

Nr 32 (10e) kwiecień 2009

APTEKARZ POLSKI

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej



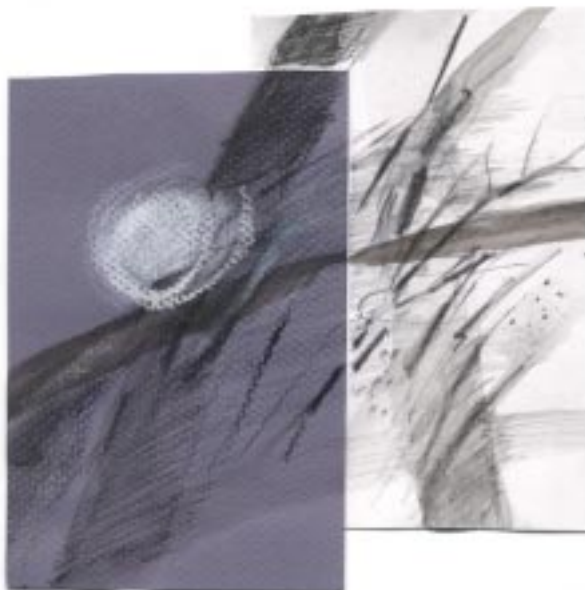
www.aptekarzpolski.pl

Zatrzymać czas...

Pomóż oraz w rubryce *Chwila oddechu...* prezentujemy poezję Wojciecha Krówczyńskiego ilustrowane pracami Teresy Iwanejko-Tarczyńskiej

Czar życia

*Dwoistość we mnie rozciągnięta
Pomiędzy tym, co na co dzień
A tym, co od święta
Pomiędzy pięknem
A szpetną brzydotą
Upalnym popołudniem
A jesienną słąką
Próbuję to ogarnąć
Rozumną mądrością
Zaprawić uczuciem
I podgrzać miłością
Zmieszać wszystko w tyglu
Dawkować z umiarem
Aby nie umknęło
To, co życia czarem*
12.2007



Dotyk

*Dotknięcie ręki drugiego człowieka
Efektem zdrowienia
Od wieków urzeka
Nie pomoże nowy lek
Wyrafinowana technika
Gdy duszy chorego
Nikt nie dotyka*
10.2007

Milosierny

*Dotykasz nieszczęścia człowieka
Wchodzisz w jego rany
Spotykasz się z nim w cierpieniu
Mówiąc mu jak jest kochany*

*Otwierasz dłoń, lek podajesz
Na trwogę załamanie
Prowadzisz go w potrzebie
Prowadź mnie też mój Panie*
12.2007



Jeśli pani minister zechce

Do redakcji Aptekarza Polskiego dotarła kopia listu wysłanego do ministra zdrowia przez magistra farmacji Krzysztofa Przystupę, znanego aptekarza z Lublina. Niemalże w każdej linijce listu, którego fragmenty za zgodą autora cytujemy, zawarte jest rozgoryczenie sytuacją panującą na rynku dystrybucji leków. Zdaniem autora stan obecny prowadzi do upadku prowadzonych przez niezależnych farmaceutów aptek indywidualnych i rodzinnych, które są solą aptekarstwa w Polsce. Trudno uwierzyć, żeby w ministerstwie zdrowia nie dostrzegano tego problemu. Wydaje się, że nie tylko aptekarzom znane są wyliczenia ile na refundacji leków mógłby zaoszczędzić NFZ, gdyby okiełznano żywioł rynku i wprowadzono, jak w wielu krajach europejskich, zasady regulujące dystrybucję leków.

Jeśli pani minister Ewa Kopacz zechce wyłożyć szerokiemu ogółowi aptekarzy zasady tzw. polityki lekowej prowadzonej przez resort zdrowia, to redakcja Aptekarza Polskiego zaprasza na swoje łamy. Z chęcią opublikujemy tę wypowiedź.

Niejako a propos poprzedniego wątku wypowiada się magister farmacji Piotr Bohater. W wywiadzie udzielonym Aptekarzowi Polskiemu, stwierdza, że „ważą się obecnie losy modelu funkcjonowania europejskich aptek w przyszłości - czy będą to apteki niezależne, w których aptekarze będą wykonywać swoją pracę w ramach wolnego zawodu, czy będą to duże sieci apteczne prowadzone przez międzynarodowe spółki lub korporacje, w których farmaceuci będą mieli ograniczony wpływ na decyzje dotyczące funkcjonowania aptek”. Polecamy lekturę wywiadu, który jest kopalnią wiedzy o międzynarodowej aktywności samorządu aptekarskiego.

Z satysfakcją zauważamy, że rozszerza się oferta szkoleń ciągłych prowadzonych na odległość via Internet. Wkrótce ruszy nowa platforma edukacyjna, którą uruchamia Uniwersytet Medyczny w Łodzi. Zapraszamy do lektury artykułów zamieszczonych w rubryce „e-dukacja”.

Od 7 marca do kontroli działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia m.in. hurtowni farmaceutycznej i apteki ogólnodostępnej stosuje się odpowiednie przepisy znowelizowanej z końcem ubiegłego roku ustawy O swobodzie działalności gospodarczej. Temat ten jest szeroko omówiony przez Jędrzeja Bujnego i Ewę Wielañczyk.

Z nadzieją, że na łamach Aptekarza Polskiego zostanie podjęta dyskusja o Kodeksie Aptekarza RP publikujemy rozważania magister Lidii Czyż, koordynatora Departamentu Etyki i Deontologii Zawodu.

Wkrótce rozpoczną się wakacje. Być może wielu z naszych czytelników odwiedzi podczas wakacji stolicę. Gdy tak się stanie, to warto poświęcić czas na odwiedzenie warszawskiego Muzeum Farmacji im. Antoniny Leśniewskiej, do czego zachęca Zuzanna Marcińska, autorka artykułu „Pięknie wyglądały niegdyś apteki”.

Redakcja Aptekarza Polskiego

Aptekarz Polski – Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej, www.aptekarzpolski.pl
 Wydawca: Naczelna Izba Aptekarska, ul. Długa 16, 00-238 Warszawa,
 tel. 022 635 92 85, fax 022 887 50 32, e-mail: nia@nia.org.pl

Redakcja Aptekarza Polskiego:

Redaktor Wydawca – mgr farm. Michał Grzegorzczak, Redaktor Naczelny – Zbigniew Solarz,
 Zastępca Redaktora Naczelnego, Konsultant farmaceutyczny – dr n. farm. Tomasz Baj;
 Sekretarz redakcji, Webmaster witryny www.aptekarzpolski.pl
 – mgr farm. Olga Sierpniowska.
 e-mail: redakcja@aptekarzpolski.pl
 Fotografia na okładce: Tomasz Baj

W bieżącym numerze:

WSTĘPNIAK	
Jeśli pani minister zechce	3
ROZMOWY REDAKCJI	
Ważą się losy modelu funkcjonowania europejskich aptek	6
W APTECE	
Co zrobić, aby pacjent zagłosował na nas, czyli aktywne słuchanie jako instrument budowania dobrej relacji	9
LEX APOTHECARIORUM	
Z problematyki inspekcji i kontroli w Prawie farmaceutycznym	11
Ministerialna wykładnia prawa	14
Dziecięca choroba europejskości	15
BAROMETR PHARMAEXPERTA	
Marzec 2009 – rynek roślin	17
MANUAŁ APTEKARSKI	
Melisa lekarska - moc spokoju	19
Cellulit - problem nie tylko estetyczny.....	21
WSZECHNICA APTEKARSKA	
Receptura dla stóp - preparatyka leków o właściwościach przeciwpotliwych	25
E-DUKACJA	
E-learning dostępny dla wszystkich	27
Systemy informacji elektronicznej dla farmaceutów: e-duk@cja i e-farmacja	29
PANORAMA SAMORZĄDU	
Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej	31
RYNEK LEKÓW	
Nie całkiem jak tabletki	
Kapsułki w recepturze aptecznej	33
Specjalizacja w specjalności farmacja przemysłowa	35
OPIEKA FARMACEUTYCZNA	
Opieka farmaceutyczna w opinii farmaceutów angielskich	36
BIBLIOTEKA	
Świadome dostrzeganie zapachów	39
MUZEALNY KALEJDOSKOP	
Pięknie wyglądały niegdyś apteki	40
HISTORIA FARMACJI – APTEKARSKIE TRADYCJE	
Aptekarz-burmistrz, aptekarz-prezes, aptekarz-konspirator	42
HISTORIA FARMACJI	
Poczet wielkich aptekarzy polskich – Teodor Torosiewicz.....	46
Na czele wszystkich leków sotę ja – WINO	47
Nowe rejestracje i nowości na rynku	48
CHWILA ODDECHU	
Wojciech Krówczyński	55

Konferencja organizowana przez Naczelną Izbę Aptekarską
pod patronatem Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego
oraz Zarządu Niemieckich Izb Aptekarskich.

5. MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWO - SZKOLENIOWA FARMACEUTÓW



Onkologia: standardy i nowe koncepcje

Wykład inauguracyjny; 6 wykładów plenarnych; 4 kursy szkoleniowe;
panel dyskusyjny; tłumaczenia simultaniczne.

WROCLAW
8-10 października 2009

<http://konferencja.nia.pl>



PROGRAM NAUKOWY

W ramach kształcenia ustawicznego uczestnicy mogą uzyskać do **21** punktów:

- za udział w konferencji - **6** punktów
- za dwa kursy szkoleniowe zakończone testem - **10** punktów
- za sesję plakatową - **5** punktów

CZWARTEK 08.10.2009

15.00 - 19.00 Kursy szkoleniowe kończące się testem:

- „Terapia żywieniowa u pacjentów nowotworowych” - dr Karin Nemeč, Wiedeń
- „Opieka farmaceutyczna nad pacjentem onkologicznym” - prof. Anna Wiela-Hojeńska, dr Iwona Gisterek, dr Krzysztof Szewczyk, dr Łukasz Łapiński, mgr Olga Fedorowicz, mgr Karolina Niewodniczańska-Góra; - Wrocław
- „Depresja i lęk u chorych z nowotworami złośliwymi” - dr Małgorzata Rusiecka, dr Marcin Stępień, dr Ewelina Łata, dr Joanna Rymaszewska, dr Ewa Kilar; - Wrocław

PIĄTEK 09.10.2009

10.00 - 11.30 Otwarcie konferencji; Wykład inauguracyjny

11.30 - 12.00 Przerwa kawowa

12.00 - 13.00 „Powstawanie nowotworów złośliwych i mechanizm działania cytostatyków”
- prof. Theodor Dingermann, Frankfurt nad Menem

13.00 - 14.00 „Terapia przeciwnowotworowa 2009: od pacjenta do terapii” - prof. Yan Ko, Bonn

14.00 - 15.00 Przerwa obiadowa

15.00 - 16.00 „Działania niepożądane i interakcje w onkologii” - dr Hans-Peter Lipp, Tybinga

16.00 - 16.30 Przerwa kawowa

16.30 - 18.00 Międzynarodowy panel dyskusyjny

20.00 - 24.00 Uroczysta kolacja z muzyką taneczną na żywo

SOBOTA 10.10.2009

9.00 - 10.00 „Nowe strategie farmakoterapii nowotworów” - prof. Jerzy Pałka, Białystok

10.00 - 11.00 „Nowe perspektywy leczenia chorych na raka jelita grubego w fazie uogólnienia procesu nowotworowego” - prof. Marek Wojtukiewicz, Białystok

11.00 - 11.30 Przerwa kawowa

11.30 - 12.30 „Wielospecjalistyczne leczenie chorych na raka piersi” - dr Tadeusz Pieńkowski, Warszawa

12.30 - 13.30 Przerwa obiadowa

13.30 - 17.30 Kursy szkoleniowe kończące się testem:

- „Rola farmaceuty w profilaktyce chorób nowotworowych” - mgr Olga Fedorowicz, prof. Anna Wiela-Hojeńska, dr Ewa Jaźwińska-Tarnawska, dr Łukasz Łapiński; - Wrocław

- „Współczesne metody leczenia chorób nowotworowych” - dr Rafał Matkowski, dr Małgorzata Rusiecka, dr Marcin Ekiert, dr Anna Orońska; - Wrocław

We współpracy z:

MedPharm Polska, Deutsche Apotheker Zeitung, Krankenhauspharmazie,
Deutscher Apotheker Verlag,
Pharmazeutische Zeitung, Govi-Verlag,
Werbe- und Vertriebsgesellschaft Deutscher Apotheker mbH



Fot. archiwum Piotr Bohater



Ważą się losy modelu funkcjonowania europejskich aptek

– na pytania Aptekarza Polskiego odpowiada mgr farm. Piotr Bohater, koordynator Departamentu Spraw Zagranicznych Naczelnej Rady Aptekarskiej

– Prawdopodobnie nie wszyscy aptekarze, zajęci na co dzień pracą z własnymi pacjentami, mają wiedzę, że aptekarskie sprawy dzieją się także na międzynarodowym forum, gdzie w imieniu polskich aptekarzy działa Naczelna Rada Aptekarska i reprezentują ją Departament Spraw Zagranicznych, którego jest Pan koordynatorem. Czym się zajmuje kierowany przez Pan Departament? Z kim bezpośrednio Pan współdziała w prowadzeniu spraw Departamentu?

Początek dwudziestego pierwszego wieku jest okresem wyjątkowo trudnym i burzliwym dla całego aptekarstwa europejskiego. Z jednej strony pojawiły się wspaniałe nowe możliwości wynikające z bardzo szybkiego postępu technologicznego, z drugiej strony coraz więcej jest trudnych do ogarnięcia zagrożeń oraz dylematów etycznych związanych z agresywnymi działaniami marketingowymi, jeszcze tak niedawno całkowicie obcymi w tej dziedzinie ochrony zdrowia. Ważą się obecnie losy modelu funkcjonowania europejskich aptek w przyszłości - czy będą to apteki niezależne, w których aptekarze będą wykonywać swoją pracę w ramach wolnego zawodu,

czy będą to duże sieci apteczne prowadzone przez międzynarodowe spółki lub korporacje, w których farmaceuci będą mieli ograniczony wpływ na decyzje dotyczące funkcjonowania aptek.

W tym trudnym czasie wyjątkowo znaczenie ma wymiana informacji i doświadczeń między izbami aptekarskimi krajów członkowskich Unii Europejskiej, zarówno na forum organizacji międzynarodowych zrzeszających samorządy aptekarskie krajów europejskich jak i w trakcie bezpośrednich spotkań i wymiany korespondencji. Z punktu widzenia prac Naczelnej Izby Aptekarskiej najważniejszą europejską organizacją farmaceutów jest Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej (PGEU).

Zakres działań Departamentu Spraw Zagranicznych NRA jest bardzo szeroki. Obejmuje on w szczególności:

- * Dokładne zapoznawanie się z dokumentami tworzonymi w trakcie prac PGEU oraz z publikacjami (czasopisma, Internet, książki) z różnych krajów poświęconymi funkcjonowaniu rynku farmaceutycznego.
- * Opracowywanie ważnych zagadnień z prac legislacyjnych samo-

ządu w oparciu o ustawy i rozporządzenia wybranych krajów europejskich - Austrii, Niemiec, Szwajcarii, Wielkiej Brytanii.

- * Wykorzystywanie zdobytej wiedzy w celu wsparcia prac NIA, szczególnie w zakresie dostarczania merytorycznych argumentów dla naszych projektów zmian legislacyjnych - poprzez przygotowywanie odpowiednich raportów dla Prezesa NRA, Prezydium NRA oraz pozostałych członków NRA
- * Reprezentowanie NRA w trakcie prac PGEU i forsowanie rozwiązań korzystnych dla polskich aptekarzy w opiniowaniu projektów dotyczących aptekarstwa europejskiego (np. dokumentów i dyrektyw opracowywanych przez Komisję Europejską).
- * Bezpośrednia współpraca z Izbami Aptekarskimi krajów europejskich
- * Prowadzenie bieżącej korespondencji kierowanej do Departamentu Spraw Zagranicznych NRA

W prowadzeniu spraw Departamentu ściśle współpracuję z dwoma członkami Departamentu Spraw Zagranicznych NRA - dr. Tadeuszem

Bąbelkiem i dr. Janem Rutowskim. Dzięki Internetowi możemy być w stałym kontakcie i praktycznie bez znaczenia jest fakt, że mieszkamy w różnych województwach.

– Jakie są węzłowe tematy, z którymi występuje Pan w imieniu i na rzecz polskich aptekarzy na forum międzynarodowym?

Są to przede wszystkim najważniejsze zagadnienia związane z pracami naszego samorządu:

- negatywne konsekwencje liberalnego systemu aptecznego, bez ograniczeń własnościowych, geograficznych i demograficznych w otwieraniu nowych aptek
- agresywne działania marketingowe aptek w warunkach obowiązywania maksymalnych cen na leki refundowane
- funkcjonowanie aptek internetowych, rozporządzenie w sprawie wysyłkowej sprzedaży leków
- sprzedaż pozaapteczna
- import równoległy, dystrybucja bezpośrednia (DTP)
- realizacja recept i postępowanie w przypadku błędów formalnych na receptach
- rozwiązania proponowane przez Komisję Europejską w zakresie wdrożenia w krajach UE systemu informatycznego uniemożliwiającego wprowadzanie do obrotu leków sfałszowanych
- wzajemne uznawanie kwalifikacji zawodowych w krajach UE
- rozwiązania w zakresie szkolenia poddyplomowego
- regulacje prawne zapewniające dostęp pacjentów do obiektywnych i rzetelnych informacji na temat leków

W ostatnim czasie szczególne znaczenie mają prace i wystąpienia

dotyczące zagrożeń związanych z wprowadzaniem w Polsce dystrybucji bezpośredniej producentów leków do aptek. Przedstawiamy możliwe scenariusze w oparciu o szczegółowe informacje otrzymane od przedstawicieli samorządu aptekarskiego z Wielkiej Brytanii, z uwzględnieniem polskich warunków dystrybucji leków. Wnikliwy raport na ten temat zostanie w najbliższych dniach przygotowany dla Prezesa NRA oraz na najbliższe posiedzenie NRA.

Problemy związane z realizacją recept są szczególnie dotkliwe dla wszystkich aptekarzy pracujących przy pierwszym stole. W ramach prac PGEU sporządzone zostało opracowanie zawierające wzory recept i dane niezbędne na receptach w większości krajów UE. Na moją prośbę opracowanie to zostanie uzupełnione o uprawnienia aptekarzy do poprawiania danych na receptach i ich postępowania w różnych krajach w przypadku wystąpienia błędów formalnych na receptach. Odpowiednia ankieta została wysłana do wszystkich członków PGEU i nadchodzą już pierwsze odpowiedzi - są bardzo interesujące. W ciągu najbliższych tygodni Departament Spraw Zagranicznych NRA przygotowuje szczegółowy raport na ten temat - będzie on z pewnością zawierał ważne argumenty, do wykorzystania w pismach do Min. Zdrowia, NFZ oraz w interpelacjach poselskich.

– Jak przebiegają kontakty NRA z innymi organizacjami aptekarskimi w Europie i na świecie?

Są to przede wszystkim kontakty z izbami aptekarskimi krajów europejskich. Najczęściej bezpośrednio spotkania z przedstawicielami tych izb odbywają się w ramach prac PGEU. Są one doskonałą

okazją do wyjaśnienia wielu złożonych mechanizmów funkcjonujących w systemach dystrybucji leków w różnych krajach europejskich.

Szczególnie bliskie kontakty mamy z izbami aptekarskimi z Niemiec, Austrii oraz Węgier. W ubiegłym roku miałem okazję uczestniczyć wspólnie z Prezesem NRA Grzegorzem Kucharewiczem w Zjeździe Niemieckiej Izby Aptekarskiej w Monachium. Mogliśmy bezpośrednio zapoznać się z najważniejszymi problemami niemieckich aptekarzy. W trakcie tego zjazdu przedstawionych zostało też wiele interesujących prezentacji, wśród których do najciekawszych należała prezentacja prof. Stephen'a Schondelmeyer'a ze Stanów Zjednoczonych na temat funkcjonowania aptek i cen leków w USA.

Ścisła współpraca z Zarządem Niemieckich Izb Aptekarskich ułatwia też bardzo promowanie w Niemczech Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej Farmaceutów, która w tym roku odbędzie się w dniach 8-10 października we Wrocławiu. W ubiegłym tygodniu w swoim przemówieniu podczas VII Saksońskiego Dnia Aptekarza w Lipsku mogłem osobiście zaprosić niemieckich aptekarzy na naszą konferencję do Wrocławia. Na stronach internetowych niemieckich izb aptekarskich (naczelnej i okręgowych) zostaną też umieszczone linki do naszej konferencji.

W drugiej połowie maja b.r. wspólnie z Prezesem NRA będę też uczestniczył w uroczystym XX Zjeździe Węgierskiej Izby Aptekarskiej w Budapeszcie. Uczestnictwo w tym zjeździe potwierdziło wielu prezesów europejskich izb aptekarskich.

– W jaki sposób prowadzona jest współpraca NRA z PGEU? ▶

► ***Jakimi kluczowymi zagadnieniami zajmuje się aktualnie PGEU i jakie sprawy są w agendzie tej organizacji?***

Współpraca NRA z PGEU polega na uczestnictwie w pracach grup roboczych PGEU, walnych zgromadzeniach PGEU, a od pierwszego stycznia b.r. również w pracach Prezydium PGEU. Będąc członkiem Prezydium PGEU mam znacznie większy wpływ na zagadnienia, którymi zajmuje się ta najważniejsza dla naszego samorządu europejska organizacja aptekarzy. Kluczowe zagadnienia, którymi zajmuje PGEU, wymieniałem już kilkakrotnie wcześniej - są to głównie możliwości ograniczenia liberalizacji rynku aptecznego w Europie, polityka lekowa krajów europejskich, funkcjonowanie systemów refundacji leków, rozwój opieki farmaceutycznej, import równoległy, dystrybucja bezpośrednia, niezależna informacja dla pacjentów na temat leków, sprzedaż pozaapteczna, zwiększenie bezpieczeństwa dystrybucji leków.

Szczególnie istotne są prace dwóch grup roboczych: ekonomicznej i doradczej. Na posiedzeniach ekonomicznej grupy roboczej omawiane są najważniejsze zagadnienia wpływające na ekonomiczne funkcjonowanie aptek. Do najważniejszych tematów w trakcie ostatniego spotkania należały:

- import równoległy produktów leczniczych w Europie

- polityka cenowa leków w wybranych krajach europejskich

Jednym z ważniejszych tematów w trakcie ostatnich prac doradczej grupy roboczej był system informacyjny uniemożliwiający wprowadzanie do obrotu leków sfałszowanych. Założenia techniczne tego systemu opracowywane są obecnie przez Komisję Europejską. Ponieważ rozwiązania wybrane przez Komisję Europejską będą musiały być wdrożone we wszystkich aptekach w krajach UE, bardzo ważne jest przedstawienie naszego stanowiska w tym zakresie, aby odpowiedni dokument przesłany przez PGEU do Komisji Europejskiej, uwzględniał również specyfikę naszego systemu aptecznego.

– Jakie są relacje Departamentu Zagranicznego z Okręgowymi Izbami Aptekarskimi? Czy do realizacji przedsięwzięć są zapraszani członkowie izb aptekarskich?

Dotychczasowe relacje Departamentu Spraw Zagranicznych NRA z okręgowymi izbami aptekarskimi miały dwojaki charakter. Z jednej strony przygotowywane były kwartalne raporty z prac Departamentu dla wszystkich członków NRA - przedstawicieli ORA z całej Polski. W nagłych przypadkach wysyłane były też tzw. Pilne Informacje Departamentu Spraw Zagranicznych NRA na temat

szczególnie ważnych wydarzeń. Z drugiej strony najważniejsze zagadnienia z kwartalnych raportów i pilnych informacji publikowane były wielokrotnie w biuletynach i na stronach internetowych okręgowych izb aptekarskich.

Jednak w ciągu najbliższych tygodni znacznie zwiększy się możliwość korzystania przedstawicieli okręgowych izb aptekarskich z dokumentów przygotowywanych przez Departament Spraw Zagranicznych NRA. Uruchomiony zostanie zdalny dostęp przez Internet do serwera pracującego całą dobę w siedzibie Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej. Jest to bardzo ważne, ponieważ na serwerze tym zamieszczane będą nie tylko raporty, ale też interesujące zdjęcia i prezentacje. Liczne dokumenty przygotowywane przez Departament będą odpowiednio uporządkowane, a wewnętrzna wyszukiwarka będzie dodatkowo przyspieszała odnalezienie właściwego opracowania. Mam nadzieję, że zachęci to też wielu aptekarzy do intensywniejszej współpracy z Departamentem Spraw Zagranicznych NRA. Powinniśmy wykorzystywać nowoczesne rozwiązania technologiczne dla zwiększenia efektywności pracy oraz umożliwienia wielu członkom naszego samorządu poznania efektów naszej pracy. ■

Dziękuję

Zbigniew Solarz

WARTO WIEDZIEĆ

Fragment listu Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej do Ministra Zdrowia z dnia 24 marca 2009 roku

Brak sztywnych cen urzędowych na leki i wyroby medyczne refundowane ze środków publicznych oraz brak regulacji ograniczających liczbę aptek stanowią przyczynę wielu negatywnych zjawisk na rynku farmaceutycznym, ze szczególnym uwzględnieniem nagannych zachowań w relacjach pacjent - podmiot wydający leki lub wyroby medyczne. (...)

Co zrobić, aby pacjent zagłosował na nas, czyli aktywne słuchanie jako instrument budowania dobrej relacji

*Miarą mowy nie jest ten, który mówi, lecz ten, który słucha.
Platon*

Filozofia każdej praktyki zawodowej jest zbiorem wartości, które określają postawy związane z jej wykonywaniem. W praktyce zawodowej farmaceuty filozofia implikuje standaryzację zachowań zawodowych i sprzyja świadczeniu usług wysokiej jakości. W codzienności zawodowej opisana jest przez zasady, role, relacje i zakres odpowiedzialności.

Pragniemy dobrych relacji z innymi ludźmi (pacjentami) ze względu na nie same i ze względu na korzyści jakie mogą nam one przynieść. Czy możemy świadomie wpływać na te relacje? Po raz kolejny w cyklu naszych artykułów będziemy stawiać to pytanie. W szczególności zapytamy o wyjątkowy rodzaj umiejętności, warunkującej efektywne relacje, jakim jest umiejętność słuchania.

Budowanie dobrych relacji z pacjentem stanowi wartość, wokół której nabudowywana jest filozofia profesji. Psychologowie wskazują wiele powodów tego, że nie można takiego obszaru jak relacje zostawić dziełu przypadku. Szukając uogólnionej myśli stwierdzono: przyczyną załamania relacji jest niezadowolenie. Niezadowolenie, którego źródłem może być błąd farmaceuty lub niezadowolenie, które jest skutkiem błędu pacjenta. Następstwa błędu są bardzo znamienne. Niezadowolony bowiem pacjent „głosuje nogami”, czyli przestaje przychodzić do naszej

apteki. Dzisiaj spróbujemy przybliżyć czytelników do odpowiedzi na pytanie, co zrobić, aby pacjent chciał „zagłosować” na nas?

Słyszysz czy słuchasz?

Na potrzeby tego artykułu pozwoliłam sobie na mały eksperyment. Wobec dziesięciu wybranych losowo osób wypowiedziałam zdanie: „Proszę Pani/a ja nie słyszę”. Przedmiotem mojego zainteresowania była reakcja pytanych w kontekście obszaru na którym skupi się ich uwaga. Zgodnie z przypuszczeniem, wszyscy pytani zainteresowali się stanem zdrowia moich uszu i aparatu słuchowego. To małe doświadczenie potwierdziło wyniki badań psychologicznych: **umiejętność słuchania nie jest objęta należyłą refleksją**. Powszechnie uważa się, że jeżeli mamy zdrowy narząd słuchu, to potrafimy słuchać. Ustalono również, że spośród kilku kanałów przez które komunikujemy się z innymi (pisanie, mówienie, czytanie i słuchanie) nauce tego ostatniego poświęcamy najmniej uwagi. Badano związek między czasem poświęcanym na świadomy trening umiejętności, a procentowym wykorzystaniem trenowanego kanału komunikacji w ciągu jednego dnia. Wyniki są bardzo znaczące. Na trenowanie umiejętności wypowiedzi pisemnej poświęcamy średnio około 12 lat naszego życia.

