

# Apothecarius

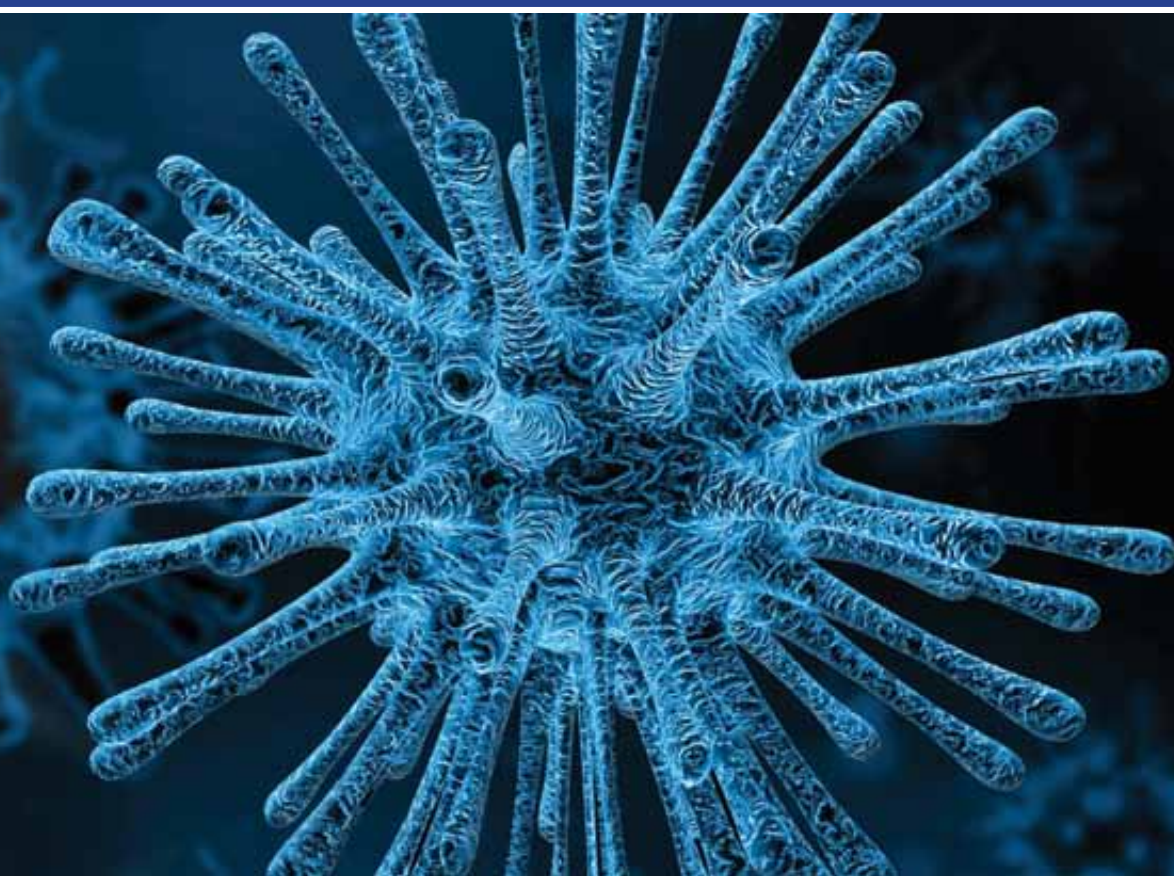
Śląskie Forum Farmaceutyczne



ISSN 1232-7220

Nr 49, Rok XXX (ŚFF47)

22 marca 2020 r.



## Koronawirus COVID-19

- materiały informacyjne
- rekomendacje
- przepisy prawa



[www.katowice.oia.pl](http://www.katowice.oia.pl)





10 saszetek

## Biflorin ELEKTROLITY

ŻYWNOŚĆ SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA MEDYCZNEGO

**Podczas ryzyka odwodnienia uzupełnia utracone elektrolity**

Biflorin ELEKTROLITY jest żywnością specjalnego przeznaczenia medycznego, która zawiera kompozycję elektrolitów i glukozy, o obniżonej osmolarności 245 mOsm/l.

Skutecznie uzupełnia straty elektrolitów w sytuacjach, w których występuje ryzyko odwodnienia, zwłaszcza podczas wymiotów czy biegunki. Występuje w postaci proszku do rozpuszczania w wodzie o truskawkowym smaku.



5 ml / krople

## Biflorin LGG Baby

SUPLEMENT DIETY

**Dla niemowląt, dzieci i dorosłych.**

Biflorin LGG Baby to suplement diety uzupełniający naturalną florę bakteryjną.

Wskazany do stosowania jako uzupełnienie diety podczas antybiotykoterapii.

Preparat przeznaczony dla niemowląt, dzieci i dorosłych.



20 kapsulek

## Biflorin LGG

SUPLEMENT DIETY

**Uzupełnia naturalną florę bakteryjną.**

Biflorin LGG60 jest suplementem diety, który uzupełnia naturalną florę bakteryjną.

Wskazany do stosowania jako uzupełnienie diety podczas terapii antybiotykem – pomaga przeciwdziałać wystąpieniu biegunki po antybiotykowej ze skutecznością sięgającą 70%.

Wykazuje również korzystny wpływ w przypadku biegunki podróżników. Preparat przeznaczony dla osób dorosłych.



150 tabletek

## Rutamina C FORTE

ŻYWNOŚĆ SPECJALNEGO PRZEZNACZENIA MEDYCZNEGO

**Wsparcie prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego.**

Rutamina C forte to suplement diety łączący działanie rutyny oraz witaminy C dla wsparcia prawidłowego funkcjonowania układu odpornościowego.



<b>TELEINFORMATOR</b> .....	6
<b>STANOWISKA, OPINIE, INFORMACJE</b>	
Prezes Rady SIA VIII kadencji - <i>Mikołaj Konstanty</i> .....	8
Słowo od redaktora - <i>Piotr Kaczmarczyk</i> .....	11
Komisja Aptek Szpitalnych - <i>Piotr Kaczmarczyk</i> .....	12
Rak piersi - klasyfikacja i metody leczenia - <i>Zofia Zarzycka</i> .....	14
Cukrzyca, zaburzenia męskiego układu rozrodczego a suplementacja - <i>mgr Katarzyna Szalabska</i> .....	23
Leczenie migreny - <i>mgr Justyna Kordaszewska</i> .....	26
Jakimi problemami z zakresu oświaty zdrowotnej zajmowali się aptekarze w województwie śląskim? - <i>Dionizy Moska</i> .....	38
W roku 2019 przypadła 80. rocznica wybuchu II. Wojny Światowej - <i>Dionizy Moska</i> .....	40
Problematyka Etyki Farmaceutycznej - <i>Dionizy Moska</i> .....	41
O potrzebie kształtowania humanistycznych i etycznych postaw farmaceuty wobec pacjentów niepełnosprawnych w aptece - <i>Dionizy Moska</i> .....	47
<b>OPINIA PRAWNA</b>	
Zmiany prawa niosą dla farmaceutów nowe zagrożenia - <i>Krzysztof Szulc</i> .....	51
<b>ORZECZENIA OROZ i OSA</b>	
OROZ i OSA - <i>Mikołaj Konstanty</i> .....	52
<b>WYDARZENIA</b>	
XVI Rajd Śląskiej Izby Aptekarskiej - <i>Dorota Hapeta</i> .....	68
Rola farmaceuty w nowoczesnym systemie ochrony zdrowia - <i>Piotr Kaczmarczyk</i> .....	70
<b>PROTOKOŁY</b>	
Protokół VIII Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego Aptekarzy Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach .....	72
<b>ODESZLI OD NAS</b> .....	109
<b>OGŁOSZENIA</b> .....	111

Okładka - fot. <https://pixabay.com>

#### Kolegium:

Dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk - Redaktor Naczelny  
 Prof. Dionizy Moska - Redaktor Honorowy  
 Mgr farm. Andrzej Bednarz - Zastępca Redaktora Naczelnego  
 Dr n. farm. Piotr Brukiewicz - Zastępca Redaktora Naczelnego  
 Dr n. przyr. Kazimiera Klementys - Zastępca Redaktora Naczelnego  
 Dr n. farm. Mikołaj Konstanty - Zastępca Redaktora Naczelnego  
 Prof. Paweł Olczyk - Zastępca Redaktora Naczelnego  
 Dr n. farm. Igor Rymkiewicz - Zastępca Redaktora Naczelnego  
 Mgr inż. Lech Wróblewski - Redaktor Prowadzący, opracowanie, korekta

**Redakcja czeka na korespondencję dotyczącą  
 problemów środowiska farmaceutycznego.**

Druk: Navia Designs, [www.navia.pl](http://www.navia.pl)  
 Nakład: 3100 egzemplarzy



**Redakcja nie identyfikuje się ze wszystkimi  
 przedstawionymi poglądami autorów, niektóre  
 z nich traktujemy jako zaproszenie do dyskusji.**

**Wydawca:**  
 Rada Śląskiej Izby Aptekarskiej  
 ul. Kryniczna 15  
 40-637 Katowice  
 tel.: (32) 608 97 60  
 kom.: 668 220 354  
 fax: (32) 608 97 69  
[www.katowice.oia.pl](http://www.katowice.oia.pl)  
[redakcja@katowice.oia.pl](mailto:redakcja@katowice.oia.pl)

**Rada programowo-konsultacyjna:**  
 mgr farm. Andrzej Bednarz  
 dr n. farm. Piotr Brukiewicz  
 mgr farm. Małgorzata Gurgul-Pełka  
 mgr farm. Katarzyna Kandziora-Kuna  
 dr n. przyr. Kazimiera Klementys  
 dr n. farm. Mikołaj Konstanty  
 mgr farm. Marzanna Szulc

Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy!

W związku z bardzo dynamiczną sytuacją epidemiologiczną, w której każdy kolejny dzień przynosi nowe informacje, zalecenia i wytyczne, zdecydowaliśmy publikować je na bieżąco na stronie internetowej Izby. Ma to na celu zapewnienie dostępu farmaceutom do najbardziej aktualnych materiałów, co nie jest możliwe przy cyklicznym procesie wydawniczym Apothecarius. Zapraszamy wszystkich do odwiedzin naszej witryny [www.katowice.oia.pl](http://www.katowice.oia.pl) oraz facebooka Izby i śledzenia zamieszczanych informacji. W tym miejscu zachęcamy wszystkich Śląskich Farmaceutów do intensywnej współpracy koleżeńskiej i dzielenia się sprawdzonymi informacjami, co wszystkim nam pomoże sprostać niełatwemu wyzwaniu walki z epidemią koronawirusa COVID-19.

**dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk**

**Redaktor Naczelny biuletynu Apothecarius - Śląskie Forum Farmaceutyczne**



Naczelna Izba Aptekarska

# **JAK ZMNIJSZYĆ RYZYKO ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM? WYTYCZNE DLA APTEK**



# JAK ZMNIJSZYĆ RYZYKO ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM?

## WYTYCZNE DLA APTEK

W związku z dynamicznym wzrostem liczby zachorowań na COVID-19  
Naczelna Izba Aptekarska rekomenduje wdrożenie w aptekach  
następujących działań zapobiegawczych:



**Wyznaczenie strefy buforowej**  
dla pacjentów oczekujących na obsługę



**Zachowanie bezpiecznej odległości > 1 metra**  
Wyznaczenie przed każdym ze stanowisk linii gwarantującej  
zachowanie bezpiecznej odległości pomiędzy pacjentem, a farmaceutą  
lub technikiem farmaceutycznym



**Dezynfekcja**  
Jak najczęstsza dezynfekcja powierzchni eksponowanych: blatów, klamek,  
bilownic, szyb, telefonów, klawiatur, terminali płatniczych oraz pozostałych  
powierzchni i przedmiotów narażonych na kontakt z wirusem



**Instrukcja mycia rąk**  
Umieszczenie w toaletach instrukcji mycia rąk oraz zapewnienie dostępu  
do detergentów. Jak najczęstsze mycie rąk lub stosowanie  
preparatów dezynfekcyjnych



**Usta, oczy, nos**  
Unikanie dotykania rękami twarzy (ust, oczu, nosa) i błon śluzowych



**Częste wietrzenie**  
Wietrzenie izb ekspedycyjnych (co najmniej raz na godzinę)

# JAK ZMNIJSZYĆ RYZYKO ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM?

## WYTYCZNE DLA APTEK



### **Żywność i płyny**

Przypomnienie personelowi aptek o zakazie przechowywania i spożywania żywności i płynów w izbie ekspedycyjnej



### **Telefony komórkowe**

Unikanie przechowywania telefonów komórkowych w izbie ekspedycyjnej



### **Odzież ochronna**

Każdorazowa zmiana odzieży wierzchniej po zakończeniu pracy  
Codzienne pranie fartuchów ochronnych



### **Wizyty przedstawicieli**

Ograniczenie do minimum wizyt osób trzecich w aptekach  
(np. przedstawicieli aptecznych)



### **Płatności bezgotówkowe**

Rekomendowanie dokonywania płatności bezgotówkowych  
(płatności zbliżeniowe, BLIK)



### **Zbędne przedmioty do usunięcia**

Usunięcie z izby ekspedycyjnej wszystkich zbędnych przedmiotów  
(zabawek dla dzieci, dyspenserów z wodą, ulotek, koszy wyprzedażowych itp.)

# JAK ZMNIJSZYĆ RYZYKO ZAKAŻENIA KORONAWIRUSEM? WYTYCZNE DLA APTEK

W szczególnych sytuacjach przedsiębiorcy prowadzący apteki powinni rozważyć wdrożenie dodatkowych działań zabezpieczających, takich jak:

- » montaż szyb przy stanowiskach obsługi pacjenta
- » udostępnienie dozowników z płynem dezynfekującym
- » prowadzenie obsługi przez okienka do sprzedaży nocnej

Użycie masek ochronnych jest zalecane wyłącznie dla osób chorych





**Śląska Okręgowa Izba Aptekarska w Katowicach, ul. Kryniczna 15**

Tel. (32) 608 97 60, fax (32) 608 97 69, kom. 668 220 354

E-mail: [katowice@oia.pl](mailto:katowice@oia.pl), [www.katowice.oia.pl](http://www.katowice.oia.pl)

[www.facebook.com/SlaskaIzbaAptekarska](https://www.facebook.com/SlaskaIzbaAptekarska)

[www.twitter.com/SlaskaOIA](https://www.twitter.com/SlaskaOIA) [www.instagram.com/slaskaizbaaptekaraska](https://www.instagram.com/slaskaizbaaptekaraska)

**Konto bankowe:** PKO I o/Katowice 59 1020 2313 0000 3002 0019 3508

**Osoby funkcyjne Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej VIII kadencji:**



**Dr n. farm. Mikołaj Konstanty**  
**Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej**

kom. 500 004 975

e-mail: [konstanty.mikolaj@slaskaioia.pl](mailto:konstanty.mikolaj@slaskaioia.pl)



**Dr n. farm. Piotr Brukiewicz**  
**Wiceprezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej**

kom. 603 759 825

e-mail: [piotr.brukiewicz@wp.pl](mailto:piotr.brukiewicz@wp.pl)



**Dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk**  
**Wiceprezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej**

kom. 502 519 784

e-mail: [piotr.kaczmarczyk@intermen.pl](mailto:piotr.kaczmarczyk@intermen.pl)



**mgr farm. Krzysztof Majka**  
**Skarbnik Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej**

kom. 601 508 798

e-mail: [majka.krzysztof@slaskaioia.pl](mailto:majka.krzysztof@slaskaioia.pl)





**Biuro Śląskiej Izby Aptekarskiej**

Godziny otwarcia:

poniedziałek - godz. 11.00-18.00

wtorek-piątek - godz. 8.00-15.00

**Mgr inż. Lech Wróblewski - Kierownik Biura**

Tel.: (32) 608 97 67

Kom. 668 220 478

E-mail: [wroblewski.lech@slaskaoia.pl](mailto:wroblewski.lech@slaskaoia.pl)**Katarzyna Szymała - Zastępca Kierownika Biura**

Tel.: (32) 608 97 61

E-mail: [szymala.katarzyna@slaskaoia.pl](mailto:szymala.katarzyna@slaskaoia.pl)**Mgr Dorota Hapeta - Sekretarz OROZ i OSA**

Tel.: (32) 608 97 66

E-mail: [hapeta.dorota@slaskaoia.pl](mailto:hapeta.dorota@slaskaoia.pl)**Mgr Beata Konieczny - Rejestr farmaceutów i aptek**

Tel.: (32) 608 97 62

Kom. 668 220 317

E-mail: [konieczny.beata@slaskaoia.pl](mailto:konieczny.beata@slaskaoia.pl)**Mgr Krzysztof Mańka - Kontakt z firmami**

Tel.: (32) 608 97 58

Kom. 668 220 318

E-mail: [manka.krzysztof@slaskaoia.pl](mailto:manka.krzysztof@slaskaoia.pl)**Krystian Szulc - Radca prawny**

Tel.: (32) 608 97 65

E-mail: [szulc.krystian@slaskaoia.pl](mailto:szulc.krystian@slaskaoia.pl)**Mgr Ewa Kloda - Doradca podatkowy**

Tel.: (32) 608 97 64

E-mail: [kloda.ewa@slaskaoia.pl](mailto:kloda.ewa@slaskaoia.pl)



dr Mikołaj Konstanty

# Prezes Rady SIA VIII kadencji

**D**zień dobry,  
Koleżanki i Koledzy,  
... i nagle stało się, zostałem wybrany na Prezesa Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej. Burzliwe wybory SIA w Wiśle Malince (16-17 listopada 2019 r.) pokazały chęć zmiany i spory kredyt zaufania jakim mnie obdarzyliście, a wsparcie jakie otrzymałem od Szanownych Koleżanek i Kolegów jest dla mnie niezmiernie ważne. Dlatego serdecznie dziękuję Państwu za poparcie okazane na Zjeździe Sprawozdawczo-Wyborczym Śląskiej Izby Aptekarskiej oraz wybór mojej osoby na stanowisko Prezesa Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej VIII kadencji.

Ponieważ jest to moje pierwsze wystąpienie na łamach "Apothecarius" w charakterze Prezesa, chciałbym podzielić się z Wami swoimi powyborczymi spostrzeżeniami i przemyśleniami.

Podjmuję się trudnego i ambitnego wyzwania przejęcia steru samorządu aptekarskiego Śląskiej Izby Aptekarskiej. Poprzednicy: Prezesi i Rada wyznaczyli drogę, zasady, budując samorząd zawodowy od podstaw, zawieszając wysoko poprzeczkę. Oczekiwania środowiska są spore, a czasy mamy szybkie, pełne zmian, nowych procedur, zawirowań prawnych. Czasu mam niewiele, kadencja to zaledwie 4 lata.

Już od pierwszego dnia po wyborach, codzienne problemy aptekarzy i pacjentów, tematy poruszane przez Państwa na spotkaniach przedwyborczych, wyborczych, a także samym Zjeździe stały się dla mnie wyzwaniem. Rozważam zapisane skargi, uwagi, a często także konstruktywną krytykę, płynącą jak rzeka z ust osób, przeważnie młodych, których spojrzenie na sprawę zawodu jest czasem odmienne od mojego. Wiem, że nic nas nie dzieli; różni nas tylko miejsce i sposób obserwacji,

horyzont - cel mamy dokładnie ten sam: dobro i rozwój zawodu. Pamiętajmy: łączy nas obiekt troski i obserwacji, różnić czasem może punkt widzenia.

Sprawy, które uważam za najistotniejsze w tej kadencji to komunikacja, integracja i wsparcie farmaceutów. Oczywiście pamiętam o sprawach zasadniczych: e-rewolucji, brakach w dostępności leków, dyżurach, zakazie reklamy, aptece dla aptekarza, czy problemie upokarzająco niskich marż, braku usług farmaceutycznych, a także licznych problemach farmaceutów szpitalnych. Nie dzielę środowiska na aptekarzy młodych i starych, indywidualnych lub korporacyjnych, aptekarzy czy „szpitalników” - każdy farmaceuta otrzyma potrzebne możliwe wsparcie, ale i każdy może, a czasem powinien, czegoś z samorządem wspólnie dokonać, bo samorząd to my wszyscy. Izba Aptekarska musi stać się opoką dla swoich członków, a nie ich utrapieniem. Taką wspierającą Izbę w tej kadencji Wam obiecuję.

Dopiero co remanentami aptecznymi zamknęliśmy trudny rok 2019. Przed nami okres wprowadzania e-rozwiązań, e-recept. Każdego dnia „z uporem maniaka” walczyliśmy, by pisane na kolanach i wprowadzane pośpiesznie kolejne zmiany prawa czy komunikaty Ministerstwa Zdrowia, poprawiały obecną, zagmatwaną sytuację. E-recepta jako rozwiązanie z założenia doskonałe, rodzi się w naszym systemie ochrony zdrowia w wielkich bólach. 1 stycznia 2020 r. mający być datą wielkiej zmiany, okazuje się jednak kolejnym początkiem okresu przejściowego, sięgającym paranoi chaosu, a mnożące się zmiany przepisów i interpretacji powodują zawrót głowy. Wymogiem czasów weszliśmy na ścieżkę, z której odwrotu właściwie nie ma, ale wspólnie będziemy się starali, by ten

niełatwy start, wraz z jego trudnościami i niedoskonałościami dały się jakoś znieść, a e-recepta stała się tym, czym była w opowieściach przed jej wprowadzeniem.

W naszej siedzibie, przy ulicy Krynicznej, pracujemy nad zmianami tego, co uważamy za pilne i potrzebne: nowa strona www, sposoby skutecznej komunikacji, szeroka oferta szkoleń, oraz wysoka aktywność każdej z powołanych Komisji.

Obecną, VIII kadencję, rozpoczynamy sporą dawką szkoleń mających na celu zrozumienie i ułatwienie realizacji e-recept w naszych aptekach. Zamieszanie jest naprawdę spore, ale staramy się opanować tę trudną sytuację. W tak zwanym międzyczasie swoją działalność rozpoczynają komisje utworzone przy naszej Radzie, są to: Komisja Aptek Ogólnodostępnych, Aptek Szpitalnych, Hurtowni Farmaceutycznych, Informacji i Informatyzacji, Komisja Mediacyjna, Nauki i Szkolenia, Pracowników Aptek, Prawa, Wykonywania Zawodu, Socjalno-Bytowa oraz Komisja Sportowo-Turystyczna.

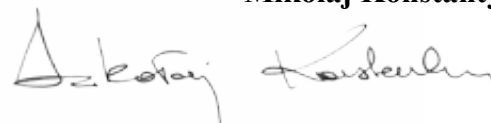
**Wszystkich Państwa, nie tylko delegatów z okręgów wyborczych, zapraszam do aktywności w samorządzie.** To właśnie Komisje są bardzo dobrym miejscem spotkań, wymiany poglądów, dyskusji, integracji, tworzenia. Szczególnie zapraszam młodych farmaceutów - znajdźcie chwilę i wpadnijcie, by pogadać. Jeżeli coś Was martwi, dziwi, po ludzku irytuje - sygnalizujcie, nie bądźcie aktywni tylko przed wyborami, ale codziennie. Z drugiej zaś strony proszę unikajcie bezsensownego, bezproduktywnego internetowego hejtu. Z tym, fatalnym trendem będę walczył, każda dyskusja musi zachować swój poziom przypisany randze jakże ważnego, naszego zawodu! Aby wspomóc nasz wewnętrzny dialog chciałbym, aby farmaceuci każdego okręgu wyborczego SIA spotkali się przynajmniej raz w roku na debacie integracyjnej.

Koleżanki i Koledzy, kończąc te przemyślenia, proszę o wsparcie i kontakt. Śląska Izba Aptekarska stoi otworem, zgłaszajcie się z pomysłami, ideami, problemami dnia codziennego. Dzielcie się swoimi spostrzeżeniami, nie bójcie się pytać - jeżeli tylko będziemy w stanie pomóc, to z pewnością to zrobimy. Możliwości mamy spore, środki też się znajdują, będę wszędzie tam, gdzie mnie zaprosicie.

Pozdrawiam,

życząc Państwu i sobie owocnej współpracy,

**Mikołaj Konstanty**

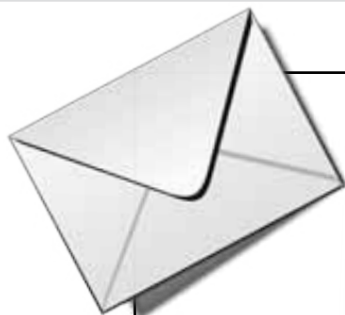


Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej,

**obiecany telefon do Prezesa 500 004 975,**

a dla jasności na imię mam Mikołaj.





Katowice, 22.03.2020 r.

Szanowne Koleżanki i Koledzy,

do napisania tych kilku słów skłania mnie sytuacja, w której to obecnie znalazł się nasz kraj, a właściwie cały świat. W ostatnich dniach, każdy z nas, w codziennej praktyce dowiedział się jakim wielkim wyzwaniem staje się walka z wirusem i wywołaną przez niego pandemią. W momencie starcia z tym potężnym wrogiem również m.in. my - aptekarze stoimy na pierwszej linii frontu walki o zdrowie Naszych Pacjentów, w trudnych nieprzygotowanych do tego typu zadań warunkach.

Z tego miejsca chcę Wam serdecznie podziękować za pełną zaangażowania, odpowiedzialną pracę w niespotykanej dotąd, obecnej sytuacji. Dziękuję również za codzienną walkę z samym sobą, odwagę, pracę ponad siły w wielkim stresie i zatroskaniu o zdrowie pacjentów, swoich rodzin, bliskich, a także Wasze własne zdrowie, które w obecnej sytuacji jest najważniejsze. Pamiętajcie, bez aptekarzy nie będzie aptek i leków dla potrzebujących pacjentów! Najbliższe kilka tygodni będzie dla nas wszystkich sprawdzianem, dużym wyzwaniem, dlatego jako samorząd chcemy zrobić wszystko, co w naszej mocy, by zapewnić Wam wszelkie możliwe wsparcie. Jeżeli czujecie, że możemy zrobić coś jeszcze, co ułatwi Wam codzienną pracę proszę o kontakt mailowy [katowice@oia.pl](mailto:katowice@oia.pl), a w sprawach niecierpiących zwłoki podaję bezpośredni kontakt telefoniczny do mnie - 500 004 975.

Dziękujemy wszystkim zawodom medycznym, jesteśmy wszyscy z Was bardzo dumni, uważajcie na siebie, bądźcie silni i rozważni, gdyż to Wy właśnie jesteście cichymi bohaterami tych trudnych dla świata dni.

Mikołaj Konstanty

Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej



dr Piotr Kaczmarczyk

## Słowo od redaktora

Szanowni Państwo, za nami kolejne kilka miesięcy obfitujących w istotne, miejmy nadzieję, dobre dla farmaceutów zmiany. Nowa Okręgowa Rada Aptekarska szybko osiąga właściwą dynamikę pracy, również w oparciu o powołane Komisje, w których dzieje się bardzo wiele. W skali ogólnopolskiej - podobnie, nowa Naczelna Rada Aptekarska z silną reprezentacją Śląska, procedowana Ustawa o Zawodzie Farmaceuty, e-recepta, pilotaże opieki farmaceutycznej to jedynie przykłady szybko zmieniającej się rzeczywistości. Jako redakcja Apothecarius, organu prasowego Śląskiej Izby Aptekarskiej, chcielibyśmy jak najlepiej wpisać się w ten bardzo dynamiczny pejzaż, by z jednej strony utrzymać dotychczasowy, sprawdzony i uznany charakter pisma, a z drugiej w jakimś stopniu wzbogacić go, ulepszyć, bo w życiu, właśnie tego oczekujemy po każdej zmianie. Na pewno chcielibyśmy rozwijać dział artykułów autorstwa farmaceutów naszej Izby, gdyż wielu z nas publikuje, m.in. prace specjalizacyjne, pogładowe, czy wyniki badań naukowych. Ze względu na spore zainteresowanie, zostaną ujednolicone redakcyjne wytyczne dla takich materiałów, co zgodnie z inicjatywą

prof. dr hab. Pawła Olczyka, być może w przyszłości pozwoli nam starać się o przyznanie dla czasopisma punktów ministerialnych.

Chcielibyśmy także pozyskać jak najwięcej materiałów o charakterze praktycznym, które sprawią, że Apothecarius będzie stawiał źródło wiedzy, do którego będziemy mogli sięgać wielokrotnie. Nasz periodyk to także znakomite miejsce do krótkiego przedstawienia zakresu bieżącej działalności powołanych przez Radę Śląskiej Izby Aptekarskiej VIII Kadencji Komisji. Naszym celem jest sprawić, by każde kolejne wydanie mogło znaleźć uzasadnione miejsce w państwa bibliotekach. To wszystko udać się może wyłącznie przy jak najszerszej współpracy wszystkich sympatyków i osób zainteresowanych czasopismem. Pragnę więc, w imieniu Kolegium Redakcyjnego oraz Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej zaprosić farmaceutów, którzy chcieliby z nami pismo współtworzyć, do wspólnego kształtowania charakteru i formy Apothecarius.

Łącząc wyrazy szacunku i serdeczne pozdrowienia

Redaktor Naczelny  
dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk

### Prenumerata biuletynu Apothecarius - SFF w wersji elektronicznej

Mając na uwadze względy ekologiczne, Śląska Izba Aptekarska zwraca się z pytaniem do członków SIA, czy deklarujecie Państwo chęć otrzymywania biuletynu "Apothecarius" wyłącznie w wersji elektronicznej.

W przypadku decyzji o prenumeracie elektronicznej, proszę o wypełnienie formularza:

[www.katowice.oia.pl/formularze/apothecarius\\_elektronicznie](http://www.katowice.oia.pl/formularze/apothecarius_elektronicznie)



dr Piotr Kaczmarczyk

# Komisja Aptek Szpitalnych

**G**łębokie zmiany dotyczące polskiej farmacji, dotyczą również farmacji szpitalnej. Przed nami sporo niewiadomych. Plotki głoszą, że być może, już niebawem pojawią się regulacje w zakresie powiązania ilości zatrudnionych w szpitalu farmaceutów, z ilością szpitalnych łóżek, a w perspektywie, nasze wynagrodzenia mają być zrównane z wynagrodzeniami lekarzy. Być może to nastąpi, jednak niezależnie od tego, bardzo ważne jest, by stałe i powszechnie propagować wiedzę o roli, jaką farmaceuci szpitalni mogą odgrywać w nowoczesnym, bezpiecznym i racjonalnym procesie farmakoterapii.

Obecnie główne cele Komisji ds. Aptek Szpitalnych to wzmocnienie roli farmaceutów w szpitalach, jako partnerów i doradców innych zawodów medycznych, a także promowanie modelu apteki szpitalnej, jako specjalistycznego centrum informacji o leku. Nie mniej ważna jest kontynuacja dotychczasowych, pełnych sukcesów działań Komisji w minionej kadencji, pod przewodnictwem pani wiceprezes mgr farm. Beatrycze Radlańskiej-Piątek, zwłaszcza w zakresie działalności szkoleniowej i integrującej środowisko Szpitalników.

Ze względu na bardzo rozległe obszary tematyczne farmacji szpitalnej, warunkiem niezbędnym do utrzymania aktualnej, szerokiej perspektywy zawodowej, jest stałe poszerzanie wiedzy i podnoszenie kompetencji. Zapraszamy zatem do zgłaszania propozycji tematów szkoleń, kursów, warsztatów etc., w zakresie interesującej Państwa problematyki. Chcielibyśmy także, aby poza aspektem szkoleniowym, nasze spotkania stały się naturalnym forum do dyskusji i wymiany poglądów i informacji.

Na wzór Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej, uruchomiliśmy na Messengerze nowy kanał komunikacji w postaci grupy dyskusyjnej **Śląska Farmacja Szpitalna**, dzięki niej możemy bardzo szybko przekazywać ważne informacje, a także wymieniać poglądy. Zachęcamy wszystkich Szpitalników do dołączenia i współpracy w ramach Komisji Aptek Szpitalnych.

Przewodniczący Komisji  
ds. Aptek Szpitalnych  
Wiceprezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej

**dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk**  
e-mail: [piotr.kaczmarczyk@intermen.pl](mailto:piotr.kaczmarczyk@intermen.pl)



fot. pixabay.com

## Regionalna baza specjalistów - żywienie pozajelitowe, cytostatyki

W związku z dynamiczną sytuacją epidemiologiczną, Śląska Izba Aptekarska oraz Wojewódzki Konsultant ds. Farmacji Szpitalnej zwracają się z prośbą do farmaceutów szpitalnych posiadających kompetencje/uprawnienia do sporządzania żywienia pozajelitowego i cytostatyków, o dobrowolne wpisywanie się do bazy Izby (linki poniżej).

Działanie to ma na celu stworzenie regionalnej bazy specjalistów, którzy, w przypadku ewentualnych, nasilonych absencji, mogliby zabezpieczyć potrzeby pacjentów w regionie.

Ponadto, zaleca się by w aptekach szpitalnych, w których sporządza się cytostatyki i żywienie pozajelitowe, w miarę możliwości, opracować system pracy, oparty o co najmniej dwa, niestykające się ze sobą bezpośrednio zespoły.

Zapraszam do współpracy.

Formularz rejestracji w bazie farmaceutów szpitalnych posiadających kompetencje/uprawnienia do sporządzania **żywienia pozajelitowego**:

► [https://www.katowice.oia.pl/formularze/zywienie\\_pozajelitowe](https://www.katowice.oia.pl/formularze/zywienie_pozajelitowe)

Formularz rejestracji w bazie farmaceutów szpitalnych posiadających kompetencje/uprawnienia do sporządzania **cytostatyków**:

► <https://www.katowice.oia.pl/formularze/cytostatyki>

Z poważaniem

**dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk**  
Wiceprezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej





mgr Zofia Zarzycka

## Rak piersi - klasyfikacja i metody leczenia

### Wykaz skrótów:

**BRCA** – gen podatności na raka piersi (*breast cancer*); **CHT** – chemioterapia (*chemotherapy*); **DCIS** – rak przewodowy in situ (*ductal carcinoma in situ*); **ER** – receptory estrogenów (*estrogen receptors*); **ESMO** – European Society for Medical Oncology; **HER2** – receptor naskórkowego czynnika wzrostu 2 (*human epidermal growth factor receptor 2*); **HT** – hormonoterapia – *hormone therapy*); **IA** – inhibitory aromatazy (*aromatase inhibitors*); **LCIS** – rak zrazikowy in situ (*lobular carcinoma in situ*); **MMG** – mammografia (*mammography*); **PFS** – czas przeżycia wolny od progresji (*progression – free survival*); **PR** – receptor progesteronu (*progesterone receptor*); **PTOK** – Polskie Towarzystwo Onkologii Klinicznej; **RT** – radioterapia (*radiotherapy*)

### Wstęp

**R**ak piersi jest najczęściej występującym nowotworem wśród kobiet. Każdego roku notuje się 2,1 mln zachorowań na tą chorobę oraz wzrost liczby zgonów z jej powodu. Szacuje się, że w 2018 r. zmarło na raka piersi 627 000 tys. kobiet – to około 15% wszystkich zgonów z powodu raka u żeńskiej części populacji. Polska zalicza się do grupy krajów, w których zagrożenie złośliwym nowotworem piersi jest duże. Według krajowego rejestru nowotworów jednostką terytorialną z największym odsetkiem zachorowalności na raka piersi w latach 2000-2016 było województwo mazowieckie, a następnie śląskie i wielkopolskie. W każdym z tych województw udokumentowano ponad 25 tys. przypadków. Najniższą zachorowalność odnotowano w województwie lubelskim, opolskim i podlaskim. W każdej z tych 3 jednostek terytorialnych

wykryto poniżej 7 tys. zachorowań. Pomimo coraz lepszej diagnostyki oraz nowych metod leczenia odsetek zgonów spowodowany rakiem piersi jest duży. Z racji starzenia się polskiego społeczeństwa problem będzie pogłębiać. W większości przypadków proces nowotworowy rozpoczyna się u osób z predyspozycją genetyczną, które dodatkowo są narażone na działanie czynników środowiskowych. Najczęściej występującym rakiem piersi jest rak inwazyjny przewodowy (80%), a następnie naciekający rak zrazikowy (5-10%), pozostałe postacie to około 10%. [1,2,3,4,5]

### Czynniki ryzyka

W celu zmniejszenia zachorowalności na raka piersi zalecana jest profilaktyka. Opiera się ona na modyfikacji lub eliminacji czynników ryzyka. Najistotniejszym czynnikiem zapadalności na raka piersi jest starszy wiek, a następnie nosicielstwo mutacji niektórych genów, w tym BRCA1 i BRCA2 w obrębie 13 i 17 chromosomu. Pozostałymi czynnikami są rodzinne występowanie raka piersi, długi okres od pierwszej (<12 roku życia) do ostatniej (>55 r.z.) miesiączki, menopauza w późnym wieku, późny wiek pierwszej ciąży lub jej brak, długotrwała hormonalna terapia zastępcza, wysoka gęstość kości, spożywanie alkoholu wysokoprocentowego, stosowanie diety bogatej w tłuszcze, ekspozycja na działanie promieniowania jonizującego oraz niektóre łagodne zmiany rozrostowe piersi. Patomechanizm powstawania raka piersi przy udziale alkoholu jest związany z jego oddziaływaniem na układ hormonalny. Alkohol i estrogeny są metabolizowane w wątrobie. W konsekwencji nadmierne spożywanie napojów wysokoprocentowych powoduje uszkodzenie hepatocytów, co związane jest z zaburzeniem metabolizmu



estrogenów. Skutkuje to zwiększonym stężeniem hormonów, a w konsekwencji działaniem kancerogennym. U kobiet regularnie spożywających alkohol niebezpieczeństwo zachorowania na raka piersi wzrasta o 7,1%. Ograniczenie w diecie tłuszczu z zachowaniem obniżonej wartości energetycznej znacząco zmniejsza poziom tych hormonów. Według danych zawartych w literaturze ryzyko zachorowania na raka piersi u kobiet otyłych jest 3,5 razy większe niż u kobiet szczupłych. U kobiet z nadmierną wagą zwiększone stężenie estrogenów wynika z ich nadmiernej produkcji przez jajniki, a po menopauzie przez tkankę tłuszczową. Natomiast dieta bogata w owoce i warzywa, regularna aktywność fizyczna oraz długotrwałe karmienie piersią znacząco redukują ryzyko zachorowania na ten typ raka. Istnieje teza, że duża aktywność fizyczna, szczególnie między 11, a 24 r.ż. może znacząco ograniczyć pojawienie się choroby. Znajomość czynników jest bardzo ważna, ponieważ poprzez zmianę stylu życia i zachowań zdrowotnych można zmniejszyć ryzyko zachorowania. [3,6,7,8]

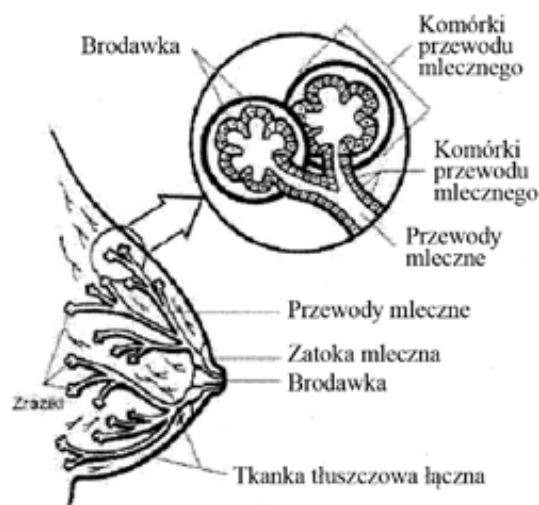
### Diagnostyka

Mammografia jest jedyną skuteczną metodą wczesnego wykrywania raka piersi. Na terenie Polski działa profilaktyczny program Wczesnego Wykrywania Raka Piersi. Do udziału w badaniu bilansowym zaprasza się co 2 lata kobiety w przedziale od 50 do 69 lat. Powyżej 70 r.ż. wykonanie mammografii zależy od indywidualnej decyzji. U kobiet od 40-49 r.ż. zalecane jest zebranie dokładnego wywiadu rodzinnego dotyczącego objawów oraz czynników ryzyka. W zależności od istniejących potrzeb i potencjalnych korzyści oraz ryzyka rekomenduje się wykonywanie MMG co 12-18 miesięcy. U kobiet od 20 do 39 r.ż. jest zalecane wykonywanie co 36 miesięcy badania lekarskiego tj. badanie palpacyjne piersi, natomiast powyżej 40 r.ż. - co 12 miesięcy. Wykryte zmiany w MMG powinny być rozpoznane w ośrodkach wyspecjalizowanych w diagnostyce raka piersi tzw. breast unit lub w ośrodkach wykonujących przynajmniej 500 badań rocznie w przeliczeniu na jednego radiologa. Ultrasonografia jest badaniem mniej swoistym i o niższej czułości. Uznawane jest przez ESMO za badanie

uzupełniające, a przez PTOK - za dopełnienie mammografii, wskazane szczególnie w przypadku piersi o dużej gęstości. Metodą wczesnego wykrywania raka piersi jest również samo-obszercja polegająca na regularnym, comiesięcznym badaniu piersi, najlepiej bezpośrednio po miesiączce. Prawidłowo przeprowadzane badania przesiewowe zmniejszają umieralność związaną z rakiem piersi. [9,10,11,12,13]

### Budowa gruczołu piersiowego

Gruczoł piersiowy składa się z 15-25 płatów oddzielonych od siebie przegrodami z tkanki łącznej włóknistej i tłuszczowej. Każdy płat posiada własny przewód wyprowadzający zwany przewodem mlecznym bądź zbiorczym, który w obrębie ujścia brodawki rozszerza się tworząc zatokę mleczną.



Rycina 1 . Budowa gruczołu piersiowego

Przewód zbiorczy rozgałęzia się w przewód segmentalny, a ten kolejno w przewody subsegmentalne i końcowe. W przewodzie końcowym wyróżnić można część bliższą tzw. przewód zewnątrzrzazikowy oraz część dalszą tj. wewnątrzrzazikową, do której dochodzą ślepo zakończone przewodniki zwane pęcherzykami wydzielniczymi. Opisany końcowy przewód zewnątrzrzazikowy z przewodem wewnątrzrzazikowym i pęcherzykami wydzielniczymi tworzą jednostkę przewodowo-zrazikową – podstawową strukturę czynnościową gruczołu. Ściana przewodów i pęcherzyków wydzielniczych składa się z dwóch warstw komórek:

wewnętrznej – z jednowarstwowego nabłonka gruczołowego, walcowatego lub sześciennego i zewnętrznej (warstwa podstawna) z komórek mioepitelialnych. Warstwy te można rozróżnić na podstawie ich lokalizacji i ekspresji markerów immunohistochemicznych. [14]

### Klasyfikacja

Według klasyfikacji nowotworów piersi Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*) opartej na mikroskopowej ocenie tkanek guza barwionych rutynowo hematoksyliną i eozyną zmianę rozrostową związaną ze strukturami gruczołowymi (nabłonkowymi piersi – zrazikami i przewodami) – można podzielić na:

- łagodne zmiany rozrostowe
- wewnątrzprzewodowe zmiany rozrostowe
- zmiany prekursorowe (DCIS, LCIS)
- zmiany brodawkowe
- naciekającego raka piersi [9,15]

Na podstawie najnowszych badań z wykorzystaniem mikromacierzy DNA oraz analiz immunohistochemicznych wyróżnić można 5 podtypów raka piersi:

- luminalny A
- luminalny B
- podstawny (bazalny)
- z nadekspresją HER2
- „typu normalnej piersi”

Rak podtypu luminalnego A i B charakteryzuje się ekspresją genów rozpoznawalnych dla komórek gruczołowych tworzących wewnętrzną warstwę przewodów i zrazików piersi. W podtypach luminalnych monitoruje się ekspresję cytokeratyn typowych dla komórek gruczołowych tj. 8,18,19, a także integryn  $\alpha 6$  oraz białek BCL2, EP-CAM i MUC1. [9,15,16]

Podtyp Luminalny A cechuje się wysoką ekspresją genów receptora estrogeny i progesteronu oraz genów związanych z regulacją ich funkcji tj. FOXA1, GATA3, LIV1 i XBP5 i zarazem niewielką ekspresją genów związanych z proliferacją oraz genów związanych z ekspresją receptora HER2. Zachorowalność na tego rodzaju podtypu raka obserwuje się u młodych pacjentek.

Rak podtypu luminalnego B wykazuje nieco mniejszą ekspresję ER i pozostałych wymienionych genów. Charakteryzuje się większą aktywnością genów związanych z proliferacją oraz genów CCNE1, GGH, YBX1. Obejmuje raka piersi, w których występuje ekspresja genu HER2. [15,16,17]

Rak piersi podtypu podstawnego charakteryzuje się ekspresją cytokeratyn typowych dla komórek warstwy podstawnej, tj. 5,6,14,17, aktyny mięśni gładkich, białka p63, lamininy, kadheryny P, białka S100, antygeny CD10 i integryny  $\alpha 6\beta 4$ . Podtyp podstawny często obserwuje się u młodych pacjentek, u których w rodzinie występował rak piersi uwarunkowany mutacją w genie BRCA1. [15,16]

W podtypie raka z nadekspresją HER2+ występuje zaburzenie onkogeny odpowiedzialnego za produkcję tego receptora błonowego. Receptor zbudowany jest z domeny wewnątrzkomórkowej wykazującej aktywność kinazy tyrozynowej. Dodatkowo stwierdza się nadekspresję genów GRB7, MED24/TRAP100 oraz mutacje w genie TP53. W podtypie tym nie stwierdza się ekspresji cytokeratyn i receptorów dla steroidów (ER i PR). [15,16,18]

Podtyp raka piersi „typu normalnej piersi” charakteryzuje się ekspresją genów typowych dla komórek prawidłowego gruczołu, tj. komórek tłuszczowych i nienabłonkowych oraz ekspresją genów charakterystycznych dla komórek warstwy podstawnej nabłonka przewodów. [15,16]

Ponadto wyróżnia się podtyp potrójnie negatywny cechujący się brakiem ekspresji receptorów ER, PR i HER2 w analizach immunohistochemicznych. Wykazuje on wiele cech wspólnych z podtypem podstawnym, jednak nie może być z nim utożsamiany, Występuje często u nosicieli mutacji w genie BRCA1. [16]

Ocene stopnia zaawansowania raka piersi przedstawia się za pomocą klasyfikacji TNM sporządzonej przez Międzynarodową Unię do Walki z Rakiem (UICC). Cecha T(*tumor*) oznacza guz pierwotny, jego wielkość i umiejscowienie, cecha N(*node*) określa regionalne

węzły chłonne, wielkość przerzutu w węzle oraz ilość węzłów z przerzutami. Cecha M(*metastasis*) obecność lub nieobecność przerzutów odległych. Na podstawie poszczególnych cech określa się stopień złośliwości raka piersi posiadający numery od 0 do IV. [2]

### Leczenie

Leczenie chorych na raka piersi opiera się na leczeniu skojarzonym. Składa się ono z metod miejscowych: chirurgii i radioterapii oraz metod ogólnoustrojowych (systemowych) – chemioterapii, hormonoterapii i metod biologicznych (humanizowane przeciwciała monoklonalne). Główną metodą leczenia jest postępowanie chirurgiczne, w którym wyróżnić można zabiegi diagnostyczne, lecznicze, paliatywne i rekonstrukcyjne. Radioterapia stanowi terapię uzupełniającą po leczeniu operacyjnym. Zmniejsza częstość nawrotów miejscowych oraz wydłuża czas życia pacjenta. .

Wybór metody miejscowego lub systemowego leczenia w wybranych stopniach zaawansowania bazuje na ocenie klinicznej i patomorfologicznej z uwzględnieniem typu histologicznego i stopnia złośliwości raka, stanu HER2 i ekspresji ER/PR i Ki67, zaawansowania guza pierwotnego oraz pachwowych węzłów chłonnych, obecności, lokalizacji i rozległości przerzutów w odległych narządach oraz dolegliwości związanych z występowaniem nowotworu. Końcowy efekt leczenia zależy od stopnia pierwotnego zaawansowania klinicznego. Największą skuteczność leczenia obserwuje się u osób z I stopniem zaawansowania raka piersi, najmniejszy z IV. [11,19,20]

### Leczenie raków przedinwazyjnych (Stopień 0)

Sposób postępowania terapeutycznego u chorych na przedinwazyjnego raka piersi zależy od jego histologicznej postaci. W tej grupie wyróżniamy raka zrazikowego *in situ* (LCIS) i raka przewodowego *in situ* (DCIS). LCIS uznaje się za zmianę łagodną, która w przypadku braku dodatkowych czynników wymaga jedynie obserwacji. Natomiast u chorych na DCIS leczeniem z wyboru jest usunięcie zmiany (z marginesem zdrowych tkanek)

widocznej w badaniach obrazowych lub wyczuwalnej palpacyjnie, uzupełnione radioterapią. Schemat postępowania w leczeniu raków przedinwazyjnych przedstawiono na rycinie nr 2. [9,11,13]

### Rak naciekający (Stopień I i II)

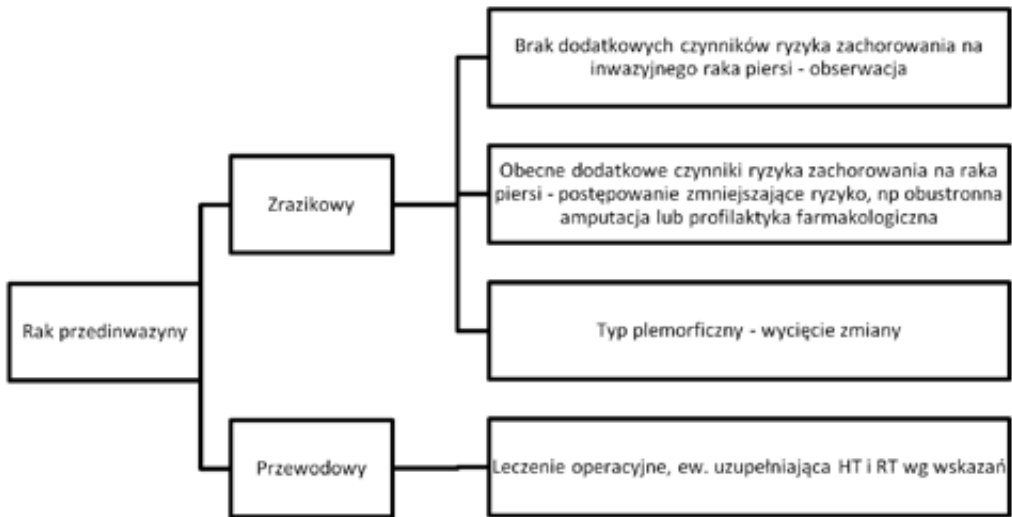
Schemat chirurgicznego leczenia chorych na naciekającego raka piersi przedstawia rycina nr 2.

