

ISSN 1233-2755
Vol. XVII
Rok założenia 1992
Nr 1 (193)
Styczeń 2010

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



W NUMERZE M.IN.

- Wyborczy dekalog prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej V kadencji
dr n. med. Grzegorza Kucharewicza •
- Jak doradzać pacjentowi kiedy i w jaki sposób dzielić tabletki •

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



* sugerowana cena producenta przy uwzględnieniu dotyczących marż hurtowych i aptecznych - dane Kamsoft 11/2009

** przy zalecanym dawkowaniu 2 razy dziennie 1 tabletką w stosunku do kosztów terapii przed obniżką cen producenta netto z dniem 11 stycznia 2010



PREDUCTAL® MR

Trimetazydyna

CHRONI SERCE CAŁĄ DOBĘ

Sellier P et al., Am J Cardiovasc Druds 2003; 3(5): 361-369. Glezer MG et al., Eur Heart J 2007; 28(Suppl) 770. Kubica J. et al. Cardiology Journal 2008; 15: 344-350.


SERVIER
Odkrycia dające nadzieję

PREDUCTAL® MR

(*Trimetazidini dihydrochloridum*)

tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg

SKŁAD

Jedna tabletko o zmodyfikowanym uwalnianiu zawiera 35 mg trimetazydyny dichlorowodorku (*Trimetazidini dihydrochloridum*).

WSKAZANIA

DO STOSOWANIA

- W kardiologii: długotrwałe leczenie choroby niedokrwiennej serca – zapobieganie napadom dławicy piersiowej, w skorzeniu z innymi lekami.
- W otolaryngologii: leczenie ślimakowo-przedsionkowych zaburzeń wywołanych niedokrwieniem, takich jak zawroty głowy, szумy uszne, niedosłuch.

DAWKOWANIE

I SPOSÓB PODAWANIA

Zwykle stosuje się 35 mg trimetazydyny dichlorowodorku 2 razy na dobę: po 1 tablece rano i wieczorem, podczas posiłków; tabletkę należy popić szklanką wody. U pacjentów w podeszłym wieku oraz przed zabiegiem chirurgicznym modyfikacja dawki nie jest konieczna.

PRZECIWWSKAZANIA

Nadwrażliwość na trimetazydynę lub którakolwiek substancję pomocniczą produktu Preductal MR. U chorych z ciężką niewydolnością nerek i klireensem kreatyniny poniżej 15 ml/min nie należy stosować produktu Preductal MR. Ze względu na brak odpowiednich danych nie należy stosować produktu Preductal MR u pacjentów z ciężką niewydolnością wątroby.

OSTRZEŻENIA I SPECJALNE

ŚRODKI OSTROŻNOŚCI

DOTYCZĄCE STOSOWANIA

Preductal MR nie jest produktem do leczenia napadów dławicy piersiowej, ani też leczenia początkowego niestabilnej dławicy piersiowej lub zawału mięśnia sercowego. Nie należy stosować produktu w okresie poprzedzającym hospitalizację ani też na jej początku. W przypadku napadu dławicy piersiowej należy rozważyć wykonanie koronarografii oraz dostosować sposób leczenia (leczenie farmakologiczne i możliwość wykonania revascularyzacji).

Trimetazydyna jest wydalana głównie przez nerki, w związku z czym u pacjentów z umiarkowaną niewydolnością nerek (klirens kreatyniny > 15 ml/min), należy w razie potrzeby odpowiednio zmniejszyć dawkę leku.

DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE

W rzadkich przypadkach stwierdzono występowanie niewielkich zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego w postaci nudności, wymiotów.

PODMIOT ODPOWIEDZIALNY

ANPHARM Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne S.A., ul. Anopol 6B, 03-236 Warszawa
Wyprodukowano we współpracy z SERVIER.

POZWOLENIE NA DOPUSZCZENIE DO OBROTU

WYDANE PRZEZ MINISTRA ZDROWIA NR 8461

Produkt leczniczy wydawany na receptę.

Adres korespondencyjny:

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

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

* Suplement ceny produktu przy sprzedaży dozychających mediów leczniczych - dla karty 11/2009
** przy zakupie dwukrotnie z wykryciem 1 tabletki w stosunku do kwoty kupiąc przed sklepem cen producenta netto z dniem 11 stycznia 2010.

PREDUCTAL® MR
Trimetazydyna
CHRONI SERCE CAŁĄ DOBĘ

Seller Piat et al., Am J Cardiol-Vasc Dis 2003; 35: 351-359. Green MG et al., Eur Heart J 2002; 23(Suppl 7): Xabisa et al., Cardiology Journal 2003; 10: 344-350.

SERVIER
Odkrycie daje nadzieję

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

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

Pielnomocnik 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 Kalisz** – czł. koresp. PAN i PAU
kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki,
Gdański Uniwersytet Medyczny

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

prof. dr hab. n. farm. **Stanisław 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 Magowska**
kierownik Katedry i Zakładu Historii Nauk Medycznych,
Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

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

dr n. farm. **Jerzy Jambor**
prezes Polskiego Komitetu 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 nadestanych tekstów. Publikacje w „Czasopismie Aptekarskim” nie mogą być kopiowane w żadnej formie ani żadnymi metodami mechanicznymi lub elektronicznymi, łącznie z wykorzystaniem systemów przechowywania i odtwarzania informacji bez pisemnej zgody wydawcy, Wydawnictwa Farmapress.

Realizacja Wydania

FARMAPRESS

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

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

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

Adres strony WWW „Czasopisma Aptekarskiego”: www.cza.pl

„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®

Projekt Programu kursów szkoleniowych dla techników farmaceutycznych

Celem kursów skierowanych do techników farmaceutycznych jest pogłębienie wiedzy w dziedzinie patologii, patofizjologii i terapii wybranych schorzeń mających istotny wpływ na komfort i czas życia współczesnego społeczeństwa.

Uzyskana wiedza powinna ułatwić technikom farmaceutycznym nawiązywanie fachowego dialogu w codziennej praktyce zawodowej z farmaceutami, lekarzami i wszystkimi pracownikami medycznymi.

Ustawa Prawo farmaceutyczne z dn. 06. 09. 2001 r. (tekst jednolity z 27. 02. 2008 r., Dz.U. nr 45) w art. 86 ust. 1 uznaje aptekę za placówkę ochrony zdrowia, w której osoby uprawnione świadczą w szczególności usługi farmaceutyczne polegające na wydawaniu produktów leczniczych i wyrobów medycznych, sporządzaniu leków recepturowych, aptecznych oraz udzielaniu informacji o produktach leczniczych i wyrobach medycznych.

Zakres czynności aptek szpitalnych obejmuje ponadto sporządzanie żywienia pozajelitowego i dojelitowego, wytwarzanie płynów infuzyjnych i płynów do dializy, udział w racjonalizacji farmakoterapii, współpracowanie w prowadzeniu gospodarki produktami leczniczymi i wyrobami medycznymi. Prawo farmaceutyczne w art. 90. decyduje zatem, że przy wykonywaniu w aptece czynności fachowych muszą być zatrudnieni wyłącznie farmaceuci i technicy farmaceutyczni w granicach określonych dla uprawnień.

W Polsce w aptekach ogólnodostępnych zatrudnionych jest ponad 25 tysięcy techników farmaceutycznych, a czynnych zawodowo przedstawicieli tej grupy zawodowej w sumie określa się na ponad 39 tysięcy. Nie jest to wszakże środowisko jednorodne zawodowe. Wśród techników farmaceutycznych znajdują się bowiem absolwenci 3-letnich zawodowych szkół medycznych, 2-letnich policealnych szkół medycznych, posiadających nierzadko długą tradycję edukacyjną, w których nauczają adiunkci i asystenci uniwersyteckich uczelni medycznych, a także ci, którzy ukończyli wieczorowe i sobotnio-niedzielne 2-letnie szkoły policealne.

Obecnie dwuletni okres edukacyjny przygotowujący adeptów dla aptekarstwa na poziomie techników farmaceutycznych kończy się zewnętrznym egzaminem potwierdzającym kwalifikacje zawodowe.

Funkcjonująca w ojczyźnie opieki farmaceutycznej, USA jak i w większości krajów Europy Zachodniej tendencja do przekazania farmaceutycie pieczy nad bezpieczeństwem i racjonalnym przyjmowaniem leków przez pacjentów skutkuje koniecznością scedowania na techników wielu czynności związanych z prowadzeniem apteki. Wydaje się, że i w naszym kraju nie ma odwrotu od tego kierunku, jeżeli Polska ma się rozwijać według naturalnych praw gospodarczych na wzór zamożnego Zachodu, w którym normą w ochronie zdrowia jest szeroko rozumiana opieka farmaceutyczna oparta na współpracy lekarza z farmaceutą.

Duża różnorodność szkół kształcących techników farmaceutycznych w Polsce i nieustanny rozwój farmacji wymuszają konieczność akredytacji takich placówek oraz stworzenia systemu wyrównywania poziomu wiedzy tej grupy zawodowej na kursach podyplomowych. Wykłady, seminaria czy warsztaty organizowane dla techników jako osób fachowych zatrudnianych w aptekach ogólnodostępnych i szpitalnych, w działach telefonicznej informacji o lekach, w przyszłości współpracujących z farmaceutą klinicznym, muszą zatem zawierać tematykę z różnych dziedzin nauk farmaceutycznych, a także wybrane problemy z zakresu patofizjologii oraz propedeutykę niektórych zagadnień klinicznych.

*dr n. farm. Marek Jędrzejczak
wiceprezes Naczelnej Rady Aptekarskiej*



KOMUNIKATY

Aptekarski terminarzyk imienin na rok 2010

6

LISTY

*Stanisław Piechula***W sprawie nowelizacji rozporządzenia o wystawianiu i realizacji recept**

9

*Anna Dobroń***Pomóżcie uratować Wiolę**

9

*Barbara Filipek, Jan Krzek, Janusz St. Solski, Kazimierz Główniak***Europejski Dzień Walki z Otyłością**

9



SPRAWY ZAWODU

*Bogdan Ostrowski***Wyborczy dekalog prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej****V kadencji dr n. med. Grzegorza Kucharewicza**

11

*Bogdan Ostrowski***Czy święci Kosma i Damian mogą być patronami współczesnych aptekarzy?**

14

NAUKA I PRAKTYKA

*Barbara Filipek***Uzależnienie od tytoniu a ryzyko raka i przewlekłych chorób płuc, choroby niedokrwiennej serca oraz innych chorób**

19

*Renata Nowak***Alergie roślinne**

27

*Aleksandra Marszałł, Leszek Marszałł***Jak doradzać pacjentowi kiedy i w jaki sposób dzielić tabletki?**

35

*Jerzy Jambor***Jemioła pospolita – zwiastunka miłości**

36

DEBATY KONFERENCJE KONGRESY

*Agnieszka Skowron***I Konferencja Naukowo-Szkoleniowa nt. „Prowadzenia opieki farmaceutycznej w aptece”**

40



PRAWO

*Agnieszka Zimmermann***Reklama produktu leczniczego kierowana do farmaceutów oraz reklama apteki**

43

RELACJE

*Anita Magowska***Wigilijne spotkanie Koła PTfarm. w Lesznie**

48

NOWOŚCI WYDAWNICZE

*Piotr Jóźwiakowski***Technik farmaceutyczny w nowej rzeczywistości**

50

Recepta na dobrą aptekę

wyposażenie aptek



FARMA-FIL - komora laminarna

FARMA-ORG - organizer farmaceutyczny

FARMA-TERM - chłodziarka farmaceutyczna

Szczególnie polecamy własne produkty marki **FARMA**

Co miesiąc atrakcyjne promocje !!!

- ◆ mikser recepturowe UNGUATOR ◆ kapsułkarki ręczne CAPSUNORM ◆ komory laminarne FARMA-FIL ◆ oczyszczacze powietrza FARMA WENT ◆
- ◆ suszarki laboratoryjne ◆ sterylizatory i autoklawy ◆ wagi laboratoryjne ◆ higrometry ◆ termometry ◆ urządzenia do diagnozy skóry ◆
- ◆ system szuflad aptecznych EVEREST ◆ chłodziarki farmaceutyczne FARMA-TERM ◆ wielofunkcyjne urządzenia diagnostyczne SALUTARIS i MILLENIUM ◆
- ◆ wagi i ciśnieniomierze dla pacjentów ◆ utensilia recepturowe ◆ wiele innych artykułów wyposażenia apteki ◆

zapraszamy na naszą stronę internetową www.eprus.com.pl



APTEKARSKI TERMINARZIK IMIENIN NA ROK 2010

Adalberta 23.04 Adama 6.04, 24.12 Adelajdy 5.02, 12.12, 16.12 Adeli 23.11 Adeliny 28.08 Adelfiny 27.09 Adlifa 19.04, 17.06 Adriana 9.01, 5.03, 8.11 Ady 10.01 Afanazego 27.02 Agatona 7.12 Agaty 5.02, 14.11 Agenora 22.06 Agnieszki 21.01, 28.01, 20.04, 18.11 Agrypynty 6.07 Aidy 28.07 Alana 14.10 Alberta 15.11 Albertyny 21.11 Albina 1.03, 22.07, 15.09 Albiny 16.12 Albrechta 25.06 Aldony 10.09, 11.10 Aleksandra 26.02, 10.03, 24.04, 24.11, 12.12 Aleksandry 18.05 Aleksego 17.02, 17.07 Alfonsa 2.08, 31.10 Alfreda 4.08, 14.08, 14.12 Alfredy 19.07 Alicji 9.01, 18.04, 21.06, 16.12 Aliny 25.02, 16.06 Alojzego 12.03, 21.06 Amadeusza 30.03, 27.09 Ambrożego 4.04, 16.08, 16.10, 7.12 Anali 20.04, 7.10 Anelli 30.03, 10.07 Anastazego 22.01, 5.12 Anastazji 27.02, 15.04, 25.12 Anatola 20.03, 2.05, 3.07, 20.11 Anatoli 9.07 Andrzeja 4.02, 16.05, 21.07, 1.11, 10.11, 24.11, 30.11 Anety 16.06 Angeliki 4.01, 17.08 Angeliny 29.04 Aniel 27.01, 28.03, 30.03, 31.05, 18.11 Anity 26.07 Anny 26.07 Antoniego 17.01, 1.03, 3.04, 13.06, 5.07, 24.07, 24.10, 31.10, 7.11, 28.12 Antoniny 1.03, 3.05, 10.05 Anzelma 21.04 Apolinarego 23.07, 23.08, 5.10 Apolonii 9.02 Apoloniussza 10.04, 18.04 Ariadny 17.09 Ariusza 19.12 Arkadego 13.11 Arkadiusza 12.01, 4.03 Arletty 24.10 Arletty 3.01 Arnolda 15.01, 19.02, 22.03, 9.10 Arona 2.04 Artura 6.10 Asteriusza 20.05 Atanazego 2.05 Augusta 3.08, 31.10 Augustyna 28.05, 28.08 Aurelego 27.07 Aureliana 4.07 Aurelii 25.09 Aureliusza 13.09 **B**albiny 24.03, 31.03, 2.12, 21.12 Baltazara 6.01 Babary 4.12 Barnaby 11.06 Bartomieja 24.08, 11.11 Bartosza 21.04, 24.08 Bazylego 2.01, 15.04, 20.05 Bazylisa 14.06 Beatrzyce 29.07 Beatty 8.03, 6.09, 22.12 Benedykta 12.01, 11.03, 21.03, 4.04, 16.04, 11.07, 16.07, 12.11 Benedykty 6.05 Beniamina 31.03, 19.12 Benigny 1.10 Benity 29.06 Benona 16.06 Bereniki 14.04 Bernadetty 18.02, 16.04 Bernarda 12.03, 10.08, 20.08, 14.09, 14.10 Bernardyna 20.05 Bertolda 29.03 Bertranda 29.06 Berty 15.05 Bianki 1.12 Blandyn 5.11 Blanki 28.11 Błażeja 3.02, 29.11 Bogdana 19.03, 17.07, 9.10, 10.12 Bogny 20.06, 23.07 Boguchwata 18.03 Bogumiła 13.01, 18.01, 10.06, 3.11 Bogumity 20.12 Bogustawa 22.03, 23.09, 18.12 Bogustawy 18.04, 29.05 Bogusza 24.02 Bohdana 6.02, 31.08, 2.09 Bohdany 2.11 Bolesława 28.06, 19.08 Bolesławy 22.07 Bonawentury 14.07, 26.10 Bonifacęgo 10.01, 14.05, 5.06 Boromeusza 4.11 Borysa 10.08 Borzęstawa 19.06 Bożebora 27.04 Bogery 13.03, 20.06 Bożydara 9.05, 2.11 Bożwoja 5.04 Bratunia 18.10 Bronimira 20.05 Bronisława 18.08 Bronisławy 1.09 Broniszka 1.09 Brunona 9.03, 17.05, 6.10 Brygidy 1.02, 8.10 Budzigniewa 15.09 Budzištawa 1.03 **C**ecyliana 16.04 Cecylii 22.11, 15.12 Celestyna 6.04, 19.05 Celiny 21.10 Cezarego 25.02, 22.08, 27.08, 3.11, 27.12 Cezaryny 8.04 Chrystiana 4.12 Chwaliboga 28.02 Cypriana 10.03, 8.08, 14.09, 26.09 Cyryla 9.02, 14.02, 18.03, 29.03, 7.07 Czciobora 12.11 Czesława 12.01, 20.04, 20.07 **D**agnary 14.06, 12.12 Dagny 11.09 Dagoberta 23.12 Damazego 11.12 Damiana 12.02, 23.02, 25.02, 12.04, 27.09, 26.10 Daniela 21.07, 10.12 Danuty 3.01, 10.01, 16.02, 24.06, 1.10 Darii 25.10, 29.10, 29.11 Dawida 29.12 Delfiny 26.11, 9.12 Demetriusza 8.10 Dezyderii 8.05 Diary 13.08 Dionizego 26.02, 8.04, 9.09, 2.10, 9.10, 26.12 Dionizji 6.12 Dobiegiewa 20.01 Dobiesława 14.05 Dobrochny 1.02 Dobromierza 31.03 Dobromity 11.10 Dobromira 5.06 Dobrostawa 10.01, 24.11 Dobrostawy 10.01, 9.04 Domarada 16.08 Domiceli 12.05 Dominika 9.03, 12.05, 4.08, 14.10, 20.12, 29.12 Dominiki 6.07, 4.08 Domostawa 15.01 Donata 17.02, 7.04, 7.08 Doris 7.08 Dorothy 6.02, 7.08, 5.09 Dmitra 9.04 Dzymy 25.03 Dzierżystawa 16.07 **E**dgera 10.06, 8.07 Edwunda 30.10, 16.11, 20.11, 1.12 Edwarda 5.01, 18.03, 13.10 Edwina 11.03, 4.10 Edyty 16.09, 20.10 Egberta 24.04 Egona 15.07 Eleonory 21.02 Eliasza

