

Samoleczenie jako zjawisko społeczne

Konsekwencje nadużywania leków przeciwbólowych

Samoleczenie jest w Polsce ostatnio bardzo popularne. W ciągu ostatniego roku wydatki w Polsce na parafarmaceutyki wzrosły o 1/5. Ostatnia dekada to początki aktywnej i świadomej postawy pacjenta w zakresie leczenia i profilaktyki. Moda na zdrowy styl życia (zaprzestanie palenia, dieta, zażywanie preparatów witaminowych) oraz stale rosnący poziom edukacji zdrowotnej społeczeństwa sprawia, że w ostatnich latach gwałtownie wzrosło zainteresowanie preparatami o działaniu profilaktycznym oraz tzw. parafarmaceutykami.



Fot. archiwum redakcji

Wśród pacjentów obserwuje się rosnącą tendencję do podejmowania decyzji o wyborze terapii lekami dostępnymi bez recepty. Preparaty te (leki OTC – *over the counter*) stosowane są w przypadku różnych łagodnych dolegliwości. Głównie są to dolegliwości bólowe, trądzik, przeziębienie, ból gardła, zaparcia, katar sienny, zaburzenia gastryczne, trudności z zasypianiem i inne.

Pierwszym miejscem, gdzie pacjent zasięga porady w zakresie samoleczenia, jest apteka, a aptekarz jest pierwszym specjalistą, do którego pacjent się zwraca. To właśnie od aptekarza pacjent będzie oczekiwał rzetelnej i zrozumiałej informacji na temat terapii lekami bez recepty. Dlatego jest bardzo istotne, by informacji o lekach OTC udzielał wykształcony i przygotowany do tej roli personel apteki. Farmaceuci powinni odgrywać kluczową rolę w zapewnianiu pomocy, porady i informacji na temat preparatów stosowanych w samoleczeniu i okoliczności, w których konieczne jest udanie się do lekarza. Należy jednak pamiętać, że pomimo zaangażowania far-

maceutów, w przypadku samoleczenia, to pacjent podejmuje ostateczną decyzję dotyczącą zakupu leku. W związku z tym pacjent powinien mieć świadomość konieczności zapoznania się z treścią ulotki dołączonej do opakowania (ulotka powinna być jasna i zrozumiała) i przestrzegania wszystkich zaleceń w niej zawartych, ponieważ jest to podstawa dla bezpiecznej i skutecznej terapii. Fachowa informacja ma szczególne znaczenie, ponieważ coraz częściej pacjenci sięgają po preparaty OTC w przypadku dolegliwości chronicznych, a w przypadku nieskuteczności dostępnego leku postępowaniem pacjenta z wyboru nie jest konsultacja lekarska, lecz stosowanie coraz to wyższych dawek dostępnych leków. Stąd oczywistym wydaje się uświadomienie pacjentowi konsekwencji takiego postępowania. Zaznaczyć należy, że bardzo duży wpływ na decyzję pacjenta ma reklama, która zwraca jego uwagę na konkretny lek. W przeciwieństwie do ulotek, reklama nie jest dobrze przystosowana do przekazywania złożonych informacji i ogranicza się jedynie do poinformowania o wskazaniach dotyczących

stosowania. Agresywna informacja o leku powoduje, że pacjent może w aptece domagać się reklamowanego preparatu, zatem reklama powinna być rzetelną informacją o leku, nie wyolbrzymiającą jego skuteczności i nie porównującą jednego preparatu z innym. Należy uświadomić pacjenta, że reklama nie może być traktowana jako jedyne źródło informacji.

Spośród wszystkich preparatów dostępnych bez recepty najczęściej sprzedaje się preparatów przeciwbólowych, należących do grupy niesterydowych leków przeciwzapalnych (NLPZ). Leki tej grupy wykazują działanie przeciwbólowe, przeciwgorączkowe i przeciwzapalne. W ostatnich latach, pod względem ich spożycia, Polacy znajdują się na trzecim miejscu po Amerykanach i Francuzach. Stosowane są one bardzo powszechnie w samoleczeniu w przypadkach takich jak: bóle głowy, bóle zębów, bóle stawów, bóle menstruacyjne, schorzenia przebiegające ze stanem zapalnym, schorzenia reumatyczne czy przeziębienie. Do najpowszechniej stosowanych należą preparaty zawierające: kwas acetylosalicylowy, paracetamol, ibu- ▶



profen, naproksen i diclofenak. Niestety, jak wszystkie substancje chemiczne, tak i leki obarczone są działaniami niepożądanymi oraz mogą wchodzić w interakcje z innymi jednocześnie zażywanymi lekami. Działania niepożądane tych leków związane są głównie z ich niekorzystnym wpływem na przewód pokarmowy, wątrobę i nerki.

Szczególą uwagę należy zwrócić w przypadku stosowania NLPZ u dzieci, kobiet w ciąży i matek karmiących oraz u osób starszych. W przypadku tych grup pacjentów obserwujemy bowiem zmiany, zarówno na etapie wchłaniania, dystrybucji, metabolizmu, jak i wydalania. Podczas leczenia noworodków, niemowląt i dzieci niezbędne jest uwzględnienie odmienności młodego organizmu. W przewodzie pokarmowym noworodka i niemowlęcia panują odmienne niż u dorosłych warunki wchłaniania różnych substancji, w tym leków. Stanowią o tym: mała powierzchnia przewodu pokarmowego, mniejsze wytwarzanie kwasu solnego, wolniejsze opróżnianie żołądka, słaba aktywność enzymów trzustkowych, słabe wydzielanie żółci, wolniejsza perystaltyka jelit przy jednocześnie znacznie zwiększonej przepuszczalności błony śluzowej przewodu pokarmowego. W związku z tym wchłanianie niektórych leków, w tym najbardziej zalecane-

go dla dzieci paracetamolu, może być zmniejszone. Zmiany obserwujemy również na etapie dystrybucji, metabolizmu i wydalania. U noworodków i niemowląt zdolność wiązania leków z białkami jest znacznie mniejsza w porównaniu z osobami dorosłymi. U noworodków salicylany mogą wypierać bilirubinę z połączeń z białkami, co może powodować żółtaczkę. W związku z niedostateczną sprawnością enzymów wątrobowych u noworodków i małych dzieci dochodzi do upośledzenia biotransformacji wielu leków, w tym salicylanów, cze-

go następstwem jest silniejsze i dłuższe działanie oraz większa możliwość wystąpienia objawów niepożądanych. W porównaniu z dorosłymi zmniejszona jest również czynność nerek, co może prowadzić do zmniejszonej eliminacji leku, np. okres półtrwania dla kwasu acetylosalicylowego u noworodków wynosi 4.5 – 11 h, a paracetamolu 2.2 – 5.0 h, a u dorosłych odpowiednio 2 – 4 h i 1.9 – 2.2 h.

Zmiany w zakresie metabolizmu leków obserwuje się również u ludzi starszych. Zmiany morfologiczne i czynnościowe w organizmie ludzi starszych mogą powodować zmiany farmakokinetyki, farmakodynamiki i ostatecznego efektu działania leków. W przypadku NLPZ szczególne znaczenie mają zmiany na etapie dystrybucji. Zmniejszenie u ludzi starszych stężenia albumin (spadek o ok. 10-20%) w surowicy może być przyczyną wzrostu wolnej, niezwiązanej z białkami frakcji leku. Dotyczy to zmniejszenia stopnia wiązania z białkami surowicy leków o odczynie kwaśnym oraz leków wiążących się z albuminami w bardzo dużym stopniu, jakimi są np. salicylany. Zmiana dystrybucji salicylanów może zwiększać ich stężenie w surowicy, nasilać ich działanie, toksyczność oraz możliwość pojawienia się objawów niepożądanych. Spośród innych NLPZ u osób starszych nie należy stosować

diclofenaku ze względu na ryzyko krwawień z przewodu pokarmowego, działanie hepato- i nefrotoksyczne oraz zatrzymanie płynów, które może utrudniać leczenie nadciśnienia. Wskazane jest stosowanie mniej toksycznych pochodnych kwasu fenylpropionowego, czy paracetamolu. Ważnym problemem pojawiającym się w wyniku stosowania preparatów przeciwbólowych, a mającym szczególne znaczenie w przypadku pacjentów w wieku podeszłym, jest możliwość wystąpienia interakcji leków z grupy NLPZ z lekami przepisywanymi przez lekarza lub innymi lekami stosowanymi przez pacjenta w ramach samoleczenia. Uważa się, że NLPZ mogą być przyczyną nawet 20-25% zgłaszanych interakcji, a to właśnie u ludzi starszych obserwuje się znaczący wzrost użycia leków przeciwbólowych (co czwarta osoba w tym wieku stosuje środki przeciwbólowe). Zaznaczyć należy, że NLPZ należą do leków najczęściej stosowanych w polifarmakoterapii, co dodatkowo zwiększa ryzyko interakcji. Do grup zagrożonych największym ryzykiem wystąpienia klinicznie istotnych niepożądanych interakcji z NLPZ należą: leki przeciwaritmiczne (nasilenie działania), antybiotyki aminoglikozydowe (wzrost stężenia antybiotyku we krwi i zwiększenie ryzyka działań niepożądanych – oto – i nefrotoksyczności), leki hamujące krzepnięcie krwi (zwiększenie ryzyka krwawień), leki obniżające ciśnienie tętnicze (osłabienie działania hipotensyjnego), leki przeciwcukrzycowe (nasilenie działania hipoglikemizującego), glikozydy naparstnicy (wzrost stężenia digoksyny we krwi, prowadzący do zwiększenia siły działania i ryzyka wystąpienia działań niepożądanych) oraz leki wpływające na OUN (nasilenie działania), w tym także alkohol (wzrost ryzyka krwawień z przewodu pokarmowego). Możliwość wystąpienia powyższych interakcji bezwzględnie nakazuje ograniczenie nieuzasadnionego stosowania, wybór najbezpieczniejszego dla danego pacjenta leku oraz prawidłowe określenie dawek (dostosowanie do potrzeb konkretnego chorego).

