

Patronat  
POLSKIE  
TOWARZYSTWO  
LEKARSKIE  
POLSKI  
KOMITET  
ZIELARSKI

ISSN 1233-2755  
Vol. XVII  
Rok założenia 1992  
Nr 12 (204)  
Grudzień 2010

Punktacja:  
Ministerstwa Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego: 6 pkt  
Index Copernicus  
Wydawnictwo Farmapress®: 10,63 pkt

# CZASOPISMO APTEKARSKIE<sup>®</sup>

Kontynuator tradycji Czasopisma utworzonego w roku 1871 we Lwowie

## W NUMERZE M.IN.

- Czy technicy farmaceutyczni będą mogli zdobyć licencjat w Wyższej Szkole Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych działającej na podstawie ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r.
- Stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w RP? •

oryginalny

# DIAPREL<sup>®</sup> MR

Gliklazyd 30 mg

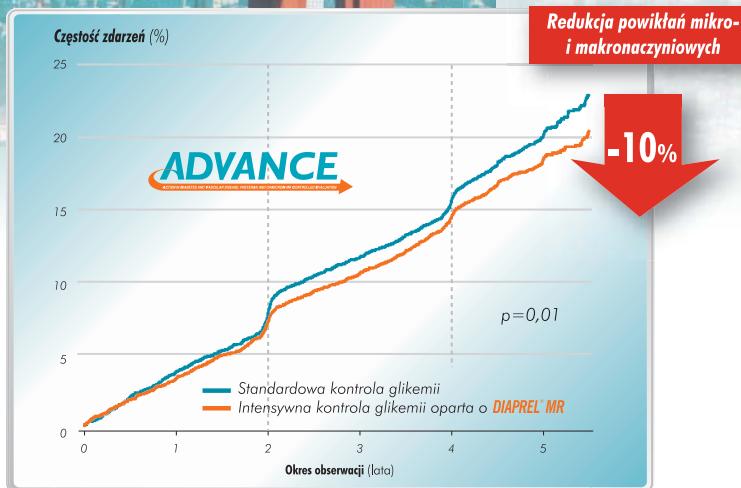
chroni przed ciężkimi powikłaniami cukrzycy\*

Terapia oparta o



The NEW ENGLAND  
JOURNAL of MEDICINE

- Największe badanie w cukrzycy typu 2
- 11 140 pacjentów
- 5 lat obserwacji
- 20 krajów na świecie
- intensywna kontrola glikemii (HbA1c 6,5%) oparta o DIAPREL® MR



\* liczone łącznie incydenty mikro-i makronaczyniowe.  
ADVANCE Collaborative Group N Eng J Med. 2008; 358: 2560-2572.

■ Skuteczna  
i bezpieczna  
kontrola glikemii

■ Ochrona  
przed ciężkimi  
powikłaniami

DR101/1/06

**SERVIER**  
Odkrycia dające nadzieję

**DIAPREL® MR** (*Gliclazidum*), tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 30 mg

#### SKŁAD

Jedna tabletko o zmodyfikowanym uwalnianiu zawiera 30 mg gliklazydzu (*Gliclazidum*)

#### WSKAZANIA DO STOSOWANIA

Cukrzyca insulinoniezależna (typ 2) u dorosłych, kiedy leczenie dietetyczne i wysiłek fizyczny oraz zmniejszenie masy ciała nie wystarczają do utrzymania prawidłowego stężenia glukozy we krwi.

#### DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA

Doustnie. Do stosowania tylko u osób dorosłych. Dawkę dobową wynosi od 1 tabletki do 4 tabletek na dobę, tj. od 30 do 120 mg przyjmowanych doustnie, jednorazowo, w porze śniadania. Tabletki (tabletkę) należy polykać w całości. W przypadku pominięcia jednej dawki nie należy jej zwiększać w dniu następnym. Podobnie jak w przypadku innych leków o działaniu hipoglikemizującym, dawka powinna być dostosowana indywidualnie w zależności od reakcji pacjenta (stężenie glukozy we krwi, HbA1c).

#### Dawka początkowa:

Zalecana dawka początkowa wynosi 30 mg na dobę. Jeśli stężenie glukozy we krwi jest skutecznie kontrolowane, dawka ta może być stosowana jako leczenie podtrzymujące. Jeśli stężenie glukozy we krwi nie jest odpowiednio kontrolowane, dawkę można stopniowo zwiększyć do 60, 90 lub 120 mg na dobę. Nie powinno się zwiększać dawki częściej, niż co najmniej po upływie 1 miesiąca, z wyjątkiem pacjentów, u których stężenie glukozy we krwi nie uległo zmniejszeniu po dwóch tygodniach leczenia. W takich przypadkach, dawkę można zwiększyć pod koniec drugiego tygodnia leczenia. Maksymalna, zalecana dawka dobowa to 120 mg.

#### Zamiana tabletek produktu zawierającego 80 mg gliklazydzu (np. Diaprel) na Diaprel MR:

1 tabletko produktu zawierającego 80 mg gliklazydzu jest porównywalna z 1 tabletką produktu Diaprel MR. Zmiana może być przeprowadzona pod warunkiem monitorowania parametrów krwi.

#### Zamiana innego, doustnego leku przeciwczukrzycowego na Diaprel MR:

Diaprel MR może być stosowany w celu zastąpienia innego, doustnego leku przeciwczukrzycowego. Podczas zamiany na Diaprel MR należy wziąć pod uwagę dawkę oraz okres półtrwania uprzednio stosowanego leku przeciwczukrzycowego. Zastosowanie okresu przejściowego nie jest konieczne. Należy zastosować dawkę początkową 30 mg i tak ją modyfikować, aby była dostosowana do reakcji stężenia glukozy we krwi danego pacjenta, tak jak to przedstawiono powyżej.

W razie zmiany z innych hipoglikemizujących pochodnych sulfonylomocznika o przedłużonym okresie półtrwania może być konieczna kilkudniowa przerwa w leczeniu, aby zapobiec wystąpieniu efektu addytywnego dwóch preparatów, który może powodować hipoglikemię. Schemat dawkowania w takich sytuacjach powinien być taki sam jak na początku stosowania leku, tzn. leczenie należy rozpoczęć od dawki 30 mg, a następnie ją zwiększać w zależności od reakcji metabolicznej pacjenta.

#### Leczenie skojarzone z innymi lekami przeciwczukrzycowymi:

Diaprel MR może być stosowany z biguanidami, inhibitormi alfa-glukozydazy lub insuliną.

U pacjentów ze stężeniem glukozy we krwi niedostatecznie kontrolowanym z użyciem leku Diaprel MR leczenie skojarzone z insuliną powinno być wprowadzone pod ścisłą opieką medyczną.

U osób w podleszym wieku (powyżej 65 lat) lek należy stosować zgodnie z tymi samymi zasadami dawkowania, jakie są zalecane u pacjentów poniżej 65 lat. U pacjentów z łagodną i umiarkowaną niewydolnością nerek powinny być zastosowane takie same zasady dawkowania, jak u pacjentów z prawidłową czynnością nerek. Pacjenci ci powinni pozostawać pod obserwacją. Dane te zostały potwierdzone w badaniach klinicznych.

#### Stosowanie u pacjentów z ryzykiem wystąpienia hipoglikemii

Większe ryzyko hipoglikemii dotyczy następujących pacjentów:

- niedożywionych lub źle odżywionych;
- z ciężkim lub niedostatecznym wyrównaniem zaburzeniami endokrynologicznymi (niedoczynność przysadki, niedoczynność tarczycy, niewydolność kory nadnerczy);
- po zaprzestaniu długotrwałego leczenia i (lub) leczenia dużym dawkami kortykosteroidów;
- z ciężkimi chorobami tężnic (ciążka choroba wieńcowa, ciążka niewydolność tężnicy szyjnej, choroba naczyni obwodowych).

Zaleca się stosowanie minimalnej dawki początkowej 30 mg.

Brak danych oraz badań klinicznych dotyczących stosowania u dzieci.

#### PRZECIWWSKAZANIA

Stwierdzona nadwrażliwość na gliklazyd lub którąkolwiek substancję pomocniczą, inne pochodne sulfonylomocznika, sulfonamidy. Cukrzyca typu 1. Stan przedśpiączkowy lub śpiączka cukrzycowa. Ketoza i kwasyca cukrzycowa. Ciążka niewydolność nerek lub wątroby: w tych przypadkach zaleca się zastosowanie insuliny. Leczenie mikonazolem. Okres karmienia piersią.

#### SPECJALNE OSTRZEŻENIA I ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA

##### HIPOGLIKEMIA

Doustne leki hipoglikemizujące można stosować jedynie u pacjentów regularnie i prawidłowo odżywiających się. Hipoglikemia częściej pojawia się podczas stosowania diet niskokalorycznych, w następstwie długotrwałego lub forsownego wysiłku fizycznego, picia alkoholu lub w przypadku, gdy zastosowano leczenie skojarzone lekami przeciwczukrzycowymi. Hipoglikemia może wystąpić w następstwie stosowania pochodnych sulfonylomocznika. Niektóre przypadki hipoglikemii mogą wymagać leczenia szpitalnego i podawania roztworu glukozy dożylnie. Aby zmniejszyć ryzyko hipoglikemii, należy indywidualnie ustalić sposób leczenia oraz odpowiednią dawkę. Czynniki zwiększające ryzyko wystąpienia hipoglikemii:

- brak współpracy ze strony pacjenta;
- niedo żywienie, nieregularne pory spożywania posiłków, opuszczanie posiłków, okresy poszczenia lub zmiany w diecie;
- brak równowagi pomiędzy wysiłkiem fizycznym a podażą węglowodanów;
- niewydolność nerek;
- ciążka niewydolności wątroby;
- niektóre zaburzenia endokrynologiczne: zaburzenia czynności tarczycy, niedoczynność przysadki oraz niewydolność nadnerczy;
- przedawkowanie produktu Diaprel MR;
- równoczesne podawanie innych preparatów wpływających na glikemicję.

Niewydolność nerek i wątroby: farmakokinetyka i (lub) farmakodynamika gliklazydzu może być zmieniona u pacjentów z niewydolnością wątroby lub ciążką niewydolnością nerek. U tych pacjentów hipoglikemia może się przedłuzać, co może wymagać specjalnego postępowania.

##### Informowanie pacjenta

Rzyko hipoglikemii, objawy, leczenie i czynniki predysponujące do jej wystąpienia, należy wyjaśnić pacjentowi oraz członkowi jego rodziny.

##### Slaba kontrola glikemii

Na kontrolę glikemii u pacjentów otrzymujących leczenie przeciwczukrzycowe mogą mieć wpływ: gorączka, uraz, infekcja lub zabieg chirurgiczny. W niektórych przypadkach może być konieczne podanie insuliny. Przed stwierdzeniem wystąpienia u pacjenta wtórnego niepowodzenia terapeutycznego należy rozważyć odpowiednie dostosowanie dawki oraz opracowanie diety. Stosowanie pochodnych sulfonylomocznika u pacjentów z niedoborem dehydrogenazy glukozo-6-fosforanowej może prowadzić do rozwoju niedokrwistości. U tych pacjentów konieczne jest zachowanie ostrożności i rozważenie zastosowania leczenia lekami z innej grupy.

**Badania laboratoryjne:** oznaczanie stężeń glikowalnej hemoglobiny (lub pomiar glukozy w osoczu na

czczco) zaleca się do oceny kontroli glikemii. Użyteczna jest również samokontrola stężenia glukozy we krwi.

#### DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

Na podstawie doświadczenia ze stosowaniem gliklazydzu oraz innych pochodnych sulfonylomocznika opisuje się działania niepożądane:

##### Hipoglikemia

Tak jak w przypadku innych pochodnych sulfonylomocznika leczenie tym lekiem może powodować hipoglikemię, zwłaszcza w razie nieregularnego odżywiania się. Objawy hipoglikemii: ból głowy, silny głód, nudności, wymioty, zmęczenie, senność, zaburzenia snu, pobudzenie, agresja, osłabiona koncentracja, zaburzenia świadomości oraz spowolnienie reakcji, depresja, uczucie splątania, zaburzenia widzenia i mowy, otępienie, drżenie, niedowład, zaburzenia czucia, zatrzywy głowy, uczucie bezsilności, utarta samokontrola, drgawki, płytki oddech, bradycardia, senność i utrata świadomości, co może prowadzić do śpiączki oraz zgonu. Dodatkowo mogą być obserwowane objawy pobudzenia adrenergicznego takie jak: pocenie się, wilgotność skóry, tachykardia, kolatanie serca, wzrost ciśnienia tętniczego, ból w klatce piersiowej oraz zaburzenia rytmu serca. Zazwyczaj objawy ustępują po podaniu węglowodanów (cukier). Należy jednak pamiętać, że sztuczne substancje słodzące nie wywołują żadnego efektu. Doświadczenie z innymi pochodnymi sulfonylomocznika pokazują, że hipoglikemia może wystąpić ponownie nawet, jeśli pomiary początkowo wskazują na skuteczność leczenia. W przypadku ciężkiej lub długotrwałej hipoglikemii, nawet jeśli jest okresowo kontrolowana poprzez spożycie cukru, niezwłocznie należy rozpocząć leczenie lub nawet móc być konieczna hospitalizacja.

Zaburzenia żołądkowo-jelitowe; ból brzucha, nudności, wymioty, niestrawność, biegunka oraz zaparcia.

Następujące działania niepożądane są rzadziej obserwowane:

- zaburzenia skóry i tkanki podskórnej: wysypka, świąd, pokrywka, rumień, wykwity plamkowoodgrudkowe, odczyny pęcherzowe;
- zaburzenia krwi: zmiany w obrazie hematologicznym krwi występują rzadko, mogą one obejmować: niedokrwistość, leukopenię, małopłytkowość, granulocytozę. Zmiany te przemijają po zaprzestaniu leczenia.
- zaburzenia wątroby: zwiększa aktywność enzymów wątrobowych (AspAT, ALAT, fosfatazy zasadowej), zapalenie wątroby (odosobnione przypadki). Należy przerwać leczenie w przypadku pojawiienia się żółtaczki cholestatycznej. Objawy te zazwyczaj przemijają po odstawieniu leku.
- zaburzenia oka: przemijające zaburzenia widzenia mogą pojawiać się szczególnie na początku leczenia na skutek zmian stężeń glukozy we krwi. Działania niepożądane danej grupy leków:

W przypadku stosowania preparatów należących do grupy pochodnych sulfonylomocznika opisano; niedokrwistość, agranulocytozę, niedokrwistość hemolityczną, pancytopenię i alergiczne zapalenie naczyń; obserwano także przypadki zwiększenia aktywności enzymów wątrobowych, a nawet zaburzenia czynności wątroby (np. z astojem żółci i żółtaczką) oraz zapalenie wątroby, które przemijały po odstawieniu pochodnej sulfonylomocznika, lub w odosobnionych przypadkach prowadziły do zagrażającej życiu niewydolności wątroby.

#### PODMIOT ODPOWIEDZIALNY

ANPHARM Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne Spółka Akcyjna, ul. Annopol 6B, 03-236 Warszawa

#### POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU (Wydane przez Ministra Zdrowia) Nr 4430

**Produkt leczniczy wydawany na receptę.**

**Adres korespondencyjny:** Servier Polska Sp. z o.o., 01-248 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 10, tel. (22) 594 90 00, fax (22) 594 90 10. Internet: www.servier.pl, e-mail: info@pl.netgrs.com.

(11.12.2009)

# CZASOPISMO APTEKARSKIE®

WYD. XVII • Nr 12 (204) • ISSN 1233-2755 • Rok 2009

KONTYNUATOR TRADYCJI CZASOPISMA  
UTWORZONEGO w ROKU 1871 we LWOWIE

Punktacja:  
Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego – 6 pkt

Indeks Copernicus:  
Wydawnictwo Farmapress® – 10,63 pkt

Niezależny Ogólnopolski Miesięcznik Farmaceutyczno-Medyczny dla Aptekarzy, Farmaceutów, Lekarzy, Producentów i Dystrybutorów Leków

Wydawca, Redaktor Naczelny: Wiktor Szukielski – tel. kom. 601 282 404

Pielnomocznik Wydawcy Z-ca Redaktora Naczelnego:  
Jadwiga Szymańska – tel. kom. 601 986 688, tel. (22) 879-92-62

Honorowy z-ca Redaktora Naczelnego: mgr prawa Barbara Jendrzejczak  
Honorowy z-ca Redaktora Naczelnego: dr n. farm. Marek Jędrzejczak

Sekretarz Redakcji: Bogdan Ostrowski

## RADA NAUKOWA

prof. dr hab. n. farm. Kazimierz Głowniak  
kierownik Katedry i Zakładu Farmakognosji z Pracownią Roślin Lecznich, Uniwersytet Medyczny w Lublinie – przewodniczący

prof. dr Benito del Castillo García

członek Narodowej Akademii Farmaceutycznej w Hiszpanii

prof. dr hab. n. farm. Roman Kaliszczak czł. koresp. PAN i PAU  
kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki, Gdańskim Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. farm. Wincenty Kwapiszewski  
honorowy prezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

prof. dr hab. n. farm. Sławomir Lipski

Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii

prof. dr hab. n. farm. Maciej Pawłowski

kierownik Katedry Chemii Farmaceutycznej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

prof. dr hab. n. med. Jerzy Woy-Wojciechowski

prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

dr hab. n. farm. Anita Magowska

kierownik Katedry i Zakładu Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

dr n. farm. Roman Duda

Okręgowa Izba Aptekarska w Kielcach

dr n. farm. Jerzy Jambor

prezes Polskiego Komitetu Zieliarskiego w Poznaniu

dr n. farm. Marek Jędrzejczak

wykładowca farmakologii na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego

dr n. farm. Jerzy Łazowski

członek Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP)

Pomysł artystyczny i koncepcja typograficzna – Bogdan Ostrowski

Opracowanie graficzno-techniczne i korekta – Zespół

*Redakcja zastrzega sobie prawo adiustacji i skracania nadestanych tekstów. Publikacje w „Czasopismie Aptekarskim” nie mogą być kopowane w żadnej formie ani żadnymi metodami mechanicznymi lub elektronicznymi, łącznie z wykorzystaniem systemów przechowywania i odtwarzania informacji bez pisemnej zgody wydawcy, Wydawnictwa Farmapress.*

Realizacja Wydania

## FARMAPRESS®

Biuro Wydawcy i Redakcji: Zofia Soborowska  
ul. Obarowska 23/2, 04-337 Warszawa Box 81  
tel. 22 879-98-69, fax 24 h 22 879-92-32  
e-mail: cza@cza.pl

Kolportaż i prenumerata: tel. 22 879-98-69

Prenumerata roczna – 200 zł, półroczena – 120 zł  
Wpłaty należy dokonywać na konto: 13 1130 1017 0200 0000 0005 1195

Adres strony WWW „Czasopisma Aptekarskiego”: [www.cza.pl](http://www.cza.pl)

„Czasopismo Aptekarskie” ukazuje się tylko w prenumeracie.  
Za treść tekstów promocyjnych, reklam, ogłoszeń, insertów  
Redakcja nie odpowiada.

Nakład nie przekracza 15 000 egz.

Tytuł i znak słowno-graficzny prawnie zastrzeżony.  
Świadectwo ochronne nr 106721 i nr 145359  
wydane przez Urząd Patentowy RP

© Copyright by FARMAPRESS®

## Czy w miejsce wydziałów farmaceutycznych powstaną wyższe szkoły zawodowe?

Nieodwracalnie zmieniają się rola, znaczenie i funkcjonowanie aptek. Od kilku lat, według opinii wielu naukowców i aptekarzy praktyków, zacierają się różnice między technikami farmaceutycznymi a magistrami farmacji. Można przewidywać, że w ich konsekwencji w nieodległej przyszłości dramatycznie zmniejszy się liczba magistrów farmacji, a ich miejsce zajmą technicy farmaceutyczni z dyplomami licencjackimi, zaś wydziały farmaceutyczne przy obecnej polityce w większości mogą przeistoczyć się w wyższe szkoły zawodowe lub być przez nie zastąpione.

Przewidując taką ewentualność, nasze wydawnictwo już od 1995 roku konsekwentnie upowszechniało wiedzę o opiece farmaceutycznej, przekonując całe środowisko farmaceutyczne o pilnej konieczności wprowadzenia jej do praktyki aptekarskiej. Jako jedyni na farmaceutycznym rynku wydawniczym stworzyliśmy niespotykaną jak na nasze warunki bazę piśmienniczą w postaci artykułów i książek (ok. 180 pozycji) poświęconych opiece farmaceutycznej autorstwa znakomitych pracowników naukowych, często jednocześnie praktyków w zawodzie, a organizowane przez redakcję „Czasopisma Aptekarskiego” konferencje krajowe i międzynarodowe pozwoliły na wykreowanie wizerunku opieki farmaceutycznej jako jedynej alternatywy dla rozwoju zawodu w zakresie szeroko pojętej opieki zdrowotnej.

Po udanych redakcyjnych przedsięwzięciach, między innymi takich jak Rok 2003 Rokiem PharmaDia i Rok 2009 Rokiem Walki z Nadwagą i Otyłością, rok 2011 ogłosiliśmy Rokiem Opieki Farmaceutycznej. W sukurs temu przedsięwzięciu przychodzi także zapis dotyczący opieki farmaceutycznej w noweli ustawy o izbach aptekarskich z 10 stycznia 2008 roku, w której zapisano, że „Wykonywanie zawodu farmaceuty ma na celu ochronę zdrowia publicznego i obejmuje udzielanie usług farmaceutycznych polegających w szczególności na (...) sprawowaniu opieki farmaceutycznej polegającej na udokumentowanym procesie, w którym farmaceuta współpracując z pacjentem i z lekarzem, a w razie potrzeby z przedstawicielami innych zawodów medycznych, czuwa nad prawidłowym przebiegiem farmakoterapii w celu uzyskania określonych jej efektów poprawiających jakość życia pacjenta (...).”

Interpretacja tego artykułu ustawy stwarza szerokie możliwości prowadzenia opieki farmaceutycznej poza apteką; widzimy potrzebę tworzenia tej nowej formy usługi farmaceutycznej np. w zakładaniu gabinetów opieki farmaceutycznej w przychodniach, szpitalach, klinikach, sanatoriach, domach opieki społecznej i zakładach zamkniętych.

Przypisanie wykonywania opieki farmaceutycznej do zawodu farmaceuty aptekarza nie tylko przysłuży się do nobilitacji magistra farmacji, ale spowoduje większe zainteresowanie wszystkich uczelni medycznych i samorządu aptekarskiego tym nowym projektem zainicjowanym przez redakcję, tworząc większe szanse pełnego wykorzystania fachowej wiedzy farmaceutów aptekarzy w służbie społeczeństwu.

Mamy nadzieję, że rok 2011 stanie się przełomem we wdrażaniu opieki farmaceutycznej i jej nauczaniu na wszystkich wydziałach farmaceutycznych. Za dużo czasu farmacja już straciła, pozostawiając ten temat w sferze dyskusji, postulatów i rozważań.

Wiktor Szukielski



## SPRAWY ZAWODU

- |  |           |
|--|-----------|
| <i>Norman Davies</i>                                   |           |
| <b>Nie chciałem być aptekarzem</b>                     | <b>11</b> |
| <i>Profilaktyka oraz leczenie nadwagi i otyłości</i>   | <b>15</b> |
| <i>Lubomira Wengler, Agnieszka Zimmermann</i>          |           |
| <b>Wybrane aspekty polskiego prawa antytytoniowego</b> | <b>18</b> |

## NIEZWYKŁE BIOGRAFIE NIEZWYKŁYCH FARMACEUTÓW

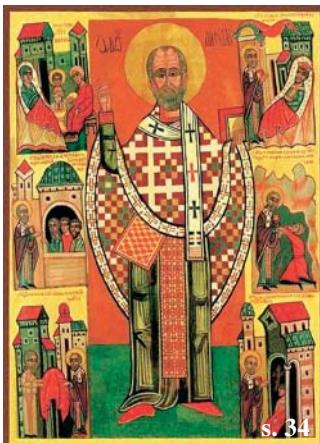
- |   |           |
|---|-----------|
| <i>Gabriela Hoffmann</i>                                    |           |
| <b>Stefan Jasiński – aptekarz i powstaniec wielkopolski</b> | <b>24</b> |

## 60. ROCZNICA UPAŃSTWOVENIA APTEK

- |  |           |
|--|-----------|
| <i>Elżbieta Rutkowska</i>  |           |
| <b>Aptekarze polscy wobec problemu nacjonalizacji aptek w latach 1945 – 1950</b> | <b>31</b> |

## NAUKA I PRAKTYKA

- |   |           |
|---|-----------|
| <i>Paweł Śmierzchalski MIC</i>  |           |
| <b>Święty Mikołaj z Myry – postać historyczna</b>                             | <b>34</b> |
| <i>Tomasz Ząbkowski</i>   |           |
| <b>Długotrwała farmakoterapia łagodnego rozrostu gruczołu krokowego (BPH)</b> | <b>43</b> |
| <i>Jerzy Jambor</i>   |           |
| <b>Przeciwnowotworowe cisy</b>  | <b>49</b> |



## DEBATY KONFERENCJE KONGRESY

- |  |           |
|--|-----------|
| <i>Jarosław Widelski</i>   |           |
| <b>Lubelskie spotkanie światowych specjalistów chromatografii związków naturalnych</b> | <b>53</b> |

## INFORMACJE FARMACEUTYCZNE

- |   |           |
|---|-----------|
| <i>Bogdan Ostrowski</i>   |           |
| <b>Iwabradyna – nowa nadzieja dla chorych na niewydolność serca</b> | <b>57</b> |

## ANGIELSKI W PRAKTYCE FARMACEUTYCZNEJ

- |   |           |
|---|-----------|
| <i>Jolanta Suchocka-Stryśko, Christopher A. Stryśko</i> |           |
| <b>Spotkania z angielskim – cz. VII</b>                 | <b>64</b> |

## NOWOŚCI WYDAWNICZE

- |   |           |
|---|-----------|
| <i>Anita Magowska</i>                   |           |
| <b>Marząc o życiu wśród trędowatych</b> | <b>67</b> |

## SUPLEMENT

- |   |           |
|---|-----------|
| <i>Szczegółowe uzasadnienie stanowiska Naczelnej Rady Aptekarskiej dotyczącego projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych</i> | <b>69</b> |
|---|-----------|



# NOWOŚĆ

# NiQuitin®

## Mini



**NiQuitin Mini są małe, dyskretne i szybkie.  
Pomogą pacjentowi rzucić palenie w jego  
własnym tempie. Na jego własnych zasadach.  
Jednego papierosa mniej. Za każdym razem.**

-  **Już po 5 minutach głód nikotynowy  
znaczaco zredukowany.<sup>1</sup>**
-  **Już po 10 minutach dostarczona pełna  
dawka terapeutycznej nikotyny.<sup>2</sup>**

**Dostarcza pełną dawkę terapeutyczną nikotyny  
3 x szybciej niż guma nikotynowa.<sup>3</sup>**

1. GSK Study S 3010455, S2090263;

2. charakterystyka produktu NiQuitin Mini;

3. charakterystyka produktu NiQuitin Mini, charakterystyka produktu Nicorette Gum

NiQuitin MINI, 1,5 mg lub 4 mg, tabletki do ssania. **SKŁAD:** 1 tabletki do ssania zawiera 1,5 mg lub 4 mg. **Wskazania do stosowania:** Tabletki do ssania NiQuitin MINI są wskazywane do leczenia uzależnienia od tytoniu poprzez łagodzenie objawów wynikających z odstawiania nikotyny, w tym uczucia głodu nikotynowego, podczas próby rzucenia palenia. Kortowym celem terapii jest trwałe zaprzestanie palenia tytoniu. Jeżeli to możliwe, podczas rzucania palenia, tabletki do ssania NiQuitin MINI 1,5 mg są wskazywane dla osób, które wypalają nie więcej niż 20 papierosów dziennie; do ssania NiQuitin MINI 4 mg są wskazywane dla osób, które wypalają ponad 20 papierosów dziennie. Jedna tabletki umieszczyć w jamie ustnej i pozostawić do rozpuszczenia. Odczucie do czasu należy ją przenieść z jednej strony jamy ustnej na drugą, dopóki całkowicie się nie rozpuści (około 10 minut). Tabletek nie należy żuć ani polkwić w całości. Podczas ssania tabletek nie należy nic jeść ani pić. Zastosowanie porad i zaleceń zawartych w psychologicznym programie zazwyczaj zwiększa szansę na sukces. **Do robić:** Podczas leczenia tabletkami NiQuitin MINI pacjenci powinni starać się całkowicie zaprzestać palenia tytoniu. Należy przyjmować tabletki, kiedy tylko odczuwa się potrzebę zapalenia papierosa. Zalecane jest stosowanie zazwyczaj 8-12 tabletek na dobę. Nie należy stosować więcej niż 15 tabletek na dobę. Należy stosować lek po okresie 6 tygodni, aby przełożyć nawyk palenia, a następnie stopniowo ograniczać ilość przyjmowanych tabletek. Leczenie należy przerwać, kiedy dziennie spożywa wynosi 1-2 tabletki. Aby móc powstrzymać się od palenia po zakończeniu kuracji, tabletki można stosować kiedy pojawią się silna ochota na zapalenie papierosa. Pacjenci stosujący lek dłużej niż 9 miesięcy powinni skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą. **Dzieci i młodzież:** Lek może być stosowany przez młodzież w wieku 12-17 lat jedynie ze wskazania lekarza lub farmaceuty. Nie zaleca się podawania leku dzieciom w wieku poniżej 12 lat ze względu na brak danych dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności leku w tej grupie wiekowej. **Przedwyszczania:** Nie należy stosować tabletek NiQuitin MINI: w razie nadwrażliwości na nikotynę lub którejkolwiek substancję pomocniczą preparatu; u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 12 lat; u osób niepalących. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** W większości przypadków ogólnie znane skutki palenia tytoniu w znaczącym stopniu przeważają nad ryzykiem związanym ze stosowaniem nikotynowej terapii zastępczej. Osobom uzależnionym od palenia tytoniu, które niedawnie przebyły zwal mienia sercowego, chorującym na niestabilny lub nasiąkający się dławice piersiowej, włóczę z angią Prinzmetalą, dękie zaburzenia rytmu, niekontrolowane nadczynienie, lub które niedawnie przebyły incydenty naczyniowo-móżgowego, zaleca się zaprzestanie palenia bez użycia środków farmakologicznych (np. korzystając z porad psychologicznych). Jeżeli jednak pacjent nie rzuca palenia, można rozważyć zastosowanie tabletek do ssania NiQuitin MINI. Jednakże ze względu na ograniczone informacje o bezpieczeństwie stosowania leku przez tę grupę pacjentów rozpoczęcie leczenia może nastąpić jedynie pod ścisłą kontrolą lekarską. **Cukrzyca:** Pacjentom chorym na cukrzycę, stosującym nikotynową terapię zastępczą, należy zalecać częstsze niż zazwyczaj kontrolne stężenia cukru we krwi ze względu na fakt, iż uwalnianie amin katecholowych przez nikotynę może wpływać na metabolizm węglowodanów. **Reakcje alergiczne:** może wystąpić podatność na wystąpienie obrazu klinicznego i pokrywki. Lekarz powinien ocenić bilans korzyści i ryzyka dla pacjentów z następującymi schorzeniami: - zaburzenia czynności nerki i wątroby; stosować ostrożnie przez pacjentów z umiarkowanymi do często zaburzeniami czynności wątroby i (lub) częstymi zaburzeniami czynności nerek, ponieważ kłiers nikotyny lub jej metabolity może być zmniejszony, co stanowi ryzyko nasilenia działań niepożądanych, - guz chromochłonny nadnerczy i niekontrolowana nadczynność tarczycy; stosować ostrożnie u pacjentów z niekontrolowaną nadczynnością tarczycy lub guzem chromochłonnym nadnerczy ze względu na wpływ nikotyny na uwalnianie amin katecholowych, - choroby układu pokarmowego: połknęty nikotyną może spowodować nasilenie objawów u osób z czynnym zapaleniem przełyku, ozwroźnieniem żołądka lub ozwroźnieniem trawiennym, dlatego w tych przypadkach należy stosować ostrożnie douszny nikotynową terapię zastępczą. Zgłaszało przypadki wystąpienia wrzodzącego zapalenia jamy ustnej. Niebezpieczeństwo dla małych dzieci: dawki nikotyny tolerowane przez osoby dorosłe lub nastoletnich pacjentów mogą być toksyczne dla małych dzieci i spowodować ich zgon. Nie wolno przechowywać produktów zawierających nikotynę w miejscu dostępnym dla dzieci. Zaprzestanie palenia policykliczne węglowodory aromatyczne zawarte w dymie tytoniowym indukują metabolizm leków katalizowany przez enzym CYP 1A2 (i prawdopodobnie CYP 1A1). Po zaprzestaniu palenia może dochodzić do spowolnienia metabolizmu i w konsekwencji wzrostu stężenia leków we krwi. Przeniesione uzależnienie: rzadko może dojść do przeniesienia uzależnienia, jest on jednak mniej szkodliwe i łatwiejsze do zwalczenia niż uzależnienie od palenia tytoniu. Podczas próby rzucenia palenia nie należy wymieniać stosowania tabletek NiQuitin MINI z gumą do zucia zawierającą nikotynę, ponieważ dane farmakologiczne wskazują na większą dostępność nikotyny z tabletek do ssania NiQuitin MINI niż z gumy do zucia. **Działania niepożądane:** Nikotynowa terapia zastępcza może wywołać objawy niepożądane podobne do tych związanych z podaniem nikotyny inną drogą, włącznie z paleniem tytoniu. Objawy te mogą być związane z farmakologicznym oddziaływaniem nikotyny, które jest zależne od dawki. Przy zaledwanym dawkowaniu tabletek NiQuitin MINI nie stwierdzono występowania częstych działań niepożądanych. Nadmienić spożycie tabletek NiQuitin MINI przez osoby nieprzyzwyczajone do wdychania dymu tytoniowego może prawdopodobnie wywołać nudności, omlejnienia lub ból głowy. Niekwoty ze zgłoszonych objawów, takie jak: depresja, drażliwość, niepokój, wzmożony apetyt i bezsenność mogą być związane z objawami odstawniowymi w związku z zuciem paleniem tytoniu. Osoby zaprzestające palenia tytoniu niezależnie od wybranej metody mogą spodziewać się wystąpienia drażliwości, takich jak ból głowy, zwrotły głowy, nasilony kaszel lub przeżeranie. Zaburzenia psychiczne Często (od >1/100 do <1/10): drażliwość, niepokój, zaburzenia snu, w tym koszmary senne i bezsenność. Niezbyt często (od >1/1000 do <1/100): nerwowość, depresja. Zaburzenia układu nerwowego Często (od >1/100 do <1/10): ból głowy, zwrotły głowy. Zaburzenia serca Niezbyt często (od >1/1000 do <1/100): kolatanie serca, tachykardia. Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia Często (od >1/100 do <1/10): kaszel, ból gardła. Zaburzenia żołądka i jelit Bardzo często (od >1/10): nudności, podrażnienie ust, gardła i języka. Często (od >1/100 do <1/10): wymioty, biegunka, uczucie dyskomfortu, wzdecia z oddawaniem wiatrów, czałkawka, zgaga, niestravnosć. Zaburzenia skóry i tkanek podskórnej Niezbyt często (od >1/1000 do <1/100): pokrzywka. Dagleliwości ogólne i stany w miejscu podania Niezbyt często (od >1/1000 do <1/100): zmęczenie, zle samopoczucie, ból w klatce piersiowej. **PODMIOT ODPOWIĘDZALNY:** GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Sp. z o.o., Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa Tel. 22.576.96.00. Numer pozwolenia: 15448, 15449. **Lek dostępny bez recepty.**



GlaxoSmithKline  
Consumer Healthcare

# WYBIÓRKA W PIGUŁCE

## Sejm RP

„**Zdrowie Kobiet w Polsce**” było tematem konferencji zorganizowanej przez Podkomisję Stałą ds. Zdrowia Publicznego. Konferencja odbyła się w Sali Kolumnowej Sejmu RP pod honorowym patronatem marszałka Sejmu RP Grzegorza Schetyny. Gościem honorowym konferencji była sekretarz stanu USA Madeleine Albright.

Uczestnicy konferencji wzięli udział w panelach, których tematem były: Aspekty socjologiczne w profilaktyce i edukacji zdrowotnej kobiet • Epidemiologia chorób układu krążenia u kobiet w Polsce • Odrębności diagnostyki i leczenia chorób serca u kobiet • Prewencja chorób serca u kobiet w Polsce •

Czy technicy farmaceutyczni będą mogli zdobyć licencjat w Wyższej Szkole Edukacji Zdrowotnej i Nauk Społecznych działającej na podstawie ustawy z dnia 30 czerwca 1995 r. o Stosunku Państwa do Kościoła Adwentystów Dnia Siódmego w RP?

(szerzej w „CzA” nr 1/2011)

Program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy w Polsce i na świecie • Rola edukacji i profilaktyki w zapobieganiu kobiecym chorobom nowotworowym • Aktywnie do celu, czyli inicjatywy na rzecz zdrowia kobiet.

## FIP

**W stolicy Portugalii Lizbonie odbył się 70. Światowy Kongres Farmacji i Nauk Farmaceutycznych Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP)** pod hasłem: *Od cząsteczki do leku dla maksymalizacji efektów: farmaceutyczna podróż eksploracyjna*. Gospodarzem kongresu było Krajowe Stowarzyszenie Aptek Portugalskich (ANF), a jego miejscem oddane niedawno do eksploatacji nowoczesne Centrum Kongresowe. W kongresie wzięło udział ponad 3000 uczestników ze 116 państw, w tym 8 Polaków z prezesem PTFarm. prof. dr. Januszem Plutą.

W przeddzień oficjalnego otwarcia kongresu odbyło się zebranie Rady FIP, w trakcie którego na nowego prezesa FIP na czteroletnią kadencję (do 2014 r.) wybrano dr. Michaela Buchmanna ze Szwajcarii (na zdjęciu). Dr Buchmann jest aktywnym działaczem FIP od wielu lat: był m.in. przewodniczącym najaktywniejszej sekcji FIP: Sekcji Aptek Ogólnodostępnych, a także członkiem Rady Nauk Farmaceutycznych oraz Rady Praktyki Farmaceutycznej. Dotychczasowy prezes FIP prof. Kamal K. Midha pełnić będzie do

2014 r. funkcję Bezpośredniego Byłego Prezesa (*Immediate Past President*).

Niestety, i w tym roku na posiedzeniu Rady FIP zabrakło przedstawiciela Polski.

Program kongresu był jak zawsze bardzo obszerny i wielowątkowy, koncentrował się przede wszystkim na dalszym rozwoju farmacji jako zawodu, ze szczególnym podkreśleniem roli farmaceutów w wielodyscyplinarnej opiece nad pacjentem oraz praktycznych aspektów wykonywania zawodu farmaceuty zarówno w warunkach aptek ogólnodostępnych, jak i szpitalnych. Świadczą o tym choćby tytuły takich sesji, jak: Farmacja jako zawód dzisiaj i jutro w kontekście diagnozy molekularnej w epoce genomu i post-genomu • Postępowanie ze szczególnymi pacjentami • Leki, które zmieniają świat: przeszłość, czas obecny i przyszłość • Farmakogenetyka – farmaceuci przygotujcie się do niej i inne.

Omówienie wybranych sesji, jak również streszczenie wystąpienia prof. K. Midhy w trakcie uroczystości otwarcia kongresu ukażą się w jednym z kolejnych wydań „Czasopisma Aptekarskiego”.

dr n. farm. Jerzy Łazowski





Spokojnych, rodzinnych  
Świąt Bożego Narodzenia  
i Szczęśliwego Nowego ROKU  
życzy Redakcja, Rada Naukowa  
i Współpracownicy  
„Czasopisma Aptekarskiego”

UM w Lublinie



**W Auditorium Maximum Collegium Novum w Lublinie** odbyła się uroczystość wręczenia dyplomów magistra farmacji i magistra analityki medycznej. Wręczone także zostały prawa wykonywania zawodu. Uroczystości przewodniczył i dyplomy wręczył dziekan Wydziału Farmaceutycznego prof. dr hab. Janusz Solski. Gościem honorowym był JM Rektor prof. dr hab. Andrzej Książek. Prawo wykonywania zawodu wręczył wiceprezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej i jednocześnie prezesa OIA w Lublinie mgr farm. Krzysztof Przystupa. Oprawę muzyczną zapewnił chór UM pod dyrekcją dr Moniki Mielko. Wśród gości były rodziny, przyjaciele i znajomi absolwentów.



Do apteki w prawo 50 m, a do apteki w lewo 60 kroków. Byliśmy, zmierzyliśmy i sfotografowaliśmy



Uniwersytet Warszawski

Uchwałą Rady Wydziału Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego dr n. med. Marcinowi Czechowi (na zdjęciu) nadano tytuł doktora habilitowanego za pracę „Farmakoekonomika jako narzędzie zarządzania w gospodarowaniu lekami w Polsce”.

Dr hab. Marcin Czech jest absolwentem Wydziału Lekarskiego Akademii Medycznej w Warszawie, Szkoły Biznesu Politechniki Warszawskiej (*International MBA*), Studium Ekonomiki Zdrowia na Wydziale Ekonomicznym UW, Wydziału Inżynierii Produkcji PW w zakresie programu studiów doktoranckich w dziedzinie zarządzania. Pracę doktorską pt.: „Metody oceny opłacalności leczenia hipotensyjnego” napisał pod kierunkiem prof. dr. hab. n. med. Jacka Spławińskiego.

Marcin Czech pracuje w Zakładzie Farmakoekonomiki Wydziału Farmaceutycznego WUM, jest wykładowcą Studium Farmakoekonomiki, Marketingu i Prawa Farmaceutycznego Politechniki Warszawskiej, współpracuje z Wydziałem Zarządzania Uniwersytetu Warszawskiego, UM w Białymostku i Wydziałem Farmaceutycznym UM w Łodzi. Bierze udział w realizacji projektów badawczych związanych z oceną kosztów i opłacalności leczenia w różnych dziedzinach medycyny, m.in. kardiologii (np. program Polkard), diabetologii, psychiatrii, zajmuje się opłacalnością szczepień i ekonomiczną oceną chorób sieroczych.

Przez ponad dziesięć lat zajmował się zawodowo farmakoekonomiką w Dziale Naukowym Servier Polska, początkowo jako samodzielny specjalista, następnie przez osiem lat jako kierownik zespołu. Obecnie w firmie Novo Nordisk odpowiada za kwestie związane z ekonomiką zdrowia w państwach Europy Środkowej.

Jest autorem prac z dziedziny ekonomiki zdrowia, farmakoekonomiki i jakości życia; członkiem założycielem Polskiego Towarzystwa Farmakoekonomicznego, następnie prezesem tej organizacji w latach 2004-2006; współautorem „Słownika farmakoekonomicznego”, współautorem i redaktorem podręcznika akademickiego pt. „Farmakoekonomika. Ekonomiczna ocena programów ochrony zdrowia”, autorem książki pt. „Farmakoekonomika jako narzędzie zarządzania w gospodarowaniu lekami w Polsce” oraz biegłym sądowym w zakresie ekonomiki zdrowia. Współpracuje z „Czasopismem Aptekarskim”, publikując na jego łamach artykuły z dziedziny farmakoekonomiki. Jest autorem książki „Farmakoekonomika w opiece farmaceutycznej”, która ukazała się w ramach Biblioteki Naukowej Czasopisma Aptekarskiego.

Prace magisterskie i dyplomowe prowadzone przez Marcina Czechę zdobywały pierwsze nagrody w konkursach, on sam został uhonorowany nagrodą JM Rektora Politechniki Warszawskiej.

**TESCO**

**Tesco Polska** uruchamia własną sieć aptek i punktów aptecznych, w których będą sprzedawane, obok suplementów diety, także leki na receptę. Popularne leki generyczne sprowadzane będą z Chin i Indii, gdzie koszt ich wytworzenia jest niski. Tym sposobem apteki i punkty apteczne w hiper- i supermarketach Tesco będą oferować pacjentom leki po minimalnej cenie.

