Nr 9 / listopad 2006

APTEKARZ POLSKI

ISSN 1895-6041

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej

egzemplarz bezpłatny

- Albo apteka, albo pomieszczenie między kuchnią a pralnią
- O potrzebie rozważnej fitoterapii
- W numerze: Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej

SOPELEK
małego noska przyjacielem

Końcówka jest doskonale dostosowana do nosa niemowlęcia i zawiera filtr absorbujący

Zapasowe jednorazowe filtry Sopelek dostępne są w opakowaniach po 10 sztuk

Opakowanie zawiera aparat Sopelek + 10 jednorazowych filtrów absorbujacych

Dostępne opakowania Sopelka:
Sopelek - odciągacz kataru + 3 końcówki zapasowe
Sopelek2 - odciągacz kataru + 10 filtrów jednorazowych

Dostępny w aptekach

odciągacz kataru
tani i skuteczny

SALUS INTERNATIONAL sp. z o.o.
ul. Pułaskiego 9, 40-273 Katowice
tel. (+48 32) 788 00 00
www.salusint.com.pl

Fot. archiwum redakcji

Patrząc w przyszłość

Wiele tygodni upłynie zanim z pierwszych stron gazet zniknie temat corhydronu.

Z całą pewnością leży w interesie nas wszystkich: pacjentów, farmaceutów, lekarzy, załogi Jelfy – wyjaśnienie każdego wątku tej sprawy. Potrzeba zaangażowania wielu ludzi, techniki i finansów, aby wydać właściwy werdykt.

Inspekcja farmaceutyczna w Polsce, jako jedna z pierwszych służb państwowych, funkcjonuje zgodnie z zasadami przyjętymi w Unii Europejskiej i światowymi standardami. Po raz pierwszy stanęła jednak oko w oko z sytuacją kryzysową na tak dużą skalę. Czy zda egzamin?... Czy my wszyscy zdamy ten egzamin?

Przy okazji, dziękuję wszystkim tym Koleżankom i Kolegom, którzy profesjonalnie stanęli na wysokości zadania i dołożyli maksymalnej staranności, aby ostrzec pacjentów przed grożącym im niebezpieczeństwem po ewentualnym zastosowaniu wątpliwych jakościowo produktów leczniczych. Dziękuję także za sprawnie przeprowadzoną akcję wycofywania corhydronu z obrotu. Wyrażam przekonanie, że Pan minister znajdzie prawne rozwiązanie problemu rekompensaty kosztów poniesionych przez farmaceutów związanych ze zwrotem pacjentom ceny zakupu odniesionych do aptek produktów leczniczych, które nie były kupione w danej placówce.

Wydarzenia ostatnich tygodni spędzają mi sen z oczu także z innego powodu. Ślimaczą się prace legislacyjne nad nowelizacją m.in. prawa farmaceutycznego. Żaden z określonych wcześniej terminów harmonogramu prac nad tzw. ustawami „farmaceutycznymi" nie został dotrzymany. Ostatnio mówi się o pierwszym kwartale 2007 roku. Oby!

Ale dosyć już utyskiwania. Służby finansowe Rady Naczelnej przygotowują obecnie projekt preliminarza budżetowego na 2007 rok. Zgodnie z założeniami przygotowywane są propozycje finansowania stałych projektów takich, jak wydawnictwo samorządowego miesięcznika, konferencje naukowo-szkoleniowe, w tym sztandarowa jesienią w Krakowie, rozwój szkoleń internetowych, szkolenia dla rzeczników i sędziów sądów samorządowych, dla prawników izb, organizacja Dnia Aptekarza 2007 i udział izby w Zjeździe Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Katowicach. Do nowych zadań należy zaliczyć działania związane z mecenatem samorządu nad aptekarzami-twórcami tj. poetami, malarzami, rzeźbiarzami, muzykami a także nad studentami wydziałów farmaceutycznych. Zakładamy także większą aktywność samorządu w zakresie budowy społeczeństwa informatycznego i monitorowania zdarzeń w ochronie zdrowia w naszym kraju.

Andrzej Wróbel

Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej

Warszawa, listopad 2006 r.

SPIS TREŚCI

EKSPERTYZY, RAPORTY
W walce z przeziębieniem 4

AKTUALNOŚCI 4, 5, 6, 12, 13, 32

KONFERENCJE, NARADY, SEMINARIA
Wyłom w mentalności....6

ROZMOWY REDAKCJI
Albo apteka, albo pomieszczenie między kuchnią a pralnią....8

NOWE REJESTRACJE
Nowe rejestracje UE 11
Nowe rejestracje PL 17

WSZECHNICA APTEKARSKA
O potrzebie rozważnej fitoterapii....12

NOWOŚCI RYNKOWE
Nowości na rynku – sierpień 2006....15

EDUKACJA
Młoda farmacja o zdrowiu stulatków 22

APTEKI ŚWIATA
Pacjent w Kalifornii 23

LEX APOTHECARIORUM....29

Nagrodzony album....29

Kodeks wiedeński 30

BIBLIOTEKA APTEKARZA
Warto żyć, warto marzyć, a najważniejsza jest miłość 31
Dobry i bezpieczny lek 32

SPORT TO ZDROWIE
Flaga polskiego aptekarstwa na Elbrus....33
Pora samarować deski....33

MANUAŁ APTEKARSKI
Nadciśnienie tetnicze – choroba cywilizacyjna 35

BIULETYN NRA .... I - II

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

Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa, tel: 22 635 92 85, fax: 22 887 50 32, e-mail: nia@nia.org.pl; www.nia.org.pl

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

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

Marketing i reklama: Ewa Firlej

Grafik: Magda Sierocińska

Korekta: Halina Śnieżko

Druk: Miller Druk sp. z o.o, W-wa, ul. Jagiellońska 82

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

ZOFIA ULZ GŁÓWNYM INSPEKTOREM FARMACEUTYCZNYM

Fot. Jerzy Gumowski

16 listopada 2006 r. **Zofia ULZ** została powołana na stanowisko Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

***

14 listopada 2006 r. premier Jarosław Kaczyński odwołał **ZBIGNIEWA NIEWÓJTA** ze stanowiska Głównego Inspektora Farmaceutycznego**.** Prezes NRA, Andrzej Wróbel, apelował do Premiera Jarosława Kaczyńskiego *„o wstrzymanie ostatecznej decyzji, co do losów (...) Głównego Inspektora Farmaceutycznego (...) aż do czasu wszechstronnego wyjaśnienia sprawy z Corhydronem”.*

AKTUALNOŚCI WYBÓR Z KURIERA NIA

www.nia.org.pl

Nr 44 - 2006

8 listopada odbyło się posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej.

8 listopada Grzegorz Kucharewicz, wiceprezes NRA, przesłał pismo do Bolesława Piechy, sekretarza stanu w MZ, w którym wnosi o zmianę § 5 pkt 1 rozporządzenia ws. wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa oraz sposobu obliczania kosztu sporządzenia leku recepturowego.
www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier2006_44_zal1.pdf

W walce z przeziębieniem i grypą

PHARMA EXPERT

Końcówka roku jest okresem, kiedy w naturalny sposób zwiększa się sprzedaż apteczna. Sezon jesienno-zimowy to okres wzrostu zachorowań na przeziębienie i grypę, to czas kiedy pojawiają się kolejki zarówno w aptekach jak i gabinetach lekarskich.

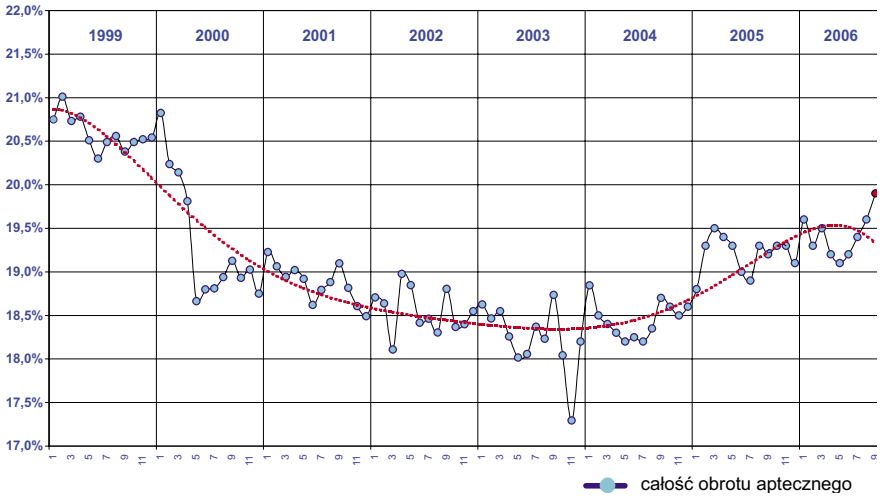
Producenci leków OTC prowadzą zintensyfikowane kampanie medialne, mające na celu przyciągnięcie uwagi pacjentów do swoich preparatów. Praktycznie każda przerwa reklamowa w telewizji obfituje w reklamy leków OTC, które głównie mają nas uchronić od przeziębienia bądź pomóc w likwidacji jego przykrych objawów. Gorączka, ból gardła, katar, złe samopoczucie, kaszel, to objawy pojawiające się u pacjentów najczęściej. Stąd właśnie w tych obszarach pojawia się najwięcej specyfików. Mają one za zadanie zredukować bądź zlikwidować występowanie uciążliwych dolegliwości w możliwie jak najkrótszym czasie.

Pacjent dzisiaj ma coraz mniej czasu na chorowanie, chce szybciej powrócić do pełnej sprawności i do swych codziennych zawodowych obowiązków. Rzecz jasna nie zawsze samoleczenie jest wystarczające, pojawia się konieczność wizyty lekarskiej i kontynuowania terapii lekami receptowymi, w tym antybiotykami aby uniknąć przykrych i długotrwałych powikłań. Okres jesienny to również czas, kiedy szereg pacjentów stara się uniknąć jesiennych zachorowań przyjmując preparaty witaminowe, uodparniające. Coraz więcej z nas szczepi się przeciwko grypie.

Dla pacjentów szczególnie istotne jest zasięgniecie fachowej porady, czemu służy rozmowa z farmaceutą w aptece. Szereg reklamowanych preparatów zawiera składniki typu paracetamol, kwas acetylosalicylowy, różne komponenty o działaniu antyhistaminowym, których pacjent nie może przyjmować bez ograniczeń. Konsultacja w aptece, podstawowym ogniwie opieki farmaceutycznej, wyeliminuje ryzyko popełnienia błędu przy samoleczeniu.

We wrześniu sprzedaż apteczna w cenach detalicznych wyniosła około 131.000 złotych. Stanowi to 6,9% wzrostu w stosunku do poprzedniego miesiąca a w porównaniu ze stanem sprzed roku zanotowano spadek o około 2,2%, co oznacza, że tegoroczny wrzesień nie był szczególnie korzystny pod względem wartości sprzedaży. Z drugiej jednak strony odnotowujemy wzrost marży aptecznej – średnia marża wyniosła 19,9% co jest najlepszym wynikiem od pierwszej połowy 2000 roku.

Porównanie średniej marży procentowej dla całego obrotu aptek w latach 1999 - 2006



Starając się odpowiedzieć na pytanie dlaczego średnia marża apteczna tak bardzo wzrosła we wrześniu przy jednoczesnym spadku całkowitych obrotów apteki wyjaśniam, iż stało się to dzięki około 6% wzrostowi sprzedaży leków w sprzedaży odręcznej, które posiadają znacznie wyższą marżę, niż leki receptowe.

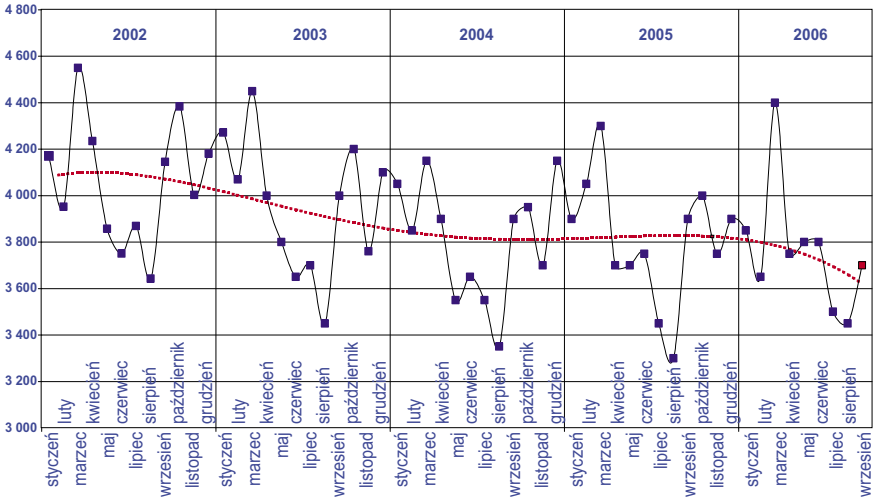
Innym efektem tak znacznego wzrostu sprzedaży leków OTC jest spadek wydatków refundacyjnych NFZ.

We wrześniu średnia cena statystycznego leku wyniosła około 13,27 złotych, a średnia wartość jednej transakcji dokonanej w statystycznej aptece 16,62 złotych. Przeciętna apteka dokonała około 7884 transakcji a ilość pacjentów wyniosła około 3700 osób, co jest wynikiem gorszym od roku 2005, gdy ilość wrześniowych pacjentów wyniosła około 3900 osób.

Zgodnie z przewidywaniami analityków PharmaExpert, rynek farmaceutyczny wzrośnie o około 7% do poziomu 20,26 mld złotych (ceny detaliczne brutto). Wzrost obrotów dla przeciętnej apteki ukształtuje się jednak na zdecydowanie niższym poziomie i wyniesie około 2%, co spowodowane jest przez stale rosnącą liczbę aptek. Rok 2006 rozpoczynaliśmy mając około 12 000 aptek w Polsce, a szacunkowa ilość na koniec roku wyniesie ponad 12 500.

Piotr Kula
Prezes Pharma Expert

Średnia ilość pacjentów w statystycznej aptece w ciągu miesiąca



8 listopada Andrzej Wróbel, prezes NRA, w związku z sytuacją kryzysową związaną z natychmiastowym wycofaniem z obrotu na terenie całego kraju produktu leczniczego o nazwie określonej na jego opakowaniu: Corhydron 250 proszek i rozpuszczalnik, skierował do wszystkich aptekarzy wykonujących zawód na terenie Polski KOMUNIKAT o sposobie przyjmowania od pacjentów ww. produktu w celu jego zabezpieczenia.
www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier2006_44_zal2.pdf

9 listopada Andrzej Wróbel, prezes NRA, skierował do Jarosława Kaczyńskiego, Prezesa Rady Ministrów stanowisko samorządu aptekarskiego ws. działań Głównego Inspektora Farmaceutycznego, związanych z wycofaniem z obrotu leku o nazwie Corhydron 250.
www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier2006_44_zal3.pdf

Nr 43 - 2006

25 października odbyło się posiedzenie Naczelnej Komisji Rewizyjnej NRA.

25 października Andrzej Wróbel, prezes NRA skierował pismo do Zbigniewa Religi, Ministra Zdrowia, z prośbą o zajęcie jednoznacznego stanowiska, co do sposobu rozumienia ustawowego pojęcia „sprzęt elektroniczny skażony". Prezes przesłał powyższe pismo do wiadomości Andrzej Wojtyły, Głównego Inspektora Sanitarnego.

Nr 42 - 2006

18 - 19 października odbyły się spotkania szkoleniowe:
- sędziów Naczelnego Sądu Aptekarskiego i przewodniczących okręgowych sądów aptekarskich,
oraz
- Okręgowych Rzeczników Odpowiedzialności Zawodowej Okręgowych Izb Aptekarskich i zastępców Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej.

Zjazd aptekarzy Ziemi Kaliskiej

19 listopada odbył się XIII Sprawozdawczy Zjazd Kaliskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Data Zjazdu zbiegła się z uroczystościami 15-lecia odrodzenia samorządu aptekarskiego Polsce.

Delegaci spotkali się w pięknej scenerii zasłużonego dla polskiej kultury teatru im. Wojciecha Bogusławskiego w Kaliszu. Wśród gości Zjazdu był **Janusz Pęcherz**, Prezydenta Miasta Kalisza. Dzieląc się osobistymi refleksjami związanymi z pracą aptekarzy Prezydent powiedział – *„byłem świadkiem sytuacji, gdy do apteki przyszedł pacjent i kupując najtańszy lek, zaczął opowiadać historię swojej choroby. Aptekarka cierpliwie wysłuchała, wyraziła współczucie, a potem z delikatnym uśmiechem, pełnym ciepła i życzliwości, życzyła powrotu do zdrowia. Wspomniany pacjent niemalże rozpromieniony opuszczał aptekę i wyglądało to tak, jakby uczestniczył w jakiejś terapii, która okazała się milowym krokiem w walce z jego chorobą”.*

Na pamiątkę spotkania z aptekarzami Ziemi Kaliskiej Prezydent przekazał **Annie Gołdyn,** Prezesowi ORA w Kaliszu pamiątkową tablicę.

I Ogólnopolska Konferencja Aptek Szpitalnych

Wyłom w mentalności

W dniach 19-20 października odbyła się w Krakowie I Ogólnopolska Konferencja Aptek Szpitalnych organizowana przez Departament Aptek Szpitalnych Naczelnej Rady Aptekarskiej. Dotyczyła ona roli aptek szpitalnych w systemie lecznictwa zamkniętego. Hasło przewodnie spotkania to: „Apteka w szpitalu – magazyn leków, czy coś więcej?

Podczas pierwszego dnia konferencji wystąpili: Zbigniew Niewójt – Główny Inspektor Farmaceutyczny, Andrzej Wróbel - Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, Maciej Piróg – wiceprezydent Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali, dyrektor Szpitala Instytut „Pomnik Centrum Zdrowia Dziecka” oraz przedstawicielki Ministerstwa Zdrowia: Małgorzata Budasz-Świderska i Gabriela Oficerska. Pierwszy dzień **spotkania** zakończył wykład Janiny Pawłowskiej na temat ustawowych zadań apteki szpitalnej. Drugi dzień składał się z wykładów, które miały charakter warsztatów szkoleniowych. Istotne problemy poruszone podczas warsztatów dotyczyły m.in.: gospodarki lekiem w szpitalu, badań klinicznych oraz monitorowania działań niepożądanych leków. ważnym tematem była także informacja na temat cytostatyków i żywienia dojelitowego oraz pozajelitowe w szpitalu.

Wykład Janiny Pawłowskiej na temat ustawowych zadań apteki szpitalnej

Była to konferencja szczególna, ponieważ po raz pierwszy w jednym miejscu spotkali się przedstawiciele aptek szpitalnych, Ministerstwa Zdrowia i dyrektorzy polskich szpitali. Nigdy dotąd nie dyskutowano na tak szerokim forum o roli apteki szpitalnej w leczeniu hospitalizowanych pacjentów. Nie pominięto również informacji o korzyściach ekonomicznych dla szpitala dzięki odpowiednio prowadzonej

aptece szpitalnej. Farmaceuci mieli wreszcie okazję przedstawić, opierając się na rzeczowych danych, jak znakomitą rolę odgrywa apteka szpitalna w placówkach lecznictwa zamkniętego. Podczas kuluarowych dyskusji okazało się, że wielu dyrektorów szpitali opiera swą wiedzę na temat aptek szpitalnych na podstawie obiegowych, nie do końca prawdziwych, opinii.

- *Tym razem to farmaceuci mają coś do powiedzenia dyrektorom szpitali, których chcemy uświadomić, że apteka szpitalna z odpowiednią kadrą może odegrać bardzo ważną rolę w szpitalu i podnieść jakość usług w tej placówce* – tymi słowami Janina Pawłowska rozpoczęła konferencję. Andrzej Wróbel dodał: - *Chcemy sprowokować uczestników do dyskusji na poszczególne tematy. Nie powinno być między lekarzami, a farmaceutami nieporozumienia, a wręcz przeciwnie, nić porozumienia – usłyszeli wszyscy.*

Maciej Piróg, który wystąpił w pierwszym dniu konferencji, w swoim wystąpieniu nawiązał do wypowiedzi prezesa Wróbla: - *Należy mówić nie tyle o nieporozumieniu, co o starych zaszłościach. Myślę tutaj o opinii, że lekarz jest osobą dominującą w leczeniu chorego. Z różnym skutkiem, już od kilkunastu lat odchodzi się od tego modelu. Wiele środowisk postrzega lekarza jako lidera w procesie leczenia, a nie jest do końca uzasadnione. Myślę, że takie interdyscyplinarne spotkania, jak to, mają doskonałe znaczenie w burzeniu istniejących mitów i stereotypów oraz poprawią one relacje między farmaceutami prowadzącymi apteki szpitalne i lekarzami* – powiedział wiceprezydent Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali.

