice).

Lamotriginum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU

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

Quetiapinum: Quetin (Zentiva) w 3 dawkach to 3. zarejestrowany w Polsce lek zawierający kwetiapinę, a 2. lek generyczny. Na rynku znajdują się: lek oryginalny Seroquel (AstraZeneca) oraz Ketrel (Celon Pharma).

N05AX – Inne leki neuroleptyczne

Risperidonum: zarejestrowano 3 nowe marki: Rispefar (Specifar), Risperidon Specifar i Risperidon Medochemie – w sumie zarejestrowanych jest 26 marek rysperidonu. Na rynku znajduje się 15 preparatów doustnych jednodawkowych: Mepharis (Mepha), Rispen (Zentiva), Risperatio (Ratiopharm), Rispolept (Janssen-Cilag; lek oryginalny), Rispolux (Sandoz), Risset (Farmacom), Ryspolit (Actavis), Speridan (Actavis), od kwietnia 2006 Risperon (Lekam), od czerwca 2006 Risperiwin (Winthrop Medicaments), od sierpnia 2006 Lioxam (Grünenthal), od stycznia 2007 Ziperid (ICN Polfa Rzeszów), od marca 2007 Disaperid (Polon) i Nodir (Polfarmex) oraz od maja 2007 Rileptid (Egis). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Doresol (Jelfa), Rilept (Galena), Risnia (Cipla), Risperatio Oro (Norpharm Regulatory Services), Risperidon Tad (Tad Pharma), Risprimed (Regiomedica), Risprofren (Biofarm) i Torendo (Norpharm Regulatory Services).

N06 – Psychoanaleptyki; N06A – Leki przeciwdepresyjne; N06AA – Nieselektywne inhibitory ponownego wychwytu monoamin

Opipramolum: Sympromol (SymPhar) to 2. aktualnie zarejestrowany preparat opipramolu. Na rynku znajduje się Pramolan (Polpharma).

N06AB – Selekttywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny

Paroxetinum: Dropax krople 10 mg/ml (Italfarmaco) i Arketis (Medochemie) to odpowiednio 12. i 13. zarejestrowana marka paroksetyny, przy czym preparat Arketis tabl. zarejestrowano w 4 dawkach, w tym w nowej dawce 10 mg.: Na rynku jest obecnych 6 preparatów: Paxeratio (Ratiopharm), Paxtin (Hexal), Rexetin (Gedeon Richter), Seroxat (GlaxoSmithKline; lek oryginalny), od października 2006 ParoMerck (Generics) i od listopada 2006 Xetanor (Actavis). Natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek Apo-Parox (Apotex), Deprozol (Pliva Kraków), ParoxiHexal (Hexal), Serestill krople 10 mg/ml (ITF Pharma) i Winparox (Winthrop Medicaments).

Sertralinum: Sertagen (Focus) to 14. zarejestrowany preparat sertraliny. Na rynku znajduje się 9 leków: Asentra (Krka), Luxeta (Pliva Kraków), SertaHexal (Hexal Polska), Stimuloton (Egis), Zoloft (Pfizer; lek oryginalny), Zotral (Polpharma), od lipca 2006 Setalof (Actavis) i Setaratio (Ratiopharm), a od października 2006 Asertin (Biofarm). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży: Antideprimal (Jelfa), Exazol (Expharm), Sertiva (Sandoz) i Tralix (Sanofi-Synthelabo, Rzeszów).

N06AX – Inne leki przeciwdepresyjne

Venlafaxinum: Venlafaxin-Ratiopharm to 6. zarejestrowana marka wenlafaksyny. W obrocie znajdują się: Efectin i Efectin ER (Wyeth), Velafax (Farmacom) i od grudnia 2006 Velaxin (Egis) oraz Venlectine (ICN Polfa Rzeszów). Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty Venlax (Polfa Pabianice) i Velafax XL (Farmacom).

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

Methylphenidatum: Medikinet i MedikinetCR o przedłużonym uwalnianiu (Medice) to 2. zarejestrowana marka metylfenidatu. Na rynku znajduje się preparat Concerta (Janssen-Cilag) w postaci tabletek membranowych o przedłużonym uwalnianiu,

w dawkach 18 mg, 36 mg i 54 mg. Medikinet zaś został zarejestrowany nie tylko w postaci kapsulek o przedłużonym uwalnianiu (CR) w nowych dawkach 10 mg, 20 mg, 30 mg i 40 mg, ale także w postaci zwykłych tabletek w dawkach 5 mg, 10 mg i 20 mg.

N07 – Inne leki działające na układ nerwowy; N07B – Leki stosowane w uzależnieniach; N07BA – Leki stosowane w uzależnieniu od nikotyny

Bupropionum: Wellbutrin XR (GlaxoSmithKline) w 2 dawkach to 2. dopuszczony obecnie do obrotu w Polsce preparat bupropionu. Dawka 300 mg to nowość, gdyż na rynku dostępny jest Zyban tej samej firmy, ale w dawce 150 mg.

Vareniclinum → patrz tabela NOWOŚCI NA RYNKU

P – LEKI

PRZECIWPASOŻYTNICZE, ŚRODKI OWADOBÓJCZE I REPELENTY

P03 – Leki przeciw pasożytom zewnętrznym, łącznie z lekami przeciwswierzbowymi, środkami owadobójczymi i repelentami; P03A – Leki przeciw pasożytom zewnętrznym, łącznie z lekami przeciwswierzbowymi; P03AC – Pyretryny, łącznie ze związkami syntetycznymi

Permethrinum: Infectoscab (Infectopharm) w postaci 5% kremu to 1. rejestracja produktu leczniczego zawierającego permetrynę. Na rynek zostały wprowadzone wcześniej preparaty zawierające permetrynę stosowane przeciwko wszawicy, dopuszczone jako produkty biobójcze, m.in.: Anida – Sora forte (Scan-Anida), Sora (Scan-Anida), Pola (Infarm Większyce), Nix (GlaxoSmithKline), Pipi (ICB Pharma).

