

ISSN 1233-2755  
Vol. XVI  
Rok założenia 1992  
Nr 11 (191)  
Listopad 2009

INDEX COPERNICUS  
JOURNALS MASTER LIST  
Wydawnictwo Farmapress®  
ICV 6,93  
„Czasopismo Aptekarskie”  
ICV 3,72

# CZASOPISMO APTEKARSKIE

Kontynuator tradycji Czasopisma utworzonego w roku 1871 we Lwowie

Str. 5

Zapraszamy  
do prenumeraty „Czasopisma Aptekarskiego”  
na rok 2010

Jedno życie... Jedno serce...  
Jedyna oryginalna trimetazydyna MR!

Rekomendacje  
EMEA i FDA

Specjalne obostrzenia dotyczące  
biorównoważności formy MR

Generyk  
trimetazydyny MR

Biorównozależność przy  
wielokrotnym dawkowaniu

brak  
danych\*

Zależność biorównoważności  
od wysokotłuszczowego posiłku

brak  
danych\*

Badania potwierdzające  
indeks terapeutyczny

brak  
danych\*



\* brak opublikowanych danych



**PREDUCTAL®MR**

Trimetazydyna

**CHRONI SERCE CAŁĄ DOBĘ**

1. Sellier P et al., Am J Cardiovasc Drugs 2003; 3(5): 361-369; 2. Starczak A., Lek w Polsce 2008; 18(8): 101-111; 3. Filipk B., Świat Lekarza; 2009; 2;  
4. Glezer MG et al., Eur Heart J 2007; 28 (Suppl) 770; 5. Kubica J. et al. Cardiology Journal 2008; 15:344-350; 6. EMEA Guidelines on MR oral and transdermal dosage forms: Section II, 1999;  
7. EMEA CHMP efficacy working party, Subgroup on pharmacokinetics, 2006; 2009; 8. FDA Bioavailability and bioequivalence, Studies for orally administrated drug products, 2003.

  
**SERVIER**  
Odkrycia dające nadzieję

# **Coldrex MaxGrip i Coldrex MaxGrip C to leki bezpieczne bo nie powodują senności i mogą być stosowane przez kierowców, osoby obsługujące maszyny i urządzenia techniczne.**

**Polecaj Coldrex MaxGrip i Coldrex MaxGrip C  
swoim pacjentom!!!**



*to ulga w katarze – bez osłabiania koncentracji,*



*to ulga w kaszlu – pomoc w odkrztuszaniu,  
(dzięki czemu wydzielina nie zalega w górnych drogach oddechowych),*



*to ulga w gorączce i bólach,*



*to zmniejszenie uczucia rozbicia,*



*to uzupełnienie braku witaminy C.*



**Coldrex MaxGrip.  
Niezakłócony rytm życia.**

**Coldrex MaxGrip o smaku cytrynowym**, proszek do sporządzania roztworu. **Skład:** 1 saszetka zawiera 1000 mg Paracetamolu (paracetamol), 10 mg Phenylephirini hydrochloridum (chlorowodoruk fenylefryny), 40 mg Acidum ascorbicum (kwas askorbowy). **Wskazania do stosowania:** Kotkotrawa, objawowe leczenie grypy lub przeziębienia, przebiegających z gorączką, dreszczami, bólem głowy, bólem gardła, niezyetem nosa (katarzem). **Dawkowanie i sposób podawania:** Dawkowanie: Dorosłi i dzieci w wieku powyżej 12 lat: Jedna saszetka co 4 do 6 godzin. Nie stosować więcej niż 4 saszetki na dobę. Dzieci: Nie zaleca się stosowania u dzieci w wieku poniżej 12 lat. Jeżeli lekarz nie zaleci inaczej, preparatu nie należy stosować dłużej niż siedem dni. **Przeciwwskazania:** Wszewrona nadwrażliwość na którykolwiek ze składników preparatu. Niewydolność wątroby lub cieka niewydolność nerek, nadciśnienie tętnicze, nadciśnieniowa tarczycy, cukrzyca, choroba serca, choroba alkoholowa. Przyjmowanie trójpiersiennowych leków przeciwdepresyjnych, leków blokujących receptory beta-adrenergiczne, zydowdyny, przyjmowanie inhibitorów monoamino-oksydazy (MAO) i 2 tygodnie po ich zastosowaniu. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** Nie stosować jednocześnie innych leków przeciw grypie, przeziębieniu, leków zmniejszających przekrwienie błonny śluzowej nosa lub innych preparatów zawierających paracetamol. Należy stosować ostrożnie u pacjentów z niedoborem dehydrogenazy glukoko-6-fosforanowej i reduktazy methemoglobinowej. Ostrożnie stosować u osób z niewydolnością nerek, astmą oskrzelową, nadciśnieniem tętniczym, rozrostem gruczołu krokowego, nadciśnienią tarczycy, zespołem Raynauda. Uszkodzenie wątroby jest możliwe u osób, które spożyły jednorazowo 10 g paracetamolu lub więcej. Spożycie 5 g paracetamolu może prowadzić do uszkodzenia wątroby u pacjentów z następującymi czynnikami ryzyka: pacjenci przyjmujący długotrwale karbamazepinę, fenobarbital, fenytoinę, prymidon, ryfampicynę, ziele dzurawca lub inne leki indukujące enzymy wątrobowe; pacjeni regularnie nadużywający alkoholu; pacjeni, u których zachodzi możliwość niedoboru glutonatu np. z zaburzeniami lakiniennymi, mukowiscydozą, zakażeniem wirusem HIV, głodzonych lub wyniszczonych. Ze względu na zawartość sacharozu ostrożnie stosować u pacjentów z rzadkimi dziedzicznymi zaburzeniami związonymi z nietolerancją fruktozy, zespołem złego wchłaniania glukozy-galaktozy lub niedoborem sacharyz-izomaltazy. U osób ze schorzeniami wątroby istnieje zwiększone ryzyko przedawkowania. **Działania niepożądane:** Mogą wystąpić następujące objawy niepożądane: skórne reakcje alergiczne (świąd, pokrzywka), napad astmy oskrzelowej oraz inne reakcje nadwrażliwością aż do objawów wstrząsu anafilaktycznego: - ze strony przewodu pokarmowego: nudności, wymioty, zaburzenia trawienia, pieczenie w nadbrzuszu, suchość w jamie ustnej; - ze strony układu oddechowego: zaburzenia oddychania; - ze strony układu moczowego: zaburzenia oddawania moczu, kolka nerkowa, martwica brodawek nerkowych; - ze strony ośrodkowego układu nerwowego: lek, niepokój, nerwowość, bezsenność; - zaburzenia w obrębie krwi (granulocytopenia, agranulocytosa, trombocytopenia). **Podmiot odpowiedzialny:** GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Sp. z o.o., Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa. **Numer pozwolenia:** MZ: 9570. Lek dostępny bez recepty.

**Coldrex MaxGrip C Skład:** 1 tabletka zawiera 500 mg paracetamolu (Paracetamolum), 25 mg chlorowodoruk fenylefryny (Phenylephirini hydrochloridum), 20 mg wodzianka terpinu (Terpinum hydratum), 30 mg kwasu askorbowego (Acidum ascorbicum). **Wskazania do stosowania:** Leczenie objawów przeziębienia i grypy, takich jak: gorączka, dreszcze, ból głowy, ból gardła, ból kostny i mięśniowy, katar. **Dawkowanie i sposób podawania:** Dorosłi i dzieci w wieku powyżej 12 lat: Dostępnie, 2 tabletki, do 4 razy na dobę. Nie stosować więcej niż 5 tabletki na dobę. Preparatu nie należy stosować dłużej niż 3 dni. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na substancje czynne thermoglobinowej, rozedma płuc, przewlekłym zapaleniem oskrzeli, astmą oskrzelową, zespołem Raynauda. W czasie przyjmowania preparatu nie należy pić alkoholu ze względu na zwiększone ryzyko uszkodzenia wątroby. Wątroby jest możliwe u osób, które spożyły jednorazowo 10 g paracetamolu lub więcej. Spożycie 5 g paracetamolu może prowadzić do uszkodzenia wątroby u pacjentów z następującymi czynnikami ryzyka: pacjeni przyjmujący długotrwale karbamazepinę, fenobarbital, fenytoinę, prymidon, ryfampicynę, ziele dzurawca lub zaburzeniami lakiniennymi, mukowiscydozą, zakażeniem wirusem HIV, głodzonych lub wyniszczonych. Niebezpieczne przedawkowanie jest większe u pacjentów z poalkoholową niewydolnością wątroby przebiegającą bez marności. Należy unikać nadmiernego spożycia kawy lub herbaty podczas stosowania leku. **Działania niepożądane:** Mogą wystąpić następujące objawy niepożądane: skórne reakcje alergiczne (świąd, pokrzywka), napad astmy oskrzelowej oraz inne reakcje nadwrażliwością aż do objawów wstrząsu anafilaktycznego: - ze strony przewodu pokarmowego: nudności, wymioty, zaburzenia trawienia, pieczenie w nadbrzuszu, suchość w jamie ustnej; - ze strony układu oddechowego: zaburzenia oddychania; - ze strony układu moczowego: zaburzenia oddawania moczu, kolka nerkowa, martwica brodawek nerkowych; - ze strony ośrodkowego układu nerwowego: lek, niepokój, nerwowość, bezsenność; zaburzenia w obrębie krwi (granulocytopenia, agranulocytosa, trombocytopenia). **Podmiot odpowiedzialny:** GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Sp. z o.o., Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa. **Numer pozwolenia:** MZ: R/2782. Lek dostępny bez recepty.

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

Wydawca, Redaktor Naczelny: **Wiktor Szukielski – tel. kom. 0-601 282 404**

Pielnomocznik Wydawcy Z-ca Redaktora Naczelnego:  
**Jadwiga Szymańska – tel. kom. 0-601 986 688, tel. (0-22) 879-92-62**

Honorowy z-ca Redaktora Naczelnego: mgr prawa **Barbara Jendryczko**  
Sekretarz Redakcji: **Bogdan Ostrowski**

#### RADA NAUKOWA

prof. dr hab. n. farm. **Kazimierz Głowniak**  
kierownik Katedry i Zakładu Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie – przewodniczący  
prof. dr **Benito del Castillo Garcia**  
członek Narodowej Akademii Farmaceutycznej w Hiszpanii

prof. dr hab. n. farm. **Edmund Grześkowiak**  
kierownik Katedry i Zakładu Farmacji Klinicznej i Biofarmacji, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

prof. dr hab. n. farm. **Roman Kaliszan** – czł. koresp. PAN i PAU  
kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

prof. dr hab. n. farm. **Wincenty Kwapiszewski**  
Honorowy Prezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

prof. dr hab. n. farm. **Sławomir Lipski**  
Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii

prof. dr hab. n. farm. **Maciej Pawłowski**  
kierownik Katedry Chemii Farmaceutycznej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

dr hab. n. farm. **Anita Magawska**  
Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

dr n. farm. **Roman Duda**  
Okręgowa Izba Aptekarska w Kielcach  
dr n. farm. **Jerzy Jambor**

prezes Polskiego Komitetu Zielarskiego w Poznaniu  
dr n. farm. **Jerzy Łazowski**

sekretarz Naczelnej Rady Aptekarskiej w Warszawie

Pomysł artystyczny i koncepcja typograficzna – **Bogdan Ostrowski**

Opracowanie graficzno-techniczne i korekta – **Zespół**

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

Realizacja Wydania  
**FARMAPRESS**

Biuro Wydawcy i Redakcji: **Zofia Soborowska**  
ul. Obarowska 23/2, 04-337 Warszawa Box 81  
tel./fax (0-22) 879-98-69, fax 24 h 879-92-32  
e-mail: cza@cza.pl

Kolportaż i prenumerata: **tel./fax (0-22) 879-98-69**

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

Adres strony WWW „Czasopisma Aptekarskiego”: <http://www.cza.pl>

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

Nakład nie przekracza 15 000 egz.

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

© Copyright by FARMAPRESS®

## Odkrywanie tajemnic ludzkiej komórki

Nagroda Nobla to wciąż najbardziej prestiżowe wyróżnienie dla naukowców różnych dziedzin nauki i literatury, gdyż laureatom oraz ich odkryciom naukowym i dziełom przynosi światową sławę i poważne uznanie. Została ona ufundowana w testamencie szwedzkiego naukowca Alfreda Nobla z 27 listopada 1895 roku. Dużą część swej fortuny Alfred Nobel przeznaczył na serię nagród, z których jedna jest przeznaczona dla osoby, która dokona najbardziej istotnego odkrycia w dziedzinie fizjologii lub medycyny. Nagroda Nobla w dziedzinie nauk medycznych jest przyznawana od 1901 roku (nie przyznano jej dziewięciokrotnie, w tym w latach I i II wojny światowej).

W mijającym roku 2009 Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny przyznano trójce amerykańskich naukowców: Elizabeth Blackburn, Carol W. Greider i Jack W. Szostakowi i to oni otrzymali 10 mln koron (po 1,4 mln dolarów każdy), dyplom oraz zaproszenie na uroczystą ceremonię rozdania nagród w Sztokholmie w dniu 10 grudnia br.

Po raz pierwszy wśród laureatów Nagrody Nobla w dziedzinie medycyny znalazły się dwie kobiety: Elizabeth Blackburn – profesor biologii i fizjologii na Uniwersytecie Kalifornijskim w San Francisco, i Carol W. Greider – profesor na Wydziale Biologii Molekularnej i Genetyki na Johns Hopkins University School of Medicine w Baltimore. Dla nas nie bez znaczenia jest także, że trzeci z laureatów, Jack W. Szostak, to Amerykanin o polskich korzeniach (urodzony w Londynie, od 1979 r. pracuje w Harvard Medical School, obecnie profesor genetyki w tej uczelni, związany również z Howard Hughes Medical Institute).

Prestiżowe wyróżnienie w medycynie przyznano tym razem za przełomowe odkrycie kluczowych mechanizmów genetycznych w czynności komórek – bardzo aktywnych w wielu komórkach nowotworowych telomeraz, które zainspirowało nowe kierunki badań nad rakiem (jeśli je wyłączyć lub zniszczyć komórki, które posiadają wysoką aktywność telomeraz – oceniają znaczenie tego odkrycia inni naukowcy – być może będziemy w stanie leczyć raka).

Nagrodzone badania zostały przeprowadzone w latach 70. i 80. XX w. i podłożę badań sugerujących, iż komórki rakowe wykorzystują telomerazy w celu utrzymania swojego niekontrolowanego wzrostu. Trójka naukowców rozwiązała w nich zagadkę, jak chromosomy chronią się przed zniszczeniem w momencie podziału komórek. E. Blackburn i C.W. Greider odkryły enzym, który buduje telomery – telomerazy – i mechanizm, który dodaje DNA do końcówek chromosomów, by zastąpić materiał genetyczny, który uległ erozji. Obecnie nagrodzeni Nagrodą Nobla naukowcy badają, czy leki blokujące ten enzym mogą zwalczyć nowotwór i wierzą, że erozja DNA, którą ten enzym naprawia, może odgrywać dużą rolę w innych schorzeniach.

Tegoroczną Nagrodę Nobla w dziedzinie medycyny nasz zespół redakcyjny przyjmuje z satysfakcją, bo dziedzinie, jaką ona wyróżnia, czyli badaniem genetycznym, nasze czasopismo i wydawnictwo Farmapress od dawna uważa za tę, która mieć będzie ogromny wpływ na skuteczność medycyny przyszłości w walce z dotąd nieuleczalnymi schorzeniami, poświęcając jej wiele miejsca w ofercie wydawniczej serii „Biblioteka Naukowa Czasopisma Aptekarskiego”, jaki i publikacjach o tematyce naukowej na łamach „CzA”. Dzięki pozyskanym do współpracy wybitnym znawcom i pasjonatom genetyki oraz kolejnych odkryć w badaniach nad mechanizmami genetycznymi w komórce autorom, jak dobrze znani naszym Czytelnikom prof. dr hab. Sławomir Lipski i dr n.med. Stanisław Burzyński oraz wielu innym autorom, nasi Czytelnicy otrzymali szansę przywojenia podanej przez nich w przystępnej formie i języku tej trudnej a tak niezbędnej dla farmaceuty XXI wieku wiedzy.

mgr Łucja Suchocka



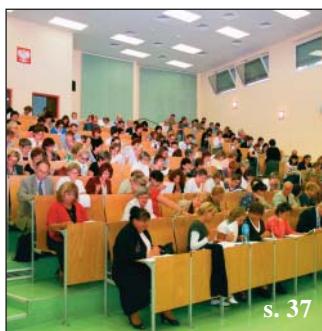
## SPRAWY ZAWODU

- |                                       |    |
|---------------------------------------|----|
| Wybiórka w pigułce                    | 6  |
| <i>Bogdan Ostrowski</i>               |    |
| Ambasadorzy Farmacji – Jerzy Łazowski | 8  |
| <i>Zofia Ulz</i>                      |    |
| <b>Fałszowane leki w Polsce</b>       |    |
| – działania inspekcji farmaceutycznej | 9  |
| <i>Grzegorz Kucharewicz</i>           |    |
| <b>Ogólnopolski Dzień Aptekarza</b>   | 17 |



## NAUKA I PRAKTYKA

- |  |    |
|--|----|
| <i>Łucja Suchocka</i>  |    |
| <b>Odkrywanie tajemnic ludzkiej komórki</b>                  | 3  |
| <i>Jacek Sapa</i>  |    |
| <b>Rola farmaceuty w prewencji i farmakoterapii otyłości</b> | 23 |
| <i>Jerzy Jambor</i>  |    |
| <b>Lawenda wąskolistna – roślina sprowadzająca szczęście</b> | 32 |



## DEBATY KONFERENCJE KONGRESY

- |  |    |
|--|----|
| <b>Otyłość i nadwaga jako problem zdrowotny</b>  | 36 |
| <i>Janusz Pluta</i>  |    |
| W odpowiedzi na artykuł dr. Jerzego Łazowskiego<br>pt. „Dlaczego od 3 lat miejsce dla prezesa<br>Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego<br>na sali obrad Rady FIP jest puste?” |    |
| opublikowanego na łamach „CzA” nr 10/2009  | 39 |
| <i>Anita Magowska</i>  |    |
| Wrześniowe spotkania<br>historyków farmacji i medycyny   | 40 |



## PRAWO

- |   |    |
|---|----|
| <i>Agnieszka Zimmermann</i>                 |    |
| <b>Nowa ustanowienie o prawach pacjenta</b> | 43 |

## APTEKARSKI MERKURIUSZ PRAWNY nr 3-4/2009

- |  |  |
|--|--|
| <i>Wojciech Oleder</i>   |  |
| Realizacja recept lekarskich w świetle zasad odpowiedzialności<br>cywilnej ze szczególnym uwzględnieniem<br>recept na leki refundowane |  |
| 1-20   |  |

„Czasopismo Aptekarskie” – lider w upowszechnianiu opieki farmaceutycznej

**Szanowni Czytelnicy,**  
**zapraszamy do prenumeraty „Czasopisma Aptekarskiego”**  
**na rok 2010.**

W ramach prenumeraty otrzymają Państwo także XVII edycję  
książkowego wydania  
**„Farmaceutycznego Kalendarza na rok 2010”**  
z indeksem aktualnych aktów normatywnych obowiązujących w aptece.

**Koszt całorocznej prenumeraty wynosi 200 zł (VAT 0%).**  
**Wprowadzamy także możliwość zaprenumerowania „CzA”**  
**na I półrocze (od nr 1 do 6-7) – koszt 120 zł, VAT 0%.**

**Wpłat należy dokonywać na załączonym do „CzA” nr 10/09 druku przelewu**  
**lub pobierając jego wzór z [www.cza.pl](http://www.cza.pl) (prenumerata)**  
**albo bezpośrednio na konto**

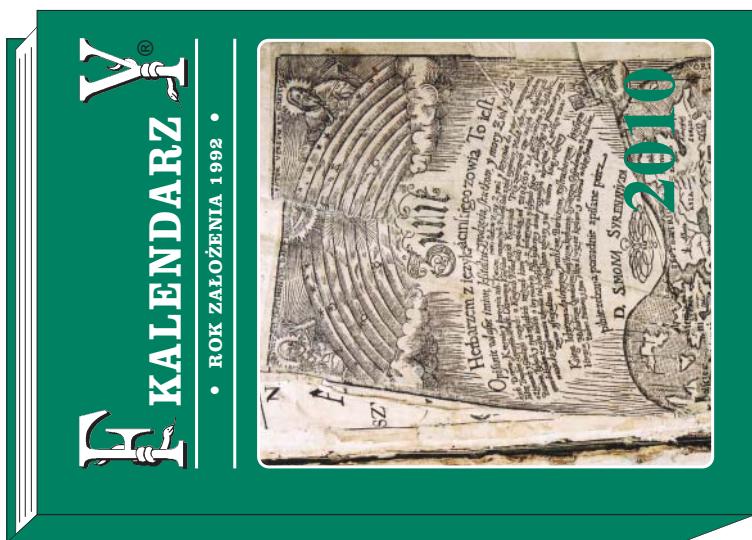
**13 1130 1017 0200 0000 0005 1195.**

**Po dokonaniu wpłaty otrzymają Państwo fakturę**  
**(przypominamy, że można ją rozliczyć w kosztach prowadzonej firmy).**

Prosimy o czytelne wypełnienie druku i zwrócenie uwagi,  
aby bank Państwa wpisał do treści przelewu  
wszystkie dane niezbędne do wystawienia faktury VAT.