**Fundacja Carita – Żyć ze Szpiczakiem**

**W centrum prasowym Foksal w Warszawie** podczas konferencji prasowej poświęconej pomocy chorym na szpiczaka mnogiego zainaugurowano działalność Fundacji Carita – Żyć ze Szpiczakiem. Gościem konferencji była prof. dr hab. Anna Dmoszyńska, kierownik Kliniki Hematologii i Transplantacji Szpiku, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Przewodnicząca Polskiej Grupy Szpiczakowej, która przyjęła funkcję opiekuna merytorycznego Fundacji Carita – Żyć ze Szpiczakiem.

**Sprzedaż internetowa**

Według raportu firmy badawczej PMR „Distribution on the pharmaceutical market in Central Europe 2010. Comparative analysis of Poland, Hungary, Romania, Czech Republic, Slovakia and Bulgaria” Słowacka Izba Farmaceutów pozytywnie oceniła sprzedaż internetową leków OTC i nie objętych ubezpieczeniem zdrowotnym.

**Zamek Królewski**

**5 listopada 2010 r. w Sali Wielkiej Zamku Królewskiego w Warszawie**, podczas uroczystych obchodów Dnia Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego prof. dr hab. Jerzy Woj-Wojciechowski (na zdj. po prawej stronie) w obecności prezesa Polskiej Akademii Nauk prof. dr hab. Michała Kleibera oraz najwybitniejszych przedstawicieli nauk medycznych ze wszystkich polskich ośrodków akademickich, uhonorował dr n. farm. Jerzego Jambora – prezesa Polskiego Komitetu Zielarskiego odznaką „Polskie Towarzystwo Lekarskie – Zasłużonemu”. Odznaczenie zostało przyznane za wieloletnią aktywną działalność w dziedzinie fitoterapii.

Przedstawiając sylwetkę laureata wspomniano, między innymi, o jego zaangażowaniu w utworzeniu przy Polskim Towarzystwie Lekarskim Sekcji Fitoterapii, jako pomostu między Polskim Towarzystwem Lekarskim, a Polskim Komitetem Zielarskim. Zwrcono też uwagę na kreowane przez niego poglądy dotyczące zielarstwa i ziołolecznictwa.

Michał Wojtczak, były minister rolnictwa, założyciel fundacji „Patria” i twórca jednego z najnowocześniejszych w Polsce ośrodków rehabilitacji niepełnosprawnych dzieci, również wyróżniony, w dyskusji stwierdził: „jest rzeczą nieprawdopodobną by w tak hermetycznym środowisku, jakim jest Polskie Towarzystwo Lekarskie, zauważono działalność na rzecz zdrowia realizowaną przez osoby z poza tego środowiska”. W świetle wypowiedzi Michała Wojtczaka, wyróżnienie dr. Jerzego Jambora przez Polskie Towarzystwo Lekarskie jest czymś podwójnie wyjątkowym. Wyróżniona została przez lekarzy osoba, która z zawodu jest farmaceutą, a na dodatek jeszcze farmaceutą zajmującym się ziołami.





Szanowni Państwo,

w imieniu Organizatorów pragniemy poinformować o konferencji

## „Ziołolecznictwo klasztorne – historia i teraźniejszość”

która odbędzie się 14 maja 2011 r. w Opactwie Benedyktynów w Lubiniu  
(Lubiń, ul. Mickiewicza 6, 64-010 Krzywiń).

Organizatorami Konferencji są:

Opactwo Benedyktynów w Lubiniu

Polski Komitet Zielarski

Sekcja Fitoterapii Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

Komisja Farmaceutyczna Wydziału Lekarskiego

Poznańskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk

Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego”.

Komitet Naukowy Konferencji tworzą: prof. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski (przewodniczący), prof. dr hab. Kazimierz Główniak, prof. dr hab. Bogdan Kędzia, prof. dr hab. Marian Mikołaj Zgoda, dr hab. Anita Magowska, dr Waldemar Buchwald, dr Jerzy Jambor, Izaak Rafał Kapała OSB, Eugeniusz Kret OH.

Na Konferencji wygłoszone zostaną wykłady w trzech blokach tematycznych:

- 1) historia medycyny klasztornej – od postanowień Pierwszego Soboru Nicejskiego do dyrektyw Parlamentu Europejskiego w sprawie wspólnotowego kodeksu dotyczącego produktów leczniczych stosowanych u ludzi,
- 2) współczesne ziołolecznictwo klasztorne – ziołolecznictwo bonifratrów i innych zakonów,
- 3) kierunki rozwoju zielarstwa i ziołolecznictwa, nowoczesne leki roślinne i ich klasztorne pierwowzory.

Wykłady wygłoszą wybitni specjaliści z zakresu medycyny, farmacji i historii. Podczas konferencji poruszone zostaną najważniejsze zagadnienia dotyczące związku między racjonalną fitoterapią a tradycyjnym ziołolecznictwem klasztornym. Konferencja umożliwi też uczestnikom zapoznanie się z najnowszymi osiągnięciami w technologii postaci leku roślinnego.

**Wiktor Szukiel**

Redaktor Naczelny

„Czasopisma Aptekarskiego”

**Jerzy Jambor**

Prezes Zarządu Głównego

Polskiego Komitetu Zielarskiego

ISSN 1233-2755  
Vol. XVII  
Rok założenia 1992  
Nr 12 (204)  
Grudzień 2010

Punkcja:  
Ministerstwa Nauki  
i Szkolnictwa Wyższego: 6 pkt  
Index Copernicus:  
Wydawnictwo Farmapress®: 10,63 pkt  
Czasopismo Aptekarskie®: 4,15 pkt



## NIE CHCIAŁEM BYĆ APTEKARZEM

Z prof. dr. Normanem DAVIESEM – brytyjskim historykiem, profesorem Uniwersytetu Londyńskiego, członkiem Polskiej Akademii Umiejętności i Akademii Brytyjskiej, autorem prac dotyczących historii Europy, badaczem historii Polski, honorowym obywatelem Warszawy, Krakowa, Lublina i Wrocławia, doktorem honoris causa Uniwersytetu Jagiellońskiego, Uniwersytetu Gdańskiego, Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej i Uniwersytetu Warszawskiego, honorowym członkiem Związku Powstańców Warszawskich – rozmawia dr n. farm. Jan MAJEWSKI



**Słyszałem, że pan profesor pochodzi z rodziny aptekarskiej. Jak odlegle są pańskie tradycje rodzinne związane z tym zawodem?**

Nie pochodzę z żadnej dynastii aptekarskiej, ale mój ojciec, Richard Davies, był aptekarzem, a po nim moja starsza siostra Ann i mój szwagier. Z tego, co słyszałem, ojciec jako młody człowiek w latach 20. był zapalonym sportsmenem – piłkarzem w zimie i tenisistą w lecie – i pracował jako asystent w aptece, bo właściciel łaskawie pozwalał mu mieć wolne godziny na sport, które jednak musiał odrobić w ciągu tygodnia (pracowali wtedy od 8.00 rano do 8.00 wieczorem). Później, kiedy poznał moją mamę, narzeczona miała mu dać ultimatum: nie będzie ślubu, dopóki nie będzie miał dyplomu farmacji. Biedny tata musiał więc zrezygnować ze sportu i zapisać się na studia zaoczne na uniwersytecie w Manchesterze, chyba na pięć lat (dyplom otrzymał w 1926 r.).

W tamtych czasach w Anglii wszystkie apteki były prywatne. Marzeniem rodziców było otwarcie własnej apteki; przygotowanie tego zajęło im 7 lat ciężkiej pracy. Wreszcie w 1933 roku, udało się kupić dwa stare sąsiadujące ze sobą sklepy. Wzięli pożyczkę bankową, przeprowadzili remont i uruchomili swoją firmę. Apteka nazywała się „The Smithills Chemist”, bo znajdowała się w dzielnicy Smithills, w Bolton niedaleko Manchesteru. Rodzice mieli mieszkanie na piętrze nad apteką i tam urodziła się moja siostra, a potem i ja. Mój dziadek, Richard Samson

Davies, Walijczyk, odwiedził nas tylko raz – we wrześniu 1939 roku, zaraz po wybuchu wojny, na krótko przed swoją śmiercią.

**Nie chciał pan zostać aptekarzem?**

Nigdy nie chciałem być aptekarzem i iść w ślady ojca. Matka nie była z tego zadowolona, wiele razy mówiła mi, że tata tak ciężko musiał pracować... i co będzie, kiedy pójdzie na emeryturę. Natomiast ojciec nigdy nie mówił o przyszłości rodzinnej firmy, zawsze zachęcał mnie do studiów historycznych i geograficznych, bo dobrze wiedział, co tak naprawdę „leży mi na sercu”. To bardzo odpowiadało mojej siostrze, która chętnie poszła na studia farmaceutyczne w prestiżowej Chelsea School of Pharmacy w Londynie i później kilka lat pracowała razem z ojcem.

**Jak pan zapamiętał tamtą aptekę?**

Mieszkałem 17 lat nad apteką ojca i całe moje dzieciństwo było związane z tym miejscem. Nie wolno mi było wejść do apteki w godzinach pracy, ale wieczorem lub w niedziele, kiedy wróciliśmy z kościoła, po otwarciu drzwi czekał na nas mocny, piękny zapach leków, którego wspomnienie towarzyszy mi do dziś. Ojciec produkował większość leków na miejscu z pomocą asystentów, którzy pracowali w tylnych pokojach, używając pistli i moździerzy, preparując proszki i tabletki. Jedna z moich ciotek, Ivy – siostra



ojca, zawodowa aktorka i śpiewaczka często bywająca bez pracy – zajmowała się butelkami, sortowała je, myła, wlewała różne płyny, naklejała napisy i pakowała do pudełek. Dobrze pamiętam również gabinet trucizn zamkany na klucz. Kiedyś ojciec pokazał nam dzieciom małe flaszki morfiny i ostrzegł: „Jeden łyk, to śmierć!”. Dlatego nigdy nie miałem ochoty ani na palenie papierosów, ani na narkotyki. Pamiętam, że czasem robił nam egzamin zapachowy: zawiązywał oczy i podsuwał pod nos amoniak, terpentynę, chloroform, wodę różaną itd. To była zabawa!

#### **Coś jeszcze pan zapamiętał?**

To dłuża opowieść. W czasie wojny i kilka lat potem ojciec jako aptekarz miał prawo do kuponów na benzynę i dzięki temu mógł utrzymać motocykl, później samochód. W środę po południu i w sobotę miałem szczęście jeździć z nim. Wtedy woziło się leki do domów ciężko chorych pacjentów i starców. Jeździliśmy także do małej huty szkła, gdzie ojciec hurtowo kupował butelki, których często brakowało. Nasz samochód marki RILEY 9 nazywaliśmy „Old Mother Riley”. Kiedy byłem już trochę starszy, musiałem sam rozwozić transporty leków na rowerze.

Apteki starego typu, to było coś więcej niż apteki. Sprzedawano w nich nie tylko leki, ale także kosmetyki, produkty sanitarne, sprzęt fotograficzny i okulary. Każdy z tych „działów” miał osobną szafę. Mydło luksusowe i perfumy wzbo-gacały zapachy w aptekach (najbardziej pamiętam zapach „Witchhazel”, czyli oczaru virginijskiego – orzecha czarownicy). Muszę powiedzieć, że ojciec był dobrym fotografem, przed wojną wygrał lokalny konkurs zdjęciem, na których utrwalona została dwójka chłopców z rowerami przed apteką (sam wywoływał klisze, później oddawał do specjalistycznej firmy). Był również wykwalifikowanym optometrykiem; przyjmował klientów w osobnym gabinecie, pomagając w doborze okularów. Ogromną frajdą dla nas dzieci były wieczorne wejścia do tego gabinetu, zakładanie okularów bez szkieł i udawanie, że jesteśmy dorosłymi...

#### **Kto najczęściej przychodził do tej apteki? Jakówczas traktowano aptekarza?**

W Wielkiej Brytanii do roku 1948 r. nie było państwownej służby zdrowia i wizyty u lekarza

kosztowały, więc pacjenci przychodzili najpierw do aptekarza, aby upewnić się, czy wizyta u lekarza jest konieczna. Ojciec często pełnił więc rolę ludowego znachora, który musiał znać wszystkie możliwe dolegliwości i aplikował stosowne remedie na wszystko. Szybko zdobył sławę i autorytet w mieście w sprawach nie tylko medycznych. Musiał być i psychologiem, po cichu seksuologiem a nawet doradcą finansowym. Jako młody chłopak za drzwiami dziwiłem się, kiedy do apteki przychodziły kobiety w ciąży ze swoimi problemami. „Oh, Mister Davies” – zaczynały z płaczem i ojciec musiał wiedzieć, co może im pomóc. W kąciku apteki stała też duża, solidna waga dla niemowląt z koszykiem wyłożonym niebieskim kocykiem. Gwarantowała ona regularną opiekę nad dziećmi, stąd wizyty matek z dzielnicy w naszej aptece.

Ojciec znany był także poza Bolton, gdyż potrafił rozszyfrować pismo lekarzy, którzy nie zawsze dbali o staranne wypisanie recept. Pewnego dnia przyszedł mężczyzna z receptą, której nikt nie potrafił odczytać. Co gorzej, mężczyzna ten nie mówił ani słowa po angielsku, tylko oczami i pomrukami błagał ojca, by wydał mu ten tajemniczy lek. Widziałem, jak ojciec długo patrzył na receptę przez szkło powiększające. I nagle krzyknął: – Przecież ta recepta nie jest napisana po angielsku, ale po łacinie! Gość, zapytany skąd jest, odpowiedział krótko: „Wilno”. Przypuszczam, że właśnie wtedy miało miejsce moje pierwsze spotkanie z Polakiem.

#### **Jakie postaci miały leki w tamtych czasach?**

Nowoczesne opakowania leków pojawiły się dopiero w latach 50. ubiegłego wieku i ojciec coraz częściej wtedy zamawiał gotowe leki telefonicznie z hurtowni; firma George Woolley z Manchesteru – i duży van z tej hurtowni dostarczał leki do naszej apteki na „Chorley Old Road”. Przedtem leki były przeważnie produkowane na miejscu, z zastosowaniem różnej aparatury. Destylowano wodę, ucierano maści, sypano proszki do małych papierowych kopert, a tabletki nie były płaskie, lecz wypukłe i wydawane w okrągłych pudełeczkach. Ojciec przygotowywał syropy na wszystkie możliwe postaci kaszlu (suchy, mokry, dziecięcy, mocny, łagodny itd.). Jeden jego preparat uzyskał nawet renomę ogólnokrajową. W czasie Blitzu – bombardowa-

nia Manchesteru przez Niemców w 1941 r. – wszyscy mężczyźni niebędący w wieku wojskowym zostali powołani na nocną służbę przeciwpożarową. W październiku i listopadzie siedzili na dachach, we mgle, deszczu i naturalnie masowo chorowali. Pewnego dnia do naszej apteki przyszedł potężny sierżant policji lokalnej, który dusił się od kaszlu. Ojciec przygotował mu supermocną miksturę, w której – jak później słyszałem – był chloroform. Następnego dnia dłuża kolejka policjantów czekała przed apteką; każdy chciał nabyć ten sam cudowny syrop, który pomógł sierżantowi. Potem ojciec nazwał ten syrop „Policeman's Friend”, czyli „Przyjaciel Policjanta”. Przez kilka lat był ogromny popyt na ten syrop, aż inspekcja państwową zakazała jego stosowania.

**Lubi pan profesor wracać wspomnieniami do tamtego czasu?**

To odległe chwile. Ojciec zachorował na raka płuc. W 1965 r. sprzedał aptekę, dzieło swego życia, i w ciągu jednego miesiąca pojechał do szpitala własnym samochodem, zaparkował na „parkingu krótkoterminowym” i poddał się ciężkiej operacji. Długo potem żył jeszcze pod troksliwą opieką mojej matki. Emeryturę spędził w małym domu w górach poza Bolton, gdzie zajmowały się pięknym ogrodem pełnym kwiatów. Kiedy przyjechał do Anglii z wizytą mój polski teśc (żoną Daviesa jest Maria, Polka pochodząca z Dąbrowy Tarnowskiej, którą poznał w Krakowie – przyp. red.), dawny profesor botaniki, który dobrze nie znał języka angielskiego, ojciec spacerował z nim po ogrodzie i rozmawiali o kwiatach – po łacińce!

Przez lata nie wracałem do naszej apteki. Bez moich rodziców jest ona nie tak ciekawa. To skromny mały budynek, obecnie sklep ubrań dziecięcych. Ale 10 lat temu, kiedy polska ekipa filmowa przygotowywała „Historie Normana Daviesa”, pojechaliśmy do Bolton. Udzielałem wywiadu przed kamerą na chodniku przed apteką. Kiedy sąsiedzi zobaczyli, co się dzieje, wyszli z domów i pytali, czy nie jestem synem Mistera Daviesa. A potem zaproponowali: – „Chodź z nami, coś ci pokażemy”. Nasze dawne mieszkanie nad apteką, od lat używane jako magazyn, było w trakcie remontu. Stojąc na drabinie, patrzyłem przez otwarte okno na pokój, gdzie się

urodziłem. Dowiedziałem się, że dzień wcześniej wielki dźwig wyciągnął nasz żelazny piec na węgiel, na którym mama gotowała dla mnie smaczne obiady. Jednak trzeba było odjeżdżać. Zapach leków już dawno wyparował. W moim gabinecie w Oxfordzie stoi jednak biurko ojca z gabinetu optometrycznego; na półkach, wśród książek historycznych zajmuje honorowe miejsce mała kolekcja słoików aptekarskich z napisami łacińskimi i boski zapach oczaru wirginijskiego dalej się unosi...

**Jak wiem, ma pan dobre zdrowie, i życzę takiego jak najdłużej. Czy korzysta więc pan z porad aptekarzy?**

Wolę porady aptekarza od porad lekarza. Dzisiaj lekarze mają ambicje posiadania wiedzy naukowej, ale mniej rozumieją aspekty społeczne, indywidualne i psychosomatyczne. Stary, mądry aptekarz, taki jak mój ojciec, znał swoich pacjentów z każdej strony, nie tylko od tej, co ich boli.

**Dziękuję za rozmowę.**

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Jan Majewski  
Apteka pod „Złotym Lwem”  
61-772 Poznań, ul. Stary Rynek 75  
tel. 691 452 770



Naczelną Izba Aptekarska



# Kampania Walka z nadwagą, i otyłością, 2009 - 2011

W ramach inicjatywy promującej walkę z nadwagą i otyłością współpracujemy z Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Polskim Towarzystwem Lekarskim i Naczelną Izbą Aptekarską oraz z Okręgowymi Izbami Aptekarskimi w Białymstoku, Bielsku-Białej, Bydgoszczy, Gdańsku, Kielcach, Koszalinie, Krakowie, Lublinie, Olsztynie, Opolu, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie i Zielonej Górze uczestnicząc w kursach i konferencjach naukowo-szkoleniowych organizowanych w całej Polsce, przy aktywnym udziale GlaxoSmithKline Consumer Healthcare i programu PharmAssist.

*Rada Naukowa i Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego”*



Program edukacyjny  
dla magistrów farmacji



OKRĘGOWA  
IZBA APTEKARSKA  
W OLSZTYNIE



LUBUSKA OKRĘGOWA  
IZBA APTEKARSKA



BESKIDZKA  
OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA  
w Bielsku-Białej



# PROFILAKTYKA ORAZ LECZENIE NADWAGI I OTYŁOŚCI

Realizując inicjatywę „Rok 2010 rokiem kontynuacji walki z nadwagą i otyłością” redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” we współdziałaniu z Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Lu-

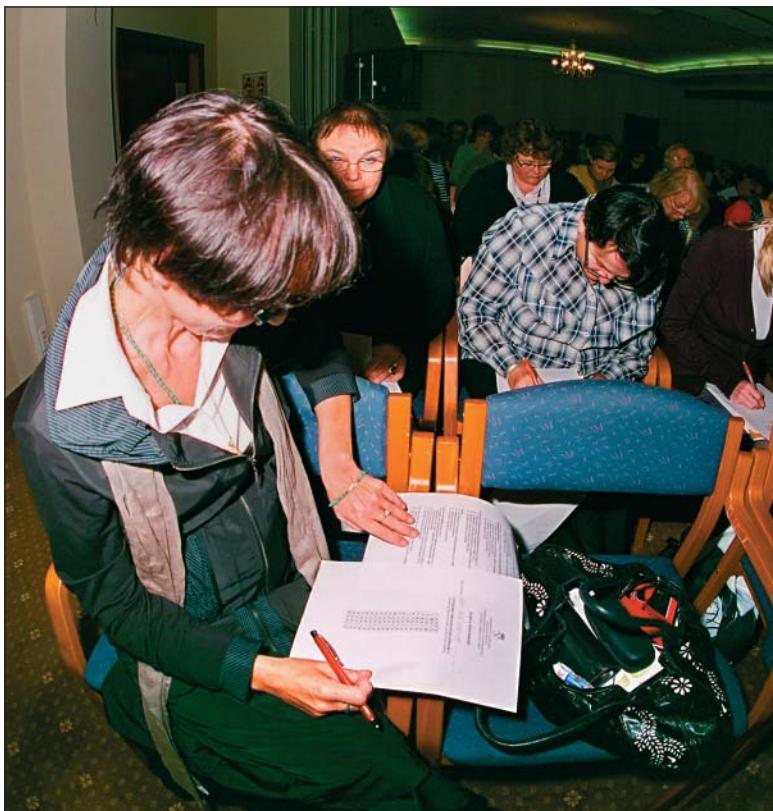
blinie, Polskim Towarzystwem Lekarskim i Okręgową Izbą Aptekarską w Olsztynie zorganizowała kurs poświęcony otyłości i nadwadze, który zgromadził ok. 150 uczestników.

Wykłady przeprowadzili kierownik Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego UJ CM – prof. dr hab. n. farm. Barbara Filipek, dr n. farm. Jacek Sapa z Wydziału Farmaceutycznego UJ CM i dr n. farm. Marek Jędrzejczak – wykładowca farmakologii na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego i wiceprezes NRA.

Uczestnicy konferencji zapoznali się z następującymi problemami: kliniczną definicją i klasyfikacją otyłości • epidemiologią, etiopatogenezą oraz czynnikami metabolicznymi, endokrynologicznymi, genetycznymi i środowiskowymi sprzyjającymi nadwadze i otyłości • klinicznymi następstwami otyłości • optymalizacją farmakoterapii w otyłości • rolą farmaceuty jako doradcy i opiekuna pacjenta z nadwagą i otyłością • zaburzeniami lipidowymi • wpływem obturacyjnego bezdechu sennego (OBS) na terapię niektórych



Uczestnicy kursu w trakcie rozwiązywania testu



Wśród rozwiązujących test była prezes OIA,  
mgr farm. Ewa Więckowska

(bo)

schorzeń przewlekłych • niefarmakologicznymi i farmakologicznymi sposobami leczenia zaburzeń lipidowych oraz z nowymi kierunkami w leczeniu nadwagi i otyłości m.in. za pomocą preparatu alli.

Wykłady, podobnie jak na wszystkich kursach i konferencjach, które odbyły się w ramach wspomnianej inicjatywy, zakończyły się testem, za rozwiązanie którego uczestnicy mogli otrzymać 10 punktów edukacyjnych tzw. „twardych”.

Partnerem edukacyjnym konferencji był PharmAssist i GSK.

Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” dziękuje prezes OIA mgr farm. Ewie Więckowskiej i pracownikom biura za zaangażowanie i pomoc udzieloną w organizowaniu kursu.



Wykładowcy, organizatorzy i uczestnicy kursu z prof. dr hab. n. farm. Barbarą Filipk

© Wiktor Szukiel



# EUROPEJSKI DZIEŃ WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

## 22 maja każdego roku

Zwrócenie uwagi na problemy pacjentów cierpiących na nadwagę i otyłość

- ★ 22 maja 2010 roku odbyły się pierwsze obchody „**Europejskiego Dnia Walki z Otyłością**” w Polsce i w całej Europie.
- ★ Celem kampanii jest zjednoczenie społeczności aptekarzy, farmaceutów, lekarzy, pacjentów i polityków wokół wszystkich inicjatyw wspierających obywateli Europy cierpiących na nadwagę lub otyłość, w podejmowaniu przez nich wysiłków na rzecz zmiany trybu życia i poprawienia stanu zdrowia oraz podniesienia jakości życia.
- ★ W ramach inicjatywy „**Europejski Dzień Walki z Otyłością**” zwracamy się do wszystkich obywateli z prośbą o podpisanie petycji dostępnej na stronie [www.obesityday.eu](http://www.obesityday.eu) w ramach Europejskiej Inicjatywy Obywatelskiej. Zebranie miliona podpisów od obywateli państw członkowskich Unii Europejskiej pozwoli zwrócić się bezpośrednio do Komisji Europejskiej, by uznała problem i podjęła działania.
- ★ „**Europejski Dzień Walki z Otyłością**” cieszy się poparciem posłów do Parlamentu Europejskiego oraz licznych organizacji zrzeszających przedstawicieli środowisk medycznych, farmaceutycznych, dietetyków i pacjentów.



Poprzyj ideę Europejskiego Dnia Walki z Otyłością  
[www.obesityday.eu](http://www.obesityday.eu)



**EUROPEAN OBESITY DAY**  
Recognising the Voice of Obese & Overweight Patients

# WYBRANE ASPEKTY POLSKIEGO PRAWA ANTYTYTONIOWEGO



**dr n. prawnych Lubomira WENGLER, dr n. farm. Agnieszka ZIMMERMANN**

Zakład Prawa Medycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego  
e-mail: agnieszkazimmermann@gumed.gda.pl

Zarówno w krajach rozwiniętych jak i w krajach rozwijających się palenie tytoniu jest przyczyną poważnych schorzeń i wielu przedwczesnych zgonów. Uzależnienie od tytoniu jest stanem przewlekłym, który trudno przezwyciężyć. Koszty leczenia chorób spowodowanych używaniem tytoniu stanowią znaczący odsetek ogólnych kosztów opieki zdrowotnej.

Farmaceuci, zgodnie z zaleceniami przyjętymi przez Radę Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej na Kongresie w Sydney w 2003 roku, mają obowiązek wspomagania ludzi, którzy chcą porzucić palenie lub inną formę użytkowania tytoniu. Na Kongresie przedstawiciele zawodu farmaceuty poparli inicjatywę „Bez Tytoniu” Światowej Organizacji Zdrowia. Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna (FIP) utworzyła Globalną Sieć Farmaceutów przeciw Tytoniowi (*Global Network of Pharmacists against Tobacco*). Sieć ta zapewnia organizacjom farmaceutycznym i samym farmaceutom możliwość wymiany doświadczeń związanych z zaprzestaniem palenia w różnych miejscach wykonywania zawodu. Według zaleceń farmaceuci w swojej pracy powinni podejmować odpowiednie działania zmierzające do wyeliminowania tytoniu ze środowiska społecznego, w którym pracują, powinni dążyć do wprowadzenia zakazu palenia w aptece i wspierać personel w porzucaniu nałogu [1].

Istnieją regulacje prawne odnoszące się do zagnieśnienia ograniczenia używania tytoniu, tj.

przeciwdziałania uzależnieniu od niego i od wyrobów tytoniowych oraz ochrony zdrowia przed jego następstwami. Z uwagi na powinność promowania przez farmaceutów zdrowego życia bez tytoniu w poniższym artykule opisane zostały aspekty prawa antytytoniowego.

Należy jednak zauważyć, że ani ustawodawca, ani literatura przedmiotu nie posługują się pojęciem „prawa antytytoniowego” [2]. Wydaje się jednak, że stosowanie tego terminu jest jak najbardziej zasadne i metodologicznie poprawne. Pod pojęciem prawa antytytoniowego w niniejszym opracowaniu rozumie się zatem ogólną regulację prawną, które służą ograniczeniu używania tytoniu, tj. przeciwdziałając uzależnieniu od niego i od wyrobów tytoniowych oraz służą ochronie zdrowia przed jego następstwami. Można stwierdzić, że został zapoczątkowany proces wyodrębniania się w oparciu o kryteria celu i przedmiotu nowej dyscypliny nauki i praktyki prawniczej, obejmującej w szczególności swoimi badaniami zarówno przepisy prawne z zakresu prawa administracyjnego, prawa karnego jak i prawa cywilnego czy prawa pracy, z przewagą jednak prawa publicznego (zwłaszcza prawa administracyjnego).

Prawo antytytoniowe z uwagi na bezsporną szkodliwość używania tytoniu i wyrobów tytoniowych stanowi ważny element zapewniania przez państwo realizacji konstytucyjnego prawa każdego do ochrony zdrowia, a co za tym idzie,

także do ochrony krajowego systemu opieki zdrowotnej przed nadmiernym obciążeniem, generowanym choćby chorobami odtytoniowymi.

Konstytucja RP z 1997 roku nadała priorytowe znaczenie prawu do ochrony zdrowia. Prawo to, uznając jednocześnie Ramową Konwencję Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, wyraża się m.in. w dostrzeżeniu wagi problemu szerzenia się epidemii tytoniowej, która wywołuje zdrowotne, społeczne, gospodarcze i środowiskowe konsekwencje. Wzrost konsumpcji i produkcji wyrobów tytoniowych stanowi obciążenie dla rodzin, osób ubogich i przede wszystkim – co szczególnie determinuje zainteresowanie państwa – krajowych systemów opieki zdrowotnej.

Dowody naukowe potwierdzają, że konsumpcja wyrobów tytoniowych i narażenie na dym tytoniowy są przyczyną śmierci, chorób i niepełnosprawności oraz że istnieje przedział czasowy pomiędzy narażeniem na dym tytoniowy lub innym używaniem wyrobów tytoniowych a wystąpieniem chorób odtytoniowych. Używanie papierosów i niektórych innych produktów zawierających tytoń prowadzi do uzależnienia, a wiele związków, które one zawierają, i wytwarzany przez nie dym są farmakologicznie aktywne, toksyczne, mutagenne i rakotwórcze. W większości międzynarodowych klasyfikacji chorób uzależnienie od tytoniu jest odrębnie klasyfikowane jako choroba.

Narażenie płodu na działanie dymu tytoniowego w okresie prenatalnym jest przyczyną powstawania niekorzystnych następstw zdrowotnych i rozwojowych u dzieci. Niepokojące jest zjawisko wzrostu palenia i innych form konsumpcji wyrobów tytoniowych przez dzieci i młodocianych. Prawodawstwo krajowe powinno zatem być tak konstruowane, by uznać, że wszelkie formy reklamy, promocji i sponsorowania ukierunkowane na zachęcanie do używania wyrobów tytoniowych są niebezpieczne. Państwo powinno podejmować działania, także o charakterze międzynarodowym, na rzecz eliminowania wszelkich form nielegalnego obrotu papierosami i innymi wyrobami tytoniowymi, takich jak przemyt, nielegalna produkcja i podrabianie. Powinno się zauważać potrzebę stworzenia odpowiednich mechanizmów umożliwiających zajęcie się długoterminowymi społecznymi i ekonomicznymi

konsekwencjami skutecznych strategii ograniczania popytu na wyroby tytoniowe.

Polska jako kraj zainteresowany ograniczeniem użycia tytoniu i wyrobów tytoniowych ratyfikowała Ramową Konwencję Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzoną dnia 21 maja 2003 roku w Genewie (zwaną dalej Konwencją Ramową). Weszła ona w życie w dniu 14 grudnia 2006 roku. Konwencja Ramowa w świetle Konstytucji RP posiada status umowy międzynarodowej, ratyfikowanej za uprzednią zgodą wyrażoną w ustawie, co powoduje, iż w razie kolizji między przepisami, które zawiera, a ustawą (krajową) pierwszeństwo zachowuje przepis w niej zawarty (stąd też ten typ konwencji międzynarodowych określa się w literaturze jako mających charakter „nadustawowy”). W celu lepszej ochrony zdrowia człowieka strony Konwencji Ramowej (tj. państwa – sygnatariusze) są zachęcane do wprowadzenia środków wykraczających poza środki wymagane na mocy tego aktu normatywnego i protokołów do niego. Konwencja nie wyklucza bowiem nałożenia przez nie ostrzejszych wymogów aniżeli sama wprowadza (art. 2 Konwencji Ramowej).

Cel Konwencji Ramowej został przedstawiony w jej art. 3. Jest nim „ochrona dzisiejszych i przyszłych pokoleń przed zgubnymi zdrowotnymi, społecznymi, środowiskowymi i ekonomicznymi następstwami konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy poprzez przedstawienie ram dla środków ograniczenia użycia tytoniu, jakie jej strony będą wprowadzać na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym w celu ciągłego i znacznego ograniczenia rozpowszechnionej konsumpcji wyrobów tytoniowych i narażenia na dym tytoniowy”. Konwencja m. in. ustanawia zasady przewodnie, którymi winny kierować się strony przy jej implementacji do prawa krajowego. Wśród tych zasad należy wyróżnić w szczególności:

- obowiązek poinformowania każdej osoby o zdrowotnych następstwach, uzależniającym charakterze i śmiertelnym zagrożeniu, jakie niosą ze sobą konsumpcja wyrobów tytoniowych i narażenie na dym tytoniowy,
- konieczność silnego zaangażowania sfer politycznych w opracowanie i wspieranie na szczeblu krajowym, regionalnym i międzynarodowym kompleksowych środków

➤ wielosektorowych i skoordynowanych metod reagowania.

Ustawodawca krajowy, konstruując prawo antytytoniowe, powinien akcentować potrzebę podjęcia środków w celu ochrony wszystkich osób przed narażeniem na dym tytoniowy. Powinien dążyć do przeciwdziałania rozpoczęniu konsumpcji, propagować i wspierać zrywanie z nałogiem oraz zmniejszanie konsumpcji wszelkich rodzajów wyrobów tytoniowych. Powinien podejmować środki w celu opracowywania strategii ograniczenia użycia tytoniu i propagowania udziału poszczególnych osób oraz całych społeczności we wdrażaniu i ocenie programów ograniczania użycia tytoniu, które pod względem społecznym i kulturowym odpowiadają ich potrzebom i perspektywom.

Podstawowym aktem prawnym podejmującym – i to jeszcze przed ratyfikacją Konwencji Ramowej – problematykę, do której się ona odnosi, jest ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, dalej zwana ustawą antytytoniową. Ustawa ta była wielokrotnie nowelizowana. Szczególne znaczenie, również z uwagi na kontrowersje i burzliwe oceny, które wywołuje interpretacja jej postanowień, ma zmiana wchodząca w życie z dniem 15 listopada 2010 r. (z wyjątkiem art. 1 pkt 6, który wchodzi w życie z dniem 15 maja 2012 r.). Wprowadza ją ustawa z dnia 8 kwietnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, zwana dalej nowelą kwietniową. Nowelizacja ta w intencji jej projektodawców miała na celu przede wszystkim rozszerzenie obszarów objętych zakazem palenia tytoniu na większość miejsc publicznych, ujednolicenie sankcji za ich nieprzezstrzeganie, a także zaostrzenie zakazu reklamy.

W uzasadnieniu projektu ustawy powołano się na pozytywne doświadczenia innych krajów, w których wprowadzono całkowity zakaz palenia, w tym Włoch, Irlandii i Stanów Zjednoczonych [3]. Niestety, nowela kwietniowa, mimo dobrych intencji towarzyszących środowisku „lobującemu” (wsparieranemu przez przedstawicieli zawodów medycznych) za jak najdalej idącym ograniczeniem używania tytoniu i wyrobów tytoniowych, a także mechanizmów rynkowych

sprzyjających konsumpcji, stanowi w wielu miejscowościach przejaw nieprawidłowej legislacji, a tym samym nie realizuje wskazanych wyżej celów w pożądany przez jej projektodawców zakresie.

Zmiany miały wprowadzać prawie całkowity zakaz palenia w miejscowościach publicznych. W ostatecznym kształcie ustawy wprowadzono jednak zakaz palenia w środkach transportu publicznego – taksówkach, samochodach służbowych oraz w publicznych miejscowościach przeznaczonych do wypoczynku i zabawy dzieci oraz na przystankach komunikacji miejskiej. Zakazem palenia zostaną objęte także szkoły, zakłady opieki zdrowotnej i placówki oświaty.

Ustawa antytytoniowa nakłada na organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego obowiązek podejmowania działań zmierzających do ochrony zdrowia przed następstwami używania tytoniu oraz wskazuje, że mogą one wspierać w tym zakresie działalność medycznych samorządów zawodowych, organizacji społecznych, fundacji, instytucji i zakładów pracy, a także współpracować z kościołami i innymi związkami wyznaniowymi. W świetle jej art. 3 ochrona zdrowia przed następstwami używania tytoniu realizowana jest przez kształtowanie polityki zdrowotnej, ekonomicznej i społecznej, do której należą:

- ochrona prawa niepalących do życia w środowisku wolnym od dymu tytoniowego,
- promocja zdrowia przez propagowanie stylu życia wolnego od nałogu papierosów i używania wyrobów tytoniowych,
- działalność wychowawcza i informacyjna,
- tworzenie warunków ekonomicznych i prawnych zachęcających do ograniczenia używania tytoniu,
- informowanie o szkodliwości palenia tytoniu i zawartości substancji szkodliwych na opakowaniach wyrobów tytoniowych i informacjach o wyrobach tytoniowych,
- obniżanie norm dopuszczalnych zawartości substancji szkodliwych w wyrobach tytoniowych,
- leczenie i rehabilitacja osób uzależnionych od tytoniu.

W art. 5 ust. 1 ustawy antytytoniowej ustawodawca określa katalog miejsc objętych ustawowym zakazem palenia, wprowadzając jednocześnie wyjątki od tego zakazu w art. 5a. Zabronione jest palenie wyrobów tytoniowych:

- na terenie zakładów opieki zdrowotnej i w pomieszczeniach innych obiektów, w których są udzielane świadczenia zdrowotne,
- na terenie jednostek organizacyjnych systemu oświaty oraz jednostek organizacyjnych pomocy społecznej,
- na terenie uczelni,
- w pomieszczeniach zakładów pracy innych niż wymienione w pkt 1 i 2,
- w pomieszczeniach obiektów kultury i wypoczynku do użytku publicznego,
- w lokalach gastronomiczno-rozrywkowych,
- w środkach pasażerskiego transportu publicznego oraz w obiektach służących obsłudze podróżnych,
- na przystankach komunikacji publicznej,
- w pomieszczeniach obiektów sportowych,
- w ogólnodostępnych miejscach przeznaczonych do zabaw dzieci,
- w innych pomieszczeniach dostępnych do użytku publicznego.

W aptece, która jest zakładem pracy, powinien zatem obowiązywać zakaz palenia papierosów.

Rady gmin utrzymały możliwość rozszerzenia stref wolnych od dymu tytoniowego także na inne aniżeli wyżej wskazane miejsca przeznaczone do użytku publicznego. Ustawodawca nie podjął się jednak próby zdefiniowania kluczowego w powyższym kontekście terminu „użytek publiczny”.

Nowela kwietniowa nakłada na właściciela lub zarządzającego obiektem lub środkiem transportu, w którym obowiązuje zakaz palenia wyrobów tytoniowych, obowiązek umieszczenia w widocznych miejscach odpowiedniego oznaczenia słownego i graficznego informującego o zakazie palenia wyrobów tytoniowych na danym terenie lub środku transportu. Nie określa jednak ani nie zawiera delegacji ustawowej do wydania rozporządzenia, które dookreślioby, jakie minimalne choćby wymiary taka informacja winna zawierać, co może prowadzić do podejmowania prób ominięcia tego obowiązku poprzez stosowanie np. zbyt małej czcionki. Należy zauważyc, że powyższy obowiązek zastępuje dotychczasowy, budzący kontrowersje przepis nakładający na właściciela lub użytkownika obiektu odpowiedzialność za wprowadzenie zakazu palenia tytoniu w miejscach wskazanych przez ustawodawcę.

W art. 5a ust. 1 ustawodawca uprawnia jednak właściciela lub zarządzającego do wyłączenia spod zakazu określonego w art. 5 indywidualnych pokojów w obiektach służących do celów mieszkalnych.

Ustawodawca stwarza możliwość urządzenia palarni, a także wyłączenia spod ustawowego zakazu palenia zamkniętych pomieszczeń konsumpcyjnych lokali gastronomiczno-rozrywkowych. Nowela kwietniowa wprowadza definicję palarni, stanowiąc w art. 2 pkt 9, że pojęcie to oznacza wyodrębnione konstrukcyjnie od innych pomieszczeń i ciągów komunikacyjnych pomieszczenie, odpowiednio oznaczone, służące wyłącznie do palenia wyrobów tytoniowych, zaopatrzone w wywiewną wentylację mechaniczną lub system filtracyjny w taki sposób, by dym tytoniowy nie przenikał do innych pomieszczeń. Właściciel lub zarządzający może wyznaczyć palarnię w domach pomocy społecznej lub domach spokojnej starości, hotelach, obiektach służących do obsługi podróżnych, na terenie uczelni, w pomieszczeniach zakładów pracy oraz lokalach gastronomiczno-rozrywkowych.

Jednocześnie ustawodawca z liberalizował zakaz palenia w określonych w art. 5 miejscach, upoważniając właściciela lub zarządzającego lokalem gastronomiczno-rozrywkowym co najmniej z dwoma pomieszczeniami przeznaczonymi do konsumpcji do wyłączenia spod tego zakazu zamkniętych pomieszczeń konsumpcyjnych, wyposażonych w wentylację zapewniającą, że dym tytoniowy nie przenika do innych pomieszczeń.

Prócz wskazanych wyżej zakazów ustanawia antytytoniowa wprowadza także inne regulacje o takim charakterze. W szczególności akt ten zabrania sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom do lat 18. W miejscu ich sprzedaży winna zostać umieszczona widoczna i czytelna informacja o treści: „Zakaz sprzedaży wyrobów tytoniowych osobom do lat 18” (art. 6 ust. 1). W przypadku wątpliwości co do pełnoletniości kupującego wyroby tytoniowe sprzedawca jest uprawniony do zażądania okazania dokumentu potwierdzającego wiek kupującego.

Ustawodawca zabrania także sprzedaży wyrobów tytoniowych na terenie zakładów opieki zdrowotnej, szkół i placówek oświatowo-wychowawczych oraz obiektów sportowo-rekreacyjnych, a także w automatach.

▶ Sprzedaż papierosów nie może być dokonywana w opakowaniach zawierających mniej niż dwadzieścia sztuk oraz luzem bez opakowania. Ten rodzaj zakupów zdaje się bowiem sprzyjać osobom niezamożnym w uzależnianiu się i podtrzymywaniu nałogu. Poza sklepami wolnocłowymi nie można prowadzić sprzedaży detalicznej wyrobów tytoniowych w systemie samoobsługowym.

W świetle ustawy antytytoniowej nie wolno produkować i wprowadzać do obrotu wyrobów tytoniowych bezdymnych, z wyjątkiem tabaki. Pod pojęciem wyrobów tytoniowych bezdymnych rozumie się w ustawie wyroby tytoniowe przeznaczone do wąchania (tabaka), ssania, żucia lub wprowadzania do organizmu w innej postaci, z wyłączeniem produktów leczniczych zawierających nikotynę. Ustawa zakazuje stosowania w procesie produkcji wyrobów tytoniowych dodatków zwiększających właściwości uzależniające od nikotyny, co stanowi odwołanie do zawartej w preambule Konwencji Ramowej sugestii, jakoby koncerny tytoniowe celowo, w zaawansowanych procesach technologicznych podejmowały właśnie takie szkodliwe działania. Nie jest dozwolone umieszczanie na opakowaniach wyrobów tytoniowych napisów, nazw, znaków towarowych oraz symboli i innych znaków sugerujących, że dany produkt tytoniowy jest mniej szkodliwy niż inne.

W bardzo szerokim zakresie ustanawia antytytoniowa wprowadza zakaz reklamowania i promocji wyrobów tytoniowych, rekwizytów tytoniowych i produktów imitujących wyroby lub rekwizyty tytoniowe oraz symboli związanych z użytkowaniem tytoniu, a w szczególności w telewizji, radio, kinach, zakładach opieki zdrowotnej, szkołach i placówkach oświatowo-wychowawczych, w prasie dziecięcej i młodzieżowej, na terenie obiektów sportowo-rekreacyjnych oraz w innych miejscach publicznych, w prasie oraz na plakatach, w tym wielkoformatowych.