Leczenie z oszczędzeniem piersi polega na usunięciu fragmentu piersi, zabiegu diagnostyczno-leczniczego w obrębie pachwowych węzłów chłonnych oraz pooperacyjną RT. Jest ono uznawane za równoważne w stosunku do mastektomii z limfadenektomią.

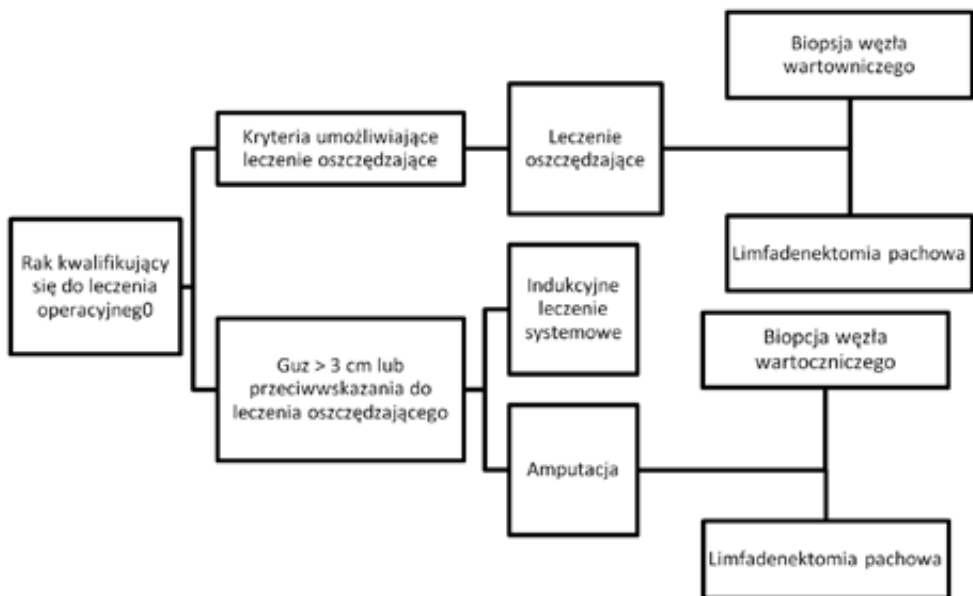
Amputacji piersi należy dokonać w przypadku wystąpienia przeciwwskazań do leczenia oszczędzającego lub na życzenie chorej. Polega ona na usunięciu całej piersi wraz ze skórą pokrywającą gruczoł. Wyróżnić można amputacje: prostą, podskórną, zmodyfikowaną, radykalną wg metody Modekeba, radykalną wg metody Haldsteda.

Biopsja węzła wartownego (SNB) jest standardową procedurą diagnostyczną u chorych na wczesnego raka piersi, u których przed operacją nie stwierdza się przerzutów w pachwowych węzłach chłonnych. U pacjentów przyjmujących przedoperacyjne leczenie systemowe SNB można wykonać przed lub po jego zakończeniu. W przypadku leczenia systemowego wymagane jest zbadanie co najmniej 3 węzłów chłonnych. Jeśli węzły wartowne nie są zajęte przerzutami można bezpiecznie odstąpić od ich usunięcia.

Limfadenektomia polega na usunięciu węzłów chłonnych I i II piętra. Wiąże się ona z ryzykiem nieodwracalnych powikłań czynnościowych i powinno się ją przeprowadzić wyłącznie u chorych z obecnością przerzutów w węzłach chłonnych (cecha CN+) [9,11,13].



Rycina 2. Strategia leczenia przedinwazyjnego raków piersi. HT – hormonoerapia; RT - radioterapia



Rycina 3. Strategia chirurgicznego leczenia naciekającego raka piersi

**Okółooperacyjne leczenie systemowe**

U dużej części chorych pomimo radykalnego leczenia dochodzi do odległych przerzutów. Z tego powodu rak piersi powinien być traktowany jako choroba ogólnoustrojowa wymagająca leczenia systemowego, czyli chemioterapii, hormonoterapii. W zależności od stopnia zaawansowania choroby oraz od okresu, w którym wykorzystywane jest leczenie systemowe wyróżnia się leczenie przedoperacyjne, leczenie pooperacyjne i leczenie choroby uogólnionej. Leczenie przedoperacyjne stosuje się w przypadkach miejscowo zaawansowanych, gdy nie

istnieją możliwości przeprowadzenia radykalnej operacji, a nie stwierdzono przerzutów odległych. Stosuje się także w przypadkach gdy operacja jest możliwa, lecz progresja choroby jest bardzo szybka. Przed rozpoczęciem przedoperacyjnego leczenia systemowego wymagane jest uzyskanie pełnego rozpoznania histopatologicznego oraz oznaczenia ekspresji ER, PgR, HER2, Ki67, a także ocena zaawansowania i stopnia złośliwości nowotworu. W przedoperacyjnym leczeniu systemowym jest wykorzystywana: CHT, HT oraz leki ukierunkowane molekularnie. Leczenie pooperacyjne (adjuwantowe) jest stosowane w grupie kobiet

z niekorzystnymi czynnikami rokowniczymi. Kryteria klasyfikacji do leczenia adjuwantowego oraz wyboru metod są zawarte w algorytmach zaleceń uznawane za standardy ogólnoświatowe. Obecność przerzutów w węzłach chłonnych jest podstawowym wskazaniem do leczenia adjuwantowego. Leczenie uogólnionego raka piersi stosuje się u chorych, u których stwierdza się przerzuty odległe. Leczenie ma charakter paliatywny, a jego celem jest poprawa jakości życia. Rodzaj okołoperacyjnego leczenia systemowego jest uzależnione od zdiagnozowanego podtypu raka. Ogólne zasady pooperacyjnego leczenia systemowego wczesnego raka piersi przedstawia rycina nr 4. [9,11,19]

### Hormonoterapia

HT stosuje się u chorych na raka piersi z ekspresją ER >1 % . Rak piersi z niską ekspresją ER (1-9%) cechuje się przebiegiem typowym dla raków hormonozależnych, co stanowi wskazanie do zastosowania oprócz HT także CHT. W uzupełniającej HT stosuje się: tamoksifen, niesteroidowe inhibitory aromatazy - anastrozol i letrozol, steroidowe IA – eksemestan oraz hamujące hormonalną czynność jajników analogi hormonu uwalniające gonadotropinę (GnRH) – goserelinę, lenprorelinę i tryptorelinę. Stosowanie tamoksifenu wiąże się z ryzykiem powikłań zakrzepowo-zatorowych zwiększających się wraz z wiekiem. Natomiast

poprzez agonistyczne działanie na receptor hormonalny w tkance kostnej spowalnia proces osteopenii i zapobiega osteoporozie. Inhibitory aromatazy (leki nowej generacji), które są pozbawione działania agonistycznego na receptor estrogenowy charakteryzują się porównywalną lub wyższą skutecznością i odmiennym profilem toksyczności. Ze względu na wzrost ryzyka osteoporozy i związanych z nią złamań, PTOK zaleca kontrolę gęstości mineralnej kości przed rozpoczęciem zażywania IA, w trakcie terapii oraz profilaktycznie podawać preparaty wapnia i witaminy D. [9,11,13,20]

### Hormonoterapia przed menopauzą

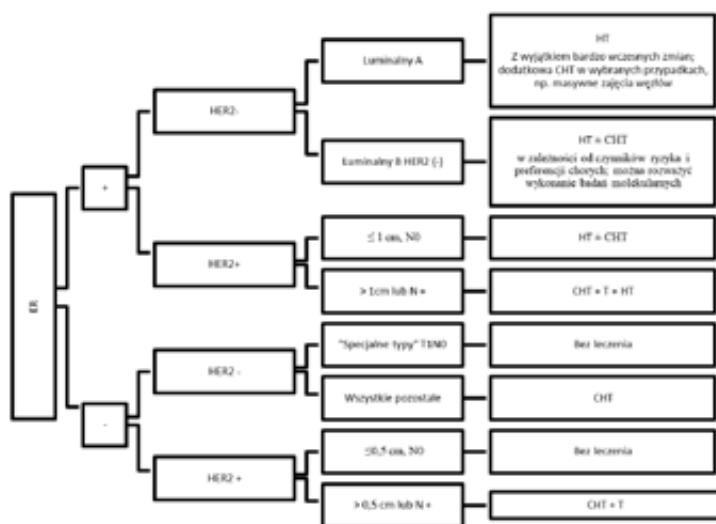
U chorych przed menopauzą podstawowym lekiem hormonalnym jest tamoksifen w dawce 20 mg stosowany przez 5-10 lat. W przypadku wystąpienia menopauzy wywołanej podaniem tamoksifenu należy monitorować poziom hormonów płciowych. U chorych < 35 r. ż. , u chorych przed menopauzą z cechą N+ lub z wysokim wskaźnikiem proliferacji należy zastosować goserelinę w połączeniu z tamoksyfem lub eksemestaniem. U pacjentek przed menopauzą nie można stosować IA bez wcześniejszej supresji jajników. [9,11]

### Hormonoterapia po menopauzie

U chorych po menopauzie stosuje się tamoksifen, IA lub sekwencję tych leków. Podczas leczenia należy unikać równoczesnego stosowania silnych lub umiarkowanych inhibitorów enzymu CYP2D6, zwłaszcza leków antydepresyjnych z grupy inhibitorów zwrotnych serotoniny - fluoksetyny, paroksetyny, citalopramu czy fluwoksaminy i sertraliny. Przeciwwskazaniem do stosowania IA jest osteoporoza. [9,11]

### Chemioterapia

W przedoperacyjnej i pooperacyjnej chemioterapii zaleca się sekwencyjne stosowanie wielolekowych schematów opartych na antracyklinach i taksoidach. Nie jest zalecane jednoczesne stosowanie tych leków. W przypadku stwierdzenia choroby resztkowej po zastosowaniu wyżej wymienionej CHT należy rozważyć podanie 6-8 cykli kapecytabiny. U chorych



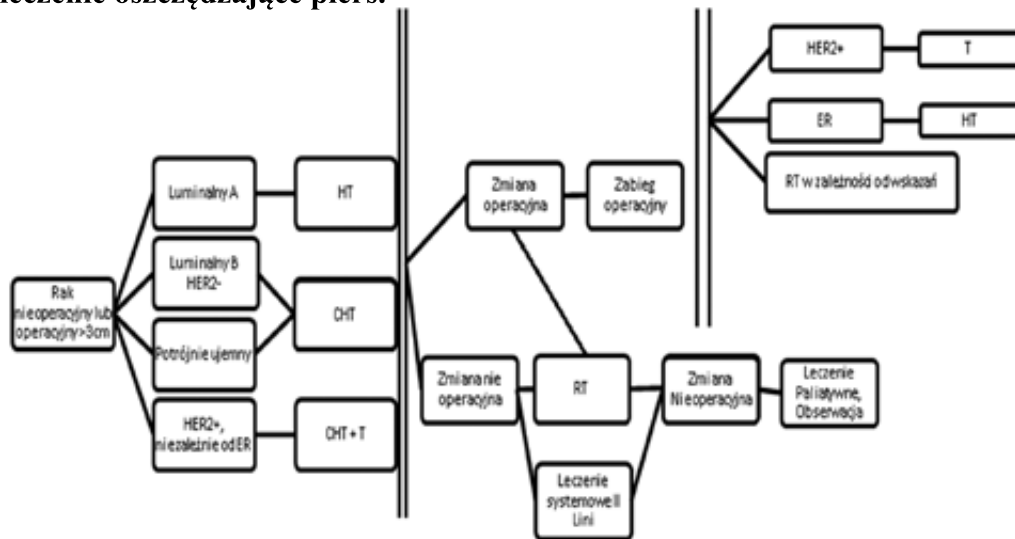
Rycina 4. Ogólne zasady pooperacyjnego leczenia systemowego wczesnego raka piersi. HT- hormonoterapia; CHT - chemioterapia; T- trastuzumab; RT - radioterapia

z mutacją BRCA1/2 należy rozważyć zastosowanie przedoperacyjnej CHT w połączeniu z pochodną platyny, a w leczeniu pooperacyjnym oprócz antracyklin i taksoidów powinny otrzymywać cyklofosfamid. [9,11]

**Leczenie anty-HER2**

W okołooperacyjnym leczeniu chorych z cechą HER2+ wykorzystuje się CHT w skojarzeniu z trastuzumabem podawanym przez rok czasu. W celu zmniejszenia kardiotoxyczności zalecane jest sekwencyjne stosowanie antracyklin z trastuzumabem lub schematów bez udziału antracyklin. Leczenie trastuzumabem łączy się z podwyższonym ryzykiem wystąpienia czynnościowych zaburzeń serca i jest przeciwwskazane u chorych z udokumentowaną niewydolnością lub frakcją wyrzutową lewej komory < 50%. W związku z jego kardiotoxycznością należy co 3 miesiące oceniać czynność serca. [9,11]

**Rycina nr 5. Strategia leczenia miejscowo zaawansowanego raka piersi. HT-hormonoterapia; CHT-chemioterapia; T-trastuzumap; RT-radioterapia; BCT( breast conserving treatment)-leczenie oszczędzające piersć.**



**Leczenie uogólnionego raka piersi (Stopień IV)**

Rozsiany rak piersi jest traktowany jako choroba nieuleczalna. Terapia w tej sytuacji ma charakter paliatywny. Celem jej jest wydłużenie i poprawa jakości życia. W leczeniu uogólnionego raka piersi wykorzystuje się systemowe

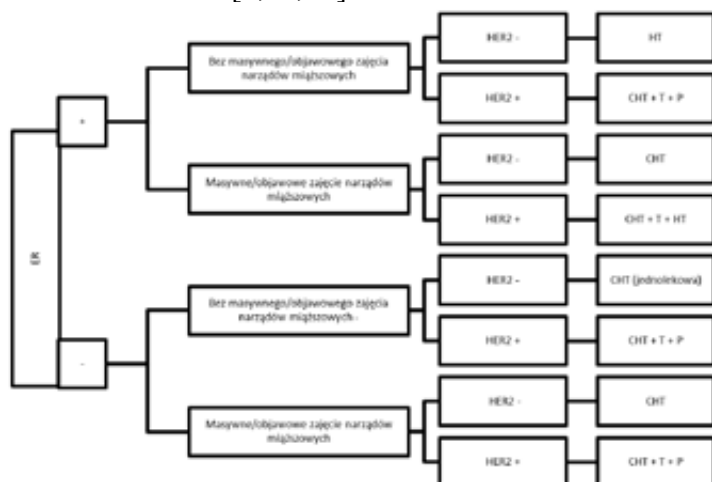
**Leczenie miejscowo zaawansowanego raka piersi (Stopień III)**

Terminem „miejscowo zaawansowany rak piersi” opisuje się grupę chorych z rakiem piersi w zaawansowaniu T3-4 lub N2. U tych osób nie stwierdza się przerzutów odległych, natomiast występuje: naciek raka na ścianę klatki piersiowej, owrzodzenie lub nacieczenie skóry przez raka, objaw „skórki pomarańczy”, guzki satelitarne, rak zapalny, przerzuty do zamostkowych węzłów chłonnych lub obrzek kończyny górnej po stronie raka oraz duża dynamika wzrostu guza. U tej grupy chorych badania wykonywane rytunowo w stopniu I i II należy uzupełnić o ocenę jamy brzusznej w badaniu ultrasonograficznym, tomokomputerowym lub Mr oraz scyntygrafię kości. U chorych na tego typu raka piersi stosuje się wstępne systemowe leczenie, a następnie chirurgię w połączeniu z RT lub radykalną RT. Wykorzystuje się takie same sposoby leczenia jak w przypadku chorych na wczesnego raka piersi. Wybór metody miejscowego zaawansowanego leczenia raka zależy od odpowiedzi na wstępne leczenie systemowe. Strategie leczenia przedstawiono na rycinie nr 5. [9,11,13,19]

i miejscowe metody leczenia. W wyborze leczenia zaawansowanego raka piersi należy wziąć pod uwagę typ nowotworu, jego rozległość i lokalizację zmian, dynamikę wzrostu, uprzednio zastosowane leczenie, stan ogólny i schorzenia towarzyszące. Ogólne zasady leczenia chorych na uogólnionego raka piersi przedstawiono na rycinie nr 6 [9,11,13]

### Rak piersi ERi/lub PR-dodatni, HER2-ujemny

U chorych przed menopauzą wskazane jest wykonanie miejscowej kastracji chirurgicznej lub farmakologicznej, która pozwala rozszerzyć zakres hormonoterapii. W HT zaawansowanego raka piersi stosuje się - tamoksifen, IA (anastrozol i letrozol) i fulwestrant, a w następnych liniach – octan megestrolu, octan medroksyprogesteronu lub estrogeny. Rodzaj zastosowanej HT zależy od indywidualnej sytuacji klinicznej oraz ewentualnych przeciwwskazań do jej stosowania. [9,11,13]



**Rycina 6. Pierwszorazowe leczenie systemowe zaawansowanego raka piersi. HT - hormonoterapia, CHT - chemioterapia; T - trastuzumab; P - pertuzumab**

### Rak piersi HER2-dodatni

U chorych na zaawansowanego raka piersi z cechą HER2+ w pierwszej linii leczenia najbardziej skuteczne jest zastosowanie docetakslu, trastuzumabu i pertuzumabu. Pertuzumab to ludzkie przeciwciało wiążące się z zewnętrzną domeną receptora HER2. Poprzez przyłączenie się do receptora blokuje jego dimeryzację i aktywację. Ze względu na różne miejsca wiązania pertuzumabu i trastuzumabu łączne stosowanie tych leków nie znosi ich wzajemnego działania, ale je wzmacnia. U chorych w przypadku progresji po leczeniu z zastosowaniem taksoidów i trastuzumabu można rozważyć zastosowanie lapatynibu z kapecytabiną. Zastosowanie koniugatu trastuzumabu z lekiem cytotoksycznym emtansyną (T-DM1- lek nie jest w Polsce

refundowany) u chorych z progresją choroby po leczeniu taksoidami i trastuzumabem pozwala uzyskać dłuższy OS (całkowite przeżycie) i PFS (czas przeżycia wolny od progresji) w porównaniu ze skojarzeniem lapatynibu z kapecytabiną. Skojarzenie trastuzumabu z emtansyną zapewnia lepsze przechodzenie leku cytotoksycznego do komórek z nadekspresją HER2, a tym samym zmniejszenie uszkodzenia komórek prawidłowych. Najczęstszym działaniem niepożądanym podczas stosowania leku jest małopłytkowość oraz podwyższenie aktywności aminotransferaz. W trakcie leczenia trastuzumabem z emtansyną należy monitorować czynność serca. [9,11,13,21]

### Rak piersi ER/PR- ujemny lub ER/PR- dodatni i oporny na hormonoterapię, HER2-ujemny

Zastosowanie jedno lub wielolekowej chemioterapii jest uzależnione od indywidualnej sytuacji klinicznej. U większości chorych preferowane jest sekwencyjne stosowanie pojedynczych leków. Wielolekową CHT stosuje się jedynie kiedy konieczne jest uzyskanie szybkiej remisji ze względu na: występujące dolegliwości, pojawiające się przerzuty o dużej objętości lub gwałtowną progresję choroby. U chorych z rozsiałym rakiem piersi w I linii leczenia, które otrzymywały antracykliny lub taksoidy w ramach uzupełniającej CHT można rozważyć ponowne ich zastosowanie. Warunkiem jest przekroczenie 12 miesięcy do czasu nawrotu choroby, ustąpienie polineuropatii i nie osiągnięcie maksymalnej kumulacyjnej dawki życiowej. W kolejnych liniach leczenia można wykorzystać jednolejkową lub wielolekową metronomiczną CHT niskimi dawkami cyklofosfamidu i metroteksatu, kapecytabiny lub winorelbiny. [9,11]

### Podsumowanie

Od września tego roku zapowiedziano zmiany w leczeniu raka piersi. W obwieszczeniu Ministra Zdrowia z dnia 30 sierpnia 2019 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych, pojawiły się nowe leki objęte refundacją.

Ilość leków stosowanych w leczeniu raka piersi, które podlegają refundacji wzrosła do 11 pozycji. W tym momencie polskie standardy leczenia raka piersi zrównują się z poziomem zachodnioeuropejskim. Jednymi z leków, które zostały wprowadzone na listę refundacyjną są Kisqali (rybocyklib) i Ibrance (palbociclib). Dodatkowo na listę bezpłatnych leków stosowanych w skojarzonym, przedoperacyjnym leczeniu raka piersi dołączyły Perjeta (pertuzumab) i Herceptin (trastuzumab). Wprowadzenie innowacyjnych leków zwiększa szanse na wyleczenie raka piersi u wielu kobiet. Nowotwór ten ma szansę stać się w Polsce coraz mniejszą przyczyną umieralności kobiet na to schorzenie. [22]

**mgr farm. Zofia Zarzycka**

**Piśmiennictwo**

1. <https://www.who.int/cancer/prevention/diagnosis-screening/breast-cancer/en/>
2. <https://www.onkologia.org.pl>
3. Sowa M., Smuczyński W., Tarkowski M., Wójcik K., Kochański B. Analiza wybranych czynników raka piersi. *Journal of Education, Health and Sport* 2015;5(4):245-250
4. Ławicki S., Mroczko B., Szmitkowski M. Markery nowotworowe raka piersi. *Postępy Hig Med. Dosw* 2004;58:292-300
5. Bojakowska U., Kalinowski P., Kowalska M. Epidemiologia i profilaktyka raka piersi, *Journal of Education, Health and Sport* 2016;6(8):701-710.
6. Prof. nadzw. UR dr hab. n. med. Karczmarek-Borowska B., Walowska A., Analiza czynników ryzyka zachorowania na raka piersi u kobiet po mastektomii badania wstępne *Problemy Nauk Stosowanych* 2017, Tom 6, s. 135 – 146
7. Szkilea M., Worach-Kardas H., Marcinowski J. T. Nowotwór złośliwy piersi – epidemiologia, czynniki ryzyka, znaczenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej. *Probl Hig Epidemiol* 2014,95(2):292-302
8. Malczyk E., Majchrzak Ż. Żywieniowe czynniki ryzyka rozwoju raka piersi. *Probl Hig Epidemiol* 2015. 96(1):67-76
9. Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B et al. Breast cancer. *Oncol Clin Pract* 2018; 14., DOI: 10.5603/OCP.2018.0027
10. Hockel M., Heckl U., Nagel G. Pacjent z chorobą nowotworową *Wyd. MedPharm* 2010, ISBN: 978-83-60466-34-6
11. Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie zaleceń postępowania dotyczących diagnostyki i leczenia raka piersi (*Dz. Urz. MZ* z 2018, poz. 53)
12. Smoleń E., Dobrowolska B. Praktyka samobadania piersi i wykonywanie mammografii w grupie pielęgniarek a zmienne socjodemograficzne. *Medycyna środowiskowa* 2017,20(1):56-65
13. Winczura P., Senkus-Konefka E., Jassem J. Polskie i międzynarodowe zalecenia dotyczące leczenia raka piersi. *NOWOTWORY Journal of Oncology* 2013,63(1):58-65
14. Niemiec J., Ryś J. Morfologia i immunohistochemia raka piersi w świetle nowych poglądów na temat karcinogenezy *POLJ PATHOL* 2009; 3 (SUPPLEMENT1): S1-S9
15. Niemiec J., Ryś J. Podtyp podstawny raka piersi – jednostka o specyficznej charakterystyce immunofenotypowej? *POL J PATHOL* 2009;3(1):36-44
16. Nowacka- Zawisza M., Krajewska W. M., Potrójnie negatywny rak piersi: molekularna charakterystyka i potencjalne strategie terapeutyczne *Postępy Hig Med. Dosw*, 2013; 67: 1090-1097
17. Pieńkowski T. Rak piersi – wybrane aspekty leczenia systemowego. *POL J PATHOL* 2014;65(4)(2):1-8
18. Kruczak A., Rozmus-Piętoń M., Marchińska-Osika U. Ocena statusu HER2 w raku piersi. *Diagnostyka laboratoryjna. Journal of Laboratory Diagnostics* 2009;45(4):315-323
19. Kordek R., Jassem J, Krzakowski M., Jeziorski A, *Onkologia podręcznik dla studentów*. Wyd. 2, Gdańsk 2004, dodruk 2006, ISBN 83-60072-30-2
20. Łacko A., Matkowski R. Leczenie chorych na raka piersi w podeszłym wieku. *Onkologia w Praktyce Klinicznej* 2007,3 (1):16-22
21. Kuc-Rajca M., Walaszkowska-Czyż A. Nowe możliwości leczenia uogólnionego raka piersi. *OncoReview* 2013;3(1):59-62
22. Obwieszczenie Ministra Zdrowia w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych(*Dz. Urz. MZ* z 2019; poz.65)

**Spis rycin**

Ryc. 1  
<http://www.piersi.org/diagnozowanie-raka-piersi/>

Ryc. 2-6  
 Na podstawie: Jassem J, Krzakowski M, Bobek-Billewicz B et al. Breast cancer. *Oncol Clin Pract* 2018; 14., DOI: 10.5603/OCP.2018.0027





mgr Katarzyna Szalabska

## Cukrzyca, zaburzenia męskiego układu rozrodczego a suplementacja resweratolem

**C**ukrzyca definiowana jest jako zespół zaburzeń metabolicznych, charakteryzujący się przewlekłą hiperglikemią, połączoną z zaburzeniami gospodarki węglowodanowej, białkowej i lipidowej, w wyniku upośledzenia wydzielania insuliny przez trzustkę lub jej działania [1]. Wśród licznych patomechanizmów mogących wpłynąć na rozwój cukrzycy, można wyróżnić m.in. zwiększoną produkcję wolnych rodników tlenowych, prowadzącą w konsekwencji do wystąpienia stresu oksydacyjnego [2]. W przypadku, gdy organizm poddawany jest długotrwałej ekspozycji na stres oksydacyjny, dochodzi do wystąpienia licznych powikłań cukrzycowych, takich jak: retinopatia, nefropatia, neuropatia, zmiany mikro- i makronaczyniowe czy zaburzenia funkcji układu autonomicznego (w tym zaburzenia seksualne) [1, 3].

Cukrzyca to problem globalny – International Diabetes Federation podaje, iż w roku 2017-tym blisko 425 milionów osób na świecie cierpiało na cukrzycę, przy czym w Polsce liczba ta osiągnęła prawie 2,5 miliona [4]. Zmieniennym jest, iż w populacji wiekowej 20-69 lat to mężczyźni wykazywali większą tendencję do zapadania na tę chorobę [5]. Wiąże się to bezpośrednio ze zwiększonym ich narażeniem na wystąpienie zaburzeń erekcji, czy finalnie niepełności [6-8].

Zaburzenia erekcji dotyczą blisko 35-90% mężczyzn chorych na cukrzycę. Światowa literatura podaje, iż zaburzenia te mają u nich zazwyczaj cięższy przebieg i jednocześnie pojawiają się o około 10-15 lat wcześniej niż u ich rówieśników nie obciążonych tą chorobą [9]. Co więcej, udowodniono, iż zaburzenia erekcji należą do powikłań cukrzycowych związanych z wystąpieniem w organizmie zwiększonego stresu oksydacyjnego. Prawdopodobnie

patogeneza tego zjawiska opiera się na nadmiernej produkcji wolnych rodników, które to ograniczają wazodylatacyjne działanie tlenu azotu. Dodatkowo może dojść do upośledzenia funkcji śródbłonkowego czynnika hiperpolaryzującego, skutkującej dysfunkcją tkanki erekcyjnej [10]. Z drugiej strony, cukrzyca to także powikłania mikro- i makronaczyniowe, sprzyjające rozwojowi chorób sercowo-naczyniowych, wykazujących korelację z zaburzeniami erekcji [11]. Wśród innych czynników mających wpływ na wystąpienie zaburzeń erekcji w cukrzycy naukowcy wymieniają również obniżony poziom testosteronu (wskazujący na upośledzenie czynności jąder) czy neuropatie obwodowe i autonomiczne (zaburzenia unerwienia przywspółczulnego potrzebnego do rozluźnienia mięśni gładkich ciał jamistych prącia) [9-10, 12-13].

Przewlekłe utrzymujący się w cukrzycy stan hiperglikemii może doprowadzić do wystąpienia w wyniszczonym organizmie stanu insulinooporności, która to w połączeniu z nadwagą wpływa niekorzystnie na parametry nasienia mężczyzn – wśród zaobserwowanych patologii były m.in. zmniejszenie liczby i ruchliwości plemników czy ich nieprawidłowe zmiany morfologiczne. Oprócz tego zaobserwowano upośledzenie procesu spermatogenezy, zmniejszenie poziomu testosteronu, zaburzenia wytrysku (wytrysk wsteczny) czy finalnie - aspermię. W konsekwencji, wszystkie te patologie prowadzą do wystąpienia zjawiska niepełności u mężczyzn [6-8].

Oczywistym wydaje się fakt, iż w celu unormowania patologii cukrzycowych na tle zaburzeń seksualnych konieczne jest włączenie leczenia przeciwcukrzycowego. Jednocześnie farmakoterapia zaburzeń erekcji to obecnie

doraźne środki mające na celu wywołanie tymczasowego wzwodu prącia (doustne inhibitory fosfodiesterazy typu 5 i doprąciowe iniekcje z substancjami erekto-gennymi) – obarczone są one wystąpieniem poważnych działań niepożądanych, przy jednoczesnym braku efektu u części pacjentów [14]. Powszechność występowania zaburzeń erekcji czy niepłodności u mężczyzn chorych na cukrzycę skłania naukowców do poszukiwania bardziej kompleksowych rozwiązań i biorąc pod uwagę fakt, iż cukrzyca wiąże się bezpośrednio z zwiększonym stresem oksydacyjnym, uzasadnionym wydaje się poszukiwanie substancji czynnych będących antyoksydantami. Na szczególną uwagę zasługują substancje pochodzenia roślinnego, w tym polifenolowy związek z grupy stilbenów – resweratrol. Związek ten w badaniach *in vivo* na szczurach i królikach z indukowaną cukrzycą wykazywał pozytywny efekt na parametry ich nasienia, normalizację morfologii ich narządów rozrodczych, hamowanie zjawiska apoptozy w komórkach jąder oraz niwelowanie zaburzeń erekcji [3, 15].

Biorąc pod uwagę fakt, iż liczne prace naukowe potwierdzają działanie antyoksydacyjne resweratrolu, ale brak jest badań dotyczących jego wpływu na parametry stresu oksydacyjnego w jądrach, w Katedrze i Zakładzie Farmakognozji i Fitochemii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego zostały przeprowadzone badania mające na celu ocenę wpływu resweratrolu na parametry stresu oksydacyjnego w jądrze szczurów z eksperymentalnie wywołaną cukrzycą. Wyniki otrzymane w toku tego eksperymentu wskazują na pozytywny wpływ resweratrolu w zwalczaniu skutków stresu oksydacyjnego spowodowanego cukrzycą w szczurzych jądrach, a zwłaszcza na jego zdolność do regulacji aktywności enzymów antyoksydacyjnych i stężenia endogennych antyoksydantów [16]. Niniejsze badania mogą stanowić podstawę do podjęcia dalszych kroków potwierdzających zastosowanie resweratrolu w terapii powikłań cukrzycowych w obszarze jąder, jak i całego męskiego układu rozrodczego.

**mgr Katarzyna Szalabska<sup>1</sup>,  
dr hab. n. farm. Ilona Kaczmarczyk-Sedlak,  
prof. nadzw. SUM<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Studenckie Koło Naukowe przy Katedrze i Zakładzie Farmakognozji i Fitochemii, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Jagiellońska 4, 41-200 Sosnowiec, katarzyna.szalabska@med.sum.edu.pl

<sup>2</sup> Katedra i Zakład Farmakognozji i Fitochemii, Wydział Farmaceutyczny z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej w Sosnowcu, Śląski Uniwersytet Medyczny w Katowicach, Jagiellońska 4, 41-200 Sosnowiec, isedlak@sum.edu.pl

Piśmiennictwo:

1. American Diabetes Association. Diagnosis and Classification of Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 2010; 33 (1): 62-69
2. Maritim AC, Sanders RA, Watkins JB III. Diabetes, Oxidative Stress, and Antioxidants: A Review. *J Biochem molecular Toxicology* 2003; 17 (1): 24-38
3. Faid I, Al-Hussaini H, Kilarkaje N. Resveratrol alleviates diabetes-induced testicular dysfunction by inhibiting oxidative stress and c-Jun N-terminal kinase signaling in rats. *Toxicology and Applied Pharmacology* 2015; 289 (3): 482-494
4. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edition 2017, Global Factsheet. International Diabetes Federation 2017; 1-2, <http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html> [data cytowania: 26.11.2018r.]
5. International Diabetes Federation. IDF Diabetes Atlas, 8th edition 2017, Regional Factsheet Europe. International Diabetes Federation 2017; 1-2, <http://diabetesatlas.org/resources/2017-atlas.html> [data cytowania: 26.11.2018]
6. Glazer CH, Bonde JP, Eisenberg ML, Giwercman A, Hærvig KK, Rimborg S, Vassard D, Pinborg A, Schmidt L, Bräuner EV. Male Infertility and Risk of Nonmalignant Chronic Diseases: A Systematic Review of the Epidemiological Evidence. *Semin Reprod Med* 2017; 35:282-290
7. Glazer CH, Bonde JP, Giwercman A, Vassard D, Pinborg A, Schmidt L, Bräuner EV. Risk

- of diabetes according to male factor infertility: a register-based cohort study. *Human Reproduction* 2017; 32 (7): 1474–1481
8. Agbaje IM, Rogers DA, McVicar CM, McClure N, Atkinson AB, Mallidis C, Lewis SEM. Insulin dependant diabetes mellitus: implications for male reproductive function. *Human Reproduction* 2007; 22 (7): 1871–1877
  9. Malavige LS, Levy JC. Erectile Dysfunction in Diabetes Mellitus. *The Journal of Sexual Medicine* 2009; 6 (5): 1232–1247
  10. Holt RIG, Cockram CS, Flyvbjerg A, Goldstein BJ. Textbook of diabetes. Fourth Edition. Wielka Brytania: Wydawnictwo Wiley-Blackwell John Wiley & Sons; 2010: 743-752
  11. Grover SA, Lowensteyn I, Kaouache M. The Prevalence of Erectile Dysfunction in the Primary Care Setting. Importance of Risk Factors for Diabetes and Vascular Disease. *Arch Intern Med* 2006; 166 (2):213-219
  12. Boyanov MA, Boneva Z, Christov VG. Testosterone supplementation in men with type 2 diabetes, visceral obesity and partial androgen deficiency. *The Parthenon Publishing Group* 2003; 6 (1): 1–7
  13. Malavige LS, Jayaratne SD, Kathriarachchi ST, Sivayogan S, Fernando DJ, Levy JC. Erectile Dysfunction Among Men with Diabetes is Strongly Associated with Premature Ejaculation and Reduced Libido. Original Research – Men’s Sexual Health. *J Sex Med* 2008; 5:2125–2134
  14. Alwaal A, Zaid UB, Lin CS, Lue TF. Stem cell treatment of erectile dysfunction. *Advanced Drug Delivery Reviews* 2015; 82–83: 137–144
  15. Park EJ, Pezzuto JM. The pharmacology of resveratrol in animals and humans. *Biochimica et Biophysica Acta* 2015; 1852 (6): 1071–1113
  16. Szałabska K. Wpływ resweratrolu na parametry stresu oksydacyjnego w jądrze szczurów z eksperymentalnie wywołaną cukrzycą. Praca magisterska, Katedra i Zakład Farmakognozji i Fitochemii Śląskiego Uniwersytetu Medycznego, Sosnowiec 2018; 1-115



mgr Justyna Kordaszewska

# Leczenie migreny

## 1. Wstęp

**M**igrena jest zaburzeniem neurologicznym, zaliczanym do pierwotnych bólów głowy, który obejmuje szereg nieprawidłowych sieci neuronalnych, oddziałujących na różnych poziomach centralnego i obwodowego układu nerwowego. Charakteryzuje się bolesnymi atakami trwającymi od 4 do 72 godzin. Ból jest zazwyczaj zlokalizowanymi jednostronnie, pulsujący i towarzyszy mu uczucie nudności, wymioty i światłowstręt. Kryteria klasyfikacji rozpoznają 2 główne typy: migrenę z i bez aury.

W badaniach epidemiologicznych wykazano, że odsetek osób dorosłych w Europie zgłaszających bóle głowy wynosił 51%, natomiast migrena dotyczy około 14% populacji. Przewlekłe bóle głowy tj. ból głowy występujący 15 lub więcej dni w ciągu miesiąca występują u 4% populacji dorosłych [3]. Migrena ma duży wpływ na samopoczucie i jakość życia chorych i ich rodzin. Uważa się, że jest najczęstszą neurologiczną przyczyną niepełnosprawności na świecie. Wiele badań epidemiologicznych udokumentowało jej wysoką częstość występowania oraz skutki społeczno-ekonomiczne i osobiste. W badaniu Global Burden of Disease 2010 została uznana za trzecią najważniejszą przyczynę niepełnosprawności na świecie zarówno wśród mężczyzn, jak i kobiet w wieku poniżej 50 lat [1,2,3,4].

## 2. Klasyfikacja migreny

Klasyfikacja stworzona przez International Headache Society wyróżnia następujące postacie migreny:

- 1 Migrena bez aury
- 2 Migrena z aurą
- 2.1 Migrena z typową aurą

- 2.1.1 Typowa aura z bólem głowy
- 2.1.2 Typowa aura bez bólu głowy
- 2.2 Migrena z aurą pnia mózgu
- 2.3 Migrena hemiplegiczna (połowiczoporażna)
  - 2.3.1 Rodzinna migrena hemiplegiczna
  - 2.3.2 Sporadyczna migrena hemiplegiczna
- 2.4 Migrena siatkówkowa
- 3 Migrena przewlekła
- 4 Powikłania migreny
  - 4.1 Stan migrenowy
  - 4.2 Uporczywa aura bez zawału mózgu
  - 4.3 Migrenowy zawał mózgu
  - 4.4 Napad migrenowy wywołany aurą
- 5 Migrena prawdopodobna
  - 5.1 Migrena prawdopodobna bez aury
  - 5.2 Migrena prawdopodobna z aurą
- 6 Epizodyczne zespoły, które mogą być związane z migreną
  - 6.1 Nawracające zaburzenia żołądkowo-jelitowe
    - 6.1.1 Zespół wymiotów cyklicznych
    - 6.1.2 Migrena brzuszna
  - 6.2 Łagodne napadowe zawroty głowy
  - 6.3 Łagodny napadowy kręcz szyi

Główne typy migreny to migrena bez aury oraz migrena z aurą. Pozostałe występują dosyć rzadko. Migrena bez aury charakteryzuje się nawracającymi bólami głowy. Objawiają się one jako ataki trwające od 4 do 72 godzin. Typowe cechy tego rodzaju bólu głowy to jednostronne umiejscowienie, pulsowanie, umiarkowana lub ciężka intensywność, narastanie przy rutynowej aktywności fizycznej. Często towarzyszą mu nudności, wymioty, światłowstręt i fonofobia. Migrenowy ból głowy u dzieci i młodzieży jest częściej dwustronny niż u dorosłych. Jednostronny ból pojawia się zwykle w późnej młodości lub wczesnym dorosłym życiu. Migrenowy ból głowy jest zwykle zlokalizowany w okolicy przednio-skroniowej. Pojedynczy

atak bólu migrenowego jest ciężko odróżnić od innych rodzajów bólu głowy dlatego jest wymagane przynajmniej 5 ataków by rozpoznać u pacjenta migrenę.

Niektórzy pacjenci doświadczają także fazy zwiastunów. Objawy prodromalne mogą rozpoczynać się kilka godzin, dzień lub dwa dni przed innymi objawami ataku migreny. Obejmują one różne kombinacje zmęczenia, trudności w koncentracji, sztywności szyi, wrażliwości na światło lub dźwięk, nudności, niewyraźne widzenie, ziewanie i bladłość. Wśród powszechnych symptomów prodromalnych są też: zmęczenie, podniecenie lub obniżenie nastroju, niezwykle głód i apetyt na niektóre pokarmy.

Po ustąpieniu ataku bólu może wystąpić faza postdromalna. Pojawia się wtedy najczęściej uczucie zmęczenia lub znużenia, trudności z koncentracją, które utrzymują się do 48 godzin. Objawy prodromalne i postdromalne mogą pojawić się zarówno podczas migreny z aurą, jak i podczas migreny bez aury [2,5].

Migrena z aurą jest rzadziej występującą postacią, zdarza się też, że u pacjentów, którzy mają ataki migreny z aurą, pojawiają się również ataki bez aury. Aura to wczesne objawy ataku migreny, uważane za przejaw ogniskowej dysfunkcji mózgu. Aura zwykle trwa 20-30 minut i poprzedza ból głowy. Jej najczęstszą postacią jest aura wizualna, występująca u ponad 90% pacjentów z migreną z aurą, nazywana jest aurą typową. Manifestuje się w formie objawów wzrokowych: mroczki, błyski, świecące punkty, upośledzenie pola widzenia, zniekształcenia i zmiany proporcji przedmiotów. W innych przypadkach aura może mieć charakter zaburzeń czuciowych, w postaci mrowienia, drętwienia, niedowładów w obrębie większej lub mniejszej części jednej strony ciała, twarzy lub języka. Rzadziej występują zaburzenia mowy, zwykle afazje i dyfazje, ale często trudne do sklasyfikowania. Badania wykazały, że u wielu pacjentów z aurą wzrokową występują czasem zaburzenia czuciowe lub mowy. Kiedy objawy aury są różnorodne, zwykle następują kolejno po sobie, zaczynając od wzrokowych, potem czuciowych. Aura jest zjawiskiem całkowicie odwracalnym

i zazwyczaj ustępuje miejsca pojawiającemu się bólowi głowy.

Migrena hemiplegiczna to występująca wyjątkowo rzadko choroba, zwykle o podłożu genetycznym. Objawia się charakterystyczną aurą z osłabieniem lub drętwieniem jednej strony ciała, zaburzeniami wzrokowymi oraz upośledzoną mową. Objawy te przypominają udar mózgu, lecz są całkowicie odwracalne i zazwyczaj mijają po 72 godzinach, chociaż zdarza się, że u niektórych pacjentów osłabienie ruchowe może utrzymywać się przez tydzień.

Migrenę siatkówkową opisuje się jako powtarzające się ataki zaburzenia widzenia w jednym oku związane z migrenowym bólem głowy. Objawy wzrokowe rozwijają się stopniowo w ciągu 5 min. i trwają zazwyczaj do 60 min. Mogą przejawiać się jako mroczki, iskrzenia aż do całkowitej, czasowej ślepoty. W przypadku tego typu objawów konieczne jest wykonanie badań w celu wykluczenia innych przyczyn przemijających zaburzeń wzroku.

Przewlekłą migrenę rozpoznajemy gdy ból głowy występuje przez co najmniej 15 dni w miesiącu przez ponad trzy miesiące i posiada cechy bólu migrenowego. Często przyczyną objawów wskazujących na przewlekłą migrenę jest nadużywanie leków. Badania wykazały, że około 50% pacjentów powraca do epizodycznej postaci migreny po odstawieniu leków. Tacy pacjenci są błędnie diagnozowani jako cierpiący na migrenę przewlekłą. W tych przypadkach prawidłową diagnozą jest ból głowy spowodowany nadużywaniem leków. Podobnie wielu pacjentów najwyraźniej nadużywających leków nie odczuwa poprawy po wycofaniu leku, wtedy mówimy o migrenie przewlekłej. Po odstawieniu leku migrena albo powróci do postaci epizodycznej, albo pozostanie chroniczna i powinna zostać odpowiednio zdiagnozowana.

Niekiedy ból może przekształcić się w wyniszczający atak migreny trwający ponad 72 godziny. Jest to stan migrenowy zaliczany do powikłań migreny. Chorzy po ustąpieniu ataku potrzebują zazwyczaj odpoczynku do 12 godzin z powodu przyjmowania leków lub snu. Innym powikłaniem może być uporczywa aura

bez zawału, kiedy objawy neurologiczne utrzymują się przez tydzień lub dłużej bez objawów zawału w badaniu neuroobrazowym. Jeśli jednak neuroobrazowanie wykazuje udar niedokrwienny mózgu, a objawy aury utrzymywały się ponad tydzień, rozpoznaje się zawał migrenowy. Zwiększone ryzyko udaru niedokrwiennego u pacjentów z migreną z aurą zostało wykazane w kilku badaniach populacyjnych. Aura migrenowa może wywoływać również atak padaczkowy. Obie te choroby są przykładami napadowych zaburzeń mózgu. Podczas gdy bóle migrenopodobne występują dość często w epilepsji po okresie napadu, czasami napady występują podczas lub po ataku migreny.

W klasyfikacji migreny uwzględnione są również migrenopodobne ataki posiadające jedną z cech potrzebnych do spełnienia wszystkich kryteriów dla danego typu migreny i niespełniające kryteriów dla innego bólu głowy. Określane są jako migrena prawdopodobna. Powodem powstania tego typu jest to, że łagodne ataki migreny lub ataki leczone wcześniej często nie osiągają wszystkich cech koniecznych do rozpoznania ataku migreny, ale mimo to reagują na specyficzne leczenie migreny.

Z migreną związane są również zespoły okresowe epizodyczne. Zaliczamy do nich nawracające zaburzenia żołądkowo-jelitowe, łagodne napadowe zawroty głowy oraz łagodny napadowy kręć szyi. Ta grupa zaburzeń występuje u pacjentów, którzy również mają migrenę z aurą lub bez aury, lub którzy mają zwiększone prawdopodobieństwo rozwinięcia któregośkolwiek z tych zaburzeń. Chociaż historycznie odnotowano, że mają miejsce w dzieciństwie, mogą również wystąpić u dorosłych. Dodatkowe stany, które mogą również wystąpić u tych pacjentów, obejmują epizody choroby lokomocyjnej i okresowe zaburzenia snu, w tym chodzenie lub mówienie podczas snu, nocne koszmary i bruksizm [2,5,6].

### 3. Patogeneza

W ciągu ostatnich lat wiedza na temat biologii migreny znacznie się poprawiła. Od teorii naczyniowej dziedzina przeniosła się do teorii neuronalnych obejmujących centralny lub

obwodowy układ nerwowy, lub jedno i drugie. Wiele badań koncentrowało się na specyficznych strukturach mózgu, które uważane są za podstawę bólu, prawdopodobnie pierwotnego objawu migreny. Dzięki tym postępom stało się jasne, że koncepcja unikalnego generatora migreny może nie być przydatna, biorąc pod uwagę różnorodność nakładających się faz, które stanowią atak migreny. Obecnie powszechnie uważa się, że migrena powinna być postrzegana jako złożone zaburzenie sieci mózgowej o silnej podstawie genetycznej, która obejmuje wiele regionów korowych, podkorowych i pnia mózgu, aby uwzględnić ból i szeroką konstelację objawów charakteryzujących atak [1,7].

Układ trójdzielno-naczyniowy jest jednym z kluczowych czynników uczestniczących w wyzwalaniu migrenowego bólu głowy. Składa się z obwodowych aksonów ze zwoju nerwu trójdzielnego, które docierają do opon mózgowych i tętnic wewnątrzczaszkowych. Aktywacja komórek w tym obszarze powoduje uwalnianie wazoaktywnych neuropeptydów, w tym substancji P i peptydu związanego z genem kalcytoniny (CGRP). Te neuroprzekaźniki peptydowe prawdopodobnie indukują sterylne zapalenie, które aktywuje trójdzielne nocycetywne komórki aferentne pochodzące ze ściany naczynia, przyczyniając się do wytwarzania bólu. Jest to potencjalny mechanizm obrzęku tkanek miękkich i naczyń krwionośnych towarzyszących atakom migreny.

Ustalono też, że w wyzwalanie bólu głowy jest zaangażowane podwzgórze. Dowody wskazują, że ta struktura mózgu ma bezpośrednie i pośrednie anatomiczne powiązania ze wzgórzem, neuronami trójdzielno-naczyniowymi oraz współczulnymi i przywspółczulnymi jądrami pnia mózgu, wzmacniając ich rolę w nocycetywnej i autonomicznej modulacji u pacjentów z migreną. Aktywność podwzgórza podczas migreny tłumaczy objawy, które zaczynają się we wczesnych stadiach choroby i trwają przez cały czas ataku, takie jak głód, zmiany nastroju, ziewanie i zmęczenie.

Badania skupiają się również na udziale wzgórza w ataku migreny. Wzgórze jest to centralny obszar przetwarzania i integracji bodźców

bólowych, a jego połączenie z szeroką gamą obszarów korowych, takich jak obszary czuciowe, motoryczne, wzrokowe, słuchowe, węchowe i limbiczne, może wyjaśnić część złożoności cech migreny. Kilka badań donosiło o zmianach strukturalnych i czynnościowych wzgórza u chorych na migrenę w trakcie fazy napadowej i międzynaapadowej migreny. Co więcej, wzgórze okazało się kluczowym obszarem odpowiedzialnym za rozwój nadwrażliwości sensorycznej na bodźce wzrokowe i mechanicznej alodynii [1, 7, 8].

Dobrze poznano rolę kory mózgowej, która podczas szerzącej się fali hamowania czynności bioelektrycznej mózgu generuje aurę. Jednak nie udało się udowodnić, by była bodźcem wywołującym ból migrenowy.

Istotną rolę w wyjaśnianiu patogenezы migreny odegrała teoria biochemiczna. Opiera się ona na udziale neuroprzekazników takich jak serotonina i dopamina w wyzwoleniu ataku bólu. Wahanía stężeń tych substancji powodują zmiany napięcia ścian naczyń oraz aktywację receptorów związanych z powstawaniem nudności i wymiotów, niedociśnienia i innych objawów związanych z epizodem migreny.

Badania populacyjne wskazują na istnieniu uwarunkowanej genetycznie predyspozycji do wystąpienia migreny. Członkowie rodziny osoby cierpiącej na migrenę mają znacznie zwiększone ryzyko zachorowania na migrenę w porównaniu z populacją kontrolną. Ciekawe jest to, że krewni pierwszego stopnia pacjentów cierpiących na migrenę z aurą mieli 4-krotny wzrost względnego ryzyka migreny, podczas gdy krewni pacjentów z migreną bez aury wykazywali tylko 1,9-krotne zwiększenie ryzyka. Ostatnie badania dotyczące całego genomu zidentyfikowały 13 wariantów genów podatności u pacjentów z migreną, które są głównie zaangażowane w neurotransmisję glutaminergiczną i plastyczność synaptyczną, i których upośledzenie można zatem uznać za kluczowy mechanizm leżący u podstaw nieprawidłowej pobudliwości korowej. Pomimo coraz większego zainteresowania tym tematem w ostatnich latach patogenezа migrenowego bólu głowy nie została jak dotąd do końca wyjaśniona [1, 7, 9].