**XVII edycja Farmaceutycznego Kalendarza**  
**na rok 2010 zawiera obok kalendarium m.in.**  
**indeks aktów normatywnych (ponad 300 pozycji)**  
**użytecznych w prowadzeniu apteki i hurtowni,**  
**oryginalne artykuły dotyczące roślin leczniczych,**  
**bogatą adresografię**  
**i informacje o lekach wybranych**  
**firm farmaceutycznych.**

**Kalendarz otrzymuję w ramach prenumeraty**  
**wszyscy Czytelnicy „Czasopisma Aptekarskiego”.**



Na okładce strona z „Zielnika herbarzem z języka łacińskiego zwanego, to jest opisanie własne imion, kształtu, przyrodenia, skutków i mocy ziół wszystkich” z 1613 roku

# WYBIÓRKA W PIGUŁCE

## Od redakcji

**Publikujemy obszerne fragmenty stanowiska Porozumienia Zielonogórskiego – Federacji Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia z 26.10.2009 r.**

### **Stanowisko „Porozumienia Zielonogórskiego” w sprawie projektu Rozporządzenia w sprawie recept lekarskich**

W związku z przygotowanym przez Ministerstwo Zdrowia projektem Rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, Federacja Porozumienie Zielonogórskie oświadcza:

W związku z podnoszoną przez przedstawicieli środowiska aptekarzy kwestią braku czytelności, czy wręcz nieczytelności części recept wystawianych przez lekarzy, zwracamy uwagę, iż **coraz większa część lekarzy, w szczególności świadczeniodawców zrzeszonych w Federacji PZ, nie wypisuje recept ręcznie, lecz korzystając z odpowiednich systemów informatycznych, recepty te drukuje.** Fakt ów powoduje, iż lekarzy „Porozumienia Zielonogórskiego” zgłaszone problemy nie dotyczą lub dotyczą w śladowym procencie.

Federacja „Porozumienie Zielonogórskie” zwraca również uwagę, iż nie jest uczciwe i dopuszczalne, przerzucanie na lekarzy całej odpowiedzialności za wszelkie problemy powstałe na skutek nieprawidłowo lub nieczytelnie wystawionej recepty. Należy podkreślić, że zrzeszeni w Federacji lekarze podstawowej opieki zdrowotnej każdego roku realizują miliony porad lekarskich, wystawiając w trakcie tych miliony recept. Każda wizyta związana jest z koniecznością wykonania, niezależnie od wystawienia recepty, badania lekarskiego, przeprowadzenia diagnozy, zebrania wywiadu i rzetelnego udokumentowania tych czynności. Czasochłonność wykonania takiej procedury jest niemożliwa do pogodzenia z ilością udzielanych porad i wizyt realizowanych przez lekarzy. (...)

(...) Federacja Porozumienie Zielonogórskie niezmiennie zgłasza postulat jak najszybszego wprowadzenia przewidzianych w ustawie o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych kart ubezpieczenia zdrowotnego. Należy dodać, że ustawa ta, prze-

widująca wprowadzenie kart ubezpieczenia zdrowotnego, weszła w życie już przed ponad 5 laty. Mimo to do dnia dzisiejszego, kolejne rządy nie podjęły działań zmierzających do ich wprowadzenia i zastosowania. (...)

(...) Wobec powyższego, Federacja „Porozumienie Zielonogórskie” po raz kolejny postuluje:

- o jak najszybsze wprowadzenia kart ubezpieczenia zdrowotnego, dokumentu i nośnika danych osobowych i medycznych
- przyjęcie przez Państwo odpowiedzialności za aktualizacje i bezpieczeństwo danych medycznych gromadzonych w systemach informatycznych,
- wprowadzenie powszechnego systemu informacyjnego, który pozwoli sprawować kompleksowy nadzór nad procesem udzielenia świadczeń zdrowotnych,
- wprowadzenie mechanizmów racjonalnego korzystania z systemu opieki zdrowotnej np. czas na poradę, recepta długoterminowa, porada telefoniczna, rejestracja elektroniczna...

**Bożena Janicka  
Prezes Federacji PZ**

**Z inicjatywy prezesa NRA – dr. Grzegorza Kucharewicza** 19.10 br. doszło do spotkania prezydium NRA z minister zdrowia Ewą Kopacz. Omówiono stan prac nad projektem rozporządzenia o receptach lekarskich.



**Prof. dr hab. n. farm Elżbieta Skrydlewskas – dziekan Wydziału Farmaceutycznego UM w Białymstoku** wspólnie z JM Rektorem UM – prof. dr. hab. n. med. Jackiem Niklińskim i rektorem poprzedniej kadencji – prof. dr. hab. n. med. Janem Górkim wmurowuje akt erekcyjny pod Euroregionalne Centrum Farmacji Uniwersytetu Medycznego w Białymstoku 20.10 br.

**W wyniku wyгранego konkursu** kierownikiem Katedry i Zakładu Historii Nauk Medycznych Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu z dniem 1 października 2009 r. została dr hab.n. farm. i dr n. hum. Anita Magowska dobrze znana od wielu lat naszym czytelnikom z publikacji zamieszczanych na łamach „Czasopisma Aptekarskiego” i aktywnego udziału w międzynarodowych konferencjach naukowo-szkoleniowych organizowanych przez naszą redakcję.

**27.10 br.** w Ministerstwie Zdrowia odbyło się spotkanie poświęcone projektowi rozporządzenia w sprawie recept lekarskich.

W spotkaniu udział wzięli: wiceminister Marek Twardowski, Rzecznik Praw Pacjenta – Krystyna Kozłowska, prezes NIL – dr n. med. Konstanty Radziwiłł, prezes NRA – dr n. med Grzegorz Kucharewicz i wiceprezes – dr n. farm. Marek Jędrzejczak. Centralę Narodowego Funduszu Zdrowia reprezentowali: zastępca dyrektora Departamentu Gospodarki Lekami – dr Andrzej Śliwiński, naczelnik Wydziału Monitorowania Refundacji – mgr Melania Brzozowska, dyrektor Biura Prawnego – mec. Wiesław Kosacki oraz naczelnik Wydziału Gospodarki Lekami Mazowieckiego Oddziału – lek. med. Mirosław Markowski.



Redakcja i Rada Naukowa  
przyznaje Dyplom Honorowy „Czasopisma Aptekarskiego”

dr. n. farm. JERZEMU ŁAZOWSKIEMU  
kawalerowi medalu Ambasador Farmacji

z okazji  
40. lat działalności  
w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym,  
20. lat w samorządzie aptekarskim  
i 15. lat w Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej

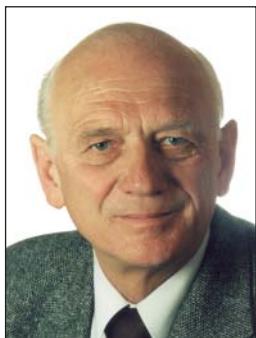
Przewodniczący  
Rady Naukowej  
prof. dr hab. Kazimierz Głowniak

Wydawca  
Redaktor Naczelny  
Wojciech Szukiel

Warszawa, 9 września 2009

## Ambasadorzy Farmacji

# JERZY ŁAZOWSKI



Dr n. farm. **JERZY ŁAZOWSKI** urodził się 9 września 1939 r. w Warszawie, w starej szlacheckiej rodzinie herbu „Krzywda”. Studia na Wydziale Farmaceutycznym AM w Poznaniu ukończył w 1964 r. Od 1970 r. zdecydował się na zawodową służbę wojskową, w tym czasie też rozpoczął przygotowania do otwarcia przewodu doktorskiego. W 1975 r. uzyskał II<sup>o</sup> specjalizacji z farmacji aptecznej. Tematem jego rozprawy doktorskiej, wykonanej pod kierunkiem prof. dr. hab. n. med. Juliusza Dereckiego, było praktyczne zastosowanie radioimmunologicznej metody oznaczania digoksyny w kontroli leczenia tym lekiem i była to jedna z pierwszych prac doktorskich z zakresu terapii monitorowanej w Polsce. Tytuł doktora nauk farmaceutycznych otrzymał w 1978 r., w WIHiE w Warszawie.

Pracę zawodową rozpoczął w 1964 roku jako asystent naukowo-badawczy w Instytucie Roślin Leczniczych w Poznaniu. Po przeniesieniu się do Warszawy pracował kolejno: jako mistrz produkcji na Wydziale Organopreparatów Warszawskich Zakładów Farmaceutycznych „Polfa”, kierownik Laboratorium Wytwórczego w Celestynowie, kierownik Pracowni Płynów Jałowych Apteki Centrum Kształcenia Podyplomowego WAM w Warszawie, farmakolog kliniczny I Kliniki Chorób Wewnętrznych, kierownik

Wytwarzni Płynów Jałowych w Centralnym Szpitalu Klinicznym WAM, adiunkt w Zakładzie Transfuzjologii i Transplantologii CSK WAM. W 1990 r. w stopniu ppłk. przeszedł do rezerwy i podjął pracę w charakterze dyrektora farmaceutycznego hurtowni ORFE w Warszawie. Od 1993 r. całkowicie poświęcił się pracy w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym i samorządzie aptekarskim.

Nieprzerwanie od 1974 r. działa w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym, początkowo w Sekcji Farmacji Szpitalnej Oddziału Warszawskiego PTFarm., był też członkiem Zarządu Oddziału Warszawskiego. W 1986 r. został powołany na stanowisko sekretarza generalnego PTFarm. i pełnił tę funkcję przez 3 kadencje. Od 1994 r. jest członkiem indywidualnym FIP. W latach 1993 r. do 2004 r. był redaktorem naczelnym „Farmacji Polskiej”. W 1995 r., dzięki uczestnictwu w III Międzynarodowym Sympozjum Farmacji Onkologicznej w Hamburgu, dr Jerzy Łazowski zainteresował się tematyką farmacji onkologicznej propagując ją na łamach „Farmacji Polskiej” i „Farmacji Szpitalnej, Klinicznej, Onkologicznej”. W 2000 r. był współzałożycielem Europejskiego Towarzystwa Farmacji Onkologicznej, po czym podjął inicjatywę utworzenia Ogólnopolskiej Sekcji Farmacji Onkologicznej PTFarm., której był przewodniczym do 21 października 2009 r.

Od początku uczestniczył w pracach związanych z reaktywaniem samorządu aptekarskiego. Po I Krajowym Zjeździe Aptekarzy powierzono mu funkcję sekretarza NRA. Już w początkowym okresie działalności samorządu nawiązał kontakty z europejskimi organizacjami aptekarskimi; z jego inicjaty-

wy NRA jest członkiem Grupy Farmaceutycznej Unii Europejskiej. Jest stałym przedstawicielem NRA w tych organizacjach. Był osobą odpowiedzialną za kontakty zagraniczne samorządu również w II i III kadencji NRA, w kadencjach tych redagował także Biuletyn Naczelnego Izby Aptekarskiej, a od IV kadencji NRA jest sekretarzem Naczelnnej Rady Aptekarskiej.

Przez cały okres pracy zawodowej, jak i obecnie, aktywnie uczestniczył w licznych sympozjach, kongresach, zjazdach naukowych krajowych i międzynarodowych, dzięki czemu stał się znaną i cenioną osobą w środowisku farmaceutycznym i farmakologicznym w Polsce i za granicą. Na dorobek naukowy dr. J. Łazowskiego składa się około 100 publikacji doświadczalnych i poglądowych z dziedziny farmacji i farmakologii klinicznej oraz opieki farmaceutycznej, a także liczne artykuły opublikowane w czasopismach farmaceutycznych i lekarskich, krajowych i zagranicznych. Jest autorem pionierskiej pracy „Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce apteczeń”, która zapoczątkowała wydawanie prac w ramach Biblioteki Naukowej Czasopisma Aptekarskiego „Czasopisma Aptekarskiego” i „Farmacji Szpitalnej, Klinicznej, Onkologicznej”.

Podczas obrad XI Międzynarodowej Konferencji Naukowej „Czasopisma Aptekarskiego” prof. dr hab. Kazimierz Główniak udekorował medalem J. Łazowskiego i nadał mu tytuł Ambasadora Farmacji.

Dr Jerzy Łazowski otrzymał wiele odznaczeń, medali i odznak. W czasie obrad IV Krajowego Zjazdu Aptekarzy został uhonorowany Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski. ■



### *Od Redakcji:*

*Minęły dwa lata od powołania do życia rozporządzeniem ministra zdrowia specjalnego zespołu do walki ze zjawiskiem sfałszowanych produktów leczniczych oraz nielegalnym obrotem lekami. Był to w jakimś sensie także plon twórczej dyskusji zorganizowanej przez środowiska producentów i dystrybutorów produktów leczniczych nad pilną i bezdyskusyjną koiecznością wspólnego wszystkich uprawnionych organów i instytucji zorganizowanego przeciwdziałania zjawisku, które może zagrażać zdrowiu i niekiedy życiu pacjentów, a dla którego w zglobalizowanym świecie gospodarki wolnorynkowej granice państwowie nie stanowią przeszkody. Co udało się przez ten czas osiągnąć? Czy nasi pacjenci są bezpieczni, bo każdy przypadek wprowadzenia do obrotu leku sfałszowanego zostanie surowo ukarany?*

*Redakcja zwróciła się z tym i innymi pytaniami do głównego inspektora farmaceutycznego mgr farm. Zofii Ulz, która jest przewodniczącą tego zespołu, o podsumowanie efektów dotychczasowych działań inspekcji farmaceutycznej i ocenę sytuacji na polskim rynku leków w tej dziedzinie.*

## **FAŁSZOWANE LEKI W POLSCE – DZIAŁANIA INSPEKCJI FARMACEUTYCZNEJ**

**mgr farm. Zofia ULZ**

Główny Inspektor Farmaceutyczny  
e-mail: [ulz@gif.gov.pl](mailto:ulz@gif.gov.pl)

Sfałszowane produkty lecznicze oraz nielegalny obrót produktami leczniczymi stają się coraz bardziej powszechnym zjawiskiem, które zagraża zdrowiu lub życiu konsumentów. Wynika to między innymi z faktu, iż sfałszowane produkty lecznicze nie odpowiadają wymaganiom jakościowym, ustalonym dla produktów leczniczych, zawierają niewłaściwą (zazwyczaj zbyt małą) ilość lub rodzaj substancji czynnej, a niekiedy nawet posiadają w swoim składzie niedopuszczone do stosowania substancje aktywne o nieznanym bezpieczeństwie stosowania. Produkty te stanowią bardzo duże zagrożenie dla pacjentów/konsumentów.

Nie mniej ważnym problemem jest także dystrybucja leków w miejscach do tego nieuprawnionych. Leki, trafiając do nielegalnego obiegu, tracą swoją pierwotną jakość w wyniku niewła-

ściwych warunków ich transportu oraz przechowywania. Brak jest także gwarancji ich tożsamości. Wśród tych produktów leczniczych są bardzo często leki wydawane tylko na podstawie recepty lekarskiej, które stosowane samodzielnie mogą stanowić poważne zagrożenie dla zdrowia lub życia ze względu na czynniki ryzyka związane z ich przyjmowaniem.

Aby przeciwdziałać przedmiotowym zagrożeniom, w dniu 9 listopada 2007 r. na wniosek Głównego Inspektora Farmaceutycznego Minister Zdrowia powołał w drodze zarządzenia Zespół do Spraw Sfałszowanych Produktów Leczniczych (Dz. Urz. MZ z 2007 r., nr 17, poz. 92).

W pracach tego zespołu uczestniczą przedstawiciele organów nadzorujących rynek produktów leczniczych i suplementów diety, jednostek wykonujących ich badania oraz organów



▶ odpowiedzialnych za zapobieganie i zwalczanie przestępstw związanych z produktami leczniczymi. Oprócz Głównego Inspektora Farmaceutycznego, który pełni funkcję przewodniczącego zespołu, w jego skład wchodzą przedstawiciele Ministra Zdrowia, prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, Głównego Inspektoratu Sanitarnego, Prokuratury Krajowej, Komendy Głównej Policji, kierowników Służby Celnej, Narodowego Instytutu Leków a także – jako eksperci – przedstawiciele Głównego Lekarza Weterynarii i Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Zadaniem Zespołu ds. Sfałszowanych Produktów Leczniczych jest podejmowanie działań, które mają przyczynić się do zminimalizowania zjawiska obrotu sfałszowanymi produktami leczniczymi, lekami sprzedawanymi w miejscach nieuprawnionych oraz sfałszowanymi suplementami diety, które z uwagi na nieuprawnione zastosowanie niezadeklarowanych substancji czynnych, stosowanych wyłącznie w lecznictwie spełniają kryteria produktu leczniczego. Głównymi obszarami aktywności zespołu są działania operacyjne i informacyjne oraz prace legislacyjne.

Dotychczas Zespół ds. Sfałszowanych Produktów Leczniczych odbył sześć stałych posiedzeń oraz kilka posiedzeń roboczych, podczas których realizowano zadania określone w § 3 zarządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2007 r. w sprawie powołania Zespołu do Spraw Sfałszowanych Produktów Leczniczych. Efekty tych działań dotyczą zarówno samej organizacji pracy zespołu jak i wytyczenia kierunków jego działań.

Zespół, mimo że powołano go do życia pod koniec 2007 roku, działalność rozpoczął jednak dopiero w roku 2008, gdyż w początkowym okresie musiał skupić się na organizacji swojej pracy. Zgodnie z § 5 ust. 2 zarządzenia przyjęto Regulamin Pracy Zespołu, w którym to dokumencie sprecyzowano kwestie organizacyjne oraz formalne, wskazujące tryb przeprowadzania posiedzeń, sposoby podejmowania ustaleń i rekomendacji oraz sposób informowania Ministra Zdrowia o bieżącej pracy zespołu. Wypełniając zadania określone w § 3 pkt 3-5 zarządzenia, stworzono sieć szybkiej wymiany informacji pomiędzy urzędami i jednostkami reprezento-

wanymi przez członków oraz ekspertów, opartą na systemie tzw. punktów kontaktowych (SPOC). Dzięki stworzeniu grupy mailingowej oraz ustaleniu listy telefonów kontaktowych członków i ekspertów wszelkie istotne z punktu widzenia zapewnienia bezpieczeństwa zdrowia publicznego informacje o sfałszowanych produktach leczniczych są bezzwłocznie przekazywane właściwym organom i jednostkom.

Obecnie, mając na uwadze dotychczas zdobyte doświadczenia, zespół rozpoczął prace zmierzające do zmiany zarządzenia powołującego zespół, których celem jest usprawnienie jego pracy. Zakładają one między innymi włączenie do zespołu jako jego stałych członków reprezentantów prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów oraz Głównego Lekarza Weterynarii.

### PRZYJĘTE KIERUNKI DZIAŁAŃ ZESPOŁU

Zgodnie z dotychczasowymi doświadczeniami członków zespołu oraz rekomendacjami wypracowanymi przez międzynarodowe organizacje i instytucje podejmujące walkę ze sfałszowanymi produktami leczniczymi (między innymi przez Światową Organizację Zdrowia) jako główne cele działań wskazano:

- wypracowanie kanałów szybkiego przepływu informacji wewnętrz instytucji wskazanych w § 2 zarządzenia,
- efektywne ściganie nielegalnego obrotu produktami leczniczymi, z uwzględnieniem produktów leczniczych sfałszowanych, niedopuszczonych do obrotu na terenie RP oraz sfałszowanych suplementów diety,
- zwiększenie skuteczności stosowania obowiązującego obecnie prawa przy ściganiu przestępstw związanych z nielegalnym obrotem produktami leczniczymi,
- przeprowadzenie zmian w prawie mających na celu wprowadzenie definicji sfałszowanego produktu leczniczego, zaostrzenie kar za przestępstwa związane z wytwarzaniem i obrotem sfałszowanymi produktami leczniczymi oraz podniesienie skuteczności ścigania tego typu przestępstw,
- przeprowadzenie działań mających na celu zwiększenie świadomości społecznej o zagrożeniach wynikających z przyjmowania pro-

duktów leczniczych niewiadomego pochodzenia lub nabytych w miejscach nieuprawnionych do obrotu produktami leczniczymi.

### OCENA SKALI PROBLEMU SFAŁSZOWANYCH LEKÓW NA RYNKU POLSKIM

Zgodnie z zadaniem określonym w § 3 pkt 1 zarządzenia, na podstawie posiadanych przez członków zespołu informacji przeprowadzono analizę obecnej sytuacji na krajowym rynku produktów leczniczych. Ustalono, iż dotąd w Polsce nie odnotowano przypadków prób dokonywania dystrybucji sfałszowanych produktów leczniczych w legalnym łańcuchu dystrybucji, nadzorowanym przez Państwową Inspekcję Farmaceutyczną.

Na podstawie danych zgromadzonych przez zespół można stwierdzić, iż obrót sfałszowanymi produktami leczniczymi oraz produktami leczniczymi niedopuszczonymi do obrotu dokonywany jest w Polsce najczęściej za pośrednictwem internetu, w sex shopach, siłowniach, na bazach i w handlu ulicznym. Przedmiotem obrotu w takich miejscach są głównie produkty lecznicze służące do leczenia zaburzeń erekcji u mężczyzn, leki z grupy steroidów anabolicznych oraz farmakologiczne środki odchudzające. Ponadto jako istotne zagrożenie należy wskazać dostępność w tych miejscach produktów leczniczych niedopuszczonych do obrotu na terenie RP (najczęściej zawierających w składzie johimbinę), oraz sfałszowanych suplementów diety, które zawierają substancje zastrzeżone do stosowania w lecznictwie.