Pod pojęciem reklamy wyrobów tytoniowych rozumie się w ustawie rozpowszechnianie komunikatów, wizerunków marek wyrobów tytoniowych lub symboli z nimi związanych, a także nazw i symboli graficznych firm produkujących wyroby tytoniowe, nieróżniących się od nazw i symboli graficznych wyrobów tytoniowych, służących popularyzowaniu marek tych wyrobów. Za reklamę nie uważa się informacji używanych

do celów handlowych pomiędzy firmami zajmującymi się produkcją, dystrybucją i handlem wyrobami tytoniowymi.

Promocja wyrobów tytoniowych z kolei označa publiczne rozdawanie wyrobów tytoniowych lub rekwizytów tytoniowych, organizowanie degustacji, premiowanej sprzedaży, oferowanie wyrobów tytoniowych konsumentom po obniżonej cenie w stosunku do ceny wydrukowanej na opakowaniu jednostkowym wyrobu, organizowanie konkursów opartych na zakupie oraz inne formy publicznego zachęcania do nabycia lub używania wyrobów tytoniowych, bez względu na formę dotarcia do adresata.

Sponsorowanie natomiast polega na wspieraniu w formie finansowej lub rzeczowej działalności osób i instytucji, związanym z eksponowaniem nazw produktów i firm handlowych oraz ich symboli graficznych. Ustawa antytytoniowa w znacznym stopniu ogranicza tę ostatnią aktywność, ustanawiając zakaz sponsorowania przez firmy tytoniowe działalności sportowej, kulturalnej, oświatowej, zdrowotnej i społeczno-politycznej.

Nowela kwietniowa wprowadziła dodatkowo zakaz eksponowania w punktach sprzedaży przedmiotów imitujących opakowania wyrobów tytoniowych.

Ustawodawca odnosi się także do opakowań papierosów wprowadzanych do obrotu handlowego na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej, stanowiąc, iż na każdym z nich powinny być w sposób widoczny, czytelny i trwały umieszczone dwa różniące się treścią ostrzeżenia przed szkodliwością używania tytoniu, jedno po-wszechne i jedno dodatkowe. Dookreślona powinna być wielkość płaszczyzn, które one zajmują, a także informacje o zawartości substancji smolistych, nikotyny i tlenku węgla w jednym papierosie.

Ustawa stanowi, że leczenie uzależnienia od używania tytoniu prowadzone w publicznych zakładach opieki zdrowotnej jest bezpłatne.

Jednym z aktów wykonawczych do ustawy jest Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 17 listopada 2003 r. w sprawie wykroczeń, za które strażnicy straży gminnych są uprawnieni do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego. Uprawnia ono strażników miejskich m. in. do nakładania grzy-

wien w postaci mandatu karnego za wykroczenia wskazane w art. 13 ust. 1 ustawy antytytoniowej w jej obecnym brzmieniu, w tym z tytułu palenia wyrobów tytoniowych w miejscowościach objętych zakazami określonymi w art. 5 tej ustawy (w jej obecnym brzmieniu).

W art. 5 ust. 4 ustawy antytytoniowej przyznano radzie gminy kompetencję prawotwórczą do stanowienia aktów prawa miejscowego o charakterze wykonawczym (tj. wykonujących tę ustawę). W świetle tego przepisu rada gminy może ustalić w drodze uchwały na terenie gminy inne niż wymienione w art. 5 ust. 1 ustawy miejsca przeznaczone do użytku publicznego jako strefy wolne od dymu tytoniowego [4]. Analiza przepisów prawa miejscowego, zawartych w wojewódzkich dziennikach urzędowych prowadzi do wniosku, że gminy wykonują tę kompetencję, tworząc dodatkowe w stosunku do przewidzianych w ustawie antytytoniowej strefy wolne od dymu tytoniowego.

### Akty prawne

1. Ramowa Konwencja Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporządzona dnia 21 maja 2003 r. w Genewie (Dz. U. z 2007 r. nr 74, poz. 587).
2. Ustawa z dnia 17 lutego 2006 r. o ratyfikacji Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporzązonej w Genewie dnia 21 maja 2003 r. (Dz. U. z 2006 r. nr 66, poz. 464).
3. Oświadczenie rządowe z dnia 16 stycznia 2007 r. w sprawie mocy obowiązującej Ramowej Konwencji Światowej Organizacji Zdrowia o Ograniczeniu Użycia Tytoniu, sporzązonej w Genewie dnia 21 maja 2003 r. (Dz. U. nr 74, poz. 488).
4. Ustawa z dnia 9 listopada 1995 r. o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych (Dz. U. z 1996 r. nr 10, poz. 55 ze zm.).
5. Ustawa z dnia 8 kwietnia 2010 r. o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. nr 81, poz. 529).
6. Rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 17 listopada

2003 r. w sprawie wykroczeń, za które strażnicy straży gminnych są uprawnieni do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz. U. nr 208, poz. 2026 ze zm.).

7. Uchwała z dnia 31 sierpnia 2005 r. w sprawie ustalenia na terenie gminy Grębocice miejsc przeznaczonych do użytku publicznego jako strefy wolne od dymu tytoniowego (Wojewódzki Dziennik Urzędowy Województwa Dolnośląskiego z 2005 r. nr 182, poz. 3256).
8. Uchwała z dnia 13 grudnia 2007 r. w sprawie ustalenia „stref wolnych od dymu tytoniowego” oraz ograniczenia rozpowszechniania reklamy tytoniowej (Wojewódzki Dziennik Urzędowy Województwa Kujawsko-Pomorskiego z 2008 r. nr 18, poz. 250).

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Agnieszka Zimmenrman  
Zakład Prawa Medycznego  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
80-210 Gdańsk, ul. Tuwima 15  
tel. 58 349 14 41

Piśmiennictwo:

1. *Rola farmaceuty w promowaniu przyszłości wolnej od tytoniu. Zalecenia przyjęte przez Radę FIP na Kongresie FIP w Sydney 2003 r.* [w:] Lazowski J.: *Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej*, Biblioteka Naukowa „Czasopisma Aptekarskiego”, Warszawa 2005.
2. Jałowiecka E., Jałowiecki P., Ormowski A.: *Terytorialne zróżnicowanie spożycia papierosów w Polsce w latach 1999-2006*, Stowarzyszenie Ekonomistów Rolnictwa i Agrobiznesu, Roczniki Naukowe, t. XI, z. 3, www.seria.home.pl, stan na dzień 30 sierpnia 2010 r.
3. *Uzasadnienie projektu ustawy o zmianie ustawy o ochronie zdrowia przed następstwami używania tytoniu i wyrobów tytoniowych oraz ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej – Sejm VI kadencji, nr druku 1030*, www.sejm.gov.pl
4. Ostapski A.: *Kompetencja rady gminy do ustanawiania stref wolnych od dymu tytoniowego*, „Samorząd Terytorialny” z 2009, nr 6.

**Od Redakcji:**

*W ślad za „Niezwykłymi biografiami niezwykłych farmaceutów” opublikowanymi w Farmaceutycznym Poradniku – Kalendarzu na rok 2011 rozpoczynamy na łamach „Czasopisma Aptekarskiego” cykl artykułów poświęconych farmaceutom, na temat których udało się zgromadzić więcej materiałów, niż zawarto informacji w zamieszczonych biogramach we wspomnianym poradniku – kalendarzu.*

*Autorka poniższego opracowania to mieszkanka Rakoniewic – liczącego obecnie około 3,5 tys. mieszkańców miasteczka w powiecie Grodzisk Wielkopolski w południowo-zachodniej części woj. wielkopolskiego, którego urok i bogata przeszłość fascynują wielu historyków i tych, którzy się z nim zetknęli. Gabriela Hoffmann, aktywna działaczka, wieloletni skarbnik powstałego w 1978 roku Towarzystwa Miłośników Ziemi Rakoniewickiej im. Michała Drzymały, w roku 2009 podjęła się spisania losów zasłużonego nie tylko dla samych Rakoniewic, ale i jednej z tych postaci wielkopolskiego aptekarstwa, które zapisały się w dziejach polskiej farmacji złotymi zgłoskami: mgr. Stefana Jasińskiego – aptekarza, powstańca wielkopolskiego i pierwszego burmistrza tego miasta w II RP. Autorka w swoim dorobku pisarskim ma także inne opracowania historyczne, jak „Zarys szkolnictwa i środowiska rakoniewickiego” i „Kalendarium OSP w Rakoniewicach”.*

*Jednocześnie redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” dziękuje panu Dariuszowi Wajsowi, redaktorowi naczelnemu portalu [www.e-rakoniewice.com](http://www.e-rakoniewice.com) za życzliwą pomoc w pozyskaniu niniejszego artykułu.*

## **STEFAN JASIŃSKI – APTEKARZ I POWSTANIEC WIELKOPOLSKI**



**Gabriela HOFFMANN**

Towarzystwo Miłośników Ziemi Rakoniewickiej im. Michała Drzymały  
e-mail: [office@e-rakoniewice.com](mailto:office@e-rakoniewice.com)

### **KRÓTKA HISTORIA APTEKARSTWA I APTEKI W RAKONIEWICACH**

Powstanie apteki w Rakoniewicach datuje się na koniec XVIII wieku. O przywilej jej otwarcia zwrócił się z prośbą

do króla Prus Friedricha Wilhelma Jan Gottfryd Ditmar z Rakoniewic. Oto skrót przywileju, który otrzymał, poświadczony 26 września 1904 roku przed sądem w Wolsztynie: *W dniu 7 czerwca 1797 roku rozkazem Króla Pruskiego*

*Jan Gottfryd Dittmar otrzymał przywilej założenia apteki, handlu kolonialnego i handlu winem. Przywilej mówi, że Dietmar musi podporządkować się zaleceniom policyjnym, wizytacjom przełożonych i władzom powiatowym. Ponadto ma pła-*

cić 2 Reichstalary podatku rocznego, oraz tak się prowadzić, jak wymagają tego zarządzenia krajowe i aptekarskie.

Od 25 lutego 1825 roku, po śmierci Dittmara nie można było otrzymać dla niej administratora, więc apteka została politycznie zapieczętowana i dopiero w kwietniu 1826 roku, po objęciu zarządu przez kandydata farmacji Franciszka Gottschalla (1823 r.) otwarta na nowo.

Wdowa po Dittmarze z siódmką nieletnich dzieci znalazła się w ciężkim położeniu, bo oprócz domu, w którym mieściła się apteka, nie miała żadnego majątku. W grudnia 1828 roku aptekę przejął na własność Gottschall, ale regencja nie chciała przyznać aptece prawa do przywileju, bo po śmierci męża przeszedł on na Dittmarową, która w czasie swego wdowieństwa nie mogła go sprzedać ani scedować na inną osobę. Mogła jedynie sprzedać urządzenia apteki i towary, ale bez przywileju, lub zrezygnować z koncesji. Tak też zrobiła na rzecz Gottschalla. W 1829 roku wartość nieruchomości oszacowano na 2 tysiące talarów, a Gottschall otrzymał potem koncesję, bez przywileju.

Po śmierci Gottschala apteką kierowali kolejno Mentz, Wege i Kliche. W październiku 1833 roku zarząd apteki przejął aptekarz I klasy Ernest August Ferdynand Kozubsky (1828 rok), który ożenił się z wdową po Gottschallu i 4 lutego 1834 roku przejął aptekę na własność.

Z aptekami związana była wówczas także sprzedaż pijawek. W Rakoniewicach też

handlowano pijawkami. Z początku zbierano je w Obrze i Spreewaldzie, później w południowej Rosji, Galicji, na Wę-

grzech i w Mołdawii. Przywożone do Rakoniewic pijawki wpuszczano do stawu w Winnicy i karmiono końską krwią. ➤



© Ze zbiorów własnych Autorki

Świadectwo aprobacji wyданie w Dreźnie 8 września 1913 roku, zezwalające na prowadzenie apteki stwierdzało, że: Po złożeniu w dniu 15 listopada 1911 roku przez kandydata farmacji Stefana Adolfa Jasińskiego z Grodziska, Województwo Poznańskie, egzaminu farmaceutycznego przed komisją egzaminacyjną w Lipsku z wynikiem dobrym i po zadośćuczynieniu postanowieniom dotyczącym się lat pomocnikowskich z dniem 15 sierpnia 1913 roku udziela się jemu niniejszym aprobaty na aptekarza na obszar Rzeszy Niemieckiej tj. stosownie do paragrafu 29 ordynacji przemysłowej rzeszy.

► Pijawki chwytyano w ten sposób, że mężczyźni (łapacze) wchodziili do stawu bosymi nogami, a do ich nóg przyczepiały się pijawki. W 1837 roku sprowadzono około 4 milionów pijawek, z czego 90% wysłano do Hamburga za 50 tysięcy talarów. W 1842 roku było w Rakoniewicach dwóch dużych i dwunastu małych handlarzy pijawkami, którzy zatrudniali 165 pracowników i łapaczy. Od 1842 roku, gdy cena pijawek spadła, bo zmieniły się metody leczenia, handel nimi skończył się.

W 1839 roku aptekarz II klasy Krystyn Erich Samuel Selle przejął rakoniewicką aptekę, ale umarł 21 maja 1841 roku, więc jej zarząd objął aptekarz II klasy Karol Wincenty Jescike, katolik. W lutym 1842 roku regencja przyznała aptece prawo do jej dziedziczonego i podlegającego sprzedaży przywileju. W 1842 roku aptekę kupił od spadkobierców za 5 tysięcy 800 talarów Karol Betz, w lutym 1846 roku jej właścicielem został Ernest Fryderyk Wilhelm Gericke (1838 rok), a po jego śmierci w 1876 roku zarząd apteki trafił w ręce Otto Gericke'a.

W październiku 1877 roku apteka spłonęła w czasie wielkiego pożaru miasta, który pochłonął wschodnią część ulicy Pocztowej (domy tkaczy), wschodnią stronę rynku i część wschodniej ulicy Grodziskiej oraz część Krystyny. W pożarze spłonął także oryginał przywileju z 1797 roku.

Aptekarz Otto Gericke, który zajmował się także winiarnią i badaniem mięsa, kupił aptekę za 10 tysięcy talarów i to on odbudował ją po pożarze na ulicy

Pocztowej 6, gdzie przetrwała do dziś.

Gericke sprzedał swoją aptekę w 1904 roku aptekarzowi Leonowi von Sumińskiemu za 90 tysięcy marek, od którego 1 listopada 1912 roku za 185 tysięcy marek placówkę kupił Stefan Jasiński, który wtedy nie posiadał jeszcze aprobacji, więc zarząd apteki oddano aptekarzowi Rawiczowi do czasu otrzymania dyplomu przez jej właściciela (...).

### DZIEJE ŻYCIA APTEKARZA STEFANA JASIŃSKIEGO

W tym opracowaniu podjęłam trud przedstawienia życia i działalności zasłużonego dla Rakoniewic aptekarza, powstańca wielkopolskiego i szanowanego obywatela naszego miasteczka, Stefana Jasińskiego. Opracowanie to oparłam na dokumentach, które otrzymałam od jego córki, Barbary Jasińskiej-Janowicz.

Stefan Adolf Jasiński urodził się 26 listopada 1885 roku w Grodzisku Wlkp. z ojca Bronisława, który był aptekarzem, i matki Marii z domu Kirsch. Do szkoły powszechnej uczęszczał najpierw w Grodzisku Wlkp., a gdy zmarł jego ojciec, jako 11-letni chłopiec podjął naukę w Królewskim Gimnazjum im. Komeńskiego w Lesznie. Przebywał tam od Wielkanocy 1896 roku do 30 września 1904 roku i uzyskał świadectwo ukończenia gimnazjum, z którego dowiadujemy się, że przez ostatnie pół roku z powodu choroby uczeń ten często był nieobecny na zajęciach.

Po ukończeniu gimnazjum w szkole ogrodniczej w Ko-

strietzu Stefan miał uczyć się budowli ogrodowych, lecz po roku zrezygnował, bo czuł, że jego powołaniem jest iść w ślady ojca aptekarza. Od 8 maja 1905 roku do 1 kwietnia 1909 roku Stefan Jasiński przebywał w Poznaniu, gdzie najpierw pracował jako uczeń aptekarski w aptece Józefa Jasińskiego, a następnie w tej samej aptece był pomocnikiem aptekarskim. Właściciel placówki wystawił mu dobrą opinię.

Wiadomo, że w 1877 roku aptekę tę od Emila Rupprechta kupił ojciec Stefana, Bronisław Jasiński za 120 tysięcy marek, ale po jego śmierci w 1890 roku kupił ją właśnie Józef Jasiński za 139 tysięcy 430 marek i płacąc za drugi przywilej spowczywający na aptece 6 tysięcy 570 marek – czyli ogółem 146 tysięcy marek. Zastanawia fakt zbieżności nazwisk Stefana i Józef Jasińskich. Być może byli oni ze sobą spokrewnieni i dlatego Józef Jasiński tak chętnie przyjął do swojej apteki syna zmarłego aptekarza z Grodziska. (...) Po sześciu latach, w 1896 roku grodziską aptekę od Józefa Jasińskiego kupił Zacheusz Ritter.

Po odbyciu praktyki w Poznaniu od 1 kwietnia do 4 października 1909 roku Stefan Jasiński pracował jako pomocnik aptekarza u Martina Manheima w aptece „Pod Złotym Lwem” w Lesznie. W świadectwie właściciela apteki wyraża zadowolenie z jego pracy, pisząc: „Moje najlepsze życzenia towarzyszyć będą panu Jasińskiemu w dalszej jego przyszłości”.

Po odbyciu praktyk jako uczeń i pomocnik aptekarza i sprawdzeniu swojego zamiło-

wania do tego zawodu Stefan Jasiński w 1909 r. podejmuje studia w Instytucie Farmacji na Uniwersytecie we Wrocławiu (...).

Po ich ukończeniu przenosi się na dalsze Studia Farmaceutyczne do Lipska. Po zakończeniu tam ćwiczeń farmaceutycznych przyjeżdża do Gniezna, gdzie podejmuje pracę pomocnika aptekarskiego w aptece Griebena. Następnie przenosi się na dalszą praktykę do Wrześni, do apteki „Pod Orłem”, a po zakończeniu stażu otrzymuje świadectwo od właściciela apteki we Wrześni (...). Na dalszy staż pomocnika aptekarskiego wraca do Poznania do znanej mu z poprzednich praktyk apteki Józefa Jasińskiego.

Z Poznania Stefan Jasiński na dalszy staż wyjeżdża do Witkowa. Tu być może poznał swoją przyszłą żonę, Zofię Nowakowską. Można tak przypuszczać, bo Witkowo leży niedaleko Mogilna, z którego pochodziła. Z Witkowa wraca w rodzinne strony – do Rakoniewic, do apteki Leona von Sumińskiego, by z tym małosteczkiem związać swój dalszy los, w przyszłości tu zakończyć pracowite życie i znaleźć wieczny spoczynek.

W lipcu 1912 roku Stefan Jasiński kupił dom od aptekarza Leona von Sumińskiego i jego żony Stefanii von Sumińskiej z domu Plewkiewicz. Mimo to pracował nadal w aptece jako pomocnik aptekarza, ponie-

waż nie posiadał jeszcze aprobacji. Oddał zatem zarząd apteki internistycznie aptekarzowi Rawiczowi aż do 1913 roku, tj. do otrzymania przez siebie aprobacji.

Od chwili uzyskania aprobacji aptekarskiej Stefan Jasiński sam prowadził aptekę w Rakoniewicach. W 1914 roku w Mogilnie wziął ślub z Zofią z d. Jankowską, urodzoną 14 grudnia 1880 roku. Z tego związku urodził się 8 sierpnia 1915 roku w Poznaniu ich jedyny syn, Jerzy.

Skończyła się I wojna światowa i Polska po 123 latach niewoli odzyskała niepodległość. Niemcy jednak nie wycofywali swych wojsk z Wielkopolski. Polacy 20 listopada 1918 roku



© Ze zbiorów własnych Autorki

Zdjęcie zbiorowe członków Ogniska Towarzystwa Gimnastycznego „Sokół”, którego pierwszym prezesem był Stefan Jasiński (na zdj. oznaczony kółkiem)

zwołali Zjazd Delegatów Rad Robotniczych i Żołnierskich. Niemcy poczuli się zagrożeni i zaczęli przygotowywać się do obrony, tworząc Heimatschutz. Niemieckie wojsko regularne (Grenzschutz) było w Sulechowie. Polacy nie czekali bezczynnie. Dnia 26 listopada 1918 roku Stefan Jasiński na polecenie ks. Graszyńskiego z Gościeszyna organizuje Straż Ludową, która była pod kontrolą Prusaków i nie posiadała broni. Dlatego 22 grudnia 1918 roku ppor. Stanisław Siuda organizuje w Rakoniewicach Towarzystwo Gimnastyczne „Sokół”, do którego wstępnie duzo oochotników, przyszłych powstańców.

Zostaje wybrany zarząd Towarzystwa w osobach: prezes – Stefan Jasiński (aptekarz), zastępca prezesa – Stanisław Molski (stolarz), naczelnik – ppor. Siuda, zastępca naczelnika

– Jan Żok (ślusarz), sekretarz – Franciszek Brzozowski (student medycyny), członkowie zarządu: Wojciech Roszak (kupiec), Andrzej Rybaki i Ludwik Śledź (gospodarze). Na zebraniu rozdzielono zadania i podano miejsce zbiórki – w ten sposób przygotowano się na wypadek wybuchu powstania. By zyskać czas na organizację drużyn powstańczych, Stefan Jasiński z ramienia Powiatowej Rady Ludowej w Wolsztynie zostaje doradcą w magistracie w Rakoniewicach.

W dniu 27 grudnia 1918 roku wybucha powstanie wielkopolskie. Cztery dni później silna grupa Grenschutzu zajmuje Wolsztyn, a 3 stycznia 1919 roku ppor. Siuda bez walki przejmuje Rakoniewice. W jego oddziale znajdują się również powstańcy z Rakoniewic. 4 stycznia 1919 roku następuje brawu-

rowy, zmasowany atak Niemców na Rakoniewice, jednak dzięki świetnie zorganizowanej obronie miasteczka, zostają oni zmuszeni do odwrotu w kierunku Rostarzewa. Oddziały powstańcze 5 stycznia 1919 roku wyzwalały Wolsztyn.

### APTEKARZ I BURMISTRZ

Stefan Jasiński w czasie powstania zaopatrywał powstańców i lazaret (w hotelu p. Beckera na ulicy Pocztowej) w materiały opatrunkowe i leki z własnej apteki bezpłatnie (lazaret został zorganizowany przez Polski Czerwony Krzyż z Wielichowa), dostarczał wyżywienie dla powstańców, a jego dom był miejscem powstańczych narad. Służył swą wiedzą medyczną, a patriotyczną postawą zachęcał ludzi do walki o wolną Polskę. Jego zdolności organizacyjne zostały docenione i po zwycięstwie powstania wielkopolskiego Rada Miejska powierzyła mu stanowisko burmistrza Rakoniewic. Funkcję tę piastował do 20 marca 1920 r., godząc ją z pracą aptekarza.

W aptece pomagała mu żona Zofia. Po ustąpieniu Stefana Jasińskiego z funkcji burmistrza na jego następcę wybrano Leona Śniateckiego. Jasiński zajął się znów pracą w swojej aptece i niesieniem pomocy chorym ludziom. Zawsze znajdował dla nich lekarstwo, które pomagało zwalczyć chorobę, więc zamiast iść do lekarza, prosili o pomoc aptekarza i byli mu za nią wdzięczni.

W dniu 3 lutego 1922 roku Stefan Jasiński złożył aptekarską przysięgę przed starostą



Tablica pamiątkowa wmurowana staraniem Towarzystwa Miłośników Ziemi Rakoniewickiej na budynku nr 6 przy ul. Pocztowej

powiatu wolsztyńskiego: „*Ja, Stefan Jasiński przysięgam Panu Bogu Wszechmogącemu i Wszystkowiedzącemu, że otrzymawszy aprobatę do samodzielnego zarządzania apteką, wypełniać będę dokładnie wszelkie obowiązki, jakie nakłada na mnie mój zawód w myśl istniejących i przyszłych ustaw według mej najlepszej wiedzy i mego sumienia. Tak mi dopomóż Panie Boże w Trójcy Jedyny i Wszyscy Święci.*”

W okresie międzywojennym Stefan Jasińsk brał czynny udział w życiu społecznym Rakoniewic. Udzielał się w Towarzystwie Gimnastycznym „Sokół”, którego był pierwszym prezesem, uczestniczył w zbiórkach pieniędzy na różne cele społeczne, w uroczystościach kościelnych, narodowych i społecznych organizowanych w miasteczku.

Pod koniec lat 30. XX wieku znów zawisło nad Polską widmo wojny z Niemcami. W dniu 26 sierpnia odbyła się ogólna mobilizacja, a 1 września 1939 roku o godz. 5 rano wybuchła II wojna światowa. Tego dnia członkowie Stronnictwa Narodowego aresztowali miejscowych Niemców w Rakoniewicach, za co po wkroczeniu wojsk niemieckich Niemcy w odwecie aresztowali Polaków, bijąc ich, kopiąc i znęcając się nad bezbronnymi cywilami.

Aresztowanie nie ominęło także Stefana Jasińskiego, którego osadzono w „Rafii” w Wolsztynie. Tam zachorował na chorobę zakaźną, więc Niemcy przekazali go do szpitala w Wolsztynie. Tu nadarzyła się okazja ucieczki i tak to

rakoniewicki aptekarz znalazł się w Lubawie (obecnie woj. olsztyńskie).

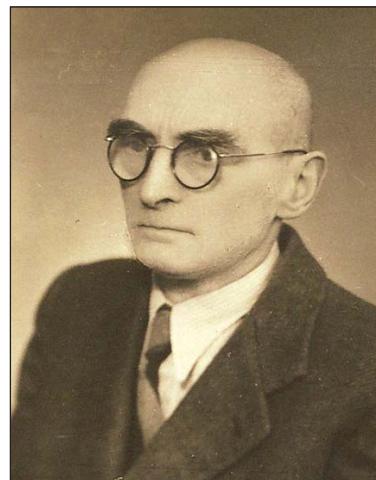
W roku 1939 jeszcze jedno nieszczęście spadło na głowę Stefana Jasińskiego: jego jedyny syn Jerzy został aresztowany i przewieziony do poznańskiego Fortu VII, po czym słuch o nim zaginął.

### POWRÓT DO RODZINNYCH RAKONIEWIC

Po wkroczeniu Niemców w 1939 roku do Rakoniewic apteka Stefana Jasińskiego została zarekwirowana i oddana Scharzmeer – Niemcowi przybyłemu ze Wschodu, który wszedł w posiadanie majątku po Jasińskim i przeniósł aptekę do pomieszczeń po prawej stronie budynku. W czasie II wojny światowej w aptece pracowali także Jan Wojciechowski – syn budowniczego Stanisława Wojciechowskiego, i siostra żony drogerzysty Kozaka.

Przez całą okupację hitlerowską, do oswobodzenia Jasiński pracował w aptece w Lubawie. Zarząd Miejski w Lubawie wystawił mu 4 maja 1945 roku takie oto zaświadczenie podpisane przez burmistrza Lubawy: „*Niniejszym poświadczam, że obywatel aptekarz Stefan Jasiński, ur. 26.11.1885 w Grodzisku w czasie swego pobytu w Lubawie podczas okupacji niemieckiej występował jako Polak i jako taki w życiu prywatnym jak i w swej pracy w aptece postępował, przez co zaskarbił sympatię i zaufanie społeczeństwa miasta i okolicy.*

*Po oswobodzeniu miasta od najeźdźców hitlerowskich zarządził tutejszą apteką i w bardzo*



© Ze zbiorów własnych Autorki

Mgr farm. Stefan Adolf Jasiński w roku 1961

*trudnych warunkach życiowych uporządkował takową oraz doprowadził do stanu jak na obecne czasy wzorowo. Za ten czyn obywatelski należy mu się uznanie i podziękowanie.*

*Wobec powyższego uważam obywatela Jasińskiego za godnego polecenia o poparcie w jego dalszych zamierzeniach.*

Podobne zaświadczenie wystawił panu Jasińskiemu także Stanisław Wolski, właściciel lubawskiej apteki.

Po powrocie do Rakoniewic S. Jasiński podjął pracę nad uruchomieniem zdewastowanej i okradzionej w wojennej zawierusze apteki. Jakby mało było nieszczęścia, 16 lipca 1946 roku spada na niego kolejne – umiera jego żona Zofia. Zostaje sam, bez syna i żony, nadal jednak pracuje, udziela się społecznie, np. zbierając składki na Polski Czerwony Krzyż.

Po pewnym czasie poznaje Apolonię Aielę Małecką z domu Makowską, córkę Feliksa Makowskiego, z zawodu kuśnierza, szanowanego działacza społecznego, ostatniego w II RP burmistrza Kościana.

➤ Mąż pani Anieli, Zygmunt Małecki zginął w Oświęcimiu w 1942 roku jako więzień polityczny. W dniu 21 grudnia 1948 roku Stefan Jasiński poślubia Apolonię Aielę Małecką, wdowę z dwiema córkami.

Pani Jasińska, która była technikiem aptekarskim, od razu podjęła pracę w aptece męża i pracowała tam do 1 marca 1969 roku. Teraz państwo Jasińscy razem prowadzili aptekę – pani Aniela sporządała leki recepturowe i w ten sposób pomagała mężowi.

W roku 1950 zgodnie z ustawą o zaginięciu osób z 9 maja 1946 roku syn Stefana Jasińskiego, Jerzy został uznany za zmarłego. W kilka miesięcy później, 5 stycznia 1951 roku polskie władze przejęły aptekę w przymusowy zarząd państewny, a 8 stycznia tegoż roku Sejm uchwalil niezgodną z obowiązującą Konstytucją ustawę o przejęciu aptek przez państwo. Ten pamiętny dzień tak opisuje pani Jasińska:

„Byłam sama w aptece, mąż mój, Stefan Jasiński pojechał do Poznania do Farmhurtu po towar. O godzinie 9.00 przyszło do apteki pięciu panów, powiadając mnie, że z nakazu władz PRL od tej chwili Stefan Jasiński przestał być właścicielem apteki. Pokazano mi jakieś pismo, nie dając go do ręki celem przeczytania, więc nie mogłam zapoznać się z jego treścią. Byłam tak zaskoczona, że nie potrafiłam się przeciwstawić. Podkreślono, że cała apteka z towarem, wyposażeniem, kasą i stanem konta w banku jest od tej chwili własnością państwa. Polecono mi zawiadomić męża Stefana Jasińskiego

o zajęciu jego apteki, o jego odpowiedzialności za nienaruszony stan i obowiązku pełnienia funkcji kierownika apteki. Mnie zaś polecono pełnić funkcję zastępcy. Oświadczone też, że pracujące na zapleczu dwie osoby, tj. księgowa i sprzątaczka, pozostają nadal. Mąż wrócił wieczorem z Poznania, gdzie dowiedział się o powszechnym odbieraniu aptek, w tym także swojej.”

W tym czasie pan Jasiński nie był już właścicielem apteki, gdyż przeszła ona pod zarząd Poznańskiego Przedsiębiorstwa Aptek – Przedsiębiorstwa Państwowego Oddział w Poznaniu. Został jedynie kierownikiem Apteki nr 156 w Rakoniewicach. Umowę o pracę z nim rozwiązano w dniu 7 grudnia 1954 roku. Już na emeryturze pomagał żonie w prowadzeniu apteki, w maju następnego roku obchodził 50-lecie swojej pracy aptekarskiej.

Pan Jasiński długo emerytem nie był, chorował i 7 listopada 1962 roku ten aptekarz i powstaniec wielkopolski, pierwszy burmistrz Rakoniewic w odrodzonej Polsce, wielki społecznik udzielający się w Towarzystwie Gimnastycznym „Sokół” zakończył swoje pracowite życia. Pochowano go na miejscowym cmentarzu obok pierwszej żony Zofii.

Po śmierci męża pani Jasińska prowadziła aptekę do przejścia na emeryturę z dniem 1 marca 1969 roku. Po niej do roku 2004 aptekę prowadziła mgr Aurelia Poprawska z Poznania.

Od roku 2004 nie ma już w Rakoniewicach apteki w budynku przy ul. Pocztowej 6 i nie

ma grobu państwa Jasińskich na cmentarzu. W dniu 2 lutego 2004 roku uchwałą Rady Miejskiej w Rakoniewicach na osiedlu Wygoda jedną z ulic nazwano imieniem Stefana Jasińskiego. Jedyną pamiątką po nim i jego aptece jest płyta pamiątkowa wmurowana staraniem Towarzystwa Miłośników Ziemi Rakoniewickiej w dniu 3 maja 2004 roku na budynku nr 6 przy ulicy Pocztowej.

### Adres do korespondencji:

Redakcja e-rakoniewice.com  
pl. Plac Powstańców  
Wielkopolskich 35/2  
62-067 Rakoniewice  
tel. 608 328 086

# APTEKARZE POLSCY WOBEC PROBLEMU NACJONALIZACJI APTEK W LATACH 1945 – 1950

dr n. farm. Elżbieta RUTKOWSKA

Zakład Farmacji Stosowanej Uniwersytetu Medycznego w Białymostku  
e-mail: rutkowska@umwb.edu.pl

**Polish owners of pharmacies vis-à-vis the issue of the nationalization of pharmacies  
in the years 1945-1950**

**Streszczenie.** Celem artykułu jest przedstawienie poglądów aptekarzy polskich na kwestię upaństwowienia aptek po drugiej wojnie światowej. Ustawa o przejęciu aptek na własność państwa w Polsce została uchwalona, ogłoszona i wprowadzona w życie 8 stycznia 1951 r. Była ona sprzeczna z oczekiwaniemi aptekarzy, którzy rozwój swego zawodu upatrywali głównie w organizacji aptek opartej na własności prywatnej.

**Słowa kluczowe:** historia farmacji, nacjonalizacja aptek.

**Summary.** The aim of this article is to show the attitudes of Polish owners of pharmacies to the issue of the nationalization of pharmacies after World War II. The law concerning taking over pharmacies in Poland by the state was passed, published and implemented on 8 January 1951. It was at variance with the expectations of owners of pharmacies who saw the development of the profession mainly in the organization of pharmacies based on private ownership.

**Keywords:** history of pharmacy, nationalization of pharmacies.

Terminem „nacjonalizacja” określa się przejęcie przez państwo majątków ziemskich, przedsiębiorstw lub innego majątku stanowiącego własność prywatną. Może ona odbywać się na mocy prawa lub w wyniku decyzji administracyjnych.

Celem artykułu jest przedstawienie poglądów aptekarzy polskich na kwestię upaństwowienia aptek po drugiej wojnie światowej. Ustawy nacjonalizacyjne uchwalane w Polsce tuż po zakończeniu drugiej wojny światowej nie objęły początkowo aptek, które uruchomione były wówczas jako placówki prywatne. Ustawa o przejęciu aptek na własność państwa w Polsce została uchwalona, ogłoszona i wprowadzona w życie 8 stycznia 1951 roku. Zanim jednak do tego doszło, środowisko aptekarskie wyrażało swoje stanowisko w tej kwestii.

Problem upaństwowienia aptek pojawił się m.in. na łamach „Farmacji Polskiej”, która

wówczas była oficjalnym organem Naczelnego Izby Aptekarskiej. Już w numerze drugim tego czasopisma z 1945 r. Bogusław Borkowski, ówczesny jej redaktor naczelnny, przedstawił obawy aptekarzy oraz ewentualne możliwości i skutki upaństwowienia aptek: „Najczęstszym pytaniem, z jakim koledzy ostatnio zwracali się do izby, było: czy rzeczywiście apteki mają być upaństwowione? Liczne musiały być objawy niepokojące, jeśli tak powszechnie rozprzestrzeniła się psychoza upaństwowienia aptek (...). Wydaje się, że w obecnym stanie jeszcze tworzenia i organizacji od podstaw wszystkich spraw państwo-wych, a więc i organizacji służby zdrowia oraz wytwarzania środków leczniczych, nikt nie zdecydowałby się na wyeliminowanie inicjatywy prywatnej w dziedzinie aptekarstwa, w dziedzinie zaopatrzenia ludności w lek i rozprowadzania go”.

- Ze strony władz państwowych w powyższej sprawie wypowiedział się Hilary Minc – przewodniczący Państwowego Komitetu Ekonomicznego w Prezydium Rady Ministrów, a jednocześnie ówczesny minister przemysłu, zaprzeczając pogłoskom na temat mającego nastąpić upaństwowienia aptek prywatnych. Poinformował również, że planowane jest tworzenie aptek państwowych.

Gdy w 1945 r. wyłoniło się zagadnienie zmiany dotychczasowego prawnego charakteru aptek prywatnych, nie tylko ich właściciele, lecz także pracownicy apteczni opowiedzieli się przeciw zasadniczym zmianom prawnym w ustroju aptekarstwa. Jedno z zebrań sekcji aptekarskiej Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia w Poznaniu poświęcono wyłącznie omówieniu i sprecyzowaniu poglądu na sprawę uspołecznienia aptek. Pracownicy aptekarscy jako zainteresowani bezpośrednio tą kwestią nie widzieli korzyści dla ogółu społeczeństwa i państwa, dla których miałaby nastąpić zmiana ustroju aptekarstwa.

Po zakończeniu drugiej wojny światowej pojawił się także projekt upaństwowienia aptek na wzór szwedzki, opracowany przez Jana Lipskiego. Uzyskał on poparcie krakowskiego i rzeszowskiego Związku Zawodowego Pracowników Aptek. Powyższy „projekt polegał na tym, że apteki wykupione przez rząd za cenę faktyczną wartości leków i urządzeń miały stać się własnością państwa, które wydzierżawa je na okres 30 lat dyplomowanym farmaceutom”. W grudniu 1945 r. dyrektor Departamentu Farmacji w Ministerstwie Zdrowia, August Ruszczykowski udzielił następującej odpowiedzi w związku z tą propozycją: „Sprawa upaństwowienia aptek drogą wykupu i wydzierżawienia wiąże się całkowicie z koniecznością wydatkowania kilku miliardów złotych na ich wykup i zaopatrzenie (...) oraz z utratą stałych dochodów z tytułu podatków państwowych (...). Musi być zdecydowane przede wszystkim przez Ministra Skarbu”.

Pogłoski o upaństwowieniu aptek mimo stanowiska H. Minca dalej niepokoili środowisko aptekarskie, tym bardziej że wyżej zaprezentowana wypowiedź miała charakter oficjalny, a w rzeczywistości władze państowe dążyły do uspołecznienia aptek.

Przyczyną niepokojów była również ustawa z 3 stycznia 1946 r. o nadzorze nad lecznictwem. Artykuł 4 omawianej ustawy upoważniał ministra zdrowia do udzielania zezwoleń na otwieranie aptek publicznych związkom samorządu terytorialnego, zakładom i instytucjom zajmującym się lecznictwem oraz spółdzielniom pracowników farmaceutycznych. Natomiast prawo prowadzenia aptek publicznych instytucjom ubezpieczeń społecznych miało być przyznawane w wyniku porozumienia ministra zdrowia z ministrem pracy i opieki społecznej. Artykuł ten zmieniał dotychczas panującą zasadę „apteka publiczna dla aptekarza fachowca”. Ustawy obowiązujące zezwalały na wydanie koncesji na prowadzenie i uruchomienie apteki jedynie osobie fizycznej posiadającej pełne kwalifikacje zawodowe. Natomiast osoby prawne zajmujące się lecznictwem mogły otwierać i prowadzić tylko apteki zakładowe przeznaczone dla swoich członków. Henryk Habel w komentarzu do omawianej ustawy stwierdził: „Ideologicznie nowa ustanowiona jest wpływem prądów wprowadzających na niektórych odcinkach życia gospodarczego w miejsce własności prywatnej własność społeczną, w miejsce spółek handlowych – spółdzielnicę”. Dalej wyraził przekonanie, że „przed udzieleniem zezwoleń dla osób prawnych na uruchomianie nowych aptek publicznych należy w każdym poszczególnym przypadku przede wszystkim ustalić, czy nowa apteka nie będzie zagrażać normalnej egzystencji aptek już istniejących. Należy więc baczyć, by nowa apteka znajdowała się w dość znacznej odległości od aptek już istniejących oraz by liczba ludności uzasadniała powstanie nowej apteki publicznej”.

W praktyce okazało się jednak, że otwarcie apteki państwej powodowało likwidację apteki prywatnej mieszczącej się w sąsiedztwie. Prywatne apteki były również przejmowane pod przymusowy zarząd państwy, którego sprawowanie minister zdrowia powierzał przedsiębiorstwu państwowemu.

Zdaniem Anity Magowskiej Okręgowa Izba Aptekarska w Poznaniu uznała, iż ustawa o nadzorze nad lecznictwem „stwarza niebezpieczny dla aptekarzy – osadników na Ziemiach Zachodnich precedens prawny umożliwia-

wiązający przekształcanie odbudowanych przez nich aptek w placówki państowe. Poznańska izba wystąpiła więc z inicjatywą zwołania zjazdu w celu nagłośnienia sytuacji aptekarstwa i uzyskania gwarancji dla sektora prywatnego”.

Również członkowie Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie w memorandum z 23.VIII.1947 r. postulującym zachowanie aptek prywatnych przedstawili swoje stanowisko w kwestii upaństwowienia aptek prywatnych: „Jedynie racjonalną formą ustrojową aptekarstwa polskiego może być forma dotychczasowa, forma inicjatywy prywatnej. Utrzymanie prywatnego charakteru zawodu aptekarskiego jako jedynie racjonalnej formy gospodarczej, zabezpieczającej możliwie sprawną obsługę społeczeństwa bez przerostów biurokratycznych uważamy za kamień węgielny pomyślnej obsługi chorych. Chory domaga się leku, leku dobrego i możliwie taniego. W okresie tak trudnym jak obecnie apteki prywatne zdały egzamin. Nie zdały tego egzaminu apteki zbiurokratyzowane, apteki ubezpieczalniane. Cały prawie ciężar obsługi chorych spoczął już dawno na aptekach prywatnych. Śmiemy twierdzić, że po upodobnieniu aptek prywatnych do ubezpieczalnianych, czyli uspołecznionych – nastąpi w obsłudze chorych katastrofa, z której rozmiarów my zdajemy sobie sprawę (...). Gospodarka etatystyczna jest najdroższa. Dotychczasowy system prawa prywatnego nie stwarza naszym zdaniem żadnych podstaw prawnych do ograniczania praw aptekarzy aż w takim rozmiarze, by uniemożliwić dysponowanie warsztatem pracy, jego rozwojem i rozbudową, które, jeżeli chodzi o apteki, będą zawsze wychodzić na korzyść społeczeństwa. Oczywiście bowiem, że apteka zamożniejsza zawsze lepiej obsługuje chorego niż apteka biedna, nie mogącą sobie pozwolić na utrzymanie na składzie leków bardzo drogich a farmakopeą nie nakazanych (...). Nikt nie może zaprzeczyć, że prawo rzeczowe w systemie prawa prywatnego stanowi jedną z gwarancji konstytucyjnych praw obywatelskich. Naruszenie tych zasad podstawowych byłoby błędem kardynalnym, który wkrótce wydałby złe owoce”.

Ministerstwo Zdrowia zmierzało jednakże do reorganizacji ustroju aptekarskiego, a szczególnie do zmiany systemu udzielania

koncesji i uruchomiania aptek. Jako cel stawało sobie ujednolicenie tego zagadnienia na całym obszarze Polski, ponieważ różnorodność podstaw prawnych, odziedziczona i nieskodyfikowana jeszcze od czasów sprzed pierwszej wojny światowej, domagała się regulacji. W 1950 r. w wyniku prowadzonych wielostronnych obrad, w których uczestniczyli przedstawiciele Sejmowej Komisji Zdrowia, Naczelnej Izby Aptekarskiej, Zarządu Głównego Związku Zawodowego Pracowników Służby Zdrowia i Ministerstwo Zdrowia, zostały opracowane tezy do mającej ukazać się ustawy o aptekach. Tezy te Kolegium Ministerstwa Zdrowia przyjęto i zaakceptowało w dniu 17.VII.1950 r.