Podczas spotkań poruszono także ważną kwestię przygotowania receptariusza szpitalnego oraz roli apteki szpitalnej w zapobieganiu zakażeniom szpitalnym.

- *Uznanie apteki szpitalnej za magazyn i sklep, to kompletne spłaszczenie tematu* – usłyszeliśmy od aptekarzy podczas wielu kuluarowych dyskusji. Bezpieczna antybiotykoterapia, prowadzenie ewidencji leków, sprawdzanie wiarygodności dostawców, sporządzanie leków recepturowych to tylko nieliczne z zadań jakie spoczywają na pracownikach apteki szpitalnej. Na farmaceutach opiera się bezpieczeństwo leczenia chorego. A wreszcie to w aptece szpitalnej znajduje się cała wiedza o poszczególnych pacjentach, którzy w czasie jednego pobytu w szpitalu, leczą się na kilku oddziałach

„Apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego, w której osoby uprawnione świadczą usługi farmaceutyczne"

Prawo farmaceutyczne, Dz. U. Nr 126 z dn. 31.10.2001 r.

Podobny pogląd w sprawie roli i znaczenia apteki szpitalnej ma Minister Zdrowia: „ ...apteka szpitalna nie może spełniać jedynie roli magazynu leków...", stwierdził minister w liście skierowanym do uczestników konferencji.

- *Dla dyrektora szpitala jest jeszcze drugi ważny aspekt związany z działaniem w jego placówce apteki szpitalnej* – podkreślił jeden z dyrektorów szpitala. – *Myślę tutaj o względach ekonomicznych. Wszyscy wiemy, że wydawanie leków dla konkretnego pacjenta, a nie całego oddziału pozwala na liczenie kosztów. Oczywiście gospodarka lekiem w pierwszym wariancie jest zawsze bardziej ekonomiczna* – dodał.

Sceptycy, jak to w ich zwyczaju, mówili, że jedna konferencja nie zmieni wiele, ale tematy na niej poruszane są wzbogaceniem dotychczasowej wiedzy na temat roli farmaceutów w szpitalu w ogóle.

- *To spotkanie to wyłom w stereotypowym pojmowaniu tematu. Pozwoli na powolną, ale konsekwentną zmianę mentalności lekarzy, pod warunkiem, że będą oni chcieli słuchać tego o czym się tutaj mówi* – powiedział na koniec spotkania Piotr Jóźwiakowski z Okręgowej Rady Aptekarskiej w Krakowie.

- *Właśnie dlatego tak bardzo zależało mi na skonfrontowaniu poglądów obu środowisk. Wszyscy zauważamy, że coraz silniejsza jest tendencja likwidowania aptek szpitalnych, rzekomo wcale niepotrzebnych w szpitalach* – wyjaśniła Janina Pawłowska.

W konferencji uczestniczyli także wiceprezesi NRA Wojciech Giermaziak i Grzegorz Kucharewicz

Joanna Korn
fot. autorki

Albo apteka, albo pomieszczenie między kuchnią a pralnią

Fot. archiwum redakcji

Z Janiną Pawłowską, koordynatorem Departamentu Aptek Szpitalnych Naczelnej Rady Aptekarskiej rozmawia Joanna Korn

- Jaką rolę w życiu szpitala odgrywa apteka szpitalna?

- O tym jak dużą rolę w szpitalu powinna odgrywać apteka szpitalna decydują same przepisy prawne, które nakładają na nią wiele obowiązków i zadań. Rola apteki nie sprowadza się do przysłowiowego magazynu leków. Wystarczy wspomnieć, że jej podstawowym zadaniem jest koordynowanie gospodarki lekiem w lecznicy, dbanie o bezpieczną farmakoterapię i leczenie.

- Wspomina Pani, że apteka szpitalna powinna odgrywać poważną rolę w szpitalu. Czy to znaczy, że rzeczywistość wygląda inaczej?

- Wiele zależy od możliwości finansowych szpitala oraz zrozumienia i docenienia pracy farmaceutów szpitalnych przez dyrekcję szpitala. Niestety często zdarza się, że dyrektorzy nie stwarzają odpowiednich warunków do realizowania przez aptekę swoich zadań. Stworzenie odpowiednich warunków polega na zapewnieniu spełniających wszelkie wymogi bazy lokalowej, oraz pomieszczeń do wykonywania leków w warunkach jałowych. A wreszcie odpowiedniej obsady farmaceutycznej. Niestety o tym, że apteka i farmaceuta są niejednokrotnie pomijani w procesie leczenia, wynika z dawnych ukształtowanych w czasach komunizmu stereotypów, gdzie apteka spełniała jedynie rolę usługową, a rola farmaceuty została sprowadzona do osoby sprzedającej leki. Powoli odchodzimy od tego stereotypu. Na zachodzie wygląda to zupełnie inaczej. Tam farmaceuta odgrywa bardzo ważną rolę w procesie leczenia chorych.

- Jak wobec tego wygląda sytuacja aptek szpitalnych?

- Apteki szpitalne można podzielić na trzy grupy. Pierwsza to apteki, które posiadają fachowy personel i stworzone warunki lokalowe, które pozwalają na realizowanie wszystkich zadań, do których są zobowiązane. Dzięki temu szpital może rzeczywiście niedrogo i bezpiecznie leczyć. Do drugiej grupy należą apteki, które nie posiadają odpowiednich warunków lokalowych. Nie mają pomieszczeń do robienia preparatów w warunkach jałowych. Jednak zarówno personel apteki jak i dyrekcja szpitala, mimo wielu przeszkód i lokalowych i finansowych dokładają wszelkich starań by apteka dobrze spełniała powierzoną jej rolę w lecznicy. Los ostatniej grupy aptek, jest taki, że nie tylko brak zrozumienia dyrekcji dla ich pracy, po prostu ją uniemożliwia. Również sami farmaceuci usuwają się z aktywnego życia szpitala, Rola apteki jest zmarginalizowana i jak mówi się przysłowiowo znajduje się ona *gdzieś między kuchnią, a pralnią.*

- Których z wymienionych grup aptek mamy w Polsce najwięcej?

- Na szczęście większość aptek można zaliczyć do drugiej grupy, co oznacza, że jesteśmy na dobrej drodze ku lepszemu. Organy założycielskie oraz dyrektorzy są coraz bardziej otwarci na pomoc fachowego pracownika szpitala jakim jest farmaceuta, którego wkład w podniesienie bezpieczeństwa leczenia pacjenta nigdzie w świecie nie jest kwestionowane. Wystarczy, że przytoczę słowa jednego z dyrektorów mojego szpitala: *„Odkąd mam aptekę, która prawidłowo funkcjonuje i jest odpowiedzialna za bezpieczną farmakoterapię, mogę spać spokojnie”.*

- Wspomniała Pani, że apteka szpitalna jest ustawowo zobowiązana do wielu zdań.

- Podstawowe zadanie to wydawanie leków i wyrobów medycznych, opracowanie procedur ich wydawania, prowadzenie ewidencji leków, sprawdzanie wiarygodności dostawców i jakości produktów. Do nas należy również zapewnienie bezpieczeństwa stosowania leków i np. natychmiastowego wycofania z oddziałów i apteki leków wstrzymanych lub prawnie wycofanych ze sprzedaży, a także monitorowanie ordynacji lekarskiej. Ale to dopiero początek. Apteka szpitalna odpowiedzialna jest oczywiście za sporządzanie leków recepturowych i aptecznych, dostosowanie ich postaci i dawki do indywidualnych potrzeb chorego. Naszym zadaniem jest również bieżąca znajomość rynku farmaceutycznego oraz udzielanie kompletnych informacji dotyczących leków i wyrobów medycznych. Do farmaceuty należy także analizowa-

nie każdej recepty i eliminowanie ewentualnych błędów lekarza. Apteka szpitalna przygotowuje również leki do żywienia pozajelitowego i dojelitowego, wytwarza płyny infuzyjne i przygotowuje roztwory do hemodializy i dializy otrzewnowej.

- Mówi Pani o tej pracy, która jest najbardziej widoczna i ewidentnie związana z farmaceutą. Jest jednak jeszcze wiele innych rzeczy, za które odpowiadają farmaceuci w szpitalu.

- Mało kto wie, że pracownicy apteki szpitalnej biorą udział w monitorowaniu działań niepożądanych leków i badaniach klinicznych prowadzonych w szpitalu. To my jesteśmy odpowiedzialni za zapewnienie bezpiecznej i skutecznej farmakoterapii, farmaceuci współodpowiadają także za receptariusz szpitalny, biorą udział w pracach zespołu ds. farmakoekonomiki, zakażeń szpitalnych, komitetu terapeutycznego i ds. anybiotykoterapii.

- Właśnie, jaką role odgrywa apteka w antybiotykoterapii?

- Apteka odpowiada za racjonalna antybiotykotrapię, która powinna być bezpieczna, skuteczna dla pacjenta, rozumna, oparta na rzetelnej wiedzy i uzasadniona kosztowo. Dlatego farmaceuci szpitalni stale monitorują zużycie antybiotyków, opracowują wewnętrzny system zbierania danych i analizują napływające wnioski oraz monitorują terapię indywidualnego pacjenta. Kontaktują się tej sprawie z lekarzem i ściśle współpracują z komitetami działającymi w szpitalu.

- Dlaczego racjonalna antybiotykoterapia jest tak istotna?

- Brak polityki antybiotykowej, a ponadto ograniczenie badań mikrobiologicznych, brak kontroli zużycia antybiotyków prowadzi do powstawania oporności na antybiotyki. Szerzeniu się oporności sprzyja oczywiście nadużywanie antybiotyków, nieodpowiedni czas leczenia, niewłaściwe odstępy czasowe pomiędzy kolejnymi dawkami oraz złe schematy leczenia, które polegają np. na niewłaściwym łączeniu leków. Monitorowanie antybiotykoterapii przez aptekę, może oddalić wizję tak zwanego „końca ery antybiotykowej".

- Do was należy także monitorowanie niepożądanych działań leków.

- Badania kliniczne leków są przeprowadzane w krótkim czasie na niewielkiej grupie osób i w szczególnych warunkach. Dlatego trudno przewidzieć wszystkie działania niepożądane leków w ogólnym stosowaniu. Każdy chory może mieć inne objawy podczas ich przyjmowania. Farmaceuta stale monitorując przyjmowanie leków może wychwycić nieznane dotąd zagrożenia w czasie stosowania, określić czynnik ryzyka, przeciwwskazania i zalecane środki ostrożności. Dzięki temu można również ustalić dla jakiej grupy pacjentów spodziewane korzyści przewyższają ryzyko. Nasze zadanie polega na zbieraniu, ocenie i opracowywaniu danych dotyczących działań niepożądanych i zgodnie z ustalonymi zasadami przekazywaniu informacji na ten temat. Warto pamiętać, że monitorowanie niepożądanych działań leków to ostatni punkt w zdobyciu pełnej wiedzy o leku, która pozwala na rzetelną ocenę jego wartości i porównanie go z innymi preparatami z tej samej grupy terapeutycznej.

- Do tego potrzeba jednak współpracy farmaceuty z lekarzem.

- To prawda. Wiele zależy od tego, czy lekarz będzie chciał przekazywać farmaceutom swoją wiedzę i spostrzeżenia. Niestety, niejednokrotnie lekarze mylą pojęcie „działania niepożądane" i „błąd medyczny". Lekarze obawiają się, że działania niepożądane to błąd medyczny i nie-

Fot. Joanna Korn

KARSTULAN METALLI OY

KOMORY LAMINARNE

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

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

NAJWYŻSZA JAKOŚĆ
ATRAKCYJNA CENA

Produkowane
w kilku wersjach rozmiarowych:

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

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

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

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

chętnie przyznają, że coś dzieje się nie tak. Dlatego zbieranie informacji na temat działań niepożądanych niejednokrotnie jest bardzo utrudniony. Jest też inny aspekt współpracy, w którym **także lekarz może czerpać z wiedzy farmaceuty**. Zdarzają się sytuacje, kiedy lekarz zaordynuje choremu leki, które nie powinny być przez niego przyjmowane ze względu na inne schorzenia. Na recepcie pojawiają się także preparaty. które nie powinny być przyjmowane przez chorego równocześnie. Bywa i tak, że dawki leków są zbyt duże. Wiedzę na ten temat, ze względu na swoje wykształcenie i doświadczenie posiada farmaceuta. Ale tylko chęć lekarza do ścisłej z nim współpracy może doprowadzić do wymiernych efektów w leczeniu.

- Przytacza Pani wiele przykładów konieczności pracy apteki w szpitalu. Jednak w obecnej sytuacji finansowej w służbie zdrowia, o wielu sprawach często decyduje czynnik ekonomiczny. Czy apteka jest w stanie obronić się przed likwidacją, co zdarza się coraz częściej i udowodnić, że w dużym stopniu pomaga w oszczędzaniu?

- Wydatki na leki mają bardzo duży udział w ogólnych kosztach szpitala. Apteka najskuteczniej zapobiega nieracjonalnej gospodarce lekowej. Odpowiednia polityka lekowa, kontrola wydawania leków i racjonalne zamówienia pozwalają na bardzo duże oszczędności. Apteka współuczestniczy w gospodarowaniu lekami i wyrobami medycznymi. Na bieżąco analizujemy potrzeby szpitala, prowadzimy nadzór nad prawidłową farmakoterapią w kontekście kosztów. Dotyczy to m.in. limitów dla oddziałów, przygotowywania zestawienia zużycia leków dla dyrekcji szpitala oraz analizy tych zestawień.

- Wiele mówi się także ostatnio o jakości w służbie zdrowia. Czy apteka szpitalna również może mieć swój udział w jej podnoszeniu?

- W tym przypadku farmaceuta ma wiele do powiedzenia. Szpitale, które chcą się rozwijać, będą musiały starać się o akredytację. Wśród wielu koniecznych do jej zdobycia warunków, znajduje się długa lista wymagań dotyczących gospodarki lekiem i jakości w farmakoterapii. Oznacza to oczywiście, że w tym przypadku odpowiedzialność za spełnienie tych warunków spoczywa właśnie na aptece szpitalnej.

Mgr farm. Janina Pawłowska jest kierownikiem apteki w Szpitalu Specjalistycznym im. Jana Pawła II w Krakowie

WARTO WIEDZIEĆ

PUCHAR SOKRATESA

Niektóre rośliny występujące także w Polsce mają silne działanie toksyczne. Jedną z nich jest**, cykuta** (*Cicuta virosa*) znana także pod nazwą - **szalej jadowity (**inne polskie nazwy to: blekot, bzducha wodna, cykuta jadowita, pietruszyca wodna, szaleniec, szaleń, wsza wodna).

Cykuta jest rośliną wodną, rosnącą w szuwarach przy brzegach zbiorników wodnych. Wszystkie części zawierają bardzo silnie toksyczną cykutoksynę,; już spożycie około 5g kłącza powoduje zgon. Śmierć może nastąpić wskutek porażenia ośrodka oddechowego.

Wywarem z cykuty został otruty **Sokrates** (469-399 p.n.e.). Naraziwszy się Ateńczykom został posądzony o bezbożność i pomimo, że przed sądem udowodnił swoją niewinność skazano go na karę śmierci. Powołując się na powagę praw ateńskich odmówił ucieczki przed karą, chociaż miał taką możliwość. Ten wielki filozof i humanista głoszący pogląd, że dusza człowieka jest nieśmiertelna godnie przyjął puchar z trującym napojem. Pozostał niezłomny. (zs)

Nowe rejestracje – UE

SIERPIEŃ 2006

W sierpniu 2006 r. Komisja Europejska w ramach procedury centralnej wydała 2 decyzje o dopuszczeniu do obrotu nowych produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi. Natomiast spośród decyzji wprowadzających nowe opakowania leków wcześniej zarejestrowanych istotne jest wprowadzenie nowej dawki 2 leków bliźniaczych zawierających irbesartan i hydrochlorotiazyd (C09DA). Produkty omówiono w ramach klasy ATC według WHO oraz substancji czynnej preparatu, z krótkim opisem postaci i z uwzględnieniem wskazań, pomijając inne szczegóły, które można znaleźć w witrynie internetowej Europejskiej Agencji Leków

(http://www.emea.eu.int).

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C02 – Leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi; C02K/C02KX – Inne leki obniżające ciśnienie krwi.

Sitaxentan: Thelin (Encysive) jest silnym i wysoce selektywnym antagonistą receptorów A endoteliny-1 (ETA), około 6500-krotnie bardziej selektywnym w stosunku do ETA niż do receptorów B endoteliny-1 (ETB). Endotelina-1 (ET-1) to występujący w płucach peptyd naczyniowy. Zwiększone stężenia ET-1 notuje się w osoczu i miąższu płucnym u pacjentów z nadciśnieniem płucnym, jak również z innymi zaburzeniami sercowo-naczyniowymi i schorzeniami tkanki łącznej, takimi jak twardzina skóry, ostra i przewlekła niewydolność serca, niedokrwienie mięśnia sercowego, nadciśnienie tętnicze i miażdżyca tętnic, co sugeruje patogenną rolę ET-1 w tych schorzeniach. W nadciśnieniu płucnym i niewydolności serca, w przypadku braku antagonistów receptora endoteliny, występuje silna korelacja zwiększonego stężenia ET-1 ze stopniem ciężkości i prognozą dla tych schorzeń. Ponadto nadciśnienie płucne charakteryzuje się również obniżeniem aktywności tlenku azotu. Na działanie ET-1 wywierają wpływ obecne na komórkach mięśni gładkich receptory endoteliny A (ETA), oraz obecne na komórkach śródbłonka receptory endoteliny B (ETB). Dominujące działania ET-1 związanego z ETA to zwężenie naczyń i remodeling naczyń, podczas gdy związanie z ETB powoduje eliminację ET-1 i rozszerzenie naczyń/działania antyproliferacyjne, spowodowane po części uwolnieniem tlenku azotu i prostacykliny. Wskazaniem do stosowania preparatu Thelin jest leczenie pacjentów z nadciśnieniem płucnym, zaklasyfikowanym wg WHO do klasy czynnościowej III, w celu poprawy wydolności wysiłkowej. Wykazano skuteczność w leczeniu pierwotnego nadciśnienia płucnego i nadciśnienia płucnego związanego ze schorzeniem tkanki łącznej. Sitaksentan jest drugim na rynku antagonistą receptorów endoteliny-1. W 2002 r. Komisja Europejska zarejestrowała centralnie bosentan w postaci preparatu Tracleer (Actelion Registration), dopuszczonego już w roku 2001 jako lek sierocy.

C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna; C09D – Antagoniści angiotensyny II, leki złożone; C09DA - Antagoniści angiotensyny II i leki moczopędne

Irbesartanum+Hydrochlorothiazidum: wprowadzono nową dawkę bliźniaczych preparatów Co-Aprovel (Sanofi Pharma Bristol-Myers Squibb) i Karvezide (Bristol-Myers Squibb Pharma), zawierającą 300 mg irbesartanu i 25 mg hydrochlorotiazydu. Wcześniej zarejestrowane dawki to odpowiednio 150 mg/12,5 mg i 300 mg/12,5 mg.

V – PREPARATY RÓŻNE

V03/V03A – Inne środki stosowane w lecznictwie; V03AC – Środki chelatujące żelazo

Deferasiroxum: Exjade (Novartis Europharm) jest środkiem chelatującym o działaniu wysoce selektywnym w stosunku do żelaza (III). Deferazyroks jest trójwartościowym ligandem, wiążącym żelazo z dużym powinowactwem, w stosunku 2:1. Sprzyja wydalaniu żelaza, głównie z kałem. Charakteryzuje się małym powinowactwem do cynku i miedzi, i nie powoduje stałego zmniejszania stężeń tych metali w surowicy. Preparat Exjade jest wskazany w leczeniu przewlekłego obciążenia żelazem w wyniku częstych transfuzji krwi (≥7 ml/kg masy ciała na miesiąc koncentratu krwinek czerwonych) u pacjentów z ciężką postacią talasemii beta w wieku 6 lat i starszych. Jest także wskazany w leczeniu przewlekłego obciążenia żelazem spowodowanego transfuzjami krwi, gdy leczenie deferoksaminą jest przeciwwskazane lub nieodpowiednie, w określonych grupach pacjentów. Po raz pierwszy preparat Exjade został dopuszczony w UE w roku 2002 jako lek sierocy. Pierwszym na rynku w Polsce preparatem tej klasy zawierającym deferoksaminę jest Desferal (Novartis), dopuszczony w ramach rejestracji krajowej. Pierwszym preparatem tej klasy dopuszczonym w UE w roku 1999 w ramach procedury centralnej jest Ferriprox (Apotex), który jednak dotychczas nie pojawił się na polskim rynku.