Specyficzną grupę pacjentek stanowią kobiety w ciąży i matki

karmiące. Stosując leki przeciwbólowe u kobiet w ciąży należy mieć na uwadze szkodliwy wpływ leków przeciwbólowych na organizm matki i płodu. Wszystkie leki przeciwbólowe należące do NLPZ mają kategorię B pod względem ryzyka szkodliwego działania na płód (badania na zwierzętach nie wykazały zagrożenia dla płodu, lecz nie potwierdzono tego u kobiet ciężarnych), a kwas acetylosalicylowy – kategorię D (istnieje udokumentowane ryzyko dla ludzi wynikające ze szkodliwego działania leków na płód; leki tej kategorii można stosować u kobiet ciężarnych w stanach zagrażających życiu matki, lecz jedynie w przypadkach, gdy leki A, B, C nie mogą być zastosowane lub są nieskuteczne). NLPZ (głównie kwas acetylosalicylowy), przedłużają okres ciąży i porodu oraz zwiększają utratę krwi w czasie porodu, zwiększają śmiertelność okołoporodową oraz działają teratogennie. Ponadto zażywanie salicylanów zwiększa ryzyko skazy krwotocznej u płodu. Pozostałe trzy leki z grupy NLPZ dostępne bez recepty w pierwszym i drugim trymestrze ciąży posiadają kategorię ryzyka B, a więc porównywalną z paracetamolem, jedynie w trzecim trymestrze zaliczane są do kategorii D. NLPZ mogą ponadto wywołać niedobór płynu owodniowego w następstwie działania uszkadzającego nerki oraz przedwczesne zamknięcie przewodu tętniczego w trzecim trymestrze ciąży. Tak więc niebezpieczeństwo terapii lekami przeciwbólowymi z grupy NLPZ jest największe w trzecim trymestrze ciąży w porównaniu z trymestrem pierwszym i drugim. Jedynym lekiem przeciwbólowym, którego kategoria ryzyka B nie zmienia się w zależności od trymestru ciąży jest paracetamol. Jest on uważany za zdecydowanie najbezpieczniejszy lek przeciwbólowy dostępny bez recepty. Zalecany jest szczególnie u dzieci poniżej 12.

roku życia, kobiet ciężarnych, matek karmiących oraz u chorych na astmę.

Preparaty przeciwbólowe są ciągle nadużywane, do czego przyczynia się powszechna dostępność tych leków (apteka, stacja benzynowa, supermarket). Pacjenci powinni mieć gamę środków potrzebnych do doraźnego stosowania, powinni jednak też mieć świadomość, że przewlekłe leczenie na własną rękę i niefrasobliwe stosowanie leków może być niebezpieczne dla zdrowia. Świadome i odpowiedzialne samoleczenie wywiera pozytywny wpływ na poziom zdrowotny społeczeństwa, zwiększa komfort życia i zachęca do stosowania aktywnej profilaktyki. Należy jednak pamiętać, że odpowiedzialne samoleczenie wiąże się nierozdzielnie z doradztwem farmaceutycznym (opieką farmaceutyczną).

dr n. farm. Ewa Poleszak

Literatura:

1. Armour D., Cairns C. red. Medicines in the Elderly. Pharmaceutical Press, London, 2002.
2. Drzewoski J., Bodalska-Lipińska J.: Różnice farmakoterapii niemowląt

i ludzi w wieku podeszłym. W: Wybrane zagadnienia z farmakologii klinicznej i farmakoterapii. Red. J. Drzewoski. Fundacja Akademickiej Służby Zdrowia, Łódź, 1994, 39-49

3. Henlinger C., Klotz U.: Drug metabolism and drug interactions in the elderly. Best Pract. Res. Clin., Gastroenterol., 2001, 15, 897-2001.

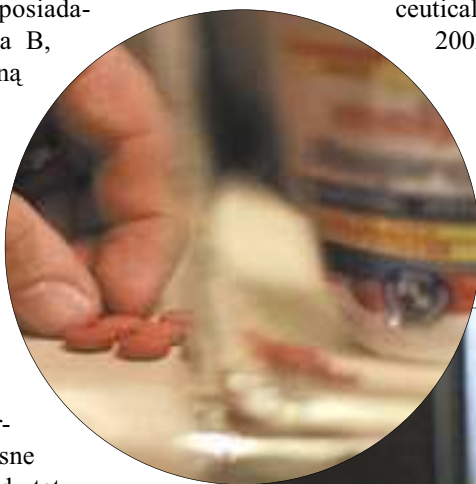
4. Kearns G.L., Adcock G.K., Wilson J.T.: Drug Therapy in Pediatric Patients. W: Drug Benefits and Risk; International Textbook of Clinical Pharmacology. Red. C.J. van Boxtel, B., Santoso, R. Edwards. John Wiley & Sons LTD, Chichestr, New York, Weiiheim, Brisbane, Singapore, Toronto, 2001, 159-174.

5. Koren G., Pastuszek A., Shinya J.: Dugs in pregnancy. N. Engl. J. Med., 2002, 12, 376-383.

6. Orzechowska-Juzwenko K.: Farmakoterapia u osób w wieku starszym. W: Farmakologia Kliniczna – znaczenie w praktyce medycznej. Red. K. Orzechowska-Juzwenko. Wydawnictwo Medyczne Górnicki, Wrocław 2006.

7. Ostensen M.: Nonsteroidal anti-inflammatory drugs during pregnancy. Scand. J. Rheumatol. 1998, 27, suppl. 107, 128-132.

8. Prandota J., Kotecki L.: Farmakoterapia pediatryczna, Volumed, Wrocław, 1998. ■



Fot. archiwum redakcji

O obyczaju uroczystego wręczenia Praw Wykonywania Zawodu, o szkoleniach i innych sprawach Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej

Minął rok - mamy się czym pochwalić

Coraz częściej słyhać takie głosy: a co „oni” tam robią w tych izbach; płacę składki, a nie wiem, po co; „oni” powinni... Czy w takiej sytuacji „jeszcze się chce”?

Przed wszystkim wiedza – już około jednej trzeciej, statystycznie oczywiście, członków izby podkarpackiej zaliczyło szkolenie ciągle. Ale niewielka liczba osób spośród naszego grona może przedstawić pełne sto punktów w rozbiściu 50/50. I to bardzo dobrze, byłoby źle, gdyby pewna grupa „zaliczyła” szkolenie i osiadła na laurach czekając na następny okres szkoleniowy. Są jeszcze aptekarze, którzy do końca roku 2006 – a jest to przecież trzeci rok cyklu pięcioletniego, nie uzyskali ani jednego punktu. Na Podkarpaciu są ośrodki, np. Przemysł, gdzie aptekarze samodzielnie i „samochcą” przygotowują referaty i przedstawiają je kolegom na cyklicznych spotkaniach. Coraz więcej osób uzupełnia wiedzę poprzez szkolenie internetowe – wyprzedzają nas w liczbie certyfikatów takie izby jak lubelska, krakowska czy gdańska, ale dorównujemy dolnośląskiej czy pomorsko-kujawskiej będąc w czołówce pod względem liczby uzyskanych tą drogą certyfikatów. Ścisły kontakt z organizatorami bezpośrednimi wszystkich form kształcenia (hurtownie i firmy farmaceutyczne) pozwala na wyjście z informacją o organizowanych kursach do wszystkich zainteresowanych. Wydaliśmy trzy numery (kolejnych jest już dziewięć) Biuletynu Szkoleniowego naszej Izby. W biuletynach drukujemy opracowania przygotowane przez członków izby podkarpackiej, konspekty kursów szkoleniowych oraz teksty najnowszych rozporządzeń.