20.07 Eligiusza 1.12 Elizy 14.06 Elwiry 10.02 Elżbiety 4.01, 18.06, 8.07, 5.11, 17.11, 19.11 Emanuela 26.03 Emila 11.10, 14.11 Emiliana 8.08, 6.12 Emilia 23.05, 30.06 Emry 28.12 Erazma 2.06, 3.09, 25.11 Erdarda 8.01 Ernesta 27.03, 13.07, 7.11 Ernesty 31.05 Ernestyny 31.07 Erwina 11.03, 18.07 Erwiny 19.01 Eryka 9.02, 18.05 Estery 7.07 Eufemii 20.03, 3.09 Eugenii 13.09, 25.12 Eugeniusza 4.01, 4.03, 8.07, 6.09, 30.12 Eulalii 12.02 Eustachego 29.03, 16.07, 20.09, 12.10 Ezebii 29.10 Ezebiusza 14.08, 26.09, 16.12 Ewalda 3.10 Ewarysta 26.10 Eveliny 24.12 Ewy 24.12 **F**abiana 20.01 Fabioli 20.01, 27.12 Fabrycego 22.08 Faustyna 15.02, 19.11 Fausty 20.09 Felicjana 9.06, 11.11 Felicji 24.01, 7.03 Felicity 7.03, 23.11 Feliksa 11.01, 14.01, 21.02, 23.03, 21.04, 18.05, 30.05, 11.06, 6.11, 20.11 Ferdynanda 30.05 Fernandy 23.01 Filemona 21.03 Filipa 11.04, 1.05, 26.05, 10.07, 23.08, 13.09, 22.10 Filipiny 21.08, 20.09 Filometry 5.07, 10.08 Flawii 5.10 Flawiusza 22.06 Florentyna 23.02, 7.11 Florentyny 20.06, 16.10 Floriana 4.05, 5.11, 17.12 Flory 29.08, 24.11 Fortunata 21.02 Fortunaty 14.10 Franciszka 24.01, 29.01, 2.04, 11.05, 4.06, 21.08, 17.09, 29.09, 4.10, 10.10, 27.11, 3.12 Franciszki 9.03, 22.12 Frydryka 5.03, 29.11 Frydryki 6.10 Frydy 18.02 **G**abara 24.03 Gabriela 4.02, 27.02, 24.03 Gabrieli 19.12 Gaudenteego 22.01 Gawta 16.10 Genowefy 3.01, 9.11 Georginy 15.02 Geraldia 13.10, 5.12 Gerarda 24.09, 29.12 Gerharda 3.10 Gertrudy 17.03, 13.08, 16.11 Gerwazego 19.06 Gizi 7.05 Glorii 13.05 Goździasta 28.12 Goździsta 4.06 Goćistawa 18.04 Goćistawy 15.10 Gotarda 6.07 Gotfryda 13.01 Gracjana 18.12 Gracji 9.11 Grażyny 1.04, 26.07 Grety 12.01 Grzegorza 2.01, 11.02, 13.02, 12.03, 24.04, 4.05, 9.05, 25.05, 25.08, 17.11, 28.11, 19.12 Grzymistawa 12.10 Gustawa 2.08 Gwałberta 12.07 Gwidona 31.03, 12.09 **H**alin 1.07, 2.10 Halki 22.10 Halszki 2.03 Hanny 5.01 Heleny 2.03, 23.04, 22.05, 31.07, 13.08, 18.08 Heliodora 3.10 Helmuta 29.03 Henryka 19.01, 19.02, 2.03, 12.07, 15.07, 4.11 Henryki 17.01, 16.03 Herberta 16.03 Herkulesa 5.09 Hermana 7.04 Hermenegildy 13.04 Hiacynty 30.01 Hieronima 8.02, 20.07, 30.09 Hilarego 14.01, 16.03, 21.10 Hilarii 12.08 Hipolita 3.02, 13.08, 21.09 Honataty 11.01, 22.12 Honarony 27.02 Horacego 24.04 Hortensji 1.06, 24.10 Huberta 3.11 Hugona 1.04, 29.04, 17.11 **I**dalii 15.11 Idy 13.04, 4.09 Idziego 23.04, 1.09 Igi 23.10 Ignacego 1.02, 31.07 Igira 1.10, 5.10 Ildefonsa 23.01 Iliry 27.01, 18.08 Ilzy 8.05 Ingi 25.10 Innocentego 4.07, 28.07 Irenausza 6.04, 28.06, 15.12 Ireny 1.04, 3.04, 5.04, 5.05, 18.09, 20.10 Iriny 18.05 Irtiny 24.12, 30.12 Imry 18.09 Irwina 13.07 Ity 5.05 Iwna 23.12 Iwany 23.05, 27.10 Iwy 19.05 Izabeli 16.03, 3.09 Izoldy 6.04 Izydora 2.01, 15.01, 4.04, 10.05, 27.05, 14.12 **J**acka 10.02, 3.07, 17.08, 11.09, 29.10, 6.11 Jadwigi 15.10 Jagody 2.07 Jakuba 14.03, 30.04, 1.06, 5.07, 25.07, 6.08, 21.10, 28.11 Jana 17.01, 23.01, 31.01, 8.02, 8.03, 27.03, 28.03, 6.05, 15.05, 27.05, 12.06, 24.06, 12.07, 20.08, 29.08, 20.10, 24.11, 14.12, 21.12, 23.12 Janiny 24.06 Janistawa 24.06 Januarego 8.04, 19.09 Januarii 17.07 Janusza 21.11 Jareny 6.12 Jarogniewa 6.12 Jaromira 11.04, 28.05 Jarostawa 21.01, 25.04, 7.06 Jamiry 24.02 Jazona 12.05 Jeremiasza 1.05, 26.06 Jeremiego 14.05, 26.06 Jerzego 23.04, 24.08 Józefi 16.05 Joachima 16.08, 22.09, 9.12 Joanny 31.01, 2.02, 24.05, 21.08, 12.12 Jolanty 15.06 Jonasza 21.09 Jonatana 29.12 Jordana 6.03 Jowity 15.02 Jozefata 25.11 J zefi 29.01, 4.02, 15.02, 19.02, 19.03, 1.05, 27.08, 18.09 J zefiny 12.03, 22.10 Judyty 6.05, 2.07, 28.10, 14.11, 10.12 Juliania 7.01, 9.01, 27.01, 28.01, 13.02, 19.08, 2.09, 18.10 Juliany 19.06 Juliany 16.02 Julietty 17.07 Juli 8.04, 16.04, 22.05, 27.07, 10.12 Jility 30.07 Juliusza 8.01, 12.04, 27.05, 19.08, 20.12 Juranda 6.05 Justyna 17.09 Justyniana 5.02 Justyny 14.04, 16.06, 1.08, 26.09, 30.11

Kaqua 6.01 Kai 22.04 Kajetana 7.08 Kajusa 22.04
 Kalasantego 27.08 Kaliksta 14.08, 14.10 Kaliny 11.07 Kamila
 18.07, 25.09 Kamili 16.09 Kaciny 2.08 Karola 28.01, 4.06,
 4.11 Karoliny 9.05, 5.07, 18.11 Kara 4.06 Kasjana 3.12
 Kastora 13.02 Katarzyny 13.02, 9.03, 22.03, 5.04, 30.04, 25.11,
 31.12 Kazimierzy 21.08 Kazimierza 4.03, 22.03 Kirgi 24.07
 Klary 17.04, 12.08, 18.08 Klarysy 1.07, 9.08 Klaudii 20.03
 Klaudiusa 26.04, 8.11 Klenensa 23.01, 15.03, 23.11 Klementa
 8.12 Klementyny 8.09, 23.11 Kleofasa 25.09 Kleopatry
 20.10 Klotyldy 3.06 Kolety 6.03 Konrada 19.02, 21.04, 1.06,
 21.11, 26.11, 12.12 Konstancji 29.01, 18.02, 19.09 Konstantego
 11.03, 26.08, 30.11 Kordiana 22.10 Korduli 22.10 Kornela
 16.09 Kornelii 31.03 Kosny 27.09 Krystyna 21.05, 25.10
 Kyspiny 5.12 Krystiany 15.12 Krystyna 12.11 Krystyny
 13.03, 24.07 Krzysztofa 25.07 Ksawerego 31.01, 3.12 Kseni
 16.04 Kunegundy 3.03, 24.07 Kwiryna 30.03
Larysy 26.03 Laurencji 18.12 Laurentego 6.06, 23.08
 Lary 17.06 Lecha 12.08 Lechostawa 26.11 Lekadii 9.12
 Leona 20.02, 14.03, 11.04, 19.04, 22.04, 12.06, 28.06, 10.11, 26.11
 Leonarda 30.03, 6.11 Leoncjusza 13.01 Leonida 15.04
 Leonii 22.04, 12.06 Leontyry 19.04 Leoparda 30.09 Legoloda
 15.11 Leszka 3.06 Liberaty 18.01 Libertta 23.09 Lidii
 27.03, 3.08 Ligii 11.08 Liliany 14.02 Liliamy 4.09 Lillii
 30.04, 27.07 Lility 15.09 Longina 15.03 Lubomira 21.03,
 1.05 Lubora 13.09 Lubostawa 12.04 Luby 28.09 Lucjana
 7.01, 11.02, 13.06 Lucjusza 11.02, 3.12, 13.12 Lucyry 30.06,
 17.10 Ludmity 20.02, 7.05, 30.07, 26.10 Ludomira 28.02, 10.11
 Ludwika 31.01, 25.08, 9.10 Ludwiki 15.03 Ludomira 31.07
 Lubostawa 11.03, 30.11 Luizy 25.08 Lukrecji 7.06 Lubomira
 10.10 Lutostawa 26.01
Tadystawa 25.09 fazarza 17.12 fucjana 26.10 fucji 4.03,
 25.06, 6.07, 13.12 fukasza 17.02, 22.04, 10.09, 18.10, 17.12
Machabeusza 14.08 Macieja 30.01, 24.02, 11.11 Magdaleny
 27.05, 29.05, 22.07 Mai 9.04 Makarego 2.01, 28.02, 10.03,
 10.04 Maksyna 8.04, 8.06, 27.12 Maksymiliana 29.05, 12.10,
 27.11 Maliry 24.08 Malwiny 4.07 Matgorzaty 18.01, 22.02,
 10.04, 13.04, 10.06, 13.07, 17.10, 16.11 Marterta 11.05 Manfreda
 4.10 Marcelego 16.01, 10.03, 9.04, 30.12 Marceli 31.01
 Marcelina 14.07 Marceliny 9.01, 26.04 Marcina 13.04, 8.10,
 24.10, 3.11, 11.11, 7.12 Marcjala 30.06 Marcjana 17.06
 Marcjanny 9.01, 2.06 Mariana 17.01, 30.04, 1.07 Marianny
 26.05, 2.06 Marietty 31.05 Marii 2.02, 25.03, 9.04, 26.04, 28.04,
 3.05, 24.05, 27.06, 2.07, 5.08, 15.08, 26.08, 8.09, 12.09, 7.10, 16.11,
 25.11, 8.12 Mari Magdaleny 25.05 Mariny 18.06 Marioli
 25.03, 3.05 Mariusza 19.01, 31.12 Marda 24.02, 24.03, 25.04,
 18.06, 28.09, 7.10, 22.11 Marleny 23.10 Marty 22.02, 29.07
 Martyna 27.04 Martyny 30.01 Maryli 27.06 Maryry 3.03,
 30.07 Marzeny 26.04 Mastawa 1.01 Mateusza 21.09
 Matyldy 11.01, 14.03 Maura 22.11 Maurycego 20.03, 22.09
 Medarda 8.06 Melanii 31.12 Melchiora 6.01, 7.09, 7.11
 Metodago 14.02, 7.07 Michaliny 29.09 Michata 26.01, 14.03,
 10.04, 4.05, 23.05, 25.08, 29.09 Mieczystawa 1.01 Mieszka 1.01
 Mikotaja 21.03, 19.05, 2.06, 10.09, 13.11, 6.12 Mileny 24.05
 Mitostawa 2.02 Mitosza 25.01 Mirellii 7.10 Mirona 17.08
 Mirostawa 26.02 Mirostawy 2.02, 26.07 Miry 11.05 Modesta
 12.02 Modesty 5.11 Moniki 4.05, 27.08 M cistawa 8.01,
 8.03 Mi ciwoja 4.11
Nadii 1.08 Nadziei 15.05 Napoleona 15.08 Narcyza
 18.03, 29.10 Natalii 27.07, 1.12 Nelia 10.11 Nestaria 26.02,
 8.09 Nikifora 1.03 Nikity 10.06 Nikodema 3.08, 15.09 Niny
 14.01, 15.12 Norberta 6.06 Normy 26.01 Nory 21.01, 12.02
Odona 14.01, 18.11 Ody 27.11 Ofelii 13.05 Oktawiana
 23.03 Oktawii 16.03 Oktawiusza 20.11 Olafa 29.07 Olecha
 8.08 Olgi 11.07 Olgierda 10.02, 11.02, 4.11 Olimpii 17.12
 Oliwii 5.03 Onufrego 12.06 Oresta 9.11 Oskara 3.02
 Ostapa 20.02 Oswalda 5.08 Ottona 3.07 Otylia 13.12
Pafnuego 19.04 Pankracego 3.04, 12.05 Paschalisa 17.05
 Patrycji 13.03, 28.08 Patrycjasza 9.07 Patryka 17.03 Paulina
 10.10 Pauliny 26.01, 26.05, 6.06, 22.06, 21.07, 31.08, 2.12 Pawta
 15.01, 25.01, 6.02, 2.03, 7.03, 28.04, 26.06, 29.06, 19.10, 19.11
 Pelagi 23.03, 9.06, 11.07, 8.10, 19.10 Pelagiusza 9.06 Petroneli
 31.05 Pietra 18.01, 8.02, 21.02, 19.05, 29.06, 1.08, 9.09, 11.09,
 19.10, 2.12, 4.12, 21.12, 25.12 Piusa 5.05 Polikarpa 26.01, 22.02
 Parpejusza 14.12 Praksedy 21.07 Prokopa 8.07 Prospera
 23.06 Prcta 11.09, 11.11 Protazego 19.06, 4.08 Pizemystawa
 27.01, 13.04, 30.10 Przybystawa 27.01 Pulcherii 10.09
Racibora 29.08 Radmita 11.06 Radomity 13.07 Radomira
 28.01 Radostawa 12.02, 2.03, 8.09 Radostawy 10.12
 Radzimiria 12.09 Rafaela 20.06 Rafata 24.01, 24.10, 20.11, 2.12
 Raissy 28.06 Rajmundka 7.01, 23.01, 31.08 Rebeki 30.08
 Regiry 7.09, 21.11 Remigiusza 1.10 Renaty 12.11 Renago
 18.10 Rany 7.09 Rity 29.04, 22.05 Roberta 24.01, 21.02,
 17.04, 29.04, 13.05, 7.06 Rocha 16.08 Rodrigueza 13.03 Rogera
 15.11 Roksany 14.09 Rolanda 9.08 Romana 28.02, 9.08,
 18.11, 24.11 Romany 23.02 Romualda 7.02, 9.08 Romy 23.02
 Rocista 17.01 Rozalii 4.09, 4.10 R zy 6.03, 30.08, 4.09
 Rublifa 17.04, 21.06 Rublfiny 21.06 Rufina 7.04 Rupertia
 27.03 Ruty 16.07 Ryszarda 7.02, 3.04 Ryszardy 7.09
Sabiny 29.08, 27.10, 5.12 Saby 5.12 Salezego 29.01
 Salomei 17.11 Salomona 28.09 Samuela 20.08 Sandry
 26.08 Sarry 19.01 Satumina 31.10, 29.11 Sawy 7.05
 Scholastyki 10.02 Sebalda 19.08 Sebastiania 20.01, 8.02, 31.12
 Serafina 12.10, 14.11 Sergiusza 9.09 Serwacego 13.05
 Sewera 15.10, 8.11 Seweryna 8.01, 8.04, 8.06, 23.10, 1.11, 19.11,
 30.12 Skarbimira 19.10 Stawdora 14.12 Stawocja 9.06
 Stawomira 17.05, 5.11 Stawomiry 23.12 Stawy 24.01, 6.08
 Sbilstawa 20.08, 28.08 Sbilstawy 1.12 Soni 28.03
 Stanistawa 8.05, 13.11 Stanisztawa 5.08 Stefana 17.04, 2.09,
 22.11, 11.12 Stelli 15.08 Strz ystawa 2.01 Sulimira 30.05
 Sulistawa 2.12 Sylbilli 19.03, 9.10 Sydnii 19.09 Syktusa
 28.03, 6.08 Sylwany 10.07 Sylwestra 26.11, 31.12 Sylwii
 3.11 Sylwina 12.09 Sylwiusza 8.08 Symecna 10.05, 23.05
 Szczepana 26.12 Szczepiego 30.08 Szymona 5.01, 16.02,
 18.02, 18.07, 3.09, 28.10
Ścibora 9.09 wi chtostawa 31.08 wi chtostawy 3.05
Tadeusza 28.10 Tamary 3.06 Tatiany 25.01 Tedi 30.08,
 23.09 Teodora 7.02, 26.03, 15.04, 4.07, 19.09, 24.09, 23.10, 9.11,
 27.12 Teodory 1.04 Teodzji 2.04, 29.05 Teodzjuszsa 25.10
 Teofila 5.03, 27.04, 2.10, 13.10, 20.12 Teofili 28.12 Teresy
 3.10, 15.10 Tobiaska 13.06, 2.11 Tomasza 7.03, 22.09, 21.12,
 29.12 Tomila 10.10 Tomira 24.09 Tomistawa 21.12 Tristana
 5.04 Trofima 2.10 Tycjana 3.03 Tyrona 19.04
 Tymoteusza 26.01, 21.05, 22.08 Tytusa 4.01, 6.02, 18.09
Ubystawa 30.07 Ulryka 11.04, 14.07 Urbana 2.04, 25.05,
 2.07, 31.10, 19.12 Ursyna 9.11 Urszuli 21.10, 21.11
Wactawa 4.03, 4.04, 15.04, 28.09 Waldemara 5.05, 11.12
 Walentego 7.01, 14.02, 2.05 Walentyry 25.07 Waleropp 28.01
 Waleriana 29.01, 14.04, 14.06, 27.11, 15.12 Waleriany 23.08
 Walerii 16.01, 28.04, 5.06, 9.12 Waleriusza 16.01 Walta
 5.06, 29.11 Wandy 23.06 Warcistawa 1.11 Wasyla 25.04
 Wawrzynca 22.07, 10.08, 5.09, 14.11 Weroniki 13.01, 4.02, 17.05,
 9.07, 12.07 Wery 30.09 Wespazjana 18.07 Wieszcystawa
 25.03, 16.05 Wery 12.07 Wierzchostawy 3.03 Wiestawa
 7.06, 9.12 Wiestawy 22.05 Wiktoria 25.02, 6.03, 12.04, 8.05,
 14.05, 21.05, 28.07, 17.10, 8.11, 18.12 Wiktorii 23.12 Wiktoriusza
 28.05 Wiktoryna 29.03 Wiktoryny 10.05, 1.11 Wilhelma
 10.01, 6.04, 28.05, 8.06, 25.06 Wilhelminy 25.10 Wincentego
 22.01, 8.03, 5.04, 19.07, 27.10 Wioletty 25.05, 29.10 Wigglisa
 27.11 Wigginusza 8.12 Wistawa 7.06 Wita 15.06
 Witalisa 28.04, 10.07, 20.10, 4.11 Witolda 15.06, 12.11
 Witadystawa 2.04, 27.06 Włodzimierza 16.01, 15.07, 11.08
 Włodzistawa 27.06 Włodzistawy 13.12 Wodzistawa 19.07
 Wojciecha 23.04 Wojmirra 11.12 Wr ciwoja 26.12
 Wszeciedza 28.10
Zachariasza 6.09 Zbigniewa 17.02, 17.03, 1.04 Zbystawa
 17.11 Zdzistawa 3.01, 29.01, 28.11 Zdzistawy 16.12 Zefiry
 20.12 Zefiry 26.08 Zendobii 30.10 Zenona 14.02, 12.04,
 23.06, 9.07, 22.12 Ziemowita 19.10, 6.11 Zofii 15.05, 30.09
 Zuli 11.08 Zuzanny 24.05, 11.08 Zygfryda 16.02, 22.08
 Zygnuta 2.05 Zyty 27.04
Żakliny 8.02 flanety 27.12 flanny 17.08 flagaty 23.10
 flalistawa 23.07

World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences

2010

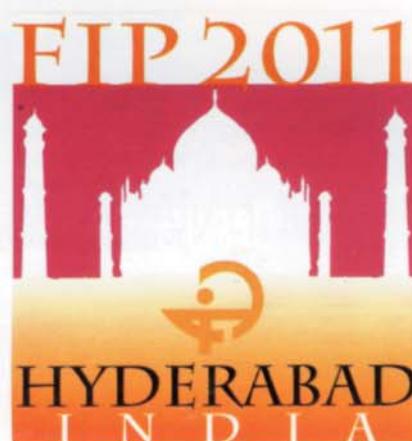
70th International Congress of FIP

Lisbon, Portugal
from 28 August until
2 September 2010



Main Theme:

*From Molecule to Medicine to Maximising Outcomes -
Pharmacy's Exploratory Journey*



World Congress of Pharmacy and Pharmaceutical Sciences 2011

71st International Congress of FIP

Hyderabad, India from 2 - 8 September 2011

Od redakcji

W trosce o pacjentów i właściwą realizację misji aptekarzy, publikujemy obszerny fragment listu-apelu prezesa Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej – dr n. farm. Stanisława Piechuli do minister zdrowia Ewy Kopacz z prośbą o pilne rozpatrzenie postulatu pacjentów i aptekarzy w sprawie rozporządzenia dotyczącego wystawiania i realizacji recept.

Szanowna Pani Ewa Kopacz
Minister Zdrowia

Szanowna Pani Minister,

W dniu 7 stycznia 2010 roku w udzielonym przez Panią Minister i Prezesa NFZ wywiadzie na temat tzw. chemioterapii niestandardowych, przekazaliście społeczeństwu słowa Premiera RP: „Prawo jest dla człowieka, który powinien wyczytać z niego to co mu się należy”,

Głęboko poruszony takim nowym podejściem do pacjenta w polskim systemie ochronie zdrowia, zwracam się z pilnym zapytaniem o termin wprowadzenia poprawionego rozporządzenia w sprawie recept lekarskich, w którym znajdą się zapisy gwarantujące pacjentom prawo do bezproblemowej realizacji recept i zlikwidując ciągłe obarczanie pacjentów konsekwencjami niewłaściwego wystawiania recept a także nadgorliwości NFZ.

Po raz kolejny dodam, że w całej Polsce w aptekach nadal wielu pacjentów, w tym osób schorowanych i mających kłopoty z poruszaniem się, nie może zrealizować recept z uwagi na ich niedbałe wystawianie oraz bardzo restrykcyjne kontrolowanie przez NFZ i wykorzystywanie naj-

mniejszych uchybień w celu zaoszczędzenia refundacji. Narodowy Fundusz Zdrowia zaczyna się stawać Narodowym Funduszem Zniechęcania wszelkimi możliwymi sposobami w celu zaoszczędzenia naszych pieniędzy na nas.

Wydaje się, że w tej sprawie tylko jednoznaczną zmianą zapisów rozporządzenia jest w stanie zapewnić przesłanie Premiera RP, by prawa człowieka – polskiego pacjenta były zapewnione i by polski pacjent nie był obciążany odpowiedzialnością i restrykcjami za niedbałe wystawianie recept i za nadgorliwość Narodowego Funduszu Zdrowia. (...)

(...) Proszę o informację, czy możemy liczyć w najbliższym czasie na nowelizację rozporządzenia i zapewnienie prawa pacjentom do bezproblemowej realizacji recept, czy może wobec braku reakcji ze strony Ministerstwa Zdrowia powinniśmy zacząć zbierać recepty z ordynacją do Premiera RP?

Z uszanowaniem

Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej
dr farm. Stanisław Piechula



POMÓŻCIE URATOWAĆ WIOLĘ 28-letnią farmaceutkę z nadmorskiego Dziwnowa, osobę niezwykle serdeczną i uczynną, nie tylko z racji wykonywanego zawodu. Wiola od ponad dwóch lat prowadzi heroiczną walkę ze złośliwym nowotworem.

Rak piersi skończył się mastektomią i gehenną chemią, po których młoda farmaceutka powróciła do aktywnego życia i uwierzyła, że najgorsze ma już za sobą. Wkrótce okazało się jednak, że błędnie zdiagnozowano u niej bóle kręgosłupa i od dłuższego czasu rozwija się tam kolejne ognisko nowotworu.

Wiola szukała pomocy w kilku klinikach, ale polska medycyna okazała się bezradna wobec jej przypad-

ku. Wciąż jednak istnieje nadzieja na ocalenie młodej farmaceutki. Zabieg, który mógłby uratować jej życie, wykonywany jest w nowoczesnej klinice onkologicznej w Tianjin w Chinach, gdzie obok tradycyjnych metod walki z rakiem, znanych na Zachodzie (operacje, radio- i chemioterapie), stosuje się terapię genową, krioterapię, embolizację i immunoterapię.