Opracowanie:
dr n. farm. Jarosław Filipek
Kierownik Działu Informacji
o Produktach
Administrator Farmaceutycznej
Bazy Danych BAZYL
IMS Poland
Warszawa, 2006-09-15

AKTUALNOŚCI

INFORMACJE Z WITRYN INTERNETOWYCH
www.mp.pl

Węgierski projekt

Węgierski rząd przesłał do parlamentu projekt nowego prawa farmaceutycznego, które ma na celu zmniejszenie wydatków na refundację leków, co wiąże się z planami zmniejszenia deficytu budżetowego. Nowe przepisy mogą wejść w życie 1 stycznia 2007 roku. Przedstawiciele przemysłu farmaceutycznego twierdzą, że projekt nie był z nimi konsultowany.

Główną zmianą zaproponowaną w projekcie jest zwiększenie kwoty zwrotu ze sprzedaży leków refundowanych, jaką producenci i dystrybutorzy płacą narodowemu funduszowi ubezpieczeniowemu (OEP). Może ona wynosić 14% lub 16% rocznych nakładów na produkty refundowane odpowiednio według stawki stałej lub proporcjonalnej.

Stała kwota refundacji odnosi się do leków z tym samym składnikiem aktywnym lub do grupy leków stosowanych w terapii konkretnej choroby. Refundacja proporcjonalna stanowi odsetek ceny leku.

Kwota zwrotu nie będzie miała zastosowania do leków ze stałą kwotą refundacji, które są tańsze niż porównywalne środki, lub gdy producent zgodzi się na obniżkę cen i utrzymanie ich przez trzy lata i więcej.

Projekt przewiduje, że jeśli budżet refundacyjny dla jakiegoś leku zostanie przekroczony, różnicę zapłacą OEP i producent lub dystrybutor. Odsetek płacony przez firmy zwiększy się z 50% za przekroczenie wydatków o 5% do 100% za przekroczenie wydatków o 9%.

O potrzebie rozważnej fitoterapii

Farmaceuta winien przeprowadzić wywiad z chorym nie tylko pod kątem leków syntetycznych, ale także przyjmowanych preparatów roślinnych. Rolą farmaceuty jest właściwe uświadomienie pacjenta o możliwych skutkach ubocznych i interakcjach przyjmowanych preparatów roślinnych.

W społeczeństwie pokutuje świadomość, że zażywanie leków roślinnych nie prowadzi do skutków ubocznych i nie powoduje żadnych komplikacji. Preparatów ziołowych jest coraz więcej. Są obecne nie tylko jako leki ziołowe, ale coraz częściej możemy je spotkać w składzie suplementów diety. Pacjenci podczas wywiadu u lekarza nie zawsze dzielą się informacją jakie preparaty ziołowe przyjmują sądząc, że jest to nieistotne. Z badań ankietowych przeprowadzonych w Niemczech wynika, że wśród 150 hospitalizowanych pacjentów 12 przyjmowało preparaty z dziurawca (*Hypericum perforatum*), który zwiększa eliminację wielu leków z organizmu, a tym samym obniża ich stężenie. Tylko jeden pacjent wspomniał o „kuracji dziurawcowej" podczas wywiadu, dwóch podczas ankiety, a 9 pacjentów nie wspomniało o tym wcale. Z dziurawcem wiąże się też inne niebezpieczeństwo, a mianowicie skojarzone stosowanie preparatów zawierających ten surowiec z doustnymi lekami antykoncepcyjnymi może powodować krwawienia międzymiesiączkowe. Niewłaściwe stosowanie obu preparatów może zwiększać ryzyko ciąży.

Na rynkach wielu krajów pojawiły się zafałszowane preparaty roślinne dostępne w sprzedaży internetowej. W dobie globalizacji zakupy przez internet stały się wręcz modą. Na wielu ogłaszanych aukcjach można kupić, nie wychodząc z domu, różne specyfiki ziołowe, które jednak z leczeniem mają niewiele wspólnego. FDA przebadało jeden z nich reklamowany jako środki wzmagający potencję i okazało się, że zawiera on w swoim składzie związek acetildenafil analog sildenafilu, który w połączeniu z lekami kardiologicznymi

może powodować interakcje zagrażające życiu.

Zdradliwe okazuje się także nadmierne stosowanie preparatów ogólnie uznawanych za całkowicie bezpieczne. Dla przykładu rumianek (*Chamomilla recutita*), tradycyjny środek łagodzący podrażnienia żołądka może obniżyć wchłanianie wszystkich zażywanych razem z nim lekarstw. Stosowanie miłorzębu zmniejsza agregację płytek krwi, występuje więc pewne ryzyko wewnątrzczaszkowych krwotoków. Należy zachować szczególną ostrożność łącząc go z lekami zmniejszającymi agregację płytek krwi np. aspiryną i warfaryną. Lukrecja (*Glycyrrhiza*), powszechnie stosowana w leczeniu kaszlu lub przeziębienia oraz stanowiąca dodatek do środków spożywczych, zażywana w nadmiarze, może prowadzić do zatrzymania jonów sodu i wody, a zmniejszenia zawartości potasu z organizmie. Połączenie lukrecji z lekami moczopędnymi lub digoksyną może prowadzić do ogólnego osłabienia, bólów mięśni i porażeń. W literaturze opisywany jest przypadek zatrzymania akcji serca pacjentki, która poprzez dość nadmierne spożywanie lukrecji naraziła organizm na znaczną utratę potasu.

Kofeina, należąca do alkaloidów purynowych, jest łagodnym środkiem pobudzającym ośrodkowy układ nerwowy, jednak jej przedawkowanie może wywołać wiele nieprzyjemnych dla organizmu objawów. Przyjmowana w ilościach 100-300 mg dziennie nie uzależnia i nie wykazuje skutków ubocznych, w ilościach większych może powodować wypłukiwanie magnezu z organizmu, silne pobudzenie psychoruchowe, przyspieszenie i niemiarowość akcji serca, bardzo silne zwiększenie diurezy, nudności, wymioty i osłabienie, natomiast dawka 10 g może być śmiertelna (filiżanka kawy 140 ml zawiera ok. 115 mg kofeiny).

Należy pamiętać również, że wiele leków może zwiększać poziom kofeiny we krwi, a tym samym utrzymywać długo stan nadmiernego pobudzenia. Przyjmowanie kofeiny w różnych postaciach u pacjentów cierpiących na astmę, którzy często zażywających teofilinę może spowodować objawy przedawkowania.

W tym miejscu należy wymienić guaranę (*Paulinia copana*), składnik wielu produktów, która zawiera ok. 6% kofeiny. Dla porównania nasienie kawy (*Cofeae semen*) zawiera od 0,3 do 2,5% kofeiny w przeliczeniu na suchą masę.

Preparaty zawierające guaranę powinny być przyjmowane co najmniej na 4 godziny przed snem. Przedawkowanie surowca skutkuje tym samym co przy kofeinie.

Dużą grupą surowców są surowce śluzowe. Śluzy należą do związków o charakterze polisacharydów. W lecznictwie substancje te są stosowane jako środki powlekające, ochronne i zmiękczające. Związki śluzowe nie wchłaniają się z przewodu pokarmowego, w związku z tym działanie ich jest typowo miejscowe. Najczęściej stosowane są jako leki w stanach zapalnych przewodu pokarmowego, dróg oddechowych, a także zewnętrznie. Do typowych surowców śluzowych zaliczamy:

Pacjenci również będą musieli wnieść swój wkład w oszczędności państwa, płacąc co najmniej 300 forintów (1,14 euro) za leki w pełni refundowane, choć koszt ten zostanie zrekompensowany osobom biednym i przewlekle chorym.

Hurtownicy będą odprowadzać 0,5% zysku rocznego ze sprzedaży leków refundowanych do budżetu ubezpieczeń zdrowotnych. Apteki będą płacić co miesiąc podatek „solidarnościowy", z którego wpływy zostaną przeznaczone na rozwój aptek w miasteczkach i na wsi. Wysokość podatku będzie zależna od rocznych zysków apteki i będzie wynosić 0,5%, 1% lub 2%.

Ponadto firmy farmaceutyczne zatrudniające przedstawicieli medycznych będą musiały zapłacić milion forintów za każdego z nich rocznie oraz dodatkowo 5 mln forintów.

W pierwszych ośmiu miesiącach br. wydatki OEP na refundację leków wyniosły 256,8 mld forintów (0,98 mld euro). Przewiduje się, że do końca roku sięgną one 298 mld forintów (1,13 mld euro). W zeszłym roku na ten cel wydano 348,9 mld forintów (1,33 mld euro), czyli 34 890 forintów (133 euro) w przeliczeniu na jednego mieszkańca.

W Polsce na refundację leków w 2005 r. wydano 6,3 mld zł (1,6 mld euro), czyli 166 zł (43 euro) na jednego mieszkańca.

APTEKARZ POLSKI
w każdej aptece

agar, korzeń i liść prawoślazu (*Althaeae radix et folium*), korzeń żywokostu (*Symphyti radix*), liść podbiału (*Farfarae folium*), nasienie kozieradki (*Foenugraeci semen*), nasienie lnu (*Lini semen*), nasienie płesznika (*Psylli semen*), kwiat ślazu leśnego (*Malve sylvestris flos*), kwiat dziewanny (*Verbasci flos*), porost islandzki (*Lichen islandicus*). Stosowanie

preparatów zawierających surowce śluzowe przez długi okres czasu może spowodować niedobór witamin, soli mineralnych lub innych związków, w wyniku hamowania przez śluz wchłaniania w przewodzie pokarmowym. Śluzy należy też ostrożnie stosować u osób ze skłonnością do alergii pokarmowych. Stosowanie tej grupy związków farmakologicznie czynnych łącznie z lekami przeczyszczającymi może spowodować zwiększenie działania terapeutycznego.

Nie należy także bagatelizować wszelkich spostrzeżeń wypływających od chorych przyjmujących leki i w miarę możliwości szukać przyczyny takiego stanu. Nawet błahe objawy jak np. przebarwienia zębów mogą być skutkiem przyjmowania preparatów zawierających gorzknik kanadyjski (*Hydrastis canadensis*), karczoch zwyczajny (*Cynara scolymus*), czy senes (*Cassia senna*). Dziś już wiemy, że generalnie leków nie powinno się popijać sokiem z grejpfruta (*Citrus paradisi*). Sok ten zawiera duże ilości związków flawonoidowych, które wpływają na metabolizm wielu leków. Poziom stężenia we krwi blokerów kanałów wapniowych stosowanych w leczeniu nadciśnienia ulega znacząco zwiększeniu po popiciu ich sokiem grejpfrutowym.

Problem interakcji oraz działań niepożądanych leków roślinnych występuje dość często i nie należy go bagatelizować. Pacjent przychodząc do apteki powinien otrzymać pełną informację o zażywanych lekach, a farmaceuta winien przeprowadzić wywiad z chorym nie tylko pod kątem leków syntetycznych, ale także przyjmowanych preparatów roślinnych. Rolą farmaceuty jest właściwe uświadomienie pacjenta o możliwych skutkach ubocznych i interakcjach przyjmowanych preparatów roślinnych. Wśród roślin leczniczych dość często obserwuje się zmienną zawartość substancji farmakologicznie czynnych, a współczesne „standardy" promują równoczesne przyjmowanie wielu preparatów jednocześnie. Dlatego też ważnym zagadnieniem jest poznanie działań niepożądanych i interakcji zachodzących w organizmie

po zażyciu leków.

Właściwa fitoterapia i przyjmowanie leków ściśle według wskazań lekarza lub farmaceuty może ustrzec przed powikłaniami. ■

dr n. farm. Tomasz Baj
fot. archiwum redakcji

Opracowano na podstawie:
Biuletyn Leków Wydziału Monitorowania Niepożądanych Działań Produktów Leczniczych, 2004, 2005, 2006; Danysz A., Kompendium farmakologii i farmakoterapii, Wyd. VOLUMED, Wrocław, 1998, 837 pp.; Gradeon J. i Gradeon T., Niebezpieczne interakcje leków, Wyd. ANTA, Warszawa, 1998, 437 pp.; McCarthy M.W., Alternative Therapy: Focus on Herbal Products. Pediatric Pharmacotherapy, 1998, 4(5); Palmar V., Herbal Medicines: Its Toxic Effects & Drug Interactions. The Indian Anaesthetists' Forum, 2005, 1-9; http://www.fda.gov

WARTO WIEDZIEĆ

DZIURAWIEC I SŁOŃCE

Niektóre osoby stosują zimową kurację dziurawcem, co ma ułatwiać letnie opalanie. Lekarze i farmaceuci zalecają ostrożność ostrzegając przed takimi kuracjami, gdyż mogą powodować odbarwienia na skórze, szczególnie, jeśli dziurawiec stosowano zbyt długo.

(ed)

Nowości na rynku - sierpień 2006

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

Klasa ATC/WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A10BB	Glimepiridum	Avaron	Bioton	PL 04.2004
A10BB	Glimepiridum	Glemid	Egis	PL 03.2006
B01AC	Clopidogrelum	Areplex	Adamed	PL 04.2004
C02CA	Doxazosinum	Doxonex	Polpharma	PL 04.2004
C07AG	Carvedilolum	Carvedilol-Teva	Teva	PL 09.2005
C08CA	Amlodipinum	Agen	Lečiva	PL 04.2004
C09CA	Losartanum	Lakea	Lek, Stryków	PL 04.2004
C10AA	Simvastatinum	Ximve	Farma-Projekt	PL 03.2004/Lipart zm. 02.2006/Ximve
D10BA	Isotretinoinum	Tretinex	Medana Pharma Terpol Group	PL 02.2006
G04CA	Tamsulosinum	Prostamnic	Schwarz Pharma	PL 07.2006
J01AA	Tigecyclinum	Tygacil	Wyeth	UE 04.2006
J01DC	Cefuroximum axetilum	Zamur	Mepha	PL 08.2005/Cefudoc zm. 02.2006/Zamur
J01FA	Azithromycinum	Macromax ICN	ICN Polfa Rzeszów	PL 03.2004
J02AC	Fluconazolum	Flucofast	Medana Pharma Terpol Group	PL 05.2005/Fluconazole zm. 12.2005/Flucofast
M01AC	Meloxicamum	Meloxicam Teva	Teva	PL 03.2006
N03AX	Gabapentinum	Gabapentin Teva	Teva	PL 09.2005
N04BX	Entacaponum	Comtess	Orion	UE 09.1998
N05AX	Risperidonum	Lioxam	Grünenthal	PL 03.2006
S01XA	Pegaptanibum	Macugen	Pfizer	UE 01.2006

A – PRZEWÓD POKARMOWY I METABOLIZM

A10 – Leki stosowane w cukrzycy; A10B – Doustne leki obniżające poziom glukozy we krwi; A10BB – Sulfonamidy, pochodne mocznika.

B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

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

C – UKŁAD SERCOWO- NACZYNIOWY

C02 – Leki obniżające ciśnienie tętnicze krwi; C02C – Leki antyadrenergiczne działające obwodowo; C02CA – Antagoniści receptora α-adrenergicznego. C07/C07A – Leki blokujące receptory β-adrenergiczne; C07AG – Leki blokujące receptory α- i β-adrenergiczne. C08 – Blokery kanału wapniowego; C08 – Selektywne blokery kanału wapniowego z głównym działaniem na naczynia krwionośne; C08CA – Pochodne dihydropirydyny. C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna; C09CA – Antagoniści angiotensyny II, leki proste. C10 – Leki wpływające na stężenie lipidów; C10A - Leki wpływające na stężenie lipidów, leki proste; C10AA – Inhibitory reduktazy HMG CoA.

D – LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

D10 – Leki przeciwtrądzikowe; D10B – Leki przeciwtrądzikowe działające ogólnie; D10BA – Retinoidy stosowane w leczeniu trądziku.

G – UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G04 – Leki urologiczne; G04C – Leki stosowane w łagodnym przeroście gruczołu krokowego; G04CA – Antagoniści receptorów α-adrenergicznych.

J – LEKI PRZECIWZAKAŹNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

J01 – Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie. J01A/J01AA - Tetracykliny. J01D – Inne beta-laktamowe leki przeciwbakteryjne; J01DC – Cefalosporyny drugiej generacji. J01F – Makrolidy, linkozamidy i streptograminy, J01FA – Makrolidy. J02/J02A – Leki przeciwgrzybicze działające ogólnie; J02AC – Pochodne triazolu.

M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

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

N – UKŁAD NERWOWY

N03/N03A – Leki przeciwpadaczkowe; N03AX – Inne leki przeciwpadaczkowe. N04 – Leki przeciw chorobie Parkinsona; N04B – Leki dopaminergiczne; N04BX – Inne leki dopaminergiczne. N05 – Leki psychotropowe; N05A – Leki neuroleptyczne; N05AX – Inne leki neuroleptyczne.

S – NARZĄDY ZMYSŁÓW

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

Opracowanie:
dr n. farm. Jarosław Filipek
IMS Poland

Szybko zwalcza ból i leczy
SILNIE DZIAŁA PRZECIWBÓLOWO I PRZECIWZAPALNIE
aktywna substancja ibuprofen
PRZYNOSI NATYCHMIASTOWĄ ULGĘ
szybkie działanie znieczulające mentolu
WYGODNY W UŻYCIU
łatwo wchłaniająca się postać bezbarwnego żelu
DEEP RELIEF
czytaj: DIP RILIF
Wskazania: miejscowe leczenie przeciwbólowe i przeciwzapalne
Podmiot odpowiedzialny: Mentholatum Company Ltd.
Pomoc w bólach mięśni i stawów
cena opak. Deep Relief 50 g ok. 14,50 zł
Przed użyciem zapoznaj się z ulotką, która zawiera wskazania, przeciwwskazania, dane dotyczące działań niepożądanych i dawkowanie oraz informacje dotyczące stosowania produktu leczniczego, bądź skonsultuj się z lekarzem lub farmaceutą.

NOWOŚĆ !
EUSURE®
Zadbaj o jakość swojego życia
Informacja handlowa: 012 622 71 59
mmol/L
mg/dL
EUSURE
Wieczysta gwarancja
Najtańszy system monitorowania poziomu cukru we krwi na rynku polskim*

ISSN 1896-3765

BIULETYN

Nr IV/15/2006 NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ

UCHWAŁA Nr IV/101/2006
z dnia 6 września 2006 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ
w sprawie wyboru skarbnika
Naczelnej Rady Aptekarskiej

Na podstawie art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t.j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z późn. zm.), § 4 ust. 2 zd. 1 uchwały Nr IV/7/2004 IV Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 24 stycznia 2004 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Aptekarskiej, zgodnie z § 10 ust. 1 zd. 2 uchwały Nr IV/42/2005 z dnia 19 maja 2005 r. o trybie działania Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelna Rada Aptekarska, w głosowaniu tajnym, uchwala, co następuje:

§1.

Naczelna Rada Aptekarska wybiera Panią Joannę Piątkowską na skarbnika Naczelnej Rady Aptekarskiej.

§2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

UCHWAŁA Nr IV/102/2006
z dnia 6 września 2006 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ
w sprawie wyboru członka Prezydium
Naczelnej Rady Aptekarskiej

Na podstawie art. 38 ust. 2 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t.j. Dz. U. z 2003 r. Nr 9, poz. 108, zpóźn.zm.), §4 ust. 2 zd. 1 uchwały Nr IV/7/2004 IV Krajowego Zjazdu Aptekarzy z dnia 24 stycznia 2004 r. w sprawie regulaminu Naczelnej Rady Aptekarskiej, zgodnie z § 10 ust. 1 zd. 2 uchwały Nr IV/42/2005 z 19 maja 2005 r. o trybie działania Naczelnej Rady Aptekarskiej, Naczelna Rada Aptekarska, w głosowaniu tajnym, uchwala, co następuje:

§1.

Naczelna Rada Aptekarska wybiera Pana Piotra Jóźwiakowskiego na członka Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej.