## 4. Leczenie migreny

### 4.1 Leczenie doraźne

Leczeniem pierwszego rzutu ostrego napadu migreny są leki przeciwbólowe. Wybór leków stosowanych do przerywania ataków migreny zwiększył się w ostatnich latach. Obecnie wyróżnia się leki niespecyficzne, czyli leki przeciwbólowe i niesterydowe leki przeciwzapalne (NLPZ) oraz leki specyficzne takie jak pochodne ergotaminy i tryptany. Wybór optymalnego schematu dla danego pacjenta zależy od wielu czynników, z których najważniejszym jest nasilenie ataku. Łagodne napady migreny mogą być zwykle leczone doustnie, ciężkie mogą wymagać leczenia parenteralnego. Odpowiednia dawka wybranego środka powinna być zastosowana tak szybko, jak to możliwe po rozpoczęciu ataku. Jeśli dodatkowe leki są potrzebne w ciągu 60 minut, ponieważ objawy powracają lub nie ustępują, początkową dawkę należy zwiększyć w przypadku kolejnych napadów [10, 11].

Najczęściej stosowaną grupą leków w terapii migreny są NLPZ. Dowody skuteczności w leczeniu migrenowego bólu głowy uzyskano dla kwasu acetylosalicylowego w dawce do 1000 mg, paracetamolu w dawce 1000 mg, ibuprofenu w dawce 200-800 mg, diklofenaku w dawce 50-100 mg, naproxenu w dawce 500-100 mg, metamizolu w dawce 1000 mg oraz kwasu tolfenamowego w dawce 200 mg. Dodatkowo połączenia takie jak kombinacja kwasu acetylosalicylowego, paracetamolu i kofeiny są bardziej skuteczne niż pojedyncze substancje. Pacjenci zażywający leki zawierające kofeinę powinni być jednak uważnie monitorowani, ponieważ istnieje większe prawdopodobieństwo wystąpienia bólu głowy z odbicia [12,13,14,15].

W przypadku ataków, którym towarzyszą silne nudności i wymioty, zaleca się stosowanie leków przeciwwymiotnych i prokinetycznych takich jak metoklopramid, domperidon lub prochlorperazyna. Uważa się, że mogą one poprawić resorpcję i skuteczność działania leków przeciwbólowych [10,16].

Pierwszym lekiem stosowanym w leczeniu migreny była ergotamina należąca do alkaloidów

sporyszu. Z powodu częstych działań niepożądanych oraz indukowania zależnego od leków bólu głowy nie jest obecnie uznawana za lek z wyboru. Jest nadal stosowana w leczeniu długotrwałych ataków ze skłonnością do nawrotów bólu głowy. Pochodne ergotaminy wywierają działanie przeciwmigrenowe w wyniku ich agonistycznego działania na receptory serotoninowe (5-HT), podobny mechanizm działania wykazują tryptany. W przeciwieństwie do pochodnych ergotaminy tryptany pobudzają selektywnie receptor 5-HT<sub>1B/1D</sub>. W badaniach porównawczych tryptany wykazywały lepszą skuteczność niż alkaloidy sporyszu [10,17].

Tryptany są obecnie stosowane w przypadku średnio ciężkich i ciężkich ataków migreny. Pierwszym lekiem z tej grupy jest wprowadzony w 1991 r. sumatryptan. Opracowano również kolejne związki o ulepszonych właściwościach farmakokinetycznych, skuteczności i bezpieczeństwie. Są bardziej lipofilowe niż sumatryptan i w związku z tym lepiej przenikają przez barierę krew-mózg i szybciej osiągają miejsce działania. Obecnie dostępnych jest siedem tryptanów: sumatryptan, zolmitryptan, ryzatryptan, naratryptan, eletriptan, almotryptan i frowatryptan. Tryptany mogą być podawane w każdej chwili podczas ataku migreny. Istnieją jednak dowody na to, że im wcześniej są stosowane po wystąpieniu objawów, tym mocniejsze jest ich działanie. Wszystkie tryptany wykazują w badaniach lepszą skuteczność od placebo i porównywalną z kwasem acetylosalicylowym. Udowodniono również ich skuteczność u 60% pacjentów, którzy nie reagowali na NLPZ. Chociaż są to bezpieczne leki, działania uboczne takie jak uczucie ucisku w klatce piersiowej, dyskomfort w gardle, ból mięśni i parestezje zgłaszane są nawet u 24% pacjentów. Mechanizm działania tryptanów jest oparty na wybiórczym zwężaniu naczyń krwionośnych, co sprawia, że nie są one odpowiednie dla pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowo-mózgowymi i dla osób z niekontrolowanym nadciśnieniem. Przeciwwskazaniem do ich stosowania jest też ciąża i karmienie piersią. Badania nad nowym lekiem, który by nie wykazywał działania zwężającego naczyń, doprowadziły do opracowania lasmiditanu, wysoce selektywnego agonisty receptora 5-HT<sub>1F</sub>, z minimalnymi

wpływem na inne podtypy receptora 5-HT. Lasmiditan jest w trakcie III fazy badań klinicznych [18, 19].

#### 4.2 Leczenie profilaktyczne

Profilaktyczne leczenie migreny powinno się rozważyć w przypadku gdy częstotliwość ataków wynosi dwa lub więcej na miesiąc, powodują one znaczne obniżenie jakości życia, pacjent nie reaguje na doraźne leczenie farmakologiczne lub występują często długie i uciążliwe aury. Decyzję należy dokładnie omówić z pacjentem, uwzględniając skuteczność leków, potencjalne skutki uboczne i interakcje z innymi lekami. Leczenie profilaktyczne nie powstrzyma wszystkich ataków. Uzyskuje się jedynie redukcję częstości występowania bólu głowy o 50% u 2/3 pacjentów. Lekami stosowanymi w profilaktycznym leczeniu migreny są betablokery, blokery kanału wapniowego, leki przeciwpadaczkowe, NLPZ i leki przeciwdepresyjne. Najlepiej przebadane i polecane do stosowania w pierwszej kolejności są betablokery: propranolol, metoprolol, bloker kanałów wapniowych: flunnaryzyna oraz leki przeciwpadaczkowe: kwas walproinowy i topirammat [20, 21].

Badania mające na celu ocene skuteczności niesteroidowych leków przeciwzapalnych w profilaktyce migreny wykazały, że kwas acetylosalicylowy, naproksen oraz kwas tolfenamowy redukują częstotliwość występowania ataków bólu. Z grupy leków przeciwdepresyjnych jedynym lekiem o dobrze udowodnionej skuteczności w zapobieganiu epizodom migreny jest amitryptylina. Jednak z powodu działań niepożądanych jest ona stosowana jako lek drugiego wyboru lub u pacjentów, u których występuje dodatkowo depresja czy zaburzenia snu [22,23].

Do stosowania w leczeniu migreny przewlekłej została również zatwierdzona toksyna botulinowa. Nie wykazano jej skuteczności w migrenie epizodycznej, natomiast w migrenie przewlekłej otrzymano wyniki o skuteczności podobnej do topiramatu i mniej działań niepożądanych. Toksyna botulinowa jest zazwyczaj wstrzykiwana w 31 miejsc na głowie i szyi. Zalecana



dawka wynosi 155 jednostek i powinna być powtarzana co 12 tygodni.[10, 24]

Uważa się również, że leki stosowane w leczeniu nadciśnienia takiej jak lizynopryl i kandesartan mogą wykazywać skuteczność w profilaktyce migreny, jednak nie otrzymano jeszcze jednoznacznych wyników. Sprzeczne efekty dały także próby stosowania dużych dawek ryboflawiny, koenzymu Q10, magnezu oraz leków ziołowych zawierających lępiężnik różowy (*Petasites hybridus*) lub wrotycz maruna (*Tanacetum parthenium*) [12].

### 4.3 Niefarmakologiczne metody leczenia

Obecnie dostępne farmakologiczne leczenie migreny może być źle tolerowane przez niektórych pacjentów. Nieprzyjemne działania niepożądane i mniejsza niż oczekiwana skuteczność mogą prowadzić do nieprzestrzegania przez pacjentów zaleceń lekarza i powikłań, takich jak chroniczne bóle głowy i nadużywanie leków. Jednak w ostatnich latach zaobserwowano rozpowszechnianie się nowych strategii terapeutycznych w walce z migreną, a także pojawienie się nowych technik, które oferują obiecujące obszary rozwoju metod leczenia.

Skuteczne leczenie migreny opiera się na efektywnym porozumieniu między lekarzem a pacjentem oraz kształceniu pacjenta. Diagnoza musi być od początku dokładnie wyjaśniona pacjentowi i musi być właściwie zrozumiana. W ten sposób można ustalić realistyczne oczekiwania. Dzienniki bólu głowy dla pacjentów mogą być bardzo cennymi narzędziami do planowania i oceny leczenia. Dostępność starannie prowadzonego rejestru dni z bólem głowy, nasileniem bólu, zastosowaniem i reakcją na lek, a także oczywistymi wyzwalaczami (np. menstruacja), może być kluczowa w określeniu potrzeby strategii profilaktycznych i oceny wyników terapeutycznych. Skale oceny bólu, są ważnymi instrumentami oceny wpływu migreny na codzienne życie pacjenta. Kwestionariusz niedostatecznej odpowiedzi na leczenie pozwala, nawet lekarzowi nie będącemu ekspertem, mierzyć skuteczność leczenia bólu głowy. Po wyjaśnieniu diagnozy lekarz powinien zachęcać pacjenta do aktywnego udziału w ocenie,

w jaki sposób jego styl życia i zachowania (np. dieta, sen, ćwiczenia, unikanie czynników wywołujących migrenę) mogą przyczyniać się do jego stanu. Należy również zachęcać pacjentów do sprawdzania niefarmakologicznych metod leczenia, których skuteczność w zapobieganiu migrenom jest dobrze udokumentowana, np. biofeedback, techniki relaksacyjne i terapia poznawczo-behawioralna.

Techniki relaksacyjne obejmują progresywne rozluźnienie mięśni, trening autogeny i medytację. Trening biofeedback, czyli biologiczne sprzężenie zwrotne, wykorzystuje urządzenia elektroniczne, aby pomóc pacjentowi zrozumieć i monitorować określone procesy fizjologiczne związane z bólem, takie jak napięcie mięśni, ciśnienie krwi i zmiany częstotliwości rytmu serca. Terapia poznawczo-behawioralna jest formą krótkiej psychoterapii ukierunkowanej na radzenie sobie ze stresem oraz uświadomienie pacjentowi powiązania między stresem i bólami głowy. Istnieją badania potwierdzające przydatność tych technik w zapobieganiu migrenie. W szczególności powinny być polecane w przypadkach, gdy leczenie nie jest wskazane, takich jak ciąża, współistniejące choroby lub dowody wcześniejszego nadużywania leków. Ponadto mogą być skuteczne w połączeniu z klasycznymi farmakologicznymi rozwiązaniami i mogą być stosowane w samodzielnym leczeniu, co jest korzystne dla niektórych pacjentów. Podejmuje się również próby zmniejszenia bólu głowy za pomocą akupunktury, masaży czy chiropraktyki, lecz przydatność tych metod nie została jednoznacznie potwierdzona badaniami [25].

Korzystne działanie w przewlekłych stanach bólowych mają ćwiczenia fizyczne. Wykazano, że wpływają pozytywnie na schorzenia współwystępujące z migreną, takie jak depresja, lęk i zaburzenia snu, jednocześnie poprawiają samoocenę co jest również związane z łagodzeniem objawów migreny. Z drugiej strony pacjenci zgłaszają wysiłek fizyczny jako czynnik wyzwalający ataki bólu. Pomimo tego, że ćwiczenia mogą wywoływać napady migreny, regularne ćwiczenia mogą zmniejszać częstotliwość migren. Jest to najprawdopodobniej spowodowane zmianą

progu wyzwalania bólu głowy u osób regularnie ćwiczących. Jednak wymagana częstotliwość i intensywność ćwiczeń nadal wymaga badań i stworzenia opartego na dowodach programu ćwiczeń, który by zapobiegał atakom wśród osób cierpiących na migrenę [26].

#### 4.4 Nowe metody leczenia migreny

##### 4.4.1 Neuromodulacja

Rozwijającym się obszarem badań w leczeniu migreny jest nieinwazyjna neuromodulacja. Metoda ta opiera się na stymulowaniu przez skórę układu nerwowego prądem elektrycznym lub zmiennym polem magnetycznym, ostatecznie modulując mechanizmy związane z bólem głowy. Neuromodulacja daje natychmiastowe efekty, dzięki czemu nadaje się do leczenia objawowego, a jednocześnie podczas regularnego stosowania może działać zapobiegawczo. Istnieje możliwość, że stanie się alternatywą dla farmakologii, jednak wymaga jeszcze przeprowadzonych na szeroką skalę badań.

Jednym z najlepiej przebadanych urządzeń jest Cefaly®, którego działanie polega na stymulacji nerwów nadoczodołowych lub potylicznych. Urządzenie posiada trzy programy generujące impulsy o różnych częstotliwościach. Pobudzenie włókien nerwowych z odpowiednią częstotliwością zwiększa produkcję endorfiny lub blokuje informację bólową w centralnym układzie nerwowym, dzięki czemu może być zastosowane zarówno profilaktycznie, jak i podczas ataku bólu. Urządzenie jest obecnie dostępne w sprzedaży w Europie, Ameryce Północnej i Australii. Najczęściej zgłaszanym działaniem niepożądanym była parestezja w obszarze stymulacji. Efekty uboczne mają charakter łagodny i całkowicie odwracalny, chociaż mogą w niektórych przypadkach prowadzić do przerwania leczenia [27].

Do innych metod neuromodulacji zalicza się stymulację nerwu błędnego. Początkowo stymulacja nerwu błędnego była inwazyjnym zabiegiem chirurgicznym stosowanym w terapii padaczki lekoopornej i depresji. Zaobserwowano, że pacjenci cierpiący na migreny odczuli poprawę po wszczepieniu urządzeń. Zainteresowanie badaczy stosowaniem stymulacji

nerwu błędnego w leczeniu zaburzeń bólowych głowy doprowadziło do opracowania nieinwazyjnego, podręcznego urządzenia gammaCore®. Profil skutków ubocznych w badaniach wykazał wysoką tolerancję dla urządzenia, przy czym najczęściej występującymi zdarzeniami niepożądanymi są drgania i uczucie mrowienia w miejscu stymulacji. Dlatego też urządzenie wydaje się być obiecujące jako leczenie ostrych ataków bólu, ale brakuje dowodów dla jego stosowania jako terapii zapobiegawczej. Obecnie trwają badania nad zastosowaniem gammaCore® zarówno w doraźnej, jak i profilaktycznej terapii migreny [25,28].

Przecczaszkowa stymulacja magnetyczna jest kolejną nieinwazyjną techniką stosowaną w neurologii. Działa poprzez wytworzenie pojedynczego impulsu magnetycznego, który z kolei indukuje prąd elektryczny zdolny do modyfikowania pobudliwości neuronów korowych. Pierwszy przecczaszkowy stymulator magnetyczny Cerana został zatwierdzony przez FDA w 2013 r. do leczenia migreny z aurą. Cerena to urządzenie, które wytwarza pojedyncze impulsy magnetyczne z tyłu głowy, jednak ze względu na duże rozmiary nie jest dostępne dla pacjentów. Podobne, ale mniejsze urządzenie, Spring TMS zostało również zatwierdzone przez FDA do stosowania u pacjentów z migreną z aurą. Urządzenie jest przeznaczone dla osób dorosłych i nie powinno być stosowane w więcej niż jednym leczeniu w ciągu 24 godzin. Urządzenie nie może być używane przez pacjentów, którzy mają metale magnetyczne w głowie, szyi, lub górnej części ciała, lub przez osoby z rozrusznikami serca, głębokimi stymulatorami mózgu lub innymi wszczepionymi urządzeniami. Pacjenci z podejrzeniem lub zdiagnozowaną epilepsją lub napadami drgawkowymi w wywiadzie rodzinnym również powinni unikać tego leczenia [25,29].

##### 4.4.2 Przeciwciała monoklonalne przeciwko CGRP

Peptyd związany z genem kalcytoniny (CGRP) odgrywa kluczową rolę w patofizjologii migreny. W ostatnich latach opracowano cząsteczki mające na celu blokowanie jego aktywności, wśród których są antagoniści receptora

CGRP (geptany) i przeciwciała monoklonalne przeciwko CGRP. Początkowo główną rolę przypisywaną CGRP było rozszerzenie tętnic wewnątrzczaszkowych. Wykazano, że u pacjentów cierpiących na migrenę podanie dożylnie CGRP może w rzeczywistości wywołać atak przypominający migrenę po 2-4 godzinach, podczas którego widoczne było rozszerzanie tętnic mózgowych. U pacjentów bez migreny dożylne podanie CGRP powoduje jedynie łagodny ból głowy bez cech migreny. Najnowsze dowody sugerują, że CGRP jest głównym mediatorem reakcji bólowej. CGRP ma nie tylko silne działanie rozszerzające naczynia, w którym pośredniczą receptory w mięśniach gładkich, ale także ma działanie pronocyceptywne wywierane poprzez wzmocnienie uwalniania substancji P z włókien aferentnych i modulację synaptycznej transmisji glutaminergicznej. Innym mechanizmem, poprzez który peptyd przyczynia się do tego zjawiska, jest promowanie degranulacji komórek tucznych, co powoduje uwalnianie szeregu substancji zapalnych i prozapalnych. Poprzez wiązanie z jego receptorami glijowymi, CGRP promuje ponadto uwalnianie cytokin w zwojach trójdzielnych, które z kolei wywołuje uwrażliwienie neuronów czuciowych. W oparciu o wszystkie te elementy, CGRP wzbudził rosnące zainteresowanie jako potencjalny cel dla związków dedykowanych leczeniu migreny [30,31].

Opracowano najpierw antagonistów receptora CGRP, znanych też jako geptany. Biorąc pod uwagę, że cząsteczki te były pierwszymi specyficznymi dla migreny lekami bez działania zwężającego naczynia, sugerowano, że mogą one być odpowiednie dla pacjentów z chorobami naczyniowymi, takimi jak choroba wieńcowa i choroby naczyń obwodowych. Pięć cząsteczek, m.in. telcagent i olcagent wykazało skuteczność w leczeniu migreny, ale we wszystkich przypadkach badania przerwano z różnych powodów, w tym obaw dotyczących ryzyka toksyczności wątroby przy częstym stosowaniu [31].

Następnie opracowano przeciwciała przeciwko CGRP. Trzy makrocząsteczki: eptinezumab, galcanezumab i fremanezumab są skierowane

przeciwko samemu CGRP, natomiast jedna: erenumab celuje w receptor zamiast ligandu. Erenumab (Aimovig) i galcanezumab (Emgality) zostały już dopuszczone do powszechnego stosowania w Polsce. Zaletą tych przeciwciał jest specyficzność docelowa i przedłużony okres półtrwania, co czyni je odpowiednimi do comiesięcznego podawania w zapobieganiu migrenie. Wykazano również, że są pozbawione działania hepatotoksycznego. Początkowo obawiano się stosowania tych związków z powodu ich hamującego wpływu na rozszerzanie naczyń przez CGRP, co potencjalnie mogło zwiększać ryzyko powikłań sercowo-naczyniowych. Badania przedkliniczne wykazały, że nawet długotrwałe hamowanie CGRP nie powoduje istotnych zmian elektrokardiogramu lub zmian hemodynamicznych. Nie odnotowano również w badaniach na ludziach negatywnego wpływu na układ sercowo-naczyniowy. Najczęściej zgłaszanymi działaniami niepożądanymi były reakcje w miejscu wstrzyknięcia, zaparcia, skurcze mięśni i świąd. Leki te wydają się szczególnie odpowiednie do leczenia profilaktycznego migreny i stanowią ważny krok naprzód w tej dziedzinie, zwłaszcza że sposób podawania raz miesiąc, jest dużą zaletą w zakresie poprawy współpracy z pacjentami, dla których problemem jest codzienne przyjmowanie klasycznych środków profilaktycznych [30, 32].

#### 4.4.3 Nowe podejście do tryptanów

Tryptany są na ogół skuteczne w leczeniu migren, ale mają jeden problem wspólny dla wszystkich leków doustnych, opóźnione wchłanianie leku szczególnie podczas migreny, kiedy występuje zastój w żołądku. Ta kwestia doprowadziła do opracowania nowych dróg podawania tryptanów, takich jak czopki, aerozole donosowe i plastry transdermalne. W badaniach wykazano, że aerozol donosowy w dacie 22 mg w porównaniu z doustnym sumatrypranem w dawce 100 mg szybciej przynosi ulgę w bólu i wcześniej zmniejsza uczucie nudności. Aerozol powoduje dyskomfort w jamie nosowej i dziwny posmak w ustach, ale pozostałe działania niepożądane występują znacznie rzadziej niż w przypadku postaci doustnej [18,33].

Do niedawna podawanie podskórne leków wymagało użycia igieł. Bezigłowy podskórny sumatryptan jest systemem podciśnieniowym, zatwierdzonym do doraźnego leczenia migreny i klasterowego bólu głowy w Stanach Zjednoczonych i niektórych krajach europejskich. Pojedyncza dawka 6 mg sumatryptanu podana za pomocą bezigłowego aplikatora do brzucha lub uda wykazała biorównoważność w stosunku do tej samej dawki podanej za pomocą tradycyjnej iniekcji, przynosząc ulgę już po 10 minutach od podania. Skuteczność tych dwóch sposobów podania jest podobna, jednak w przypadku postaci bezigłowej istotne jest dużo większe zadowolenie pacjentów z terapii i chęć kontynuowania leczenia [18].

Alternatywą dla doustnych preparatów z tryptanami jest ich dostarczenie przezskórne. System transdermalny zawierający sumatryptan do doraźnego leczenia napadów migreny został zatwierdzony przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków w styczniu 2013 r. System ten wykorzystuje różnicę ładunków elektrycznych w celu dostarczenia supatryptanu do tkanki podskórnej. Dzięki ominięciu przewodu pokarmowego wykazuje minimalne efekty uboczne właściwe dla tryptanów. Plastry mogłyby być dobrym wyborem dla osób z migreną i ciężkimi nudnościami lub wymiotami. Niestety sprzedaż systemów transdermalnych z sumatryptanem została ograniczona po doniesieniach o reakcjach w miejscu podania, opisywanych jako oparzenie lub blizny u pacjentów leczonych tym produktem [34].

Innym interesującym lekiem jest lasmiditan, wysoce selektywny agonista 5-HT<sub>1F</sub>, który wykazał w badaniach dobrą skuteczność w doraźnym leczeniu migreny. Strukturalnie różni się od tryptanów i stanowi nową klasę leków, ditany. Podczas gdy tryptany wiążą się niespecyficznie z receptorami 5-HT<sub>1B</sub> i 5-HT<sub>1D</sub>, i z różnym powinowactwem z receptorami 5-HT<sub>1F</sub>, ditany są selektywne wobec receptora 5-HT<sub>1F</sub>. Aktywacja receptorów 5-HT<sub>1F</sub> zmniejsza ekspresję c-Fos, markera aktywacji neuronów, bez efektów naczyniowych. Dzięki temu, że lasmiditan nie ma właściwości kurczących naczynia może być bezpieczną opcją terapeutyczną u pacjentów z podwyższonym

ryzykiem chorób sercowo-naczyniowych. Najczęstszym działaniem niepożądanym były zawroty głowy, obecne u 38% pacjentów, senność i zmęczenie. Lasmiditan może wkrótce stać się nowym dodatkiem w rozszerzających się zasobach leków służących do walki z migreną [35].

#### 4.5 Nadużywanie leków

Skuteczne leczenie migreny zależy w dużym stopniu od odpowiedniej edukacji pacjenta. W celu uniknięcia nierealistycznych oczekiwań lekarz musi dokładnie wyjaśnić pacjentowi jego stan i strategię leczenia. Leczenie migreny tradycyjnie obejmuje zarówno terapię profilaktyczną, mającą na celu zmniejszenie częstości i nasilenia ataków, jak i terapię doraźną, w celu przerwania ataków. Pacjenci przede wszystkim chcą szybko zmniejszyć ból i uzyskać pełniejszą ulgę, bez nawrotów i działań niepożądanych. Aby to osiągnąć, konieczne jest przestrzeganie kilku ogólnych zasad: ważne jest, aby interweniować wcześnie, gdy ból jest nadal łagodny, oraz aby stosować odpowiednie dawki leku i odpowiednie drogi podania. Ważne jest również podjęcie kroków w celu uniknięcia przewlekłego bólu głowy i rozwoju bólu głowy z nadużywania leków (MOH – medication overuse headache). Częste stosowanie leków przeciwmigrenowych może prowadzić do rozwoju choroby powodującej nadużywanie leków. W takim przypadku należy usunąć nadużywany lek, po którym migrena powróci do typu epizodycznego lub pozostanie przewlekła i musi zostać ponownie zdiagnozowana. Edukacja pacjentów o związku między nadmiernym stosowaniem leków doraźnych a progresją bólu głowy jest ważnym środkiem zapobiegawczym. Wyniki wielu badań pokazały, że pacjenci cierpiący na migreny wydają się skupiać głównie na skutkach ubocznych, związanych z lekami przeciwbólowymi, takich jak krwawienia z przewodu pokarmowego, uszkodzenia nerek czy zaburzenia czynności wątroby. Często są zaskoczeni, gdy dowiadują się, że nadużywanie leków może zwiększać częstotliwość bólu głowy, prowadząc do MOH [36].

Nadużywanie leków stanowi poważne ryzyko w przypadku migreny przewlekłej. Zgodnie z Międzynarodową Klasyfikacją Zaburzeń

Bólowych (The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition), MOH definiuje się jako ból głowy występujący 15 lub więcej dni w miesiącu, rozwijający się w wyniku regularnego nadużywania, przez ponad 3 miesiące, doraźnych leków przeciwbólowych. W przypadku leków takich jak ergotamina, tryptany lub opioidy, mówi się o nadużywaniu, kiedy są stosowane przez 10 lub więcej dni miesięcznie przez ponad 3 miesiące. W przypadku NLPZ i paracetamolu mówi się o nadużywaniu, gdy są stosowane przez 15 lub więcej dni w miesiącu przez ponad 3 miesiące. MOH objawia się zwiększoną częstotliwością i intensywnością bólów głowy oraz zwiększoną wrażliwością na bodźce wywołujące ataki migreny. Aby zapobiec rozwojowi MOH, przyjmowanie leków przeciwbólowych powinno być ograniczone do 15 dni w miesiącu, a złożone leki przeciwbólne powinno się stosować nie dłużej niż przez 10 dni w miesiącu. Mechanizmy leżące u podstaw MOH nie są w pełni wyjaśnione. Przypuszcza się, że wielokrotne stosowanie leków może wywoływać ataki bólu głowy w wyniku plastyczność neuronalnej, która może zwiększyć reakcję na wyzwalacze [2, 37].

Leczeniem z wyboru w przypadku nadużywania leków powinno być odstawienie doraźnych leków przeciwbólowych. W ostatnich badaniach wykazano, że całkowite odstawienie doraźnych środków przeciwbólowych jest skuteczniejszym programem detoksykacji w porównaniu do ograniczonego przyjmowania leków. W większości wytycznych dotyczących leczenia bólu głowy zaleca się przerwanie leczenia. Przyjmuje się, że w przypadku tryptanów, alkaloidów sporyszu, złożonych leków przeciwbólowych i NLPZ nagle odstawienie jest najlepszym wyborem, ponieważ te leki nie powodują poważnych objawów odstawienia. Natomiast w przypadku stosowania opioidów, benzodiazepin najlepszym rozwiązaniem jest stopniowa redukcja dawek. Objawy odstawienia takie jak ból głowy, nudności, wymioty, niedociśnienie tętnicze, tachykardia, zaburzenia snu trwają zwykle 2-10 dni. Proces odstawienia jest krótszy u osób, które nadużywają tryptanów [36, 37].

Nadużywanie leków przeciwbólowych może prowadzić do złego rokowania przewlekłego bólu głowy i obniżenia jakości życia. Wyniki dotyczące pacjentów z MOH, którzy zrezygnowali ze stosowania leczenia doraźnego, odnotowano w wielu badaniach. Akceptowanym punktem końcowym odpowiedzi na leczenie jest redukcja o 50% częstotliwości bólu głowy w stosunku do wyjściowej wartości. Udane leczenie odwykowe stwierdzono u około 50-70% pacjentów z MOH po roku. Niestety w badaniach z ocenami długoterminowymi trwającymi do 6 lat stwierdzono częstość nawrotów od 40 do 50%. Skuteczne wycofanie leków doraźnych prowadzi do lepszej odpowiedzi na leczenie profilaktyczne, nawet u pacjentów z nieznaczną poprawą częstotliwości bólu głowy. Czynniki ryzyka nawrotu choroby w krótkim okresie (1 rok) jest stres, palenie tytoniu, spożywanie alkoholu, brak aktywności fizycznej i otyłość. Częstość występowania MOH w populacji ogólnej wynosi 1-2% na całym świecie. Ze względu na szacunkowe koszty społeczno-ekonomiczne prawdopodobnie jest najbardziej kosztownym zaburzeniem neurologicznym [36, 38].

## 5. Wnioski

Migrena jest jednym z najczęstszych pierwotnych bólów głowy, dotykającym około 14% osób dorosłych w Europie. Sześć na dziesięć osób z migreną ma co najmniej jeden silny atak miesięczny, a ponad jedna trzecia ma do trzech poważnych ataków miesięcznie. Migrena jest stanem powodującym niepełnosprawność, a przez to absencję w pracy i z życia społecznego oraz duże straty pieniężne dla społeczeństwa.

Głównym celem leczenia migreny jest zmniejszenie objawów bólowych oraz nudności i wymiotów za pomocą leczenia doraźnego. Lekami pierwszego wyboru są tu niesteroidowe leki przeciwzapalne, a w cięższych przypadkach tryptany lub ergotamina. U chorych, u których leczenie doraźne jest niewystarczające lub ataki występują często, stosuje się leczenie profilaktyczne za pomocą leków takich jak: betablokery, blokery kanału wapniowego, leki przeciwpadaczkowe.

Przyczyny migreny nie są do końca poznane. Dawniej skupiano się głównie na roli układu naczyniowego, obecnie podłoża choroby szuka się również w układzie nerwowym, szczególnie zwraca się uwagę na nerw trójdzielny, a także struktury korowe, podkorowe i pień mózgu.

Poważnym zagrożeniem w przypadku migreny przewlekłej jest nadużywanie leków. Częste stosowanie niektórych leków przeciwmigrenowych może prowadzić do rozwoju choroby powodującej nadużywanie leków (MOH). W takich przypadkach należy usunąć nadużywany lek, po którym migrena powróci do postaci epizodycznej lub pozostanie przewlekła i musi zostać ponownie zdiagnozowana.

Chociaż istnieje wiele możliwości leczenia zapobiegawczego i doraźnego, ich skuteczność często jest niewystarczająca, a stosownie ograniczone przez działania niepożądane. Obecnie prowadzone są badania mające na celu rozwiązanie problemu niepełnosprawności związanej z migreną i poprawy jakości życia osób cierpiących na migrenę. Postępy w zrozumieniu patofizjologii migreny doprowadziły do nowych podejść, takich jak neuromodulacja, nowe postaci leków i nowe cele farmakologiczne, m.in. peptyd związany z genem kalcytoniny (CGRP).

**mgr farm. Justyna Kordaszewska**

## 6. Bibliografia

1. Puledda F., Messina R., Goadsb P.: *An update on migraine: current understanding and future directions*, Journal of Neurology 2017, nr 264, s. 2031–2039.
2. Headache Classification Committee of the International Headache Society. *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition*, Cephalalgia 2018, nr. 38, s. 1–211.
3. Stovner L.J., Zwart J.A., Hagen K., Terwindt G.M., Pascual J.: *Epidemiology of headache in Europe*, European journal of neurology 2006, nr 13, s. 333–45.
4. Younger D. S.: *Epidemiology of Migraine*, Neurologic Clinics 2016, nr 34, s. 849–861.
5. Stępień A.: *Kryteria diagnostyczne i leczenie migreny w oparciu o obowiązujące zalecenia międzynarodowe*, Medycyna po Dyplomie 2011, nr 9, s. 81–87.
6. Gajewski P.: *Interna Szczeklika*, Medycyna Praktyczna, 2017.
7. Goadsby P., Holland P., Martins-Oliveira M., Hoffmann J., Schankin C., Akerman S.: *Pathophysiology Of Migraine: A Disorder Of Sensory Processing*, Physiological Reviews 2017, nr 97, s. 553–622.
8. Kasper D. L., Fauci A. S., Hauser S. L., Longo D. L., Jameson J. L., Loscalzo J.: *Harrison's Principles of Internal Medicine*, McGraw-Hill Medical, 2016.
9. Gasparini C. F., Smith R. A., Griffiths L. R.: *Genetic insights into migraine and glutamate: a protagonist driving the headache*, Journal of the Neurological Sciences 2016 nr 367, s. 258–268.
10. Antonaci F., Ghiotto N., Wu S., Pucci E., Costa A.: *Recent advances in migraine therapy*, SpringerPlus 2016, nr 5, s. 637.
11. Linde M.: *Migraine: a review and future directions for treatment*, Acta Neurologica Scandinavica 2006, nr 114, s. 71–83.
12. Evers S., Afra J., Fresea A., Goadsby P. J., Linde M., May A., Sandor P. S.: *EFNS guideline on the drug treatment of migraine – revised report of an EFNS task force*, European Journal of Neurology 2009, nr 16, s. 968–981.
13. Diener H. C., Pfaffenrath V., Pageler L., Peil H., Aicher B.: *The fixed combination of acetylsalicylic acid, paracetamol and caffeine is more effective than single substances and dual combination for the treatment of headache: a multicentre, randomized, double-blind, single-dose, placebo-controlled parallel group study*, Cephalalgia 2005 nr 25, s. 776–87.
14. Joshi S., Rapoport A. M.: *Diclofenac potassium for oral solution (CAMBIA®) in the acute management of a migraine attack: clinical evidence and practical experience*, Therapeutic Advances in Neurological Disorders 2017, nr 10, s. 217–226.
15. Lampl C., Voelker M., Diener H. C.: *Efficacy and safety of 1,000 mg effervescent aspirin: individual patient data meta-analysis of three trials in migraine headache and migraine accompanying symptoms*, Journal of Neurology 2007, nr 254, s. 705–12.
16. Najjar M., Hall T., Estupinan B.: *Metoclopramide for Acute Migraine Treatment in the Emergency Department: An Effective Alternative to Opioids*, Cureus 2017, nr 9, s. 1181.
17. Christie S., Göbel H., Mateos V., Allen C., Vrijens F., Shivaprakash M.: *Crossover comparison of efficacy and preference for rizatriptan 10 mg versus ergotamine/caffeine in migraine*, European Neurology 2003, nr 49, s. 20–9.

18. Negro A., Koverech A., Martelletti P.: *Serotonin receptor agonists in the acute treatment of migraine: a review on their therapeutic potential*, Journal of Pain Research 2018, nr 11, s. 515-526.
19. Derry C. J., Derry S., Moore R. A.: *Sumatriptan (oral route of administration) for acute migraine attacks in adults*, Cochrane Database of Systematic Reviews 2012, nr 2: CD008615.
20. Antonaci F., Dumitrache C., De Cillis I., Allena M.: *A review of current European treatment guidelines for migraine*, The Journal of Headache and Pain 2010, nr 11, s. 13-19.
21. Silberstein S. D.: *Preventive Migraine Treatment*, Continuum 2015, nr 21, s. 973-989.
22. Pellegrino Baena C., Campos D'Amico R., Slongo H., Russowsky Brunoni A., Carvalho Goulart A., Benseño I.: *The effectiveness of aspirin for migraine prophylaxis: a systematic review*, Sao Paulo Medical Journal 2017, nr 135, s. 42-9.
23. Xu X. M., Liu Y., Dong M. X., Zou D. Z., Wei Y. D.: *Tricyclic antidepressants for preventing migraine in adults*, Medicine (Baltimore) 2017, nr 96, s. 6989.
24. Chiang C., Starling A. J.: *OnabotulinumtoxinA in the treatment of patients with chronic migraine: clinical evidence and experience*. Therapeutic Advances in Neurological Disorders 2017, nr 10, s. 397-406.
25. Puledda F., Shields K.: *Non-Pharmacological Approaches for Migrain*, Neurotherapeutics 2018, nr 15, s. 336-345.
26. Amin F. M., Aristeidou S., Baraldi C., Czapińska-Ciepiela E., Ariadni D., Di Lenola D., Fenech C., Kampouris K., Karagiorgis G., Brashinsky M., Lind M.: *The association between migraine and physical exercise*, The Journal of Headache and Pain 2018, nr 19, s. 83.
27. Przekłasa-Muszyńska A., Skrzypiec K., Kocot-Kępska M., Dobrogowski J.: *Neuromodulacja w bólach głowy – kliniczne zastosowanie neurostymulacji nerwów obwodowych u pacjentów z migrenowym bólem głowy*, Ból 2014, Tom 15, nr 2, s. 31-38,
28. Barbanti P., Grazzi L., Egeo G., Padovan A. M., Liebler E., Bussone G.: *Noninvasive vagus nerve stimulation for acute treatment of high-frequency and chronic migraine: an open-label study*, The Journal of Headache and Pain 2015, nr 16, s. 61.
29. Andreou A. P., Holland P. R., Akerman S., Summ O., Fredrick J., Goadsby P. J.: *Transcranial magnetic stimulation and potential cortical and trigeminothalamic mechanisms in migraine*, Brain: a journal of neurology 2016, nr 139, s. 2002-14.
30. Giamberardino M., Affaitati G., Costantini R., Cipollone F., Martelletti P.: *Calcitonin gene-related peptide receptor as a novel target for the management of people with episodic migraine: current evidence and safety profile of erenumab*, Journal of Pain Research 2017, nr 10, s. 2751-2760,
31. Tso A. R., Goadsby P. J.: *Anti-CGRP Monoclonal Antibodies: the Next Era of Migraine Prevention? Current Treatment Options in Neurology* 2017, nr 19, s. 27.
32. Schwedt T., Reuter U., Tepper S., Ashina M., Kudrow D., Broessner G., Boudreau G., McAllister P., Vu T., Zhang F., Cheng S., Picard H., Wen S., Kahn J., Klatt J., Mikol D.: *Early onset of efficacy with erenumab in patients with episodic and chronic migraine*, The Journal of Headache and Pain 2018, nr 19, s. 92.
33. Tepper S., Johnston M. R.: *Breath-powered sumatriptan dry nasal powder: an intranasal medication delivery system for acute treatment of migraine*, Medical Devices: Evidence and Research 2018, nr 11, s. 147-156.
34. Vikelis M., Spingos K., Rapoport A.: *The iontophoretic transdermal system formulation of sumatriptan as a new option in the acute treatment of migraine: a perspective*, Therapeutic Advances in Neurological Disorders 2015, nr 8, s. 160-165.
35. Oswald J., Schuster N.: *Lasmiditan for the treatment of acute migraine: a review and potential role in clinical practice*, Journal of Pain Research 2018, nr 11, s. 2221-2227.
36. Vandebussche N., Laterza D., Lisicki M., Lloyd J., Lupi C., Tischler H., Toom K., Vandervorst F., Quintana S., Paemeleire K., Katsarava Z.: *Medication-overuse headache: a widely recognized entity amidst ongoing debate*, The Journal of Headache and Pain 2018, nr 19, s. 50.
37. [Roźniecki J. J.: *Bóle głowy z nadużywania leków*, Medycyna po Dyplomie 2011, nr 12, s. 31-33.
38. Thorlund K., Sun-Edelstein C., Druyts E., Kanters S., Ebrahim S., Bhambri R., Ramos E., Mills E., Lanteri-Minet M., Tepper S.: *Risk of medication overuse headache across classes of treatments for acute migraine*, The Journal of Headache and Pain 2016, nr 17, s. 107.



prof. Dionizy Moska

## 30 lat (minęło) Jakimi problemami z zakresu oświaty zdrowotnej zajmowali się aptekarze w województwie śląskim?

Odpowiedź znajdziemy w Okólniku Nr 2/AA/89.

Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia  
Farmaceutycznego "CEFARM"  
Katowice - Brynów  
\*\*\*\*\*

Katowice, dnia 1989-

Wyłączenie do użytku służbowego  
\*\*\*\*\*

### OKŁADNIA nr 2 /AA/89

Treść : 1. Konkurs wystaw oświaty zdrowotnej.

~~XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX~~

2. Poszukiwanie kandydatów na stanowiska kierownicze  
w aptekach.

ad 1. Przedsiębiorstwo Zaopatrzenia Farmaceutycznego "CEFARM" przypomina  
• corocznym ogólnopolskim konkursie wystaw oświaty zdrowotnej  
urządzanym w oknach i witrynach aptek otwartych.

Konkursy wystaw stanowią jedną z dróg stosowania w najszerszym  
zakresie wizualnych form popularyzacji oświaty zdrowotnej.  
Działalność oświatowo-zdrowotna ma istotne znaczenie w całokształcie  
zadań realizowanych na rzecz poprawy zdrowotności społeczeństwa.  
Oświata zdrowotna łączy formy działalności o charakterze medycznym  
i społecznym i jest nieodłączną częścią działalności każdej placówki  
medycznej i każdego pracownika służby zdrowia, stanowiąc jedną z  
najważniejszych metod działalności profilaktycznej wśród chorych i  
wśród ludności zdrowej.

Głównym tematem z dziedziny oświaty zdrowotnej w roku 1989 będzie-  
masz zdeteminowane znaną już treścią rezolucji Światowej Organizacji  
Zdrowia pt. "Zdrowie dla wszystkich do roku 2000".

Szczegółowa tematyka konkursu wystaw może akcentować konieczność  
walki z czynnikami zagrażającymi zdrowiu jak :

- alkoholizm
- palenie papierosów
- nadużywanie leków
- używanie narkotyków
- choroby weneryczne
- niewłaściwe odżywianie
- przedwczesne ciążę

Tematyka konkursów wystaw może uwzględniać także następujące  
zagadnienia :

- choroby nowotworowe
- choroby układu krążenia
- schorzenia górnych dróg oddechowych i gruźlice
- AIDS



- skażenia naturalnego środowiska
- hałas przemysłowy, komunikacyjny i osiedlowy
- wypadki w pracy, domu i na drogach
- nerwice i psychozy

A ponadto inne problemy wynikające ze specyfikacji aglomeracji przemysłowej i potrzeb naszego województwa.

Przedsiębiorstwo prosi Kierowników Aptek o pisemne zgłoszenie udziału w konkursie do Działu Aptek PZP "CEFARM" w Katowicach - Brynowie w terminie do dnia 30.IV.1989 r.

Apteki podległe Oddziałowi w Bytomiu zgłoszą w tym samym terminie swój udział w konkursie do Działu Aptek w Bytomiu.

ad 2.

Przedsiębiorstwo podaje do wiadomości, że poszukuje kandydatów na stanowisko kierownicze w aptekach :

1. nowoorganizowanej w Tychach-Gostyniu - kierownika i z-cę kierownika,
2. nr 27 - 249 w Tychach-Bieruniu - zastępcę kierownika,
3. nr 27 - 436 w Karniowicach-Psarach alg - kierownika.

Podanie należy kierować do Dyrekcji Przedsiębiorstwa.

Kierownik Działu Aptek

  
mgr Franciszek R a k

Z-ca Dyrektora  
d/s Aptek

  
mgr Jadwiga Zdobych

Rozdzielnik :

~~=====~~  
D, DA, DB, DF, DT, DGK, AAx5,  
FD, FF, FJ, FIL, GKJ, FM, AL,  
FL, DOK, DSP, TAG, a/a x 2  
Wszystkie apteki i PA I st.K-ce i Bytom  
OTB x 10

LM/PZF/DOK-AA/36/89/460

Do druku podał Dionizy Moska - były kierownik apteki PKP w Katowicach.



prof. Dionizy Moska

## W roku 2019 przypadła 80. rocznica wybuchu II. Wojny Światowej

### Aptekarze przygotowują się do obrony kraju

#### Rozporządzenia władz.

Dzięki staraniom Oddziału Górnośląskiego Z. Z. F. P. o uruchomienie Kursów obrony przeciwgazowej p. wojewoda Dr. Grażyński wydał następujący okólnik:

**„Do wszystkich Panów Aptekarzy  
na obszarze Województwa Śląskiego.**

Rozwój techniki i chemicznych środków bojowych, jaki zaznacza się w ostatnich latach, zmusza wszystkie organizmy państwowe do jak najintensywniejszych przygotowań obrony swej ludności przed niebezpieczeństwem lotniczo-gazowym.

Należyte zrozumienie obowiązków w zakresie zabezpieczenia życia i mienia mieszkańców jest obowiązkiem społecznym zarówno każdego obywatela, jak i organizacji działających na terenie państwa.

Jednym z czynników, mających spełnić poważne zadanie w przygotowaniu oraz realizacji obrony przeciwlotniczo-gazowej są farmaceuci, którzy z tytułu swego wykształcenia fachowego i stałego kontaktu z szerokimi warstwami społeczeństwa są w pierwszej linii powołani do niesienia pomocy w chwili niebezpieczeństwa.

Władze administracji ogólnej, ponosząc odpowiedzialność za zorganizowanie obrony przeciwlotniczo - gazowej ludności cywilnej, przystąpiły na zasadzie specjalnych zarządzeń Min. Spraw Wewnętrznych do przygotowania obrony biernej na obszarze całego państwa.

W Województwie Śląskiem akcja jest w toku od szeregu miesięcy, obecnie zaś przystępuje do przeszkolenia Panów farmaceutów, tak Panów właścicieli aptek jak i pracowników fachowych.

W związku z powyższym, po wysłuchaniu opinii Panów Prezesów Związku Właścicieli Aptek oraz Pracowników Farmaceutów, zarządzam przeprowadzenie kursu

Kurs odbędzie w Katowicach (2 turnusy) oraz w Bielsku. Terminy dla 1-go turnusu w Katowicach są następujące: 8, 15, 22, 29 listopada, 6, 13 grudnia, dla 2-go turnusu 11, 18, 25 listopada oraz 2, 9, 16 grudnia, dla Bielska 10, 17, 24 listopada, 1, 5, 15 grudnia. Wykłady w Katowicach odbywać się będą w Śląskich Technicznych Zakładach Naukowych, ul. Krasińskiego, w Bielsku w sali Związku Straży Pożarnych.

Kursy te przeprowadzi Śląski Komitet Wojewódzki L. O. P. P. według programu uzgodnionego z władzami wojewódzkimi. Program ten zostanie doręczony pp. uczestnikom przy rozpoczęciu kursu.

Otwarcie wszystkich 3-ch kursów dla panów aptekarzy odbędzie się dnia 6 listopada o godz. 17-tej w auli Śląskich Technicznych Zakładów Naukowych w Katowicach, pokój nr. 136, 1 p.

Załączone deklaracje wypełnione przez panów właścicieli, wzgl. pracowników fachowych należy zwrócić do dnia 25 października b. r. bezpośrednio do Wydz. Zdrowia Śl. Urzędu Wojew.

Wydział Z. P. powiadomi oddzielnym pismem poszczególnych panów, do którego z kursów zostali przydzieleni.

Oczekuję, że wszyscy panowie aptekarze — rozumiejąc w pełni ważność akcji, jeżeli chodzi o obronę kraju, jak i obronę własną — bez wyjątku wezmą udział w kursach”.

(—) Dr. Grażyński, Wojewoda.

Źródło: Kronika Farmaceutyczna nr 22, 1932, str. 275.



prof. Dionizy Moska

## Problematyka Etyki Farmaceutycznej jest godna przypomnienia na okres obchodów rocznicy 100. Odzyskania Niepodległości RP 1918-2018 (w woj. śląskim - 2022)

ARCHIWUM HISTORII I FILOZOFII MEDYCYNY  
1995, 58, 2  
PL ISSN 0860-1844

DIONIZY MOSKA

### ETYKA FARMACEUTYCZNA W II RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Etyka farmaceutyczna była wielokrotnie prezentowana w prasie zawodowej XIX i XX wieku. Postawy etyczne starano się kształtować poprzez publikowanie odpowiednich artykułów. Prasa farmaceutyczna piętnowała wypaczenia oraz popularyzowała właściwe kierunki działania zawodowego i społeczno-narodowego<sup>1</sup>.

Władze stowarzyszeń farmaceutycznych w Polsce zdawały sobie sprawę z faktów łamania zasad etyki zawodowej. Na ogólnym zebraniu członków Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (4 luty 1927 r.) redaktor F. Herod wygłosił referat o etyce zawodowej, w którym ostro skrytykował „rozluźnienie zasad etycznych na podłożu konkurencyjnym”. Konkurencja w aptekarstwie, wg poglądów Heroda, była zjawiskiem niepożądanym. „... jeśli mimo to istnieje konkurencja między aptekami, to musimy ją ująć w takie granice, które nie obniżająby godności zawodowej i nie szkodziły całemu aptekarstwu”<sup>2</sup>.

Farmacja w II Rzeczypospolitej nie sformułowała pełnych zasad etyki zawodowej, obowiązujących wszystkich pracowników aptek w Polsce. Źródła tego stanu rzeczy należy upatrywać w pewnej formie „walki klasowej” między pracownikami-farmaceutami, a właścicielami aptek, także konkurencji pomiędzy aptekami, między rodzimym przemysłem farmaceutycznym a potężnymi, bogatymi firmami zagranicznymi, między hurtownikami a aptekami oraz aptekami i drogeriami, brakiem ustawy o aptekach i zawodzie farmaceutycznym itd. Istniejący w Polsce kryzys ogólnogospodarczy miał wpływ na różne formy walki konkurencyjnej, na naruszanie zasad etyki ogólnej, zawodowej, handlowej czy produkcyjnej.

W 1927 roku Zarząd Główny Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego nie czekając aż kodeks etyki zawodowej zostanie aptekarstwu choćby fragmentarycznie podany w ustawie o Izbach Aptekarskich,

<sup>1</sup> Moska D.: *Etyka farmaceutyczna (wybrane zagadnienia)* ŚLAM, Katowice 1986, s. 88–91, także: Leszczyłowski B.: *Etyka i deontologia zawodu farmaceuty w Polsce w XIX i XX wieku*, PWN, Warszawa-Poznań 1988, s. 81.

<sup>2</sup> *Ogólne zebranie członków Warszawskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (4 luty 1927)*, Wiadomości Farmaceutyczne, 1927, nr 8, s. 168.