Wykorzystujemy ją w ciągu dnia w około 9%. Ćwiczenie umiejętności czytania (to coś więcej niż składanie wyrazów z liter) zabiera nam około 8 lat, a wykorzystanie jest na poziomie 16%. Trening umiejętności wypowiadania słów, w najniższym szacunku trwa około 4 lat, a wykorzystanie plasuje się na poziomie 30%. Słuchania zaś uczymy się od 0 do kilku godzin, a wykorzystujemy w ciągu dnia na poziomie około 45%. Już same dane budzą niepokój. To, co jest nam najbardziej użyteczne w kontakcie z drugim człowiekiem (w obszarze zawodowym farmaceuty w relacji z pacjentem, czy współpracownikiem) jest najbardziej zaniedbane. Pogłębione badania pozwoliły na sformułowanie wniosku: można słyszeć i nie słuchać. Rozważmy zagadnienie. Słuchu możemy używać na czterech różnych poziomach. Poziom pierwszy - to słyszenie. W zasadzie to tylko „świadomość dźwięku” np. czytasz książkę przy włączonej muzyce. Słyszysz ją, ale koncentrujesz się na słowie pisanym. Poziom drugi - to słuchanie wymagające skoncentrowania się na tym, co do nas dociera np. słucham ulubionego zespołu, rozróżniam teksty i melodie. Poziom trzeci - słuchanie analityczne, pozwalające odróżniać fakty od fantazji. Poziom czwarty - to słuchanie empatyczne. Wymaga wczucia się - zrozumienia tego, co zostało powiedziane z punktu widzenia mówią- ▶

► cego np. starasz się zrozumieć, co przeżywa pacjent zwierający Ci się ze swoich kłopotów. Z punktu widzenia efektywności zawodowej farmaceuty oraz filozofii zawodu umiejętność słuchania na poziomie czwartym wydaje się najbardziej pożądana. W kontekście odpowiedzialności za ten proces można lapidarnie stwierdzić, że słyszenie jest bierne, a słuchanie aktywne.

Dlaczego jest tak trudno!

Większość ludzi nie potrafi aktywnie słuchać przekazywanych przez nadawcę informacji. Doświadczenie pokazuje, że zdecydowanie częściej jesteśmy specjalistami w tzw. pseudo-słuchaniu niż w słuchaniu aktywnym.

Różnica osadzona jest przede wszystkim w nastawieniu psychicznym. W tym pierwszym chodzi nam o siebie, w drugim – o rozmówcę. Najczęstszymi przyczynami pseudosłuchania jest chęć ustalenia, jakie rozmówca ma wobec nas zamiary. Gra na zwłokę – osoba daje sobie czas na skonstruowanie własnej wypowiedzi czy zbieranie tzw. „amunicji”. Słuchamy, aby wyszukać niespójności, błędy i braki wypowiedzi i aby w stosownym momencie zaatakować. Najkrócej mówiąc jest nam trudno słuchać, ponieważ nastawiamy się na selektywny odbiór informacji czyli słuchamy tylko tych elementów wypowiedzi, które dla nas mają znaczenie. Ten subiektywizm skutkuje pomijaniem informacji, które obiektywnie rzecz biorąc mogą mieć podstawowe znaczenie dla dobra relacji. Ponadto



stwierdzono, że chętnie słuchamy tylko tych, których lubimy. Pozytywne lub negatywne nastawienie do osoby działa często jak samospełniająca się przepowiednia.

Aktywne słuchanie jest umiejętnością, którą można nabyć w trakcie ćwiczenia

Zdaniem psychologów aktywne słuchanie powinno obejmować **zachęcanie partnera do szerszego**

ujawniania siebie, swoich doświadczeń, zapamiętywanie informacji przekazywanych przez mówiącego oraz przekazanie rozmówcy informacji o tym, że się Go usłyszało. Przyjrzyjmy się temu zagadnieniu na przykładzie zasłyszanego dialogu.

Obrazek z apteki

Farmaceutka: Nie będę wykonywać Pani poleceń.

Kierowniczka: Nie ma Pani dziś ochoty wykonywać moich poleceń?

Farmaceutka: Nie mam wcale ochoty.

Kierowniczka: Czy coś złego spotkało dzisiaj Panią i przez to nie ma Pani na nic ochoty?

Farmaceutka: Właściwie to w pracy dzisiaj jest wszystko w porządku, ale nie zostałam przez Panią doceniona w trakcie ostatniego spotkania zespołu.

Kierowniczka: Jest Pani zmartwiona, że nie wymieniałam Pani jako bardzo dobrego pracownika.

Farmaceutka: No właśnie. Ja chcę być wyróżniona, pracuję przecież bardzo dobrze.

Kierowniczka: Bardzo Pani na tym zależy.

Farmaceutka: Tak i to niesprawiedliwe, że inni są wyróżniani, a ja nie.

Umiejętność aktywnego słuchania prezentowana przez Panią Kierowniczkę jest na

wysokim poziomie. Spełnia wszystkie wymienione wyżej kryteria. Udało jej się w tej krótkiej wymianie zdań zachęcić Panią Farmaceutkę do pełniejszego opisanie siebie i ujawnienia źródeł własnych

emocji. Potrafiła również tak skupić własną uwagę, że słyszała wypowiedziane zdania i w każdy kolejnym odnosiła się do tego, co usłyszała. Umiejętność parafrazowania wypowiedzi jest jedną z najwyższej cenionych umiejętności w procesie aktywnego słuchania.

Rady nie od parady

Ćwiczenie umiejętności aktywnego słuchania będzie łatwiejsze jeżeli zastosujemy się do kilku rad. Pierwsza, paradoksalnie, wymaga skupienia uwagi, nie na rozmówcy lecz na sobie. Uważna obserwacja samego siebie pozwoli uchwycić proporcję między mówieniem, a słuchaniem. Jeżeli stwierdzimy, że zdecydowanie więcej mówimy, niż słuchamy, to znaczy, że mówimy za dużo! Rada druga dotyczy spójności nada-

Fot. dreamstime.com

wanego komunikatu. Należy pamiętać, że nie tylko wypowiedziane przez nas słowa, ale przede wszystkim informacje płynące z naszego ciała (postawa, ton głosu, mimika, gestykulacja, kontakt wzrokowy) sygnalizują rozmówcy naszą uwagę lub jej brak. Pamiętać również należy, iż umiejętność słuchania wiąże się ściśle z umiejętnością mówienia. Rozmówca musi usłyszeć coś my usłyszeli z jego wypowiedzi. Wzbogacić należy własny język w zdania klucze wskazujące, że parafrazowanie wypowiedzi jest dobrze zinterioryzowaną umiejętnością. Początki zdań: „Jeżeli Cię dobrze zrozumiałem... Chodzi Ci o to, że... Z tego co mówisz rozumiem... itd.” powinny na stałe wejść do naszego słownika. Bądź cierpliwym słuchaczem - nie przerywaj nawet jeśli jesteś pewny, że wiesz do czego rozmówca zmierza. Im więcej będziesz w życiu słuchać, tym mądrzejszy będziesz się stawać. ■

Milcz, albo powiedz coś takiego, co jest lepszym od milczenia.

Horacy

Ewa Sitko

Wykładowca w programie Pharmassist

Piśmiennictwo

1. Cooper Pamela J.: Sprawne porozumiewanie się : 114 scenariuszy ćwiczeń z mówienia i słuchania. Wyd. 3. Warszawa: Wyd. CODN, 2001
2. Dodek-Ostrowska Bogusława: Podstawy komunikowania społecznego. Wrocław: Wyd. ASTRUM, 1999
3. Garczyński Stefan: Rozmawiać? Tak. Ale jak? Warszawa: WSiP, 1993
4. Knill Marianna, Knill Christopher: Program aktywności : świadomość ciała, kontakt i komunikacja. Wyd. 2. Warszawa: Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej MEN, 1999
5. Thomson Peter: Sposoby komunikacji interpersonalnej : spraw, by cię słuchano, i odnieś sukces. Poznań: Wyd. „Zysk i S-ka”, 1998

Z problematyki inspekcji i kontroli w Prawie farmaceutycznym

Wprowadzenie

W dniu 19 grudnia ubiegłego roku przyjęta została ustawa o zmianie ustawy *o swobodzie działalności gospodarczej oraz o zmianie niektórych innych ustaw* (Dz. U. z 2009 r., Nr 18, poz. 97). Jednym z głównych powodów jej uchwalenia było pragnienie zasadniczego uporządkowania kwestii kontrolowania przez organy administracji publicznej działalności gospodarczej przedsiębiorców, a zwłaszcza zmniejszenie uciążliwości kontroli takiej działalności.

Pomimo godnego pochwały celu owej nowelizacji przywołana ustawa nie znalazłaby się w orbicie naszego zainteresowania gdyby nie fakt, iż w zbiorze wspomnianych w jej tytule „niektórych innych ustaw” odnaleźć można *Prawo farmaceutyczne* (dalej: *Pf*). W związku z tym wypada pokrótce przedstawić zmiany, które w/w nowelizacja wprowadziła - z dniem 7 marca br. - w tekście kluczowego dla polskich aptekarzy aktu normatywnego.

Nowe definicje

Przede wszystkim odnotować trzeba, iż wzbogacony został słowniczek ustawowy. I tak, w art. 2 *Pf* znalazły się definicje *inspekcji* i *kontroli*. To pierwsze pojęcie oznacza kontrolę warunków wytwarzania i importu produktów leczniczych, badanych produktów leczniczych i substancji czynnych wykorzystywanych

jako materiały wyjściowe przeznaczone do wytwarzania produktów leczniczych przeprowadzaną przez inspektorów do spraw wytwarzania Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego zgodnie z przepisami *Pf* (zob. art. 2 pkt 7c). Natomiast pod pojęciem kontroli kryją się czynności podejmowane przez inspektorów farmaceutycznych w związku ze sprawowanym nadzorem nad jakością produktów leczniczych będących przedmiotem obrotu oraz mające na celu sprawdzenie warunków prowadzenia obrotu produktami leczniczymi (zob. art. 2 pkt 7d).

Co warte podkreślenia do kontroli działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia hurtowni farmaceutycznej, prowadzenia apteki ogólnodostępnej, wytwarzania produktu leczniczego, a także obrotu detalicznego takimi produktami prowadzonego przez punkty apteczne, stosuje się odpowiednie przepisy *ustawy o swobodzie działalności gospodarczej* (zob. art. 37au *Pf*).

Podmiot prowadzący kontrolę/inspekcję

W konsekwencji dokonanej nowelizacji, inspekcję przeprowadza inspektor do spraw wytwarzania Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego po okazaniu legitymacji służbowej oraz doręczeniu upoważnienia do przeprowadzenia inspekcji udzielonego przez Głównego In- ▶

►spektora Farmaceutycznego. Kontrolę natomiast przeprowadza inspektor farmaceutyczny, po okazaniu legitymacji służbowej oraz doręczeniu upoważnienia do przeprowadzenia kontroli udzielonego przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego.

Upoważnienie, o którym mowa powyżej, zawiera co najmniej: wskazanie podstawy prawnej; oznaczenie organu kontroli; datę i miejsce wystawienia; imię i nazwisko inspektora upoważnionego do przeprowadzenia kontroli albo inspekcji oraz numer jego legitymacji służbowej; przedsiębiorcę objętego kontrolą albo inspekcją; określenie zakresu przedmiotowego kontroli albo inspekcji; wskazanie daty rozpoczęcia i przewidywany termin zakończenia kontroli albo inspekcji; podpis osoby udzielającej upoważnienia; pouczenie o prawach i obowiązkach kontrolowanego.

Przebieg kontroli/inspekcji

Rozpoczęcie kontroli albo inspekcji inspektor potwierdza dokonując odpowiedniego wpisu w książce kontroli. Czynności w ramach kontroli albo inspekcji dokonuje się w obecności kontrolowanego lub osoby przez niego upoważnionej, chyba że kontrolowany zrezygnuje z prawa uczestniczenia w tych czynnościach. W tym wypadku jednak, oświadczenie o rezygnacji z prawa uczestniczenia w czynnościach podejmowanych w ramach kontroli albo inspekcji powinno być złożone

na piśmie. W razie odmowy złożenia oświadczenia inspektor dokonuje odpowiedniej adnotacji w protokole z kontroli albo w raporcie z inspekcji. W przypadku gdy kontrolowany zrezygnuje z prawa uczestniczenia w czynnościach w ramach kontroli albo inspekcji, czynności tych dokonuje się w obecności przywołanego świadka. Świadek nie musi być obecny przy czynnościach dotyczą-



Fot. dreamstime.com

cych przeprowadzania dowodu z ksiąg, ewidencji, zapisków lub innych dokumentów.

W trakcie kontroli albo inspekcji inspektor ma prawo do sporządzania dokumentacji również w formie dźwiękowej, fotograficznej i filmowej. W kontroli albo inspekcji mogą brać udział biegli lub eksperci na podstawie imiennego upoważnienia wydanego odpowiednio przez wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego albo Głównego Inspektora Farmaceutycznego.

Protokół z kontroli/raport z inspekcji

Wskazać należy, że zarówno przebieg kontroli jak i inspekcji powinien być dokumentowany przez inspektora, z tą tylko różnicą, że z kontroli sporządza się protokół, z inspekcji natomiast raport. Wspomniane dokumenty zawierają w szczególności następujące elementy:

wskazanie kontrolowanego; wskazanie inspektorów; wskazanie biegłych i ekspertów, jeżeli brali udział w kontroli albo inspekcji; określenie przedmiotu i zakresu kontroli albo inspekcji; określenie miejsca i czasu kontroli albo inspekcji; opis dokonanych ustaleń; przedstawienie dowodów; pouczenie o prawie złożenia zastrzeżeń lub wyjaśnień.

Protokół z kontroli podpisują: kontrolowany albo osoba przez niego upoważniona, inspektorzy przeprowadzający kontrolę oraz osoby, których wyjaśnienia jako istotne dla czynności kontrolnych przytoczone zostały w protokole. Z kolei raport z inspekcji podpisuje inspektor do spraw wytwarzania Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego lub inspektorzy do spraw wytwarzania Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego przeprowadzający inspekcję.

Protokół z kontroli sporządza się w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach (raport z inspekcji sporządza się w trzech jednobrzmiących egzemplarzach), z których jeden przekazuje się kontrolowanemu.

Kontrolowany, który nie zgadza się z ustaleniami protokołu z kontroli, może, w terminie 7 dni od dnia jego

doręczenia, złożyć pisemnie zastrzeżenia lub wyjaśnienia, wskazując jednocześnie stosowne wnioski dowodowe. Inspektor jest obowiązany rozpatrzyć zgłoszone zastrzeżenia w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania. W przypadku uwzględnienia zastrzeżeń, inspektor uzupełnia protokół z kontroli i przedstawia go ponownie do podpisu. Odmowa podpisania protokołu wymaga złożenia pisemnych wyjaśnień co do przyczyn odmowy. W protokole kontroli dokonuje się wzmianki o odmowie podpisania protokołu, przyczynie tej odmowy oraz o złożeniu wyjaśnień.

W podobny sposób kształtuje się sytuacja kontrolowanego, który nie zgadza się z ustaleniami raportu z inspekcji. Może on w terminie 7 dni od dnia doręczenia raportu, złożyć zastrzeżenia lub wyjaśnienia, wskazując jednocześnie stosowne wnioski dowodowe. Warto zauważyć, że do składania zastrzeżeń lub wyjaśnień odnoszących się do raportu z inspekcji, przepisy nie wymagają zachowania formy pisemnej. Inspektor jest obowiązany rozpatrzyć zgłoszone zastrzeżenia w terminie 7 dni od dnia ich otrzymania. W przypadku uwzględnienia zastrzeżeń inspektor uzupełnia raport z inspekcji i przedstawia go ponownie kontrolowanemu.

Pobieranie próbek do badań

Próbki do badań pobiera się w ilości niezbędnej do przeprowadzenia właściwego badania laboratoryjnego. Nadto, równocześnie z pobraniem próbki do badań należy zapakować i opieczetować oraz pozostawić na przechowanie u kontrolowanego, w warunkach uniemożliwiających zmianę jakości, próbkę kontrolną - w ilości odpowiadającej ilości próbki pobranej do badań (nie dotyczy leku recepturowego). W

przypadku pobrania podczas kontroli albo inspekcji próbek do badań, inspektor dokumentuje ich pobranie w protokole pobrania próbek. Co istotne, protokół ten sporządza się w trzech egzemplarzach, z których jeden pozostawia się kontrolowanemu, drugi dołącza się do próbki kierowanej do badań jakościowych, trzeci pozostawia się w dokumentacji inspektora.

Warto zwrócić uwagę na fakt, iż to kontrolowany, u którego pobrano próbkę do badań, zobowiązany jest zapakować je w sposób zapobiegający zmianom wpływającym na ich jakość i przesłać do wskazanej przez inspektora jednostki prowadzącej badania laboratoryjne wraz z protokołem pobrania próbki i sporządzonym przez inspektora wnioskiem o przeprowadzenie badań laboratoryjnych. Próbka kontrolna pozostawiona na przechowanie u kontrolowanego powinna u niego pozostać do dnia otrzymania orzeczenia o wyniku badań jakościowych.

Po przeprowadzeniu badań jakościowych jednostka prowadząca badania laboratoryjne sporządza orzeczenie o wyniku badań jakościowych próbek i przekazuje je inspektorowi, który wystąpił z wnioskiem oraz kontrolowanemu.

Książka kontroli

Książkę kontroli należy okazywać na każde żądanie inspektora. Inspektor wpisuje do niej doraźne zalecenia, uwagi i wnioski wynikające z przeprowadzonej kontroli albo inspekcji. Co do zasady, wpis w książce kontroli nie może być wymazywany ani w inny sposób usuwany. Jedynie kontrolujący może dokonywać skreśleń i poprawek we wpisie z zastrzeżeniem, że nastąpi to przed podpisaniem wpisu i w taki

sposób, aby wyrazy skreślone i poprawione były czytelne. Nadto, o dokonaniu skreśleń i poprawek należy na końcu wpisu sporządzić adnotację z określeniem strony książki oraz ich treści.

Podsumowanie

Na zakończenie warto zwrócić uwagę na fakt, iż lwią część nowych przepisów pozbawiona jest de facto nowatorskiego charakteru, gdyż w istocie została „przeniesiona” przez prawodawcę z treści rozporządzenia wykonawczego [1] do tekstu *Pf.* Z aprobatą należy odnieść się do tego zabiegu, wszak jak akcentują Autorzy nowelizacji „z punktu widzenia przedsiębiorców przepisy dotyczące wykonywania kontroli, w szczególności tryb przeprowadzania kontroli, powinny znajdować się w akcie rangi ustawowej.” [2] Dodajmy przy tym, że na uregulowanie (w drodze rozporządzenia) czekają jeszcze takie kwestie jak określenie wzoru upoważnień do przeprowadzania kontroli albo inspekcji, wzoru protokołu pobrania próbek oraz orzeczenia o wyniku badań jakościowych pobranych próbek, a także wzoru książki kontroli. ■

Dr Jędrzej Bujny
Edyta Wielanćzyk

Dr Krystian Ziemiński & Partners
Kancelaria Prawna
spółka komandytowa

[1] Zob. rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 października 2008 r. w sprawie sposobu przeprowadzania kontroli i inspekcji przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną (Dz. U. Nr 189, poz. 1157).

[2] Uzasadnienie do rządowego projektu ustawy o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz o zmianie niektórych innych ustaw, Druk sejmowy nr 1204.

Ministerialna wykładnia prawa

Ostatnio wiceminister zdrowia Marek Twardowski poinformował pismem prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, że lek na choroby krążenia żylnego o nazwie „Detralex” wytwarzany przez Les Laboratoires Servier S.A.S. „otrzymał odmowną decyzję przedłużenia okresu ważności pozwolenia na dopuszczenie do obrotu”. Powołując się na art. 46 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135 z późn. zm.) Podsekretarz Stanu stwierdził, że ten produkt leczniczy nie podlega refundacji przez NFZ.

Wydaje się, że popełniono dwa błędy: Przedstawiciel resortu zdrowia dokonał wykładni przepisów ustawy, do czego nie jest uprawniony, a przeprowadzona wadliwa interpretacja ewidentnie narusza prawo i słusze interesy pacjentów.

Wymieniony lek oznaczony symbolem (Rp) przysługuje bezpłatnie inwalidom wojennym, osobom represjonowanym oraz ich małżonkom, a także wdowom i wdowcom po nich. Przysługuje pod warunkiem, że jest dopuszczony do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (art. 46 wymienionej ustawy). Minister uznał, że z momentem wydania odmownej decyzji na przedłużenie ważności pozwolenia lek przestaje być dopuszczony do obrotu. I następuje to automatycznie.

Takie błędne stwierdzenie nota bene przeciwstawne do stanowiska innego wiceministra zdrowia z 15 lipca 2008r. nie miałyby miejsca gdyby przy wykładni uwzględniono inną ustawę - Prawo farmaceutyczne z dnia 6 września 2001r. (Dz. U. z

2008r., Nr 45, poz. 271). Jej art. 29 ma z pewnością tutaj zastosowanie. Lek, który nie uzyskał przedłużenia okresu ważności pozwolenia może pozostawać w obrocie aż do czasu upływu terminu jego ważności, może być nawet dalej wytwarzany i wprowadzany do obrotu przez pół roku od daty wydania decyzji ostatecznej (przyjmując, że tej decyzji nie nadano rygoru natychmiastowej wykonalności). Również w przypadku, gdy pozwolenie wygasło, ponieważ nie złożono wniosku o przedłużenie jego ważności, lek może pozostawać w obrocie do czasu upływu terminu jego ważności. Przepis tak jasny, że nie wymaga żadnej wykładni.

Jeśli mocą ustawy (art. 29 ust. 5 albo ust. 6 Prawa farmaceutycznego) zezwolono na czasowe pozostawanie w obrocie produktu leczniczego, któremu nie przedłużono okresu ważności pozwolenia na dopuszczenie do obrotu, to tym samym jego czasowe, jednoznacznie określone, pozostawanie w obrocie jest legalne. Zatem przez ten czas również może być lek ordynowany, wydawany uprawnionym bezpłatnie i refundowany przez NFZ. Proste, logiczne wnioskowanie, aż wstyd je przedstawiać.

Faktyczna dyrektywa ministra dla NFZ dotyka nie tylko pacjentów, ale również aptekarzy i lekarzy. Aptekarze muszą realizować recepty. Apteki i hurtownie mają zapasy leków, także Detralexu. O piśmie wiceministra dowiadują się przy okazji i zazwyczaj poniewczasie. Brak jest pełnej urzędowej informacji, dostępnej dla wszystkich zainteresowanych w należyty terminie o zarejestrowaniu leku, dopuszczeniu do obrotu,

wygaśnięciu pozwolenia bądź odmowy przedłużenia jego ważności itd. Kontrowersyjny przepis art. 34 Prawa farmaceutycznego o ograniczonym dostępie do Rejestru Produktów Leczniczych Dopuszczonych do Obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (tylko „dla osób mających w tym interes prawny”, co bada oczywiście Urząd Rejestracji) dalej funkcjonuje. Nie był nawet przewidziany przez resort do zmiany w ostatnim projekcie nowelizacji ustawy, mimo, że jest sprzeczny z art. 125 dyrektywy 2001/83/WE (Dz. U. UE. L. 01.311.67 z późn. zm.). Wyrok Wojewódzkiego Sądu Administracyjnego w Warszawie z 30 listopada 2005r., I SA/Wa 1651/04 można uznać tutaj za pobożne życzenie: „Dane zawarte w rejestrze (-) są danymi publicznymi. Informacje ujawnione w rejestrze są wiadomościami wytworzonymi przez władze publiczne w zakresie wykonywania władzy publicznej. Skoro sprawy leków dopuszczonych do obrotu są sprawami publicznymi, to każda informacja dotycząca tych spraw jest informacją publiczną.”

Należy dodać, że w większości państw europejskich podstawowe dane z rejestrów jak m.in. decyzje o dopuszczeniu do obrotu leku czy wygaśnięciu lub cofnięciu pozwolenia, są informacjami publicznymi, tzn. dostępnymi niezwłocznie wszystkim. Te dane interesują lekarzy, farmaceutów i pacjentów. Nie akta rejestrowe i dokumenty w nich złożone, ważne dla podmiotów odpowiedzialnych, urzędników czy dla konkurencji. ■

dr praw Edward Jędrzejewski
Adwokat

Dziecięca choroba europejskości

Niektórzy luminarze samorządu, skądinąd nieocenieni i czcigodni, wierzą, że Europejski Trybunał Sprawiedliwości (ETS) skończy ze szkodliwymi praktykami Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ). Wystarczy tylko - głoszą - przekazać przez izby aptekarskie takie sprawy do Trybunału w Luksemburgu, „a uzyskanie z ETS pozytywnego dla aptekarzy wyroku pozwoliłoby w przyszłości na uniknięcie wielu problemów.” Ta bezpodstawna wiara, choć może krzepić serca, jest przejawem dziecięcej choroby europejskości. W przegranych sprawach, w beznadziejnych przypadkach balsamem dla pokrzywdzonych i cierpiących jest wiara w ratunek pozakrajowych, teraz unijnych instytucji. W tym przypadku w ETS.

Pomijając już kwestię braku legitymacji (samorząd aptekarski nie jest samorządem właścicieli aptek, ale samorządem zawodowym farmaceutów) należy mieć na uwadze zakres kompetencyjny Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości. Generalnie rozpoznaje on sprawy wynikające z członkostwa poszczególnych państw w Unii; np. naruszenie zobowiązań wynikających z prawa unijnego, przede wszystkim z Traktatu Ustanawiającego Wspólnotę Europejską (TWE), spory między poszczególnymi państwami członkowskimi. Przedmiotem postępowań przed ETS są również materie dotyczące funkcjonowania samej Wspólnoty i jej organów (np. rozstrzygnięcie co do zgodności z prawem działań organów unijnych, bezzasadna beczyność tych organów, odszkodowanie z tytułu odpowiedzialności kontraktowej Wspólnoty, spory między nią, a jej pracownikami). Mogą to też być sprawy wnoszone na podstawie umów o arbitraż pomiędzy Wspólnotą a innymi podmiotami. Kompetencje Trybunału jasno ustanawiają przepisy TWE (art. 226 i n.). Prawo wniesienia skargi w tych ści-

śle określonych przypadkach przysługuje niektórym organom Wspól-



Fot. dreamstime.com

noty (Komisji), państwu członkowskiemu, osobie fizycznej bądź prawnej (jeśli np. chce zaskarżyć decyzję organu Unii lub zaniechanie wydania decyzji przez ten organ, a decyzja zaskarżona lub zaniechanie jej wydania odnosi się do tej osoby, albo odnosi się do innej osoby, ale dotyczy skarżącej „bezpośrednio i indywidualnie” - art. 230 TWE). Stroną pozwaną zaś będzie sama Wspólnota lub państwo członkowskie (grupa państw), podstawą natomiast zawsze naruszenie prawa unijnego.

ETS tylko w przypadkach może być pomocny w krajowych procesach. Chodzi o instytucję tzw. orzeczeń wstępnych (procedury prejudycjalnej) uregulowanej w art. 234 TWE. W konkretnej sprawie zawisłej przed sądem krajowym (gdzie np. właściciel apteki występuje w charakterze powoda lub pozwanego) może pojawić się na pewnym etapie problem wykładni prawa unijnego. Wtedy sąd krajowy może z urzędu lub na wniosek strony zwrócić się do ETS o rozstrzygnięcie zagadnienia wstępnego co do zgodności normy prawa krajowego z prawem Wspólnoty. Sąd krajowy jest związany orzeczeniem Trybunału i do jego wydania swoje postępowanie zawiesza. Jeśli pytanie wstępne pojawi się już na etapie postępowania przez sąd krajowy ostatniej instancji, „którego rozstrzygnięcia – jak stanowi art. 234 TWE *in fine* – nie można zaskarżyć przy pomocy środków odwoławczych prawa wewnętrznego, sąd ten jest zobowiązany do wniesienia sprawy do Trybunału Sprawiedliwości.” Instytucja ▶

► procedury prejudycjalnej uregulowana w art. 234 TWE jest przykładem postępowania pośredniego (indirect action). Zasadniczy proces toczy się przed sądem krajowym i on wydaje końcowe orzeczenie, a nie ETS.