Nie kończymy na szkoleniu dyplomowym aptekarzy. Zasluga PO-

IA jest zainteresowanie oświatowych władz wojewódzkich kształceniem średniej kadry aptekarskiej – techników farmaceutycznych. Poprzez bardziej wnikliwe rozpatrywanie działalności niektórych „biznesów” uniemożliwiono powstanie tzw. „studiów farmaceutycznych” zupełnie nieprzygotowanych do odpowiedniego kształcenia młodej kadry.

Podkarpacka Okręgowa Izba Aptekarska wprowadziła w minionym roku obyczaj uroczystego wręczenia Praw Wykonywania Zawodu połączony z Przyrzeczeniem Aptekarskim. Pierwsza taka, na pewno emocjonalna uroczystość, miała miejsce podczas XX Zjazdu Delegatów POIA. Kolejne odbywają się zawsze w obecności członków Podkarpackiej Rady Aptekarskiej. Może jest to ceremonia nieprzystający do obecnych, tak zracjonalizowanych czasów, niemniej jednak zawsze wywołuje podekscytowanie młodych magistrów, a także świadków przyrzeczenia. Słowa, które wtedy padają wraz z formułą „przyrzekam”, niewątpliwie pozostają w pamięci, a liczymy, będą też miały wpływ na przyszłą pracę aptekarza.

Nawiązaliśmy, nie ceremonialne a robocze, kontakty z posłami na Sejm RP. Kilukrotnie już wizyty posłów podczas obrad prezydium i rady rodzą nadzieje na zrozumienie problemów aptekarskich przez osoby mające niejaki wpływ na ustawodawstwo na różnych jego płaszczyznach i w różnej problematyce.

Podkarpacka Okręgowa Izba Aptekarska objęła patronatem dwie

impresy targowe, jakie odbyły się w Rzeszowie – **Podkarpackie Targi Medyczne Res Medica EXPO 2006** oraz **IX Międzynarodowe Targi Biznes-Żywność-Medycyna Rzeszów 2006**. Podczas obydwu ekspozycji ponad trzystu w sumie aptekarzy miało możliwość wysłuchać prelekcji wykładowców z Akademii Medycznych w Lublinie i Warszawie, a także przygotowanych przez specjalistów z Podkarpacia.

Bardzo prężnie działa Komisja do spraw Aptek Szpitalnych – jest to grupa osób najczęściej się spotykających na wykładach i kursach o różnorodnej tematyce, zawsze związanej z codzienną, niełatwą pracą w warunkach opieki zamkniętej.

Przedstawiciel PORA bierze udział w posiedzeniach Rady Podkarpackiego Oddziału Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia w charakterze obserwatora. Bardzo dobre kontakty z OW NFZ zawdzięczamy także magistrów farmacji tam pracującym.

W minionym roku Kapituła „Medalu za Zasługi dla Aptekarstwa Podkarpacia” przyznała sześć wyróżnień. Otrzymali je – magistrzy farmacji: Tadeusz Biernat, Jan Mrozek, Lucyna Samborska oraz prof. Barbara Filipek z CM UJ, Dyrektor Biura POIA mgr Elżbieta Zwolińska i firma komputerowa MERIDO z Rzeszowa współpracująca z aptekami. Naczelną Radę Aptekarską uhonorowała medalem imienia prof. Bronisława Koskowskiego dwie koleżanki z naszego grona – panią magister Elżbietę Kluz i panią magister Martę Piekielek.

W październiku, dokładnie w rocznicę obrad pierwszego zjazdu aptekarzy Podkarpacia, podsumowaliśmy piętnastoletnie działalności POIA. Miniony rok może nie był przełomowy w działalności samorządu na Podkarpaciu, ale na pewno dobry. I oby następne były coraz lepsze.

mgr farm. Lidia Maria Czyż
Wiceprezes Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

Zachęcić młodych farmaceutów

Aptekarze zrzeszeni w Beskidzkiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej nie różnią się od koleżanek i kolegów z pozostałych regionów kraju.

Niepokoi nas niekontrolowany przyrost aptek – w tym aptek sieciowych powodujący dramatyczny spadek rentowności aptek istniejących. Walka cenowa przeobraziła się w prawdziwą wojnę – konkurujemy ze sobą nie fachowością i dobrą opieką farmaceutyczną – a cenami nie tylko na leki OTC, ale i na leki z cenami urzędowymi. Małe apteki nie mają szans. Przegrywamy z sieciami i aptekami związanymi z różnymi programami lojalnościowymi z hurtowniami. To boli nas najbardziej. Tyle dzisiaj mówi się o opiece farmaceutycznej – a działania promujące aptekę nie mają z tym nic wspólnego.



Niemal 14 lat starań o „właśny kąt” zakończyło się sukcesem w 2005 roku, kiedy zakupiliśmy ponad 200-metrowy lokal z piękną salą wykładową na 100 osób. Pro-

wadzimy w niej szkolenia dla farmaceutów.

Systematycznie odbywamy spotkania z prezesem Izby Lekarskiej, m.in. w celu uczulania środowiska lekarskiego na nieetyczny problem, jakim jest kierowanie pacjentów przez lekarzy do jednej konkretnej apteki. Nasze apele są umieszczane w Biuletynie Izby Lekarskiej. Rozumiejac trudną sytuację finansową służby zdrowia, w kwietniu 2006 roku poparliśmy protest Krajowego Komitetu Porozumiewawczego na Rzecz Wzrostu Wynagrodzeń Pracowników Służby Zdrowia.

W czasach, gdy łączą nas problemy, dzieli konkurencja, staramy się zachować i utrzymywać więzi koleżeńskie między farmaceutami poprzez organizowanie wspólnych wigilii i spotkań emerytów. Robimy wszystko, aby zawsze docierać jak najszybciej z ważnymi informacjami. Dlatego wydajemy biuletyn oraz prowadzimy stronę internetową.

Zaobserwowaną od dłuższego czasu sytuację kandydowania do organów Izby tych samych aptekarzy postanowiliśmy zmienić i zachęcić młodych farmaceutów do czynniejszego udzielania w organach Izby.

W tym celu zapraszamy absolwentów farmacji na nasze Zjazdy, na których witamy ich w naszym gronie i wręczamy prawa wykonywania zawodu. Uczestniczą oni w obradach Zjazdu i mogą przyrzeć się dokładniej pracy naszego samorządu. Mamy nadzieję, że we władzach samorządowych nowej kadencji znajdą się również ludzie młodzi, którzy gotowi są poświęcić coś dla dobra całego środowiska.

mgr farm. Piotr Molin
Prezes Beskidzkiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

Szkolenia rozluźnią atmosferę

Środowisko aptekarskie jest podzielone, a wojny cenowe nie sprzyjają budowaniu autorytetu aptekarza.

27 stycznia 2007 r. odbył się w Częstochowie XVI Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy Aptekarzy. Dyskusję zdominowały zagadnienia związane z nowelizacją Prawa Farmaceutycznego oraz projektu kodeksu Etyki Farmaceuty- Aptekarza. Co zmieni nowe prawo, nasze lokale, problemy reklamy apteki i leku? – to najczęściej pojawiające się pytania aptekarzy.

Zjazd zakończył koncert smyczkowy artystów Filharmonii Częstochowskiej.

Czas obecny to zbliżające się zmiany na listach refundacyjnych.

Jak kształtować swój magazyn, profesjonalnie pracować, utrzymać się na rynku – czas pokaże. Ale zaczynamy cykl szkoleń ustawicznych, które, mam nadzieję, rozluźnią atmosferę w środowisku.

mgr farm. Genowefa Kruszec
Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Częstochowie

**APTEKARZE
PACJENTOM**

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

Chronimy skórę zimą przed zimnem i mroźnym wiatrem

Zimą skóra poddana jest wpływom wielu szkodliwych czynników fizykalnych i chemicznych, i dlatego powinien być to okres szczególnej dbałości o jej stan i wygląd.

Pierwsze przymrozki są najłatwiej i najszybciej zauważalne w obrębie skóry odkrytej, zazwyczaj dotyczy to dłoni i twarzy. Spierzchnięta skóra na dłoniach, powodująca ich szorstkość, a miejscami popękanie naskórka i powstanie rozpadlin do głębszych warstw, wymaga skutecznego zabezpieczenia termicznego i kosmetyczno-farmakologicznego. Izolacją termiczną są rękawiczki o strukturze i grubości zależnej od zakresu niskich temperatur. Powinny być nakładane jeszcze przed wyjściem poza ciepłe pomieszczenia, w celu zminimalizowania szoku termicznego, w przypadku bardzo niskich temperatur, kiedy różnica termiczna sięga nawet do kilkudziesięciu stopni Celsjusza. Jest to dla skóry, poddanej tak drastycznym zmianom fizykalnym, poważne obciążenie mechanizmów kompensacyjnych, głównie układu krwionośnego w przedziale mikrokrążenia. Niewydolność mikrokrążenia powoduje zasinienie skóry, jej ochłodzenie odczuwalne jako marnięcie dystalnych części kończyn. W takich przypadkach, poza kosmetykami ochronnymi, wskazane jest przyjmowanie leków usprawniających mikrokrążenie.