Jako główne źródło pochodzenia takich produktów można wskazać kraje Dalekiego Wschodu (przede wszystkim Indie, Pakistan i Chiny) oraz Bliskiego Wschodu (Egipt, Turcja). Z doświadczeń służby celnej i policji wynika, iż najczęściej produkty te trafiają na terytorium RP w przesyłkach pocztowych, których odbiorcami są osoby prywatne. W pierwszym kwartale ubiegłego roku zakwestionowano 15 przesyłek pocztowych zawierających od 15 do 1400 opakowań produktów leczniczych. Niekiedy też sfałszowane produkty lecznicze są przywożone z zagranicy przez podróżnych.

W ubiegłym roku służby celne ujawniły jeden przypadek próby wwiezienia na teren RP trans-

portu 104 509 opakowań sfałszowanych produktów leczniczych. Leki te zostały zatrzymane na terenie RP, co uniemożliwiło wprowadzenie ich do legalnego łańcucha dystrybucji.

Istotnym zdarzeniem w roku 2008 było ujawnienie przez lekarza z Wrocławia sfałszowanego produktu leczniczego, stosowanego w chorobach neurologicznych i zabiegach kosmetycznych. Produkt ten był oznakowany w języku niemieckim i zgodnie z dotychczasowymi ustaleniami został nabity w Niemczech, a następnie przewieziony do Polski. Do chwili obecnej nie stwierdzono na terenie RP obecności innych opakowań sfałszowanej serii przedmiotowego leku, a sprawą jest przedmiotem działań organów ścigania.

Oceniając sytuację nielegalnego obrotu lekami w Polsce, należy wziąć pod uwagę, iż handel ten odbywa się w tzw. szarej strefie. Dotychczas brakuje wiarygodnych danych o wielkości dokonywanego tam obrotu produktami leczniczymi, co nie pozwala ocenić procentowy udział sfałszowanych produktów leczniczych w całkowitym obrocie produktami leczniczymi w Polsce. Wobec tego należy przyjąć szacunkowe dane

- Światowej Organizacji Zdrowia, która w krajach rozwiniętych udział sfałszowanych produktów leczniczych w całkowitym rynku leków ocenia na około 1%.

### WSPÓŁPRACA ORAZ WYMIANA INFORMACJI

Członkowie zespołu są w razie potrzeby niezwłocznie informowani o produktach leczniczych sfałszowanych, pochodzących z nielegalnego źródła oraz o sfałszowanych suplementach diety. W ramach wymiany informacji w roku 2008 przekazano im 11 pochodzących z zagranicy zgłoszeń o niebezpiecznych dla zdrowia sfałszowanych produktach leczniczych oraz o sfałszowanych suplementach diety (łącznie zgłoszono 15 produktów).

Na podstawie wpływających do zespołu informacji w Głównym Inspektoracie Farmaceutycznym prowadzony jest rejestr wszystkich zgłoszeń w przedmiotowym zakresie, z uwzględnieniem istotnych danych, takich jak nr serii oraz data ważności zakwestionowanych leków. Rejestr ten jest cyklicznie przekazywany członkom zespołu oraz wojewódzkim inspektorom farmaceutycznym. Pozwala to na bieżącą kontrolę legalnego łańcucha dystrybucji pod kątem weryfikacji produktów dostępnych w obrocie z posiadaną listą oraz weryfikację przez służbę celną produktów leczniczych wwożonych na terytorium RP.

W roku 2008 do organów ścigania przekazano 7 zgłoszeń o podejrzeniu popełnienia przestępstwa związanego z nielegalnym obrotem produktami leczniczymi oraz obrotem sfałszowanymi suplementami diety.

### ZWIĘKSZENIE EFEKTYWNOŚCI DZIAŁAŃ ORGANÓW ŚCIGANIA

Analizując problem niesatisfakcjonującego poziomu skuteczności organów wymiaru sprawiedliwości w zakresie ścigania i karania za przestępstwa związane z nielegalnym obrotem produktami leczniczymi jako podstawowe przyczyny wskazano:

- częsty brak znajomości lub pobieżną znajomość przez funkcjonariuszy organów ścigania przepisów regulujących obrót lekami

oraz kar ustanowionych za łamanie zapisów ustawy Prawo farmaceutyczne,

- trudności natury formalnej w stosowaniu w/w przepisów karnych,
- częste stosowanie przez organy ścigania wyłącznie prawa dotyczącego własności intelektualnej,
- częste bezpodstawne powoływanie się na uchwałę Sądu Najwyższego w odniesieniu do art. 305 ustawy Prawo własności przemysłowej przed jego nowelizacją, co skutkuje umorzeniem postępowania,
- wysokie koszty badań zatrzymanych produktów leczniczych, których analizy są niezbędne do ewentualnego postawienia zarzutów sprawcom przestępstw,
- brak w policji oraz prokuraturze struktur wyspecjalizowanych wyłącznie w zwalczaniu przestępstw związanych z obszarem farmacji (zadania te są realizowane przez jednostki zajmujące się ściganiem i zwalczaniem przestępstw gospodarczych),
- długi czas oczekiwania na opinie ekspertów / biegłych w toku prowadzonych przez organy ścigania postępowań.

Dla częściowej eliminacji w/w przyczyn, a tym samym zwiększenia skuteczności działania wymiaru sprawiedliwości w przedmiotowym zakresie, przedstawiciele Komendy Głównej Policji zwróciли się do Prokuratury Krajowej o stanowisko w zakresie zasadności umorzeń postępowan przygotowawczych związanych z nielegalnym obrotem lekami na podstawie braku znamion czynu zabronionego lub jego niewielkiej szkodliwości społecznej. Wypracowane przez Prokuraturę Krajową stanowisko w sprawie będzie rozesiane do prokuratorów apelacyjnych w celu przekazania go podległym im prokuratorom.

Pod koniec roku 2008 rozpoczęto i w roku bieżącym kontynuowano przygotowania do utworzenia stałego kręgu biegłych sądowych z zakresu farmacji wśród inspektorów farmaceutycznych, co powinno usprawnić pracę organów ścigania. Wskazano też na potrzebę przeprowadzania szkoleń dla prokuratorów, funkcjonariuszy policji oraz służb celnych z zakresu przepisów prawa określających zasady obrotu produktami leczniczymi. W tym celu rozpoczęto gromadzenie informacji dotyczących możliwości przeprowadzania takich

szkoleń przez inspektorów farmaceutycznych z wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych. Zagadnienie to jest na tyle kluczowe, iż postanowiono je objąć odrębnym procedowaniem. Mając na uwadze wskazywanego przez przedstawicieli policji długi czas oczekiwania na opinie biegłych w prowadzonych sprawach, Główny Inspektor Farmaceutyczny zobowiązał się do sporządzania przedmiotowych ekspertyz na wniosek organów ścigania, w zakresie zgodnym z kompetencjami Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej.

### **PROPOZYCJE ZMIAN W OBECNIE ISTNIEJĄCYM PRAWIE**

Wypełniając zadanie określone w § 3 pkt 6 zarządzenia, w roku 2008 zaproponowano nowe przepisy karnych do ustawy z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne, które ułatwia formułowanie oskarżeń w stosunku do osób dokonujących nielegalnego obrotu produktami leczniczymi (zarówno sfałszowanymi jak i oryginalnymi). Wśród najważniejszych propozycji znajdują się między innymi:

- wypracowanie definicji sfałszowanego produktu leczniczego,
- zdefiniowanie prowadzenia obrotu produktami leczniczymi w miejscu do tego nieuprawnionym jako czynu zabronionego karą do 2 lat pozbawienia wolności,
- propozycja zagrożenia czynów polegających na fałszowaniu produktów leczniczych oraz wprowadzaniu ich do obrotu karą pozbawienia wolności od lat 3 do lat 10,
- nałożenie na osoby dokonujące obrotu produktami leczniczymi obowiązku zgłoszenia do Głównego inspektora Farmaceutycznego faktu ujawnienia sfałszowanych produktów leczniczych.

Konieczność wprowadzenia ewentualnych zmian w przedmiotowym zakresie do innych aktów prawnych będzie przedmiotem analizy zespołu w roku bieżącym.

### **WSPÓLNE DZIAŁANIA KONTROLNO- OPERACYJNE**

Aby wyeliminować zjawisko sfałszowanych produktów leczniczych, należy przede wszystkim skoncentrować się na zwalczaniu nielegal-

nego obrotu produktami leczniczymi. Jedno z doraźnych swoich posiedzeń zespół w roku 2008 poświęcił problematyce nieuprawnionego obrotu produktami leczniczymi, dokonywanego w sklepach typu „sex shop”. W wyniku ustaleń z tego spotkania w dniach 7 i 8 sierpnia przeprowadzono akcję kontroli wytypowanych uprzednio przez policję takich placówek. Kontrolę przeprowadzili wspólnie funkcjonariusze policji i inspektorzy farmaceutyczni z wojewódzkich inspektoratów farmaceutycznych oraz inspektorzy sanitarni. W akcji przeprowadzonej równocześnie w siedmiu województwach skontrolowano 68 sklepów typu sex shop oraz 1 klub fitness, ujawniając liczne przypadki dokonywania obrotu produktami leczniczymi (w jednej z placówek zabezpieczono 400 opakowań produktów leczniczych służących do leczenia zaburzeń erekcji u mężczyzn), produktami leczniczymi niedopuszczonymi do obrotu (zawierającymi johimbinę) i zakwestionowano liczne suplementy diety.

➤

# **SFAŁSZOWANE LEKI ZABIJAJĄ**





**GŁÓWNY INSPEKTOR  
FARMACEUTYCZNY OSTRZEGA**

- Zgodnie z danymi na dzień 3 grudnia 2008 r., przekazanymi przez Komendę Główną Policji, w efekcie tej kontroli organy ścigania wszczęły łącznie 14 postępowań przygotowawczych (w tym 13 postępowań na podstawie art. 124 ustawy Prawo farmaceutyczne oraz 1 postępowanie na podstawie art. 99 ustawy o bezpieczeństwie żywności i żywienia).

W 3 przypadkach postępowania umorzono (wobec braku znamion czynu zagrożonego lub wobec niskiej szkodliwości społecznej czynu), a w 2 postępowania zawieszono (z uwagi na długi termin oczekiwania na opinię biegłego). W trzech przypadkach sprawy przesłano do prokuratury rejonowej z wnioskiem o zatwierdzenia aktów oskarżenia. Pozostałe postępowania przygotowawcze są w toku.

Wobec potwierdzenia zjawiska dokonywania nielegalnego obrotu produktami leczniczymi w sklepach typu „sex shop” podobna akcja kontrolna została przeprowadzona także w roku 2009. W jej wyniku wszczęto 22 postępowania przygotowawcze z art. 124 ustawy Prawo farmaceutyczne. Wykazano, iż w porównaniu z rokiem ubiegłym wzrosła skuteczność tego przedsięwzięcia, co zostało wyrażone wzrostem liczby wszczętych postępowań przygotowawczych z 13 (w roku ubiegłym) do 22 (w br.). W 6 z tych postępowań już postawiono zarzuty, a 2 z nich zostały zakończone aktem oskarżenia. Jedenaście postępowań jest w chwili obecnej w toku, 5 postępowań umorzono wobec braku cech czynu zabronionego, a w 3 przypadkach inspektorzy sanitarni nałożyli mandaty pieniężne w wysokości 500 zł każdy.

Ponadto, dla polepszenia skuteczności działań, Komenda Główna Policji przygotowała i przesłała do komend wojewódzkich policji w całym kraju algorytm postępowania w tego typu sprawach.

Dodatkowo podczas drugiego z przeprowadzonych w roku 2008 doraźnych posiedzeń zespołu zorganizowano dyskusję na temat problemu powszechnego handlu produktami leczniczymi dokonywanego nielegalnie za pośrednictwem internetu. W jego efekcie Główny Inspektor Farmaceutyczny przekazał Komendzie Głównej Policji listę stron internetowych, które nielegalnie oferują sprzedaż produktów leczniczych stosowanych w leczeniu zaburzeń erekcji u mężczyzn.

Realizacja dalszych, zakrojonych na dużo szerszą skalę działań na rzecz ograniczenia nielegalnego handlu produktami leczniczymi w internecie rozpoczęła się na roboczym spotkaniu zespołu, które odbyło się na początku października br. Podjęto wtedy decyzję o przystąpieniu Polski do międzynarodowej, koordynowanej przez Interpol akcji o nazwie „PANGEA II – International Internet Week of Action” Celem tego przedsięwzięcia jest ograniczenie liczby witryn internetowych nielegalnie sprzedających leki (które, jak pokazują doświadczenia, są bardzo często sfałszowane) z jednoczesnym zwiększeniem świadomości społecznej o lekach sfałszowanych.

Zwiększenie świadomości społecznej o zagrożeniach płynących z zakupu i stosowania produktów leczniczych pochodzących z nielegalnego czy nieznanego źródła zespół wskazał za jeden z najistotniejszych elementów walki ze zjawiskiem sfałszowanych produktów leczniczych. W związku z powyższym w roku 2008 przetłumaczono na język polski plakat WHO „Counterfeit Drugs Kill – Snake”, do wykorzystania którego Główny Inspektor Farmaceutyczny otrzymał prawa od Światowej Organizacji Zdrowia. Wykorzystując ów plakat, opracowano kierowane do pacjenta ostrzeżenie przed sfałszowanymi produktami leczniczymi oraz wskazówki, jak zaopatrywać się w bezpieczne leki. Informacja ta została umieszczona na stronach internetowych GIF, MZ, KGP, Narodowego Instytutu Zdrowia, Ministerstwa Finansów i w sieci internetowej służby celnej; ostrzeżenie zostało też przekazane rzecznikom lokalnych izb celnych.

Opracowano profesjonalny plakat informacyjny „Sfałszowane leki zabijają” w dużym formacie i wydrukowano w nakładzie około 1000 sztuk. Plakaty zostały umieszczone przede wszystkim w zakładach opieki zdrowotnej, gdzie przyjmują lekarze pierwszego kontaktu.

W zakładce „Sfałszowane produkty lecznicze” na stronach internetowych Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego (<http://www.gif.gov.pl/?aid=215>) umieszczono „odpowiedzi na najczęściej zadawane pytania”, dotyczące sfałszowanych produktów leczniczych, miejsc, gdzie można kupić leki bezpieczne oraz zagrożeń związanych z zakupem leków w miejscu nieuprawnionym.

Na konferencji „Lek bezpieczny”, która odbyła się z udziałem mediów w Warszawie 10.04.2008 r., wygłoszona została prelekcja poruszająca zagadnienie walki ze sfałszowanymi produktami leczniczymi oraz przedstawiająca działania podejmowane w tym zakresie w Polsce i na świecie.

Podczas konferencji „Przestępcość intelektualna jako przejaw przestępcości transgranicznej”, zorganizowanej w dniach 15-17.10.2008 r. przez Komendę Wojewódzką Policji w Gdańsku z udziałem przedstawicieli policji i prokuratury, zaprezentowano przegląd przepisów obecnie istniejącego prawa, które mogą mieć zastosowanie w zwalczaniu sfałszowanych produktów leczniczych.

Pod koniec 2008 r. podjęto próbę zainteresowania mediów zagadnieniem sfałszowanych produktów leczniczych. W tym celu wystosowano pisma do przedstawicieli wiodących na rynku stacji telewizyjnych i gazet codziennych.

Planujemy też podjęcie działań nad zorganizowaniem szeroko zakrojonej kampanii społecznej, z wykorzystaniem plakatów oraz środków masowego przekazu. Pomoc w organizacji w tej akcji zapowiedział samorząd aptekarski oraz stowarzyszenia zrzeszające podmioty odpowiedzialne i wytwórców leków.

#### **WSPÓŁPRACA MIĘDZYNARODOWA**

Mając na uwadze, iż w obliczu współczesnej globalizacji problem sfałszowanych produktów leczniczych ma międzynarodowy charakter, członkowie zespołu uczestniczą w grupach roboczych oraz inicjatywach podejmowanych na poziomie zarówno europejskim jak i światowym. Także

przedstawiciel Głównego Inspektora Farmaceutycznego od niemal dwóch lat uczestniczy w międzynarodowych grupach roboczych i inicjatywach, takich jak Unijna Grupa Robocza ds. Leków Sfałszowanych (*Head of Medicines Agencies Working Group of Enforcement Officers – HMA WGEO*) i inicjatywa Światowej Organizacji Zdrowia – *WHO/IMPACT*.

W odbywających się dwukrotnie w ciągu roku spotkaniach wymienionych przeze mnie grup biorą udział przedstawiciele narodowych agencji ds. leków i organów ścigania niemal wszystkich krajów członkowskich Unii Europejskiej.

# **SFAŁSZOWANE LEKI ZABIJAJĄ**



**GŁÓWNY INSPEKTOR  
FARMACEUTYCZNY OSTRZEGA**

w w w .cza.pl  
cza@cza.pl



inwestujesz w  
siebie

**Uwaga:**  
„Czasopismo Aptekarskie”  
dostępne jest wyłącznie  
w prenumeracie redakcyjnej!

Na wszelkie pytania  
odpowiadamy pod telefonem:  
**Zofia Soborowska 022 879-98-69**  
lub **Jadwiga Szymańska 0-601-986-688**

Ponadto w pracach HMA WGE bierze stały udział m.in. przedstawiciel Komisji Europejskiej oraz Interpolu. Spotkania te każdorazowo dotyczą wyłącznie tematyki sfałszowanych produktów leczniczych, leków sprzedawanych nielegalnie oraz sfałszowanych suplementów diety spełniających kryteria produktu leczniczego. Podczas obrad uczestnicy w/w grup prezentują kierunki i postępy działań podejmowanych przez poszczególne kraje w walce ze sfałszowanymi lekami, omawiają szczegółowo różne aspekty podejmowanych w tym zakresie kroków. Dodatkowo dyskutowane są też działania, które mogą być podejmowane przez państwa członkowskie wspólnie, na poziomie międzynarodowym (np. propozycje zmian w prawie, próby wypracowania wspólnych baz danych itp.). Niewątpliwym atutem tych spotkań jest też możliwość nawiązania kontaktów z przedstawicielami innych krajów, co jest bardzo pomocne w toku prowadzonych spraw związanych ze sfałszowanymi produktami leczniczymi, które z reguły mają międzynarodowy charakter.

W związku ze zmianą organizacji pracy tej grupy w ostatnim czasie Główny Inspektor Farmaceutyczny podjął skuteczne działanie na rzecz włączenia do uczestnictwa w jej pracach przedstawiciela Głównego Lekarza Weterynarii.

WHO/IMPACT z kolei to inicjatywa na poziomie ogólnosłowiańskim, której spotkania generalne (podsumowujące całoroczną pracę) odbywają się raz do roku w okresie zimowym. Udział w tej inicjatywie bierze około 150 osób z kilkudziesięciu krajów. Są to przedstawiciele agencji ds. leków, organów ścigania, narodowych ministerstw zdrowia, stowarzyszeń firm branży farmaceutycznej, stowarzyszeń dystrybutorów leków oraz podmiotów odpowiedzialnych. Inicjatywa WHO/IMPACT prowadzi prace między innymi nad rekomendacjami działań dla rządów krajów zrzeszonych w WHO oraz nad utworzeniem różnego rodzaju przewodników i dokumentów referencyjnych w związku z lekami sfałszowanymi. Ponadto koordynuje operacyjne działania międzynarodowe (m.in. zorganizowała operacje STORM oraz MAMBA). Obecnie współuczestniczy w przygotowaniu operacji wyznaczonej w witryny internetowe prowadzące nielegalną dystrybucję leków, w której włączyła się także Polska.

Adres do korespondencji:

mgr farm. Zofia Ulz  
Główny Inspektorat Farmaceutyczny  
ul. Długa 38/40  
00-238 Warszawa  
tel. cent. 22 831 42 81



Naczelna Izba Aptekarska

# Ogólnopolski Dzień Aptekarza Święto Kosmy i Damiana

*pod patronatem  
Ministra Zdrowia*

**SPONSORZY:**

GEDEON RICHTER

TEVA

gsk

**PATRONI MEDIALNI:**

APTEKARZ  
POLSKI

A Czasopismo  
APTEKARSKIE

zdrowie najważniejsze

Grupa Gedeon Richter

GAZETA  
FARMACEUTYCZNA

Farmacja  
praktyczna

Warszawa, 23 września 2009

Wystąpienie dr. n. med. Grzegorza KUCHAREWICZA – prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej na uroczystości Ogólnopolskiego Dnia Aptekarza 2009

nia@nia.org.pl

Panie i Panowie, Szanowni Państwo, Koleżanki i Koledzy, po raz kolejny łączą nas obchody dorocznego święta Kosmy i Damiana, wielowiekowego święta aptekarzy i farmaceutów.