Należy jeszcze zaznaczyć, że pojęcie „sądu krajowego” ETS traktuje bardzo szeroko. Jest to nie tylko sąd powszechny, ale również np. każda instytucja publiczna wykonująca orzecznictwo. Będzie to więc także sąd aptekarski, a Naczelny Sąd Aptekarski w sprawach, w których stronie nie przysługuje odwołanie do sądu powszechnego, będzie miał obo-

wiązek – w razie postawienia przed nim zapytania prejudycjalnego - zwrócić się z nim do Trybunału.

Już z tego skrótego opisu zakresu kompetencyjnego ETS wynika jasno, że Trybunał nie rozstrzyga sporów między osobą fizyczną czy prawną z jednej strony a organami państwa członkowskiego z drugiej strony, ani też sporów między tymi osobami. Nie jest przeto właściwy do rozpoznania spraw między właścicielem apteki a NFZ.

Przekonanie, niestety nieuzasadnione, że w razie czego, a na pewno w razie przegranej, sprawę

można przekazać do ponadkrajowego sądu, który jest rzeczywiście obiektywny, doskonale sprawiedliwy itd. - jest godne współczucia. Jest to przejaw szukania doskonałości i prawdy na tym łez padole, odwiecznej tęsknoty za rajem. Wskazywanie na ETS, który wszystko zrewiduje, usunie zło, przywróci prawo i porządek, wyda w pełni pozytywny dla nas wyrok, którego nic już nie wzruszy – jest pomyleniem Trybunału z Sądem Ostatecznym. ■

dr praw Edward Jędrzejewski
Adwokat

Listy do redakcji

Fragmety listu mgr farm. Krzysztofa Przystupy



Szanowna Pani
Ewa Kopacz
Minister Zdrowia RP

Z przykrością i wielkim zaskoczeniem przyjęliśmy informację z Ministerstwa Zdrowia o wstrzymaniu nowelizacji Prawa farmaceutycznego. (...)

Jak podają media 20% leków i produktów leczniczych w cywilizowanej Europie jest niewiadomego pochodzenia. Czy u nas może ich być 50%, a może więcej. Dlaczego dwa miesiące po zmianie cen leków, wiele cen maksymalnych, na które Pani wyraziła zgodę jest już nieaktualna, w wybranych aptekach jest ona zdecydowanie niższa. Tylko dlaczego w wybranych? (...)

Kiedy wreszcie ktoś się zajmie zakupami po 1 grosz i sprzedażą za 1 grosz? Gdzie są służby, które to powinny sprawdzić?

Przecież to chora farmacja. Mocni i obcy wywożą zyski i coraz szybciej się bogacą, a mali, uczciwi przepadają z całą rodziną, zostają z długami, tracą dorobek całego życia.

Czy oto właśnie chodzi?

Patrząc na te gierki i rozgrywki stwierdzam, że chory za leki powinien płacić 20% tego co płaci dzisiaj w każdej aptece.

Dlaczego nikt nie reaguje, że coraz więcej leków refundowanych w wybranych przez firmę farmaceutyczną aptekach jest po 1 grosz, a w pozostałych trzeba niestety często dosyć dużo dopłacać. (...)

Czy wyprowadzenie 350 produktów do sprzedaży pozaaptecznej to furka dla leków niewiadomego pochodzenia?

A czego oczekujemy my pojedynczy aptekarze w swoich aptekach? Takich samych lub jeszcze niższych cen dla naszych chorych! Czy to tak dużo?

Jeśli tak dalej będzie, za chwilę przestanie istnieć mała polska apteka, szczególnie w małych miejscowościach. I co wtedy? Przerobili to Norwegowie i dzisiaj w wielu miejscowościach nie mają aptek, a do najbliższej chory często jeździ 30-50 km.

Patrząc na działania, a raczej na brak działań resortu wędrujemy w tym właśnie kierunku. Małe apteki nie mają szans w tej naszej rzeczywistości, po prostu za chwilę przepadną, a my pójdziemy pewnie do pracy do aptek sieciowych, otwieranych przez obcy kapitał. Tylko czy wtedy będzie też taniej? (...)

mgr farm. Krzysztof Przystupa
Jeszcze właściciel apteki



Marzec 2009 – rynek rośnie

Rynek farmaceutyczny w marcu 2009r. osiągnął wartość sprzedaży 2 233 mln pln, tj. o 12,89% więcej niż w marcu 2008r. Po słabszych wynikach z lutego 2009r., marzec wykazał tendencję wzrostową zarówno wobec analogicznego okresu ub.r., jak i poprzedniego miesiąca. W porównaniu do lutego br. wartość sprzedaży całego rynku farmaceutycznego wzrosła o 8,47%.

Inaczej niż w poprzednich latach wzrost sprzedaży w marcu nie był efektem wyników osiągniętych przez segment sprzedaży odręcznej, która i tak zwiększyła swoją sprzedaż wobec poprzedniego miesiąca (z 732 mln pln na 778 mln pln, tj. o 6,89%). Za wzrost wartości sprzedaży w marcu br. odpowiada sprzedaż w segmencie leków refundowanych i leków pełnopłatnych (leki wydawane na podstawie recepty od lekarza).

W przypadku leków refundowanych ich wartość sprzedaży wzrosła o 14,65% w porównaniu do marca 2008r., a leków pełnopłatnych o 16,73%. Również w porównaniu do poprzedniego miesiąca (luty 2009) wyniki marca dla tych segmentów rynku były wysokie (odpowiednio wzrosły o 9,40% i 10,32%).

Na taki stan rzeczy wpłynęły dwa zjawiska. Po pierwsze wejście od 16 marca 2009 r. nowych wykazów refundacyjnych, które „pobudziły” sprzedaż leków przed wprowadzeniem zmian. Jest to zjawisko obserwowane od wielu lat i wynika z tego, iż przy zmianach na wykazach leków część z nich zmienia odpłatność na mniej korzystną dla pacjenta, stąd zwiększa się ich sprzedaż. Również po wprowadzeniu na wykazy nowych leków, oczekiwa-

nych przez pacjentów ich sprzedaż się zwiększa.

Drugim zjawiskiem jest osłabienie sprzedaży rynku leków na przeziębienie (leki z segmentu sprzedaży odręcznej) z uwagi na koniec sezonu przeziębienia. Jest to zarazem rozpoczęcie sezonu alergii i co za tym idzie wzrostu sprzedaży produktów łagodzących jej objawy (wzrasta na wiosnę liczba alergenów prowadzących do uczuleń z uwagi na okres

kwitnienia roślin i pylenia drzew). Szczególnie osoby leczące się przewlekłe z powodu astmy wymagają w tym okresie (nasilone objawy obecności alergenu) stosowania leków rozszerzających oskrzela, leków przeciwzapalnych, antyhistaminowych (opóźniają i łagodzą reakcję powstania stanu zapalnego), a niekiedy wykrztuśnych i mukolitycznych (oczyszczają drogi oddechowe z wydzieliny).

Zestawienie wartości sprzedaży poszczególnych segmentów rynku farmaceutycznego (dane w mln PLN)

Tabela 1: marzec 2009 vs marzec 2008

	marzec 2008	marzec 2009	zm. (%)
Leki Refundowane	887	1 017	14,65%
Leki Pełnopłatne	376	439	16,73%
Sprzedaż Odręczna	716	778	8,71%
Całkowity obrót	1 978	2 233	12,89%

Tabela 2: marzec 2009 vs luty 2009

	luty 2009	marzec 2009	zm. (%)
Leki Refundowane	929	1 017	9,40%
Leki Pełnopłatne	398	439	10,32%
Sprzedaż Odręczna	732	778	6,29%
Całkowity obrót	2 059	2 233	8,47%

Statystyczna apteka

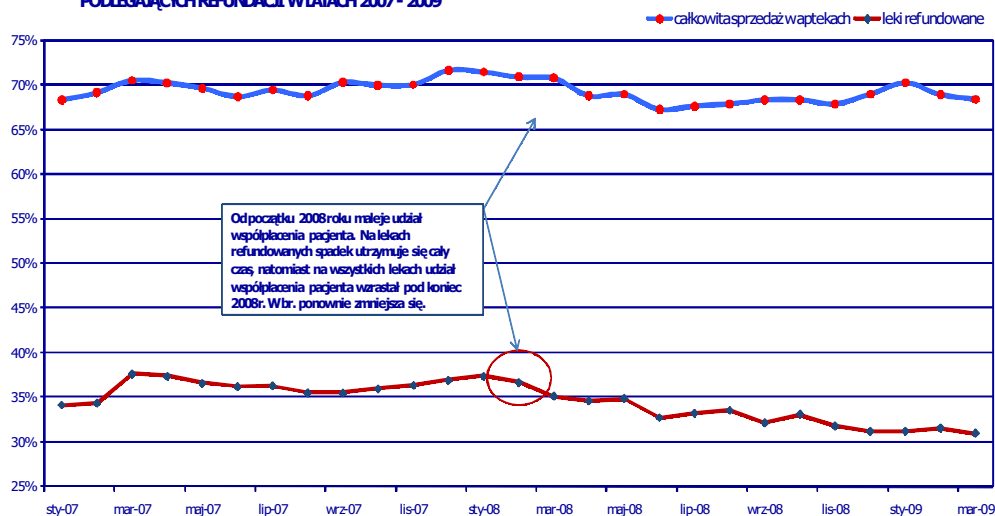
W marcu 2009r. wartość sprzedaży dla statystycznej apteki wyniosła 163,69 tys. pln, to o 9,21% więcej niż w marcu 2008r. i o 8,23% więcej niż w lutym br.

Średnia cena produktów sprzedawanych przez apteki w marcu br. wynosiła 14,87 pln w porównaniu do 13,89 pln w analogicznym okresie ubiegłego roku. Daje to wzrost o 7,06%. Natomiast średnia marża na produkty sprzedawane w aptece w marcu br. wynosiła 25,32% i wzrosła o 0,98 pp w porównaniu do marży z marca ub.r., która wynosiła wówczas 24,34%.

Refundacja a współpłacenie

Udział pacjenta we współpłaceniu w wydatkach na leki refundowane wciąż maleje. W marcu 2009r. pacjent dopłacił 30,22% wartości sprzedaży leków refundowanych, natomiast w marcu 2008r. było to aż 37,01%. Wartościowo dopłata pacjenta na lekach refundowanych w marcu br. wyniosła 307 mln pln, czyli o 5,09% mniej niż przed rokiem (324 mln pln). Dla porównania refundacja Państwa w marcu 2009 była wyższa o 23,60% (709 mln pln) od wartości refundacji w analogicznym okresie ub.r. (574 mln pln). Udział refundacji Państwa wzrósł z 62,99% w marcu ub.r. do 69,78% w marcu br.

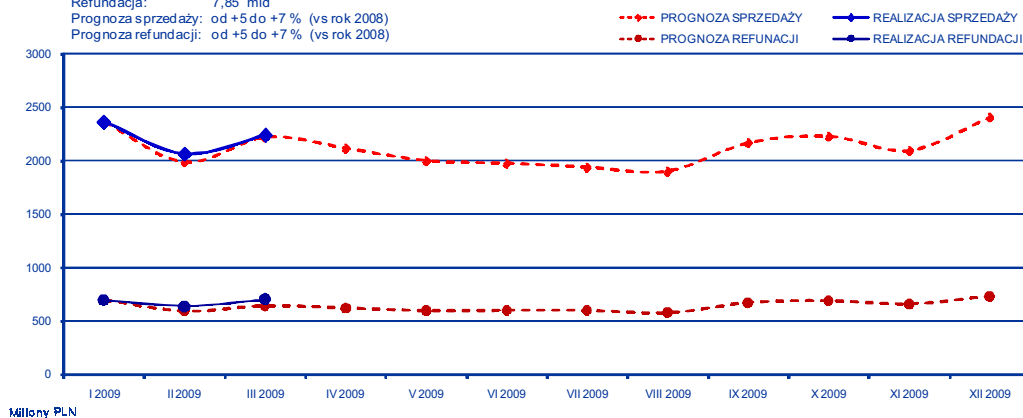
POZIOM WSPÓŁPŁACENIA PACJENTA
WCAŁKOWITEJ SPRZEDAŻY W APTEKACH I W SPRZEDAŻY LEKÓW
PODLEGAJĄCYCH REFUNDACJI W LATACH 2007 - 2009



Prognoza wartości sprzedaży dla aptek w roku 2009

PROGNOZA WARTOŚCI SPRZEDAŻY APTEK OTWARTYCH NA ROK 2009

Sprzedaż 2009: 25,5 mld
Refundacja: 7,85 mld
Prognoza sprzedaży: od +5 do +7% (vs rok 2008)
Prognoza refundacji: od +5 do +7% (vs rok 2008)



Również udział we współpłaceniu pacjenta we wszystkich lekach spada. O ile w marcu 2008r. wynosił on 70,74%, to w marcu br. udział ten wynosił 68,23%.

Prognoza PharmaExpert od początku roku jest na podobnym poziomie (5-7%). Na rynku dotychczas nie wystąpił żadne zaburzenia, które mogłyby wymagać korekty tej prognozy.

Zgodnie z przewidywaniami analityków PharmaExpert wartość sprzedaży całego rynku farmaceutycznego za cały rok 2009 wyniesie 25,50 mld pln. W porównaniu do ubiegłego roku wartość rynku w 2009 wrośnie o 5-7%. Natomiast refundacja na koniec 2009 roku osiągnie wartość 7,85 mld, tj. o 5-7% więcej niż w roku ubiegłym.

Piotr Kula
Prezes PharmaExpert



Melisa lekarska – moc spokoju

Gatunek *Melissa officinalis* L. zaliczamy do rodziny *Lamiaceae* (Jasnowatych). Substancja roślinna pochodzi z obszaru śródziemnomorskiego, występuje także w umiarkowanych strefach Azji i Ameryki Północnej. W naszym kraju jest to roślina uprawna, można ją spotkać również jako w siedliskach naturalnych. Nazwa rośliny pochodzi od greckiego słowa melissa tzn. pszczoła, wskazując jej wysokie właściwości miododajne.

Skład chemiczny Surowcem leczniczym melisy lekarskiej są liście i ulistnione szczyty pędów (*Folium Melissa*) zebrane przed kwitnieniem. Melisa należy do roślin olejkowych, o zawartości olejku eterycznego od 0,02-0,3% w zależności od warunków uprawy oraz terminu zbioru. Ponadto w substancji roślinnej występują garbniki, gorycze, kwasy fenolowe

W skład olejku eterycznego wchodzi od 30 do 50% aldehydów, głównie monoterpenowych: geranial oraz neral, o silnym cytrynowym zapachu, alkohole, seskwiterpeny i inne. Właśnie składnikom olejku eterycznego zawdzięcza melisa swoje podstawowe działanie farmakologiczne. Surowiec i preparaty z niego otrzymywane działają głównie uspo-

kajająco (sedativa), obniżając próg wrażliwości ośrodkowego układu nerwowego. Szczególne wskazania znalazła melisa w leczeniu geriatrycznym, gdzie stosuje się ją w stanach pobudzenia nerwowego, uczuciu niepokoju, neurastenii, dystonii nerwo-krażeniowej, trudnościach w zasypianiu zmianach ciśnienia tętniczego



Melisa lekarska (Melissa officinalis L.)

go krwi na tle emocjonalnym oraz towarzyszących im zaburzeniach ze strony przewodu pokarmowego.

Olejek wykazuje także działanie rozkurczające (spasmolytica) na mięśnie gładkie jelit, głównie w części jelita grubego. Ponadto substancja roślinna wykazuje działanie antyseptyczne dzięki czemu znajduje zastosowanie przy wszelkiego rodzaju infekcjach bakteryjnych, grzybicach oraz egzemach.

Zawartość polifenoli sprawia, że substancja roślinna posiada także działanie antyoksydacyjne oraz prze-

ciwwołnorodnikowe. W badaniach *in vitro* wykazano, że związki garbnikowe zawarte w melisie mogą hamować podział komórek nowotworowych.

Olejek eteryczny otrzymany z melisy ma szerokie zastosowanie w aromaterapii, ze względu na właściwości kojące i uspokajające. Stosowany jest w stanach ogólnego pobudzenia nerwowego oraz zaburzeniach pracy serca. Olejek melisowy reguluje także menstruację i związane z nią bóle.

Napar sporządzony z liści służy do parówek twarzy, a także do płukania przetłuszczających się włosów.

Warto także wspomnieć, że substancja roślinna może być stosowana także przy przebiegu i opryszczce zwykłej.

UPRAWA

Uprawa melisy znana już była starożytnym Grekom, Rzymianom i Arabom. W Polsce uprawy melisy w indywidualnych gospodarstwach rolnych, pomimo występowania jej w wielu mieszkankach ziołowych, nie są znaczące.

Melisa wyrasta do około 60-80 cm wysokości. Posiada ona czterokanciaste lekko owłosione lub nagie pędy. Liście melisy mają kształt jajowaty lub sercowo-jajowaty o kolorze jasnozielonym oraz drobno pił-



Fot. Stanisław Kwiatkowski

Melisa lekarska w fazie kwitnienia

kowanym liściom. Roślina posiada białawe drobne kwiaty, okres kwitnienia przypada od czerwca do sierpnia.

Nasiona melisy najlepiej jest wysiewać w kwietniu, w glebie wilgotnej, lekkokwaśnej lub zasadowej o współczynniku pH od 4,5 do 7,6. Do pełnego kiełkowania nasiona potrzebują światła, dlatego też należy je wysadzać na głębokość nie większą niż 6 mm. Kiełkowanie następuje po 8-10 dni. Jeśli chcemy wysadzić kiełki w gruncie należy zachować odstęp między roślinami ok. 50 cm. Melisę można hodować także z sadzonek, a także przez podział korzeni. Należy pamiętać aby każda część dzielonej rośliny zawierała od 3 do 4 pączków. W hodowli wazonowej doniczki należy umieścić w ciepłym, nasłonecznionym miejscu, najlepiej na parapecie.

W gospodarstwie domowym, świeże drobno posiekane, młode li-

ście dodaje się m.in. do sałatek, majonezu, drobiu, wieprzowiny. Można je stosować także jako dodatek do sałatek owocowych, galaretek, kremów, napojów, a także wina.

Dawkowanie:

Jako napar - wewnętrznie 2-3g surowca, 203 razy dziennie; nalewka o stężeniu 1:5 w 45% etanolu 2-6ml 3 razy dziennie. Wg. Farmakopei Polskiej VI liść melisy, jako środek uspokajający, stosuje się: dostunnie w naparach z 1,5-4,5g surowca (jedorazowo), naparach z 6-18g dobowo.

W manualach aptekarskich można znaleźć wiele przepisów na mieszanki ziołowe zawierające w swoim składzie liść melisy. Mieszanki te są szczególnie wskazane przy stosowaniu u dzieci, gdzie możliwość aplikacji syntetycznych leków jest często ograniczona. Poniżej przedstawiono wybrane przykłady kompozycji ziołowych:

Choroby

układu nerwowego u dzieci.

Rp.

- Fol. Melissae** liść melisy
- Stigm. Maydis** znamię kukurydzy
- Herb. Anserinae** ziele pięciornika gęsiego
- Fruct. Anisi** aa owoc anyżu

MDS. Odwar z łyżeczki ziół na szklankę wody. Podawać dziecku 3

razy dziennie 1/3 szklanki po jedzeniu. Mieszanka przeciw drgawkom dziecięcym.

Rp.

- Rad. Angelicae** 20,0 korzeń arcydzięgla
- Fol. Myrtylli** liść borówki czernicy
- Fol. Melissae** aa 10.0 liść melisy

MDS. Odwar z łyżeczki ziół na szklankę wody. Podawać dziecku 2-3 razy dziennie 1/2 szklanki po jedzeniu. Mieszanka uspokajająca i wzmacniająca.

Brak apetytu u dzieci na tle nerwowym

Rp.

- Herb. Mellefolii** ziele krwawnika
- Rad. Angelicae** korzeń arcydzięgla
- Rhiz. Calami** kłącze tataraku
- Herb. Hyperici** ziele dziurawca
- Anth. Anthemidis** aa 3 cz. koszyczek rumianku rzymskiego
- Fol. Melissae** 5cz. liść melisy

MDS. Odwar z łyżki ziół na szklankę wody. Podawać dziecku 3 razy dziennie 1/2 szklanki między posiłkami. Mieszanka skuteczna przy braku apetytu na tle nerwowym oraz w nerwicach wegetatywnych żołądka u dzieci. ■

dr n. farm. Tomasz Baj

Katedra i Zakład Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych Uniwersytet Medyczny w Lublinie

Piśmiennictwo:

- Lamer-Zarawska E., Kowal-Gierczak B., Niedworok J. (red.). *Fitoterapia i leki roślinne*. PZWL, Warszawa, 2007, 500pp.
- Pisulewska E., Janeczko Z., *Krajowe rośliny olejkowe*. Wyd. Know-How Piotr Kaczmarczyk, Kraków, 2008, 135pp.
- Wawrzyniak E., *Leczenie ziołami* Przed. Pol.-Wyd. „Contrast”, Warszawa, 1992, 500pp.

Cellulit - problem nie tylko estetyczny

Cellulit jest chorobą tkanki tłuszczowej polegającą na zmianach obrzękowo-stwardnieniowych tkanki podskórnej. Powstaje na skutek wadliwego funkcjonowania układu limfatycznego, w wyniku czego następuje odkładanie się w komórkach tłuszczowych nie wydalanych z organizmu produktów przemiany materii.

„Skórka pomarańczowa” występuje w okolicy bioder, brzucha, ud, ramion oraz na pośladkach - głównie u kobiet (u mężczyzn jedynie w stanach patologicznych przy zaburzeniach gospodarki hormonalnej).

Wyodrębniono dwa rodzaje cellulitu:

Cellulit wodny – w każdym miesiącu życia, począwszy od okresu dojrzewania, w ciele kobiety odkłada się rezerwa wody i tłuszczów w tkankach tak, aby przygotować się do ewentualnej ciąży. Następuje wówczas przesunięcie wody i tłuszczów w kierunku zewnętrznej warstwy skóry i tkanki tłuszczowej. Pod koniec cyklu organizm pozbywa się tej „nadwyżki”, bardziej lub mniej skutecznie. Jeśli rytm hormonalny ulega zakłóceniu, powstaje cellulit.

Cellulit lipidowy zaczyna się w głębokich warstwach skóry właściwej i poniżej w tkance łącznej, gdzie znajdują się komórki tłuszczowe, pełniące rolę zbiorników energii. Komórki te gromadzą cukier oraz kwasy tłuszczowe, tworząc z nich trójglicerydy. Te ostatnie po pewnym czasie rozpadają się, uwalniając wolne kwasy tłuszczowe oraz glicerol. Jeśli proces rozpadu nie przebiega prawidłowo, cukier i tłuszcze zaczynają gromadzić się w komórkach, a te automatycznie powiększają się. Pęczniejące grupy komórek tworzą na powierzchni skóry guzki - „skórkę pomarańczową”.

Fazy rozwoju cellulitu

Cellulit ma tendencję do pogłębiania stopnia zaawansowania. Rozróżniamy cztery stopnie rozwoju cellulitu. Od niewidocznych gołym okiem zaburzeń krążenia żylnego oraz limfatycznego do często bolesnych złogów włókien kolagenowych, powodujących ucisk naczyń limfatycznych oraz krwionośnych.

W wyniku nagromadzenia szkodliwych produktów przemiany materii w adipocytach (komórkach tłuszczowych) dochodzi do ich znacznego powiększenia oraz do podrażnienia zakończeń nerwowych, skutkującego silnym bólem.

Zaawansowany cellulit charakteryzuje zmiana składu chemicznego tłuszczów w adipocytach. Stężenie nasyconych kwasów tłuszczowych rośnie w stosunku do ilości nienasyconych kwasów, co zmniejsza płynność błon komórkowych.

Przyczyny powstania cellulitu

Teoria hormonalna. Zaburzenia gospodarki hormonalnej sprzyjają powstaniu cellulitu. Przyjmowanie pigulek antykoncepcyjnych, czy spożywanie mięsa pochodzącego ze zwierząt tucznych, którym w celu uzyskania większej masy podawano hormony, nie są obojętne. Nadmiar estrogenów, nierównoważony wydzielaniem progesteronu, sprzyja powstaniu „skórki pomarańczowej”, prowadzi do zwiększenia objętości

adipocytów oraz wzmacnia retencję wody.

Teoria neurowegetatywna.

Większość kobiet z cellulitem wykazuje stan nadmiernej motywacji i wyraźny niepokój. Depresja, stres, silnie przeżywane emocje mogą mieć wpływ na nadmierne gromadzenie się cząsteczek tłuszczu i wody w hipodermie oraz dermie. Powstanie cellulitu związane jest z zaburzeniem gospodarki katecholaminowej, która reguluje między innymi przebieg lipolizy.

Teoria receptorów adipocytarnych

zakłada istnienie dwóch rodzajów adrenergicznych receptorów: – receptorów alfa, zmniejszających lipolizę
– receptorów beta, nasilających lipolizę

Wzrost masy tłuszczowej zwiększa odpowiedź receptorów alfa. Im większe zatem przybieranie masy, tym mniejsze szanse na ustąpienie cellulitu. Ponadto udowodniono, że liczba receptorów beta zmniejsza się z wiekiem, stąd wzrasta tendencja do tycia oraz powstawania cellulitu u osób starszych.

Teoria krążeniowa.

Cellulit bywa związany z zaburzeniami krążenia. Mogą one być nasilane przez złe nawyki typowe dla kobiet.

Obcisłe ubrania, buty na wysokim obcasie (hamujące działanie pompy mięśniowej), duża ilość soli | ▶

► i cukru w diecie, siedzący tryb życia (powodujący niewłaściwe odkładanie się tłuszczu oraz blokujący krążenie w nogach), picie kawy (sprzyjające zatrzymywaniu wody w organizmie), gorące kąpiele (hamujące usuwanie toksyn z organizmu), zbyt częste opalanie się (przesuszenie skóry zmniejsza jej ukrwienie) - to tylko niektóre ze złych przyzwyczajeń.

Pompa mięśniowa i łydkowa.

Dla właściwego funkcjonowania układu limfatycznego i krwionośnego

kuracja antycellulitowa powinna rozpocząć się od działań zmierzających do zmniejszenia przepuszczalności naczyń krwionośnych.

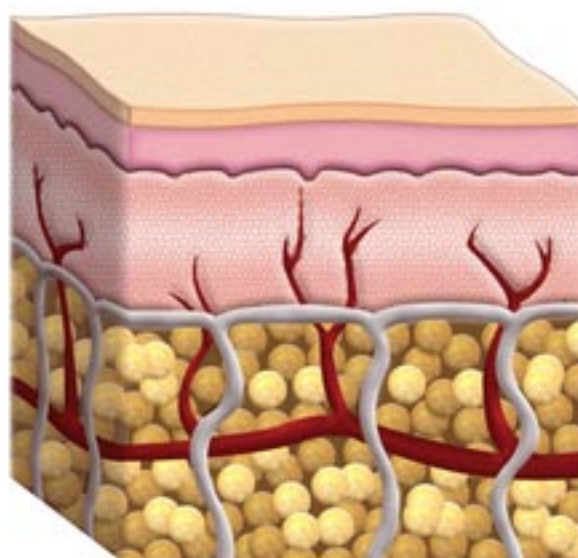
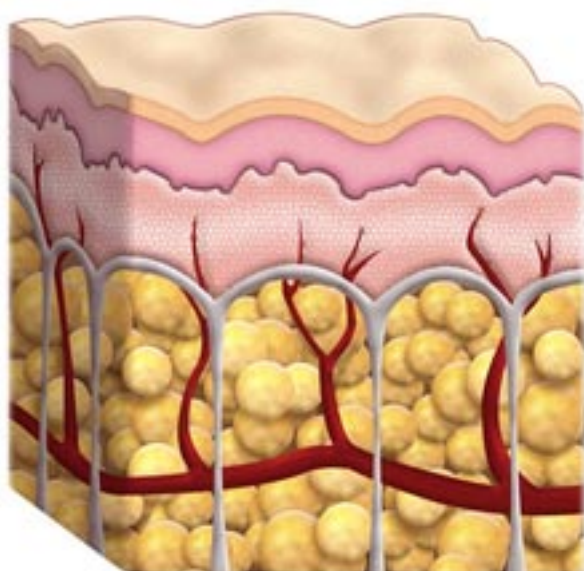
W leczeniu cellulitu zaleca się preparaty zawierające **flawonoidy**: rutynę, kwercetynę, kemferol, diosminę i hesperydinę.