Opracowanie:

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

NOWOŚCI NA RYNKU

W kwietniu 2007 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostało wprowadzonych 12 nowych marek produktów leczniczych:

Klasa ATC/ WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A08AA	Rimonabantum	Acomplia	Sanofi Winthrop	UE 06.2006
B05BB	Mineralia	Plasmalyte	Baxter	PL 12.2005
C09AA	Ramiprilum	Polpril	Polpharma	PL 03.2007
D10AD	Tretinoinum	Arretin ICN	ICN Polfa Rzeszów	PL 09.2002
H01BB	Carbetocinum	Pabal	Ferring	PL 06.2006
J06BA	Immunoglobulinum humanum	Intratect	Biotest	PL 02.2006
L01BA	Methotrexatum	Metobject	Medac	PL 06.2006
N01BB	Lidocainum	Lidoposterin	Kade	PL 04.2004
N02AB	Fentanylum	Fentanyl-Ratiopharm	Ratiopharm	PL 12.2006
N02BE71	Coffeinum + paracetamolum	Kofepar	Polfa Pabianice	PL 09.1996 Pabitan zm. 2005 Kofepar
N03AX	Lamotriginum	Lamox	Gedeon Richter	PL 10.2006
N07BA	Vareniclinum	Champix	Pfizer	UE 09.2006

Import równoległy

Grecki top

– **W** Polsce przed wejściem do Unii Europejskiej problem importu równoległego leków praktycznie nie istniał – stwierdził dr n. med. Wojciech Łuszczyna na konferencji poświęconej temu zagadnieniu, a zorganizowanej w Urzędzie Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. I dodał jeszcze, by – *broń Boże* – nie mylić importu równoległego z importem docelowym, bo to dwie zupełnie odmiennie sprawy.

W wielu krajach „starej” Unii Europejskiej import równoległy stanowi wyczuwalną część rynku leków; np. w Wielkiej Brytanii przekracza on 15%, w Danii stanowi on 10,8%, w Niemczech 4,7%, a w Holandii 8,9%. Atrakcyjność importu równoległego opiera się m.in. na tym, że leki tak sprowadzane są (bo muszą być!) tańsze – w Niemczech jest to średnio

15% mniej niż leki „oryginalne” bądź „miejscowe”.

ISTOTA SKRYTA W DEFINICJI

Trzy lata temu Polska stała się częścią Unii Europejskiej, a tym samym weszliśmy na wewnętrzny rynek Wspólnoty wraz ze wszyst-

kimi jego uregulowaniami. Jest to nawet rynek jeszcze większy, bowiem dotyczy tzw. Europejskiego Obszaru Gospodarczego, na którym obok państw UE znajdują się także Norwegia, Islandia i Liechtenstein. A zatem import równoległy może docierać do nas z trzydziestu niemal krajów – de facto jest ich mniej /patrz tab.1/.

1	Grecja	47
2	Czechy	26
3	Francja	18
4	W. Brytania	18
5	Hiszpania	8
6	Belgia	4
7	Austria	3
8	Portugalia	3
9	Słowacja	2
10	Węgry	2
11	Irlandia	2
12	Niemcy	1

Źródło: URPLW MiPB

Na tym obszarze nie ma mowy o ograniczeniach ilościowych w przywozie, aczkolwiek są inne regulacje wynikające np. ze względów bezpieczeństwa w przywozie bądź tranzycie, które mogą spowodować utrudnienia w imporcie równoległym.

„Importem równoległym jest każde działanie polegające na sprowadzeniu z państw członkowskich UE lub państw członkowskich EFTA (Norwegia, Islandia, Liechtenstein i Szwajcaria) produktu leczniczego spełniającego łącznie następujące warunki:

- sprowadzany produkt posiada:
 - te same (tę samą) substancje czynne;
 - co najmniej te same wskazania do 3. poziomu kodu ATC/ATCvet;
 - tę samą moc;
 - tę samą drogę podania;
 - tę samą postać jak produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na terytorium RP lub postać zbliżoną, która nie powoduje powstania różnic terapeutycznych w stosunku do produktu leczniczego dopuszczonego do obrotu na terytorium RP;
- a ponadto sprowadzony produkt leczniczy i produkt leczniczy dopuszczony do obrotu na terytorium RP są odpowiednio w państwie, z którego produkt jest sprowadzony, i na terytorium RP jednocześnie referencyjnymi produktami leczniczymi albo jednocześnie odpowiednikami referencyjnych produktów leczniczych”.

Swoją drogą tylko Sherlock Holmes zrozumie od razu, o co cho-

dzi w ostatnim, nad wyraz pokretnym passusie.

Wydaje się, że najważniejsze jest ograniczenie importu równoległego wyłącznie do Europejskiego Obszaru Gospodarczego, na którym to terenie bezpieczeństwo leku i pacjenta zostały postawione na najwyższym poziomie.

PRZEPAKOWANIE

Importer równoległy nie jest właścicielem *dossier* sprowadzane go leku, zarejestrowanego w kraju macierzystym (kraju prowadzącego eksport) oraz zarejestrowanego w Polsce. Zgodnie z dyrektywami Komisji Europejskiej sama procedura rejestracji produktu leczniczego będącego przedmiotem importu równoległego została uproszczona i ogranicza się do wymiany informacji między odpowiednimi agencjami rządowymi zainteresowanych państw członkowskich EOG.

W informacji dostarczonej przez URPLW MiPB czytamy: „Sprowadzony produkt leczniczy podlega przepakowaniu przez podmioty uprawnione do przeprowadzania tego etapu procesu wytwarzania. Przepakowywanie ma na celu dostarczenie pacjentowi informacji o produkcie leczniczym w języku narodowym z jednoczesnym zagwarantowaniem jakości przepakowanego produktu leczniczego”. Do produktu musi być dołączony druk informacyjny w języku polskim.