D. Moska

opracował i przyjął *Zasady etyki zawodowej aptekarzy Rzeczypospolitej Polskiej*, zwane również *Małą Konstytucją* (nazwa chyba zbyt pompatyczna). Autorzy świadomi byli tego, że opracowane zasady stanowią minimum zalecane aptekarstwu. Mimo niedoskonałości *Małej Konstytucji*, Zarząd Główny Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego zakładał możliwości rozwijania jej „zgodnie z wymogami życia i godności zawodowej”<sup>3</sup>.

Analizując *Małą Konstytucję* aptekarstwa, trzeba stwierdzić, iż jest ona niezwykle uboga treściowo, w niektórych punktach zbyt ogólnikowa (mało czytelna) i ograniczona wyłącznie do apteki. Większość problemów dotyczy kwestii „handlowych” i negatywnych przejawów walki konkurencyjnej. Pominęto natomiast znane i ważne już wtedy problemy sfery ideologii farmacji (filozofii farmacji), funkcji aptekarstwa, zatrudniania pracowników niefachowych, zachowania tajemnicy zawodowej, troski i kultury bycia wobec pacjenta (klienta), podnoszenie kwalifikacji zawodowych, rozwoju nauki farmaceutycznej i zawodowych stosunków międzyludzkich oraz wielu innych spraw. Jak podaje B. Leszczyłowski, na ogólną liczbę 20 zasad, aż 13 pośrednio lub bezpośrednio omawia przejawy walki konkurencyjnej<sup>4</sup>. Niezależnie od niedoskonałości treściowej, *Zasady etyki zawodowej...* stanowią dowód, iż odpowiedzialna elita przedstawicieli ówczesnej farmacji zdawała sobie sprawę, jak wiele zła ma miejsce w polskim aptekarstwie. Nie były im obce problemy moralne zawodu farmaceutycznego.

Czy opracowane i opublikowane *Zasady etyki zawodowej aptekarzy...* przyczyniły się do poprawy sytuacji w tych kwestiach godzących w godność i prestiż zawodu? Nie należy wątpić w dobre intencje i cele wychowawcze *Małej Konstytucji*. Przedstawiciele farmaceutów-pracowników ostro oceniali postawy moralne aptekarzy będących właścicielami aptek.

Kilka miesięcy później red. Herod dość negatywnie wypowiedział się o praktycznych rezultatach moralnej, aptekarskiej konstytucji. „... *Regulamin został pustą literą, dlatego, że ograniczył się tylko do sankcji moralnych, pomijając praktyczne w takich razach sankcje materialne. ... W dalszym ciągu mnożą się wypadki nieetycznych czynów: ciągła obniżka cen, niewłaściwa reklama aptek drogą nieetycznych cyrkularzy kartek z adresami aptek, które wieszają niektórzy aptekarze w lecznicach i poczekalniach lekarzy, dostawa leków do drogerii, czynne apteki (niedyżurne) do późnych godzin nocnych, lekkomyślna sprzedaż środków narkotycznych itp.*”<sup>5</sup>.

<sup>3</sup> *Zasady etyki zawodowej aptekarzy Rzeczypospolitej Polskiej*. Wiad. Farm., 1927, nr 28, s. 658–659.

<sup>4</sup> Leszczyłowski B.: *Etyka i deontologia...*, s. 91.

<sup>5</sup> *Niewłaściwość w przemyśle i handlu farmaceutycznym*. Kronika Farmaceutyczna 1928, nr 1, s. 11, także: Herod F.: *Niewłaściwości w przemyśle i handlu farmaceutycznym*. Wiad. Farm. 1927, nr 50, s. 1164 — „unormowanie cen i warunków sprzedaży w aptekach jest zależne od wytworzenia w przemyśle i handlu hurtowym zdrowych zasad kupieckich, i na odwrót, w doprowadzeniu do uporządkowania etyki handlowej i zawodowej zainteresowane jest w różnej mierze zarówno przemysł i handel, jak i apteki”.

## Etyka farmaceutyczna w II Rzeczypospolitej

Uważam, że sprzedaż w aptekach środków odurzających bez konieczności okazania recepty była dowodem głupoty, bezmyślności, braku odpowiedzialności zawodowej. W takich wypadkach sankcje powinny sięgać do pozbawienia prawa wykonywania zawodu włącznie.

Problemy etyki zawodowej były często i odpowiedzialnie dyskutowane w środowisku farmaceutów – pracowników. Związek Zawodowy Farmaceutów Pracowników (dalej – ZZFP) w swym programie – przeciwstawiał się niektórym działaniom Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego. Znamy przykłady pozytywne np. Oddział Poznański ZZFP podjął w 1935 r. uchwałę powołania do życia wspólnych sądów zawodowych dla pracowników i właścicieli aptek, których „celem byłaby troska o poziom moralny zawodu, którego upadek przynosi ujmę opinii całego zawodu”<sup>6</sup>.

Zawód farmaceutyczny deklaruwał podniesienie ogólnego poziomu pracy aptek. Praktyka dowodziła, że stowarzyszenia farmaceutyczne nieraz broniły farmaceuty lub właściciela, który swoją postawą etyczną zasłużył na naganę organizacji fachowej.

M. Żółkowski obnaża etykę apteczną, pisząc: „Słowo etyka zostało już niestety, bez reszty usunięte ze słownika bardzo wielu konkurencyjnych aptek, wyparte przez ogólnie dziś królującego bożka, jakim jest obrót. I żaden sposób, chociażby najmniej licujący z godnością aptekarza, nie bywa poniechany, jeśli prowadzi do upragnionego celu, zdobycia nowego klienta, który dotychczasowe swe zaopatrywanie pokrywał w innej aptece”<sup>7</sup>. Niektórzy farmaceuci, chcąc zdobyć klienta obniżali rabat, pomawiali inne apteki, że sporządzają leki niezgodnie z przepisami, popełniają oszustwa, podrabiają „specyfiki” lub sprowadzają nielegalnie bez cła, dokonują nieuczciwej retaksacji recept itd. Szefowie aptek żądali od swych pracowników „niezwykłej” grzeczności. Podanych przykładów nie należy uogólniać, budzą jednak niesmak moralny. Problem rzetelności oraz podniesienia rangi zawodu był stale otwarty. Znamy przykłady, że aptekarze w opinii publicznej się poniżali i nie zawsze rozumieli w czym prestiż zawodu miał być wyrażony.

Przedstawiona atmosfera pracy i postaw w aptece, nasuwa myśl, iż społeczeństwo mogło tracić zaufanie do aptekarza i nabierać przekonania, że w aptece panuje nieuczciwość zawodowa.

W 1931 roku powstało stowarzyszenie pod nazwą „Nowa Farmacja”, która odnawiała zapomniane ideały. W deklaracji tej organizacji znajduje się stwierdzenie: „Farmacja to nie tylko źródło zarobku, ale przede wszystkim nasza wspólna Macierz i służba społeczna. Farmacja to nie tylko fach, ale powołanie, misja, służba w imię dobra ogólnego. „Nowa Farmacja” dąży do podniesienia poziomu ideowego i etycznego”. Nowe zrzeszenie podjęło działalność dla

<sup>6</sup> Z walnego zebrania Oddziału Poznańskiego ZZFP. Kron. Farm. 1936, nr 1–2, s. 16.

<sup>7</sup> Żółkowski M.: Etyka farmaceutyczna. Kron. Farm. 1935, nr 19, s. 295.

D. Moska

dobra farmacji polskiej — walczyło z zacofaniem i zaślepieniem klasowym, walczyło o jutro i jedność farmacji.

W latach międzywojennych farmacja nie potrafiła jednak w pełni wyzwolić się z pewnego marazmu zawodowego, który — jak pisał S. Bukowski:

- 1) wstrzymywał racjonalny rozwój farmacji,
- 2) nie pozwalał na wytworzenie zdrowej ideologii farmaceutycznej, co przeszkadzało w opracowaniu innej, konkurencyjnej etyki zawodowej,
- 3) utrudniał młodzieży farmaceutycznej zrozumienie własnej wartości, zniechęcając ją do ideowego traktowania swoich powołań<sup>8</sup>.

Komisarz Rządu m. st. Warszawy, decyzją z 22 stycznia 1937 roku zatwierdził statut *Zjednoczenie Polskich Aptekarzy Katolików* z siedzibą w Warszawie. Celem stowarzyszenia było szerzenie katolickiego światopoglądu i zasad katolickich, ich obrona i wprowadzenie w życie w pracy zawodowej<sup>9</sup>.

Aptekarz Józef Szymański z Warszawy (6 stycznia 1939 r.) wygłosił programowe przemówienie, w którym m.in. czytamy: „Pragnąłbym, abyśmy pierwsi dali przykład innym zawodom, że możemy zgasić w sobie egoizm i ciągle pamiętać, że musi nam wszystkim farmaceutom być możliwie dobrze, musimy stworzyć rodzinę farmaceutyczną, aptekarską, przepojoną miłością, a wtedy poszczycić się będziemy mogli, że zawód nasz, który zawsze był wielki, ofiarny, pracowity, uczciwy, a tylko zanadto drobiazgowy i zanadto lubiący ciulanie, wyszedł na wyprostowany dziedziniec, prowadzący do wysokiej etyki zawodowej, prowadzący do bezwzględного zdobycia praw, jakie nam się należą i do wielkich celów, do jakich jest powołany. ... Niechaj we wzajemnych naszych stosunkach zniknie obłuda, fałsz i wyzysk, a zapanuje miłość, sprawiedliwość, zrozumienie, wyrozumiałość i uczciwość w wypełnianiu naszych obowiązków i zobowiązań”<sup>10</sup>.

Wypowiedź J. Szymańskiego była bardzo płomienna, emocjonalna, jednak warta cytowania, ze względu na język, styl i wartość treściową. Znajdujemy myśl, wartości, zalecenia i zasady etyczne i deontologiczne potrzebne w moralnym sensie życia i pracy.

Lata międzywojenne, to czas długiego wyczekiwania na polskie ustawy farmaceutyczne. Jedną z pierwszych, to ustawa z dnia 25 marca 1938 roku *O wykonywaniu zawodu aptekarskiego* (Dz. U. RP nr 23 z dnia 7 kwietnia 1938 r., poz. 202). Dwa artykuły są szczególnie istotne ze względów historycznych i zawodowo-deontologicznych:

„Art. 11. 1) Osoby wykonujące zawód aptekarski, nie mogą wykonywać praktyki lekarskiej, dentystrycznej, weterynaryjnej, ani prowadzić lecznicy bądź przychodni.

<sup>8</sup> Rostański S., Moska D.: *Etyka farmaceutyczna*, PZWL, Warszawa 1986, s. 74.

<sup>9</sup> *Nowe Stowarzyszenie Farmaceutyczne*. Wiad. Farm., 1937, nr 9, s. 101.

<sup>10</sup> *U progu wielkiej drogi*. Kron. Farm. 1939, nr 3, s. 33.

## Etyka farmaceutyczna w II Rzeczypospolitej

2) Z zawodem aptekarskim nie wolno łączyć zajęć, nie licujących z godnością tego zawodu: zakaz w poszczególnym przypadku wydaje Minister Opieki Społecznej na podstawie opinii Izby Aptekarskiej, a co do osób wojskowych – Minister Spraw Wojskowych.

Art. 12. Poza przypadkami, przewidzianymi we właściwych przepisach, osoby wykonujące zawód aptekarski, są obowiązane do zachowania w tajemnicy wszystkich wiadomości, uzyskanych w związku z wykonywaniem tego zawodu, a dotyczących osób, korzystających ze świadczeń apteki<sup>11</sup>.

Ustawa o Izbach Aptekarskich „rodziła” się przez cały okres 20-lecia Rzeczypospolitej Polskiej. Na 2,5 miesiąca przed wybuchem II wojny światowej weszła w życie (teoretycznie). Była jedynym państwowym dokumentem ustanawiającym prawne i etyczne normy określające cele, zakres działania, obowiązki i odpowiedzialność zawodową aptekarza<sup>11</sup>.

Do zakresu działania Izb Aptekarskich należało m.in.: „Krzewienie i strzeżenie zasad etyki zawodowej wśród członków. Prowadzenie sądownictwa dyscyplinarnego i polubownego”. W art. 9. stwierdza się jednoznacznie, że „członkowie Izb Aptekarskich są obowiązani przestrzegać zasad, godnie zachowywać się i sumiennie wykonywać swoje obowiązki zawodowe”. Mamy tu znakomity przykład pożądanego zgodności normy prawnej z normą moralną.

Ustawa o Izbach Aptekarskich stwierdza jednoznacznie, że członkowie izby podlegają karze dyscyplinarnej za naruszenie swych obowiązków, wymienionych w art. 9. Kary dyscyplinarne były czterostopniowe: upomnienie, nagana, zawieszenie w prawach członka izby aptekarskiej. Ostatnia z wymienionych kar była najbardziej dotkliwa, gdyż pociągała za sobą utratę prawa wykonywania zawodu aptekarskiego oraz wszelkich praw wynikających z należenia do Izby Aptekarskiej.

Napad hitlerowskich Niemiec na Polskę we wrześniu 1939 roku uniemożliwił sprawdzenie się ustawy o Izbach Aptekarskich w życiu zawodowym. Należy jednak postawić tezę, że stwarzała szanse moralnej i prawnej odnowy zawodu aptekarskiego w Polsce. Ustawa o Izbach Aptekarskich z 1939 roku weszła do praktyki zawodowej w latach 1944/1945–1951, ale trudno było ją realizować w nowym systemie ustrojowym.

Analiza okresu międzywojennego pozwala na wyciągnięcie następujących wniosków: Przedstawiciele nauki i zawodu, stowarzyszeń farmaceutycznych, mieli odwagę rozważać publicznie swoje błędy, niedoskonałości zawodowe, łamanie prawa, ułomności charakteru oraz poszukiwali nowych metod pracy nad formami moralnej odnowy zawodu. Nie sformułowali jednak pełnych, zadowalających i konsolidujących zasad etyki. W życiu zawodowym ujawniały się dwie moralności: moralność aptekarza (właściciela) i moralność farmaceuty

<sup>11</sup> W Dzienniku Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 26 czerwca 1939 r. nr 55 poz. 346 ogłoszono kolejną ustawę z dnia 15 czerwca 1939 roku „O izbach aptekarskich”.

(pracownika). Konkurencja między aptekami nabierała znamion naruszania zasad etyki zawodowej i była pochodną trudnej sytuacji ekonomicznej i społecznej w kraju. W pracy aptecznej, podczas produkcji i ekspedycji nie zawsze wykazywano należyłą staranność, mającą na celu uniknięcie niedopuszczalnych wypadków oddania do rąk chorego leku złej jakości.

Recenzował: Witold Włodzimierz Głowacki



**POLSKIE  
TOWARZYSTWO  
FARMACEUTYCZNE**

ZARZĄD GŁÓWNY  
ul. Długa 16  
00-238 Warszawa  
tel. (22) 831-15-42  
tel./fax (22) 831-02-43

Adres do korespondencji:

POLSKIE  
TOWARZYSTWO  
FARMACEUTYCZNE  
Zespół Sekcji  
Historii Farmacji  
ul. Pułaskiego 7/51  
35-011 Rzeszów  
tel. 514 709 122  
e-mail: [lczyz52@gmail.com](mailto:lczyz52@gmail.com)



Rzeszów, sierpień, 2018

Pan Profesor  
Dionizy Moska  
Świętochłowice

*Siedca pramem Panie Profesorze!*

Z ogromną i niekłamano radością chciałabym przekazać wiadomość o nadaniu Panu Profesorowi najwyższego wyróżnienia, które przyznaje środowisko polskich historyków farmacji Tym, którzy wnieśli szczególny wkład pracy dla historii zawodu i nauki.

Uznając zaangażowanie Pana Profesora w wieloletnią działalność na polu utrwalenia przeszłości farmacji - dziedziny, która towarzyszy człowiekowi od zarania dziejów, a także tworzenia podstaw etyki i deontologii tego zawodu, chciałabym podkreślić wyjątkowość tej pracy.

Nagrodą i wyróżnieniem jest Statuetka mgr farm. Antoniny Leśniewskiej - kobiety, która w historii polskiego aptekarstwa uzyskała wszelkie prawa wykonywania zawodu, pracowała dla chorego najbliższej - w aptece, przekazywała swą wiedzę młodym adeptom farmacji, była założycielką pierwszej na świecie apteki żeńskiej.

To wyróżnienie wynika też z wyjątkowego związku Pana Profesora z polską farmacją, również na szczeblu podstawowym, podczas przygotowywania młodych kadr aptekarskich i popularyzacji zagadnień farmaceutycznych we wszystkich kontekstach, udzielając również wszelkiej pomocy badaczom historii tego obszaru.

Przyjęcie tego wyjątkowego lauru, będzie dla nas, polskich historyków farmacji, ogromnym zaszczytem.

*Z wyrazami apłobdniego szacunku*

Przewodnicząca  
Zespołu Sekcji Historii Farmacji  
Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

*Lidia Maria Czyż*  
dr n. o zdr. Lidia Maria Czyż



Statuetka mgr farm. Antoniny Leśniewskiej wręczona prof. Dionizemu Mosce 6.04.2019 r. w restauracji "Tatiana" Katowicach.





prof. Dionizy Moska

## O potrzebie kształtowania humanistycznych i etycznych postaw farmaceuty wobec pacjentów niepełnosprawnych w aptece

Przedruk: *Annales Academiae Medicae Silesiensis*,  
Znane i nieznanne aspekty opieki farmaceutycznej, Supl. 42, Katowice 2002

Złożone są zagadnienia etyki, moralności i deontologii pracowników ochrony zdrowia. Opinia publiczna ostatnimi czasy zbyt często generalizuje i pejoratywnie ocenia działalność zawodową lekarzy, farmaceutów i pielęgniarek.

Postawy zawodowe i etyczne pracowników ochrony zdrowia są mocno osadzone i uwarunkowane takimi kryteriami, jak: światopogląd, czynniki ekonomiczne, kulturowe, społeczne, socjalne, historyczne itp. Ochrona zdrowia (jej kadry są częścią społeczeństwa) - jest więc taka, jak obraz zalet i wad społeczeństwa.

W ochronie zdrowia jest coraz mniej "judymów". Wzorce osobowe wielkich medyków, farmaceutów i myślicieli zanikają, nie przystają do potrzeb współczesnych wymogów życia. Brak nam nauczycieli, mistrzów, wychowawców, opiekunów - humanistów na miarę potrzeb, szczególnie dla ludzi nieszczęśliwych, zagubionych, chorych i niepełnosprawnych.

Profesor Bronisław Koskowski, wybitna postać polskiej farmacji, aptekarstwa, ponad pół wieku temu napisał na temat praw i obowiązków farmaceuty: "Jeżeli aptekarz będzie wykształcony w swoim zawodzie, będzie względem swoich klientów uprzejmy, cierpliwy i wyrozumiały, a względem swych współpracowników sumiennym nauczycielem, to znajdzie z pewnością w zawodzie swym upodobanie i pełne zadowolenie". Zdaniem prof. Koskowskiego farmaceuta musi miłować ludzi, aby prawidłowo wykonywać swój zawód. Farmaceuta winien być: "inteligentny, punktualny, dobrze wychowany, czysty, skromny, dyskretny, wierny i miłosierny". Br. Koskowski podkreślał również konieczność współpracy farmaceuty z lekarzem oraz to, że "apteka nie jest sklepem

i powinna się od sklepu zdecydowanie odróżniać" (Br. Koskowski, 1922; Br. Koskowski, 1932).

Od profesjonalnego farmaceuty etyka i deontologia wymagają nie tylko historycznych odniesień, ale przede wszystkim współczesnych badań, poszukiwań prawdy i poważnych refleksji. Są to kwestie złożone, dotyczą przemysłów filozoficznych oraz humanistycznych i humanitarnych zastosowań postaw i wzorców.

Należy poświęcić więcej czasu problemom dydaktycznym związanym z jakością wykonywanej pracy, sprawom godności osoby ludzkiej, kultury, prawa i moralności. Farmaceuta musi lepiej rozumieć sprawy życzliwości, odpowiedzialności, głębokiej wiedzy i mądrości, tajemnicy zawodowej, miłości bliźniego, zdrowia chorego i zdrowia społeczeństwa, ochrony naturalnego środowiska i wszelkich patologii cywilizacyjnych.

### Kształtowanie pożądaných powinności

Kształtowanie pożądaných postaw moralnych i zawodowych farmaceutów jest procesem ustawicznym, ciągłym. Stale zmienia się obyczajowość, prawo i moralność społeczeństwa. Inne normy obowiązywały w starożytności, w okresie niewolnictwa, inne w feudalizmie, w społeczeństwach burżuazyjnych, a jeszcze inne obowiązują dzisiaj (D. Moska, 1986).

Natomiast elementarne normy moralne są niezmiennie od dziesiątków wieków. Reguły - nie zabijaj, nie oszukuj, nie kradnij, nie czyn drugiemu człowiekowi zła, miłuj bliźniego - są trwałe i niepodważalne. I tak długo, jak te normy będą dominować w życiu codziennym, tak długo na świecie będzie ład, pokój i będzie zwyciężać humanizm, miłość i szacunek do

człowieka. Szczególnie pracownicy ochrony zdrowia powinni tych norm przestrzegać.

Różnice w poglądach moralnych wynikają stąd, że wyobrażenia o tym, co jest dobre, a co złe, są różne w różnych grupach społecznych. Każdy człowiek wychowywany jest w różnej obyczajowości, kulturze, moralności - te i inne czynniki kształtują jego charakter. Dom, szkoła, studia, religia, przyjaciele, zakład pracy wpływają na osobowość człowieka. Wpajają mu określone wartości, wzorce zachowań i postępowania. Poglądy człowieka kształtują się przez cały okres jego życia (W. Siuda, 1993).

Wzorowego, dobrego lekarza, farmaceutę cechuje szacunek do człowieka, uczciwość, rzetelność, kultura osobista, wysokie kwalifikacje, życzliwość, rozsądek, poczucie sprawiedliwości, inteligencja, dbałość o wspólne dobro. Mądrzy farmaceuci i lekarze powinni często powtarzać za dr Wł. Biegańskim: "Nie o wiedzę wam tylko chodzić powinno, lecz i o serce. Rozwijajcie w uczniach współczucie, wszechpijacie w nich poczucie obowiązku, uczcie, że chory to nie tylko mniej lub więcej ciekawy przypadek patologiczny, lecz nieszczęśliwy człowiek, nasz bliźni, i nauczajcie przy tym nie słowami, lecz własnym przykładem, a sądy honorowe będą zbyteczne" (D. Moska, 1978).

Deontologia farmaceutyczna poważnie akcentuje problem, że farmaceuta nie jest wyłącznie "sprzedawcą" leków. Nieżyczliwi wobec farmacji ludzie w ten sposób próbują poniżyć aptekarstwo. W dobie dynamicznego rozwoju nauk medycznych i farmaceutycznych, wobec współczesnego farmaceuty stawia się wysokie wymagania kwalifikacyjne. Ma on moralny i zawodowy obowiązek ustawicznie pogłębiać swoją wiedzę przez proces kształcenia podyplomowego. Farmapeuta powinien być znakomitym specjalistą, znawcą leków, powinien umieć udzielać prawidłowej i wyczerpującej informacji lekarzowi lub odpowiedniej informacji pacjentowi w zakresie działania leku, ewentualnych działań ubocznych, niepożądanych, lub warunków przechowywania i trwałości leku. Niezbędna farmaceucie jest wiedza z dziedziny interakcji leków oraz poznanie i zdobycie pożądaných umiejętności w zakresie opieki farmaceutycznej (D. Moska, M. Molęda, 1996).

Apteka placówką ochrony zdrowia publicznego

Apteka jako placówka ochrony zdrowia publicznego jest powołana do świadczenia usług farmaceutycznych. Innymi słowy apteki ogólnodostępne przeznaczone są do zaopatrywania społeczeństwa w środki lecznicze, leki apteczne, leki recepturowe, wyroby medyczne i inne. Szczególne znaczenie w pracy aptecznej, w spełnianiu usługi farmaceutycznej jest udzielanie przez aptekarzy i techników farmaceutycznych niezbędnej informacji o środkach, produktach leczniczych i wyrobach medycznych (Prawo farm., 2001).

Pacjentami aptek są zarówno ludzie zdrowi, jak i chorzy. Relacje między pracownikami farmaceutycznymi, a osobami korzystającymi z usług apteki - potrzebującymi porady przedlekarzkiej, informacji w zakresie oświaty zdrowotnej, kupującymi środki lecznicze oraz prowadzącymi rozmowy o niepożądanych działaniach leków itp. - nie zawsze są na właściwym poziomie i niekiedy nie zadawalają zainteresowanych, szczególnie niepełnosprawnych.

W ostatnich latach pojawił się szczególnie w publicystyce, w nauce, w architekturze, lecznictwie, w farmacji problem ludzi niepełnosprawnych. W aptekarstwie np. stało się modne hasło: "Apteka bez barier - dostępna i przyjazna dla wszystkich". Poza zmianami architektonicznymi w dostępności apteki dla niepełnosprawnych, prawie nic nadzwyczajnego w tym zakresie się nie dzieje.

Myślę, że organizacja sesji naukowej pt. "Opieka farmaceutyczna nad pacjentem wymagającym szczególnej troski" (22-25 lutego 2002 r.) była zasadnym i oczekiwanym działaniem. Sesja miała na celu zwrócić uwagę na szczególnie potrzebę poprawy jakości komunikowania się niepełnosprawnych z aptekarzami (Materiały informacyjne, 2002).

Jak porozumieć się z pacjentem?

Pytanie jest zasadne, wymagające oddzielnej refleksji i potraktowania. Temat ten powinien być szerzej rozważany w programie studiów farmaceutycznych przed- i podyplomowych.

Nie będzie błędem, jeżeli stwierdzę, że aptekarze nie mają niezbędnej, zbyt dużej wiedzy do komunikowania się z pacjentem niepełnosprawnym (niewidomym, niesłyszącym, niemym, chorym psychicznie, uzależnionym itd.).

Szczegółowe przedstawienie problemu komunikowania się w aptecce nie jest łatwe ze względu na (publiczne) miejsce - ekspedycja, ze względu na przedmiot (lek) oraz ze względu na zakres tematyczny udzielanej informacji (choroba). W relacjach pacjent - farmaceuta uwzględnić także trzeba poziom przygotowania się do dialogu, do przekazywania informacji - nadawcy (farmaceuta) i odbiorcy (pacjent).

Stosowane metody komunikowania się mogą być różne: rozmowa (oficjalna) i rozmowa bardziej prywatna (w wydzielonym pomieszczeniu), czytanie, metoda audiowizualna, demonstracja, pisemne przekazywanie informacji. Farmaceuta musi podnieść na wyższy poziom, udoskonalić swoje umiejętności komunikacyjne.

Udzielanie informacji pacjentom w aptecce ma na celu m.in. przestrzeganie i stosowanie bezpiecznej terapii, przekonywanie i motywowanie chorego do przestrzegania zaleceń lekarza i aptekarza. Pozytywne efekty procesu komunikowania się aptekarza i pacjenta w znacznej mierze zależą od wykształcenia i poziomu intelektualnego chorego, od jego wieku, wiedzy medycznej, sprawności fizycznej i umysłowej oraz od wielu innych elementów (F. Verhegen, K. Mühlbauer, 1999).

#### Cele edukacyjne i deontologiczne

Cele edukacyjne i zadania deontologii farmaceutycznej powinny być ukierunkowane na następujące kwestie, tematy:

1. Kształtowanie filozoficznej, refleksyjnej i pożądanej postawy farmaceuty wobec drugiego człowieka, poznania jego natury, powinności moralnych w różnych sytuacjach zawodowych i życiowych.
2. Uwrażliwienie, przygotowanie farmaceutów do rozpoznania i akceptowania podstawowych, elementarnych wartości życia.
3. Analizowanie sensu i zawartości treściowej praw i obowiązków, zasad, norm i reguł, nakazów i zakazów obowiązujących farmaceutę w życiu zawodowym, społecznym i ekonomicznym.
4. Potrzebę ukazywania farmaceutom konieczności doskonalenia samego siebie w aspekcie zawodowym, naukowym, i intelektualnym.
5. Akcentowanie problemu i uczenie się szacunku dla samego siebie, a w szczególności do drugiej osoby ludzkiej (Kodeks Etyki Aptekarza RP, 1998).
6. Przyjmowanie pełnej (osobistej, moralnej, prawnej, zawodowej, naukowej, finansowej, służbowej, itd.) i świadomej odpowiedzialności za siebie w każdym działaniu.
7. Odwiedzający aptekę niepełnosprawni winni być traktowani szczególnie życzliwie, spokojnie, z serdeczną troską.
8. Aptekarz, by utwierdzić swoją poważną i wysoką pozycję społeczno-publiczną, musi dokonać zasadniczych pozytywnych zmian postaw zawodowych wobec pacjentów wymagających szczególnej troski. Udzielona usługa farmaceutyczna i informacja powinna być komunikatywna, wyczerpująca, czytelna, zrozumiała, rzetelna i uczciwa.
9. Głównym obiektem zainteresowania aptekarza musi być człowiek (nie tylko chory) oczekujący środka leczniczego, potrzebujący porady, informacji, pomocy, określonego, niezbędnego działania farmaceutycznego.
10. Praktyczna realizacja idei "Opieki farmaceutycznej" ma służyć reformie aptekarstwa i rozwojowi farmacji XXI wieku. Bądźmy wspaniałomyślni we wszelkich działaniach wobec słabych i chorych w aptecce. To czyniąc, stajemy się lepsi i więcej... wewnętrznie - duchowo.

**prof. Dionizy Moska**

## Bibliografia

Br. Koskowski: Receptura - czyli prawidła przepisywania i przyrządzania leków. Wydanie drugie. Warszawa 1922. S. 4-8.

Br. Koskowski: Propedeutyka farmaceutyczna. Wstęp do nauk farmaceutycznych z uwzględnieniem deontologii i historii farmacji. Warszawa 1932. S. 323-324.

D. Moska: Wpływ Wł. Biegańskiego na etykę i deontologię lekarską. Medycyna - Dydaktyka - Wychowanie, Warszawa 1978. Nr 3/X. S. 221.

D. Moska: Etyka farmaceutyczna (wybrane zagadnienia). Śląska Akademia Medyczna. Katowice 1986. S. 199-200.

D. Moska, B. Molenda: Kształtowanie postaw zawodowych i moralnych farmaceuty. Farmacja Polska 1996. Nr 6. S. 249-253.

Materiały informacyjne Sesji Naukowej pt. "Opieka farmaceutyczna nad pacjentem wymagającym szczególnej troski". 21-23.02. 2002 r. Sosnowiec - Racibórz.

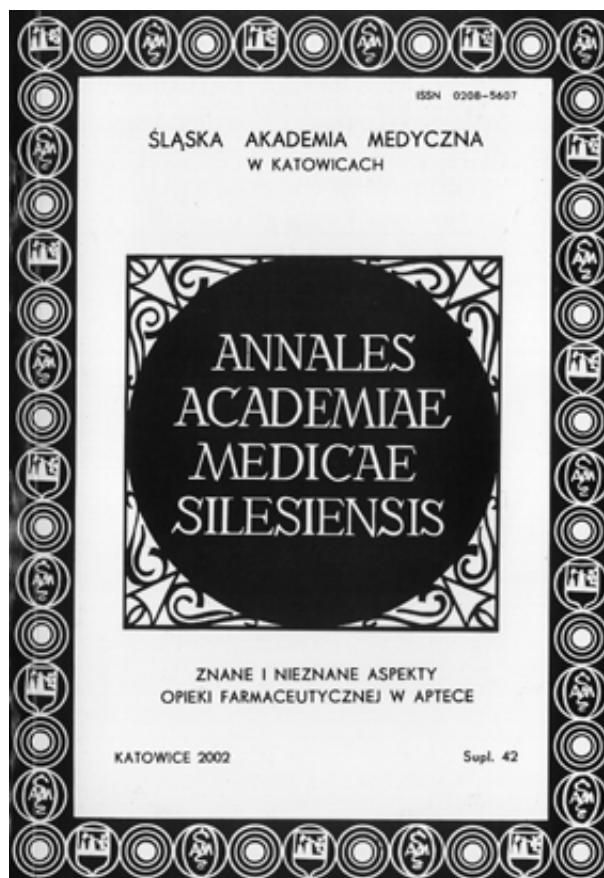
Prawo farmaceutyczne - apteka. Dz. U. RP nr 126, z dn. 31.10.2001 r.

Redakcja: Podstawy programowe etyki w nowej reformie szkolnictwa.

Etyka 1998. Nr 31. str. 197-206; Kodeks Etyki Aptekarza RP.

W. Siuda: Elementy prawa dla ekonomistów. Scriptum. Poznań 1993.

F. Verhegen, K. Miihlbauer, M. Schultz: Edukacja pacjenta - Jak porozumieć się z pacjentem? Farmacja Polska 1999. T. 55. Nr 12. S. 567-570.



Okładka książki "Annales Academiae Medicae Silesiensis. Znanne i nieznanne aspekty opieki farmaceutycznej", Supl. 42, Katowice 2002



mec. Krystian Szulc

## Zmiany prawa niosą dla farmaceutów nowe zagrożenia

**C**zęste zmiany prawa farmaceutycznego, wprowadzenie e-recept, nowe obowiązki sprawozdawcze przyniosły wiele wątpliwości, w szczególności dotyczących realizacji recept, zapotrzebowań podmiotów leczniczych, sprzedaży produktów leczniczych z apteki podmiotom innym niż podmioty lecznicze np.: zakładom pracy do apteczek zakładowych.

W tym kontekście pojawiły się ciągłe interpretacje i wyjaśnienia na stronach Ministerstwa Zdrowia np.: <https://www.gov.pl/web/zdrowie/oznaczanie-na-e-recepcie-waznosci-365-dni> oraz wiele innych. Pozostaje pytanie jak jest moc prawna takich komunikatów i wyjaśnień?

Prezentowany komunikat nie jest przez nikogo podpisany, ale znajduje się na oficjalnym portalu Organu Władzy Państwowej, jaki jest Minister Zdrowia. Odpowiedź na ile zastosowanie się do informacji na stronie Ministerstwa Zdrowia chroni farmaceutę przed zarzutem popełnienia błędu nie jest prosta.

Art. 87 Konstytucji RP wymienia źródła prawa którymi są: „Art. 87.1. Źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej są: Konstytucja, ustawy, ratyfikowane umowy międzynarodowe oraz rozporządzenia. 2. Źródłami powszechnie obowiązującego prawa Rzeczypospolitej Polskiej są na obszarze działania organów, które je ustanowiły, akty prawa miejscowego.”

W tym katalogu oczywiście nie ma komunikatów Ministerstwa Zdrowia. Nie oznacza to jednak całkowicie braku możliwości powoływania się na takie i podobne komunikaty Ministra Zdrowia w przypadku, gdy ktoś postąpi zgodnie z komunikatem, a poniesie z tego powodu negatywne konsekwencje.

Należy przyjąć, że Komunikat MZ jest oficjalnym stanowiskiem organu Państwa, a zgodnie z art. 7 Konstytucji „Art. 7. *Organy władzy publicznej działają na podstawie i w granicach prawa.*” Czyli jest domniemanie, że Minister Zdrowia jako organ władzy wykonawczej działa w tym przypadku w granicach prawa.

Mając na względzie powyższe oraz fakt, że na podstawie art. 8 ust. 2 przepisy Konstytucji RP stosuje się wprost, a art. 2 Konstytucji RP stanowi, że Rzeczpospolita Polska jest demokratycznym państwem prawnym w związku z „Art. 77.1. *Każdy ma prawo do wynagrodzenia szkody, jaka została mu wyrządzona przez niezgodne z prawem działanie organu władzy publicznej*” wyrażam pogląd, że zastosowanie się przez farmaceutę do komunikatów zamieszczonych na oficjalnej stronie Ministra Zdrowia nie powinno grozić negatywnymi konsekwencjami, a w przypadku gdyby takie negatywne skutki wystąpiły poszkodowanemu przysługuje wynagrodzenie za szkody na podstawie art. 77 Konstytucji RP.

Uważam, że aby móc w przyszłości powoływać się na fakt postępowania zgodnie z komunikatami Ministra Zdrowia, farmaceuci powinni zadbać o takie archiwizowanie tych komunikatów np.: przy receptach za dany okres, aby móc udowodnić, że postępowali zgodnie z nimi, mając zaufanie do organów administracji rządowej, które winny działać zgodnie z prawem.

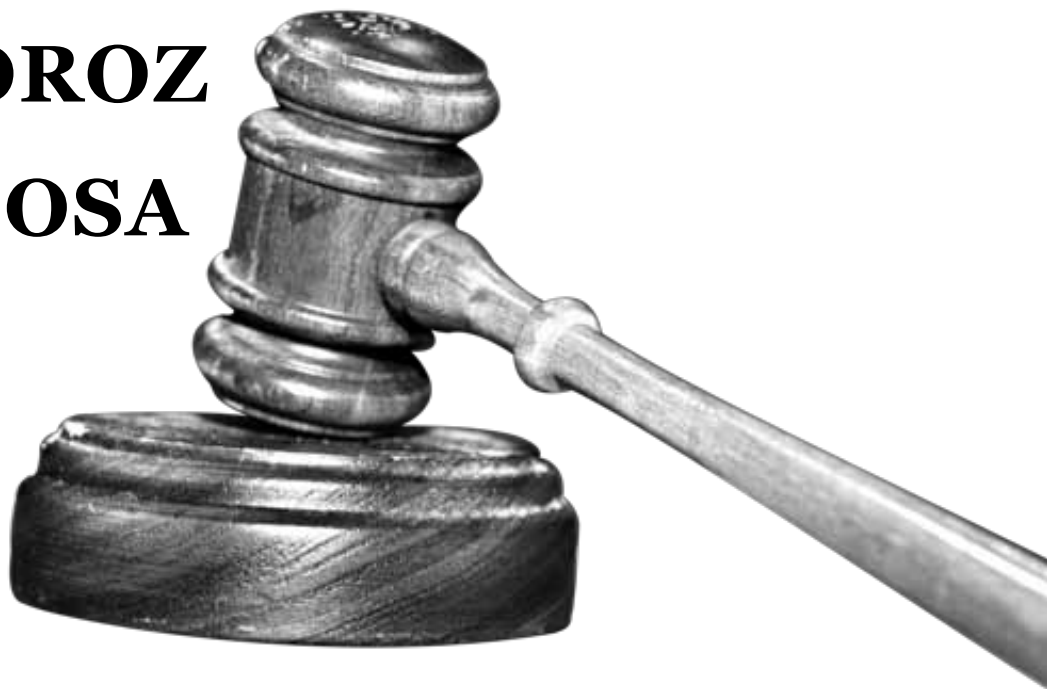
W razie powstania sporów ostatecznie sprawę będą rozstrzygać sądy powszechne.

**Krystian Szulc**  
Radca prawny Śląskiej Izby Aptekarskiej



dr Mikołaj Konstanty

# OROZ i OSA



## Szanowni Członkowie Śląskiej Izby Aptekarskiej

**D**ecyzją Rady naszej Izby, jak i za zgodą Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej (OROZ) oraz Przewodniczącej Okręgowego Sądu Aptekarskiego (OSA), postanowiliśmy informacyjnie, jak i ku przestrodze, prezentować Członkom naszej Izby prawomocne wyroki Okręgowego Sądu Aptekarskiego w różnych sprawach.

Sprawy takie są wnoszone do Rzecznika przez Radę Izby na wniosek osób, które przysyłają do Izby różne dowody łamania prawa, przez pacjentów aptek, Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego, jak i inne osoby, gdyż sprawę do Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej może wnieść każdy.

Każda taka sprawa po rozpatrzeniu przez Rzecznika (jeżeli nie zostanie umorzona) trafia do Okręgowego Sądu Aptekarskiego w celu orzeczenia wnioskowanej kary, którą może być upomnienie (na 1 rok), nagana (na 2 lata), zawieszenie prawa wykonywania zawodu lub jego odebranie.

Ukaranemu przysługuje odwołanie się do Naczelnego Sądu Aptekarskiego, a w sprawach o zawieszenie lub odebranie prawa wykonywania zawodu także dalej do sądu powszechnego.

Przybliżając Państwu prace OROZ i OSA, prezentujemy wybrane orzeczenia OSA.

Zwracam jednak szczególną uwagę na fakt, że z prezentowanych wyroków zostały usunięte dane personalne, jak i inne szczegóły, które mogłyby personalizować sprawę. Zostały one także skrócone oraz częściowo zmienione, jednak starałem się, by pozostało w nich to, z czym moim zdaniem powinni Państwo się zapoznać.

Z poważaniem

Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej  
dr farm. Mikołaj Konstanty

Sprawa ASFF .../2017

**ORZECZENIE**

Okręgowy Sąd Aptekarski w Katowicach w składzie ... po rozpoznaniu w dniu ... 2018 roku na rozprawie przy udziale Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej mgr farm. sprawy przeciwko aptekarzowi **mgr farm. ...**

**obwinionemu o:**

- niewywiązanie się z obowiązków kierownika apteki poprzez nieprawidłowe zorganizowanie pracy w aptece szpitalnej ..., co wynikało z kontroli ŚIWIF przeprowadzonej w dniach ... 2017 r. poprzez:

- dopuszczenie, by usługi farmaceutyczne w dziale farmacji szpitalnej świadczył personel pielęgniarski szpitala tzn. przygotowywał leki cytostatyczne w dawkach dziennych, co stanowi naruszenie art. 86 ust. 1 i ust. 3 pkt 3 w zw. z art. 90 ustawy Prawo farmaceutyczne, oraz:
- niesprawowanie należytego nadzoru nad warunkami przechowywania produktów leczniczych, poprzez dopuszczenie do przekroczenia w pomieszczeniach, w których się znajdowały, temperatur granicznych określonych przez producenta dla większości produktów leczniczych tam przechowywanych, co stanowi naruszenie art. 88 ust 5 pkt 1 ustawy Prawo farmaceutyczne w zw. z § 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki
- przechowywanie w magazynie produktów leczniczych produktów leczniczych zawierających materiały łatwopalne i żrące, bez kontroli prawidłowego przechowywania obu kategorii produktów leczniczych, co stanowi naruszenie § 12 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki

- sporządzenie w sposób niezgodny z wymogami protokołów przekazania do utylizacji produktów leczniczych i wyrobów medycznych, poprzez nie odnotowanie w nich daty i numeru faktury zakupu, co stanowi naruszenie §10 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki
- nie aktualizowanie danych zatrudnionych w aptece szpitalnej osób stanowiących personel fachowy, co jest niezgodne z §3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wzoru prowadzenia ewidencji zatrudnionych w aptece farmaceutów i techników farmaceutycznych.

**Orzeka:**

- Uznaje mgr farm. ... za winnego zarzucanego mu w pkt. 1 wniosku o ukaranie czynu i za to wymierza karę upomnienia.**
- W pozostałym zakresie uniewinnia obwinionego.**
- Kosztami postępowania, które zostaną określone w odrębnym zarządzeniu Przewodniczącej Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Katowicach obciążą obwinionego.**

**UZASADNIENIE**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej skierował do Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Katowicach wnioski o ukaranie mgr farm. ..., obwinionego o niewywiązanie się z obowiązków kierownika apteki poprzez nieprawidłowe zorganizowanie pracy w aptece szpitalnej Szpitala ..., co wynikało z kontroli ŚIWIF przeprowadzonej w dniach ... 2017 r. poprzez ...

**Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Śląskiej Izby Aptekarskiej ze Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach wpłynęło zawiadomienie ŚIWIF z ... 2017 r.,

informujące o nieprawidłowościach stwierdzonych w toku kontroli apteki szpitalnej Szpitala ... w której funkcję kierownika pełni mgr farm.

Z treści zawiadomienia wynikało, że przeprowadzona w aptece w dniach ... 2017 r. inspekcja wykazała nieprawidłowości w zakresie organizacji pracy w aptece szpitalnej kierowanej przez mgr farm. ... Stwierdzono dopuszczanie personelu pielęgniarskiego do wykonywania czynności zastrzeżonych wyłącznie dla farmaceuty co polegało na przygotowywaniu przez pracowników szpitala leków cytostatycznych w dawkach dziennych, jak również brak nadzoru nad prawidłową temperaturą w pomieszczeniach, w których przechowywane są produkty lecznicze (panujące tam temperatury przekraczały określone przez producentów temperaturowe normy graniczne dla większości znajdujących się tam leków), a także nieaktualizowanie danych zatrudnionych w aptece szpitalnej pracowników fachowych. Wyszło na jaw również, iż w protokołach z przekazania produktów leczniczych i wyrobów medycznych do utylizacji nie były odnotowywane daty i numery faktur zakupu. Tym samym dokumentacja ta nie spełniała prawnych wymogów dla niej przewidzianych, wynikających z § 10 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia Ministra Zdrowia w *sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki*. Przepis ten stanowi, że dokumentacja dotycząca produktów leczniczych i wyrobów medycznych, w odniesieniu do których została wydana decyzja o wstrzymaniu w obrocie, o wycofaniu z obrotu zawiera: numer faktury stanowiącej dowód zakupu i daty jej wystawienia. Stwierdzono ponadto, iż w pomieszczeniach przeznaczonych do przechowywania produktów leczniczych znajdowały się materiały łatwopalne i substancje żrące.

Rzecznik dał wiarę zawiadomieniu ŚIWIF jako dokumentowi urzędowemu, w którym opisano protokolarnie stwierdzony stan faktyczny zastany przez kontrolujących w aptece szpitalnej kierowanej przez mgr farm. ..., z którego wynikało, że farmaceuta ten nie dopełnił obowiązku prawidłowej organizacji pracy w kierowanej przez niego aptece szpitalnej i zdecydował o przedstawieniu mgr farm. ... postanowienia o przedstawieniu zarzutów.

W tym celu wezwał go do stawienia się w siedzibie Śląskiej Izby Aptekarskiej umożliwiając mu tym samym złożenie wyjaśnień.

Mgr farm. ... stawiając się na posiedzeniu przed Rzecznikiem złożył wyczerpujące wyjaśnienia. Stwierdził, że kontrola nie odbyła się w sposób ciągły i w dniu ... 2017 r. pod jego nieobecność w pracy zastępowała go koleżanka. Odnosząc się do zarzutu braku ewidencji pracowników fachowych stwierdził, że koleżanka musiała jej po prostu nie znaleźć, bowiem przedmiotowa ewidencja jest prowadzona i aktualizowana. Przyznał, że leków cytostatycznych nie wykonuje za każdym razem osobiście, ponieważ jest jedynym magistrem farmacji zatrudnionym w aptece i w tej sytuacji czasami wykonują je pielęgniarki. Zatrudnienie dodatkowego personelu leży poza możliwościami finansowymi Szpitala, a współpraca z Prezesem spółki prowadzącej szpital jest bardzo trudna. 8 lat temu, kiedy kierownikiem był poprzednik mgr farm. ... aptekę przeniesiono bez zgody ówczesnego kierownika na ... piętro budynku szpitala, wskutek czego według stanu na dzień składania wyjaśnień przed Rzecznikiem, apteka nadal znajdowała się w pomieszczeniach zastępczych. Farmaceuta stwierdził, że jest to przyczyna, dla której nie ma fizycznej możliwości wydzielenia produktów żrących i łatwopalnych w odrębnym pomieszczeniu (jako że apteka nie ma osobnego pomieszczenia), natomiast starał się wydzielić je na osobnej półce.

Mgr farm. ... w rozmowie z Prezesem w sprawie apteki szpitalnej uzyskał oświadczenie, że przeniesienie placówki do nowych pomieszczeń jest możliwe i obecnie znajduje się to w fazie projektu, który zakłada, że apteka będzie posiadała 2 odrębne pomieszczenia i drzwi ognioodporne. Planowo apteka ma zostać przeniesiona na parter budynku dyrekcji szpitala. Stwierdził jednocześnie, że obecnie te pomieszczenia nie są jednak pod tym kątem przystosowywane. Co do przekraczającej normy i wymagania temperatury wyjaśnił, że w ... 2017 r. klimatyzator znajdujący się w pomieszczeniu apteki zawiódł z uwagi na upał. W związku z tym, wskutek interwencji kierownika u Prezesa w trybie pilnym zostało nabyte nowe urządzenie klimatyzujące. Apteka była wskutek tego zdarzenia



unieruchomiona przez 2 godziny. Obwiniony przyznał, że w tym dniu temperatura w pomieszczeniu apteki osiągnęła 26 stopni Celsjusza, aczkolwiek farmaceuta wyraził przekonanie, że nie wpłynęło to destrukcyjnie na znajdujące się tam leki. Farmaceuta przyznał, że być może jest zbyt słaby w negocjacjach z Prezesem, który składa mu zapewnienia bez pokrycia. Farmaceuta stwierdził, że w aptecę są jeszcze dwie panie zatrudnione na stanowisku technik farmaceutyczny na  $\frac{3}{4}$  etatu. Prezes otwierając około ... lat temu oddział ... w szpitalu nie poinformował o tym mgr farm. ... Pracownia leków cytostatycznych powstała zatem bez konsultacji z kierownikiem apteki i ŚIWIF, w rezultacie czego spełnia jedynie wymagania sanepidu, a norm farmaceutycznych nie. Obwiniony wyjaśnił, że dąży do zlikwidowania tej pracowni, ponieważ w przyszłości nawet jej usytuowanie przy oddziale ... może zostać zakwestionowane przez ŚIWIF.

Odnosząc się do kwestii utylizacji przyznał, że istniały drobne nieścisłości w datach i numerach faktur, co spowodowane było przyjętym podziałem obowiązków w ewidencjonowaniu produktów leczniczych przez kierownika apteki i dział księgowości szpitala, gdyż księgowa pomaga kierownikowi w nanoszeniu tych danych. Jakkolwiek faktury są ewidencjonowane w systemie aptecznym, to łatwiej jest sprawdzić lek będący na stanie apteki pod kątem daty ważności. Odszukanie faktur jest już bardziej czasochłonnym zadaniem, dlatego obowiązek ewidencjonowanie jest wypełniany przy udziale księgowości, ponieważ obwiniony nie ma fizycznej możliwości zajmować się tym samodzielnie. Obwiniony stwierdził, że po przeniesieniu apteki do pomieszczeń zastępczych ŚIWIF odebrał lokal warunkowo, a następnie przy każdej kontroli odnotowywano nieprawidłowość polegającą na tym, że apteka nadal znajduje się w pomieszczeniach zastępczych, co nie przeszkodziło temu, by terminy na przeniesienie apteki były cały czas przedłużane. Obwiniony przyznał, że kiedy ... lat temu podjął się funkcji kierownika tej apteki szpitalnej, placówka ta znajdowała się we wzmiankowanych pomieszczeniach zastępczych. Podsumowując wyjaśnił, że mimo panujących tam warunków stara się w możliwym zakresie prawidłowo zorganizować pracę w aptece szpitalnej.