Kieruję do Państwa serdeczną prośbą o finansowe wsparcie Wioli w jej walce o życie. Pomocna będzie każda, choćby najmniejsza suma. Mamy nadzieję w krótkim czasie uzbierać niezbędną sumę 60 000\$. Proszę kierować wszelkie finansowe wsparcie na osobiste konto farmaceutki:

**Wioletta Szczerba, ul. Dziwna 10a/1,
72-420 Dziwnów, Bank Pekao S.A.
51 1240 3868 1111 0000 4098 5611**

Z góry bardzo dziękuję za okazaną pomoc!
Przyjaciółka Wioli, Anna Dobroń



Warszawa, 4 stycznia 2010 r.

Szanowni Państwo,

W imieniu inicjatorów i organizatorów przedsięwzięcia pod hasłem „Rok 2009 Rokiem Walki z Otyłością i Nadwagą” składamy serdeczne podziękowanie za aktywny w niej udział samorządów aptekarskich z okręgowych izb w Krakowie, Rzeszowie, Lublinie, Gdańsku, Poznaniu, Kielcach i Opolu. Dzięki wsparciu samorządu blisko dwa tysiące aptekarzy na specjalnych konferencjach regionalnych zostało przygotowanych do pomocy pacjentom z problemem wagi ciała, zagrażającej ich zdrowiu, a nieradko życiu.

Specjalne słowa podziękowania za osobiste wsparcie projektu kierujemy pod adresem prezesa NRA dr. n. med. Grzegorza Kucharewicza oraz wiceprezesa NRA, dr. n. farm. Marka Jędrzejczaka.

Nasze poczynania poprzedziły ogłoszoną przez Parlament Europejski w maju ubiegłego roku coroczną kampanię pod nazwą „Europejski Dzień Walki z Otyłością”, którego pierwsze obchody wyznaczono na dzień 22 maja 2010 roku. Celem „Europejskiego Dnia” jest zjednoczenie społeczności lekarzy, aptekarzy, farmaceutów, pacjentów i polityków wokół wszystkich inicjatyw wspierających obywateli Europy cierpiących na nadwagę lub otyłość, w podejmowaniu przez nich wysiłków na rzecz zmiany trybu życia i poprawienia stanu zdrowia oraz podniesienia jakości życia. W kilku krajach Europy w tym samym terminie odbędą się obchody narodowych dni walki z otyłością. Kampanię „Europejskiego Dnia” do tej pory poparły 24 organizacje i 19 posłów Parlamentu Europejskiego.

Aprobując tę inicjatywę zwracamy się do Państwa o honorowe wsparcie „Europejskiego Dnia Walki z Otyłością” poprzez umieszczenie banera kampanii (niżej prezentowanego) na swojej stronie internetowej, wykorzystując załączone materiały, jak też wpisanie się na listę podmiotów wspierających kampanię, przesyłając informacje do sekretariatu kampanii w Brukseli na adres mailowy info@obesityday.eu.

Poparcie ze strony Państwa jak też ze strony reprezentowanej organizacji będzie niezmiernie cenne dla inicjatywy „Europejskiego Dnia Walki z Otyłością”.

Z poważaniem,

Kierownik

Studium Kształcenia Podyplomowego
Wydziału Farmaceutycznego UJ CM

prof. dr hab. Barbara Filipk

Dziekan

Wydziału Farmaceutycznego UJ CM

prof. dr hab. Jan Krzek

Dziekan

Wydziału Farmaceutycznego UM
w Lublinie

prof. dr hab. Janusz St. Solski

Prorektor ds. Współpracy z Zagranicą i Szkolenia Podyplomowego UM w Lublinie

Przewodniczący Rady Naukowej „Czasopisma Aptekarskiego”

prof. dr hab. Kazimierz Górnjak

www.obesityday.eu



**EUROPEJSKI DZIEN WALKI
Z OTYŁOŚCIĄ**



WYBORCZY DEKALOG PREZESA NACZELNEJ RADY APTEKARSKIEJ V KADENCJI dr n. med. GRZEGORZA KUCHAREWICZA

mgr BOGDAN OSTROWSKI

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

Mija drugi rok od wyboru przez V Krajowy Zjad Aptekarzy dr n. med. Grzegorza Kucharewicza na prezesa Naczelną Rady Aptekarskiej.

Nie od rzeczy więc będzie przypomnieć ostatni fragment wystąpienia dr. G. Kucharewicza, na tym Zjeździe, gdy apelował:

„Szanowni Delegaci, moje cele, do osiągnięcia których zamierzam dążyć, jeśli oddacie Państwo na mnie swój głos, są następujące:

1. Będę dążył do wzmacniania pozycji aptekarza i podniesienia jego prestiżu zawodowego. Należy jak najszybciej powrócić do dawnej pozycji naszego zawodu w hierarchii społecznej.

2. Jak do tej pory będę podejmował działania zmierzające do zmiany ustawy Prawo farmaceutyczne. Będę dążył do uchwalenia ustawy o zawodzie farmaceuty, do zmiany rozporządzenia dotyczącego pomieszczeń w aptece. Jak wspomniałem, projekty wymienionych ustaw i rozporządzeń są już gotowe i należy jak najszybciej podjąć starań o ich uchwalenie. Mam na względzie zapisy umożliwiające wprowadzenie sztywnych cen, zmiany tabel marż na leki refundowane, wprowadzenie przepisów antykoncentracyjnych. Aptekarz nie może odpowiadać za błędnie wypisywane recepty lekarskie.

Wiktor Szukiel



Dr n. farm. Grzegorz Kucharewicz przedstawia swój program wyborczy. Obok dr n. farm. Aleksander Czarniawy, aptekarz z Sanoka – przewodniczący obrad V Krajowego Zjemu aptekarzy wraz ze współprzewodniczącym obrad mgr. farm. Adamem Wąsiewiczem, aptekarzem z Włocławka

3. Zamierzam dążyć do zdecydowanej współpracy Okręgowych Izb Aptekarskich i do ujednolicenia dokumentacji wydawanej przez Okręgowe Izby Aptekarskie, takich jak certyfikaty, zaświadczenia i opinie czy rękojmie.

4. Chcę doprowadzić do jak najszybszego stworzenia centralnego rejestru farmaceutów.





© Wiktor Szukiel

Delegaci na V Krajowy Zjazd Aptekarzy w czasie głosowania nad uchwałami

- 5. Będę dążył do ograniczenia sprzedaży produktów leczniczych w sprzedaży pozaaptecznej i do rozszerzenia działalności o dodatkowe czynności w aptece.
- 6. Za tzw. wartość dodaną w aptece uważam opiekę farmaceutyczną i w pełni doceniam konieczność jej upowszechnienia.
- 7. Będę zabiegał o wprowadzenie zapisów zwiększających poziom marży na leki refundowane.
- 8. Będę bronił samorządu aptekarskiego przed zakusami rozwiązania go bądź zmniejszenia jego roli.
- 9. Jak do tej pory będę utrzymywał i rozwijał ścisłą współpracę z Inspekcją Farmaceutyczną.
- 10. Zdecydowanie zamierzam bronić prywatnej apteki rodzinnej i wyraźniej przeciwstawiać się masowemu rozszerzaniu się sieci aptek.

Chciałbym, aby lata pracy i nakreślone kierunki działań nie poszły na marne. Żebyśmy wybiegając nowego prezesa, poszli drogą rozsądku i ewolucji, nie rewolucji. Dlatego proszę Państwa o głosy na mnie jako na przyszłego prezesa NRA”.

Zwracamy się więc z apelem do wszystkich delegatów ówczesnego V Krajowego Zjazdu Aptekarzy, a także do Czytelników o ocenę realizacji złożonych deklaracji przez prezesa NRA dr. n. med. Grzegorza Kucharewicza.

Wszystkie uwagi, refleksje i zapytania do prezesa NRA będą zatem systematycznie publikować na łamach „Czasopisma Aptekarskiego”.

Adres do korespondencji:

Redakcja
„Czasopisma Aptekarskiego”
ul. Obarowska 23/2
04-337 Warszawa
tel. 022 879 98 69



„Czasopismo Aptekarskie” we współdziałaniu z Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Okręgową Izbą Aptekarską w Krakowie i Wielkopolską Okręgową Izbą Aptekarską w Poznaniu ogłasza:

2010 Rokiem Kontynuacji Walki z Nadwagą i Otyłością

Epidemia otyłości

Otyłość została uznana za chorobę od 1997 r.

Obecnie WHO określa otyłość jako problem o rozmiarze epidemicznym.¹

ŚWIAT



1 mld

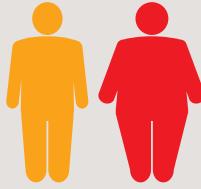


300 mln

Ponad 1 miliard dorosłych ma nadwagę.

Z tej liczby przynajmniej
300 mln to ludzie otyli.²

EUROPA



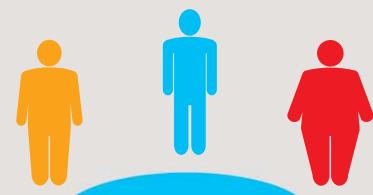
400
mln

130
mln

Niemal 400 mln dorosłych ma nadwagę.

Z tej liczby około
130 mln to ludzie otyli.*

POLSKA



Na każdych 5 Polaków

1 jest otyły, 2 ma nadwagę,
a tylko 2 utrzymuje
prawidłową wagę ciała.³

- Nawet względnie niewielka nadwaga ma ujemne konsekwencje dla zdrowia.
- Nawet mała utrata masy ciała wpływa korzystnie na stan zdrowia, zmniejszając czynniki ryzyka.
- Farmaceuci mogą odegrać ogromną rolę w profilaktyce i leczeniu nadwagi i otyłości.

*na obszarze Europy objętym szacunkami WHO

1) WHO Charter/Karta Światowej Organizacji Zdrowia. 2) WHO „The challenge of obesity in the WHO European Region, Fact sheet EURO/13/05, 2005a”. 3) Informacja z elektronicznego biuletynu edukacyjnego „Goniec Medyczny” z 10 XII 2007 r, wysłana do lekarzy z popularnego medycznego portalu internetowego „Eskulap”.

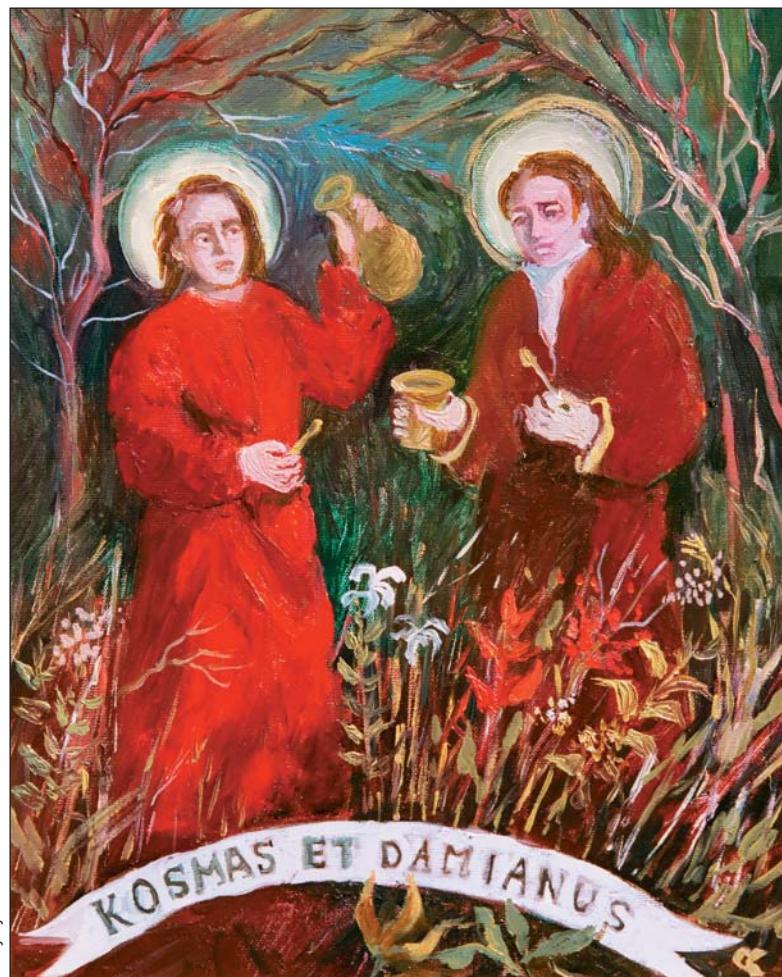
Partnerzy edukacyjni:



CZY ŚWIĘCI KOSMA I DAMIAN MOGĄ BYĆ PATRONAMI WSPÓŁCZESNYCH APTEKARZY?

mgr BOGDAN OSTROWSKI

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



Od piętnastu lat polscy aptekarze co roku pod koniec września, kiedy to w katolickim kalendarzu liturgicznym (od 1969 roku dokładnie 26 września) przypada wspomnienie ich patronów, świętych Ko-

smy i Damiana, obchodzą swoje święto zawodowe.

Za patrona służby zdrowia większość uważa św. Łukasza i niewielu wie także o innych patronach lekarzy: świętych Kosmie i Damianie, lekarzach

rzymskich, męczennikach za wiarę chrześcijańską, patronach Florencji, lekarzy, aptekarzy, farmaceutów, chirurrów, dentystów, fizyków, cyrulików, cukierników i wydziałów medycznych, którzy żyli w Cyrrze na terenie Syrii w III wieku i według tradycji zginęli śmiercią męczeńską za czasów słynącego z prześladowań chrześcijan cesarza Dioklecjana, właśnie 26 września 303 roku.

Dlaczego to ich polscy aptekarze w latach 90. ubiegłego wieku, gdy odbudowywał się ich samorząd zawodowy, przyjęli za patronów swojego ogólnopolskiego święta i czy mogą to być patroni współczesnych, żyjących w XXI wieku aptekarzy?

Odpowiedź na to ważne pytanie znaleźliśmy w wykładzie prof. dr. hab. Jerzego Masiańskiego wygłoszonym podczas obchodów święta Kosmy i Damiana zorganizowanych przez ówczesną hurtownię Zioła Polskie Pharma wspólnie z Sekcją Historii Farmacji Oddziału Poznańskiego PTFarm. dnia 5 października 1995 roku (jej tekst pt. „Święty Damian prekurem farmaceuty klinicznego” opublikowało „Czasopismo Aptekarskie” w nr. 1[9] swego kwartalnika „Magazyn Histo-

ryczny Farmacji i Medycyny" z 1996 roku) oraz w wykładzie ks. mgr. Michała Niegierewicza, proboszcza parafii prawosławnej pw. Świętej Trójcy w Hajnówce, wygłoszonym podczas obchodów tegoż święta, zorganizowanych także przez Sekcję Historii Farmacji PTFarm. Odziału Poznańskiego wspólnie z ówczesną hurtownią farmaceutyczną „Zioła Polskie Pharma” w Poznaniu 24 września 1999 r., a opublikowanym pod tytułem „Duchowość świętych Kosmy i Damiana” w „Farmacji Polskiej” (tom LV, nr 24).

PRZYKAZANIE PATRONÓW: „DARMO PRZYJĘLIŚCIE, DARMO DAWAJCIE”

Bracia Kosma i Damian według najstarszego opisu ich męki byli bliźniakami, z domu wynieśli żywą wiarę i mocną miłość do Boga i bliźnich. Odznaczyły się niezwykłą sumiennością, dzięki czemu stali się wyjątkowymi lekarzami.

Pochodzili z Arabii, skąd udali się do Syrii, a potem do Małej Azji. Zamieszkali w Egei w prowincji Cylicja. W czasie podróży doskonaliли swoją sztukę lekarską, umiejętności przyrządzania leków, przede wszystkim zaś leczyli. Przedmiotem ich troski był każdy potrzebujący pomocy, chory człowiek. Wsławiły się szczególną dobrotą wobec ludzi ubogich, których leczyli, nie pobierając honorarium za swoją pracę.

Kiedy za panowania cesarza Dioklecjana prowincja Cylicja została objęta prześladowaniem chrześcijan, obydwa bracia zostali aresztowani i poddani okrutnym torturom. Zginęli

w Kyrrhos w Syrii, pochowano ich w Cyrze. Ich grób od razu zasłynął cudami, a kult męczenników wzrastał. Nad ich grobem papież św. Symmach (zm. w 514 r.) wzniósł wspaniałą bazylikę, która do czasów przybycia Arabów, a potem Turków, stała się celem licznych pielgrzymek.

W następnych stuleciach kult świętych braci męczenników rozprzestrzenił się w całym Kościele – tak na Wschodzie, jak i na Zachodzie.

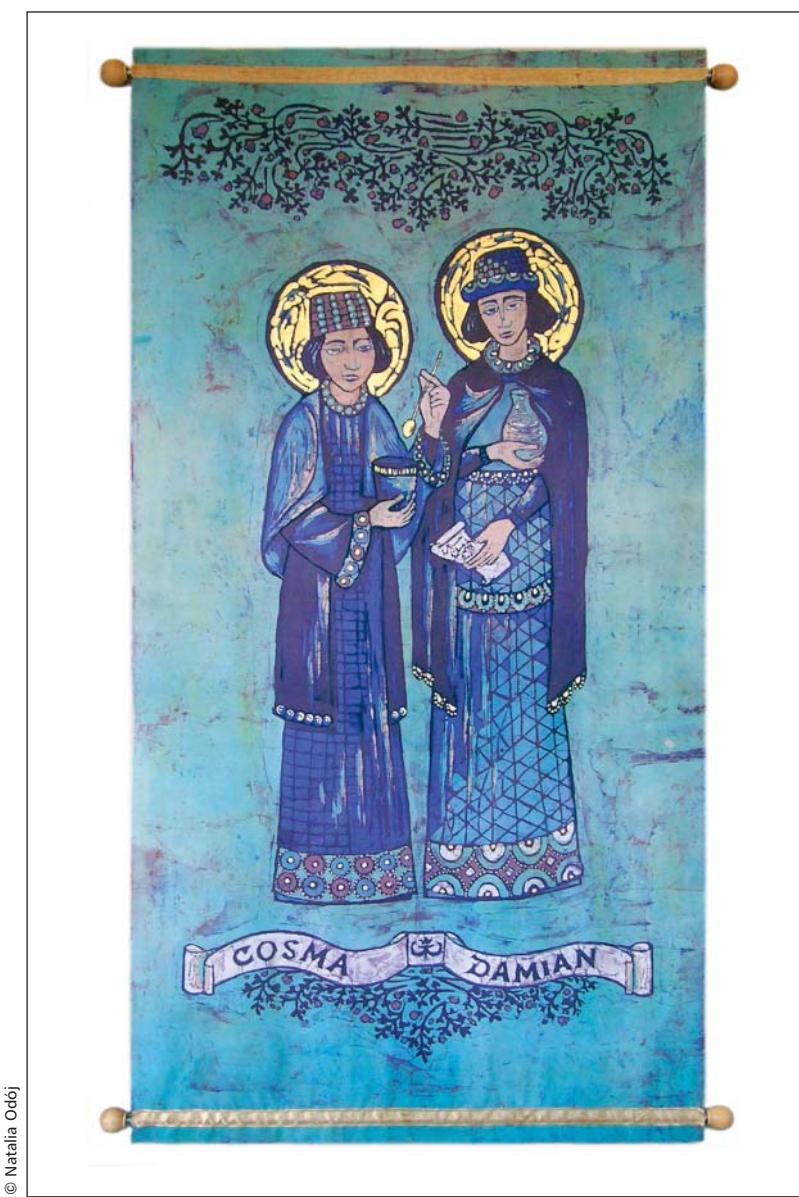
W ikonografii św. św. Kosma i Damian przedstawiani są jako ludzie młodzi, ubrani w wytworne szaty, z narzędziami medycznymi, szkiełkami, pudełkami maści, łyżką aptekarską do nabierania maści, moż-

dzierzem, laską Eskulapa. Kosma to po łacinie ozdoba rodu i mężczyzna o uporządkowanym trybie życia, imię Damian po grecku oznacza lekarza. Zazwyczaj w ikonach wschodnich święty Damian przedstawiany jest w aureoli i z gałązką w rękach, co symbolizowało wiedzę o ziołolecznictwie, natomiast święty Kosma w rękach trzyma naczynie z łyżeczką, co symbolizowało leczenie.

Ks. Michał Niegierewicz przyznaje, że w hagiografii kościelnej występują trzy pary świętych braci o tych imionach. *Wszyscy oni – dodaje – byli lekarzami – anargytami i żyli mniej więcej w tym samym czasie – w III wieku. Nie ma zbyt wielu publikacji na temat życia*



Joanna Kossuth



© Natalia Oddj

► i działalności świętych braci; natomiast te, które istnieją, często powstały na podstawie opisów wizerunków świętych na ikonach lub obrazach (...). Wraz z powstaniem i rozwojem Kościoła Chrystusowego wielu jego członków diametralnie zmieniło swoje życie po przyjęciu chrztu. Wszędzie stało się wiadomość niebywałe męstwo męczenników Chrystusowych, poprzez których ukazywana była zwycięska moc i siła Zbawiciela.

Pierwsi pochodzili z Azji Mniejszej. Ich ojciec był poganiem, matka chrześcijanką. (...) Uzyskali staranne wykształcenie, szczególnie w dziedzinie poznania leczniczych właściwości ziół, otrzymali od Boga dar uzdrawiania zarówno ciał jak i dusz. Leczyli ze wszelkich chorób i wypędzali złe duchy. Pomagali nie tylko ludziom, ale i zwierzętom. (...) To oni są przedstawieni na ikonie w Sanoku ze swoim życiorysem, na który powołują się

w publikacjach prof. Wojciech Roeske i prof. Jerzy Masiakowski (por.: „Święty Damian prekursorem farmaceuty klinicznego” w nr 1 [9] kwartalnika „Magazyn Historyczny Farmacji i Medycyny” z 1996 roku).

(...) Drugą parę świętych Kosmy i Damiana stanowią męczennicy rzymscy, którzy męczeńską śmierć ponieśli nie z rozkazu cesarza, ale z ręki swego nauczyciela – lekarza, który uczył ich ziołolecznictwa.