Istotnym elementem przepakowania jest nadanie produktowi leczniczemu pochodzącemu z importu równoległego nowego kodu kreskowego EAN. Jak zdecydowanie podkreślała mgr farm. Katarzyna Zaucha, samodzielny specjalista ds. importu równoległego w Urzędzie Rejestracji PL, W MiPB, pozorna „identyczność”

2004 r. /od 1 maja/	2
2005 r.	37
2006 r.	58
2007 r. /I połowa/	28

Źródło: URPLW MiPB

leku krajowego i importowanego nie zwalnia – choćby ze względów statystycznych – z takiego obowiązku.

Może się zdarzyć, że lek będzie znajdował się np. w większych opakowaniach; ich obcinanie, a w ogóle jakiegokolwiek rozpakowywanie leku jest zakazane. Można natomiast złożyć wniosek o dopuszczenie do obrotu leku w opakowaniu innym niż dotychczas stosowane na rynku. Przepakowany lek, pochodzący z importu równoległego, powinien zostać zaopatrzonej w następujące informacje dodatkowe:

- kto dokonał importu równoległego;
- kto dokonał przepakowania;
- numer pozwolenia na import;
- numer pozwolenia z kraju pochodzenia (eksportu).

NAMIASTKA KONKLUZJI

Padają zarzuty, że „import równoległy jest sterowany przez interesy wielkich koncernów farmaceutycznych”. Może i tak, ale jest on możliwy tylko wówczas, gdy lek sprowadzany jest tańszy od leku znajdującego się na rynku krajowym i spełnia praktycznie te same kryteria jakościowe. Fakt, że pochodzi z wewnętrznego rynku Wspólnoty, stanowi gwarancję bezpieczeństwa. Z tego względu należy liczyć się z tym, że będzie on wzrastał w naszym kraju, szczególnie jako źródło zaopatrzenia aptek szpitalnych.

Jacek Świdziński

**APTEKARZE
PACJENTOM**

Leczenie może być tańsze – jak?
Zapytaj o to swojego aptekarza!

Rozmowa z mgr farm. ANNA GÓLDYN, prezesem Okręgowej Rady Aptekarskiej w Kaliszu (wybrane fragmenty)

Lekarze strajkują, pielęgniarki protestują, minister chce zamykać szpitale; a pacjenci mają tego wszystkiego dość! Zdaje się, że jedynym zdrowym ogniwem w chorym systemie służby zdrowia są dziś apteki...

(...) Aptekarze – niestety – też mają swoje problemy. W Polsce praktycznie każdy, kto chce i ma odpowiednie środki, może zostać właścicielem apteki, a nawet całej sieci aptek. Musi jednak zatrudnić w nich farmaceutów! W efekcie mamy za dużo aptek, otwieranych bez żadnego sensownego planu (...). Zdarza się, że obok starej apteki, tuż za ścianą powstaje nowa. Przy takiej konkurencji trudno jest się utrzymać, zaczyna też brakować fachowego personelu. Mimo iż studia farmaceutyczne stały się modne i młodej kadry stale przybywa, szybciej przybywa aptek. A młodzi farmaceuci coraz częściej myślą o pracy za granicą...

Jak wygląda ten problem na Zachodzie?

Wolny rynek obowiązuje np. w Wielkiej Brytanii czy Belgii, czemu też towarzyszą różne problemy. W wielu innych krajach (w Niemczech, Austrii, Hiszpanii, Finlandii itd.) koncesję na aptekę może otrzy-

mać tylko farmaceuta. (...) To jest mądra zasada, bo wówczas więcej uwagi poświęca się pracy z pacjentem a nie biznesowi. I taki właśnie model – zdaniem naszego samorządu – byłby w Polsce optymalny! Niestety nasze państwo, które stawia nam bardzo rygorystyczne wymagania (...) nie zapewnia nam odpowiedniej ochrony prawnej.

Ile mamy aptek w naszym regionie i jak są rozmieszczone?

(...) W samym Kaliszu jest ich, blisko 50, co w stosunku do liczby mieszkańców miasta oznacza, że statystyczna apteka obsługuje około 2000 pacjentów. (...) Dlatego też niektóre apteki upadają, ale też ciągle powstają nowe – i tak toczy się to błędne koło. Jeszcze gorzej jest na wsiach, gdzie dopuszczono do niekontrolowanego tworzenia tzw. punktów aptecznych. Ponieważ ich zakres usług jest węższy, a koszty utrzymania niższe, doprowadziło to do upadku wiejskich aptek.

Jakie kwalifikacje ma kadra, zatrudniona w naszych aptekach?

Kwalifikacje muszą być zgodne z przepisami. W naszej izbie mamy zarejestrowanych 327 magistrów i 3 doktorów farmacji – co oznacza, że na

jedną aptekę przypada statystycznie 1,5 aptekarza. Aby apteka mogła dobrze funkcjonować, winna zatrudniać, co najmniej 2 farmaceutów (...), ponieważ poza obsługą pacjentów mamy jeszcze inne obowiązki. Stąd też wielu farmaceutów pracuje w 2-3 aptekach, ale przecież nie o to chodzi...

W takiej sytuacji apteki muszą walczyć o pacjentów. Jak samorząd ocenia takie działania?

Najbardziej niepokoi nas wojna cenowa. Niektóre apteki – z reguły zgrupowane w dużych sieciach – ogłaszają, że ich leki są tańsze. Jeśli nawet to się zdarza, to dotyczy tylko nielicznych leków refundowanych przez NFZ. Oferując „leki za grosz”, apteka i tak na tym sporo zarabia. Pacjenci skuszeni cenami kupują leki na zapas, a potem trafiają one do naszych koszy na leki przeterminowane. To jest ogromne marnotrawstwo, za które płaci całe społeczeństwo! Zachodzi też obawa, że kiedy te pozornie tanie apteki sieciowe już zdominują rynek, narzucać już inne, wysokie ceny. (...)

Rozmawiała

Bożena Szal-Truszkowska
(Ziemia Kaliska 2007–08–04)

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

Zdrowe stopy na dwa sposoby

PEDIPUR S

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

Produkt posiada świadectwo PZH

PEDIPUR

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

*Substancja czynna: metenamina
Postać/śkład: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.