Mgr farm. ... dołączył do materiału dowodowego kserokopię protokołu kontroli ŚIWIF, z którym Rzecznik się zapoznał. Niezależnie od tego, Rzecznik wystąpił do ŚIWIF o przesłanie uwierzytelnionej kopii protokołu kontroli przeprowadzonej w aptecę kierowanej przez obwinionego, z którą – po jej otrzymaniu – się zapoznał. Następnie Rzecznik uznawszy, że materiał dowodowy to uzasadnia, skierował do Sądu wnioski o ukaranie mgr farm. ...

Na rozprawie w dniu ... 2018 r., obwiniony stawiając się złożył wyjaśnienia, w których podtrzymał stanowisko prezentowane w trakcie posiedzenia przed Rzecznikiem. Sąd dopuścił również dowód z przesłuchania w charakterze świadka dyrektora szpitala pana ... Na rozprawie w dniu ... 2018 r. Sąd przesłuchał świadka ..., którego zeznania były zbieżne z wyjaśnieniami obwinionego co do przyczyn, dla których apteka szpitalna Szpitala w ... dotąd znajduje się w pomieszczeniach zastępczych i w rezultacie – stwierdzonych przez ŚIWIF nieprawidłowości w organizacji pracy placówki.

#### Sąd zważył co następuje:

Sąd po przeanalizowaniu materiału dowodowego i całokształtu stanu faktycznego niniejszej sprawy, ocenił wyjaśnienia mgr farm. ... jako spójne logiczne i zbieżne z zeznaniami świadka jak również dokumentacją uzyskaną z ŚIWIF oraz włączoną w poczet materiału dowodowego przez obwinionego.

Stąd też Sąd orzekł o niewinnieniu mgr farm. ... od zarzutów wniosku o ukaranie w punktach od 2-5. Uchybienia stwierdzone w toku kontroli w tym zakresie, nie były wynikiem nieprawidłowego zorganizowania pracy w dziale farmacji zawinionej przez obwinionego. Stanowiły bowiem rezultat zaniechań i indolencji władz oraz trudności z którymi boryka się zarząd szpitala, w zakresie zapewnienia szpitalowi właściwego finansowania. Niezależnie od tego, mgr farm. ... wykazał, że ustawicznie wywierał nacisk na dyrekcję szpitala w celu uskutecznienia przeniesienia pomieszczeń działu do odpowiednich pomieszczeń, co umożliwiłoby kierownikowi działu farmacji zapewnienie jego działania zgodnie z kryteriami formalnoprawnymi

stawianymi tego typu placówkom, a na co – obiektywnie – nie było technicznych możliwości. Mimo tych trudności wynikających z umiejscowienia działu szpitala w pomieszczeniach zastępczych, mgr farm. ... na miarę swoich możliwości usiłował zagwarantować, by spełniał on swoją funkcję i realizował zapotrzebowania na leki dla pacjentów szpitala. Niezależnie od powyższego, Sąd ustalił, iż mgr farm. ... dopuścił się czynu zarzucanego w pkt 1) wniosku o ukaranie, a to popełnił zarzucający mu w punkcie 1 dopuszczając, by usługi farmaceutyczne w dziale farmacji szpitalnej świadczył personel pielęgniarski szpitala tzn. przygotowywał leki cytotatyczne w dawkach dziennych, co stanowi naruszenie art. 86 ust. 1 i ust. 3 pkt 3 w zw. z art. 90 ustawy Prawo farmaceutyczne. Miało to miejsce wówczas, gdy mgr farm. ... na czas swojego urlopu wypoczynkowego, nie mogąc znaleźć innego zastępstwa, delegował do zastępowania go jako kierownika działu farmaceutkę będącą w ciąży, która z powodu swojego stanu, nie mogła sporządzać leków cytotatycznych. Obwiniony nie zaprzeczył temu, stwierdzając jedynie, iż nie miał alternatywnego wyjścia, co w ocenie Sądu jest równoznaczne z tym, iż godził się, że pod jego nieobecność leki cytotatyczne nie będą wykonywane przez uprawniony personel działu farmacji. Mgr farm. ... postąpił nienależycie powierzając zastępstwo osobie, która faktycznie nie mogła wykonywać pełnego zakresu obowiązków ciążyących na kierowniku, którego zastępowała. Sąd oceniając to postępowanie obwinionego jako sprzeczne z zasadami deontologii zawodowej, uznał że kara upomnienia jest adekwatna dla rodzaju i zakresu czynu, bowiem niewłaściwe postępowanie obwinionego, szczęśliwie nie spowodowało wystąpienia negatywnych skutków dla pacjentów szpitala. Orzeczonej karze winna jednak w ocenie Sądu spełnić funkcję dyscyplinującą, gdyż będzie stanowić dla farmaceuty przestrożę na przyszłość, powodując że w przyszłości nie powierzy już zastępstwa osobie, która nie będzie zdolna faktycznie przejąć wszystkich obowiązków kierownika w trakcie jego nieobecności.

Sprawa ASFF .../2018



ORZECZENIE

Okręgowy Sąd Aptekarski w Katowicach w składzie ... po rozpoznaniu w dniu ... 2018 roku na rozprawie przy udziale Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej mgr farm. sprawy przeciwko aptekarzowi **mgr farm. ...**

**obwinionemu o:**

- nieprawidłową organizację pracy w aptecce ... 2017 r., co polegało na:
  1. dopuszczeniu do zaistnienia rozbieżności stanów magazynowych produktów leczniczych zawierających substancje psychotropowe oraz prekursorów kat. 1 z zapisem w systemie komputerowym, co stwierdzono odnotowując nadwyżkę: 1 opakowania produktu leczniczego Noctofer 0,5 mg x 20 tabl. i produktu leczniczego Bunondol 0,2 mg x 30 tabl. oraz brak: Dormicum 0,015 x 100 tabl. – 0,3 opakowania, Stilnox 0,01 x 10 tabl. – 2 opakowań, Stilnox 0,01 x 20 tabl. – 1 opakowania, Morfeo 0,01 x 10 kaps. - 1,5 opakowania, Relsed wlewki 10 mg/2,5 ml \* 5 – 1 opakowania, Sanval 0,01 x 20 tabl. - 0,5 opakowania, a także brak: substancji do receptury Luminalum 1,778g, co jest niezgodne z §3 ust. 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kat. I i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz.U. z 2015r., poz. 1889) w zw. z art. 88 ust. 5 pkt 1 ustawy Prawo farmaceutyczne w zw. z art. 2a ustawy o izbach aptekarskich.
  2. niezapewnieniu legalizacji wag wielozakresowych znajdujących się w izbie recepturowej apteki, co jest niezgodne z §8 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30.09.2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. nr 171, poz. 1395), art. 8a ust. 1 ustawy z dnia 11 maja 2001 r. Prawo o miarach (Dz. U. z 2016r. poz. 884),

- załącznikiem nr 5 do rozporządzenia Ministra Rozwoju Finansów z dnia 13 kwietnia 2017 r. w sprawie prawnej kontroli metrologicznej przyrządów pomiarowych (Dz. U. z 2017 r., poz. 969) w związku z art. 88 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne
3. niezapewnieniu w aptece odpowiednich warunków higienicznych do sporządzania leków recepturowych, co stanowi naruszenie §5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz. U. 2002 Nr 187, poz. 1565)
  4. wykorzystywaniu pomieszczeń apteki niezgodnie z ich przeznaczeniem oraz przechowywaniu produktów leczniczych w pomieszczeniach zabrudzonych, co jest niezgodne z §4 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz. U. 2002 Nr 187, poz. 1565)
  5. nieprowadzeniu ewidencji przychodu i rozchodu środków odurzających grupy II-N oraz substancji psychotropowych grup III-P, IV-P, preparatów zawierających te środki lub substancje oraz prekursorów kat. I, co jest niezgodne z §3 ust. 7 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11.09.2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kategorii I i preparatów zawierających te środki lub substancje (Dz. U. tj. z 2015 r. poz. 1889)
  6. dopuszczeniu do braku dokumentacji dotyczącej przekazanych do utylizacji przeterminowanych i zniszczonych produktów leczniczych i wyrobów medycznych co jest niezgodne z §10 ust. 1 pkt 4 oraz ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz. U. 2002 Nr 187, poz. 1565) w zw. z art. 88 ust. 5 pkt 1 ustawy Prawo farmaceutyczne.
  7. nieoddzieleniu w izbie ekspedycyjnej, magazynie oraz izbie recepturowej produktów leczniczych i substancji recepturowych z prawidłową datą od przeterminowanych, co jest niezgodnie z art. 66, art. 67 w zw. z art. 88 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne oraz nieoddzieleniu asortymentu wymienionego w art. 72 ust. 5 ustawy Prawo farmaceutyczne
  8. dopuszczeniu do braku dokumentacji dotyczącej produktów leczniczych lub wyrobów medycznych wstrzymanych od obrotu i wycofanych z obrotu, co jest niezgodnie z §10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz. U. 2002 Nr 187, poz. 1565)
  9. dopuszczeniu do realizacji recept wystawionych na preparaty zawierające środki odurzające bez podania: sumarycznej ilości środka odurzającego, sposobu dawkowania oraz z błędnie zapisaną ilością środka odurzającego, a także nieprawidłową nazwą substancji czynnej, co jest niezgodne z §6 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11 września 2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kat. I i preparatów zawierających te środki lub substancje w zw. z art. 88 ust. 5 pkt 1 ustawy Prawo farmaceutyczne w zw. z art. 96 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz art. 2a ustawy o izbach aptekarskich.
  10. dopuszczeniu do realizacji odpisów recept bez wymaganych danych takich jak: daty realizacji odpisu, danych osoby wystawiającej receptę oraz dopuszczeniu do realizacji odpisów recept po terminie ich ważności, co jest niezgodne z § 8 ust. 4 pkt 8 i pkt 9 oraz ust. 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012r. w sprawie recept lekarskich (t. j. Dz.U. z 2017r., poz. 1570) w zw. z art. 96 ust. 1 pkt 1 ustawy Prawo farmaceutyczne.
  11. nieprowadzeniu bieżącej ewidencji zatrudnionego w aptece personelu fachowego oraz nie przechowywaniu w aptece kopii dokumentacji potwierdzających kwalifikacje zawodowe pracowników placówki, co

jest niezgodne z § 2 ust. 2 i § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002r. w sprawie wzoru prowadzenia ewidencji zatrudnionych w aptece farmaceutów i techników farmaceutycznych (Dz. U. nr 187, poz. 1566)

12. niewyposażeniu apteki w obowiązujące wydanie Farmakopei Polskiej, co jest niezgodne z §10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz. U. Nr 187, poz. 1565 ze zm.)

### **Orzeka:**

1. **Uznaje mgr farm. ... za winnego zarzucanych mu czynów i za to wymierza karę upomnienia.**
2. **Kosztami postępowania, które zostaną określone w odrębnym zarządzeniu Przewodniczącej Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Katowicach obciążą obwinionego.**

### **UZASADNIENIE**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej skierował do Okręgowego Sądu Aptekarskiego wnioski o ukaranie mgr farm. ..., obwinionego o nieprawidłową organizację pracy w aptece ... w ... 2017 r. ...

#### **Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej Śląskiej Izby Aptekarskiej wpłynęło zawiadomienie ŚIWIF za sprawą którego został poinformowany o wynikach kontroli przeprowadzonej w dniach ...2017r. i ...2017 r. w aptece ... w której funkcję kierownika pełni mgr farm. ...

Ze wzmiankowanego pisma wynikało, że w placówce stwierdzono szereg naruszeń w zakresie organizacji pracy apteki. Inspekcja wykryła nieprawidłowości w obrębie funkcjonowania izby recepturowej, izby ekspedycyjnej oraz w zakresie ewidencjonowania stanów

magazynowych apteki. Kontrolujący ustalili, że wagi wielozakresowe znajdujące się w izbie recepturowej nie posiadają dokumentów legalizacji, a także nie przeprowadzono badania stanu technicznego łoża z nawiewem laminarnym oraz, że urządzenia wchodzące w skład wyposażenia izby recepturowej nie były regularnie serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta.

Stwierdzono, że w aptece realizowano recepty i odpisy recept nie zawierające wymaganych dla swej poprawności danych, bądź z błędami, że w aptece nie jest prowadzona ewidencja przychodu i rozchodu środków odurzających grupy II- N oraz substancji psychotropowych grup II- P, IV- P, preparatów zawierających te środki lub substancje oraz prekursorów kategorii 1, a nadto, iż w placówce w ogóle nie ma książki kontroli opieczetowanej w ŚIWIF. Ponadto, stwierdzono również brak dokumentacji dotyczącej przekazania do utylizacji przeterminowanych i zniszczonych produktów leczniczych oraz wyrobów medycznych. Dodatkowo, przeterminowane produkty lecznicze i wyroby medyczne przechowywane były w aptece w otwartych workach we wnęce pod schodami i w otwartych pojemnikach ulokowanych na schodach tzn. w sposób nie zabezpieczający ich przed wprowadzeniem do obrotu. Co więcej, w izbie recepturowej i magazynie apteki przeterminowane produkty lecznicze oraz substancje recepturowe były przechowywane w bezpośrednim sąsiedztwie produktów nieprzeterminowanych, co nie stanowi należytego zabezpieczenia przed omyłkowym wydaniem bądź zastosowaniem w recepturze produktu leczniczego, czy też surowca farmaceutycznego po upływie daty ich przydatności. Dodatkowo, asortyment wymieniony w art. 72 ustawy Prawo farmaceutyczne nie był prawidłowo wydzielony w izbie ekspedycyjnej. Wykryto również, że w aptece nie są wykonywane analizy leków recepturowych. Według stanu na dzień kontroli ostatni lek recepturowy wydano w dniu ... 2016 r., natomiast ostatnia analiza leku recepturowego pochodziła z ... 2010 r.

Istotnym uchybieniem stwierdzonym przez inspektorów są także rozbieżności w ewidencji stanów magazynowych produktów leczniczych zawierających substancje psychotropowe oraz prekursorów kat. 1 z ich danymi w systemie

komputerowym apteki. Wykryto nadwyżkę 1 opakowania Nactofer 0,5 mg x 20 tabl. oraz Bunodol 0,2 mg x 30 tabl., a także braki: Dormicum 0,015 x 100 tabl. – 0,3 opakowania, Stilnox 0,01 x 10 tabl. – 2 opakowań, Stilnox 0,01 x 20 tabl. – 1 opakowania, Sanval 0,01 x 20 tabl. – 0,5 opakowania i substancji do receptury: Luminalum 1.778 g.

Kolejną nierzetelnie prowadzoną przez obwinionego ewidencją była ta dotycząca pracowników fachowych, której nie aktualizowano na bieżąco. W aptece inspektorzy nie znaleźli również kserokopii dokumentów potwierdzających kwalifikacje zawodowe zatrudnionego w niej personelu.

ŚIWIF wydał decyzję o zakazie wykonywania leków recepturowych we wzmiankowanej aptece do czasu zalegalizowania wag znajdujących się w wyposażeniu izby recepturowej i przywrócenia w niej właściwych warunków higienicznych. Również obrót jak i nadzór kierownika nad wydawaniem produktów leczniczych w aptece, w tym zwłaszcza zawierającymi w swym składzie substancje psychotropowe i prekursorzy kat. 1, nie był prowadzony należycie, co obrazują stwierdzone rozbieżności pomiędzy stanami magazynowymi i ewidencją komputerową apteki. Ujawniono również błędne oznaczanie odpisów recept i ich realizowanie pomimo upływu terminów ważności.

Rzecznik wezwał mgr farm. ... do stawiennictwa w siedzibie Izby celem ogłoszenia mu postanowienia o przedstawieniu zarzutów, umożliwiając farmaceucie złożenie wyjaśnień.

Farmaceuta stawiwszy się na przesłuchaniu, nie przyznał się do stawianych mu zarzutów, wyjaśniając, że wszystkie okoliczności wynikające z zawiadomienia ŚIWIF dają obraz źle prowadzonej apteki, podczas gdy w jego ocenie – tak nie jest, aczkolwiek nie składał zastrzeżeń do protokołu, a zalecenia pokontrolne są wdrażane. Stwierdził, że obecnie jest jedynym magistrem pracującym w kontrolowanej aptece i przebywa w niej praktycznie przez cały czas. Apteka jest czynna ... Wyjaśnił, że był obecny przy kontroli i stan psychotropów sprawdzano w jego obecności, natomiast kontrolujący nie dali mu możliwości poczynić dodatkowych

ustaleń w kwestii stwierdzanych uchybień, tak by można było zweryfikować stan faktyczny i prawny na miejscu, po zgłoszeniu zastrzeżeń przez WIF. Farmaceuta stwierdził, że na bieżąco sprawdza ważność leków i zaprzeczył jakoby produkty lecznicze przeterminowane znajdowały się obok tych zdalnych do sprzedaży. Wskazał, że legalizacja wag wielozakresowych została przeprowadzona jeszcze w ten sam dzień, w trakcie trwania kontroli, jak również recepturę dostosowano do wymogów, wskutek czego uruchomiono ją nazajutrz od stwierdzenia nieprawidłowości, w rezultacie czego działała od ... 2017 r., a wymaganą dokumentację przedstawiono kontrolującym, toteż zarzut ten jest bezzasadny. Wyjaśnił również, że w aptece nie są wykonywane leki jałowe, gdyż do apteki nie wpływają takie recepty. Co do ewidencji przychodu i rozchodu środków odurzających podał, że wykonuje miesięczne wydruki z systemu komputerowego, a tzw. książka narkotyczna „odnalazła się w trakcie kontroli i jest obecnie prowadzona”. Co z kolei zaś tyczy ewidencji leków przeterminowanych – leki są na bieżąco ściągane z półek. Wyjaśniając z kolei brak ewidencji decyzji o wstrzymaniu bądź wycofaniu z obrotu produktów leczniczych obwiniony stwierdził, że podchodzi do raportowania tych danych w sposób ekologiczny i w ogóle nie drukuje komunikatów o wstrzymaniu, bądź wycofaniu jeżeli dotyczą leku, którego nie ma na stanie w aptece. Dodał, że komunikaty te praktycznie stale wyświetlają się na komputerze w trakcie pracy i jest to kontrolowane. Posiada zatem w aptece wydruki decyzji o wstrzymaniu bądź wycofaniu z obrotu produktu leczniczego, który ma lub miał na stanie. Stwierdził ponadto, iż brak ewidencji i dokumentacji personelu fachowego zatrudnionego w aptece został po kontroli nadrobiony, mimo że de facto tylko on sam zapewnia obsadę fachową w placówce. Wskazał dodatkowo, że w aptece jest zatrudniona osoba sprzątająca i w zw. z tym nie ma możliwości, by pomieszczenia apteki były zabrudzone, bądź wykorzystywane niezgodnie z przeznaczeniem. Farmaceuta podkreślił, iż stara się wykonywać swoje obowiązki jak najlepiej, aczkolwiek nie wyklucza to omissions, które mogą występować w jego sytuacji, a także zawniósł o możliwość odniesienia się do zarzutów na piśmie.

Rzecznik wyznaczył farmaceucie 21-dniowy termin na złożenie wyjaśnień na pisemnych, aczkolwiek obwiniony nie skorzystał z danego mu uprawnienia jak również nie przesłał żadnych dodatkowych materiałów ani wniosków do akt sprawy, po doręczeniu postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego.

### **Sąd zważył co następuje:**

Sąd po przeanalizowaniu całokształtu materiału dowodowego oraz jawiących się na jego tle okoliczności faktycznych zważył, że zakres uchybień stwierdzonych przez ŚIWIF obejmuje wiele obszarów organizacyjnych w aptece, co świadczy o braku prawidłowej kontroli kierownika nad jej funkcjonowaniem i dlatego orzekł o ukaraniu mgr farm. ... Do obowiązków każdego farmaceuty należy sprawowanie nadzoru nad wytwarzaniem, obrotem, przechowywaniem, wykorzystaniem i utylizacją produktów leczniczych. Wymagania te kierownika apteki obciążają w dwójnasób. Kierownik winien trzymać pieczę nad całokształtem organizacji pracy w aptece, co oznacza, że w równej mierze powinien poświęcać uwagę stricte merytorycznym pracy jak i jej aspektom formalnoprawnym, będącym jej udokumentowaniem. Mimo to, Sąd w większości dał wiarę wyjaśnieniom kierownika, ponieważ były logiczne i spójne z doświadczeniem życiowym Sądu, który jest świadom, iż w trakcie kontroli ŚIWIF jakiegokolwiek odstępstwo od literalnego interpretowania i zastosowania obowiązujących przepisów klasyfikowane jest jako uchybienie, co nie zawsze pokrywa się z rzeczywistym stanem faktycznym. Sąd stoi na stanowisku, że brak aktualnej dokumentacji potwierdzającej legalizację wag wielozakresowych czy raportu sterylizacji suchym gorącym powietrzem suszarki aptecznej oraz ewidencji sporządzanych leków recepturowych w świetle tego, że w aptece kierowanej przez obwinionego właściwie nie było zapotrzebowania na leki recepturowe stanowi czyn mniejszej wagi, który wobec niewykonania leków recepturowych w aptece kierowanej przez obwinionego, nie stwarzały realnego zagrożenia dla zdrowia i życia pacjentów w niniejszej sprawie. Także brak ewidencji oraz dokumentacji potwierdzającej uprawnienia zawodowe pracowników fachowych w przypadku,

kiedy jedynym zatrudnionym w aptece magistrem jest obwiniony Sąd uznał za uchybienie o znikomym ciężarze gatunkowym. Co do zasady nie stwarzają one bowiem realnego zagrożenia dla prawidłowego funkcjonowania apteki w wymiarze praktycznym. Sąd wziął przy tym również pod uwagę, iż po kontroli obwiniony nadrobił wzmiankowane braki, czyniąc zadość ustawowym wymogom w tym zakresie.

Rozważając jaką karę należy wymierzyć farmaceucie Sąd wziął pod uwagę postawę mgr farm. ..., który stawiał się na wezwania organów i nie matacząc złożył wyczerpujące wyjaśnienia. Sąd wziął pod uwagę także to, iż obwiniony samodzielnie prowadzi aptekę, co stanowi duże obciążenie zawodowe i uprawdopodobnia, że zaistniałe uchybienia – zgodnie z twierdzeniami obwinionego, miały charakter nieumyślny i incydentalny, będąc wynikiem dużego obciążenia pracą. Sąd uznał wyjaśnienia obwinionego za wiarygodne i wając całokształt okoliczności sprawy, uznał że kara upomnienia jest adekwatna dla rodzaju i zakresu stwierdzonych nieprawidłowości, za które odpowiedzialność ponosi mgr farm. ... Spełni ona funkcję dyscyplinującą i z dużym prawdopodobieństwem będzie stanowić dla farmaceuty przestrożę na przyszłość, powodując że zapewni prawidłową organizację pracy w aptece, w każdym, w tym formalnoprawnym aspekcie funkcjonowania apteki.

O kosztach postępowania Sąd orzekł na mocy § 55 ust.2 w zw. z § 56 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2003 r. w sprawie postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej farmaceutów (Dz. U. Nr 65, poz. 612) obciążając nimi mgr farm. ....

Sprawa ASFF .../2018



## ORZECZENIE

Okręgowy Sąd Aptekarski w Katowicach w składzie ... po rozpoznaniu w dniu ... 2018 roku na rozprawie przy udziale Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej mgr farm. sprawy przeciwko aptekarzowi **mgr farm. ...**

## obwinionej o:

- nieprawidłową organizację pracy w aptecę ogólnodostępnej ..., co stwierdzono w toku planowej kontroli ŚIWIF przeprowadzonej w aptecę w dniu ... 2018 r., co polegało na dopuszczeniu do:
  1. nieprawidłowego ewidencjonowania przychodów i rozchodów produktów leczniczych (Clexane 0,04 mg/0,4 ml x 10 amp.-strz., Pulmozyne 2,5 mg/2,5 ml x 30 amp., Madopar HBS 100 mg + 25 mb x 100 kaps., Tegretol CR 400, 400 mg x 30 tabl. o zmod. uw., co polegało na zaewidencjonowaniu większej ilości leków niż została zaordynowana przez lekarza, przy jednoczesnej zgodnej z ordynacją lekarza taksacji, co jest niezgodne z §10 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2002r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki oraz § 13 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 marca 2012 r. w sprawie recept lekarskich.
  2. przyjmowania na stan apteki dodatkowych opakowań produktów, nie widniejących na fakturach zakupu tych produktów, co stanowi naruszenie art. 88 ust. 5 pkt. 1 ustawy Prawo farmaceutyczne w zw. z § 10 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki a także przyjęcia na stan magazynowy apteki produktu leczniczego zawierającego środek odurzający z grupy I-N (Targin 10 mg = 5 mg x 60 tabl.) i wydania go pacjentowi bez zaewidencjonowania w systemie komputerowym apteki, pomimo iż placówka na wniosek kierownika, została zwolniona z obowiązku prowadzenia obrotu środkami odurzającymi gr I-N i substancjami psychotropowymi grupy II-P, a także nieprowadzenia ewidencji przychodu i rozchodu w/w produktów leczniczych w opieczetowanej przez ŚIWIF książce kontroli, a także nie wyznaczenia na terenie apteki miejsca służącego do przechowywania środków odurzających gr. IN i substancji psychotropowych gr. II-P w postaci metalowej szafy lub kasety, co narusza § 3 ust. 1 i §2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11.09.2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kat. I i preparatów zawierających te środki lub substancje.
  3. prowadzenia ewidencji przychodów i rozchodów substancji psychotropowych gr. III-P i IV-P bez wskazania numerów i podpisów osoby sporządzającej, co narusza § 3 ust. 7 i 8 § 3 ust. 7 oraz dopuszczeniu do zaistnienia rozbieżności pomiędzy stanem magazynowym substancji psychotropowych grupy IV-P, a stanem faktycznym leków, co jest niezgodne z § 3 ust. 7 pkt 1, 2, 3, 4 i 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 11.09.2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kat. I i preparatów zawierających te środki lub substancje.
  4. wydania w dniu ... 2017 r. w ramach jednorazowej sprzedaży odręcznej dla jednego pacjenta produktu leczniczego Grypostop x 24 tabl. (łącznie 1440 mg pseudoefedryny oraz 720 mg dekstrometorfanu) oraz w dniu ... 2017 r. 1 op. Gripex x 24 tabl. oraz 1 op. Ibuprom Zatoki x 12 tabl. (łącznie 1080 mg pseudoefedryny), co jest niezgodne z wykazem stanowiącym załącznik do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 16.12.2016 r. w sprawie wykazu substancji o działaniu psychoaktywnym oraz maksymalnego poziomu ich zawartości w produkcie leczniczym, stanowiącego ograniczenie w wydawaniu produktów leczniczych w ramach jednorazowej sprzedaży, gdzie określono maksymalną ilość pseudoefedryny dla 1 pacjenta na 720 mg, a dekstrometorfanu na 360 mg, co stanowi naruszenie art. 71a ust. 2 Prawo farmaceutyczne.

5. nieprawidłowego przechowywania surowców farmaceutycznych w izbie recepturowej apteki Codeinum Phosphoricum (pomiędzy innymi surowcami farmaceutycznymi i Kamfory 5g, która była przechowywana na półce zamiast w temperaturze od 5-15°C, co jest niezgodne odpowiednio z §4 ust. 2 i §2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 18.10.2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki oraz §2 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dn. 11.09.2006 r. w sprawie środków odurzających, substancji psychotropowych, prekursorów kat. 1 i preparatów zawierających te środki i substancje oraz przechowywania wody oczyszczonej po otwarciu opakowania dłużej niż przez 16 godzin zgodnie z zaleceniami producenta i wymogami Farmakopei Polskiej wyd. X oraz nie dokumentowaniu nadzoru nad sporządzeniem leków recepturowych, co jest niezgodne z art. 88 ust. 5 pkt 1 ustawy Prawo farmaceutyczne.
6. wykonywania leków recepturowych wymagających warunków jałowych bez odpowiedniego wyposażenia izby recepturowej w łożę z nawiewem laminarnym, co stanowi naruszenie § 3 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych w zw. z art. 88 ust. 5 pkt 1 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz nie posiadania ważnej umowy na wykonywanie jałowego leku recepturowego z podmiotem wykonującym leki recepturowe w warunkach jałowych, co stanowi naruszenie art. 95 ust 1 i 3 ustawy Prawo farmaceutyczne.
7. niezapewnieniu legalizacji wag wielozakresowych znajdujących się w izbie recepturowej apteki, a także raportu z mikrobiologicznego badania skuteczności sterylizacji suchym, gorącym powietrzem aptecznej suszarki, co jest niezgodne z §8 ust. 1 pkt 8 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 30.09.2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. nr 171, poz. 1395), art. 8a ust. 1 ustawy z dnia 11 maja 2001 r. Prawo o miarach (Dz. U. z 2016 r. poz. 884), załącznikiem nr 5 do rozporządzenia Ministra Rozwoju Finansów z dnia 13 kwietnia 2017 r. w sprawie prawnej kontroli metrologicznej przyrządów pomiarowych (Dz. U. z 2017 r., poz. 969) w związku z art. 88 ust. 5 pkt 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, a nadto prowadzeniu ewidencji sporządzanych leków recepturowych bez wskazania nazwiska osoby sporządzającej co jest niezgodne z §9 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki oraz art. 96 ust. 2 ustawy Prawo farmaceutyczne.
8. nieprowadzeniu dokumentacji dotyczącej produktów leczniczych lub wyrobów medycznych wstrzymanych od obrotu i wycofanych z obrotu, co jest niezgodne z §10 ust. 1 pkt 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki (Dz. U. 2002 Nr 187, poz. 1565) oraz nie gromadzenia w aptece raportów o podjętych działaniach zabezpieczających w sprawie wstrzymywania/wycofywania produktu leczniczego/wyrobu medycznego z obrotu.
9. nieprawidłowym przechowywaniu produktów leczniczych zawierających substancje bardzo silnie działające (Foradil, Combigan), a w magazynie do przechowywania produktów leczniczych trzymania również asortymentu wymienionego w art. 72 ust. 5 Prawo farmaceutyczne, co jest niezgodne z §4 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18.10.2002 r. w sprawie podstawowych warunków prowadzenia apteki.
10. nieprawidłowym wydawaniu produktów leczniczych, i nie przedłożeniu w trakcie kontroli recepty/zapotrzebowania na wydany z apteki produkt leczniczy z oznaczeniem Rp. Optylite x 500 ml, co jest niezgodne z art. 96 ust. 1 pkt 1 i 3 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz wydaniu z apteki na podstawie recepty farmaceutycznej większego niż najmniejsze dostępne w aptecce opakowanie produktu leczniczego, co jest niezgodne z art. 96 ust. 4 pkt 2 3 ustawy Prawo farmaceutyczne.



**Orzeka:**

1. **Uznaje mgr farm. ... za winną zarzucanych czynów i za to wymierza karę upomnienia.**
2. **Kosztami postępowania, które zostaną wyliczone w odrębnym zarządzeniu Przewodniczącej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Katowicach obciąża obwinioną**

**UZASADNIENIE**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej Śląskiej Izby Aptekarskiej skierował do Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Katowicach wnioski o ukaranie mgr farm. ... obwinionej o:

- nieprawidłową organizację pracy w aptece ogólnodostępnej ..., co stwierdzono w toku planowej kontroli ŚIWIF przeprowadzonej w aptece w dniu ... 2018 r., co polegało na dopuszczeniu do ...

**Sąd ustalił następujący stan faktyczny:**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej zawiadomieniem ŚIWIF został poinformowany o wynikach kontroli przeprowadzonej w dniu ... 2018 r. w aptece ogólnodostępnej ..., w której funkcję kierownika pełniła mgr farm.

Z zawiadomienia wynikało, że w placówce stwierdzono istnienie szeregu naruszeń w zakresie organizacji pracy apteki i jej funkcjonowania. Inspekcja wykryła nieprawidłowości zarówno w izbie recepturowej oraz w ewidencjonowaniu stanów magazynowych apteki (przychodu i rozchodu produktów leczniczych zawierających w swym składzie substancje psychotropowe). Kontrolujący ustalili, że wagi wielozakresowe znajdujące się w izbie recepturowej nie posiadają dokumentów legalizacji. Nadto, nie przeprowadzono badania stanu technicznego łoża z nawiewem laminarnym, a urządzenia wchodzące w skład wyposażenia izby recepturowej nie były regularnie serwisowane zgodnie z zaleceniami producenta. Wykryto, że w aptece wykonywano leki jałowe z antybiotykiem w nieodpowiednich do tego warunkach, a także, iż placówka nie posiada ważnej umowy zlecającej wykonywanie

recepturowych leków jałowych przez inną aptekę (ta z którą posiadała umowę od ... 2011 r. nie wykonuje recepturowych leków jałowych). Stwierdzono również realizowanie recept i odpisów recept nie zawierających wymaganych dla swej poprawności danych, jak również przypadki wydawania leków bez recepty czy zapotrzebowania, a także przekraczanie dopuszczalnych dawek leków wydawanych na podstawie recept farmaceutycznych oraz produktów leczniczych zawierających w swoim składzie pseudoefedrynę w ilości przekraczającej dopuszczalne dawki dla jednego pacjenta przy jednej odręcznej sprzedaży. Wykryto, że w aptece nie jest prowadzona ewidencja przychodu i rozchodu środków odurzających grupy II- N oraz substancji psychotropowych grup II- P, IV- P, preparatów zawierających te środki lub substancje oraz prekursorów kategorii I, a nadto, w placówce nie było książki kontroli opieczętowanej przez ŚIWIF. Również ewidencje i raporty w zakresie produktów leczniczych wstrzymywanych/wycofywanych z obrotu nie były w aptece należycie prowadzone. W zawiadomieniu podniesiono także naruszenie wymogu posiadania aktualnego wydania Farmakopei Polskiej, a także przechowywanie recept w sposób nieuporządkowany pod względem daty ich realizacji, jak również jednorazowy przypadek wydania i zrealizowania odpisu recepty, na którym nie było adnotacji o sposobie użycia leku i podpisu farmaceuty.

Rzecznik ogłosił mgr farm. ... postanowienie o przedstawieniu zarzutów, a farmaceutka częściowo przyznając się do zarzutów złożyła wyczerpujące wyjaśnienia.

Obwiniona stwierdziła, że kierowana przez nią apteka jest placówką małą, w której brak miejsca na sejf do osobnego przechowywania tzw. narkotyków. Przyznała, że przyczyną jednego z wykrytych w toku kontroli uchybień był jednorazowy przypadek wydania leku pacjentowi w potrzebie, który zachorował na nieoperacyjnego raka żołądka, a ona sprowadziła dla niego do apteki Targin. Wówczas, gdy po odbiór leku zgłosili się krewni pacjenta, okazało się, że chcieli zrealizować również recepty na inne leki. W tym jednym przypadku obwiniona zdecydowała się pomóc, natomiast jest świadoma, że był to błąd. Zazwyczaj w takich

sytuacjach przyjmowała od pacjenta receptę, ale realizowała ją osobiście w innej aptece, realizującej leki na recepty tzw. narkotyczne, a następnie dostarczała pacjentowi leki. Przyznała, że na stanie miała za dużo o 3 opakowania Lorafenu 2,5 mg, który pacjent zamówił, a nie odebrał. Sytuacja przedstawiała się w ten sposób, że farmaceutka ... 2017 r. przyjęła receptę na 4 opakowania Lorafenu 2,5 mg, a na stanie miała tylko jedno opakowanie tego produktu leczniczego. Pacjent chciał od razu zapłacić za wszystkie cztery opakowania i odebrał jedno opakowanie, które było na stanie, a po 3 opakowania miał się zgłosić po ich sprowadzeniu do apteki, przy czym nie odebrał ich do dnia kontroli. Farmaceutka schowała go do szafki z pozostałymi lekami psychotropowymi. Dormicum 7,5 mg x 10 tabl. również pozostawiła nieodebrane w szafce z lekami psychotropowymi, gdyż także ten lek nie został odebrany przez pacjenta. Odnośnie do prowadzenia ewidencji w aptece, obwiniona wyjaśniła, że wszystkie raporty są pod koniec miesiąca sporządzane, przyznając jednocześnie, że nie podpisywała ich czytelnie, parafując je jedynie, co jednak nie powinno mieć znaczenia, gdyż jako jedyny farmaceuta zatrudniony w aptece, tylko ona siłą rzeczy może je drukować. Co do receptury stwierdziła, że całą obsługuje samodzielnie, ponieważ zatrudniana przez nią technik farmaceutyczny jest uczulona na którąś z substancji recepturowych. Do apteki wpływają raptem 2-3 recepty na leki recepturowe tygodniowo. Stwierdziła, że wobec tego, zarzucanie jej, że nie podpisuje ewidencji leków recepturowych imieniem i nazwiskiem, a zamiast tego stawia tam parafę jest przesadzony, ponieważ ewidencja jest podpisana przez farmaceutę, mimo że nieczytelnym podpisem. Odnosząc się do zarzutu przechowywania kamfory w nieodpowiedniej temperaturze, stwierdziła, że w dniu rozpoczęcia kontroli w recepturze było 14,5 °C, więc Kamfora była przechowywana w temperaturze o górnej granicy dopuszczalności, a w dniu kontroli została przeniesiona do lodówki, odtąd znajdując się w temperaturze 8°C. Odnośnie do kodeiny – wyjaśniła, że umknęło jej odniesienie jej do szafki ze środkami odurzającymi. Jako że wszystkie czynności farmaceutyczne w aptece wykonuje samodzielnie nie jest w stanie ustrzec się drobnych

pomyłek. Przyznała, że wobec praktycznie całkowitego zaniku wpływu recept na leki jałowe umknęła jej kwestia podpisania nowej umowy zlecenia na ich wykonywanie z inną apteką, po tym jak apteka z ... zaprzestała ich sporządzania. Po kontroli zawarła umowę z apteką z ..., więc uchybienie to zostało naprawione. Co do wykonywania leków recepturowych z antybiotykiem potwierdziła, że zdarzyło jej się sporządzić roztwór spirytusowy. Podkreśliła jednocześnie, że był to jedyny lek z antybiotykiem, który wykonała. Lek ten nie został poddany analizie, więc inspektorzy farmaceutyczni nie wykazali, że nie została dochowana jałowość, a jedynie stwierdzili, że taki lek został w aptece wykonany. Podkreśliła, że do apteki ani innych uprawnionych organów nikt nigdy nie zgłaszał zastrzeżeń co do jakości obsługi w kierowanej przez nią placówce.

Odnośnie do wagi wielozakresowej, która nie została zalegalizowana stwierdziła, że jest to stara zabytkowa waga szalkowa, której w ogóle nie używa. Stosowana jest bowiem druga waga, elektroniczna. Tym niemniej, obwiniona poinformowała, że po kontroli ŚIWIF dokupiła drugą wagę do receptury i okazała dowód zakupu w ŚIWIF. Tym samym, po kontroli w aptece znajdują się dwie zalegalizowane wagi, mniejsza i większa. Także brak badań mikrobiologicznych został usunięty w następstwie kontroli. Zakupiła do apteki także nowe wydanie Farmakopei Polskiej. Podkreśliła, że w ciągu paru dni, w terminie wymaganym przez ŚIWIF naprawiła wszystkie stwierdzone uchybienia i receptura działa normalnie.

Przekroczenie dawki pseudoefedryny w trakcie odręcznej sprzedaży dla jednego pacjenta wynikało z tego, że przeziębiony pacjent chciał kupić leki sobie i dla teściowej. Sprzedaż zarejestrowano na jednym paragonie, zamiast na dwóch, natomiast obwiniona zapewniła, iż miała pewność, że leki nie są nabywane na potrzeby jednego pacjenta. Podkreśliła, że zawsze zwraca na to uwagę, a to był jednorazowy przypadek. Pozostałe transakcje z pseudoefedryną były zgodne z normami, co zostało zweryfikowane przez inspektorów w trakcie kontroli, aczkolwiek przemilczane w protokole, co wywołało mylne wrażenie jakoby dopuszczała do tego typu transakcji częściej, podczas gdy był to jednorazowy przypadek.

Odnosnie do wydania leku Optylite x 500 ml przyznała, że to była pomyłka i zamiast na klawiaturze wybrać skrót odpowiadający za zakwalifikowanie sprzedaży jako sprzedaż na receptę, omyłkowo wybrała „sprzedaż odręczną”, a ponieważ była to duża sprzedaż na fakturę, nie chciała jej korygować. Stwierdziła, że ma receptę na Optylite x 500 ml w aptece, przy czym nie znalazła jej w porę w trakcie kontroli, ponieważ czynności kontrolne były przeprowadzane szybko i nie dano jej szansy na spokojne odnalezienie dokumentu, przed odnotowaniem tego jako nieprawidłowości. Zapewniła jednocześnie, że na pewno nie sprzedała „PWE” bez recepty.

Co do raportu wstrzymanych bądź wycofanych z obrotu produktów leczniczych, stwierdziła, że czasem zdarza jej się, że coś wydrukuje podwójnie. W jednym segregatorze są przechowywane raporty ułożone po kolei, a w drugim są te dodatkowe egzemplarze wymieszane z innymi dokumentami. W chaosie kontroli pokazała inspektorom niewłaściwy segregator, co zostało w protokole odnotowane w taki sposób jakby w ogóle nie była prowadzona ewidencja, co jest nieprawdą. Stwierdziła, że śledzi na bieżąco komunikaty o wycofywaniu/wstrzymywaniu w obrocie, więc nie zdarza się, by coś przeoczyła. Zaprzeczyła również jakoby recepty były niepoukładane. Każdego dnia jest robiony raport, zestawienie sprzedaży, a do tego drukuje się pasek. Okres refundacyjny również jest zaznaczony. Czasem się zdarzy, że szukając jakiejś recepty nie włoży jej z powrotem, ale to sporadyczne przypadki i wszystkie recepty znajdują się w jednym miejscu, więc łatwo je odszukać.

Odnosząc się do taksacji większej ilości leków, co stwierdzono w protokole kontroli ŚIWIF stwierdziła, że rzecz dotyczyła Clexane, który jak wiadomo jest lekiem deficytowym. Ze względu na trudności z zaopatrzeniem w ten lek zdarzały się recepty na parę opakowań, których fizycznie nie było na stanie apteki, a jako że recepta się terminowała, wówczas odbywała się sprzedaż takiej ilości leku jaka była wskazana na receptce, nawet jeżeli faktycznie w danym momencie nie było takiej ilości ma stanie w aptece.

Podkreśliła, że ze strony pacjentów nigdy nie było żadnych skarg odnośnie do funkcjonowania apteki i nigdy wcześniej w stosunku do farmaceutki nie było prowadzone postępowanie dyscyplinarne.

Rzecznik uznając, że całość stwierdzonych w toku kontroli uchybień w organizacji pracy w aptece jest znaczna i mając na względzie moc dowodową dokumentu urzędowego, jakim jest zawiadomienie ŚIWIF, zdecydował o skierowaniu do Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Katowicach wniosku o ukaranie mgr farm.

Sąd wyznaczył w sprawie termin rozprawy, na którym obwiniona stawiała się osobiście i podtrzymała wyjaśnienia złożone przed Rzecznikiem. Farmaceutka podkreśliła, że niektóre zarzucone jej uchybienia są na wyrost, bowiem wynikają ze sposobu, w jaki przeprowadzona została kontrola w jej aptece. Odnosząc się do zarzutu z punktu 1. wniosku o ukaranie stwierdziła, że leki przepisane na receptach były wydawane faktycznie pacjentom. Jako że Clexane jest ciągle deficytowe często musiała odmawiać pacjentom realizacji recept na ten lek. Dodała, że jest to przedmiotem kontroli z NFZ, więc sytuacja zostanie wyjaśniona.

Na pytanie Sądu co do wykonywania receptury i umowy z inną apteką na wykonywanie leków jałowych, czy druga strona umowy (apteka) nie powiadomiła o zaprzestaniu wykonywaniu leków jałowych, obwiniona odpowiada, że miała podpisaną umowę z apteką ..., natomiast był taki telefon z tej apteki, że ze względów wzrostu kosztów utrzymania łoży nie będą wykonywać tej receptury. Informację tę przekazano technikowi w związku z tym umknęło mi to, bo nie było w aptece recept na leki jałowe. Nie nastąpiło pisemne rozwiązanie umowy, a że leków jałowych praktycznie nie wykonywano w aptece, ten element został spostonowany, aczkolwiek po wykryciu tego niedopatrzenia, została podpisana nowa umowa zlecenia wykonywania leków jałowych w innej aptece. Obwiniona podkreśliła, że nigdy nie miała fizycznie na stanie w aptece łoży z nawiewem laminarnym. Fizycznie na stanie w aptece nie było wagi do 2000g. W ciągu roku wykonała jedną receptę, której gramatura wynosiła 500g., toteż była

w stanie lek wykonać z jedną wagą, aczkolwiek dokupiłam drugą wagę po kontroli. Podkreśliła także, iż nigdy nie używała do wykonywania receptury starej wagi szalkowej, a elektroniczna, która znajdowała się w recepturze posiadała dokumenty legalizacji.

Z uwagi na tempo prac inspektorów nie nadszła okazja, aby im wszystkim żądanych dokumentów – tak jak to miało miejsce z segregatorem z ewidencją leków wycofanych/wstrzymanych od obrotu i receptą na Optylite x 500 ml. Inspektorzy wpisywali informacje do protokołu nie dając czasu na realizację ich żądań, zwłaszcza że obwiniona musiała w czasie trwającej kilka dni kontroli wykonywać zwykłe czynności zawodowe jak w trakcie normalnego funkcjonowania apteki. Obwiniona stwierdziła, że podpisała protokół i nie odniosła się do tego co było w nim wskazane jako naruszenie, natomiast wniosłam odwołanie od decyzji o cofnięciu zezwolenia na prowadzenie apteki wydanej wskutek przeprowadzonej kontroli, gdzie wskazała nieprawidłową ocenę stanu faktycznego przez inspektorów, które zostało w sposób nieścisły wprowadzone do protokołu. Po tej kontroli zdałam sobie sprawę, że nie jest ważne co robię w tej aptece i że dbam o tych ludzi tylko to, że nie przystawiam pieczętek i się nieczytelnie podpisuję. Podczas gdy pacjenci przychodzą do mnie po konsultacje w sprawie ich leczenia i mają do mnie ogromne zaufanie.

### **Sąd zważył co następuje:**

Sąd dał wiarę dowodowi z dokumentu, jakim jest zawiadomienie ŚIWIF. Za wiarygodne uznał również wyjaśnienia obwinionej, które były wyczerpujące i spójne. Farmaceutka odniosła się do wszystkich stawianych jej zarzutów, logicznie je uzasadniając, a Sąd mając na względzie nie tylko zasady oceny dowodów, ale również oceniając je przez pryzmat doświadczenia życiowego i zawodowego stwierdził brak podstaw, by nie dać wiary obwinionej, która nie uchylała się od odpowiedzi na pytania, udzielając wyczerpujących wyjaśnień bez mataczenia.

Sąd zważył, że większość uchybień stwierdzonych przez ŚIWIF miała charakter formalny i jakkolwiek nie sposób odmówić słuszności

trojeniu przez organ kontrolny wszystkich uchybień przepisom prawa farmaceutycznego wyznaczającym prawidłowe standardy organizacji pracy w aptece, to jednak należy mieć na względzie ocenę ich doniosłości dla funkcjonowania apteki w najważniejszym aspekcie, jakim jest zapewnianie dostępu do leków miejscowej ludności, ponieważ apteka jest placówką ochrony zdrowia publicznego. W tym kontekście, a także mając na względzie wyjaśnienia obwinionej, Sąd uznał stwierdzone przez ŚIWIF uchybienia za naruszenia o charakterze formalnym, które jakkolwiek zaistniały, nie przełożyły się faktycznie na nieprawidłowe funkcjonowanie apteki. Obwiniona wbrew twierdzeniom zawiadomienia ŚIWIF prowadziła wymagane ewidencje, miała poukładane recepty, a co najistotniejsze - nie wydawała produktów leczniczych w sposób mogący zagrażać zdrowiu bądź życiu pacjentów i uporzędkowanie naruszając normy dotyczące ich ekspedycjonowania, ponieważ stwierdzone przypadki miały charakter incydentalny i najczęściej postępowanie obwinionej wynikało z chęci niesienia pomocy pacjentom, a więc z pobudek godziwych i zgodnych z zasadami deontologii zawodu (tak jak to miało miejsce z przypadkiem wydania leku potrzebnemu pacjentowi choremu na raka Lorafenu czy Optylite).

Sąd podzielił twierdzenie Rzecznika wyrażone w toku rozprawy, który zwrócił uwagę, że procedury wycofania leków z obrotu jako najważniejsze przewidują zapobieżenie wydania takich leków pacjentom. Co zaś dotyczy gromadzenia dokumentacji z tym związanej przydaje się temu jedynie funkcję dowodową, a intencją prowadzenia ewidencji decyzji o wycofywaniu i wstrzymywaniu w obrocie produktów leczniczych jest faktyczne zapobieganie dostania się tych produktów na rynek i szkodzenia pacjentom. Sąd uznał za swoje również twierdzenia Rzecznika, który podkreślił, że kwestie wag wielozakresowych jest różnie traktowana również przez ŚIWIF i że także w tej sferze, farmaceutka nie dopuściła wskutek stwierdzonego uchybienia do zagrożenia zdrowiu bądź życiu pacjentów.

Nie ulega jednak wątpliwości, że farmaceutka powinna się liczyć z koniecznością ponoszenia odpowiedzialności, za podejmowane decyzje w zakresie wykonywanych czynności facho-

wych, jak również niedopatrzenia i zaniechania w tym zakresie, co aktualizuje się w niniejszym postępowaniu.

Sąd uznaje, że mgr ... była świadoma podejmowania decyzji wykraczających poza normatywne wytyczne i przepisy prawa farmaceutycznego, aczkolwiek biorąc pod uwagę okoliczności strony podmiotowej tych czynów, zważył, że farmaceutką kierowały pobudki chęci niesienia pomocy pacjentom. Co do okoliczności opisanej w pkt 1 zarzutu wniosku, Sąd nie miał podstaw, by nie dać wiary farmaceutce, która stwierdziła, że wszystkie przepisane na receptach leki trafiały do pacjentów, a zgodnie z zasadą *in dubio pro reo*, nie mógł wątpliwości rozpatrywać na niekorzyść obwinionej.

Sąd wziął pod uwagę również, że apteka jest mała, a obwiniona była jedynym zatrudnionym w niej farmaceutą i w natłoku obowiązków mogły umykać jej sprawy, z którymi nie stykała się na co dzień, co miało miejsce z umową zlecenia na wykonywanie leków jałowych przez inną aptekę, która w pewnym momencie przestała świadczyć te usługi placówce kierowanej przez obwinioną. Sąd zważył, że okoliczności niniejszej sprawy jakkolwiek obnażają uchybienia w organizacji pracy w aptece kierowanej przez mgr farm. ..., zostały wyczerpująco wyjaśnione, a obwiniona dopuszczając do ich zaistnienia miała na względzie dobro pacjentów, bądź też wynikały one z natłoku obowiązków jak i niezgodnej ze stanem faktycznym oceny sytuacji przez inspektorów, którzy w tempie czynności kontrolnych nie pozwolili farmaceutce rzetelnie wykonać nakładanych na nią obowiązków. Sąd zważył, że placówka odgrywała istotną rolę w środowisku, w którym funkcjonowała, a pacjenci znali obwinioną i kierowaną przez nią aptekę darzyli zaufaniem, o czym świadczy brak jakichkolwiek skarg na tę placówkę w ciągu 11 lat pracy mgr farm. ...