O ile łatwo jest zabezpieczyć przed marnięciem skórę dłoni i stóp, nakładaniem odpowiednich rękawic i obuwia, o tyle w naszym klimacie, ochrona stale odkrytej twarzy stosowną odzieżą, nie jest stosowana. Skóra twarzy narażona jest na znacznie większy szok termicz-



Fot. archiwum redakcji

ny niż skóra dłoni. Wychodzenie z pomieszczenia suchego i nagrzanego do około 20-23°C na zewnątrz, gdzie temperatura powietrza wynosi do -25°C, jest poważnym przeciążeniem termicznym i wymaga sprawnego kompensacji, związanej głównie z układem krążenia i mikrokrążenia oraz skutecznym natłuszczeniem skóry wyprodukowanym w gruczołach łojowych łojem. Największe ilości gruczołów łojowych zawierają odkryte części skóry twarzy i skóra owłosiona głowy. Produkowany w skórze łój, który jest skomplikowaną mieszaniną endogennych trójglicerydów, estrów woskowych

i skwaleń, stanowi jej zabezpieczenie przed nadmierną utratą wody, a w warunkach niskich temperatur także ochronę przed niskimi temperaturami.

Czynnikiem odpowiedzialnym za uszkodzenia skóry w okresie zimowym jest obciążający wpływ wiatrów, współlistniejących z niskimi temperaturami. Ochrona przed wiatrem przez używanie stosownego ubrania, jest również mało skuteczna i może jedynie zmniejszyć uszkodzenia. Najbardziej narażone na ten wpływ są odsłonięte części twarzy, które wymagają należytej ochrony.

Ochroniając skórę przed wpływami atmosferycznymi w okresie zimy, należy przestrzegać reguł, wynikających z anatomii i fizjologii skóry:

1. W żadnym przypadku zimą, przy planowanym opuszczeniu pomieszczeń ogrzewanych, nie należy stosować kosmetyków nawilżających, ponieważ nadmierne nawilżenie powierzchni warstwy rogowej, przy niskich temperaturach, a w szczególności podczas wiatru, powodować może jej rozwarstwienie, a tym samym obniżenie odporności na dalsze uszkodzenia mechaniczne, termiczne czy chemiczne związane z polucjami środowiska.
2. Warstwę ochronną stanowiąc powinny maści lub tłuste kremy, nakładane cienką warstwą, nie zatykającą naturalnych porów skóry.
3. Nie należy opuszczać pomieszczeń ogrzanych bezpośrednio po umyciu skóry niedokładnie osuszonej. Takie postępowanie prowadzi do spierzchnięcia skóry z powstaniem licznych, drobnych i płytkich pęknięć w obrębie naskórka i podrażnień w obrębie skóry właściwej.

W przypadkach termicznych uszkodzeń skóry, wywołanych niskimi temperaturami, należy je możliwie szybko usuwać zabiegami kosmetyczno-dermatologicznymi. W porze wieczornej, kiedy opuszczanie pomieszczeń nie jest już konieczne, należy po dokładnym umyciu rąk, najlepiej mydłami o pH 3,5 do 5,0 i osuszeniu skóry, nałożyć tłuste maści z dodatkiem witamin antyoksydacyjnych wpływających na trofikę naskórka i skóry właściwej (A, E, C) w opatrunku okluzyjnym, przy pomocy cienkiej folii spożywczej. Tak wykonany opatrunek powoduje zwiększone wchłanianie zawartych w maści witamin, przez lokalną wyższą temperaturę skóry, pozostającej pod opatunkiem. Zabezpieczona w ten sposób skóra dłoni, może pozostać pod folią i w cienkiej, bawełnianej rękawiczce ochronnej do rana, po czym należy resztki maści usunąć gazikiem, a dłonie umyć osuszyć i nałożyć bardzo cienką warstwę wazeliny ochronnej z dodatkiem wit. A, dostępnej w aptekach.

Na skórę twarzy należy nałożyć maseczkę odżywczą, na okres od 0,5 do 1 godz., dokładnie spłukać, a na noc krem odżywczy, głęboko penetrujący. Rano po spłukaniu twarzy ciepłą wodą i bardzo dokładnym osuszeniu należy zastosować bardzo cienką warstwę kremu tłustego, a następnie użyć pudru lub innych barwnych kosmetyków.

Szczególnej ochronie powinna podlegać czerwień wargowa, z uwagi na cienki naskórek pokrywający, inną strukturę anatomiczną i możliwość szybkiego spierzchnięcia, na skutek częstego u niektórych osób, zwilżania jej śliną. Stosowanie tłustych, bezbarwnych pomadek powinno być stałym nawykiem nie tylko w okresie zimy, ale szczególnie w przypadkach zauważalnego wysuszenia czerwieni wargowej. Częstość natłuszczania warg zależy od indywidualnych potrzeb.

Mając na uwadze fakt dobrego i bardzo dobrego zaopatrzenia aptek w kosmetyki lecznicze, a także wysoki stopień profesjonalizmu farmaceutów, nie powinno być obaw przed uszkodzeniami skóry w okresie zimy.

dr n. med. Maria Pawińska

Remedium na łuszczycę

Łuszczycyca (*psoriasis*) jest jedną z najczęściej występujących chorób skóry, statystyki wskazują, że dotyka 2-4% populacji. Łuszczycyca to przewlekła dermataza o nawrotowym charakterze, trudna do leczenia oraz w znacznym stopniu obciążająca psychikę i obniżająca komfort życia pacjenta.

Współczesna wiedza medyczna, u podłoża tej choroby, upatruje zaburzeń na tle immunologicznym oraz uwarunkowań genetycznych (dziedziczenie wielogenowe), choć do jej rozwoju przyczynić mogą się także liczne czynniki środowiskowe:

- infekcje bakteryjne, wirusowe oraz pasożytnicze (np. infekcje paciorkowcowe gardła i górnych dróg oddechowych),
- nielezione ogniska zapalne (zapalenia migdałków, dróg moczowych),
- schorzenia zmieniające procesy przemiany materii – np. cukrzyca typu II u osób w zaawansowanym wieku lub dna moczanowa,
- urazy mechaniczne lub podrażnienia skóry (np. długotrwały ucisk powodowany paskiem od zegarka),
- stres i silne wstrząsy psychiczne,
- lekarstwa i alkohol.

Powstanie zmian łuszczycowych prowokują m.in. beta – blokery, ACE – blokery, niektóre niesteroidowe leki przeciwzapalne, sole litu, leki przeciwmalaryczne oraz odstawienie lub redukcja leków korykosteroidowych. Łuszczycyca często pojawia się również w okresie dojrzewania lub przekwitania, kiedy dochodzi do znaczących zmian w gospodarce hormonalnej organizmu.

Powodem wystąpienia zmian skórnych charakterystycznych dla łuszczycy jest nadmierna proliferacja i czynnościowe pobudzenie keratynocytów w warstwie podstawnej naskórka. W warunkach prawidłowych, fizjologicznych keratynocyty w miarę dojrzewania przesuwają się do wyżej położonych warstw naskórka - kolczystej, ziarnistej i rogowej. W trakcie tego cyklu tracą jądra, rogowacieją i ulegają stopniowemu złuszczeniu. Przechodzenie tych komórek od warstwy podstawnej do rogowej trwa ok. 4. tygodni. Proces ten zachodzi w sposób ciągły i jest niezbędny do odnowy oraz prawidłowego funkcjonowania skóry. W patogenezie zmianach łuszczycowych namnażanie się komórek naskórka w warstwie podstawnej jest znacznie nasilone, a proces ich przechodzenia do warstwy rogowej przyspieszony, nawet do 3-4 dni. W wyni-

ku nadmiernego procesu rogowacenia na powierzchni skóry objętej procesem chorobowym powstaje charakterystyczna, srebrzystoszara łuska. W obrębie zmian skórnych występują charakterystyczne objawy stanu zapalnego, zwiększona jest produkcja cytokin, pojawia się także naciek z komórek zapalnych: limfocytów T, neutrofilów, makrofagów i komórek tucznych.

Łuszczyca może występować w czterech podstawowych typach: łuszczyca zwykłej (*psoriasis vulgaris*), krostkowej (*psoriasis pustulosa*), łuszczyca stawowej (*psoriasis arthropatica*) i erythrodermii łuszczycowej (*erythrodermia psoriatica*). W związku z dużą różnorodnością przebiegu choroby, a w szczególności obrazu zmian skórnych wydzielono ponadto kilka podtypów tej choroby. Dodatkowo różnym typom łuszczyca towarzyszy często łuszczyca paznokci (*psoriasis unguium*).