Mechanizm działania bioflawonoidów polega na hamowaniu enzymów zawierających w swojej cząsteczce jon miedzi, między innymi hialuronidazy, która rozkłada śródbłonki naczyń włosowatych, nasila

krwionośnych są rutynozydy, na czele z rutyną oraz jej półsyntetycznymi pochodnymi o lepszej przyswajalności oraz rozpuszczalności - trokserutyną czy etylorutozydem.

Trokserutyna

Trokserutyna przyjmowana w dużych dawkach wspomaga deformację krwinek czerwonych oraz działa przeciwegregacyjnie. Hamowanie tworzenia się skrzepliny w kapilarach żylnych, działanie ochronne na komórki śródbłonki naczyń (ve-



fot. fotolia.com

Przekrój przez tkankę skórną zmienioną (po lewej), nie zmienioną (po prawej)

go niezbędnym warunkiem jest aktywność fizyczna.

Przy każdym ruchu mięśni uciskane są naczynia krwionośne i limfatyczne, żyły naprężają się i rozluźniają, co umożliwia pompowanie limfy od zastawki do zastawki w stronę serca. Bierność sprawia, iż produkty przemiany materii zalegają w komórkach i nie są wydalane z organizmu. Zjawisko to nosi nazwę **pompy mięśniowej**.

Kuracja

Prawidłowo przeprowadzona

jąc objawy „skórki pomarańczowej”.

Flawonoidy przedłużają ponadto działanie witaminy C, chroniącej ścianki naczyń przed toksycznymi utleniaczami (oksydantami) oraz biorącej udział w syntezie kolagenu.

Bioflawonoidy poprawiają szczelność ścian naczyń krwionośnych i działają przeciwzapalnie dzięki hamowaniu uwalniania mediatorów zapalenia.

Rutyna

Szczególnie efektywne we wzmacnianiu najmniejszych naczyń

noprotectivum), a także zmniejszenie obrzęków wynikające z podwyższenia liczby makrofagów, a tym samym eliminacji nadmiaru białka z ustroju, czyni ją substancją skuteczną w terapii cellulitu.

Diosmina

Diosmina należy obok rutozydów do najważniejszych bioflawonoidów naturalnych. Działa dwukrotnie silniej od trokserutyny.

Pozyskiwana jest głównie z owoców cytrusowych (miąższu, skóry, pestek). Uzyskany materiał jest obfitym źródłem związków poli-

fenolowych, takich jak: kwercetyna, hesperydyna, neohesperydyna, glikozyd kemferolu, naryngenina, czy apigenina.

Końcowy produkt - wyizolowany bioflawonoid - diosmina wpływa korzystnie na poprawę napięcia ścian naczyń żylnych.

W terapii cellulitu zalecane są również preparaty zawierające w swoim składzie **saponiny**. Uszczelniają one naczynia i działają przeciwzapalnie. Skuteczne są: escyna (z kasztanowca pospolitego), ruskogenina (z iglicy włoskiej) oraz diosgenina (z kozieradki).

Kasztanowiec zwyczajny

Wyciągi z nasion i kwiatów kasztanowca wzmacniają oraz przywracają elastyczność ścianom naczyń włosowatych i drobnym naczyniom obwodowym. Ponadto zapobiegają nadmiernej przepuszczalności i przenikaniu osocza oraz czerwonych krwinek poza łożysko naczyń.

Preparaty zawierające escynę, działają nie tylko zapobiegawczo, lecz także przyspieszają znacznie wchłanianie płynu surowiczego w miejscu obrzęku (w cellulicie, po stłuczeniach, czy zwichnięciach). Prawdopodobne jest również działanie na krzepliwość krwi, polegające na zmniejszeniu możliwości powstawania zakrzepów wewnątrznaczyniowych.

Omawiane wyciągi działają synergistycznie ze stosowanymi zewnętrznie ekstraktami z arniki górskiej.

Rusogeniny z ruszczyka kolczastego

Rusogeniny zawierają m.in. przeciwzapalne oraz przeciwobrzękowe heterozydy sterolowe. Ich mechanizm

działania zapobiega nadmiernemu poszerzeniu się naczyń oraz ich nieszczelności. Eliminują dokuczliwy świąd i pieczenie, jakie wywołuje stan zapalny żył oraz stabilizują podłoże, w którym osadzone są naczynia żylna oraz limfatyczne.

Metyloksantyny

Mikrokrążenie poprawiają również pochodne puryn np. kofeina, teofilina, teobromina, aminofilina. Kofeina oraz jej pochodne, tak popularne w kosmetykach antycellulitowych, wpływają na zwiększoną aktywację układu nerwowego, wzmagają wydzielanie neuroprzekaźników (głównie cyklicznego AMP) pełniących istotną rolę w procesie redukcji tkanki tłuszczowej. Metyloksantyny są obecne w ogromnej liczbie wyciągów roślinnych: w kawie, herbacie zielonej i paragwajskiej, wyciągach z guarany, koli, Plectranthus, Cassava, Garcinia Cambodgia. Zawarte w powyższych ekstraktach związki polifenolowe, wspólnie z metyloksantynami wpływają na aktywację procesów enzymatycznych sprzyjających mobilizacji podskórnych lipidów i ich zwiększonemu wykorzystaniu w procesach energetycznych.

Algi morskie

Zielone i brunatne algi są cennym źródłem wielu substancji aktywnych biologicznie. Związki te biorą czynny udział w metabolizmie tłuszczów i białek, zmniejszają tendencję do zastoju płynów, a także poprawiają krążenie limfatyczne. W kosmetyce stosowane są bogate w jod ekstrakty z listownicy brunatnej i morskoczynu. Obecny w wielu glonach kwas alginowy stymuluje przemianę materii i przyczynia się do usuwania złogów tłuszczu - wskutek drenażu tkanek działa wyszczuplająco, a ze względu na zdolność wiązania

toksyn ma także właściwości odtruwające.

Substancje działające aktywnie na tkankę łączną

Poprawę stanu tkanki łącznej mniej lub bardziej uszkodzonej przez obecność cellulitu, uzyskuje się, używając wyciągów ze skrzypu, który zawiera krzem, składnik występujący zazwyczaj w niedomiarze w uszkodzonej tkance łącznej.

Substancje działające aktywnie na mikrokrążenie

Wyciąg z bluszczu pospolitego szczególnie bogaty we flawonoidy (hederagenina), przyspiesza proces redukcji tkanki tłuszczowej, pobudza krążenie krwi i zmniejsza przepuszczalność naczyń krwionośnych, usprawnia funkcjonowanie tkanki łącznej, poprawia elastyczność i jędrność skóry, a także wykazuje działanie przeciwzapalne. Ekstrakty z liści bluszczu przyspieszają wydoścanie się z tkanek nadmiaru wody i usunięcie toksyn, a także pobudzają przemianę materii i proces spalania tkanki tłuszczowej.

Należy pamiętać, że dobre rezultaty w leczeniu cellulitu uzyskujemy przez jednoczesne stosowanie zarówno preparatów doustnych, jak i pielęgnacyjnych.

Inne techniki stosowane w leczeniu cellulitu

- Jonoforeza, zwiększa łatwość przenikania substancji aktywnych rozpuszczonych w wodzie wgłąb skóry.
- Endermologia, polega na wykonywaniu masażu okolic leczonych przez zasysający ucisk.

- ▶ - Masaż wibracyjny ma na celu rozdzielenie złogów usieciowanego kolagenu.
- Drenaż limfatyczny to szczególna metoda masażu, która umożliwia pobudzenie głębokich warstw skóry i działa bezpośrednio na krążenie limfatyczne.
- Ultradźwięki, termoterapia, krioterapia, presoterapia, elektrolipoforeza, bodywrapping, eksfoliacja to popularne metody usuwania cellulitu.
- Aromaterapia: olejki eteryczne, m.in. geraniowy, cytrynowy, jałowcowy, rozmarynowy, cyprysowy, cedrowy; działają regulująco, usuwają toksyny z tkanki łącznej oraz zmniejszają złogi tłuszczowe.

- W bardziej zaawansowanym stadium cellulitu wskazana jest metoda bodźcowa: **mezoterapia**, czyli miejscowe wstrzykiwanie w chorobowo zmienione miejsca substancji biologicznie aktywnych m. in. L-karnityny, aminofiliny, kofeiny, czy leków przeciwobrzękowych.

W niektórych przypadkach konieczne może okazać się zastosowanie leczenia chirurgicznego: liposukcja - czyli „odsysanie tłuszczu”. W odessanym miejscu dochodzi do powstawania zrostów, dlatego w późniejszym okresie w tym samym miejscu nie narasta ponownie tkanka tłuszczowa.

Dieta

Leczenie cellulitu musi być dobrze przemyślane.

Bardzo ważne jest, aby różne rodzaje terapii uzupełniały się. Dlatego też istotna jest prawidłowa dieta.

Podstawowymi jej składnikami powinny być: warzywa, owoce, kiełki, kasze, chude ryby, ciemne pieczywo, czyli produkty bogate w witaminy, mikroelementy i błonnik. Należy ograniczać do minimum podaż soli, cukru i tłuszczów zwierzęce, a także unikać używek: alkoholu, pa-

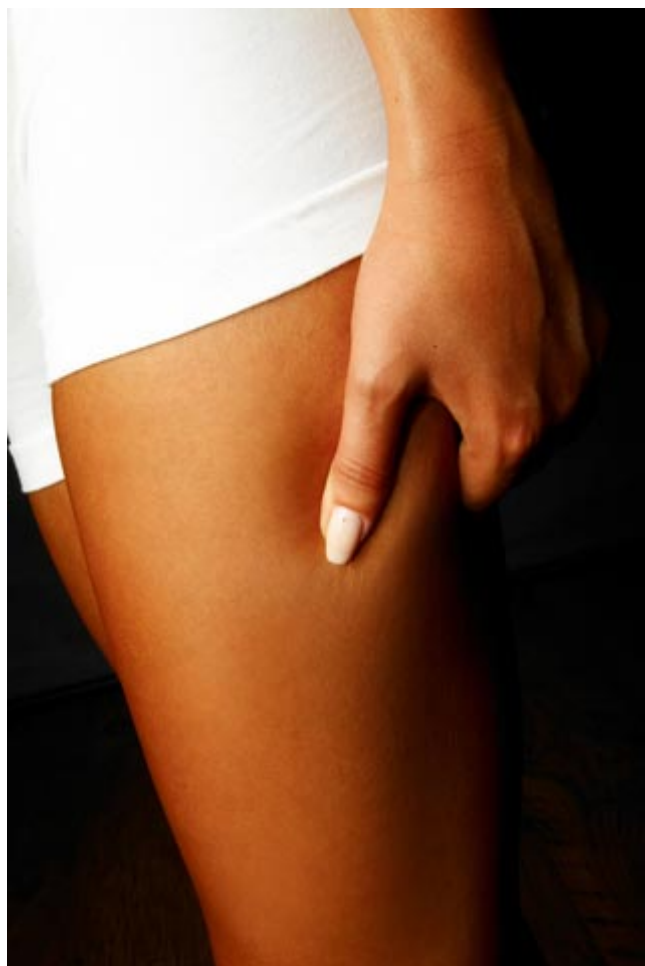
pierosów, czy kawy. Duże ilości niegazowanej wody mineralnej pozwalają usuwać toksyny. Herbaty ziołowe zawierające koper, skrzyp, brzozę, krwawnik, zieloną herbatę oczyszczają organizm. Nie można zapominać o konieczności zwiększenia aktywności fizycznej.

Nie leczony cellulit pogłębia się i może przejść w formę cellulitis, czyli poważne schorzenie jakim jest zapalenie tkanki łącznej, dlatego niezwykle ważna jest świadomość problemu, jakim jest „skórka pomarańczowa”, będącego nie tylko defektem kosmetycznym, ale również jednostką chorobową wymagającą starannego leczenia. ■

*mgr farm. **Wirginia Kukuła**
Katedra i Zakład Farmakognozji
z Pracownią Roślin Leczniczych
Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

Piśmiennictwo:

1. „Chemia piękna” M. Molski, Warszawa 2009, Wydawnictwo PWN
2. „Kosmetyka stosowana” J. Dylewska-Grzelakowska, Warszawa 1999, WSiP
3. „Medycyna piękności” M. Noszczyk, B. Noszczyk, Warszawa 1999, Wydawnictwo PZWL
4. „Kosmetologia i farmakologia skóry” M.C. Martini, Warszawa 2007, Wydawnictwo PZWL
5. „Zarys kosmetyki lekarskiej” A. Koźmińska-Kubarska, Warszawa 1984, Wydawnictwo PZWL
6. „Fitoterapia i leki roślinne” E. Lamer-Zarawska et al., Warszawa 2007, Wydawnictwo PZWL
7. „Rośliny lecznicze i ich praktyczne zastosowanie” A. Ożarowski, Warszawa 1989, Instytut Wydawniczy Związków Zawodowych
8. „Prawie wszystko o ziołach” M.E. Sanders, Podkowa Leśna 2007, Wydawca Mateusz E. Senderski
9. www.wizaz.pl
10. www.panacea.pl



Fot. dreamstime.com



Receptura dla stóp - preparatyka leków o właściwościach przeciwpotliwych

Wraz ze zbliżającymi się ciepłymi dniami, w aptece pojawiają się pacjenci chcący pozbyć się problemu nadmiernej potliwości. Oprócz gamy gotowych preparatów istnieje także wąska grupa przepisów recepturowych wykorzystywanych w tej przypadłości. Być może warto odświeżyć sobie informacje na temat niektórych popularnych kompozycji, zanim recepty trafią do naszej izby recepturowej.

Rp 1.

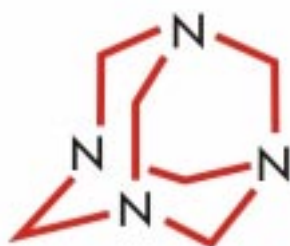
Mentholi 3,0
Urotropini 12,0
Spiritus Vini 60,0
3% Sol. Acidi borici ad 120,0
M.f. solutio

Rp 2.

Urotropini 20,0
Talci veneti
Zinci oxydati aa 25,0
Aqua purificata 20,0
Glicerini 10,0
M.f. suspensio

Najczęstszym komponentem recepturowych leków stosowanych przy nadmiernej potliwości jest metenamina. Jej synonimy to heksametylenotetramina lub urotropina. Ze względu na tę drugą nazwę bywa w okresie nauki zawodu myłona czasem z mocznikiem (czyli urea).

Metenamina wykazuje ciekawy mechanizm działania. Mianowicie po



Wzór strukturalny urotropiny

miejscowym zastosowaniu na skórę ulega hydrolizie pod wpływem kwaśnego odczynu potu do formaldehydu. Działa on na skórze działanie bakterio-bójczo, co ogranicza proces rozkładu potu przez drobnoustroje. To właśnie ta reakcja jest przyczyną nieprzyjemnego zapachu spoczonej skóry stóp lub dłoni. Co więcej aldehyd mrówkowy zmniejsza aktywność gruczołów potowych, dzięki czemu ogranicza także samo pocenie. Jako środek przeciwpotliwy

urotropina stosowana jest w stężeniach 5-25%.

Co ciekawe w podręcznikach do farmakologii urotropina najczęściej figuruje jako składnik leków dostępnych odkazujących drogi moczowe i pomimo małej popularności tych preparatów ciągle są one dostępne na rynku. Mechanizm działania jest taki sam, jak w przypadku zastosowania zewnętrznego. Pomimo łagodnego działania, metenamina ma jedną



▶ niezaprzeczną zaletę - bakterie nie są w stanie wytworzyć oporności na formaldehyd. W preparatach per os stosowana bywa w połączeniu z salicylanem fenylu lub sama jako migdalan.

Preparaty na bazie metenaminy cieszą się dużym uznaniem pacjentów ze względu na wysoką skuteczność, nie są to jednak leki idealne. Nadmierne stosowanie formaldehydu na powierzchnię skóry może wywołać reakcje uczuleniowe, a nawet zapalenie egzemoidalne skóry. Z tej przyczyny dermatolodzy coraz mniej chętnie przepisują roztwory samego formaldehydu z myślą o aplikacji go na skórę. Pomimo to ciągle popularna jest metoda odkażania obuwia parami formaldehydu „domowym” sposobem z wykorzystaniem 10% roztworu formaliny.

Rp. 3.
10% Sol. Formaldehydi 250,0
M.f. solutio
D.S. Do odkażania

O ile jego wykonanie recepty z przepisem na taki roztwór nie nastęrcza trudności (jeśli tylko będziemy pamiętać, że recepturowy preparat formaliny jest 40% roztworem), to warto wiedzieć w jaki sposób pacjent ma taki płyn stosować. Mianowicie całe odkażane obuwie należy umieścić w szczelnym worku wraz z kawałkiem materiału nasączonego

wyżej wymienionym roztworem. Worek powinien być przechowywany poza domem, najlepiej na powietrzu (np. na balkonie) przez około dwie doby. Po tym czasie zanim będzie można nosić buty muszą się one jeszcze przez kilka dni wietrzyć.



Fot. dreamstime.com

pozostają w postaci warstewki pudru. Kłopot może tu sprawić konieczność uzyskania gładkiej konsystencji zawiesiny z wykorzystaniem niewielkiej ilości płynów. Aby nie powstały grudki talku i tlenku cynku konieczne jest powolne i stopniowe

rozcieranie proszków z płynami, począwszy od przygotowania gęstej pasty. Do jej wytworzenia najlepiej wykorzystać przepisany w receptce glicerol. Jest to najistotniejszy etap przygotowywania zawiesiny, ponieważ następuje nie tylko zwilżenie składników, ale także prawidłowe ich rozprowadzenie. Dopiero tak przygotowaną pastę rozcieńcza się, nadal ucierając i mieszając,

Recepta pierwsza nie stwarza większych kłopotów przy wykonywaniu, jako że mentol bardzo dobrze rozpuszcza się w spirytusie. Oprócz działania chłodzącego, także dezynfekuje skórę oraz działa odświeżająco i dezodorująco. Natomiast urotropina rozpuszcza się dobrze w 1,5 cz. wody i w 10 cz. spirytusu. Powstaje zatem klarowny roztwór. 3% kwas borny został w tej receptce wykorzystany zapewne ze względu na swoje właściwości wysuszające i bakteriostatyczne.

Recepta druga to przykład bardzo gęstego pudru płynnego. Po aplikacji na skórę tego typu preparaty

dodając stopniowo pozostałą część fazy rozpraszającej (wodę). Dobrą praktyką w przypadku zawiesin jest popłukanie moździerza pozostałą ilością roztworu. W przypadku tej recepty nie będzie to jednak możliwe ze względu na małą ilość płynu. Użyty w receptce talk działa osuszająco i osłaniająco, zaś tlenek cynku - ściągająco, osuszająco i odkażająco. Gliceryna zwiększa lepkość fazy rozpraszającej (co zapobiega sedymentacji) i ułatwia proces hydrofilizowania substancji stałych. ■

mgr farm. Olga Sierpiowska

E-learning dostępny dla wszystkich

Szkolenia ciągłe dla zawodów medycznych na platformie internetowej Uniwersytetu Medycznego w Łodzi

Ostatnia dekada przyniosła wiele istotnych zmian w funkcjonowaniu sektora edukacji zarówno w szkolnictwie wyższym pierwszego stopnia jak i w szkoleniach podyplomowych. Zmiany te w dużym stopniu dotyczą zawodów medycznych. Pojawił się ustawowy obowiązek podnoszenia kwalifikacji zawodowych poprzez udział, między innymi w szkoleniach, zjazdach, konferencjach. Wszyscy borykamy się z brakiem czasu i z tej przyczyny uzyskanie wymaganych przepisami punktów edukacyjnych staje się niekiedy problemem. Sytuacja taka zobowiązuje uczelnie medyczne do wprowadzania ciągłych zmian w swojej ofercie edukacyjnej skierowanej nie tylko do studentów, ale również jej absolwentów. Zmiany dotyczą zarówno kierunków kształcenia jak i poszerzania oferty edukacyjnej między innymi w obszarze kształcenia ustawicznego.

Proces globalizacji, dynamiczny rozwój nowych technologii informacyjno-komunikacyjnych oraz przeniesienie ich do wszystkich aspektów życia w ramach budowy społeczeństwa informacyjnego i gospodarki opartej na wiedzy stanowią duże wyzwanie przede wszystkim dla szkolnictwa wyższego. Niezbędna staje się, więc budowa w Polsce otwartego i elastycznego systemu edukacji, w którym integralną całość będą tworzyć formy kształcenia na uczelni jak i kształcenie na odległość. Niezbędne jest również współdzia-

łanie z gospodarką, która to współpraca umożliwi wykorzystanie nowych funkcji pracy w procesie kształcenia ciągłego. Absolwenci wszystkich poziomów kształcenia winni mieć możliwości do dalszego kształcenia, podnoszenia lub zmiany kwalifikacji zawodowych oraz mobilnego dostosowania się do warunków pracy i własnego rozwoju, a



system szkolnictwa wyższego powinien stwarzać te możliwości.

Uniwersytet Medyczny w Łodzi tworzy obecnie 8 wydziałów kształcących na studiach jednolitych i licencjackich, a także na studiach podyplomowych i doktoranckich. W ofercie studiów podyplomowych znajdują się również kursy i szkolenia podyplomowe skierowane do absolwentów uczelni medycznych (lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych, a w niedalekiej przyszłości techników farmacji). Obecnie polskie uczelnie w swojej ofercie nie posiadają zbyt szeroko rozwiniętych kierunków stu-

diów ani kursów specjalistycznych prowadzonych metodą on-line.

W 2008 roku Uniwersytet Medyczny w Łodzi przystąpił do konkursu o uzyskanie z funduszy strukturalnych Unii Europejskiej finansowania projektu na uruchomienie platformy internetowej mającej na celu poszerzenie swojej oferty edukacyjnej o nieodpłatne kursy i wykłady dla lekarzy, farmaceutów, pielęgniarek, diagnostów laboratoryjnych oraz techników farmacji.

Na początku bieżącego roku ogólnopolski projekt pt: „Opracowanie i wdrożenie programów kształcenia z zakresu medycyny i farmacji metoda e-learning na Uniwersytecie Medycznym w Łodzi” uzyskał finansowanie w ramach programu operacyjnego Kapitał Ludzki, priorytetu IV „Szkolnictwo wyższe i nauka”, działanie 4.1. „Wzmocnienie i rozwój potencjału dydaktycznego uczelni oraz zwiększenie liczby absolwentów kierunków o kluczowym znaczeniu dla gospodarki opartej na wiedzy”.

W ramach projektu zostanie utworzony portal internetowy, na którym będą umieszczone wcześniej opracowane materiały dydaktyczne w formie wykładów, pogrupowane na kursy z zakresu nauk farmaceutycznych i medycznych. Będzie to jeden z nielicznych tego typu portal wykorzystujący techniki kształcenia na odległość e-learning o tak szerokim zasięgu, a jedyny przeznaczony ▶

► dla wszystkich absolwentów szkół i uczelni medycznych. Ciągłe podnoszenie kwalifikacji przez osoby wykonujące zawody medyczne wynika z obowiązujących ustaw krajowych („Prawo farmaceutyczne”, „Sposoby dopełniania obowiązku dokonywania zaliczeń przez lekarzy i lekarzy dentyistów”, „O zawodach pielęgniarki i położnej”). Dotychczasowe szkolenia ciągle polegają na uczestnictwie w kursach, które są punktowane (potwierdzone certyfikatem), a każda grupa zawodowa musi wykazać się określoną w aktach prawnych liczbą punktów uzyskaną w danym okresie edukacyjnym.

Celem naszego projektu jest umożliwienie farmaceutom, lekarzom, technikom farmacji i innym grupom zawodowym uczestniczenie w najnowszych szkoleniach bez ponoszenia jakichkolwiek kosztów. Wszystkie wykłady i kursy będą dostępne po zarejestrowaniu się na portalu internetowym.

Portal będzie znajdował się na dwóch witrynach internetowych

www.e-umed.pl oraz www.e-umed.lodz.pl. Uruchomienie portalu planowane jest na lipiec bieżącego roku, a pierwsze dwadzieścia wykładów będą dostępne od października br. W kolejnych latach będą umieszczane stopniowo kolejne wykłady opracowywane przez wykładowców z całej polski. Wykła-



Fot. fotolia.com

dy stanowić będą materiał dydaktyczny najwyższej jakości, a jakość tę zapewnią powołani recenzenci – specjaliści z różnych dziedzin medycyny i farmacji. Każda zarejestrowana osoba będzie miała dostęp do wybranego tematu (wykładów, kursów, streszczeń) przez okres 30 dni. Po tym okresie uczestnik szkolenia będzie miał możliwość sprawdzenia swojej wiedzy poprzez rozwiązanie testu. Po uzyskaniu pozytywnego

wyniku każdy uczestnik szkolenia będzie miał możliwość wydrukowania certyfikatu poświadczającego ukończenie kursu z danej dziedziny. Uzyskany certyfikat, będzie równocześnie zaświadczeniem potwierdzającym zdobycie punktów edukacyjnych, w przypadku farmaceutów będą to tzw. „punkty twarde” szkolenia ciągłego.

Dzięki temu projektowi farmaceutyci, lekarze oraz pozostali absolwenci szkół i uczelni medycznych mają możliwość uczestniczenia w nieodpłatnym podnoszeniu swoich kwalifikacji zawodowych. Dzięki temu najnowsze osiągnięcia medycyny i

farmacji będą dostępne dla każdego specjalisty niezależnie od klasycznie przeprowadzanych szkoleń i kursów. ■

prof. dr hab. n. farm.
Elżbieta Mikiciuk-Olasik

dr n. farm. Paweł Szymański

*Zakład Chemii Farmaceutycznej
i Analizy Leków
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Jeśli pytanie wstępne pojawi się już na etapie postępowania przez sąd krajowy ostatniej instancji, „którego rozstrzygnięcia – jak stanowi art. 234 TWE *in fine* – nie można zaskarżyć przy pomocy środków odwoławczych prawa wewnętrznego, sąd ten jest zobowiązany do wniesienia sprawy do Trybunału Sprawiedliwości.” Instytucja procedury prejudycjalnej uregulowana w art. 234 TWE jest przykładem postępowania pośredniego (indirect action). Zasadniczy proces toczy się przed sądem krajowym i on wydaje końcowe orzeczenie, a nie ETS.



Systemy informacji elektronicznej

dla farmaceutów: e-duk@cja i e-farmacja

E-learning dla farmaceutów

Zawód farmaceuty jest oparty na postępach w szeroko rozumianych naukach matematyczno-przyrodniczych, które podobnie jak nasza cała cywilizacja, przeżywają okres burzliwego rozwoju i spektakularnych odkryć. Równie istotnym - obok naukowego - aspektem naszego zawodu jest system opieki zdrowotnej, który podlega ścisłym regulacjom prawnym i finansowym, będącym także w ciągłym rozwoju. Niesie to za sobą konieczność podążania za zmianami w istniejącym stanie wiedzy, co zresztą zostało stosunkowo niedawno ujęte w ramy formalno-prawne m.in. pod postacią szkoleń ciągłych.