Sąd mając na względzie całokształt okoliczności sprawy, postawę obwinionej w toku postępowania wyjaśniającego jak i na rozprawie, dotychczasową niekaralność obwinionej jak również zasady wymiaru kary, ukarał farmaceutkę karą upomnienia, uznając że spełni ona funkcję prewencji szczególnej i zapobiegnie popełnieniu przez nią uchybień zawodowych w przyszłości.

## XVI Rajd Śląskiej Izby Aptekarskiej

Bieszczady, 1-5 maja 2019 r.



W dniach 1–5 maja 2019 r. odbyła się kolejna – szesnasta – edycja rajdu Śląskiej Izby Aptekarskiej. Wychoząc naprzeciw oczekiwaniom farmaceutów i korzystając z długiej majówki, mgr farm. Tomasz Kloc tym razem zaproponował wyjazd w Bieszczady. Niespodzianką XVI Rajdu była obecność profesjonalnego przewodnika Arka Imieli. Jak mieliśmy się przekonać w najbliższych dniach – to osoba o bardzo szerokiej wiedzy nie tylko na temat gór, ale także z zakresu biologii, historii i geografii.

Ponieważ wycieczkowiczów czekała długa droga, wyjazd nastąpił 1 maja już o 6.00 rano. Zgodnie z założeniami, na trasie zwiedzaliśmy kilka ciekawych miejsc. Pierwszym z nich był kościół w miejscowości Blizne, wpisana na listę światowego dziedzictwa UNESCO. O świątyni opowiedziała nam pani opiekująca się zabytkiem. Z wielką pasją i zaangażowaniem zapoznała nas z historią i zabytkami przybytku, dodając od siebie wiele szczegółów związanych z folklorem tamtejszego regionu. Następnie udaliśmy się do położonej nieopodal Starej Wsi z barokową Bazyliką Wniebowzięcia Najświętszej Marii Panny. Kolejnym celem podróży były ruiny monumentalnego klasztoru karmelitów bosych w Zagórzcu, a następnie Lesko. Tutaj niestety przegraliśmy z pogodą, więc w strugach ulewnego deszczu salwowaliśmy się ucieczką, rezygnując ze zwiedzania miasta. Po dotarciu do ośrodka „Wisn” w Baligrodzie, który stanowił naszą bazę noclegową, poczyniliśmy pierwsze plany na kolejne dni.

2 maja 2019 r., korzystając z ładnej pogody, pokonaliśmy trasę z Wetliny przez Dział na Małą Rawkę i Wielką Rawkę, z zejściem przez baczówkę PTTK pod Małą Rawką na Przełęcz

Wyżniańską. Z racji późniejszego zrezygnowaliśmy z części zaplanowanej wędrowki: Wielka Rawka-Krzemieńca-Wielka Rawka. Szczyt Krzemieńca jest miejscem, gdzie spotykają się granice Polski, Słowacji i Ukrainy, więc myślę, że wielu uczestników rajdu wróci w Bieszczady, by wspiąć się na tę swego rodzaju symboliczną górę.

Następnego dnia, w ramach regeneracji sił, przewodnik zaproponował łagodną trasę wiodącą dolinami, gdzie kiedyś znajdowały się ludne wsie. W trakcie przejazdu Arek Imiel przybliżył uczestnikom temat związany z akcją „Wisła”, w efekcie której wysiedlono całe wsie, zamieszkiwane w większości przez Łemków i Bojków. Smutne ślady po wysiedlonych mieszkańcach mogliśmy oglądać już wkrótce: resztki podmurówek opuszczonych domostw i pięknie kwitnące o tej porze drzewa owocowe. W tym dniu przemierzaliśmy trasę z Buki do miejsca, gdzie kiedyś istniała wieś Łopienka. Kiedyś w osadzie była cerkiew z obrazem otaczanym kultem przez prawosławnych, grekokatolików i katolików. Po wysiedleniach popadła w ruinę, ale dzięki pasjonatom została odrestaurowana i w chwili obecnej dostępna jest do zwiedzania. Ponad opuszczoną wsią znajdują się pozostałości cmentarza z niezwyklej drzewem wyglądającym jak wyrzut sumienia po bezdusznym wyniszczeniu kultur łemkowskiej i bojkowskiej. Po chwili zadumy ruszyliśmy dalej – poprzez przełęcz Hyrcza z kapliczką – do kolejnej opuszczonej wsi Tyskowa.

4 maja 2019 r. farmaceuci pojechali do Cisnej, gdzie znajduje się legendarna „Siekierażada” – najbardziej znana bieszczadzka knajpa, z galerią rzeźb i obrazów. Następnie, w coraz większych strugach deszczu, udaliśmy się do Duszatyna, skąd wyruszyliśmy do Jeziorek

Duszatyńskich. Trasa obfitowała w liczne przeprawy przez wzbierające górskie potoki. Pomimo tych nieoczekiwanych atrakcji na szlaku, wycieczka bardzo się podobała i myślę, że będzie długo wspominana.

Rankiem 5 maja obudziło nas bębnienie deszczu o szyby, które stało się wiernym towarzyszem już do końca wyprawy. Dlatego też Sanok, oglądany w drodze powrotnej do Katowic, zobaczyliśmy chroniąc się pod parasolami. Opuściliśmy sobie zwiedzanie słynnego sanockiego skansenu na rzecz podziwiania zbioru ikon i malarstwa Zdzisława Beksińskiego, znajdujących się w sanockim zamku.

Jak w czasie poprzednich piętnastu rajdów Śląskiej Izby Aptekarskiej, atmosfera była wyśmienita, a organizacja – na najwyższym poziomie. W imieniu wszystkich uczestników imprezy pragnę serdecznie podziękować organizatorowi XVI Rajdu SIA, mgr farm. Tomaszowi Kloc za przygotowanie wyjazdu oraz Arkowi Imiela za wyczerpujące informacje o Bieszczadach i bezpieczne prowadzenie nas po górskich szlakach. Dziękujemy również wykładowcom: dr n. przyr. Kazimierze Klementys, dr n. farm. Piotrowi Kaczmarczykowi i mgr farm. Markowi Molskiemu za przeprowadzenie w trakcie rajdu ciekawych wykładów szkoleniowych, dzięki którym wykorzystaliśmy czas nie tylko na rozrywkę, ale i na edukację.

**mgr Dorota Hapeta**



Uczestnicy XVI Rajdu Śląskiej Izby Aptekarskiej (2.05.2019 r.)

fot. Sławomir Hapeta

# Rola farmaceuty w nowoczesnym systemie ochrony zdrowia

Katowice, 26 listopada 2019 r.

**W** dniu 26.11.2019 r. w Katowicach odbyła się konferencja „Regionalna Polityka Zdrowia Województwa Śląskiego”, zorganizowana przez Urząd Marszałkowski. Farmaceutów naszego regionu reprezentował wiceprezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk, wygłaszając wystąpienie, którego streszczenie zamieszczamy.

## „Rola farmaceuty w nowoczesnym systemie ochrony zdrowia”

Bezpieczna i opłacalna gospodarka lekowa jest absolutną koniecznością w obecnych, trudnych realiach funkcjonowania systemu opieki zdrowotnej. Zgodnie z zapisami prawa, grupą zawodową, która powinna mieć największy udział w procesie optymalizacji farmakoterapii i gospodarki lekowej są farmaceuci, a głównym narzędziem pozwalającym na właściwe zarządzanie lekiem - opieka farmaceutyczna, jako procedura/usługa regularna, refundowana i oparta o standardy. Opieka farmaceutyczna jest czymś więcej niż doradztwo farmaceutyczne, obecne już w polskich aptekach. To koszyk różnorodnych, udokumentowanych usług farmaceutycznych opartych na bardzo dokładnie zdefiniowanych zasadach i procedurach, w tej samej postaci dla każdej apteki otwartej lub szpitalnej, dostosowany do lokalnych lub ogólnopolskich potrzeb systemu ochrony zdrowia.

Celem tej formy opieki jest zwiększenie bezpieczeństwa i redukcja kosztów farmakoterapii. Opieka farmaceutyczna jest rozwiązaniem, które pozwala ograniczyć ilość stosowanych leków, co przekłada się na obniżenie nasilenia zjawisk niepożądanych związanych z błędnie prowadzonym leczeniem, to fachowy i udokumentowany nadzór nad procesem

farmakoterapii. Dzięki analizom opracowanych przez farmaceutę i przekazanych lekarzowi, a następnie płatnikowi, jesteśmy w stanie nie tylko zwiększyć skuteczność i bezpieczeństwo farmakoterapii, ale również sprawić, że będzie ona tańsza. Opieka farmaceutyczna od lat, z powodzeniem funkcjonuje w Wielkiej Brytanii, Portugalii, we Włoszech, Francji i krajach skandynawskich, przynosząc szereg korzyści pacjentowi i systemom ochrony zdrowia, zdecydowanie poprawiając ich wydajność.

Opieka farmaceutyczna, to również skupienie uwagi na pacjencie indywidualnym, zapewnienie bezpiecznego i skutecznego stosowania leków, dzięki przyjęciu przez farmaceutę odpowiedzialności za identyfikowanie, rozwiązywanie i zapobieganie problemom związanym z farmakoterapią. Jest to szczególnie ważne, gdy dziś w Polsce **brakuje około 70 tys. lekarzy, średni wiek personelu pielęgniarskiego wynosi 52 lata**, a jednocześnie system nie wykorzystuje w pełni wiedzy i kompetencji farmaceutów.

Stan ten potwierdza raport NIK z 2018 roku zatytułowany Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej - kontrola rozpoznawcza<sup>1</sup>. W trakcie trwającej dwa lata kontroli kilkunastu szpitali klinicznych, w ocenie ogólnej stwierdzono, że:

**Organizacja gospodarki lekami oraz funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji nie zapewniały pacjentom bezpiecznego procesu leczenia. Żadna ze skontrolowanych placówek nie prowadziła działalności w sposób zapewniający bezpieczeństwa farmakoterapii we wszystkich kontrolowanych obszarach.**



Na co należy zwrócić szczególną uwagę NIK, jako przyczynę tę katastrofalnej sytuacji wskazuje zbyt mała liczba farmaceutów w szpitalach, niewłaściwą organizację pracy i niewykorzystanie kompetencji farmaceutów w procesie nadzoru nad farmakoterapią. **Tylko w Śląskiej Izbie Aptekarskiej zrzeszonych jest 3212 farmaceutów, pracujących w 56 aptekach szpitalnych, 101 działach farmacji szpitalnej i 1082 aptekach ogólnodostępnych, a niemal 900 z nich posiada specjalizację potwierdzającą najwyższe kompetencje zawodowe.** Obecnie ten olbrzymi potencjał, który w zdecydowanie większym stopniu mógłby wzmocnić system ochrony zdrowia, nie jest w pełni wykorzystany. W wielu szpitalach, na skutek mylnie rozumianych oszczędności ogranicza się rolę farmaceuty szpitalnego, postrzegając aptekę jedynie jako magazyn leku. Niejednokrotnie szpitale zatrudniają minimalną ilość farmaceutów, co skutkuje zupełną fasadowością nadzoru nad farmakoterapią i nadmiernym obciążeniem, nawet do 300 łóżek szpitalnych na jednego farmaceutę.

Problemem jest też powszechność niedożywienia klinicznego, które identyfikowane w izbie przyjęć u 20-30% pacjentów, po dwóch tygodniach hospitalizacji sięga nawet 70%, gdyż wiedza na temat roli terapii żywieniowej jest nadal bardzo niska. Powszechnie wiadomo, że niedożywienie kliniczne nasila powikłania farmakoterapii, obniża skuteczność i wydłuża czas i zwiększa średnio o 300% koszty leczenia. Obecnie na Śląsku nie ma żadnej szpitalnej pracowni żywienia pozajelitowego, mimo olbrzymich potrzeb i gotowości farmaceutów do podjęcia takiej działalności.

Apteka z powodzeniem może stanowić centrum informacji o leku, a odpowiednio przygotowany farmaceuta posiada kompetencje by rozwiązywać problemy lekowe, nadzorować bezpieczeństwo, minimalizować ryzyko działań niepożądanych. Takie rozwiązanie to silne wsparcie lekarzy i pielęgniarek, a jego brak prowadzi do wzrostu ryzyka leczenia. W wyżej wymienionej kontroli NIK ujawniono, że aż w 58% szpitali stwierdzono nieprawidłowości mogące skutkować podaniem leku niewłaściwego, lub niepełnowartościowego.

W połączeniu z brakiem systemowych rozwiązań w zakresie identyfikacji interakcji, mamy do czynienia z wzrostem kosztów i wydłużeniem leczenia, a także zwiększeniem ilości powtórnych hospitalizacji o około 15%.

W dalszej części raportu NIK stwierdzono, że 92% szpitali nie prowadzi pełnego nadzoru nad ewidencją obrotu lekami, co uniemożliwia pełną identyfikację zasobów, a 79% szpitali wykazało niezgodność stanów w apteczkach oddziałowych. Aby odzyskać kontrolę nad gospodarką lekową szpitali konieczna jest ścisła współpraca farmaceutów z lekarzami, pielęgniarkami, a także sprawne funkcjonowanie systemów elektronicznej ewidencji, które zapewniają płynny przepływ i możliwość wieloaspektowych analiz informacji. W przytoczonym w raporcie NIK przykładzie, po wprowadzeniu systemu informatycznego, wartość roczna wartość leków terminujących się spadła średnio o 140 tysięcy złotych.

1. Raport NIK; Funkcjonowanie aptek szpitalnych i działów farmacji szpitalnej. Data publikacji 2018-04-06, nr ewidencyjny: P/17/093.

**dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk**



fot. pixabay.com

**Protokół Obrad**  
**VIII Okręgowego Zjazdu Sprawozdawczo-Wyborczego Aptekarzy**  
**Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach**

Wisła, 15-17 listopada 2019 r.

**Pierwszy dzień Zjazdu - 16 listopada 2019 r.**  
**godz. 9.00**

**1. Otwarcie obrad, powitanie Delegatów i Gości Zjazdu przez Prezesa Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej dra n. farm. Piotra Brukiewicza.**

Zjazd rozpoczął się wniesieniem sztandaru przez mgra farm. Zdzisława Macieja Gawrońskiego (chorąży), mgr farm. Marzannę Szulc, mgr farm. Katarzynę Surowiec (asysta) oraz wspólnym odśpiewaniem hymnu. Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej dr farm. Piotr Brukiewicz o godz. 9.20, w drugim terminie, stwierdził quorum - 113 delegatów i otworzył obrady.

**2. Wystąpienia zaproszonych gości.**

Po otwarciu spotkania delegatów przez dra farm. Piotra Brukiewicza nastąpiło powitanie przybyły gości:

- Barbarę Dziuk - Posła na Sejm RP,
- mgr farm. Elżbietę Piotrowską-Rutkowską - Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej,
- mgra farm. Marka Tomków - Wiceprezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Prezesa Rady Okręgowej Izby Aptekarskiej w Opolu,
- mgra farm. Krzysztofa Majkę - Przewodniczącego Naczelnej Komisji Rewizyjnej w Warszawie, Wiceprezesa Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej,
- dra n. med. Jacka Kozakiewicza - Wiceprezesa Naczelnej Rady Lekarskiej i Śląskiej Rady Lekarskiej, który przybył - w zastępstwie dra n. med. Tadeusza Urbana - Prezesa Rady Śląskiej Izby Lekarskiej,
- mgra wet. Krzysztofa Orlika - Prezesa Śląskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej,
- prof. Pawła Olczyka - Kierownika Zakładu Farmacji Aptecznej Wydziału Nauk Farmaceutycznych SUM w Sosnowcu

- w zastępstwie Pani prof. dr hab. n. med. Krystyny Olczyk - Dziekana Wydziału Nauk Farmaceutycznych SUM w Sosnowcu,
- prof. Ilonę Kaczmarczyk-Sedlak - Kierownika Katedry Farmakognozji i Fitochemii Wydziału Nauk Farmaceutycznych SUM w Sosnowcu,
- dra Jerzego Łazowskiego - Członka Naczelnej Rady Aptekarskiej oraz Przewodniczącego Komisji ds. uznawania kwalifikacji zawodowych,
- dra n. med. Mariusza Wójtowicza - Prezesa Pracodawców Ochrony Zdrowia Województwa Śląskiego „Porozumienie Zielonogórskie”,
- dr n. farm. Joannę Paprotną-Kwiecińską - Koordynatora ds. strategii rynku zdrowia KAMSOFT, która przybyła w zastępstwie dra inż. Zygmunta Kamińskiego - Prezesa Zarządu Kamssoft SA,
- dr n. biol. Grażynę Janikowską - Prezesa Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego Oddział w Katowicach,
- Wiktora Szukiela - redaktora Czasopisma Aptekarskiego.

**3. Wręczenie odznaczeń samorządowych.**

Zgodnie z porządkiem obrad Zjazdu, przystąpiono do wręczenia odznaczeń samorządowych. Pani mgr farm. Elżbieta Piotrowska-Rutkowska uhonorowała odznaczeniami Naczelnej Izby Aptekarskiej:

- mgr farm. Jolantę Dominek - „Strażnik Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego”,
- mgra farm. Tomasza Kłoca - „Mecenas Samorządu Aptekarskiego”,
- mgra farm. Jana Stasiczka - „Mecenas Samorządu Aptekarskiego”.

Dr n. farm. Piotr Brukiewicz wręczył odznaczenia przyznane przez Śląską Izbę Aptekarską, które otrzymały następujące osoby:

Medal im. Aptekarza Edmunda Baranowskiego

- mgr farm. Iwona Jędrusiak,
- prof. nadzw. dr hab. n. farm. Ilona Kaczmarczyk-Sedlak,
- dr n. biol. Grażyna Janikowska,
- mgr farm. Dominik Lakota,
- dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk,
- mgr farm. Tomasz Kloc,
- mgr farm. Bożena Jasińska.

Laur Śląskiej Izby Aptekarskiej

- mgr Karolina Sobczak,
- mgr inż. Rafał Hensel,
- mgr inż. Łukasz Bek,
- dr n. farm. Jerzy Łazowski,
- mgr farm. Michał Marcinkowski,
- mgr inż. Wojciech Szczypiński,
- lek. med. Piotr Zagórski,
- mgr farm. Mariusz Langer,
- dr n. med. Mariusz Wójtowicz,
- mgr farm. Przemysław Krzyżek,
- mgr farm. Krystyna Caruk,
- mgr Dorota Hapeta,
- dr n. med. Barbara Jękot (odbierał mgr farm. Krzysztof Majka).

Nagrodę przyznaną przez „Czasopismo Aptekarskie” wręczył red. Wiktor Szukiel. Dr n. farm. Piotr Brukiewicz otrzymał wyróżnienie Ambasador Farmacji „Czasopisma Aptekarskiego”.

W związku z brakiem możliwości odebrania odznaczenia „Laur Śląskiej Izby Aptekarskiej” przez dra hab. Marcina Czecha, dokonano połączenia z sali za pośrednictwem Skype; minister przywitał się z delegatami oraz podziękował za uhonorowanie. W przypadku Janusza Cieszyńskiego - Podsekretarza Stanu w Ministerstwie Zdrowia zostało przedstawione nagranie video, w którym Pan minister również podziękował za odznaczenie.

#### 4. Wyznaczenie przez Prezesa SIA osób do liczenia głosów § 6 p. 1 regulaminu.

Prezes dr farm. Piotr Brukiewicz wyznaczył do liczenia głosów następujące osoby: mgr farm. Jan Stasiczek, mgr farm. Michał Rzepczyk, dr farm. Piotr Kaczmarczyk, mgr farm. Łukasz Przewoźnik, dr farm. Bożena Kwaśniak,

mgr farm. Szymon Gaj, dr farm. Joanna Pa-protna-Kwiecińska. Wyniki głosowania: za 111. Wszystkie zaproponowane osoby wyraziły zgodę na liczenie głosów.

#### 5. Wybór Przewodniczącego, Wiceprzewodniczącego i 2 Sekretarzy Zjazdu.

Na przewodniczącego zgłoszono kandydatury:

- mgr farm. Ryszarda Jasińskiego - 72 głosów za, 1 wstrzymujący się.
- mgr farm. Justyny Kiedrowskiej - 42 głosy za, 3 wstrzymujące się, 10 przeciw.

Na przewodniczącego Zjazdu wybrano mgra farm. Ryszarda Jasińskiego.

Delegaci przegłosowali sposób dalszego głosowania za pomocą urządzeń elektronicznych - 111 głosów za. Przedstawiciel firmy zapoznał delegatów z obsługą urządzeń. Przeprowadzono próbne głosowania.

Delegaci zdecydowali o wyborze jednego wiceprzewodniczącego Zjazdu ilością: 90 głosów za, 24 przeciw, bez wstrzymujących się.

Na wiceprzewodniczącego zgłoszono następujące osoby:

- mgr farm. Dominik Lakota - 55 głosów za,
- mgr farm. Justyna Kiedrowska - 57 głosów za.
- mgr farm. Krzysztof Majka - nie wyraził zgody.

Wiceprzewodniczącą Zjazdu została mgr farm. Justyna Kiedrowska.

Delegaci przegłosowali zgodę na rejestrację audio i wideo zjazdu: 105 głosów, 6 przeciw, 3 wstrzymały się.

Zgłoszono kandydatury na sekretarzy:

- mgr farm. Jan Stasiczek - 85 głosów za.
  - mgr farm. Michał Rzepczyk - 97 głosów za.
- Kandydatury zostały przyjęte.

#### 6. Przyjęcie porządku obrad Zjazdu - § 7 p. 1 regulaminu.

Za przyjęciem porządku obrad głosowało 107 osób, 1 osoba była przeciw. Porządek został przyjęty.

## 7. Wybór Komisji Mandatowej i stwierdzenie prawomocności Zjazdu do podejmowania uchwał § 7 p. 2 regulaminu

W wyniku głosowania, w skład Komisji Mandatowej weszli:

- mgr farm. Krzysztof Grzesik - 94 głosów za,
- mgr farm. Katarzyna Kandziora-Kuna - 92 głosów za,
- mgr farm. Marek Reimann - 90 głosów za.

Przewodniczący wyjaśnił, że komisja mandatowa stwierdza ważność uchwał zjazdu.

## 8. Wybór Komisji Skrutacyjnej § 7 p. 2 regulaminu.

Głosowano wyrażenie zgody na 3 osobową komisję skrutacyjną. Zjazd poprzez głosowanie przyjął propozycję: 105 głosów za, 4 przeciw, nikt nie wstrzymał się od głosu.

Przewodniczący Zjazdu poinformował, że członkowie komisji skrutacyjnej nie mogą kandydować do organów Izby i na delegatów na Krajowy Zjazd Aptekarzy.

Zgłoszono kandydatury:

- mgr farm. Izabela Koj - 99 głosów za,
- mgr farm. Anna Izydorzyc - 101 głosów za,
- mgr farm. Marek Lysko - 102 głosów za.

Ww. osoby weszły w skład Komisji Skrutacyjnej.

Następujące osoby nie wyraziły zgody na kandydowanie do Komisji Skrutacyjnej: dr farm. Piotr Kaczmarczyk, mgr farm. Tomasz Kłoc, mgr farm. Konrad Kulak oraz mgr farm. Adrian Wolbiś.

## 9. Wybór Komisji Regulaminowej § 7 p. 2 regulaminu.

Głosowano wyrażenie zgody na 4 osobową komisję regulaminową. Zjazd przyjął propozycję powołania 4 osobowej Komisji Regulaminowej oddając: 100 głosów za, 1 wstrzymał się, 1 był przeciw.

Zgłoszono kandydatury:

- mgr farm. Włodzimierz Wdowski - 81 głosów za,

- mgr farm. Dominik Lakota - 85 głosów za,
- mgr farm. Alina Barańska - 95 głosów za,
- dr n. farm. Joanna Paprotna-Kwiecińska - 83 głosów za.

Ww. osoby weszli w skład Komisji Regulaminowej.

## 10. Wybór Komisji Wniosków i Uchwał § 7 p. 2 regulaminu.

Przewodnicząca wyjaśniła, że Komisja Wniosków i Uchwał zajmuje się zebraniem propozycji uchwał zjazdowych. Głosowano wyrażenie zgody na 4 osobową komisję uchwał i wniosków. Zjazd przyjął propozycję: 96 głosów za, 4 wstrzymały się, nikt nie był przeciw.

W skład Komisji Wniosków i Uchwał weszły następujące osoby:

- dr n. przyr. Kazimiera Klementys - 93 głosów za,
- dr n. farm. Bożena Kwaśniak - 92 głosów za,
- dr n. farm. Lucyna Bułaś - 90 głosów za,
- mgr farm. Mariola Chudzik - 90 głosów za.

Mgr farm. Zdzisław Gawroński nie wyraził zgody na kandydowanie do Komisji Uchwał i Wniosków.

## 11. Wybór Komisji Wyborczej § 7 p. 2 regulaminu.

Głosowano wyrażenie zgody na 4 osobową komisję wyborczą. Zjazd przyjął propozycję: 93 głosy za, nikt nie wstrzymał się i nie był przeciwny. Przewodnicząca wyjaśniła rolę komisji wyborczej, której głównym zadaniem będzie przyjmowanie kandydatur.

W składki Komisji Wyborczej weszli:

- mgr farm. Ewa Cholewa - 89 głosów za,
- mgr farm. Szymon Gaj - 89 głosów za,
- mgr farm. Bożena Jasińska - 85 głosów za,
- mgr farm. Marzanna Szulc - 84 głosów za.

Przewodnicząca Komisji Mandatowej mgr farm. Katarzyna Kandziora-Kuna stwierdziła prawomocność Zjazdu: całkowita liczba delegatów 129 osób, 116 obecnych jest na Sali - wszyscy uprawnieni są do głosowania.

**12. Sprawozdanie Rady SIA z prac Rady SIA w 2018/2019 r. oraz VII kadencji - przedstawia dr n. farm. Piotr Brukiewicz Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach, dyskusja.**

O godz. 13.30 dr farm. Piotr Brukiewicz przedstawił sprawozdanie z prac Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej.

Przybyły na Zjazd Wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej w Warszawie mgr farm. Marek Tomków zabrał głos. Następnie dr n. farm. Piotr Brukiewicz wręczył gościowi Laur Śląskiej Izby Aptekarskiej.

O godz. 14.30 ogłoszono godzinną przerwę obiadową.

O godz. 15.45 wznowiono obrady Zjazdu, rozpoczynające się wystąpieniem Redaktora Naczelnego Czasopisma Aptekarskiego Wiktora Szukiela, który wręczył dr n. farm. Stanisławowi Piechuli honorowe odznaczenie „Medal im. Leopolda Skulskiego” oraz przedstawił pismo kierowane do Rady Mikołowa oraz Burmistrza Mikołowa o rozważenie wniosku o ufundowanie tablicy upamiętniającej Wojciecha Rybickiego z Mikołowa.

**13. Sprawozdanie Skarbnika i Głównej Księgowej oraz Przewodniczącej Komisji Rewizyjnej SIA w Katowicach dotyczące realizacji budżetu Izby w 2018/2019 r., dyskusja.**

Głos zabrała mgr farm. Beatrycze Radłańska-Piątek, która przedstawiła sprawozdanie skarbnika, a mgr Ewa Kłoda przedstawiła sprawozdanie Głównej Księgowej.

**14. Podjęcie uchwały w sprawie przyjęcia rocznego i kadencyjnego sprawozdania Okręgowej Komisji Rewizyjnej SIA.**

Sprawozdanie Okręgowej Komisji Rewizyjnej przedstawiła mgr farm. Halina Jeszka. Delegaci przyjęli uchwałę w sprawie rocznego oraz kadencyjnego sprawozdania komisji rewizyjnej. Za głosowały 92 osoby, 1 głos przeciw oraz 1 osoba wstrzymała się.

**15. Podjęcie uchwały o zatwierdzeniu bilansu i sprawozdania finansowego za 2018/2019 r. (absolutorium).**

Delegaci podjęli uchwałę zatwierdzającą bilans i sprawozdanie roczne. Za głosowało 97 osób, 1 osoba była przeciw.

**16. Podjęcie uchwały w sprawie przyjęcia rocznego i kadencyjnego sprawozdania Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach.** Sprawozdania Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej - roczne i kadencyjne - zostały przyjęte. Za głosowały 93 osoby, 3 głosowały przeciw, 1 osoba wstrzymała się.

**17. Wystąpienie Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej SIA w Katowicach, dyskusja.**

Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej mgr farm. Tomasz Kloc przedstawił sprawozdanie i statystykę z prac organu.

**18. Podjęcie uchwały w sprawie przyjęcia rocznego i kadencyjnego sprawozdania Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej SIA w Katowicach.**

Delegaci przyjęli sprawozdanie. Za głosowało 90 osób, 4 głosowało przeciw i 1 osoba wstrzymała się.

**19. Wystąpienie Przewodniczącego Okręgowego Sądu Aptekarskiego SIA w Katowicach, dyskusja.**

Sprawozdanie Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Katowicach przedstawiła Przewodnicząca mgr farm. Jolanta Dominek.

**20. Podjęcie uchwały w sprawie przyjęcia rocznego i kadencyjnego sprawozdania Okręgowego Sądu Aptekarskiego SIA w Katowicach.**

Delegaci przyjęli sprawozdania. Za głosowało 99 osób, 1 głosowała przeciw.

**21. Sprawozdania komisji, dyskusja.**

Delegaci nie mieli pytań do sprawozdań. O godz. 17.00 o głos poprosił mgr farm. Andrzej Bednarz. Powiedział, że planował kandydować na Prezesa Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej lecz dla dobra Izby zdecydował się zrezygnować z tego działania i zarekomendował przekazanie głosów na kandydata rekomendowanego przez Radę SIA - dra n. farm. Mikołaja Konstantego.

Komisja Regulaminowa i mec. Krystian Szulc przedstawili sposób głosowania podczas wyborów do Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej.

## **22. Przyjęcie kandydatur na funkcję Prezesa Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej i zamknięcie listy.**

Dr farm. Piotr Brukiewicz w imieniu swoim i ustępującej Rady zaproponował kandydaturę dra n. farm. Mikołaja Konstantego na prezesa i krótko omówił jego pracę w VI i VII kadencji oraz scharakteryzował przebieg pracy zawodowej. Mgr farm. Paweł Balsamski zgłosił kandydaturę dr n. farm. Grażyny Świerczek-Zięba. Mgr farm. Ryszard Stach zgłosił kandydaturę mgra farm. Władysława Rybki, który poprosił o głos. Mgr farm. Władysław Rybka powiedział, że dla dobra zawodu rezygnuje z kandydowania i przekazuje swój głos dr. farm. Mikołajowi Konstantemu oraz rekomenduje, aby osoby, które zachęcały go do kandydowania zrobiły to samo. Zjazd jednogłośnie - 109 głosów „za”, przyjął listę kandydatów, na której znalazły się ostatecznie 2 osoby: dr n. farm. Grażyna Świerczek-Zięba i dr n. farm. Mikołaj Konstanty.

## **23. Przyjęcie kandydatur na funkcję Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej SIA i zamknięcie listy.**

Mgr farm. Ewa Ochota zgłosiła kandydaturę mgra farm. Tomasza Kloca. Mgr farm. Krzysztof Grzesik zgłosił mgra farm. Dominika Lakotę. Delegaci przyjęli listę kandydatów 92 głosami za, 4 przeciw i 2 wstrzymującymi się.

Dr farm. Piotr Brukiewicz zaproponował, by podobnie do sytuacji na poprzednim zjeździe, przełożyć przyjęcie kandydatur, zmieniając

kolejność punktów porządku obrad, aby zamiast punktu 24 wprowadzić punkt 29 tj. prezentacja programów kandydatów, a następnie punkt 30 - wybory i punkt numer 24 - zgłaszanie kandydatów do Rady i następne punkty. Delegaci przyjęli zmianę porządku obrad 84 głosami za, przy 29 głosach przeciw.

## **24. (pkt 29) Prezentacja programów przez Kandydatów na Prezesa.**

oraz

## **25. (pkt 30 p.o.) Wybór Prezesa Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej.**

Nastąpiła prezentacja programów kandydatów na Prezesa Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej w kolejności alfabetycznej. Jako pierwszy wystąpił dr n. farm. Mikołaj Konstanty, a następnie swój program przedstawiła dr n. farm. Grażyna Świerczek-Zięba. Pytań do kandydatów nie było.

W głosowaniu kandydaci otrzymali następującą ilość głosów:

- dr n. farm. Mikołaj Konstanty: 82 za, 31 przeciw, 2 wstrzymało się,
- dr n. farm. Grażyna Świerczek-Zięba: 36 za, 54 przeciw, 9 wstrzymało się.

Prezesem Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej VIII kadencji został dr n. farm. Mikołaj Konstanty.

O godz. 18.30 Przewodniczący Zjazdu ogłosił przerwę na kolację.

Obrady wznowiono o godz. 20.00.

Przewodniczący zaproponował zmianę porządku obrad: Ponieważ zgłoszeni są kandydaci na Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, pierwszym punktem głosowania będzie wybór spośród nich.

Następnie nowo wybrany Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej określi liczbę zastępców, z którymi będzie współpracował.

Delegaci przyjęli zmianę porządku obrad 97 głosami za, przy 8 przeciw.

**26. (pkt 32 p.o.) Prezentacja Kandydatów i wybór Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej SIA.**

Mgr farm. Tomasz Kloc otrzymał 91 głosów za, 14 przeciw, 4 wstrzymujące się.

Mgr farm. Dominik Lakota zrezygnował z kandydowania.

**27. (pkt 35 p.o.) Podjęcie uchwały w sprawie ustalenia liczby Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej SIA.**

Delegaci podjęli uchwałę o 7 zastępcach OROZ: 95 głosów za, 10 przeciw, 3 wstrzymało się.

**28. (pkt 25 p.o.) Przyjęcie kandydatur na funkcje Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej SIA i zamknięcie listy.**

oraz

**29. (pkt 36 p.o.) Prezentacja Kandydatów i wybór Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej SIA.**

Zgłoszono 7 osób na Zastępcę Rzecznika Odpowiedzialności. Wszyscy wyrazili Kandydaci na Zastępców Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej SIA, po prezentacji, otrzymali następującą ilość głosów:

- mgr farm. Krystyna Caruk - 94 głosów za,
- mgr farm. Dominik Janosz - 94 głosów za,
- mgr farm. Włodzimierz Wdowski - 94 głosów za,
- mgr farm. Monika Kubara - 93 głosów za,
- mgr farm. Dominik Lakota - 91 głosów za,
- mgr farm. Halina Jeszka - 89 głosów za,
- mgr farm. Ewelina Kaczmarek - 89 głosów za.

**30. (pkt 37 p.o.) Podjęcie uchwały w sprawie ustalenia liczby Członków Okręgowego Sądu Aptekarskiego SIA.**

Mgr farm. Jolanta Dominek określiła ilość sędziów na 16 osób, co pozwoli na konstruowanie 4 składów sędziowskich wraz z sędziami zapasowymi. Zjazd przegłosował wybór 16 sędziów: za głosowało 101 osób, przeciw 3 osoby.

**31. (pkt 26 p.o.) Przyjęcie kandydatur na Członków Okręgowego Sądu Aptekarskiego SIA i zamknięcie listy.**

oraz

**32. (pkt 38 p.o.) Prezentacja Kandydatów i wybór Członków Okręgowego Sądu Aptekarskiego SIA.**

Kandydaci na Członków Okręgowego Sądu Aptekarskiego, po prezentacji, o godz. 20.30 otrzymali następującą ilość głosów:

- mgr farm. Konrad Kulak - 102 głosów za,
- mgr farm. Krzysztof Grzesik - 99 głosów za,
- mgr farm. Aleksandra Malinowska - 97 głosów za,
- mgr farm. Jan Stasiczek - 96 głosów za,
- mgr farm. Paulina Bartos-Kogut - 95 głosów za,
- mgr farm. Sylwia Gros-Browarska - 95 głosów za,
- mgr farm. Monika Wróblewska - 95 głosów za,
- mgr farm. Bartosz Wyderka - 95 głosów za,
- mgr farm. Jolanta Dominek - 94 głosów za,
- mgr farm. Bożena Jasińska - 94 głosów za,
- mgr farm. Anna Kropka - 94 głosów za,
- mgr farm. Agnieszka Kubica - 93 głosy za,
- mgr farm. Ewa Cholewa - 90 głosów za,
- dr farm. Piotr Kaczmarczyk - 90 głosów za,
- dr farm. Jadwiga Zdąblasz - 85 głosów za,
- mgr farm. Małgorzata Chrzyszczuk - 82 głosy za.

Wszyscy kandydaci zostali wybrani na członków Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Katowicach.

**33. (pkt 33 p.o.) Podjęcie uchwały w sprawie ustalenia liczby Członków Okręgowej Rady Aptekarskiej SIA.**

Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej dr n. farm. Mikołaj Konstanty zaproponował, aby w skład Rady wchodziło 30 osób oraz Prezes, tak jak było to dotychczas. Za głosowało 111 osób, przeciw 1 osoba, wstrzymała się 1 osoba.

O godz. 20.40 zakończono pierwszy dzień Zjazdu.

**Drugi dzień Zjazdu - 17 listopada 2019 r.  
godz. 9.00**

Obrady drugiego dnia zjazdu rozpoczęły się o godz. 9.15.

**34. (pkt 31 p.o.) Wręczenie odznaczeń samorządowych.**

Dr farm. Mikołaj Konstanty i dr farm. Piotr Brukiewicz wręczyli „Laur Śląskiej Izby Aptekarskiej” członkom drużyny piłkarskiej za wybitne osiągnięcia w rozgrywkach między okręgowymi izbami aptekarskimi i promocję zdrowego stylu życia. Odznaczenie otrzymali: mgr farm. Olgierd Batoryna, mgr farm. Karol Będkowski, mgr farm. Szymon Biadacz, mgr farm. Jacek Bryś, mgr farm. Jakub Knysak, mgr farm. Konrad Kotapka, mgr farm. Tomasz Majka, mgr farm. Roman Misiak, mgr farm. Łukasz Przewoźnik oraz mgr farm. Patryk Rękawek.

**35. (pkt 39 p.o.) Podjęcie uchwały w sprawie ustalenia liczby Członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej SIA.**

Mgr farm. Halina Jeszka zaproponowała, aby Komisja Rewizyjna liczyła 3 osoby, co spotkało się z pozytywną decyzją większości delegatów: 99 osób głosowało za, 2 przeciw.

**36. (pkt 27 p.o.) Przyjęcie kandydatur na Członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej SIA i zamknięcie listy.**

oraz

**37. (pkt 40 p.o.) Prezentacja Kandydatów i wybór Członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej SIA.**

Nastąpiła prezentacja kandydatów na Członków Okręgowej Komisji Rewizyjnej.

Delegaci przegłosowali zamknięcie listy: za głosowało 101 osób, 1 była przeciw i 1 się wstrzymała.

Kandydaci otrzymali następującą ilość głosów:

- mgr farm. Halina Jeszka - 93 głosy za,
- mgr farm. Maria Laudowicz-Sapa - 82 głosy za,
- mgr farm. Barbara Łabus - 67 głosów za,

- mgr farm. Ryszard Stach - 56 głosów za.
- W wyniku wyborów, w skład Okręgowej Komisji Rewizyjnej weszły: mgr farm. Halina Jeszka, mgr farm. Maria Laudowicz-Sapa oraz mgr farm. Barbara Łabus.

**38. (pkt 24 p.o.) Przyjęcie kandydatur do Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej i zamknięcie listy.**

**39. (pkt 28 p.o.) Przyjęcie kandydatur na Delegatów na Krajowy Zjazd Aptekarzy w styczniu 2020 r. i zamknięcie listy.**

oraz

**40. (pkt 34 p.o.) Prezentacja Kandydatów i wybór Członków Okręgowej Rady Aptekarskiej SIA.**

**41. (pkt 41. p.o.) Wybór Delegatów Śląskiej Izby Aptekarskiej na Krajowy Zjazd Aptekarzy.**

O godz. 9.30 głos zabrał Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej dr farm. Mikołaj Konstanty i powiedział, że głosowanie odbędzie się w sposób elektroniczny. Każdy będzie mógł nacisnąć przycisk pilota do głosowania tylko 30 razy, dlatego proponuje, aby po zgłoszeniu i przedstawieniu kandydatów, wydrukować listę chętnych, by każdy mógł rozdzielić swoje głosy, a osoby z końca listy mogły liczyć na głosy. Zdecydowano, aby jednocześnie tworzyć listę osób kandydujących na delegatów na Krajowy Zjazd Aptekarzy. Delegaci wyrazili zgodę na wydrukowanie listy kandydatów przed głosowaniem: za głosowało 92 delegatów, 9 przeciw, 1 wstrzymała się.

Przewodniczący odczytał otrzymany pisemnie wniosek mgra farm. Grzegorza Maćczaka, który nie mógł być obecny, a chciał kandydować do Rady SIA. Kandydatura została wpisana na listę.

Dr farm. Stanisław Piechula powiedział, że przedstawiając zdanie prezesów rekomenduje dr farm. Grażynę Świerczek-Zięba na kandydata do Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej.

Nastąpiło zgłaszanie kandydatów.

Zjazd przegłosował zamknięcie listy do Okręgowej Rady Aptekarskiej: 107 głosów za.



Przewodniczący otworzył zgłaszanie delegatów na Krajowy Zjazd Aptekarzy. Listę zamknięto: 101 głosów za, 1 osoba przeciw.

O godz. 10.10 dr farm. Mikołaj Konstanty zarządził 15 minutową przerwę. Przerwę przegłosowano: 86 głosów za, 2 przeciw. O godz. 10.30 wznowiono obrady i rozpoczęto prezentację kandydatów.

O godz. 11.30 rozpoczęto głosowanie, które zakończono o godz. 11.52. Kandydaci do Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej otrzymali następującą liczbę głosów „za”:

- dr farm. Piotr Brukiewicz - 77,
- mgr farm. Michał Rzepczyk - 71,
- mgr farm. Krzysztof Grzesik - 70,
- dr farm. Piotr Kaczmarczyk - 69,
- mgr farm. Krzysztof Majka - 69,
- mgr farm. Dominik Lakota - 67,
- dr farm. Grażyna Świerczek-Zięba - 67,
- mgr farm. Andrzej Bednarz - 66,
- mgr farm. Ryszard Jasiński - 66,
- dr n. przyr. Kazimiera Klementys - 65,
- mgr farm. Jan Stasiczek - 65,
- mgr farm. Justyna Kiedrowska - 61,
- mgr farm. Monika Kubara - 61,
- mgr farm. Zdzisław Gawroński - 60,
- mgr farm. Włodzimierz Wdowski - 60,
- dr farm. Bożena Kwaśniak - 59,
- mgr farm. Ewelina Kaczmarek - 56,
- mgr farm. Katarzyna Kandziora-Kuna - 52,
- mgr farm. Ewa Bilińska-Lis - 51,
- mgr farm. Łukasz Przewoźnik - 49,
- mgr farm. Tomasz Majka - 45,
- mgr farm. Konrad Kotapka - 44,
- mgr farm. Konrad Kulak - 44,
- mgr farm. Małgorzata Gurgul-Pełka - 43,
- dr hab. n. farm. Paweł Olczyk - 42,
- mgr farm. Marzanna Szulc - 42,
- mgr farm. Hanna Mączyńska-Małozięć - 40,
- mgr farm. Katarzyna Maks - 39,
- mgr farm. Agnieszka Lipska - 38,
- dr farm. Igor Rymkiewicz - 38,
- mgr farm. Christian Touma - 38,
- mgr farm. Paweł Lebda-Wyborny - 37,
- mgr farm. Katarzyna Mierzwa - 37,
- mgr farm. Maciej Miliński - 37,
- mgr farm. Marek Reimann - 37,
- mgr farm. Sylwia Gros-Browarska - 36,
- mgr farm. Paweł Sapiński - 36,

- mgr farm. Monika Wróblewska - 36,
- mgr farm. Grzegorz Mańczak - 34,
- mgr farm. Katarzyna Surowiec - 33,
- mgr farm. Anna Bojko - 32,
- mgr farm. Dominik Janosz - 32,
- mgr farm. Zachariasz Kosowski - 32,
- mgr farm. Joanna Sawczyn - 32,
- mgr farm. Rafał Dybała - 31,
- mgr farm. Ewa Wojciechowska-Burek - 31,
- mgr farm. Władysław Rybka - 30,
- mgr farm. Edyta Milińska - 27,
- mgr farm. Adrian Wolbiś - 26,
- mgr farm. Marcin Łokieć - 25,
- mgr farm. Joanna Klapkarek - 24,
- mgr farm. Renata Kańtoch - 22,
- mgr farm. Maria Goliszevska - 12,
- mgr farm. Aleksandra Romanów-Ryłko - 11,
- mgr farm. Ewa Guzał-Dziadek - 9.

Nastąpiła konieczność dokonania dogrywki w wyborach do Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej, gdyż trzy osoby uzyskały taką samą liczbę 38 głosów:

- mgr farm. Igor Rymkiewicz - 85 głosy za,
- mgr farm. Lipska Agnieszka - 53 głosy za,
- mgr farm. Christian Touma - 45 głosy za.

Skład Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej VIII kadencji, który został ustalony podczas zjazdu: dr n. farm. Mikołaj Konstanty - Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej, mgr farm. Andrzej Bednarz, mgr farm. Ewa Bilińska-Lis, dr n. farm. Piotr Brukiewicz, mgr farm. Zdzisław Gawroński, mgr farm. Krzysztof Grzesik, mgr farm. Małgorzata Gurgul-Pełka, mgr farm. Ryszard Jasiński, dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk, mgr farm. Ewelina Kaczmarek, mgr farm. Katarzyna Kandziora-Kuna, mgr farm. Justyna Kiedrowska, dr n. przyr. Kazimiera Klementys, mgr farm. Konrad Kotapka, mgr farm. Monika Kubara, mgr farm. Konrad Kulak, dr n. farm. Bożena Kwaśniak, mgr farm. Dominik Lakota, mgr farm. Agnieszka Lipska, mgr farm. Tomasz Majka, mgr farm. Krzysztof Majka, mgr farm. Katarzyna Maks, mgr farm. Hanna Mączyńska-Małozięć, dr hab. n. farm. Paweł Olczyk, mgr farm. Łukasz Przewoźnik, dr n. farm. Igor Rymkiewicz, mgr farm. Michał Rzepczyk, mgr farm. Jan Stasiczek, mgr farm. Marzanna Szulc, dr n. farm. Grażyna Świerczek-Zięba, mgr farm. Włodzimierz Wdowski.

O godz. 12.11 zakończono głosowanie kandydatur na Krajowy Zjazd Aptekarzy:

- dr farm. Mikołaj Konstanty - 89,
- dr farm. Piotr Brukiewicz - 78,
- mgr farm. Krzysztof Majka - 70,
- mgr farm. Andrzej Bednarz - 68,
- dr n. przyr. Kazimiera Klementys - 68,
- mgr farm. Adrianna Binias-Konstanty - 66,
- mgr farm. Jan Stasiczek - 66,
- mgr farm. Tomasz Kloc - 65,
- mgr farm. Dominik Lakota - 65,
- dr farm. Grażyna Świerczek-Zięba - 63,
- mgr farm. Zdzisław Gawroński - 62,
- mgr farm. Jolanta Dominek - 61,
- mgr farm. Ryszard Jasiński - 61,
- dr farm. Piotr Kaczmarczyk - 61,
- dr farm. Bożena Kwaśniak - 61,
- dr farm. Stanisław Piechula - 61,
- mgr farm. Monika Kubara - 60,
- mgr farm. Katarzyna Kandziora-Kuna - 56,
- mgr farm. Ewelina Kaczmarek - 55,
- mgr farm. Ewa Ochota - 54,
- mgr farm. Karolina Szczepanik - 52,
- mgr farm. Alina Barańska - 51,
- mgr farm. Tomasz Majka - 49,
- dr farm. Joanna Paprotna-Kwiecińska - 49,
- mgr farm. Anna Hechmann-Witańska - 46,
- mgr farm. Mariola Chudzik - 45,
- mgr farm. Dawid Karbowniczek - 45,
- dr farm. Justyna Kaźmierczak - 45,
- mgr farm. Paweł Balsamski - 44,
- mgr farm. Agnieszka Lipska - 44,
- mgr farm. Marzanna Szulc - 44,
- mgr farm. Marek Reimann - 43,
- mgr farm. Katarzyna Maks - 42,
- mgr farm. Christian Touma - 42,
- mgr farm. Paweł Sapiński - 41,
- mgr farm. Maciej Miliński - 38,
- mgr farm. Małgorzata Gurgul-Pełka - 35,
- mgr farm. Ewa Wojciechowska-Burek - 35,
- mgr farm. Justyna Bogusławska - 33,
- mgr farm. Zachariasz Kosowski - 32,
- mgr farm. Edyta Milińska - 31,
- mgr farm. Katarzyna Surowiec - 31,
- mgr farm. Marcin Łokieć - 30,
- mgr farm. Szymon Gaj - 27,
- mgr farm. Anna Kudela - 25,
- mgr farm. Monika Szymańska - 25,
- mgr farm. Renata Końtoch - 23,
- mgr farm. Władysław Rybka - 21.

Dwie osoby otrzymały 42 głosy i spośród nich delegaci wybrali jedną:

- mgr farm. Christian Touma - 54,
- mgr farm. Katarzyna Maks - 53.

Delegaci na Krajowy Zjazd Aptekarzy: mgr farm. Paweł Balsamski, mgr farm. Alina Barańska, mgr farm. Andrzej Bednarz, mgr farm. Adrianna Binias-Konstanty, dr n. farm. Piotr Brukiewicz, mgr farm. Mariola Chudzik, mgr farm. Jolanta Dominek, mgr farm. Zdzisław Gawroński, mgr farm. Anna Hechmann-Witańska, mgr farm. Ryszard Jasiński, dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk, mgr farm. Ewelina Kaczmarek, mgr farm. Katarzyna Kandziora-Kuna, mgr farm. Dawid Karbowniczek, dr n. farm. Justyna Kaźmierczak, dr n. przyr. Kazimiera Klementys, mgr farm. Tomasz Kloc, dr n. farm. Mikołaj Konstanty, mgr farm. Monika Kubara, dr n. farm. Bożena Kwaśniak, mgr farm. Dominik Lakota, mgr farm. Agnieszka Lipska, mgr farm. Tomasz Majka, mgr farm. Krzysztof Majka, mgr farm. Ewa Ochota, dr n. farm. Joanna Paprotna-Kwiecińska, dr n. farm. Stanisław Piechula, mgr farm. Marek Reimann, mgr farm. Jan Stasiczek, mgr farm. Karolina Szczepanik, mgr farm. Marzanna Szulc, dr n. farm. Grażyna Świerczek-Zięba, mgr farm. Christian Touma.