Według tez apteki miały być uruchomiane na podstawie zezwoleń uzyskanych od wojewódzkich rad narodowych (WRN) przez osoby fizyczne lub instytucje (postulowano zniesienie koncesji i dzierżawy aptek). W przypadku wyjaśnienia zezwolenia „apteka z pełnym urządzeniem i zapasem leków miała być staviana do dyspozycji WRN, która miała wskaizać instytucję przejmującą aptekę lub zezwolić na swobodną sprzedaż urządzeń i towarów. Instytucja przejmująca aptekę miała zwrócić jej dotychczasowemu właścicielowi wartość towarów i urządzeń aptecznych. W przypadkach spornych co do wartości rozstrzygać miała komisja szacunkowa powołana przez WRN”. Projekt ten przewidywał stopniowe przejmowanie aptek przez instytucję państwową.

Zmiana ustroju aptekarstwa polskiego dokonana przez władze państowe w styczniu 1951 r. była sprzeczna z oczekiwaniami aptekarzy, którzy rozwój zawodu upatrywali głównie w organizacji aptek opartej na własności prywatnej.

*Materiały do powyższego artykułu zaczerpnięto z książki: E. Rutkowska: „Polityka władz państwowych w Polsce wobec aptek i aptekarstwa w latach 1944-1951 na przykładzie województw warszawskiego, białostockiego i śląskiego (katowickiego)”, Warszawa 2009.*

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Elżbieta Rutkowska  
Zakład Farmacji Stosowanej  
Uniwersytet Medyczny w Białymostku  
15-089 Białystok, ul. Kilińskiego 1

# ŚWIĘTY MIKOŁAJ Z MYRY – POSTAĆ HISTORYCZNA



**ks. mgr Paweł ŚMIERZCHALSKI MIC**

Zakon Księży Marianów  
e-mail: psmierzchalski@wp.pl

## St. Nicholas of Myra as a historical figure

**Streszczenie.** W poniższym artykule przedstawiono św. Mikołaja z Myry (ok. 270-345 r.) jako postać historyczną sprzed 1700 lat. Jest to próba zebrania pierwszych wzmianek źródłowych (V w.) oraz żywotów greckich i łacińskich (VII-X w.). Na podstawie danych kwestionowanych i niepodważalnych odtworzono życie i działalność św. Mikołaja, kult pośmiertny oraz przeniesienie relikwii z Myry do Bari. W pracy zostały wspomniane najwcześniejsze legendy i cuda, które spopularyzowały św. Mikołaja. Poprzez tak rozległych kult został on patronem dobrotczynnych fundacji, stowarzyszeń, rodziców z dziećmi oraz różnych grup zawodowych, z uwzględnieniem aptekarzy.

**Słowa kluczowe:** *biskup Myry, czyny, kult, legenda, mowa pochwalna, narodziny, translacja, żywot grecki, żywot łaciński.*

**Summary.** The following article presents St. Nicholas of Myra (about 270-345 A.D.) as a historical figure living 1700 years ago. It is an attempt to gather original sources (5<sup>th</sup> Century), and Greek and Latin résumés. St. Nicholas' life, activities, posthumous cult and moving relic from Myra to Bari was reconstructed on the basis of arguable and uncontested data. What is more, the article mentions the earliest legends and miracles, that popularized St. Nicholas. Thanks to such an extensive cult, St. Nicholas became the patron of charitable foundations, associations, parents with children and various social groups concerning chemists.

**Keywords:** *bishop of Myra, actions, cult, legend, birth, translation, appraisal speech, Latin résumé, Greek résumé.*

## STAROŻYTNE ŚWIADECTWA O ŚW. MIKOŁAJU

Do najbardziej popularnych świętych Kościoła tak Wschodniego jak i Zachodniego należy żyjący na przełomie III i IV w. biskup Myry św. Mikołaj (ok. 270-345). Brak jakichkolwiek danych o owym świętym z czasów, w których zwykło się umieszczać jego życie i działalność, można łatwo wytlumaczyć: nie był on ani męczennikiem, ani też jakimś wybitnym pisarzem chrześcijańskim, który pozostawił po sobie znaczące dzieła. To zwykły, pełen dobroci święty

duszpasterz, biskup Myry, miasta na uboczu znaczących centrów kulturowych w prowincji Lycji (północnowschodnie wybrzeże Morza Śródziemnego; dzisiejsza południowowschodnia Turcja). Wśród znanych chrześcijan Lycji w IV w. nie można odnaleźć ani razu imienia Mikołaj.

## Wzmianki źródłowe

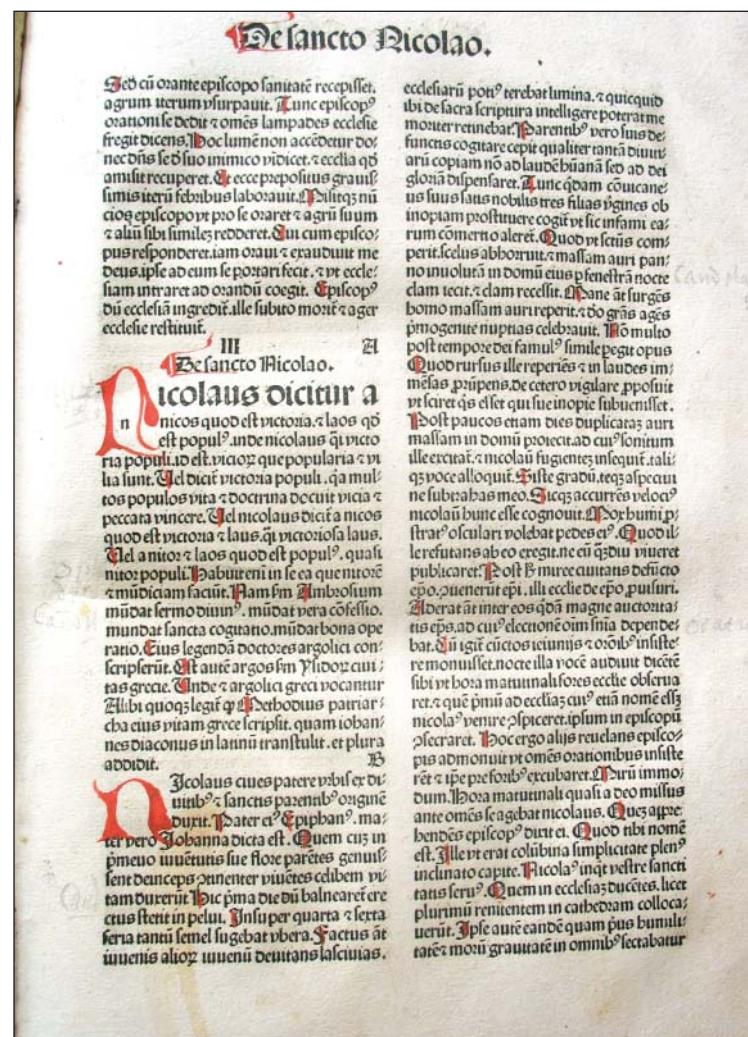
Najstarszym chronologicznie w literaturze chrześcijańskiej dokumentem o św. Mikołaju z Myry był jego *enkomion*, czyli mowa pochwalna ku jego czci, przypisywa-

na żyjącym pod koniec V w. (a więc ok. 100 lat po śmierci myreńczyka) słynnemu kaznodziei i patriarsze Konstantynopola, Proklusowi (+443). Większość badaczy na czele z G. Anrichem kwestionuje ją, choć wybitny badacz stylu i frazeologii rękopisów z X wieku G. Cioffari odnajduje w nich ślady mowy proklańskiego pochodzenia. Źródłem wątpliwości jest brak dokładnego określenia kanonu autentycznych pism Proklausa. Gdyby ta mowa była autentyczna, to poświadczaliby bardzo wcześnie, bo już w V w. istniejący kult i znajomość postaci św. Mikołaja na terenie Konstantynopola.

Kwestionowana jest także wzmianka o udziale św. Mikołaja w Soborze Nicejskim (325 r.), umieszczona ok. 510 r. przez bizantyjskiego historyka Teodora Lektora (Anagnosta) w *Historia Tripartita*. Istnieją dwie listy uczestników Soboru Nicejskiego: tzw. euzebiańska, która zawiera 200 nazwisk, i tradycyjna – atanazjańska wymieniająca 300 lub 318 nazwisk uczestników. *Historia Teodora Lektora*, która jest komplikacją wcześniejszych (m.in. *Historii Sozomena*), przytacza 318 uczestników Soboru Nicejskiego, w której na 151 miejscu figuruje imię Mikołaja, bp. Myry. Pierwsi analizujący to miejsce krytycy zaczeli mówić o interpolacji imienia Mikołaj z „menologów” IX wieku. Natomiast Anrich uważa, iż imię Mikołaj zostało wpisane w XIII w. W opozycji do tych teorii stoi wybitny badacz tekstów pierwszych soborów, Edward Szwartz, który sądzi, że imię Mikołaj zostało włączone do tej listy za sprawą Teodora Lektora (ok. 510) albo przez źródło, z którego on korzystał. Ta krótka wzmianka Teodora Lektora jest bardzo istotna, gdyż poświadczają obecność Mikołaja na Soborze Nicejskim oraz byłaby najstarszym zapisanym źródłem potwierdzającym w ogóle jego istnienie. Starsze o 60 lat od świadectwa, które uważa się za najwcześniej, to *Vitae Nicolai Sionitae* z ok. 570 r. i tzw. *Fragmentu Eustracjusza* z ok. 580 roku.

Późniejszymi świadectwami poświadczającymi historyczność św. Mikołaja jest powstałe ok. 580 r. w Myrze anonimowe opowiadanie o uratowaniu przez niego od

śmierci trzech dowódców wojskowych (*Praxis de stratelatis*) skazanych niesłusznie przez cesarza Konstantyna Wielkiego (306-337). Opowiadanie to jest wspominane we wszystkich żywotach św. Mikołaja, mowach pochwalnych, pieśniach i hymnach ku jego czci. W całości jest cytowane już pod koniec VI w. przez prezbitera przy kościele Hagia Sophia w Konstantynopolu, niejakiego Eustracjusza. Mikołaj występuje tutaj jako bp Myry, symbol Chrystusa, nazwany „niebiańskim człowiekiem” i „aniołem na ziemi”, który odważnie bronii krzywdzonych ludzi, nie lękając się stanąć we śnie ➤



Tekst po łacinie: opis żywotu i legend św. Mikołaja – Jakun de Voragine.: *Legenda Sanctorum Regni Hungariae In Lombardica Historia Non Contatae*, Strasburg, Johann Pruss 1484, Biblioteka Księży Marianów (dalej BKM) XV 8-9 [karta I]

► nawet przed cesarzem Konstantynem i zagościć mu surowymi karami, jeśli nadal będzie postępował niesprawiedliwie. Ta opowieść Eustracjusza jest najstarszym niekwestionowanym świadectwem o św. Mikołaju z Myry. Potwierdza ona istnienie jakiegoś żywota św. Mikołaja, którego fragment o ocaleniu dowódców wojskowych cytuję, a następnie precyzuje, iż dokonał tego Mikołaj za życia Konstantyna. Waga tego argumentu wynika z faktu, że Eustracjusz żył za czasów Mikołaja Syjonytu, przeżywając go o 20 lat, więc na pewno chodzi tutaj o Mikołaja z Myry. Owo opowiadanie o dowódcach wojskowych krążyło już na Wschodzie jako samodzielne opowiadanie po grecku, potem w tłumaczeniu syryjskim i arabskim. Na Zachodzie pojawiło się dopiero w IX wieku w *Żywocie św. Mikołaja* autorstwa Jana Diakona oraz martyrologiach Usuarda i Hrabana Maura. Opowiadanie to świadczy również, że w połowie VI w. kult św. Mikołaja rozpowszechniony był nie tylko w Myrze i Lycji, ale także w stolicy Cesarstwa Konstantynopola, gdzie cesarz Justynian (522-565) zbudował pierwszy kościół pod jego wezwaniem.

Drugim niekwestionowanym świadectwem potwierdzającym dobrotelną działalność i istnienie św. Mikołaja jest również anonimowe, znane bardziej na Wschodzie niż na Zachodzie opowiadanie z VI w. o uwolnieniu za ingerencją świętego biskupa od nadmiernych podatków nałożonych przez cesarza na obywateli Myry (*praxis de tributo*). Biskup na prośbę swoich rodaków udał się do cesarza w Konstantynopolu i uzyskał zredukowanie ich do minimum. Również to opowiadanie zostało później włączone do łacińskiego *Żywota św. Mikołaja* autorstwa Jana Diakona.

Kolejne świadectwo to wzmianka w *Martyrologium Rzymskim*, w którym św. Mikołaj jest wspomniany dwukrotnie. Pierwsza wzmianka pod datą 6 grudnia, przyjęta naprawdopodobnie w I połowie VII wieku, informuje o jego pochodzeniu i śmierci oraz o uwolnieniu trzech dowódców wojskowych, co świadczy, że już wtedy był znany na terytorium Rzymu. Druga, wpisana pod

datą 9 maja, dołączona prawdopodobnie w XI wieku, informuje o przeniesieniu jego relikwii z Myry do Bari.

Do późniejszych świadectw z I tysiąclecia należy zaliczyć kilka enkomionów (mów pochwalnych na jego cześć) wygłoszonych w VIII w. przez bp. Andrzeja z Krety (660-740), który nazywa go „kolumną i fundamentem Kościoła”, „światłem świata” i „obrońcą wiary”. W IX w. mamy *Enkomion* patriarchy Konstantynopola Metodego (789-847), który opiewa aż 6 Mikołajowych cudów powstały ok. 850 r., *Enkomion Kartofylaksa*, napisany w latach 880-890 *Enkomion Nicetasa z Paflagonii*, który nazywa naszego bohatera „superświętym” (*hyperhagios*) i „drugim zbawicielem chrześcijan”, a także szeroko rozpowszechniony *Enkomion cesarza Leona VI Mądrego* (886-912), który porównuje myreńczyka do św. Pawła, czy *Enkomion Neofity* z XII wieku. Na uwagę zasługuje działalność poetycka na terenie Italii Józefa Hymnografa (+883), ponieważ w 10 kanonach biograficznych ułożonych ok. 850 r. jako pierwszy pisze o udziale św. Mikołaja w Soborze Niemieckim.

### Greckie i łacińskie żywoty św. Mikołaja

Do VII w. mamy zaledwie jeden poświadczony żywot św. Mikołaja, o którym już wcześniej wspomniano – *Vita per Michaelm*. Warte uwagi są jednak zachowane inne greckie żywoty św. Mikołaja, które w I tysiącleciu chrześcijaństwa kształtoły opinie o jego życiu i działalności oraz przyczyniły się do rozpowszechnienia jego świętości. Są to:

1. „*Żywot Michała Archimandryty*” (BHG 1347: *Vita per Michaelm*) – napisany na początku IX w. (Anrich mówi o roku 820) w słynnym klasztorze Studios w Konstantynopolu, to najstarszy zachowany żywot św. Mikołaja. Autor bazuje na tradycji ustnej przekazywanej w Myrze i okolicy. Nie ukazuje biografii, lecz dobroczynność poprzez zestawienie wokół jego osoby licznych przykładów

(tzw. legend): przyjście na świat i wychowanie (r. 1-9), opowiadanie o udzieleniu pomocy trzem pannom (r. 10-17), wybór na biskupa i posługa w Myrze (r. 18-28), opowiadanie o zburzeniu świątyni Artemidy (r. 29), opowiadanie o trzech niewinie skazanych dowódcach wojskowych (r. 30-33), opowiadanie o cudownym uratowaniu żeglarzy (r. 34-36), opowiadanie o rozmnożeniu przewożonego na okrętach zboża (r. 37-40), śmierć i cud myronu (r. 41-43), opowiadanie o pośmiertnym ukaraniu demona Artemidy (r. 44-49), modlitwa na założenie (r. 50-52).

2. „**Żywot Metodego dla Teodora**” (BGH 1348, *Methodius ad Theodorum*) – napisany przez Metodego, patriarchę Konstantynopola (843-847), dedykowany Teodorowi. Pierwsze partie tekstu bazują na żywocie Michała Archimandryty. Utwór powstał prawdopodobnie w czasie pobytu autora w Rzymie (ok. 816-821). Dzieło nie wnosi żadnych nowych, istotnych szczegółów historycznych.
3. „**Żywot składany**” (*Vita compilata*) – anonimowy żywociorys św. Mikołaja powstały na początku X wieku. Oprócz opisów nowych cudów zamieszczają krótką wzmiankę, iż św. Mikołaj był więziony i cierpiał prześladowanie za Dioklecjana.
4. „**Żywot Symeona Metafrasta**” (BGH 1349: *Vita per Metaphrastem*) – ten żywociorys pochodzi od największego hagiografa bizantyjskiego Symeona Matafrasta (ok. +1000). Nie dodaje on żadnych istotnych szczegółów.
5. „**Żywot bez tytułu**” (*Vita acephala*) – anonimowy, niepełny żywot biskupa powstały w latach 980-1050, opisujący m.in. szczegółowo jego śmierć i kilka pośmiertnych cudów. Zachowany fragmentarnie przez jeden z paryskich rękopisów.
6. „**Żywot licyjsko-aleksandryjski**” (*Vita Lycio – Alexsandrina*) – anonimowy, powstały na przełomie X i XI wieku, przywołuje następujące etapy z życia świętego: narodziny (r. 1), czas seminarium

(r. 3), okres młodzieńczy (r. 4), uwolnienie opętanego (r. 5), podróż do Jerozolimy (r. 6), świątynia Sion (r. 7-9), zburzenie świątyni (r. 10), poświęcenie kościoła (r. 11-12), cuda (r. 13-14), cuda w Aleksandrii (r. 16-18), cudowna przeprawa przez rzekę (r. 15), walka z kultem Artemidy oraz zakończenie (r. 19).

7. „**Żywot Jana Diakona**” (BHL 6104-6117: *Vita S. Nicolai episcopi Myrensis Joannis Diaconi*) – pierwszy żywociorys napisany po łacinie ok. 880 r., upowszechniony na Zachodzie przez 25-letniego Jana, diakona kościoła św. Januarego w Neapolu. Zachodni kopiści uzupełnili ten żywociorys o nowe szczegóły – cuda i legende; m. in. wspomina o pobycie św. Mikołaja w Afryce i o Adeodacie, synu Getrona.

© Ze zbiorów własnych Autora



Narodziny Mikołaja, ikona słowacka z XVI w z Priekra (autor nieznany)

- Ta tendencja wzbogaciła życie myreńczyka o wydarzenia, które stoją w pewnej sprzeczności z prawdą historyczną. Jednakże była ona obecna zarówno w kulturze Wschodu jak i Zachodu, gdzie np. pewien mnich, niejaki Jan z Amalfii, miał ok. 950 r. rzekomo odnaleźć w archiwum Konstantynopola nowe szczegóły z życia Mikołaja (m.in. epizod o Adeodadzie i mannie). Przy łacińskim „Żywocie Jana Diakona” trzeba jeszcze wspomnieć, że w latach 950-960 niejaki Rinald napisał poemat o św. Mikołaju jako officium do śpiewania na jego święto. W nagrodę za to miał zostać biskupem Eichstätt (966-991), co poświadczają kilka średniowiecznych źródeł. W poemacie opiewającym ocalenie trzech dowódów wojskowych oraz uratowanie niesłusznie skazanych na śmierć myreńczyków występuje pewna gra słów: zamiast *innocentes*- „niewinni” użył terminu *pueri* – „chłopcy”, co zdaniem Cioffariego przyczyniło się do wykreowania św. Mikołaja na patrona dzieci, którym przynosi prezenty.

Dotychczas pełnego tłumaczenia doczekał się jeden z wyżej wymienionych źródeł: *Vita per Michaeliem* oraz legenda *Cudowne uratowanie wojskowych dowódców przez naszego świętego ojca Mikołaja, biskupa Myry w Lycji*. Warto dodać, iż niektóre fragmenty tych źródeł parafraszowała nasz wielki kaznodzieja Piotr Skarga.

## ŻYCIE I DZIAŁALNOŚĆ ŚW. MIKOŁAJA

Aby dziś odtworzyć życie i działalność św. Mikołaja, przy braku autentyczny i krytycznie opracowanych źródłach należy się oprzeć na wyżej wspomnianych wybrakowanych świadectwach, zwłaszcza na żywotach Michała Archimandryty i legendach hagiograficznych.

### Narodziny

Mikołaj wg. greckiej etymologii oznacza „zwycięski lud” - *nike laos*. Żył i działał we wschodniej prowincji Lycji (tak nazywano kiedyś zachodnią część Turcji), leżącej na

południowowschodnich wybrzeżach Małej Azji nad Morzem Śródziemnym (dziś południowa Turcja), posiadającej dwa ważne porty: Patarę i Myrę – Adriake, w których często zatrzymywały się statki przywożące zboże z Aleksandrii do Konstantynopola i Rzymu. O zamożności tego regionu świadczą monumentalne budowle wzniesione na kilka wieków przed chrześcijaństwem.

Mikołaj urodził się ok. 270 r. w Patarze jako jedyny syn w oczekującej od lat na dziecko zamożnej i świętobliwej rodzinie chrześcijańskiej Joanny i Epifanesa. Według legendy już podczas pierwszej kąpieli sam podniósł się w wanience i w obecności piastunki, rodziców oraz służby stał przez dwie godziny i modlił się, później zaś w dni postne, tj. środy i piątki, tylko raz dziennie pozwalał się karmić piersią matki. Zgodnie z toposem hagiograficznym unikał zabaw i złego towarzystwa, był zdyscyplinowany i bogobojny, wiele czasu spędzał na modlitwie, nabożeństwach, medytacji, czytaniu Pisma Świętego. Wyróżniał się od młodości wrażliwością na niedolę i potrzeby bliźnich. W trosce o czystość unikał teatralnych widowisk, które były gorszące. Kiedy stał się sierotą, postanowił mieć Boga za Ojca. Po śmierci rodziców otrzymał wielki spadek, którym dzielił się chętnie z potrzebującymi. Przytacza się tu jedną z najsłynniejszych legend o dyskretnym podrzucaniu pieniędzy przez okno ubogiemu szlachcicowi w Patarze, by ułatwić mu wydanie za mąż trzech jego córek. Owa historia znalazła swoje odbicie w sztuce, poezji, twórczości dramatycznej i homiletycznej.

### Działalność duszpasterska

Jak opowiada jedna z legend, na biskupa został wybrany przypadkowo. Biskup, który czekał w drzwiach świątyni na kandydata, urzeczony pokorą Mikołaja, wyprowadził go na jej środek i przedstawił wszystkim wiernym jako nowego hierarchę. Wybór zostało przyjęty przez wszystkich z ogromną radością. Jako biskup Kościoła jeszcze bardziej szerzył zakres swojej działalności nie tylko charytatywnej, ale i dusz-

pasterskiej, okazując się gorliwym, czułym na materialne i duchowe potrzeby wiernych pasterzem. Prowadził nadal umartwione i przepełnione modlitwą życie. Tradycja wiąże z tym okresem wiele jego cudownych czynów, związanych głównie z działalnością dobrotzynną. Wspomnieć należy o uzdrowieniu uschłej ręki biednej kobiecie, o odnalezieniu i wskrzeszeniu trzech zasolonych w beczce chłopców, o uratowaniu tonących podczas burzy morskiej żeglarzy, o wyproszeniu zboża dla głodujących myreńczyków od przewożących je statków, a także wspomaganie i uzdrawianie przez niego chorych podczas zarazy w 305 roku, za co w Kościele Wschodnim otrzymała później przydomek *taumaturga* (cudownego uzdrawiciela). Jako biskup dbał także o czystość wiary, walcząc z resztami pogaństwa m.in. przez zniszczenie świątyni Artemidy, i bronił jej przed herezjami. Głosił prawdziwe bóstwo Jezusa Chrystusa w naturze boskiej i ludzkiej. Brał udział w Soborze Nicejskim (325 r.), gdzie miał skryzysować herezjarchę Ariusza, za co zamknięto go w więzieniu i pozbawiono szat biskupich.

Powstały w czasach papieża Grzegorza Wielkiego (590-604) *Pasjonal*, późniejsze synaksaria bizantyńskie i *Żywot Metafrasta* informują, że bp Mikołaj podczas prześladowania za cesarza Dioklecjana był więziony i męczony. Z tych poważnych trudności wyzwolił go dopiero Edykt Mediolański (313 r.), w związku z czym zaliczono go potem, podobnie jak Jana Ewangelistę, do grona „męczenników przez przełanie krwi”.

Jak wskazują przeprowadzone przed prawie 50 laty (1967 r.) ekspertyzy, w których wzięło udział dwóch delegatów papieskich (kard. Adeodato Giovanni Piazza i kard. Gregorio Pietro XV Agagian) oraz 6 metropolitów i 19 biskupów, święty był raczej niskiego wzrostu (167 cm), o silnej konstrukcji szkieletowej, ale wielki duchem. Te przymioty uwypukla historyk średniowieczny: „Za życia miał niezwykle szacowny i świętobliwy wygląd. Był niczym anioł i wszędzie roztaczał wonny zapach swojej

świętości [...] ludzie, których spotykał na swojej drodze, stawali się lepsi, pobudzał ich do silnej wiary we własne zbawienie”.

### Śmierć, grób i kult pośmiertny

Po długim życiu Mikołaj odszedł do Pana. *Martyrologium Rzymskie* z VII w. oraz jeden z kalendarzy gruzińskich z tego samego okresu informują, że stało się to 6 grudnia (*dies natalis*). Żadne źródło z I tysiąclecia nie podaje dokładnego roku jego śmierci. Znany współczesny jego biograf Gerardo



© Ze zbiorów własnych Autora

Św. Mikołaj z trzema pannami, artysta nieznany XIX w., Parafia Majdan Stary, diec. Zamojsko-Lubaczowska

- Gioffari proponuje lata 333-334, gdyż uratowanie trzech dowódców wojskowych i zburzenie świątyni Artemidy nie mogło mieć miejsca wcześniej.

Pochowano go w rzymskim sarkofagu wykonanym z białego marmuru w kościele między Myrą i Andriake, zbudowanym na miejscu śmierci męczenników Krescensa, Dioskoridesa i Nikoklesa, który stał się miejscem pielgrzymkowym, a za czasów Justyniana nadano mu tytuł bazyliki. Do relikwii pielgrzymowali ludzie z ojczyzny oraz z bardzo odległych i obcych krajów. Powodem pielgrzymek był wypływający spod sarkofagu dziwny „zbawienny i uzdrawiający myron” – czyniący cuda olejek o pięknym zapachu (o czym wspomina biograf Michał Archimandryta). Dlatego to sanktuarium nazwano „lekiem dla cierpiących z całego świata”. O tym cudownym myrone (nazwa od Myry), nazwanym później manią św. Mikołaja, wspomina chociażby Józef Hymnograf.

Pierwszym przejawem kultu św. Mikołaja było upowszechnienie się jego imienia w V i VI wieku. W IV w. wśród chrześcijan Lycji nie występuje jeszcze wcale imię Mikołaj, natomiast w V i VI w. imię to nosi 17 osób spośród 84 Lycyjczyków. Znamienny jest też fakt pielgrzymowania Mikołaja Syjonity oraz biskupów przybywających na coroczny synod w Myrze do grobu „sławnego praojca”, św. Mikołaja.

Z Lycji kult św. Mikołaja szybko przedostał się drogą morską do stolicy Cesarstwa Konstantynopola. Wielki kult św. Mikołaja na Wschodzie był hamowany i niszczyony przez nacierających Arabów, którzy pustoszyli Lycję i samą bazylikę św. Mikołaja. Do popularyzacji myreńczyka na Zachodzie przyczyniło się małżeństwo cesarza Ottona II (+983) z bizantyńską księżniczką Teofano (+991), a wśród narodów słowiańskich przyjęcie chrztu, zwłaszcza przez Ruś (988) ze Wschodu, zbudowanie kościoła św. Mikołaja w Kijowie oraz rozpowszechnienie wschodnich ksiąg liturgicznych i menologii wspominających na wzór martyrologiów łacińskich jego postać.

Na początku IX w. Myra dostała się w ręce muzułmanów, którzy zniszczyli miasto wraz z bazyliką. Tę jednak szybko odbudowano (1042) na starych fundamentach starańiem cesarza Konstantyna IX Monomacha i jego żony Zoe. Gdy jednak wojska bizantyjskie znowu zostało rozbite, Myra trafił ponownie pod panowanie seldżuckich plemion tureckich.

### Przeniesienie relikwii do Bari i ich późniejszy kult

W latach 80. IX w. wśród żeglarzy i kupców barskich oraz weneckich zrodziła się myśl o wykradzeniu relikwii św. Mikołaja z zajętej przez saracenów Myry. O tym wydarzeniu wspominają 4 zachowane świadectwa z 2 poł. XI w.:

- najstarsza i najbogatsza w szczegółach filonormandzkiego mnicha benedyktyna Nicefora z Bari po łacinie (BHL 6179);
- filobizantyńskiego archidiakona Jana z Bari po łacinie (BHL 6190);
- opierająca się na powyższych, napisana przez anonimowego mnicha z końca XI wieku;
- anonimowa (mnicha Efrema?), odbiegająca nieco od poprzednich legenda kijowska poruska.

Z tych wszystkich relacji dowiadujemy się, że tego przedsięwzięcia miało dokonać 48 kupców – żeglarzy z Bari pod wodzą dwóch duchownych: Lupusa i Grimoaldusa, którzy pod pozorem przewozu zboża wyprawili się na trzech statkach do Antiochii. Dowiedziawszy się w porcie o zamiarze wykradzenia relikwii przez Wenecjan, szybko przybyli do Myry. Udaając pielgrzymów, wykradli zanurzone w cieczy kości, zawińcieli w suknie jednego z kupców, przenieśli je na jeden z oczekujących statków i 11 kwietnia wyruszyli w drogę do Bari, dokąd przybyli 9 maja 1087 roku. Szcątki najpierw umieszczono w klasztorze benedyktynów pod opieką opata Eliasza, potem w drodze kompromisu przeniesiono je do kościoła św. Eustrata. Mieszkańcy zobiligowali się do wybudowania nowej bazyliki. Papież Urban II (1088-1099), wielki czci-

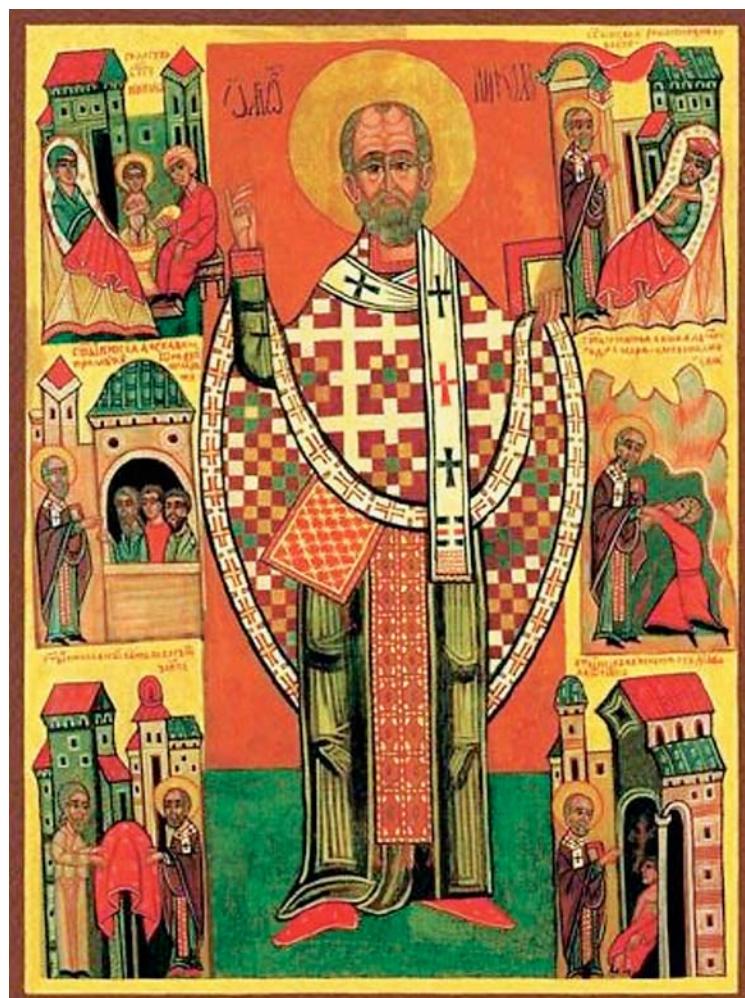
ciel św. Mikołaja, zamknął i opieczętował osobiście przywiezione relikwie w srebrnej urnie i w uroczystej procesji przeniósł je 29 września 1089 r. na nowe miejsce. Sama bazylika została poświęcona 100 lat później przez bp. Konrada Hildesheimia w obecności setek krzyżowców niemieckich. Odtąd Bari stało się miejscem kultu św. Mikołaja, gdyż tutaj zatrzymywali się pielgrzymi wracający z Ziemi Świętej i zdążające na Wschód krucjaty. Na tym miejscu modli się o pomyślność krucjaty św. Piotr Eremita, natomiast papież Urban II zwołał w 1098 r. ważny synod zjednoczeniowy. Brał w nim udział prymas Anglii św. Anzelm z Canterbury (1033-1109), który przez wygłoszenie nauki o pochodzeniu Ducha Świętego od Ojca i Syna miał doprowadzić do zbliżenia Kościółów łacińskiego i greckiego.

Rozszerzający się kult św. Mikołaja na Wschodzie przybrał nieco inny charakter niż na Zachodzie, wzmacniając swoją sakralność. Doszło do tego przez metropolitę kijowskiego Efraima (1090-1096), który uczynił ustanowione przez papieża Urbana II święto przeniesienia relikwii jako powszechnie obowiązujące dla Kościoła russkiego. Jednakże Kościół grecki nie zastosował się do zaleceń metropolity Efraima. Należy zatem wnioskować, że Kościół russki, który powstał w epoce przed oddzieleniem się Kościoła Wschodniego od Zachodniego, za rządów Efraima był w jedności z Rzymem.

Już w IX w kult św. Mikołaja zajmował naczelnego miejsce, zaraz po kulcie Matki Bożej. Obraz świętego orędownika, wspomociela oraz obrońcy przed wrogami i nieszczęściami ukształtował się w XII wieku zwłaszcza na Rusi, dokąd przyszedł z Grecji pod koniec XI wieku. Pierwsze świadectwa jego kultu na Rusi odnajdujemy w *Powieści minionych lat*, gdzie pod rokiem 882 umieszczona jest informacja, że na mogile Askolda stała cerkiew pod wezwaniem św. Mikołaja. Tam św. Mikołaj był otaczany dużym kultem przez liczne rzesze pielgrzymów. Do końca XI wieku powszechnie znane były legendy o cudach św. Mikołaja, jak np. oparty na *Żywocie Metodego Opis życia*

*i cudów św. Mikołaja* (40 rdz), zawierający wydarzenia z terenów Rusi, który przytacza kijowski cud o dziecięciu uratowanym przez św. Mikołaja z topieli, *Opowieści o cudach Borysa i Gleba* autorstwa Nestora i Jakuba Mnicha. Podobnie na Rusi włączono do kalendarza święto 9 maja jako dzień przeniesienia relikwii św. Mikołaja, choć nie celebryuje się go w Grecji.

O głębi tego kultu na Rusi świadczy fakt, że każdej ikonie przedstawiającej św. Mikołaja przypisywano cudowność, a w *Deesis* był on często przedstawiany przed Chrystusem – *Spasem* obok Bogarodzicy (zamiast Jana Chrzciciela), wyrażając w ten sposób ideę orędownictwa za cały lud chrześcijański między człowiekiem a Bogiem. Przypisywano ➤



Św. Mikołaj z cyklem cudów umieszczonych w klejmach, XV w.  
(autor nieznany)

© Ze zbiorów własnych Autora

► mu na Wschodzie różne funkcje: patronat nad bydłem, rolnictwem, bogactwem, płodnością, porodami, weselami, narodzinami, chorymi, obronę przed wilkami, a nawet posiadanie kluczy do raju i przewodnictwo dusz po niebie. Do zmiany akcentów w kulturze św. Mikołaja w domach rodzinnych na Rusi przyczynił się w dużej mierze car Piotr I. Jeden z utworów z jego czasów (*Curieuse Nachricht...* 1725 r.) wspomina, iż miał powiedzieć: „Co się tyczy przedstawienia świętych, to Najjaśniejszy Pan nakazał, by ikony św. Mikołaja nie stały odtąd w pokojach lub przy wejściu do domu – by nie było zwyczaju, wchodząc do domu, najpierw oddać poklon świętemu, a potem gospodarzowi domu”. Wielu duchownych w XVIII w. wierzyło w św. Mikołaja tak jak w Boga. Na przełomie XIX i XX w. można było nawet spotkać się z odmienną koncepcją Trójcy Świętej, jako złożonej ze Zbawiciela, Matki Bożej i św. Mikołaja. Niezależnie od tych teorii jest on najbardziej czczonym rosyjskim świętym.

### POSUMOWANIE

Niezależnie od różnie ukształtowanych światopoglądów nie da się zaprzeczyć historyczności postaci św. Mikołaja. Trudno byłoby wytłumaczyć istnienie tylu o nim napisanych dokumentów starożytnych, dedykowanych kościołów oraz wielowiekowego kultu i liturgii, gdyby nie istniał. Mimo iż historyczne dane są bardzo skąpe, jego dobroć stała się ponadczasowym i powszechnym symbolem chrześcijańskiej kultury, wspólnym dla wschodniego i zachodniego Kościoła.

Nie bez znaczenia jest fakt, iż jest on patronem również aptekarzy, ponieważ w legendach i cudach został ukazany jako lekarz duszy i ciała. Lekarstwem na schorzenia był myron, którym pielgrzymi smarowali i nacierali chore miejsca.

### Piśmiennictwo:

1. *Homilia in S. Nicolaum*, [w:] *Patrologiae Corpus completus. Series Graeca* (wyd. J. P. Migne), Paris 1857-66: 97, 1192-1205.
2. Anrich G.: *Hagios Nikolaos. Der heilige Nikolaus in der Griechischen Kirche*: Bd. 1: *Texte*, Leipzig-Berlin 1913.
3. Longosz S.: *Św. Mikołaj z Myry – patron kościoła*[w:] Brzeziny. 500 lat kościoła św. Mikołaja (red. Wł. Tabasz). Brzeziny-Ropczyce 2001.
4. Cioffari G.: *San Nicola di Bari*, Milano-Torino 1997:12-36.
5. Schwartz E.: *Über die Bischofslisten der Synoden von Chalkedon, Nicaea und Konstantinopel*, München 1937.
6. Gelzer H., Hilgenfeld H.: *Patrum Nicaenorum nomina*, Lipsiae 1898:181.
7. Corsi P.: *La Vita di San Nicola nella versione di Giovanni Diacono*. In *Nicolaus*, 1919; 7: 373-76.
8. *Martyrologium Rzymskie*, tłum. P. Turbak, Kraków 1967:136.
9. Naumowicz J.: *Żywot św. Mikołaja, biskupa Myry, napisany przez Michała Archimandrytu* (r. 3, 8-10, 12-18; 30-33; 40-41, 49), In „Społeczeństwo Otwarcie”, 1997; 8 (suppl. 12): 12-7.
10. Meisen K.: *Nikolauskult und Nikolausbrauch im Abendlande*, Düsseldorf 1931:70-82.
11. Jones W.: *Saint Nicholas of Myra, Bari, and Manhattan, biography of a Legend*, Chicago-London 1978:45-7, 225.
12. Knapiński R.: *Titulus Ecclesiae*, Warszawa 1999:351.
13. Niewęgłowski W. A.: *Leksykon świętych*, Warszawa 1998:196.
14. Köpke F.K.: *Das Passional. Eine Legendenammlung des dreizehnten Jahrhunderts*, Leipzig 1852.
15. Wimmer O., Melzer H.: *Lexikon der Namen und Heiligen*, Innsbruck-Wien-München 1982: 605-8.
16. *Swiatitel Nikolaj Mir Likijskich Czudotwor* (red. M. N. Gawrilow), Bruksela 1950:19-25.
17. Sauthernem R. W.: *Memorials of St. Anselm*, London 1969:45-63.
18. *Powieść minionych lat*, oprac. i tłum. F. Sielicki, Wrocław 1968, s. 226.
19. Uspieński B. A.: *Kult św. Mikołaja na Rusi*, tłum. E. Janus, M. R. Mayenowa, Lublin 1985: 34-37.
20. Verchowskoj P. V.: *Uereždenie Duchownoj kollegii i Duchownyj reglament. K voprosu ob otnošenii Cerkvi i gosudarstva v Rossii. Issledovanie v oblasti istorii russkogo cerkvnogo prava.*, Rostov-na-Donu 1916: 1: 10-25.

Adres do korespondencji:

ks. Paweł Śmierzchalski MIC  
Zakon Księży Marianów  
03-416 Warszawa, ul. Wileńska 69

# DŁUGOTRWAŁA FARMAKOTERAPIA ŁAGODNEGO ROZROSTU GRUCZOŁU KROKOWEGO (BPH)

dr n. med. Tomasz ZĄBKOWSKI

Klinika Urologii Wojskowego Instytutu Medycznego CSK MON  
e-mail: tom.uro@wp.pl



A long-term pharmacotherapy of benign prostatic hyperplasia (BPH)

**Streszczenie.** Łagodny rozrost stercza (BPH – *Benign Prostatic Hyperplasia*) to jedna z najczęstszych chorób dotyczącej starzejącej się populacji męskiej. Charakteryzuje się powiększeniem gruczołu krokowego, przeszkodą podpęcherzową oraz objawami ze strony dolnych dróg moczowych. Choroba ta urasta do rangi ważnego problemu natury diagnostyczno – leczniczej i społeczno – ekonomicznej, zwracając uwagę na wydłużanie się okresu życia mężczyzn. W artykule zostały przedstawione współczesne poglądy na obraz kliniczny, diagnostykę i farmakoterapię łagodnego rozrostu stercza. Długotrwałe leczenie farmakologiczne oparte jest w dużej mierze na lekach blokujących receptory alfa-adrenolityczne, lekach blokujących 5-alfa reduktazę, a w przypadku chorych, u których rozwinął się pęcherz nadreaktywny (OAB – *overactive bladder*) stosowane są leki antykolinergiczne. Liczne badania dotyczące strategii leczenia farmakologicznego dowodzą, iż terapia skojarzona obu grup leków przynosi większą poprawę w zakresie objawów, jakości życia i wartości przepływu cewkowego niż monoterapia.

**Słowa kluczowe:** *alfa-1 adrenolityki, blokery 5-alfa reduktazy, farmakoterapia skojarzona, leki antykolinergiczne, łagodny rozrost stercza.*

**Summary.** Benign prostatic hyperplasia is one of the most common diseases regarding the ageing male population. It is characterized by prostatic enlargement, bladder outlet obstruction and lower urinary tract symptoms. This disease is becoming an important problem of a diagnostic – therapeutic and a social – economic nature considering the growth of life expectancy in men. The article presents modern opinions on a clinical picture, diagnostics and pharmacotherapy of benign prostatic hyperplasia. Long – term pharmacological treatment is considerably based on drugs blocking alfa adrenolitic receptors and on drugs blocking 5-alfa reductase. In case of the patients suffering from the over – active bladder, anticholinergic drugs are used. Numerous studies relating to a method of the pharmacological treatment show that a combined therapy of both drug groups gives higher improvement in terms of symptoms, quality of life and the value of urethral flow than monotherapy.