Jej pasją jest rysunek

Nieporadne aniołki ściskające w pękających łapkach bukiety naiwnych kwiatków na okolicznościowych laurkach w rodzinnych albumach to pamiątka po najwcześniejszych dokonaniach plastycznych mgr farm. EWY PIASECKIEJ-KUDŁACIK. Potem już kształtniejsze postacie zaludniały liczne ilustracje lektur, a małe komiksy brały udział w szkolnych konkursach różnych szczebli.

Na studiach farmaceutycznych ulubione przedmioty – farmakognozja i botanika (nie tylko dla ziółek) – dawały możliwość rysowania, rysowania, rysowania...

Najczęściej maluje i polne kwiaty, i wiejskie, zgrzebne poleskie chatki, i zaułki starych miasteczek Prowansji, ale także „farmaceutyczne” kompozycje starego sprzętu aptecznego okraszone pękiem ziół. Wzorując się na starych obrazach, tworzy wizerunki opiekunów aptecznych, czyli świętych Kosmy i Damiana.

Jej pasją pozostał jednak rysunek, zwłaszcza ten szybki, reporterski. Pisak i szkicownik to jej nierozłączne atrybuty; często rysuje w różnych okolicznościach przenosząc na papier podobieństwo postaci, charakter, dynamikę sytuacji. Szczególnie dumna jest z niezwyklej propozycji dyrekcji teatru „Rampa”. – *Siedząc na próbach znakomitej śpiewogry wg „Kandyda” Woltera rysowałam spektakl – i te rysunki znajdują się w programie sztuki.*

Pierwszą znaczącą nagrodę – rzeźbę Bronisława Chromego – otrzymała w Krakowie w 1995 r. na Biennale Twórców Nieprofesjonalnych.



W 2001 r. za czarno-białe wielkoformatowe obrazy akrylowe na analogicznym biennale w Warszawie dostała I nagrodę.

Od 1997 r. Artystka miała kilkanaście wystaw indywidualnych, m.in. w warszawskiej Pomarańczarni.

Pięć lat temu została przyjęta do Związku Polskich Artystów Malarzy i Grafików.

Ewa Dębińska



Przy siatce w Radomiu

W tym numerze Aptekarza Polskiego gratka dla miłośników gór i wielkiej przygody. Zapraszam na relację mgr Miłosza Gawora z najwyższego szczytu Ameryki Północnej. Jeszcze gorący materiał z najzimniejszej góry świata – polecam – Miłosz opisał ekspedycję z dowcipem i swadą. Po raz kolejny Miłosz udowadnia, że jeśli bardzo się chce to można połączyć pracę zawodową z realizacją nawet tak ambitnych marzeń. Przypominam, iż wyprawa ta odbyła się pod patronatem Aptekarza.

O ile Miłosz zmagał się z temperaturami rzędu 30-40 stopni poniżej zera, o tyle zawodnicy startujący w Igrzyskach Medyków walczyli z taką samą temperaturą, tyle że na plusie! Tegoroczna ekipa z Polski była skromniejsza – ale jak wiem od dr Makucha nie oznacza to, iż wrócili na tarczy. Przeciwnie – Polacy wygrali w siatkówkę (plażową i halową), a medale przywieźli min piłkarze, tenisiści stołowi czy pływacy. Przeglądając długie dane z wynikami wszystkich dyscyplin z przyjemnością dostrzegłem dużą (większą niż w ubiegłych latach) ilość medalistów farmaceutów z różnych krajów, np. Algierii, Argentyny czy Francji. Mijamy nadzieję, iż w przyszłym roku Igrzyska odbędą się bliżej Polski – wtedy postaram się namówić Państwa do zorganizowania grupy aptekarskiej. Zapewniam – byłem w ubiegłym roku w słonecznej Toskanii – impreza jest niezapomniana!

W maju natomiast odbyły się Mistrzostwa Polski Medyków w kolarstwie szosowym. Zawody te organizowane są przez lekarzy, od ubiegłego roku startować mogą również farmaceutyci. Impreza jest w pełni

profesjonalna – składa się z indywidualnej jazdy na czas (10 km) i wyścigu w peletonie ze startu wspólnego (91,5 km). Bez dwóch zdań – „nasi” farmaceutycy wykorzystali szansę startu i choć w peletonie byli w zdecydowanej mniejszości to na podium brylowali! Pierwszego dnia zawodów podczas samotnej walki

z trasa, czasem i własnym organizmem srebrny medal wywalczył Paweł Szaduro, farmaceuta z Gdyni a brąz Robert Krawczyk, również nasz kolega, z Lublina. Ale kulminacja nastąpiła następnego dnia – w wyścigu w peletonie wśród 57 startujących najszybszy był Grzegorz Tomasiak, farmaceuta z Lublina! Nasi medaliści z „czasówki” tym razem znów czubie, 4 i 6 pozycja.

Ponawiam zaproszenie na II Otwarte Mistrzostwa Polski Farmaceutów w siatkówkę. Muszę jednak poinformować o zmianie miejsca, w którym odbędzie się turniej. **Gospodarzem tegorocznej edycji będzie Radom. Data ta sama, 27-28 października.** Za zmianę przepraszam. Mam nadzieję jednak, iż nie ma tego złego... Ośrodek MOSIR Radom dysponuje piękną halą sportową i infrastruktura

niezbędna dla tego typu imprezy. Wszystkie szczegóły, takie jak regulamin, opłaty, zakwaterowanie znajdziecie na stronie www.sport.farmacja.pl oraz pod adresem sport-medyczny@op.pl

Zapraszam wszystkich – i drużyny aptekarskie, medyczny, firmowe, pojedynczych zawodników jak i kibiców!

mgr farm. Filip Olejniczak



Denali

znaczy najwyższa



Magister farmacji Miłosz Gawor ze Starachowic pisze o wspinaczce na Mount McKinley (6194 m n.p.m.), najwyższą górę Ameryki Północnej. Szczyt, który jest diamentem „Korony Ziemi” Miłosz zdobył 16 czerwca br. Jego wyprawie patronowała redakcja Aptekarza Polskiego.