(...) I wreszcie trzecią parę świętych anargytów stanowili bracia bliźniacy Kosma i Damian pochodzący z Arabii. Jak podaje ich hagiografia – uwiezywszy w Chrystusa, leczyli chorych bez zapłaty, lecz najmniej korzystali z ziół czy innych lekarstw jak zwykli lekarze w tamtych czasach, a leczyli mocą Chrystusa. Naśladowując apostołów, chodzili po miastach i wsiach, przepowiadali dobrą nowinę o zbawieniu w Chrystusie.

(...) Trudno dziś ustalić – podsumowuje ks. Nigierewicz – którzy z nich byli prekursorami anargytów, a którzy ich naśladowali. Wiadomo, że udzielali swej posługi medycznej i lekoznauczej w iście samarytańskim stylu. Wynikało to z ich głębszej wiary w naśladowanie Chrystusa, a stąd realizacji przykazania: „Darmo przyjęliście, darmo dawajcie”. Dziś, kiedy każdą dziedzinę życia, a tym samym i medycynę, obejmuje komercjalizacja, święci Kosma i Damian są przykładem, jak człowiek związany ze służbą zdrowia winien coraz więcej uwagi poświęcać kulturowemu, etycznemu i duchowemu wymiarowi swojej misji.

ZA PRZYKŁADEM ŚWIĘTYCH KOSMY I DAMIANA

(...) *Ikonograficzne odkrycia* – mówił w 1995 roku i pisał w 1996 prof. Jerzy Masiakowski – oparte na kulcie św. św. Kosmy i Damiana, będącym nacnieniem dla ich twórców, mogą świadczyć o ówczesnym ścisłym współdziałaniu farmaceuty z lekarzem w opiece zdrowotnej, w zapobieganiu chorobom i niesieniu ulgi pacjentom w ich cierpieniu. Te wielowiekowe farmaceutyczne świadczenia zapisane są obecnie w Kodeksie Etyki Aptekarza RP.

(...) Światowe przemiany w farmacji i medycynie sprawiły, że już obecnie zawód farmaceuty polega na udzielaniu zawodowo świadczeń farmaceutycznych, w tym wytwarzaniu, ocenie jakości, dysponowaniu (posiadaniu do dyspozycji pacjenta) i dyspensowaniu (wyrażaniu zgody na skuteczne i bezpieczne stosowanie przez pacjenta środków farmaceutycznych i artykułów sanitarnych), zapobieganiu chorobom, udzielaniu porad i poleceń farmaceutycznych, opiece z dziedziny farmakoterapii ordynowanej i w samolecznictwie oraz wydawaniu opinii i orzeczeń farmaceutycznych.

I chociaż te zawodowe uprawnienia wymagają ścisłej współpracy farmaceuty z lekarzem, to jednak doprowadziły do wzajemnego równoważenia się tych bratnich zawodów w medycynie (sztuce leczenia) oraz w opiece klinicznej i społecznej. Pozwalały znowu w pełni spełniać trwające od zarania dziejów wspólne posłannictwo: „strzec ludzkiego życia i służyć mu” – za przykład-

dem świętych Kosmy – lekarza i Damiana – aptekarza, prekursora farmaceuty klinicznego.

W pięknych słowach ujął to posłannictwo papież Jan Paweł II w przemówieniu skierowanym do przedstawicieli Międzynarodowej Federacji Farmaceutów Katolickich z okazji 40-lecia powstania federacji. (...) Podkreślił znaczenie rozszerzającej się mediacyjnej roli farmaceuty, który zawsze był pośrednikiem między lekarzem a chorym, i stwierdził, że świadomość spoczywających na farmaceutcie obowiązków sprawia, iż coraz więcej uwagi poświęca on kulturowemu, etycznemu i duchowemu wymiarowi swojej misji. W istocie bowiem stosunek farmaceuty do człowieka potrzebującego lekarstw znacznie przekracza aspekt komercyjny tej relacji, gdyż wymaga umiejętności zrozumienia osobistych problemów zainteresowanego oraz podstawowych aspektów etycznych służbyżyciu i godności osoby.

(...) Przykład farmaceuty w przepięknej encyklice „Evan-

gelium Vitae” Ojca Świętego Jana Pawła II o wartości i nienaruszalności życia ludzkiego, wyrażony podkrešleniem, że struktury i miejsce służące życiu, a także wszystkie inne formy pomocy i solidarności, które okazują się doraźnie potrzebne w określonych sytuacjach, muszą być prowadzone przez osoby „bezinteresowne zaangażowanie i głęboko świadomie tego, jak decydujące znaczenie ma Ewangelia życia dla dobra jednostki i społeczeństwa, zaś szczególna odpowiedzialność spoczywa na personelu służby zdrowia”: lekarzach, farmaceutach (moje podkrešlenie), pielęgniarkach i pielęgniarszach, kapelanach, zakonnikach i zakonicach, pracowników administracji i wolontariuszach. Ich zawód każe im strzec ludzkiego życia i służyć mu.

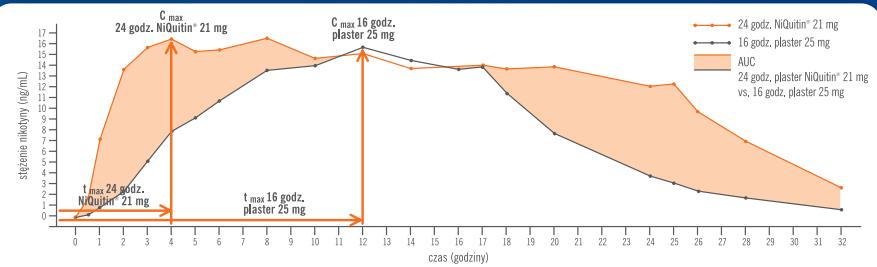
Adres do korespondencji:

Redakcja
„Czasopisma Aptekarskiego”
ul. Obarowska 23/2
04-337 Warszawa
tel. 022 879 98 69



24 godz. PLASTER NiQuitin® 21 mg vs. 16 godz. plaster 25 mg

porównanie farmakokinetyczne¹



Stężenie nikotyny w osoczu w zależności od czasu

Współczynnik AUC to obszar mierzony pod krzywą, pomiędzy osią stężenia nikotyny w osoczu, a osią czasu.

Współczynnik C_{\max} wskazuje najwyższy zaobserwowany poziom stężenia nikotyny w osoczu po aplikacji plastru.

ący od chwili aplikacji plastra

- 24 godz. plaster NiQuitin® 21 mg ma wyższą wartość AUC niż 16 godz. plaster 25 mg. To znaczy, że 24 godz. plaster NiQuitin® 21 mg dostarcza większą dawkę nikotyny niż 16 godz. plaster 25 mg.
 - Maksymalne stężenie nikotyny w surowicy (C_{max}) **jest wyższe** przy zastosowaniu 24 godz. plastra NiQuitin® 21 mg niż przy zastosowaniu 16 godz. plastra 25 mg.
 - Maksymalne stężenie nikotyny w surowicy **jest osiągane szybciej** (t_{max}) po zastosowaniu 24 godz. plastra NiQuitin® 21 mg niż po zastosowaniu 16 godz. plastra 25 mg.

Obecnie nie ma dowodów, aby jakakolwiek forma terapii OTC lub Rx była długoterminowo bardziej skuteczna od 24 godz. plastrów NiQuitin® 21 mg^{2,3}

1. GSK Study S3820642 (Phantom), A Pharmacokinetic Evaluation of Nicotine Patches in Smokers

2. Aubin H J et al. Thorax 2008; 63: 1-8. DOI: 10.1136/thx.2007.09064

3. Stead L E et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008;

3. Stead L F et al. Cochrane Database of Systematic Reviews 2008; Issue 1. Art. No : CD0000146.

Issue 1. Art. No.: 0D000110



UZALEŻNIENIE OD TYTONIU A RYZYKO RAKA I PRZEWLEKŁYCH CHORÓB PŁUC, CHOROBY NIEDOKRWIENNEJ SERCA ORAZ INNYCH CHORÓB

prof. dr hab. Barbara FILIPEK

Katedra Farmakodynamiki Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
e-mail: mffilipe@cyf-kr.edu.pl

Tobacco dependence and risk factors for cancer and chronic lung diseases, coronary artery disease and other diseases

Streszczenie. Palenie tytoniu w różnych formach jest czynnikiem ryzyka dla kilku postaci nowotworów i przewlekłych chorób płuc, choroby wieńcowej, udaru mózgowego, chorób naczyń obwodowych, komplikacji ciążowych i innych chorób. W artykule dokonano epidemiologicznego przeglądu uzależnienia od palenia tytoniu i skutków ubocznych dla zdrowia.

Słowa kluczowe: papierosy, palenie, uzależnienie od tytoniu, efekty niepożądane.

Summary. Tobacco smoking in any forms is major risk for factors for several cancer and chronic lung diseases, coronary artery disease, stroke, peripheral vascular diseases, pregnancy complications and other medical diseases. This article reviews the epidemiology of tobacco dependence and side effects for healths.

Keywords: cigarettes, smoking, tobacco dependence, adverse effects.

POWSZECHNOŚĆ PALENIA PAPIEROSÓW I WPŁYW NA ZDROWIE SPOŁECZEŃSTWA

Palenie tytoniu jest największą plagą zdrowotną, która w XX wieku spowodowała przedwczesną śmierć stu milionów ludzi. Według ostrożnych szacunków, na całym świecie każdego roku umiera 4,2 miliona z około 1,3 miliarda osób palących lub używających tytoniu w innej postaci (np. fajka, żucie tytoniu). W Stanach Zjednoczonych palenie papierosów powoduje dwukrotnie więcej zgonów niż wzięte łącznie – AIDS, nadużywanie alkoholu, wypadki drogowe, narkomania i samobójstwa. Obliczono tam, że 33% zgonów związanych z pale-

niem jest wynikiem chorób sercowo-naczyniowych, 28% zgonów jest skutkiem raka płuca, 22% – jest rezultatem innych chorób układu oddechowego, zaś 7% zgonów to efekt nowotworów innych niż rak płuca. W krajach Unii Europejskiej, tytoń zabija ponad 650 tys. Europejczyków każdego roku, a 13 milionów cierpi w wyniku nałogu. Pomimo tak smutnych statystyk, regularnymi palaczami (15-20 papierosów dziennie) jest 215 milionów Europejczyków.

W Polsce szczególnie duży wzrost konsumpcji papierosów odnotowano po II wojnie światowej. Od lat 70. ubiegłego wieku odsetek palaczy wśród Polaków należy do największych na świecie. Na początku lat 80. w niektórych grupach wiekowych

W Polsce szczególnie duży wzrost konsumpcji papierosów odnotowano po II wojnie światowej. Od lat 70. ubiegłego wieku odsetek palaczy wśród Polaków należy do największych na świecie.

- i społecznych, częstość palenia papierosów sięgała 70-80% wśród mężczyzn i 40-50% wśród kobiet. Palenie stało się główną przyczyną przedwczesnej umieralności mężczyzn w Polsce i jedną z podstawowych przyczyn przedwczesnej śmierci kobiet. W wyniku organizowanych kampanii edukacyjnych, wprowadzonych rozwiązań legislacyjnych i wdrożenia rządowego programu ograniczenia zdrowotnych następstw palenia tytoniu w latach 90. ubiegłego wieku odnotowano istotne zmiany w postawach wobec palenia tytoniu, zwłaszcza w populacji mężczyzn. Według danych Fundacji Promocji Zdrowia w Polsce pali papierosy 37% mężczyzn i 25% kobiet, czyli łącznie 8-9 mln dorosłych Polaków [1, 2, 3, 4, 5].

Ponad miliard mieszkańców kuli ziemskiej każdego dnia wypala łącznie 15 miliardów papierosów. W krajach rozwijających się pali 58% mężczyzn i 9% kobiet, w krajach rozwiniętych 35% mężczyzn i 22% kobiet. Według prognoz Światowej Organizacji Zdrowia, jeśli skala palenia nie zostanie radykalnie zastopowana, to od 2025 roku w następstwie chorób spowodowanych paleniem papierosów, co roku na świecie będzie umierać 10 milionów osób, z czego ponad 40% nałogowych palaczy umrze przed 65. rokiem życia [5, 6]. Jak wykazano w badaniach, w krajach Unii Europejskiej 32% zgonów mężczyzn i 10% zgonów kobiet w wieku 35-69 lat jest spowodowanych chorobami odtytoniowymi. Palacze żyją krócej – kobiety przeciętnie o 14,5 roku, mężczyźni – o 13,2 roku. Wśród wszystkich zgonów spowodowanych przez papierosy aż 9% stanowią zgony osób niepalących, które są ofiarami biernego palenia. Bierne wdychanie dymu tytoniowego jeszcze bardziej szkodzi niż samo palenie. Bierni palacze (osoby niepalące mieszkające z palaczami pod jednym dachem) są o 20-30% bardziej narażeni na zachorowanie na raka płuc, natomiast osoby wdychające dym papierosowy w miejscu pracy o 16-19%. Dodatkowo dym papierosowy u alergików i astmatyków wywołuje typowe podraźnienia takie jak: katar, łzawienie oczu, kichanie, kaszel [7].

Od roku 1985 rak płuca pozostaje najczęstszym nowotworem złośliwym w świecie i jednocześnie najczęstszą przyczyną zgonu z powodu choroby nowotworowej. W 2002 roku wykryto 1,35 miliona nowych przypadków raka płuca, zaś zmarło w wyniku tej choroby 1,18 miliona osób. W Polsce w 2004 roku umieralność na raka płuca wynosiła 55,4/100 000 mieszkańców, a obecnie zachorowalność wynosi około 90/100 000 osób rocznie. Wskaźniki zapadalności i umieralności na raka płuca są prawie równe z powodu nieuleczalności tej choroby. W Europie zachodniej pięcioletnie przeżycie chorych na raka płuca zdarza się w 10% przypadków, w Stanach Zjednoczonych zdarza się w 15% przypadków, zaś w krajach rozwijających się w 9,8% przypadków. Nowym zjawiskiem epidemiologicznym ostatnich lat jest olbrzymi wzrost zachorowań na raka płuca w grupie kobiet. Palenie tytoniu jest głównym czynnikiem rozwoju przewlekłej choroby obturacyjnej płuc (POChP). Częstość jej występowania u osób palących ocenia się na 15-20%. W Polsce umieralność z powodu przewlekłej obturacyjnej choroby płuc w 2004 roku wynosiła 17,6/100 000 i od lat utrzymuje się na podobnym poziomie.

Na temat szkodliwości palenia tytoniu napisano już setki tysięcy artykułów, a mimo to najbardziej naukowe dowody wydają się być bezsilne wobec tego jedynego na świecie legalnie sprzedawanego rakotwórczego narkotyku [7-10].

CHOROBY ZWIĄZANE Z PALENIEM PAPIEROSÓW

Palenie tytoniu jest jednym z najważniejszych, niezależnych czynników ryzyka chorób nowotworowych, chorób układu oddechowego i krążenia [2-11].

Palenie papierosów jest głównym czynnikiem wywołującym raka płuc, krtani, przełyku, wargi dolnej, gardła, żołądka, wątroby, jelita grubego, szyjki macicy, trzustki, pęcherza i nerki u kobiet oraz przewlekłą cho-

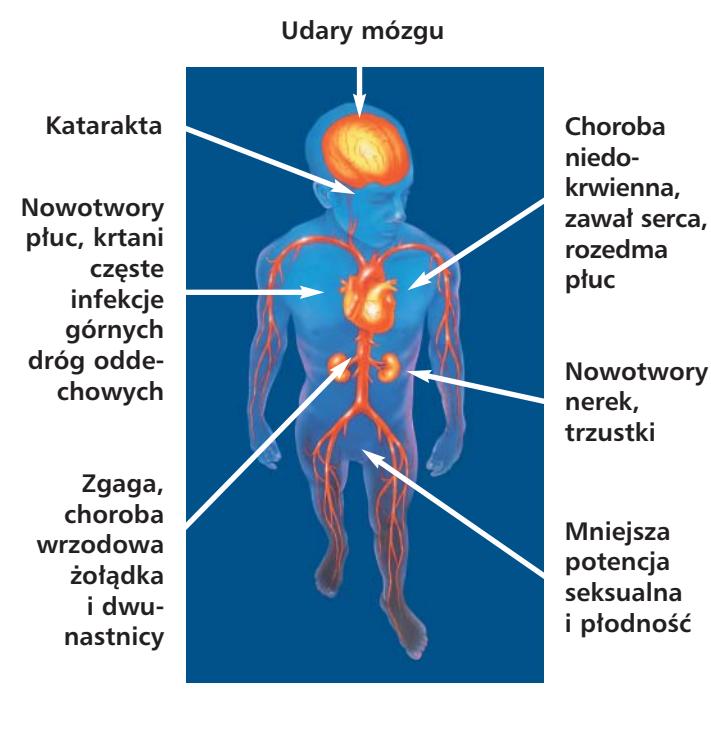
**Jak wykazano
w badaniach,
w krajach Unii
Europejskiej 32%
zgonów mężczyzn
i 10% zgonów kobiet
w wieku 35-69 lat
jest spowodowany
chorobami
odtytoniowymi.
Palacze żyją krócej –
kobiety przeciętnie
o 14,5 roku,
mężczyźni –
o 13,2 roku.**

**W 2002 roku
wykryto 1,35 miliona
nowych przypadków
raka płuca,
zaś zmarło w wyniku
tej choroby
1,18 miliona osób.
W Polsce w 2004
roku umieralność na
raka płuca wynosiła
55,4/100 000
mieszkańców,
a obecnie
zachorowalność
wynosi około
90/100 000 osób
rocznie.**

robę obturacyjną płuc, przy czym rak płuc i przewlekła obturacyjna choroba płuc stanowi więcej niż 80% przypadków tych chorób. Ryzyko wystąpienia raka płuca rośnie wprost proporcjonalnie do liczby papierosów wypalanych w ciągu dnia oraz do długości trwania nałogu. Prawdopodobieństwo wystąpienia raka płuca u palących mężczyzn jest 23 razy większe niż u niepalących, a u palących kobiet 13 razy większe. Ryzyko wystąpienia raka płuca zmniejsza się o połowę po 10 latach od całkowitego zaprzestania palenia [8, 9]. Młodzi palacze są najbardziej narażeni na to, że z czasem zachorują, a wg raportu WHO pali regularnie 30% europejskich nastolatków [10, 11]. Palenie zwiększa ryzyko chorób śródmiąższych płuc (samostne włóknienie płuc, włóknienie w przebiegu chorób tkanki łącznej, rozedma). Palenie papierosów jest najważniejszym – obok nadciśnienia tętniczego i podwyższonego stężenia cholesterolu we krwi – modyfikowalnym czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca i nagłej śmierci sercowej. Szacuje się, że ryzyko zawału serca u palacza jest co najmniej dwukrotnie większe niż u osoby niepalącej tej samej płci i wieku. Ryzyko chorób sercowo-naczyniowych wzrasta z liczbą wypalanych papierosów, ale pojawia się nawet u osób, które paliły 1 lub 2 papierosy na dobę, a zmniejsza się nieomal o połowę po roku od zaprzestania palenia. Nikotyna zwiększa ciśnienie tętnicze krwi, a tlenek węgla i inne toksyny zawarte w dymie papierosowym kilkakrotnie przyspieszają postęp miażdżycy i prowadzą do zarostowego zapalenia naczyń, zwiększając ryzyko udarów mózgowych, nasilają objawy otępienia. Palacze znacznie częściej niż osoby niepalące obarczeni są ryzykiem wystąpienia tętniaka aorty brzusznej i miażdżycy tętnic obwodowych. Skutkiem palenia jest aż 1/3 zgonów sercowo-naczyniowych. Palenie powoduje zmiany strukturalne w drogach oddechowych i obniża odpowiedź immunologiczną, zwiększając ryzyko zakażeń bakteryjnych, wirusowych i wywołanych przez prątki. Palacze mają od 2 do 4 razy większe ryzyko chorób wywołanych przez pneumokoki, oraz kilkakrotnie większe ryzyko grypy, która ma u nich przebieg cięższy niż u osób niepalących. Sięganie po papierosy zwiększa ryzyko zachorowania na gruźlicę. Ma to szczególne znaczenie w biednych rejonach świata, gdzie palenie tytoniu gwałtownie wzrasta.

Papierosy zwiększały ryzyko choroby wrzodowej żołądka i dwunastnicy, mają takąż udział w patogenezie nieswoistych zapalnych chorób jelit, zwłaszcza choroby Leśniowskiego-Crohna. Wykazano zależność między paleniem papierosów i rozwojem zaćmy, reumatoidalnym zapaleniem stawów, opóźnionym gojeniem ran, wyglądem skóry oraz impotencją. Kobiety palące papierosy częściej są niepłodne, częściej dochodzą u nich do samoistnych poronień, ciąży pozamacicznej, przedwczesnego oddzielenia łożyska i zagrożenia porodem przedwczesnym. Dzieci kobiet palących w ciąży rodzą się mniejsze o 200-300 g, są gorzej przygotowane do samodzielności i w rezultacie mają mniejszą szansę na normalne życie, zdrowe życie. Między innymi u noworodków matek palących stwierdzono ➤

Palenie papierosów jest najważniejszym – obok nadciśnienia tętniczego i podwyższonego stężenia cholesterolu we krwi – modyfikowalnym czynnikiem ryzyka choroby niedokrwiennej serca i nagłej śmierci sercowej.