**Keywords:** *alpha-1-adrenolitics, 5-alpha-reductase blockers, combined pharmacotherapy, anticholinergic drugs, benign prostatic hyperplasia.*

Łagodny rozrost stercza (*Benign Prostatic Hyperplasia* – BPH) to jedna z najczęstszych chorób dotyczącej starzejącej się populacji męskiej. Charakteryzuje się powiększeniem gruczołu krokowego, przeszkodą podpęcherzo-

wą oraz objawami ze strony dolnych dróg moczowych. Choroba ta urasta do rangi ważnego problemu natury diagnostyczno-leczniczej i społeczno-ekonomicznej, zwracając uwagę na wydłużanie się okresu życia mężczyzn. ➤

- Ten niejednorodny zespół chorobowy, który składa się zarówno z objawów i dolegliwości jak i zmian patologicznych, charakteryzuje się powiększeniem gruczołu krokowego, przeszkodą podpęcherzową i objawami ze strony dolnych dróg moczowych. Występuje u 70% mężczyzn powyżej 60. roku życia i u 90% mężczyzn powyżej 80. roku życia. Przeprowadzone badania sekcyjne wśród mężczyzn w przedziale wieku od 60 do 70 lat wykryły BPH u 80% badanych. Natomiast liczne dane statystyczne dowodzą, iż u około 31% mężczyzn powyżej 50. roku życia i u co najmniej 50% mężczyzn powyżej 60. roku życia wystąpiły objawy łagodnego rozrostu stercza [1].

**Etiologia i patogenezę BPH nie są całkowicie poznane, wiadomo jednak, iż do rozwoju choroby przyczyniają się natężające procesy: starzenie się mężczyzny, zaburzenia hormonalne i oddziaływanie niehormonalnych czynników wzrostu.**

Etiologia i patogenezę BPH nie są całkowicie poznane, wiadomo jednak, iż do rozwoju choroby przyczyniają się natężające procesy: starzenie się mężczyzny, zaburzenia hormonalne i oddziaływanie niehormonalnych czynników wzrostu [2]. W rozpoznaniu tej choroby pomocne są badania podmiotowe, przedmiotowe oraz badania laboratoryjne i obrazowe. Pacjenci, u których rozpoznano objawy BPH, zgłaszą się do lekarza urologa najczęściej w przypadku pogorszenia się ich jakości życia i narastających uciążliwości w oddawaniu moczu [3]. Większość pacjentów niechętnie zasięga rady lekarza, ponieważ choroba ta uważana jest przez mężczyzn za bardzo intymną. Dlatego podczas pierwszej wizyty lekarskiej łagodny rozrost stercza rozpoznanany jest często już w zaawansowanym stadium, a zdarza się nawet, że pacjenci pierwszy raz trafiają do urologa z całkowitym zatrzymaniem moczu [4].

### PRZEGŁĄD STRATEGII LECZENIA FARMAKOLOGICZNEGO BPH

Jak dotąd strategie leczenia tej choroby były ograniczone do farmakoterapii preparatami roślinnymi lub chirurgicznego usunięcia gruczolaka stercza metodą elektroresekcji przezewkowej (– *transurethral resection of prostate – TURP*) bądź metodą wyłuszczenia operacyjnego. Jednak w ostat-

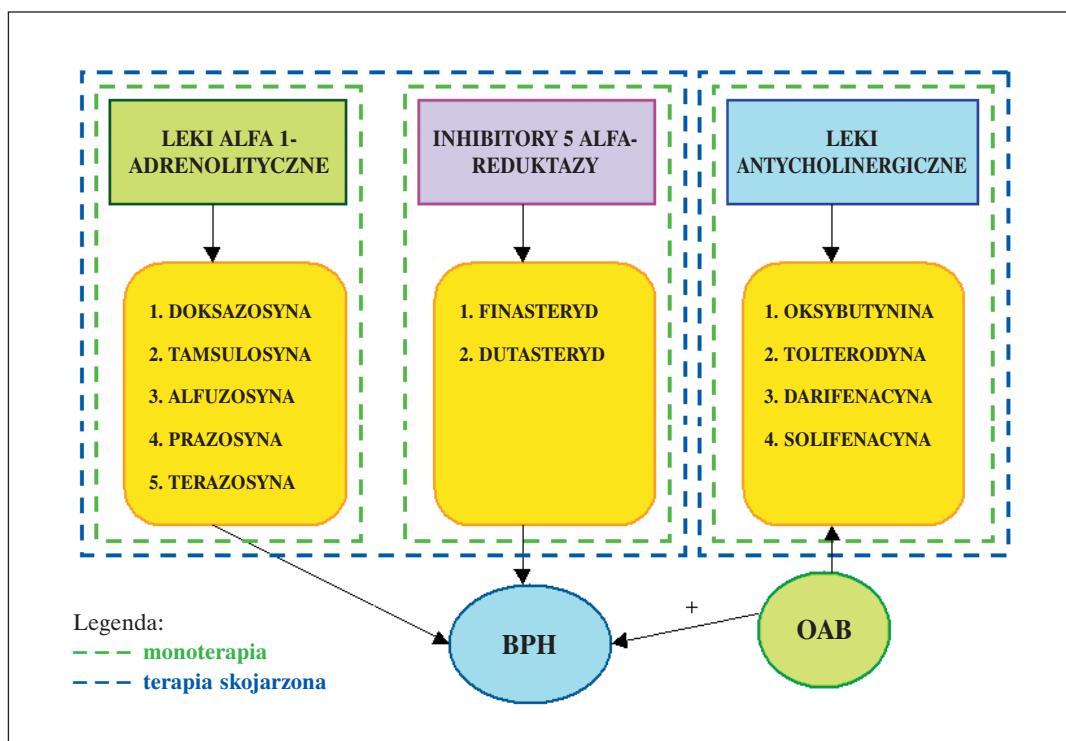
nich kilkunastu latach obserwuje się postępującą farmakoterapię, dzięki której 80% pacjentów jest leczonych, a tylko 20% podlega leczeniu zabiegowemu. Farmakoterapia zapobiega progresji BPH, wpływa na zmniejszenie przypadków zatrzymania moczu oraz sprawia, że leczenie operacyjne często nie jest konieczne. Terapia ta przeciwiała objawom ze strony dolnych dróg moczowych, które są spowodowane łagodnym rozrostem stercza.

Obecnie leczenie farmakologiczne BPH skupia się na trzech grupach leków, do których należą: **leki alfa 1-adrenolityczne, inhibitory 5 alfa-reduktazy i leki anticholinergiczne**. Przeprowadzone badania MTOPS (*Medical Therapy of Prostatic Symptoms*) dowodzą skuteczności terapii skojarzonej leków alfa 1-adrenolitycznych i inhibitorów 5 alfa-reduktazy, terapia skojarzona w większym stopniu zapobiega progresji niż monoterapia, czyli stosowanie każdego z tych leków osobno [5] (rys. 1). Najkorzystniejszy efekt uwidocznia się dopiero po roku wprowadzenia terapii u chorego. Najwyższą skuteczność terapii skojarzonej można zaobserwować w grupie pacjentów z niekorzystnymi czynnikami progresji, do których należą [5]:

- wiek pacjenta >70 lat,
- Qmax < 12 ml/s,
- objętość gruczołu krokowego > 40 ml,
- duża objętość części gruczołu we wnętrzu pęcherza moczowego,
- PSA w surowicy > 1,4 ng/ml.

Decyzję o wyborze metody podejmuje urolog po uwzględnieniu wielu aspektów, z których najistotniejszymi są: stopień zaawansowania choroby i jej powikłania, wiek i stan chorego, skuteczność i bezpieczeństwo. Należy jednak uwzględnić także aspekt ekonomiczny, jak również indywidualne oczekiwania i życzenia pacjenta.

Monoterapia inhibitorami 5 alfa-reduktazy stosowana jest u chorych głównie profilaktycznie. Taka strategia leczenia zapobiega rozwojowi BPH i raka stercza oraz – jak donoszą badania PCPT – wpływa korzystnie na zmniejszenie objętości stercza o około 20-30% [5].



Rys. 1

Monoterapia lekami alfa 1-adrenolitycznymi korzystnie wpływa na poprawę objawów w skali IPSS (*International Prostatic Symptoms Score*) o 20-50% i poprawę przepływu cewkowego o 20-30%. Leki te zmniejszają impulsację odśrodkową do pęcherza moczowego, hamują powstawanie skurczów nadreaktywnego wypieracza, jednocześnie działają na okolicę podpęcherzową i tym samym zmniejszają opór podpęcherzowy. Wpływają także na poprawę LUTS (*lower urinary tract symptoms*). Ze względu jednak na wysoki stopień dokuczliwości objawów w przypadku nadreaktywności pęcherza moczowego stosuje się leczenie skojarzone – alfa 1-adrenolityki i leki antycholinergiczne [5].

Jak wyżej wspomniano, leki antycholinergiczne, czyli blokery receptorów muskarynowych, stosuje się w terapii skojarzonej z lekami z grupy inhibitorów 5 alfa-reduktazy lub z lekami alfa 1-adrenolitycznymi. Powodują one zablokowanie receptorów muskarynowych wyłącznie w fazie napełniania pęcherza, ale nie mają żadnego wpływu na fazę mikcji. Obecnie leki anty-

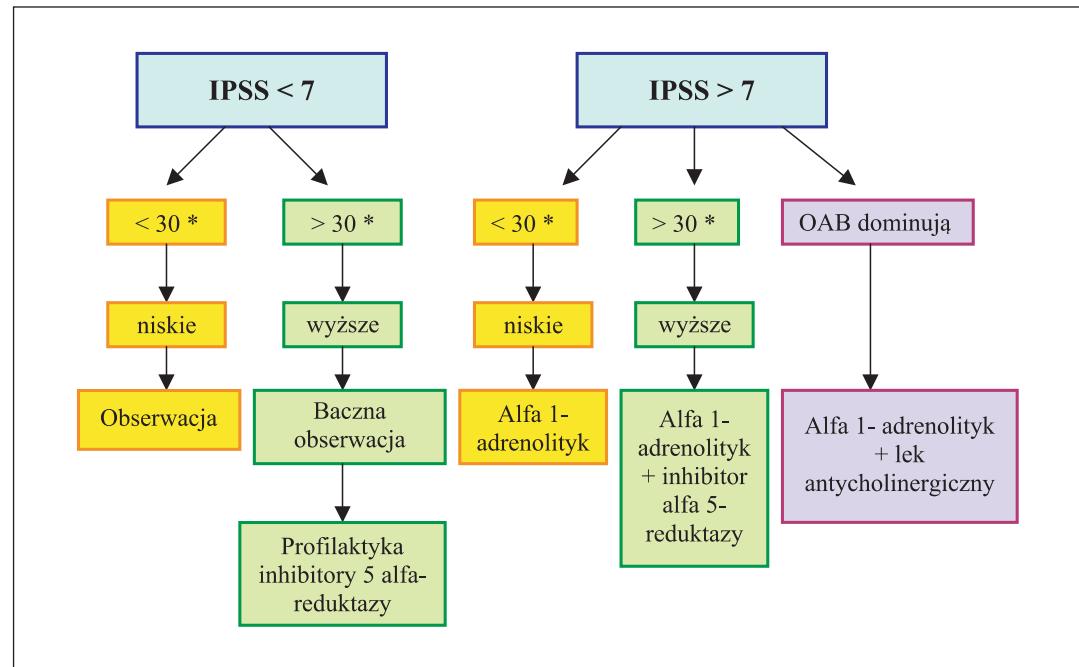
cholinergiczne określa się mianem tak zwanego złotego standardu w leczeniu pęcherza nadreaktywnego [5].

Obserwowany w ciągu ostatnich lat postęp farmakologicznego leczenia BPH jest ściśle związane z skojarzonym zastosowaniem alfa-adrenolityków i inhibitorów 5-alfa-reduktazy. Ostatnie badania kliniczne potwierdziły również lepsze wyniki leczenia współistniejących objawów podrażnieniowych po wdrożeniu leków antycholinergicznych razem z leczeniem skojarzonym BPH.

Powyżej zostały przedstawione możliwe strategie farmakologicznego leczenia łagodnego rozrostu stercza, jednakże w wyborze tej właściwej dla pacjenta metody leczenia może pomóc schemat zaproponowany przez Roehrborną w 2008 r. (rys. 2).

### LEKI ALFA 1-ADRENOLITYCZNE

W ostatnim czasie leki alfa 1-adrenolityczne należą do szeroko rozpowszechnionej grupy leków. Ich mechanizm działania polega na hamowaniu pobudzenia receptorów



Rys. 2

alfa zlokalizowanych w szyi pęcherza moczowego, sterczu oraz jego torebce. Zablokowanie receptorów powoduje zmniejszenie napięcia mięśni gładkich poprzez rozluźnienie cewki sterczowej i zmniejszenie objawów przeszkodowych.

Leki te są bardzo skuteczne, ponieważ przyczyniają się do zmniejszenia dolegliwości dyzurycznych, poprawy parametrów obiektywnych, zwiększenia maksymalnego przepływu cewkowego i zmniejszenia zalegania moczu po mikcji [6]. Niewielki efekt hipotensyjny może być dodatkowym działaniem ubocznym. Na polskim rynku medycznym do najbardziej znanych leków z tej grupy należą: doksazosyna, tamsulosyna, alfuzosyna i terazosyna.

Wśród wymienionych leków podkreśla się uroselektywne działanie tamsulosyny, ponieważ w najniższym stopniu wpływa na obniżenie ciśnienia tętniczego krwi [7]. Należy jednak wspomnieć, że BPH może również wystąpić jako pełnoobjawowy LUTS bez powiększenia stercza lub jako samodzielnie występujące nasilone objawy przeszkody podpęcherzowej. Dlatego też w przypadku pełnoobjawowego LUTS (objawy LUTS są dominujące) zaleca się stosowanie tamsulo-

syny, która doraźnie likwiduje wspomniane objawy. Jednakże gdy wystąpią nasilone objawy przeszkody podpęcherzowej, należy zastosować doksazosynę, która korzystnie wpływa na powyższe objawy [7, 8, 9, 10].

Atrakcyjność tej metody leczenia podkreśla aspekt ekonomiczny: koszt leczenia jest bardzo niski. Poza tym zalecane jest przyjmowanie jednorazowej dawki na dobę, a efekt terapeutyczny uzyskuje się stosunkowo szybko i utrzymuje się on przez cały okres kuracji.

## INHIBITORY 5 ALFA-REDUKTAZY

Łagodny rozrost gruczołu krokowego to choroba wieloobjawowa, jednak istnieją dowody na to, że jest ona uzależniona od androgenów. BPH nie rozwija się u mężczyzn, u których przeprowadzono kastrację przed okresem dojrzewania. Podobną zależność zaobserwowano u osób z wadami genetycznymi, hamującymi wytwarzanie androgenów lub ograniczającymi bądź uniemożliwiającymi rozrost stercza [11].

Dwuhydrotestosteron (DHT) jest głównym androgenem sterczowym, który powstaje z testosteronu pod wpływem enzy-

mu 5 alfa-reduktazy [11]. Natomiast leki blokujące 5-alfa reduktazę przyczyniają się do zahamowania metabolizmu testosteronu w aktywną postać, jaką jest właśnie wspomniany DHT. Jednak nie wpływają one w sposób istotny na obniżenie poziomu testosteronu w surowicy krwi. Działanie tych leków sprawia, iż następuje zahamowanie rozwoju łagodnego rozrostu stercza, przy tym nie zostały odnotowane jakiekolwiek objawy uboczne [12]. Obecnie są dostępne 2 leki blokujące 5 alfa-reduktazę: finasteryd i dutasteryd.

Wyniki ostatnich badań dowodzą, iż wielomiesięczna terapia powoduje zmniejszenie objętości stercza nawet o 30%. Natomiast farmakoterapia finasterydem wpływa korzystnie na zahamowanie rozwoju BPH oraz na zmniejszenie wystąpienia ryzyka ostrego zatrzymania moczu i ryzyka interwencji chirurgicznej o około 40% do 74% [10, 12, 13, 14].

## LEKI ANTYCHOLINERGICZNE

Leki antycholinergiczne czyli blokery receptorów muskarynowych są obecnie tak zwanym „złotym standardem” w leczeniu pęcherza nadreaktywnego (OAB – overactive bladder). OAB charakteryzuje się występowaniem częstomocz i parć nagłących, a dodatkowo może im towarzyszyć również nietrzymanie moczu z parcia [15].

Do tej grupy środków leczniczych należą: oksybutynina, tolterodyna, darifenacyna, solifenacyna. Za miarę skuteczności leków antycholinergicznych uważa się możliwość zmniejszenia parć nagłących, co określa się jako przyczynę wyjściową innych nadreaktywności składowych. Poza tym w urologii zostało wyłonione pojęcie *warning time*, które określa czas pomiędzy wystąpieniem parcia nagłego, a koniecznością udania się do toalety. Gdy *warning time* się wydłuża to analogicznie poprawia się również jakość życia pacjentów z pęcherzem nadreaktywnym [16].

Najczęściej stosowanym lekiem z tej grupy jest oksybutynina – antagonista receptorów muskarynowych. Odznacza się ona wy-

soką skutecznością działania, jednak przy podawaniu doustnym mogą wystąpić objawy uboczne takie jak np. suchość w jamie ustnej i zaparcia stolca, co w efekcie przyczynia się dość często do przerwania kuracji [17].

Innym dość często stosowanym lekiem jest tolterodyna – wybiórczy antagonist receptora muskarynowego, powoduje ona mniej nasilone działanie niepożądane jak oksybutynina [18].

## LECZENIE SKOJARZONE

Farmakoterapia skojarzona leków alfa 1-adrenolityków i inhibitorów 5 alfa-reduktazy wykazuje istotną progresję kliniczną BPH, ponieważ zmniejsza ryzyko zatrzymania moczu oraz potrzebę leczenia zabiegowego. Badanie MTOPS wykazało, że leczenie skojarzone w porównaniu z innymi rodzajami monoterapii bardziej efektywnie wpłynęło na poprawę objawów subiektywnych i maksymalnego przepływu cewkowego [19].

Natomiast w leczeniu BPH ze współistniejącym OAB zaleca się stosowanie terapii skojarzonej lekami blokującymi receptor alfa adrenergiczny oraz lekami antycholinergicznymi [17, 18, 20]. Taki rodzaj farmakoterapii jest obecnie określany „złotym standardem” leczenia łagodnego rozrostu stercza z pęcherzem nadreaktywnym.

## PODSUMOWANIE

Skuteczność leczenia farmakologicznego w BPH spowodowała, iż nastąpił odwrót od leczenia zabiegowego na rzecz leczenia zachowawczego. Podstawę leczenia zachowawczego stanowią leki alfa 1-adrenolityczne, inhibitory alfa 5-reduktazy oraz w przypadku OAB także leki antycholinergiczne. Jednak na przestrzeni lat stosowania tych grup leków w farmakoterapii BPH zaobserwowano, że bardziej efektywna jest terapia skojarzona tych środków leczniczych niż stosowanie tych leków osobno – monoterapia.

Stwierdzono, że umożliwiają one długotrwałe korzyści tj. łagodzenie dolegliwości

**Leki antycholinergiczne czyli blokery receptorów muskarynowych są obecnie tak zwanym „złotym standardem” w leczeniu pęcherza nadreaktywnego (OAB – overactive bladder). OAB charakteryzuje się występowaniem częstomocz i parć nagłących, a dodatkowo może im towarzyszyć również nietrzymanie moczu z parcia.**

- i poprawę przepływu cewkowego, natomiast częstość występowania objawów niepożądanych jest podobna do tych, które wywołuje placebo.

Prawidłowa, długotrwała farmakoterapia łagodnego rozrostu stercza (BPH) zapobiega ostremu zatrzymaniu moczu, zmniejsza konieczność leczenia zabiegowego i przyczynia się do poprawy jakości życia chorego.

Adres do korespondencji:

dr n.med. Tomasz Ząbkowski  
Klinika Urologii Wojskowego  
Instytutu Medycznego Centralnego  
Szpitala Klinicznego MON  
04-349 Warszawa, ul. Szaserów 128  
tel. 22 681 63 19

Piśmiennictwo:

1. Dutkiewicz S.: *Lagodny rozrost stercza*. Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1994.
2. Lepor H.: *Alpha blockers for the treatment of benign prostatic hyperplasia*. Rev Urol. 2007 Fall; 9 (4): 181-90.
3. Medina J.J., Parra R.O., Moore R.G.: *Benign prostatic hyperplasia (the aging prostate)*. Med. Clin North Am. 1999; 83(5): 1213-1229.
4. *A comparison of quality of life with patient reported symptoms and objective findings in men with benign prostatic hyperplasia*. The Departament of Veterans Affairs Cooperative Study of transurethral resection for benign prostatic hyperplasia. J Urol. 1993; 150(5 pt 2): 1696-1700.
5. Radziszewski P., Borkowski A., Kwias Z. i wsp.: *Praktyczne implikacje farmakoterapii łagodnego rozrostu stercza (BPH)-opinia ekspertów*. Przegląd Urologiczny. Suplement. PTU. 2009/10/1 (53).
6. Borówka A.: *Leczenie chorych na łagodny rozrost stercza lekami alfa-1 adrenolitycznymi*. Urol. Pol., 1998, 51/1A: 3.
7. Neil M.G., Shahani R., Zlotta A.R. *Tamsulosin oral controlled absorption system (OCAS) in the treatment of benign prostatic hypertrophy*. Ther. Clin. Risk Manag., 2008 Feb; 4 (1): 11-8.
8. Andersson K.E.: *LUTS treatment: future treatment options*. Neurourol. Urodyn. 2007 Oct; 26 (6 Suppl): 934-47. Review.
9. Nickel J.C., Sander S., Moon T.D.: *A meta-analysis of the vascular-related safety profile and efficacy of alpha-adrenergic blockers for symptoms related to benign prostatic hyperplasia*. Int. J. Clin. Pract. 2008 Oct.; 62 (10): 1547-59.
10. Greco K.A., McVary K.T.: *The role of combination medical therapy in benign prostatic hyperplasia*. Int. J. Impot. Res. 2008 Dec; 20 Suppl 3: 533-43.
11. Bartsch G., Rittmaster R.S., Klocker H.: *Dihydrotestosterone and the concept of 5alpha-reductase inhibition in human benign prostatic hyperplasia*. Eur. Urol. 2000; 37(4):367-380.
12. Wilde M.I., Goa K.I.: *Finasteride. An update of its use in the management of symptomatic benign prostatic hyperplasia*; Drugs 1999, Apr; 57 (4): 557-581.
13. Chung B.H., Roehrborn C.G., Siami P. et al.: *Efficacy and safety of dutasteride, tamsulosin and their combination in a subpopulation of the COMBAT study: 2-year results in Asian men with moderate-to-severe BPH*. Prostate Cancer Prostatic Dis. 2008 Sep 23.[Epub ahead of print].
14. E.D. Kim, M.D.: *Przewidywanie ryzyka progresji łagodnego rozrostu stercza*; Medycyna po Dyplomie vol. 14/nr 10/ październik 2005.
15. Abrams P., Cardozo L., Fall M., et al.: *The standardisation of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-committee of the International Continence Society*. Neurourol. Urodyn. 2002; 21(2): 167-178.
16. Radziszewski P., Borkowski A., Kwias Z. i wsp.: *Praktyczne implikacje leczenia pęcherza nadreaktywnego (OAB) u mężczyzn – opinia ekspertów*. Przegląd Urologiczny. Suplement. PTU. 2009/10/1 (53).
17. MacDiarmid S.A., Peters K.M., Chen A., et al.: *Efficacy and safety of extended-release oxybutynin in combination with tamsulosin for treatment of lower urinary tract symptoms in men: randomized, double-blind, placebo-controlled study*. Mayo Clin. Proc. 2008 Sep; 83 (9): 1002-10.
18. Drutz H.P., Appell R.A., Gleason D., et al.: *Clinical efficacy and safety of tolterodine compared to oxybutynin and placebo in patients with overactive bladder*; Int. Urogynecol. (1999) 10: 283-289.
19. Zieliński H., Ząbkowski T., Piotrowicz G.: *Najnowsze tendencje w diagnostyce i leczeniu łagodnego rozrostu stercza. Standardy medyczne*. Suplement, tom 5 nr 11, 2003.
20. McVary K.T.: *A review of combination therapy in patients with benign prostatic hyperplasia*. Clin. Ther. 2007 Mar; 29(3): 387-98.

# PRZECIWNOWOTWOROWE CISY

*Z prezesem Polskiego Komitetu Zielarskiego, prezesem Phytopharm-Klęka SA,  
dr. n. farm. Jerzym JAMBOREM rozmawia dr hab. Anita MAGOWSKA*

*jerzy.jambor@phytopharm.com.pl*



**Rozmawialiśmy już o wielu roślinach, które mają dla medycyny bezcenną wartość. Dzisiaj chciałbym zapytać o jeszcze jedną z nich, a mianowicie o cisa, roślinę odgrywającą dużą rolę w onkologii.**

W ostatnich dziesięcioleciach cis krótkoigły, zwany też censem krótkolistnym lub amerykańskim (*Taxus brevifolia*), rosnący w Ameryce Północnej na wybrzeżach Pacyfiku, stał się przedmiotem szczególnego zainteresowania przemysłu farmaceutycznego. Z kory tego drzewa wyizolowano w 1969 roku diterpenowy alkaloid o nazwie paklitaksel. Okazał się on jednym z najlepszych i najbardziej efektywnych leków przeciwnowotworowych. Obecnie znalazły zastosowanie jako cytostatyk w leczeniu nowotworów narządowych, zwłaszcza gruczołu sutkowego i raka jajnika.

## Jak doszło do odkrycia paklitakselu?

W roku 1964 naukowcy z NCI w badaniach skreeningowych odkryli właściwości cytostatyczne wyciągów otrzymanych z kory cisa amerykańskiego. Pięć lat później wyizolowano paklitaksel, a w roku 1971 określono jego strukturę. W roku 1979 poznano mechanizm działania paklitakselu, a w roku 1989 opublikowano pierwsze badania kliniczne świadczące o jego wysokiej aktywności przeciwnowotworowej. W roku 1993 wprowadzono do lecznictwa w USA pierwszy przeciwnowotworowy lek otrzymany z kory cisa amerykańskiego.

## Dla zielarzy to musiały być sensacyjne wydarzenia.

Izolację tego diterpenowego estrowego alkaloidu uważam za największe osiągnię-

cie przełomu XX i XXI wieku w zakresie technologii leków pochodzenia roślinnego.

Izolacja paklitakselu oraz wyniki badań świadczące o jego aktywności biologicznej (badania wpływu na określone typy nowotworów) wskazują, że mimo ogromnego postępu w zakresie syntezy nowych substancji leczniczych surowce roślinne nawet w XXI wieku mogą być źródłem najcenniejszych leków.

## Otrzymywanie związków chemicznych z roślin jest jednak kosztowne. Czy udało się zsyntetyzować paklitaksel?

W ostatnich latach podjęto liczne próby otrzymania paklitakselu na drodze syntezy chemicznej. Okazało się jednak, że pełna synteza tego związku jest nieopłacalna (wydajność nie przekracza 5%). Dlatego też paklitaksel wytwarzany jest jedynie z surowca roślinnego.

## Jak ten związek działa na komórki nowotworowe?

Paklitaksel, podobnie jak kolchicina, podofilotoksyna i alkaloidy barwinka, jest blokerem mitozy. Mechanizm jego działania polega na stabilizacji mikrotubuli i hamowaniu ich wtórnej depolimeryzacji do tubuliny, białka związanego z podziałami komórkowymi.

## Pod jakimi nazwami leków kryje się paklitaksel?

Paklitaksel jest składnikiem takich leków, jak: Taxol, Paclitaxel, Paxenor, Poltaxel, Sindaxel. Natomiast półsyntetyczny docetaksel stanowi składnik Taxotere. Wszystkie te leki stosowane są w formie ➤

- iniekcji lub wlewów dożylnych, wyłącznie w lecznictwie zamkniętym. Najczęściej stosowane są w terapii łączonej z innymi cytostatykami (np. z cisplatyną).

Docetaksel, składnik leku Taxotere, jest produkowany na drodze półsyntezy z pochodnych taksolu 10-deacetylobekantyny III.

**Mówimy o cisie amerykańskim, ale przecież roślina ta występuje także w Europie, nawet w Polsce. Czy nasz rodzimy cis również zawiera związki o działaniu cytostatycznym?**

Po stwierdzeniu, że wyizolowany z cisą krótkoiglowego paklitaksela jest substancją o wysokiej aktywności przeciwnowotworowej, w centrum zainteresowania farmaceutów znalazł się też nasz rodzimy cis pospolity (*Taxus baccata*). Występująca w igłach cisa pospolitego bakatyna okazała się doskonąłą substancją wyjściową do półsyntezy docetakselu, związku o właściwościach przeciwnowotworowych. Związek ten obecnie stosowany jest w leczeniu nowotworów dróg rodnych, a także niektórych nowotworów oskrzeli.

**Cis pospolity jest znany z parków, ogrodów i przykłasztornych żywopłotów, a gdzie występuje w stanie naturalnym?**

Nasz rodzimy cis pospolity (*Taxus baccata*) rośnie dziko w całej Europie, na Kaukazie i Zakaukaziu oraz w Afryce Północnej.

#### **Jak można go opisać językiem botaniki?**

Jest dużym rozdzielnopłciowym i dwupiennym, bezżywicznym krzewem lub drzewem, dorastającym do wysokości 20 m, o charakterystycznej czerwonobrązowej korze i zimotrwałych płaskich, ciemnozielonych (od spodu jaśniejszych) igłach. Rośnie dziko w cienistych, żyznych lasach. Jego niepozorne, drobne kwiaty żeńskie zakwitają pojedynczo na krótkopędach, a pyłek tworzy się w małych kulistych szyszakach. Kwiaty żeńskie i męskie znajdują się na osobnych roślinach. Cis kwitnie od marca do kwietnia. Oliwkowo-czarne nasiona otacza mięsistą, czerwoną osówkę.

**To rzeczywiście niezwykły i barwny opis. A jakie związki czynne odkryto w surowach pozyskiwanych z cisa?**

Igły cisów zawierają mieszaninę różnych alkaloidów, w tym alkaloidy diterpenowe oraz efedrynę i taksynę, a ponadto biflawony, pochodne floroglucyny, karotenoidy. W grupie diterpenów występują paklitaksel oraz jego prekursory, to jest bakatyna i 10-deacetylobakatyna III. Alkaloidy diterpenowe występują w korze, igłach, gałązkach. Nie występują tylko w osówkach. Dlatego też, z wyjątkiem mięsistej osówkiej, wszystkie części cisów są trujące. Nietrujące osówki są chętnie zjadane przez ptaki.

**Czy to prawda, że cisy należą do najstarszych polskich drzew?**

Cis jest rośliną długowieczną, żyje ponad 1000 lat. Najstarszy w Polsce cis, który jest jednocześnie najstarszym w Polsce drzewem, to okaz rosnący w Henrykowie na Śląsku. Liczy około 1250 lat i mierzy aż 5 m w obwodzie pnia.

**W jakiej części Polski najłatwiej znaleźć naturalne stanowiska tych drzew?**

W Polsce najliczniejsze stanowiska cisów znajdują się na Pomorzu, Śląsku, Wyżynie Małopolskiej i Podkarpaciu. Przez Polskę przebiega wschodnia granica jego zasięgu. W środkowej części Mazowsza oraz na Lubelszczyźnie nie występuje. Rezerwaty cisów znajdują się na Śląsku, w Czarnem niedaleko Szczecinka oraz w Borach Tucholskich. W największym rezerwacie cisów pospolitego, w Wierzchlesie nad jeziorem Mukrz w Borach Tucholskich rośnie ponad 4000 drzew. Chciałbym dodać, że w roku 1423 król Władysław Jagiełło wydał dekret zakazujący wycinania cisów. W ten sposób cis stał się pierwszym drzewem objętym ochroną gatunkową.

**A więc w dawnych wiekach w Polsce występowały bory cisowe...**

Dawniej cis był w Polsce bardzo pospolitym drzewem, został jednak wytępiony ze względu na cenne drewno, używane do wy-

robu mebli i sporządzania broni. Drewno cisa jest niezwykle twarde i trwałe, a przy tym sprężyste. Posiada piękną czerwono-brunatną barwę. Dzisiejsze stanowiska cisa to tylko resztki bogatych drzewostanów, wyniszczonych przez człowieka dla pozy-skania drewna.

To w takim razie, skąd, z jakich stano-wisk pozyskiwany jest surowiec dla prze-myślu farmaceutycznego?

Rosnące zapotrzebowanie na surowiec farmaceutyczny spowodowało, że w Polsce powstały w ostatnich latach duże plantacje cisa pospolitego. Najlepszymi regionami ➤



Wojciech Nowak  
©

- do uprawy cisa jest Dolny Śląsk i Pomorze Zachodnie.

**Czy botanicy znają jeszcze inne gatunki cisa?**

Cis pospolity należy do rodziny cisowatych (*Taxaceae*), która obejmuje 5 rodzajów z około 20 gatunkami. Systematyka tej rodziny jest nadal jeszcze przedmiotem intensywnych badań. Botanicy uważają, że jest w stadium początkowym. Wiele gatunków jest jeszcze słabo poznanych. Wyróżnia się 8 gatunków cisa (*Taxus*). Jednak wielu botaników traktuje większość gatunków jako odmiany.

**To zapewne gatunki urodziwe, ale niepożyteczne dla człowieka.**

Niezupełnie. Bardzo ceniony w ogrodnictwie jest cis pośredni (*Taxus x media*). Jest to mieszaniec cisa pospolitego i japońskiego, otrzymany w roku 1900. Cis pośred-

ni charakteryzuje się krzaczastym wzrostem. Ulubioną odmianą tego cisa jest odmiana Hicksa. Z kolei cis japoński (*Taxus cuspidata*) rośnie w Japonii, Korei i północnych Chinach. Od cisa pospolitego różni się słabszym wzrostem, krótszymi igłami i mniejszą osówką, która okrywa nasienie tylko do połowy długości.

**Dziekuje za rozmowę.**

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Jerzy Jambor  
Prezes Polskiego Komitetu Zielarskiego  
Phytopharma Klęka SA  
63-040 Nowe Miasto n/Wartą, Klęka 1  
tel. 061 286 85 05

*Redakcja dziękuje  
mgr. inż. Wojciechowi Nowakowi,  
właścicielowi jednych z największych w Europie  
plantacji cisa, za udostępnienie zdjęcia*

SEBASTIAN POLAK, AGNIESZKA SKOWRON,  
WIOLETTA TURSKA, BARBARA WIŚNIOWSKA

Prowadzenie  
**OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ**  
i rozwiązywanie problemów lekowych  
na wybranych przykładach



BIBLIOTEKA NAUKOWA  
CZASOPISMA APTEKARSKIEGO

Szanowni Czytelnicy,

Do sprzedaży przekazujemy książkę opracowaną przez zespół autorski z Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum pt. „**Prowadzenie opieki farmaceutycznej i rozwiązywanie problemów lekowych na wybranych przykładach**”

Cena książki (wraz z kosztem wysyłki):  
**dla prenumeratorów 65 zł,**  
**dla nieprenumeratorów 85 zł**

Wpłacając kwotę na konto  
1311 3010 1702 0000 0000 0511 95  
należy podać wszystkie dane niezbędne do wystawienia faktury VAT

# LUBELSKIE SPOTKANIE ŚWIATOWYCH SPECJALISTÓW CHROMATOGRAFII ZWIĄZKÓW NATURALNYCH

*mgr farm. Jarosław WIDELSKI*

Katedra i Zakład Farmakognosji z Pracownią Roślin Leczniczych UM w Lublinie  
e-mail: jwidelski@pharmacognosy.org

W czerwcu bieżącego roku Lublin już po raz siódmy stał się miejscem spotkania najznamienitszych specjalistów z całego świata zajmujących się chromatografią związków pochodzenia naturalnego. Okazją do tego spotkania było Międzynarodowe Sympozjum Chromatografii Związków Naturalnych (7<sup>th</sup> International Symposium on Chromatography of Natural Products). Miało ono w tym roku charakter szczególny, ponieważ połączono je z VI Międzynarodowym Sympozjum Międzynarodowego Stowarzyszenia Rozwoju Produktów Naturalnych (6<sup>th</sup> International Symposium of International Society for the Development of Natural Products), co jest zasługą przede wszystkim prof. Kazimierza Głowniaka, który pełni funkcję przewodniczącego Komitetu Organizacyjnego i Naukowego ISCPN, w 2009 roku na zjeździe ISDNP, który odbył się na kontynencie afrykańskim (Botswana), również wiceprzewodniczącego tej naukowej organizacji. Połączenie obu tych ważnych funkcji umożliwiło scalenie kongresów obu tych organizacji jako jed-

nej imprezy naukowej o międzynarodowej randze.

Wśród uczestników lubelskiego sympozjum reprezentujących 44 kraje świata nie zabrakło prawdziwych asów fitochemii. Jednym z najsłynniejszych naukowców był bez wątpienia japoński uczony prof. **Yoshinori Asakawa** z Tokushima Bunri University, którego wykład inaugurował tegoroczne sympozjum. Tematem tego wykładu była różnorodność chemicz-

na i aktywność biologiczna wątrobowców (*Chemical diversity and biological activity of liverworts*) oraz badania dotyczące tej gromady roślin, których wynikiem stała się izolacja kilku-set nowych związków naturalnych, wśród których ponad pięćdziesiąt należało do grupy terpenoidów i związków aromatycznych. Omówiona została różnorodna aktywność biologiczna przedstawianych substancji, wśród których wymienić



© Wiktor Szukiel



W przerwie obrad prof. dr hab. Kazimierz Głowniak zaprosił gości z Japonii, USA, Botswany, Austrii, RPA, Holandii i Niemiec do zwiedzenia pracowni, laboratorów i biblioteki Katedry i Zakładu Farmakognosji z Pracownią Roślin Leczniczych UM w Lublinie

► należy aktywność przeciwwirusową dotyczącą wirusa HIV, przeciwbakterijną i przeciwgrzybiczą, hamowanie cyklooksygenazy (COX) i 5-lipooksygenazy (LOX) oraz zdolność zwiadczenia mięśni.

Wśród wykładowców prezentujących się pierwszego dnia sympozjum wymienić należy również prof. **Berhanu Abegaza** z Botswany, przewodniczącego współorganizującego Konferencję ISDNP. Wykład afrykańskiego uczonego poruszał zagadnienia związane z izolacją, charakterystyką i syntezą naturalnych związków aktywnych biologicznie, których źródłem były rośliny występujące w południowej Afryce (*The isolation, Characterization and synthesis of bioactive natural products from plants of Southern Africa*). Szczególnie ciekawe okazały się dwa gatunki: *Rhus pyroides* z rodzaju sumak, należący do rodziny nanczowatych (*Anacardiaceae*) oraz *Dicoma anomala* z rodziny złożonych (*Compositae*). W pierwszym z tych gatunków zidentyfikowano związki z grupy dichalkonów o właściwościach przeciwpierwotniakowych i antyproliferacyjnych, w drugim natomiast seskwiterpeny wykazujące działanie przeciwtuleniące i przeciw-pierwotniakowe.

Bardzo ciekawy wykład zaprezentował także prof. **Roman Kalisz** z Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku, który poruszył temat wiążania się alkaloidów piperydynowych i pyrydynowych z beta-amyloidem, a więc białkiem odkładającym się u osób dotkniętych chorobą Alzheimera (*Binding of pyridi-*

*ne and piperidine alkaloids with amyloid-Beta peptide*).

Równie interesująco wypadła prezentacja prof. **H. Hermanna Stuppnera** z Uniwersytetu w Innsbrucku (Austria), który przedstawił swoje badania dotyczące związków pochodzenia naturalnego o tak istotnym działaniu jak działanie przeciwzapalne (*Natural products targeting inflammation*). Podkreślił on też w swoim wykładzie istotny fakt, że około 60 % nowych leków otrzymanych w ciągu ostatnich 20 lat pochodziło bezpośrednio lub bazowało na substancjach pochodzenia naturalnego.

Ostatnim spośród wielu interesujących wygłoszonych pierwszego dnia sympozjum był wykład prof. **Jordana Zjawionego** z Uniwersytetu Mississippi (USA) poruszający ciekawy i kontrowersyjny temat substancji psychoaktywnych pochodzenia naturalnego (*New developments in psychoactive natural products research*). Słuchacze mogli się zapoznać z wynikami badań amerykańskiego uczonego nad identyfikacją metabolitów roślinnych wpływających na centralny układ nerwowy człowieka, a pochodzących np. z *Calea zacatechichi*, którą szamani z Ameryki Środkowej nazywają „liśćmi Boga”.

Po wykładach odbyła się pierwsza sesja posterowa, po której uczestnicy sympozjum spotkali się w budynku Filharmonii Lubelskiej, gdzie wysłuchali wspaniałego koncertu kwartetu prezentującego liczne szlagiry muzyki poważnej, ludowej i popularnej. Po wspaniałej uczcie duchowej, jaką był

ten koncert, dane było wszystkim gościom zakosztować strąwy bardziej przyjemnej, ale nie gorszej jakości, albowiem budynek filharmonii był miejscem bankietu, podczas którego można było odnowić stare przyjaźnie i znajomości oraz zawiązać nowe kontakty, które tak bardzo ułatwiają współpracę naukową.

Wśród wykładowców, którzy wygłosili swoje odczyty drugiego dnia konferencji, wymienić należy prof. **G. Bringmanna** z Uniwersytetu w Wurzburgu (Niemcy), który wyjaśnił słuchaczom temat nowych bioaktywnych związków stereochemicznych oraz nowatorską metodę identyfikacji, określania struktury i aktywności biologicznej, które przeprowadzane są on-line (*Novel bioactive and stereochemically unique products from plants: online recognition, structural elucidation and bioactivity*).

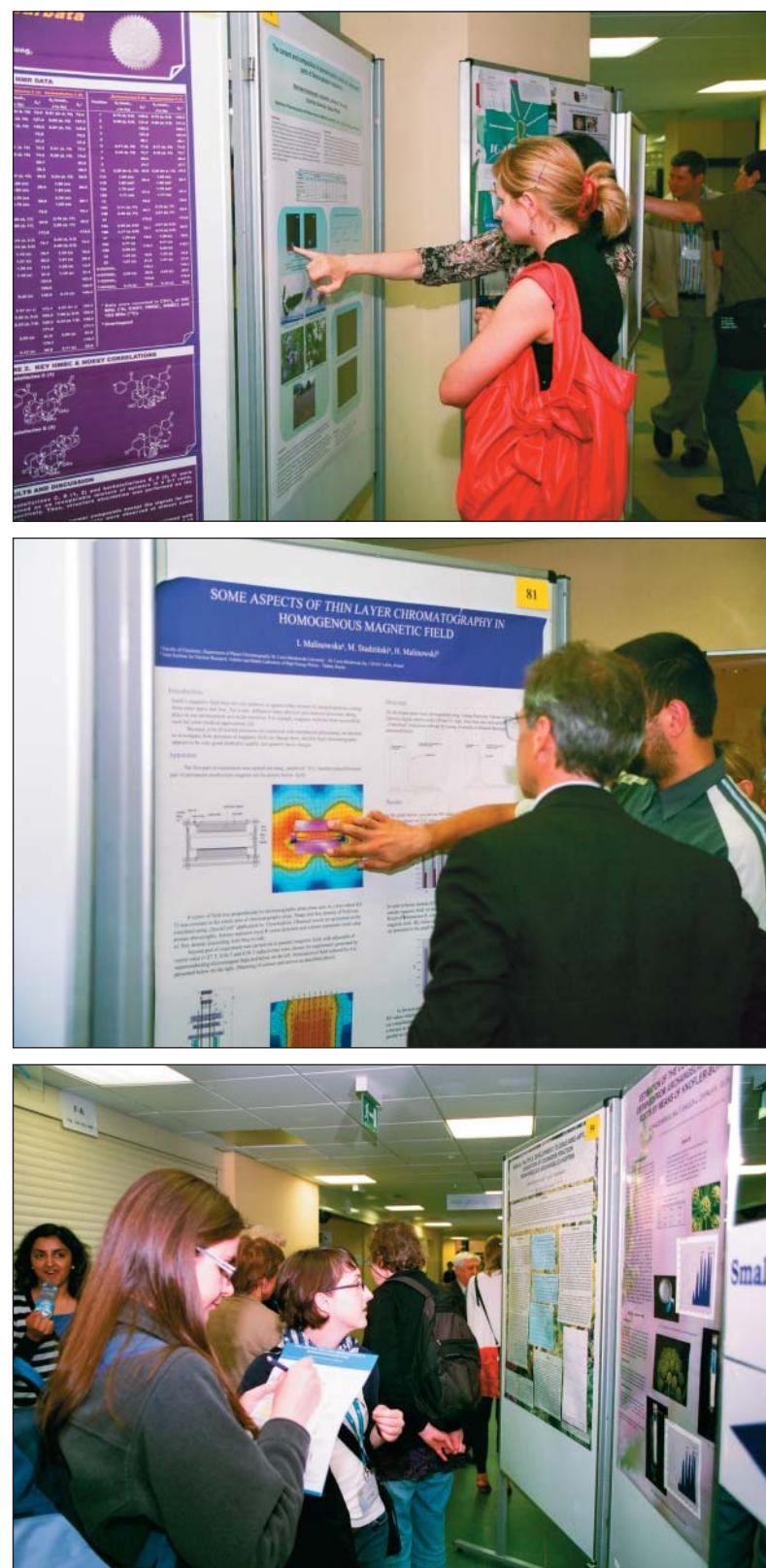
Kolejne wykłady tego dnia to prezentacje prof. **Guntera K. Bonna** z Austrii na temat nowych technik analitycznych wykorzystywanych w kontroli jakościowej produktów leczniczych pochodzenia roślinnego (*New analytical technologies for quality control in phytopharmacy*), w której przybliżył zastosowanie μ-LC (zminiaturyzowanej chromatografii cieczowej) sprzążonej ze spektrometrem masowym, która stanowi alternatywę dla techniki MALDI-TOF/MS (*MALDI – Matrix Assisted Laser Desorption Ionisation*, czyli desorpcaja laserowa z udziałem matrycy). Nowa technika umożliwiła sprostanie trudnemu wyzwaniu, jakim jest analiza złożonych mieszanin

zawierających liczne, często zblizone do siebie pod względem struktury związki pochodzenia naturalnego (ekstrakty roślinne).