## **42. (pkt 43 p.o.) Zapoznanie Delegatów z projektem preliminarza budżetowego Izby na rok 2019/2020 (wystąpienie Głównej Księgowej), dyskusja. Uchwalenie budżetu Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach na rok 2019/2020.**

Mgr Ewa Kłoda przedstawiła projekt preliminarza budżetowego. Delegaci zatwierdzili projekt preliminarza: za głosowało 79 osób, 2 przeciw i 1 wstrzymujący.

Wiceprzewodnicząca zjazdu mgr Justyna Kiedrowska odczytała listę członków Rady SIA i ogłosiła, że posiedzenie odbędzie się w najbliższy wtorek 19 listopada 2019 r. Nowi członkowie zostali proszeni o przyjazd i przygotowanie potrzebnych dla biura danych.

## **43. (pkt 44 p.o.) Przedstawienie przez Przewodniczącą Komisji Uchwał i Wniosków wniosków zgłoszonych przez Delegatów.**

**Dyskusja nad przedstawionymi wnioskami Delegatów (proszę o wcześniejsze przemyślenie i pisemne przygotowanie wniosków).**

oraz

**44. (pkt 45 p.o.) Podjęcie uchwał w sprawach objętych wnioskami Delegatów.**

Przewodnicząca Komisji Uchwał i Wniosków dr n. przyr. Kazimiera Klementys przedstawiła złożone wnioski, które następnie były kolejno głosowane.

Wnioski zostały podzielone na 3 ogólne i resztę, która dotyczy szpitali.

**Wniosek 1** zgłosił mgr farm. Zdzisław Gawroński: „Przyznać prof. Dionizemu Mosce tytuł Honorowego Członka Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach.”

Za przyjęciem głosowało 75 delegatów, 8 przeciw, 1 wstrzymał się.

**Wniosek 2** zgłosiła prof. Ilona Kaczmarczyk-Sedlak:

„Zwiększenie zaangażowania magistrów farmacji w doradztwo farmaceutyczne w zakresie fitoterapii, promowanie wśród pacjentów możliwości terapii za pomocą preparatów zielarskich oraz pogłębianie wiedzy i umiejętności stosowania leku roślinnego poprzez rozpowszechnienie informacji o możliwości kształcenia na studiach podyplomowych z zakresu towaroznawstwa zielarskiego na Wydziale Nauk Farmaceutycznych SUM.”

Za przyjęciem głosowało 60 delegatów, 19 przeciw, 5 wstrzymało się.

**Wniosek 3** zgłosił mgr farm. Tomasz Kloc.

„Zobowiązuje Radę SIA oraz Prezydium Rady SIA do przekazywania wiadomości Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej uchwał tych organów zawierających negatywną opinię dotyczącą farmaceuty ubiegającego się o funkcję kierownika apteki lub cofnięciu rękojmi należytego prowadzenia apteki.”

Za przyjęciem głosowało 75 delegatów, 9 przeciw, 1 wstrzymał się.

**Wniosek 4** zgłosiła mgr farm. Ewa Bilińska-Lis: „Stworzenie przepisów regulujących funkcjonowanie apteki szpitalnej, zwłaszcza pracowni cytostatycznej i żywieniowej oraz regulujących pracę farmaceuty na oddziale.”

Postanowiono, aby wniosek przekazać do rozpatrzenia na Krajowy Zjazd Aptekarzy.

Za przyjęciem głosowało 74 delegatów, 4 przeciw, 5 wstrzymało się.

**Wniosek 5** zgłosiła mgr farm. Mariola Chudzik: „Wprowadzenie (przygotowanie) szkoleń z zakresu programów informatycznych dedykowanych farmaceutom szpitalnym.”

Za przyjęciem głosowało 62 delegatów, 7 przeciw, 4 wstrzymało się.

**Wniosek 6** zgłosiła mgr farm. Monika Szymańska:

„Utworzenie przy Śląskiej Izbie Aptekarskiej Komisji ds. farmacji szpitalnej z rozpropagowaniem tej informacji wśród farmaceutów aptek szpitalnych oraz możliwością pracy w tej komisji farmaceutów „szpitalnych” z poza delegatów na Okręgowy Zjazd Aptekarzy SIA w Katowicach.”

Za przyjęciem głosowało 68 delegatów, 3 przeciw, 1 wstrzymał się.

**Wniosek 7** zgłosiła dr n. przyr. Kazimiera Klementys:

„Podjęcie działań w kierunku nowelizacji ustawy o wyrobach medycznych celem wskazania listy wyrobów medycznych, które miałyby być prowadzone i wydawane przez apteki szpitalne, gdyż obecnie to dyrekcja szpitala decyduje o tym asortymencie.”

Za przyjęciem głosowało 71 delegatów, 8 przeciw, 1 wstrzymał się.

**Wniosek 8** zgłosiła dr n. przyr. Kazimiera Klementys:

„Zobowiązuje Radę SIA do zintensyfikowania działań mających na celu umieszczanie kodów serializacyjnych na opakowaniach zbiorczych leków. Apteki szpitalne przyjmując jednorazowo

dostawy np. kilkuset opakowań antybiotyku mają olbrzymie trudności organizacyjne (brak pracowników), aby wykonać weryfikację tych kodów, a później weryfikację wydania tych leków.”

Za przyjęciem głosowało 59 delegatów, 9 przeciw, 1 wstrzymał się.

**Wniosek 9** zgłosiła mgr farm. Joanna Klapkarek: „Na stałe wprowadzić zmianę kolejności obrad.”

Mec. Krystian Szulc zaproponował, aby przyjęcie to jako zalecenie dla Rady SIA na przyszłość, bo regulamin nie obejmuje porządku obrad. Jest to kompetencja rady. Autorka zgodziła się na zmianę brzmienia wniosku. Wniosek nie był głosowany.

**Wniosek 10** zgłosiła mgr farm. Joanna Klapkarek: „Zobowiązanie do elektronicznego przesyłania delegatom na Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Aptekarzy SIA w Katowicach propozycji kandydatur na poszczególne stanowiska w celu lepszego poznania kandydatów.”

Za przyjęciem głosowało 56 delegatów, 20 przeciw, 4 wstrzymało się.

**Wniosek 11** zgłosiła mgr farm. Joanna Klapkarek:

„Zobowiązanie umieszczania w materiałach zjazdowych wysyłanych do delegatów na Okręgowy Zjazd Aptekarzy SIA w Katowicach konkretnych ustaleń co do zasad głosowania oraz szczegółowego omówienia tych zasad przed rozpoczęciem zjazdu.”

Za przyjęciem głosowało 66 delegatów, 19 przeciw, 2 wstrzymało się. Na tym zakończono głosowanie.

## 45. (pkt 46 p.o.) Inne wolne głosy i wnioski.

Głos zabrał dr farm. Piotr Brukiewicz. Powiedział, że osoby chętne do działania, które nie zostały wybrane mogą wpisać się na listę zostawiając swoje dane. Zobowiązał się do organizacji spotkania powyborczego dla osób chętnych do działania. Powiedział też, że jest mile podbudowany atmosferą zjazdu.

Przewodniczący podziękował delegatom i współpracownikom. Prezes dr farm. Mikołaj Konstanty podziękował za głosy i wybór oraz przybycie i zaangażowanie w sprawne i szybkie procedowanie. Powiedział, że rozumie rozczarowanie na twarzach osób, które nie zostały wybrane lecz ma zamiar zmienić formułę corocznych zjazdów na sprawozdawczo-wyborcze, by możliwe było wybranie nowych członków Rady w miejsce tych, którzy nie uczestniczą w posiedzeniach. Planowane są także komisje oddolne, w których będzie można działać poza Radą. Zachęcał delegatów do kontaktu osobistego i w razie pytań do spotkania po zakończeniu Zjazdu. Zaprosił Członków Rady na posiedzenie rekomendując wcześniejszy przejazd, w związku ze wzmożonym ruchem w godzinach porannych.

Głos zabrała mgr farm. Ewa Ochota, która podziękowała dr farm. Piotrowi Brukiewiczowi za całą poprzednią kadencję w imieniu wszystkich współpracowników oraz za współpracę przebiegającą bez nacisków, co nie jest standardem, jak wskazuje jej doświadczenie. Przywołała też swoje doświadczenia kiedy zaczynała nie jako członek rady lecz w komisji aptek szpitalnych do czego zachęca młodych delegatów. Dr Piotr Brukiewicz dziękując dodał, że będzie dalej działał i bronił izby. Nawiązał także do niechlubnych działań organizacji, która nie powinna mieć miejsca w zawodzie zaufania publicznego. Zwrócił się też do młodych delegatów mówiąc, że niedługo nie będzie osób, które teraz działają i wszystko będzie w ich rękach, przez co oni stworzą przyszłość i nie powinno odbywać się według programów, czy pod dyktando przedsiębiorców.

Przewodniczący przedstawił protokół z działań komisji regulaminowej. Powiedział także, że izba jest nasza i zachęcił do działania bez podziałów.

## 46. (pkt 47 p.o.) Zamknięcie obrad.

Wyprowadzono Sztandar. Przewodniczący zamknął Zjazd o 13.21.

Protokolanci:  
mgr farm. Michał Rzepczyk  
mgr farm. Jan Stasiczek

**Sprawozdanie skarbnika Śląskiej Izby Aptekarskiej  
z VII kadencji Śląskiej Izby Aptekarskiej 01.12.2015-31.10.2019 r.  
dotyczące składek członkowskich**

Szczegółowe sprawozdanie finansowe za ostatni rok oraz z całej kadencji za lata 2015-2019 przedstawi księgowa Śląskiej Izby Aptekarskiej pani mgr Ewa Kłoda. Dlatego ja skupię się wyłącznie na części dotyczącej składek członkowskich.

Od 1 kwietnia 2014 r. obowiązująca wysokość składek członkowskich wynosi dla każdego członka 40,00 zł miesięcznie.

Zwolnieniu z opłacania składek podlegają wyłącznie emeryci i renciści nie wykonujący zawodu - na wniosek. Ilość osób korzystających z takiej możliwości w obecnej kadencji kształtowała się w następujący sposób:

- 2016 - 265 osób
- 2017 - 282 osoby
- 2018 - 321 osób
- 2019 - 340 osób

Wyraźny wzrost zauważalny jest pomiędzy 2017 a 2018 r. - o 39 osób. Spowodowane jest to obniżeniem od 1 października 2017 roku wieku emerytalnego: dla kobiet - 60 lat i dla mężczyzn - 65 lat. Oczywiście kończąc wykonywanie zawodu można wypisać się z izby aptekarskiej, jednak jak widać z przedstawionych danych większość osób, które zakończyły już karierę zawodową, pragnie pozostać nadal członkami Śląskiej Izby Aptekarskiej. Niektórych możemy spotkać na szkoleniach organizowanych przez Izbę Aptekarską czy Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne, gdyż kończąc pracę, nadal chcą mieć kontakt z farmacją.

Z możliwości opłacania składki w wysokości 10,00 zł. miesięcznie korzystają osoby przebywające na urloпах wychowawczych nie wykonywujące zawodu. Ilość takich osób na przestrzeni obecnej kadencji to:

- 2016 - 14 osób
- 2017 - 8 osób
- 2018 - 17 osób
- 2019 - 16 osób

Obniżeniu składki do 10,00 zł. miesięcznie podlegają osoby zarejestrowane w urzędzie pracy jako bezrobotne - po dostarczeniu decyzji o rejestracji w urzędzie pracy. Osoby ze statusem osoby bezrobotnej to:

- 2016 - 9
- 2017 - 8
- 2018 - 9
- 2019 - 12

W ramach opłacanej obowiązkowej składki, członkowie Śląskiej Izby Aptekarskiej objęci są ubezpieczeniem od odpowiedzialności cywilnej. Ubezpieczenie obejmuje wszelkie czynności związane z wykonywaniem zawodu farmaceuty, i - między innymi - pokrywa szkody osobowe i rzeczowe związane z wydaniem leku, przygotowaniem leku recepturowego, opieką farmaceutyczną. Szczegółowa informacja na ten temat znajduje się na stronie internetowej Śląskiej Izby Aptekarskiej.

Ponadto, każda izba aptekarska odprowadza do Naczelnej Izby Aptekarskiej od każdego członka izby - z wyłączeniem emerytów i rencistów zwolnionych z opłat - składkę w wysokości 8,40 zł za osobę.

Temat składek to również ich ściągalność. Większość osób zobowiązanych do opłacania składek robi to regularnie poprzez stałe zlecenie, wpłaty kwartalne lub roczne. Jednakże do

części członków musimy wysłać monity z wezwaniem do zapłaty. Na przestrzeni poszczególnych lat kończącej się kadencji wysłano:

- 2016 - 434 wezwania na kwotę 255.164,00 zł;  
powtórne wezwanie do zapłaty - 123 na kwotę 93.546,00 zł
- 2017 - 391 wezwania na kwotę 211.772,24 zł;  
powtórne wezwanie do zapłaty - 114 na kwotę 80.674,38 zł
- 2018 - 262 wezwania na kwotę 123.913,27 zł;  
powtórne wezwanie do zapłaty - 66 na kwotę 37.024,27 zł
- 2019 - 93 wezwania na kwotę 48.795,51 zł;  
powtórne wezwanie do zapłaty - 32 na kwotę 21.412,73 zł.

Jak widać, w przeciągu ostatnich czterech lat gwałtownie spadła ilość monetów - z 434 do 93. Spowodowane jest to między innymi tym, że pracownikom izby udało się odnaleźć wiele osób, które wyjeżdżając z terenu Śląska czy nawet Polski, nie uporządkowały wcześniej spraw związanych z wypisem z izby. Często to właśnie ci farmaceuci mieli duże zadłużenie. Korzystając z mniej czy bardziej konwencjonalnych metod np. za pośrednictwem mediów społecznościowych, udało się z nimi nawiązać kontakt i sfinalizować wszystkie sprawy związane z wypisem z SIA.

Członkowie izby mający problem ze spłatą zadłużenia, za zgodą SIA mogą zrobić to w ratach, podpisując uznanie długu. W 2019 r. skorzystało z takiej możliwości 11 osób.

Uchylanie się od opłacania obowiązkowych składek, które są podstawowym źródłem finansowania samorządu jest naruszeniem zasad etyki zawodowej ale i brakiem lojalności wobec kolegów i koleżanek, którzy regularnie wywiązują się z tego obowiązku. Artykuł 22 Kodeksu Etyki Aptekarza RP mówi, że zawinione niepłacenie składki członkowskiej jest poważnym naruszeniem zasad etyki zawodowej. W związku z tym, Rada Śląskiej Izby Aptekarskiej skierowała do Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej farmaceutów uporczywie uchylających się od opłacania składek: w 2016 roku - 29 osób, w 2017 - 27, w 2018 - 19 i w 2019 - 18 osób.

Ponadto, korzystając ze swych ustawowych uprawnień, izby aptekarskie mogą ściągać należności w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji. Śląska Izba Aptekarska traktuje tą formę ściągłości składek jako ostateczność, jednakże po wyczerpaniu wszelkich innych możliwości, o których wspominałam wcześniej i przy braku jakiegokolwiek dobrej woli spłaty ze strony dłużnika, osoby takie kierowane są do komornika. W okresie obejmującym VII kadencję w 2015 r. do egzekucji komorniczej skierowano 1 osobę, w 2016 - 12, w 2017 - 10, w 2018 - 7, w 2019 - 14. Część wniosków stanowi rozszerzenie wystawionych wcześniej, a które nie zostały skutecznie wyegzekwowane. Ponadto w egzekucji znajdują się 3 wnioski wystawione w 2014 r. Kilka z nich dotyczy osób, które prawdopodobnie znajdują się poza granicami kraju (4 osoby). Obecnie postępowanie egzekucyjne toczy się wobec 12 osób, które zalegają na łączną kwotę 35.350,06 zł, przy czym tylko 3 spośród nich wykonują zawód, kolejne 3 według wiedzy SIA przebywają na terenie Śląska i nie wykonują zawodu, a miejsce pobytu pozostałych 6 pozostaje nieznane. Liczymy, że po ustaleniu miejsca pobytu tych osób, uda się znacznie zmniejszyć podane przeze mnie kwoty.

Kończąc, chciałabym Państwu serdecznie podziękować za wysłuchanie niniejszego sprawozdania i życzyć owocnych obrad w trakcie całego zjazdu.

Z poważaniem  
**mgr farm. Beatrycze Radlańska-Piątek**  
Skarbnik Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej

Śląska Okręgowa Izba Aptekarska  
 Katowice, ul. Krynicyzna 15  
 NIP 6340006068  
 Regon 271195634

(dane jednostki)

**BILANS**

sporządzony na dzień: 30.09.2019 r.

jednostka obliczeniowa: zł

	AKTYWA	Stan na dzień kończący			PASywa	Stan na dzień kończący	
		rok bieżący	rok poprzedni			rok bieżący	rok poprzedni
A	<b>Aktywa trwałe</b>	92 807,15	117 121,18	A	<b>Kapitał (fundusz) własny</b>	1 601 238,74	1 715 593,13
I	<b>Wartości niematerialne i prawne</b>	0,00	4 484,33	I	<b>Kapitał (fundusz) podstawowy</b>	1 710 993,13	1 606 080,70
1	Koszty zakończonych prac rozwojowych			II	<b>Kapitał (fundusz) zapasowy, w tym:</b>		
2	Wartość firmy				– nadwyżka wartości sprzedaży (wartości emisyjnej) nad wartością nominalną udziałów (akcji)		
3	Inne wartości niematerialne i prawne	0,00	4 484,33	III	<b>Kapitał (fundusz) z aktualizacji wyceny, w tym:</b>		
4	Zaliczki na wartości niematerialne i prawne				– z tytułu aktualizacji wartości godziwej		
II	<b>Rzeczowe aktywa trwałe</b>	92 807,15	112 636,85	IV	<b>Pozostałe kapitały (fundusze) rezerwowe, w tym:</b>		
1	Środki trwałe	79 523,15	99 352,85		– tworzone zgodnie z umową (statutem) spółki		
a)	grunty (w tym prawo użytkowania wieczystego gruntu)	48 452,41	48 452,41		– na udziały (akcje) własne		
b)	budynki, lokale, prawa do lokali i obiekty inżynierii lądowej i wodnej			V	<b>Zysk (strata) z lat ubiegłych</b>		
c)	urządzenia techniczne i maszyny	30 037,09	49 571,47	VI	<b>Zysk (strata) netto</b>	-109 754,39	109 512,43
d)	środki transportu			VII	<b>Odpisy z zysku netto w ciągu roku obrotowego (wielkość ujemna)</b>		
e)	inne środki trwałe	1 033,65	1 328,97	B	<b>Zobowiązania i rezerwy na zobowiązania</b>	32 789,83	14 139,27
2	Środki trwałe w budowie	13 284,00	13 284,00	I	<b>Rezerwy na zobowiązania</b>	0,00	0,00
3	Zaliczki na środki trwałe w budowie			1	Rezerwa z tytułu odroczonego podatku dochodowego		
III	<b>Należności długoterminowe</b>	0,00	0,00	2	Rezerwa na świadczenia emerytalne i podobne	0,00	0,00
1	Od jednostek powiązanych				– długoterminowa		
2	Od pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale				– krótkoterminowa		
3	Od pozostałych jednostek			3	Pozostałe rezerwy	0,00	0,00
IV	<b>Inwestycje długoterminowe</b>	0,00	0,00		– długoterminowe		
1	Nieruchomości				– krótkoterminowe		
2	Wartości niematerialne i prawne			II	<b>Zobowiązania długoterminowe</b>	0,00	0,00
3	Długoterminowe aktywa finansowe	0,00	0,00	1	Wobec jednostek powiązanych		
a)	w jednostkach powiązanych	0,00	0,00	2	Wobec pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale		
	– udziały lub akcje			3	Wobec pozostałych jednostek	0,00	0,00
	– inne papiery wartościowe			a)	kredyty i pożyczki		
	– udzielone pożyczki			b)	z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych		
	– inne długoterminowe aktywa finansowe			c)	inne zobowiązania finansowe		

b)	w pozostałych jednostkach, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0,00	0,00	d)	zobowiązania wekslowe		
	– udziały lub akcje			e)	inne		
	– inne papiery wartościowe			III	<b>Zobowiązania krótkoterminowe</b>	32 789,83	14 139,27
	– udzielone pożyczki			1	Zobowiązania wobec jednostek powiązanych	0,00	0,00
	– inne długoterminowe aktywa finansowe			a)	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	0,00	0,00
c)	w pozostałych jednostkach	0,00	0,00		– do 12 miesięcy		
	– udziały lub akcje				– powyżej 12 miesięcy		
	– inne papiery wartościowe			b)	inne		
	– udzielone pożyczki			2	Zobowiązania wobec pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0,00	0,00
	– inne długoterminowe aktywa finansowe			a)	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	0,00	0,00
4	Inne inwestycje długoterminowe				– do 12 miesięcy		
V	<b>Długoterminowe rozliczenia międzyokresowe</b>	0,00	0,00		– powyżej 12 miesięcy		
1	Aktywa z tytułu odroczonego podatku dochodowego			b)	inne		
2	Inne rozliczenia międzyokresowe			3	Zobowiązania wobec pozostałych jednostek	32 789,83	14 139,27
B	<b>Aktywa obrotowe</b>	1 541 221,42	1 612 611,22	a)	kredyty i pożyczki		
I	<b>Zapasy</b>	16 000,00	0,00	b)	z tytułu emisji dłużnych papierów wartościowych		
1	Materiały			c)	inne zobowiązania finansowe		
2	Półprodukty i produkty w toku			d)	z tytułu dostaw i usług, o okresie wymagalności:	5 825,52	10 020,27
3	Produkty gotowe				– do 12 miesięcy	5 825,52	10 020,27
4	Towary				– powyżej 12 miesięcy		
5	Zaliczki na dostawy i usługi	16 000,00	0,00	e)	zaliczki otrzymane na dostawy i usługi		
II	<b>Należności krótkoterminowe</b>	5 450,58	63 938,00	f)	zobowiązania wekslowe		
1	Należności od jednostek powiązanych	0,00	0,00	g)	z tytułu podatków, celi, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych	26 964,31	1 048,00
a)	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	0,00	0,00	h)	z tytułu wynagrodzeń		
	– do 12 miesięcy			i)	inne	0,00	3 071,00
	– powyżej 12 miesięcy			4	Fundusze specjalne		
b)	inne			IV	<b>Rozliczenia międzyokresowe</b>	0,00	0,00
2	Należności od pozostałych jednostek, w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	0,00	0,00	1	Ujemna wartość firmy		
a)	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	0,00	0,00	2	Inne rozliczenia międzyokresowe	0,00	0,00
	– do 12 miesięcy				– długoterminowe		
	– powyżej 12 miesięcy				– krótkoterminowe		
b)	inne						
3	Należności od pozostałych jednostek	5 450,58	63 938,00				
a)	z tytułu dostaw i usług, o okresie spłaty:	2 650,58	14 804,03				
	– do 12 miesięcy	2 650,58	14 804,03				
	– powyżej 12 miesięcy						



b)	z tytułu podatków, dotacji, cel, ubezpieczeń społecznych i zdrowotnych oraz innych tytułów publicznoprawnych					
c)	inne	2 800,00	49 133,97			
d)	dochodzone na drodze sądowej					
<b>III</b>	<b>Inwestycje krótkoterminowe</b>	<b>1 514 342,80</b>	<b>1 540 257,03</b>			
1	Krótkoterminowe aktywa finansowe	1 514 342,80	1 540 257,03			
a)	w jednostkach powiązanych	1 000,00	5 800,00			
	– udziały lub akcje	1 000,00	5 800,00			
	– inne papiery wartościowe					
	– udzielone pożyczki					
	– inne krótkoterminowe aktywa finansowe					
b)	w pozostałych jednostkach	0,00	0,00			
	– udziały lub akcje					
	– inne papiery wartościowe					
	– udzielone pożyczki					
	– inne krótkoterminowe aktywa finansowe					
c)	środki pieniężne i inne aktywa pieniężne	1 513 342,80	1 534 457,03			
	– środki pieniężne w kasie i na rachunkach	1 213 342,80	526 987,03			
	– inne środki pieniężne	300 000,00	1 007 470,00			
	– inne aktywa pieniężne					
2	Inne inwestycje krótkoterminowe					
<b>IV</b>	<b>Krótkoterminowe rozliczenia międzyokresowe</b>	<b>5 428,04</b>	<b>8 416,19</b>			
<b>C</b>	<b>Należne wpłaty na kapitał (fundusz) podstawowy</b>					
<b>D</b>	<b>Udziały (akcje) własne</b>					
	<b>AKTYWA razem (suma poz. A i B i C i D)</b>	<b>1 634 028,57</b>	<b>1 729 732,40</b>	<b>PASYWA razem (suma poz. A i B)</b>	<b>1 634 028,57</b>	<b>1 729 732,40</b>

Ewa Różda  
DORADCA PODATKOWY Nr 01586  
40-053 Katowice, ul. Barbary 21  
tel. 25-08-63, 257-08-64

**PREZES RADY**  
**ŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ**

dr n. farm. Piotr BRUKIEWICZ

**SKARBNIK RADY**  
**ŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ**

mgr farm. Beatrycze Radlarska-Plątek

Śląska Okręgowa Izba  
Aptekarska  
Katowice, ul.Kryniczna 15  
NIP 6340006068  
Regon 271195634  
(dane jednostki)

**RACHUNEK ZYSKÓW I STRAT**

sporządzony za okres 01.10.2018 r. - 30.09.2019 r.

(wariant porównawczy)

jednostka obliczeniowa: . . . zł . . .

Wiersz	Wyszczególnienie	Dane za	
		rok bieżący 2018/2019	rok poprzedni 2017/2018
<b>A</b>	<b>Przychody netto ze sprzedaży i zrównane z nimi, w tym:</b>	1 212 921,59	1 373 039,55
	– od jednostek powiązanych		
I	Przychody netto ze sprzedaży produktów	1 212 604,10	1 372 706,10
II	Zmiana stanu produktów (zwiększenie – wartość dodatnia, zmniejszenie – wartość ujemna)		
III	Koszt wytworzenia produktów na własne potrzeby jednostki		
IV	Przychody netto ze sprzedaży towarów i materiałów	317,49	333,45
<b>B</b>	<b>Koszty działalności operacyjnej</b>	1 359 877,79	1 350 724,89
I	Amortyzacja	31 214,03	25 487,82
II	Zużycie materiałów i energii	128 799,00	141 460,58
III	Usługi obce	443 589,13	460 470,74
IV	Podatki i opłaty, w tym:	3 163,95	2 830,18
	– podatek akcyzowy		
V	Wynagrodzenia	582 821,16	556 313,89
VI	Ubezpieczenia społeczne i inne świadczenia, w tym:	76 987,96	75 889,56
	– emerytalne	36 534,47	35 315,43
VII	Pozostałe koszty rodzajowe	93 302,56	88 272,12
VIII	Wartość sprzedanych towarów i materiałów		
<b>C</b>	<b>Zysk (strata) ze sprzedaży (A – B)</b>	-146 956,20	22 314,66
<b>D</b>	<b>Pozostałe przychody operacyjne</b>	29 564,59	79 364,13
I	Zysk z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych		
II	Dotacje	28 954,03	75 137,97
III	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych		
IV	Inne przychody operacyjne	610,56	4 226,16
<b>E</b>	<b>Pozostałe koszty operacyjne</b>	13 695,96	17 714,36
I	Strata z tytułu rozchodu niefinansowych aktywów trwałych		
II	Aktualizacja wartości aktywów niefinansowych	0,00	1 438,97
III	Inne koszty operacyjne	13 695,96	16 275,39
<b>F</b>	<b>Zysk (strata) z działalności operacyjnej (C + D – E)</b>	-131 087,57	83 964,43
<b>G</b>	<b>Przychody finansowe</b>	23 004,25	27 109,00
I	Dywidendy i udziały w zyskach, w tym:	1 620,00	0,00
	a) od jednostek powiązanych, w tym:		
	– w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale		
	b) od jednostek pozostałych, w tym:	1 620,00	0,00
	– w których jednostka posiada zaangażowanie w kapitale	1 620,00	0,00
II	Odsetki, w tym:	13 496,25	27 109,00
	– od jednostek powiązanych		
III	Zysk z tytułu rozchodu aktywów finansowych, w tym:	7 888,00	0,00
	– w jednostkach powiązanych	7 888,00	0,00
IV	Aktualizacja wartości aktywów finansowych		
V	Inne		
<b>H</b>	<b>Koszty finansowe</b>	43,07	246,00
I	Odsetki, w tym:	43,07	246,00
	– dla jednostek powiązanych		
II	Strata z tytułu rozchodu aktywów finansowych, w tym:		
	– w jednostkach powiązanych		
III	Aktualizacja wartości aktywów finansowych		
IV	Inne		
<b>I</b>	<b>Zysk (strata) brutto (F + G – H)</b>	-108 126,39	110 827,43
<b>J</b>	<b>Podatek dochodowy</b>	1 628,00	1 315,00
<b>K</b>	<b>Pozostałe obowiązkowe zmniejszenia zysku (zwiększenia straty)</b>		
<b>L</b>	<b>Zysk (strata) netto (I – J – K)</b>	-109 754,39	109 512,43

Ewa Kłoda  
DORADCA PODATKOWY Nr 01586  
40-053 Katowice, ul. Barbary 21  
tel. 25 730 43 03 / 08-64

**SKARBNIK RADY**  
ŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ  
*Bea*  
mgr farm. Beatrycze Redlańska-Piętek

**PREZES RADY**  
ŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ  
*Pz*  
dr n. farm. Piotr BRUKIEWICZ

**Sprawozdanie  
z działalności Komisji Rewizyjnej Śląskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej  
w Katowicach za rok 2018/2019**

Komisja Rewizyjna w składzie:  
Halina Jeszka – Przewodnicząca  
Adrianna Biniak-Konstanty – Sekretarz  
Maria Laudowicz-Sapa – Sekretarz

Komisja Rewizyjna na swoich posiedzeniach kontrolowała dokumenty finansowe Izby pod względem rzetelności i celowości wydatków oraz ich zgodności z uchwałami Rady.

Sprawozdanie finansowe Izby za rok 2018/2019 zostało dostarczone wszystkim delegatom na Zjazd OIA.

Posiadane na dzień 30.09.2019 środki finansowe to:  
kasa 2891,51  
konto bankowe PKO BP 1 160 187,94 i Alior Bank 50 263,35  
lokata bankowa 300 000,00

Głównym przychodem Izby są składki członkowskie. Po analizie stwierdzono, że pomimo wielokrotnych upomnień wciąż część członków ma zaległości w opłaceniu składek.

Jednocześnie w stosunku do zeszłych lat zaobserwowano zmniejszenie ilości osób z zaległościami dotyczącymi mniejszych kwot i coraz krótszych okresów w stosunku do lat ubiegłych. Komisja stoi na stanowisku, by jeszcze skuteczniej mobilizować członków do płacenia obowiązkowych składek.

Komisja pozytywnie ocenia fakt kontynuacji ubezpieczenia przez Izbę wszystkich jej członków w roku 2018/2019 podobnie jak w roku ubiegłym, w ramach składki.

Stwierdzono, że dokumentacja finansowa Izby jest prowadzona bardzo skrupulatnie, wszystkie dokumenty finansowe podpisywane są przez Skarbnika OIA oraz Prezesa lub zastępcę Prezesa.

Wydatki Izby są celowe i zgodne z preliminarzem  
Główne wydatki Izby na środki trwałe i wyposażenie  
to modernizacja serwera 12 178,38 .

Członkowie Izby, którzy zwrócili się o pomoc otrzymali w sumie 4 600,00



mgr farm. Halina Jeszka

**Specyfikacja przychodów i wydatków za okres 01.10.2018-30.09.2019**

<b>Przychody Śląskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w okresie 01.10.2018-30.09.2019</b>		
	<b>rok ubiegły 01.10.2017-30.09.2018</b>	<b>bieżący rok 01.10.2018-30.09.2019</b>
<b>Przychody razem</b>	<b>1 751 008,48</b>	<b>1 603 037,80</b>
<b>Przychody z działalności ustawowej</b>	<b>1 669 692,48</b>	<b>1 545 122,99</b>
<b>w tym</b>		
przychody ze składek członkowskich	1 400 895,12	1 309 623,33
dotacje MZIOS	75 137,97	78 088,00 *
przychody ze szkoleń	155 881,88	86 008,00
sprzedaż towarów	333,45	317,49
zwrot kosztów upomnień, postępowania sądowego	5 111,18	4 044,38
portal praca	27 856,72	52 920,00
pozostałe przychody	4 476,16	14 121,79
<b>w tym</b>		
- przejęcie środków po likwidacji TFE	0,00	12 299,42
- pozostałe	4 476,16	1 822,37
<b>Przychody z działalności pozostałej</b>	<b>81 316,00</b>	<b>57 914,81</b>
<b>w tym</b>		
przychody z reklam	22 807,00	7 300,00
usługi marketingowe, udział w targach, wynajem powierzchni		
	31 400,00	19 530,00
uzyskane odsetki	27 109,00	20 966,25 **
dywidenda Radix	0,00	1 620,00
dochód ze sprzedaży udziałów Expert Zdrowia sp. z o.o.	0,00	7 888,00
pozostałe przychody operacyjne	0,00	610,56

\* otrzymane w roku obrotowym dotacje z MZIOS wynoszą 78.088,00 zł. W sprawozdaniu finansowym za ubiegły rok ujęto należną i nieotrzymaną kwotę 49.133,97 zł, stąd w bieżącym roku w sprawozdaniu finansowym wykazana jest kwota 28.954,03 zł.

\*\* otrzymane w roku obrotowym odsetki wynoszą 20.966,25 zł. Z uwagi na ujęcie w sprawozdaniu finansowym za ubiegły rok kwoty 7.470,00 zł jako kwoty odsetek należnych a niewypłaconych, w bieżącym roku obrotowym w sprawozdaniu finansowym wykazana jest kwota 13.496,25 zł.

**Koszty utrzymania Śląskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej  
za okres 01.10.2018-30.09.2019**

	rok ubiegły 01.10.2017-30.09.2018	bieżący rok 01.10.2018-30.09.2019
<b>Koszty razem:</b>	<b>1 640 181,05</b>	<b>1 659 160,22</b>
<b>Amortyzacja</b>	<b>25 487,82</b>	<b>31 214,03</b>
<b>Zużycie materiałów</b>	<b>141 460,58</b>	<b>128 799,00</b>
<b>w tym</b>		
mat.biurowe	8 427,05	11 576,54
gaz	6 943,56	8 048,28
woda	984,31	1 242,09
energia	6 299,33	6 365,36
obsługa budynku	5 245,03	2 757,68
śr.czystości	625,47	477,17
akcesoria komputerowe,telefoniczne	5 255,84	490,62
zakup literatury fach.,prasy , oprogram.	29 214,86	19 021,50
art.spożywcze,catering	37 084,92	42 175,46
<b>w tym</b>		
- catering w Śląskie Targi Farmaceutyczne	7 320,00	0,00
- catering w trakcie szkoleń	0,00	14 080,00
- pozostałe	29 764,92	28 095,46
materiały do szkoleń	9 238,93	9 761,70
pozostałe	32 141,28	26 882,60
<b>w tym</b>		
- mistrzostwa	5 886,14	0,00
- pozostałe	26 255,14	0,00
<b>Usługi obce</b>	<b>460 470,74</b>	<b>443 589,13</b>
<b>w tym</b>		
usługi telekomunikacyjne	15 901,90	14 321,08
usługi pocztowe	24 901,88	35 441,47
provizje bankowe	2 955,57	3 474,32
usługi informatyczne	14 199,95	22 263,28
usługi księgowo	63 600,00	63 082,00
obsługa - sądy	31 694,16	14 274,00
obsługa - rzecznicy	44 102,80	43 746,80
usługi dotyczące szkoleń	41 482,37	31 316,36
usługi dotyczące wydania biuletynu	16 443,38	18 759,96
usługi działalność gospodarcza	28 060,00	28 320,00
<b>w tym</b>		
-obsługa marketingowa	28 060,00	28 320,00
wywóz śmieci	917,46	1 046,28
obsługa marketingowa	28 060,00	30 042,00
usługi ochrony	3 463,59	1 231,14
pozostałe usługi	144 687,68	136 270,44
<b>w tym</b>		
- Mikołaj	52 074,00	54 787,00
- udział w zawodach sportowych	6 135,70	17 533,76
- zjazd SIA	8 108,00	7 507,00
- organizacja mistrzostw	62 781,86	0,00
- badanie sprawozdania finansowego	0,00	7 380,00
- pozostałe	15 588,12	49 062,68

**Koszty utrzymania Śląskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej  
za okres 01.10.2018-30.09.2019 c.d.**

	rok ubiegły 01.10.2017-30.09.2018	bieżący rok 01.10.2018-30.09.2019
<b>Podatki i opłaty</b>	<b>2 830,18</b>	<b>3 163,95</b>
<b>Wynagrodzenia</b>	<b>556 313,89</b>	<b>582 821,16</b>
<b>w tym</b>		
pracownicy etatowi	370 447,25	385 311,24
zwrot kosztów Rada, Prezydium	168 736,00	183 128,00
wynagrodzenia za szkolenia	6 425,00	2 568,00
pozostałe zlecenia	10 705,64	11 813,92
<b>Świadczenia na rzecz pracowników</b>	<b>75 889,56</b>	<b>76 987,96</b>
<b>Pozostałe koszty rodzajowe</b>	<b>88 272,12</b>	<b>93 302,56</b>
<b>w tym</b>		
delegacje służbowe	35 645,46	40 324,60
zwrot kosztów dojazdów sądy, rzecznicy	4 730,00	9 882,00
polisa OC aptekarzy	40 991,49	41 295,96
pozostałe	6 905,17	1 800,00
<b>Koszty operacyjne</b>	<b>17 714,36</b>	<b>18 295,96</b>
<b>w tym</b>		
zapomogi	8 600,00	4 600,00
darowizny	3 200,00	7 000,00
nagrody dla absolwentów	1 000,00	2 000,00
należności nieściągalne	0,00	107,03
pozostałe	4 914,36	4 588,93
<b>w tym</b>		
- ubezpieczenie budynku	3 317,97	3 251,59
- pozostałe	1 596,39	1 337,34
<b>Odpis składek NRA</b>	<b>271 495,80</b>	<b>280 943,40</b>
<b>Koszty finansowe</b>	<b>246,00</b>	<b>43,07</b>

**Dochód Śląskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej**  
w okresie 01.10.2018-30.09.2019

	rok ubiegły 01.10.2017-30.09.2018	bieżący rok 01.10.2018-30.09.2019
przychody razem	1 751 008,48	1 603 037,80
koszty razem	1 640 181,05	1 659 160,22
<b>dochód</b>	<b>110 827,43</b>	<b>-56 122,42</b>
podatek	1 315,00	1 628,00
<b>dochód netto</b>	<b>109 512,43</b>	<b>-57 750,42</b>

<b>Zakup środków trwałych i wyposażenia</b>	<b>19 078,38</b>
<b>w tym</b>	
modernizacja serwera	12 178,38
zakup i montaż rolet	6 900,00

<b>Posiadane na 30.09.2019 środki obrotowe</b>	<b>1 513 342,80</b>
<b>w tym</b>	
kasa	2 891,51
bank PKO BP	1 160 187,94
bank ALIOR	50 263,35
lokaty PKO BP	300 000,00

Katowice, 22.10.2019 r.

Sporządził: Ewa Kłoda

Zatwierdził : Przewodnicząca Komisji Rewizyjnej  
Halina Jeszka

**PRELIMINARZ BUDŻETOWY ŚOIA W KATOWICACH  
10/2019 - 09/2020**

<b>PRZYCHODY</b>	<b>1 645 000,00</b>
------------------	---------------------

Składki członkowskie	1 350 000,00
Pozostała działalność	235 000,00
Pozostałe finansowe	10 000,00
Dotacje MZiOS	50 000,00

<b>KOSZTY</b>	<b>1 835 000,00</b>
---------------	---------------------

Zużycie materiałów i energii	140 000,00
Usługi obce	569 000,00
<i>w tym mistrzostwa</i>	<i>82 000,00</i>
Wynagrodzenia z narzutami	706 000,00
Pozostałe	100 000,00
Odpis NRA	300 000,00
Rezerwa	20 000,00

<b>WYDATKI INWESTYCYJNE</b>
-----------------------------

Zakup oprogramowania	61 500,00
----------------------	-----------

Nadwyżka kosztów nad przychodami -190 000,00

Nadwyżka wydatków nad przychodami -251 500,00



mgr Ewa Kłoda



mgr farm. Beatrycze Radłańska-Piątek



**ŚLĄSKA IZBA APTEKARSKA**  
 40-637 Katowice, ul. Krylikuzna 15  
 tel. 032 6089760, fax 032 6089769  
 NIP 634-000-60-68 Regon 271195634

**ROCZNE SPRAWOZDANIE  
 RZECZNIKA ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ  
 ŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ W KATOWICACH  
 ZA OKRES OD 18 LISTOPADA 2018 ROKU DO 16 LISTOPADA 2019 ROKU**

W okresie od 18 listopada 2018 roku do 16 listopada 2019 roku Rzecznik rozpoznawał łącznie 46 spraw w zakresie odpowiedzialności zawodowej, z czego 4 to sprawy, które pozostały do rozpoznania z wcześniejszego okresu sprawozdawczego tj. z 2018 roku.

Spośród spraw rozpoznawanych przez Rzecznika w omawianym okresie sprawozdawczym definitywnie zakończono 24, w tym 3 spośród 4 wcześniej wzmiankowanych spraw rozpoczętych jeszcze w poprzednim okresie sprawozdawczym. Jedna ze spraw wszczętych w 2019 roku została przekazana na podstawie §14 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31.03.2003 r. w sprawie postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej farmaceutów w zw. z art. 50 ust. 3 pkt. 2 ustawy z dnia 19.04.1991 r. *O izbach aptekarskich* do rozpoznania według właściwości do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności zawodowej.

Od ostatniego Zjazdu sprawy zostały załatwione w następujący sposób:

- w 15 przypadkach Rzecznik umorzył postępowanie wyjaśniające,
- w 9 przypadkach postępowanie zakończone zostało sporządzeniem wniosku o ukaranie.

Na dzień składania sprawozdania w toku pozostają jeszcze 22 spraw, z czego 6 wpłynęło na krótko przed wyznaczeniem terminu Zjazdu i Rzecznik odłożył wyznaczenie posiedzenia w tych sprawach na termin późniejszy.

Spośród spraw będących w toku, w kilku z nich Rzecznik wydał już postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego, aczkolwiek nie zostały jeszcze sformułowane wnioski o ukaranie z uwagi na konieczność odczekania na upływ terminów ustawowych do uzupełnienia postępowania przez farmaceutów, w stosunku do których się toczyły.

Ilość wniosków o ukaranie kierowanych przez Rzecznika zmalała względem ilości wniosków o ukaranie skierowanych do Okręgowego Sądu Aptekarskiego w ubiegłym roku. Jest to najprawdopodobniej związane ze zmniejszoną ilością spraw, które wpłynęły do organu Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej oraz okolicznością, że w minionym okresie wielu spośród zalegających ze spłatą składek na rzecz Śląskiej Izby Aptekarskiej farmaceutów, uregulowało swoje zadłużenie, a w konsekwencji postępowania wyjaśniające względem nich zostały umorzone. Postanowienia o umorzeniu postępowania wydawane są nie tylko w sytuacjach, gdy

Rzecznik nie ma cienia wątpliwości co do zasadności takiego rozstrzygnięcia ze względu na brak znamion przewinienia zawodowego, ale także wówczas, gdy pomimo braku wątpliwości co do samego faktu zaistnienia naruszenia przepisów prawa, Rzecznik nie dysponuje wystarczającym materiałem dowodowym, na którym można by oprzeć wnioski o ukaranie danego farmaceuty.

W innych sprawach, gdzie stan faktyczny i prawny był bardziej złożony Rzecznik kierował do Sądu Aptekarskiego wnioski o ukaranie. Zadaniem Rzecznika w postępowaniu wyjaśniającym jest bowiem jedynie ustalić stan faktyczny i zgromadzić dowody. Jest to zgodne z panującym poglądem, że Sąd Aptekarski powinien rozstrzygać czy doszło do przewinienia zawodowego, a Rzecznik ma obowiązek uwzględniać okoliczności zarówno na korzyść jak i niekorzyść farmaceuty, którego postępowanie dotyczy.

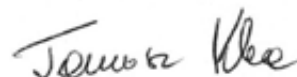
W omawianym okresie żadne postanowienie Rzecznika nie zostało uchylone przez Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej, a także Rzecznik nie występował z wnioskiem o przedłużenie postępowania wyjaśniającego do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej w Warszawie.

W przedmiotowym okresie ilość spraw wszczętych na podstawie skargi pacjenta wynosiła 5. Rzecznik rozpoznał 3 spośród nich. Dwie nadal pozostają w toku. Jedna z uwagi na stan zdrowia obwinionego farmaceuty, a w drugiej Rzecznik dopiero wyznaczy termin posiedzenia, gdyż wniesiona została na krótko przed terminem Zjazdu. W jednej sprawie sporządzony został wniosek o ukaranie a w dwóch Rzecznik, z uwagi na chęć polubownego zakończenia sporu na linii pacjent – farmaceuta, zdecydował o skierowaniu przeprosin wraz z wyjaśnieniami odnośnie zaistniałej sytuacji do skarżących i czeka na reakcję z ich strony.

Znaczna ilość spraw, które wpłynęły do Rzecznika dotyczy nieobecności farmaceuty w godzinach czynności apteki. W sytuacji gdy nieobecność jest krótkotrwała i ma charakter sporadyczny sprawa na ogół zostaje umorzona. Zwłaszcza, gdy farmaceuci odpowiadając na wezwanie Rzecznika stawiają się na przesłuchanie i złożą przekonujące wyjaśnienia. Ich wyjaśnienia, a często przedstawiane przez nich dowody, potwierdzają że nieobecność w aptece była krótkotrwała, miała charakter incydentalny i była przez nich niezawiniona. Rzecznik chce podkreślić, że często przyczyną nieobecności farmaceuty są zdarzenia losowe, niemożliwe do przewidzenia a nieobecność farmaceuty w aptece trwa średnio ok. 15 minut.

W omawianym okresie nie wpłynęła do Rzecznika żadna sprawa dotycząca naruszenia zakazu reklamy apteki.

W minionym roku posiedzenia były wyznaczane co najmniej raz w miesiącu (z wyjątkiem okresu urlopowego), a na każdym z nich planowo zakładano rozpoznanie średnio od 5 do 7 spraw.



**ŚLĄSKA IZBA APTEKARSKA**  
 ul. 637 Katowice, ul. Kryniczna 16  
 tel. 032 6089760, fax 032 6089700  
 NIP: 634-000-60-68 Regon: 271195634

**KADENCYJNE SPRAWOZDANIE OKRĘGOWEGO RZECZNIKA  
 ODPOWIEDZIALNOŚCI ZAWODOWEJ ŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ W  
 KATOWICACH ZA OKRES OD 29 LISTOPADA 2015 ROKU DO 16 LISTOPADA 2019  
 ROKU**

**Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej :** mgr farm. Tomasz Kloc,

**Zastępcy Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej:**

mgr farm. Krystyna Caruk  
 mgr farm. Katarzyna Filipowicz-Dyrka  
 mgr farm. Halina Jeszka  
 mgr farm. Monika Kubara  
 mgr farm. Dominik Lakota  
 mgr farm. Małgorzata Sokół  
 mgr farm. Włodzimierz Wdowski

**Statystyka:**

W pierwszym roku obecnej kadencji czyli **od 30 listopada 2015 r. do 18 listopada 2016 r.** Okręgowy Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej rozpoznał łącznie 91 spraw w zakresie odpowiedzialności zawodowej. Spośród spraw rozpoznawanych przez Rzecznika we wspomnianym okresie 75 definitywnie zakończono.

Sprawy zakończone w omawianym okresie zostały załatwione w następujący sposób:

- w 42 (czterdziestu dwóch) przypadkach sprawy Rzecznik umorzył postępowanie wyjaśniające,
- w 28 (dwudziestu ośmiu) przypadkach skierowano do Sądu Aptekarskiego wnioski o ukaranie
- w 4 (czterech) przypadkach Rzecznik odmówił wszczęcia postępowania wyjaśniającego,
- 1 (jedną) sprawę przekazano według właściwości do rozpatrzenia przez Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej krakowskiej Izby Aptekarskiej.

W drugim roku kadencji, tj. **od 18 listopada 2016 r. do 18 listopada 2017 r.** Rzecznik rozpoznał łącznie 64 sprawy, z czego definitywnie zakończył w tym okresie 54.

W omawianym okresie Rzecznik ani razu nie wydał postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, jak również nie było przypadku wymagającego przekazania sprawy według właściwości do Rzeczników innych izby aptekarskich.

Sprawy zakończone w danym zostały załatwione w następujący sposób:

- w 36 (trzydziestu pięciu) przypadkach Rzecznik umorzył postępowanie wyjaśniające,
- w 18 (dziewiętnastu) przypadkach skierował do Sądu Aptekarskiego wniosek o ukaranie

W trzecim roku kadencji tj. w okresie **od 18 listopada 2017 roku do 17 listopada 2018 roku** Rzecznik rozpoznał łącznie 50 spraw, z czego definitywnie zakończył 42 sprawy.

Rzecznik w omawianym okresie ani razu nie wydał postanowienia o odmowie wszczęcia postępowania wyjaśniającego, jak również nie było przypadku wymagającego przekazania sprawy według właściwości do Rzeczników innych izby aptekarskich.

Sprawy rozpoznawane przez Rzecznika zakończono w następujący sposób:

- w 30 przypadkach Rzecznik umorzył postępowanie wyjaśniające,
- w 12 przypadkach skierował do Sądu Aptekarskiego wniosek o ukaranie.

W ostatnim roku kadencji Rzecznik rozpoznał łącznie 46 spraw w zakresie odpowiedzialności zawodowej, z czego 4 to sprawy, które pozostały do rozpoznania jeszcze z 2018 roku.