§2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

UCHWAŁA Nr IV/104/2006
z dnia 6 września 2006 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ
w sprawie zwrócenia się do Okręgowej Rady Aptekarskiej
Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej
o podjęcie uchwały zmieniającej uchwałę tej rady
Nr 11/2005 z dnia 15 lutego 2005 r.

Na podstawie art. 39 ust. 3 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (t. j. Dz. U. Z 2003 r. Nr 9, poz. 108, z póź. zm.), Naczelna Rada Aptekarska uchwala, co następuje:

§1.

Naczelna Rada Aptekarska zwraca się do Okręgowej Rady Aptekarskiej Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej o podjęcie uchwały zmieniającej uchwałę Nr 11/2005 z dnia 15 lutego 2005 r. w sprawie zasad ustalania rękojmi należytego kierowania apteką, dostosowującej wymienioną uchwałę do obowiązujących przepisów prawa.

§2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

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

Uzasadnienie:

W dniu 15 lutego 2005 r. Wielkopolska Okręgowa Rada Aptekarska przyjęła uchwałę Nr 11/2005 w sprawie zasad ustalania rękojmi należytego kierowania apteką, zwaną dalej „uchwałą o rękojmi". W § 2 tej uchwały postanowiono, że farmaceuta, który zamierza objąć funkcję kierownika apteki jest zobowiązany wystąpić do Prezydium Wielkopolskiej Okręgowej Rady Aptekarskiej z wnioskiem o wydanie zaświadczenia, iż daje on rękojmię należytego kierowania daną apteką. Wniosek taki winien być złożony nie później niż na 30 dni przed planowanym terminem objęcia funkcji kierownika apteki. W § 5 uchwały przewidziano możliwość wszczynania przez Prezydium WOIA z urzędu postępowania w celu ustalenia czy farmaceuta pełniący funkcje kierownika apteki daje rękojmię należytego jej kierowania, w przypadku powzięcia wiadomości uzasadniających przypuszczeniem, że farmaceuta ten nie daje już rękojmi należytego kierowania apteką.

Podjęcie przez Naczelną Radę Aptekarską uchwały w sprawie zwrócenia się do Okręgowej Rady Aptekarskiej Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej o podjęcie uchwały zmieniającej uchwałę tej rady Nr 11/2005 z dnia 15 lutego 2005 r., uzasadnione jest koniecznością dostosowania przepisów wewnątrzkorporacyjnych do obowiązujących przepisów prawa.

Podejmując wskazaną uchwałę Rada Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej powinna uwzględnić następujące okoliczności:

W obowiązującym prawie, w tym w szczególności w Prawie farmaceutycznym nie występuje pojęcie: „rękojmia należytego kierowania apteką", które zostało użyte w uchwale. Występuje natomiast pojęcie: „rękojmia należytego prowadzenia apteki", którą powinny „dawać" (jak mówi ustawa) zarówno osoba prowadząca aptekę (art. 101 pkt 4 Prawa farmaceutycznego) jak i farmaceuta kierujący tą apteką (art. 99 ust. 4a Prawa farmaceutycznego). W tym ostatnim przypadku ustawa mówi o „osobie odpowiedzialnej za prowadzenia apteki".

Uchwała nie podaje trafnej i adekwatnej podstawy prawnej. Przywołany art. 29 pkt 1 ustawy o izbach aptekarskich dotyczy wyłącznie art. 7 ust. 2 pkt 1, 2, 4-11 i 13 i nie powinien być łączony z art. 7 ust. 1 pkt 5 tej ustawy. Natomiast żaden punkt z art. 7 ustawy o izbach aptekarskich nie wymienia wprost „ustalenia rękojmi należytego kierowania apteką".

Istnienie rękojmi u farmaceuty spełniającego wymogi z art. 88 ust. 2 Prawa farmaceutycznego, za czym przemawia utrwalone w tym względzie orzecznictwo NSA. W konsekwencji jest nie do przyjęcia zapis w § 5 ust. 4 lit. e) uchwały; podejrzenie, nawet „uzasadnione" tutaj nie wystarcza, w tym względzie rozstrzyga prawomocne orzeczenie sądu aptekarskiego
Rażące sprzeczności z ustawą o izbach aptekarskich zachodzą w przypadku postanowień § 4 pkt 4 lit. c-e uchwały.
Przewidziana w § 5 - § 6 uchwały możliwość wszczynania przez Prezydium WOIA z urzędu postępowania w celu ustalenia czy farmaceuta pełniący funkcję kierownika apteki daje rękojmię należytego jej kierowania, w przypadku powzięcia wiadomości uzasadniających przypuszczeniem, że farmaceuta ten nie daje już rękojmi należytego kierowania apteką, pozbawiona jest całkowicie podstaw prawnych i stanowi rażące naruszenie prawa.
Mając na uwadze powyższe należało rozstrzygnąć jak w uchwale.

POSTANOWIENIE Nr IV/11/2006
z dnia 7 czerwca 2006 r.
NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ
w sprawie zatwierdzenia „Celów i strategii samorządu aptekarskiego na lata 2006-2007"

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.), Naczelna Rada Aptekarska postanawia, co następuje:

§1.

Zatwierdza się, opracowany przez Departament Konsolidacji, Integracji i Strategii Programowej NRA, dokument pod tytułem: „Cele i strategia samorządu aptekarskiego na lata 2006-2007", stanowiący załącznik do niniejszego postanowienia.

§2.

Postanowienie wchodzi w życie z dniem podjęcia.
Załącznik do postanowienia NRA nr IV/11/2006
z dnia 7 czerwca 2006 r. został opisany w nr 8/październik 2006 Aptekarza Polskiego na stronie 38

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

STANOWISKO
Naczelnej Rady Aptekarskiej z dnia 7 czerwca 2006 roku w sprawie projektu wprowadzenia stałej opłaty administracyjnej

Naczelna Rada Aptekarska negatywnie opiniuje propozycję wprowadzenia stałej opłaty administracyjnej w miejsce obowiązującej marży detalicznej.
Z uwagi na fakt, że samorządowi aptekarskiemu poza ogólną propozycją dotyczącą wprowadzenia tej opłaty, nie zostały przedstawione żadne szczegóły dotyczące tego rozwiązania, a odnoszące się chociażby do sposobu i trybu wprowadzenia opłaty oraz przewidywanej jej wysokości, zajęcie innego stanowiska w sprawie nie jest możliwe.
Organy samorządu aptekarskiego nie znajdują, na obecnym etapie, racjonalnego uzasadnienia do zmiany dotychczasowych, zaakceptowanych już przez farmaceutów i sprawdzonych w stosowanej praktyce rozwiązań. Nie bez znaczenia przy wydaniu negatywnej opinii jest również obawa środowiska aptekarskiego, że ewentualne negatywne skutki związane z wprowadzeniem opłaty stałej poniosą wyłącznie farmaceuci.

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

STANOWISKO
Naczelnej Rady Aptekarskiej z dnia 7 czerwca 2006 roku w sprawie wprowadzenia kategorii leku specjalistycznegostosowania

Po przeprowadzeniu analizy dostępnych informacji na ten temat, NRA nie popiera koncepcji wprowadzenia przez MZ kategorii leku specjalistycznego stosowania zawartej w dokumencie „Założenia zmian w systemie refundacji leków" (MZ 15.09.2005).

NRA stoi na stanowisku, że proponowane rozwiązanie spowoduje dyskryminację pacjentów z terenów wiejskich, o małym zaludnieniu i niewystarczającej ilości poradni specjalistycznych. Zniweczy trud i koszty reformy systemu ochrony zdrowia polegającej m.in. na wprowadzeniu instytucji i systemu kształcenia lekarzy rodzinnych, spowoduje utrudnienia w pracy lekarzy i aptekarzy.

W obecnej chwili leki i wyroby medyczne przepisuje się bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością osobom chorującym na choroby przewlekłe, zakaźne lub psychiczne oraz upośledzonym umysłowo, a także chorującym na choroby wrodzone lub nabyte.

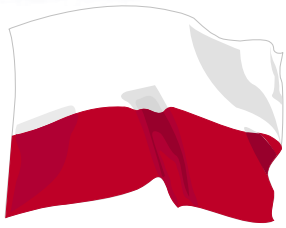
Uważamy, że rzetelne realizowanie koncepcji takiego systemu w wystarczający sposób ograniczy nadużywanie wypisywania nadmiernej ilości refundowanych, drogich produktów leczniczych. Naszym zdaniem zastosowanie przez NFZ należytej dokładności przy kontroli wystawiania recept wystarczy do osiągnięcia zamierzonego celu, jakim jest ograniczenie wolumenu refundacji.
Istnieje również obawa, że elementy zaproponowanych w w/w dokumencie rozwiązań są powrotem do starych, niekoniecznie udanych koncepcji, których wdrażanie będzie trudne a ich realizacja może przebiegać nadmiernym kosztem aptekarzy.

Sekretarz NRA — Prezes NRA
dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI — mgr farm. 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 rejestracje – PL



SIERPIEŃ 2006

W sierpniu 2006 r. Minister Zdrowia wydał 52 nowe pozwolenia na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce. Produkty omówiono na tle wcześniejszych rejestracji i produktów obecnych już na rynku w ramach poszczególnych klas ATC według WHO oraz substancji czynnej lub składu preparatu, 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).

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.

Omeprazolum: Omeprawin (Winthrop Medicaments) to 17. zarejestrowany preparat omeprazolu. Na rynku znajduje się już 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 Polska), Omeprazol-Egis, Ortanol (Lek, Stryków), Polprazol (Polpharma), Prazol (Polfa Pabianice) i Ulzol (Pliva Kraków). Nie zostały jeszcze wprowadzone: Helisec (Polfa Warszawa), Loseprazol (Liconsa) i Omar Plus (Lek, Stryków).

B – KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

B05 – Substytuty osocza i płyny do wlewów; B05D – Roztwory do dializy otrzewnowej; B05DB – Płyny hipertoniczne.

Balance z glukozą i wapniem w różnych stężeniach (Fresenius Medical Care) to kolejny hipertoniczny roztwór do dializy otrzewnowej. Zarejestrowane są także inne tego typu płyny, w różnych wersjach: Płyn do dializy otrzewnowej nr 1 i nr 2 (Polfa Lublin), Dianeal, Nutrineal i Physioneal (Baxter) oraz Gambrosol i Gambrosol Trio (Gambro Lundia).

C – UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C03 – Leki moczopędne; C03B – Leki moczopędne niskiego pułapu, z wyłączeniem tiazydów; C03BX – Inne leki moczopędne niskiego pułapu.

Betulae folium: Liść brzozy (Labofarm) to obecnie 8. zarejestrowany w Polsce lek o tym składzie, w tym 3. preparat w postaci dozowanej jednodawkowej. Liść brzozy w postaci sypkiej wytwarzają firmy A-Z Medica, Flos, Herbalux, Herbapol Kraków, Herbapol Lublin, Kawon-Hurt i Zioła Lecznicze, zaś w postaci jednodawkowych torebek do zaparzania firmy Flos i Herbalux.

C07/C07A – Leki blokujące receptory β-adrenergiczne; C07AB – Selektywne leki blokujące receptory β-adrenergiczne.

Bisoprololum: Bisoblock (Keri Pharma) to obecnie 12. zarejestrowana w Polsce marka bisoprololu. W sprzedaży znajduje się 6 leków: Bisocard (ICN Polfa Rzeszów), BisoHexal (Hexal Polska), Bisopromerck (Merck), Bisoratio (Ratiopharm), Concor i Concor Cor (Merck, leki oryginalne) i Corectin (Biofarm). Nie zostały jeszcze wprowadzone, zarejestrowane w roku 2004, preparaty Antipres (Jelfa), Bisogamma (Wörwag), Bisoprolol (Pliva Kraków), Byol (Lek, Stryków) i Speridol (Sandoz).

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

Amlodipinum: Amlodipinum (Farmacom) to obecnie 19. zarejestrowany w Polsce preparat amlodipiny. Na rynku jest już 10 leków: Aldan (Polfarmex), Amlopin (Lek, Stryków), Amloratio (Ratiopharm), Amlozek (Adamed), Cardilopin (Egis), Normodipine (Polfa Grodzisk), Norvasc (Pfizer; lek oryginalny), Tenox (Krka Polska), Vilpin (Pliva Kraków) i od sierpnia 2006 Agen (Leciva). Natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek, zarejestrowane wcześniej: Amlodipine-1 A (1 A Pharma), Amlodipine Winthrop (Winthrop Medicaments), Amlodipinum (Lek), Amlomal (Hexal Polska), Amlonor (Polfa Pabianice), Amlovasc (Filofarm), Apo-Amlo (Apotex) i Tiflodipin (Alfred E. Tiefenbacher). Spośród 9 preparatów, których nie ma jeszcze na rynku, 8 zostało zarejestrowanych w latach 2004-2006: Amlonor, Amlovasc warunkowo w kwietniu 2004, Tiflodipin w kwietniu 2005, Amlodipine Winthrop w sierpniu 2005, Amlomal w listopadzie 2005, Amlodipine-1 A w grudniu 2005, Apo-Amlo (Apotex) w styczniu 2006 i obecnie Amlodipinum. Natomiast zarejestrowany w kwietniu 2004 Amlocor (Hexal Polska) został na wniosek podmiotu odpowiedzialnego skreślony z Rejestru.

C09 – Leki działające na układ renina-angiotensyna; C09D – Antagoniści angiotensyny II, leki złożone; C09DA - Antagoniści angiotensyny II i leki moczopędne.

Eprosartanum+Hydrochlorothiazidum: Coepratenz Plus (Solvay) jest 1. zarejestrowanym lekiem o tym składzie. Dotychczas zarejestrowano połączenia hydrochlorotiazydu z innymi antagonistami angiotensyny II – w ramach procedury krajowej z losartanem (obecne na rynku: Hyzaar, Merck Sharp & Dohme; Lorista H, Krka; nieobecne jeszcze na rynku: Hyzaar forte, Merck Sharp & Dohme; Lozap H, Zentiva) i walsartanem (Co-Diovan, Novartis) oraz w ramach unijnej procedury scentralizowanej z irbesartanem (CoAprovel, Sanofi Pharma Bristol Myers-Squibb; Karvezide, Bristol Myers-Squibb) i telmisartanem (Kinzalkomb i Pritor Plus, Bayer; Micardis Plus, Boehringer Ingelheim).

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

Simvastatinum: Apo-Simva (Apotex) jest 17. zarejestrowanym lekiem z simwastatyną. W obrocie znajduje się 12 leków: Cardin (Schwarz Pharma, Łomianki), Simgal (Ivax), Simratio (Ratiopharm), Simredin (Polfa Kutno), Simvacard (Zentiva), Simvachol (Polfa Grodzisk), Simvacor (Polfarmex), SimvaHexal (Hexal Polska), Simvasterol (Polpharma), Vasilip (Krka i Krka Polska), Zocor (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny) i od sierpnia 2006 Ximve (Farma-Projekt), któremu w lutym 2006, przed wprowadzeniem na rynek, zmieniono nazwę z Lipart na Ximve. Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży: Simvor (Ranbaxy) i zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004 r.: Simvagamma (A.P.C. Instytut), Vastan (ICN Polfa Rzeszów) i Zifam (Polfa Warszawa).

C10B - Leki wpływające na stężenie lipidów, leki złożone; C10BX - Inhibitory reduktazy HMG CoA, leki złożone inne.

Atorvastatinum+Amlodipinum: Caduet (Pfizer) to pierwsza rejestracja leku zawierającego inhibitor reduktazy 3-hydroksy-3-metyloglutarylo-koenzymu A (atorwastatynę) i obniżający ciśnienie krwi bloker kanału wapniowego (amlodypinę). Dotychczas zarejestrowano 7 marek samej atorwastatyny. W obrocie znajdują się Atoris (Krka Polska), Sortis (Parke-Davis; lek oryginalny), Tulip (Lek, Stryków) i od czerwca 2006 Torvacard (Zentiva), natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone Atorvox (Farmacom) i zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004 Atrox (Biofarm) i Corator (Lekam).

D – LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

D06 – Antybiotyki i chemioterapeutyki stosowane w dermatologii; D06B – Chemioterapeutyki do stosowania miejscowego; D06BX – Inne chemioterapeutyki.

Metronidazolum: Rozex (Galderma) emulsja na skórę to uzupełnienie wcześniej zarejestrowanych postaci tego leku. W sprzedaży znajdują się Metronidazol (Jelfa) w postaci kremu i żelu 1% oraz Rozex (Galderma) w postaci kremu i żelu 0,75%, natomiast Metrosept żel 0,75% (ICN Polfa Rzeszów) nie został jeszcze wprowadzony do obrotu.

D10 – Leki przeciwtrądzikowe; D10B – Leki przeciwtrądzikowe działające ogólnie; D10BA – Retinoidy stosowane w leczeniu trądziku.

Isotretinoinum: Izotek (Blau Farma) w postaci kapsułek (2 dawki) nie jest nowym preparatem w Polsce, ale rejestracja w ramach unijnej procedury wzajemnego uznania zastąpi dotychczasowe rejestracje krajowe. Na rynku znajdują się 4 preparaty doustne: Aknenormin (Boots), wprowadzony w ramach importu równoległego (choć lek „macierzysty" nie pojawił się na rynku, okresy ważności dotychczasowych pozwoleń zostały skrócone i ich ważność już wygasła, natomiast wydane na ich podstawie pozwolenia na import równoległy nadal obowiązują) preparat Izotek (Hand Prod/Blau Farma), lek oryginalny Roaccutane (Roche) i od sierpnia 2006 Tretinex (Medana Pharma Terpol Group). Nie zostały jeszcze wprowadzone Acnetret (Hexal Polska), Curacne (Pierre Fabre) oraz zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004 Sotret (Ranbaxy).

G – UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

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

Drospirenonum+Ethinylestradiolum: Yasminelle (Schering) to 2. preparat o tym składzie, o zmniejszonej o 1/3 dawce etinylestradiolu (do 0,02 mg). W sprzedaży znajduje się Yasmin (Schering) zawierający 0,03 mg etinylestradiolu.

G04 – Leki urologiczne; G04C – Leki stosowane w łagodnym przeroście gruczołu krokowego; G04CA – Antagoniści receptorów α-adrenergicznych.

Alfuzosini hydrochloridum: Cezin (Farmacom) w 2 dawkach o przedłużonym uwalnianiu to 3. zarejestrowany lek generyczny zawierający alfuzosynę. Pierwszym był zarejestrowany w maju 2006 AlfuLek (Lek, Stryków), a drugim zarejestrowany w czerwcu 2006 AlfuHexal (Hexal Polska). Na rynku znajduje się jednak nadal tylko lek oryginalny Dalfaz, Dalfaz SR i Dalfaz Uno (Sanofi-Synthelabo).

J – LEKI PRZECIWZAKAŹNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

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

Itraconazolum: ItraMerck (Generics) to 5. zarejestrowany doustny preparat itrakonazolu. Na rynku znajdują się lek oryginalny Orungal (Janssen-Cilag) oraz wprowadzony w czerwcu 2006 Trioxal (Polpharma). Natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone zarejestrowany w lutym 2006 Cladosol (Stada) i w czerwcu 2006 ItraLek (Lek, Stryków).

L – LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPŁYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L01 – Leki przeciwnowotworowe; L01C – Alkaloidy roślinne i inne środki naturalne; L01CB – Pochodne podofilotoksyny.

Etoposidum: Etoposid-Ratiopharm to 8. zarejestrowany obecnie preparat etopozydu w iniekcjach. Na rynku są jednak dostępne tylko 4 leki: Etoposid-Ebewe, Lastet (Nippon Kayaku), Sintopozid (Sindan) i lek oryginalny Vepesid (Bristol-Myers Squibb), zaś nie zostały dotychczas wprowadzone preparaty: Etoposide (Pharmacia) oraz dopuszczone warunkowo w kwietniu 2004 Etomedac (Medac) i Etoposide (Vipharm). Ponadto w sprzedaży znajdują się 2 preparaty doustne: Lastet (Nippon Kayaku) i Vepesid (Bristol-Myers Squibb).

L01CD – Taksany.