Terapia łuszczyca powinna zmierzać do zahamowania gwałtownego, niekontrolowanego podziału keratynocytów. Leczenie łuszczyca rozpoczyna się zazwyczaj od stosowania zewnętrznego preparatów złuszczejących i redukujących. Pierwszym etapem jest usunięcie łusek pokrywających zmiany łuszczycowe przy zastosowaniu preparatów zawierających kwas salicylowy w postaci maści salicylowej 5-10% lub oliwy salicylowej 5-7% (oliwa stosowana jest na owłosioną skórę głowy). Następnym etapem jest wprowadzenie leczenia redukującego, którego celem jest zahamowanie proliferacji keratynocytów. Jako środki redukujące stosuje się preparaty dziegci, ditranolu, kortykosteroidy, pochodne witaminy D₃ oraz retinoidy.

Dziegiecie są produktami suchej destylacji węgla kamiennego, drewna, kory lub torfu, lecz obecnie w medycynie oficjalnej stosowany jest jedynie dziegieć węglowy (synonimy: *Pix Lithanthracis*, *Pix Carbonis*, *Pix mineralis*). Składniki dziegci hamują procesy oddychania komórko-

wego oraz podziały komórek normalizując procesy rogowacenia, ponadto działają przeciwzapalnie i przeciwświądowo. W skład dziegci wchodzi związek fenolowy oraz pochodne naftalenu i fenantrenu o właściwościach toksycznych i cancerogennych, dlatego zastosowanie preparatów dziegciowych obecnie zostało ograniczone. Podobne, lecz znacznie silniejsze działanie wykazuje ditranol (cignolina). Ditranol powinien być aplikowany jedynie na powierzchnie zaatakowane przez łuszczycę, zaś zdrową skórę należy chronić przed działaniem leku (np. stosując wazelinę). Obecnie jest on stosowany głównie w tzw. terapii minutowej – maść aplikowana jest na chore miejsce i po określonym czasie dokładnie zmywana. Stężenia maści z ditranolem oraz czas ekspozycji jest ustalany przez lekarza na podstawie indywidualnej reakcji pacjenta na lek.

Współczesna terapia łuszczyca wykorzystuje także aplikowane na zmiany chorobowe pochodne witaminy D₃ – takalcitol i kalcipotriol, oraz szeroko stosowane, choć niestety często nadużywane glikokortykosteroidy (GS). Preparaty zawierające glikokortykosteroidy przynoszą pacjentom szybką, choć niestety krótkotrwałą ulgę, równocześnie jednak długotrwałe ich stosowanie, szczególnie na duże powierzchnie ciała, co w przypadku łuszczyca jest dość powszechne, niesie ze sobą ryzyko poważnych działań niepożądanych, jak również nawrotów choroby. Dlatego też na lekarzach i farmaceutach spoczywa obowiązek kontroli nad prawidłowym stosowaniem tych leków. **Ostrożnie podchodzić należy do pacjentów próbujących na różne sposoby wymusić wydanie tych leków z apteki bez recepty lekarskiej.**

W leczeniu łuszczyca stosowane są także naświetlania promieniami UVA oraz UVB, najczęściej jednak promienie UVA łączone są z zewnętrznym lub wewnętrznym podawaniem substancji fotouczulających – psolarenów w postaci terapii PUVA (Psolaren + UVA). Wprowadzenie terapii PUVA okazało się

kamieniem milowym w leczeniu łuszczyca i bielactwa. Psolareny są związkami naturalnymi należącymi do grupy furanokumaryn, występującymi m.in. w owocach aminki większego (*Ammi majus*) oraz olejku ruty zwyczajnej (*Ruta graveolens*). Psolareny pod wpływem promieni UVA łączą się z DNA komórkowym i w efekcie hamują nadmierną proliferację. Terapia PUVA jest niezwykle skuteczna i przynosi długie okresy remisji, ale jednocześnie przyczynia się do szybszego starzenia skóry oraz zwiększa ryzyko wystąpienia nowotworów skóry. Pacjentów poddawanych terapii PUVA należy informować o konieczności intensywnej samokontroli stanu skóry i regularnych wizyt u dermatologa. PUVA może powodować powstanie zaćmy, dlatego przez 8-12 godzin po zabiegu oczy chorego powinny być chronione okularami z filtrem UVA.

Jeśli leczenie zewnętrzne i terapia PUVA okazują się nieskuteczne, do terapii włączane są preparaty doustne – retinoidy, metotreksat, cyklosporyna lub takrolimus. Retinoidy są półsyntetycznymi pochodnymi witaminy A, które normalizują procesy rogowacenia naskórka. Są lekami bardzo skutecznymi, lecz niestety również silnie teratogennymi, dlatego kobiety przed zastosowaniem tej formy terapii powinny przejść badania ginekologiczne oraz przez okres 4 tygodni przed rozpoczęciem leczenia, w jego trakcie oraz przez dwa lata po zakończeniu stosować skuteczną metodę antykoncepcji. Metotreksat i cyklosporyna są bardzo silnie działającymi lekami immunosupresyjnymi, stosowanymi tylko i wyłącznie w ciężkich postaciach łuszczyca opornych na inne metody leczenia.

Ważnym elementem leczenia łuszczyca jest prawidłowa higiena skóry, która przyczynia się do złagodzenia objawów choroby, zmniejszenia dawek stosowanych leków oraz znacznego wydłużenia okresów remisji. Do codziennej pielęgnacji skóry należy stosować kosmetyki delikatne, niepowodujące

podrażnień, najlepiej nawilżająco – natłuszczające (emolienty), które odtwarzają płaszcz lipidowy skóry i łagodzą uczucie swędzenia, unikać zaś należy narażenia na działanie detergentów, chemikaliów i niesprawdzonych kosmetyków. Prawidłowo dobrany dermokosmetyk powinien zmniejszać uczucie dyskomfortu suchej skóry, natłuszczać i chronić przed niekorzystnym wpływem środowiska. Wskazane jest wybieranie produktów pozbawionych substancji zapachowych oraz środków konserwujących, które mogą podrażniać skórę i uczulać. Kosmetyki nawilżająco – natłuszczające są często zalecane przez dermatologów, ponieważ uzupełniają i wspomagają kortykosteroidową terapię miejscową. W aptekach dostępne są specjalne kremy oraz mydła i emulsje do kąpieli przeznaczone do leczenia nadmiernej suchości skóry, atopowego zapalenia skóry oraz łuszczycy.

W zapobieganiu nawrotom łuszczycy bardzo ważną rolę pełni unikanie czynników prowokujących i zaostrzających chorobę – urazów mechanicznych skóry, niektórych leków oraz stresu. Ogniska zakażenia takie jak: próchnica, infekcje migdałków, dróg oddechowych, moczowych i zapalne schorzenia ginekologiczne mogą być przyczyną wysiewów choroby, dlatego

też wskazane są profilaktyczne badania lekarskie – stomatologiczne (przynajmniej raz na pół roku) oraz u kobiet – ginekologiczne (raz w roku). Pacjentów chorych na łuszczycę należy przestrzegać przed zdrapywaniem łusek, szczotkowaniem włosów, jeżeli skóra głowy objęta jest procesem chorobowym i usuwaniem zrogowaciałych części pod paznokciowych, gdyż takie postępowanie grozi zaostrzeniem procesu chorobowego i powiększeniem powierzchni zmian skórnych. Zalecana także jest dieta niskokaloryczna oraz eliminacja używek, szczególnie alkoholu.

mgr farm. Łukasz Świątek

Literatura:

Poulin Y. 2004. Preface: Psoriasis Today – A New Paradigm. J Cutan Med Surg; Vol. 8; Suppl. 1: 1-2.
 Gupta A.K. i wsp. 2004. Pathogenesis of Psoriasis and Current Challenges. J Cutan Med Surg; Vol. 8; Suppl. 1: 3-7.
 Hünigsmann H. 2001. Phototherapy for psoriasis. Clinical and Experimental Dermatology 26: 343-350.
 Ashcroft D.M., Li Wan Po A., Griffiths C.E.M. 2000. Therapeutic strategies for psoriasis. J Clin Pharm Ther 25: 1-10.
 Łuczowska M., Żaba R. 2005. Łuszczycyca. Przew Lek 7: 38-49. ■

Skutki nadużywania leków

Skutki nadużywania leków przez kobietę odczuwa ona sama, jej dzieci, a nawet wnuki. Jednym z nich jest obniżona samoocena potomków – wynika z najnowszych badań nowojorskich naukowców. Zespół lekarzy, kierowany przez dr Judith S. Brook z prestiżowej School of Medicine Uniwersytetu w Nowym Jorku, prowadził wieloletnie obserwacje trzech pokoleń rodzin z tego miasta.