Bieżący rok jest szczególnie trudnym czasem dla warunków funkcjonowania i roli społecznej reprezentowanego przez nas zawodu. Poparty długotrwąłą i wytrąconą pracą projekt nowelizacji tak zasadniczej dla naszego bytu ustawy Prawo farmaceutyczne został w marcu tego roku cofnięty z prac rządu i to w chwili, gdy znakomita większość postulatów środowiska znalazła się w tym projekcie. Mam nadzieję, że nie znikną bezpowrotnie zgłasiane przez samorząd aptekarski propozycje dotyczące stałych cen i jednakowej odpłatności za leki refundowane, doprecyzowania przepisów odnoszących się



© Małgorzata Klimiuk

Przedstawiciel Prezydenta RP – Anna Gręziak odznacza mgr. farm. Andrzeja Wróbla – prezesa NRA IV kadencji Krzyżem Kawalerskim Orderu Odrodzenia Polski



- do reklamy, zakazu sprzedaży za 1 grosz i dopłat do leków, demografii, zmiany tabeli marż oraz wielu innych korzystnych dla aptekarstwa przepisów.

Czas pokazuje, że decyzja o wstrzymaniu prac nad nowelizacją ustawy miała charakter polityczny i nie znajdowała uzasadnienia w zmianach merytorycznych. Nie była również następstwem zmian w prawie unijnym. Powołany przez ministra zdrowia zespół przygotowuje nowy projekt ustawy Prawo farmaceutyczne,

który środowisko pozna dopiero podczas konsultacji społecznych. Zapowiadany jest też projekt ustawy refundacyjnej, o którym krążą już plotki i opowieści.

Jakby nie dość było niepewności i zawiedzionych nadziei, rynek przynosi również kontrowersyjne zjawisko sprzedaży bezpośredniej, stanowiące wyrazisty przykład potęgi firm farmaceutycznych. To szczególnie przykro w dobie katastrofalnych zapaści finansowych w Polsce, Europie i na świecie, mających decydujące znaczenie dla stanu polskiej gospodarki, a zatem dla polskiej farmacji, a przede wszystkim dla pacjenta.

Szanowni Państwo, smutno przedstawia się obraz polskiego aptekarstwa, przemysłu, polskiego hurtu i detalu. Trudno jest dziś przesądzać, jaki bę-



dzie stan naszego zawodu w przyszłości. Mam jednak nadzieję, że z misyjnym aptekarstwem w dobie bezwzględnej walki rynkowej nie przyjdzie nam się pożegnać. Byłaby to bowiem strata w moim przekonaniu niepowetowana. Zawód o wzorcowych zasadach etyczno-moralnych jest systematycznie spychany do roli dystrybutora handlowego przeciętnej jakości, odarty z misji, zasad etycznych, nadal jednak jest społecznie kojarzony z tymi cechami, które powinny być naszymi nie zapominanymi atrybutami, zawartymi w przysiędze Hipokratesa.

Koleżanki i Koledzy, nowa dla naszego zawodu sytuacja gospodarcza, nacechowana zjawiskami charakterystycznymi dla XIX-wiecznego kapitalizmu amerykańskiego, rozbiła środowisko aptekarskie, nawet właścicieli aptek – farmaceutów. Ostra konkurencja pomiędzy aptekami właścicielkimi, często jeszcze aptekarskimi, a sieciami i tzw. biznesmenami w aptekarstwie tworzy i inspiruje zachowania rodem ze sklepów wielkopowierzchniowych upstrzonych pseudoreklamą i tandemymi gadżetami. Niestety, nie wszyscy aptekarze popchnięci do walki rynkowej zdołali się oprzeć dyktatowi rynku, co nie pozostaje bez wpływu na odbiór i społeczny prestiż naszego zawodu.

Szanowni Państwo, pamiętajmy jednak, że farmacja to nie tylko apteki, hurt i rynek. To przede wszystkim polski pacjent, któremu służymy, to także nasi koledzy farmaceuci pracujący we wszystkich gałęziach gospodarki. Niezmiennejnym celem samorządu aptekarskiego zawsze pozostaje dobro pacjenta, dbałość o szacunek i cześć dla przedstawicieli zawodu oraz jego społecznego prestiżu.

Te cele same w sobie są najistotniejsze dla przyszłości działań samorządu. Uporczywa, trudna i pełna codziennych przeciwności współpraca z rządem i parlamentem RP to realizacja jego ustawowych zadań. Różnice zdań, godna i oparta na argumentach polemika ukierunkowana na jeden wspólny cel, w miejsce niezgody, pomówień i taniego populizmu, to wspólny cel dla przyszłości polskiego aptekarstwa. Przykłady takich celów wspólnych wszystkim farmaceutom mówiącym mnożyć. Niestety, wiele goryczy związane jest z ich realizacją – taka jest rzeczywistość. Kierowany przeze mnie samorząd stoi na straży prawdy i wynikających z niej zasad etyczno-moralnych, które wspólnie możemy i powinniśmy realizować.

Koleżanki i Koledzy, być może moje wystąpienie na tegorocznym święcie polskiego aptekarstwa jest

mało euforyczne, ale pokazuje i konstatauję rzeczywistość. „Żniwo ogromne, a robotników mało” – to także konkluzja dotycząca ogromu zadań stojących przed samorządem aptekarskim. Od nas wszystkich zależy, ile, w jaki sposób i kiedy zrealizujemy z tego, czego dostarcza nam codzienność.

Na zakończenie oprócz najserdeczniejszych życzeń dla Państwa i Waszych rodzin refleksja: nie jest najlepiej, ale chcemy wszyscy, żeby przyszłość nasza i naszych dzieci nie była zaczynaniem od nowa. Dziękuję za uwagę.

Liczna grupa aptekarzy została wyróżniona odznaczeniem resortowym, medalami i tytułami honorowymi samorządu aptekarskiego.



© Małgorzata Klimiuk

### Osoby uhonorowane odznaką honorową MZ „Za zasługi dla ochrony zdrowia” w 2009 r.

**mgr farm. Tomasz Barszcz** – działacz Lubelskiej OIA • **mgr farm. Anna Budkiewicz** – współorganizatorka OIA w Koszalinie • **mgr farm. Piotr K. Chwiałkowski** – współorganizator OIA w Bydgoszczy • **mgr farm. Andrzej Cylke** – przewodniczący Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Łodzi • **mgr farm. Jolanta M. Dahlke-Miś** – sekretarz naczelnej komisji rezwizyjnej • **mgr farm. Grzegorz Demczuk** – działacz ORA w Częstochowie • **mgr farm. Anna Gołdyn** – członek prezydium NRA i koordynator departamentu odwoławczego NRA • **mgr farm. Janina Jędrzejewska** – właścicielka apteki w Opolu • **mgr farm. Waldemar Kaźmierczak** – zastępca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIA



w Kaliszu • **mgr farm. Janina Kisielewska** – okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej OIA w Lublinie • **mgr farm. Tadeusz Kłuskiewicz** – były kierownik apteki zakładowej prze nieistniejącym już szpitalu w Głogówku • **mgr farm. Anna Majchrzak** – działaczka OIA w Częstochowie • **mgr farm. Wiktor Napióra** – prezes hurtowni HURAP w Łęczycy, kawaler tytułu i medalu „Ambasador Farmacji” • **mgr farm. Janina Przedpelska-Szerłowska** – przez II kadencje była przewodniczącą Naczelnego Sądu Aptekarskiego • **mgr farm. Maria Radza** – działaczka OIA w Kaliszu • **mgr farm. Anna B. Sadowska** – działaczka OIA w Bydgoszczy • **mgr farm. Lucyna Samborska** – działaczka OIA w Rzeszowie i członek Naczelnego Sądu Aptekarskiego • **mgr farm. Adam Walenty Wąsiewicz** – współzałożyciel samorządu aptekarskiego i były dyrektor departamentu farmacji w Ministerstwie Zdrowia • **mgr farm. Lucyna Więcierzewska** – działaczka OIA w Lublinie • **mgr farm. Wiesława Wolińska** – pracownik Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Lublinie



© Małgorzata Klimiuk

### Farmaceuci, którym Naczelna Rada Aptekarska przyznała Medal im. prof. Bronisława Koskowskiego w 2009 r.

**mgr farm. Janusz Bitner** – członek ORA e Częstochowie • **dr n. farm. Maria Ciszewska-Jędrasik Maria** – pracownik naukowy w Zakładzie Farmacji Stosowanej Wydziału Farmaceutycznego WUM • **dr n. med. Mariola Drozd** – przewodnicząca komisji ds. prawa wykonywania zawodu i rękojmii przy ORA w Lublinie • **mgr farm. Krzysztof Dybek** – działacz DIA we Wrocławiu • **mgr farm. Olga Fedorowicz** – działacz DIA we Wrocławiu • **mgr farm. Wanda Ganszer** – właścicielka najstarszej

apteki w Bielsku-Białej • **mgr farm. Jadwiga Górnny** – przewodnicząca Okręgowego Sądu Aptekarskiego Beskidzkiej OIA • **mgr farm. Halina Gwoździek** – współorganizatorka biura OIA w Olsztynie • **mgr farm. Jan Harasimowicz** – współwłaściciel apteki i jako jedyny farmaceuta uhonorowany brązowym medalem „Zasłużony Kulturze Gloria Artis” – OIA w Bydgoszczy • **mgr farm. Robert Janocha** – wiceprezes Podkarpackiej ORA • **mgr farm. Maria Kapica** – skarbnik Lubuskiej OIA • **mgr farm. Waldemar Kaźmierczak** – zastępca okręgowego rzecznika odpowiedzialności zawodowej OIA w Kaliszu • **mgr farm. Janina Kisielewska** – okręgowy rzecznik odpowiedzialności zawodowej OIA w Lublinie • **mgr farm. Maria K. Kuciak** – była przewodnicząca byłego Stowarzyszenia Prywatnych Właścicieli Aptek w Olsztynie • **mgr farm. Katarzyna N. Kulińska** – skarbnik ORA w Bydgoszczy • **mgr farm. Hanna M. Kuźniar** – przewodnicząca niezależnej komisji bioetycznej ds. badań naukowych GUM • **mgr farm. Maria Mach** – prezes OIA w Koszalinie • **mgr farm. Zbigniew Madurowicz** – skarbnik ORA we Wrocławiu • **mgr farm. Jarosław A. Mateuszuk** – wiceprezes ORA w Białymostku • **mgr farm. Krzysztof Olkowski** – aktywny członek Środkowopomorskiej ORA w Koszalinie • **mgr farm. Gustaw Orłowski** – opiekun stażystów–magistrów farmacji w Białymostku • **Małgorzata D. Pietrzak** – wiceprezes ORA w Bydgoszczy • **mgr farm. Witold Prokopiak** – przewodniczący komisji ds. wykonywania zawodu w Podkarpackiej ORA • **mgr farm. Jolanta Radecka** – inicjatorka utworzenia w Warszawie Koła Farmaceutów Katolickich Polski • **dr Kazimierz Radec-ki** – aktywny inicjator i propagator upamiętniających najważniejszych wydarzeń historycznych i postaci związanych z historią i tradycjami aptekarstwa polskiego m.in. w Warszawie, Łodzi i Piasecznie • **dr Wojciech Rutkowski** – członek Lubuskiej OIA • **mgr farm. Marcin Skrabalał** – sekretarz Gdańskiej ORA • **dr Tomasz Stożek** – autor i współautor wielu prac naukowych, skryptów i książek w Krakowie • **mgr farm. Janina Szterk** – działaczka PTFarm. w Bydgoszczy • **mgr farm. Maria K. Terlecka** – przewodnicząca koła emerytów OIA w Koszalinie • **mgr farm. Sławomir Wielgus** – skarbk Lubelskiej OIA • **mgr farm. Wiesława Wolińska** – pracownik Wojewódzkiego Inspektoratu Farmaceutycznego w Lublinie • **mgr farm. Anna Wolska** – przewodnicząca okręgowej



© Małgorzata Klimiuk

- komisji rewizyjnej OIA w Lublinie • **mgr farm. Danuta Wysocka-Golińska** – sekretarz ORA w Zielonej Górze • **mgr farm. Weronika Zarzycka** – sędzia Okręgowego Sądu Aptekarskiego OIA w Koszalinie.



łów medycznych • **dr Marek Jędrzejczak** – współzałożyciel samorządu aptekarskiego, wiceprezes NRA, kawaler tytułu i medalu „Lider farmacji i Medycyny” • **mgr farm. Zbigniew Niewójt** – zastępca głównego inspektora farmaceutycznego



**Farmaceuci, którym Naczelna Rada Aptekarska przyznała wyróżnienie „Mecenasa Samorządu Aptekarskiego” w 2009 r.**

**mec. Małgorzata Gęca-Goździewska** – członek OIA w Lublinie • **Optima Radix Vitta Plus Tadanco** – lider polskiego rynku hurtu aptecznego, odznaczony medalem „Czasopisma Aptekarskiego” za kompleksową ofertę środków farmaceutycznych i materia-

**Farmaceuci, którym Naczelna Rada Aptekarska przyznała tytuł „Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego” w 2009 r.**

**lek. med. Joanna Mucha** – posłanka na Sejm RP VI kadencji, członek komisji zdrowia Lublin • **dr. n. farm. Urszula Lipnicka** – były korespondent PTFarm. w oddziale Wrocław • **mgr Ryszarda E. Moszczeńska-Pastwa** – redaktor Gazety Farmaceutycznej.



W przerwie uroczystości można było zwiedzać wystawę prac dyplomowych uczniów z Zespołu Szkół Plastycznych w Lublinie a poświęconą patronom aptekarzy

# ROLA FARMACEUTY W PREWENCJI I FARMAKOTERAPII OTYŁOŚCI

*dr n. farm. Jacek SAPA*

Pracownia Wstępnych Badań Farmakologicznych Katedry Farmakodynamiki UJ CM w Krakowie  
e-mail: jaceksapa@interia.pl

## The pharmacists role in prevention and pharmacotherapy of obesity

**Streszczenie.** Otyłość jest chorobą przewlekłą, wymagającą długoterminowej terapii obejmującej zmianę stylu życia, redukcję podaży wysokokalorycznych produktów spożywczych oraz zwiększenia aktywności fizycznej. Dwa leki (sibutramina i orlistat) są rekomendowane w leczeniu otyłości u pacjentów ze wskaźnikiem BMI  $\geq 30$  (w przypadku orlistatu w dawce 60 mg minimalna wartość BMI wynosi 28) lub gdy BMI  $\geq 27$ , ale istnieją dodatkowe czynniki ryzyka (dyslipidemia, cukrzyca typu 2). Istotną rolę w prewencji i leczeniu otyłości odgrywa edukacja pacjenta realizowana przez farmaceutę. Farmaceuci również odgrywają istotną rolę w monitorowaniu terapii otyłości – oceniąc skuteczność i bezpieczeństwo terapii.

**Słowa kluczowe:** farmakoterapia otyłości, leki stosowane w otyłości, otyłość.

**Summary.** Obesity is a chronic diseases, which requires long-term therapy including complete change of life style, decrease of high caloric products intake and increase physical activity. Two drugs (sibutramine and orlistat) have been approved during the past couple of years and are recommended for individuals with a BMI  $\geq 30$  (for orlistat in dose 60 mg BMI min. 28) or those with a BMI  $\geq 27$  and concomitant risk factors (dyslipidemia, diabetes type 2). The essential part in the prevention and therapy of the obesity plays the education of the patient by the pharmacist. The pharmacists also have important role in monitoring of therapy in patients with obesity – effectiveness and safety of the therapy.

**Keywords:** pharmacotherapy of obesity, antiobesity drugs, obesity.

Rosnąca epidemia otyłości, szczególnie w wysoko rozwiniętych gospodarczo krajach, zmusza do stworzenia skutecznych, a zarazem bezpiecznych programów profilaktycznych i terapeutycznych realizowanych przez lekarzy i farmaceutów. W wielu obserwacjach zwraca uwagę fakt, iż temat nadwagi i otyłości poruszany jest stosunkowo często w rozmowie pomiędzy farmaceutą a pacjentem, który zjawia się w aptece w poszukiwaniu skutecznego środka odchudzającego.

Prawidłowa konsultacja farmaceutyczna, obejmująca m.in.:

- ocenę stopnia zaawansowania choroby (waga ciała, wskaźnik BMI, obwód pasa),
- edukację pacjenta – uświadomienie powikłań otyłości i możliwości terapeutycznych – niefarmakologicznych i farmakologicznych oraz wykluczenie przyczyn wtórnego otyłości – choroby, leki (tabela 1),
- ocenę ryzyka współistniejących chorób na podstawie dostępnych wyników badań (poziom glukozy, lipidogram, po- miar ciśnienia) oraz opisywanych objawów chorobowych,

**Temat nadwagi i otyłości poruszany jest stosunkowo często w rozmowie pomiędzy farmaceutą a pacjentem, który zjawia się w aptece w poszukiwaniu skutecznego środka odchudzającego.**



**Tabela 1.** Najistotniejsze choroby i leki będące przyczyną otyłości wtórnej [22]

Choroby i zaburzenia	Leki sprzyjające tyciu
<b>CHOROBY PODWZGÓRZA:</b> guzy, stany zapalne, urazy  <b>ENDOKRYNOPATIE:</b> niedoczynność tarczycy, choroba i zespół Cushinga, zespół wielotorbielowych jajników, niedobór hormonu wzrostu, hipogonadyzm  <b>GENETYCZNE:</b> zespół Turnera, Klinefeltera, Pradera-Williego, Lawrence'a Moona-Biedla	<b>NEUROLEPTYKI:</b> chloropromazyna, tiorydazyna, droperidol, haloperidol  <b>ANTYDEPRESANTY:</b> amitryptylina, imipramina, dezimipramina, doksepin, sole litu  <b>LEKI P/PADACZKOWE:</b> pochodne kwasu walproinowego, karbamazepina  <b>GLIKOKORTYKOSTEROIDY</b>  <b>PROGESTAGENY</b>  <b>LEKI P/CEUKRZYCOWE:</b> insulina, pochodne sulfonylomocznika  <b>LEKI P/SEROTONINOWE :</b> cyproheptadyna  <b>LEKI <math>\beta</math>-ADRENOLITYCZNE</b>

- może w istotny sposób przyczynić się do rozpoczęcia procesu terapeutycznego (odchudzania), a w sytuacjach sugerujących współistniejące schorzenia być sygnałem do wizyty u lekarza.

### PODSTAWOWE ZALECENIA DOTYCZĄCE NIEFARMAKOLOGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI

*Pacjent uświadomiony przez farmaceutę o konsekwencjach zdrowotnych wynikających z nadmiaru tkanki tłuszczowej (zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych czy nowotworowych prowadzące do przedwczesnego zgonu) będzie wykazywał większą motywację do podjęcia leczenia.*

Istotne znaczenie w postępowaniu leczniczym u osób z nadwagą i otyłością odgrywa edukacja pacjenta skoncentrowana na zmianie dotychczasowego stylu życia – właściwej diecie i zwiększeniu aktywności fizycznej [22]. Pacjent uświadomiony przez farmaceutę o konsekwencjach zdrowotnych wynikających z nadmiaru tkanki tłuszczowej (zwiększone ryzyko chorób sercowo-naczyniowych czy nowotworowych prowadzące do przedwczesnego zgonu) będzie wykazywał większą motywację do podjęcia leczenia. Niezwykle ważnym elementem jest informacja pacjenta o współczesnych możliwościach terapii otyłości, dostosowa-

nich do konkretnego przypadku klinicznego (tabela 2).

U osób z nadwagą lub otyłością należy wdrożyć kompleksowy, długoterminowy i kontrolowany program normalizacji masy ciała, oparty głównie na diecie z dziennym deficytem energetycznym o ok. 500-700 kcal oraz właściwie dobranym zestawem ćwiczeń fizycznych. Program taki wymaga monitorowania postępu terapeutycznego przez lekarza, dietetyka i/lub farmaceutę.

Prawidłowe zapotrzebowanie energetyczne organizmu człowieka uzależnione jest od szeregu czynników (wiek, płeć, wzrost, należna masa ciała czy aktywność fizyczna), powinno więc być kalkulowane indywidualnie dla każdej osoby (tabela 3).

Racjonalne i bezpieczne diety odchudzające opierają się na deficycie kalorycznym w stosunku do kalkulowanych potrzeb energetycznych dla danego pacjenta z odpowiednią podażą białka, węglowodanów, tłuszczy i soli mineralnych. Najczęściej zaleca się dietę w granicach 800-1400 kcal/dobę, uwzględniającą wszystkie niezbędne dla organizmu składniki w odpowiednio zmniejszonych ilościach, z maksymalnym ograniczeniem potraw tłustych. Wszelkiego typu „cudowne diety” opierające się na całkowitej eliminacji określonej grupy produktów spożywczych mogą prowadzić do powikłań zdrowotnych [19, 21].

**Węglowodany** powinny dostarczać około 40-55% dobowej porcji energii. Całkowita ich eliminacja w diecie nie jest wskazana, ponieważ może to powodować zużytowanie dostarczanego białka na cele energetyczne i prowadzić do wyniszczenia organizmu. Z tego powodu diety całkowicie wykluczające węglowodany są szkodliwe dla zdrowia. Należy przede wszystkim ograniczyć podaż produktów żywnościowych o indeksie glikemicznym powyżej 70 (produkty zawierające duże ilości cukru, np. słodycze, dżemy bogatocukrowe).

Podstawowe znaczenie w diecie odchudzającej ma zmniejszenie ilości spożywanych **tłuszczy** (< 30% dobowej racyj energii). Głównie eliminacji muszą podlegać tłuszcze nasycone (np. masło, pełnotłuste

mleko, słońina, produkty mięsne) na korzyść tłuszczy jedno- i wielonienasyconych, występujących np. w oliwkach, oleju rzepakowym, rybach, soi, ziarnach słonecznika, kukurydzy czy orzechach włoskich.