Spośród spraw rozpoznawanych przez Rzecznika definitywnie zakończono 24. Jedną ze spraw wszczętych w 2019 roku została przekazana na podstawie §14 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 31.03.2003 r. w sprawie postępowania w sprawach odpowiedzialności zawodowej farmaceutów w zw. z art. 50 ust. 3 pkt. 2 ustawy z dnia 19.04.1991 r. *O izbach aptekarskich* do rozpoznania według właściwości do Naczelnego Rzecznika Odpowiedzialności zawodowej.

W tym okresie:

- w 15 przypadkach Rzecznik umorzył postępowanie wyjaśniające,
- w 9 przypadkach postępowanie zakończone zostało sporządzeniem wniosku o ukaranie.

Na dzień składania niniejszego sprawozdania w toku pozostają jeszcze 22 sprawy, z czego 6 wpłynęło na krótko przed wyznaczeniem terminu Zjazdu i Rzecznik odłożył wyznaczenie posiedzenia w tych sprawach na termin późniejszy.

Spośród spraw będących w toku, w kilku z nich Rzecznik wydał już postanowienia o zamknięciu postępowania wyjaśniającego, aczkolwiek nie zostały jeszcze sformułowane wnioski o ukaranie z uwagi na konieczność zachowania terminów ustawowych do ewentualnego uzupełnienia postępowania przez farmaceutów, w stosunku do których się toczyły.

**Podsumowanie:**

W omawianym okresie kadencyjnym Rzecznik rozpoznał 212 nowych spraw, nie licząc tych które pozostały do rozpoznania z poprzednich okresów. Definitywnie zakończono 190 spośród nich, a to w następujący sposób:

- w 67 przypadkach skierowano wnioski o ukaranie do Okręgowego Sądu Aptekarskiego,
- 123 postępowania wyjaśniające zostały zakończone postanowieniem o ich umorzeniu.

Od dwóch lat można zauważyć stabilizację ilości nowych wniosków do OROZ.

Rzecznik upatruje przyczyny takiego stanu rzeczy w lepszym kształceniu farmaceutów, zwiększeniu świadomości odpowiedzialności związanej z wykonywanym przez nich zawodem oraz poprawą znajomości przepisów prawa farmaceutycznego.

Na zmniejszenie ilości spraw rozpatrywanych przez Rzecznika w decydującym stopniu wpłynęło zmniejszenie naruszeń art. 94a prawa farmaceutycznego czyli zabronionej reklamy działalności aptek.

Nie bez znaczenia pozostaje także wpływ, jaki wywołuje na farmaceutów toczące się w przeszłości w stosunku do nich lub ich koleżanek i kolegów postępowanie dyscyplinarne. Rzecznik uważa, że jest to swego rodzaju sukces, gdyż rolą postępowań przez niego prowadzonych jest przede wszystkim zdyscyplinowanie farmaceuty i skłonienie ich do ściślejszego przestrzegania obowiązujących przepisów prawa farmaceutycznego a także zapobieżenie popełnianiu przez nich przewinień w przyszłości. Zawód farmaceuty jest bowiem zawodem zaufania publicznego i podlega odpowiedzialności zawodowej, czyli odpowiedzialności za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz przepisami prawnymi dotyczącymi wykonywania zawodu.

Naturalną konsekwencją malejącej ilości wpływających do Rzecznika spraw jest spadek ilości wniosków o ukaranie kierowanych do Sądu Aptekarskiego. Rzecznik sporządza wnioski o ukaranie farmaceutów w sprawach, w których stan faktyczny jest skomplikowany, zebrany w toku postępowania wyjaśniającego materiał dowodowy jest kompletny, okoliczności przemawiają na niekorzyść obwinionego farmaceuty a przede wszystkim, kiedy przeprowadzone postępowanie wyjaśniające potwierdza zasadność zarzutów stawianych farmaceucie.

W 123 sprawach Rzecznik umorzył postępowanie wyjaśniające. W większości z umorzonych spraw obwinieni farmaceuci stawili się na wezwanie Rzecznika, składali wyczerpujące wyjaśnienia oraz przedkładali dowody na potwierdzenie swoich słów. Podkreślić należy, że w sprawach, w których Rzecznik wydaje postanowienie o umorzeniu postępowania wyjaśniającego nie zachodzą przesłanki do przypisania winy obwinionym farmaceutom.

Rzecznik zawsze bierze pod uwagę postawę, jaką w toku postępowania wyjaśniającego prezentuje obwiniony farmaceuta. Często farmaceuci wyrażają skruchę i ubolewanie za zaistniałą sytuację, co zdaniem Rzecznika dowodzi, że mają oni świadomość ciężącej na nich odpowiedzialności za wykonywaną pracę.

Niestety często zdarza się, że wezwany na posiedzenie obwiniony nie stawia się na wezwanie i nie usprawiedliwia swej absencji, bądź też usprawiedliwia ją telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej na kilka minut przed rozpoczęciem posiedzenia. Zdarza się też, że obwiniony w sposób ostantacyjny lekceważy Rzecznika, a w rozmowie telefonicznej z sekretarzem OROZ pozwala sobie na niestosowne komentarze. Na szczęście są to przypadki incydentalne i nie mają one wpływu na postrzeganie innych przedstawicieli naszego zawodu.

Zdarzały się również sprawy, w których farmaceuci już od najwcześniejszego etapu postępowania korzystają z pomocy prawnej profesjonalnych pełnomocników, co zazwyczaj skutkuje przedłużaniem postępowania wskutek konieczności rozpatrywania dodatkowych wniosków formalnych. Są to najczęściej sprawy wszczynane wskutek zawiadomień Śląskiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego dotyczące nieprawidłowo prowadzonego obrotu produktami leczniczymi, w tym zawierającymi w swoim składzie substancje odurzające lub psychotropowe, a także wadliwe prowadzenie ewidencji przychodu i rozchodu tych substancji.

Należy jednak zwrócić uwagę, że chociaż ilość spraw zmalała to w dużej mierze zwiększył się ich ciężar gatunkowy. Coraz częściej do Rzecznika trafiają sprawy gdzie ilość zarzutów stawianych jednemu farmaceucie oraz ich rodzaj jest taki, że postępowanie wyjaśniające wymaga szczególnie dużego nakładu pracy i pochłania dużo czasu. Regułą jest także to, że w najpoważniejszych sprawach osoba, której zarzuty dotyczą często podejmuje działania, których głównym celem jest przedłużenie postępowania lub jego utrudnienie. Dotyczy to najczęściej sytuacji, w której zarzuty związane są z tzw. odwróconym łańcuchem dystrybucji.

Nadal do Rzecznika wpływają sprawy dotyczące niewywiązywania się przez farmaceutów z obowiązku płacenia składek członkowskich na rzecz Izby. Znaczna część farmaceutów po otrzymaniu wezwania do stawienia się w siedzibie Izby celem ogłoszenia postanowienia o przedstawieniu zarzutów spłaca swoje zadłużenie względem Izby i w takich przypadkach postępowania są umarzane.

Rzecznik pragnie podkreślić, że wszczynając i przeprowadzając postępowania wyjaśniające musi przestrzegać wymogów formalnych, w tym prawidłowości doręczeń. Korespondencja kierowana do farmaceutów często jest przez adresatów nieodbierana. Najczęściej wraca ona na adres nadawcy z adnotacją „nie podjęto w terminie”. Nie rzadkie są też przypadki, że adres jaki widnieje w *szczegółowym wydruku danych farmaceuty* nie jest aktualnym adresem do korespondencji, co uniemożliwia wezwanie strony na posiedzenie przed Rzecznikiem a co za tym idzie przedstawienie zarzutów. Mając na uwadze, że wzywani na posiedzenie farmaceuci są osobami czynnymi zawodowo, pracującymi w różnych przedziałach

godzinowych Rzecznik, kierując się przede wszystkim zasadami postępowania, chce dać im sposobność do odniesienia się do treści stawianych im zarzutów. Gwarancją przeprowadzenia postępowania zgodnie z obowiązującymi przepisami jest zbadanie sprawy przy uwzględnieniu okoliczności przemawiających na korzyść jak i niekorzyść obwinionego, i tej zasady Rzecznik stara się przestrzegać.

Zdaniem Rzecznika poważną przyczyną przedłużania się postępowań wyjaśniających jest nieprzedstawianie dowodów przez organy i osoby zawiadamiające Rzecznika o podejrzeniu popełnienia przewinienia zawodowego przez farmaceutę. Skutkiem tego Rzecznik musi odrębnie występować o udostępnienie dowodów na poparcie twierdzeń zawartych w zawiadomieniu, np. protokołów kontroli lub decyzji wydawanych na tle danej sprawy.

Na koniec pragnę zaapelować do osób, które zamierzają kandydować na stanowisko Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej lub jego zastępców w najbliższej kadencji, aby miały świadomość że funkcja ta wymaga, oprócz doświadczenia zawodowego i życiowego oraz predyspozycji osobowych i umiejętności interpersonalnych, także dużej cierpliwości i dyspozycyjności, bo rzadko udaje się rozstrzygnąć sprawę na pierwszym posiedzeniu, a to z przyczyn wymienionych przeze mnie wcześniej.



Mgr farm. Tomasz Kloc

**ŚLĄSKA IZBA APTEKARSKA**  
40-637 Katowice, ul. Kryniczna 15  
tel. 032 6089760, fax 032 6089769  
NIP: 634-000-60-68 Regon: 271195634

Katowice, dnia 16 listopada 2019 roku

**SPRAWOZDANIE  
PRZEWODNICZĄCEGO OKRĘGOWEGO SĄDU APTEKARSKIEGO  
Z DZIAŁALNOŚCI SĄDU ZA MINIONY OKRES SPRAWOZDAWCZY  
OD 17 LISTOPADA 2018r. do 16 LISTOPADA 2019r.**

**Skład Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Katowicach:**

**Przewodnicząca Okręgowego Sądu Aptekarskiego:**

mgr farm. Jolanta Dominek

**Zastępca przewodniczącej Okręgowego Sądu Aptekarskiego:**

mgr farm. Krzysztof Grzesik

**Członkowie Okręgowego Sądu Aptekarskiego:**

mgr farm. Grażyna Chamerska-Świdergoń

mgr farm. Beata Dominek-Piasta

mgr farm. Agnieszka Dusito

dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk

mgr farm. Danuta Kamińska-Nowak

mgr farm. Anna Kropka

mgr farm. Konrad Kulak

mgr farm. Mariusz Langer

mgr farm. Aleksandra Malinowska

mgr farm. Anna Margoń-Lisik

mgr farm. Jan Stasiczek

mgr farm. Tomasz Szuścik

mgr farm. Agnieszka Szwaja

mgr farm. Bartosz Wyderka

dr n. farm. Jadwiga Zdąbłasz

**Statystyka:**

W bieżącym roku kalendarzowym Okręgowy Sąd Aptekarski w Katowicach wydał orzeczenia w 6 sprawach.

Postępowanie sądowe w rzeczonych 6 sprawach zakończyło się przez wydanie następujących orzeczeń:

- 4 sprawy zakończyło się wydaniem orzeczenia uniewinniającego,
- w 1 sprawie orzeczono karę upomnienia,
- w 1 sprawie orzeczono karę łączną nagany

Do rozpoznania pozostaje 1 sprawa.

Na pewno do sądu wpłyną kolejne wnioski o ukaranie.



**Rodzaje spraw**

Orzeczenia uniewinniające zapadły w następujących sprawach:

1. Kierownikowi apteki postawiono zarzut nieprawidłowej organizacji dyżuru nocnego. W sprawie tej Sąd ustalił, że kierownikowi nie można przypisać winy. Natomiast wobec dyżurującej wówczas magister farmacji Rzecznik nie wystąpił z wnioskiem o ukaranie, gdyż przebywa ona obecnie na urlopie macierzyńskim.
2. W kolejnej sprawie zarzut dotyczył nieobecności magistra farmacji w godzinach czynności apteki. W toku postępowania okazało się, że nieobecność farmaceutyki miała charakter incydentalny i wynikała z nadzwyczajnych okoliczności. Uchybienie to pozostawało bez wpływu na prawidłową postawę etyczną i zawodową farmaceutki a poza tym nie doszło do jakichkolwiek negatywnych konsekwencji dla pacjentów.
3. Sąd uniewinnił także farmaceutę któremu zarzucono niepłacenie składek, gdyż w toku postępowania obwiniony spłacił całe swoje zadłużenie a zatem wcześniejsze zaniechania w płaceniu składek nie nosiły znamion uporczywości.
4. Czwarty przypadek uniewinnienia dotyczył także dopuszczenia do nieobecności na zmianie magistra farmacji. W tej sprawie zarzut postawiono kierownikowi apteki, który w toku postępowania wykazał, że prace organizował prawidłowo a nieobecność wynikała w skutek zarządzeń właściciela niebędącego farmaceutą. Ponadto obwiniony wykazał, że zrezygnował z pracy w tej aptece aby nie narażać się na kolejne konfliktowe sytuacje z pracodawcą. W tych okolicznościach Sąd uznał, że orzeczenie uniewinniające będzie jedynie słuszne.

Jednym z orzeczeń wydanym przez OSA była kara upomnienia orzeczona wobec farmaceutyki, która nie dopełniła obowiązków kierownika apteki poprzez nie ustanowienie zastępstwa na czas nieobecności kierownika apteki, wskutek podjęcia decyzji o zwolnieniu się z pracy. W tym konkretnym stanie faktycznym zarówno ze względu na postawę obwinionej jak i zlekceważenie przez nią przepisów prawa farmaceutycznego, Sąd wymierzył karę upomnienia. Odnotować należy, że w przedmiotowej sprawie obwinioną częściowo zwolniono od ponoszenia kosztów postępowania.

W sprawie, w której orzeczono karę łączną nagany ciężar postawionych farmaceucie zarzutów był na tyle duży, że Sąd postanowił ukarać farmaceutkę karą nagany, ponieważ kara najlżejsza (upomnienie) nie spełniłaby przewidywanej dla postępowania dyscyplinarnego funkcji wychowawczej i prewencyjnej. Sąd miał na względzie, że obwiniona uchybiła przepisom dotyczącym podstawowych warunków prowadzenia apteki, a więc kwestiom zasadniczym. Podkreślić należy, że rozważano, czy w tym stanie faktycznym adekwatną karą nie byłaby kara zawieszenia prawa wykonywania zawodu, jednak Sąd uznał, że mogłaby ona okazać się nadmiernie dotkliwą, gdyż przez pewien czas pozbawiłaby obwinioną możliwością zarobkowania. Kara nagany była więc, zdaniem Sądu, współmierna do wagi popełnionego czynu oraz stopnia winy obwinionej. W powyższej sprawie obrońca obwinionej odwołał się od orzeczenia Sądu, jednak NSA utrzymał w mocy zaskarżone orzeczenie.

Obecnie przed Sądem toczy się postępowanie w jednej ze spraw już od lutego 2019 roku. W trakcie kolejnej szóstej już rozprawy, która odbyła się w bieżącym miesiącu, obrońca złożył wniosek o wyłączenie od orzekania całego składu sędziowskiego. Ze względów proceduralnych skutkiem tego wniosku będzie konieczność rozpoznawania tej sprawy od początku przez nowy skład sędziowski. Jest to klasyczny przykład częstych działań

profesjonalnych pełnomocników, którzy za wszelką cenę (czasem nawet wbrew interesom obwinionych) podejmują kroki, których jedynym skutkiem jest przedłużanie postępowania.

W bieżącym roku kalendarzowym Okręgowy Sąd Aptekarski odbył dwa zebrania plenarne, na których omówiono rodzaje i ilość spraw wpływających do sądu, jak również aktualną linię orzecznictwa sądowego w analogicznych stanach faktycznych i prawnych, a także ustalano terminy i składy sędziowskie do ich rozpoznania oraz kwestie organizacyjne pracy sądu.

*Danuta Jankowska*



VIII Okręgowy Zjazd Sprawozdawczo-Wyborczy Aptekarzy Śląskiej Izby Aptekarskiej  
(Wisła, 16.11.2019 r.)

**ŚLĄSKA IZBA APTEKARSKA**  
 40-637 Katowice, ul. Kryniczna 15  
 tel. 032 6089760, fax 032 6089769  
 NIP 634-000-60-68 Regon 271195634

**KADENCYJNE SPRAWOZDANIE  
 OKRĘGOWEGO SĄDU APTEKARSKIEGO  
 ŚLĄSKIEJ IZBY APTEKARSKIEJ W KATOWICACH  
 ZA OKRES OD 29 LISTOPADA 2015 r. DO 16 LISTOPADA 2019 r.**

Skład Okręgowego Sądu Aptekarskiego był następujący:

Przewodnicząca Okręgowego Sądu Aptekarskiego:

mgr farm. Jolanta Dominek

Zastępca przewodniczącej Okręgowego Sądu Aptekarskiego:

mgr farm. Krzysztof Grzesik

Członkowie Okręgowego Sądu Aptekarskiego:

mgr farm. Grażyna Chamerska-Świdergoł

mgr farm. Beata Dominek-Piasta

mgr farm. Agnieszka Dusilo

dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk

mgr farm. Danuta Kamińska-Nowak

mgr farm. Anna Kropka

mgr farm. Konrad Kulak

mgr farm. Mariusz Langer

mgr farm. Aleksandra Malinowska

mgr farm. Anna Margoś-Lisik

mgr farm. Jan Stasiczek

mgr farm. Tomasz Szuścik

mgr farm. Agnieszka Szwaja

mgr farm. Bartosz Wyderka

dr n. farm. Jadwiga Zdąbłasz

**Statystyka:**

W pierwszym roku obecnej kadencji czyli **od 30 listopada 2015 r. do 18 listopada 2016 r.** wpłynęło do Okręgowego Sądu Aptekarskiego 31 nowych spraw ale w tym okresie toczyło się 40 postępowań gdyż 9 zostało rozpoczętych w poprzedniej kadencji.

Spośród wszystkich spraw rozpatrywanych we wzmiankowanym okresie, zakończono postępowanie sądowe w 28 sprawach, przez wydanie następujących orzeczeń:

- jedna (1) sprawa zakończyła się wydaniem orzeczenia zawieszenia prawa wykonywania zawodu na okres 6 miesięcy

- w trzech (3) sprawach orzeczono karę nagany,

- w jedenastu (11) sprawach orzeczono karę upomnienia,
- siedem (7) spraw zakończyło się wydaniem orzeczenia uniewinniającego,
- cztery (4) sprawy zakończyły się wydaniem orzeczenia umarzającego postępowanie,
- dwie (2) sprawy zostały zwrócone do OROZ w celu uzupełnienia postępowania wyjaśniającego

W drugim roku kadencyjnym czyli **od 18 listopada 2016 r. do 28 listopada 2017 r.** do Okręgowego Sądu Aptekarskiego wpłynęło 11 nowych spraw, w tym jedna dotycząca członka Dolnośląskiej Izby Aptekarskiej przekazana przez Naczelny Sąd Aptekarski. Tak więc, łącznie z wcześniej zadekretowanymi w 2016 roku sprawami, Sąd rozstrzygnął 36 spraw, jedna została zawieszona, a trzy były w toku.

Postępowanie sądowe w rzeczonych 36 sprawach zakończyły się przez wydanie następujących orzeczeń:

- w jednej (1) sprawie orzeczono karę nagany,
- w ośmiu (8) sprawach orzeczono karę upomnienia,
- dwadzieścia trzy (23) sprawy zakończyły się wydaniem orzeczenia uniewinniającego,
- sześć (6) spraw zakończyło się wydaniem orzeczenia umarzającego postępowanie,
- dwie (2) sprawy zostały zwrócone do OROZ w celu uzupełnienia postępowania wyjaśniającego.

W trzecim roku kadencyjnym czyli **od 18 listopada 2017 r. do 17 listopada 2018 r.** przed Okręgowym Sądem Aptekarskim Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach toczyło się postępowanie w 20 sprawach, z czego 10 to sprawy z nowych wniosków.

W 2018 roku wpłynęło do Okręgowego Sądu Aptekarskiego 10 nowych spraw. Łącznie z wcześniej zadekretowanymi sprawami, Sąd rozstrzygnął 15 spraw, jedna pozostała zawieszona, w jednej odroczone termin rozprawy na koniec 2018 roku a 3 były w toku.

Postępowanie sądowe w rzeczonych 15 sprawach zakończyło się przez wydaniem przez Sąd następujących orzeczeń:

- w 6 sprawach orzeczono karę upomnienia,
- 9 spraw zakończyło się wydaniem orzeczenia uniewinniającego,

W ostatnim roku kadencyjnym czyli **od 17 listopada 2018 roku do 16 listopada 2019 roku** przed Okręgowym Sądem Aptekarskim Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach toczyło się postępowanie w siedmiu (7) sprawach. W sześciu (6) z nich zapadły następujące orzeczenia:

- jedna zakończyła się orzeczeniem kary łącznej nagany.
- w jednej orzeczono karę upomnienia,
- 4 sprawy zakończyły się wydaniem orzeczenia uniewinniającego,

Tak więc, przez cały okres mijającej kadencji, Okręgowy Sąd Aptekarski Śląskiej Izby Aptekarskiej w Katowicach rozpoznał 72 nowe sprawy, nie licząc tych które rozpoczęły się w poprzedniej kadencji. Tylko jeden raz orzekł karę zawieszenia prawa wykonywania zawodu, w pięciu (5) sprawach orzeczono karę nagany, w dwudziestu sześciu (26) sprawach orzeczono karę upomnienia, czyli najłagodniejszą z kar przewidzianych w ustawie. Natomiast

czterdzieści trzy (43) sprawy zakończyły się uniewinnieniem. W dziesięciu (10) przypadkach postępowanie umorzono.

### **Rodzaje rozpatrywanych spraw.**

W okresie bieżącej kadencji Okręgowy Sąd Aptekarski w Katowicach rozpatrywał sprawy o różnym ciężarze gatunkowym.

Na początku okresu kadencji do OSA wpłynęło kilka wniosków o ukaranie opartych na zarzutach związanych z art. 94a Prawa farmaceutycznego, czyli dotyczące reklamy apteki lub jej działalności. W 2016 roku było to aż 6 spraw, z czego wszystkie zakończyły się uniewinnieniem. W roku 2017 Sąd rozpatrywał dwie takie sprawy, w których to również zapadły orzeczenia uniewinniające. Natomiast w roku 2018 OSA rozpatrywał tylko jedną sprawę dotyczącą zakazu reklamy aptek, w której to również nie orzeczono kary. W bieżącym roku do Sądu nie wpłynęła już żadna sprawa, której przedmiotem byłoby naruszenie przez farmaceutę zakazu reklamy apteki bądź jej działalności. Podstawową trudnością jaką napotykał Sąd w toku rozpoznawania tych spraw był fakt, że obwinionymi w tych sprawach byli farmaceuci – kierownicy aptek, a często decydentami były osoby nie podlegające jurysdykcji sądów aptekarskich. Sąd wychodził z założenia, znajdującego ugruntowanie również w orzecznictwie sądów administracyjnych dotyczących reklamy aptek, że nie tylko treść, ale także forma przedstawienia informacji o aptece mają znaczenie przy interpretacji co stanowi sprzeczną z prawem reklamę apteki. Należy podkreślić, że ilość tych spraw sukcesywnie malała z roku na rok, co przedstawiono powyżej. Przyczyna takiego stanu rzeczy było niewątpliwie orzecznictwo Sądów Administracyjnych, które to bardzo radykalnie interpretują ustawowy zakaz reklamy aptek.

Spora ilość spraw dotyczyła uchylania się od płacenia składek członkowskich, przy czym sprawy te najczęściej kończyły się uniewinnieniem, jeżeli tylko obwiniony farmaceuta wykazał choć trochę dobrej woli i rozpoczął spłatę zadłużenia wobec Izby.

Kolejna, znaczna grupa spraw, to przypadki dotyczące różnego rodzaju nieprawidłowości w zakresie obrotu produktami leczniczymi, w tym także związany z zarzutem uczestnictwa przez farmaceutę w odwróconym łańcuch dystrybucyjnym. Często towarzyszy temu zarzut nieprawidłowej realizacji zapotrzebowań. Tego typu sprawy wymagają skomplikowanego postępowania dowodowego, skutkiem czego toczą się przez dłuższy okres czasu. Należy zwrócić uwagę, że toczące się równocześnie postępowanie karne, nie wyklucza jednoczesnego postępowania dyscyplinarnego.

Nadal częste są sprawy związane z nieprawidłową organizacją pracy w aptece skutkującą nieobecnością magistra w godzinach czynności apteki, wadliwym prowadzeniem ewidencji przychodu i rozchodu substancji odurzających lub psychotropowych, pomyłkami w przy wydawaniu gotowych produktów lub sporządzaniu leków recepturowych. W przypadku pomyłek lub innych uchybień (faktycznych lub rzekomych) przy wydawaniu leków, coraz częściej postępowania dyscyplinarne są inicjowane przez pacjentów. Tę kategorię spraw zarówno Rzecznik Odpowiedzialności Zawodowej jak i Sąd Aptekarski starają się załatwiać w pierwszej kolejności i szczególnie wnikliwie. Stoimy bowiem na stanowisku, że w ten sposób chroni się nie tylko prestiż samorządu aptekarskiego ale również farmaceutów jako osób wykonujących zawód zaufania publicznego.

Należy dodać, że Okręgowy Sąd Aptekarski odbywa także zebrania plenarne, na których omawia się rodzaje i ilość spraw, które wpływają z wnioskami o ukaranie, ramowo wyznacza składy orzekające oraz przedstawia aktualną linię orzecznictwa sądowego, w tym także wyroki sądów administracyjnych rozpatrujących sprawy po zaskarżeniu decyzji Głównego Inspektora Farmaceutycznego oraz orzeczenia Sądu Najwyższego, które mogą dotyczyć spraw związanych z wykonywaniem zawodu farmaceuty.

Na koniec pragnę zaapelować do osób, które zamierzają kandydować do Sądu Aptekarskiego w najbliższej kadencji, aby miały świadomość że funkcja ta wymaga, oprócz doświadczenia zawodowego i życiowego oraz predyspozycji osobowych, także dużej dyspozycyjności, bo rzadko udaje się rozstrzygnąć sprawę na pierwszej rozprawie, co łączy się z koniecznością wyznaczania większej ilości terminów, a przez to zwiększają się obowiązki członków sądu.

*Jolanta Dominek*



Mgr farm. Jolanta Dominek



śp. prof. zw. dr hab. n. med. dr h. c.

## Waldemar Janiec

\* 20.04.1935 r. † 26.07.2019 r.

Urodził się 20 kwietnia 1935 r. w Ratnie, w powiecie kowelskim. Zmarł w wieku 84 lat.

Prof. Waldemar Janiec był m.in. Członkiem Honorowym Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego, autorytetem w dziedzinie chorób wewnętrznych i farmakologii klinicznej. Wychowawca i wykładowca wielu pokoleń farmaceutów. Autor i współautor wielu opracowań naukowych, podręczników z zakresu Farmakodynamiki i Farmakologii oraz współtwórca Farmakopei Polskiej.

Odznaczony m.in. Krzyżem Oficerskim i Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski, Medalem Komisji Edukacji Narodowej, Orderem Honorowym "Laur 50-lecia ŚAM", Laurem Śląskiej Izby Aptekarskiej (2007) oraz Medalem im. Aptekarza Edmunda Baranowskiego (2010).

Z życiorysem prof. Waldemara Jańca można zapoznać się na stronie:

<http://www.absolwenci.sieniu.czest.pl/index.php?show=comment&go=moderate&which=9166>



Prof. Waldemar Janiec



śp. mgr farm.  
**Agnieszka Kajl**

\* 3.09.1955 r. † 6.10.2019 r.

Zmarła w wieku 64 lat. W 1978 r. ukończyła Śląską Akademię Medyczną. Była wieloletnim kierownikiem i pracownikiem aptek w Zabrze i Gliwicach oraz Tarnowskich Górach.



śp. mgr farm.  
**Tomasz Malżycki**

\* 1.01.1965 r. † 19.10.2019 r.

Zmarł w wieku 54 lat. W roku 1989 ukończył Śląską Akademię Medyczną. Był wieloletnim kierownikiem apteki w Pilchowicach.



śp. mgr farm.  
**Krystyna Stasiczek**

\* 19.09.1941 r. † 14.01.2020 r.

Zmarła w wieku 78 lat. Człowiek wyjątkowej pracowitości i skromności, służąc w potrzebie pacjentom przez około 40 lat swojej pracy zawodowej w aptekach w Świętochłowicach i Chorzowie (ostatnio kierownik Apteki Floriańskiej).



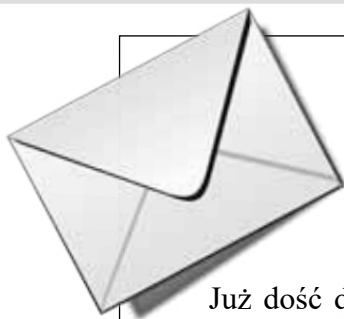
śp. mgr farm.  
**Elżbieta Wilczyńska**

\* 25.07.1941 r. † 19.01.2020 r.

Zmarła w wieku 79 lat. W roku 1987 ukończyła Akademię Medyczną we Wrocławiu. Była wieloletnim kierownikiem i pracownikiem apteki w Sosnowcu.







## Listy do redakcji

Nadawca: mgr farm. Daniela Cwała-Olszewska

Data: 16.02.2020 r.



Już dość dawno nie komentowałam naszej aptekarskiej rzeczywistości. Zainspirował mnie udział w zebraniu wyborczym.

Nie ukrywam, że jestem podbudowana licznym udziałem w wyborach. Zaimponowała mi młoda kadra, która wykazując taką aktywność, dowodzi, że docenia samorządność, która, nota bene, sprawdza się na wszystkich szczeblach życia społecznego.

Stan farmacji jest taki jaki jest, wszystko co się działo wokół naszego zawodu działo się za późno, łącznie z reaktywowaniem izb aptekarskich. Przed nimi nikt za nami nie stał. Wprowadzona ustawa o działalności gospodarczej ani słowem nie zająknęła się o specyfice obrotu lekiem.

Byłam i jestem zdania, że te aspekty ekonomiczne zaburzyły nasze miejsce i rolę w ochronie zdrowia publicznego. Chciałabym, aby utrwalić w naszej pamięci czas, kiedy apteka była swoistym sanktuarium, a aptekarz niekwestionowanym autorytetem. Pojęcie „biznes” zabrzmiałoby jak echo z kosmosu.

Mam świadomość, że żyjemy w XXI wieku i aptekarstwo musi temu sprostać. Nie zapomnijmy jednak, że ono ma swoje korzenie. Tworzyły je pokolenia. Spróbujmy nawiązać do dobrych tradycji tworzonych przez nie, szanując siebie nawzajem, chrońmy etos farmacji.

Sz szczególnie uczulam na te postawy samorządowców. Nie jest bowiem budująca taka scenka – cytat:

„Wiem o czym mówię, jestem farmaceutą”

na to pada:

„TO NIE MA ŻADNEGO ZNACZENIA”.

Bez względu na kontekst – piękne prawda?

Takie i podobne wzory to przykład zaburzeń komunikacji pokoleniowej, bez świadomości, że upływ czasu jest uniwersalny. Przepraszam za tę odrobinę dziegiu, która tak naprawdę w zamyśle jest ideą twórczej życzliwości.

Marzy mi się, żeby zafunkcjonowało coś co w naszej tradycji nazwano bracią aptekarską.

Za nami wybory okręgowe i krajowe. Nie chcę pozostawać w roli mentorki, ale moje doświadczenie uczy mnie, że wybrani przez nas przedstawiciele winni być obdarzeni charyzmą i czymś takim co ja nazywam „nerwem społecznika”. Unikajmy nietrafionych decyzji.

Apeluję do wybranych władz o rozwagę i rzetelność w działaniu. Wykorzystajmy doświadczenie i wiedzę wraz ze świeżym punktem odniesienia.

Szczególne zadania stoją przed nowo wybranym prezesem. W minionych kadencjach mieliśmy w tej materii tzw. „nosa”.

Począwszy od pierwszego Prezesa – twórcy naszego oddziału prof. Dionizego Moska – SZAPO BA. Z dużą sympatią należy tu wspomnieć – nieżyjącego już mgr Romana Hechmana, który reprezentował nas później jako Prezes Naczelnej Izby Aptekarskiej.

Kolejne dwie kadencje prezesowała nam mgr Barbara Morawiec osoba wrażliwa, koleżeńska, inicjatorka budowy siedziby Izby (w wyniku utraty poprzedniej).

Kolejnym kierującym Izbą był dr Stanisław Piechula, postać barwna, ambitna w ocenie niektórych, kontrowersyjna ale kreatywna, czego dowodem jest pełniona po raz drugi funkcja burmistrza Mikołowa. BRAWO.

Zamyka ten peleton kończący swoją kadencję dr Piotr Brukiewicz. Osoba otwarta, merytoryczna, mocno zaangażowana (przykładem jest nowatorskie tworzenie tzw. opieki farmaceutycznej).

Każdy z prezesów ma swoją cegiełkę w rozwoju naszego samorządu. Oczywiście zawsze można oceniać, że można lepiej i skuteczniej, ale zasług nie można im odmówić.

Z całą pewnością moja ocena jest subiektywna, choćby dlatego, że miałam okazję z nimi współpracować.

W ocenie prezesów należy uwzględnić umiejętność doboru kadr, nieoceniona jest rola dyrektora biura.

Wspomnieć należy śp. mgr Leszka Dusika, który kierował biurem od początku. Zastąpił Go z powodzeniem pełniąc tę funkcję, mgr inż. Lech Wróblewski z Zespołem. Pełni tę funkcję z wyjątkowym taktem, życzliwością, prawdziwą znajomością rzeczy.

Trzeba też z całą mocą podkreślić nieocenione znaczenie ochrony prawnej. Jej twórcą jest mec. Barbara Jendryczko. Ostatnio skupiona na opiece prawnej orzecznictwa Rzecznika i Sądu Aptekarskiego.

Od wielu lat za całość komentarza prawnego niezbędnego dla funkcjonowania Izby, odpowiada dynamiczny mec. Krystian Szulc.

Gratuluje i życzę obojgu wytrwałości.

I na koniec finanse. Przez wszystkie lata czuwa nad nimi wyjątkowa perfekcjonistka - mgr Ewa Kłoda. DZIĘKI.

Przed nami kolejna kadencja. Wierzę, że będzie przebiegała w atmosferze budowania i jedności a różnice zdań niech temu służą. Nie przykładajmy w żadnym razie kalki politycznej.

Serdecznie pozdrawiam Prezesa Rady Doktora Mikołaja Konstantego i życzę wbrew wszelakim przeciwnościom efektywnych czterech lat



fot. pixabay.com

## Oferta terminali dla aptek

Sukces w branży farmaceutycznej możliwy jest dzięki budowaniu trwałych relacji z klientem, opartych na zaufaniu, poczuciu bezpieczeństwa, a także pewności oferowanych produktów. Jednym z kluczowych czynników wspierających te wartości w prowadzonym przedsiębiorstwie, jest umożliwienie klientom korzystania z najnowocześniejszych i najwygodniejszych metod płatności.

Polskie ePłatności SA rozumieją, jak ważna jest niezawodność w tym obszarze, dlatego stworzyliśmy ofertę dedykowaną branży farmaceutycznej, dzięki której Twoja apteka zyska m.in.:

- pełne bezpieczeństwo i niezawodność realizacji płatności bezgotówkowych
- uproszczenie i zdecydowane przyspieszenie obsługi klientów
- płacących kartą dzięki najnowszym technologiom
- integracje z systemami kasowo-sprzedażowymi, w tym z Kamsoft i wsparcie na każdym etapie wdrożenia.

Zaufaj Centrum Rozliczeń Elektronicznych Polskie ePłatności SA:

- przyspiesz wykonywanie transakcji bezgotówkowych
- zabezpiecz się przed pomyłkami kasjerskimi
- zautomatyzuj zwracanie statusu zakończonej transakcji
- optymalizuj koszty dzięki preferencyjnym warunkom dla klientów Kamsoft SA
- korzystaj z bezpłatnych szkoleń oraz szybkiego serwisu
- oferuj klientom zagranicznym zakupy w walucie ich karty na korzystnych warunkach

Szybsza i sprawniejsza obsługa w aptece

**W celu nawiązania współpracy z firmą Polskie ePłatności, skontaktuj się z:**

<https://zamowterminal.pl/terminal-dla-aptekarza/>

**PAKIET PROMOCYJNY PRZY PODPISANIU NOWEJ UMOWY.**



## Nowości wydawnicze

# BIAŁY GŁÓD

Autor: dr n. farm. Piotr Kaczmarczyk

Niedożywienie znacznie zmniejsza szanse pacjentów na powrót do zdrowia, zwiększa ryzyko zakażeń, wydłuża czas hospitalizacji i rekonwalescencji, a w konsekwencji także znacznie obciąża budżet systemu ochrony zdrowia. Pozorne oszczędności na szpitalnej diecie kuchennej, czy też żywnieniu klinicznym stanowią bezpośrednie zagrożenie życia pacjentów. Szacuje się, że pośrednią przyczyną nawet do 15% zgonów szpitalnych jest właśnie niedożywienie. Pacjenci niedożywieni dłużej wracają do zdrowia i są bardziej narażeni na powikłania. Poza właściwym odżywianiem, wielką szansą dla pacjentów jest leczenie żywieniowe prowadzone przez bezpośrednie dostępy do żołądka, jelit, a także w formie dożylniej.

Książka BIAŁY GŁÓD, to ciekawa propozycja zarówno dla personelu ochrony zdrowia, studentów uczelni o profilach medycznych, jak i wszystkich zainteresowanych czytelników. Choć nie jest to podręcznik, opisano w niej podstawowe przyczyny i skutki niedożywienia, w tym niechlubnego niedożywienia szpitalnego, które rozwija się u pacjentów w trakcie hospitalizacji. Ponadto przedstawiono główne sposoby leczenia żywieniowego i korzyści jakie płyną z tej metody dla różnych grup np. pacjentów onkologicznych, geriatrycznych, cierpiących na odleżyny etc. Szczególny nacisk autor książki kładzie na wpływ niedożywienia na farmakoterapię, problem niestety bardzo często ignorowany. Opracowanie wskazuje też na, dziś niewykorzystane możliwości, jakie daje opieka farmaceutyczna i pielęgniarska we wczesnej identyfikacji i zwalczaniu niedożywienia klinicznego.

Poza warstwą merytoryczną, książkę wyróżnia przystępny język, a także pełne empatii, i zorientowane na sytuację pacjentów nastawienie autora. Liczne przykłady, odwołania i anegdoty, sprawiają, że książkę czyta się dobrze i mimo wagi podjętej tematyki, ma ona wydźwięk zdecydowanie pozytywny.

*Niedożywienie szpitalne – czyli biały głód, Czy da się przygotować do pobytu w szpitalu? Survival szpitalny, Czy w szpitalach pracują ludzie żli i pozbawieni empatii? Posiłki szpitalne jako forma komunikacji –* jeśli zaciekały Państwa przykładowe tytuły rozdziałów, zachęcamy do lektury BIAŁEGO GŁODU.

Wydawca: Edra Urban & Partner  
Rok wydania: 2020  
Liczba stron: 144  
Format (wymiary): 14.4x21.0cm  
ISBN: 9788365625564



Warszawa, 24 marca 2020 r.



**Główny Inspektor Farmaceutyczny**  
*Paweł Piotrowski*

BRP.064.4.2020.DW.

**Komunikat Głównego Inspektora Farmaceutycznego**

w sprawie przygotowania w aptekach leku aptecznego, Etanolowy roztwór antyseptyczny do stosowania na skórę (*Solutio antiseptica spirituosa ad usum dermicum*), na bazie spirytusu konsumpcyjnego.

Wobec wprowadzenia stanu epidemii na terenie Rzeczypospolitej Polskiej oraz ze względu na duże zapotrzebowanie na środki dezynfekujące przeznaczone do stosowania na skórę, Główny Inspektor Farmaceutyczny informuje, że apteki posiadające izby recepturowe, mogą przygotowywać lek apteczny na podstawie monografii narodowej Etanolowy roztwór antyseptyczny do stosowania na skórę (*Solutio antiseptica spirituosa ad usum dermicum*), na bazie spirytusu konsumpcyjnego, rektyfikowanego o zawartości 95% alkoholu etylowego, który został prawidłowo, tj. legalnie wprowadzony do obrotu na terytorium RP, o udokumentowanym pochodzeniu.

Możliwość przygotowywania i wydawania środków dezynfekujących na bazie spirytusu konsumpcyjnego jest ograniczona do czasu odwołania stanu epidemii.

**Główny Inspektor Farmaceutyczny**  
Paweł Piotrowski  
/podpisano elektronicznie/

**KOMUNIKAT**  
**ŚLĄSKIEGO WOJEWÓDZKIEGO INSPEKTORA FARMACEUTYCZNEGO**  
**W KATOWICACH**

**do kierowników i właścicieli aptek ogólnodostępnych/punktów aptecznych**

W związku z możliwym nasileniem się braków kadrowych, co może skutkować koniecznością ograniczenia godzin pracy lub czasowego zawieszenia działalności niektórych aptek ogólnodostępnych i punktów aptecznych działających na terenie województwa śląskiego, Śląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny w Katowicach przypomina kierownikom w/w placówek o obowiązku zapewnienia pacjentom dostępu do produktów leczniczych, zwłaszcza wydawanych na receptę. W związku z powyższym, w przypadku czasowego zawieszenia działalności apteki/punktu aptecznego, zwracam się do kierowników i właścicieli aptek/punktów aptecznych o zastosowanie rozwiązań umożliwiających pacjentom zrealizowanie pozostawionych w aptece recept oraz kontynuowanie realizacji e-recepty (np. umieszczenie na drzwiach apteki informacji o numerze telefonu, pod którym pacjent może uzyskać informacje w sprawie realizacji recepty lub przyjęcie innych skutecznych rozwiązań).

Ponadto, w przypadku ograniczenia godzin pracy lub czasowego zawieszenia działalności apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego, proszę o umieszczenie na drzwiach apteki/punktu aptecznego, **dobrze widocznej dla pacjentów, informacji o aktualnych godzinach pracy apteki/punktu aptecznego, czasowym zawieszeniu działalności apteki/punktu aptecznego, przyjętych rozwiązaniach umożliwiających pacjentom kontynuowanie realizacji e-recept** lub realizację złożonych w aptece recept oraz przesłanie stosownego powiadomienia o zmianie godzin pracy do Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Katowicach (w celu odnotowania tej zmiany w Rejestrze Aptek), właściwej miejscowo Okręgowej Izby Aptekarskiej, Śląskiego Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia oraz Starosty Powiatu/Prezydenta Miasta.

Śląski Wojewódzki Inspektor Farmaceutyczny w Katowicach  
mgr farm. Zofia Gardecka

Katowice, 23 marca 2020 r.



# OGŁOSZENIA

Śląskiej Izby Aptekarskiej

**SZUKASZ  
PRACY?**

**SZUKASZ  
PRACOWNIKA?**

**CHCESZ KUPIĆ,  
SPRZEDAĆ,  
WYNAJAĆ  
APTEKĘ**

**ZAMIEŚĆ OGŁOSZENIE >**

[www.ogloszenia.katowice.oia.pl](http://www.ogloszenia.katowice.oia.pl)







# SANPROBI

## probiotyki dopasowane do Twoich potrzeb

### Probiotyki **SANPROBI** 4 Enteric

probiotyk wieloszczepowy zawiera unikalną kompozycję czterech szczepów bakterii probiotycznych w kapsułkach dojelitowych Dilcaps™ – chroniących probiotyki przed działaniem kwasu solnego w żołądku i rozpuszczających się dopiero w jelitach.

### Probiotyki **SANPROBI** Active & Sport

probiotyk wieloszczepowy dedykowany sportowcom oraz osobom aktywnym fizycznie, który zawiera unikalną kompozycję pięciu szczepów probiotycznych, starannie dobranej do potrzeb ludzi uprawiających sport.

### Probiotyki **SANPROBI** Immune

zawierają unikalną kompozycję dziewięciu szczepów bakterii probiotycznych. Utrzymują ich zawartość w organizmie oraz wspierają mikrobiotę.

### Probiotyki **SANPROBI** IBS

wzupelnia codzienną dietę o *Lactobacillus plantarum 299v* – główny składnik **SANPROBI™ IBS** – zachowuje i wspiera mikrobiotę jelitową. Produkt uzyskał pozytywną opinię Instytutu "Pomnik-Centrum Zdrowia Dziecka" oraz Instytutu Jakości Jagiellońskiego Centrum Innowacji, która stwierdza, że **SANPROBI™ IBS** posiada dobre własności probiotyczne i jest bezpieczny dla konsumenta.

### Probiotyki **SANPROBI** Super Formula

zawierają 7 bakterii probiotycznych i 2 prebiotyki. Utrzymują zawartość tych bakterii i prebiotyków w organizmie oraz wspierają mikrobiotę jelitową.

### Probiotyki **SANPROBI** Stress

nowoczesny psychobiotyk dobranej dla osób poszukujących równowagi. Zawiera unikalną kompozycję dwóch szczepów bakterii probiotycznych.

SANPROBI MKX 16.03.2020



Suplementy diety

#### Celowana probiotykoterapia

Probiotyki dopasowane do potrzeb

#### Badania naukowe

Wysokiej jakości i wydajnym mikrobiotą

#### Własne laboratorium

Zawierające badania na mikrobiotę

#### Nowoczesna produkcja

Stale nadzor nad jakością i bezpieczeństwem



facebook.com/sanprobi

www.sanprobi.pl

Apipol  
Farma

# Apitussic

(52mg/5ml)

syrop

Sulfogaiacolum

Apipol  
Farma

# Apipulmol

(2 g + 90 mg) / 100 g

syrop

Sulfogaiacolum + Ammonii chloridum

Nie zawiera sztucznych barwników, aromatów, wzmacniaczy smaku oraz syntetycznych substytutów cukru (słodzików)

Nie zawiera sztucznych barwników, aromatów, wzmacniaczy smaku oraz syntetycznych substytutów cukru (słodzików)



## Na bazie naturalnego ziółomiodu sosnowego!

**Nazwa produktu leczniczego:** APITUSSIC syrop 120 ml. **Skład jakościowy i ilościowy:** 5 ml syropu zawiera 52 mg sulfogajajakolu (Sulfogaiacolum). Substancja pomocnicza o znanym działaniu: 5 ml syropu zawiera 3,21 g sacharozę (w postaci ziółomiodu sosnowego). Pozostałe substancje pomocnicze to sodu benzoian i woda oczyszczona. **Wskazania:** stany zapalne górnych dróg oddechowych, kaszel. **Dawkowanie:** podanie doustne. Dzieci w wieku powyżej 6 lat: 3 lub 4 razy dziennie 5 ml (1 łyżeczka od herbaty); dzieci starsze i młodzież: 3 lub 4 razy dziennie 10 ml (2 łyżeczki od herbaty); dorośli: 3 lub 4 razy dziennie 10 ml (1 łyżka stołowa). **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na jakikolwiek składnik produktu leczniczego. Nie należy unikać stosowania leku u pacjentów z czynną chorobą wrzodową (produkt może nasilać istniejące dolegliwości). Nie należy podawać leku dzieciom poniżej 6 roku życia. **Działania niepożądane:** nie zaobserwowano istotnych objawów niepożądanych. Wystąpiły pojedyncze przypadki działania przeczyszczającego. Istnieje możliwość nadwrażliwości na składniki produktu leczniczego. **Środki ostrożności:** syrop nie powinien być stosowany u osób uczulonych na produkty pszczele (ze względu na zawartość ziółomiodu sosnowego). Lek zawiera cukier (3,21 g sacharozę w 5 ml syropu), dlatego szczególnej ostrożności należy zachować w przypadku osób chorych na cukrzycę. Pacjenci ze stwierdzoną nietolerancją niektórych cukrów powinni skontaktować się z lekarzem przed przyjęciem leku. W przypadku pojawienia się niepokojących objawów po zabyciu leku (np. działania przeczyszczającego), należy odstawić lek i skontaktować się z lekarzem. W trakcie leczenia syropem Apitussic oraz 24 godziny po ostatniej dawce, może dojść do zaburzenia wyników badań biochemicznych poprzez obecność metabolitów gwałajakolu w moczu (dotyczy głównie oznaczeń kwasu hydroksydolooctowego oraz kwasu wanilino-mgdałowego). W przypadku kobiet w ciąży oraz karmiących piersią lek może być stosowany wyłącznie po konsultacji z lekarzem. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** R/0499. **Podmiot odpowiedzialny:** FARMINA SP. Z O.O., UL. LIPSKA 44, 30-721 KRAKÓW.

**Nazwa produktu leczniczego:** APPIPMOL (2 g + 90 mg) / 100 g. Syrop, 120 ml. **Skład jakościowy i ilościowy:** substancja czynna: 100 gramów syropu zawiera 2 g sulfogajajakolu (Sulfogaiacolum) i 90 mg amoniu chlorku (Ammonii chloridum), 10 ml syropu zawiera 2640 mg sulfogajajakolu i 12 mg amoniu chlorku. Substancje pomocnicze: ziółomiod sosnowy (zawiera sacharozę, etanol, metylu parahydroksybenzenosan). **Wskazania:** stany zapalne górnych dróg oddechowych, kaszel. **Dawkowanie:** podanie doustne. Dorośli: 3 lub 4 razy na dobę po 10 ml (1 łyżka stołowa), z małą ilością ciepłego płynu. **Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na sulfogajajakol, chlorek amoniu, produkty pszczele lub którąkolwiek substancję pomocniczą. Produktu leczniczego nie należy stosować u dzieci. **Działania niepożądane:** nie zaobserwowano ciężkich objawów niepożądanych. Zgłaszano pojedyncze przypadki działania przeczyszczającego. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** pacjenci, którzy po zastosowaniu zaobserwowali niepokojące objawy (np. działanie przeczyszczające) powinni odstawić lek i porozumieć się z lekarzem lub farmaceutą. Syrop zawiera ziółomiod sosnowy. Pacjenci z rzadkimi dziedzicznymi zaburzeniami związanymi z nietolerancją fruktozy nie powinni przyjmować produktu leczniczego. Produkt leczniczy nie powinien być stosowany u osób uczulonych na produkty pszczele. Z powodu zawartości parahydroksybenzenosanu metylu produkt leczniczy może powodować reakcje alergiczne (możliwe reakcje typu późnego). Nie wykonano dobrze kontrolowanych badań klinicznych u kobiet w okresie ciąży i karmienia piersią, dlatego nie należy stosować produktu leczniczego w tym okresie. Produkt leczniczy zawiera 2,5% etanolu. W 10 ml syropu znajduje się 33 mg czystego etanolu, co odpowiada 2,75 ml wina lub 6,6 ml piwa. Należy zachować ostrożność w przypadku prowadzenia pojazdów i obsługiwania maszyn. **Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu:** Pozwolenie nr B220. **Podmiot odpowiedzialny:** FARMINA SP. Z O.O., UL. LIPSKA 44, 30-721 KRAKÓW.