Paclitaxelum: Paclitaxel-Ratiopharm to obecnie 8. preparat paklitakselu zarejestrowany w procedurze krajowej. Na rynku znajduje się 5 leków: Paclitaxel (AWD.Pharma), Poltaxel (Polfa Tarchomin), Sindaxel (Sindan), Taxol (Bristol-Myers Squibb) i zarejestrowany w ramach unijnej procedury scentralizowanej Paxene (Norton), który zastąpił obecny wcześniej na rynku Paxenor (Ivax Pharma Poland), który był zarejestrowany w procedurze krajowej. Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty Paclitaxel Mayne, Paclitaxel WZF (Polfa Warszawa) i Paclitaxin (Pharmachemie).

L01X – Inne leki przeciwnowotworowe; L01XA – Związki platyny.

Carboplatinum: Carboplatin Teva (Pharmachemie) jest 6. preparatem karboplatyny obecnie zarejestrowanym w Polsce. W sprzedaży znajdują się 3 leki: Carboplatin (Pfizer), Cycloplatin (Pliva-Lachema) i Paraplatin (Bristol-Myers Squibb), zaś nie zostały dotychczas wprowadzone preparaty Carboplatin Agguettant, Carboplatin-Ratiopharm i Carplat (Hexal).

M – UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

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

Dexketoprofenum: Dexak (Berlin-Chemie) w postaci iniekcji oraz Ketesse (Menarini) w postaci doustnej (w tym nowa dawka 12,5 mg) i iniekcyjnej to uzupełnienie zarejestrowanego w styczniu 2003 r. i obecnego na rynku doustnego preparatu Dexak. Firma Berlin-Chemie należy do Menarini Group. W sprzedaży są oczywiście dostępne także preparaty zawierający racemiczny ketoprofen.

Ibuprofenum: Nurofen dla dzieci (Reckitt Benckiser) w postaci czopków doodbytniczych 60 mg to uzupełnienie wcześniej zarejestrowanych postaci i dawek Nurofenu. To druga obecnie zarejestrowana postać doodbytnicza ibuprofenu – w czerwcu 2006 zarejestrowano czopki Nurofen dla dzieci w dawce 125 mg. W Polsce jest obecnie dopuszczonych do obrotu 16 marek ibuprofenu doustnego, w różnych postaciach, dawkach i kategoriach dostępności. 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 – obecnie: Pabi-Ibuprofen (Polfa Pabianice), Ibuprofen (Aflofarm) – obecnie: Ibufen Total (Polpharma), Ibuprom (US Pharmacia) i Ibuprom Max (US Pharmacia Wrocław), Ibusan (Sanofi Winthrop), Nurofen, Nurofen Forte, Nurofen Topss i Nurofen Ultrafast (Reckitt Benckiser), Nurofen Menstrual (Boots) 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 (Boots). Dawki 100 mg są dostępne bez recepty. Dla dawki 200 mg opakowania do 30 szt. włącznie są dostępne bez recepty, a opakowania większe z przepisu lekarza. Dawka 300 mg o przedłużonym działaniu (Nurofen Menstrual) jest bez recepty, natomiast preparaty w dawce 400 mg są dostępne bez recepty lub z przepisu lekarza. Nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek: Advil Ultra (Wyeth), Aktren i Aktren Junior (Bayer), Aprofen (Polfarmex), Finalflex (Boehringer Ingelheim), Helpin i Helpin Forte (Berlin-Chemie), Ibufen D zawiesina (Medana Pharma Terpol Group), Ibumarc (Kosmedica), Nurofen dla Dzieci Topss 100, Nurofen dla dzieci czopki 125 mg, Nurofen Migrenol, Nurofen Topss 200 mg (Boots), Solpaflex (GlaxoSmithKline) oraz Spedifen (Zambon).

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

Diclofenacum: Diklofenak MIKA Pharma 4% to pierwsza rejestracja preparatu w tej dawce, jako płyn do natryskiwania na skórę. Na rynku znajduje się obecnie 10 preparatów w postaci żeli 1%: Diclac Lipogel (Hexal Polska), Diklonat P (Pliva Kraków), Dikloziaja (Ziaja), Felogel (jako Feloran przed zmianą nazwy 3 XI 2005; Sopharma), Naklofen Gel (Krka), Olfen (Mepha), Ratiogel (Ratiopharm), Veral (Zentiva), Voltaren Emulgel (Novartis; lek oryginalny) i Voltenac (Sanofi-Synthelabo, Rzeszów), natomiast nie został jeszcze wprowadzony Tarfenac (Polfa Tarchomin), zarejestrowany warunkowo w kwietniu 2004. Nie pojawiły się także w sprzedaży plastry lecznicze Flector Tissugel i Flector EP Tissugel (IBSA).

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

Acidum alendronicum: AndroHexal (Lek, Stryków) i Alendronat Arrow (Ratiopharm) to odpowiednio 12. i 13. zarejestrowany lek w dawce 10 mg, a AndroHexal (Lek, Stryków)

to 9. zarejestrowany lek w dawce 70 mg przyjmowanej raz w tygodniu. W sprzedaży znajduje się 7 leków w dawce 10 mg: Alenato (ICN Polfa Rzeszów), Fosamax (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), Lindron (Krka), Osalen (Anpharm), Ostenil (Polfa Kutno), Ostolek (Lekam) i Rekostin (Biofarm). Natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone: Alendromax (Arrow Generics), Alendronate Pliva (Pliva Kraków), Biosten (Polfarmex) i Ostemax 10 (Polpharma). Na rynku jest obecnych 5 leków w dawce 70 mg: Fosamax (Merck Sharp & Dohme; lek oryginalny), Ostemax 70 Comfort (Polpharma), Ostenil 70 (Polfa Kutno), Ostolek (Lek-Am) i od kwietnia 2006 Alendronat-Ratiopharm 70. Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży preparaty Alendromax (Arrow Generics), Alendronate Teva 70 mg i Lindron (Krka Polska). Zarejestrowane są także 2 leki w dawce 5 mg, ale nie zostały wprowadzone do obrotu: Biosten (Polfarmex) i Fosamax (Merck Sharp & Dohme).

N – UKŁAD NERWOWY

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

Lamotriginum: Lamostab D (Arrow Generics) to 19. zarejestrowany preparat lamotryginy. Na rynek zostało wprowadzonych 9 leków: Danoptin (Pliva Kraków), Epilactal (Polpharma), Lamilept (IVAX), Lamitrin (GlaxoSmithKline; lek oryginalny - zmiana nazwy z Lamictal na Lamitrin od lipca 2003), Lamotrigine Ratiopharm, LamotriHEXAL (Hexal Polska), Lamotrix (Biovena Pharma), Plexxo (Desitin) i Triginet (Krka). Nie pojawiły się jeszcze w obrocie: Epiral (Zentiva), Epitrigine (Actavis), Lameptil (Sandoz), Lamia (Genexo), Lamistad (Stada), Lamostab D (Arrow Generics), Lamotrigine-1 A (1 A Pharma) oraz zarejestrowane warunkowo w kwietniu 2004 Epigan (Jelfa), Epistabil (Polon) i Lamoten (Polfa Pabianice).

Topiramatum: Topiramat-Ratiopharm w 4 dawkach to 1. zarejestrowany w Polsce preparat generyczny. Na rynku znajduje się tylko lek oryginalny Topamax (Janssen-Cilag).

N05 – Leki psychotropowe; N05B – Leki przeciwlękowe; N05BA – Pochodne benzodiazepiny.

Alprazolamum: Neurol SR (Zentiva) w 3 dawkach to pierwsze zarejestrowane preparaty generyczne o przedłużonym uwalnianiu. Na rynku znajduje się lek oryginalny Xanax SR (Pharmacia) oraz 6 preparatów o standardowym uwalnianiu: Afo-

bam (Egis i Anpharm), Alprazomerck (Generics), Alprox (Orion), Neurol (Zentiva), Xanax (lek oryginalny, Pharmacia) i Zomiren (Krka). Do sprzedaży nie został wprowadzony Frontin (Egis).

N05C – Leki nasenne i uspokajające; N05CD – Pochodne benzodiazepiny.

Midazolamum: Midazolam-MIP (MIP Pharma Polska) w 2 dawkach iniekcyjnych to 6. zarejestrowany preparat do wstrzyknięć z midazolamem. Na rynku znajduje się 5 leków: oryginalny Dormicum (Roche), Fulsed (Ranbaxy), Midanium (Polfa Warszawa), Midazolam Torrex i Sopodorm (ICN Polfa Rzeszów). Lek oryginalny Dormicum (Roche) dostępny jest także w postaci doustnej.

N06 – Psychoanaleptyki; N06A – Leki przeciwdepresyjne; N06AB – Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny.

Fluoxetinum: FluoxoLek (Lek, Stryków) w 3 dawkach (w tym w nowej dawce 40 mg) to 11. zarejestrowany obecnie w Polsce preparat fluoksetyny, lecz pierwszy w postaci tabletek do sporządzenia zawiesiny doustnej. W sprzedaży znajduje się 7 leków: Andepin (Synteza), Bioxetin (Sanofi-Synthelabo, Rzeszów), Deprexetin (ICN Polfa Rzeszów), Fluoksetyna (Anpharm), Fluoxetin (Polpharma), Salipax (Mepha) i Seronil (Orion). Nie zostały wprowadzone: Apo-Flox (Apotex), Hapilux (Biochemie) i Xetiran (Ranbaxy), natomiast lek oryginalny Prozac (Eli Lilly) został wyparty z rynku przez preparaty generyczne i jego rejestracja nie została przez producenta przedłużona.

Paroxetinum: ParoxiHexal (Hexal) to 9. zarejestrowany w Polsce lek zawierający paroksetynę. Na rynku są obecne 4 preparaty: Paxeratio (Ratiopharm), Paxtin (Hexal Polska), Rexetin (Gedeon Richter) i Seroxat (GlaxoSmithKline; lek oryginalny). Natomiast nie zostały jeszcze wprowadzone na rynek Apo-Parox (Apotex), Deprozel (Pliva Kraków), ParoMerck (Generics) i Xetanor (Actavis).

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

Nicotinum: Nicorette Freshmint Gum (Pfizer) to nowa wersja wcześniej zarejestrowanych leczniczych gum do żucia marki Nicorette. Na rynku znajdują się: Nicorette (Pharmacia) w postaci gumy do żucia, tabletek podjęzykowych Microtab, systemu transdermalnego i inhalatora; Nicotinell (Novartis) w postaci gumy do żucia i systemu transdermalnego; Niquitin (GlaxoSmithKline) w postaci gumy do żucia, pastylek do ssania 2 mg i 4 mg oraz systemu transdermalnego. Nie został jeszcze wprowadzony zarejestrowany w kwietniu 2006 preparat Nicopass (Pierre Fabre Medicament) w postaci pastylek do ssania.

V – PREPARATY RÓŻNE

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

Nutrison Protein Plus (Nutricia) to produkt leczniczy przeznaczony do specjalnych celów żywieniowych – dieta kompletna pod względem odżywczym, bogatobiałkowa (20% energii z białka), bogatoenergetyczna (1,25 kcal/ml), bezresztkowa, gotowa do użycia, przeznaczona do żywienia doustnie lub przez zgłębnik, wolna od glutenu, klinicznie wolna od laktozy. Inne zarejestrowane kompletne diety bogatobiałkowe to: Alitraq i Promote (Ross) oraz Stresson (Nutricia). ■

Opracowanie:
dr n. farm. Jarosław Filipek
Kierownik Działu Informacji o Produktach
Administrator Farmaceutycznej Bazy Danych BAZYL
IMS Poland
Warszawa, 2006-10-20

WARTO WIEDZIEĆ

Bezpieczny termometr niertęciowy

Ze względu na dużą toksyczność oparów rtęci dyrektywa UE nakazuje wycofywanie z użycia sprzętu medycznego zawierający ten niebezpieczny pierwiastek.

Na rynku wyrobów medycznych jest już do nabycia medyczny szklany termometr cieczowy, w którym rtęć zastąpiono substancją o podobnych właściwościach, lecz mniej toksyczną. **Galinstan** to eutektyczny stop galu, indu i cyny, jest nietrujący, niezagrażający środowisku naturalnemu.

Termometr cechuje dożywotnia wysoka dokładność pomiaru (skala 0,1 st. C). Zakres pomiaru od 35,0 do 42,0 st. C.

Dzięki szklanej obudowie jest tak łatwy w czyszczeniu i w dezynfekcji, jak tradycyjne termometry rtęciowe.

(mg)

Młoda Farmacja o zdrowiu stulatków

4 listopada odbył się w Poznaniu XLI Ogólnopolski Konkurs Prac Magisterskich Wydziałów Farmaceutycznych zorganizowany przez Wydział Farmaceutyczny Akademii Medycznej im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, Sekcję Studencką Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego „Młoda Farmacja" i Zarząd Główny PTFarm. Patronat honorowy nad obradami objął prof. Edmund Grześkowiak, Dziekan Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej w Poznaniu.

Fot. archiwum redakcji

Uczestnicy Konkursu przestawiali wyniki swoich badań przy wykorzystaniu interesujących i komunikatywnych prezentacji multimedialnych, po czym w błyskotliwy sposób odpowiadali na dociekliwe pytania członków Jury w składzie: prof. dr hab. Regina Olędzka (AM Warszawa), prof. dr hab. Ryszard Glinka (UM Łódź), prof. dr hab. Janusz Pluta (AM Wrocław), prof. dr hab. Marek Wesołowski (AM Gdańsk) oraz prof. dr hab. Michał H. Umbreit (AM Poznań) - przewodniczący. W Jury nie zabrakło przedstawiciela braci studenckiej tj. Młodej Farmacji, którą reprezentowała jej przewodnicząca Milena Stryczyńska, studentka 5 roku Wydziału Farmaceutycznego z Poznania.

Pierwszą nagrodę zdobyła mgr anal. med. Sławomira Drzymała z Poznania za zaprezentowaną w „brawurowy" sposób pracę zatytułowaną „Analiza zmian leukocytów krwi obwodowej u osób stuletnich". Pani magister tak obrazowo wyjaśniała fizjologiczne zmiany zachodzące w starzejącym się organizmie ludzkim, że nawet studenci poczuli się przez chwilę starsi o te……kilkadziesiąt lat. Zrealizowane w ramach tej pracy magisterskiej badania stanowiły element wieloośrodkowego programu badawczego pt. „Genetyczne i środowiskowe czynniki długowieczności polskich stulatków", oceniającego ich stan zdrowia. Praca została wykonana pod kierunkiem dr hab. Katarzyny Wieczorowskiej-Tobis w Zakładzie Gerontologii i Geriatrii Katedry Patofizjologii AM w Poznaniu.

Drugą nagrodę zdobyła praca mgr Tomasza Osmałka pt. „Trwałość fotochemiczna związku HR 780- nowej pochodnej z grupy inhibitorów reduktazy HMG-CoA", wykonanej pod kierunkiem prof. Jadwigi Mielcarek w Katedrze i Zakładzie Chemii Nieorganicznej i Analitycznej AM w Poznaniu.

Trzecie miejsce przypadło w udziale Panu magistrowi Andrzejowi Jowsa za pracę pod tytułem „Synteza i ocena właściwości cytotoksycznych bis-acetylenowych pochodnych tiochinolin", wykonanej w Katedrze i Zakładzie Chemii Organicznej Śląskiej Akademii Medycznej w Sosnowcu.

Wśród finalistów, zgłoszonych przez wszystkie wydziały farmaceutyczne w Polsce znaleźli się także: mgr farm. Edyta Hendożko (AM w Gdańsku), mgr farm. Paulina Maślanka (CM UJ w Krakowie), mgr farm. Małgorzata Nikolai (AM w Białymstoku) oraz mgr farm. Justyna Godek reprezentująca Śląską Akademię Medyczną w Katowicach.

Wśród prezentowanych prac dominowała tematyka chemiczno-farmaceutyczna, toksykologiczna i bromatologiczna. W finale znalazła się również praca związana tematycznie z szeroko pojętą analityką medyczną. Poziom naukowy prezentowanych prac był bardzo wysoki – należy więc pogratulować wszystkim uczestnikom.

Laureaci wyróżnieni zostali nagrodami finansowymi. Pierwszą nagrodę ufundowała Fundacja na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny przy Polpharmie, drugą i trzecią firma GlaxoSmithKline.

Zaangażowanie pozostałych sponsorów, tj. ZG PTFarm., firmy Herbapol S.A. (Poznań), firmy Biofarm (Poznań) oraz Wielkopolskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej pozwoliło na sprawną organizację tej tak ważnej, skierowanej do młodych farmaceutów konferencji naukowej.

Konkurs sprawnie prowadzili studenci, przedstawiciele „poznańskiej" Młodej Farmacji - Agnieszka Woźniak oraz Bartosz Tomaszewicz.

Następny, XLII Ogólnopolski Konkurs Prac Magisterskich Wydziałów Farmaceutycznych odbędzie się w Katowicach.

prof. dr hab. n. farm.
Edmund Grześkowiak

Pacjent w Kalifornii

Stany Zjednoczone to państwo ogromne i niezwykle zróżnicowane, w którym poszczególne stany cieszą się znaczną samodzielnością; każdy stan ma np. własne prawodawstwo. To, co opisuję poniżej dotyczy Kalifornii.

Nie ma tam aptek takich, jakie spotykamy w Polsce. Są natomiast sklepy zwane *drugstores* (np. sieci: *Longs Drugs, Walgreens, Rite Aid*), w których sprzedaje się nie tylko lekarstwa, ale także żywność, artykuły gospodarstwa domowego, szeroki wybór kosmetyków i środków higienicznych oraz do pielęgnacji urody. Można zwykle w takich sklepach kupić także rajstopy, papcie, dresy, notesy, kredki i flamastry, a sieć *Longs Drugs* ma ponadto rozbudowane stoisko z alkoholami. Jednym słowem – *drugstories* sprzedają, poza lekarstwami, „mydło i powidło".

Sklepy takie określiłbym więc mianem bardzo szeroko rozbudowanych drogerii. Wszystkie *drugstores* (które są sklepami samoobsługowymi), oprócz ogromnego wyboru lekarstw „bez recepty", zwanych *OTC drugs (Over-the-Counter drugs*), mają również stoiska, gdzie otrzymać można leki na receptę (*prescription drugs*). Właśnie te stoiska (*pharmacy counters*) w są chyba najbardziej zbliżone do polskich aptek, ale tylko w takim sensie, iż jedynie tam można kupić lekarstwa wydawane na receptę. Lekarstwa i nic więcej.

OTC drugs klient samodzielnie bierze z półki i wkłada do koszyka, wraz z sałatą i skarpetkami. *Pharmacy counters* są obsługiwane przez techników lub asystentów aptecznych (*pharmacy technicians* lub *assistants*). Czynne bywają przez 10 -12 godz. na dobę, choć sklep, w którym znajduje się *pharmacy counter*, może być czynny i 24 godziny.

W czasie godzin otwarcia *pharmacy counter*, poza *pharmacy technicians*, którzy obsługują pacjentów, musi być obecny farmaceuta (*pharmacist*), którego zadaniem jest udzielanie pacjentom informacji dot. przepisanego lekarstwa.

Pharmacy technician to pracownik, który ukończył 2-letnie studium farmaceutyczne i posiada tytuł *Associate of Science* (*A. S.*), *pharmacist* zaś to absolwent 4-letnich studiów farmaceutycznych (*pharmacy programs* na uniwersytetach lub szkoły typu *pharmacy college*) legitymujący się tytułem *Bachelor of Science* (*B. S.*) ze specjalistycznym tytułem *Doctor of Pharmacy* (*Pharm. D. degree*).

Zarówno *pharmacy technicians* jak i *pharmacists* zatrudniani są w sklepie na identycznych zasadach, jak kasjerki czy sprzedawcy, i analogicznie traktowani przez pracodawcę.

Oprócz opisanych *drug stores* stoiska farmaceutyczne (*pharmacy counters*) znajdują się także w większości sklepów spożywczych (np.: *Safeway, Albertsons*), w supermarketach typu *Wal-Mart, Target* czy *K--Mart* oraz w *private shopping clubs*, takich jak *Costco* czy *Sam's Club*. Te ostatnie są odpowiednikami np. operującego w Polsce holenderskiego Macro, gdzie płaci się, coroczną zazwyczaj, symboliczną opłatę członkowską i otrzymuje kartę upoważniającą do dokonywania zakupów.

Sklepy typu *Target* czy *Wal--Mart* sprzedają dosłownie wszystko - chyba nie ma takiego produktu, którego nie można byłoby znaleźć w Wal-Marcie. Sklepy te mają również wielkie działy z *OTC drugs* oraz *pharmacy counters*, działające na tych samych zasadach, jak opisane powyżej. Różnica pomiędzy *drug stores*, a ogromnymi supermarketami (jak *Wal-Mart*) to ceny: w supermarketach wszystko, włącznie z lekarstwami, jest od 5% do 25% tańsze.