Obroty silnika wzrastają. Pilot zwalnia hamulec, przesuwa manetkę przepustnicy do przodu i mała awionetka rusza po pasie startowym. Przez chwilę podskakuje na nierównościach asfaltu, by po chwili wzbic się w powietrze. Zamykam oczy. Jeszcze nie do końca mogę uwierzyć, że tu jestem. Alaska – kraina z chłopięcych marzeń, znana jedynie z powieści Londona staje się rzeczywistością. Przez głowę przelatują migawki z ostatnich zwariowanych dni. Gorączkowe pakowanie, dwudziestoczerogodzinna podróż: Warszawa, Amsterdam, Chicago, Denver, i w końcu Anchorage. Tu nocujemy w Arctic Adventure Hostel – przyjemnym i niezbyt droгим schronisku. Dziesięciogodzinne przestawienie

czasowe powoduje, że od godziny czwartej wiercimy się w łózkach. O piątej przestajemy udawać, że śpimy i ruszamy na mały rekonesans. Anchorage jest największym miastem Alaski. Mieszka tu około 300 tysięcy mieszkańców, – czyli ponad 40% ludności tego stanu. Miasto położone jest wyjątkowo uroczo: z jednej strony wody Zatoki Cooka, z drugiej ośnieżone szczyty. Poranny, leniwy spacer jest miłą odmianą po ostatnim tygodniu. Przyglądamy się miastu powoli budzącemu się ze snu. Po szerokich kilku jezdniowych ulicach dostojnie suną pick-up’y z charakterystycznym bulgotem V-ósemki pod maską. Po drodze głodniejemy i decydujemy się na śniadanie. Bar wygląda dokładnie tak jak sobie wyobrażałem. Kelnerka,

co chwilę dolewa nam do kubków kawy czekając na zamówienie. Zestaw śniadaniowy lekko mnie przeraził: 3 jajka sadzone, plastry bekonu, kiełbaski z grilla, hash brown (to nie narkotyki tylko starte, smażone ziemniaki), 3 pankejkki z masłem i syropem klonowym. W połowie śniadania powiedziałem pas, a gdy kelnerka zapytała o deser to stwierdziłem, że chyba się z nas nabija. Teraz już wiem, dlaczego ponad połowa amerykańskiego społeczeństwa cierpi na otyłość.



W drodze powrotnej wступujemy do sklepu turystycznego, gdzie wypożyczamy rakiety śnieżne, kupujemy jedzenie liofilizowane, żele energetyczne i ostatnie drobiazgi niezbędne na wyprawie. Dodatkowo kupuję overbuty, ponieważ nie do końca ufam moim „skorupom”. W schronisku czekają już na nas dziewczyny: Anka i Magda, które doleciały innymi liniami. One tak – bagaż już nie. Nasza ekipa liczy 9 osób – większość poznana podczas poprzednich wypraw do Rosji i Argentyny.

Wojtek czeka z dziewczynami na plecaki a my wynajmujemy busa i ruszamy do Talkeetny – maleńkiej turystycznej miejscowości, pełnej drewnianych domków, rzeźbionych losi, kiczowatych pamiątek. Ale wystarczyło oddalić się na parę metrów od głównej (jedynej) ulicy by poczuć alaskański klimat. U strażników parku rejestrujemy naszą wyprawę, wykupujemy pozwolenie na wejście na szczyt oraz odbywamy obowiązkową pogadankę. Podczas prezentacji Rangersi przedstawiają nam topografię góry, położenie poszczególnych obozów, zwracają uwagę na najbardziej niebezpieczne miejsca. Później oglądamy długą kolekcję zdjęć odmrożonych kończyn i kikutów po amputacji. To tak w ramach profilaktyki. Denali – 6194m n.p.m., pomimo nienajwyższej wysokości jest zaliczana do najzimniejszych gór świata. Lodowate wichry połączone z niskim ciśnieniem atmosferycznym powodują, że odczuwalna temperatura latem często spada poniżej –40 stopni Celsjusza. Denali w języku Indian Atabaska znaczy Najwyższa. Jednak bardziej znana jest nazwa Mont McKinley nadana na cześć przyszłego prezydenta Stanów Zjednoczonych Williama McKinleya. Na koniec dostajemy worki na śmieci, pojemniki i worki na kupę oraz „good luck” na do widzenia. Kolejna wizyta po powrocie z góry.

Po wizycie u „Rangersów” meldujemy się u operatora lotów na lodowiec „Talkeetna Air Taxi”. Miła pani z obsługi skrupulatnie zapisuje wagę naszą oraz naszych bagaży. Po doliczeniu paliwa, namiotów i jedzenia na głowę wypada grubo powyżej 30 kg. Oj, nie będzie to spacer. Tego dnia nie udaje nam się wylecieć, więc nocujemy na półkach na bagażu.

Może nie najwygodniej, ale za to „for free”. Rankiem pogoda się poprawia i nareszcie lecimy na lodowiec.

Z zamyślenia wyrywa mnie nagły wstrząs. To pilot walczy z turbulencjami rzucającymi awionetką. Krajobraz uległ zmianie. Zielona tundra przecięta rzekami została za nami, a w dole pojawiły się lodowce i ośnieżone granie. Pilot wykonał zgrabny skręt, wleciał w dolinę i perfekcyjnie posadził samolot na lodowcu. Niezamowita sceneria! Góry, góry, góry z każdej strony i wąski pas lodowego lądowiska. Biel we wszystkich możliwych odcieniach! Rozładujemy plecaki ponaglani spojrzeniami ludzi, których ten samolot ma zabrać do cywilizacji. Wtedy jeszcze nie wiedziałem, dlaczego im się tak śpieszy?