Na tej podstawie naukowcy ustalili, że większość dzieci i wnuków, których matki i babcie nadużywały leków, ma gorszą samoocenę niż ich rówieśnicy z rodzin, w których kobiety nie nadużywają leków. Artykuł na ten temat zamieszcza specjalistyczne czasopismo „Pediatrics”.

Wyniki badań przeprowadzonych przez naukowców z nowojorskiej School of Medicine pokazują, jak groźne i dalekosiężne są skutki nadużywania leków i swobodny, niedostatecznie kontrolowany dostęp do nich. Czasy, gdy się kierowano zasadą „Caveat emptor” (niech się strzeże kupujący) rodem z XIX-wiecznego liberalizmu ekonomicznego powinny minąć jak najprędzej.

Oprac. na podstawie: Rzeczpospolita, 15.02.2007

PRZEGLĄD PRASY

KARSTULAN METALLIOY

KOMORY LAMINARNE

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

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

NAJWYŻSZA JAKOŚĆ
ATRAKCYJNA CENA



Produkowane w kilku wersjach rozmiarowych:

- MINIFIL E – 680 x 400 x 1032 mm *super cena*
- MINIFIL – 680 x 400 x 1158 mm
- MIKROFIL – 680 x 596 x 1158 mm
- LAMIL – 1000 x 596 x 1263 mm

Polecamy również:

- komory laminarne do aptek szpitalnych
- komory laminarne do prac z cytostatykami
- profesjonalne urządzenia do oczyszczania powietrza w pomieszczeniach, w których wymagana jest wysoka klasa czystości: C. A. PLUS 350 i C. A. PLUS 650.

Urządzenia KARSTULAN METALLIOY to:

- solidność profesjonalnego producenta – ISO 9001, CE
- prawie 30 lat doświadczenia w ich produkcji
- nowoczesna technologia, niezawodne działanie
- najwyższej jakości podzespoły, w tym filtry HEPA
- prosta obsługa i konserwacja, niskie koszty eksploatacji
- natychmiastowa dostawa z magazynu w Warszawie
- autoryzowany serwis gwarancyjny i pogwarancyjny, w tym pomiarowy kontroler i walidacja
- 24 miesięczne gwarancje

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

Do You Speak English?

Znajomość języka angielskiego w zawodzie farmaceuty jest konieczna, a koszty poniesione na naukę tego języka są uzasadnione.

Innego zdania był jeden z bydgoskich urzędów skarbowych. Naczelnik tego urzędu dowodził, że poniesienie wydatków na naukę języka angielskiego jest wydatkiem o charakterze osobistym, dotyczącym inwestowania w swoje własne wykształcenie – podnoszącym poziom wiedzy ogólnej i tym samym nie stanowi kosztu uzyskania przychodu z tytułu działalności gospodarczej prowadzonej w ramach apteki.

Od decyzji urzędu skarbowego odwołał się bydgoski aptekarz, którego zdaniem, znajomość języka angielskiego w zawodzie farmaceuty ma związek z osiąganym przychodem z tytułu prowadzenia apteki. Medycyna i farmacja są naukami dynamicznie rozwijającymi się, a wiedzę na temat coraz to nowocześniejszych metod czy też substancji leczniczych można uzyskać poprzez korzystanie z internetu oraz czasopism polskich i zagranicznych, jak np. „Farmacja Polska”, „Pharmacy in the world”, „Pharmacy in practice” -argumentował aptekarz. W swoich wywodach odwoływał się także do praktyki wskazując, że zdarza się, że pacjent przychodzi z opakowaniem po leku, który nabył za granicą i którego nie może kupić w Polsce, wówczas tłumaczenie ulotki, która napisana jest zawsze w języku angielskim, umożliwi farmaceucie zapoznanie się z działaniem, składem, skutkami ubocznymi danego leku i pozwoli na zaproponowanie

innego leku, dostępnego w Polsce.

Interwencja aptekarza dochodzącego prawa do zaliczenia wydatków na naukę języka angielskiego poparta solidną i znacznie szerszą od podanych przykładów argumentacją, okazała się skuteczna.

Rozpatrując odwołanie bydgoska Izba Skarbowa wskazała, że wydatki związane z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych przedsiębiorcy dzielą się na dwie grupy, tj. wydatki związane z:

- podnoszeniem posiadanych kwalifikacji zawodowych,
- podnoszeniem ogólnego poziomu wiedzy.

Do pierwszej grupy wydatków należy zakwalifikować wydatki związane z różnymi formami kształcenia, w ramach, których podatnik nabywa umiejętności i wiedzę niezbędną w prowadzeniu działalności.

Izba Skarbowa uznała, że w sytuacji, gdy wydatki związane z nauką języka angielskiego zmierzają i mogą wpłynąć na zwiększenie przychodów z prowadzonej działalności gospodarczej, a nie zostały wymienione przez ustawodawcę w art. 23 ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych, należy stwierdzić, że będą stanowiły koszt uzyskania przychodów prowadzonej działalności gospodarczej.

W decyzji z dnia 12.01.2007 r. (sygn. PB2/4117-SIP-17/06), przyznającej rację aptekarzowi Izba

Skarbowa w Bydgoszczy stwierdziła, iż opłata za kurs językowy jest wydatkiem realizującym cel wynikający z art. 22 ust. 1 ustawy o podatku dochodowym.

Jeśli decyzja Izby Skarbowej w Bydgoszczy nie zostanie podważona, to będący w podobnej sytuacji faktycznej i prawnej aptekarze, nie tylko z województwa kujawsko-pomorskiego, będą mogli zaliczać wydatki poniesione na naukę języka angielskiego w koszt prowadzenia apteki. Można się spodziewać, że inne urzędy i izby skarbowe podzielią argumentację Izby bydgoskiej i podobnie będą interpretować prawo podatkowe

Pomimo zachęcającego rozstrzygnięcia zalecana jest ostrożność, gdyż ordynacja podatkowa stanowi, że „stosownie do swojej właściwości naczelnik urzędu skarbowego, naczelnik urzędu celnego lub wójt, burmistrz (prezydent miasta), starosta albo marszałek województwa na pisemny wniosek podatnika, płatnika lub inkasenta mają obowiązek udzielić pisemnej interpretacji co do zakresu i sposobu zastosowania prawa podatkowego w ich indywidualnych sprawach, w których nie toczy się postępowanie podatkowe lub kontrola podatkowa albo postępowanie przed sądem administracyjnym”. Pewność uzyskamy zadając pytanie we własnej sprawie właściwemu urzędowi skarbowemu.

Opracował Zbigniew Solarz

KONSULTANCI KRAJOWI W DZIEDZINACH FARMACJI

1.	analityka farmaceutyczna	Prof. dr hab. Roman Kaliszan	e-mail: roman.kaliszan@amg.gda.pl
2.	farmacja apteczna	Dr hab. Renata Jachowicz	e-mail: mfjachow@cyf-kr.edu.pl
3.	farmacja przemysłowa	Mgr Zofia Ulz	e-mail: ulz@gif.gov.pl
4.	farmacja szpitalna	Prof. dr hab. n. med. Edmund Grześkowiak	e-mail: grzesko@amp.edu.pl

Źródło: wykaz Departamentu Nauki i Szkolnictwa Wyższego MZ, styczeń 2007

Drogowskaz

Drodzy Czytelnicy!

Mija dziewięć miesięcy od powołania redakcji *Aptekarza Polskiego* w aktualnym składzie. W tym czasie 5-osobowy zespół redakcyjny przygotował dziewięć numerów miesięcznika.

Aptekarz Polski jest jednym z przedsięwzięć programowych Naczelnej Izby Aptekarskiej. Częścią zawartości pisma jest *Biuletyn Naczelnej Rady Aptekarskiej*. Zadaniem *Aptekarza Polskiego* jest integrowanie środowiska aptekarskiego poprzez stworzenie płaszczyzny wymiany informacji, opinii i poglądów. Naczelna Rada Aptekarska ma prawo żądać, żeby pismo odzwierciedlało autentyczny i pełny obraz aptekarstwa oraz jego otoczenia. Zadaniem redakcji jest przedstawianie wszystkich aspektów związanych z zawodem farmaceuty.

Koszty związane z przygotowaniem materiałów dziennikarskich i ich opracowaniem, drukiem oraz kolportażem pisma są znaczne; wynoszą średnio ponad 50 tys. złotych miesięcznie. Piątą część tych kosztów pokrywa z własnych środków Naczelna Izba Aptekarska, która jest wydawcą pisma. Wysilek związany z finansowaniem pisma przez samorząd aptekarski jest znaczny.