Niezależnie od rodzaju sklepu, *pharmacy counters* funkcjonują na takich samych zasadach, jak stoiska z mięsem czy rybami. Leki trakto-

wane są identycznie jak inne towary, sprzedaż których przynosi właścicielowi sklepu zysk, a w wydawanych masowo gazetkach reklamowych sieci, rozprowadzanych przez sklepy, umieszczane są pomiędzy reklamami podkoszulek i pomidorów.

Nie muszę chyba dodawać, ze właścicielami wszystkich wyżej wymienionych sklepów (i WSZYSTKICH stoisk w nich) są ogromne koncerny. Nie ma więc w Kalifornii zjawisk takich jak *self-employed pharmacist* („samozatrudniony" farmaceuta) czy *pharmacy owner* (indywidualny – w sensie osoby fizycznej - właściciel apteki).

Szpitale i organizacje typu *HMO* mają własne apteki wewnątrz budynków szpitali czy przychodni, ale także te apteki funkcjonują na identycznej zasadzie, jak *pharmacy counters* w sklepach - są własnością firmy prowadzącej szpital lub firmy ubezpieczeniowej, do której należy przychodnia, a pracownicy aptek są pracownikami tychże firm, a nie właścicielami czy pracownikami niezależnych aptek.

Gwoli wyjaśnienia - *HMO* (*Health Maintenance Organization*) to rodzaj ubezpieczenia medycznego, działający na zasadzie podobnej trochę do, licznych niegdyś w Polsce, przychodni przyzakładowych. Lekarze pracujący w placówkach *HMO* przyjmują wyłącznie pacjentów, którzy są ubezpieczeni w danej firmie ubezpieczeniowej. Aby odwiedzić lekarza specjalistę niezbędne jest, podobnie jak w Polsce, skierowanie od lekarza ogólnego (*primary care physician*).

Inaczej niż HMO funkcjonują „plany ubezpieczeniowe" typu *PPO* (*Preferred Provider Organizations*). Organizacje tego typu grupują niezależnych lekarzy, którzy podpisują umowę z określoną firmą ubezpieczeniową. Lekarze *PPO* mogą przyjmować kogo zechcą, jednak gdy przyjmują pacjenta, który jest ubezpieczony w „umówionej" firmie ubezpieczeniowej, nie mogą żądać za wizytę więcej, niż wynosi stawka ustalona wcześniej w kontrakcie lekarza z ową firmą. Tacy lekarze zwani są *preferred providers*, korzystanie z ich usług jest tańsze, niż korzystanie z usług lekarzy nie mających umowy z „macierzystą" firmą ubezpieczeniową pacjenta (czyli z usług *outside the network providers*).

RECEPTY, NAZWY MIĘDZYNARODOWE, GENERYKI, RECEPTURA.

Lekarze wypisują realizowane przez farmaceutów recepty posługując się wyłącznie nazwami firmowymi (handlowymi) leków. W aptece pacjent ma możliwość zakupu oryginalnego leku (*brandname drug* - leku o oryginalnej nazwie) lub może wybrać *generic drug* - lek o identycznym składzie chemicznym i – najczęściej - działaniu.

Czy pacjent wybierze *brandname drug* czy jego *generic substitute* (substytut generyczny) zależy

zazwyczaj od rodzaju ubezpieczenia medycznego pacjenta. Ceny *generic drugs* są zawsze niższe od *brand name drugs*.

Jak wspomniałem lekarze, wypisując recepty, posługują się konkretnymi nazwami handlowymi leków, nie piszą nic o składzie chemicznym, nie używają łaciny. Podzielam przypuszczenia moich kalifornijskich rozmówców, że wielu lekarzy nie ma pojęcia, jakie składniki wchodzą w skład danego leku, łaciny zapewne także nie znają. A już na pewno łaciny nie znają *pharmacy technicians* (technicy, asystenci apteczni), którzy recepty realizują. Nie istnieje możliwość wypisania leku „do zrobienia" w recepturze, *pharmacy counters* nie dysponują recepturami.

Dygresja: dla przeciętnego mieszkańca Kalifornii intrygująca tudzież niezrozumiała jest koncepcja wypisania przez lekarza recepty na lek „do zrobienia", czyli na lek, który - w momencie przepisywania go - „nie istnieje" (!) Brzmi to dla tubylca niczym bajka, jakby lekarz na poczekaniu „wymyślał" leki. Czy pacjent, który taki lek otrzyma, staje się królikiem doświadczalnym, na którym lekarz testuje „wymyślony" przez siebie lek? - pyta Kalifornijczyk. Bo jeśli jakiś lek jest wcześniej znany i stosowany (a więc znane jest jego działanie), to dlaczego aptekarz miałby robić ów lek własnoręcznie, niejako „na poczekaniu"? Czy produkcja leków nie jest domeną koncernów farmaceutycznych, a nie aptekarzy? A od „wymyślania" nowych leków nie są specjalizujący się w tym naukowcy, nie zaś zwykli lekarze? Co stanie się w przypadku, gdy lekarz „wymyśli" na poczekaniu jakiś lek, który - jak lekarzowi wydaje się - powinien pomóc choremu, aptekarz sporządzi lek wg „przepisu" lekarza, a stan chorego po zastosowaniu tego „leku domowej roboty" pogorszy się? Czy należałoby wówczas zaskarżyć do sądu lekarza? Cóż stanie się, jeśli to aptekarz pomyliłby się co do składu leku, ilości którejś substancji, która winna być użyta, lub po prostu niewłaściwie odczytałby „nabazgraną" receptę? Kto ponosiłby wówczas konsekwencje prawne - lekarz, aptekarz czy może obaj...?

Reasumując wątek dot. receptury: Amerykanie (nie tylko ci z Kalifornii) sądzą, że eksperymentowanie z „przepisami" czy „recepturami" na leki jest... raczej niebezpieczne. Uważają, że wszelkie wydawane i sprzedawane leki winny być odpowiednio przetestowane, winny przejść szereg prób klinicznych, otrzymać atest *Food and Drug Administration* (*FDA*), agencji Departamentu Zdrowia i Opieki Społecznej (*Department of Health and Human Services*), odpowiedzialnej w USA między innymi za bezpieczeństwo leków.

Jak pamiętam, członkowie sejmowej Komisji Zdrowia nie pozwolili przekonać się podczas prac nad przygotowywaniem ustawy Prawo farmaceutyczne, w których brałem udział, iż restrykcyjne zapisy dot. receptury w każdej aptece są być może, w powyższym kontekście... trochę anachroniczne.

REFUNDACJA

Jedyne leki, za które ubezpieczenie medyczne nie płaci, to leki „bez recepty".

Za wszystkie bez wyjątku leki „na receptę" ubezpieczenie płaci. Zazwyczaj pacjent ma, w ramach swojego ubezpieczenia, z góry ustaloną współpłatność (*co-payment*, lub, w skrócie, *co-*

-*pay*). Przykład: *co-payment* pacjenta wynosi $15 za *generic drug* lub $25 jeśli pacjent chce otrzymać *brand-name drug*. Przeciętny Kalifomijczyk nie dostrzega praktycznej różnicy pomiędzy *generic*, a *brand name drug*, jeśli więc *pharmacy counter* dysponuje lekiem *generic*, pacjent zwykle wybiera go oszczędzając, w przytoczonym powyżej przykładzie, $10.

Pacjent płaci tylko swoją, z góry ustaloną *co-pay*, resztę dopłaca jego firma ubezpieczeniowa, przy czym *co-payment* pacjenta jest identyczna niezależnie od tego, czy lekarstwo kosztowało $15, $50 czy $500; jeśli przepisany lek kosztuje mniej niż *co-pay* pacjenta wówczas uiszcza on pełną odpłatność. Prawdę mówiąc, zdarza się to bardzo rzadko, by nie napisać - nigdy, bo lekarstwa są, również w opinii doskonale zarabiających Kalifornijczyków, niesamowicie drogie (średnio antybiotyk, taki jak penicylina, kosztuje ok. $200 za opakowanie!).

Pacjenci nie posiadający ubezpieczenia płacą za lekarstwa sami. ■

Piotr Stolarczyk

fot. archiwum

KOMUNIKAT

Nie dajmy zdzierać z siebie skóry

Staraniem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego na rynku dostępnych jest wiele specjalistycznych wydawnictw, w tym Farmakopea Polska, Suplement do Farmakopei, Urzędowy Wykaz Produktów Leczniczych oraz Suplement do tego Wykazu. Farmaceuci znają te tytuły, bardzo je cenią i korzystają z nich jako wiarygodnych źródeł informacji. Niestety, z dorobku PTFarm korzystają w nieuprawniony sposób firmy handlowe oferujące Czytelnikom wymienione pozycje bez zgody wydawcy. Kłopot z ich działaniem jest tym większy, że proponują nabywcom zakup wymienionych pozycji po cenach znacznie wyższych od oferowanych przez wydawcę, czyli PTFarm.

W związku z tym Redakcja Aptekarza Polskiego postanowiła poinformować swoich Czytelników, że wszystkie wydawane przez PTFarm książki są dostępne na zamówienie, które można złożyć w Dziale Wydawnictw Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa , faks 22 831 79 63 lub e-mail: wydawnictwa@pt-farm.pl lub zamowienie@ptfarm.pl.

Nie dajmy zdzierać z siebie skóry.

(zs)

Skład rekomendowany przez WHO, UNICEF, CDC, AAP
ORSALIT
nawadnia lepiej niż woda
hipoosmolarny Doustny Płyn Nawadniający
ORSALIT
o smaku bananowym
ORSALIT to jedyny na polskim rynku hipoosmolarny DPN, który ma:
3 smaki
Skład identyczny z zaleceniami WHO, UNICEF, CDC, AAP
ORSALIT stosuje się w odwodnieniu przy:
Biegunce
Wymiotach
ORSALIT jest hipoosmolarnym doustnym płynem nawadniającym o składzie zalecanym przez WHO i UNICEF. Postać: 10 saszetek po 4,37 g. Wskazanie: uzupełnianie płynów i składników mineralnych podczas biegunki i/lub wymiotów. Przeznaczony jest dla niemowląt, dzieci i osób dorosłych. ORSALIT o smaku bananowym i malinowym stosuje się dla dzieci od 6 miesiąca życia. Dawkowanie: saszetkę rozpuścić w 200 ml wody, podawać zgodnie z informacją zawartą w ulotce. Przeciwwskazania: wstrząs hemodynamiczny, niedrożność jelit. Przechowywanie: w suchym miejscu, w temperaturze pokojowej, w miejscu niedostępnym dla dzieci. Uwagi: Produkt powinien być przyjmowany pod nadzorem lekarza, w przypadku wystąpienia biegunki i/lub wymiotów. Nie stosować pozajelitowo. ORSALIT jest dietetycznym środkiem spożywczym specjalnego przeznaczenia medycznego. Nie może być stosowany jako jedyne źródło pożywienia. Produkt nie powinien być stosowany u osób, u których nie występuje odwodnienie organizmu. Producent: IBSS BIOMED S.A. Al. Sosnowa 8, 30-224 Kraków.
IBSS biomed

kapsułki elastyczne
Olej z mięśni ryb sardynkowatych
GAL
GALOMEGA
Dostępne opakowania:
60, 100 lub 150 kapsułek po 350 mg
300 kapsułek po 500 mg
Suplement diety
GALOMEGA
jest preparatem bogatym w nienasycone kwasy tłuszczowe omega-3 zawarte w oleju z mięśni ryb morskich.
Uzupełnianie codziennej diety w kwasy omega-3 ma korzystny wpływ na układ sercowo-naczyniowy i układ odpornościowy. Ponadto, zawarte w preparacie kwasy EPA i DHA wspomagają łagodzenie stanów zapalnych stawów.
1 kapsułka zawiera 350 / 500 mg oleju rybiego o zawartości 18% kwasu EPA oraz 12% kwasu DHA
Codzienne ćwiczenia, zdrowe odżywianie, czas na relaks. Żyję tak od lat. Jestem szczęśliwa.
www.gal.com.pl

Pacjent odczuwa ulgę

Fot. archiwum redakcji

Około 35% ludzi przynajmniej raz w życiu cierpi z powodu owrzodzeń śluzówki jamy ustnej (najczęstsze są aftozy). Prawie 50% osób noszących protezy i aparaty ortodontyczne odczuwa dolegliwości stomatologiczne. Blisko 25% pacjentów uskarża się na stałe lub pojawiające się okresowo stany zapalne dziąseł. Rzesza pacjentów oczekuje pomocy i skutecznego leczenia.

Tradycyjne preparaty wykorzystywane do punktowego leczenia zmian na śluzówce często działają zbyt powoli lub charakteryzują się niską przyczepnością i krótkim czasem działania, co wywołuje u pacjentów niezadowolenie z kuracji. Spośród nowoczesnych rozwiązań w postaci żelowej na uwagę zasługują utlenione triestry glicerolu. Związki te nie tylko redukują stan zapalny i ból, ale również zabezpieczają śluzówkę przed dalszymi urazami, a także poprzez poprawę nawilżenia, ukrwienia i dotlenienia tkanek - przyspieszają gojenie. Co ważne – długość terapii ulega skróceniu, a pacjent szybko odczuwa ulgę.

Kiedy proces chorobowy obejmuje większą część jamy ustnej warto sięgnąć po preparat do płukania. Z własnego doświadczenia mogę powiedzieć, iż bardzo skuteczne są preparaty zawierające chlorheksydynę. Związek ten jest niezwykle efektywnym antyseptykiem o właściwościach bakterio- i grzybobójczych. Jego wyjątkowe właściwości polegają na adhezji do powierzchni śluzowych i zębowych w jamie ustnej. Dzięki temu działanie chlorheksydyny przedłuża się znacznie poza okres bezpośredniego kontaktu (nawet do 8 godzin). Co więcej – chlorheksydyna dzięki swojej budowie chemicznej nie ulega szybkiemu wypłukaniu z powierzchni na które działa. Nie ulega także łączeniu w agregaty, co zapewnia stałe wysokie stężenie aktywnych cząsteczek. Ponieważ łącząc się ze złogami bakterii ogranicza ich wzrost i sprzyja oddzielaniu się płytki nazębnej – preparaty zawierające chlorheksydynę skutecznie ograniczają powstawanie kamienia nazębnego.

mgr farm. Olga Sierpniowska

Produkty lecznicze niezbędne dla ratowania życia lub zdrowia

Od 17 listopada 2006 roku obowiązuje nowela do rozporządzenia Ministra Zdrowia w sprawie sprowadzania z zagranicy produktów leczniczych nieposiadających pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, niezbędnych dla ratowania życia lub zdrowia pacjenta. Zmienione przepisy opublikowano w Dzienniku Ustaw z 2006 roku, nr 199, poz.1470.

Zaproponowana zmiana - wynikająca z praktycznych doświadczeń - umożliwia szpitalom sprowadzanie produktów leczniczych na potrzeby ratowania życia lub zdrowia pacjentów.

W noweli przewidziano instrument kontroli ex post, polegający na obowiązku udokumentowania przez szpital sposobu wykorzystania sprowadzonego produktu leczniczego, poprzez przekazanie ministrowi właściwemu do spraw zdrowia danych pacjentów, do leczenia których zastosowano dany produkt .

Wyjściem naprzeciw postulatom placówek lecznictwa zamkniętego jest możliwość sporządzenia zapotrzebowania na jednym druku dla więcej niż jednego pacjenta, pod warunkiem, że zapotrzebowanie dotyczy tego samego produktu leczniczego. W takim przypadku, do zapotrzebowania należy dołączyć listę zawierającą wszystkie wymagane dane pacjentów, których dotyczy zapotrzebowanie. Zostaje zniesiony dotychczasowy obowiązek dotyczący lekarza, aby dla pacjenta leczącego się poza szpitalem zapotrzebowanie było wystawiane w dwóch egzemplarzach. Nowe uregulowanie zobowiązuje lekarza jedynie do adnotowania faktu wystawienia zapotrzebowania na indywidualny import docelowy w dokumentacji medycznej danego pacjenta. W przypadku zapotrzebowania wystawianego przez lekarza leczącego pacjenta poza szpitalem, ilość produktu leczniczego objętego tym zapotrzebowaniem nie może przekroczyć ilości niezbędnej do przeprowadzenia trzymiesięcznej kuracji. Ta zmiana ma na celu, przede wszystkim, dostosowanie do uregulowań zawartych w rozporządzeniu w sprawie recept lekarskich. Nowe rozporządzenie określa okres, w jakim wystawione zapotrzebowanie utrzymuje ważność w celu przeprowadzenia nie cierpiącej zwłoki kuracji.

Dodano ust. 2 w § 4 co było podyktowane pojawiającymi się w praktyce wątpliwościami dotyczącymi tego, którzy z konsultantów z danej dziedziny medycyny są uprawnieni do potwierdzania zapotrzebowań. Kierując się interesem pacjentów, poszerzono katalog ww. podmiotów.

Kolejną zmianą wynikającą z doświadczeń praktycznych jest wprowadzenie regulacji umożliwiającej kierowanie zapotrzebowania do Ministra Zdrowia bezpośrednio przez zainteresowanego pacjenta (§ 4 ust. 3).

Analogiczna zmiana dotyczy podmiotów, którym Minister Zdrowia i Prezes Narodowego Funduszu Zdrowia (w przypadku wystąpienia o objęcie produktu leczniczego refundacją) zwraca zapotrzebowanie (§ 5 ust. 3). Natomiast zmiany zaproponowane w § 7 przewidują, iż w przypadku zapotrzebowania wystawianego przez lekarza leczącego pacjenta poza szpitalem, dokument ten był kierowany do apteki przez pacjenta lub osobę przez niego upoważnioną. Przepisy zawarte w § 2 ust. 4 oraz w § 8a ust. 2 regulują sytuację, w której pacjentem jest cudzoziemcem nie posiadającym numeru PESEL. W takim przypadku, przewiduje się podanie nazwy i numeru dokumentu tożsamości.

Zmiana szczegółowo określa jakiego okresu ma dotyczyć zestawienie sprowadzonych z zagranicy produktów leczniczych, które jest przekazywane Ministrowi Zdrowia przez hurtownie farmaceutyczne, a także określa terminy, do których to zestawienie może zostać przedłożone.

Rozporządzenie nie jest objęte prawem Unii Europejskiej.

mgr farm.
Michał Grzegorczyk

Nagrodzony album

Nie tak dawno promowaliśmy na łamach Aptekarza Polskiego album poznańskiego wydawnictwa Kontekst pt. **„Muzea Farmacji i zbiory aptekarskie w Polsce**". Dowiadujemy się, że za wyjątkowe ujęcie tematu, wartość edytorską i piękny język dzieło to zostało nagrodzone I miejscem w kategorii: MONOGRAFIE I INNE OPRACOWANIA KRAJOZNAWCZE podczas XV Ogólnopolskiego Przeglądu Książki Krajoznawczej i Turystycznej.

Fot. Krzysztof Styszyński

Album autorstwa dr Jana Majewskiego powstał we współpracy ze znakomitymi fotografikami: Krzysztofem Styszyńskim, Marianem Kraczkowskim, Maksymilianem Magowskim, Andrzejem Maźcem, Piotrem Maciejem Przypkowskim, Wiesławem Rośkowiczem.

Rekomendujemy jako dobry prezent pod choinkę. (zs)

Fot. Krzysztof Styszyński

Kodeks wiedeński

Krakowskie Muzeum Farmacji wydało ścienny kalendarz na 2007, zatytułowany *Codex Vindobonensis (512 rok n.e.)*. **Kodeks ten jest przechowywany w Bibliotece Narodowej w Wiedniu (stąd jego nazwa; łac.** *Vindobŏna* **= Wiedeń), a zawiera jedno z najwybitniejszych dzieł lekoznawczych starożytności, mianowicie** *Peri hylés iatrikés* **(***O środkach leczniczych***) Dioskoridesa (I wiek n.e.), w którym opisane zostały właściwości lecznicze pochodzenia roślinnego, a także, w mniejszym stopniu, zwierzęcego i mineralnego. Dzieło to wyparło całą wcześniejszą literaturę z tej dziedziny, zwłaszcza Teofrasta z Erezu (III wiek n.e.), zostało w Średniowieczu przetłumaczone z greckiego na syryjski, arabski, turecki i łaciński, a w czasach nowożytnych także na włoski, niemiecki, francuski, angielski i czeski. W wersji łacińskiej dzieło Dioskoridesa było w średniowiecznej Europie jednym z podstawowych podręczników na uniwersyteckich studiach medycznych i jednym z podstawowych podręczników dla aptekarzy.**

Kodeks wiedeński to najstarszy zachowany rękopis dzieła Dioskoridesa. Powstał w 512 roku w Konstantynopolu (wcześniej Bizancjum); był to prezent dla Juliany Anicii, córki cesarza wschodniorzymskiego Flaviusa Aniciusa Olybriusa, która otrzymała ten kodeks od mieszkańców jednej z dzielnic Konstantynopola za to, że sfinansowała budowę kościoła chrześcijańskiego męczennika Polyeuktosa. Kodeks Juliany Anicii został sporządzony na papierze welinowym, grecką tzw. uncjałą, czyli pismem kaligraficznym stosowanym w V i VI wieku n.e. Kolorowe ilustracje w tym kodeksie pochodzą z II wieku n.e., na co między innymi wskazuje ich naturalizm, obcy schematycznej sztuce bizantyjskiej.