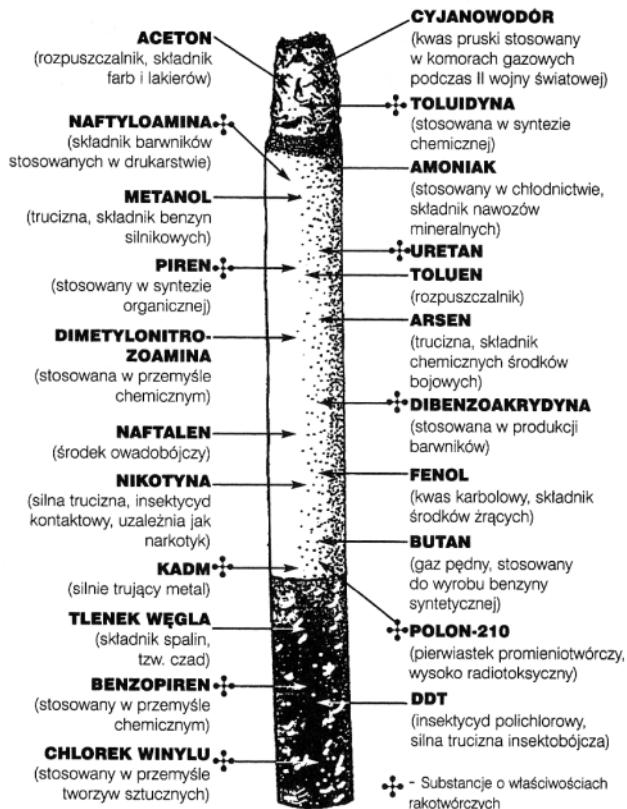


Główne konsekwencje palenia papierosów

W Polsce na bierne wdychanie dymu papierosowego narażonych jest około 60% dzieci.

- znaczne opóźnienie w rozwoju układu oddechowego oraz zwiększenie ryzyka wystąpienia zespołu nagłej śmierci u niemowląt, a nawet objawy uzależnienia od tytoniu. Ekspozycja na dym w okresie prenatalnym upośledza rozwój i wpływa na stan ośrodkowego układu nerwowego, a więc pośrednio determinuje rozwój psychiczny i zachowanie dziecka w wieku późniejszym, zwiększa ryzyko zachorowania na choroby alergiczne, infekcje górnych dróg oddechowych i nowotwory. Kluczowe znaczenie dla dziecka ma zerwanie z nałożeniem palenia papierosów jeszcze przed zajściem w ciążę, ale zaprzestanie palenia w trakcie ciąży również zmniejsza ryzyko wystąpienia opisanych wyżej stanów patologicznych [8, 9].

OTO NIEKTÓRE Z 4 TYS. ZWIĄZKÓW CHEMICZNYCH W TYM 40 RAKOTWÓRCZYCH, ZAWARTYCH W DYMIE TYTONIOWYM



Ofiarami palenia są też osoby niepalące, narażone na działanie dymu tytoniowego – tzw. bierni palacze. Wspólne mieszkanie z palaczem papierosów o 24% zwiększa ryzyko rozwoju raka płuca, o 25-30% ryzyko chorób krążenia i nawet o 82% ryzyko udaru mózgowego. Bierne palenie wpływa na występowanie,częstość i ciężki przebieg astmy u dzieci. Bierne palenie przez kobiety ciężarne wiąże się z podobnymi zagrożeniami dla przebiegu i wyniku ciąży jak w przypadku palenia czynnego; noworodki matek narażonych biernie na dym papierosowy mają również niższą wagę w momencie urodzenia. Bierne narażenie na dym papierosowy jest szczególnie niebezpieczne dla dzieci, których rodzice palą papierosy. W Polsce na bierne wdychanie dymu papierosowego narażonych jest około 60% dzieci. Palenie papierosów przez rodziców, a później rówieśników, znacznie zwiększa prawdopodobieństwo regularnego używania wyrobów tytoniowych po osiągnięciu wieku dorosłego. Wykazano, że czynniki genetyczne wpływają w około 50% przypadków na rozpoczęwanie palenia, a w 70% na utrwalenie się nałogu [12-14].

CO SZKODZI W PAPIEROSIE?

Szkodliwe dla zdrowia działanie dymu tytoniowego zależy od jego toksycznych składników, powstających w żarzącej się części palonego papierosa. Jest ich bardzo wiele. Spośród nich największe spustoszenie zdrowotne wywołują nikotyna, tlenek węgla oraz tak zwane ciała smoliste, które mają działanie mutagenne i rakotwórcze. Niektóre z tych substancji działają miejscowo w jamie ustnej, drogach oddechowych, a drugie po wchłonięciu do układu krążenia wywierają działanie na większość tkanek i organów człowieka. Mechanizmy szkodliwego działania dymu tytoniowego są wielorakie i praktycznie obejmują wszystkie tkanki i narządy organizmu ludzkiego [10, 11].

Uzależnienie od papierosów jest właściwie uzależnieniem od nikotyny, natomiast działanie chorobotwórcze ma dym tyto-

niowy, który jest mieszaniną ponad 4000 substancji chemicznych. Około 250 z nich oddziałuje farmakologicznie, tzn. wywołuje proces zapalny oraz uszkadza komórki działając mutagenicznie i karcinogennie.

Działanie uzależniające nikotyny wynika z jej oddziaływanego na nikotynowe receptory cholinergiczne typu a4b2 w mózgu. Aktywacja tych receptorów przez nikotynę powoduje wzrost wydzielania dopaminy w jądrze półleżącym i korze przedcołożowej. Wzrost stężenia dopaminy w układzie mezolimbicznym mózgu jest odpowiedzialny za uczucie przyjemności, obniżenie apetytu, zmiany nastroju, zmniejszenie lęku i napięcia, pobudzenie oraz poprawę pamięci, czyli objawy i odczucia doświadczane podczas palenia papierosów. Za-przestanie palenia papierosów przez nałogowego palacza powoduje obniżenie stężenia dopaminy w układzie mezolimbicznym, a to prowadzi do objawów zespołu odstawienia nikotyny na który składają się trudna do opanowania chęć zapalenia papierosa, zmiany nastroju (najczęściej obniżenie), niepokój, agresywność, zaburzenia koncentracji, budzenie w nocy oraz zwiększenie apetytu prowadzące do przyrostu masy ciała. Wskaźnikiem stopnia uzależnienia od nikotyny może być kotonina, nieaktywny metabolit o długim okresie półtrwania, powstająca w wątrobie, gdzie nikotyna jest głównie metabolizowana w ciągu 1-2 godzin.

Objawy zespołu odstawienia tytoniu są wywołane wzmożoną aktywnością (nasilona synteza i uwalnianie noradrenaliny do szczeliny synaptycznej) neuronów noradrenergicznych w *locus ceruleus*, czyli miejscu sinowym w odpowiedzi na gwałtowne obniżenie się nikotyny we krwi. Neurony uwalniające serotoninę (5-HT) zachowują się antagonistycznie w stosunku do tej odpowiedzi, a leki hamujące wychwyt serotonininy łagodzą objawy abstynencyjne [8, 12, 15].

Substancje smołowe (rakotwórcze) podrażniają tkankę płuc i mogą prowadzić do przewlekłych stanów zapalnych oraz nowotworów, a dym tytoniowy zawierający około 40 substancji rakotwórczych inicjuje

oraz pobudza rozwój nowotworów. Do najważniejszych substancji smołistych należą: węglowodory aromatyczne (np. benzopirenen), nitrozaminy (np. N-nitrozonornikotyna), estry kwasów tłuszczowych, metale ciężkie, pierwiastki promieniotwórcze (np. kadm, polon), chlorek winylu. W dymie papierosowym występują substancje drażniące, które działając głównie w drogach oddechowych, zwiększą oskrzela i powodują kaszel, upośledzają ruch rzęsek w drogach oddechowych, a tym samym zaburzają funkcję samooczyszczającą oskrzeli i płuc doprowadzając do częstych infekcji. Pobudzają wydzielanie śluzu, który może doprowadzać do częściowego lub całkowitego zamknięcia oskrzeli.

Tlenek węgla stanowi od 1-5% wdychanego gazu i jest wynikiem niecałkowitego spalania dymu tytoniowego. Tlenek węgla około 200 razy silniej wiąże się z hemoglobinem tworząc karboksyhemoglobinę, która przenosi tlen obniżając w ten sposób stężenie hemoglobiny nawet o 15%. Tlenek węgla powoduje zmniejszenie tolerancji wysiłku, wzrost agregacji płytek krwi, co może być związane z rozwojem miażdżycy, zmniejszeniem wagi ciała dzieci matek parzących, niedotlenieniem tkanek, wzrostem produkcji wolnych rodników.

NIKOTYNIZM – UZALEŻNIENIE OD TYTONIU

Uzależnienie od tytoniu to przewlekła, nawracająca choroba, wymieniona w międzynarodowej klasyfikacji chorób jako zaburzenie psychiczne i zaburzenia zachowania spowodowane paleniem. Uzależnienie psychiczne (behawioralne) od tytoniu polega na przyjmowaniu tytoniu (nikotyny) i powtarzaniu związanych z tym nawykowych czynności w celu osiągnięcia przyjemności lub uniknięcia złego samopoczucia (czynności rąk przy paleniu, sięganie po papierosy jako „podpórki” emocjonalnej). Uzależnienie fizyczne (farmakologiczne) polega na wytworzeniu tolerancji na nikotynę, czyli konieczności podawania coraz większych dawek nikotyny w celu uzyskania efektu

Działanie uzależniające nikotyny wynika z jej oddziaływania na nikotynowe receptorы cholinergiczne typu a4b2 w mózgu.

Wskaźnikiem stopnia uzależnienia od nikotyny może być kotonina, nieaktywny metabolit o długim okresie półtrwania, powstająca w wątrobie, gdzie nikotyna jest głównie metabolizowana w ciągu 1-2 godzin.

Substancje smołowe (rakotwórcze) podrażniają tkankę płuc i mogą prowadzić do przewlekłych stanów zapalnych oraz nowotworów, a dym tytoniowy zawierający około 40 substancji rakotwórczych inicjuje oraz pobudza rozwój nowotworów.

- zaspokojenia i występowaniu objawów jej odstawnienia. Zjawisko to jest wynikiem zwiększenia aktywności enzymów metabolizujących nikotynę oraz zmiany liczby receptorów nikotynowych w celu utrzymania prawidłowej czynności układu nerwowego.

Z obliczeń ekonomistów wynika, że straty i koszty, jakie ponosi państwo i społeczeństwo z powodu nałogu uzależnienia od tytoniu, są bardzo duże. Owe straty i koszty obejmują przedwczesne zgony, wydatki na leczenie chorób związanych z paleniem, absencję chorobową, renty inwalidzkie, niską wydajność pracy, wypadki przy pracy, pożary itp. Do tego dochodzą straty, krzywdy i cierpienia ludzkie, wynikające z utraty najbliższej osoby, związane z przebywaniem choroby, z pozbawieniem zdolności do pracy itp.

NA RZUCENIE PALENIA NIGDY NIE JEST ZBYT PÓŹNO

Podstawą przeciwdziałania chorobom wywołanym przez dym tytoniowy jest rzucenie palenia papierosów. Rzucenie palenia służy zdrowiu w każdym wieku. Zerwanie z uzależnieniem spowalnia postęp przewlekłej obturacyjnej choroby płuc, poprawia jakość życia chorych i zmniejsza śmiertelność. Redukuje ryzyko raka płuca i jest najważniejszym postępowaniem leczniczym w wielu chorobach śródmiąższowych płuc.

Już po 72 godzinach od ostatniego papierosa zmniejsza się skurcz oskrzeli. Po 3-9 miesiącach były palacz mniej kasze i ma mniej świąstów nad płucami. Po roku od ostatniego wypalonego papierosa o 50% zmniejsza się ryzyko zawału. Po 10 latach ryzyko zawału jest już takie samo, jak u osób, które nigdy nie paliły papierosów, a ryzyko raka płuca zmniejsza się o 50%. Ryzyko udaru mózgowego jest takie, jak u osób niepalących po 15 latach od odstawnienia papierosów. Rzucenie nałogu w 60 roku życia wydłuża je przeciętnie o 3 lata, odstawnienie w 50 roku życia wydłuża je średnio o 6 lat, rzucenie nałogu w 40 roku życia dodaje przeciętnie 9 lat, zaś odstawnienie papierosów w 30 roku ży-

cia dodaje średnio aż 10 lat. Szybko po zmniejszeniu narażenia osoby na dym tytoniowy maleje ryzyko zawału serca.

UZALEŻNIENIE OD PAPIEROSÓW JEST CHOROBĄ PRZEWLEKLĄ

Zespół uzależnienia od nikotyny to postępująca, przewlekła i nawracająca choroba wymagająca rozpoznania, rzetelnej diagnozy i długotrwałego leczenia. Podstawowe metody diagnostyki zespołu od uzależnienia od tytoniu powinny obejmować ocenę ekspozycji pacjenta na dym papierosowy oraz jego postawy wobec palenia tytoniu, ocenę charakteru i siły uzależnienia od tego nałogu, ocenę gotowości palacza do zaprzestania palenia [8, 9]. Uzależnienie od palenia tytoniu jest odczuwane przez palaczy jako dotkliwe, dlatego około 70% palaczy na świecie deklaruje, że chce przestać palić, zaś 30% próbuje każdego roku rzucić palenie. Zaledwie mniej niż 5-6% odchodzi od nałogu i odnosi długotrwały sukces, jeśli robi to na własną rękę, bez pomocy. Główną przeszkodą w osiągnięciu stałej abstynencji jest uzależnienie od nikotyny. Trwałe odzwyczajenie nie jest stanem natychmiastowym lecz żmudnym procesem, który postępuje stopniowo, jest trudny i wymaga wsparcia pracowników opieki medycznej. Palacze powinni być traktowani jak inni przewlekle chorzy – podobnie, jak np. osoby chore na nadciśnienie tętnicze.

Uzależnienie od tytoniu może być wskazaniem do wprowadzenia leczenia farmakologicznego o potwierdzonej w badaniach naukowych skuteczności. Często stosowanie leczenia skojarzonego środkami farmakologicznymi ze wsparciem behawioralnym, w postaci poradnictwa indywidualnego lub grupowego, zwiększa skuteczność leczenia uzależnienia od tytoniu.

ROLA LEKARZY I PRACOWNIKÓW SŁUŻBY ZDROWIA W PROCESIE RZUCANIA PALENIA

Promowanie wiedzy o szkodliwości palenia tytoniu jest zadaniem wszystkich pracow-

Już po 72 godzinach od ostatniego papierosa zmniejsza się skurcz oskrzeli. Po 3-9 miesiącach były palacz mniej kasze i ma mniej świąstów nad płucami. Po roku od ostatniego wypalonego papierosa o 50% zmniejsza się ryzyko zawału. Po 10 latach ryzyko zawału jest już takie samo, jak u osób, które nigdy nie paliły papierosów, a ryzyko raka płuca zmniejsza się o 50%.

ników służby zdrowia (lekarz, pielęgniarka, farmaceuta). Od osoby, do której palacze mają zaufanie w sprawach zdrowotnych muszą się dowiedzieć o szkodliwych skutkach nałogu. Nawet krótka, trzyminutowa rozmowa na ten temat powoduje, że rocznie około 10% palaczy podejmuje próbę rezygnacji z papierosów. Działania pracowników służby zdrowia powinny przebiegać według „zasady pięciu P”: 1. **pytaj o nałóg,** 2. **poradź** porzucenie palenia, 3. **pamiętaj** ocenić gotowość pacjenta do zaprzestania palenia, 4. **pomóż** rzucić palenie, 5. **powtarzaj** zalecenia. Ważnym krokiem na drodze do rzucenia palenia jest ocena gotowości wyjścia z nałogu oraz ocena stopnia uzależnienia od nikotyny. Niewielu palaczom udaje się odejść od nałogu przy pierwszej próbie porzucenia nałogu. Uzależnienie od papierosów ma częste nawroty, wobec czego leczenie i opieka powinny być ciągłe. W przypadku niepowodzenia za każdym razem trzeba wyjaśnić, że powrót do nałogu nie jest klęską ani świadectwem braku „silnej woli”, lecz powszechnym zjawiskiem, ponieważ nauka życia bez papierosów wymaga kilku podejść (przeważnie 5-7) zanim udaje się osiągnąć ostateczny sukces. Każda wizyta osoby palącej u lekarza, w aptece stanowi okazję do porozmawiania o konieczności rzucenia palenia papierosów i nakłaniania do tej decyzji. Palacze mają prawo do różnych form wsparcia – od krótkiej porady do intensywnej pomocy w specjalistycznych poradniach. Żadnego palacza tytoniu rozważającego rzucenie palenia i wykazującego dostateczną motywację do zerwania z nałogiem nie można pozostawić samemu sobie.

Pracownik służby zdrowia asystujący przy rzucaniu palenia powinien w rozmowie z pacjentem doprowadzić do wyznaczenia daty całkowitego odstawienia papierosów. Pacjent planujący rzucenie palenia musi wiedzieć, że w pierwszych tygodniach występują objawy odstawienia nikotyny. Częstym zjawiskiem jest wtedy nawrót do palenia w ciągu kilku dni. Osobę decydującą się na odstawienie papie-

rosów należy poinformować, że konieczna jest całkowita abstynencja, że nie może pozwolić sobie nawet na jedno „zaciągniecie się”. Jak przy każdej przewlekłej chorobie istotne jest umówienie się na wizyty kontrolne, których głównym celem powinno być wsparcie pacjenta w podtrzymaniu decyzji o rzuceniu palenia. Wsparcie i utwierdzenie pacjenta w podjętej decyzji jest szczególnie ważne w pierwszym okresie rzucenia palenia. Istotnego wsparcia może udzielić również rodzina pacjenta, a przede wszystkim małżonek lub partner. Ogromną rolę w prewencji palenia mogą odegrać rodzice i krewni, koledzy, nauczyciele i wychowawcy, a także politycy odpowiedzialni za zdrowie społeczeństwa.

W okresie dwóch minionych dziesięcioleci, Unia Europejska (UE) poczyniła wyraźny postęp w dziedzinie polityki ograniczania zdrowotnych następstw palenia tytoniu. Przyjęto ustawodawstwo dotyczące wyrobów tytoniowych, włączając produkcję, wprowadzanie na rynek, sprzedaż, reklamę i sponsoring oraz napisy ostrzegawcze i jest ono obecnie wdrażane we wszystkie krajach członkowskich UE. Stałymi zaleceniami formułowanymi przez Światową Organizację Zdrowia i władze Unii Europejskiej jest wprowadzanie ustawodawstwa chroniącego przed biernym paleniem. Coraz więcej krajów europejskich wprowadza całkowity zakaz palenia w miejscach publicznych, także w restauracjach i barach, a UE rekomenduje tę normę prawną jak standard. Całkowity zakaz palenia we wszystkich miejscach zamkniętych publicznych i w miejscach pracy włączając restauracje i bary został wprowadzony w większości krajów unijnych. Nowe regulacje prawne przyniosły już oczekiwane efekty zdrowotne. Nastąpił przewidywany wcześniejszy efekt w postaci zmniejszenia występowania chorób sercowo-naczyniowych. W Polsce wielokierunkowe działania, nakierowane na zaprzestanie palenia papierosów, jest ciągle w pełni niedocenianym i niewykorzystanym postępowaniem w profilaktyce chorób odtytoniowych.

Działania pracowników służby zdrowia powinny przebiegać według „zasady pięciu P”:
1. pytaj o nałóg,
2. poradź porzucenie palenia, 3. pamiętaj ocenić gotowość pacjenta do zaprzestania palenia, 4. pomóż rzucić palenie,
5. powtarzaj zalecenia.

Całkowity zakaz palenia we wszystkich miejscach zamkniętych publicznych i w miejscach pracy włączając restauracje i bary został wprowadzony w większości krajów unijnych. Nowe regulacje prawne przyniosły już oczekiwane efekty zdrowotne. Nastąpił przewidywany wcześniejszy efekt w postaci zmniejszenia występowania chorób sercowo-naczyniowych.

Opieka farmaceutyczna – karty bazowe dla farmaceutów

OSTEOFOROZA

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)

| | |
|--|--|
| Dopuszczalny zakres gęstości mineralnej kości. | Wynik zostaje podany w oparciu o wskaźnik: |
| 1. BMD (bone mineral density) - bezwzględna wartość gęstości mineralnej kości [g/cm ²] | Stadium osteoporozy w zależności od wyniku T-score (WHO): Rozporządzanie Pomiar BMD |

NADCIŚNIENIE TĘTNICZE

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)

| Klasifikacja ciśnienia tętniczego [mm Hg] ^{1,2} : | Ciążenie skurczowe | Ciążenie rozkurczowe | Kategoria |
|--|--------------------|----------------------|-----------------------------|
| < 120 | < 80 | 80 – 84 | Ciążenie optymalne |
| 120 – 129 | 85 – 89 | 85 – 89 | Ciążenie prawidłowe |
| 130 – 139 | | | Ciążenie wysokie prawidłowe |

wartości prawidłowe

Opieka farmaceutyczna – Karty Bazowe dla farmaceutów

CUKRZYCA TYPU 2

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)

| | |
|--|---|
| Glikemia na czosku – stężenie glikozy w próbce krwi pobranej co najmniej 8 h od ostatniego posiłku | 1. Prawidłowa glikemia na czosku (stężenie glikozy w osoczu: 60 - 99 mg/dl) 2. Kryteria rozpoznawania cukrzycy: a. Glikemia na czosku > 126 mg/dl b. Glikemia po jednorazowym posiłku > 140 mg/dl c. Glikemia po 2-hodzinowej kolacji > 140 mg/dl |
|--|---|

ZESPÓŁ METABOLICZNY

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)

| | |
|--|---|
| Rozpoznanie zespołu metabolicznego wymaga stwierdzenia otyłości centralnej (brzusnej)* oraz 2 z 4 czynników | Obwód talii dla populacji europejskiej: mężczyźni ≥ 94 cm kobiety ≥ 80 cm |
| 1. Podwyższone stężenie triglicerydów (lub TG ≥ 150 mg/dl) | |

www.cza.pl • e-mail: cza@cza.pl

OPIEKA FARMACEUTYCZNA

ISSN 1233-2755 • Wydanie specjalne 2009

dr hab. n. farm. Wiesława STOŻKOWSKA
mgr farm. Iga WAPNIARSKA

KARTY BAZOWE DLA FARMACEUTÓW

Karty bazowe zostały opracowane dla następujących schorzeń:

- Nadciśnienie tętnicze
- Cukrzyca typu 2
- Choroba niedokrwienne serca (choroba wieńcowa)
- Niewydolność układu krążenia
- Hiperlipidemia
- Zespół metaboliczny
- Asta
- Atopowe zapalenie skóry
- Niewydolność żylna
- Osteoporoza
- Choroba wrzodowa
- Badania laboratoryjne – odrębna karta zawierająca wartości referencyjne dotyczące badań krwi i moczu

W sprzedaży znajduje się wydanie specjalne „Opieki Farmaceutycznej” zawierające karty bazowe.
Koszt wydania wynosi 20 zł
+ 6 zł opłata pocztowa wraz z pakowaniem.
Wpłacając kwotę na konto
1311 3010 1702 0000 0000 0511 95
należy podać wszystkie dane niezbędne
do wystawienia faktury VAT.