Ciekawy temat poruszył prof. **Andrew Marstonn** z RPA, który zapoznał zainteresowanych z nowymi zastosowaniami chromatografii przeciwproudowej (*High-speed countercurrent chromatography – new applications*) na przykładzie izolacji alkaloidów (inhibitörów ace-tlocholinoesterazy – związków wykorzystywanych w leczeniu choroby Alzheimera) z rodzaju *Nerine spp.* należącego do rodziny amarylkowatych (*Amaryllidaceae*). Zaprezentowany przykład zastosowania metody HPCCC podkreślił jej zalety skrócenie czasu i etapów analizy oraz brak strat dotyczących badanej próbki.

Nie sposób nie wspomnieć również o prezentowanym tego dnia wykładzie prof. **Moniki Waksmundzkiej-Hajnos**, reprezentującej Uniwersytet Medyczny w Lublinie, o znaczeniu chromatografii cienkowarstwowej w badaniu tożsamości ekstraktów uzyskanych z roślin leczniczych (*Role of thin-layer chromatography in construction of fingerprints for medicinal plants*).

Trzeciego dnia konferencji pierwsza sesja wykładowa, podczas której wykłady odbywały się w dwóch salach wykładowych Collegium Maius, umożliwiła zaprezentowanie wyników badań młodym naukowcom. Wśród wielu ciekawych prezentacji, o których należałoby wspomnieć, był wykład dr **Agnieszki Ludwicki** z Uniwersytetu Medycznego



© Witold Szukiel

Dużym zainteresowaniem cieszyły się postery nadane na sympozjum z całego świata

► w Lublinie dotyczący chemicznego pokrewieństwa pomiędzy algami, wątrobowcami i paprociami (*Chemical relationship between algae, liverworts and ferns*). Wyniki przedstawione w tym wykładzie były efektem stażu naukowego, który dr Ludwiczuk odbyła w Japonii, w laboratorium prof. Asakawy.

Tego dnia uczestnicy konferencji mogli się zapoznać także z wykładami prof. Roberta Verpoorte z Uniwersytetu w Leiden (Holandia) o intrygującym tytule – pytaniu: Czy istnieją negatywne wyniki? (*Do negative results exist?*), prof. Teresy Kowalskiej z Uniwersytetu Śląskiego o znaczeniu detekcji w nowoczesnym TLC i HPLC w aspekcie badań fitochemicznych (*On the importance of modern TLC and HPLC detection in phytochemical rese-*

*arch*), oraz prof. H. Franka z Niemiec o chromatograficznym rozdzieleniu enancjomerów (*Chromatographic enantio-mer separation of natural products – state of the art*).

Naukowy program ostatniego dnia konferencji wypełniły krótkie wykłady, wśród których wymienić należy wykład prof. Y. Nomy z Japonii poruszający tematykę bakteryjnej transformacji różnych substancji występujących w roślinach oraz właściwościach tych metabolitów (*Microbial transformation of kawapyrones, stilbenes and chalcone and antioxidant activity of metabolites*).

Ostatnim punktem programu było uroczyste zakończenie konferencji, po którym nastąpiły liczne i gorące podziękowania dla lubelskiego komitetu organizacyjnego składane przez zadowolonych uczestników lubelskiego sympozjum na ręce szefa lubelskiej farmakognosji, prof. Gąłoniaka. Dokonano również wyboru miejsca następnej Konferencji Międzynarodowego Stowarzyszenia Rozwoju Produktów Naturalnych – z dwóch rywalizujących o miejsce organizacji krajów, RPA i Indii, zgromadzeni uczestnicy sympozjum wybrali Indie.

Tegoroczne Sympozjum Chromatograficzne było też miejscem spotkania nowoczesnej fitoterapii i fitochemii z tradycyjną medycyną mongolską, która bazuje głównie na leczniczych produktach ziołowych.

Mongolscy lekarze rozbili w pobliżu Centrum Kongresowego tradycyjną jurtę, w której każdy zainteresowany mógł zdiagnozować (głównie poprzez badanie pulsu, którego medycyna mongolska rozróżnia kilkanaście rodzajów) stan swojego zdrowia. Trafność diagnoz medyków z Mongolią była tak duża, że wspomniana jurta stała się jednym z najbardziej obieganych miejsc na sympozjum.

Nadmienić należy, że wiele gatunków roślin wykorzystywanych w tradycyjnej medycynie mongolskiej jest badanych na lubelskiej farmakognosji, w zespole prof. Gąłoniaka. Nie powinna dziwić zatem obecność reprezentujących tradycję mongolskich lekarzy na sympozjum poświęconym nowoczesnym technikom badania roślin.

Z uwagi na tragiczną i nagłą śmierć dr. Michała Hajnosa, pracownika Katedry i Zakładu Farmakognosji, Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i wieloletniego organizatora lubelskiego sympozjum, która nastąpiła 9 kwietnia 2010 r., tegoroczne sympozjum dedykowano Jego pamięci.



Uczestnicy sympozjum w czasie przerwy w obradach

© Wiktor Szukiel

Adres do korespondencji:

mgr farm. Jarosław Widelski  
Katedra Katedra i Zakład Farmakognosji z Pracownią Roślin Leczniczych UM  
w Lublinie  
20-093 Lublin, ul. W. Chodźki 1  
tel. 81 74 23 809

# IWABRADYNA – NOWA NADZIEJA DLA CHORYCH NA NIEWYDOLNOŚĆ SERCA

**Bogdan OSTROWSKI**

Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” w Warszawie  
e-mail: cza@cza.pl

Przewlekła niewydolność serca (PNS) to ciężka, zasadniczo źle rokująca choroba, na którą w krajach uprzemysłowionych choruje dziś 2-3% ludności.

Częstość występowania PNS rośnie wolno wraz z wiekiem do 65. roku życia, po czym zależność ta staje się bardziej stroma. PNS występuje u 10 do 20% osób w wieku 70-80 lat. Całkowite ryzyko wystąpienia PNS w ciągu całego życia dla osoby powyżej 40. roku życia wynosi 20%.

W samej Europie na niewydolność serca choruje obecnie 15 milionów ludzi. Z perspektywy ochrony zdrowia problem PNS jest zatem bardzo znaczący, a wpływ tej choroby istotny: niewydolność serca odpowiada za 5% ostrych przyjęć do szpitala, występuje u co 10 hospitalizowanego pacjenta i pochłania około 2% krajowych wydatków na ochronę zdrowia w państwach rozwiniętych.

## PRZYCZYNY I OBJAWY PNS

Niewydolność serca jest złożonym zespołem, w którym dochodzi do zaburzenia zdolności serca do pompowania krwi i do utrzymania przepływu krwi dostosowanego do zapotrzebowania organizmu. Jako przewlekła jest określana wówczas, gdy schorzenie to utrzymuje się przez długi czas. Choroba polega na tym, że serce nie jest w stanie pompować krwi w takich ilościach, które zaspokoją potrzeby tkanek. Prowadzi to do niedotlenienia organizmu, nietolerancji wysiłku fizycznego, męczliwości i ogólnie obniża jakość życia. Ocenia się, że połowa pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca umiera w ciągu czterech lat od zdiagnozowania tego schorzenia.

Głównymi objawami przewlekłej niewydolności serca są: duszność, zmęczenie, nietolerancja

wysiłku fizycznego, zatrzymywanie płynów w organizmie (objawiające się zastojem w krążeniu płucnym i/lub obrzękiem wokół kostek). Inne nieswoiste objawy, które mogą sugerować PNS, obejmują zwiększoną potrzebę oddania moczu w nocy (nykturię), słaby apetyt, uczucie pełności/dyskomfortu w brzuchu, zatyczanie i wpływ na umysł: splątanie, zawroty głowy i utratę pamięci.

Główną przyczyną PNS jest choroba wieńcowa, a u wielu pacjentów wcześniej wystąpił zawał mięśnia sercowego (ZMS). Blizna po uszkodzonym przez zawał serca mięśniu może dodatkowo upośledzać czynność serca. Do innych potencjalnych przyczyn PNS należą: nadciśnienie tętnicze, które zwiększa opór dla przepływu krwi przez żyły i tętnice, migotanie przedsioków, w którym górne części serca trzepoczą w sposób nieprawidłowy, choroby lub uszkodzenie zastawek serca, kardiomiopatie – choroby samego mięśnia sercowego, wady wrodzone serca, zakażenie zastawek serca (zapalenie wsierdzia) lub mięśnia sercowego (zapalenie mięśnia sercowego). Leki, toksyny, schorzenia układu wydzielania wewnętrznego, choroby naciekowe (takie jak sarkoidoza) oraz różne inne choroby (w tym HIV i choroby nerek) mogą także uszkadzać mięsień sercowy lub ograniczać jego zdolność do normalnej pracy, ostatecznie prowadząc do wystąpienia niewydolności serca. Ogólnie szacunkowo ocenia się, że 70% przypadków przewlekłej niewydolności serca jest spowodowanych przez chorobę wieńcową, około 10% przez chorobę zastawek, a dodatkowe 10% przez kardiomiopatie.

Rozpoznanie przewlekłej niewydolności serca jest trudne, gdyż żaden z objawów tej choroby nie jest swoisty, a wiele innych schorzeń daje

► podobne objawy. Potwierdzenie PNS w warunkach klinicznych opiera się na uważnej ocenie skojarzenia objawów, wywiadzie chorobowym, badaniu przedmiotowym i dodatkowych badaniach czynności serca. Dwa kluczowe badania wykorzystywane w diagnostyce PNS to elektrokardiogram (EKG), który pozwala na pomiar rytmu i aktywności elektrycznej serca, oraz pomiar stężenia BNP w osoczu krwi (pomiar stężenia we krwi hormonu mózgowego – peptydu natriuretycznego). Podwyższone stężenie BNP i podobnego peptydu – NT-proBNP – może być wskaźnikiem niewydolności serca. Występowanie niewydolności serca u pacjenta z prawidłowym EKG i prawidłowym stężeniem BNP/NT-proBNP jest mało prawdopodobne, co sprawia, że są to ważne badania wykluczające obecność PNS w diagnostyce tej choroby. Trzecim kluczowym badaniem diagnostycznym dla PNS jest echokardiografia, która posługuje się falami dźwiękowymi do uzyskania ważnych informacji o budowie i czynności serca. U pacjentów z pojedzreniem PNS wykonuje się także wiele innych badań (głównie w celu wykluczenia innych schorzeń). Należą do nich prześwietlenie klatki piersiowej, badania krwi, badania moczu i badania układu oddechowego, takie jak badanie szczytowego przepływu i spirometria.

### PROBLEM DOTYCHCZAS NIE ROZWIĄZANY PRZEZ KARDIOLOGIĘ

Obecnie dostępne możliwości leczenia przewlekłej niewydolności serca obejmują zmianę stylu życia, wysiłek fizyczny i trening wysiłkowy, leczenie farmakologiczne oraz wszczepianie specjalnych urządzeń i leczenie operacyjne. Jednakże wszyscy pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca zazwyczaj otrzymują także leczenie farmakologiczne.

Celem farmakoterapii w PNS jest zarówno zmniejszenie nasilenia objawów jak i poprawa rokowania pacjentów. Niektóre z podstawowych leków stosowanych obecnie w leczeniu PNS obejmują leczenie objawów oraz wydłużanie życia/zmniejszenie chorobowości. Najczęściej pacjenci z przewlekłą niewydolnością serca otrzymują leczenie skojarzone, obejmujące lek moczopędny, inhibitor ACE i beta bloker. Pomimo postępu w leczeniu PNS, polegającego między

innymi na zastosowaniu beta blokerów, umieralność i chorobowość są w dalszym ciągu wysokie. Standardowe leczenie beta blokerami jest suboptymalne, gdyż leki te mają działania niepożądane, a w praktyce klinicznej jedynie względnie niewielka część pacjentów z niewydolnością serca otrzymuje zalecone docelowe dawki beta blokerów. Połowa wszystkich pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca umrze w ciągu 4 lat od rozpoznania PNS – to złe rokowanie podkreśla zapotrzebowanie na nowe strategie leczenia niewydolności serca, które mogłyby doprowadzić do poprawy rokowania pacjentów.

Jedną z obiecujących metod jest zwolnienie spoczynkowej częstości rytmu serca. Przyspieszony rytm serca jest kluczowym czynnikiem ryzyka w PNS i istotnym czynnikiem predykcyjnym zgonu, umieralności z powodów sercowo-naczyniowych i hospitalizacji. Korzystne działanie beta blokerów przynajmniej częściowo łączono z ich zdolnością zwalniania rytmu serca. Ale nawet pomimo stosowania beta blokera wielu pacjentów z niewydolnością serca ma w dalszym ciągu wysoką spoczynkową częstość rytmu serca, przekraczającą 70 uderzeń na minutę, co stawia ich w grupie wysokiego ryzyka zdarzeń sercowo-naczyniowych. Nowa strategia leczenia PNS, polegająca na bezpośrednim zwolnieniu rytmu serca, może doprowadzić do istotnej poprawy zarówno umieralności, jak i chorobowości oraz lepszego rokowania pacjentów.

Obradujący w dniach 28 sierpnia – 1 września br. w sztokholmskim Centrum Kongresowym doroczny Kongres Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (*European Society of Cardiology – ESC*) – największe nie tylko europejskie, ale i światowe spotkanie naukowe specjalistów kardiologii, które zgromadziło ok. 30 tys. naukowców i lekarzy, przedstawicieli mediów i firm farmaceutycznych, obfitował w ciekawe i przełomowe doniesienia na temat nowych możliwości terapii pacjentów z chorobami układu krążenia. Nowe, mniej uciążliwe leki dla chorych na zakrzepicę żylną i migotanie przedśrodków, poprawa leczenia niewydolności serca oraz nowe terapie dla zawałowców – o tym mówiono w Sztokholmie (autorami lub współautorami wielu prac prezentowanych na kongresie byli także polscy naukowcy, których uczestniczyło w nim około 200).

# MONDAY

# ESC News



EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY®

STOCKHOLM

ESC CONGRESS 2010

30 AUGUST

SHIFT trial: HF hospital admission and mortality reduced by 26%

## At last, a shift towards benefit in heart failure

### HOT LINE SESSION RESULTS

By Sophie Goodchild  
ESC Congress News

IVABRADINE, an If inhibitor already indicated for the treatment of coronary artery disease, significantly reduced the risk of cardiovascular death and hospital admissions when added to standard treatments in patients with chronic heart failure and elevated heart rates, according to findings reported in a Hot Line session yesterday. The report was published simultaneously in *The Lancet*.

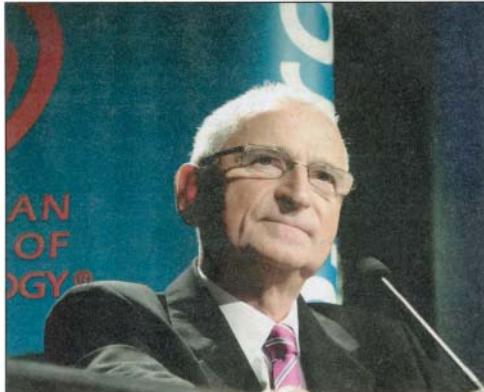
Commenting on the implications of the results, principal investigator Michel Komajda from the Pitié Salpêtrière hospital in Paris said: "Chronic heart failure is a common condition. Approximately 15 million patients in Europe are affected and the condition is associated with high mortality and poor quality of life. Around 50% of patients are dead after five years."

The SHIFT (Systolic Heart Failure treatment with the If inhibitor ivabradine) trial was designed to investigate whether ivabradine's inhibition of sino-atrial If current had a beneficial effect in HF patients with a heart rate above 70 beats per minute. Ivabradine slows heart rate by blocking If channels in the sino-atrial node.

In what is the largest heart failure trial published to date, more than 6500 patients in 37 countries were randomly assigned to ivabradine (5 mg adjusted to 7.5 mg twice daily maximum, n=3241) or placebo (n=3264) in addition to standard heart failure treatments. Participants included those who had already been diagnosed with moderate to severe chronic heart failure as well as left ventricular ejection fraction (<35%). Average follow up time was 23 months.

Results showed that the primary endpoint of cardiovascular mortality/heart failure hospitalisation was 14.5% in the ivabradine group and 17.7% in the placebo group ( $HR=0.82$ ,  $p<0.0001$ ). Ivabradine was also associated with a 26% ( $p<0.0001$ ) reduction in hospitalisations for heart failure and 26% ( $p<0.014$ ) reduction in heart failure deaths.

*Continued on page 2*



Michel Komajda, principal investigator of the SHIFT trial, said the results were 'very good news for patients and doctors'.

### Ticagrelor efficacy unaffected by genetic polymorphisms, according to first PLATO sub-analysis

By Janet Fricker  
ESC Congress News

Ticagrelor provides better results than clopidogrel regardless of the presence of genetic variations, according to a PLATO study sub-analysis presented yesterday in Clinical Trial Update. The study, published simultaneously online in *The Lancet*, concluded that use of ticagrelor eliminates the need for genetic testing prior to treatment.

Dual antiplatelet therapy (aspirin plus clopidogrel) represents the standard of care in ACS to reduce rates of recurrent ischaemic events and stent thrombosis, which can occur despite antiplatelet therapy, with some polymorphisms in

the CYP2C19 and ABCB1 alleles found to be associated with high On-treatment platelet activity. In the PLATElet inhibition and patient Outcomes (PLATO) study, presented at ESC Congress 2009, ticagrelor (an oral reversible platelet inhibitor that does not need metabolic activation for pharmacodynamic activity) reduced the primary composite endpoint of cardiovascular death, MI or stroke by 16% in comparison to clopidogrel.

In this first sub-study from PLATO, investigators led by Lars Wallentin from Uppsala University, Sweden, explored the role of genetic polymorphisms on outcomes both between and within the ticagrelor and

*Continued on page 2*

### Today in your ESC Congress News

n-3 fatty acids in secondary prevention.  
Page 2



New ESC Guidelines on myocardial revascularisation.  
Page 3

The heart of the long-distance runner.  
Page 4

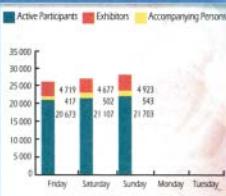


Unfinished business: Genome wide association studies in CAD.  
Page 6

### Sunday's Moderated Poster winners:

- Aaron Kee Fui Wong, UK
- Milos Taborsky, Czech Republic

### ATTENDANCE



[www.escardio.org/esc-congress](http://www.escardio.org/esc-congress)

Na czołówce wydania z dnia 31 sierpnia br. gazety „ESC – Wiadomości Kongresowe”, relacjonującej na bieżąco obrady tego ważnego naukowego spotkania światowych specjalistów kardiologii, znalazło się omówienie zreferowanych na Kongresie ESC przez prof. Michela Komajdę wyników badania SHIFT, które zapowiadają przełom w dotychczasowych standardach leczenia przewlekłej niewydolności serca dzięki włączeniu do terapii tej choroby iwabradyny

➤ Jedno z zaprezentowanych na sztokholmskim kongresie kardiologicznym przełomowych badań to badanie SHIFT (od ang. *Systolic Heart Failure Treatment with the If Inhibitor Ivabradine Trial* – „Leczenie skurczowej niewydolności serca iwabradyną, inhibitorem If”), dotyczące nie rozwiązanego przez kardiologię problemu leczenia niewydolności serca, którego wyniki dają nową nadzieję pacjentom z PNS na poprawę ich sytuacji zdrowotnej. Badanie SHIFT wykazało bowiem, że poprzez dołączenie iwabradyny jako leku spowalniającego akcję serca do standardowego leczenia niewydolności serca można o ok. jedną czwartą zmniejszyć śmiertelność z powodu tej choroby i w podobnym odsetku liczbę hospitalizacji.

### NOWE ZASTOSOWANIE IWABRADYNY

Dostępny już na rynkach 70 krajów Europy i pozostały części świata, opracowany przez firmę Servier preparat Procoralan z iwabradyną jako substancją aktywną (w zależności od kraju iwabradyna występuje także pod nazwą handlową Coralan, Coraxan lub Corlentor), wskazany w leczeniu dławicy piersiowej, to pierwszy lek z nowej klasy leków o nazwie selektywne i swoiste inhibitory If, który zwalnia rytm serca, jednocześnie zachowując inne parametry czynności serca, zwłaszcza siłę skurcza. Ten sposób działania sprawia, że Procoralan ma właściwości szczególnie użyteczne w leczeniu pacjentów z chorobą wieńcową. Procoralan wywiera silne działanie przeciwniedokrwienne, znaczco zmniejsza liczbę napadów dławicy piersiowej i poprawia wydolność wysiłkową, pozwalając pacjentom na powrót do normalnej aktywności bez narażania się na ból. Zmniejsza także liczbę zdarzeń wieńcowych u pacjentów z dławicą piersiową.

Iwabradyna jako lek wskazany w dławicy piersiowej od kilku lat jest dostępna także na naszym rynku, choć od roku 2009 jest to dostępność dość znacznie ograniczona.

### ZNACZENIE WYNIKÓW BADANIA SHIFT DLA ŚWIATOWEJ KARDIOLOGII

Badanie SHIFT koordynowane było przez Komitet Wykonawczy – międzynarodową grupę ekspertów w dziedzinie niewydolności serca.

Wyniki tego badania zaprezentował na Kongresie ESC w Sztokholmie współprzewodniczący Komitetu Wykonawczego dr **Michael Komajda** – ordynator Oddziału Kardiologii w Pitié-Salpêtrière Hospital w Paryżu i profesor kardiologii na Uniwersytecie Pierre et Marie Curie w Paryżu, w latach 2008-2010 prezes Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC). Jednocześnie drugi współprzewodniczący Komitetu Wykonawczego, dr **Karl Swedberg** – ordynator Oddziału Medycyny Ratunkowej i Chorób Układu Sercowo-Naczyniowego, starszy asystent w Oddziale Chorób Wewnętrznych Akademii Sahigrenksa, Uniwersytetu w Goteborgu (Szwecja) opublikował je w internetowym wydaniu czasopisma „The Lancet” (Swedberg K., Komajda M., Böhm M. et al.: *Ivabradine and outcomes in chronic heart failure (SHIFT): a randomised placebo-controlled study*. The Lancet, 2010: DOI:10.1016/S0140-6736(10)61198-1 | 09.09.2010).

W projekcie badawczym SHIFT nad zastosowaniem iwabradyny w leczeniu PNS wzięło udział ponad 6500 pacjentów z 37 krajów z umiarkowaną lub ciężką niewydolnością serca i częstotliwością rytmu serca powyżej 70 uderzeń na minutę, których obserwowano średnio przez 23 miesiące. Wyniki badania pokazują, że iwabradyna zmniejszyła o 18% ( $p<0,0001$ ) łączne ryzyko zgonów z powodów sercowo-naczyniowych i hospitalizacji z powodu zaostrenia niewydolności serca. Dodatkowo iwabradyna zmniejszyła ryzyko zgonu z powodu niewydolności serca o ponad jedną czwartą (26%,  $p=0,014$ ) i w takim samym stopniu ryzyko hospitalizacji z powodu zaostrenia niewydolności serca (26%,  $p<0,0001$ ). Korzyści te były widoczne już po trzech miesiącach leczenia iwabradyną i pomimo że pacjenci otrzymywali leczenie zgodnie z zaleceniami zawartymi w wytycznych (beta blokery, inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę – ACE, leki moczopędne lub antagonistów aldosteronu). Badanie SHIFT potwierdziło także, że iwabradyna ma dobry profil tolerancji w tej grupie mało stabilnych pacjentów.

– Dwadzieścia lat po wprowadzeniu do leczenia niewydolności serca inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę i dziesięć lat po wprowadzeniu beta blokerów mamy nowy lek

ratującym życie naszych pacjentów – powiedział współprzewodniczący Komitetu Wykonawczego badania SHIFT, prof. **Michel Komajda**. – Iwabradyna jest innowacyjnym lekiem, obecnie stosowanym w leczeniu dławicy piersiowej ze względu na to, że zmniejsza nasilenie objawów, niedokrwienie mięśnia sercowego i ryzyko zdarzeń wieńcowych. Teraz badanie SHIFT wykazało korzyść rokowniczą z zastosowania iwabradyny również u pacjentów z przewlekłą niewydolnością serca. Badanie SHIFT jako pierwsze bezpośrednio potwierdziło, że iwabradyna w sposób izolowany, zmniejszając częstotliwość rytmu serca, zmniejsza ryzyko zgonu lub hospitalizacji z powodu niewydolności serca. Obserwacja ta potwierdza, że częstość rytmu serca odrywa kluczową rolę w postępie tej choroby.

Współprzewodniczący Komitetu Wykonawczego badania SHIFT dr **Karl Swedberg**, podkreślił: – Badanie SHIFT ma ważne implikacje dla naszej praktyki klinicznej. Pokazuje, że wysoka częstość rytmu serca jest niekorzystna dla pacjentów z niewydolnością serca. W związku z tym powinniśmy rutynowo mierzyć częstość rytmu serca u wszystkich pacjentów z niewydolnością serca i jeżeli przekracza ona 70 uderzeń na minutę, rozważyć zastosowanie iwabradyny w celu zmniejszenia częstości rytmu serca, bez względu na leczenie podstawowe pacjentów.

Zabierając głos w dyskusji po wystąpieniu dr. M. Komajdy, dr **Inder Anand** z University of Minnesota w Minneapolis powiedział, że wiąże duże nadzieję z wynikami badania oraz możliwościami zastosowania iwabradyny, która dołączona do rutynowego zestawu leków w niewydolności serca mogłaby znacznie poprawić wyniki leczenia tej choroby: – Wyniki badania SHIFT potwierdzają znaczenie częstości rytmu serca w patofizjologii niewydolności serca, a także tezę, że zmniejszenie rytmu poprawia wyniki leczenia pacjentów z tą chorobą. Dlatego wydaje się, że częstość rytmu serca jest nie tylko czynnikiem ryzyka, ale też przyczynia się do rozwoju niewydolności serca – twierdził Anand. Prezentował również stanowisko, że z zastosowania iwabradyny mogą skorzystać pacjenci ze skurczową niewydolnością serca i rytmem zatokowym o częstości powyżej 70 uderzeń na minutę, poddani standardowej opiece klinicznej i nietolerujący większych dawek beta-adrenolityku.

W omówieniu wyników badania SHIFT w internetowym wydaniu „Lancetu” autorzy podsumowują: (...) *dodatek iwabradyny do podstawowego leczenia HF wiąże się z istotną redukcją powikłań przewlekłej HF. W prezentowanym badaniu SHIFT pierwszorzędowy punkt końcowy występował o 18% rzadziej w grupie leczonej w porównaniu z grupą kontrolną. Badacze zauważali, że uzyskany efekt wynika głównie z wpływu na redukcję częstości hospitalizacji z powodu HF. Wynik został osiągnięty we wszystkich predefiniowanych podgrupach, choć w podgrupie pacjentów z czynnością serca poniżej mediany (77/min.) był słabiej wyrażony. Odnosząc się do stosowanej farmakoterapii, podkreślają, że pacjentów leczono zgodnie z aktualnymi standardami Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, większość otrzymywała inhibitory RAAS i beta-adrenolityki. Dawki tych ostatnich były niższe niż w innych badaniach klinicznych, ale wyższe w porównaniu z badaniami rejestrowymi, co skłoniło autorów do stwierdzenia, że badana populacja pod względem profilu farmakoterapii była bliższa codziennej praktyce klinicznej. Roczna śmiertelność w grupie kontrolnej była dość wysoka (18%). Niski udział stosowania w badanej populacji terapii resynchronizującej (CRT) – 1% i kardio-werterów-dafibrylatorów (ICD) – 4% autorzy tłumaczą przyjętymi kryteriami włączenia do badania (poziom symulacji < 60/min, rytm własny zatokowy > 40% doby).*

*Badanie SHIFT jest pierwszym badaniem koncentrującym się na ocenie wpływu redukcji częstości pracy serca na rokowanie u pacjentów ze skurczową HF. Stosowanie iwabradyny przełożyło się na istotne obniżenie tego parametru (średnio o 15/min.), największe korzyści odnieśli pacjenci z wyjściowo wysoką częstością. Ta obserwacja znajduje swoje odzwierciedlenie w dużych badaniach z beta-adrenolitykami, gdzie również wykazano związek między przyspieszoną czynnością pracy serca i gorszym rokowaniem u pacjentów z HF. Dlatego też zdaniem autorów kluczowym parametrem decydującym o efekcie odległym i uzyskanych w badaniu SHIFT wynikach jest stopień nasilenia tachykardii u pacjentów z HF. Przypominają, że w poprzednim badaniu z iwabradyną (badanie BEAUTIFUL) podobny efekt uzyskano wyłącznie w podgrupie pacjentów z częstością pracy serca > 70/min. Tym, co odróżniało populacje tych dwóch badań klinicznych, były*

spoczynkowa częstość pracy serca i podstawowa choroba serca. W dyskusji omówiono również wyniki dla podgrupy przyjmującej powyżej połowy zalecanej dawki beta-adrenolityku. Zwrcono uwagę, że istotną poprawę uzyskano wyłącznie w zakresie redukcji liczby hospitalizacji. Nie udało się wykazać istotnych różnic w zakresie pozostały punktów końcowych, mimo że redukcja częstości pracy serca była proporcjonalnie taka sama jak w populacji ogólnej. Autorzy sugerują, że ich wykazanie wymagałoby zwiększenia liczności w tej podgrupie.

Badacze twierdzą, że terapia iwabradyną jest bezpieczna, dobrze tolerowana (zaledwie 1% pacjentów przerwało leczenie) i cechuje się wysoką adhezją do zaleceń (70% leczonych iwabradyną przyjmowało docelową dawkę 7,5 mg). Wśród ograniczeń prezentowanego badania autorzy wymieniają słabą reprezentatywność badanej populacji i brak możliwości formułowania wniosków w przypadku monoterapii iwabradyną. Podsumowując, autorzy zaznaczają, że uzyskane wyniki mają szczególne znaczenie przy dołączeniu iwabradyny do już stosowanej standardowej terapii HF

# CERTYFIKAT

**przyznania**  
**przez „Czasopismo Aptekarskie”**  
**LAURU FARMACJI I MEDYCYNY**  
**w roku 2007**



**za lek Procoralan  
innowację roku w kardiologii  
wytwórcy Les Laboratories Servier**

Warszawa, 30 czerwca 2008 r.



Medale „Czasopisma Aptekarskiego” są niekomercyjnym, ogólnopolskim przedsięwzięciem i służą integracji producentów, dystrybutorów, aptekarzy i farmaceutów w działalności na rzecz promocji zdrowia i opieki farmaceutycznej.

Wydawca

Redaktor Naczelny



Podczas obrad XII Ogólnopolskiej Konferencji Naukowo-Szkoleniowej „Czasopisma Aptekarskiego”, która odbyła się w Poznaniu 11 września 2008 r. certyfikat przyznania Lauru Farmacji i Medycyny z rąk redaktora naczelnego odebrała w imieniu kierownictwa Servier Polska mgr farm. Blanka Ułażka – Kierownik ds. Strategii Farmaceutycznej. Na zdjęciu od lewej redaktor naczelny Wiktor Sukieli, przedstawiciel Rady Naukowej „Czasopisma Aptekarskiego” – dziekan Wydziału Farmaceutycznego UM w Poznaniu prof. dr hab. Edmund Grześkowiak i mgr farm. Blanka Ułażka

u pacjentów z wysoką częstością pracy serca ( $> 70/\text{min.}$ ), którzy nie tolerują dużych dawek beta-adrenolityków (cyt. za polskim omówieniem w internecie publ. z „Lancetu” autorstwa Łukaszego Kołtowskiego).

## WNIOSKI POLSKICH SPECJALISTÓW

Wyniki badania SHIFT i wnioski z nich płynące dla polskiej kardiologii oraz dla naszych pacjentów z chorobami niewydolności serca zaprezentowali na konferencji prasowej w Warszawie 7 września 2010 roku prof. dr hab. med. **Piotr Ponkowski** – prezydent Asocjacji Niewydolności Serca Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Kardiologii Ośrodka Chorób Serca 4. Wojskowego Szpitala Klinicznego we Wrocławiu, kierownik Kliniki Chorób Serca Wydziału Nauk o Zdrowiu Uniwersytetu Medycznego we Wrocławiu, oraz prof. dr hab. med. **Jarosław Drożdż** – prezes Sekcji Niewydolności Serca Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego, kierownik Kliniki Kardiologii oraz Katedry Kardiologii i Kardiochirurgii Uniwersytetu Medycznego w Łodzi w Szpitalu im. dr. Seweryna Sterlinga, członek Rady Naukowej Instytutu Kardiologii w Aninie.

– Niewydolność serca to nie przypadłość 80-letniego staruszka. Obraz przeciętnego Polaka chorego na niewydolność serca to 66-letni mężczyzna (4 lata młodszy od innych Europejczyków), od kilkunastu lat leczący się na nadciśnienie tętnicze (zazwyczaj nieregularnie), nie mający jeszcze zawału serca, nie przebywający jeszcze nigdy w szpitalu, który ma problem z wejściem na drugie piętro bez zatrzymania, ciśnienie 130/85 i tępno 80 uderzeń na minutę – opisał wyniki badania prof. **J. Drożdż**. – Niewydolność serca dotyczy 5,2 mln osób w USA, 15 mln w Europie i około miliona Polaków. I wykazuje tendencję rosnącą. Według danych z raportu Amerykańskiego Towarzystwa Kardiologicznego z 2010 roku w ciągu ostatnich 10 lat nastąpił spadek liczby wykonywanych angioplastyk, zawałów serca i przypadków choroby niedokrwiennej serca. Jednak te same dane wskazują na wzrost liczby pacjentów z niewydolnością serca – zacytował dane o śmiertelności z powodu niewydolności serca, która jest dwukrotnie wyższa niż w raku sutka i raku pęcherza moczowego oraz wyższa

niz w raku prostaty i podobna do śmiertelności w raku jelita grubego.

W ocenie prof. Drożdża podstawowym wnioskiem z badania SHIFT jest ustalenie, że wysoka częstość rytmu serca u chorego z niewydolnością serca zawsze przewiduje złe rokowanie: – Dołączenie iwabradyny do standardowego leczenia zmniejsza istotnie śmiertelność i hospitalizację z powodu niewydolności serca. Leczenie jest bezpieczne i dobrze tolerowane – uważa profesor.

– SHIFT to dotychczas największe badanie niewydolności serca, w którym wzięło udział ponad 6,5 tys. chorych (w tym kilkuset pacjentów polskich). Badanie testowało atrakcyjną hipotezę: czy obniżenie częstości rytmu serca poprawi rokowanie chorego z niewydolnością serca – wyjaśnił prof. **Piotr Ponkowski**, który był członkiem komitetu ocenяjącym punkty końcowe badania SHIFT. – Szybka akcja serca, tj. 70 lub więcej uderzeń na minutę, jest czynnikiem, który zwiększa ryzyko zgonu. A ponieważ stwierdza się ją u ponad połowy chorych z przewlekłą niewydolnością serca, iwabradyna może pomóc wielu z nich. Jest to poza tym lek bardzo bezpieczny.

Zdaniem profesora Ponowskiego problem hospitalizacji z powodu niewydolności serca jest fundamentalny: – Po pierwsze, z powodu jakości życia chorego i konieczności częstych wizyt w szpitalu. Po drugie, jest to element najbardziej obciążający leczenie pacjentów z niewydolnością serca. Po trzecie, hospitalizacja z powodu niewydolności serca jest najważniejszym czynnikiem złego rokowania, który przekłada się na dramatyczne zwiększenie śmiertelności. W tym badaniu udowodniono prospektownie, że istnieje związek między akcją serca a występowaniem zgonu i hospitalizacji. Każdy wzrost akcji serca o jedno uderzenie zwiększa ryzyko zgonu o kilka procent – dodał.

Lek obecnie nie jest refundowany w Polsce, więc profesor Ponkowski ocenia, że Polskie Towarzystwo Kardiologiczne razem z konsultantem krajowym będzie musiało podjąć działania w kierunku zwiększenia dostępności do tego leku w Polsce.

Adres do korespondencji:

Redakcja  
„Czasopisma Aptekarskiego”  
04-337 Warszawa, ul. Obarowska 23/2  
tel. 22 879 98 69

# SPOTKANIA Z ANGIELSKIM cz. VII

*mgr farm. Jolanta SUCHOCKA-STRYSKO, Christopher STRYSKO*

Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” w Warszawie  
e-mail: cza@cza.pl

## I. Match the words given below with their correct definitions:

1. tincture 2. drops 3. maceration 4. sirup (syrup) 5. decoction 6. infusion
- A. a form of an aqueous extract, consisting usually of mucilaginous materials, and received by first treating them with room temperature water (used in proportion 20 per 1, for 30-40 minutes) and then by draining
  - B. a non-concentrated form of medication, received by extraction of raw pharmaceutical material with either ethanol (or, its combination with water) or by solving non-volatile substances; the concentration of ethanol has to be at least 40-60%
  - C. a form of medication, a solution containing a high percentage of medical substances, meant to be applied in small amounts; used both externally, and orally
  - D. a solution, containing a high concentration of sugar, meant to be applied orally; received by solving sugar in water, fruit juice, or plant juice
  - E. a form of medication, consisting of minced\* pharmaceutical material treated with room temperature water (10 per 1), which is next heated up for 30 min.; the final product is received by draining
  - F. a form of aqueous extracts, made temporarily of minced, dried leaves, flowers, and (less often) roots; prepared by steeping\*\* such in hot water, and next leaving them covered for 15 min., finally receiving by draining

## II. English understanding

*Concerning the meaning of a proper exposition at the drugstore*

An appropriate exposition of products is, undoubtedly, vital to the sale results of any drugstore. Only a carefully arranged and well-planned visualisation – where every square meter is mentally converted into its merchant value – can function as the key to achieving a desired target. By studying, in short, the most commonly made mistakes in both the layout and the exposition at pharmacies, we can learn precisely how not to act in order to be successful.

Firstly, the mere\* lack of any strategy is, already in itself, a failed strategy. A good example of such a bad habit is letting the pharmaceutical reps\*\* take part (or even take over) and interfere with the arrangement and exposition of their products. This very often makes the space look chaotic and messy. Essentially an overwhelming colour and info “orgy”, an excess of promotions can cause the patients/customers vertigo – which translates into negative results when it comes to making a decision about the actual purchase.

On the other hand, a lot of empty space along the aisles and on the shelves may often leave the (wrong) impression of a “poor place.” Additionally, both proper lighting and the composition of colours, with respect to the unbreakable rules of matching and unmatched dyes, play an important role in the issue. A bad set of colours, or wrong lighting, may work negatively on the customer’s subconsciousness.

Lastly, another unforgivable fault is the failure to provide any key – or clue – to

\* minced – rozdrobniony

\*\* steep – namaczać

guessing the way in which goods have been outlaid. This makes the clients feel lost, helpless, and discouraged from ever again visiting our place.

\* mere – simple

\*\* rep – representative

1. “Undoubtedly” means, in other words:
  - a. there is no doubt about something
  - b. something is for sure
  - c. something is for certain
  - d. certainly
  - e. with certainty
  - f. all answers above are correct
  
2. Is it possible to replace “merchant” with “commercial” in the text?
  - a. yes
  - b. no
  
3. “Habit” means nearly the same as:
  - a. custom
  - b. routine
  - c. tradition
  - d. correct answers are a, b and c
  - e. correct answers are a and b
  
4. „Overwhelming” means:
  - a. big
  - b. of a bad taste
  - c. disgusting
  - d. irritating
  - e. powerful and taking something over
  
5. How do patients who have vertigo (literally) feel?
  - a. they are dizzy
  - b. they are nauseous
  - c. they are too lively
  - d. they are getting nervous
  
6. Are „aisles” and „shelves” synonymous with each other?
  - a. yes
  - b. no
  
7. Which of the following two words is more universal in meaning?
  - a. colour (color)
  - b. dye

8. If something is happening to us “subconsciously,” are we aware of it?
  - a. yes
  - b. no
  
9. Which word from those given below doesn’t match the rest?
  - a. key
  - b. clue
  - c. hint
  - d. guideline

### III. Grammar

Correct the mistakes in the sentences below. Some of the sentences may be correct, while some may contain more than one error.

1. That drugstore in the corner always looks abandoned. Whenever I drop in there, I can’t see nobody accept for the owner.
2. “You’d rather start with self-service in here! I’m waiting to be served for 20 minutes, already. You’re so slowly.”
3. “We’re really sorry, but we can’t make this ointment. We hardly ever don’t make it. So, we don’t even have every of the necessary ingredients.”
4. We have to order more of those tablets. There are only few packs left.
5. I do like the fact that they’ve written about our pharmacy in the local paper. I just don’t like the way that the pictures were made.
6. The less sets we sell, the better. We’re almost over with that deliverer, so I doesn’t care.
7. An aspirin was the first commercial product of acetylsalicylic acid.
8. The implementation of disposable syringes contributed much toward treatment becoming more sanitary.
9. It is highly unlikely that this drug will continue to be administered two years from now.
10. Nowadays, the borderline between the patient and the customer at the drugstore is very thin.
11. When I started my first job at the pharmacy, we didn’t used to have digital scales.

- 12. When I'm working in the antiseptic area, I'd better not be bothered with someone. Try respecting it.
- 13. This is supposed to solve within a hour, but never really isn't. The theory and the practice don't always go together. So don't the scholars and the practicing pharmacists.
- 14. How do you feel right now? I'm feeling good.
- 15. Last year I've been taking care for two apprentices, but none of them wasn't really skillful.

#### IV. Phrasal verbs

Replace the verbs *in italics* with their phrasal equivalents. Next to each sentence, in the brackets, you have phrasal verbs to use; however, in a wrong order.