Opracowany w Muzeum Farmacji UJ kalendarz zawiera 12 stron z tego kodeksu, wszystkie poświęcone surowcom roślinnym. Jedną z nich, poświęconą irysowi, przedstawia zamieszczona ilustracja. W górnej części każdej ze stron umieszczona została wybrana reprodukcja z kodeksu wiedeńskiego, czyli wizerunek danej rośliny i jej tzw. monografia, czyli opis morfologiczny i opis właściwości leczniczych, natomiast u dołu – przekład na polski i kalendarium danego miesiąca.

Projekt graficzny kalendarza wykonała pani Bożena GROBORZ z krakowskiej ASP".

dr hab. Zbigniew Bela
Dyrektor Muzeum

Muzeum Farmacji UJ, ul. Floriańska 25,
31-019 Kraków, tel./fax: 012 422 42 84

Warto żyć, warto marzyć, a najważniejsza jest miłość

Książki są jak towarzystwo, które sobie człowiek dobiera. Ci, którzy czytają dobre książki, podobni są do obracających się w dobrym towarzystwie.

Czytelnicy złych książek są jak ludzie świadomi, że towarzystwo jest złe, nie mniej tracą w nim czas. Tak między innymi o książkach i pisarstwie pisał, już kilka wieków temu, francuski myśliciel i filozof Monteskiusz.

„Warto mimo wszystko” to książka autorstwa Anny Dymnej, znakomitej aktorki, która niewątpliwie już na zawsze zapisała się na kartach historii polskiego filmu i teatru.

Czytanie tej książki to właśnie przebywanie w dobrym towarzystwie, wśród myśli ważnych i cennych dla każdego człowieka, bez względu na to jaką rolę pełni w swoim życiu.

Ale warto też powiedzieć o współautorze tej książki Wojciechu Szczawińskim, dziennikarzu, absolwencie filozofii na Wydziale Nauk Społecznych Uniwersytetu Śląskiego. Ponieważ w niezwykle interesujący sposób prowadzi on rozmowę z Anną Dymną. Bo książka napisana została w formie rozmowy ale można odnieść wrażenie, że to my czytelnicy, każdy z nas osobiście rozmawia z artystką o sztuce, relacjach między ludźmi sztuki i o zwykłych ludzkich sprawach: miłości, przemijaniu, codziennej krzątaninie – bo aktor to również człowiek – jak mówi Anna Dymna, „który ma spracowane dłonie, musi ugotować obiad, zadbać o najbliższych.”

Aktorów oglądamy w filmie, oklaskujemy w teatrze i często odnosimy wrażenie, że są z innego świata, pozbawieni codziennych problemów. Mamy ochotę zajrzeć za kulisy, budzące zainteresowanie swoją tajemniczością, wierząc, że tam musi być ten lepszy, ciekawszy świat, jakże odmienny od naszego. A już życie aktorów to pasmo samych sukcesów, laurów, bankietów, festiwali, tłumów wielbicieli a w ogóle to życie jak jeden wielki fajerwerk.

Anna Dymna mówi o tym świecie, ale więcej o tym innym, gdy trzeba było stawiać czoła swoim słabościom, pokonywać samotność, uczyć się żyć z marzeniami i nadzieją, mimo dramatycznego odejścia na zawsze, jej wielkiej miłości Wiesława Dymnego, znakomicie zapowiadającego się dramaturga. Śmierć mężczyzny „za którego zaprzedałaby duszę diabłu”, wstrząsnęła jej światem, a mimo to teraz mówi do nas - warto mimo wszystko.

Warto żyć, warto marzyć, a najważniejsza jest miłość i umiejętność kochania ludzi. A jak to czynić? Autorka ładnie to ujmuje – „ mam na wszystko swoje dymne sposoby”.

To dlatego z wielkim uczuciem i pasją opowiada o swojej fundacji „Mimo Wszystko” działającej na rzecz osób niepełnosprawnych. Od ponad 30 lat jest w zespole Narodowego Teatru Starego w Krakowie, gra w filmach, ale znajduje czas dla ludzi chorych, skrzywdzonych przez los i zupełnie samotnych. Kręci filmy o wolontariuszach. Tu Kraków, tam Warszawa, potem Suwałki, Białystok, Olsztyn… Ciągle w rozjazdach, w podróżach.

Na pytanie czy nie czuje się samotna odpowiada – „uczę się od nich dobra i miłości”.

I jeszcze jedna recepta na życie. – „Myślę, że należy wstać rano, uśmiechnąć się do świata, do dziecka, mężowi powiedzieć dwa ciepłe słowa, pogłaskać koty, potem popatrzeć na kwiaty i drzewa, a wtedy nawet słotny wydaje się mniej szary. To cała moja filozofia”.

Proponuję usiąść przy kawie lub herbacie i zaprosić na pogaduchę Annę Dymną, wspaniałą aktorkę, jak najlepszą przyjaciółkę.

I porozmawiać… o tym, że warto mimo wszystko. Warto !!!

Wacław Bierkowski

Warto mimo wszystko, wydawnictwo Znak, Kraków 2006, 264 str. + okładka

Fot. archiwum redakcji

AKTUALNOŚCI

INFORMACJE Z WITRYN INTERNETOWYCH
www.dziennik.pap.pl

Zmiany na listach leków refundowanych

500 tanich odpowiedników leków markowych tzw. generyków i 50 leków innowacyjnych, czyli nie posiadających tanich odpowiedników, prawdopodobnie od stycznia znajdzie się na znowelizowanych listach leków refundowanych - poinformował wiceminister zdrowia Bolesław Piecha.

Dzięki dopisywaniu generyków na listy zarówno pacjent, jak i Narodowy Fundusz Zdrowia nie muszą płacić za droższe wersje leków. To sposób na obniżenie kosztów refundacji w systemie. W Polsce generyki nie były wpisywane na listy od roku.
Cała procedura, jeśli będzie sprawnie prowadzona, powinna zakończyć się do końca grudnia. Listy mogą więc wejść w życie na początku stycznia.

PAP, 7.11.2006

AKTUALNOŚCI WYBÓR Z KURIERA NIA
www.nia.org.pl

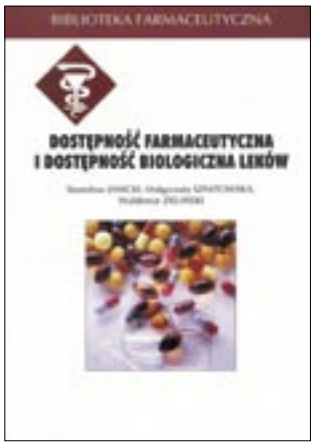
Nr 42 - 2006

17 października Andrzej Wróbel, prezes NRA skierował do Centrum Egzaminów Medycznych w Łodzi pismo wraz z wykazem osób wytypowanych do Komisji Egzaminacyjnej z ramienia samorządu aptekarskiego.
www.nia.org.pl/dat/magazyn/Kurier_2006_42_zal1.pdf

18 października Andrzej Wróbel, prezes NRA skierował pismo do Bolesława Piechy, sekretarza stanu w Ministerstwie Zdrowia zawierające uwagi środowiska aptekarskiego do projektu ustawy o zmianie ustawy – Prawo farmaceutyczne oraz niektórych innych ustaw.

Dobry i bezpieczny lek

Zasadą leczenia jest podanie pacjentowi substancji leczniczej, która ma wpływając na organizm i pomaga mu wrócić do stanu równowagi. Substancje te mogą być dostarczane do organizmu w różnych postaciach aplikacyjnych. Mogą to być tradycyjne tabletki, zawiesiny, czopki, doustne preparaty ziołowe, ale mogą to też być nowoczesne postacie takie jak np.: transdermalne systemy terapeutyczne (TTS), czy już coraz częściej pojawiające się w naszych aptekach kapsułki. Każda z wymienionych postaci przed wprowadzeniem do aptek musi przejść często żmudne i czasochłonne badania.



Jednym z parametrów przypisanych do działania leków jest dostępność farmaceutyczna. Parametr ten wskazuje na ilość substancji leczniczej przechodzącej z postaci leku do otaczającego płynu i szybkość z jaką ten proces zachodzi. Poznawanie tego procesu nazywane jest często „badaniem szybkości uwalniania". Drugim istotnym zagadnieniem jest badanie dostępności i równoważności biologicznej leków, stanowiącym kryterium skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leków.

Na polskim rynku wydawniczym niewiele jest pozycji odnoszących się do badań kinetyki uwalniania substancji leczniczych z postaci leków. Nie mniej jednak w roku 2001 ukazała się książka z serii Biblioteka Farmaceutyczna pt. „*Dostępność farmaceutyczna i dostępność biologiczna*" autorstwa Stanisława Janickiego, Małgorzaty Sznitowskiej i Waldemara Zielińskiego wydanej przez Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa" Sp. z o.o. Autorzy książki przedstawili temat w sposób przystępny i zrozumiały dla czytelnika.

We wprowadzeniu przybliżono definicje i podstawowe pojęcia, kryteria oceny jakości leku, uwalnianie substancji leczniczej z postaci leku i jej losy w ustroju. Czytelnik może poznać przyczyny różnorodności leków odtwórczych.

W części poświęconej dostępności farmaceutycznej opisano metodykę i warunki prowadzenia badań. Przedstawiając badania różnych postaci leku Autorzy zrobili to w sposób ciekawy jednocześnie porównując metody z różnych farmakopei. Równie interesująco opisano badania dostępności biologicznej jako kryterium oceny jakości, skuteczności i bezpieczeństwa stosowania leków. Na uwagę zasługuje fakt, iż Autorzy podejmując ten trudny temat odwoływali się do danych zawartych w farmakopei europejskiej (Ph.Eur.III), amerykańskiej (USP 24) i brytyjskiej (BP). Odnosząc się do Farmakopei Polskiej przytaczają w dużej mierze wymagania zawarte w FP VI.

Książka stanowi źródło wielu cennych informacji na temat pojęć dotyczących działania poszczególnych postaci leków, metod ich badania i opracowywania.

dr n. farm. Tomasz Baj

Dostępność farmaceutyczna i dostępność b iologiczna; Ośrodek Informacji Naukowej „Polfa" Sp. z o.o., Warszawa, 2001; Wydanie I, ISBN 83-914984-1-7, s. 256

Flaga polskiego aptekarstwa na Elbrusie

mgr farm Miłosz Gawor, aptekarz ze Starachowic na szczycie

Słowa te piszę równo tydzień przed inauguracją I Farmaceutycznych Mistrzostw Polski w siatkówkę. Jest to dla mnie chwila szczególna – moment, na który pracowałem od kilku lat. Niesiony tym poczuciem, że jednak można – namawiam do uprawiania sportu wszystkich – i tych trenujących z pasją od lat, ale także, a może przede wszystkim, tych, którzy chcą coś robić, ruszać się, spotykać – słowem działać.

Doskonale wiem, iż sytuacja codzienna aptekarzy nie wygląda wesoło, ale może taka odskocznia, zastrzyk energii sportowej pozwoli na lepsze stawianie czoła zawodowym wyzwaniom. I nie zasłaniajmy się brakiem wolnego czasu. Zróbmy rachunek z ilości godzin marnowanych przed ekranem telewizora czy komputera. I ruszmy się. Ruszmy na spacer, na salę gimnastyczną, na basen czy kort lub wsiądźmy na rower. Tak, jak to robią lekarze. Ich aktywność sportowa może służyć nam za wzór. Kilkadziesiąt imprez rocznie – to mówi samo za siebie. Nam wystarczyłoby 7-8. Obecnie są tylko dwie – mistrzostwa w narciarstwie alpejskim(siódma edycja odbędzie się 13 stycznia 2007 roku w Karpaczu) i w żeglarstwie. Chciałbym przekazać w dobre ręce ideę **„Pisteliady”** – aptekarskiej mini olimpiady. Jakiś czas temu z Tomkiem Grzelczakiem kolegą z Łodzi próbowaliśmy tę imprezę zorganizować. Jednak z powodu miernego odzewu niewiele z tego wyszło, więc ja skoncentrowałem energię na siatkarskich mistrzostwach a Tomek na triathlonie. Jestem pewien, iż zawody w piłkę nożną, koszykówkę czy lekką atletykę przyciągną odpowiednią ilość chętnych. Można pomyśleć o zorganizowaniu tych zawodów osobno lub w ramach **„Pisteliady”**. W sportach zespołowych namawiam do formuły *medyk*, czyli dla absolwentów akademii medycznych. Służę tu osobistymi doświadczeniami i kontaktami w środowisku sportu lekarskiego. A są jeszcze tak popularne dyscypliny jak tenis, ping-pong, szachy czy wędkarstwo. Solą takich imprez, oprócz samych emocji sportowych, są spotkania wieczorami przy muzyce i herbatce ze starymi znajomymi z lat studenckich oraz nawiązywanie nowych przyjaźni. Naprawdę – warto jeździć nawet będąc zupełnym amatorem – można przeżyć fajną przygodę i zarazić się pasją od lepszych sportowców. Tak więc do dzieła – niech aktywują się wszyscy którzy mają pociąg do sportu i przygody. Każda osoba i każde działanie będą cenne. Nawet jeśli nigdy nie osiągniemy sportowych szczytów, jak znany już czytelnikom mgr farm. Miłosz Gawor ze Starachowic. Tym razem we wrześniu zatknął on flagę polskiego aptekarstwa na Elbrusie – najwyższym szczycie Kaukazu (5633 m n.p.m). Wyprawę, która obfitowała w przygody i perypetie przybliżymy w kolejnych numerach. Dziś zdjęcie ze szczytu. Na zachętę.

mgr farm. Filip Olejniczak

PORA SMAROWAĆ DESKI

Zima za pasem. Narciarze mówią - pora smarować deski i przygotować się do **VII Mistrzostw Polski Farmaceutów w Narciarstwie Alpejskim.** Organizatorzy już rozpoczęli odliczanie do rozpoczęcia tych zawodów, które odbędą się 13 stycznia 2007 roku w Karpaczu. W Mistrzostwach mogą uczestniczyć absolwenci wydziałów farmaceutycznych oraz członkowie ich rodzin i przyjaciele. Termin zgłoszeń upływa 3 stycznia 2007 roku.

Wszelkich informacji udzielają: organizator techniczny zawodów, dr farm. Wojciech Piotrowski z Karpacza - tel./fax. (075) 761 93 12; e-mail: wojtek_piotrowski@wp.pl oraz Karolina Sobczak z Działu Promocji HURTAP SA - tel.(024) 721 25 13 wew. 210; e-mail: karolina.sobczak@hurtap.com.pl. Informacje i komunikaty dotyczące Mistrzostw są także dostępne na stronie internetowej Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej:www.dia.com.pl. (zs)

Fot. archiwum redakcji

DIABELSKA SIARKA

Siarka kojarzy się z ogniem czy smokami, a przecież to także makroelement, wchodzący w skład kości, mięśni, zębów, włosów, paznokci, skóry.

Pierwsze wzmianki o siarce pochodzą sprzed 2000 r. p.n.e. W starożytności służyła do bielenia tkanin, w medycynie - do leczenia chorób skórnych, przede wszystkim trądu. Współczesna nauka potwierdziła, że siarka jest jedynym minerałem, który zwalcza bakteryjne zakażenia ciała. Przypisywano jej własności magiczne. W średniowieczu alchemicy uważali ją za „żywioł palności".

Siarka znajduje się w każdej komórce ludzkiego ciała. Organizm wykorzystuje ją jako składnik witaminy B1 (tiaminy), metioniny niezbędnej do budowy aminokwasów. Siarka stabilizuje połączenia białkowe, szczególnie wchodzi w skład tych białek, które budują włosy, paznokcie, skórę.

Obecność siarki pozwala zachować piękną cerę, wspaniałe, lśniące włosy oraz piękne, zdrowe paznokcie. Ponieważ reguluje pracę gruczołów łojotokowych jest doskonałym preparatem na trądzik i przetłuszczające się włosy.

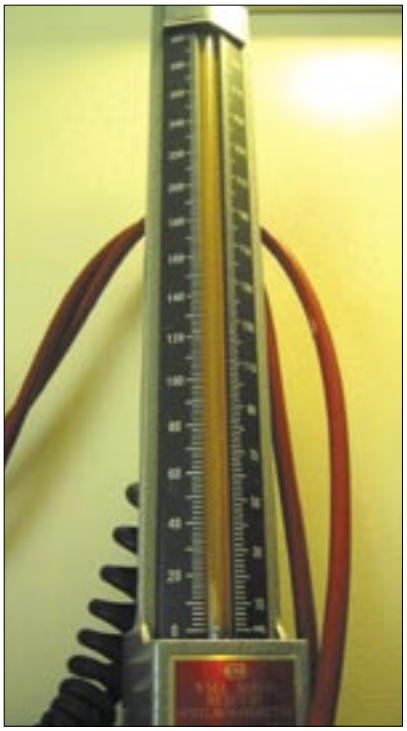
Przy niedoborze siarki występuje nadmierne rogowacenie naskórka, łamliwość i wypadanie włosów, choroby paznokci, złe samopoczucie, katarakta.

Siarka koloidalna wchodzi w skład mydeł i szamponów leczniczych. Maseczki siarkowe oczyszczają pory skóry, działają antybakteryjnie i przeciwzapalnie, przeciwłojotokowo, przeciwgrzybiczo.

Anka Domańska

Fot. archiwum redakcji

Nadciśnienie tętnicze – choroba cywilizacyjna



Fot. archiwum redakcji

Gwałtowny rozwój gospodarczy świata, jaki ma miejsce od lat dwudziestych ubiegłego wieku, zmienia otoczenie oraz styl życia współczesnego człowieka. Stres, niezdrowe jedzenie (ubogoresztkowe, solone i bogate w proste węglowodany oraz nasycone tłuszcze), mała aktywność fizyczna (fotelowo-samochodowy schemat życia), otyłość i używki (zwłaszcza papierosy) stanowią nowe obciążenie dla układu krążenia. Czynniki te, wspólnie z wiekiem, płcią oraz uwarunkowaniami genetycznymi wpływają na coraz powszechniejsze występowanie groźnego, choć cichego zabójcy-nadciśnienia tętniczego.

Około 10% przypadków tej choroby jest wtórne do innych zaburzeń, wśród których należy wymienić: choroby nerek (zarówno miąższowe, jak i związane ze zwężeniem tętnicy nerkowej), zaburzenia endokrynologiczne (hiperaldosteronizm, z. Cushinga, guz chromochłonny, nadczynność tarczycy i przytarczyc, rakowiak, akromegalia), koarktację aorty, rzucawkę i stan przedrzucawkowy w ciąży, ostry stres (w przebiegu oparzeń, urazów, hipoglikemii, w zespołach odstawiennych), obturacyjny bezdech podczas snu, stosowanie leków (sterydy, doustne środki antykoncepcyjne), toksyczne działanie substancji egzogennych (amfetamina).

Nadciśnienie wtórne najczęściej występuje u osób młodych. W przeważającej części społeczeństwa mamy jednak do czynienia z nadciśnieniem pierwotnym, które obejmuje ponad 90% przypadków tej choroby. Częstość nadciśnienia tętniczego pierwotnego w populacji polskiej sięga aż 29% i wzrasta z wiekiem (do 59% u osób po 65 roku życia).

Przyczyny tej choroby są wielorakie. Należy tu wymienić zarówno obciążenia genetyczne (choroby układu sercowo-naczyniowego u najbliższych krewnych), jak i wymienione na wstępie czynniki środowiskowe, na które mamy wpływ.