- Wprowadzono już co prawda zakazy palenia w miejscu pracy, środkach transportu, instytucjach oraz w miejscowościach publicznych, niestety z wyłączeniem restauracji, barów, czy dyskotek.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Barbara Filipk
Katedra Farmakodynamiki UJ CM
ul. Medyczna 9
68-812 Kraków
tel. 012 62 05 531

Piśmiennictwo:

- Ośrodek Badania Publicznej. Warszawa 2002
- Berrettini, W. H., Lerman C. E.: *Pharmacotherapy and pharmacogenetics of nicotine dependence*. Am. J. Psychiatry, 2005, 162(8), 1441-1451.
- Warner K. E., Macka J.: *The global tobacco disease pandemic: nature, causes, and cures*. Glob. Public Health. 2006, 1(1), 65-85.
- Giovino G. A.: *The tobacco epidemic in the United States*. Am. J. Prev. Med. 2007, 33(6 Suppl), S318-326.
- World Health Organization. *World Health Report 2002*. Geneva: World Health Organization, 2002
- West R.: *Tobacco control: present and future*. Br. Med. Bull. 2006, 77-78, 123-136.
- Musk A. W., De Klerk N. H.: *History of tobacco and health*. Respirology 2003, 8, 286-290.
- Zatoński W.: Medycyna Praktyczna – Wydanie Specjalne 2006, 7, 3-24.
- Zatoński W.: *Jak rzucić palenie*. Medycyna Praktyczna, Warszawa 2007.
- Stelmach W.: *Palący problem – czyli prawie wszystko o tytoniu i skutkach jego używania*. Postępy Fitoterapii. 2009, 2, 137-140.
- Tyc V. L.: *Strategies for tobacco control among youngsters with cancer*. J. Ped. Psych. 2007, 32(9), 1067-1078.
- Siemieńska A.: *Genetyczne uwarunkowania uzależnienia od tytoniu*. Alergia Astma Immunologia, 2005, 10(2), 69-73.
- Kaprio J.: *Genetic epidemiology of smoking behavior and nicotine dependence*. GOPD. 2009, 6(4), 304-306.
- Lerman C. i wsp.: *Evidence suggesting the role of specific genetic factors in cigarette smoking*. Health Psychol. 1999, 18, 14-20.
- Hennings E., Kiss J., Vizi E.: *Nicotine acetylcholine receptor antagonist effect of fluoxetine in rat hippocampal slices*. Brain Res. 1997, 759, 292-294.

ALERGIE ROŚLINNE

dr hab. Renata NOWAK

Katedra i Zakład Botaniki Farmaceutycznej, Uniwersytet Medyczny w Lublinie
e-mail: renata.nowak@am.lublin.pl

Plant allergy

Streszczenie. Alergia należy do chorób cywilizacyjnych XXI wieku. Cierpi na nią obecnie co czwarty dorosły Polak. Mimo postępu wiedzy nadal nie znane są wszystkie przyczyny jej powstawania. Choroba sprawia również duże problemy w diagnostyce i terapii. Niniejsza publikacja systematyzuje aktualną wiedzę dotyczącą alergii wywoływanych przez rośliny. Wskazuje na potrzebę odróżniania nadwrażliwości od typowych alergii związanych z reakcją immunologiczną organizmu na różnego typu antygeny. Dotyka takich istotnych problemów jak pyłkowica, alergie pokarmowe, krzyżowe oraz dermatozy kontaktowe.

Słowa kluczowe: alergie roślinne, dermatozy, reakcje krzyżowe, zespół lateksowo-owocowy.

Summary. Allergy is one of the most common civilization-related diseases of the 21st century. It is estimated that about 25% of Poles suffer from some allergic ailment. Despite continuous development of medical science, the etiopathogenesis of allergy is still not well recognized. The disease also remains a serious diagnostic and therapeutic problem. This paper is a review of contemporary knowledge concerning the allergic diseases caused by plants. It indicates the need to distinguish hypersensitivity from typical allergies connected with immunological reaction of organism to different sorts of antigens. It deals with such crucial problems as pollen allergy, food allergy, cross-reactive allergy, latex-fruit syndrome and contact dermatitis.

Keywords: plant allergy, dermatitis phytogenes, cross-reactive allergy, latex-fruit syndrome.

Alergia stanowi jeden z najdotkliwszych problemów zdrowotnych współczesnego świata. Zalicza się ją do chorób cywilizacyjnych XXI wieku. O skali zjawiska i jego eskalacji świadczą najnowsze badania statystyczne, które szacują, że w ciągu ostatnich pięciu lat podwoiła się liczba dorosłych Polaków cierpiących na to schorzenie. Obecnie alergia dotyczy około 25% populacji w wieku 20-44 lata [1]. Oznacza to, że od Bałtyku po Tatry okresowo lub stale kicha, cierpi na biegunki, dusi się lub drapie z powodu alergii ponad 9 milionów ludzi. Problem jest poważny nie tylko ze względu na swoją „powszechność”, ale także z powodu skomplikowanej i wciąż do końca nie zgłębionej etiologii choroby, problemów diagnostycznych i malej sku-

teczności stosowanych terapii. Mimo postępu, jaki się dokonał, nadal nie wiadomo, dlaczego tak często swoisty układ odpornościowy człowieka stworzony po to, by go bronić przed patogenami, błędnie rozpoznaje „wroga” wśród naturalnych składników naszego otoczenia.

Według klasycznej definicji alergię (gr. *allos* – inny, *ergos* – reakcja) określa się jako swoiste, niekorzystne dla organizmu reakcje, zależne od wtórnej odpowiedzi immunologicznej na zetknięcie się z obcymi antygenami, zazwyczaj nieszkodliwymi dla osób zdrowych. Prowokują one reakcję obronną organizmu nieporównywalnie mocniejszą niż przyczyna, która ją powoduje. W rezultacie organizm produkuje tysiąckrotnie więcej przeciwnika, niż wymaga

Według klasycznej definicji alergię (gr. *allos* – inny, *ergos* – reakcja) określa się jako swoiste, niekorzystne dla organizmu reakcje, zależne od wtórnej odpowiedzi immunologicznej na zetknięcie się z obcymi antygenami, zazwyczaj nieszkodliwymi dla osób zdrowych.



▶ tego normalna reakcja obronna, co zamiast uodpornienia wywołuje reakcję nadwrażliwości. I tak oto paradoksalnie mechanizm stworzony w celu ochrony organizmu sam wyzwala stany chorobowe.

Obecnie w medycynie wyodrębnia się szersze pojęcie „nadwrażliwości”, rozumianej jako powtarzalne objawy chorobowe wywołane przez ekspozycję na określony bodziec, w dawce tolerowanej przez osoby zdrowe [2]. Nadwrażliwość może mieć charakter alergiczny, związany z reakcją immunologiczną, lub niealergiczny, wywołany drażniącym działaniem różnych czynników. W klasycznym podziale reakcji nadwrażliwości wyróżnia się cztery jej typy:

- **typ I (natychmiastowy lub anafilaktyczny)**, zależny od immunoglobulin E,
- **typ II (cytotoksyczny)**, którego mediatorami są głównie immunoglobuliny klasy M i G oraz białka układu dopełniacza,
- **typ III (związany z powstawaniem kompleksów immunologicznych)**,
- **typ IV (opóźniony lub komórkowy)** wywołany antygenami drobnoustrojowymi, kontaktowymi (substancje chemiczne, rośliny) lub antygenami wewnętrznzpochodnymi (choroby autoimmunizacyjne, przewlekłe stany zapalne), dotyczący wielu tkanek, przebiegający z charakterystycznym rumieniem i naciekiem na skórze [3].

Należy pamiętać, że nadwrażliwość nieimmunologiczna ma często taki sam obraz kliniczny jak alergie, ale jej patomechanizm jest inny i często nieznany. Jednak właściwe rozpoznanie podłożu choroby jest niezwykle istotne dla przebiegu i skuteczności terapii.

Alergenami, antygenami wywołującymi reakcję nadwrażliwości immunologicznej, są białka lub glikoproteiny o masie cząsteczkowej od kilku do 50 kDa i wieloważnym charakterze. Posiadają one od kilku do kilkudziesięciu fragmentów tzw. **epitopów** rozpoznawanych przez układ immunologiczny. Niektóre substancje chemiczne o małej masie cząsteczkowej, zwane **hapteinami** (np. penicylina), po połączeniu się

z immunoglobulinami lub receptorami limfocytów T mogą również stymulować produkcję swoistych przeciwciał, wywołując reakcję nadwrażliwości.

Ze względu na drogę penetracji wyróżnia się alergeny:

- **wziewne** (pyłki roślin, olejki eteryczne, roztocza kurzu domowego, zarodniki grzybów),
- **pokarmowe** (białka zwierzęce i roślinne),
- **kontaktowe** (lateks, hapteny),
- **iniekcyjne** (leki, jady owadów).

Alergeny wziewne mogą mieć charakter sezonowy (pyłki roślin albo spory grzybów pleśniowych) lub całoroczny (np. roztocze kurzu domowego) [3, 4]. Alergeny mogą wykazywać również **reaktywność krzyżową**, która dotyczy najczęściej jednej ich grupy (np. pyłków różnych gatunków traw), ale może również występować pomiędzy różnymi grupami (np. pyłkami drzew i alergenami pokarmowymi). Należy tutaj wspomnieć o **panalergenach**. Terminem tym określa się związki, głównie pochodzenia roślinnego, które choć filogenetycznie bardzo odległe, dają między sobą odczyny krzyżowe. Odczyny te zachodzą dzięki podobieństwu sekwencji aminokwasów w łańcuchach białkowych (niekiedy odgrywa też rolę obecność monosacharydów) oraz zbliżonej masie cząsteczkowej tych alergenów. Występowaniem panalergenów tłumaczy się ostatnio pozornie zaskakujące odczyny krzyżowe w zespole alergii jamy ustnej (OAS – *oral allergy syndrome*) i zespole lateksowo-owocowym [5].

Należy mieć świadomość, że uczulić nas może obecnie niemal wszystko, z czym stykamy się w codziennym życiu. Znane są reakcje nadwrażliwości na zmiany temperatury, światło ultrafioletowe, a nawet wszechobecne fale elektromagnetyczne (komputer, telefon komórkowy) [5, 6].

Przypuszcza się, że największe znaczenie w genezie choroby posiadają czynniki środowiskowe, takie jak skażenie otoczenia, przesadna higiena i nadużywanie antybiotyków, oraz genetyczne, związane z dziedziczeniem wielogenowym o nieznanym schemacie. Jedną z najczęstszych predyspozycji genetycznych do wystąpienia alergii jest **atopia**, czyli

Obecnie w medycynie wyodrębnia się szersze pojęcie „nadwrażliwości”, rozumianej jako powtarzalne objawy chorobowe wywołane przez ekspozycję na określony bodziec, w dawce tolerowanej przez osoby zdrowe.

Należy pamiętać, że nadwrażliwość nieimmunologiczna ma często taki sam obraz kliniczny jak alergie, ale jej patomechanizm jest inny i często nieznany.

dziedziczna predyspozycja organizmu do nadmiernego wytwarzania immunoglobulin klasy IgE. **Alergia atopowa** jest chorobą ogólnoustrojową, przebiega wieloetapowo a w formie przewlekłej może prowadzić do trwałego i nieodwracalnego upośledzenia czynności zajętych narządów, np. do atopowego zapalenia skóry czy do astmy [5-7].

Substancje roślinne stanowią również bardzo istotny czynnik w etiologii alergii. Do najczęstszych i najbardziej dotkliwych należą **alergie pyłkowe** wywoływanie przez pyłki roślin. Zagrożenie ze strony ziaren pyłku roślin zapylanych przez zwierzęta jest znikome. Może pojawić się, gdy osoba ze skłonnością do uczuleń ma bezpośredni kontakt z kwiatem (np. pracuje w szklarni lub kwiaciarni). Największe znaczenie kliniczne mają ziarna pyłku roślin wiatropylnych. Jest ono wprost proporcjonalne do ich rozpowszechnienia, stężenia pyłku w powietrzu oraz obecności silnie alergennych substancji (protein) w egzynie. Liczba ziaren pyłku niezbędna do wywołania reakcji alergicznej zależy od wcześniejszej ekspozycji, dlatego na początku sezonu pylenia (objawów) jest większa niż pod jego koniec (tzw. *priming effect*). Epidemiologia pyłkowicy wykazuje oczywistą sezonowość związaną z okresami pylenia poszczególnych gatunków (kalendarzem pyleń) oraz zależność od warunków klimatycznych (wilgotności, temperatury) i stopnia zanieczyszczenia środowiska. Najczęstszą przyczyną pyłkowicy w naszym klimacie są alergeny pyłku traw. Główny okres pylenia traw przypada na drugą połowę maja, czerwiec i pierwszą połowę lipca, kiedy to obserwuje się największe nasilenie objawów wśród pacjentów. Poza tym wiadomo, że pomiędzy alergenami poszczególnych gatunków traw występuje wysoka reaktywność krzyżowa. Wśród innych gatunków roślin o właściwościach uczulających najczęściej wymieniane są: wierzba iwa (*Salix caprea*), kasztanowiec zwyczajny (*Aesculus hippocastanum*), pokrzywa zwyczajna (*Urtica dioica*). Do grupy o dużym zagrożeniu klinicznym należą też brzoza (*Betula* sp.), olsza (*Alnus* sp.), leszczyna (*Corylus* sp.) oraz bylica (*Artemi-*

sia sp.). Natomiast pyłek drzew iglastych rzadko jest przyczyną pyłkowicy [8-10].

Dzięki istniejącym obecnie skutecznym metodom prognozowania i monitorowania stężenia pyłku roślin w powietrzu stało się możliwe prowadzenie odpowiedniej profilaktyki oraz efektywnego leczenia objawowego i immunoterapii swoistej tego typu alergii [5].

Alergia pokarmowa to coraz częstsza forma niepożądanej reakcji organizmu na przyjęty pokarm. Jej dolegliwości kliniczne są wyzwolone i kształtowane przez mechanizmy immunologiczne. Alergenami pokarmowymi są glikoproteiny pochodzenia

**Alergia pokarmowa
to coraz częstsza
forma niepożądanej
reakcji organizmu
na przyjęty pokarm.
Jej dolegliwości
kliniczne
są wyzwolone
i kształtowane
przez mechanizmy
immunologiczne.**



Urtica Dioica L.

Reprodukция z atlasu „Rosyjskich roślin leczniczych” z lat 1898-1912 pod red. W.K. Warlicha

- roślinnego bądź zwierzęcego [11-14]. Europejska Akademia Alergologii i Immunologii Klinicznej (EAACI) wszystkie **niepożądane reakcje na pokarmy** dzieli na na **toksyczne**, odpowiadające pojęciu zatrucia pokarmowego, których nasilenie jest proporcjonalne do ilości spozytego pokarmu, oraz **nietoksyczne**, występujące tylko u nielicznych osób, predysponowanych do opacznej reakcji nawet po przyjęciu śladowej ilości pokarmu, tj. na **alergie pokarmowe**, gdy reakcja jest związana z występowaniem w organizmie alergenowo swoistych przeciwciał lub uczulonych limfocytów, oraz **nietolerancje pokarmowe**, u podłożu których leżą inne nieimmunologiczne zjawiska (np. wrodzone i nabycie zaburzenia enzymatyczne) [3, 4]. Przy czym objawy alergii i nietolerancji pokarmowych mogą być podobne. Ich dokładne zróżnicowanie jest jednak bardzo ważne ze względu na późniejsze postępowanie terapeutyczne i skuteczność leczenia.

Częstość występowania alergii pokarmowych u osób dorosłych szacuje się na około 1,4-2,0%. Dwukrotnie częściej objawy nadwrażliwości na pokarmy stwierdzane są u kobiet. U dzieci problem jest jeszcze bardziej dotkliwy, gdyż ten typ alergii wykazano aż u 5 do 8% populacji.

Wśród żywności pochodzenia roślinnego wywołującej alergie i nietolerancje pokarmowe wyróżnia się następujące grupy produktów (wg. Moneret-Vauturin) [15]:

- zawierające białka roślinne, np. soja, orzechy, ziarna zbóż (zwłaszcza pszenica);
- z dużą zawartością histaminy, np. świeże pomidory i szpinak, kiszona kapusta;
- wyzwalające histaminę endogenną (tzw. histaminoliberatory), np. pomidory, truskawki, kakao;
- zawierające substancje o działaniu drażniącym błonę śluzową, zwiększące jej przepuszczalność, np. kawa;
- zawierające substancje chemiczne o działaniu toksycznym lub farmakologicznym (np. salicylany w *Salix*) lub przechodzące do pokarmów (pestycydy, aflatoksyny, ergotamina), które

mogą wywoływać objawy kliniczne u osób alergicznych.

Pierwsza grupa obejmuje produkty roślinne wywołujące typowe reakcje alergiczne [16]. Toksyczne i alergizujące właściwości glutenu znane są od dawna. Występuje najbardziej w pszenicy, ale obecny też jest w żywie, jęczmieniu oraz owsie. Za bezglutenowe uważa się prolaminy ryżu, kukurydzy, prosa i sorga, a także grykę. Glutenem nazywamy rozpuszczalne w alkoholu frakcje białka obecne m.in. w pszenicy (gliadyna), życie (sekalina), jęczmieniu (hordeina), owsie (awenina). Są one powszechnie obecne w diecie, niekiedy powodując niepożądane reakcje organizmu człowieka jak zaburzenia żołądkowo-jelitowe. Nietolerancja glutenu może być trwała, tzw. choroba trzewna (celiakia), przejściowa lub też przyjmować postać alergii [17-19]. Zastosowanie diety bezglutenowej w przypadku tych chorób przynosi na ogólny szybką poprawę. W przypadku alergii na gluten postępowaniem terapeutycznym z wyboru jest również dieta eliminacyjna, a czas jej stosowania jest zawsze dobierany indywidualnie. Zaniedbana alergia prowadzi do uszkodzenia błony śluzowej jelita, zwiększenia przepuszczalności bariery jelitowej dla makrocząsteczek oraz sprzyja wtórnym alergizacjom. Uczulenie na gluten nie powinno mylić się z celiacią, która jest wrodzoną nietolerancją glutenu. Jedynie dieta bezglutenowa pozwala na pozbycie się symptomów celiakii i alergii. Jednak alergia miją, a celiakia utrzymuje się przez całe życie [5]. Znana jest także alergia na gluten wśród osób zawodowo związanych z przetwarzaniem zbóż, która najczęściej przybiera postać astmy oskrzelowej [20].

Soja (*Glycine max*) jest ostatnio bardzo popularnym i cennym źródłem białka. Jest także powszechnym składnikiem diet wegetariańskich. Białko soi podobnie jak każde inne białko o dużej masie cząsteczkowej jest potencjalnym alergenem. Obok mleka, jaj, orzeszków ziemnych i mąki pszennej soja uważana jest obecnie za jeden z najsilniejszych alergenów pokarmowych. Poza tym alergia na soję często współistnieje z alergią na mleko krowie. Stosowanie sojowych mie-

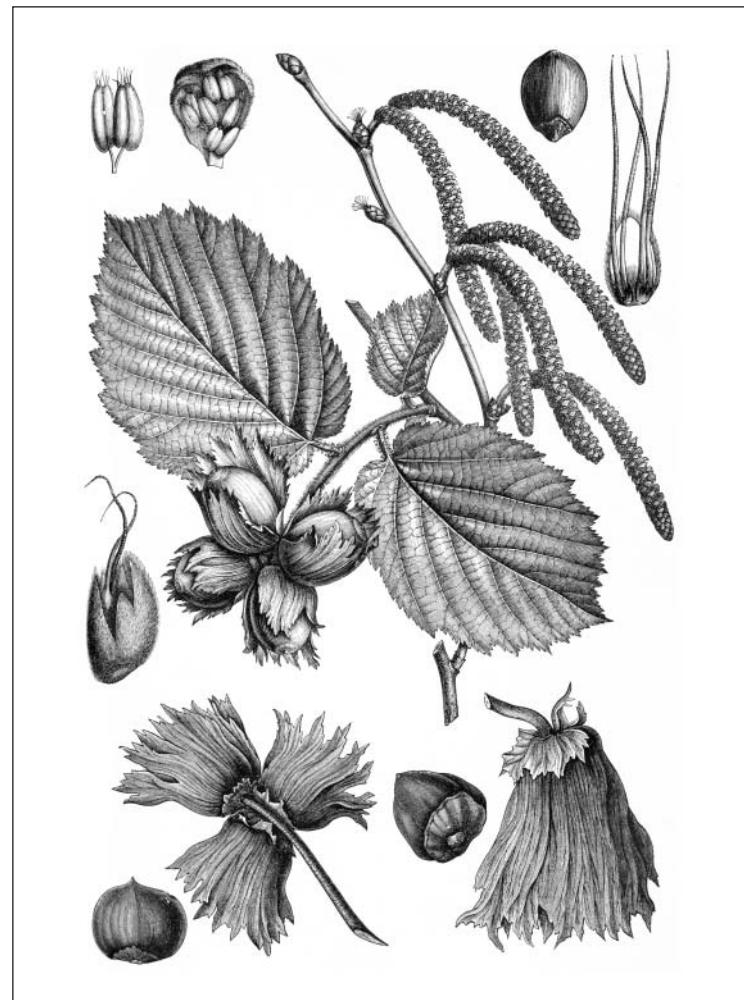
szanek mlekozastępczych u dzieci ze skazą atopową budzi obecnie wiele kontrowersji. Dlatego też sojowe preparaty mlekozastępcze powinny być używane z dużą ostrożnością. Ekspertki z Europejskiego Towarzystwa ds. Gastroenterologii, Hepatologii i Żywienia (ESPGHAN) uważają, że preparaty sojowe nie powinny być stosowane w profilaktyce chorób alergicznych oraz u dzieci z alergią na mleko krowie. Mieszanki sojowe mogą być jednak bezpiecznie stosowane u zdrowych niemowląt jako uzupełnienie karmienia naturalnego lub mlekiem zmodyfikowanym. Pozyskiwana z soi lecytyna jest powszechnie używana jako emulgator w przemyśle spożywczym, farmaceutycznym i kosmetycznym. Ona również zawiera alergeny i produkty, w których występuje, mogą powodować odczyn alergiczny [21-24].