Spełnienie wymogu dokształcania się i bieżącego monitorowania postępów nauk farmaceutycznych wymaga znalezienia odpowiednich źródeł wiedzy, które będą zarówno aktualne, rzetelne, jak też i łatwo dostępne logistycznie i ekonomicznie. Klasyczne już dzisiaj sposoby przekazywania wiedzy w postaci źródeł pisanych nie są pełne, jako że nie pozwalają na interakcję z autorem przekazu, a co za tym idzie są jednostronne. Co więcej, cykl wydawniczy i dystrybucyjny książek, a nawet czasopism, często nie pozwala na szybkie i masowe przekazywanie informacji. Kwestię interakcji z autorem przekazywanej wiedzy rozwiązują szkolenia i kursy organizowane jako zajęcia z wykładami, ćwi-

zeniami praktycznymi, gdzie oczywiście możliwa jest - wspomagana przez nauczyciela - indywidualizacja nauczania i wymiana doświadczeń z innymi uczestnikami szkoleń. Jest to jak dotąd najpełniejszy znany sposób nauczania, jednak zajęcia wymagające osobistego udziału w wyznaczonym miejscu i czasie napotykały często na wspomniane już bariery ekonomiczne i logistyczne związane z koniecznością podróży i pozostania w miejscu spotkania przez określony czas. Niejednokrotnie bariery te wręcz uniemożliwiają korzystanie ze szkolenia zawodowego. Jest więc oczywiste, że wśród farmaceutów istnieje potrzeba stworzenia możliwości łatwego i efektywnego zdobywania wiedzy zawodowej. W dobie gwałtownego rozwoju technik teleinformatycznych odpowiedzią na te potrzeby jest e-learning, czyli nauczanie na odległość za pośrednictwem narzędzi cyfrowej telekomunikacji. Najpowszechniej zaś stosowanym narzędziem cyfrowej telekomunikacji jest oczywiście sieć Internet.

E-duk@cja i e-farmacja jako narzędzia e-learningowe

Stworzony przez nas system e-duk@cja [1] oraz jego rozwinięcie i kontynuacja, portal e-farmacja [2], stanowią w pełni rozwinięte narzędzia e-learningowe i informacyjne dedykowane dla farmaceutów. Podstawową zaletą, niejednokrotnie

podkreślaną przez wielu użytkowników tych systemów, jest dostępność ich treści przez 24 godziny, 7 dni w tygodniu, 365 dni w roku. Spełnia to więc kryterium łatwości akwizycji wiedzy i znosi bariery logistyczne. Warto przypomnieć, że obydwa portale udostępniają swoje treści bez żadnych opłat ze strony użytkowników, tak więc kryterium ekonomiczne jest również po naszej stronie. Częstotliwość aktualizacji sięga nawet kilku godzin, co wynika z elektronicznego charakteru medium, a powszechność wiedzy zapewnia globalny charakter sieci Internet - notowaliśmy połączenia nawet z Alaski. Czas połączeń oraz wyszukiwane przez użytkownika frazy świadczą o braku przypadkowości, dlatego pozwalamy sobie serdecznie pozdrowić polskiego farmaceutę mieszkającego w tak odległej części świata.

Przy ponad 8 000 zarejestrowanych użytkowników systemu e-duk@cja i 3 500 e-farmacja możemy już mówić o krajowym charakterze obydwu portali. Interaktywność przekazu zapewniają rozmowy online (czat) m.in. moderowane przez redaktorów systemu e-farmacja oraz fora dyskusyjne na obydwu portalach. Jak więc widać obydwa systemy są w pełni funkcjonalnymi narzędziami do zdalnej nauki przez Internet, nie wymagającymi żadnego dodatkowego oprogramowania ani specjalnej konfiguracji komputera, po to aby móc z nich w pełni korzystać. ▶

► Zawartość portali e-duk@cja i e-farmacja

Każdy system przekazujący jakiegokolwiek treści oprócz narzędzi do przekazu musi same te treści oczywiście posiadać. Mimo podobieństwa wizualnego i koncepcyjnego obydwu systemów związanego z zespołem, który je zrealizował, obydwa portale różnią się nieco tym, co można w nich znaleźć.

Portal e-duk@cja ma charakter stricte szkoleniowy, podczas gdy e-farmacja, mimo iż zawiera niecertyfikowane szkolenia dla farmaceutów i techników farmacji, ewoluuje bardziej w stronę portalu wspomagającego, społecznościowo-informacyjnego dla farmaceutów i techników farmacji.

W portalu e-duk@cja znajdziemy punktowane szkolenia i kursy zaliczane do szkoleń ciągłych zarówno z puli punktów „miękkich” jak też i „twardych”. Sumarycznie można zdobyć 22 punkty „miękkie” i 16 „twardych”. Warto przypomnieć, że przystąpienie do kursu nie obliguje do jakiegokolwiek terminu zdawania testu z tego kursu - farmaceuta ma więc pełną swobodę w ustalaniu swojego trybu nauki. Testy są sprawdzane automatycznie przez system, więc farmaceutyci mają od razu wgląd w swoje osiągnięcia. Zakres tematyczny szkoleń jest sukcesywnie poszerzany. Aktualnie dostępne są szkolenia z następujących dziedzin i zagadnień:

- 1) terapia i farmakoterapia
- 2) opieka farmaceutyczna
- 3) farmakogenetyka

- 4) profilaktyka zdrowotna i promocja zdrowia
- 5) trwałość leku
- 6) nowoczesne narzędzia informacyjne w rozwoju leków

W przyszłości na pewno będziemy się starali rozszerzyć ofertę kursów zarówno pod względem kategorii jak i ilości kursów w już obecnych kategoriach. Należy zauważyć,



Fot. fotolia.com

że jeśli chodzi o kategorie kursów to aby mogły one być certyfikowane, muszą należeć do z góry określonych przez CMKP [3].

Portal e-farmacja zawiera wiele narzędzi i działów, które w założeniu mają dostarczać aktualnych i rzetelnych informacji zawodowych. Portal podzielono na następujące działy:

- 1) szkolenia
- 2) prawo
- 3) suplementy
- 4) komunikacja i narzędzia
- 5) społeczność

Dział „Szkolenia” zawiera, jak już wspomniano, niecertyfikowane szkolenia dla farmaceutów i techników farmaceutycznych z takich dziedzin jak: opieka farmaceutyczna, doradztwo w aptece, trwałość leku.

Znajdują się tutaj też artykuły i doniesienia z ważnymi wiadomościami farmaceutycznymi.

Dział „Prawo” obejmuje zbiór na bieżąco aktualizowanych aktów prawnych dotyczących wykonywania zawodu farmaceuty. Baza danych zawiera akty prawne od 1974 roku i jest zaopatrzona w wyszukiwarę. Warto zwrócić uwagę na obowiązek posiadania w aptece aktualnych

przepisów prawa do wglądu. Dostęp on-line do takiego zbioru jak np. w e-farmacji może się okazać być może wystarczający do spełnienia tego obowiązku.

Dział „Suplementy” zawiera unikalną w skali kraju bazę danych suplementów diety i surowców naturalnych, która jest stale rozbudowywana i aktualizowana. Baza zaopatrzona jest oczywiście w pełni funkcjonalną wyszukiwarę. ■

dr n. farm. Aleksander Mendyk
Katedra Technologii Postaci Leku i
Biofarmacji,
Wydział Farmaceutyczny,
UJ CM w Krakowie

dr n. farm. Sebastian Polak,
Miłoz Polak
Pracownia Farmakoepidemiologii i
Farmakoekonomiki,
Katedra Toksykologii,
Wydział Farmaceutyczny,
UJ CM w Krakowie

Przypisy:

[1] <http://www.e-dukacja.pl>

[2] <http://www.e-farmacja.net>

[3] <http://www.cmkp.edu.pl/farmacja/farmacja%20kursy%20propozycja.htm>

Kodeks Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej

Każdy, kto wchodzi w swą dojrzałość życiową przynosi ze sobą zasady, jakimi kierowali się członkowie jego rodu. Tak samo grupa zawodowa wypracowuje normy postępowania będące podstawą jej działalności. Tak, jak trudno określić tzw. „przyzwoitość” w postępowaniu poszczególnych grup ludzkich, tak również trudno wypracować zasady działania zawodowego dla zróżnicowanych wychowaniem, doświadczeniem zawodowym czy kulturowym większych skupisk członków poszczególnych zawodów.

Jedną z profesji, które wchodzi w wyjątkowo delikatną sferę ludzkiej egzystencji jest zawód, który popularnie określan jest mianem aptekarstwa. Gdybyśmy chcieli znaleźć początki tej niezbędnej dla egzystencji społeczeństwa działalności, wchodzącej w zakres poprawy samopoczucia w stanach choroby jednostki, musielibyśmy przejść w czasy na tyle odległe, że nie utrwalone w źródłach pisanych. Niemniej jednak, już starożytni Babilończycy, w Kodeksie Hammurabiego, zawarli zasady obowiązujące osoby związane z leczeniem ustanawiając odpowiedzialność za stan zdrowia chorego. Egipt dla swych lekarzy również wypracował reguły postępowania na styku dwóch jednostek - tej, która leczy i tej, która leczeniu jest poddawana. Przysięga Hipokratesa, czy uznać ją za tekst autentyczny stworzony przez wybitnego lekarza czy za kompilację poglądów i ideałów ówczesnego społeczeństwa, przynosi skodyfikowane zasady kontaktu uzdrowiciela i chorego, bez wywyższania którejkolwiek ze stron procesu terapii. W modlitwie lekarza Rabiego Moise czyli Majmonidesa jest zdanie „Nie dopuść, aby żądza zysku, gonienie za sławą, za-

szczytami wzięły udział w zatrudnieniu moim, ... niech duch mój u łoża chorego zawsze panuje nad sobą...”. Podobną świadomość niejednokrotnie szkodliwych umiejętności aptekarskich wyraża przysięga tłumaczy carów moskiewskich z XVII wieku: „całując krzyż przysięgam (...) niczym nie zaszkodzę zdrowiu, (...) do po-



Fot. dreamstime.com

traw, napojów i leków nie włożę żadnych ziół, traw lub korzeni szkodliwych i dopilnuję, aby inni nie włożyli (...).” Aptekarz gdański przysięgał: „te rzeczy, które nie mogą trwać ponad rok i dzień, z apteki usunąć”. Tak idąc przez wieki, które za nami, współczesnymi członkami zawodu, można byłoby przytoczyć wiele jeszcze przykładów regulacji norm obowiązujących tych, którzy przyjęli na siebie obowiązek służby potrzebującemu.

A czym jest, i dalej idąc, czym powinna być etyka zawodowa w rozumieniu naszego działania ?

Słownik współczesnego języka polskiego pojęcie to definiuje w sposób następujący: „1. system wartości i norm postępowania, obowiązujący w danej zbiorowości lub w danej epoce.

2.nauka o moralności, zajmująca się ustalaniem obowiązujących norm postępowania oraz opisem i wyjaśnianiem rzeczywiście istniejącej moralności”.

Wielka encyklopedia PWN przynosi dwie pełne kartki, dając definicje nie tylko ogólne lecz również historię tejże nauki jak również różne jej rodzaje.

Z punktu widzenia aptekarza zza tak zwanego „pierwszego stołu” w aptece ani jedna ani druga definicja nie jest satysfakcjonująca jako podstawa codziennego działania. Zbliżając problem etycznego postępowania do farmaceutycznej rzeczywistości, Stefan Rostafiński pisał „komuś, kto nie zgłębiał zawitych meandrow myśli ludzkiej, pewne zasady etyki wydawać się mogą oczywiste, nie wymagające komentarza i niezmiennie. Jeżeli jedna wyciągniemy wnioski z własnego doświadczenia ▶

► nia życiowego czyż nie dojdziemy do przekonania, że dziś nie powzielibyśmy decyzji takiej, jak np. przed dziesięciu laty?”.

A przecież, nie znaczy to, że działanie codzienne w zetknięciu z innymi członkami własnej grupy współobywateli jest całkowicie nieobiektywne, że wynika ze zmiennych sytuacji. Niemniej jednak na treść każdego kodeksu zawodowego będą miały przełożenia obowiązujących współcześnie norm i pryncypiów.

Każde pokolenie aptekarskie usiłowało powołać swój zbiór prawa farmaceutycznego nie tylko o randze ustaw państwowych lecz również zestawów wzorów (czasem idealistycznych), pomocnych w codziennym wykonywaniu zawodu we wszystkich jego aspektach.

W chwili obecnej, po debacie na V Krajowym Zjeździe Aptekarzy w Bełchatowie, trwa dyskusja nad kształtem Kodeksu Etyki Aptekarza Rzeczypospolitej Polskiej, który to kodeks powinien jak najściślej od-

zwierciedlać, w założeniu optymalne, wykonywanie zawodu.

Czy w treści kodeksu Aptekarza mogą znaleźć się poniższe treści? Czy treści te odpowiadają codziennej pracy „dla dobra chorego”? Czy cudzysłów ten jest uzasadniony sytuacją ogólną w naszym zawodzie?

Dzisiaj część ogólna, wprowadzająca niejako do szczegółowych zagadnień zawodowych. Proszę o dyskusję! ■

*mgr farm. Lidia Czyż
Koordynator Departamentu
Etyki i Deontologii Zawodu*

KODEKS APTEKARZA RP

Część ogólna

Art. 1

Aptekarza obowiązują zasady etyki ogólnoludzkiej, wypracowanej przez pokolenia. Zasady te zobowiązują Aptekarza do przestrzegania praw człowieka i dbania o godność zawodu, którego członkiem staje się on w chwili otrzymania prawa jego wykonywania. Każde postępowanie Aptekarza podważające zaufanie do zawodu jest naruszeniem godności tego zawodu.

Art. 2

Powołaniem Aptekarza jest troska o powierzonego jego umiejętności fachowej chorego. Aptekarz swą wiedzą i sprawnością zawodową nie może posługiwać się w działaniach sprzecznych z tym powołaniem.

Art. 3

Aptekarz, osobiście odpowiedzialny za wykonywaną pracę, jest wolny w podejmowaniu swych działań zgodnie ze swym sumieniem i współczesną wiedzą medyczną.

Naruszeniem godności zawodu jest każde działanie Aptekarza, które wykracza poza dobro nadrzędne jakim jest dobro pacjenta - jednostki jedynej i niepowtarzalnej.

Mechanizmy rynkowe, naciski społeczne lub wymagania administracyjne nie zwalniają Aptekarza z przestrzegania zasad etyki zawodu.

Art. 4

Szacunek dla chorego powinien wyrażać się w równym wykonywaniu swych czynności zawodowych wobec każdego, kto korzysta z umiejętności Aptekarza - bez względu na wiek, płeć, rasę, wyposażenie genetyczne, narodowość, wyznanie, przynależność społeczną, sytuację materialną, poglądy polityczne lub inne okoliczności.

Art. 5

Znając wagę swego zawodu, Aptekarz dba o budowanie i autorytet samorządu zawodowego. Powinnością Aptekarza jest aktywne uczestnictwo w działalności samorządowej i pozytywne kształtowanie jego wizerunku wśród członków zawodu i w społeczeństwie.

Kolejne części Kodeksu w przygotowaniu

Nie całkiem jak tabletki

Kapsułki w recepturze aptecznej

Tabletki to najpopularniejsza forma doustna na świecie, jednakże kapsułki, czy to twarde czy miękkie, konkurują z nimi o względy pacjentów.

Kapsułki posiadają wiele zalet w stosunku do tabletek: szybko się rozpadają, co powoduje łatwe i sprawne uwolnienie substancji aktywnej, chronią ją przed dostępem tlenu, światła, posiadają przyjazny do połykania kształt, są różnokolorowe, jednocześnie świetnie maskują smak - co szczególnie jest ważne dla dzieci, świetnie nadają się do postaci szybko działających ze względu na szybki rozpad. W produkcji przemysłowej znajdziemy oba wyżej wymienione typy kapsułek. **Kapsułki żelatynowe miękkie** są przemysłowo otrzymywane na drodze wytłaczania folii żelatynowej. Rozpoczęcie produkcji odbywa się w momencie przygotowania roztworu żelatyny wieprzowej. Podstawowa formuła płynnej folii żelatynowej składa się z wody, gliceryny, która to pełni rolę plastyfikatora oraz żelatyny (może być ona pochodzenia wieprzowego typ A lub wołowego typ B), jeżeli zachodzi taka potrzeba matowi się roztwór stosując tlenek tytanu (barwa biała), stanowi on bazę dla innych barwników, np. tlenów żelaza. Możliwe jest także dodanie aromatów dla nadania smaku i zapachu. Przygotowując roztwór żelatynowy należy ogrzać wodę do około 70-80°C, tak by całość się dobrze rozpuściła. Tak przygotowany roztwór należy odgazować - pozbyć się pęcherzyków powietrza. Tak przygotowany wsad powłoczki żelatynowej gotowy jest do podłączenia do kapsułkarki. Pozostaje przygotować

roztwór, zawiesinę lub emulsję substancji aktywnej, która ma zostać zadozowana do kapsułki miękkiej. Produkcja kapsułek polega na otrzymaniu folii żelatynowej z roztworu żelatyny poprzez wylanie cienkiej warstwy masy żelatynowej na bębny chłodzące. Są one chłodzone do około 20°C w ten sposób powstaje film żelatynowy - zgodnie z prostą zasadą zol-żel pod wpływem temperatury. Następnie folia żelatynowa przechodzi przez rolki, na których jest podawany migliol, którego zadaniem jest natłuścić i nadać poślizgu folii. Następnie folia żelatynowa dostaje się na rolki, na których formowana jest w postaci kapsułek. Kapsułki formują matryce w kształcie rolek. Na każdej matrycy znajdują się otwory o kształcie połowy kapsułki. Matryce są tak ustawione i spasowane, że formy obu części kapsułek idealnie na siebie nachodzą. Kształt kapsułek zależy od formatu i może to być round (okrągłe), oval, oblong (podłużne). W momencie gdy dolna część kapsułki jest już złączona szwem, a górna pozostaje jeszcze otwarta następuje zadozowanie przez dyszę substancji aktywnych w postaci roztworu lub zawiesiny, następnie kapsułka zamyka się całkowicie. Pod wpływem sprężonego powietrza wydmuchiwane są resztki kapsułek z matryc. Pozostałością po procesie jest siatka żelatynowa (żelatyna z wykrojonymi dziurkami w kształcie kapsułek). Proces ten można obrazowo przyrównać do zauto-

matyzowanego wykrawania pierogów w cieście. Tak uzyskane kapsułki muszą przejść proces suszenia wstępnego w bębnach ok. 2 godzin oraz suszenia właściwego, który trwa około 48 godzin, podczas suszenia kapsułki wysypywane są na tacki i przetrzymywane w ściśle określonych warunkach klimatycznych. W tym czasie powłoczka schnie, kapsułka twardnieje. Proces ten ma ogromne znaczenia dla późniejszej wytrzymałości kapsułki. Ze względu na znacznie mniejszą, o około 30% grubość szwu kapsułki, ważne jest by prawidłowo spoił on obie części folii. Tak przygotowany produkt luzem nadaje się do procesu pakowania.

Konkurentem kapsułek żelatynowych miękkich jest **kapsułka twarda**. Posiada ona wszystkie zalety związane z kapsułkami a jednocześnie jest przyjaźniejsza technologicznie. Może ona być otrzymywana z żelatyny lub polimerów, takich jak: hydroksypropylceluloza lub hydroksypropylometyloceluloza lub pullulan (wielocukier składający się z wielu pierścieni glukozy produkowany przez grzyb *Aureobasidium pullulans* ze skrobi). Substancje mogące zastąpić żelatynę są szczególnie ważne, np. dla wegetarian. Kapsułki twarde produkowane są przez firmy specjalizujące się w ich wytwarzaniu metodą zanurzeniową. Przemysł farmaceutyczny kupuje gotowe kapsułki i wypełnia je zawartością - mieszaniną substancji aktywnej ►

► pomocniczymi. Wbrew powszechnej opinii kapsułki twarde mogą być wypełniane nie tylko proszkami i tabletkami, ale także roztworami i pastami, mogą one także być powlekanie podobnie jak tabletki. Postać ta składa się z body - właściwej części kapsułki, do której zadołowane zostanie wypełnienie oraz cap - zatyczka kapsułki. Obie części są do siebie spasowane i posiadają zatrzask (jeden lub dwa) uniemożliwiający samoistne otwarcie kapsułki. Kapsułki twarde są zróżnicowane pod względem wielkości. Klasyfikacja numeryczna przedstawia się następująco - 000 (największa kapsułka), 00, 0, 1, 2, 3, 4, 5 (najmniejsza kapsułka). Na rynku do nabycia są kapsułki oznaczone np.: 1el - oznacza to rozmiar kapsułki 1 pod względem średnicy. Symbol el oznacza elongated, czyli wyłożona. Takie kapsułki przydatne są, gdy nie posiadamy



Fot. fotolia.com

oprzyrządowania dla kapsułkarki do większego formatu kapsułki a musimy zadozować większą ilość wypełnienia. Produkcja polega na wprowadzeniu do body kapsułki odpowiedniej ilości wypełnienia - w przypadku dozowania proszków istotna jest sypkość proszku, zdolność do tworzenia aglomeratów jak i możliwość segregacji, nałożeniu cap i zaciśnięciu. Wszystkie te etapy odbywają się maszynowo z dużymi wydajnościami. W warunkach aptecznych także jest możliwa produkcja kapsułek twardych. Do tej pory najbardziej popularną postacią leku recepturowego doustnego są kapsułki skrobiowe (opłatki skrobiowe). Postać niewdzięczna dla aptekarza, gdyż często uszkodzona już na eta-

pie produkcji, niemożliwa do zaautomatyzowania, nie maskująca smaku leku, ponadto - narażona na straty z tytułu podjadania przez personel (autor niniejszego artykułu sam bije się w piersi). Jednocześnie dla pacjenta niewygodna do aplikacji, a już w ogóle trudno sobie wyobrazić dziecko polykające opłatek. Dlatego standardową praktyką pacjentów jest wysypywanie pieczołowicie zapakowanego przez farmaceutę proszku z opłatków. Czyż świat receptury nie byłby piękniejszy gdyby pozbyć się

przestarzałych opłatków i zaopatrzyć pacjentów w „profesjonalną” postać leku jaką jest kapsułka twarda? Otóż jest to możliwe. Obecnie wiele firm oferuje możliwość zakupu kapsułkarki ręcznej (rys. 2). Kapsułki twarde do produkcji w warunkach aptecznych są również dostępne w szerokiej gamie kolorów.

Kapsułkarka ręczna ma możliwość wykonywania do 100 kapsułek w zależności od tego ile kapsułek wprowadzimy do urządzenia, jest często wykorzystywana w laboratoriach rozwojowych przemysłu farmaceutycznego do wykonywania małych serii, celem przeprowadzenia pierwszych badań leku. Praca z kapsułkarką nie jest skomplikowa-

na. Polega na wysypaniu kapsułek, które przychodzą w opakowaniu połączone - body z cap, na urządzenie do otworków w płytce (kapsułki będą orientować się same - cap jest zawsze szerszy niż body i nie wpadnie do dziurek, bo będzie z nich wystawał. Następnie należy rozdzielić dwie płytki ręcznej kapsułkarki, co spowoduje, że na dolnej części zobaczymy body kapsułek zrównane otworkami z płytką, a górna płytka posiadać będzie „złapane” cap. Po wysypaniu proszku na płytkę z body

kapsułek i rozgarnięciu go kartą tak, by każda kapsułka została wypełniona płytkę z cap kapsułek, należy nałożyć na poprzednią i zaciśnąć. Kapsułkarka posiada ograniczniki co uniemożliwia zgniecenie kapsułek. W ten prosty i zdecydowanie szybszy sposób otrzymujemy postać leku o przyjaznym do połknięcia przez

pacjenta kształcie, kolorze jaki wybraliśmy, postać która maskuje smak i zapach wypełnienia, jednocześnie zabezpiecza zawartość przed wysypaniem, światłem i powietrzem. Pomysł na takie przygotowywanie leku recepturowego pochodzi z Europy Zachodniej i nie jest niczym nowym, obecnie w kraju obserwuje się nieśmiało pojawiające się apteki, które już oferują wykonanie leku recepturowego w tym standardzie. Miejmy nadzieję, że rozwiązanie to przyjmie się na coraz bardziej wymagającym polskim rynku aptecznym. ■

mgr farm. Tomasz Nawrocki
Starszy Technolog
GlaxoSmithKline

Specjalizacja w specjalności farmacja przemysłowa

Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów (Dz.U. Nr. 101, poz. 941, 2003 r.) wprowadziło tytuł specjalisty w specjalności. Od roku 2003 zmieniły się także zasady prowadzenia specjalizacji, a także forma egzaminów. Egzamin na poszczególnych uczelniach zastąpił jeden egzamin centralny.

Jest wiele specjalności, które mogą wybrać farmaceutyci. Najpopularniejszą z nich nadal pozostaje, co jest oczywiste z racji miejsca wykonywania zawodu zdecydowanej większości farmaceutów – farmacja apteczna. Pozostałe specjalności wybierają tylko nieliczni. Jedną z takich specjalizacji jest **specjalizacja w specjalności farmacja przemysłowa**. Dopiero w ubiegłym roku jednostce akredytowanej w Gdańsku udało się zebrać grupę 25 farmaceutów, którzy zdecydowali się na tę trudną naukę zawodu. Szacuje się, że corocznie na pracę w przemyśle farmaceutycznym decyduje się ok. 5% absolwentów wydziałów farmaceutycznych. W związku z tym wiele firm farmaceutycznych zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia (Dz.U. Nr 23, poz. 178 z 2006r.) na stanowiskach „osoby wykwalifikowanej”, czyli osoby odpowiedzialnej w ostatnim etapie produkcji, zatrudnia także osoby posiadające dyplom ukończenia studiów wyższych oraz tytuł zawodo-

wy magistra na jednym z następujących kierunków: biologia, biotechnologia, chemia, technologia chemiczna, inżynieria chemiczna i procesowa

go też istnieje nieodzowna konieczność kształcenia tych osób w zakresie wymagań Dobrej Praktyki Wytwarzania (GMP), uwzględniające w



szczególności konieczność skutecznego zarządzania jakością przez wszystkich wytwórców produktów leczniczych według jednokowych standardów przyjętych w państwach członkowskich Unii Europejskiej.

Fot. fotolia.com

wa albo posiadające ukończone studia wyższe na kierunku lekarskim lub kierunku weterynaria. Osoba wykwalifikowana, odpowiada za zapewnienie przed wprowadzeniem produktu na rynek, że każda seria produktu leczniczego została wytworzona i skontrolowana zgodnie z przepisami ustawy oraz wymaganiami zawartymi w specyfikacjach i dokumentach stanowiących podstawę dopuszczenia do obrotu tego produktu. Jak widać z powyższej definicji osoba wykwalifikowana bierze na siebie ogromną odpowiedzialność wobec produktu leczniczego, dlate-

ny zagadnieniem przemawiającym za potrzebą specjalizacji w ramach przemysłu farmaceutycznego jest do kształcenie pracowników pionu administracyjnego, którzy na co dzień mają kontakt zarówno z zagadnieniem kontroli jakości, jak też produkcji farmaceutycznej t.j. Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego oraz Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Osoby te podnosząc kwalifikacje zawodowe mogą pogłębić swoją wiedzę w zakresie m.in. Dobrej Praktyki Wytwarzania.

Również bardzo istotnym zagadnieniem przemawiającym za potrzebą specjalizacji w ramach przemysłu farmaceutycznego jest do kształcenie pracowników pionu administracyjnego, którzy na co dzień mają kontakt zarówno z zagadnieniem kontroli jakości, jak też produkcji farmaceutycznej t.j. Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego oraz Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Osoby te podnosząc kwalifikacje zawodowe mogą pogłębić swoją wiedzę w zakresie m.in. Dobrej Praktyki Wytwarzania.

► Standardy GMP, początkowo opracowane dla potrzeb produkcji farmaceutyków, aktualnie są inkorporowane także przez firmy kosmetyczne oraz firmy zajmujące się produkcją suplementów odżywczych. Wprowadzenie tych standardów daje konsumentowi poczucie bezpieczeństwa stosowanych produktów. Szkolenie w ramach specjalizacji z zakresu farmacji przemysłowej może więc być wykorzystywane nie tylko w kanonach farmaceutycznych, ale także innych dziedzinach produkcyjnych.