Mocuję na plastikowych sankach bagaż, wrzucam plecak na plecy, podpinam do uprząży biodrowej sanki i powoli ruszam w kierunku obozu I. Na własnej skórze testuję różne patenty na sterowanie tym zaprzęgiem. Po kilku godzinach jesteśmy w „jedynce” na 2400m. W obozie niezbyt tłoczno, więc bez problemu znajdujemy wolną jamę śnieżną. Wystarczy tylko wyrównać teren, rozstawić namiot, obrzucić tropik śniegiem i przytulne M2 gotowe. Kolejny dzień to droga do obozu II położonego na 2700m n.p.m. Kilkogodzinny spacer i jesteśmy na miejscu. Pomimo wczesnej pory decydujemy się na biwak, ponieważ i tak czekamy, aż dołączy do nas Wojtek z dziewczynami. Pogoda dopisuje: lekki mroźnik, piękne słońce, można umyć się w śniegu i podsuszyć ubrania. Na Alasce o tej porze roku przypada dzień polarny, więc nawet w nocy jest jasno. Jedynie po północy niebo nabiera rubinowego koloru (świetny czas na sesję fotograficzną) i przez 2–3 godziny jest coś w rodzaju naszego zmierzchu. No i temperatura jest zupełnie inna niż w ciągu dnia.

W drodze do „trójki” mijamy się ze schodzącymi Amerykanami. Spalone słońcem i wiatrem twarze, w oczach zmęczenie i zniechęcenie. Na górze strasznie wieje, więc czekali 8 dni na możliwość ataku szczytowego. Nic z tego. Tym razem Góra zwyciężyła. Życzą nam powodzenia a sami idą w dół by jak najszybciej opuścić lodowiec. W obozie III – 3400 m n.p.m. jestem pierwszy i rezerwuję wspaniałą

apartament. Salon mieszczący 2 namioty, aneks kuchenny, osobna toaleta, a wszystko to otoczone 1,5-metrowym śnieżnym murem. Pełen komfort! Pięć gwiazdek!. Pod wieczór docierają do nas Wojtek z dziewczynami. Wojtek bez problemu przeskoczył dwa obozy w jeden dzień, ale Magda z Anitą są solidnie wypompowane. W „trójce” zakopujemy w śniegu depozyt (głównie paliwo i jedzenie na drogę powrotną) oraz sanki, które na stromych trawersach żyją własnym życiem i skutecznie utrudniają marsz.

Rano ruszamy tylko z plecakami wynosząc do góry paliwo, liofy, trochę ubrań. Pomimo, że idziemy tylko z połową ładunku wysokość robi swoje. Do Medical Campu (obóz IV) – 4200m n.p.m., docieram mocno zasapany. W obozie spotykamy grupę Polaków, a wśród nich: Martynę Wojciechowską, Kingę Barańską i Piotra Pustelnika. Przez ponad tydzień kursowali między „czwórka” a „piątką” wyczekując na warunki umożliwiające wyjście szczytowe. Wytrwałość została wynagrodzona i dwa dni temu byli na szczycie. Piotr radził: „Chłopaki jak tylko jest pogoda to napierajcie ile sił, bo jak się załame to już nic nie zrobicie.” Zakopujemy nasze depo, oznaczamy trasami i schodzimy na nocleg do „trójki”. Rano zwijamy namioty, pakujemy plecaki i ponownie pokonujemy wczorajszą trasę. Późnym popołudniem jesteśmy z całym majdanem w Medical Campie. Pięć kolejnych dni akcji przy niepełnej aklimatyzacji dało nam solidnie w kość, więc decydujemy się na dzień odpoczynku.

Obóz leży u stóp Denali. Jest miejscem, w którym spotykają się zespoły aklimatyzujące się przed wejściem, czekające na dobrą pogodę, jak również schodzące ze szczytu. Zawsze jest tu wesoło i gwarno, słychać języki z całego świata – taka alaskańska wieża Babel. Ale prawdziwym hitem jest jedyny na całym szlaku biały, porcelanowy... sedes. Przybytek ten ustawiony jest prawie w centrum obozu, otoczony niewysokim murkiem śnieżnym, więc można z niego korzystać nie przerywając konwersacji z mieszkańcami. Aha, sugeruję siadać bezpośrednio po poprzedniku (ciepła deska przy dwudziestostopniowym mrozie nie

jest bez znaczenia ;-). Medical Camp budzi się do życia w momencie, gdy na namioty ogrzeją się w promieniach słonecznych. Dopiero wtedy rozpoczyna się krzątanie, rozpalanie maszynek, topienie śniegu i gotowanie śniadania. W nocy temperatura spada poniżej -20 stopni Celsjusza ... w namiocie. Ile było na zewnątrz nie wiem termometr mieliśmy wyskalowany jedynie do -30 . W takich warunkach wszystko, co ma działać musi się znaleźć w śpiworze. A więc po kolej lądują w nim: aparat, zapasowe baterie, botki wewnętrzne ze skorup, rękawiczki, skarpety, termos z herbatą i na końcu... ja.

Zasada działania w górach wysokich jest prosta: „wchodź wysoko – śpij nisko” Organizm na niższych wysokościach szybciej się regeneruje i aklimatyzuje. Dlatego stosuje się system wahadłowy polegający na wynoszeniu depozytu do góry i powrotu na nocleg do obozu niższego. Jednak przestaje dopisywać nam pogodowe szczęście. Prognozy podane przez „Rangersów” nie są optymistyczne: 2-3 dni względnej pogody, potem mocny wiatr i opad śniegu. To za krótko, by wynieść „depo” do „piątki”, wrócić, odpocząć i ponownie wyjść do góry. Pomni słów Piotra decydujemy się na atak na lekko. Najpotrzebniejsze rzeczy, jedzenie na 3 dni, paliwo tylko w maszynkach i prawie 2 km do góry w ciągu 2 dni.