1. I need to get this lab coat *shortened*, especially the sleeves. I can't really work in something so long. (look down on)
2. I must've done something wrong. Now, I can see this emulsion getting *separated*. (drink up)
3. You mustn't *disrespect* the patients visiting our drugstore, just because some of them don't look wealthy. Otherwise, you should change your profession. (take up)
4. Tomorrow morning we're gonna (going to) have the inspection over here. So, we'd better *focus* on reviewing those scripts. I know, my fault that we couldn't do that earlier. It's like with cleaning my car. There's never a good time to *do* that.
5. You can't *drink* these meds with grapefruit juice, remember! (get round to)
6. I need to *check* once more in the Pharmacopoeia if that dose is okay. (get on with/get along with)
7. You don't seem to be *in a good relation* with that new lab assistant, do you? (look up)

#### V. Guess what all the phrases below have in common...

drop by, drop in, come over, come around, drop over, pop in, look up, get over, pop over, breeze in, to pay a visit

#### ANSWER KEY:

- I. 1B = nalewka, 2C = krople, 3A = maceracja, 4D = syrop, 5E = odwar, dekokt, 6F = napar, infuzja
- II. 1f, 2a, 3e, 4e, 5a, 6b (aisle – pl. nawa, przejście, shelf -półka), 7a (dye – pl. barwnik, farba), 8b, 9d – key, clue, hint, all mean in Polish „wskazówka”, while “guideline” is something much more (pl. wytyczna).
- III. 1. That drugstore **round** the corner (pl. na rogu, in the corner – pl. w rogu, np. pokoj) looks abandoned. Whenever I drop in there, I can't see **anybody** (eventually – I can see **nobody**) except for the owner. 2. “You'd **better** start with self-service in here! I've been waiting to be served for 20 minutes, already. You're so **slow**.“ 3. “We're really sorry, but we can't make this ointment. We hardly ever **make** it. So, we don't even have **all** of the necessary ingredients.” – After “hardly”, “barely” we don't use negation! 4. We have to order more of those tablets. There are only **a few** packs left. – “a few” means in Polish „kilka”, unlike “few” that means „mało” (dla rzeczowników policzalnych). 5. I do like the fact that they've written about our pharmacy in the local paper. I just don't like the way that the pictures were **taken**. 6. The **fewer** (“less” refers to uncountable nouns) sets we sell, the better. We're almost over with that deliverer, so I **don't** care. 7. (**no article**) Aspirin was the first commercial product of acetylsalicylic acid. 8. correct. 9. correct. 10. correct. 11. When I started my first job at the pharmacy, we didn't **use** to have digital scales. – pl. „nie zwykliśmy używać“. 12. When I'm working in the antiseptic area, I'd **rather** not be bothered with **anyone**. Try **to respect** it (or that). 13. This is supposed to solve within **an hour**, but never really **does**. The theory and the practice don't always go together. **Neither (Nor) do** the scholars and the practicing pharmacists. 14. **How are you feeling** right now? I **feel well**. – However, “I feel good” also sounds OK; it's less correct, but still common. 15. Last year I'd (**I had**) **been taking care of** two apprentices, but **neither** of them **was** really skillful. – We use “neither” talking about two people/things and “none” while meaning more than two (neither, none – pl. żaden) and don't use negation after it.
- IV. 1 **take up** = shorten, 2 **take apart** = separate, 3 **look down on** = disrespect, 4 **get down to** = focus on sth, **get round to** = to start doing sth after some delay (pl. zabrać się do czegoś), 5 **drink up** = drink (pl. popić, wypić), 6 **look up** = check (esp. in a dictionary, handbook etc.), 7 **get along with/ get on with** = be in a good relation with someone
- V. They all mean the same (pl. wpaść, odwiedzić). The most formal phrase of all given is “to pay a visit”. (pl. złożyć wizytę)

# MARZĄC O ŻYCIU W ŚRÓD TRĘDOWATYCH

*doc. dr hab. Anita MAGOWSKA*

Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych UM w Poznaniu  
e-mail: anitamagowska@yahoo.com



Na okładce książki widać zarys krzyża, a w nim ukrytą rzeźkę oświetloną zachodzącym słońcem i rybaka stojącego w łódce w oczekiwaniu na połow. Metafora na okładce nowej książki prof. Jerzego Woy-Wojciechowskiego jest czytelna: to misjonarz.

Tytułowymi „Misionarzami zdrowia” są wszyscy ci, którzy wyjeżdżają do krajów Trzeciego Świata, aby nieść pomoc medyczną ludziom chorym i ubogim. Nie wszyscy bohaterowie książki są lekarzami, ale wszyscy wierzą w Boga, wyznają katolicyzm lub protestantyzm. Bez głębokiej wiary nie poradziliby sobie z samotnością w dalekim kraju i nie byliby w stanie towarzyszyć ludziom umierającym z powodu głodu i chorób dziś uleczalnych w krajach cywilizowanych, ale nie w slumsach Argentyny i Indii czy w ugandyjskim buszu.

Autor, lekarz i uczony znany z działalności pisarskiej i społecznej, napisał książkę, która nie tylko wzrusza, ale też zacieka, nie pozwalając przerwać lektury. Zdania są krótkie, żywe, pozbawione patosu. Czasami autor używa czasu teraźniejszego, pozwalając swoim bohate-

rom przemówić. I tak dr Helena Pyz (ur. 1948) wyjaśnia, dlaczego trąd jest powszechny w Indiach, dr Wanda Błeńska (ur. 1911 – to nie jest pomyłka!) tłumaczy, że trędowatych zawsze badała gołymi rękami, aby mieli do niej zaufanie i nie czuli się odrzuceni, a siostra zakonna i lekarz w jednej osobie, Małgorzata Grabowska (ur. 1957) opowiada, jak afrykańskie dzieci uczyły ją być gąsienice z różna i udka szarańczy z ostrą papryką, a także łapać termity, by sporządzać z nich różne smakołyki. Dr Jacques Laval (1803-1864) ujawnia: „Nie przywiązywał nigdy wagę do pieniędzy”, a Adam Bobkiewicz (ur. 1984), który niedawno wrócił z trzymiesięcznego wolontariatu w Ugandzie, odkrywa: „Medycyna to pasja, sztuka i miłość”. Co człowiek, to jemu właściwa specyfika działalności misyjnej, a wcześniej, przed wyjazdem jednakowe dla wszystkich silne dążenie do pracy tam, skąd inni uciekają za wszelką cenę.

Pragnienie wyjazdu na misje i pełnienia posługi medycznej budziło się w różnych okolicznościach. Ojciec Marian Żelazek (1918-2006) ślubował, że wyjedzie na misje, kiedy był

uwięziony w obozie koncentracyjnym w Dachau. Pallotyn i lekarz, dziś kardynał Henryk Hoser (ur. 1942) uległ fascynacji książką „Ciała i dusze” Maxence'a van der Meerscha, a Wandę Błeńską fascynowała postać ojca Damiana de Veuster, który zmarł zarażony trądem od swoich podopiecznych. Gdyby zsumować lata posługi medycznej na misjach wszystkich opisanych w książce osób, zebrałoby się ze 300 lat, a gdyby podsumować liczbę ich pacjentów, byłoby to kilkaset tysięcy, a może nawet kilka milionów osób. Oczywiście, takiej absurdalnej statystyki nikt nie będzie prowadził, ale warto zauważyc ogrom pomocy świadczonej przez medycznych misjonarzy w państwach najuboższych. Np. w 2006 roku tylko siostra lekarz Małgorzata Grabowska przyjęła 15 tysięcy pacjentów.

Książka nie jest słownikiem biograficznym, ale zbiorem krótkich reportaży o ludziach pełniących kiedyś lub teraz misyjną posługę medyczną. Często posługa ta ma aspekt religijny, ale to nie znaczy, że w misyjnych szpitalach i dyspenserach warunkiem rozpoczęcia leczenia jest przyjęcie przez pacjenta

nowej religii. Wśród misjonarzy zdrowia przeważają Polacy, ale są też Niemiec, Francuz, Anglik, Szkot, Amerykanin, Włosi i Belg.

Spośród nich zainteresowanie Czytelników „Czasopisma Aptekarskiego” może wzbudzić ciekawa postać Artemidea Zatti (1880-1951), włoskiego salezjanina i farmaceuty, który wiele lat pracował (od

1913 roku jako magister farmacji) w aptece szpitalnej w Viedma w Argentynie, a w 2002 roku został beatyfikowany przez Jana Pawła II. To nie jedyny beatyfikowany misjonarz podejmujący działalność leczniczo-opiekuńczą. Prof. Jerzy Woy-Wojciechowski opisuje jeszcze błogosławionego Jana Beyzyma i świętego Andrzeja Świerada.

Chciałabym nieco poszerzyć wiedzę o jednej z wymienionych w książce osób, która dla rozwoju polskich misji medycznych zrobiła wiele. To prof. Adam Wrzosek (1875-1965), kierownik Katedry Historii Medycyny Uniwersytetu Poznańskiego (a nie kliniki okulistycznej, jak podano w książce), który zdobywał i wysyłał leki dla szpitala w Shunteh-Fu w Chinach, prowadzonego przez ks. dr. Wacława Szuniewicza (1891-1963). Ponadto Adam Wrzosek był w okresie międzywojennym inicjatorem i kuratorem Akademickiego Koła Misyjnego Uniwersytetu Poznańskiego, do którego należała w studenckich czasach Wanda Bleńska, późniejsza „matka trędowatych”. Był także promotorem doktoratu (z zakresu historii okulistyki) ks. dr. Adama Wiśniewskiego (1913-1987), przez kilka lat asystenta w Katedrze Historii Medycyny Uniwersytetu Poznańskiego, potem założyciela ośrodka Jeevodaya w Indiach.

Książkę ilustrują portrety opisywanych medycznych misjonarzy oraz liczne fotografie ukazujące piękno i egzotykę miejsc, w których pracowali bądź nadal pracują misjonarze zdrowia. Jej sednem jest przekonanie, że granice medycyny wyznaczają nie pieniądz, lecz ludzie mający marzenia, ideały i – ach, jakże dziwnie to brzmi w dzisiejszych czasach – dobre serca.

Adres do korespondencji:

doc. dr hab. Anita Magowska  
Katedra i Zakład Historii Nauk  
Medycznych UM w Poznaniu  
68-812 Poznań, ul. Bukowska 70  
tel. 61 854 72 42

## Jerzy Woy-Wojciechowski Misjonarze zdrowia



Naczelną Izba Aptekarska

Warszawa, dnia 12 października 2010 r.

**Szczegółowe uzasadnienie stanowiska Naczelnej Rady Aptekarskiej  
dotyczącego projektu ustawy o refundacji leków,  
środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.**

Opiniując projekt ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, Naczelną Rada Aptekarska zgłasza następujące uwagi:

**UWAGI PODSTAWOWE:**

**1. DO ART. 6 (SPOSÓB USTALANIA URZĘDOWEJ MARŻY DETALICZNEJ)**

Nie do przyjęcia jest:

- 1) zaproponowany w art. 6 ust. 4 projektu sposób liczenia urzędowej marży detalicznej (od ceny hurtowej stanowiącej podstawę limitu w danej grupie limitowej) oraz jej wysokość wynikającą z tabeli;
- 2) aby podstawa limitu w danej grupie limitowej, stanowiąca punkt wyjścia do obliczenia urzędowej marży detalicznej, ogłaszana była w obwieszczeniu, a nie w prawie po-wszechnie obowiązującym.

Ustalanie urzędowej marży detalicznej musi być zgodne z obowiązującymi w tym zakresie zasadami odnoszącymi się do wszystkich podmiotów. Najważniejsze definicje i normy, które muszą być stosowane w całym systemie prawa, zawiera ustawa o cenach. Zachowana musi być także ekonomiczna istota i rola marży handlowej.

Ten najważniejszy z punktu widzenia określenia zasad i trybu kształtowania cen towarów i usług akt normatywny stanowi, że marża handlowa, w tym marża detaliczna, **to różnica między ceną płaconą przez kupującego a ceną uprzednio zapłaconą przez przedsiębiorcę, wynikającą z kosztów i zysku przedsiębiorcy; marża handlowa może być wyrażona kwotowo lub w procentach** (vide: art. 3 pkt 6).

Przyjęcie przez autorów projektu innej zasady kształtowania marży detalicznej w odniesieniu do jednej z grup uczestników obrotu rynkowego powoduje naruszenie konstytucyjnej zasady równego traktowania wszystkich podmiotów.

Projekt nierówno traktuje przedsiębiorców prowadzących apteki zarówno wobec wszystkich innych podmiotów stosujących marże handlowe jak i wobec pozostałych podmiotów działających na rynku farmaceutycznym. Należy wyraźnie podkreślić, że podmioty prowadzące hurtownie farmaceutyczne lub inne formy obrotu hurtowego kształtują swoją marżę handlową (hurtową) zgodnie z zasadą wynikającą z ustawy o cenach.

Konstytucja RP jako podstawę ustroju gospodarczego Rzeczypospolitej Polskiej wskazuje społeczną gospodarkę rynkową opartą m. in. na wolności działalności gospodarczej (vide: art. 20). Ograniczenie wolności działalności gospodarczej jest dopuszczalne tylko w drodze ustawy i tylko ze względu na ważny interes publiczny. Ustawa o cenach wprowadza ograniczenie tej zasady poprzez umożliwienie kształtowania wysokości cen i marż handlowych. **Jednakże ustawa ta nie dopuszcza możliwości podważenia konstytutywnych cech marży handlowej jako różnicę między ceną płaconą przez kupującego a ceną uprzednio zapłaconą przez przedsiębiorcę.** Zawarty w projekcie ustawy sposób ustalania marży detalicznej podważa zasady ustalania marży handlowej, a w konsekwencji narusza konstytucyjną zasadę wolności gospodarczej.

W związku z powyższym urzędową marżą detaliczną można ustalać jedynie od ceny hurtowej leku, którego dotyczy cena, a nie od jakiejkolwiek innej wartości, abstrahując od dokonywanej czynności obrotu danym lekiem i wynikającej z arbitralnie przyjętych założeń i kryteriów.

**Naczelną Radą Aptekarską uważa, że urzędowa marża detaliczna powinna stanowić różnicę między ceną hurtową zapłaconą przez aptekę a ceną detaliczną, płaconą przez nabywcę leku.**

➤ **Marża musi wynikać z kosztów i zysku przedsiębiorcy. Czynności wykonywane przez apteki przy wydawaniu leków nie są wartościowane w zależności od wysokości ceny hurtowej pojedynczego produktu.**

**W związku z powyższym Naczelną Rada Aptekarska proponuje zmianę tabeli zaproponowanej w art. 6 ust. 4 w sposób następujący:**

Art. 6 ust. 4 otrzymuje brzmienie:

„4. Ustala się urzędową marżę detaliczną liczoną od ceny hurtowej leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego albo wyrobu medycznego, w wysokości:

Cena hurtowa w złotych	Wysokość urzędowej marży detalicznej
0,00-4,80	40%
4,81-9,75	35%
9,76-15,55	25%
15,56-33,75	23%
33,76-66,67	21%
66,68-100,00	17%
100,01-200,00	12%
200,01-640,00	8%
640,01-1280,00	7%
Powyżej 1280,00	6%

Projekt ustawy zawiera bardzo niekorzystne dla aptek zmiany sposobu naliczania marży detalicznej.

**Obecnie obowiązująca w Polsce tabela detalicznych marż degresywnych dla produktów refundowanych zawiera marże, których wartości procentowe w poszczególnych przedziałach kwotowych należą do najniższych w Europie.**

Apteki mogą jednak funkcjonować, ponieważ otrzymują od hurtowni farmaceutycznych rabat przy zakupie leków refundowanych – najczęściej w granicach od 3% do 8%. Suma marży aptecznej wynikającej z urzędowej tabeli marż oraz rabatu od hurtowni na leki refundowane jest przy najmniej zbliżona do marż detalicznych w aptekach w większości krajów UE.

**Dla najczęściej wydawanych w polskich aptekach leków refundowanych o cenie detalicznej od 30,00 zł do 50,00 zł marża detaliczna wynosi 16%, a po uwzględnieniu rabatu od hurtowni np. 5% – rzeczywista marża wynosi 21%.**

Dla porównania:

- marża apteczna liczona od ceny hurt. realizowana w Austrii na najczęściej wydawane leki refundowane w cenie od 30 do 60 wynosi 28%,
- marża apteczna liczona od ceny det. realizowana we Włoszech na najczęściej wydawane leki refundowane w cenie od 25 do 50, w zależności od regionu (miejskiego lub wiejskiego) oraz rocznego obrotu apteki, wynosi od 21% do 25%. W przeliczeniu na marżę apteczną liczoną od ceny hurtowej wartości te wynoszą od 28% do 35%.

Poniżej przedstawione zostały tabele marż aptecznych obowiązujące w Austrii i we Włoszech:

Tabela marż na leki refundowane w Austrii:

cena hurtowa w €	marża det. liczona od ceny hurt.	cena det. w €	marża det. liczona od ceny det.
0.00-10.00	37.0	-	27.0
10.01-10.15	-	13.70	-
10.16-20.00	35.0	-	25.9
20.01-20.45	-	27.00	-
20.46-30.00	32.0	-	24.2
30.01-30.94	-	39.60	-
30.95-60.00	28.0	-	21.9
60.01-62.44	-	76.80	-
62.45-100.00	23.0	-	18.7
100.01-104.24	-	123.00	-
104.25-120.00	18.0	-	15.3
120.01-124.21	-	141.60	-
124.22-150.00	14.0	-	12.3
150.01-155.45	-	171.00	-
155.46-200.00	10.0	-	9.1
200.01-207.55	-	220.00	-
207.56-350.00	6.0	-	5.7
350.01-357.07	-	371.00	-
powyżej 357,08	3.9	-	3.8

Tabela marż na leki refundowane we Włoszech:

cena det. brutto w €	marża apteczna det. liczona jako % od ceny det. netto	rabat apteczny liczony jako % od ceny det. netto	efektywna marża apteczna liczona jako % od ceny det. netto
<b>apteki w miastach o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczykiem &lt; 258.228€</b>			
<25.82	26.70	1.50	25.20
25.83 - 51.65	26.70	2.40	24.30
51.66 - 103.28	26.70	3.60	23.10
103.29 - 154.94	26.70	5.00	21.70
ponad 154.94	26.70	7.60	19.10
<b>apteki w miastach o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczykiem &gt; 258.228€</b>			
<25.82	26.70	3.75	22.95
25.83 - 51.65	26.70	6.00	20.70
51.66 - 103.28	26.70	9.00	17.70
103.29 - 154.94	26.70	12.50	14.20
ponad 154.94	26.70	19.00	7.70
<b>aptek na obszarach wiejskich o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczykiem &lt; 387.342€</b>			
<25.82	26.70	1.50	25.20
25.83 - 51.64	26.70	-	-
51.65 - 103.28	26.70	-	-
103.29 - 154.93	26.70	-	-
ponad 154.94	26.70	-	-
<b>aptek na obszarach wiejskich o całkowitym rocznym obrocie z ubezpieczykiem &gt; 387.342€</b>			
<25.82	26.70	3.75	22.95
25.83 - 51.65	26.70	6.00	20.70
51.66 - 103.28	26.70	9.00	17.70
103.29 - 154.94	26.70	12.50	14.20
ponad 154.94	26.70	19.00	7.70

ubezpieczał = odpowiednik naszego NFZ

**Ze względu na proponowaną stałą marżę hurtową obniżoną do wartości 5% oraz stałą marżę detaliczną nie będzie możliwe otrzymanie przez aptekę rabatu od hurtowni na leki refundowane.**

Dodatkowo rzeczywista marża apteczna będzie jeszcze znacznie niższa niż zawarta w proponowanej tabeli, ponieważ według projektu ustawy marża apteczna będzie naliczana nie od ceny hurtowej produktów refundowanych, ale od limitów ustalonych dla poszczególnych grup produktów refundowanych. Ponieważ wartości tych limitów są w większości przypadków znacznie niższe niż ceny hurtowe, spowoduje to poważne zmniejszenie i tak już bardzo niskiej marży aptecznej. **Tego typu system naliczania marż aptecznych nie jest stosowany w żadnym kraju Unii Europejskiej.**

Według symulacji przeprowadzonych przez IMS strata średniej apteki w Polsce spowodowana wejściem w życie systemu naliczania marż aptecznych zawartego w projekcie ustawy refundacyjnej mogą wynosić około 5 tysięcy złotych miesięcznie, co daje kwotę około 60 tysięcy złotych rocznie.

Ponieważ według wyliczeń IMS od 30% do 40% aptek w Polsce funkcjonuje na granicy płynności finansowej, wejście w życie takiego systemu naliczania marż aptecznych spowoduje w krótkim czasie likwidację od 30% do 40% aptek!

Najbardziej prawdopodobne jest też, że większość likwidowanych aptek będą stanowić niezależne apteki rodzinne na terenach wiejskich oraz w mniejszych miastach.

Ponadto apteki niezależne, które dzisiaj znajdują się w dobrej kondycji finansowej, zostaną bardzo poważnie osłabione. Będą one zmuszone do obniżenia kosztów poprzez m.in. redukcję personelu fachowego oraz zmniejszenie zapasów magazynowych, co również wpłynie na pogorszenie dostępności pacjentów do leków.

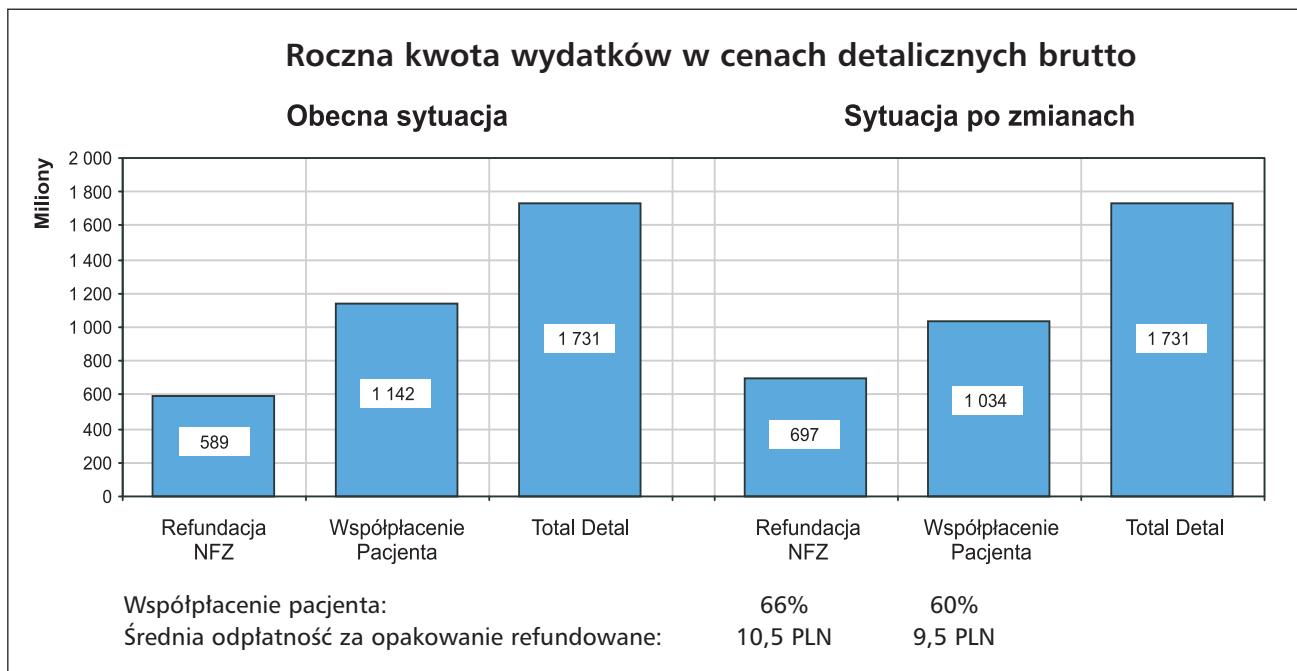
Badania wyspecjalizowanych firm zajmujących się rynkiem farmaceutycznym w Polsce potwierdzają jednoznacznie, że propozycje zawarte w projekcie opiniowanej ustawy drastycznie obniżą realną wysokość marży detalicznej.

Analiza wpływu proponowanych zmian na rynek leków nadciśnieniowych refundowanych ze środków publicznych, wykonana przez firmę IMS, prowadzi do następujących wniosków (wykres 1).

#### APTEKA – wpływ zmian na realizowaną marżę detaliczną

Do analizy wybrano z panelu IMS „średnią” aptekę. Wybrane zostały apteki: sieciowe z obrotem 130-180 tys. zł/miesięcznie oraz niezależne z obrotem 110-160 tys. zł/miesięcznie.

Wykres 1



- Założone przedziały wartości obrotu spełniło 95 aptek sieciowych i 258 aptek niezależnych. Wszystkie te apteki przesyłały dane w całym analizowanym okresie.

SIECIOWA	Średnie obroty	Średni magazyn	Średnia marża	Średnia marża %
ALL	155 901	13 146	36 024	30,1%
RX	83 938	4 164	15 924	23,4%
OTC	41 009	3 801	11 797	40,4%
REF	60 490	2 783	10 298	20,5%
NADCIŚNIENIE	8 905	562	1 788	25,1%
NADCIŚNIENIE po zmianie			1 130	14,5%

NIEZALEŻNA	Średnie obroty	Średni magazyn	Średnia marża	Średnia marża %
ALL	133 271	18 984	26 096	21,8%
RX	79 696	4 330	13 940	20,5%
OTC	31 617	3 914	7 512	25,7%
REF	57 606	2 849	9 276	18,5%
NADCIŚNIENIE	8 153	576	1 510	21,2%
NADCIŚNIENIE po zmianie			1 067	15,1%

W wyniku wprowadzenia proponowanych zmian:

- 1) hurtownie farmaceutyczne wprost nie odczuają tej zmiany, ponieważ już obecnie ich efektywna marża nie wynosi 8,91%, lecz raczej bliższa jest 5%;
- 2) koszty związane z omawianą zmianą poniosą apteki oraz producenci leków;
- 3) apteki: marża od limitu, a szczególnie zakaz rabatowania, wpłynie negatywnie na kwotę marży aptecznej.

Tabela marż zaproponowana w projekcie ustawy wskazuje, że przy urzędowej marży detalicznej liczonej od limitu detaliści stracą w ten sposób ok. 600 mln PLN.

Sami autorzy projektu obliczyli, że planowany spadek marży hurtowej na produkty refundowane do poziomu 5 % spowoduje utratę przychodów w wysokości 450 mln złotych dla hurtu farmaceutycznego. Natomiast obniżenie cen oraz zmiana sposobu naliczania marży detalicznej dla uczestników obrotu detalicznego – aptekarzy spowoduje zmniejszenie przychodów w wysokości 180 mln złotych w skali roku. Autorzy projektu nie uwzględnili również spadku dochodów aptek poprzez utratę rabatów otrzymywanych dotychczas z hurtowni (ok. 575 mln zł). Daje to łączną kwotę utraty przychodów aptek w wysokości ok. 755 mln zł. W konsekwencji odbije się to na wpływach do budżetu państwa z tytułu zmniejszenia wpływów w podatkach dochodowych (ok. 144 mln zł).

**Projektowana przez MZ tabela marż wskazuje na dyskryminującą postawę MZ wobec aptekarzy. Chodzi o marże dla leków powyżej 100 złotych, dla których ustala się już od wielu lat**

marżę nie w procentach, ale w kwocie i to na poziomie 12 zł. Wystarczy spojrzeć na marże hurtowe, które niezależnie od tego, jaka jest cena wyjściowa, są wyrażane w postaci stałej wartości procentowej.

Apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego mają dużo szerszy zakres zadań niż hurtownie farmaceutyczne – chociażby podkreślano ostatnio przez Ministerstwo Zdrowia zadanie w postaci kontrolowania nieprawidłowo wypisywanych recept przez lekarzy i edukacja tychże poprzez odsyłanie pacjentów.

Apteki muszą posiadać środki finansowe, aby móc prowadzić swoją dodatkową misję. **Propozycja z projektu zakłada nierówność w traktowaniu podmiotów w jednym kraju i jest to niezgodne z Konstytucją RP.** Dodać należy, że grupa leków tanich w przedziałach o największej marży aptecznej sięgającej 40, 30 i 20% jest coraz mniej liczna. Wynika to z działań ministerstwa i przepisów UE eliminujących z obrotu na naszym rynku tanie polskie leki oraz pędzących podwyżek cen leków zagranicznych dystrybutorów. Podane marże w żaden sposób nie uwzględniają realiów rynkowych.

**W obecnej sytuacji gospodarczej większość aptek utrzymuje się jeszcze dzięki rabatom hurtowni i wydłużonym terminom płatności.**

**Odebranie hurtowniom 3,91% to bezpośrednie uderzenie w apteki na sumę 450 mln zł (jak wylicza sam projektodawca).**

Doprowadzi to do tragedii dużej części aptek i znaczącego spadku zatrudnienia (w przeciwieństwie do błędnych uzasadnień projektodawcy) w wyniku poszukiwania oszczędności, a także zablokuje jakikolwiek rozwój aptek w kierunku opieki farmaceutycznej. Pierwszym elementem w poszukiwaniu oszczędności jest redukcja zatrudnienia i przejmowanie większości obowiązków przez kierownika, który z pewnością nie znajdzie już czasu na opiekę farmaceutyczną (w przeciwieństwie do błędnych uzasadnień projektodawcy), o ile w ogóle utrzyma aptekę.

Absurdalna jest teza, że odbierając rynkowi podupadających aptek około 630 mln zł, można zwiększyć ich konkurencyjność i wzrost opieki farmaceutycznej.

## 2. DO ART. 25 (SPOSÓB PUBLIKOWANIA WYKAZÓW PRODUKTÓW REFUNDOWANYCH)

**W przepisie tym obwieszczenie Ministra Zdrowia musi być zastąpione rozporządzeniem Ministra Zdrowia.**

Zgodnie z art. 3 ust. 1 pkt 7 ustawy o cenach, cena urzędowa i marża handlowa urzędowa to **wyłącznie ceny i marże handlowe ustalone w rozporządzeniu wydanym przez właściwy organ administracji rządowej lub w uchwalę wydanej przez organ stanowiący właściwej jednostki samorządu terytorialnego**.

Ustalanie cen i marż urzędowych w rozporządzeniu, a więc w akcie prawa powszechnie obowiązującego, jest istotne zarówno z uwagi na konieczność zagwarantowania praw przysługujących pacjentom, jak i z punktu widzenia możliwości nałożenia na przedsiębiorców określonych obowiązków w celu realizacji praw pacjentów.

Propozycja z art. 25 ust. 1 projektu powoduje, że prawo pacjenta do otrzymania refundowanego ze środków publicznych leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego warunkowane jest umieszczeniem go w wykazie ogłoszonym w formie obwieszczenia Ministra Zdrowia.

W konsekwencji zakres świadczeń zdrowotnych finansowanych ze środków publicznych określany jest przez Ministra Zdrowia w formie obwieszczenia, a więc niezgodnie z art. 68 Konstytucji RP.

Ponadto przyjęte rozwiązanie narusza art. 31 ust. 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym nikogo nie wolno zmuszać do czynienia tego, czego prawo mu nie nakazuje. Projekt ustawy zakłada obowiązek stosowania cen i marż (w przypadku marży detalicznej bez bliższego określenia) bez równoczesnego ich określenia w ustawie.

Zamieszczając w ustawie jedynie ustalenie dotyczące wysokości marży z jednoczesnym odesaniem do obwieszczenia w zakresie wskazania wysokości ceny, od jakiej marża ta jest naliczana, projekt narusza przywołaną na wstępie zasadę wynikającą z ustawy o cenach, ponieważ wyłącza spod regulacji prawa powszechnie obowiązującego kwestię regulacji urzędowych marż.

**Uważamy, że refundacji mogą podlegać wyłącznie leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne**

umieszczone w wykazach refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, załatwionych i ogłoszonych w rozporządzeniu przez Ministra Zdrowia.

## 3. DO ART. 29 (UMOWY APTEK Z NFZ)

**Wprowadzenie umowy jako warunku wydawania przez apteki refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych na zasadach wynikających z ustawy stanowi rażące naruszenie podstawowych zasad Konstytucji RP.**

Zaproponowana konstrukcja umów aptek z NFZ stanowi „nieudolną protezę” próbującą zastąpić – niezgodnie z zasadami Konstytucji RP – konieczne normy prawne określające jednoznacznie prawa i obowiązki pacjentów (świadczeniobiorców) oraz aptek wydających refundowane produkty.

Oparcie zakresu i sposobu realizacji konstytucyjnych praw pacjentów do refundowanych leków na cywilnoprawnym zobowiązaniu apteki wobec NFZ, a nie na powszechnie obowiązujących przepisach prawa, stanowi oczywiste i bezprecedensowe naruszenie art. 68 Konstytucji RP, a także art. 31 Konstytucji RP.

W polskim systemie powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego instytucja umowy z podmiotami udzielającymi świadczeń zdrowotnych uzasadniana jest nie koniecznością związania świadczeniodawców z NFZ stosunkiem cywilnoprawnym, ale konkursowym trybem ich wyłaniania. Nie chodzi o umowę, ale o konkurs ofert. W takiej procedurze mają być wyłaniani najlepsi świadczeniodawcy, którzy oferują świadczenia po najkorzystniejszej cenie z punktu widzenia publicznego płatnika.

Wydawanie przez apteki refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych nie stanowi świadczenia finansowanego ze środków publicznych, a apteka uzyskuje jedynie zwrot kosztów poniesionych w związku z nabyciem wydanego leku, środka lub wyrobu. Ponadto każda apteka na podstawie ustawy – Prawo farmaceutyczne spełniać musi warunki określone w tej ustawie, niezbędne do zagwarantowania jakości wydanego leku lub wyrobu medycznego.

► Dlatego też nie ma uzasadnienia, aby czynność ta była przedmiotem umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia.

**W przypadku świadczeń zapewnianych przez apteki nie ma mowy o konkurencyjności, wszelkie prawa pacjentów muszą wynikać jednoznacznie z ustawy.**

**Jeżeli obowiązek aptek do stosowania limitów i cen określonych w obwieszczeniu ma wynikać z zobowiązania umownego, to narusza prawa pacjentów.**

**Projekt zakłada rozwiązywanie niekonstytucyjne, nieefektywne, wysoce biurokratyczne, które generuje dodatkowe koszty po stronie NFZ i aptek, a w konsekwencji prowadzi do pogorszenia dostępu pacjentów do przysługujących im świadczeń.**

**Propozycja umów z aptekami jako gwarancja stosowania przez nie limitów i cen (vide: art. 29 ust. 2 pkt 2 projektu) niezależnie od jej niekonstytucyjności nie jest konsekwencka i prowadzi do niejednakowego traktowania podmiotów – brak umów z hurtowniami farmaceutycznymi i innymi podmiotami prowadzącymi obrót hurtowy.**

Niezależnie od powyższych uwag podkreślić należy, że propozycja zawierania umów pomiędzy kierownikiem apteki a Narodowym Funduszem Zdrowia narusza podstawowe zasady prawa cywilnego i jest oderwana od istniejących regulacji prawnych.

Przede wszystkim wydawanie produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w tym refundowanych ze środków publicznych, zastrzeżone jest dla aptek.

Apteka ogólnodostępna może być prowadzona tylko na podstawie uzyskanego zezwolenia na prowadzenie apteki (vide: Art. 99 ust. 1 Pr. farm.). Prawo do uzyskania zezwolenia na prowadzenie apteki posiada osoba fizyczna, osoba prawną oraz niemająca osobowości prawnej spółka prawa handlowego.

Podmiot prowadzący aptekę jest obowiązany zatrudnić osobę odpowiedzialną za prowadzenie apteki, o której mowa w art. 88 ust. 2, dającą rękojmię należyciego prowadzenia apteki, tj. kierownika apteki.

**Pomimo że kierownik jest najważniejszym członkiem personelu apteki, nie jest on „podmiotem prowadzącym aptekę”, a leki i wyroby**

**medyczne nie są wydawane w jego imieniu.** Czynności te, będące także usługami farmaceutycznymi, wykonuje w imieniu i na rzecz apteki, czyli – w kategoriach prawa cywilnego – w imieniu i na rzecz podmiotu prowadzącego aptekę.

Nie można utożsamiać i mylić takich pojęć jak apteka (przedsiębiorstwo w znaczeniu przedmiotowym i funkcjonalnym), podmiot prowadzący aptekę (przedsiębiorca posiadający zezwolenie) oraz kierownik apteki (osoba odpowiedzialna za prowadzenie apteki).

Umowa na wydawanie leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego na receptę może być zawierana wyłącznie z podmiotem prowadzącym apteką.

Dotychczasowe doświadczenia wskazują na dużą ekspansywność Narodowego Funduszu Zdrowia w obejmowaniu wewnętrznymi regulacjami (zarządzeniami Prezesa NFZ) sfer zastrzeżonych wyłącznie dla ustawodawcy. Naczelną Radą Aptekarską za szczególnie niebezpieczne uznaje koncepcje zmierzające do zwiększenia uprawnień NFZ wobec niezależnych podmiotów.

W ocenie Naczelnnej Rady Aptekarskiej stosunki pomiędzy NFZ, apteką, lekarzem oraz świadczeniobiorcą muszą posiadać jasną i wyczerpującą podstawę prawną, co najmniej o randze rozporządzenia wykonawczego do ustawy. Żadne akty wewnętrzne wydawane przez publicznego płatnika, w tym w szczególności zarządzenia określające wymogi wobec świadczeniodawców oraz wzorce umowne, nie mogą mieć zastosowania do tego typu stosunków.

Naczelną Radą Aptekarską wskazuje, że w kontekście ocenianego pomysłu aktualizuje się zgłoszany od wielu lat postulat pilnego uchwalenia ustawy o zawodzie farmaceuty. Świadczenia lekarza, lekarza dentysty, pielęgniarki, położnej, diagnosty laboratoryjnego są ustawowo określone. W konsekwencji ingerencja Narodowego Funduszu Zdrowia w tę sferę posiada ustawowe bariery. W odniesieniu do usług farmaceutycznych świadczonych przez farmaceutów istnieje konieczność szybkiego ustawowego określenia praw i obowiązków farmaceutów w odrębnej uchwale. Wprowadzanie umów dotyczących wydawania refundowanych produktów leczniczych i wyrobów medycznych, a więc wykonywania usług farmaceutycznych,

przed ustawowym zdefiniowaniem statusu, praw i obowiązków farmaceutów jako osób wykonujących zawód medyczny jest niedopuszczalne i wysoce niebezpieczne.

Wprowadzenie obowiązku zawierania umów pomiędzy aptekami i NFZ oznacza rezygnację państwa z kompetencji do regulowania bardzo ważnego obszaru stosunków społecznych i pozostawienie go do decyzji płatnika, który nie odpowiada de iure za politykę zdrowotną państwa. Takie podejście kłoci się z wdrażaną przez rząd i większość parlamentarną konstytucyjnąasadą, że zasady i warunki dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej określa wyłącznie ustawa. Na ten kierunek wskazuje m. in. nowelizacja ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i wprowadzenie tzw. koszyka świadczeń gwarantowanych.

Naczelną Radą Aptekarską podkreśla, że rynek produktów leczniczych w bardzo dużym stopniu narażony jest na działania lobbystyczne podmiotów dysponujących dużą siłą ekonomiczną i szerokim wachlarzem działań 'marketingowo-promocyjnych', co przekłada się na odpowiednio wysoką liczbę przypadków nielegalnego lub wysoce nagannego wpływania na decyzje regulatorów tego rynku. Często nawet konstytucyjne organy państwa nie radzą sobie z „wielkim graczami” na rynku farmaceutycznym. W tym kontekście za bardzo zły należy uznać pomysł pozostawienia w wyłącznej gestii urzędników NFZ, a konkretnie Prezesa NFZ, decyzji kształtujących strukturę dystrybucyjną refundowanych leków i wyrobów medycznych.

Naczelną Radą Aptekarską wskazuje, że akty Narodowego Funduszu Zdrowia określające wzorce umowne podejmowane są jednoosobowo przez Prezesa NFZ. Jakakolwiek pomyłka w tym zakresie, nawet skorygowana w ramach nadzoru Ministra Zdrowia lub ponownej decyzji NFZ, może oznaczać – w obecnej sytuacji na rynku farmaceutycznym – koniec funkcjonowania dla wielu aptek i hurtowni farmaceutycznych.

Naczelną Radą Aptekarską uważa, że obowiązujący obecnie model, sprawdzony w ponadziesięcioletniej już praktyce funkcjonowania systemu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, chociaż wymagający wskazanej wyżej reformy, zapewnia w każdej aptece:

- 1) szeroki dostęp do refundowanych produktu leczniczego;
  - 2) realizację usług farmaceutycznych na jednakowych zasadach oraz;
  - 3) jednakowe warunki realizacji świadczenia.
- Zawieranie umów ograniczy jedynie pacjentowi dostępność do produktów leczniczych i wyrobów medycznych i wbrew intencjom nie stanowi panaceum na błędy w wystawianiu recept przez lekarzy.

Wielkim niebezpieczeństwem wprowadzenia systemu umów jest również sprowadzenie czynności wydawania produktu leczniczego z apteki jedynie do zwykłej sprzedaży, rządzącej się takimi samymi prawami jak sprzedaż innych produktów, chociażby takich jak środki spożywcze. Takie podejście do leku może spowodować, że nadzorzęnym celem stanie się maksymalizacja zysku poprzez często nieuzasadniony wzrost obrotu tym „towarem”.

Naczelną Radą Aptekarską wskazuje, że wszystkie apteki, spełniając jednakowe warunki zarówno w zakresie lokalu, wyposażenia jak i personelu, zapewniają realizację usług farmaceutycznych na jednakowym poziomie. Istniejące regulacje prawne określające te wymagania w sposób bardzo szczegółowy **czynią bezzasadnym stosowanie systemu umów w odniesieniu do tych podmiotów**.

Naczelną Radą Aptekarską wyraża ponadto obawę uzasadnioną wieloletnimi doświadczeniami w kontaktach z Narodowym Funduszem Zdrowia, że umowy będą jednym ze środków prawnych zobowiązujących farmaceutów i apteki do przejmowania odpowiedzialności za nieprawidłowe wystawianie recept przez lekarza.

Naczelną Radą Aptekarską nie dostrzega żadnej merytorycznej racji wprowadzenia regulacji zamazującej podział kompetencji pomiędzy organami administracji publicznej i publicznego płatnika. Nie ma żadnego uzasadnienia, by NFZ poprzez kształcenie warunków umów wpływał na funkcjonowanie podmiotów nadzorowanych przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną.

**Dodatkowo należy zauważyć, że zaproponowane przez Ministra Zdrowia rozwiązania pozostają w sprzeczności z programem rzążącej partii, z którego wynika m.in. postulat ograniczania biurokracji i ingerencji państwa w obszarach, gdzie nie jest to konieczne.**

➤ **4. DO ART. 30 UST. 1 PKT 2 I 3  
(NIEDOOKREŚLONY ZAKRES KONTROLI  
APTEK ORAZ BRAK TRYBU  
ODWOŁAWCZEGO OD USTALEŃ NFZ  
DOTYCZĄCYCH ZWROTU REFUNDACJI)**

**Art. 30 ust. 1 pkt 2 i 3 należy nadać brzmienie:**  
„Art. 30. 1. Apteka ma obowiązek:

- 2) udostępniać do kontroli przez podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń ze środków publicznych lub na jego zlecenie przez organy nadzoru farmaceutycznego dokumentację bezpośrednio związaną w wydawaniem refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, którą apteka jest obowiązana prowadzić na podstawie odrębnych przepisów;
- 3) przekazywać podmiotowi, o którym mowa w pkt 2, informacje zawarte w treści poszczególnych zrealizowanych recept na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne, w zakresie, o którym mowa w art. 33 ust. 3”;

**Uzasadnienie**

Zakres kontroli aptek przez Narodowy Fundusz Zdrowia nie może być niedookreślony. Apteka jest formą prowadzenia działalności gospodarczej, a zakres przedmiotowy kontroli działalności gospodarczej przedsiębiorcy oraz organy upoważnione do jej przeprowadzenia musi określać ustawa (vide: art. 77 ust. 3 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. o swobodzie działalności gospodarczej (t. j.: Dz. U. z 2007 r. nr 155, poz. 1095, z późn. zm.).

**Za niezbędnego Naczelną Radą Aptekarską uważa uzupełnienie rozdziału VI o przepis określający formę rozstrzygnięcia NFZ w sprawach dotyczących realizacji recept lekarskich oraz wyników kontroli ich realizacji. W związku z tym:**

**– po art. 35 proponuje się dodać art. 35a w brzmieniu:**

„**Art. 35a.**

1. Rozstrzygnięcia podejmowane przez dyrektora oddziału wojewódzkiego Fundu-

szu w sprawach, o których mowa w art. 30 ust. 1 pkt 6 i art. 32 ust. 3, są decyzjami administracyjnymi.