W każdej bezpiecznej diecie odchudzającej musi być dostarczana odpowiednia ilość **białka** koniecznego do budowy podstawowych składników organizmu. U dorosłych zalecana ilość białka to 0,8-1 g/kg należnej masy ciała, zaś u dzieci z racji trwającego procesu rozwoju organizmu 2-4 g/kg należnej masy ciała. Z zalecanych produktów zwierzęcych bogatobiałkowych należy wymienić chude mięso (np. chuda wołowina czy cielęcina, kurczak, białe mięso z indyka, szynka bez tłuszczu, polędwica, przetwory z królika), chudy twaróg, chude mleko oraz odtłuszczone jogurty i kefiry [19].

Wiele przepisów dietetycznych zaleca nieograniczone spożywanie w trakcie diety odchudzającej warzyw i owoców. Nie jest to prawidłowe postępowanie. Tylko warzywa o małej zawartości węglowodanów (< 20%) mogą być spożywane bez ograniczeń (przykładowo: sałata, ogórkki, pomidory, rzodkiewka, papryka, szpinak, szparagi, marchew, buraki, cebula, rzepa, seler). Te, które zawierają powyżej 20% węglowodanów, jak ziemniaki, suchy groch czy kukurydza, muszą być kalkulowane w dobowym bilansie energetycznym. Podobnie należy zwracać uwagę na ilość spozywanych owoców, nie przekraczając ilości 300 g/dobę. Jest to również uwarunkowane dużą zawartością węglowodanów, szczególnie fruktozy, która w nadmiarze może ulegać przekształceniu w komórkach tłuszczywych w triglicerydy.

Prawidłowo ułożona dieta odtłuszczająca, zawierająca wszystkie istotne składniki żywieniowe, powinna dostarczyć wystarczającej ilości witamin i soli mineralnych. Przy długoterminowym leczeniu odchudzającym (miesiące, lata) z wykorzystaniem diet deficytowych można zalecić pacjentowi stosowanie wielowitaminowych i wielomineralnych preparatów farmaceutycznych.

Niezwykle istotnym składnikiem diety odchudzającej jest odpowiednia podaż

**Tabela 2.** Strategia postępowania terapeutycznego u osób z nadwagą lub otyłością

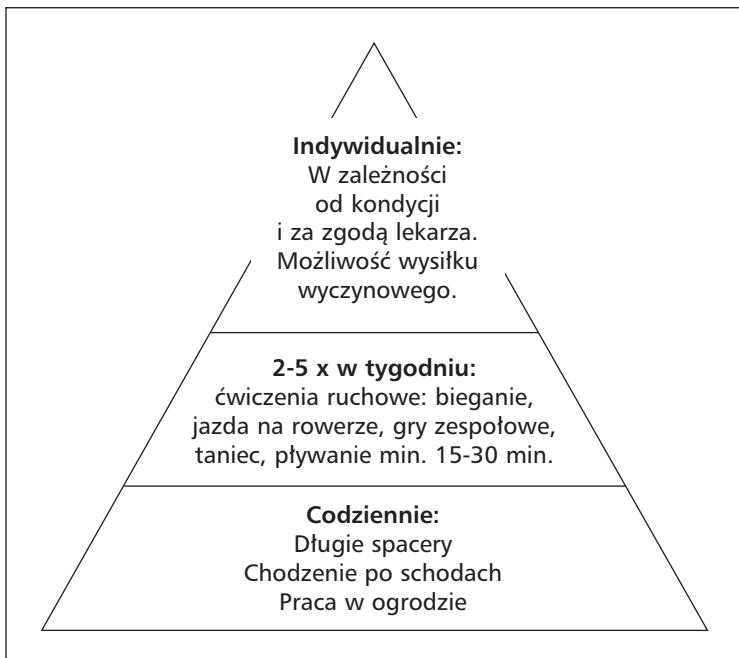
Klasyfikacja stopnia otyłości na podstawie wskaźnika BMI i pomiaru obwodu pasa	Postępowanie terapeutyczne
<b>BMI &lt; 25</b> <b>obwód pasa:</b> u kobiet < 80 cm u mężczyzn < 94 cm	<b>Prawidłowa masa ciała</b>  Prewencja otyłości – zdrowy styl życia
<b>BMI = 25-29</b> <b>obwód pasa:</b> u kobiet = 80-88 cm u mężczyzn = 94-102 cm	<b>Nadwaga – stan przed-otyłościowy</b>  Dieta niskokaloryczna + ↑ aktywności fizycznej + ewentualnie suplementy diety, a u pacjentów z BMI > 28 – orlistat 60 mg
<b>BMI &gt; 30</b> <b>obwód pasa:</b> u kobiet > 88 cm u mężczyzn > 102 cm	<b>Otyłość</b>  Dieta niskokaloryczna + ↑ aktywności fizycznej + orlistat i/lub silne leki ośrodkowo zmniejszające apetyt (sibutramina)
<b>BMI &gt; 40</b> <b>obwód pasa:</b> u kobiet > 88 cm u mężczyzn > 102 cm	<b>Zaawansowana otyłość</b>  W przypadku braku skuteczności leczenia dietetycznego i farmakologicznego – leczenie chirurgiczne (zabiegi bariatryczne)

błonnika (30-40 g/dobę) w postaci zwiększonej ilości spozywanych produktów żywnościowych bogatobłonnikowych (np. chleb razowy, płatki owsiane, otręby, marchew, jabłka) lub preparatów farmaceutycznych (tabletki, kapsułki zawierające błonnik). Błonnik nasila uczucie sytości, zmniejsza wchłanianie tłuszczy, cholesterolu i glukozy, poprawiając profil lipidowy. Niezależne od jego korzystnego wpływu redukującego masę ciała trzeba również pamiętać, że odpowiednia podaż błonnika reguluje perystaltykę przewodu pokarmowego, ułatwiając wypróżnienie. Nie można zapomnieć, iż spożywanie powyżej zalecanych dawek błonnika może być przyczyną pojawienia się efektów niepożądanych, jak: wzdęcia z gazami, bóle brzucha, biegunka

**Niezwykle istotnym składnikiem diety odchudzającej jest odpowiednia podaż błonnika (30-40 g/dobę) w postaci zwiększonej ilości spozywanych produktów żywnościowych bogatobłonnikowych (np. chleb razowy, płatki owsiane, otręby, marchew, jabłka) lub preparatów farmaceutycznych (tabletki, kapsułki zawierające błonnik).**

**Tabela 3.** Kalkulacja dobowego zapotrzebowania energetycznego organizmu człowieka [wg. 19]

Osoby dorosłe		
Energia podstawowa (w kcal) – energia potrzebna na podstawowe funkcjonowanie organizmu	Należna masa ciała x 20	
	Siedzący tryb życia	Energia podstawowa (kcal) + należna masa ciała x 6
	Umiarkowany tryb życia	Energia podstawowa (kcal) + należna masa ciała x 10
	Intensywny (sportowy) tryb życia	Energia podstawowa (kcal) + należna masa ciała x 20
Okres wzrostu, ciąży, karmienie piersią	Dodać 300-500 kcal	
Dzieci		
Do okresu pokwitania	1000 kcal + 100 kcal na każdy rok	
	Dziewczynki	2400-2800
	Chłopcy	2600-3400
Odjęcie od kalkulowanego zapotrzebowania energetycznego 750-1000 kcal/dobę prowadzi do tygodniowej utraty wagi o około 0,9-1,1 kg !		



Rys. 1. Piramida racjonalnego zwiększania aktywności fizycznej w zależności od kondycji organizmu

Należna masa ciała	
Kobiety	[wzrost (w cm) -100] - 10%
Mężczyźni	[wzrost (w cm) -100] - 5%

czy ryzyko niedoboru witamin i składników mineralnych.

Przykładem diety niewymagającej ustawnicznego kalkulowania kaloryczności spożywanych produktów żywnościowych jest dieta odłuszczająca uproszczona [19], w której pacjentowi zaleca się ograniczenie o 1/4 ilości potraw stosowanych dotychczas. Dieta ta nie wymaga żadnych jakościowych modyfikacji jadłospisu i jest stosunkowo dobrze znoszona przez pacjentów. O skuteczności tej diety może świadczyć fakt, iż ponad 50% osób otyłych stosujących tę dietę osiągnęło spadek masy ciała o ponad 10% w ciągu 6 miesięcy.

Podsumowując, należy podkreślić, iż bezpieczna i skuteczna dieta odłuszczająca, którą farmaceuta może zalecić pacjentowi długoterminowo, musi:

- zawierać odpowiednią dla wieku ilość białka,
- dostarczać odpowiedniej ilości węglowodanów (aby zapobiegać ketozie i oszczędzać podawane białko),
- dostarczać odpowiedniej ilości witamin i soli mineralnych.

Drugim niezależnym elementem procesu odchudzania jest właściwie dobrany wysiłek fizyczny, który prowadzi nie tylko do zmniejszenia masy tkanki tłuszczowej, ale również do poprawienia sprawności układu sercowo naczyniowego i gospodarki węglowej.

**Tabela 4.** Korzyści wynikające z treningu fizycznego u osób z otyłością [wg. 19]

• Zmniejszenie masy ciała
• Zmniejszenie insulinooporności
• Poprawa tkankowego zużycia glukozy i obniżenie glikemii
• Zmniejszenie zapadalności na chorobę wieńcową
• Poprawa samopoczucia

wodanowej (tabela 4). Pacjentom należy zalecić wysiłki długotrwałe o małej intensywności, wg. wytycznych umieszczonych w tabeli 5. Nagłe i intensywne rozpoczęcie treningu fizycznego u osób otyłych o słabej kondycji może doprowadzić do bardzo ciężkich powikłań zdrowotnych, toteż aktywność fizyczną należy zwiększać stopniowo, w miarę możliwości indywidualnych (rys. 1) [19, 22].

**Farmaceuta zobowiązany jest do poinformowania pacjenta, u którego wdraża się program ćwiczeń fizycznych mających na celu spalanie tkanki tłuszczowej, jak skutecznie a zarazem bezpiecznie, w zależności od wieku i innych czynników chorobowych, ma być on realizowany.**

### PODSTAWOWE ZASADY FARMAKOLOGICZNEGO LECZENIA OTYŁOŚCI

Farmakoterapia stanowi istotny element postępowania terapeutycznego u pacjentów ze wskaźnikiem BMI powyżej  $30 \text{ kg/m}^2$ , lub gdy wynosi  $27 \text{ kg/m}^2$ , ale istnieją dodatkowe czynniki ryzyka, jak cukrzyca czy dyslipidemia (tab. 2). Podstawowe znaczenie w farmakologicznym leczeniu otyłości odgrywają obecnie dwa leki: sibutramina oraz orlistat [6,12,15,18, 23]. Pokładane nadzieję w dopuszczonym do obrotu na terytorium krajów UE (w czerwcu 2006 r.) preparacie rimonabant (antagonista receptora kanabinoidowego CB<sub>1</sub>) legły w gruzach, gdy zaczęto zgłaszać u licznych pacjentów (10%) epiizody depresji oraz myśli samobójczych (u 1% pacjentów przyjmujących rimonabant). Konsekwencją tego było wycofanie preparatu z aptek w październiku 2008 roku przez Europejską Agencję Leków.

**Sibutramina** jest lekiem o ośrodkowym działaniu zmniejszającym łaknienie w wyniku hamowania wychwytu zwrotnego nora-drenalin i serotonin. Dodatkowo wykazuje również działanie termogeniczne (zwiększa wydatek energetyczny), stymulując receptory  $\beta_3$ -adrenergiczne w adipocytach. Ten podwójny mechanizm działania sprawia, że sibutramina okazała się lekiem

**Tabela 5. Podstawowe zasady treningu fizycznego u osób otyłych**

<b>Rodzaj wysiłku fizycznego</b>	Wysiłek aerobowy (tlenowy), np.: gimnastyka, marsz, wolny bieg (jogging), pływanie, gry zespołowe, jazda na rowerze
<b>Czas trwania ćwiczeń</b>	Nie mniej niż 15-30 min., w zależności od kondycji organizmu wskazane wydłużanie czasu treningu
<b>Częstość ćwiczeń fizycznych</b>	Min. 2-5 razy tygodniowo
<b>Intensywność ćwiczeń</b>	Ćwiczenie na poziomie 70-80% maksymalnej częstości pracy serca dla określonego wieku. W początkowym okresie treningu można kalkułować intensywność wg. wzoru: częstość pracy serca w czasie treningu = $0,6 \times (220 - \text{wiek})$
Maksymalna częstość pracy serca dla określonego wieku = 220 - wiek	

o uznanej skuteczności terapeutycznej, potwierzonej w licznych badaniach klinicznych [2, 8, 20]. Stosowana w standardowych dawkach 10 lub 15 mg/dobę przez okres 6-12 miesięcy w połączeniu z niskokaloryczną dietą i wysiłkiem fizycznym, może prowadzić do spadku masy ciała średnio o 10 kg. Leczenie sibutraminą wymaga monitorowania skuteczności i bezpieczeństwa terapii przez lekarza lub farmaceutę. Z jednej strony pewien mały odsetek pacjentów otyłych może nie reagować na leczenie sibutraminą – brak reakcji na leczenie w ciągu 4 tygodni stosowania jest sygnałem do odstawienia leku. Z drugiej strony należy zwrócić uwagę na ryzyko występowania działań niepożądanych, szczególnie w obrębie układu sercowo-naczyniowego (tachykardia, wzrost ciśnienia skurczowego i rozkurczowego, zaburzenia rytmu). Zwiększone ryzyko tych działań może być wynikiem interakcji z innymi stosowanymi lekami, np. inhibitorami MAO, tryptofanem, dihydroergotaminą, fentanylem, pentazocyną czy lekami wydłużającymi odstęp QT. Sibutramina jest przeciwwskazana u pacjentów z chorobą niedokrwienią serca, mózgu i kończyn dolnych, jak również w arytmach, niekontrolowanym nadciśnieniu, jaskrze i niewydolnością nerek [2, 8, 9, 10, 13].

Stosowanie innych leków o ośrodkowym mechanizmie działania anorektycznego, jak amfetamina, metamfetamina, fentermina,

**Leczenie sibutraminą wymaga monitorowania skuteczności i bezpieczeństwa terapii przez lekarza lub farmaceutę.**

**Sibutramina jest przeciwwskazana u pacjentów z chorobą niedokrwienią serca, mózgu i kończyn dolnych, jak również w arytmach, niekontrolowanym nadciśnieniu, jaskrze i niewydolnością nerek.**

- amfepramon, fendimetrazyna, mazyndol, fenfluramina czy deksfenfluramina, pomimo udowodnionej skuteczności terapeutycznej, obarczone jest wysokim ryzykiem działań niepożądanych (np. uzależnienie, nadciśnienie płucne, wady zastawkowe serca, arytmie komorowe), w wielu przypadkach zakończonych zgonem pacjenta [11]. Z racji ryzyka ciężkich powikłań zdrowotnych leki te praktycznie nie są już stosowane w terapii otyłości w krajach europejskich.

**Orlistat** jest pierwszym lekiem w leczeniu otyłości o mechanizmie działania związanym z hamowaniem wchłaniania tłuszczy w przewodzie pokarmowym (inhibitorki lipaz w przewodzie pokarmowym, w konsekwencji hamowanie rozkładu dostarczanych z pożywieniem triglicerydów) [4]. Praktyczny brak wchłanianości leku (biodostępność < 1%) sprawia, iż orlistat pozbawiony jest ogólnoustrojowych efektów niepożądanych. Hamowanie zaś wchłaniania tłuszczy w przewodzie pokarmowym, szczególnie w połączeniu z nadmiarem ich podaży z przyjmowanymi pokarmami, może prowadzić do pojawienia się objawów niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego, jak biegunka, wzdecia i oddawanie gazów, bóle brzucha, nietrzymanie stolca, plamienie tłuszczowe z odbytu czy uczucie naglego parcia na stolec. Co więcej, przewlekłe stosowanie leku, szczególnie w wyższych dawkach (120 mg), może również prowadzić do zaburzenia wchłaniania witamin rozpuszczalnych w tłuszczy (wit. A, D, E, K). Najbardziej znanym preparatem orlistatu w dawce 120 mg jest Xenical wydawany na podstawie recepty lekarskiej [7, 16].

Orlistat w dawce 60 mg (preparat ALLI) jest lekiem odchudzającym dopuszczonym do sprzedaży bez recepty (OTC) w USA i krajach Unii Europejskiej. Orlistat w tej dawce może zmniejszyć wchłanianie ok. 25% spożywanych tłuszczy, nieznacznie słabiej niż w dawce 120 mg (ok. 30% tłuszczy). Jest to niewątpliwie istotną zaletą, ponieważ zmniejszając dwukrotnie dawkę, tylko nieznacznie osłabiono efekt terapeutyczny. Dwukrotne obniżenie dawki substancji czynnej w istotny sposób ogranicza

również ryzyko działań niepożądanych ze strony przewodu pokarmowego, przy zachowaniu wymogów niskotłuszczonej diety. Prawdopodobieństwo wystąpienia działań niepożądanych wynikających z nieprawidłowej diety jest o ok. 33% mniejsze w przypadku orlistatu w dawce niższej, tj. 60 mg, jak również liczba pacjentów rezygnujących przez to z leku (41% mniej przypadków po dawce 60 mg w porównaniu z dawką 120 mg) [1, 14].

Preparat ALLI jest pierwszym sprawdzonym narzędziem farmakologicznym w rękach farmaceuty, który może go zalecić pacjentowi z nadwagą bądź otyłością. Wskazaniem do stosowania tego preparatu są osoby, u których prawidłowo kalkulowany wskaźnik BMI wynosi co najmniej 28 kg/m<sup>2</sup>. Dodatkowym ważnym elementem skutecznej kuracji musi być niskokaloryczna dieta o obniżonej zawartości tłuszczy. Stosowanie orlistatu w dawce 60 mg z zalecaną dietą pozwala zwiększyć skuteczność odchudzania nawet o 50% w porównaniu z pacjentami stosującymi samą dietę [1].

**Farmacea, podejmując decyzję o zastosowaniu orlistatu w dawce 60 mg u pacjenta pragnącego poddać się terapii odchudzającej, jest zobowiązany do udzielenia pełnej, rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej właściwego stosowania leku, rodzaju diety, ryzyka działań niepożądanych oraz monitorowania procesu terapeutycznego.**

Istotne znaczenie w spalaniu tkanki tłuszczowej (oprócz wysiłku fizycznego) odgrywa proces termogenezy, czyli produkcji energii cieplnej w organizmie. Leki pobudzające termogenesę prowadzą do ubytku tłuszczowej masy ciała. Poprzez ten mechanizm działa opisana wyżej sibutramina, ale również efedryna, kofeina czy blokująca receptory α<sub>2</sub> w adipocytach – johimbina. Czasami, w sytuacjach zatrzymania ubytku masy ciała pomimo realizowanych zaleceń dietetycznych i terapeutycznych, w kuracjach odchudzających wykorzystuje się efedrynę w połączeniu z kofeiną. Przyczyną okresowego zatrzymania ubytku masy ciała jest najprawdopodob-

**Farmacea, podejmując decyzję o zastosowaniu orlistatu w dawce 60 mg u pacjenta pragnącego poddać się terapii odchudzającej, jest zobowiązany do udzielenia pełnej, rzetelnej i zrozumiałej informacji dotyczącej właściwego stosowania leku, rodzaju diety, ryzyka działań niepożądanych oraz monitorowania procesu terapeutycznego.**

niej włączenie się w organizmie mechanizmów regulujących, które prowadzą do spowolnienia podstawowej przemiany materii. Przełamanie tego krytycznego momentu terapii można przyspieszyć przez okresowe zastosowanie wyżej wymienionej mieszanki termogenicznej, ściśle pod kontrolą lekarza z racji dużego ryzyka działań niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego [3, 17].

W farmakoterapii otyłości próbuje się stosować (na razie w fazie badań klinicznych) leki o innych wskazaniach, dla których zaobserwowano korzystny efekt re-

dukacji masy ciała po przewlekłym podaniu. Przykładem takich leków są dobrze znane w leczeniu depresji fluoksetyna i butyrynowy czy leki p/padaczkowe nowej generacji: topiramat i zonisamid.