Orzechy, m.in. migdały, orzechy brazylijskie, orzechy laskowe czy pistacje, są wartościowym składnikiem żywności, ale niestety, jednocześnie są źródłem wielu silnych alergenów. Najwięcej uczuleń w Europie wśród reakcji na orzechy jest spowodowanych spożywaniem orzechów włoskich (*Corylus avallena*). Z kolei orzechy arachidowe (*Ara- chis hypogaea*) z rodziny strączkowych (*Fabaceae*) są przyczyną najpowszechniejszej alergii pokarmowej w Stanach Zjednoczonych oraz w Arabii Saudyjskiej. Uczulenia na arachidy są tam najczęściej występującą formą choroby, powodującą także częste przypadki anafilaksji. Z uwagi na obecność wielu alergenów (poznano strukturę ponad trzydziestu) orzechy arachidowe odnotowuje się także występowania licznych reakcji krzyżowych [25-28].

Zjawisko alergii krzyżowej, tj. jednoczesnego uczulenia na alergeny pokarmowe, wziewne lub kontaktowe, jest spotykane obecnie coraz częściej [29]. Pierwszymi opisanymi panalergenami (alergeny odpowiedzialne za reakcje krzyżowe) były profiliny o masie cząsteczkowej 14-16 kDa. Początkowo przypisywano im bardzo dużą rolę w etiopatogenezie zespołu alergii jamy ustnej (OAS), natomiast obecnie za główne alergeny u chorych na OAS uważa się panalergeny zwane homologami Bet v 1 (alergen

pyłku brzozy). W wielu owocach i warzywach występują dające z nim odczyny krzyżowe białka, np. w jabłku Mal d 1 czy wiśni Pru a 1. Trzecią grupą panalergenów są białka przenoszące lipidy (*lipid transfer proteins – LTP*). Ich masa cząsteczkowa wynosi około 19 kDa. Nie są trawione przez pepsynę, co ułatwia powstawanie alergii pokarmowej. Wykryto je w wielu roślinach, m.in. w jabłku, gruszce, śliwce, marchwi, kiwi, melonie, pomidorze i orzechach. Do klinicznie istotnych panalergenów należą także chitynazy i glukanazy, które odgrywają dużą rolę w etiopatogenezie zespołu lateksowo-owo-cowego. Wykrycie panalergenów stanowi podstawowy dowód, że złe znoszenie jarzyn

Zjawisko alergii krzyżowej, tj. jednoczesnego uczulenia na alergeny pokarmowe, wziewne lub kontaktowe, jest spotykane obecnie coraz częściej.



Corylus Avellana
Reprodukcia z „Meyers Konversations – Lexikon”
tom. 8 z roku 1895

- i owoców przez ludzi pierwotnie uczulonych na pyłek roślin jest przede wszystkim związane z odczynami krzyżowymi [30-32].

Zespół alergii jamy ustnej (OAS – oral allergy syndrome) objawia się występowaniem obrzęków w obrębie jamy ustnej lub pokrzywki kontaktowej w innym umiejscowieniu po dotknięciu pokarmu u ludzi wcześniejszej uczulonych na pyłek drzew.

Ostatnio bardzo niepokojącym zjawiskiem, zwłaszcza w środowisku medycznym, jest nasilenie się objawów uczuleń na lateks oraz występowanie tzw. zespołu lateksowo-owocowego.

i owoców przez ludzi pierwotnie uczulonych na pyłek roślin jest przede wszystkim związane z odczynami krzyżowymi [30-32]. **Zespół alergii jamy ustnej (OAS – oral allergy syndrome)** objawia się występowaniem obrzęków w obrębie jamy ustnej lub pokrzywki kontaktowej w innym umiejscowieniu po dotknięciu pokarmu u ludzi wcześniejszej uczulonych na pyłek drzew. Wykazano, że zjawisko to związane jest z podobną budową alergenów, tj. obecnością tych samych epitopów w związkach różnego pochodzenia. Przykładowo pacjenci z alergicznym nieżytem nosa lub spojówek spowodowanym pyłkiem brzozy i innych drzew z rodziny *Betulaceae* (leszczyna, olcha) są często nadwrażliwi na orzechy, owoce (jabłka, marchew i ziemniaki). Niektóre alergeny pyłków brzozy i leszczyny dają odczyny krzyżowe z alergenami jabłek i innych owoców lub rozmaitych orzechów. Alergeny pyłków roślin rodziny *Compositae* (bylica pospolita) reagują krzyżowo z alergenami pokarmowymi warzyw z rodziny *Umbelliferae* (szczególnie z selerem) [33, 34].

Ostatnio bardzo niepokojącym zjawiskiem, zwłaszcza w środowisku medycznym, jest nasilenie się objawów uczuleń na lateks oraz występowanie tzw. **zespołu lateksowo-owocowego** [35-38]. Zidentyfikowano reagujące krzyżowo alergeny lateksu i alergeny banana, kasztana jadalnego i owocu kiwi. Niektóre reakcje krzyżowe przebiegają nawet pod postacią wstrząsów anafilaktycznych [39, 40]. W nomenklaturze przemysłu chemicznego termin „lateks” stosowany jest dla określenia każdej emulsji polimerów. Naturalny lateks jest substancją wytwarzaną przez ponad 200 gatunków roślin, ale najczęściej pochodzi z kauczukowca brazylijskiego (*Hevea brasiliensis*) z wilczomleczowatych (*Euphorbiaceae*). Mleczko kauczukowe jest emulsją zawierającą m.in. białka, które u ludzi indukują alergię natychmiastową. Procesy technologiczne podczas produkcji lateksowych wyrobów prowadzą do usunięcia większości białek, ale nawet śladowe ich ilości mogą być powodem odczytów alergicznych, dodatkowo nasilających się po spożyciu niektórych owoców [41, 42].

W kontekście alergii należałyby jeszcze wspomnieć o roślinach, które mają właściwość wywoływaną podrażnienie w kontakcie zewnętrznym ze skórą (*dermatitis phytophenes*). Należy pamiętać, że mechanizm ich działania dermatotoksycznego jest bardzo różnorodny [43]. Najlepiej znane są dokuczliwe dermatozy (o mechanizmie nieimmunologicznym), będące efektem kontaktu z **roślinami o działaniu parząco-pryszczącym (urticantia)**, np. z pokrzywą (*Urtica sp.*). Szczególnie niebezpiecznym gatunkiem z tej grupy jest laportea – *Laportea canadensis* (*Urticaceae*). Powodują one uszkodzenia mechaniczne przez nakłucie włoskami i wprowadzenie do skóry toksyny roślinnej (np. histaminy) [44]. Bardzo niebezpieczne i trwałe następstwa (uszkodzenie DNA) powodują **rośliny o właściwościach fotosensibilizujących**. Wśród nich najbardziej groźne są gatunki wytwarzające kontaktowo działające furanokumaryny, zwłaszcza z rodziny *Apiaceae*, jak *Heracleum sphondylium* czy *Heracleum Sosnowskyi*. Ta ostatnia bywa przyczyną poważnych poparzeń skóry, z trudno gojącymi się bąblami i dugo utrzymującymi się bliznami [45].

Typowe alergie kontaktowe wywołują gatunki zawierające związki białkowe o charakterze alergenów, m. in. *Ricinus communis* (rycyna), *Abrus precatorius* (abryna), *Robinia pseudoacacia* (robina), *Phaseolus vulgaris* (faszyna). Obecne w nich toksalbuminy, poza działaniem alergogennym objawiającym się często napadami dychawicy oskrzelowej, mogą powodować, ciężkie (nawet śmiertelne) zatrucia pokarmowe z objawami opóźnionego krwotocznego zapalenia żołądka [46].

Szereg gatunków roślin zawiera wtórne metabolity (głównie laktony seskwiterpenowe i terpeny) będące **substancjami czynnymi o charakterze haptenu**, np. *Primula obconica*, *Primula sinensis*, *Asparagus officinalis* i *Pinus silvestris* (także *Ol. Terebinthinae*). Wywołują one na skórze kontaktowe odczyny uczuleniowe, a niekiedy również reakcje ogólnoustrojowe, jak gorączka czy leukocytoza [47]. Niezależnie od mechanizmu działania dermatotoksycznego roślin wywoływanym przez nie zmianom skórnym (zaczer-

wienienie, stan zapalny, pęcherzykowy lub grudkowaty wyprysk, w skrajnych przypadkach martwica tkanki) towarzyszy przykry ból, intensywny świad oraz niekiedy groźne dla zdrowia objawy ogólnoustrojowe.

Podsumowując, należy zauważać, że rośliny coraz częściej powodują choroby alergiczne. Stanowi to obecnie coraz większy problem zdrowotny. Ze względu na długotrwały i nawrotowy charakter alergii oraz możliwość powstania groźnych dla życia powikłań jest to zjawisko niebezpieczne i niepokojące. Alergia pojawia się najczęściej we wczesnym dzieciństwie i jest uznawana za sygnał potencjalnej choroby atopowej w wieku późniejszym. Choroba zazwyczaj rozwija się stopniowo, przeходząc w różne formy i doprowadzając w swojej postaci narządowej do wyniszczenia organizmu. Zjawisko to bywa nazywane marszem alergicznym. Dlatego alergie należy traktować bardzo poważnie. Nie wolno zwlekać z podjęciem leczenia lub leczyć się samodzielnie, a problem zawsze konsultować z alergologiem [48, 49]. Trzeba pamiętać, że niekiedy pozornie niewinnie przebiegające reakcje alergiczne mogą mieć olbrzymie konsekwencje dla zdrowia, wydolności fizycznej i zawodowej, a czasami nawet dla życia osoby uczulonej.

Adres do korespondencji:

dr hab. Renata Nowak
Katedry i Zakład Biologii i Botaniki Farmaceutycznej,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie
ul. Chodźki 1
20-093 Lublin
tel. 81 528 84 00

Piśmiennictwo:

1. Jahnz-Różyk K.: *Choroby alergiczne na początku XXI* [w:] Przew. Lek. 2007, 2, 155-159.
2. Szczeklik A.: *Choroby wewnętrzne*. Medycyna Praktyczna. Kraków 2006.
3. Johansson S.G., Hourihane J.O., Bousquet J. i wsp.: *A revised nomenclature for allergy. An EAACI position statement from the EAACI nomenclature task force*. Allergy, 2001, 56, 813-24.
4. Johansson S.G., Bieber T., Dahl R. i wsp.: *Revised nomenclature for allergy for global use: Report of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, 2003*. J. Allergy Clin. Immunol. 2004, 113, 832-6.

of the Nomenclature Review Committee of the World Allergy Organization, 2003. J. Allergy Clin. Immunol. 2004, 113, 832-6.

5. Obtulowicz K.: *Alergologia praktyczna*. PZWL, Warszawa 2001.
6. Roitt I., Brostoff J., Male D.: *Immunology. 5th edition. Hypersensitivity – Type I*. London: Mosby, 1998:301.
7. Makela L., Lammintausta K., Kalimo K.: *Contact sensitivity and atopic dermatitis: association with prognosis, a follow-up study in 801 atopic patients*. Contact Dermatitis 2007, 56, 76-80.
8. Obtulowicz K., Kotlinowska T., Stobiecki M., Dechnik K., Obtulowicz A., Manecki A., Marszałek M., Schejbal-Chwastek M.: *Environmental air pollution and pollen allergy*. Ann. Agric. Environ. Med. 1996, 3, 131-138.
9. Weber R.W.: *Patterns of pollen cross-allergenicity*. J. Allergy Clin. Immunol. 2003, 112, 229-39.



Artemisia vulgaris L.

Reprodukция z atlasu „Rosyjskich roślin leczniczych” z lat 1898-1912 pod red. W.K. Warlicha

- 10. Valenta R., Duchene M., Pettenburger K., i wsp.: *Identification of profilin as a novel pollen allergen; IgE autoreactivity in sensitized individuals.* Science, 1991, 253, 557-60.
11. Bartuzi Z.: *Alergia na pokarmy u osób dorosłych – problem wciąż mało znany i niedoceniany.* Przeg. Gastroenterol. 2007, 2 (4), 192–198.
12. Sampson H.A.: *Food allergy.* J. Allergy Clin. Immunol. 2003; 111 (2 Suppl), 540-7.
13. Romański B., Bartuzi Z.: *Alergia i nietolerancja pokarmów.* WN Śląsk, Warszawa, 2004, 165-177.
14. Aderbal S., Bellanti J..A., Rais J.M. i wsp.: *IgE and non-IgE food allergy.* Ann. Allergy Asthma Immunol. 2003, 90 (Supl 3), 71-6.
15. Moneret-Vautrin D.A., Morisset M., Lemery P., Crozier A., Kanny G.: *Food allergy and IgE sensitization caused by spices: CICBAA data (based on 589 cases of food allergy).* Allerg. Immunol. (Paris). 2002, 34(4), 135-40.
16. Wróblewska B.: *Wielka ósemka alergenów pokarmowych.* Alergia, 2002, 4/15.
17. Hopman E. G., Kiefte-de Jong J. C., le Cessie S., Moll H. A., Witteman J. C., Bleeker S. E., Mearin M. L.: *Food questionnaire for assessment of infant gluten consumption.* Clinical Nutrition 2007, 26, 2, 264-271.
18. Sampson H.A.: *Food allergy, part 1: immunopathogenesis and clinical disorders.* J. Allergy Clin. Immunol. 1999, 717-728.
19. Sampson H.A.: *Update on food allergy.* J. Allergy Clin. Immunol. 2004, 805-819.
20. Sánchez-Monge R., García-Casado G., López-Otín C., Armentia A., Salcedo G.: *Wheat flour peroxidase is a prominent allergen associated with baker's asthma.* Clin. Exp. Allergy 1997, 27, 1130-7.
21. Ortolani C., Pastorello E.A.: *Food allergies and food intolerances.* Best Pract.& Res. Clin. Gastroenter. 2006, 20 (3), 467-483.
22. Helm R., Cockrell G., Herman E., Burks A., Sampson H., Bannon G.: *Cellular and molecular characterization of a major soybean allergen.* Int. Arch. Allergy Immunol. 1998, 117, 29-37.
23. González R., Varela J., Carreira J., Polo F.: *Soybean hydrophobic protein and soybean hull allergy.* Lancet, 1995, 346, 48-9.
24. Gu X. L., Beardslee T., Zeece M. i wsp.: *Identification of IgE-binding proteins in soy lecithin.* Intern. Archiv. of Allergy and Immunol. 2001, 126 (3), 218-225.
25. Arshad S.H., Gant C.: *Allergy to nuts: how much of a problem really is this?* Clin. Exp. Allergy 2001; 31: 5-7.
26. Busse P.J., Nowak-Węgrzyn A.H., Noone S.A.: *Recurrent peanut allergy.* N. Engl. J. Med. 2002, 347, 1535-6.
27. Garcia F., Moneo I., Fernandez B., Garcia-Menaya J. M. i wsp.: *Allergy to Anacardiaceae: Description of cashew and pistachio nut allergens.* J. of Invest. Allerg. & Clin. Immunol. 2000, 10 (3), 173-177.
28. Teuber S.S., Sathe S. K., Peterson W.R., Roux K.H.: *Characterization of the soluble allergenic proteins of cashew nut (*Anacardium occidentale* L.).* J. of Agric. & Food Chem. 2002, 50 (22), 6543-6549.
29. Plusa T.: *Reakcje krzyżowe w chorobach alergiczych.* Alergol. Współ. 2005, 6 (1), 2-7.
30. Valenta R., Duchene M., Ebner C., Valent P., Silaber P., Deviller P., i wsp.: *Profilins constitute a novel family of functional plant pan-allergens.* J. Exp. Med. 1992, 175, 377-85.
31. Kader J.C.: *Lipid transfer proteins in plants.* Ann. Rev. Plant. Phys. Plant. Mol. Biol. 1996, 47, 627-54.
32. Sicherer S.H.: *Clinical implications of cross-reactive food allergens.* J. Allergy Clinic. Immunol. 2001, 108, 881-90.
33. Lessof Maurice H.: *Pollen-food allergy syndrome.* J. Allergy Clinic. Immunol. 1996, 98 (1), 239-240.
34. Fischer D.A.: *Seasonal Palatal Pruritus is a Risk Factor for Oral Allergy Syndrome.* J. of Allergy Clinic. Immunol. 2007, 119 (1), 194.
35. Reed D.: *Update on latex allergy among health care personnel.* Aorn J., 2003, 78, 3, 409-12.
36. Pałczyński C.: *Alergia zawodowa u pracowników służby zdrowia.* IMP, Łódź, 2002.
37. Rudzki E., Parapura K.: *Alergia na rękawice chirurgiczne.* Alergia – Astma – Immunologia, 2000, 59, 215-219.
38. Kowalewski M., Kowalski M.: *Alergia na lateks.* Alergia – Astma – Immunologia. 1997, 2(2), 78-86.
39. Brehler R., Theissen U., Mohr C. i wsp.: „*Latex-fruit syndrome*”, frequency of cross-reacting IgE antibodies. Allergy 1997, 52, 404-10.
40. Wagner S., Radauer C., Hafnerw C., Fuchs H., Jensen-Jarolim E., Wuthrichz B., Scheiner O., Breiteneder H.: *Characterization of cross-reactive bell pepper allergens involved in the latex-fruit syndrome.* Clin. Exp. Allergy 2004; 34:1739–1746.
41. Perkin J.: *The Latex and Food Allergy Connection.* J. Am. Diet. Assoc. 2000, 100 (11), 1381-1384.
42. Levy D. A., Leynadier F.: *Latex allergy: Review of recent advances.* Curr. Allergy and Asthma Rep. 2001, 1 (1) 32 – 38.
43. Bowers A. G.: *Phytophotodermatitis.* Am. J. Contact. Dermat. 1999 Jun;10(2):89-93.
44. Doutre M. S.: *Occupational contact urticaria and protein contact dermatitis.* Eur. J. Dermatol. 2005, 15(6), 419-24.
45. Lagey K., Duinslaeger L., Vanderkelen A.: *Burns induced by plants.* Burns. 1995, Nov;21(7):542-3.
46. Kavli G., Volden G.: *Phytophotodermatitis.* Photodermatol. 1984, 2, 65-75.
47. Schempp C. M., Schöpf E., Simon J. C.: *Plant-induced toxic and allergic dermatitis (phytophotodermatitis).* Hautarzt, 2002, 53(2), 93-7.
48. Gliński W., Rudzki E.: *Alergologia dla lekarzy dermatologów.* Czelej, Lublin, 2002.
49. Rudzki E.: *Pokrzywka kontaktowa i alergiczny nieżyt nosa u chorej uczulonej na wiele roślin.* Przegl Dermatol 1997; 84: 349-51.

Zaproszenie



Polski Komitet Zielarski

zaprasza do udziału w

JUBILEUSZOWYM SEJMIKU ZIELARSKIM Z OKAZJI 80-LECIA POLSKIEGO KOMITETU ZIELARSKIEGO „QUO VADIS PHYTOPHARMAKA”

organizowanym w dniach 11-12 czerwca 2010 r. przez Polski Komitet Zielarski
we współpracy z Instytutem Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich

pod patronatem

Grzegorza Cessaka

Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

Jubileuszowy Sejmik Zielarski odbędzie się w Ośrodku Konferencyjno-Szkoleniowym Mickiewicza
Centrum Turystycznego w Żerkowie oraz w Muzeum Adama Mickiewicza w Śmiełowie

Program ramowy

11.06.2010 (piątek)

- 09.00 – 10.00 rejestracja uczestników
10.00 – 10.15 otwarcie konferencji
10.15 – 10.30 odznaczenie zasłużonych dla rozwoju polskiego zielarstwa i ziołolecznictwa
10.30 – 11.00 wystąpienia gości
11.00 – 11.30 wykład inauguracyjny – **historia polskiego zielarstwa i ziołolecznictwa**
11.30 – 12.00 przerwa (kawa/herbata)
12.00 – 13.00 sesja 1. **zielarska gospodarka surowcowa i przetwórstwo zielarskie – kierunki rozwoju** (nowe metody uprawy roślin leczniczych, nowe technologie wytwarzania ekstraktów ziołowych, kierunki rozwoju analityki surowców i produktów zielarskich)
13.00 – 14.00 sesja 2. **rynki surowców i produktów zielarskich** (prawdopodobne kierunki rozwoju rynków: surowców zielarskich, leków roślinnych, suplementów diety)
14.00 – 15.30 przerwa obiadowa
15.30 – 16.00 otwarcie sesji posterowej **badania i rozwój w zielarstwie i ziołolecznictwie**
16.00 – 17.00 sesja 3. **współczesne zielarstwo i ziołolecznictwo** (obraz współczesnego zie-

larstwa i ziołolecznictwa w Europie i na innych kontynentach)

- 17.00 – 17.30 przerwa (kawa / herbata)
17.30 – 18.30 sesja 4. **badania i rozwój w zielarstwie i ziołolecznictwie** (najnowsze osiągnięcia w fitochemii, fitofarmakologii i fitoterapii w Polsce i na świecie)
19.30 regionalna kolacja

12.06.2010 (sobota)

- 09.00 – 09.15 otwarcie drugiej części sejmiku zielarskiego
09.15 – 10.45 sesja 5. **możliwości i ograniczenia w rozwoju zielarstwa i ziołolecznictwa w Polsce** (aktualna sytuacja w polskim zielarstwie i ziołolecznictwie, dyskusja nad najważniejszymi problemami polskich producentów surowców i przetworów zielarskich)
10.45 – 11.00 przyjęcie wniosków
11.00 – 11.30 przerwa (kawa/herbata)
12.00 – 13.30 otwarcie wystawy **Rośliny Lecznicze w „Panu Tadeuszu”** w Muzeum Adama Mickiewicza w Śmiełowie i uroczyste zakończenie Jubileuszowego Sejmiku Zielarskiego

Komunikat 2. wraz ze szczegółowym programem i innymi praktycznymi informacjami dotyczącymi Jubileuszowego Sejmiku Zielarskiego opublikowany zostanie w I kwartale 2010.