Do High Campu – 5200m n.p.m. ruszamy w 8 osób – Anita nie czuje się na siłach. Zaraz za obozem

znajduje się strome 300-metrowe podejście, które wyprowadza na półkę pod Headwallem. Jest to 250-metrowe spiętrzenie o nachyleniu 50-60 stopni. Co roku wyprawy komercyjne pozostawiają tam dla swoich klientów liny poręczowe. Wyjmuję „małpę”, wpinam w poręczówkę i ruszam do góry. Na przełęczy 4900 m n.p.m. jestem nieźle wypruty. Robimy rest dla złapania oddechu. Dalej droga wiedzie piękną eksponowaną granią. Z jednej strony widać leżący 800 metrów niżej obóz IV, a drugiej strony lot byłby nieco krótszy ;-). Wieczorem docieramy do „piątki”. Zachodzące słońce zaczyna bawić się z chmurami malując na niebie karmazynowe wzory. Oglądamy ten spektakl ubrani w ciepłe „puchy”. Gdy tylko słońce schowało się za granią momentalnie znikamy w śpiworach. Minimalizując wagę plecaków zdecydowaliśmy spać po 3 osoby w dwuosobowych namiotach. W pełnym rynsztunku puchowym zajmujemy naprawdę sporo miejsca, więc jakkolwiek ruch powoduje lodowy prysznic ze szronu, który zamarzył na wewnętrznych ściankach namiotu. O spaniu nie ma mowy. Boli mnie głowa. Łykam ibuprom, poprawiam ketonalem – niewiele pomaga. Kiepsko się czuję i rano nie mogę się pozbierać. Maszynka nie chce odpalić i długo walczę by przygotować picie na drogę. Chłopaki już wyszli, ja z Magdą jeszcze się guzdrzemy. Jacek pasuje. W nocy dusił go mokry kaszel. Obawia się obrzęku płuc – schodzi do Medical Campu.

Pierwszy odcinek to stromy trawers na Denali Pass. Wlokę się za „tramwajem” wspinaczy amerykańskich. O wyprzedzeniu nie ma mowy – jest za stromo i za wąsko. Na przełęczy mały postój. Wolne tempo w zacienionym trawersie wychłodziło organizm, więc szczękając zębami ubieram się w pośpiechu. Wobawie przed odmrożeniami zakładam na skorupy overbooty i dodatkową parę łapawic. Ślimaczym tempem ruszam do góry. Magda rezygnuje – schodzi do obozu. Na jednym z postojów zauważam brak termosu z pićm. Musiałem go zostawić podczas przebierania na przełęczy. Kolejny dylemat: ryzykować czy odpuścić? „Podejdę parę metrów za ten grzbiet i tam podejmę decyzję” – oszukuję w myślach samego siebie. Przesuwając tę granicę do kolejnej skały, przełączki czy bałuchy śnieżnej pomalutku zdobywam wysokość. Na 5800 spotykam siedzącego na śniegu Ryśka. Krótki dialog: „Jak tam?” – „Słabo, dorwała mnie wysokościówka” Na pożegnanie ratuje mnie kubkiem herbaty i schodzi w dół. Mijam kolejne wzniesienie i przed oczami ukazuje się rozległe pole śnieżne – to Football Field. A za nim „na deser” dwustumetrowe spiętrzenie wyprowadzające na grań szczytową. Robi się coraz zimniej i dodatkowo zrywa się lekki wiatr. Zakładam całą awaryjną odzież, gogle, ochraniacz na twarz. Wmuszam w siebie jakieś energetyczne paskudztwo i ruszam w górę. Po godzinie jestem na grani. Jest piękna. Stroma, wąska z przewieszonymi czapami lodowych nawisów. Chmury są daleko pode mną. Chyba warto by się było z kimś związać. Chłopaków nie widać – pewnie są już na szczycie. Podchodzę do komercyjnej wyprawy amerykańskiej i proszę o możliwość związania się z nimi. Lider – zawodowy przewodnik tłumaczy, że został wynajęty przez tych wspinaczy, musi im zapewnić maksymalne bezpieczeństwo i nie mogę skorzystać z ich liny. Na chwilę osłupiałem! Kapitalizm – kapitalizmem, ale w górach spotykam się z czymś takim po raz pierwszy. Rozważam możliwość ostrożnego przeżywcowania grani, gdy zauważam schodzących chłopaków. Po 15 minutach gratuluję im zdobycia Denali. Wiążę się z Wojtkiem i po pół godzinie jestem



na szczycie. Szybkie fotki, uścisk „na misia” i w dół.

Po drodze doganiamy idącego coraz wolniej Andrzeja. Wysokość „rozbijała” mu błędnik i rzuca nim coraz bardziej. Wiążemy go na sztywno pomiędzy siebie i ostrożnie schodzimy. Zejście trwa wieczność, ponieważ asekurujemy się z każdego możliwego punktu. O 23 jesteśmy w obozie. Teraz gotowanie płynów dla Andrzeja, potem dla siebie i dopiero o pierwszej wsuwam się do śpiwora. Zasypiam ze świadomością dobrze wykonanej roboty. Osiem dni od lotniska na szczyt – jeden z lepszych wyników w sezonie.

Rano Andrzej czuje się lepiej, ale i tak wszyscy chcemy jak najszybciej zgubić wysokość. Likwidujemy obóz i schodzimy do „czwórki”. Anita i Jacek czekają na nas z pełnymi termosami. Zwijamy pozostawione namioty i ruszamy do „trójki”. Po noclegu odkopujemy depozyt, ładujemy sanki i maksymalnie obciążeni schodzimy w dół. Poniżej obozu II lodowiec zmienił się nie do poznania. Słońce wytopiło mosty śnieżne, po których szliśmy dwa tygodnie wcześniej. Rozsądek nakazywał poczekać do nocy by mróz zestalił lodowe konstrukcje, więc... wiążemy się w dwa oddzielne zespoły i ostrożnie posuwamy się dalej ;-). Na efekty nie trzeba było

długo czekać. Najpierw Jacek ładuje go wyciągnęliśmy, z tyłu dobiegają okrzyki. To idący w drugim zespole Jarek bezmyślnie stanął na środek mostu, który nie wytrzymał obciążenia i chłopak przejechał się lodową winą pięć metrów w dół. Reszta zespołu wyhamowała lot i teraz czekają na pomoc. Znowu budowanie stanowiska i akcja ratownicza. Skończyło się tylko na strachu, pozostawionych w szczelnie goglach i kijkach trekkingowych. Po tych przygodach stwierdziliśmy, że limit szczęścia wyczerpaliśmy i nie ma, co dalej kusić losu. Rozbijamy namioty i czekamy do nocy. Pobudka o drugiej i po trzech godzinach w miarę bezpiecznie docieramy do lotniska. Tu meldujemy się u operatora naszej agencji lotniczej. Z powodu zamrzenia loty na razie są wstrzymane. Rozpoczyna się najgorsze – czekanie. Po dwunastu godzinach nad doliną słyszymy cichy warkot i po chwili ukazuje się czerwony samolocik. Teraz to my ponaglamy wysiadających wspinaczy, którzy nie mogą zrozumieć, czemu tak się spieszymy.