Fluoksetyna (selektywny inhibitor wywodzenia zwrotnego serotonininy), podawana pacjentom w dawce 60 mg/dobę przez 6 miesięcy, może prowadzić do spadku masy ciała w granicach ok. 1-9 kg. Niestety, jej efekt odchudzający istotnie maleje z czasem stosowania, dlatego może ona mieć jedynie znaczenie kliniczne w początkowym etapie leczenia pacjentów otyłych z depresją. ➤

**Tabela 6.** Wybrane preparaty naturalne i suplementy diety stosowane w leczeniu uzupełniającym nadwagi i otyłości [19, 22, 23]

Preparat	Prawdopodobny mechanizm działania i efekty kliniczne
Kwas linolenowy skoniugowany (CLA)	↓ triglicerydów i ↓ różnicowania adipocytów → ↑ lipolizy i termogenezy Spadek masy ciała po 12 tyg. stosowania
Chitozan	<b>Wiązanie i hamowanie wchłaniania tłuszczu</b> UWAGA: może wiązać i zmniejszać wchłanianie innych równocześnie stosowanych leków! → należy zachować odstęp czasowy
Substancje hydrofilne, pęcznające np. agar, włókna ksantanowe, pektyny	Wypełniacze żołądkowe → efekt „zasycenia”
Zielona herbata	↓ wchłaniania glukozy, tłuszczu i ↑ metabolizmu komórkowego
Ocet winny jabłkowy	↑ metabolizmu węglowodanów i tłuszczów
Fasolamina (wyciąg z fasoli zwyczajnej)	Hamowanie $\alpha$ -amylazy w przewodzie pokarmowym ↓ zmniejszenie trawienia wielocukrów i wchłaniania glukozy
L-karnityna	Ułatwienie transportu kwasów tłuszczywych do mitochondrium w komórkach mięśniowych pod warunkiem równoczesnego wysiłku fizycznego
Chrom organiczny	↑ wydzielania insuliny ↓ poprawa gospodarki węglowodanowej i tłuszczowej
Ananas jadalny – substancja czynna → Bromelina	Przyspieszenie przemiany materii
Garcinia cambogia – substancja czynna → kwas hydroksycytrynowy (HCA)	↑ termogenezy i spalania tkanki tłuszczywej
Amorphophallus Konjac – Dziwidło substancja czynna – glukomannan	↓ wchłaniania tłuszczu i cholesterolu
Hoodia pilifera	Ośrodkowe hamowanie łaknienia

- Bupropion jako inhibitor wychwytu zwrotnego noradrenaliny i dopaminy powoduje u pacjentów otyłych z depresją średni spadek masy ciała o ok. 4,5 kg w czasie rocznej terapii.

**Istotną rolę uzupełniającą w terapii otyłości, jak i w jej profilaktyce, odgrywają również preparaty naturalne oraz suplementy diety. Trudno jest jednoznacznie ocenić ich skuteczność czy też precyzyjnie wyjaśnić ich mechanizm działania.**

**Poznawanie nowych mechanizmów i substancji regulujących apetyt człowieka może w najbliższych latach zaowocować stworzeniem nowego leku odchudzającego o zupełnie odmiennym punkcie uchwytu niż obecnie stosowane.**

- Podobnie leki przeciwpadaczkowe: piramat i zonisamid wykazały korzystny wpływ na redukcję masę ciała. Trwają obecnie badania mające na celu ocenę długoterminowego ich stosowania u pacjentów otyłych [5].

Istotną rolę uzupełniającą w terapii otyłości, jak i w jej profilaktyce, odgrywają również preparaty naturalne oraz suplementy diety (tab. 6). Trudno jest jednoznacznie ocenić ich skuteczność czy też precyzyjnie wyjaśnić ich mechanizm działania, ponieważ nie mają one przeprowadzonych pełnych kompleksowych badań klinicznych. Niezaprzecjalną ich zaletą jest minimalne ryzyko działań niepożądanych po stosowaniu zgodnie z zaleceniami.

Poznawanie nowych mechanizmów i substancji regulujących apetyt człowieka może w najbliższych latach zaowocować stworzeniem nowego leku odchudzającego o zupełnie odmiennym punkcie uchwytu niż obecnie stosowane. Prowadzone badania eksperymentalne oraz kliniczne koncentrują się na poszukiwaniu związków wpływających hamującą na endogenne stymulatory apetytu, takie jak neuropeptyd Y, grena, galanina, bądź stymulująco na inhibitory łaknienia: bombezyna, cholecystokina, hormon melanotropowy. Obiecujące wyniki badań farmakologicznych przeprowadzonych na zwierzętach dla wielu nowych substancji, jak na razie, nie znalazły odzwierciedlenia w badaniach klinicznych u ludzi.

**Farmaceuta, wydając pacjentowi lek odchudzający z przepisu lekarza bądź bez recepty, musi bezwzględnie:**

- wyjaśnić w możliwie zrozumiałym sposób działanie leku oraz jak szybko należy spodziewać się efektu terapeutycznego – spadku masy ciała,
- precyzyjnie wyjaśnić, jak dany lek należy właściwie stosować,

- ustalić z pacjentem, czy nie ma w jego przypadku istotnych przeciwwskazań do stosowania specyfiku,
- poinformować pacjenta o możliwych działaniach niepożądanych, ich zapobieganiu oraz zwrócić szczególnie uwagę na te, które wymagają natychmiastowego przerwania kuracji,
- ustalić na podstawie wywiadu z pacjentem, czy nie stosuje on innych leków, które mogą wchodzić w niekorzystne interakcje z zalecanym lekiem odchudzającym,
- podkreślić fakt, iż niezależnie od stosowanego środka odchudzającegoasadniczą rolę odgrywa dieta niskokaloryczna i aktywność fizyczna.

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Jacek Sapa  
Pracownia Wstępnych Badań Farmakologicznych  
Katedry Farmakodynamiki UJ CM  
ul. Medyczna 9  
68-812 Kraków  
tel. 012 620 55 30

Piśmiennictwo:

1. Anderson J.: *Orlistat for the management of overweight individuals and obesity: a review of potential for the 60-mg, over-the-counter dosage.* Expert Opin. on Pharmac. 2007; 8 (11): 1733-1742.
2. Arterburn D.E., Crane P.K., Veenstra D.L.: *The efficacy and safety of sibutramine for weight loss: a systematic review.* Arch. Intern. Med., 2004; 164: 994-1003.
3. Astrup A., Toubro S., Cannon S., Hein P., Madsen J.: *Thermogenic synergism between ephedrine and caffeine in healthy volunteers: a double blind, placebo-controlled study.* Metabolism, 1991; 40: 323-329.
4. Chanoine J.P., Hampl S., Jensen C., Boldrin M., Hauptman J.: *Effect of orlistat on weight and body composition in obese adolescents: a randomized controlled trial.* JAMA, 2005; 293: 2873-2883.
5. Gadde K.M., Franciscy D.M., Wagner H.R.2nd, Krishnan K.R.: *Zonisamide for weight loss in obese adults: a randomized controlled trial.* JAMA, 2003; 289: 1820-1825.
6. Halford J.C.: *Pharmacotherapy for obesity.* Appetite, 2006; 46: 6-10.
7. Hutton B., Fergusson D.: *Changes in body weight and serum lipid profile in obese patients treated with orlistat in addition to a hypocaloric diet: a sys-*

- tematic review of randomized clinical trials. Am. J. Clin. Nutr., 2004; 80: 1461-1468.
8. James W.P.: *The SCOUT study: risk-benefit profile of sibutramine in overweight high-risk cardiovascular patients*. Eur. Heart J. Suppl., 2005; 7 (Suppl. L): L44-L48.
  9. James W.P., Astrup A., Finer N., Hilsted J., Kopelman P., Rössner S., Saris W.H., Van Gaal L.F.: *Effect of sibutramine on weight maintenance after weight loss: a randomised trial. STORM Study Group. Sibutramine Trial of Obesity Reduction and Maintenance*. Lancet, 2000; 356: 2119-2125.
  10. Nisoli E., Carruba M.O.: *A benefit t-risk assessment of sibutramine in the management of obesity*. Drug Saf., 2003; 26: 1027-1048.
  11. Lisa L. Ioannides-Demos, Proietto J., Tonkin A.M., McNeil J.J.: *Safety of drug therapies used for weight loss and treatment of obesity*. Drug Safety, 2006; 29(4): 277-302.
  12. Li Z., Maglione M., Tu W., Mojica W., Arterburn D., Shugerman L.R., Hilton L., Suttorp M., Solomon V., Shekelle P.G., Morton S.C.: *Metaanalysis: pharmacologic treatment of obesity*. Ann. Intern. Med., 2005; 142: 532-546.
  13. Nisoli E., Carruba M.O.: *A benefit t-risk assessment of sibutramine in the management of obesity*. Drug Saf., 2003; 26: 1027-1048.
  14. O'Meara S., Riemsma R., Shirran L., Mather L., ter Riet G.: *A systematic review of the clinical effectiveness of orlistat used for the management of obesity*. Obes. Rev., 2004; 5: 51-68.
  15. Padwal R.S., Majumdar S.R.: *Drug treatments for obesity: orlistat, sibutramine, and rimonabant*. Lancet, 2007; 369: 71-77.
  16. Rossner S., Sjostrom L et al.: *Weight Loss, Weight Maintenance, and Improved Cardiovascular Risk Factors after 2 Years Treatment with Orlistat for Obesity*. Obesity Research, 2000; 8(1): 49-69.
  17. Shekelle P.G., Hardy M.L., Morton S.C., Maglione M., Mojica W.A., Suttorp M.J., Rhodes S.L., Jungvig L., Gagne J.: *Efficacy and safety of ephedra and ephedrine for weight loss and athletic performance: a meta-analysis*. JAMA, 2003; 289: 1537-1545.
  18. Surowiec S., Jankowski P.: *Farmakologiczne leczenie otyłości u dorosłych*. Polski Przegląd Kardiologiczny. 2007, 9, 3, 221-225.
  19. Tatoń J., Czech A., Bernas M.: *Otyłość, zespół metaboliczny*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007.
  20. Wooltorton E.: *Obesity drug sibutramine (Meridia): hypertension and cardiac arrhythmias*. CMAJ, 2002; 166: 1307-1308.
  21. Zahorska-Markiewicz B.: *Aktualna strategia leczenia otyłości*. Kardiologia w Praktyce, 2004; 3: 8-13.
  22. Zahorska-Markiewicz B.: *Otyłość – poradnik dla lekarzy*. Archi-Plus, Wyd. 1 Kraków 2002.
  23. Zięba R.: *Otyłość: przegląd aktualnie stosowanych leków i nowych związków poddawanych ocenie klinicznej*. Postępy Hig. Med. Dos., 2007; 61; 612-626.

**WCIAZ ATRAKCYJNE CENY**

**KARSTULAN  
METALLIOY**

## KOMORY LAMINARNE

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

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

**NAJWYŻSZA JAKOŚĆ  
ATRAKCYJNA CENA**



**LAMIL**

Produkowane w kilku wersjach rozmiarowych:

- **MINIFIL E** — 680 x 400 x 1032 mm
- **MINIFIL** — 680 x 400 x 1158 mm
- **MIKROFIL** — 680 x 598 x 1158 mm
- **LAMIL** — 1000 x 598 x 1263 mm

Polecamy również:

- komory laminarne do aptek szpitalnych
- komory laminarne do prac z cytostatykami
- profesjonalne urządzenia do oczyszczania powietrza w pomieszczeniach, gdzie wy-magana jest wysoka klasa czystości: **C. A. PLUS 350 i C. A. PLUS 850**.

### Urządzenia KARSTULAN METALLI to:

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

Wyłączny importer i przedstawiciel:

**PHU SELMA IMPORT-EXPORT**  
ul. Cieszyńska 4/85, 02-716 Warszawa  
tel. 0-22 847 8138, 0-601 347421  
tel./fax 0-22 646 1320  
[www.selma.pl](http://www.selma.pl) e-mail: [selma@post.pl](mailto:selma@post.pl)

# LAWENDA WĄSKOLISTNA ROŚLINA SPROWADZAJĄCA SZCZĘŚCIE

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

*jerzy.jambor@phytopharm.com.pl*

**Czy to prawda, że w dawnych czasach niektórym roślinom przypisywano rolę amuletów?**

Tak. Takim roślinnym amuletem była na przykład lawenda. Wiele ludów Europy uważało, że przynosi szczęście, urodzaj i bogactwo.

**Zapewne z powodu niezwykłej urody tej niewielkiej, pełnej aromatu rośliny. Jak przedstawia się jej opis botaniczny?**

Lawenda wąskolistna (*Lavandula officinalis*) jest półkrzewem, około 0,5 m wysokim, o prostych, silnie rozgałęziających się łodygach. Posiada pojedyncze, krótkoogonkowe, równowąskie liście, o podwiniętym brzegu. Kłosowy kwiatostan lawendy złożony jest z kilku okółków kwiatów, wyrastających w pachwinach wydłużonych przykwiatków. Kwiaty są wyraźnie dwuwargowe o fioletowej koronie. Lawenda kwitnie od lipca do końca sierpnia. Owocem jest rozłupnia o 4 rozłupkach. Cała roślina wyróżnia się silnym aromatycznym zapachem. Lawenda wąskolistna nazywana jest też lawendą lekarską lub prawdziwą.

**Czy lawenda jest gatunkiem wyjątkowym, czy też przeciwnie: w rodzinie, do której należy, jest**

**więcej gatunków uważanych za lecznicze bądź przyprawowe?**

Rodzaj lawenda (*Lavandula*) należy do rodziny jasnotowatych (*Lamiaceae*). Jest to rodzina licząca około 3500 gatunków zamieszkujących całą kulę ziemską, głównie jednak obszar śródziemnomorski. Charakterystyczną cechą jasnowatych jest wytwarzanie olejków lotnych. Dawniej rodzina ta nosiła nazwę wargowych (*Labiatae*). W Polsce rośnie blisko 80 gatunków należących do rodziny jasnotowatych. Są to na przykład tak pospolite rośliny naszej flory jak kwitnący wczesną wiosną na przydrożach i w zaroślach bluszczyk kurdybanek. Do rodziny tej należą też różne gatunki z rodzajów jasnota, szalwia, macierzanka, mięta czy żółto kwitnący w lasach gajowiec żółty. Należący do rodziny jasnowatych rodzaj lawenda liczy około 30 gatunków.

**Sałwia i mięta mogą być stosowane zarówno w farmacji jak i w kuchni?**

Rzeczywiście, duża zawartość olejków eterycznych sprawia, że liczne gatunki z rodziny jasnotowatych znajdują zastosowanie jako przyprawy. Szczególne znaczenie mają w przemyśle kosmetycznym, a właści-

wie w przemyśle perfumeryjnym. Wiele gatunków z rodziny jasnotowatych to też cenne rośliny lecznicze.

**Gdzie występuje lawenda? Oczywiście myśle o stanie naturalnym, bo w całej Europie, także w Polsce, jest uprawiana w ogródkach przydomowych.**

Lawenda wąskolistna rośnie dziko w rejonie Morza Śródziemnego na wapiennych, suchych wzgórzach. Obecnie uprawiana jest w wielu krajach Europy, a także w Ameryce Północnej. W Polsce pierwsze próby uprawy lawendy podjęto już w latach trzydziestych XX wieku. W ostatnim dziesięcioleciu mistrzem w uprawie lawendy w Polsce stała się firma Kawon z Gostynia. Znany plantator ziół Tadeusz Nowak, twórca wielu nowoczesnych metod uprawy roślin leczniczych, założyciel firmy Kawon, w ostatnich latach uprawę tej rośliny opanował do perfekcji. Gostyńskie plantacje lawendy uważam za najlepsze w Polsce.

**Czy produkcja lawendy jako surowca farmaceutycznego i kosmetycznego jest trudna?**

Należy wiedzieć, że do celów farmaceutycznych kwiatostany lawendy zbiera się w lip-

cu lub sierpniu, a więc w początkowym okresie rozwijania. Suszy się je w temperaturze nie przekraczającej 35°C. Następnie wysuszone kwiatostany okrusza się na sitach i odrzuca szypułki. Otrzymuje się surowiec, kwiat lawendy (*Lavandulae flos*). Obecnie na świecie surowiec otrzymuje się z różnych odmian hodowlanych lawendy.

**Głównym składnikiem lawendy jest olejek eteryczny. Jaki jego składnik jest najważniejszy?**

Kwiat lawendy zawiera około 3% olejku eterycznego. Głównymi składnikami olejku są estry linalolu, których zawartość sięga nawet 60%. Najważniejszym w tej grupie estrem jest octan linalilu, związek o bardzo przyjemnym zapachu. Olejek lawendowy zawiera też takie związki jak borneol, cyneol, geraniol. Skład chemiczny olejku wykazuje dużą zmienność. Kwiat lawendy zawiera również garbniki – charakterystyczne dla rodziny jasnowatych, związki triterpenowe, pochodne kumaryny (między innymi herniarynę), antocyjany, fitosterole.

**Lawenda miło pachnie, a więc kojarzy się raczej z przemysłem perfumeryjnym niż z medycyną...**

Z kwiatu lawendy otrzymuje się jednak cenne preparaty lecznicze. Mają one działanie uspokajające i rozkurczające mięśnie gładkie. Spowodowane jest to przede wszystkim obecnością olejku eterycznego. Preparaty te znajdują zastosowanie jako skuteczne



© Wiktor Szukiel

środki w zaburzeniach samopoczucia, stanach niepokoju i trudnościach zasypiania. Ponadto są też stosowane w funkcjonalnych dolegliwościach w nadbrzuszu, jak na przykład w nerwowym podrażnieniu żołądka, wzdeciach, nerwowych dolegliwościach jelit. Preparaty lawendowe lub czysty olejek lawendowy mają też zastosowanie w balneoterapii, głównie w leczeniu czynnościowych zaburzeń krążenia. Olejek lawendowy wcho-

dzi też w skład niektórych preparatów do nacierań przeciwreumatycznych.

**Tradycyjną metodą produkcji olejku eterycznego była odsetek lat destylacja.**

I to się nie zmieniło. Olejek lawendowy nadal otrzymuje się przed destylacją z parą wodną świeżych kwiatów lub kwiatostanów lawendy. W zależności od odmiany i pochodzenia surowca skład olejku może wykazywać znaczne różnice.

**Co trzeba zrobić, aby uzyskać olejek najlepszej jakości?**  
 Dużo zależy od odmiany, a jest ich w przypadku lawendy wąskolistnej wiele. Panuje pogląd, że nadal jeszcze najwyższej jakości olejek lawendowy otrzymuje się z odmiany *Lavandula officinalis var. delphinensis*. Jest to lawenda, którą we Francji nazywa się „fine lavande”. Dość powszechnie uprawiana we Francji „moyenne lavande” to odmiana *Lavandula officinalis var. fragrans*. Jednak z tej lawendy otrzymuje się olejek nieco gorszej jakości. Lawenda o nazwie „grosse lavande” to mieszaniec lawendy wąskolistnej z lawendą szerokolistną, zwaną najczęściej lawendą spiką (*Lavandula latifolia*). Lawenda ta jest bardzo odporna na złe warunki klimatyczne i glebowe, jest bardziej trwała i daje większą wydajność olejku w porównaniu z lawendą wąskolistną.

**W literaturze można niekiedy znaleźć wzmianki o olejku stałym. Co to takiego jest?**

Olejek lawendowy stały („concrete”) to olejek otrzymany przez ekstrakcję suchych kwiatostanów lawendy eterem naftowym. Po usunięciu wosków z olejku stałego otrzymuje się produkt w stanie ciekłym – tzw. olejek absolutny. Francuski olejek „concrete” to ciemnozielona masa rozpuszczalna w różnych innych olejkach eterycznych. Istnieją też bezbarwne stałe olejki lawendowe, otrzymane po procesie odbarwienia – są to olejki najbardziej cenione przez przemysł kosmetyczny.

**A więc jednak lawenda może być identyfikowana z perfumami?**

To dlatego, że największe ilości olejku lawendowego używane są w przemyśle perfumeryjnym, szczególnie do wyrobu wody kolońskiej oraz różnych kompozycji perfumeryjnych typu Chypre. Ze względu na wysoką cenę jest rzadko używany do perfumowania mydeł czy też innych produktów kosmetycznych. Na szczególną uwagę zasługuje jednak zastosowanie olejku lawendowego w fabrykach... porcelany. Olejek ten używany jest jako rozpuszczalnik do niektórych farb do malowania porcelany.

**Olejek jest drogi, a więc można przypuszczać, że niekiedy bywa zafałszowywany.**

Dawniej fałszowano drogi olejek lawendowy tanim olejkiem terpentynowym. Obecnie fałszowany jest octanem terpinylu lub innymi estrami. Zafałszowania olejku lawendowego są bardzo łatwe do wykrycia. Pewną trudność stwarzają jedynie zafałszowania olejku octanem linalilu.

**Czy można samodzielnie wyprodukować wodę lawendową?**

Oczywiście. Podaję najprostszego przepisu na klasyczną angielską wodę lawendową (Lavender Water):

– olejek lawendowy angielski	1,5
– olejek lawendowy francuski	0,5
– olejek bergamotowy	1,0
– olejek z szałwii muszkatołowej	0,1
– nalewka cybetowa	0,4
– nalewka z korzenia fiołkowego	0,5
– etanol 90°	od 100,0

**W przepisie jest mowa o angielskim i francuskim olejku lawendowym. Są więc narodowe tradycje produkcji tego aromatycznego surowca?**

Bardzo ceniony w Anglii olejek lawendowy angielski, produkowany jest w stosunkowo niewielkich ilościach. Jest to olejek o niskiej zawartości estrów. Zawiera natomiast eukaliptol, w związku z czym jego zapach w porównaniu z oleikiem francuskim jest mniej słodki, bardziej kamforowo-eukaliptusowy. Lawendowe przetwory znane były też w innych krajach. I tak, Larendogra – Eau de la reine d’Hongrie, czy też Aqua Regina Hungarieae (Woda Królowej Węgier), to nic innego jak wódka lawendowa. W XVIII wieku elegantki nosiły ze sobą flakoniki z larendogrą jako środkiem do trzeźwienia mdlejących.

**Ten termin, larendogra, znany jest przecież polonistom...**

Właśnie. Jak wynika z literatury, larendogra to XIV-wieczny polski wkład w historię światowej perfumerii. Pierwsze w historii alkoholowe perfumy powstały dzięki Elżbiecie, królowej Węgier, córce Władysława Łokietka. Prawdopodobnie było to dzieło jej nadwornego alchemika. W roku 1370 na dworze Karola V Mądryego, króla Francji miała miejsce pierwsza publiczna prezentacja niezwykłej Wody Królowej Węgier – larendogry (jak ją później nazywano). Do czasu pojawiania się wody kolońskiej, czyli do pierwszej połowy XVIII wieku, Woda Królowej Węgier była najważniejszym środkiem zapachowym i... lecz-



niczym na wszystkich europejskich dworach.