Zespół redakcyjny *Aptekarza Polskiego* składa się z zawodowych dziennikarzy i farmaceutów. Mamy świadomość, że nasza praca winna służyć środowisku aptekarskiemu. Mamy doświadczenie redakcyjne zrodzone we wspólnej pracy nad redagowaniem *Aptekarza Polskiego*. Doszliśmy jednak do wniosku, że po dziewięciu miesiącach przyszedł czas, aby zapytać Czytelników, co sądzą o redagowanym przez nas piśmie. Dlatego też odwołujemy się do Państwa, prosząc o wyrażenie opinii o *Aptekarzu Polskim*.

Prosimy Was, drodzy Czytelnicy, napiszcie, co o naszej pracy sądzicie i czego od nas oczekujecie? Wasze opinie będą dla nas drogowskazem. Piszcie na adres: redakcja@aptekarzpolski.pl

Zbigniew Solarz
Redaktor Naczelny
Aptekarza Polskiego

Wielki wyścig z czasem producentów leków

Branża farmaceutyczna bije na alarm: jeśli producenci leków nie zdążą zarejestrować ich według norm unijnych, z rynku może zniknąć ok. 180 preparatów.

Na harmonizację, czyli ponowną rejestrację 12,5 tys. produktów leczniczych dopuszczonych do obrotu przed wejściem Polski do UE, firmy produkujące u nas farmaceutyki mają czas do końca 2008 r.

Opóźnienie będzie miało najgorsze skutki dla polskich producentów, bo leki, które nie zostaną zharmonizowane, nieodwołalnie znikną z rynku – mówi Leszek Borkowski, prezes URPL. Międzynarodowe koncerty są w lepszej sytuacji, bo jeśli dany preparat jest już zarejestrowany za granicą, mogą skorzystać z tzw. procedury wzajemnego uznania.

Opinia eksperta

Wiesław Szelejewski, dyrektor Instytutu Farmaceutycznego – Uważam, że nie ma szans, by przedsiębiorstwa farmaceutyczne zdążyły z przygotowaniem wszystkich dossier harmonizacyjnych w wymaganym terminie. W konsekwencji URPL nie będzie zdolny „przerobić” wszystkich aplikacji.

Oprac. na podstawie: Rzeczpospolita, 21.01.2007

NOVERBAN®
Syrop z dziewanny
pomocniczy w schorzeniach górnych dróg oddechowych i stanach zapalnych gardła (np. grypa z objawami chrypy i suchego kaszlu). Środek tradycyjnie stosowany jako wykrztuśny, osłaniający (powlaskający)

LANCETAN®
Syrop z babki lancetowatej
pomocniczy w schorzeniach górnych dróg oddechowych z utrudnionym odkaszczaniem (np. grypa), w stanach zapalnych gardła.

Skład:
verbasin flavis extractum fluidum
15,0g w 100,0g preparatu
Pochodzenie:
syrop; 950mg/5ml
Sw. Rej. MZ nr 9629

Skład:
plantaginis lanceolatae extractum fluidum
15,0g w 100,0g preparatu
Pochodzenie:
syrop; 600mg/5ml
Sw. Rej. MZ nr 9621

Producent:
FARM. POLSKIE, ul. Tatarska 1, 01-004 Warszawa, tel. 22 626 10 10, www.polskafarm.pl

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



Teka pełna exlibrisów

Doktor farmacji Krzysztof Kmiec jest znanym grafikiem, twórcą exlibrisów. Wykonuje je od ponad 20. lat. Ma w dorobku ponad 1500 prac wykona-

nych różnymi technikami: typografia, cynkoryt, ołoworyt, drzeworyt i głównie linoryt. Tematyka prezentowana w ekslibrisach to farmacja i medycyna ze szczególnym uwzględnieniem roślin leczniczych, muzyka, przyroda, podróże i turystyka oraz sztuka i starożytność.

Exlibrisy doktora Kmiecicia są cenione przez



bibliofilów. Artysta pokazywał je na ponad 100. wystawach, zbiorowych i indywidualnych. Na szczególną uwagę zasługują wystawy tematyczne pt. „Rośliny lecznicze w ekslibrisie”, które łączą jego zainteresowania zawodowe z twórczością ekslibrisową. Wydane

do nich katalogi, oprócz podstawowych informacji o ekslibrisie, zawierają najważniejsze wiadomości o działaniu i zastosowaniu roślin leczniczych. Prace Krzysztofa Kmiecicia znajdują się m.in. w zbiorach Gabinetu Grafiki Biblioteki Zakładu Narodowego im. Ossolińskich we Wrocławiu, muzeach farmacji: w Krakowie, Poznaniu i Łodzi. Wydał teki ekslibrisowe m.in. pt. „Ptaki – trzynastce ekslibrisów z ptakami”.

Zbigniew Solarz

Dr n. farm. Krzysztof Kmiec urodził się w Cieplicach Śląskich Zdroju w 1950 roku. Jest absolwentem Krakowskiej Akademii Medycznej. Pracuje jako adiunkt Katedry Farmakognozji Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego.



Fot. autora



Ryszard Kapuściński – wielki pisarz, mistrz reportażu

Twórczość Ryszarda Kapuścińskiego jest jak lustro, w którym odbija się rzeczywistość świat.

Dla wielkich tego świata – tyranów, despotów, a nawet demokratycznych pyszałków i zarozumiałców ukazywana przez niego dola i niedola zwykłych ludzi jest czymś, od czego trzeba się odgradzić przyciemnionymi szybami limuzyn, kordonami ochroniarzy, żołnierzy, rezydencjami z kuloodpornymi szybami.

Kapuściński urodził się w Pińsku i tam spędził najwcześniejszą młodość. Tam kształtowała się jego wrażliwość



się w niej nad losem naszego globu, nad losem nas ludzi. Co stanie się, gdy nie będziemy potrafili albo, gdy nie będziemy chcieli poznać Innego? Gdy nie będziemy chcieli poznać jego tradycji, obyczajów, wierzeń, kultury. Wspomniałem wówczas o przesłaniu dla naszej cywilizacji europejskiej, która jest w mniejszości, gdy spotkamy Innych. „Rzucić się z furją na napotkanych? Minąć ich obojętnie i iść dalej? Czy też próbować poznać się i porozumieć”. Odpowiedź wydaje się jednoznaczna, biorąc choćby pod uwagę doświadczenie Kapuścińskiego wynikające z dorastania w wielu kulturach w Pińsku.

Ryszard Kapuściński, jak mówił, przekraczał granice w przestrzeni, bo był ciekawy ludzi tam żyjących. Ale okazało się, że nosił w sobie jeszcze jedno pragnienie. Związane z Herodotem i jego opisem ówczesnego świata istniejącego dwa i pół tysiąca lat temu. Jego książkę otrzymał w prezencie na początku dziennikarskiej kariery i nie rozstawał się z nią. To pragnienie było związane z fascynacją „przekroczenia granicy w czasie”. I tak powstała w 2004 roku książka „Podróże z Herodotem”, która odniosła wielki sukces i otrzymała prestiżowe nagrody. Po mistrzowsku łączy minione czasy ze współczesnymi.

Mamy wrażenie, że historia lubi się jednak powtarzać. W przypadku Ryszarda Kapuścińskiego, może kiedyś właśnie historia uzna go Herodotem naszego współczesnego świata. Już w roku ubiegłym był jednym z najpoważniejszych kandydatów do literackiej nagrody Nobla. A po śmierci w styczniu tego roku, najpoważniejsze dzienniki świata pisały – zmarł wielki pisarz, mistrz reportażu.

Każda książka tego Autora, którą uda się przeczytać i zachować we własnej domowej bibliotece, to cenny nabytek, a słowa w nich zawarte pobudzą serca i skłonią rozum do refleksji – dokąd zmierzamy...? A może, dokąd chcemy, a może, dokąd powinniśmy dojść w XXI wieku...?

Wacław Bierkowski

bijany w trakcie prowadzonych wojen jest w jego opisywaniu świata najważniejszy.

Każdy pojedynczy człowiek jest tą najważniejszą częścią opisywanej

rzeczywistości, tym szczególnie składającym się na ogólną całość.

„W każdej kropli deszczu potrafił znaleźć uniwersum” – tak ujął tę szczególną umiejętność widzenia świata przez Kapuścińskiego i opisywania słowem – pisarz Paweł Huelle. I dodał – „Jego piarstwo pozwalało i pozwala patrzeć na siebie samych z dystansem. Kapuściński nawet jak pisał o konkretnych wydarzeniach i związanych z nimi osobach, na przykład w „Szachin-szach”, potrafił stworzyć niesamowity, uniwersalny obraz szerszej sytuacji”.