W czasach ciągłego podnoszenia standardów produkcji leków mających niewątpliwą wpływ na bezpieczeństwo – programowe szkolenie winno być wręcz obowiązkiem osoby wykwalifikowanej i innych osób mających kontakt z wytwarzaniem i kontrolą leków, dla zapewnienia bezpieczeństwa produktów mających zastosowanie w farmakoterapii, a także osób związanych z wytwarzaniem kosmetyków oraz suplementów żywności.

Widząc potrzeby rynku farmaceutycznego, również uczelnie starają się wprowadzać elementy farmacji przemysłowej do programu kształcenia studentów. Rynek apteczny pod względem pracy zaczyna się zapelniać, dlatego też kierunek studiów poszerzający wiedzę absolwentów jest wysoce pożądany, zaś kontynuacja w formie specjalizacji w specjalności farmacja przemysłowa z pewnością przygotowuje w pełni odpowiedzialne osoby do pracy w przemyśle farmaceutycznym. ■

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

Opieka farmaceutyczna w opinii farmaceutów angielskich

Farmaceuci angielscy podkreślają, że większość swojego czasu pracy spędzają na udzielaniu porad w sprawie stosowania leków.

W ciągu ostatnich kilku lat określenie „opieka farmaceutyczna” i wszystko, czego i kogo ona dotyczy stało się bardzo modne we wszystkich społecznościach Unii Europejskiej. W zależności od zaawansowania procesu wdrażania opieki farmaceutycznej w poszczególnych krajach UE jej rozumienie i znaczenie nie tylko dla pacjentów, ale także dla środowiska farmaceutów jest bardzo zróżnicowane.

Polska jest krajem, który jako jeden z ostatnich w Unii Europejskiej przystępuje do realizacji - niewątpliwie pod wieloma względami trudnych - założeń opieki farmaceutycznej. Dlatego też uważam, że podejmowane na różnych szczeblach ważne decyzje prawne, czy finansowe należy wesprzeć doświadczeniami krajów, w których wdrażanie opieki farmaceutycznej rozpoczęło się wcześniej, niż u nas. Opinie osób bezpośrednio zaangażowanych w realizację teoretycznych założeń, a więc pacjentów, lekarzy, farmaceutów stanowią przecież swoiste wytyczne w określaniu celowości, przydatności i wieloaspektowo pojętej opłacalności podejmowanych działań.

Od szeregu lat mam okazję obserwować codzienność angielską, najpierw jako realizator a obecnie - jako koordynator przedsięwzięć edukacyjnych mających na celu

wspieranie bardzo ważnego procesu Life-Long Learning, czyli uczenia się przez całe życie. Jest rzeczą oczywistą, że w tego rodzaju pracy, podczas krótko i długoterminowych projektów realizowanych z udziałem sporej grupy osób, w różnym wieku, nie obyło się bez konieczności kontaktu z angielską służbą zdrowia, w tym z angielskimi aptekami i ich pracownikami. Ponadto wśród uczestników nadzorowanych przeze mnie projektów było sporo młodych osób zainteresowanych funkcjonowaniem aptek i pracy farmaceutów angielskich. Dzięki nim i wspólnie nawiązanym kontaktom miałam okazję poznać bliżej praktyczną realizację obowiązującej w Anglii od 2005 roku nowej umowy aptecznej.

Aktualna umowa apteczna kładzie zdecydowanie większy nacisk na nagradzanie farmaceutów za świadczenie usług w obszarze pierwszej potrzeby, zamiast za realizowanie recept. Aby kwalifikować się do otrzymania części środków z puli 1,94 biliona funtów, gwarantowanej przez państwo, farmaceuci świadczą określone umową wysokiej jakości, wydajne kosztowo usługi farmaceutyczne dla pacjentów.

Zmiana prawnych i finansowych zasad funkcjonowania sprawiła, że apteki brytyjskie stały się bardzo ważnym ogniwem w procesie lecze-

nia i samolecznia szczególnie w przypadkach drobnych, jak i długotrwałych dolegliwości. Do zadań farmaceutów włączono działania zmierzające do podniesienia świadomości pacjentów w zakresie możliwości utrzymania lub poprawy stanu swojego zdrowia, nie tylko w aspekcie jednostkowym, ale także społecznym.

Przejęcie zadań wykonywanych do 2005 roku wyłącznie przez placówki służby zdrowia (przychodnie, szpitale, ambulatoria itp.) wzmocniło niewątpliwie pozycję brytyjskich aptekarzy w realizacji polityki zdrowotnej państwa i regionu. Nowe zadania spowodowały także dodatkowe obowiązki, m.in. konieczność takiego obudowania usług objętych opieką farmaceutyczną, aby można było włączyć w nie jak największą liczbę pacjentów, a jakość usług nie budziła zastrzeżeń. O dochodach apteki decyduje bowiem ilość i jakość usług świadczonych przez personel apteczny.

Czy farmaceuci angielscy nie żałują zmian? Czy nowe wyzwania wiążące się ze zmianą filozofii wykonywania zawodu aptekarza i przejściem od zadań sprzedawcy leków do profesjonalisty z zakresu opieki nad pacjentem w aspekcie właściwego zarządzania lekiem i promowania zdrowego stylu życia przysporzyły więcej trosk, czy radości?

Odpowiedzi na te pytania szukałam zarówno w rozmowach indywidualnych z farmaceutami angielski-

mi i ich pacjentami, jak i w wynikach specjalnie do tego celu przygotowanej ankiety.

Jako powód swojego zadowolenia z wybranego zawodu farmaceuci angielscy wymieniają przede wszystkim możliwość bezpośredniego kontaktu z drugim człowiekiem i wpływania na stan jego zdrowia. Podkreślają, że większość swojego czasu pracy spędzają na udzielaniu

oparciu o sprawowaną przez niego opiekę farmaceutyczną nad pacjentem powinna była rozpocząć się dawno temu.

Jeden z moich respondentów, ponad 60-letni właściciel niedużej apteki w okolicach Coventry mówi: „Jestem zadowolony ze swojego zawodu, jak nigdy dotąd. W końcu otrzymuję zapłatę za wykonywanie czynności, które robiłem przez 40 lat za darmo”.

Wśród minusów aktualnej sytuacji zawodowej farmaceuci angielscy wymieniają konieczność dokładnego, bardzo czasochłonnego dokumentowania swojej pracy i zdarzające się niespodziewane, urzędowe przerywanie finansowania poszczególnych usług. Uważają także, że na ogólnie przychylny



Fot. dreamstime.com

porad w sprawie stosowania leków. Mają szansę wykorzystać swoją wiedzę merytoryczną i doświadczenie w programach promujących zdrowie, leczeniu drobnych dolegliwości, prowadzeniu osób z chorobami przewlekłymi.

Ogromną satysfakcję przynoszą im kontakty indywidualne i grupowe ze środowiskiem lokalnym swojej apteki. Czują, że dzięki możliwości szerszego wykorzystania swojej wiedzy i umiejętności są postrzegani w środowisku nie tylko jako osoby kompetentne, ale także życzliwe i gotowe do pomocy, a ich społeczny prestiż stale rośnie. Uważają, że realizacja powołania farmaceuty w

ny stosunek środowisk lokalnych do realizowanej przez apteki opieki farmaceutycznej bardzo negatywny wpływ mają działania farmaceutów manifestujących niechęć do zmian i komentujących swoje zawodowe sprawy w obecności pacjentów.

Konieczność ścisłej współpracy pracowników apteki ze środowiskiem lokalnym wynika nie tylko z chęci pozyskania klientów, ale jest także jednym ze sposobów zdobywania dodatkowych funduszy na realizację poszczególnych usług. Są one bowiem finansowane nie tylko przez National Health Service w ramach określonych umową apteczną, ale także przez fundusze lokalnych in- ▶

► stytucji nie związanych z NHS, zlecenia od lekarzy rodzinnych i pieniądze pochodzące z indywidualnych budżetów zdrowotnych pacjentów.

Analizując zmiany zaistniałe w opiece farmaceutycznej w ciągu ostatnich kilku lat, farmaceuci angielscy zwracają uwagę na usługi, które mogą być wykonywane dzięki powstałym pokojom konsultacyjnym. Należą do nich przede wszystkim konsultacje i porady w zakresie promowania zdrowego stylu życia (np. walka z nałogami, otyłością itp.) oraz akcje profilaktyczne np. AIDS, czy choroby nowotworowe. Bez pokoi konsultacyjnych nie byłaby też możliwa realizacja jednej z najbardziej popularnych usług wykonywanych w angielskich aptekach, jaką jest przegląd stosowanych leków. Usługa dotyczy pacjentów przewlekle chorych. Przeglądu dokonuje się zwykle raz na 12 miesięcy i dokładnie dokumentuje w aktach pacjenta. Jego streszczenie oraz stosowne zalecenia zostają przesłane lekarzowi ogólnemu, u którego pacjent się leczy. Farmaceuci otrzymują 28 funtów za jeden przegląd. Mogą przeprowadzić do 400 przeglądów w ciągu roku, na łączną kwotę 10 800 funtów.

Możliwość wypisywania przez farmaceutę recepty na lek w przypadku leków stosowanych długotrwale, bądź też niezależne wypisanie recepty przez aptekarza posiadającego uprawnienia w tym zakresie, nie tylko wzmocniły znaczenie porady farmaceutycznej i przyczyniły się do wzrostu zadowolenia pacjentów, ale także w widoczny sposób odciążyły lekarzy rodzinnych. Zapewnienie pacjentowi regularnie przyjmowanych leków bezpośrednio z apteki przez okres uzgodnio-

ny z lekarzem przepisującym, bez konieczności wizyty u lekarza, spowodowało także pozytywne zmiany ekonomiczne związane zarówno z minimalizowaniem stopnia marnowania się leków, jak i zmniejszeniem obciążenia gabinetów lekarskich.

Dzięki zmianom wprowadzonym poprzez obowiązującą umowę apteczną dochód apteki przestał zależeć od zniżek cen w okolicznych supermarketach, bo farmaceuci skupili się na realizacji usług farmaceutycznych skierowanych do pacjenta, nie zawsze wiążących się z koniecznością sprzedaży leku.

Zmiana stosunku władz państwowych do sposobu wykonywania zawodu farmaceuty zbliżyła apteki do pacjentów, podniosła społeczny prestiż zawodu i uczyniła aptekę integralną częścią systemu opieki zdrowotnej.

Farmaceuci brytyjscy podkreślają, że w ciągu ostatnich lat ich kontakty z lekarzami rodzinnymi uległy znacznej poprawie. Uważają jednak, że w tej sprawie dużo jest jeszcze do zrobienia, aby wyniki tej współpracy mogły przekładać się na coraz bardziej skuteczne efekty w zakresie opieki zdrowotnej nad pacjentem. Ważnym aspektem tego procesu jest nieustanne doskonalenie kompetencji aptekarzy, nie tylko w zakresie farmakologii, ale także umiejętności skutecznego komunikowania się, współpracy w zespole, czy pracy z tzw. trudnym pacjentem. Farmaceuta sprawujący opiekę farmaceutyczną nie może bowiem należeć do grupy osób trudno wchodzących w interakcje międzyludzkie. Dotyczy to nie tylko kontaktów farmaceuta - pacjent, ale także współpracy z innymi profesjonalistami z zakresu opieki

zdrowotnej. Umiejętność podejmowania rzeczowych działań zdrowotnych musi być obudowana rozważną empatią, uczciwością i dyskrecją w stosunku do przedstawianych przez pacjenta problemów. Tylko takie bowiem kompetencje osobowościowe gwarantują skuteczną współpracę w trosce o zdrowie pacjenta, opartą na zaufaniu i poczuciu bezpieczeństwa.

W opinii angielskich farmaceutów skuteczność powierzonych im zadań w dużym stopniu zależy od osobistego zaangażowania w wykonywane działania. Entuzjaści opieki farmaceutycznej łatwiej pozyskują pacjentów i nawiązują efektywną współpracę. Swoim zaangażowaniem przekazują bowiem pacjentom i współpracownikom informację, że są przekonani o celowości i skuteczności wykonywanych usług. Umożliwiają ludziom dostęp do wyspecjalizowanego pracownika służby zdrowia, bez potrzeby umawiania się na wizytę. Pacjent może po prostu wejść do apteki z ulicy i zwrócić się o pomoc. Apteka jest bowiem częścią zespołu podstawowej opieki zdrowotnej, a farmaceuci współpracując z przedstawicielami innych zawodów mają istotny wpływ na zdrowie publiczne. ■

Renata Kukla

Wykładowca w programie Pharmassist



Świadome dostrzeganie zapachów

„Aby dostrzec sposoby oddziaływania aromaterapii, wystarczy rozejrzeć się wokół – a raczej powąchać. Przyjrzyjmy się sobie i zwróćmy uwagę na reakcje, jakie wywołują u nas poszczególne zapachy. Tak w bardzo prosty sposób poznamy ich działanie.” W ten sposób autorka książki „Aromaterapia. Leksykon roślin leczniczych.” wprowadza i zachęca czytelników do zapoznania się z leczniczym działaniem natury.

Zaletą książki jest przystępny język i wydobycie najistotniejszych z punktu widzenia praktycznego informacji. Specjalistyczna wiedza farmakognostyczna została ograniczona do minimum, Czytelnik znajdzie pomimo to charakterystykę składu chemicznego, opis i pochodzenie rośliny. Autorka w najszerszym stopniu opisuje obszar stosowania, działanie i zastosowanie surowca. Opisom roślin towarzyszą zdjęcia, co znakomicie uatrakcyjnią lekturę, szczególnie w przypadku roślin egzotycznych. A trzeba przyznać, że obok dobrze znanych olejkodajnych roślin leczniczych tj. rumianek, róża, czy lawenda publikacja prezentuje szereg surowców, które dla wielu farmaceutów mogą stanowić pewne novum. Do takich mało znanych - a jak się okazuje cenniejszych roślin - zalicza się na przykład bób tonka, dagleżja, Litsea cubeba, nard czy tolu. Jednocześnie autorka zaprezentowała wiele zapachów ogólnie dobrze znanych, ale mało u nas popularnych. Być może przyczyną jest niewielka wiedza o ich właściwościach, ale wówczas tym

bardziej warto poczytać o zaletach takich fenomenalnych aromatów jak ylang-ylang, czy kwiat gorzkiej pomarańczy.

Przed przystąpieniem do lektury polecam wstęp do wydania polskiego przygotowany przez dr Iwonę Konopacką-Brud, Prezesa Pol-



skiego Towarzystwa Aromaterapeutycznego. Rozwiewa on pewne wątpliwości i prostuje nieścisłości, jakie pojawiły się w publikacji. W szczególności zwraca uwagę na zakaz stosowania nierozcieńczonych olejków na skórę oraz zaleca niezwykle ostrożne podejście co do stosowania olejków eterycznych w pielęgnacji niemowląt i kobiet w ciąży. Uchybie-

nia te - jak zauważa recenzentka - nie zważają jednak na ogólnej wartości książki jako pożytecznego źródła informacji na temat olejków eterycznych.

W książce zostały omówione takie zagadnienia jak jakość olejków, pozyskiwanie, przechowywanie i trwałość, sposoby aplikacji i działania uboczne. Jeszcze raz warto w tym miejscu przypomnieć, że pomimo naturalnego pochodzenia i stosunkowo rzadkiego powodowania komplikacji olejki nie są pozbawione efektów niepożądanych. Przeciwwskazaniem do stosowania pewnych olejków może być epilepsja, nadciśnienie (także podwyższone ciśnienie śródgałkowe) lub niedociśnienie, niektóre nowotwory i nadwrażliwość na światło. Ponadto zasady leczenia homeopatycznego wykluczają stosowanie niektórych olejków. Autorka przy wielu pozycjach umieściła pożyteczny akapit „Uwaga” zawierający między innymi właśnie ostrzeżenia i inne porady dotyczące bezpiecznego stosowania olejków eterycznych.

Co powinno zaciekawiać farmaceutów - autorka publikacji, Marion Romer - to nie tylko doświadczona aromaterapeutka, ale również aptekarka. ■

mgr farm. Olga Sierpniowska

Marion Romer
 „Aromaterapia. Leksykon roślin leczniczych.”
 Redakcja wydania I polskiego - Władysław S. Brud
 MedPharm Polska

Pięknie wyglądały niegdyś apteki

Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej istnieje w Warszawie od 1985 roku. Pomysł jego powstania zrodził się wiele lat wcześniej, lecz realizacji doczekał się dopiero pod koniec ubiegłego stulecia. Pierwszą siedzibą Muzeum były pomieszczenia dawnej apteki przy ulicy Marszałkowskiej 72. Miejsce szczególne, bezpośrednio związane z patronką Muzeum. Właśnie w tej kamienicy od 1933 roku prowadziła aptekę Antonina Leśniewska. Ciekawe wnętrza były jednak zupełnie niedostosowane do muzealnych potrzeb. W tym okresie Muzeum należało do CEFARMu. Jego pierwszym kustoszem został dr Teodor Kikta. Pod tym adresem istniało do 1996 roku. Kolejnych 10 lat Muzeum mieściło się w budynku należącym do CEFARMu przy ulicy Skierniewickiej 16/20. W roku 2002 Muzeum Farmacji zostało Oddziałem Muzeum Historycznego m. st. Warszawy. Od roku 2006 swoją siedzibę ma na Starym Mieście przy ulicy Piwnej 31/33.

Oglądając muzealne zbiory przenosimy się w świat dawnej farmacji. W pierwszej sali na chwilę znajdujemy się w przedwojennej aptece, tak zupełnie odmiennej od współczesnej. Oryginalne wyposażenie pochodzi z apteki prowizora Marcina Olechowskiego z lat 30 tych XX wieku z Wołomina. Jest to izba spedycyjna oraz laboratorium apteczne. W drugiej sali, w gablotach znajdują się eksponaty związane z historią aptekarzy warszawskich. Trzecia sala to stała wystawa poświęcona historii wędrownych apte-

karzach japońskich, która powstała dzięki współpracy Muzeum z Konan Women's University w Kobe.



Szyld Muzeum Farmacji w Warszawie

Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej gromadzi w swoich zbiorach przede wszystkim pamiątki związane z aptekami warszawskimi. Są wśród nich dary i z a k u p y głównie od osób prywatnych. Stanowią one w większości pamiątki rodzinne przechodzące w ręce kolejnych pokoleń. Wiele osób z różnych powodów sprzedaje lub przynosi w darze do Muzeum bardzo ciekawe przedmioty chroniąc w ten sposób pamięć dla potomnych. Muzeum gro-

madzi pamiątki związane z historią aptekarstwa, farmacji oraz medycyny, przedmioty będące dawnym wyposażeniem aptek, laboratoriów oraz gabinetów lekarskich. Muzealne zbiory ciągle powiększają się.

W ostatnich latach Muzeum wzbogaciło się o wiele bardzo ciekawych eksponatów. Na dwa z nich chciałabym zwrócić szczególną uwagę. Są to apteczka podróżna oraz fajansowe naczynie apteczne.

Angielska apteczka podróżna z drugiej połowy XIX wieku, w kształcie niedużej, skórzanej walizeczki jest jednym z najciekawszych nabytków zakupionym w 2008 roku do zbiorów Muzeum. Historia domowych apteczek jest mało znana. Ich rozkwit nastąpił w drugiej połowie XVIII wieku, a w XIX wieku były już częścią rozwijającego się przemysłu farmaceutycznego. Ludzie zaczęli rozumieć jak istotne jest posiadanie leków w domu. W razie choroby naj-



Angielska apteczka podróżna

częściej musieli radzić sobie sami, ponieważ medyków było niewielu. Potrzebowali również leków na wszelki wypadek podczas podróży. Apteczki domowe stanowiły również bardzo interesujący element dawnego wyposażenia domu i często były ozdobą niejednego salonu.



Pierwsza Sala ekspozycyjna

Z biegiem lat gotowe apteczki rozprowadzane przez wyspecjalizowane firmy stały się bardzo popularne i modne. Zaczęto wydawać katalogi reklamujące ich nowe typy oraz modele. Stworzono także listę leków standardowych, które apteczka musiała zawierać. Oprócz leków, od początku XVIII wieku, w apteczce umieszczano także przyrządy do dozowania lekarstw takie jak łyżeczka, szpatułka, zakraplacz do leków płynnych oraz waga z odważnikami.

W angielskiej apteczce podróżnej znajdującej się w zbiorach warszawskiego Muzeum, w specjalnych przegródkach umieszczone zostały graniaste, szklane buteleczki zamknięte szklanymi korkami. Niektóre mają dodatkowo kapturki z irchy przewiązane sznureczkiem. Każda z butelek posiada etykietkę, a na niej odręczną sygnaturę. W kilku zachowała się do dziś zawartość. W walizeczce znajduje się również mała waga palcówka oraz odważniki umieszczone w specjalnym zamykanym schowku. Na wewnętrznej stronie pokrywki jest zabezpieczona haczykami kieszeń do przechowywania recept. Cała walizeczka jest zamknięta na dwa metalowe zameczki, a z boku ma wygodny uchwyt.

na etykietkach. Leki zaś przygotował aptekarz Joshua Edwarda Liddell, który żył w latach 1824 - 1899.

W drugiej sali Muzeum znajduje się również inny bardzo ciekawy eksponat zakupiony do Muzeum w 2008 roku. Jest to XIX wieczne naczynie fajansowe. Fajans jest jednym z rodzajów naczyń ceramicznych wykonywanych z naturalnych glin oraz ich mieszanin z dodatkami mineralnymi, poddawanych wypalaniu. Rodzaj ceramiki zależał od składu masy i temperatury wypalania. Oprócz naczyń fajansowych produkowano pojemniki porcelanowe i kamionkowe. Naczynia fajansowe jako jedyne miały czerep porowaty. Do przechowywania leków i ich składników fajans zaczęto wykorzystywać już pod koniec XV wieku. Trzeba było wielu lat doświadczeń by opracować dobre masy ceramiczne i piec. Jednym z problemów stanowiło osiągnięcie nieprześlakliwości naczyń. W tym celu modyfikowano skład mas i stosowano szkliwa nieprzepuszczalne jako impregnat dla czerepu. To właśnie rodzaj szkliwa decydował o rodzaju fajansu. Malowane naczynia apteczne pokrywano szkliwem białym nieprzezroczystym, cynowym lub ołowiowo -

apteczka podróżna znajdująca się w Muzeum Farmacji została wykonana dla wojskowego stowarzyszenia The Army & Navy Co-Operative Society, o czym informują napisy

nowym. Często stosowano dodatkowo gęstą białą farbę. Stanowiło ono tło dla dekoracji malowanej. Każdy z używanych barwników wymagał innej temperatury i sposobu wypalania.

Fajansowe naczynie znajdujące się w zbiorach Muzeum jest dość duże (wysokość 39 cm). Zostało wykonane z białego fajansu i ozdobione dekoracją kobaltową. Na niskiej, prostej podstawie umieszczony jest duży, balasowaty korpus z prostą szyjką, z boku znajduje się duże ucho, a po przeciwnej stronie okrągły dzióbek. Pod nim została namalowana na granatowo dekoracja w kształcie przypominającym herb. Po jego dwóch stronach umieszczono anioły trzymające ko-



Naczynie fajansowe

ronę, pod którą na owalnej tarczy napis określający zawartość w języku niemieckim: Sirup Althe Fernet (syrup prawoślazowy). Kształt naczynia przypomina formę popularne w XVII wieku boccale. Jednak wygląd fajansu wskazuje, że pochodzi ono prawdopodobnie z XIX wieku. W tym czasie panowała moda na naśladownictwo. Przedmiotów autentycznych było niewiele, a kolekcjonowanie i posiadanie starych rzeczy było ▶

► w modzie i dodawało ludziom prestiżu. Zamawiano więc naczynia podobne kształtem i dekoracją do dawnych modeli. Forma i dekoracja tego naczynia były częściowo wzorowane na wcześniejszych pochodzących z Włoch. Napis sugeruje jednak, że zostało wykonane na zamówienie odbiorcy niemieckiego. Jest to dość nietypowe, bo napisy apteczne były najczęściej pisane po łacinie.

Oglądając ekspozycje Muzeum Farmacji im. mgr Antoniny Leśniewskiej w Warszawie można wyobrazić sobie, jak pięknie wyglądały niegdyś apteki. Naczynia wykonane na zamówienie stanowiły swego rodzaju kolekcje, mówiły o guście właściciela i związane były tylko z jednym wnętrzem apteki. Oglądając je możemy uświadomić sobie jak długa jest historia aptekarstwa oraz farmacji i jak wiele się zmieniło. Elegancja i prostota dawnych form budzi w nas wiele refleksji, uświadamia jak bardzo nasze apteki różnią się od tych sprzed kilkuset lat. ■

mgr Zuzanna Marcińska

Muzeum Farmacji
im. mgr Antoniny Leśniewskiej
Odział Muzeum Historycznego m.
st. Warszawy

Fot. z Archiwum Muzeum

Antonina Leśniewska (ur. 1866 w Warszawie, zm. 12 marca 1937 w Warszawie) – polska farmaceutka, działaczka społeczna i oświatowa, właścicielka pierwszej żeńskiej apteki w Petersburgu. W 1897 r., mając za sobą 5-letni staż pracy, razem z Rosjanką Zinaidą Akker, złożyła egzamin na prowizora w Wojskowej Akademii Medycznej. W 1901 r., jako pierwsza kobieta w Rosji, uzyskała stopień magistra farmacji.

Źródło: www.wikipedia.pl

Aptekarz-burmistrz, aptekarz-prezes, apte- karz-konspirator.

Część trzecia – Aptekarz-konspirator

W okresie okupacji niemieckiej małopolscy farmaceuci powszechnie zaangażowali się w działalność konspiracyjną, zapisując piękną kartę zarówno w historii polskiego ruchu oporu, jak i polskiej farmacji. W niniejszym artykule wspomnianych zostanie zaledwie kilku z nich.



Ilustracja 1

Magister Klementyna Zubrzycka-Bączkowska w czasie pracy na recepcurze limanowskiej apteki. Okres okupacji.

Zdjęcie ze zbiorów Krystyny Bączkowskiej-Cynke.

Córka wspomnianego już wcześniej magistra Waleriana Zubrzyckiego - magister **Klementyna Zubrzycka-Bączkowska** (1887-1960) wraz z dwoma córkami - Janiną i Krystyną (w przyszłości absolwentkami studiów farmaceutycznych), odgrywały bardzo ważną rolę w ruchu oporu w okolicach Limanowej. Magister Janina Bączkowska, na temat okresu okupacji, na-

piślała bardzo ciekawy esej wspomnieniowy pod tytułem „Stały dyżur”, który ukazał się w pomnikowej książce „Wspomnienia farmaceutów z lat 1939-45”. Tytuł nadany wspomnieniom jest bardzo trafny, gdyż apteka, przez całą okupację, niezależnie od sytuacji, pełniła stały dyżur. Już w pierwszych dniach września 1939 była jedyną placówką służby zdrowia w Limanowej, gdyż wszy-

scy lekarze opuścili miasteczko. Pomimo zmęczenia pracowano 24 godziny na dobę! Wszelkimi dostępnymi lekami i surowcami farmaceutycznymi pomagano uciekinierom oraz tym mieszkańcom Limanowej, którzy ulegli epidemii czerwonki. Prowadzono ponadto oświatę sanitarną i *uświadamiano chorych o podstawowych zasadach higieny*. Wkrótce, po wprowadzeniu hitlerowskiego terroru, pracowniczki limanowskiej apteki włączyły się w działalność ruchu oporu. Janina Bączkowska wspomina, że na prośbę dowódców oddziałów partyzanckich do okolicznych lasów dostarczała wraz z siostrą i matką *całe skrzynie leków, (...) żywności, środków opatrunkowych, znieczulających i surowic*. Działalność ta nie została wykryta przez Niemców, a z czasem nasiliła się: *Łącznicy przynoszą do apteki zaszyfrowane recepty, a narkotyki i eter wydawane są na recepty lekarzy partyzantów lub lekarzy weterynarii. (...) Po odbiór leków zgłaszają się członkowie organizacji podziemnych w przebraniu góralskim*. Działalność konspiracyjna magister Zubrzyckiej-Bączkowskiej nie kończyła się tylko na dostarczaniu partyzantom leków: *Sprawy młodzieży i jej przyszłości też nie są obce naszej matce. W mieszkaniu przyległym do apteki odbywają się wykłady i egzaminy z zakresu średniej szkoły, prowadzone przez profesorów uniwersyteckich i gimnazjalnych. Przejście przez aptekę nie zwracało uwagi władz okupacyjnych na często odwiedzających nasze mieszkanie młodzież i profesorów*.