Mianem nadciśnienia określamy wartości ciśnienia skurczowego powyżej 140 lub rozkurczowego powyżej 90 mm Hg. Nadciśnienie ciężkie rozpoznajemy przy wartościach przekraczających 180/110 mm Hg. Pomiar należy przeprowadzić co najmniej dwukrotnie w czasie dwóch wizyt lekarskich, a wartość ciśnienia wyliczyć jako średnią. Postępowanie takie pozwoli na uniknięcie błędnego rozpoznania nadciśnienia u pacjenta zdenerwowanego lub zmęczonego wysiłkiem fizycznym.

Objawy nadciśnienia tętniczego są zazwyczaj skąpe. Po wielu latach podstępnego rozwoju choroby lub przy wysokich wartościach ciśnień mogą pojawić się bóle i zawroty głowy, zaburzenia widzenia, bezsenność, łatwe męczenie się. Większość przypadków przebiega jednak bez charakterystycznych zmian, co jeszcze bardziej podkreśla konieczność okresowych profilaktycznych kontroli w gabinecie lekarskim.

Stwierdzenie podwyższonego ciśnienia tętniczego obliguje lekarza do wnikliwej analizy sytuacji pacjenta. Wybór metody leczenia zależy od stwierdzonych czynników ryzyka, chorób współistniejących, powikłań narządowych oraz od wysokości ciśnienia. Każdy przypadek ciśnienia przekraczającego 180/110 mm Hg wymaga natychmiastowego leczenia farmakologicznego. Podobna sytuacja ma miejsce w razie stwierdzenia ciężkich powikłań, takich jak encefalopatia nadciśnieniowa (czyli uszkodzenie mózgu), obrzęk płuc czy rozwarstwienie aorty.

Leczenie w lżejszych przypadkach ustala się indywidualnie z pacjentem. Pierwszym krokiem powinna być zawsze rozmowa dotycząca czynników ryzyka. Wieloośrodkowe badania udowodniły bezspornie, że zmiana stylu życia prowadzi do obniżenia ciśnienia tętniczego, a w niektórych przypadkach jest jedynym, wystarczającym postępowaniem. Najważniejszymi elementami leczenia niefarmakologicznego są: redukcja masy ciała, stosowanie diety śródziemnomorskiej (bogatej w ryby i warzywa), zaprzestanie palenia papierosów

, ograniczenie dobowego spożycia soli kuchennej do 6 g (ok. jedna łyżeczka), regularne ćwiczenia fizyczne (co najmniej 30 minut przez większość dni tygodnia) oraz ograniczenie spożycia alkoholu (dozwolona ilość to jeden kieliszek czerwonego wina dziennie). Pacjenci z nadciśnieniem tętniczym i cukrzycą powinni dodatkowo zwrócić szczególną uwagę na utrzymanie prawidłowych poziomów glikemii (czyli poziomu cukru we krwi).

Po trzech miesiącach od zmiany stylu życia należy ponownie skontrolować wartości ciśnienia. W razie utrzymywania się nadciśnienia włącza się leczenie farmakologiczne. Obecnie mamy do dyspozycji całą gamę leków, które można stosować zarówno osobno, jak i w terapii złożonej. Główne grupy stosowanych leków to leki moczopędne (furosemid, indapamid, amiloryd, hydrochlorotiazyd, spironolakton), beta- blokery (np. atenolol, metoprolol, bisoprolol), blokery kanałów wapniowych (amlodypina, nifedypina), inhibitory enzymu konwertującego (enalapril, lizynopril, perindopril), blokery receptora angiotensyny II (walsartan, telmisartan, losartan), α1-blokery (doksazosyna, prazosyna) oraz leki działające ośrodkowo (np. klonidyna czy metyldopa, szczególnie zalecana u kobiet w ciąży).

Lekarz dokonuje wyboru konkretnego leku oraz dawkowania w oparciu o stan zdrowia pacjenta i współwystępujące choroby. Czasem ustalenie właściwego leczenia wymaga czasu, gdyż każdy chory reaguje odmiennie na zastosowany schemat. Zazwyczaj udaje się uzyskać dobrą kontrolę ciśnienia tętniczego za pomocą dwóch-trzech preparatów o odmiennym mechanizmie działania. Docelowe wartości ciśnienia w trakcie leczenia nie powinny przekraczać 140/90mm Hg. W przypadku występowania cukrzycy lub białkomoczu (świadczącego o uszkodzeniu nerek) wartości te powinny być jeszcze niższe i odpowiednio wynosić poniżej 130/80 i 125/75 mm Hg. Podjętej terapii nie należy przerywać, gdyż grozi to gwałtownymi zmianami ciśnienia tętniczego i dodatkowym obciążeniem układu krążenia. Przewlekłe, nieleczone nadciśnienie tętnicze prowadzi z czasem do rozwoju wielu bardzo poważnych powikłań.

Rozwój cywilizacyjny dał nam nowe możliwości realizacji naszych potrzeb i marzeń. Jednocześnie okazał się być puszką Pandory, w której znaleźliśmy nowe zagrożenia, takie jak otyłość, choroby układu krążenia czy cukrzyca. Najważniejszym zadaniem na najbliższe lata jest uświadomienie sobie, że nadciśnienie tętnicze nie jest chorobą jednostek, a poważnym zagrożeniem dla wszystkich wysokorozwiniętych społeczeństw. Liczba chorych wzrasta dramatycznie, a wraz z nią koszty leczenia powikłań. Wskazuje to na konieczność uznania nadciśnienia tętniczego za groźną chorobę społeczną, której należy przede wszystkim zapobiegać, zanim pojawi się konieczność leczenia.

lek. med.
Magdalena Proniewska

Cukrzyca

Queisser PHARMA

Choroby zakaźne, takie jak SARS, ptasia grypa, wirusowe gorączki krwotoczne czy AIDS (zwane dżumą XX wieku) łatwo trafiają do społecznej świadomości, budząc panikę i medialny szum. Tymczasem większym zagrożeniem dla cywilizowanego świata jest choroba znana od wieków, a mimo to lekceważona.

Pierwsze opisy cukrzycy pochodzą już z roku 1550 roku p.n.e. Od tego czasu ludzkość poczyniła ogromny postęp, dowiadując się coraz więcej na temat tej choroby oraz metod jej leczenia. Niestety, nasza wiedza nie idzie w parze z opanowaniem cukrzycy. Siedzący tryb życia, niezdrowe jedzenie (tłuste, bogate w proste węglowodany posiłki typu „fast food") w połączeniu z czynnikami genetycznymi prowadzi do gwałtownego rozwoju choroby. Liczba chorych oraz koszty leczenia wzrastają w zastraszającym tempie. Szacuje się, że do 2030r. około 360 milionów ludzi na świecie będzie borykać się z tą podstępną dolegliwością.

Klasyfikacja cukrzycy jest dość skomplikowana. Wraz z naszą wiedzą rośnie ilość typów i podtypów choroby. Podstawowy podział wyróżnia cukrzycę typu 1 (lub inaczej cukrzycę ludzi młodych, przeważnie autoimmunologiczną) oraz cukrzycę typu 2 (częstszą u osób starszych, związaną z trybem życia), która stanowi ponad 90% przypadków.

Objawy choroby, takie jak zmęczenie, zwiększone pragnienie czy wielomocz łatwo przeoczyć. Jedynym sposobem na uniknięcie powikłań choroby jest jej wczesne wykrycie poprzez okresowe, kontrolne badania glikemii (cukru we krwi). Wczesne postacie cukrzycy można leczyć za pomocą restrykcyjnie przestrzeganej diety oraz odpowiedniej aktywności fizycznej. W bardziej zaawansowanych stadiach stosuje się dodatkowo leki doustne lub insulinę we wstrzyknięciach. Arsenał dostępnych na rynku preparatów jest ogromny. Znajdują się wśród nich pochodne sulfonylomocznika, biguanidy, glinidy, leki hamujące α-glukozydazę, glitazery, tiazolidynediony oraz bogaty wybór insulin o zróżnicowanych czasach działania. Żaden preparat nie zastąpi jednak współpracy między dobrze wyedukowanym, zmotywowanym pacjentem i lekarzem. Warto wiedzieć, że lekceważenie cukrzycy i niestosowanie diety prowadzą do tkz. „rozchwiania" choroby oraz rozwoju jej wszystkich powikłań. Cukrzyca co prawda „ nie boli", ale niszczy naczynia i serce (prowadząc do zawałów, miażdżycy kończyn i ich amputacji, nadciśnienia tętniczego i udarów mózgu), nerwy (polineuropatie), nerki (co skutkuje ich niewydolnością i koniecznością dializ) oraz narząd wzroku (jest to główna przyczyna ślepoty w krajach rozwiniętych!). Warto o tym pamiętać, kiedy znowu sięgniemy po batonik lub zrezygnujemy z wysiłku fizycznego na korzyść leżenia przed telewizorem.

lek. med. Magdalena Proniewska

Na szczęście jest ®EWOLUCJA

NOWE PRESTARIUM® 5 mg
PRESTARIUM® 10 mg

jako efekt rozwoju postaci farmaceutycznej leku

- Nowe połączenie substancji aktywnej
- Nowa powlekana tabletka
- Nowe opakowanie

Większa STABILNOŚĆ=SKUTECZNOŚĆ, BEZPIECZEŃSTWO i TOLERANCJA w każdych warunkach

Firma **SERVIER** została uhonorowana Laurem Farmacji i Medycyny za rozwój postaci farmaceutycznej leku **PRESTARIUM**

WYDŁUŻENIE OKRESU TRWAŁOŚCI
Europejska Procedura Wzajemnego Uznania MRP

Nowa forma **PRESTARIUM 5 mg i 10 mg** jest jedyną postacią peryndoprylu, która przy najbardziej restrykcyjnych wymaganiach wykazuje **większą stabilność**. Te wyjątkowe właściwosci pozwoliły na wydłużenie okresu trwałości leku bez żadnych szczególnych zaleceń odnośnie warunków transportu, dystrybucji oraz przechowywania do okresu 3 lat.

Stabilność = Skuteczność + Bezpieczeństwo

PRESTARIUM® 5 mg, tabletki powlekane (Perindoprilum arginium) - substancja czynna: 5 mg peryndoprylu z argininą równoważne 3,395 mg peryndoprylu. PRESTARIUM® 10 mg - substancja czynna: 10 mg peryndoprylu z argininą równoważne 6,790 mg peryndoprylu. Wskazania do stosowania: PRESTARIUM® 5 mg - nadciśnienie tętnicze, objawowej niewydolności serca. PRESTARIUM® 10 mg - nadciśnienie tętnicze. Dawkowanie i sposób podawania: lek przyjmować raz na dobę, rano, przed posiłkiem; dawkę należy ustalić indywidualnie. Nadciśnienie tętnicze: lek może być stosowany w monoterapii i w leczeniu skojarzonym. Zalecana dawka – 5 mg, raz na dobę, rano, po miesiącu można ją zwiększyć do 10 mg, raz na dobę, rano. U pacjentów z dużą aktywnością układu renina – angiotensyna – aldosteron (szczególnie u pacjentów z nadciśnieniem naczyniowo-nerkowym, zaburzeniami wodno-elektrolitowymi, dekompensacją układu sercowo-naczyniowego lub ciężkim nadciśnieniem tętniczym) – leczenie należy rozpoczynać w warunkach specjalistycznej opieki medycznej, z dawką początkową 2,5 mg, po miesiącu leczenia dawkę można zwiększyć do 10 mg raz na dobę. Pacjenci w podeszłym wieku – zalecana dawka początkowa 2,5 mg, może być zwiększona po miesiącu do 5 mg, jeśli konieczne do 10 mg, z uwzględnieniem czynności nerek. Dostosowanie dawki w niewydolności nerek: dawkę dostosowuje się na podstawie klirensu kreatyniny. Objawowa niewydolność serca (PRESTARIUM® 5 mg): zalecana dawka początkowa 2,5 mg. Dawkę należy zwiększyć do 5 mg na dobę (jeżeli nie obserwowano spadków ciśnienia) nie wcześniej niż po 2 tyg. leczenia. Zaleca się wprowadzanie preparatu do leczenia skojarzonego z lekami moczopędnymi nieoszczędzającymi potasu i (lub) preparatami naparstnicy i (lub) beta-adrenolitykami w warunkach specjalistycznej opieki medycznej, z zalecaną dawką początkową 2,5 mg (rano). Przy dobrej tolerancji po 2 tygodniach można ją zwiększyć do 5 mg, raz na dobę. Stosowanie u dzieci i młodzieży nie jest zalecane. Przeciwwskazania: nadwrażliwość na peryndopryl lub na którykolwiek substancję pomocniczą lub inne IKA, obrzęk naczynioruchowy w wywiadzie związany z uprzednim leczeniem IKA, wrodzony lub idiopatyczny obrzęk naczynioruchowy, drugi i trzeci trymestr ciąży. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania: IKA mogą powodować nadmierne obniżenie ciśnienia tętniczego. Objawowe niedociśnienie tętnicze występuje rzadko u pacjentów z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym, pojawia się częściej u pacjentów odwodnionych, stosujących dietę ubogosodową, dializy, lub u pacjentów z ciężkim nadciśnieniem reninno zależnym, z ciężką, objawową niewydolnością serca, w następstwie leczenia dużymi dawkami diuretyków pętlowych, hiponatremią lub zaburzeniem czynności nerek. U pacjentów ze zwężonymi tętnicami wystąpienia objawowego niedociśnienia tętniczego, pacjentów z chorobą niedokrwienną serca lub z chorobami naczyń mózgowych, u których nagłe obniżenie ciśnienia tętniczego mogą spowodować wystąpienie zawału serca lub incydentu naczyniowo-mózgowego, rozpoczynanie leczenia i ustalanie dawki powinno odbywać się pod ścisłą kontrolą. Leki stosować ostrożnie u pacjentów ze zwężeniem zastawki mitralnej i zwężeniem drogi odpływu z lewej komory, w przypadku zwężenia zastawki aortalnej lub kardiomiopatii przerostowej. Przy dwustronnych nadciśnieniu naczyniowo-nerkowym, istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia ciężkiego niedociśnienia tętniczego i niewydolności nerek – leczenie należy rozpoczynać pod ścisłą kontrolą, od małych dawek. Leczenie moczopędne może być czynnikiem predysponującym do wystąpienia tych stanów – przerwać leczenie lekami moczopędnymi i monitorować czynność nerek podczas pierwszych tygodni leczenia. U pacjentów dializowanych (błony o dużej przepuszczalności) i leczonych IKA były obserwowane reakcje osmomanifestatyczne. Obserwowano rzadkie przypadki wystąpienia obrzęku naczynioruchowego twarzy, kończyn, warg, błon śluzowych, języka, głośni i/lub krtani u pacjentów leczonych IKA. W razie wystąpienia powyższych objawów należy przerwać leczenie. Rzadko, u pacjentów leczonych IKA poddanych LDL aferezie z zastosowaniem siarczanu dekstranu występują reakcje osteomanifestatyczne zagrażające życiu. U pacjentów otrzymujących IKA podczas leczenia odczulającego mogą wystąpić zagrażające życiu reakcje osteomanifestatyczne. Rzadko, stosowanie IKA jest związane z wystąpieniem zespołu rozpoczynającego się od zlifaczki cholestatycznej, przechodzącej do niewielu piorunującej martwicy wątroby i (czasami) śmierci. Neutropenia/ agranulocytoza, trombocytopenia oraz niedokrwistość obserwowano u pacjentów otrzymujących IKA. Peryndopryl powinien być stosowany ze szczególną ostrożnością u pacjentów z kolagenozą naczyń, leczonych lekami immunosupresyjnymi, allopurynolem lub prokainamidem. U chorych na cukrzycę, leczonych doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi lub insuliną należy ściśle monitorować stężenie glukozy podczas pierwszego miesiąca leczenia IKA. Leczenie przerwać na jeden dzień przed planowanym zabiegiem chirurgicznym. U niektórych pacjentów leczonych inhibitorami ACE, obserwowano zwiększone stężenia potasu w surowicy. Nie zaleca się jednoczesnego stosowania peryndoprylu i IKa, leków moczopędnych oszczędzających potas, preparatów potasu lub zamienników soli kuchennej zawierających potas. Nie stosować u pacjentów z rzadką, dziedziczną nietolerancją galaktozy, z zespołem złego wchłaniania glukozy – galaktozy lub z niedoborem Lapp laktazy. Nie stosować w pierwszym trymestrze ciąży i w okresie karmienia piersią. Działania niepożądane: bardzo rzadko: zaburzenia rytmu serca, dławica piersiowa, zawał mięśnia sercowego, udar, zmniejszenie stężenia hemoglobiny, hematokrytu, liczby płytek krwi, leukopenia/ neutropenia, przypadki agranulocytozy lub pancytopenii, niedokrwistości hemolitycznej u pacjentów z wrodzonym niedoborem dehydrogenazy glukozo-6-fosforanowej, eozynofilowe zapalenie płuc, zapalenie błony śluzowej nosa, cytolityczne lub cholestatyczne zapalenie wątroby, zapalenie trzustki, rumień wielopostaciowy, ostra niewydolność nerek, uczucie splątania, możliwy częsty: zaburzenia nastroju (lżejsi sen, okuszy sokeiel), suchość w ustach, objawy świądu, suchość, wysypka, świąd, pokrzywka, bardzo rzadko: zaburzenia widzenia, szumy uszne, niedosłuch, nadmierne pocenie, częste: bóle głowy, zawroty głowy, parestezje, zaburzenia widzenia, szumy uszne, niedosłuchenia tętnicze w tym objawowe niedociśnienie tętnicze, kaszel, duszność, nudności, wymioty, bóle brzucha, zaburzenia smaku, niestrawność, biegunka, zaparcia, wysypka, świąd, astenia. Może wystąpić zwiększenie stężenia mocznika we krwi i kreatyniny w osoczu, hiperkaliemia, rzadko zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych oraz zwiększenie stężenia bilirubiny w surowicy. PODMIOT ODPOWIEDZIALNY: Les Laboratoires Servier, 22 rue Garnier, 92200 Neuilly sur Seine, Francja. Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez Ministra Zdrowia PRESTARIUM® 5 mg nr 11797, PRESTARIUM® 10 mg 11772. Adres korespondencyjny: Servier Polska Sp. z o.o., 00-833 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 10, tel. (22) 594 90 00, fax (22) 594 90 10. Internet: www.servier.pl, e-mail: info@pl.netgrs.com. Pełna informacja o leku znajduje się w ulotce dołączonej do opakowania. Należy zapoznać się z właściwościami leku przed jego zastosowaniem.

PL/0305/PRES/11

Telejko E. Stabilność i bezpieczeństwo stosowania leku w różnych warunkach. Farmacja Polska, Tom 62., nr 8, 2006;
• Nadolski P., Kamysz W., Łukasiak J.: Trwałość substancji leczniczej-badanie. Farm. Pol. 61, 557, 2005.; • Nazarali H., Muchemwa T., Hogerzeil H. V.: The quality and stability of essentials drugs in tropical climates: WHO/DAP/94, 16, 1996, WHO, Geneva,; • Ridha PG., Vervaet C., Verte G. i wsp.: Drug formulations intended for the global market should be tested for stability under trial climatic conditions.: Eur. Clin. Pharmacol. 59 (2). 135, 2003.; • Wieniawski W.: Międzynarodowa Harmonizacja Wymagań dla Leków (ICH)- stały rozwój i nowe zadania. Farm. Pol. 60. 365, 2004.

SERVIER
Odkrycie dające nadzieję

Doppel herz aktiv

Cukier na dobrym poziomie

NOWOŚĆ

Doppelherz® *aktiv* Na poziom cukru to wyjątkowy preparat o rewolucyjnym naturalnym składzie, który **skutecznie obniża poziom cukru we krwi**.

Jako jedyny na polskim rynku zawiera unikalny ekstrakt z **CYNAMONOWCA, oraz witaminy z grupy B, chrom i cynk**. Działanie ekstraktu z cynamonowca, stabilizujące poziom cukru we krwi zostało potwierdzone badaniami klinicznymi.

Tylko 2 kapsułki dziennie!

Dzienna porcja *(1 kapsułka)* zawiera:		
	Luteina	6 mg
	Witamina A	800 mcg
	Witamina C	180 mg
	Witamina E	30 mg
	Cynk	2,5 mg

Queisser PHARMA

Suplement diety.
W aptekach bez recepty.