W październiku ubiegłego roku w Aptekarzu Polskim zachęcałem do przeczytania książki R. Kapuścińskiego „Ten Inny”. Nie sądziłem, że będzie to ostatnia jego książka. I tak ważna, ponieważ autor zastanawia

na biedę i wrażliwość na Innych. Tam młodość i – jak wspominał, dziecięce psikusy były wspólne bez różnicy na pochodzenie etniczne mieszkańców Pińska. Obok siebie mieszkali Polacy, Ukraińcy, Rosjanie i główni wówczas mieszkańcy miasta – Żydzi. Żyli zgodnie ze swoimi tradycjami, obyczajami i własną wiarą. Los obdarzył ich jednakowo biedą – życiem, marnymi drewnianymi przycupniętymi do ziemi chałupami, rozkiszłymi, błotnymi ulicami.

W jego znakomitych reportażach wrażliwość na los człowieka czy to w Europie, Azji, Afryce jest jednakowa.

Człowiek niszczonej przez nędzę, poddany terrorowi, despotycznej władzy, przeganiany z miejsca na miejsce, pozbawiony dobytku, za-

Jedno oko na Maroko, a drugie na Kaukaz

Zima w tym sezonie płata figle jak nigdy. Gdy już się wydawało, iż w tym roku nas nie odwiedzi (z tego powodu konieczne było przełożenie narciarskich Mistrzostw w Karpaczu) uderzyła na kilka dni z taką siłą, iż sparaliżowała kraj. Ale cóż to by była za zima bez śniegu i mrozu...

Tak więc narciarze mają dodatkowy czas do 3 marca, aby podszlifować formę do zawodów. A tych, którzy, przemarzli tej zimy i chcieliby poczuć słońce i ciepło – zapraszam do marokańskiego miasta Agadir, które będzie gospodarzem **28. Światowych Igrzysk Medyków 2007**. Wiadomość ta jest i dobra, i zła. Dobra – gdyż startując w tegorocznych Igrzyskach będzie można poczuć smak orientu, spotkać odmienną od naszej kulturę. Jeśli dodamy do tego wspaniały klimat i wyjątkowe miasto – to wszystko wydaje się bardzo obiecujące. Ale... na ziemię sprowadzą sportowców (przynajmniej z Polski) koszty. A kalkulacja jest nieubłagana – do Maroka można dostać się tylko samolotem, i niestety, nie latają tam tanie linie lotnicze. Tym niemniej – polecam!

Impreza odbędzie się w dniach 23–27 czerwca, szczegóły na stronie www.medigames.com

Jedni sportowcy myślą, więc o gorącym Maroku, a inni swoje pasje realizują w miejscach o zgoła innej temperaturze. Obiecana w listopadzie, ub. r. relacja Miłosza Gawora, starachowickiego aptekarza ze zdobycia Elbrusu okazała się tak barwna i długa, iż ze względów technicznych przytaczam na łamach AP jej fragment. Jak się okazuje forma Miłosza rośnie z każdą wyprawą – także ta literacka.

„Jeszcze Europa czy już Azja? To pytanie zadawałem sobie szyku-

jąc się na kolejną wyprawę. Elbrus, bo to o niego chodzi jest najwyższym szczytem Rosji. Leży w zachodniej części głównego łańcucha Kaukazu na terenie Kabardo-Bałkarii. Przez lata Mont Blanc (4807 m n.p.m.) nosił zaszczytne miano najwyższej góry Europy, aż tu słynny zdobywca Korony Himalajów, Reinhold Messner, wypowiedział się autorytatywnie, że to Elbrus (5642 m n.p.m.) położony na Kaukazie powinien dzierżyć palmę pierwszeństwa. Postanowiłem to sprawdzić na własnej skórze. Na parking przed lotniskiem dobijamy targu z Ormianinem, który ma nas zabrać do miejscowości Elbrus u stóp góry. Podczas negocjacji Murat zapomniał wspomnieć o drobnym szczególe, a mianowicie, że jego „bus” to pełnoletnie żiguli. Nas czterech + kierowca + osiem plecaków – nie ma rzeczy niemożliwych. Po 20. minutach misternego pakowania, z otwartą klapą bagażnika i plecakami na kolanach ruszamy z lotniska. Przy wyjeździe z parkingu znajduje się posterunek milicji ze szlabanem. Podchodzi do nas znudzony milicjant. Kontrola dokumentów: Pasporty? – są, wizy? – są, vouchery? – no i jest problem. Lechu, który ma rosyjską wizę biznesową, nie posiada osobnego vouchera. Milicjant triumfalnie idzie do kantorka, my potulnie za nim. Rosjanin chce odesłać Lecha do Moskwy w celu wyjaśnienia sprawy. Zaraz! Chwila! Dzwonimy do konsula. Ten wyjaśnia, że jedynymi niezbędnymi



Logo 28. Światowych Mistrzostw Medyków 2007 w Agadirze

mi dokumentami są wiza i paszport. A to przecież mamy! Radośnie informujemy o tym „stróża prawa”. Ale ten spokojnie oznajmia nam, że konsul jest w Moskwie, a on tutaj. Trudno kwestionować logikę tego stwierdzenia. Banknot z wizerunkiem jednego z prezydentów USA załatwia sprawę. Jedziemy dalej. Podobne kontrole przechodzimy jeszcze kilkakrotnie podczas podróży. Na każdym rogatkach miasta stoi posterunek z mundurowymi z długą bronią. Chyba jest to jedna z rosyjskich metod utrzymywania tych jakże odmiennych republik w strukturach jednego państwa. Czasami udaje się przejechać, czasem musimy „grać w zielone (...)”.

Rozgrzewamy zgrabiące palce, smarujemy twarz blokerem słonecznym. Jeszcze kilka kroków i teren zupełnie się spłaszcza. Co jest?! Dziwne, jestem na wysokości ponad 5600 m n.p.m. i maszeruję po rozległej śnieżnej płaszczyźnie przypominającej zastygłe, rozfalowane morze. Pokonuję kolejną śnieżną wydmnę i ... tak to tu! Kamień z pozostawionymi pamiątkami rozwiewa wątpliwości.

Całą relację opublikujemy na stronie www.aptekarzypolski.pl

mgr farm. Filip Olejniczak

Najniższe ceny leków w Polsce

Obchodzimy
3 urodziny
Pretium

 **pretium**
Hurtownia Farmaceutyczna

Sympatyczna i kompetentna obsługa przez telefon
- Infolinie: 0801 800 127; 0800 800 127
www.pretiumfarm.pl

SKUTECZNY LEK PRZECIWPALNY

Eurespal®

Fenspiridum

zmniejsza przekrwienie
i obrzęk błony śluzowej

normalizuje wydzielanie
gruczołów śluzowych

poprawia transport
śluzowo-rzęskowy

wykazuje działanie
antybronchokonstrykcyjne*

* Evers T, Katz G., Bodnar M.C., Chapeira B., Eur Resp Rev. 1991; 1 (Rev 2):93-100

EURES PAL® Fenspiridum - syrop, 2 mg/ml, tabletki powlekane, 80 mg

SKŁAD: Syrop zawiera 2 mg/ml chlorowodoru fenspirydu, 1 tabletkę zawiera 80 mg chlorowodoru fenspirydu. **DZIAŁANIE:** Fenspiryd ma właściwości przeciwzapalne, redukujące przekrwienie i zrostowe, zmniejsza przekrwienie błony śluzowej dróg oddechowych, zmniejsza obrzęk błony śluzowej, zmniejsza wydzielanie śluzu, poprawia transport śluzowo-rzęskowy. **WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** Długość przewlekłego zapalenia dróg oddechowych, przewlekła astma, przewlekłe zapalenie błony śluzowej dróg oddechowych, przewlekłe zapalenie oskrzeli, przewlekłe zapalenie płuc, przewlekłe zapalenie zatok. **PRZECIWSKAZANIA:** Nadwrażliwość na fenspiryd lub inne składniki preparatu w wywiadzie. **SPECJALNE OSTROŻNOŚCI I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA:** Terapia fenspirydem nie zastępuje leczenia antybiotykami. Syrop zawiera cukier (sacharozę), dlatego w chorobach związanych z zaburzeniami przemiany materii (diabetycy) należy zachować ostrożność. Nie należy stosować leku Eurespal® w tabletkach u dzieci. **ODDALAWIA NIEPOŻADANE:** zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, nudności, świąd, reakcje alergiczne, reakcje skórne, zwiększenie czynności tarczycy, objawy podrażnienia błony śluzowej dróg oddechowych. **PODMÓCI ODPOWIEDZIALNY:** Lata Laboratoires Servier, 27 rue Garibaldi, 93200 Bondy sur Seine, France. **POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU WYDANE PRZEZ MINISTRA ZDROWIA:** syrop - Nr 1480, tabletki - Nr 1481. **ADRES KORESPONDENCYJNY:** Servier Polska Sp. z o.o., 01-243 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 10, tel. (22) 594 90 90, fax (22) 594 90 10, Internet: www.servier.pl, e-mail: info@pl.netgrs.com



SERVIER
Odkrycia dające nadzieję

10-11