Szereg cennych informacji do dała do powyższych wspomnień siostra autorki, pani magister farmacji Krystyna Bączkowska-Cynke. Pracownice apteki całymi nocami, z czy-

stego, białego papieru kleiły torebki na leki dla partyzantów. O wydaniu leków dla celów konspiracyjnych w opakowaniu firmowym nie mogło przecież być mowy! Poza lekami w limanowskiej aptece produkowano także i trucizny dla żołnierzy Armii Krajowej, które mogli zażyć w razie schwytania przez Niemców i wobec groźby tortur. Morfinę, całkowicie niedostępną w legalnej sprzedaży, kupowano u handlarzy w Krakowie. Do limanowskiej apteki kierowane były przydziały cukru do produkcji *Sirupus Simplex*. Wobec częstych braków w sklepach cukru spożywczego, apteczny cukier przekazywano najbardziej potrzebującym.



Ilustracja 2

Tadeusz Skowroński junior
na zdjęciu z lat czterdziestych.
Zdjęcie ze zbiorów
Andrzeja Skowrońskiego.

Syn przedstawionego już w niniejszym opracowaniu aptekarza myślenickiego, magistra Tadeusza Skowrońskiego - **Tadeusz Skowroński junior** (1912-1991), będąc zarządcą apteki w Myślenicach, od listopada 1942 roku, na prośbę Komendy Obwodu Armii Krajowej rozpoczął współpracę z Konspiracyjną

Służbą Zdrowia Obwodu A.K. „Murawa”. Współpraca polegała na dostarczaniu przez magistra Skowrońskiego leków i materiałów opatrunkowych w okresie od grudnia 1942 do końca grudnia 1944. Spośród kilku unikalnych oświadczeń, spisanych na początku lat siedemdziesiątych przez innych uczestników ruchu oporu, zacytować warto wspomnienia dowódcy Okręgu A.K. w Myślenicach, Kazimierza Sobolewskiego: *Oświadczam niniejszym, że z mgr Tadeuszem Skowrońskim zam. Myślenice Rynek 9 ur. 7.2.1912 r. utrzymywałem w okresie okupacji sporadyczny kontakt (słuchanie radia, kolportaż podziemnej prasy) już od roku 1941. Około listopada 1942 r. mgr Skowroński został wciągnięty przeze mnie, oraz przez moją żonę Marię ps. „Basia” członkinią Wojskowej Służby Kobiet przy K-dzie A.K. Obw. „Murawa” (Myślenice) do czynnej współpracy, w formie zdobywania i dostarczania dla potrzeb organizacji lekarstw i innych środków aptecznych. Kierownik apteki w Myślenicach miał po temu pewne możliwości. Podziemna organizacja Służby Zdrowia przestrzegała zasad ścisłej konspiracji: w latach 1942 i 43 „Basia” była jedyną łączniczką, która dostarczała mgr Skowrońskiemu zamówienia z K-dy Obwodu, jako też odbierała odeń przywieziony z krakowskich hurtowni materiał. Owego materiału były o ile wiem znaczne ilości. Zaspokajał doraźne potrzeby jednostek terenowych na obszarze powiatu, nadwyżki magazynowano na później. W r. 1944 w związku z przekształceniem się niektórych oddziałów terenowych w jednostki partyzanckie i nasileniem akcji przeciw Niemcom, zapotrzebowanie na leki, a zwłaszcza środki opatrunkowe gwałtownie wzro- ▶*

► sło. „Spalona” „Basia” przestała być łączniczką; dowódcy poszczególnych jednostek kontaktowali się teraz już wprost z mgr Skowrońskim za pośrednictwem wspólnych znajomych. Apteka dostarczała również potrzebnych medykamentów szpitalowi partyzanckiemu w Glichowcie w lecie 1944 r., jak również lekarzowi oddziałów leśnych przebywającemu w rej. Buliny, drowi Stanisławowi Boryczce. Spoza powiatu korzystał z pomocy myślenickiej apteki krakowski „Żelbet”. Mgr Skowroński wydawał leki bezpłatnie, a należność za nie pokrywał z własnej kieszeni z wynagrodzenia kierownika apteki. Czynne współdziałanie mgr Skowrońskiego z Organizacją trwało niemal do ostatnich dni 1944 r., kiedy to w związku z bliskim wyzwoleniem większość oddziałów partyzanckich uległa rozwiązaniu.



Ilustracja 3

Magister Jan Rudy.

Zdjęcie ze zbiorów Jacka Rudego.

Magister **Jan Rudy** (1899-1980), był długoletnim właścicielem apteki „Pod Aniołem” w Muszynie, a w czasie okupacji dzierżawcą apteki w Sędziszowie Małopolskim. W aptecce tej umieszczona została

skrzynka kontaktowa dla dowództwa i żołnierzy Armii Krajowej. Magister Rudy dostarczał partyzantom leków i materiałów opatrunkowych. Do apteki Jana Rudego trafiały także meldunki oraz odłamki pocisków V1 i V2, których testy przeprowadzali Niemcy na poligonie w pobliskiej Bliznej, w lasach pomiędzy Kolbuszową, a Sędziszowem. Następnie, zarówno meldunki jak i odłamki pocisków, były przekazywane konspiracyjnymi drogami, aż do Londynu. Około 1943 roku konspiracyjna działalność Jana Rudego została wykryta przez Niemców. Aptekarza aresztowano i uwięziono. Jednej z pracownic apteki, także zaangażowanej w pomoc dla A.K., udało się wymknąć Niemcom. Została jednak osaczona w Dębicy i tam rozstrzelana. Natomiast Jan Rudy, jako jeńiec, często był wożony do pracy przy budowie drogi. W czasie jednego z takich wyjazdów udało mu się ukryć w ziemnym zagłębieniu. Po brawurowej ucieczce, aż do wyzwolenia, ukrywał się w lasach w okolicy Szaflar na Podhalu.



Ilustracja 4

Doktor Anna Pilecka, pierwsza osoba wypromowana na doktora farmacji na krakowskim Oddziale Farmaceutycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego. Zdjęcie z lat trzydziestych XX wieku.

pochodzące z artykułu zamieszczonego w „Wiadomościach Farmaceutycznych” (1939, nr 28, s. 423).

Synowa oraz syn Heleny Brzękowskiej, właścicielki apteki „Pod Opatrznością” w Szczawnicy - doktor **Anna Pilecka** (1915-1987) i magister Adam Pilecki (1913-1956), już od pierwszych dni okupacji utrzymywali intensywne kontakty z organizacjami niepodległościowymi. Z apteki „Pod Opatrznością” pochodziły leki, w które zaopatrywani byli partyzanci Armii Krajowej, stacjonujący w Gorcach (oddział „Wilk”). Zastrzyków i leków z apteki w Szczawnicy używano w czasie operacji prowadzonych przez sanitariuszy i lekarzy A.K. m.in. po potyczce partyzantów z grupą pościgową gestapo z Nowego Targu i Zakopanego na Przysłopiu w dniu 21 stycznia 1944. Zginęło wówczas pięciu żołnierzy A.K., ciężko ranny został zaś dowódca oddziału plutonowy Kazimierz Pakuła (ps. „Wilczek”), którego operował lekarz ściśle związany z Armią Krajową - doktor Artur Werner (ps. „Strzelba”). To właśnie doktor Werner, w czasie wizytacji oddziałów A.K. walczących w lasach gorczańskich i Beskidu Wyspowego, uzupełniał ich apteczki polowe lekami otrzymanymi od magistra Pileckiego. Działalność Adama Pileckiego nie została wykryta przez hitlerowców, przez pewien okres czasu był on jednak więziony jako zakładnik w okrytej ponurą sławą siedzibie gestapo w Zakopanem w willi „Palace”. Cichą bohaterką konspiracyjnej karty w dziejach apteki „Pod Opatrznością” była pomoc apteczna, pani Władysława Ruchała ze Szczawnicy. W organizacji konspiracyjnej wypełniała ona najtrudniejsze, najbardziej niebezpieczne i odpowiedzialne zadanie - dostarczała w umówione z partyzantami miej-

sca leki i materiały opatrunkowe. Pani Ruchała wspomina, że leki nosiła w płachcie, która z wierzchu przykryta była świeżo skoszoną, zieloną trawą. Płachtę taką wyładowywano w wyznaczonych miejscach. Były to: samotny dom Stanisława Jamy znajdującego się w szczytowej partii góry Bryjarki i okolice wodospadu na Sewerynowce.

Właściciel apteki „Pod Trzema Kronami” w Krościenku nad Dunajcem, magister Józef Walter (1870-1947), utrzymywał ścisły kontakt z komendantem placówki Związku Walki Zbrojnej, sierżantem podchorążym Eugeniuszem Czeremszyńskim (pseudonim „Cis”). To właśnie z apteki Waltera pochodziły leki, środki sanitarne i opatrunki, w które zaopatrzony został pluton Czeremszyńskiego przed przystąpieniem do akcji „Burza” w lecie 1944. Walter ściśle współpracował i udzielał wszelkiej pomocy krościeńskiej placówce Rady Głównej Opiekuńczej. Narazając się na natychmiastowe rozstrzelanie wspomagał także społeczność żydowską, aż do czasu jej zagłady w lecie 1942.

Działalność konspiracyjna aptekarzy miała także i innych charakter. Magister **Janina Szul-Aleksandrowa** (1899-1979), właścicielka apteki „Pod Aniołem” w Muszynie, w okresie okupacji niemieckiej zapisała piękną kartę w dziejach tego nadpopradzkiego miasteczka. Na zapleczu apteki oraz w prywatnym mieszkaniu aptekarki, prowadzone było tajne nauczanie na poziomie szkoły średniej. Proceder taki był dla magister Aleksandrowej śmiertelnie niebezpieczny, gdyż w razie przypadkowego wykrycia takiej działalności zostałaby zapewne natychmiast roz-



Ilustracja 5

Magister Janina Szul-Aleksandrowa (pośrodku) przed siedzibą apteki w Muszynie, lata czterdzieste XX wieku. Ze zbiorów Janiny Szczelinowej.

strzelana. Lekcje odbywały się w zespołach dwuosobowych (uczeń-nauczyciel), co było zgodne z regulami konspiracji. W ramach zajęć z fizyki i chemii, Janina Aleksandrowa przeprowadzała z uczniami doświadczenia. Do apteki dwukrotnie, w roku 1943 i 1944, zjeżdżała komisja egzaminacyjna z Nowego Sącza. Już po zakończeniu okupacji Komisja Weryfikacyjna uznała przeprowadzone w Muszynie egzaminy maturalne i wydane świadectwa z po-

szczególnych klas gimnazjum i liceum. Konspiracyjna działalność w muszyńskiej aptece nie została odkryta, raz tylko jeden magister Aleksandrowa była przesłuchiwana przez gestapo. ■

Piśmiennictwo u autora

dr n. farm. Maciej Bilek

Poczet wielkich aptekarzy polskich

Teodor Torosiewicz (1789-1876)

- Aptekarz, patriota i uczoney

Teodor Torosiewicz urodził się w Stanisławowie 7 września 1789 r. Po ukończeniu gimnazjum w rodzinnym mieście rozpoczął praktykę w jednej z lwowskich aptek.

Studia farmaceutyczne ukończył w Wiedniu 29 sierpnia 1812 r. Po powrocie do Lwowa pracował w tamtejszych aptekach, a w 1819 r. otworzył własną - „Pod Cesarskim Tytusem”, przy której prowadził bogato wyposażone laboratorium.

Znajomość chemii traktował bardzo praktycznie - widział jej znaczenie nie tylko dla nauk farmaceutycznych, ale przede wszystkim dla codziennego życia. Publikował prace z zakresu gleboznawstwa, bromatologii, toksykologii, farmakognozji, technologii chemicznej i chemii analitycznej. Największą uwagę poświęcał jednak balneologii. Według opinii J. Dietla „Torosiewiczowi naszemu należy się cześć i chwała, iż pierwszy zwrócił uwagę powszechną na źródła lekarskie, znajdujące się w naszym kraju”. Najwięcej pod tym względem zawdzięcza Torosiewiczowi Iwonicz. Stał się popularnym uzdrowiskiem po opublikowaniu w 1849 r. pracy pt. „Źródła mineralne w Galicji i na Bukowinie pod wzglę-

dem fizyczno-chemicznym własności opisane, tudzież rozbiór fizykalno-chemiczny wód mineralnych w Iwoniczu”. Jeden z rozdziałów, całkowi-

ściany szklanych naczyń od ich barwy. Wyniki jego prac, opublikowane w „Pamiętniku Farmaceutycznym Krakowskim” w 1836 r., stały się

podstawą do zastosowania kolorowych naczyń w aptekach. Odkrycie Torosiewicza znalazło szczególne uznanie najpierw wśród berlińskich aptekarzy, a później przyjęło się na całym świecie.

Był autorem blisko 100 publikacji, z których honoraria często przeznaczał na pomoc materialną dla uczniów i studentów, wspierał również szkołę rolniczą w Dublanach pod Lwowem. W czasie powstania listopadowego dostarczał leki dla rannych leczonych w szpitalu w Zamościu.

Był członkiem wielu towarzystw naukowych, m.in. Towarzystwa Naukowego z Uniwersytem Jagiellońskim połączonego, Towarzystwa Przyjaciół Nauk w Poznaniu, Towarzystwa Farmaceutycznego w Monachium, Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie i Wiedniu. Zmarł 2 marca 1876 r. we Lwowie. ■



Fot. Tablica pamiątkowa poświęcona Teodorowi Torosiewiczowi - Iwonicz.

cie oryginalny, poświęcony był alkalicznym źródłom. Udowodnił w nim, że skład jakościowy oraz wysokość stężeń poszczególnych substancji tamtejszych źródeł, są bardzo zbliżone do sławnych już wówczas wód adalajdzkich z Heilbrunn w Bawarii.

Wielkie znaczenie dla farmacji miały badania Torosiewicza nad zależnością przenikania światła przez

*doc. dr hab. Iwona Arabas
Dyrektor Muzeum Farmacji
w Warszawie*

Na czele wszystkich leków stoję ja - WINO

Właściwości lecznicze wina są znane od najgłębszej starożytności. Na przykład w Sumerze od 2100 p.n.e., w Egipcie od 1900 p.n.e. O winie jako środku leczniczym i dietetycznym pisze Hipokrates (460-377 p.n.e.) i Katon Młodszy (234-149 p.n.e.), a Pedanios Dioskorides (I wiek n.e.) - autor sławnego traktatu O środkach leczniczych (I wiek n.e.) - ostatnią część tego traktatu w połowie poświęcił właśnie winom. Pisze tam m.in.: „Wszystkie nie zmieszane i proste wina łatwo się wchłaniają, mają właściwości rozgrzewające, pobudzają apetyt, są dobre dla żołądka, mają właściwości odżywcze, działają nasennie, sprawiają, że ciało ma ładne zabarwienie. Pite w umiarkowanych ilościach, pomagają na wszelkiego rodzaju zatrucia (np. grzybami), a także na ukąszenia jadowitych węży. Są dobre na długotrwałe wzdęcia, na czkawkę i na biegunkę. (...) Natomiast stare i słodkie wina są dobre na dolegliwości pęcherza i nerek, a także na różnego rodzaju rany i zapalenia.”

Preparowaniem win leczniczych zajmowali się aptekarze od początku istnienia tego zawodu (w Europie od XII wieku). Do preparowania win o działaniu wzmacniającym (tonica) i ściągającym (adstringentia) używali bogatego w taninę wina czerwonego, natomiast do win leczniczych o działaniu moczopędnym (diuretica) - wina białego. Do preparowania win leczniczych łatwo ulegających zepsuciu używali bogatszych w alkohol win słodkich.

W okresie renesansu modne było sporządzane w aptekach wina lecznicze o nazwie hipokras (od imienia Hipokratesa - na przykład Wino

Hipokras dla ludzi starych, zadumanych a flegmistycznych). Do filtrowania takiego wina służyło cedzidło lniane zwane manica Hipocratis - «rękaw Hipokratesa». Wina typu hipokras zaprawiano zwykle cynamonem, imbirzem, gałką muszkatową, kolendrą, pieprzem i goździkami, a dosładzano cukrem lub miodem.



Fot. Olga Sierpiñowska

Pierwszą drukowaną książką, w całości poświęconą winom leczniczym, była Liber de vinis (Książka o winach) autorstwa Arnalda de Villanova (1235-1312), katalońskiego lekarza i alchemika, która ukazała się około 1501 roku. Wśród 47 zawartych w tym traktacie przepisów na wina lecznicze znajdują się m.in. Vinum mirabile pro melancolicis, cardiacis et adusta colera (Cudowne wino przeciw melancholii, kordiacie i spieczonej żółci), Vinum ad memorem reparanda (Wino na dobrą pamięć) oraz Vinum extinctionis auri (Wino, w którym gaszone było rozpalone złoto).

W XIX i XX wieku popularne były sporządzane w aptekach wina lecznicze na bazie surowców sprowadzanych z zachodniej półkuli - ta-

kie np. jak wina chinowe, wina kola, wina pepsynowe, wina kondurango- we czy wina kaskarylowe. Wino chinowe (Vinum Cinchonae) otrzymywało się przez rozpuszczenie w winie typu malaga płynnego wyciągu z kory chinowej. Zalecano je osobom o osłabionych nerwach, chorym na febrę, a także rekonwalescentom dla ogólnego wzmocnienia organizmu i poprawienia apetytu. Wino kola (Vinum Colae), z wyciągiem z nasion afrykańskiego drzewa z gatunku Cola, zalecano jako środek wzmacniający i uspokajający. Wino pepsynowe (Vinum Pepsini) zalecano w przypadku w upośledzenia trawienia, w kurczach żołądka i zgadze. Przeciw obstrukcji, dolegliwościom hemoroidalnym i cierpieniom wątroby zalecano wina kaskarylowe, zawierające wyciąg z kory drzewa Croton eluteria, które rośnie na Antylach. W cierpieniach żołądka zalecano też wina kondurango, zawierające wyciąg z kory korzenia południowoamerykańskiego pnącza Marsdenia condurango. Popularne też było Vinum cascarae sagradae, czyli wina z dodatkiem kory kruszyny amerykańskiej, mającej zastosowanie w leczeniu chronicznych zaparć.

Przepisy na tego rodzaju wina można znaleźć w aptekarskich manualach z XIX i XX wieku (do II wojny światowej), w podręcznikach farmaceutycznych w rodzaju Nauka o przyrządzaniu leków B. Koskowskiego (1927), a nawet jeszcze w wydanej w 1957 roku Recepturze J. Supniewskiego. ■

dr hab. Zbigniew Bela

Tekst został udostępniony do publikacji przez SALUS INTERNATIONAL sp. z o.o. dzięki uprzejmej zgodzie autora

Nowe rejestracje - PL – luty 2009

W lutym 2009 r. Minister Zdrowia wydał 63 pozwolenia na dopuszczenie produktów leczniczych do obrotu w Polsce, w tym 55 pozwoleń dla nowych produktów leczniczych i 8 nowych pozwoleń dla leków wcześniej zarejestrowanych (Lisiprol - Polfa Grodzisk; Liść pokrzywy - Herbalux; Liść prawoślazu - Herbalux; Szyszka chmielu - Herbalux; Ziele piołunu - Herbalux), które zostały pominięte w poniższym zestawieniu. Produkty omówiono na tle wcześniejszych rejestracji i produktów obecnych już na rynku, w ramach poszczególnych klas ATC/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>) - zestawienie rejestracyjne za luty 2009 zostało udostępnione 8 kwietnia 2009.

B - KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

B05 - Substytuty osocza i płyny do wlewów; **B05B** - Roztwory do podawania dożylnego; **B05BA** - Roztwory do żywienia pozajelitowego; **Nutrimentum**: **SmofKabiven** i **SmofKabiven EF** (Fresenius Kabi) to emulsja do infuzji. Na rynek zostało wprowadzonych wiele różnego typu roztworów do żywienia pozajelitowego, zarówno w postaci roztworów glukozy, jak również preparatów złożonych, z elektrolitami i bez, a także do zastosowań specjalnych - w określonych stanach chorobowych (np. przy niewydolności nerek lub wątroby) lub dla określonych grup pacjentów (np. dzieci), wytwarzanych przez firmy: Polfa Lublin (Multimel), Baxter (Clinoleic, Clinomel, Ivelip), Braun (Aminoplasmal, Lipofundin, Nutriflex, Periplasmal), Clintec (Aminomel, Primene, Salviamin), Fresenius Kabi (Aminomix, Aminosteril, Aminoven, Compleven, Glamin, Intralipid, Kabiven, Lipoveno, Nephroprotect, Omegaven, Smoflipid, Vamin, Vaminolact). Nie zostały jeszcze wprowadzone: Aminoplasmal B. Braun 10% E (Braun), Clinimix i OliClinomel (Baxter) oraz Soyacal (Grifols).

C - UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C09 - Leki działające na układ renina-angiotensyna; **C09C/C09CA** - Antagoniści angiotensyny II, leki proste

Valsartanum: **Ramartan** i **Zelvartan** (oba: Nucleus), **Metrival**, **Nuclaval**, **Valpress** i **Valitazin** (wszystkie cztery: Medis) oraz **Valzek** (Celon Pharma) to odpowiednio 4., 5., 6., 7., 8., 9. i 10. zarejestrowana marka preparatów walsartanu. Na rynku znajdują się 3 leki: **Diovan** (Novartis; lek oryginalny), od marca 2008 **Valsacor** (Krka) i od marca 2009 nowo zarejestrowany **Valzek** (Celon Pharma). Nie został jeszcze wprowadzony do obrotu **Yosovaltan** (Ozone).

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

Rosuvastatinum: **Crestor** (AstraZeneca) w 4 dawkach to lek oryginalny, sprowadzany dotychczas na import docelowy; szósta statyna na rynku w Polsce (nie licząc wycofanej cerywastatyny).

D - LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

D01 - Leki przeciwgrzybicze stosowane w dermatologii; **D01A** - Leki przeciwgrzybicze stosowane miejscowo; **D01AE** - Inne leki przeciwgrzybicze stosowane miejscowo

Terbinafinum: **Zelefion** (Temapharm) w postaci kremu to 6. zarejestrowana marka terbinafiny do stosowania miejscowego. Na rynku znajduje się 5 leków: **Lamisilatt** (Novartis) w postaci aerozolu, kremu, żelu i płynu do stosowania na skórę oraz **Tenasil** (Homeofarm), **Terbiderm** (Gedeon Richter), **Undofen Max** (GlaxoSmithKline, Poznań) i od października 2007 **Terbistad** (Stada) w postaci kremu.

G - UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G04 - Leki urologiczne; **G04C** - Leki stosowane w łagodnym przebiegu gruczolaka krokowego; **G04CX** - Inne leki stosowane w łagodnym przebiegu gruczolaka krokowego

Homeopathicum: **Gentos** tabl. (Richard Bittner) to rozszerzenie w stosunku do wprowadzonych wcześniej kropli.

L - LEKI PRZECIWNOWO- TWOROWE I WPŁYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L01 - Leki przeciwnowotworowe;
L01B - Antymetabolity; **L01BB** -
Analogi puryny

Fludarabinum: Fludalym inj. (Actavis) to 4. zarejestrowana marka fludarabiny. Na rynku znajdują się: Fludara inj. oraz Fludara Oral (Schering) i od maja 2008 Fludarabine Teva inj. Nie został jeszcze wprowadzony preparat Fludarabin-Ebewe inj.

L02 - Leki hormonalne; **L02B** -
Antagoniści hormonów i leki o
zbliżonym działaniu; **L02BG** - In-
hibitory enzymów

Anastrozolum: Epsisolde (Helm Pharmaceuticals) to 18. zarejestrowana marka anastrozolu, w tym 5. marka firmy Helm. Na rynek zostało wprowadzonych 7 leków: Arimidex (AstraZeneca; lek oryginalny), Atrozol (Vipharm), od maja 2008 Anastrozol-Ratiopharm, od lipca 2008 Mamostrol (Polpharma; zarejestrowany wcześniej jako Biostrol), od sierpnia 2008 Ansyn (Actavis), od listopada 2008 Egistrozol (Egis; zarejestrowany wcześniej jako Strazyn) i od lutego 2009 Anastralan (ICN Polfa Rzeszów). Nie pojawiły się jeszcze w sprzedaży preparaty: Anasolde (Helm Pharmaceuticals), AnastroGen (Generics), AnastroLek (Sandoz), Anastrozol Teva, Arinel (US Pharmacia, Wrocław), Betasolde (Helm Pharmaceuticals), Deltasolde (Helm Pharmaceuticals), Gamma-solde (Helm Pharmaceuticals), Symanastrol (SymPhar) i Zolastrol (Biogened).

M - UKŁAD MIĘŚNIOWO- SZKIELETOWY

M01 - Leki przeciwzapalne i prze-
ciwreumatyczne; **M01A** - Niestery-

dowe leki przeciwzapalne i prze-
ciwreumatyczne; **M01AE** - Po-
chodne kwasu propionowego

**Ibuprofenum: Aprofen i Aprofen for-
te** (Polfarmex) w postaci tabl. powle-
kanych to uzupełnienie do zarejestro-
wanych wcześniej tabl. musujących
Aprofen, zaś Ibuprofen Polfarmex w
dawce 400 mg to uzupełnienie w sto-
sunku do wprowadzonej wcześniej
dawki 200 mg. Zarejestrowanych
jest 21. marek preparatów ibuprofe-
nu. Z postaci 1-dawkowych na
rynku są obecne: Advil (Wyeth),
Ibum i Ibum Forte (Hasco-Lek),
Ibupar i Ibupar Forte (Polfa Pabia-
nice), Ibuprofen tabl. drażowane
(Polfa Pabianice), Ibuprofen Polfar-
mex, Ibufen Total (Polpharma), Ibu-
prom (US Pharmacia, Wrocław) i
Ibuprom Max (US Pharmacia, Wro-
cław), Nurofen, Nurofen Forte, Nu-
rofen Menstrual, Nurofen Topss,
Nurofen Ultrafast i Nurofen dla dzie-
ci czopki (Reckitt Benckiser), Pabi-
Ibuprofen (Polfa Pabianice) oraz
wprowadzone w maju 2006 Ibuprom
Sprint Caps (US Pharmacia, Wro-
cław), w lipcu 2006 Nurofen Ultra
Forte (Reckitt Benckiser), we wrze-
śniu 2007 Nurofen Migrenol Forte
(Reckitt Benckiser), w lutym 2008
Ibuprofen Aflofarm, w październiku
2008 Ibalgin (Zentiva), Ibalgin Maxi
(Zentiva) oraz Nurofen Forte
Express (Reckitt Benckiser) i w li-
stopadzie 2008 Nurofen Migrenol
(Reckitt Benckiser). Nie zostały jesz-
cze wprowadzone na rynek: Aktren
i Aktren Junior (Bayer), Aprofen (Po-
lfarmex), Baroc (Bayer), Finalflex
(Abbott), Ibalgin Baby (Zentiva),
Ibumax i Ibumax Forte (Vitabalans),
Ibuprofen AFL (Aflofarm), MIG
(Berlin-Chemie), Nurofen dla Dzie-
ci Topss 100 (Boots), Nurofen
Express (Reckitt Benckiser), Nuro-
fen Topss 200 (Reckitt Benckiser),
Solpaflex (GlaxoSmithKline) oraz

Spedifen (Zambon). Z postaci wie-
lodawkowych (zawiesina) w sprze-
dży znajdują się 4 marki: Ibufen i
Ibufen D (Medana Pharma), Ibum
(Hasco-Lek), Nurofen dla dzieci (o
smaku pomarańczowym i truskaw-
kowym; Reckitt Benckiser) i od mar-
ca 2009 Kidofen (Aflofarm). Skre-
ślono z Rejestru: Advil Ultra (Wyeth),
Bolinet (UPSA), Helpin i Helpin For-
te (Berlin-Chemie).