#### To była taka sama woda lawendowa jak współczesne jej odpowiedniki?

Dawna larendogra była destylowaną nalewką z mieszanki ziołowej składającej się z lawendy oraz mięty, szalwii, maderanku i kwiatu pomarańczy. Niektóre źródła podają, że larendogra to destylowana nalewka z lawendy oraz rozmarynu i tymianku. Prawdopodobnie istniało wiele różnych receptur, jednak zawsze głównym składnikiem Larendogry była lawenda.

#### Chciałabym jeszcze prosić o scharakteryzowanie lawendy jako przyprawy kuchennej...

Oczywiście, kwiat lawendy to też przyprawa. Posiada duże znaczenie w kuchni francuskiej, hiszpańskiej i włoskiej.

Szczególnie popularna jest mieszanka przyprawowa „Herbes de Provence” złożona z lawendy, lebiodki, hyzopu, bazylii, cząbru i tymianku. W przypadku stosowania lawendy jako przyprawy należy pamiętać o jednej bardzo istotnej zasadzie: lawendy nie wolno w kuchni łączyć z rozmarynem. W krajach śródziemnomorskich wrzuca się też gałuszki lawendy do ognia podczas pieczenia mięsa na ruszcie. Nabiera ono wówczas przyjemnego posmaku.

#### Czy lawenda należy do grupy ziół zodiakalnych?

Maria Macioti w swojej książce „Mity i magie ziół” zalicza lawendę do grupy ziół zodiakalnych. Lawenda, piołun, bazylia i pieprz to zodiakalne zioła dla urodzonych pod znakiem Barana, to zioła osób wyróżniają-

cych się wielką energią, ambicją, impulsywnością, bojowością i uporem. Uważa się, że lawenda, jako „astralna esencja Barana”, ma łagodzić charakterystyczny, eliminować konflikty, zażegniawać niebezpieczeństwa.

#### Dziękuję za rozmowe.

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Jerzy Jambor  
Phytopharm Klęka SA  
Klęka 1  
63-040 Nowe Miasto n/Wartą  
tel. 061 286 80 00

Redakcja dziękuje dyrektorowi Krzysztofowi Nowakowi za umożliwienie wykonania zdjęć lawendy na terenie Zakładu Zielarskiego KAWON-HURT Nowak Sp.j. w Gostyniu.

# OTYŁOŚĆ I NADWAGA JAKO PROBLEM ZDROWOTNY



Obrady konferencji w Kielcach

**W** ramach realizacji inicjatywy „Rok 2009 rokiem walki z nadwagą i otyłością” redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” we współdziałaniu z Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Lublinie i Okręgową Izbą Aptekarską w Krakowie i Poznaniu zorganizowała konferencje poświęcone otyłości i nadwadze w Krakowie (21.03), Rzeszowie (25.04), Lublinie (09.05), Gdyni (27.06), Poznaniu (05.09), Kielcach (12.09) i Opolu (13.09).

**W POZNANIU, KIELCACH I OPOLU** wykłady przeprowadzili kierownik Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego UJ CM – prof. dr hab. n. farm. Barbara Filipek, dr n. farm. Jacek Sapa z Wydziału Farmaceutycznego UJ CM i dr n. farm. Marek Jędrzejczak – wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Uczestnicy konferencji zapoznali się z następującymi problemami: kliniczną definicją i klasyfikacją otyłości • epidemiologią, etiopatogenezą oraz czynnikami metabolicznymi, endokrynologicznymi, genetycznymi i środowiskowymi sprzyjającymi nadwadze i otyłości • klinicznymi następstwami otyłości • optymalizacją farmakoterapii w otyłości • rolą farmaceuty jako dorad-

cy i opiekuna pacjenta z nadwagą i otyłością • zaburzeniami lipidowymi • wpływem obturacyjnego bezdechu sennego (OBS) na terapię niektórych schorzeń przewlekłych • niefarmakologicznymi i farmakologicznymi sposobami leczenia zaburzeń lipidowych oraz z nowymi kierunkami w leczeniu nadwagi i otyłości m.in. za pomocą preparatu alli.

Gośćmi i jednocześnie uczestnikami konferencji byli w Poznaniu: prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej – dr. Tadeusz Bąbelek, przewodnicząca Stowarzyszenia Farmaceutów Katolickich Polski – mgr farm. Barbara Fiklewicka-Dreszczyk, kierownik Pracowni Farmacji Praktycznej w Katedrze Technologii Postaci Leku UM w Poznaniu – dr n. farm. Arleta Matschay wraz z zespołem; w Kielcach – prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej – mgr farm. Bożena Śliwa; w Opolu: prezes Okręgowej Izby Aptekarskiej – mgr farm. Andrzej Prygiel i wiceprezes NRA – mgr farm. Joanna Piątkowska.

Wykłady, podobnie jak na wszystkich wymienionych konferencjach, zakończyły się testem. Większość uczestników obu konferencji zaliczyła test i otrzymała punkty edukacyjne tzw. „twarde” i punkty edukacyjne tzw. „miękkie” za udział w konferencji.

Partnerem edukacyjnym konferencji był Pharm-Assist i GSK. (bo)



Obrady konferencji odbyły się w auli Państwowej Medycznej Wyszej Szkoły Zawodowej w Opolu ➤



Uczestnicy konferencji w Poznaniu

Wrocław, dnia 14.10.09.

Sz. Pan  
 Wiktor Szukielski  
 Wydawca Redaktor Naczelny  
 „Czasopisma Aptekarskiego”  
 ul. Obarowska 23/2  
 04-337 Warszawa

W związku z Pana pismem z 07.10.2009 r. i artykułem w „Czasopiśmie Aptekarskim” autorstwa dr Jerzego Łazowskiego, Sekretarza Naczelnego Izby Aptekarskiej, pozwalam sobie przesłać parę uwag odnoszących się do poruszonych w nim kwestii. Nie chciałbym jednocześnie, aby potraktował Pan je jako polemikę z dr. Łazowskim, ponieważ polemizować nie zamierzam. Pan dr Łazowski ma prawo do swoich subiektywnych ocen, chociaż rzeczywistość może wyglądać zupełnie inaczej.

Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne od lat jest członkiem Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP) i uczestnikiem organizowanych przez nią światowych kongresów farmacji i nauk farmaceutycznych. Nie jest prawdą, że fotel na odbywających się w czasie kongresów Radach FIP jest miejscem zarezerwowanym dla prezesa PTFarm. Każdorazowo przed Kongresem władze FIP pisemnie zadają pytanie, kto będzie reprezentował Towarzystwo w obradach Rady FIP, a Prezydium PTFarm deleguje na nie konkretne osoby. Na ostatnim Kongresie w Turcji była to moja osoba, w zeszłym roku delegowano mgr Elżbietę Góral z Warszawy, która ze względów zdrowotnych nie mogła wziąć udziału w obradach Rady FIP, natomiast dwa lata temu delegatem była prof. Krystyna Olczyk. W przeszłości delegatem na kongresy był m.in. prof. Jana Pachecka. Wprawdzie nie odnotowuje się godzin wejść i wyjść tych osób na salę obrad (chyba, że robi to dr Łazowski), ale zapewniam, że miejsce delegata naszego Towarzystwa nie jest bezustannie puste.

Oczywiście delegowanie poszczególnych osób do udziału w kongresach FIP nie oznacza, że mają one ambicje i chcą być działaczami Federacji. Z kilku powodów, ale głównie braku czasu (dobra ma tylko 24 godziny), ja również nigdy takich chęci nie deklarowałem. Jednak, jeżeli władze FIP przed kongresami wyborczymi zwracają się do PTFarm z pytaniem czy osoby z naszego Towarzystwa będą kandydować na wakujące miejsca, każdorazowo staramy się znaleźć odpowiednich kan-

dydatów. Niestety wielokrotnie spotykamy się z ich odmową, głównie z braku czasu.

Dodatkowo pragnę zwrócić uwagę, że wyjazdy osób delegowanych nie ograniczają się wyłącznie do spraw organizacyjnych. Każdorazowo każdy z nas bierze również czynny udział w części naukowej kongresów. Na ostatnim, w Turcji, prezentowałem dwa doniesienia naukowe, prof. Krystyna Olczyk, jedno, również trzy lata temu na kongresie w Pekinie byliśmy autorami prezentowanych tam prac.

Dr Łazowski pisze w artykule o niemożliwości skontaktowania się ze mną w Stambule przez dr. Manasse („zaprzyjaźnionego” z dr. Łazowskim „sekretarza naukowego FIP”), ze względu na moją nieobecność, a chcącego omówić ewentualną organizację Kongresu w Warszawie.

Dziwi mnie fakt, że szukał tego kontaktu przez dr Łazowskiego. PTFarm utrzymuje kontakty z władzami FIP korzystając z poczty elektronicznej (pisma przychodzą zarówno na moją pocztę do Wrocławia, jak i do Biura Zarządu Głównego do Warszawy), a także zwykłej poczty. Otrzymujemy pisma i na nie odpowiadamy, a więc z tymi kontaktami nie ma żadnego problemu. Natomiast organizacja kongresu w Warszawie to zbyt poważna sprawa, aby omawiać ją w czasie koktajli, na które zresztą nie mam obowiązku chodzić. A tak na marginesie – przyjęcia towarzyskie nie są moim celem w czasie kongresu. Decyzja o organizacji Kongresu w Warszawie należy do władz statutowych Towarzystwa (Prezydium i Zarządu Głównego). Jest to nie tylko wielki zaszczyt, ale przede wszystkim ogromne przedsięwzięcie logistyczne, organizacyjne, a przede wszystkim finansowe. Kongresy FIP to blisko 2 tys. uczestników i muszą wcześniej zdeklarować się osoby, które zechcą na jego organizację poświęcić bardzo dużo czasu i wysiłku, a także trzeba znaleźć odpowiednie zabezpieczenie finansowe (co na pewno nie będzie rzeczą łatwą).

Kończąc mam nadzieję, że dostatecznie merytorycznie ustosunkowałem się do stawianych w artykule problemów i to wyczerpuje temat. Trudno mi liczyć na życzliwość autora artykułu w przyjęciu mojej argumentacji, sadzę jednak, że czytelnicy „Czasopisma Aptekarskiego” będą mi bardziej przychylni.

Z poważaniem  
 prof. dr hab. Janusz Pluta  
 Prezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

# WRZEŚNIOWE SPOTKANIA HISTORYKÓW FARMACJI I MEDYCINY

*doc. dr hab. Anita MAGOWSKA*

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

We wrześniu 2009 r., prawie w tym samym terminie zorganizowane zostały dwa ważne międzynarodowe spotkania historyków medycyny i farmacji. Mialy nie tylko różne grono uczestników, co nie jest całkiem oczywiste, bo autorka niniejszej relacji uczestniczyła w obu wydarzeniach – ale też inne założenia programowe. W dniach 16-19 września w Wiedniu odbył się 39. Międzynarodowy Kongres Historii Farmacji, a w dniach 18-20 tego samego miesiąca w Düsseldorfie – 12. Międzyna-

rodowe Dni „Medycyna i wojna w perspektywie historycznej”, które okazały się nadspodziewanie dużym przedsięwzięciem Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Historii Medycyny, Uniwersytetu i Domu Polskiego w Düsseldorfie, Fundacji Współpracy Polsko-Niemieckiej i Zakładu Nauk Humanistycznych Akademii Medycznej we Wrocławiu.

Kongres w Wiedniu skupił ponad stuosobowe grono historyków farmacji z Europy, Ameryki Północnej i Australii,

a w Düsseldorfie spotkała się niewiele mniejsza grupa historyków i socjologów medycyny z Polski, Niemiec, Austrii i Szwajcarii. Dalej omawiać razem obu imprez naukowych nie sposób, bowiem ich założenia programowe zdecydowanie różniły się.

## HISTORIA FARMACJI JAKO SEJF

Organizowane co dwa lata kongresy historii farmacji stanowią najważniejszą formę aktywności Międzynarodowego Towarzystwa Historii Farmacji oraz powiązanej z nim Międzynarodowej Akademii Historii Farmacji. Jedna i druga organizacja powstały kilkadziesiąt lat temu, w czasach optymistycznego rozwoju farmacji uniwersyteckiej i zawodowej. Historia farmacji stawała się istotnym zapleczem tego rozwoju, bo dostarczała farmaceutom własnej, niezależnej od medycyny tożsamości zawodowej.

Dziś, po wielu latach, wzajemne relacje farmacji uniwersyteckiej i zawodowej oraz historii farmacji zmieniły się. Znaczenie historii farmacji – jako sejfu chroniącego godność i tożsamość zawodu odpowiedzialnego za bezpieczną farma-



© Anita Magowska

Nowy i ustępujący prezydent Międzynarodowej Akademii Historii Farmacji, S. Anderson i W. Mueller-Jahncke

koterapię – nie zmalało, lecz w obliczu globalnych tendencji do pełnej liberalizacji i komercjalizacji rynku farmaceutycznego stała się niewygodna. Przeszłość farmacji mówi o wierności sztuce wykonywania i dostarczania dobrego leku, co wobec różnych organizacyjnych i ekonomicznych zawirowań zaczęto odsuwać na plan dalszy jako przestarzałe. Dla aptek skomercjalizowanych tradycja farmacji jest niewygodna i niepotrzebna albo sprowadzana do rzędu duplikatów dawnych waz aptecznych stojących wysoko, na regale z lekami.

Te niepokojące tendencje dostrzegano podczas minionych międzynarodowych kongresów historii farmacji. Jeszcze dwa lata temu w Sewilli wskazywano na potrzebę włączania młodych osób w działalność narodowych towarzystw historii farmacji, ale w Wiedniu wszelkie obawy okazały się nieuzasadnione. Przedstawione wykłady plenarne były fascynująco ciekawe, a referaty uczestników ukazywały przeszłość farmacji w odkrywczy, świeży sposób. Ich autorami były osoby zajmujące się historią farmacji od lat, a więc dysponujące wystarczającą erudycją w tej dziedzinie.

## PRZESZŁOŚĆ W NOWYM UJĘCIU

Inaugurujący kongres wykład przedstawiła prof. **Christa Kletter**, kierownik Katedry Farmakognozji Uniwersytetu w Wiedniu i główny organizator kongresu. Powołując się na nieznane fakty, przedstawiła rozwój farmacji austriackiej w XVIII i XIX w., wskazując,



© Anita Magowska

Dr hab. Iwona Arabas i dr Jan Majewski w chwili po przyjęciu w skład Międzynarodowej Akademii Historii Farmacji

że reforma aptekarstwa była konsekwencją reorganizacji całego systemu opieki zdrowotnej, zwłaszcza kształcenia chirurgów oraz lekarzy. Podkreśliła m.in. mało znane związki założyciela tzw. starszej wiedeńskiej szkoły klinicznej, van Swietena z aptekarstwem.

Oryginalnym ujęciem tematu cechował się wykład plenarny prof. **Grega Higby'ego** z amerykańskiego Instytutu Historii Farmacji w Madison. W USA przed dwustu laty aptekarze sprzedawali leki brytyjskie lub ich własnoręcznie wykonane podróbki. Po 1815 r. zaczęły powstać małe wytwórnie, które wykorzystywały w produkcji farmaceutyków rodzimą florę i faunę. Ostra konkurencja między tymi firmami zaczęła się w połowie XIX w. W okresie międzywojennym adresowane do właścicieli aptek promocje leków osiągnęły apogeum i zaczęły zmieniać praktykę zawodową farmaceutów. Prof. Higby

wskazał różne metody promocji leków, dokonał ich analizy statystycznej i udowodnił, że stały się czynnikiem przeobrażeń rynku farmaceutycznego.

Pien erudycji i wysoce profesjonalny wykład prof. **Oliviera Lafonta** z Wydziału Medycyny i Farmacji Uniwersytetu w Rouen we Francji dotyczył rozwoju farmacji w dawnych wiekach w krajach łacińskojęzycznych. Z kolei prof. **Francois Ledermann** z Uniwersytetu w Bernie w Szwajcarii przedstawił aptekarstwo od czasów Rewolucji Francuskiej do rządów Bismarcka, a prof. **Christopher Friedrich** z Instytutu Historii Farmacji w Marburgu omówił problemy farmacji w NRD.

Były to wykłady plenarne, ale poza nimi uczestnicy kongresu wysłuchali jeszcze wielu innych ciekawych wystąpień. Na wzmiankę zasługiwał występ dr **Christine Staiger** z NEU-Isenburg w Niemczech, która wskazała, jak loty

► w kosmos wpłynęły na farmację i medycynę. Ciekawy był referat mgr. **B. G. Thune** z Norwegii, podsumowujący apteczną rewolucję, jaka dokonała się w tym kraju po 2001 r., kiedy zezwolono niefarmaceutom na posiadanie aptek. Od tego czasu liczba aptek w Norwegii zwiększyła się o 60% i obecnie wynosi 640, z których zaledwie 22 mają charakter prywatnych i niezależnych placówek. Farmaceuci norwescy całkiem niedawno przeżyli szok utraty własnych aptek i przekształcenia ich w apteki sieciowe.

### WIEDEŃSKIE VARIA

Omawiany kongres był szczególnie ważny dla Polaków. Do Miedzynarodowej Akademii Historii Farmacji przyjęto bowiem aż czterech reprezentantów Polski: dr hab. **Iwonę Arabas**, dr hab. **Zbigniewa Belę**, dr. **Krzysztofa Kmiecicia** (nieobecny w Wiedniu) i dr. **Jana Majewskiego**. Polscy historycy farmacji uczestniczyli w kongresie czynnie. Dr hab. **Iwona Arabas** przedstawiła prace florystyczne Ferdynanda Karo (1845-1927), dr hab. **Zbigniew Bela** opowiedział o kalendarzach wydawanych przez Muzeum Farmacji w Krakowie, a dr **Jan Majewski** przyjechał z plakatem dotyczącym tańca śmierci. W kongresie czynnie uczestniczyły także dr **Jadwiga Brzezińska** (wygłosiła referat dotyczący historii farmacji w Kołobrzegu) i autorka niniejszej relacji (referat o dawnej literaturze farmaceutycznej), która podczas kongresu – jako pierwsza przedstawicielka Polski została wybrana na wiceprezydenta Akademii.

Warto zaznaczyć, że kongresy historii farmacji są zawsze bardzo ciekawe, choć oczywiście wymagają czynnej znajomości języków obcych, najlepiej kilku (pierwszym językiem Miedzynarodowej Akademii Historii Farmacji jest francuski, następnie angielski, niemiecki i hiszpański). Każdego dnia odbywały się wycieczki do miejsc związanych z przeszłością medycyny i farmacji, m.in. do starych wiedeńskich aptek i do słynnej biblioteki „Josephinum”, zawierającej jedną z najobszerniejszych na świecie kolekcji manuskryptów i starodruków medycznych oraz farmaceutycznych, a także unikatowy zbiór modeli anatomicznych wykonanych z wosku i mas żywicznych.

### WOJNA I MEDYCYNA

Argumentów za pacyfizmem dostarczały referaty wygłoszone w Düsseldorfie podczas sympozjum zorganizowanego głównie staraniem Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Historii Medycyny. W ciągu trzech pracowitych dni przedstawiono prawie pół setki referatów i plakatów. Charakterystycznym elementem bilateralnych sympozjów historyków medycyny są dyskusje pełne dystansu wobec trudnej przeszłości Polski i Niemiec. Spotkania naukowców przyczyniają się do lepszego zrozumienia trudnych momentów historycznych i przyczyniają się do budowania dialogu międzynarodowego.

Jak wykazał dr **Rüdiger von Dehn** z Wuppertalu, podczas II wojny światowej żołnierze niemieccy przyjmowali metaamfetaminę i inne psychostymulan-

ty, co poza „cudowną bronią” (Wunderwaffe) przyczyniało się do szybkich sukcesów armii niemieckiej. Wystąpienie to należało do nielicznych, które można by zakwalifikować jako historyczno-farmaceutyczne.

W innym referacie prof. **Ingred Kaestner**, farmakolog itoksykolog z Lipska, przekonywała, że wojny zmieniały kariery akademickie. Posłużyła się biografią Josefa Hohlbauma, który w 1941 r. skorzystał z szansy uzyskania profesury na Niemieckim Uniwersytecie w Pradze. Był jednakowo dobrym chirurgiem dla niemieckich i czeskich pacjentów, ale podczas praskiego powstania trafił do więzienia i został skazany na pracę przyimusową. Obrażenia, których doznał podczas pracy, stały się przyczyną jego śmierci.

Niemieccy naukowcy starali się przedstawić polskim kolegom prawidłowości dziejów swej ojczyzny, kraju, który nigdy nie prowadził wojen obronnych, bo zawsze był agresorem. Odpowiedzialność za wojny powinni jednak ponosić politycy, a nie zwykli ludzi stający się ich ofiarami, a więc nie naród. Kolejne sympozjum zostanie zorganizowane w 2011 r. w Poznaniu, co łączy się z faktem, iż autorka niniejszej relacji, zarazem pracownik naukowy Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu, została wybrana na prezydenta Polsko-Niemieckiego Towarzystwa Historii Medycyny.