2. Odwołanie od decyzji wydanej w sprawach, o których mowa w ust. 1, wnosi się do Prezesa Funduszu.
3. W sprawach, o których mowa w ust. 1 i 2, w zakresie nieregulowanym niniejszą ustawą, stosuje się przepisy Kodeksu postępowania administracyjnego”.

**Uzasadnienie**

Zmiana jest konieczna. Obecnie obowiązujące przepisy oraz projekt ustawy nie przewidują żadnej drogi odwoławczej od ustaleń kontrolerów Narodowego Funduszu Zdrowia oraz możliwości kwestionowania zasadności żądań zwrotu przez apteki wypłaconej refundacji.

**5. DO ART. 46, DOTYCZĄCEGO ZMIAN  
W USTAWIE Z DNIA 6 WRZEŚNIA 2001 R.  
PRAWO FARMACEUTYCZNE**

**Naczelną Radą Aptekarską postuluje wprowadzenie zakazu reklamy aptek, punktów aptecznych oraz ich działalności.**

**– Proponuje się dodać pkt 3a dot. art. 57a i proponuje się art. 57a nadać brzmienie:**

„57a. Zabrania się prowadzenia w aptekach, punktach aptecznych oraz w prowadzących obrót produktami leczniczymi placówkach obrotu pozaaptecznego reklamy produktów leczniczych kierowanej do publicznej wiadomości”.

**– Dodaje się pkt 3b dot. art. 60 i proponuje się art. 60 ust. 1 nadać brzmienie:**

„1. Reklama produktu leczniczego może być prowadzona wyłącznie przez podmiot odpowiedzialny lub na jego zlecenie; zleciennobiorcą nie może być podmiot prowadzący aptekę lub punkt apteczny, a także podmiot działający na rzecz podmiotu prowadzącego aptekę lub punkt apteczny”.

**– Dodaje się pkt 5a w brzmieniu:**

„5a) w art. 94a:

a) ust. 1 otrzymuje brzmienie:

„1. Zabroniona jest reklama aptek i punktów aptecznych oraz ich działalności. Nie

- stanowi reklamy informacja o lokalizacji i godzinach pracy apteki lub punktu aptecznego”;
- b) dodaje się ust. 1a w brzmieniu:  
„1a. Zabroniona jest reklama placówek obrotu pozaaptecznego i ich działalności odnosząca się do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych”,
- c) ust. 2 otrzymuje brzmienie:  
„2. Wojewódzki inspektor farmaceutyczny sprawuje nadzór nad przestrzeganiem przepisów ustawy w zakresie działalności reklamowej aptek, punktów aptecznych i placówek obrotu pozaaptecznego”,
- d) ust. 3 otrzymuje brzmienie:  
„3. W razie stwierdzenia naruszenia przepisu ust. 1 lub 1a wojewódzki inspektor farmaceutyczny nakazuje, w drodze decyzji, zaprzestanie prowadzenia takiej reklamy”.

**- Dodaje się pkt 6a w brzmieniu:**

„6a) art. 129b otrzymuje brzmienie:

„129b.

1. Kto prowadzi reklamę apteki lub punktu aptecznego lub ich działalności, podlega grzywnie.
2. Kto prowadzi reklamę placówek obrotu pozaaptecznego odnoszącą się do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, podlega grzywnie”.”

**Uzasadnienie do art. 57 a**

**Prowadzenie w aptekach, punktach aptecznych oraz placówkach obrotu pozaaptecznego reklamy produktów leczniczych kierowanej do publicznej wiadomości powinno być zabronione z powodu kolizji podstawowego zadania apteki w postaci udzielania rzetelnych informacji i porad o lekach z celami reklamy produktu leczniczego.**

Pacjent musi mieć pewność, że na obszarze placówki ochrony zdrowia publicznego, jaką jest apteka, nie będzie poddawany działaniom reklamowym i marketingowym w tak delikatnej, osobistej sferze, jaką jest sfera związana z ochroną zdrowia i życia. Pacjent musi mieć prawną gwarancję, że w aptece spotka się z pracownikiem medycznym działającym na jego rzecz, a otoczenie będzie przyjazne i neutralne (bez reklam leków).

Korzystanie z usług aptek i punktów aptecznych, podobnie jak z innych placówek ochrony zdrowia publicznego, wynika w konieczności życiowej i z pewnością nie powinno łączyć się z dodatkowymi działaniami mającymi na celu zwiększenie „konsumpcji” leków. Zakaz ten z pewnością uzasadnia szczególny stan, w jakim znajdują się osoby korzystające z aptek. Nie można na terenie apteki nakłaniać chorego do nabycia leków, uzasadniając to innym celem niż jego wyleczenie lub poprawa stanu zdrowia.

Zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego. Z tego faktu wynika podstawowy cel działalności każdej apteki, jakim jest ochrona zdrowia i życia korzystających z ich usług pacjentów.

Zakaz dotyczyć musi także pozostałych placówek, jeżeli decydują się na prowadzenie obrotu produktami leczniczymi.

**Uzasadnienie do art. 60 ust. 1**

Do podstawowych zadań farmaceutów pracujących w aptekach należy udzielanie rzetelnych informacji i porad odnośnie działania produktów leczniczych i stosowania wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach oraz hurtowniach farmaceutycznych.

Obowiązek ten pozostaje w kolizji z celami oraz formami reklamy produktów leczniczych. Celem reklamy (art. 52 ust. 1) jest zwiększenie: liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych, zaś celem farmaceuty jest przekazanie pacjentowi rzetelnej informacji w celu zdrowotnym.

**Uzasadnienie do art. 94a**

Zmiany wymagają przepisy dotyczące reklamy działalności aptek i punktów aptecznych – art. 94a ust. 1 i art. 129 b ustawy – Prawo farmaceutyczne.

Obecne brzmienie art. 94a nie gwarantuje osiągnięcia celów tej regulacji, tzn. ochrony pacjentów oraz finansów publicznych przed negatywnymi skutkami reklamy placówek zajmujących się dystrybucją produktów leczniczych i wyrobów medycznych.

W przepisie art. 94a ust. 1 zawarto nieuzasadnione ograniczenia stosowania zakazu reklamy działalności aptek i punktów aptecznych.

➤ Po pierwsze, obowiązujący zakaz dotyczy wyłącznie reklamy kierowanej do publicznej wiadomości. Oznacza to, że reklama polegająca na kierowaniu ulotek reklamowych do konkretne określonych osób (pacjentów) mogłaby być uznana za działalność dozwoloną. Podobnie oceniona może być reklama skierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.

Po drugie, zakaz obowiązuje wyłącznie w przypadku reklamy odnoszącej się bezpośrednio do wymienionej w przepisie kategorii produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Użycie wysoce nieprecyzyjnego określenia spowoduje, że każda decyzja inspekcji farmaceutycznej narażona będzie na wzruszenie poprzez podważanie przez reklamującego bezpośrednio odniesienia. Można przykładowo wskazać, że slogan: „W aptece X nie pobieramy pełnej opłaty. U nas leki za 1 grosz”, nie będzie zakazany. Wykazanie w takim przypadku bezpośredniego odnoszenia się do leków refundowanych będzie trudne lub praktycznie niemożliwe, pomimo że opłaty ryczałtowe pobiera się za leki refundowane.

Po trzecie, ograniczenie zakazu wyłącznie do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych umieszczonych na wykazach leków refundowanych oraz produktów leczniczych lub wyrobów medycznych o nazwie identycznej z nazwą produktów leczniczych albo wyrobów medycznych umieszczonych na tych wykazach jest całkowicie nieuzasadnione. Podstawowym zadaniem apteki jest udzielanie rzetelnych informacji i porad odnośnie działania produktów leczniczych i stosowania wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych. Reklama apteki, nawet pośrednio odnosząca się do leków lub wyrobów medycznych, pozostaje w sprzeczności z obowiązkami apteki i pracujących w niej farmaceutów.

Ponadto obecne przepisy są wysoce niedoskonałe, np. art. 129b zawiera istotne zawężenie w stosunku do zakazu wprowadzonego w art. 94a ust. 1, tzn. sankcja karna grozi wyłącznie podmiotowi prowadzącemu aptekę lub punkt apteczny, a karalność nie dotyczy innych podmiotów łamiących przedmiotowy zakaz.

Za wprowadzeniem rozszerzonego zakazu reklamowania placówek zajmujących się obrotem detalicznym produktów leczniczych lub wyrobów medycznych, przemawiają bardzo ważne argumenty:

1.

Zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne apteka jest **placówką ochrony zdrowia publicznego**. Z faktu bycia placówką ochrony zdrowia publicznego wynika podstawowy cel działalności każdej apteki, jakim jest ochrona zdrowia i życia korzystających z ich usług pacjentów.

Wymogom wynikającym z konieczności ochrony zdrowia pacjentów muszą być podporządkowane cele przedsiębiorców prowadzących apteki, w tym dążenie do maksymalizacji zysku. **Uzasadnione jest, aby placówka chroniąca zdrowie nie reklamowała swojej działalności.** Korzystanie z usług aptek i punktów aptecznych, podobnie jak z innych placówek ochrony zdrowia publicznego, wynika w konieczności życiowej i z pewnością nie powinno być wynikiem reklamy lub promocji.

W obowiązującym prawie zakazy placówek ochrony zdrowia już funkcjonują:

- w art. 18b ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. **o zakładach opieki zdrowotnej**, stanowiącym, że zakład opieki zdrowotnej może podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach udzielanych świadczeń zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy:
- w art. 56 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. **o zawodach lekarza i lekarza dentysty**, stanowiącym, że lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską oraz grupowa praktyka lekarska mogą podawać do publicznej wiadomości informacje o udzielanych świadczeniach zdrowotnych. Treść i forma tych informacji nie mogą mieć cech reklamy:
- w art. 29 ust. 1 ustawy z dnia 18 grudnia 2003 r. **o zakładach leczniczych dla zwierząt**, stanowiącym, że zakład leczniczy dla zwierząt może podawać do wiadomości publicznej informacje o zakresie i rodzajach świadczonych usług weterynaryjnych, godzinach otwarcia zakładu leczniczego dla zwie-

rząt oraz adresie zakładu leczniczego dla zwierząt. **Forma i treść tych informacji nie mogą nosić cech reklamy** (art. 1. 1. Zakład leczniczy dla zwierząt jest placówką ochrony zdrowia i dobrostanu zwierząt...).

**Jeżeli zakład leczniczy dla zwierząt nie może rozpowszechniać informacji o charakterze reklamowym, to tym bardziej zakaz taki powinien dotyczyć aptek i punktów aptecznych.**

## 2.

Zgodnie z art. 86 ust. 1 ustawy – Prawo farmaceutyczne apteka jest **placówką, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne**.

Osoby uprawnione to przede wszystkim farmaceuci, czyli osoby wykonujące zawód zaufania publicznego.

**Powszechnie przyjętą i akceptowaną zasadą jest, że osoby wykonujące zawody zaufania publicznego, w tym adwokaci, radcowie prawni, lekarze, nie reklamują swojej działalności. Norma ta wynika z istoty zawodu zaufania publicznego.**

Należy pamiętać, że relacja farmaceuta – pacjent oparta powinna być na szczególnym zaufaniu. Prowadzenie reklamy przez apteki lub punkty apteczne w oczywisty sposób podważa zaufanie pacjenta do świadczącej usługi farmaceutyczne placówki oraz zatrudnionych w niej osób.

## 3.

Do podstawowych zadań farmaceutów pracujących w aptekach należy **udzielanie rzetelnych informacji i porad odnośnie działania produktów leczniczych i stosowania wyrobów medycznych będących przedmiotem obrotu w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych**.

Obowiązek ten często pozostaje w kolizji z celami oraz formami reklamy apteki odnoszącej się w doskonalej większości do wydawanych w aptece produktów leczniczych.

**Sposób prowadzenia reklamy aptek i punktów aptecznych nie może być skutecznie weryfikowany i modyfikowany przez farmaceutów w przypadkach, gdy właścicielem apteki jest podmiot niebędący farmaceutą.**

W związku z tym reklama aptek, a w szczególności wszelkie reklamy odnoszące się do produktów leczniczych, powinna być zabroniona.

## 4.

**W walce rynkowej, której najbardziej widocznym przejawem są różne formy reklamy, pacjent i jego zdrowie przestają być celem działalności apteki, a stają się środkiem do osiągania zysków.**

## 5.

**Reklama przedsiębiorstwa o nazwie „apteka” w oczywisty sposób kłoci się z celami i zakresem działania apteki jako placówki ochrony zdrowia publicznego.**

Ostatnie wydarzenia pokazały, że apteki i punkty apteczne nie mogą być traktowane jak sklepy z lekami.

**Istnieje konieczność wzmacniania publicznej funkcji aptek.**

## 6.

Należy pamiętać, że w odróżnieniu od innych placówek ochrony zdrowia zakres usług świadczonych przez apteki jest ściśle określony przez Prawo farmaceutyczne.

W związku z tym reklama odnosząca się do zakresu i jakości usług farmaceutycznych nie ma żadnego uzasadnienia.

Każda apteka zobowiązana jest do:

- 1) wydawania produktów leczniczych i wyrobów medycznych, określonych w odrębnych przepisach;
- 2) zapewnienia leków recepturowych, w terminie nie dłuższym niż 48 godzin od złożenia recepty przez pacjenta, a w przypadku recepty na lek recepturowy zawierający środki odurzające lub oznaczonej „wydać natychmiast” – w ciągu 4 godzin;
- 3) sporządzenia leków aptecznych;
- 4) udzielania informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych.

W wyniku prowadzonych obecnie akcji reklamowych i promocyjnych pojawiło się kuriozalne pojęcie tzw. apteki specjalistycznej. Każda apteka, która uzyskała zezwolenie na prowadzenie takiej działalności, jako spełniająca kryteria określone ustawą, gwarantuje jakość usług na poziomie wymaganym przepisami. Wykorzystywanie tego argumentu w reklamie apteki stanowi więc jedynie wprowadzanie odbiorcy w błąd i bezpodstawnie sugeruje, jakoby na rynku mogły funkcjonować apteki, których jakość usług



- ▶ byłaby niższa, a tym samym niezgodna z obowiązującymi przepisami.

## **6. BRAK PRZEPISÓW NAKAZUJĄCYCH POBIERANIE ODPLATNOŚCI W WYSOKOŚCI USTALONEJ W USTAWIE ORAZ SANKCJONUJĄCYCH TEN NAKAZ**

– **W art. 5 ust. 7 nadaje się nowe brzmienie, a dotyczący ust. 7 oznacza się jako ust. 8:**

„7. Apteka zobowiązana jest stosować odpłatność wynikającą z ustawy”.

### **Uzasadnienie**

Jeżeli celem autorów projektu jest m. in. wyeliminowanie akcji „leków za 1 gr” i jej podobnych, należy wprowadzić normę nakazującą pobieranie ustalonej odpłatności. Uzasadnieniem tego przepisu jest art. 68 ust. 2 Konstytucji RP, zgodnie z którym obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, władze publiczne zapewniają równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych.

– **W art. 36 ust. 1 dodaje się jako pkt 1 w brzmieniu poniżej wskazanym, a dotyczące pkt 1 i 2 oznacza się jako 2 i 3:**

„1) art. 5 stosuje inne opłatności za leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne;”

### **Uzasadnienie**

Konieczne jest wprowadzenie przepisu przewidującego sankcję za stosowanie innej odpłatności niż wynikającą z ustawy.

Żaden przepis projektu ustawy nie gwarantuje, że odpłatność będzie pobierana zgodnie z art. 5, w konsekwencji nie zamyka drogi do naruszenia zasad równego dostępu pacjentów do świadczeń opieki zdrowotnej w postaci zaopatrzenia w refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyroby medyczne.

– **W art. 36 ust. 2 nadaje się brzmienie:**

„2. Karę pieniężną, o której mowa w ust. 1, wymierza się w wysokości wartości detalicznej brutto sprzedanych z naruszeniem przepisów ustawy leków, środków spożywczych specjalne-

go przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych”.

– **Proponuje się dodać art. 40a w brzmieniu:**

### **„Art. 40a.**

Kto ogranicza równy dostęp świadczeniobiorców do refundowanych ze środków publicznych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych, w szczególności poprzez:

- 1) stosowanie odpłatności innej niż wynikającej z ustawy;
- 2) oferowanie jakichkolwiek ulg finansowych;
- 3) obniżanie cen lub marż;
- 4) wręczanie, oferowanie lub obiecywanie jakichkolwiek korzyści w sposób pośredni lub bezpośredni związanych z nabyciem leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego refundowanych ze środków publicznych;

– podlega karze pozbawienia wolności od 6 miesięcy do 8 lat”.

## **7. DO ART. 30, UST. 1 PKT 6 I ART. 34 –**

### **NACZELNA RADA APTEKARSKA ŻĄDA WŁAŚCIWEGO UREGULOWANIA ZASAD ODPOWIEDZIALNOŚCI ZA WYSTAWIANIE RECEPT NIEZGODNIE Z OBOWIĄZUJĄCYMI PRZEPISAMI I ZANIECHANIA KOLEJNEJ PRÓBY PRZERZUCENIA TEJ ODPOWIEDZIALNOŚCI NA APTEKI**

**W art. 30 ust. 1 pkt 6 należy nadać nowe brzmienie i dodać ust. 4 w brzmieniu podanym poniżej:**

„Art. 30. 1. Apteka ma obowiązek:

- 6) zwrotu refundacji ceny leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobu medycznego łącznie z ustawowymi odsetkami licznymi od dnia, w którym wypłacono refundację, do dnia jej zwrotu, wydanego świadczeniobiorcy bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością w terminie 14 dni od dnia otrzymania wezwania do zapłaty, jeżeli w wyniku kontroli, o której mowa w pkt 3, zostanie stwierdzone, że realizacja recepty nastąpiła z naruszeniem przepisów wydanych na podstawie art. 96 ust. 7 usta-

wy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne lub art. 45 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, **z zastrzeżeniem ust. 4.**

(...)

4. Podmiot zobowiązany do finansowania świadczeń opieki zdrowotnej ze środków publicznych nie może odmówić aptece refundacji ceny leku, środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobu medycznego albo żądać jej zwrotu z powodu nieprawidłowości w wystawieniu recepty lub zlecenia, jeżeli dokument wystawiła upoważniona osoba, a przepisany lek, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrob medyczny przysługuje na podstawie ustawy wskazanemu w recepcie lub zlecenia świadczeniobiorcy”.

### **Uzasadnienie**

Proponowana zmiana zmierza do rozwiązania poważnego problemu utrudniającego obecnie prawidłowe realizowanie prawa świadczeniobiorców do refundowanych leków i wyrobów medycznych.

Przedstawiony do zaopiniowania projekt ustawy nie podejmuje próby racjonalnego rozwiązania problemu, a wręcz przeciwnie – sankcjonuje istniejącą, patologiczną sytuację, gdy za błędy wystawiających recepty lub zlecenia odpowiadać ma pacjent i apteka.

Niewłaściwie wypisywane recepty i zlecenia przez upoważnionych do tego lekarzy stanowią poważne utrudnienie w procesie realizacji ustawowych uprawnień świadczeniobiorców. Należy wyraźnie podkreślić, że w obecnie obowiązującym stanie prawnym oraz w ukształtowanej praktyce działania wszelkie negatywne konsekwencje wskazanego zjawiska dotykają pacjentów oraz farmaceutów realizujących recepty lub zlecenia.

Naczelną Radą Aptekarską zawsze kwestionowała i kwestionuje działania Narodowego Funduszu Zdrowia polegające na żądaniu zwrotu refundacji w przypadkach, gdy lek lub wyrob medyczny wydany został na rzecz świadczeniobiorcy uprawnionego do danego leku na podstawie ustawy.

Należy podkreślić, że bardzo często podstawę żądań NFZ stanowią drobne uchybienia przy wystawianiu recept niedotyczące części meryto-

rycznej, tj. nazwy leku, dawki, sposobu stosowania, daty wystawienia i realizacji.

### **– W art. 34 proponuje się dodać w ust. 5 pkt 3 w brzmieniu:**

„3) wypisania recepty niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa”.

### **Uzasadnienie**

Musi być zachowana symetria obowiązków i odpowiedzialności. Jeżeli apteka ma być karna za wydanie leku z naruszeniem przepisów wydanych na podstawie art. 45 ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, to także osoba wystawiająca musi ponosić odpowiedzialność za wystawianie recept niezgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.

### **– Proponuje się dodać art. 34a w brzmieniu:**

#### **, „Art. 34a.**

Osoba wystawiająca receptę ponosi odpowiedzialność za nieprawidłowe wystawienie recepty na refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

Jeżeli na recepcie nie wpisano, wpisano w sposób nieczytelny lub niezgodny z obowiązującymi przepisami dane niezbędne do wystawienia recepty, osoba uprawniona zobowiązana jest ją poprawić niezwłocznie po uzyskaniu informacji o nieprawidłowościach na recepcie.

Osoba wystawiająca receptę odpowiada za uniemożliwienie lub ograniczenie dostępu pacjentów do refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych spowodowane nieprawidłowym wystawianiem recept lub odmową jej poprawienia”.

### **Uzasadnienie**

W ustawie należy jednoznacznie wskazać obowiązek osób wystawiających recepty poprawienia recepty po uzyskaniu od osoby realizującej receptę lub osoby kontrolującej wystawianie lub realizację recepty informacji o nieprawidłowościach na recepcie. Takie rozwiązanie stanowi element do zagwarantowania pacjentom dostępu do refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych.

## ► 8. DEMOGRAFIA I GEOGRAFIA APTEK

– Do art. 46, dotyczącego zmian w ustawie z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne proponuje się w pkt 6b w brzmieniu:

„6b) w art. 99 po ust. 2 dodaje się ust. 2a – 2d w brzmieniu:

„2a. Zezwolenia, o którym mowa w ust. 1, nie wydaje się, jeżeli liczba ubezpieczonych zarejestrowanych we właściwym terytorialnie oddziale wojewódzkim Funduszu, posiadających adres zamieszkania na terenie danej gminy, w przeliczeniu na jedną aptekę ogólnodostępna już funkcjonującą, jest mniejsza niż 3000.

2b. Ograniczenia, o którym mowa w ust. 2a, nie stosuje się w przypadku:

1) gdy odległość od miejsca planowanej lokalizacji apteki do najbliższej funkcjonującej apteki ogólnodostępnej, liczona w linii prostej, wynosi co najmniej 500 metrów;

2) zmiany formy prawnej podmiotu prowadzącego aptekę ogólnodostępna;

3) gdy z wnioskiem o zezwolenie występuje pierwszy następca prawny, który nabył całą aptekę ogólnodostępna bezpośrednio od podmiotu posiadającego zezwolenie.

2c. Przepisy ust. 2a i 2b stosuje się także w przypadku przeniesienia lokalizacji apteki.

2d. Zezwolenia na prowadzenie apteki ogólnodostępnej na wsi nie wydaje się, gdy funkcjonuje w niej apteka ogólnodostępna”.

### **Uzasadnienie**

Obecnie obowiązujące przepisy nie przewidują ograniczeń w zakładaniu aptek ogólnodostępnych ze względu na ich liczbę na danym obszarze lub odległość od innych aptek. Brak jakichkolwiek zasad dotyczących rozmieszczenia aptek ogólnodostępnych, odnoszących się w szczególności do uwarunkowań demograficznych lub terytorialnych, powoduje bardzo szybki wzrost ich liczby. Zjawisko to, występujące w największym natężeniu w dużych miastach, łączy się z powstawaniem wielu bardzo negatywnych na-

stępstw rzutujących na możliwość prawidłowego realizowania przez apteki ich zadań jako placówek ochrony zdrowia publicznego.

Po pierwsze, zwiększenie liczby aptek, помimo zwiększenia ich zagęszczenia, nie powoduje, że dostępność do nich jest większa dla wszystkich pacjentów. Wyraźnie zarysowuje się tendencja do koncentrowania nowo zakładanych aptek w dużych aglomeracjach miejskich kosztom rzadziej zaludnionych obszarów wiejskich. Występuje także zjawisko przenoszenia aptek ze wsi do miast. W ten sposób brak regulacji w zakresie zakładania aptek powodować może istotne ograniczenie dostępności do usług farmaceutycznych na obszarach wiejskich.

Po drugie, nadmierny, niekontrolowany wzrost liczby aptek na określonym obszarze może spowodować poważne zachwianie lub całkowite podważenie opłacalności ekonomicznej tej formy działalności gospodarczej, co w konsekwencji rzutować może na ograniczenie zakresu i różnorodności dostępnych w poszczególnych aptekach produktów leczniczych oraz konieczność odwiedzania przez pacjenta kilku aptek w celu zrealizowania ordynacji lekarskiej.

Po trzecie, szybki wzrost liczby aptek na określonym obszarze może spowodować istotne obniżenie jakości świadczonych przez nie usług farmaceutycznych. Konsekwencje takie następują na skutek zmniejszenia się liczby wykwalifikowanych pracowników – farmaceutów w przeliczeniu na jedną aptekę. Zmniejszeniu liczby fachowców towarzyszy szereg zjawisk, które negatywnie wpływają na jakość świadczonych usług farmaceutycznych, a w szczególności:

1) zwiększenie obciążenia pracą personelu aptek, w szczególności farmaceutów odpowiedzialnych za sporządzanie i wydawanie produktów leczniczych;

2) spadek zadowolenia z wykonywanej pracy, wynikający z nadmiernego obciążenia obowiązkami zawodowymi i ograniczeniem swobody wyboru przez farmaceutów wydawanych i sprzedawanych przez nich produktów;

3) ograniczanie zatrudnienia w aptekach lub też zastępowanie wykwalifikowanych farmaceutów innymi pracownikami o niższych kwalifikacjach zawodowych, jako sposób ograniczania kosztów przez właścicieli aptek i podniesienia konkurencyjności apteki;

- 4) zwiększenie rotacji pracowników pomiędzy aptekami, co w zasadzie wyklucza możliwość rzetelnego realizowania jej zadań w zakresie informowania pacjentów o wydawanych produktach leczniczych. Budowanie silnego i stałego związku z pacjentami danej apteki stanowi podstawę do realizacji opieki farmaceutycznej. Częste zmiany personelu niwelowają wszelkie działania w tym zakresie;
- 5) obniżenie atrakcyjności wykonywania zawodu farmaceuty w kraju, a w konsekwencji obserwowany od pewnego czasu przez organy samorządu aptekarskiego duży odpływ młodych, wykształconych fachowców do innych krajów Unii Europejskiej;
- 6) tendencja do ograniczania zakresu usług farmaceutycznych w aptece jako konsekwencja zmniejszenia liczby farmaceutów, trudnych warunków wykonywania zawodu oraz silnej presji finansowej na właścicieli.

Po czwarte, szybki wzrost liczby aptek na określonym obszarze powoduje, że apteka odrywa się od swoich najważniejszych zadań w zakresie zapewniania obywatelom należytej ochrony zdrowia i koncentruje się na grze rynkowej. Silna konkurencja sprawia, że zachowania nieetyczne, a także budzące wątpliwości co do legalności, stają się coraz częstsze. Nawet najwyższe kwalifikacje moralne pracowników aptek w zderzeniu z presją wywieraną przez właścicieli aptek, często niebędących farmaceutami, zmuszanych także do coraz ostrzejszych zachowań, nie dają gwarancji zachowania wymaganego minimum jakości udzielanych świadczeń. Sytuacja taka prowadzi do przedmiotowego traktowania pacjenta oraz wykorzystywania go w wolnej grze rynkowej. Stosowane chwyty marketingowe, polegające na różnego rodzaju programach lojalnościowych, promocjach i tym podobnych akcjach, wbrew głoszonym szczytnym celom zmierzają w istocie do pozyskania coraz większej liczby pacjentów, traktowanych w takich przypadkach jak zwykli klienci, często bez uwzględnienia ich rzeczywistych potrzeb zdrowotnych. Apteki zmuszane do twardej konkurencji koncentrują się nie na potrzebach swoich pacjentów, ale na innych aptekach. Konkurencja sprawia, że istnieje silna tzw. wojna cenowa, nasilają się tendencje do uzależniania się aptek od dostawców leków poprzez wchodzenie w różnego rodzaju programy lojalnościowe lub poprzez two-

rzenie pionowych struktur dystrybucyjnych. Związanego z tym zjawiskiem, wymuszane, konieczne w celu przetrwania obniżki racjonalnych marż przez apteki nienależące do sieci lub niebędące uczestnikami tzw. programów lojalnościowych, są coraz częściej przyczyną upadłości wielu aptek lub ich przejęcia przez dostawców leków. Ponadto utrwała się w świadomości pacjentów błędny pogląd o podziale aptek na lepsze, bo tańsze, oraz gorsze, bo droższe, a aptekarzy na uczciwych, bo tańszych, i nieuczciwych, bo droższych.

Po piąte, szybki wzrost liczby aptek powoduje faktyczną niemożliwość efektywnego i sprawnego realizowania kontroli nad działalnością aptek, w tym w szczególności przez inspekcję farmaceutyczną.

Wskazane powyżej negatywne zjawiska mają charakter ogólnoeuropejski i dotyczą tych państw, w których występuje duża deregulacja w zakresie zakładania i rozmieszczania aptek ogólnodostępnych.

#### **UWAGI SZCZEGÓŁOWE:**

- w **art. 2 pkt 8 i 19** należy dodać w nazwie ustawy wyraz „publicznych”;
- w **art. 2 pkt. 12 lit. a** otrzymuje brzmienie:  
„a) leku – lek zawierający tę samą substancję czynną i dawkę oraz mający te same wskazania, tę samą drogę podania i postać farmaceutyczną”;
- **art. 12 pkt 12 lit. b** – proponowana definicja odpowiednika środka spożywczego specjalnego przeznaczenia żywieniowego jest bardzo nieostra i nieprecyzyjna (zbliżony skład, zastosowanie lub sposób przygotowania);
- **art. 2 pkt 16 i 17** – należy zaktualizować dane promulgacyjne ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia;
- **art. 4 ust. 10** – wątpliwości w zakresie zgodności z Konstytucją RP budzi nadanie NFZ uprawnień zmierzających do wyłączenia drogi sądowej w zakresie rozpoznawczym sporu co do kwoty przekroczenia;
- **art. 5 ust. 3** – po wyrazach „jednostkowego wyrobu medycznego” należy dodać wyrazy „określonego w wykazach refundacyjnych, o którym mowa w art. 25 ust. 1”;
- **art. 5 ust. 5** – wbrew twierdzeniom zawartym w uzasadnieniu propozycja opłaty ryczałtowej

- w wysokości 0,23% minimalnego wynagrodzenia z pracą wynoszącego w 2010 r. 1317 zł nie odpowiada wysokości obecnej opłaty ryczałtowej w wysokości 3,20 zł, ustalonej rozporządzeniem Ministra Zdrowia, lecz 3,0291 zł, co przy proponowanym systemie zaokrągleń spowoduje jej obniżenie do kwoty 3 zł. Zasadnicze wątpliwości budzi zaproponowana wysokość opłaty ryczałtowej poniżej 0,5%. Wysokość tej opłaty z jednej strony powinna stymulować zachowania pacjentów w postaci niekupowania leków na zapas, z drugiej strony powinna uwzględniać fakt, że ma ona charakter wynagrodzenia aptek za określone czynności;
- **art. 5 ust. 7 pkt 1** – skoro zezwolenia na prowadzenie aptek ogólnodostępnych wydawane są na apteki z recepturą, to leki recepturowe powinno się wykonywać ze wszystkich surowców farmaceutycznych dopuszczonych do obrotu w Polsce oraz ze wszystkich leków zarejestrowanych w Polsce;
  - **art. 6 ust. 4** – urzędowa marża detaliczna przedstawiona w tabeli jest nieczytelna i niepoliczalna. Zaproponowane przedziały wartościowe nie mają charakteru rozdzielnego – jeżeli w jednym przedziale występuje wartość 5 zł, to w kolejnym przedziale powinna to być wartość 5,01 zł. Powoduje to niemożliwość prawidłowego wyliczenia marży na jej podstawie. Według założeń projektu ceny i limity mają być zmieniane 6 razy w skali roku (obniżane), co przy przyjęciu wartości limitu niższej niż cena zakupu leku spowoduje, że jeden ze składników w tabeli marżowej będzie miał wartość ujemną;
  - **art. 6 ust. 7** – zaproponowana wysokość marży w przypadku tzw. importu docelowego nie pokryje rzeczywistych kosztów sprowadzenia tego leku i czynności z tym związanych po stronie apteki. Brakuje przedstawienia w uzasadnieniu projektu rzeczywistych wyliczeń uniemożliwia zweryfikowanie zamiarów autorów projektu i ustalenie powodów uzasadniających określenie tej marży w proponowanej wysokości;
  - **art. 7** – proponowany przepis nie wyjaśnia, co oznacza pojęcie marży i ceny stałej. Obowiązujące przepisy nie znają tego typu kategorii ceny – występuje pojęcie ceny sztywnej z wszystkimi tego faktu konsekwencjami, określonymi m.in. w art. 537 § 1 Kodeksu cywilnego;
  - **art. 9 ust. 1 pkt 2** – projekt wprowadza bardzo ocenną i nieprecyzyjną kategorię „leku dostępnego na rynku”. Nie wyjaśnia się, co ona oznacza. Brak definicji „rynk”;
  - **art. 9 ust. 3 pkt 1 i 2** – proponuje się wykreślić te dwa przepisy, niejasne są bowiem kryteria dotyczące zmiany stylu życia pacjenta. Kto i w oparciu o jakie kryteria będzie je oceniać? Nie jest przejrzysta regulacja dotycząca oceny stanu klinicznego pacjenta. Zapis taki pozwala na dowolną nadinterpretację;
  - **art. 14 pkt. 2 lit. a i b** – po wyrazach „,30 dni oraz którego” dodać wyrazy „koszt 30-dniowego stosowania dla świadczeniodawcy”; odniesienie do liczby dni jest bardziej precyzyjne niż określenie „miesięczny koszt”;
  - **art. 15 ust. 8** – podane kryterium ustalania ceny jest nieweryfikowalne (informacje najbardziej aktualne);
  - **art. 16 ust. 2** – należy dodać pkt 3 w brzmieniu: „,3) 3 przedstawicieli samorządu lekarskiego i 3 przedstawicieli samorządu aptekarskiego”;
  - **art. 18 ust. 1 i 2** – zaproponowana kolejność rozpatrywania wniosków jest logicznie sprzeczna;
  - **art. 25** – częstotliwość ogłaszanego zmian wykazu leków refundowanych wymaga oszacowania kosztów z tym związanych. W szczególności będzie to dotyczyło kosztów obsługi komputerowej, kosztów przecen leków, na które będzie obniżana cena. Ponadto wykaz powinien być publikowany również w wersji elektronicznej w formacie nadającym się do wprowadzenia do systemów komputerowych aptek i hurtowni;
  - **art. 25 ust. 2** – brak określenia ceny hurtowej;
  - **w art. 25** – należy stworzyć mechanizm gwarantujący aptekom pokrycie strat spowodowanych obniżeniem cen znajdujących się w wykazach refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub wyrobów medycznych;
  - **art. 26** – należy uprościć sprzedaż pieluchomajtek, wygórowane wymagania NFZ nie są adekwatne do charakteru wydawanych produktów;
  - **art. 26 ust. 6** – wzór zlecenia powinien być tak określony, aby miejsce na postawienie pieczętki było dostosowane do jej wielkości. Zmniejszy to ilość błędów wskazywanych przez NFZ.

# APTEKA1 PARTNERREM MULTIPARTNERSKIEGO PROGRAMU PAYBACK

Większość aptek działających w Polsce bierze udział w programach marketingowych organizowanych przez hurtownie farmaceutyczne lub prowadzi własne programy lojalnościowe. Właściciele aptek biorących udział w takich programach zauważają, że jest to jedno z najlepszych narzędzi zachęcających pacjentów do odwiedzenia aptek, które jednocześnie umożliwia uzyskanie atrakcyjniejszych rabatów oraz wz bogacenie swojej oferty w stałe promocje dla pacjentów.

Na tle funkcjonujących już rozwiązań marketingowych innowacyjny jest pomysł realizowany przez PHOENIX Pharma Polska, który uruchomił od 1 marca tego roku Program APTEKA1. O niepowtarzalności i nowoczesności tego programu świadczy fakt, że jest on oficjalnym partnerem Multi-partnerskiego Programu Bonusowego PAYBACK.

PAYBACK to program, który funkcjonuje w Polsce od września 2009 r. i wniosł nową generację kart lojalnościowych. Za pomocą jednej karty wydanej przez którykolwiek z partnerów programu uczestnicy mogą gromadzić punkty podczas zakupów online oraz w punktach sprzedaży różnych partnerów.

Jest to z pewnością wielkie ułatwienie dla pacjentów robiących zakupy u różnych part-

nerów. Mgr farm. **Jakub Ludzkowski** z apteki „Pini” w Koninie wspomina: – Nieraz klienci przychodzący do apteki wyciągali kilka kart z różnego rodzaju programów, szukając tej właściwej... Nieraz słyszałem od nich liczne narzekania i żale na nadmiar kart, które nie mieszczą im się w portfelach, dając do zrozumienia, że odcziewia się im zbierania punktów u tylu partnerów...

Aktualnie PAYBACK posiada 14 partnerów z różnych branż oraz kilkanaście firm współpracujących. Punkty można zbierać, dokonując zakupów na Allegro, stacjach paliwowych BP, w hipermarketach Real, w Orange, Telekomuni-

kacji Polskiej, sklepach Jysk, salonikach prasowych „Kolporter”, sklepach „Mix Electronix” i wielu innych.

Dzięki różnorodności branż, które reprezentują partnerzy programu, uczestnicy mogą szybko i łatwo gromadzić dużą liczbę punktów, dodatkowo korzystając z wielu promocji, o których PAYBACK informuje na stronie [www.payback.pl](http://www.payback.pl)

Atrakcyjne oferty dostępne w aptekach „APTEKA1” i u Partnerów Programu PAYBACK zainteresowały Polaków, co zaowocowało wydaniem ponad 6,3 mln kart PAYBACK na terenie całej Polski. Na każdą z tych kart można zbierać punkty w aptekach „APTEKA1”. ▶



© Ze zbiorów własnych Phoenix Pharma Polska



© Ze zbiorów własnych Phoenix Pharma Polska

► Za zebrane punkty u różnych partnerów na jednej karcie pacjenci mogą dokonywać zakupów w aptekach „APTEKA1” lub wymieniać je na atrakcyjne nagrody. „APTEKA1” jest jedyną marką zrzeszającą apteki w Polsce, która przystąpiła do Programu Bonusowego PAYBACK, stając się jego oficjalnym partnerem z dniem 1 marca 2010 r. Duże zainteresowanie innowacyjnym programem spowodowało, że przystąpiło do niego ponad 140 aptek z całej Polski.

Nowoczesność programu na początku mogła wywoływać obawy wśród właścicieli i kierowników aptek. Wspomina mgr farm. **Justyna Sznip**, kierownik apteki „Aptecus X” w Ruszowicach (gmina Głogów): – Obawy związane z wprowadzeniem Programu PAYBACK dotyczyły przede wszystkim strony technicznej. Zastanawialiśmy się, czy poradzimy sobie z nowym oprogramowaniem i czy nie ucierpi na tym obsługa pacjentów. Jednak szkolenia ze strony organizatora Programu, którym został oddany personel apteki, oraz szybka interwencja informaty-

ków w każdej sprawie spowodowały, że nie mieliśmy żadnych trudności. PAYBACK jest profesjonalnym i wiarygodnym programem, dlatego nie mieliśmy kłopotu z przekonywaniem pacjentów.

Niewątpliwą zasługą Programu jest wciąż zwiększająca się liczba pacjentów, którzy dowiadując się o tym, że „APTEKA1” jest partnerem PAYBACK, coraz częściej odwiedzają punkty z tym logo. – Pacjenci są zadowoleni, szczególnie ci, którzy już byli w programie PAYBACK, znają program i aktywnie w nim uczestniczą. Widać, że wracają z kartą. Nasi stali pacjenci także chętnie zbierają punkty – mówi mgr farm. **Wojciech Dopierała** z apteki „Zdrowie” w Poznaniu.

To, co z pewnością wzbogaca apteki należące do programu „APTEKA1”, a jednocześnie sprawia, że pacjenci częściej wracają do aptek, jest atrakcyjna oferta promocyjna.

– Ciekawym aspektem programu jest chociażby ukazująca się cyklicznie w aptece gazetka, która zawiera różnego rodzaju promocyjne ceny na wybrane leki OTC, odpowiednio dobrane

do potrzeb aktualnego okresu sezonowego. Gazetka stanowi ciekawą ofertę, każdy znajdzie w niej coś „dla siebie”. Klienci, którzy stojąc w kolejce, przeglądają gazetkę, bardzo często wybierają z niej coś, czego wcześniej nie mieli zamiaru kupić. Między innymi dlatego też uważam, że tego typu forma marketingu w „APTECE1” sprawdza się w 100% i cieszy obie strony, zarówno sprzedających jak i kupujących leki – powiedział nam mgr **Jakub Ludzkowski** z apteki „Pini” w Koninie.

„APTEKA1” jako Partner Programu jest także szeroko reklamowany przez PAYBACK, dzięki czemu logo sieci staje się coraz lepiej rozpoznawalne. O szczegółach dotyczących zasad udziału w programie „APTEKA1” można porozmawiać z przedstawicielami handlowymi PHOENIX Pharma Polska, których dane kontaktowe znajdują się na stronie [www.pharma.com.pl](http://www.pharma.com.pl) w zakładce: oddziały.

Karolina SIELSKA-BIELSKA

JEDNA MARKA  
WSPÓLNA SIŁA

## DLA PACJENTA



- ⊕ **PAYBACK** – unikalny Program Bonusowy dla Twoich Pacjentów dostępny TYLKO w APTEKA1
- ⊕ możliwość zbierania punktów u wielu Partnerów PAYBACK z różnych branż
- ⊕ punkty promocyjne PAYBACK i atrakcyjne promocje cenowe wsparcie bezpłatnymi materiałami informacyjnymi



## DLA APTEKI



- ⊕ trzy Poziomy Uczestnictwa w Programie – im wyższy poziom tym więcej korzyści
- ⊕ pakiet do wizualizacji Apteki z zewnątrz i wewnętrz lokalu
- ⊕ bogata oferta szkoleniowa dla personelu Apteki z zakresu farmacji i prowadzenia biznesu
- ⊕ specjalna **Infolinia** z fachowym poradnictwem dotyczącym codziennej pracy w Aptece



Jeżeli chcesz dowiedzieć się więcej:

- ❶ skontaktuj się z Przedstawicielem Handlowym PHOENIX Pharma Polska Sp. z o.o
- ❷ wyślij zapytanie na adres: [info@apteka1.com.pl](mailto:info@apteka1.com.pl)
- ❸ wejdź na [www.apteka1.com.pl](http://www.apteka1.com.pl)
- ❹ skontaktuj się z Koordynatorem Programu APTEKA1 dzwoniąc pod numer telefonu: +48 605 970 968



POLSKIE Towarzystwo LEKARSKIE ZARZĄD GŁÓWNY



POWSZECHNIE WIADOMYM SIĘ CZYNI, ŻE:

*Red. Wiktor Szukiel  
wraz z Zespołem Redakcyjnym*

ZA OFIARNĄ SŁUŻBĘ W OCHRONIE ZDROWIA  
I ŻYCIA LUDZKIEGO  
ZA TWORZENIE NIEPRZEMIJAJĄCYCH WARTOŚCI  
DLA DOBRA SPOŁECZEŃSTWA  
ORAZ ZA WYBITNE ZASŁUGI  
DLA POLSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO  
UHONOROWANO MEDALEM

**BENE MERITUS**

SEKRETARZ ZG PTL  
dr Feliksa Łapkiewicz

WARSZAWA, DNIA 8.05.10

PREZES ZG PTL  
prof. dr hab. med. Jerzy Woy-Wojciechowski

NR 10/2010