Niedługo po starcie pilot nerwowo przełącza różne przyciski, konsultując się, co chwilę z wieżą. Diagnoza brzmi: awaria systemu podnoszenia nart uniemożliwiająca lądowanie na

betonowym pasie. Lądujemy awaryjnie na innym lodowcu. Po półgodzinnej naprawie wszystko podobno jest ok. W ramach rekompensaty pilot zbacza z trasy i po raz pierwszy możemy podziwiać Naszą Górę w całej okazałości. Jest prześliczna! Wreszcie lotnisko w Talkeetna. Otwieram drzwi samolotu i w nozdrza uderza mnie niezwykle intensywna mieszanka zapachów: wilgotnej ziemi, spalin, trawy, kwitnących drzew. Po dwóch tygodniach spędzonych na lodowej jałowej pustyni organizm zupełnie inaczej reaguje na bodźce, których, na co dzień nie zauważamy.

A teraz przyszedł czas na to, o czym się marzy podczas każdej długiej, górskiej wyprawy. Gorący prysznic i uzupełnianie wypoconych elektrolitów i spalonych kalorii, – czyli totalne obżarstwo. W błyskawicznym tempie nadrabiam zgubione w górach 4 kg. Tydzień extra, który nam pozostał po zdobyciu Góry poświęcamy na intensywne zwiedzanie Alaski. Ponad 800-milowa podróż za koło podbiegunowe na wybrzeże Oceanu Arktycznego, by potem przeskoczyć na południowe fiordy spadające lodowcami do Pacyfiku..., ale o tym przy innej okazji.

mgr farm. Miłosz Gawor
fot. archiwum autora



Wyjaśnienia niektórych terminów:

- „overbooty” – ochraniacze na buty zabezpieczające przed śniegiem i mrozem
- „skorupy” – plastikowe buty do wspinaczki wysokogórskiej
- „liofy” – „jedzenie liofilizowane”, pozbawione w wody jedzenie turystyczne
- „żywcowanie” – „chodzenie na żywca” – wspinaczka bez asekuracji
- „depo” – depozyt
- „trasery” – aluminiowe lub bambusowe tyczki z kolorowymi wstążkami służące do zaznaczania szlaku lub wybranych miejsc
- „małpa” – przyrząd samozaciskowy służący do autoasekuracji

LIDOPOSTERIN®

Lidocainum 50 mg/g, maść 25 g

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



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



Podmiot odpowiedzialny:

Dr. Kade Pharmazeutische Fabrik GmbH
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 wyciśniętego z tuby wynosi około 3,5 cm, co odpowiada 1,6 g maści. **Stosowanie:** Maść należy stosować rano i wieczorem po wypróżnieniu. Maść należy ostrożnie wetrzeć w skórę i błony śluzowe wymagające leczenia. W celu stosowania w kanale odbytu należy posługiwać się aplikatorem, dołączonym do opakowania. Aplikator jest przymocowany do tuby i ma zdejmowaną nakrętkę. Poprzez naciśnięcie tuby maść zostaje wciśnięta do aplikatora, którego długość stożkowatego zakończenia rurki, wkładanego do odbytu wynosi 3,4 cm. Następnie aplikator należy ostrożnie włożyć w 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 krwiobiegu i spowodować niepożądane działanie układowe. **Działania niepożądane:** Rzadko mogą występować miejscowe reakcje z nadwrażliwości (np. świąd, pieczenie). **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** 11628 wydane przez Ministra Zdrowia

DIAPREL[®] MR

Gliklazyd 30 mg

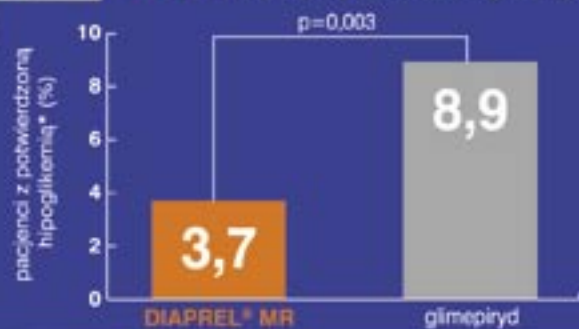
najczęściej 2 – 4 tabl. w porze śniadania*



GUIDE

DIAPREL[®] MR

2x mniej hipoglikemii vs glibeprzyd



GUIDE

Międzynarodowe, wieloośrodkowe, randomizowane badanie z podwójnie ślepą próbą

EVIDENCE BASED MEDICINE

1. Skuteczność:

Diaprel MR = glibeprzyd

2. Bezpieczeństwo:

Diaprel MR > glibeprzyd

2 razy mniej potwierdzonych epizodów hipoglikemii w porównaniu z glibeprydem przy tej samej skuteczności klinicznej.

Scherthaner G. i wsp. Eur J Clin Invest 2006;36:535-542

* glibeprzyd 2 i 4 tabletki; glibeprzyd 30 mg MR 2-4 tabletki

[†] glibeprzyd MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg

Diaprel[®] MR 30 mg



Małopolskie Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne Sp. z o.o. ul. Jana Pawła II 15, 31-342 Wrocław, tel. 71 354 00 00, fax 71 354 00 01, e-mail: biuro@diaprel.pl