Adres do korespondencji:

doc. dr hab Anita Magowska  
Katedra i Zakład Historii Nauk Medycznych UM w Poznaniu  
ul. Bukowska 70  
68-812 Poznań  
tel. 061 854 72 42

# NOWA USTAWA O PRAWACH PACJENTA

*dr n. farm., mgr prawa, mgr farm. Agnieszka ZIMMERMANN, aptekarz praktyk*

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

Dynamiczny rozwój medycyny oraz postęp, jaki dokonał się w sferze ochrony praw człowieka, spowodowały pojawienie się regulacji prawnych, które chronią prawa osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Charakter norm prawnych chroniących prawa pacjentów wiąże się z prawami człowieka. Ze względu na swoją specyfikę prawa pacjenta wymagają szczególnych uregulowań prawnych.

Prawa i obowiązki pacjenta opisane były do tej pory w kilku różnych ustawach. Obecnie zostały usystematyzowane i zebrane przez ustawodawcę w jednym akcie prawnym – ustawie z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta. Ustawa zaczęła obowiązywać 21 maja 2009 roku. Regułą podstawową wynikającą z tego aktu normatywnego jest obowiązek przestrzegania praw pacjenta przez organy władzy publicznej właściwe w zakresie ochrony zdrowia, Narodowy Fundusz Zdrowia, podmioty udzielające świadczeń zdrowotnych oraz osoby wykonujące zawody medyczne. Ustawa dotyczy zatem również zawodu farmaceuty, który jest zobligowany do działania z poszanowaniem praw pacjentów.

Do tej pory, aby ułatwić pacjentom orientację w ich prawach istniejących w różnych aktach normatywnych, obowiązywała Karta Praw Pacjenta jako spis praw i obowiązków osób korzystających ze świadczeń zdrowotnych. Karta oparta była m.in. na zapisach ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 roku o zakładach opieki zdrowotnej (rozdział 1a), ustawy z dnia 5 grudnia 1996 roku o zawodach lekarza i lekarza dentysty (rozdział 5) oraz ustawy z dnia 5 lipca 1996 roku o zawodach pielęgniarki i położnej (rozdział 4), które określały prawa pacjenta i odpowiadające im obowiązki związane z wykonywaniem powyższych zawodów medycznych.

Podczas konsultacji społecznych nad nową ustawą wskazywano, że jej wadą jest jednak

niekompletne zestawienie praw pacjenta i pominięcie praw dotyczących integralności osoby ludzkiej, związanych z eksperymentem medycznym oraz transplantacją organów, które opisane są w innych ustawach – m.in. w ustawie z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne oraz ustawie z dnia 1 lipca 2005 roku o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów. Ustawa nie zawiera także katalogu praw pacjenta wynikających z innych ustaw, w tym z ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 roku o ochronie zdrowia psychicznego oraz z ustawy z dnia 27 lipca 2001 roku o diagnostyce laboratoryjnej. Nowa regułacja nie stanowi zatem kompletnego zbioru praw pacjenta.



➤ Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) opracowała bardzo jasną, przejrzystą i spójną Kartę Praw Pacjenta. Postulatem byłoby skorzystanie z jej rozwiązań na gruncie rodzimego prawa. Wśród praw ogólnych, które wymienia Karta, znalazło się prawo do poszanowania swojej osoby jako osoby ludzkiej, do samodecydowania, poszanowania integralności fizycznej i psychicznej oraz do poczucia bezpieczeństwa swojej osoby. Ponadto Karta omawia prawo do poszanowania swojej prywatności, wyznawanych przez siebie wartości moralnych i kulturowych oraz przekonań religijnych i filozoficznych. Każdy ma także prawo do ochrony zdrowia na poziomie, jaki zapewniają działania w dziedzinie prewencji i opieki zdrowotnej, oraz do wykorzystywania możliwości osiągnięcia najlepszego możliwego poziomu zdrowia. Karta w bardzo klarowny sposób przedstawia także poszczególne prawa szczegółowe odnoszące się do osób chorych.

Nowa ustanowiona dotyczy praw pacjenta, zasad udostępniania dokumentacji medycznej, a także określa obowiązki podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych związane z prawami pacjenta. Odnosi się do trybu powoływanego, odwoływanego i kompetencji Rzecznika Praw Pacjenta oraz do postępowania w sprawie praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjentów.

Nowością, którą wprowadza do krajowego systemu prawnego omawiana ustanowiona jest definicja legalna pojęcia „pacjent”. Pacjentem jest osoba zwracająca się o udzielenie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych dostarczanych przez podmiot lub osobę wykonującą zawód medyczny. Do tej pory brak prawnego unormowania zakresu pojęcia sprawiał problemy przy dokonywaniu wykładni, czy w danym stanie faktycznym mamy do czynienia z naruszeniem praw pacjenta. Przykładem mogą być niejasności w sytuacji składania skarg na postępowanie biegłych lekarzy wydających opinie w procesach toczących się przed sądami lub skargi osób na lekarzy orzeczników Zakładu Ubezpieczeń Społecznych.

Zgodnie z zapisami nowej ustanowionej do podstawowych praw pacjenta zalicza się prawo do:

- świadczeń zdrowotnych,
- informacji,
- tajemnicy informacji związanych z pacjentem,

- wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych,
- poszanowania intymności i godności, w tym do umierania w spokoju i godności,
- dokumentacji medycznej,
- zgłoszenia sprzeciwu wobec opinii albo orzeczenia lekarza,
- poszanowania życia prywatnego i rodzinnego,
- opieki duszpasterskiej,
- przechowywania rzeczy wartościowych w depozycie.

Oprócz aksjomatycznych praw pacjentów w ustanowionej zaznaczono, że w sytuacji ograniczonego dostępu do świadczeń zdrowotnych pacjent ma prawo do przejrzystej, obiektywnej, opartej na kryteriach medycznych procedury ustalającej kolejność dostępu do świadczeń.

Nowością jest przyznane pacjentowi prawo do żądania od lekarza udzielającego mu świadczenia zdrowotnego, aby zasięgnął opinii innego lekarza lub zwołał konsylium lekarskie. Lekarz może odmówić spełnienia żądania pacjenta, jeśli uzna je za bezzasadne, przy jednoczesnym odnotowaniu tego faktu w dokumentacji medycznej pacjenta. Podobne regulacje wprowadzono w stosunku do pielęgniarki i położnej, od której można żądać zasięgnięcia opinii innej osoby wykonującej ten sam zawód.

Ustanowiona wprowadza w życie klarowną zasadę odpłatności za koszty realizacji niektórych praw pacjenta. I tak pacjent ponosi koszty realizacji prawa do kontaktu osobistego, telefonicznego lub korespondencyjnego z innymi osobami oraz do dodatkowej opieki pielęgnacyjnej, jeśli realizacja tych praw skutkuje kosztami poniesionymi przez zakład opieki zdrowotnej. Przez dodatkową opiekę pielęgnacyjną rozumie się opiekę, która nie polega na udzielaniu świadczeń zdrowotnych, w tym także opiekę sprawowaną nad pacjentką w warunkach ciąży, porodu i połogu. Zgodnie z ideą transparentności wprowadzono wymóg jawności wysokości tych opłat, co ma zabezpieczyć chorych przed ponoszeniem nieformalnych kosztów. Mianowicie wysokość opłaty rekompensującej koszty ustala kierownik ZOZ, a informacja o wysokości opłaty i sposobie jej ustanowienia jest jawną i udostępnianą w lokalu zakładu opieki zdrowotnej.

Nowym rozwiązaniem, które wprowadziła ustawa, jest prawo pacjenta lub jego przedstawiciela ustawowego do wniesienia sprzeciwu w sytuacji, gdy nie zgadzają się z rozpoznaniem lekarza orzekającego lub opiniującego o stanie zdrowia, jeśli orzeczenie to lub opinia mają wpływ na prawa lub obowiązki wynikające z przepisów prawa. Sprzeciw wnoszony jest do Komisji Lekarskiej działającej przy Rzeczniku Praw Pacjenta w terminie 30 dni od dnia wydania opinii lub orzeczenia. Sprzeciw wymaga odpowiedniego uzasadnienia. Od rozstrzygnięcia Komisji Lekarskiej odwołanie już nie przysługuje. Należy jeszcze zaznaczyć, że do postępowania przed tą Komisją nie stosuje się przepisów Kodeksu postępowania administracyjnego. Podczas konsultacji społecznych projektu ustawy zwracano uwagę, że prawem pacjenta powinna być możliwość odwołania się od orzeczenia lekarskiego do sądu, nie zaś do Komisji. Jednocześnie wskaazywano, że nowe zapisy mogą powodzić do nadużywania tego prawa przez osoby niezadowolone z wydanej opinii lub orzeczenia lekarskiego i tym samym nadmiernie obarczać budżet, który finansuje działanie Komisji Lekarskiej.

Na etapie konsultowania projektu ustawy samorząd lekarski zwracał uwagę, że ustawa pomija niektóre prawa pacjenta, które gwarantowane są w innych krajach europejskich. Nie uwzględniono na przykład prawa wyrażenia woli na wypadek znalezienia się w sytuacji, w której nie jest możliwe jej wyrażenie (*advanced will*). Dotyczy ono wszystkich przypadków, w których osoby zdolne do rozeznania wyraziły wcześniej życzenie (zgodę albo odmowę) co do ewentualnych interwencji medycznych w przyszłości w sytuacji, gdyby nie były w stanie określić swego stanowiska. Zastrzeżenie takie dotyczyć może zarówno sytuacji, w której pacjent przewiduje, że być może za jakiś czas nie będzie miał możliwości wyrażenia swobodnej, świadomej zgody (np. wskutek chor-

by postępującej lub demencji starczej), jak również nagłych sytuacji. Polskie prawo nie przewiduje też możliwości sprzeciwienia się uporczywej terapii, która przedłuża umieranie i wiąże się w szczególności z nadmiernym cierpieniem (tzw. testament życia).

Ustawa nie zajmuje się także zagadnieniem ochrony informacji genetycznych, co można uznać za rozwiązanie, które nie dostrzega wymogów rozwijającej się nowoczesnej medycyny.

Ustawa powołała do życia Rzecznika Praw Pacjenta, który jest centralnym organem administracji rządowej. Niestety, jest to organ zależny, bo nadzorowany przez Prezesa Rady Ministrów. Do tej pory ochroną praw pacjenta zajmowało się ➤

**COZAAR®**  
losartan potasowy

**Sila w działaniu  
oryginalnego losartanu**

**HYZAAR®**  
losartan potasowy + HCTZ 50/12.5

**Podwójna siła  
w jednej tabletcie**

Skrócona informacja o produkcie leczniczym COZAAR 50mg i HYZAAR 50mg/12.5mg dostępna na odwrocie

► Biuro Praw Pacjenta utworzone przy Ministrze Zdrowia, dzisiaj przekształcone na mocy omarwianej ustawy w Biuro Rzecznika Praw Pacjenta. Pacjenci mogą także korzystać z rzeczników praw pacjenta przy Narodowym Funduszu Zdrowia – jednakże ze względu na charakter instytucji, jaką jest NFZ, ewentualne sprawy mogą dotyczyć tylko praw pacjentów ubezpieczonych i leczonych przez podmioty, które podpisały z NFZ umowy o udzielanie świadczeń finansowanych ze środków publicznych. Najbardziej niezależnym organem, który do tej pory zajmował się również sprawami praw pacjentów, jest Rzecznik Praw Obywatelskich. Powołanie nowego, kosztownego organu, jakim jest pozbawiony przymiotu niezależności Rzecznik Praw Pacjenta, jest oceniane negatywnie przez niektóre medyczne środowiska zawodowe. Rzecznik powoływany jest spośród osób wyłonionych w drodze otwartego i konkurencyjnego naboru.

Ustawa definiuje także pojęcie „praktyk naruszających zbiorowe prawa pacjenta”, rozumianych jako bezprawne, zorganizowane działania lub zaniechania podmiotów udzielających świadczeń zdrowotnych albo zorganizowanie strajku lub akcji protestacyjnej wbrew przepisom o rozwijywaniu sporów zbiorowych – mające na celu pozbawienie pacjentów praw lub ograniczenie tych praw, w szczególności podejmowane w celu osiągnięcia korzyści majątkowej. Ustawą został wprowadzony zakaz stosowania takich praktyk i możliwość nałożenia kary pieniężnej na podmiot udzielający świadczenia lub organizatora strajku przez Rzecznika Praw Pacjenta do wysokości 500 000 złotych.

Warto zwrócić uwagę na to, że w Karcie Praw Pacjenta zawarto informację o prawie pacjenta do otrzymania od farmaceuty leku w przypadku nagłego zagrożenia zdrowia lub życia. Recepta farmaceutyczna jest zatem nie tylko możliwością, jaką przewiduje Prawo farmaceutyczne, ale i obowiązkiem farmaceuty w sytuacji, gdy niezbędne jest wydanie leku, który dostępny jest w normalnych warunkach tylko na zlecenie lekarza. Oczywiście nie dotyczy to wydania środków odurzających, substancji psychotropowych i prekursorów grupy I-R (art. 96 ust. 2 Prawa farmaceutycznego).

W razie zauważonego naruszenia praw pacjenta sąd może przyznać w sporze cywilnym po-

szkodowanemu pacjentowi zadośćuczynienie pieniężne za doznaną krzywdę, na podstawie art. 448 Kodeksu cywilnego. W razie złamania prawa pacjenta do umierania w spokoju i godności sąd może, na żądanie małżonka, krewnych lub powinowatych do drugiego stopnia w linii prostej lub przedstawiciela ustawowego, zasądzić odpowiednią sumę pieniężną na wskazany cel społeczny.

Należy zauważyć, że niestety poziom świadomości polskich pacjentów przysługujących im praw jest wciąż niewystarczający. Wydaje się, że zmienić to mogłaby tylko odpowiednia edukacja społeczna poparta kampaniami reklamowymi. Przykładem próby zmiany aktualnej sytuacji może być kampania informacyjna „Prawa Pacjenta, Moje Prawa”, która ma na celu propagowanie wiedzy na temat praw przysługujących pacjentom oraz zachęca do aktywnego poszukiwania informacji o swojej chorobie i możliwościach leczenia. Jednakże dopóki poziom wiedzy pacjentów o przysługujących im prawach i sposób realizacji tych praw przez personel medyczny będzie na dotychczasowym poziomie, ustawa zapewne nie będzie skuteczna.

#### Adres do korespondencji:

dr n. farm. Agnieszka Zimmenmann  
Zakład Prawa Medycznego  
Gdański Uniwersytet Medyczny  
ul. Tuwima 15, 80-210 Gdańsk  
tel. 058 349 14 41

#### Piśmiennictwo:

1. Karkowska D.: *Prawa pacjenta*, Dom Wydawniczy ABC, wyd. I, Warszawa 2004.
2. Śliwka M.: *Prawa pacjenta w prawie polskim na tle prawnoporównawczym*, Wydawnictwo Dom Organizatora, wyd. I, Toruń 2008.
3. Ustawa z dnia 6 listopada 2008 roku o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2009 r., Nr 52, poz. 417 ze zm.).

Meble Konserów piękna...



MIKOŁAJCZYK  
MEBLE



[www.mikolajczyk.com.pl](http://www.mikolajczyk.com.pl)

## Oficjalny dystrybutor mebli Mikołajczyk



**VERSO**  
komfortowe meble

**GDAŃSK:** Centrum Handlowe TOP SHOPPING, ul. Grunwaldzka 211 • **POZNAŃ:** Centrum Meblowe POLSKIE MEBLE ul. Solidarności 34 • **SWARZĘDZ:** Centrum Handlowe ETC ul. Poznańska 6 **SZCZECIN:** Galeria Wnętrz TOP SHOPPING / parter, ul. Hangarowa 13 • Centrum Handlowe STER / I piętro ul. Ku Stońcu 67 • **TORUŃ:** ul. B.Chrobrego 135/137 **WARSZAWA:** Mega Meble, Al. Jerozolimskie 200

[www.versomeble.pl](http://www.versomeble.pl)

# **Regulamin dla Autorów publikacji naukowych w „Czasopiśmie Aptekarskim”**

## I

Na łamach czasopism zamieszczane są artykuły naukowe (prace doświadczalne, poglądowe), artykuły popularnonaukowe, wywiady, rozmowy, relacje z kongresów, konferencji, zjazdów naukowych, sympozjów i szkoleń, informacje, biografie, omówienia nowości wydawniczych, streszczenia prac magisterskich, doktorskich i habilitacyjnych, a także przeglądy prasy specjalistycznej i fotoreportaże.

Ponadto publikowane są komentarze z zakresu Prawa farmaceutycznego, opisy nowych procedur laboratoryjnych, klinicznych, wytwarzania i dystrybucji.

Zamieszczane są również informacje naukowe z praktycznej realizacji Dobrej Praktyki: Laboratoryjnej, Klinicznej, Wytwarzania, Dystrybucyjnej i Aptecznej.

## II

Wszystkie formy i rodzaje zamieszczanych publikacji muszą być przygotowane zgodnie z obowiązującymi zasadami Deklaracji Helsińskiej w sprawie m.in. zasad etycznego postępowania w eksperymencie medycznym z udziałem ludzi, przyjętej przez 18. Walne Zgromadzenie Światowego Stowarzyszenia Lekarzy w Helsinkach w czerwcu 1964 r. (z dalszymi poprawkami przyjętymi na 52. zgromadzeniu w Edynburgu w październiku 2000 r.), ustawy Prawo farmaceutyczne, stanowiska Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (WMA) w sprawie roboczych kontaktów między lekarzami i farmaceutami w zakresie farmakoterapii, przyjęte przez 51. Światowe Zgromadzenie Lekarzy w Tel Avivie w październiku 1999 r. oraz zasadami etyki medycznej i farmaceutycznej.

## III

Artykuły naukowe nie mogą przekraczać 16 tysięcy znaków (tj. 9 stron standardowego tekstu) i powinny dotyczyć:

- a. Prac doświadczalnych i klinicznych – wstęp, opis materiału i metod, wyniki badań i ich omówienie, wnioski oraz piśmiennictwo.
- b. Prac poglądowych – wstęp, opis materiału, wnioski oraz piśmiennictwo.

Wszystkie artykuły naukowe powinny zawierać streszczenie w języku polskim i angielskim (od 300 do 400 znaków każde) oraz tytuł w języku angielskim, słowa kluczowe (od 4 do 9 zgodnie z Medical Subject Headings – MeSH, w języku polskim i angielskim), noty biograficzne autorów (do 300 znaków) i piśmiennictwo wykorzystanych publikacji w kolejności cytowania z uwzględnieniem następującej formy, np.:

- artykuły: Głowniak K., Mroczek T., Zobel A.M.: *Seasonal changes in the concentrations of four taxoids in Taxus baccata L. during the autumn-spring period.* Phytomedicine, 1999, 6, 135-140 (w przypadku

większej niż trzech liczby autorów należy podać nazwisko pierwszego z nich z dopiskiem „i wsp.”)

- książki: Winthrope, M.M., *Clinical Hematology*, 4<sup>th</sup> ed., Lea & Febiger, Philadelphia, 1978, 32.
- rozdział w książce: Butler J.M.: *Separation of DNA restriction fragments and PCR products.* In: Heller C. (ed) *Analysis of nucleic acids by capillary electrophoresis.* Vieweg, Germany, 1997, pp. 195-217.

Należy także określić wkład autorski przy dwóch i większej liczbie autorów (np. odpowiedzialność za rzetelność danych, odpowiedzialność za poprawność analizy i interpretacji danych, napisanie i opracowanie tekstu, nadzór naukowy, własne wykonanie rysunków, tabel, wzorów chemicznych, wykresów, zdjęć itp.). Zasady te dotyczą również artykułów w języku angielskim.

Przesłany materiał powinien zawierać adres do korespondencji autora wiodącego, jego miejsce pracy naukowej, numer telefonu i adres poczty elektronicznej oraz datę zakończenia pracy nad artykułem.

## IV

Artykuły należy przesyłać w formie elektronicznej na adres: cza@cza.pl i w formie wydruku komputerowego wraz z materiałem ikonograficznym na płycie CD (JPG) pod adresem redakcji „Czasopisma Aptekarskiego”, ul. Obarowska 23/2, 04-337 Warszawa box 81 (wykłym priorytetem).

## V

Artykuły naukowe są recenzowane i zwalniane do druku po decyzji Redaktora Naczelnego, o czym Autor jest powiadamiany pisemnie wraz z drukiem do podpisu oświadczenia następującej treści:

„Ja niżej podpisany oświadczam, że artykuł, który przekazałem do druku Wydawnictwu Farmapress, nie był nigdzie publikowany, a po opublikowaniu w „Czasopiśmie Aptekarskim” nie będzie skierowany do druku w innych tytułach i innych wydawnictwach oraz wykorzystywany w prezentacjach multimedialnych bez zgody Wydawnictwa Farmapress”.

## VI

Redakcja zastrzega sobie prawo dokonywania skrótów, adjustacji tekstów i wyboru do druku nadesłanego materiału ikonograficznego.

## VII

Wydawca „Czasopisma Aptekarskiego” nabywa na wyłączność prawa autorskie do opublikowanych prac, które mają pierwszeństwo publikacji przez Wydawcę, również w formie reprintu i w internecie.

**Redakcja**





**COZAAR®**

losartan potasowy

**Siła w działaniu  
oryginalnego losartanu**

**HYZAAR®**

losartan potasowy + HCTZ 50/12.5

**Podwójna siła  
w jednej tabletce**