N - UKŁAD NERWOWY

N02 - Leki przeciwbólowe;
N02B - Inne leki przeciwbólowe i
przeciwgorączkowe; **N02BA** -
Kwas salicylowy i jego pochodne;
N02BA51 - Kwas acetylosalicylo-
wy, preparaty złożone z wyłącze-
niem leków psychotropowych
**Acidum acetylsalicylicum+pseudo-
ephedrinum: Aspirin Complex** (Bay-
er) to pierwszy zarejestrowany pre-
parat o takim składzie. Na rynku
znajdują się połączenia pseudoefe-
dryny i innych leków przeciwbólo-
wych - ibuprofenu i paracetamolu (w
innych klasach ATC).

N02C - Preparaty przeciwmigre-
nowe; **N02CC** - Selektynni ago-
niści serotoniny (5HT1)

Sumatriptanum: Frimig (Orion) to
aktualnie 12. zarejestrowana marka
sumatriptanu. Na rynku jest obec-
nych 5 leków: Imigran (GlaxoSmith-
Kline; lek oryginalny), Sumamigren
(Polpharma), Sumigra (Sandoz), od
lutego 2007 Cinie (Zentiva) i od
kwietnia 2008 Triptagram (Actavis).
Nie zostały jeszcze wprowadzone do
sprzedaży preparaty: Amigrenex (Te-
mapharm), Illument (Pliva Kraków),
Migropar (Polviva), SumaGen (Ge-
nerics), Sumatriptan-1A Pharma,
Sumatriptan Stada. Skreślono z Re-
jestru: TriptaHexal (Sandoz).

► **N03/N03A** - Leki przeciwpadaczkowe; **N03AX** - Inne leki przeciwpadaczkowe

Topiramatum: Topigen (Biogened) to aktualnie 20. zarejestrowana marka topiramatu. Na rynku znajduje się 9 preparatów: Topamax (Janssen-Cilag; lek oryginalny), od grudnia 2006 Topiramat-Ratiopharm, od grudnia 2007 Epiramat (Farmacom), od stycznia 2008 Etopro (ICN Polfa Rzeszów), od lutego 2008 TopiLek tabl. powł. (Sandoz), od września 2008 Erudan (Unia), od października 2008 Epitoram (Apotex) oraz Symtopiram (SymPhar) i od lutego 2009 Toramat (Glenmark Generics). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Ramatop (Teva), TopiLek kaps. (Sandoz), Topimerck (Generics), Topiragis (Alfred E. Tiefenbacher), Topifar (Biofarm; po zmianie nazwy z Topiral), Topimatil (Jelfa), Topiramate-AET (Alfred E. Tiefenbacher), Topiramate Arrow (Arrow Generics/Arrow Poland), Topiramate Farmacom, Topistad (Stada) i Zidoxer (Ozone). Skreślono z Rejestru preparat Topiramat-1A Pharma.

N05 - Leki psychotropowe;

N05A - Leki neuroleptyczne;

N05AE - Pochodne indolu

Ziprasidonum: Zypsila (Krka) w 4 dawkach to 1. zarejestrowany lek generyczny. Na rynku znajduje się lek oryginalny Zeldox (Pfizer).

N05AH - Diazepiny, oksazepiny i tiazepiny

Olanzapinum: Olanzapin Pliva (Pliva Kraków) to 20. zarejestrowana marka olanzapiny, biorąc pod uwagę łącznie rejestracje w Polsce i w ramach unijnej procedury scentralizowanej. W sprzedaży znajduje się 7 leków: zarejestrowane w Polsce najpierw w procedurze narodowej, a

potem w ramach centralnej rejestracji unijnej preparaty Zyprexa (Eli Lilly; lek oryginalny) i Zalasta (Krka) oraz zarejestrowane w Polsce: Olzapin (Lekam), Zolafren (Adamed), Zolaxa (Polpharma), od kwietnia 2008 Olanzin (Actavis) i od lipca 2008 Ranofren (Adamed). Nie zostały jeszcze wprowadzone preparaty: Olanzapina Jacobsen, Olanzapina Niolib (Unia), Olanzapina Nyzol (Lesvi), Olanzapine Adamed (Actavis), Olanzapine Synthron, Olanzapifloc (Hexal), Olanzapin-Ratiopharm i Zapilux (Sandoz). Nie pojawiły się w Polsce 3 leki zarejestrowane w ramach centralnej procedury unijnej: Olanzapine Mylan (Generics), Olanzapine Neopharma i Olanzapine Teva. Nie pojawiły się też jeszcze preparaty iniekcyjne olanzapiny, zarejestrowane w ramach centralnej procedury unijnej: Zyprexa inj. 10 mg (Eli Lilly) o standardowym uwalnianiu i Zypadhera (Eli Lilly) o przedłużonym uwalnianiu.

N05B - Leki przeciwlękowe;

N05BB - Pochodne difenylometanu

Hydroxyzinum: Hydroxyzinum Espefa w postaci tabl. powlekanych to uzupełnienie w stosunku do wprowadzonego wcześniej syropu. Zarejestrowanych jest 6 marek preparatów hydroksyzyny. Na rynek zostały wprowadzone: lek oryginalny Atarax (UCB) w postaci iniekcyjnej oraz doustnej jednodawkowej (2 dawki) i wielodawkowej (syrop), Hydroxyzinum Pliva inj. (Pliva Kraków), Hydroxyzinum syrop (Polon), Hydroxyzinum VP (ICN Polfa Rzeszów) w postaci doustnej jednodawkowej (2 dawki), od września 2008 syrop Hydroxyzinum Aflofarm i od listopada 2008 syrop Hydroxyzinum Espefa.

N06 - Psychoanaleptyki; **N06D** - Leki przeciw demencji; **N06DA** - Antycholinoesterazy

Donepezilum: Donectil (ICN Polfa Rzeszów) to 11. zarejestrowana marka preparatów donepezylu. Do sprzedaży wprowadzono 6 leków: Aricept (Pfizer; lek oryginalny), Cogiton (Biofarm), Donepex (Celon Pharma), Yasnal (Krka) i od lutego 2009 Donesyn (Vipharm) i Symepzil (SymPhar). Nie pojawiły się jeszcze na rynku preparaty: Redumas (Teva) oraz Donepezil Synthron, Donethon i Synpezil (wszystkie: Synthron).

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

Betahistinum: Betahistyna Euroleki (Euroleki), Verhist (US Pharmacia) i Zenostig (Ozone) w dawce 24 mg to uzupełnienie w stosunku do zarejestrowanych wcześniej niższych dawek tych leków. Zarejestrowanych jest 16 marek preparatów betahistyny. Na rynku dostępnych jest 14 leków: Betaserc (Solvay), Histimerck (Generics), Microser (Formenti), od sierpnia 2007 Vestibo (Actavis), od lutego 2008 Betalan (Polfarmex), od marca 2008 Neatin (Jelfa), od maja 2008 Betahistine Pliva (Pliva Kraków), od czerwca 2008 Vertex (Farma Projekt), od sierpnia 2008 Betahistin-Ratiopharm (zarejestrowany wcześniej przez APC Instytut jako Betahistin-APC), Vertigen (Biogened) i Zenostig (Ozone), od października 2008 Polvertic (Medana Pharma; zarejestrowany wcześniej jako Averro), od listopada 2008 Lavistina (Tabuk Poland; zarejestrowany wcześniej jako Vertex) i od marca 2009 Verhist (US Pharmacia; zarejestrowany wcześniej jako Vertico). Nie zostały jeszcze wprowadzone do sprzedaży preparaty: Betahistine

Walmart, Betahistyna Euroleki (Euroleki).

R - UKŁAD ODDECHOWY

R05 - Leki stosowane w kaszlu i przeziębieniach; R05X - Inne preparaty złożone stosowane w przeziębieniach

Acidum ascorbicum+paracetamol+phenylephrinum: Coldrex Junior C (GlaxoSmithKline) to 7. zarejestrowana marka preparatów o podanym składzie, ale pierwszy preparat w dawkach pediatrycznych. Na rynku są dostępne 4 leki: Coldrex HotRem (GlaxoSmithKline), Col-

drex MaxGrip (GlaxoSmithKline), Febrisan (Nycomed) i Gripex HotActiv (US Pharmacia). Nie wprowadzono dotychczas do sprzedaży preparatów Actiflu Extra C (Kosmedica) i Apap przeziębienie Hot Rem (US Pharmacia).



Nowe rejestracje - UE – marzec 2009

W marcu 2009 r. Komisja Europejska w ramach procedury centralnej wydała 6 decyzji o dopuszczeniu do obrotu produktów leczniczych przeznaczonych do stosowania u ludzi. Dwa leki zawierają nowe substancje czynne (dopuszczone wcześniej jako leki sieroce): mifamurtide i szczepionka przeciw japońskiemu zapaleniu mózgu. 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 Produktów Leczniczych (<http://www.emea.eu.int>).

G - UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G03 - Hormony płciowe i środki wpływające na czynność układu płciowego; G03G - Gonadotropiny i inne stymulatory owulacji; G03GA - Gonadotropiny

Follitropinum beta: Fertavid (Schering-Plough) znajduje zastosowanie w leczeniu niepłodności kobiet (brak owulacji u kobiet, u których nie było pozytywnej reakcji na leczenie cytrynianem kłomifenu; kontrolowana hiperstymulacja jajników celem uzyskania rozwoju mnogich pęcherzyków w programach wspomaganego rozrodu oraz wewnątrzcytoplazmatyczne wstrzyknięcie plemnika do komórki jajowej) oraz u mężczyzn w zaburzeniach spermatogenezy w wyniku hipogonadyzmu hipogonadotropowego. Fertavid zawiera rekombinowany hormon folikulotropowy (FSH). Hormon ten wytwarzany jest poprzez zastosowanie techniki rekombinacji DNA, z wykorzystaniem linii komórek jajnika chomika chińskiego, transfekowanych genami

kodującymi podjednostki ludzkiego hormonu FSH. Pierwszorzędowa sekwencja aminokwasowa hormonu jest identyczna z naturalnym ludzkim hormonem FSH. Wiadomo natomiast, że istnieją niewielkie różnice w strukturze łańcucha węglowodanowego. FSH jest hormonem niezbędnym do prawidłowego wzrostu i dojrzewania pęcherzyków jajnikowych, a także do wytwarzania steroidów płciowych. U kobiet odpowiednie stężenie FSH jest niezbędne do zapoczątkowania wzrostu pęcherzyków w jajniku. Od stężenia FSH zależy również liczba dojrzewających pęcherzyków i czas dojrzewania.

Na rynku dostępny jest preparat Puregon (Organon).

J - LEKI PRZECIWWZAKAŹNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

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

Ribavirinum: Ribavirin Teva (Teva) to 3. zarejestrowany lek z rybawiryną. Na rynku znajdują się: Rebetol (Schering-Plough; lek oryginalny) zarejestrowany centralnie w Unii Europejskiej oraz Copegus (Roche) zarejestrowany w ramach procedury narodowej.

J07 - Szczepionki; J07A - Szczepionki bakteryjne; J07AL - Szczepionki przeciw pneumokokom
Pneumococcale saccharidicum vaccinum: Synflorix (GlaxoSmithKline) jest wskazana do czynnego uodparniania przeciwko chorobie inwazyjnej oraz ostremu zapaleniu ucha środkowego wywoływanym przez *Streptococcus pneumoniae* u niemowląt i dzieci w wieku od ukończenia 6. tygodnia życia do 2 lat. W szczepionce zawarty jest 10 serotypów pneumokokowych, które należą do serotypów najczęściej wywołujących zachorowania w Europie. Powodują one około 56-90% przypadków inwazyjnej choroby pneumokokowej (ICHp) u dzieci w wieku poniżej 5 lat. W tej grupie wiekowej ▶

► serotypy 1, 5 i 7F odpowiadają za 3,3-24,1% przypadków IChP, zależnie od kraju i okresu badania. Ostre zapalenie ucha środkowego (OZUŚ) jest chorobą o różnorodnej etiologii powszechnie występującą u dzieci. Bakterie mogą być przyczyną 60-70% epizodów klinicznych OZUŚ. Streptococcus pneumoniae i bezotoczkowe szczepki Haemophilus influenzae (NTHi) są najczęstszymi przyczynami bakteryjnego OZUŚ na całym świecie. Na rynku dostępne są 3 szczepionki: Pneumo 23 (Sanofi Pasteur), Pneumovax 23 (Merck Sharp & Dohme) i Prevenar (Wyeth).

J07B - Szczepionki wirusowe;

J07BA - Szczepionki przeciw wirusowemu zapaleniu mózgu

Encephalitis japonicum vaccinum: Ixiaro (Intercell) jest szczepionką zawierającą inaktywowany wirus japońskiego zapalenia mózgu, namnożony na komórkach linii Vero, inaktywowany i adsorbowany na wodorotlenku glinu. Szczepionka Ixiaro jest wskazana w celu wytworzenia czynnej odpowiedzi immunologicznej przeciwko japońskiemu zapaleniu mózgu u osób dorosłych. Zastosowanie szczepionki należy rozważyć u osób, u których występuje zwiększone ryzyko narażenia wynikające z odbywania podróży lub charakteru pracy. Ixiaro została wprowadzona wcześniej jako lek sierocy.

J07BB - Szczepionki przeciw grypie Influenzae vaccinum: Celvapan (Baxter) jest 4. zarejestrowaną w Europie szczepionką przeciw grypie pandemicznej, zwanej „ptasią grypą”. Zawiera cały wirion, namnażany na komórkach Vero, inaktywowany (7,5 mcg hemaglutyniny). Wskazaniem jest profilaktyka grypy w przypadku oficjalnie ogłoszonej pande-

mii. Pandemiczną szczepionkę przeciw grypie należy stosować zgodnie z oficjalnymi zaleceniami. Ocena działania szczepionki Celvapan przeprowadzono u dorosłych w wieku 18-59 lat i u osób starszych w wieku 60 lat i powyżej.

W marcu 2007 zarejestrowano szczepionkę Daronix (GlaxoSmithKline Biologicals) zawierającą cały wirion i standardowy adiuwant, a w maju 2007 szczepionkę Focetria (Novartis Vaccines & Diagnostics) zawierającą antygeny powierzchniowe (hemaglutyninę i neuraminidazę) i ulepszony adiuwant. W maju 2008 zarejestrowano Pandemrix (GlaxoSmithKline Biologicals) - szczepionkę zawierającą rozszczepiony wirion wirusa H5N1 i specjalny adiuwant powodujący zwiększenie stopnia odpowiedzi immunologicznej, dzięki czemu możliwe było obniżenie dawki antygeny w tej szczepionce.

Zarejestrowane są także szczepionki prepandemiczne, przeznaczone do stosowania w 4.-5. fazie rozwoju pandemii: Prepandrix i Prepandemic influenza vaccine (H5N1) (obie: GlaxoSmithKline Biologicals).

L - LEKI PRZECIWNOWOTWOROWE I WPŁYWAJĄCE NA UKŁAD ODPORNOŚCIOWY

L03/L03A - Środki pobudzające układ odpornościowy; L03AX - Inne środki pobudzające układ odpornościowy

Mifamurtidum: Mepact (IDM Pharma) jest wskazany do stosowania u dzieci, młodzieży i młodych osób dorosłych w leczeniu resekcyjnego kostniakomięsaka o znacznym stopniu zaawansowania po kompletnej makroskopowo resekcji chirurgicznej. Produkt jest stosowany w terapii skojarzonej z pooperacyjną chemioterapią wielolekową. Bezpie-

czeństwo stosowania i skuteczność produktu oceniano w badaniach u pacjentów w wieku od 2 do 30 lat po wstępnej diagnozie. Mifamurtyd (muramylotripeptyd fosfatydyloetanoloaminy, MTP-PE) jest w pełni syntetyczną pochodną muramylodipeptydu (MDP), najmniejszego naturalnie występującego składnika ścian komórkowych Mycobacterium sp. posiadającą działanie immunostymulujące. Działanie to jest podobne do naturalnego MDP z dodatkową korzyścią w postaci dłuższego czasu półtrwania w osoczu. Produkt Mepact jest postacią liposomalną stworzoną specjalnie w celu dotarcia w warunkach in vivo do makrofagów po podaniu we wlewie dożylnym. Mifamurtyd jest specyficznym ligandem NOD2, receptora znajdującego się głównie na monocytach, komórkach dendrytycznych i makrofagach. MTP-PE jest silnym aktywatorem monocytów i makrofagów. Aktywacja ludzkich makrofagów przez produkt Mepact jest związana z wytwarzaniem cytokin, w tym czynnika martwicy nowotworu (TNF- α), interleukiny 1 (IL-1 β), IL-6, IL-8, i IL-12 i cząstek adhezyjnych, w tym antygeny związanego z czynnością limfocytów 1 (LFA-1) i cząstki adhezji międzykomórkowej 1 (ICAM-1). W warunkach in vitro ludzkie monocyty zabijały allogeniczne i autologiczne komórki nowotworowe (w tym czerniaka, raka jajnika, okrężnicy i nerek), lecz nie wykazywały działania toksycznego w stosunku do zwyczajnych komórek. Podanie in vivo produktu Mepact powodowało zahamowanie rozwoju nowotworu w modelach przerzutów do płuc u myszy i szczurów, raka skóry i wątroby oraz włóknakomięsaka. Wykazano również znaczne przedłużenie czasu przeżycia bez oznak choroby w leczeniu produktem Me-

pact jako leczenie uzupełniające kostniakomięsaka i złośliwego śródbłoniaka krwionośnego u psów. Dokładny mechanizm, poprzez który

aktywacja przez produkt Mepact monocyty i makrofagów prowadzi do działania przeciwnowotworowego u zwierząt i ludzi, nie jest znany.

Mepact został wprowadzony wcześniej jako lek sierocy.

NOWOŚCI NA RYNKU – marzec 2009

W marcu 2009 r. na rynek farmaceutyczny w Polsce zostały wprowadzone 24 nowe marki produktów leczniczych:

Klasa ATC/WHO	Nazwa międzynarodowa	Nazwa handlowa	Podmiot odpowiedzialny	Obszar i data rejestracji
A02BC	Lansoprazolum	Lanzogen	Kromme Rijn Apotheek	PL 10.2006
A08AB	Orlistatum	Alli	GlaxoSmithKline	UE 01.2009 (60 mg OTC)
B05AA	Hydroxyethylamyllum + <i>electrolyta</i>	Volulyte	Fresenius Kabi	PL 09.2008
C09AA	Perindoprilum	Apo-Perindox	Apotex	PL 01.2008 Perindox, zm. 09.2008 Apo-Perindox
C09AA	Ramiprilum	Ampril	Krka	PL 02.2006
C09BB04	Perindoprilum + amlodipinum	Co-Prestarium	Servier	PL 11.2008
C09CA	Losartanum	Stadazar	Stada	PL 11.2007
C09CA	Valsartanum	Valzek	Celon Pharma	PL 02.2009
D01AC	Ketoconazolum	Zoxinat	Aflofarm	PL 04.2004 Gloster, zm. 12.2008 Zoxinat
G03CX	Tibolonum	Ladybon	Zentiva	PL 11.2008
J01MA	Ciprofloxacinum	Ciprofloxacine Redibag	Baxter	PL 03.2008
J05AE	Darunavirum	Prezista	Janssen-Cilag	UE 02.2007
J05AR	Emtricitabinum + tenofovirum	Truvada	Gilead Sciences	UE 02.2005
M01AE	Ibuprofenum	Kidofen	Aflofarm	PL 01.2009
N02AB	Fentanylum	Effentora	Cephalon	UE 04.2008
N03AX	Lacosamidum	Vimpat	UCB	UE 08.2008
N03AX	Stiripentolum	Diacomit	Biocodex	UE 01.2007
N06AB	Sertralinum	Sertraline Aurobindo	Aurobindo	PL 02.2008
N07CA	Betahistinum	Verhist	US Pharmacia	PL 01.2008 Vertico, zm. 08.2008 Verhist
R03DX	Fenspiridum	Pulneo	Aflofarm	PL 03.2009
S01BC	Diclofenacum	Dicloabak	Thea	PL 10.2007
V06CA	<i>Nutrimentum</i>	Minaphlex	SHS	PL 04.2004
V06CA	<i>Nutrimentum</i>	XP Maxamum	SHS	PL 04.2008
V06DX	<i>Nutrimentum</i>	Lophlex	SHS	PL 02.2008

▶ **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

A08/A08A - Środki do leczenia otyłości, z wyłączeniem produktów dietetycznych; *A08AB* - Środki do leczenia otyłości działające obwodowo

B - KREW I UKŁAD KRWIOTWÓRCZY

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

C - UKŁAD SERCOWO-NACZYNIOWY

C09 - Leki działające na układ renina-angiotensyna;

C09A/C09AA - Inhibitory ACE, leki proste

C09B - Inhibitory ACE, leki złożone; *C09BB* - Inhibitory ACE i blokery kanału wapniowego; *C09BB04* - Peryndopryl i amlodypina

C09C/C09CA - Antagoniści angiotensyny II, leki proste

D - LEKI STOSOWANE W DERMATOLOGII

D01 - Leki przeciwgrzybicze stosowane w dermatologii; *D01A* - Leki przeciwgrzybicze stosowane miejscowo; *D01AC* - Pochodne imidazolu i triazolu

G - UKŁAD MOCZOWO-PŁCIOWY I HORMONY PŁCIOWE

G03 - Hormony płciowe i środki wpływające na czynność układu płciowego; *G03C* - Estrogeny; *G03CX* - Inne estrogeny

J - LEKI PRZECIWXAKAŻNE DZIAŁAJĄCE OGÓLNIE

J01 - Leki przeciwbakteryjne działające ogólnie; *J01M* - Chinolony przeciwbakteryjne, *J01MA* - Fluorochinolony

J05 - Leki przeciwwirusowe działające ogólnie; *J05A* - Bezpośrednio działające leki przeciwwirusowe;

J05AE - Inhibitory proteazy

J05AR - Leki przeciwwirusowe stosowane w leczeniu zakażeń wirusem HIV, preparaty złożone

M - UKŁAD MIĘŚNIOWO-SZKIELETOWY

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

N - UKŁAD NERWOWY

N02 - Leki przeciwbólne; *N02A* - Opioidy; *N02AB* - Pochodne fenylopiperydyny

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

N06 - Psychoanaleptyki; *N06A* - Leki przeciwdepresyjne; *N06AB* - Selektywne inhibitory zwrotnego wychwytu serotoniny

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

R - UKŁAD ODDECHOWY

R03 - Leki stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych; *R03D/R03DX* - Inne leki działające ogólnie stosowane w obturacyjnych chorobach dróg oddechowych

S - NARZĄDY ZMYŚŁÓW

S01 - Leki okulistyczne; *S01B* - Leki przeciwzapalne; *S01BC* - Niesterydowe leki przeciwzapalne

V - PREPARATY RÓŻNE

V06 - Odżywki;

V06C - Odżywki dla dzieci;

V06CA - Odżywki nie zawierające fenyloalaniny

V06D - Inne odżywki; *V06DX* - Odżywki o innym składzie ■

2009-04-23

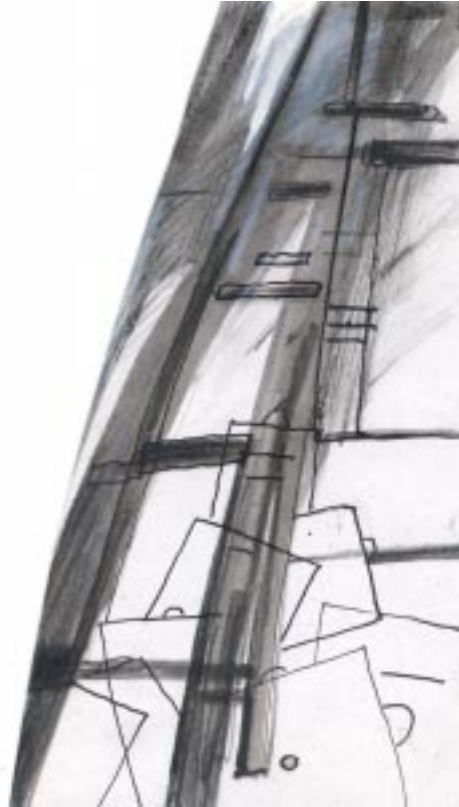


dr n. farm. Jarosław Filipek
Kierownik Działu Informacji o Produktach
Administrator Farmaceutycznej Bazy Danych BAZYL
IMS Poland

Wiersze Wojciecha Krówczyńskiego ilustrowane pracami
Teresy Iwanejko-Tarczyńskiej

Cel

*Cel to początek drogi
Drogi do której dochodzisz
Albo już po niej idziesz
Mijając przeszkody po drodze
Czy widzisz jej koniec
Czy finał już blisko
Zastanów się trochę
Po co Ci to wszystko
Co ciągle gromadzisz
I kolekcjonujesz
Może niezadługo
Frustrację poczujesz
Że już Cię nie cieszy
Kolejna zabawa
Że to, co nietrwale
Poczucie rozkłada
Że jest coś co zawsze
Niezmiennym zostaje
A często niestety
Mrzonką się wydaje*
12.2007



Dobry Obywatel

*Narzekać
Na lepsze czasy czekać
Marudzić
Wszystkich zanudzić
Szukać ofiary
Życiowej niezdary
Niczego nie zmieniać
A nuż będzie gorzej
Zachować to co mam
Może ZUS pomoże
Mnie się też należy
Dla innych
Na ulicy pieniądź leży
Niech mi dadzą trochę
Niechaj się podzielą
Dlaczego oni sami
Swoim się weselą
Zabrać im by gorzej mieli
Chrystus sprawiedliwy
Wszystkich obdzielił
Na krzywdę wrażliwy
Niech sobie rządzą
Oni tam na górze
Wszystko to banda
Złodzieje i tchórze
Wybory to lipa
Tak było jak świat światem
I tylko ja jestem
Dobry obywatel*
03.10.2007



KONFERENCJA
**LEKARSKO-
FARMACEUTYCZNA**
„BEZPIECZNA FARMAKOTERAPIA W SZPITALU-
-PRACUJMY RAZEM”
KRAKÓW 4-5 GRUDNIA 2009

Z inicjatywy Departamentu Farmacji Szpitalnej Naczelnej Rady Aptekarskiej,
w dniach 4-5 Grudnia 2009 roku
odbędzie się pierwsza ogólnopolska konferencja lekarsko-farmaceutyczna
„Bezpieczna farmakoterapia w szpitalu – pracujmy razem”

Patronat nad konferencją obejmują
Dziekan Wydziału Lekarskiego UJ CM Prof. dr hab. Tomasz Grodzicki
Dziekan Wydziału Farmaceutycznego UJ CM Prof. dr hab. Jan Krzek

Miejsce konferencji
Centrum Kongresowe Wydziału Lekarskiego UJ CM ul. Łazarza 16, Kraków.

Konferencja o charakterze naukowo-szkoleniowym
ma na celu integrację środowiska lekarzy i farmaceutów.

Za udział w konferencji przewiduje się
wzajemnie uznawane punkty edukacyjne.

Komitet Naukowy

- Prof. dr hab. **Maciej Pawłowski** – Przewodniczący – Wydział Farmaceutyczny UJ CM
- Prof. dr hab. **Jerzy Wordliczek** – Kierownik Centrum Kształcenia Podyplomowego UJ CM
- Prof. dr hab. **Barbara Filipek** – Kierownik Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmacji UJ CM
- Specjalista Farmacji Szpitalnej – mgr **Janina Pawłowska** – Koordynator Departamentu Farmacji Szpitalnej NRA

Komitet Organizacyjny

- mgr farm. **Aleksander Żurek** – Przewodniczący – Prezes Salus International Sp. z o.o.
Paweł Hadas, Kamila Kwapińska

Partnerzy Konferencji

Salus International Sp z o.o.

Szczegółowy program konferencji, oraz warunki uczestnictwa zostaną przedstawione w maju br.