Uwaga: dla członków PKZ przewidziany jest rabat w opłacie za udział w Jubileuszowym Sejmiku Zielarskim w wysokości 25%.

Wszelkich informacji dotyczących Jubileuszowego Sejmiku Zielarskiego udziela:
Biuro Zarządu Głównego Polskiego Komitetu Zielarskiego
ul. Libelta 27, 61-707 Poznań, tel.: 061 665 95 50, e-mail: mgp@iripz.pl

JEMIOŁA POSPOLITA – ZWIASTUNKA MIŁOŚCI

dr n. farm. Jerzy JAMBOR

Polski Komitet Zielarski
e-mail: jerzy.jambor@phytopharm.com.pl



© Wiktor Szukiel

Jemioła jest niepospolita pod względem budowy, rozwoju, rozmnażania, a także inspirującej artystów urody. W okresie secesji była tak popularna jak liście akantu w starożytności. Nie ma drugiej rośliny na świecie, wokół której narosłyby tyle mitów i legend. Od wieków była symbolem Bożego Narodzenia, znacznie wcześniej, nim pojawiła się tradycyjna choinka. Czczili ją Celtovia, Galowie, Germanie, którzy wierzyli, że jemioła wyrasta tylko na takim drzewie, w które uderzył piorun. To dlatego uchodziła za roślinę świętą. Nie wyrasta z ziemi, nie ma korzeni, a więc pochodzi z nieba. Tak dawniej uważano.

Przypisywano jej czarodziejską moc, zwłaszcza gdy rosła w świętych gajach dębowych. Miała chronić przed chorobami, piorunami i złymi czarami, a także przynosić szczęście. Była wiecznie zielona, więc traktowano ją także jako symbol nieśmiertelności. Noszono na pierci jako talizman, a przed bitwami pijano wywary z jemioły, co miało przysparzać siły i odwagi.

Pliniusz pisał, że druidzi gromadzili się w dniu Nowego Roku w świętym gaju i złotym sierpem ściinali jemiołę, co miało im zapewnić pomyślność przez cały rok. Wierzono, że Eneasz

otworzył gałązką jemioły drogę do podziemnego królestwa.

Jemiołę nazywa się też drzewkiem pocałunku. Całowanie się pod jemiołą to stary angielski zwyczaj z okresu świąt Bożego Narodzenia, datujący się od początków XVII wieku, a korzeniami sięgający wierzeń celtyckich. W starożytności bowiem przypisywano jemiole siły pobudzające do miłości i płodności. Do dziś, tak jak u nas chodzi się z szopką po kolędzie, w niektórych krajach, np. we Francji, dzieci w Nowy Rok odwiedzają domy z gałązkami jemioły i życzeniami szczęścia. Jest również popularna w okresie Święta Zmarłych, co wiąże się z traktowaniem jej jako symbolu nieśmiertelności.

Określenie pasożyta w stosunku do jemioły wydaje się tylko częściowo słuszne. Rośnie wprawdzie na drzewach, wnika w ich wnętrza (poprzez tzw. haustoria), czerpiąc z nich wodę i sole mineralne, natomiast sama przetwarza dwutlenek węgla na cukry. Jakkolwiek wykorzystuje swego żywiciela, nie niszczy jego struktury, a jednocześnie poprawia jego urodę.

Kuliste krzewy o niepowtarzalnych, grubych, skórzastych liściach, widlasto rozgałęzionych, są naprawdę piękne. Co roku przyrasta jemiołe po jednym rozgałęzieniu, łatwo więc według liczby pędów określić jej wiek. Najczęściej spotyka się jemioły o średnicy 30-50 cm, ale zdarzają się okazy dochodzące do metra. Zimą, gdy drzewa tracą liście, wiecznie zielone kule jemioły prezentują się wspaniale na ich konarach.

Jemioła występuje na terenie całej Europy, z wyjątkiem



© Ze zbiorów własnych Phytopharma Kleka SA

znacznej części Skandynawii. Można ją też spotkać w północnej Afryce, południowej Azji i Japonii. Rośnie najczęściej na drzewach liściastych. W Polsce spotyka się ją z reguły na topolach, lipach, brzozach, jabłoniach i gruszach. Znacznie rzadziej rośnie na drzewach iglastych, spotyka się ją tylko na stuletnich sosnach, rzadziej na jodłach. Jak wytłumaczyć to zjawisko, nie wiadomo.

Pełna nazwa botaniczna brzmi: jemioła pospolita, po łacinie *Viscum album*. *Viscum* to rzymiska nazwa jemioły, wywodząca się od łacińskiego słowa *viscosus*, czyli lepki, kleisty. *Viscum* oznacza więc lep. Natomiast *album* pochodzi od łacińskiego *albus* – biały, co odnosi

się do koloru owoców. Znane są jeszcze takie ludowe nazwy jak jemioła biała i strzęsla. Etiologia tej ostatniej wywodzi się od tego, że jemioła, tak mocno trzymająca się drzewa, po wysuszeniu staje się bardzo krucha i wystarczy nią potrząsnąć, aby się rozsypała.

Jemioła należy do rodziny gązewnikowatych (*Loranthaceae*), liczącej około 1400 gatunków. W starszych opracowaniach można wyczytać, że w Polsce występują aż trzy gatunki jemioły: wspomniana już jemioła pospolita (*Viscum album*), jemioła jodłowa (*Viscum abietes*) występująca na jodle i charakteryzująca się dużymi, szerokimi, ciemnozielonymi liśćmi, oraz jemioła rozpieczchnią (*Viscum laxum*)

o wąskich, lancetowatych lub sierpowatych liściach barwy żółtozielonej, pasożytująca wyłącznie na drzewach iglastych.

W innych pracach można też spotkać pogląd, że istnieje tylko jeden gatunek jemioły, który dzieli się na dwa podgatunki: *Viscum album ssp. pini* – występujący na drzewach iglastych – oraz *Viscum album ssp. mali* – rosnący wyłącznie na drzewach liściastych. Według najnowszych badań mamy tylko jeden gatunek jemioły pospolitej, który dzieli się na cztery podgatunki: *Viscum album ssp. abietes*, *Viscum album ssp. coloratum*, *Viscum album ssp. laxum*, *Viscum album ssp. platyspermum*. Różnią się one zależnie od tego, gdzie rosną, kolorem owoców i szerokością liści, natomiast skład chemiczny mają podobny.

Kwiaty jemioły są bardzo niepozorne, o barwie żółtawej. Wyrastają po 3-5 sztuk z kącików rozgałęzień. Jemioła jest rośliną rozdzielnopłciową. Posiada przekijkowe kwiaty męskie oraz słupkowe żeńskie. Kwitnie u schyłku zimy, a więc w lutym i marcu, w zupełnie innym okresie niż większość roślin. Owoce zawiążuje dopiero w listopadzie. Jest to bardzo długi cykl rozwojowy. Niby-jagody jemioły są wielkości grochu, pod skórką mają biały miąższ, a wewnętrz po 1-3 nasionka w twardej okrywie. Owoce jemioły, dla nas trujące, są przysmakiem dla jemiołuszek, drozdów i kwiczołów, z czym łączą się pewne przypuszczenia na temat jej rozsiewania. Jedna z teorii zakłada, że ptaki zdające te owoce w swoich odchodach roznoszą nasiona jemioły. Inna sprowadza się do tego, że nasiona przylepiają się do dzio-

bów ptaków, które potem rozsiewają je po gałęziach. Niewykluczone, że obie teorie są po trochę prawdziwe. W każdym razie bez jemiołuszek jemioła nie mogłyby się rozsiewać.

Rozwój owoców jemioły trwa kilka miesięcy. Na kiełkowanie nasion też trzeba długo czekać, bo potrzebna jest do tego temperatura powyżej 10°C. Mimo tak długiego cyklu rozwojowego jemioła odradza się systematycznie. Nie jest zagrożona i nie pozostaje pod ochroną.

Spotkałem się kiedyś z poglądem, że jemioła jako półpasożyt może rozwijać się wyłącznie w stanie naturalnym, nigdy nie będzie więc rośliną masowo pozyskiwaną i przetwarzaną. Okazuje się, że nie jest to prawda. W południowo-wschodnich Chinach i niektórych regionach Europy uprawia się jemioły do celów farmaceutycznych. W Szwajcarii istnieją sady, gdzie uprawiana jest na jabłoniach.

W Polsce nie ma jeszcze upraw jemioły. Pochodzi wyłącznie ze stanu naturalnego. „Phytopharm” w Klęce jest jedynym zakładem, w którym masowo przetwarza się ten surowiec. Rocznie przerabia się około 50 ton tej rośliny, pochodzącej tylko z najbliższych okolic. Zbiera się ją głównie w starych sadach, a także w lasach przy wycince drzew. Do celów leczniczych przydatne są wyłącznie szczyty pędów o niezdrewniałej jeszcze łodydze, zbierane od grudnia do marca.

Ziele jemioły posiada monografię Komisji E i DAB 1999.

Chemizm jemioły jest niezwykły: roślina ta zawiera flavonoidy, fenolokwasy, lignany, triterpeny (głównie kwas ole-

anolowy) i sterole, a także alkohole cukrowe (m.in. inozyt), glikoproteiny, peptydy, aminokwasy, aminy (cholina, acetylocholina, histamina), polisacharydy. Istnieją nawet publikacje mówiące o obecności alkaloидów w jemiole.

W prowadzonych ostatnio pracach badawczych zwraca się uwagę głównie na związki z grupy glikoproteidów o charakterze lektyny (o masie cząsteczkowej około 60000) oraz na substancje peptydowe (wiskotoksyny o masie cząsteczkowej około 5000). Są to związki o skomplikowanej budowie chemicznej, którym przypisuje się właściwości przeciwnowotworowe i immunostymulujące.

Za szczególnie interesujące związki uważa się polisacharydy. Te, które występują w zielu, mają charakter estryfikowanych pektyn, natomiast te, które występują w owocach, są arabinogalaktanami. Polisacharydy jemioły stymulują układ immunologiczny.

Równie interesującymi związkami są lektyny – substancje o charakterze glikoprotein. Bardzo dobrze poznano lektynę o masie cząsteczkowej 63000. Substancja ta okazała się też silnym immunostymulatorem.

Przeprowadzone w ostatnich latach badania frakcji białkowej wykazały, że składa się ona z kilkunastu zasadowych białek o masie cząsteczkowej 14000-125000. Stwierdzono, że substancje te wykazują właściwości kancerostatyczne. W większych dawkach uszkadzają grasicę.

Już w starożytności stosowano leki z jemioły. Najpierw były to maści sporządzane z owoców, potem napary z ziela.

W Europie stosowano ziele jemioły w przypadkach epilepsji, a w Japonii był to medykament leczący niepłodność u kobiet.

Do tej pory w medycynie ludowej stosuje się napary z jemioły przy nadciśnieniu, chorobach nowotworowych, zwrotach głowy, schorzeniach stawów czy nadmiernych krwawieniach miesiączkowych.

W medycynie konwencjonalnej ceni się te same właściwości terapeutyczne jemioły. Preparaty z jemioły zalecane są w chorobach układu krążenia, narządów ruchu i schorzeniach nowotworowych. Jemioła przypisuje się też właściwości immunostymulujące i cytostatyczne.

W Niemczech, gdzie leki pochodzenia roślinnego traktuje się bardzo poważnie, na rynku znajdują się dwa interesujące preparaty z jemioły: „Iscador” i „Plenosol”. „Iscador” – ampułki z wodnym wyciągiem z ziela jemioły zebranego z jałłoni, sosen i dębów, stosuje się

głównie w zaawansowanych, nieoperacyjnych stanach chorób nowotworowych. Firma „Weleda”, która wytwarza ten lek, specjalizuje się w produkcji środków zalecanych w terapii paliatywnej. W takiej właśnie terapii „Iscador” znajduje ostatnio coraz szersze zastosowanie. Inna niemiecka firma, „Madaus”, uchodząca za jednego z najpoważniejszych producentów leków roślinnych na świecie, wytwarza lek o nazwie „Plenosol”. Są to także ampułki z wodnym wyciągiem z ziela jemioły. Ten z kolei preparat, należący do grupy typowych immunomodulatorów, zalecany jest przy zeszytnieniach kręgosłupa, zwyrodnieniach stawów oraz pomocniczo w niektórych chorobach nowotworowych.

W Polsce od lat cieszy się dużym powodzeniem wyciąg ze świeżego ziela jemioły (*Intratum Visci*). Jest to preparat stosowany pomocniczo w chorobie nadciśnieniowej. Drugim

polskim lekiem zawierającym wyciąg z jemioły jest „Cravisol”. Preparat zalecany w schorzeniach serca spowodowanych miażdżycą. Poza tym jemioła jest jednym ze składników mieszanki ziołowej „Sklerovit”.

Zastosowanie w leczeniu homoeopatycznym znajdują świeże liście i owoce jemioły, ale tylko z osobników rosnących na drzewach liściastych.

Wyciągi z jemioły stosowane są również w kosmetyce – jako składniki szamponów do włosów z łupieżem i skłonnościami do przetłuszczania się, a także jako składnik kremów czy emulsji zalecanych do cery tłustej z rozszerzonymi porami. Kosmetyki zawierające wyciągi z jemioły znakomicie łagodzą podrażnienia skóry.

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Jerzy Jambor
Phytopharm Klęka SA
Klęka 1
63-040 Nowe Miasto n/Wartą
tel. 061 286 85 05



© Ze zbiorów własnych Phytopharm Klęka SA

Pod patronatem „Czasopisma Aptekarskiego”

I KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOLENIOWA NT. PROWADZENIA OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ W APTECE

dr n. farm. Agnieszka SKOWRON

Ogólnopolska Sekcja Opieki Farmaceutycznej PTFarm.
e-mail: askowron@cm-uj.krakow.pl

Zapraszamy do udziału w programie naukowo-edukacyjnym

**Opieka farmaceutyczna
dla pacjentów z nadciśnieniem
i cukrzycą II typu**

Udział w programie jest bezpłatny!





- ➔ Program prowadzony jest pod opieką naukową Pracowni Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki z Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego.
- ➔ W programie może wziąć udział każdy kto choryje na nadciśnienie lub cukrzycę II typu.
- ➔ Celem programu jest poprawa skuteczności i bezpieczeństwa leków.
- ➔ W ramach programu pacjent przynajmniej raz w miesiącu spotyka się w aptece z farmaceutą, aby porozmawiać o swojej chorobie, stosowanych lekach i ewentualnych problemach, które są z nimi związane.
- ➔ Pacjent może realizować w aptece wszystkie recepty przepisane przez lekarza, a opłata za leki ustalana jest zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa.



- ➔ Program prowadzony będzie w wybranych aptekach na terenie całej Polski, m.in.: w Barlinku, Choszcznie, Cieszyńsku, Gorzowie Wielkopolskim, Jarosławiu, Jaśle, Krośnie, Krośnie Odrzańskim, Nowej Soli, Pile, Przemyślu, Rzeszowie, Sanoku, Szczecinie, Warszawie i Zielonej Górze.
- ➔ Jeśli chcesz dowiedzieć się więcej o zasadach udziału w programie lub zgłosić do udziału w nim zapytaj farmaceutę w tej aptece o dodatkowe informacje.
- ➔ Więcej informacji o programie znajdziesz na stronie www.font.edu.pl

Ta apteka prowadzi program
opieki farmaceutycznej



Po latach dyskusji nad istotą i celem opieki farmaceutycznej sprawowanej nad pacjentem przez farmaceutę wykonującego swój zawód w aptece, trudno byłoby znaleźć takiego, który uważałyby ją za niepotrzebną. Współczesne pokolenie farmaceutów widzi w opiece farmaceutycznej przyszłość swego zawodu, choć praktyka w tym zakresie nie jest u nas jeszcze poważnością. Nie wszyscy farmaceuci, nawet ci z dużym doświadczeniem, wiedzą bowiem, na czym taka opieka polega i jak wiele trzeba się najpierw nauczyć, by ją zaproponować pacjentom swoich aptek. Tu nie wystarczy rozbudowane doradztwo czy informowanie o lekach i ich działaniach. Farmaceuta, który się podejmuje właściwej opieki farmaceutycznej, musi nie tylko znaleźć czas i odpowiednie miejsce w swojej aptece na spotkania z pacjentami, na przygotowanie się do nich, ale i potrafić rozwiązywać problemy zdrowotne i lekowe pacjentów, dokumentować takie usługi, za które nie otrzymuje dodatkowego wynagrodzenia.

A mimo to przybywa w Polsce aptek i farmaceutów świad-

czących opieką farmaceutyczną. Ich doświadczenia są bezcenne dla tych, którzy dopiero zastanawiają się nad wprowadzeniem opieki do swoich aptek i mają wiele obaw, potrzebując mobilizacji do działania.

Wyjściem naprzeciw takim potrzebom środowiska jest inicjatywa krakowskich farmaceutów stworzenia prawdziwego forum wymiany doświadczeń i wiedzy na temat, jak powinno się prowadzić opiekę farmaceutyczną w aptece. Stała się nim zorganizowana w dniach 13 i 14 listopada 2009 roku przez Ogólnopolską Sekcję Opieki Farmaceutycznej Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego wspólnie z Okręgową Izbą Aptekarską w Krakowie w Paszkówce koło Krakowa I Konferencja Naukowo-Szkoleniowa pt. „Prowadzenie opieki farmaceutycznej”. Patronat medialny nad tą konferencją objęło „Czasopismo Aptekarskie”, które od lat propaguje ideę opieki farmaceutycznej oraz europejskie i krajowe doświadczenia w tej dziedzinie.

Do udziału w konferencji zaproszono farmaceutów, którzy chcą w najbliższej przyszłości podjąć trud prowadzenia opieki w swoich aptekach; znaleźli się wśród nich zarówno aptekarze z programu naukowo-szkoleniowego FONTiC (Farmaceutyczna Opieka w Nadciśnieniu Tętniczym i Cukrzycy) – projektu naukowo-szkoleniowego, realizowanego przez Pracownię Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki Wydziału Farmaceutycznego CM UJ w Krakowie, jak i osoby nie związane z tym projektem. W konferencji i warsztatach wzięło udział oko-

© Adam Strzelczyk



W przerwie obrad uczestnicy konferencji zapoznali się z funkcjonowaniem komory laminarnej Farma-Fil wykonanej przez firmę Eprus

ło 80 farmaceutów z całego kraju, co najlepiej świadczy, jak bardzo potrzeba takich właśnie form szkoleń przygotowujących do sprawowania opieki farmaceutycznej.

Zasadniczym elementem konferencji były 10-godzinne warsztaty, podczas których farmaceuci mogli porozmawiać o praktycznych elementach opieki, dyskutując o sposobach rozwiązania przedstawionych przypadków z farmaceutami, którzy już prowadzą opiekę farmaceutyczną.

Warsztaty dotyczyły zagadnień z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej w aptekach ogólnodostępnych, opieki farmaceutycznej dla pacjentów z cukrzycą, budowania planu opieki i jej dokumentowania u pacjentów z cukrzycą i nadciśnieniem.

Każdy z farmaceutów mógł wziąć udział tylko w jednym z warsztatów. Ich czas trwania umożliwił dokładne zapoznanie uczestników z najważniejszymi elementami opieki związanymi z obszarem ujętym w te-

macie warsztatu. Każdy warsztat miał grupę prowadzących, którzy moderowali dyskusję na temat z promocji zdrowia (warsztat 1) oraz podstaw opieki (warsztat 3). Wspomagali ich farmaceuci mający już praktyczne doświadczenie w prowadzeniu opieki dla pacjentów.

W ramach warsztatu z promocji zdrowia i profilaktyki zdrowotnej zadaniem farmaceutów było przygotowanie planu opieki i planu edukacji dla przedstawionych przypadków osób, które chcą rzucić palenie. W sobotę dyskusja nad propozycjami poszczególnych zespołów była dłuża i intensywna. Farmaceuci umiejętnie wykorzystali teoretyczną wiedzę przedstawioną podczas piątkowych zajęć i skutecznie planowali pacjentowi poszczególne etapy rzucania palenia. Przebieg warsztatu nadzorował zespół wykładowców z Wydziału Farmaceutycznego CM UJ w Krakowie (dr Małgorzata Panas) i II Wydziału Lekarskiego UM w Lublinie (dr Mariola

► **Drozd)**, a pomocą praktyczną służyła mgr **Joanna Machalska**, która od wielu miesięcy prowadzi opiekę w jednej z krakowskich aptek.

W warsztacie obejmującym budowanie planu opieki i jej dokumentowanie wzięły udział m.in. osoby, które już szukają się do prowadzenia opieki w ramach programu FONTiC i korzystają z opracowanej przez Pracownię Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki Wydziału Farmaceutycznego CM UJ internetowej aplikacji do dokumentowania opieki. Farmaceuci mieli okazję poznać funkcje aplikacji i zasady dokumentowania opieki, którą przedstawił zespół wykładowców z Wydziału Farmaceutycznego CM UJ w Krakowie (dr **Sebastian Polak** i mgr **Wioletta Turska**). W warsztacie uczestniczyła również mgr **Magdalena Pogodowska**, która od wielu

miesiący prowadzi opiekę dla grupy pacjentów w Nowej Soli. Podpowiadała ona farmaceutom, jak można rozwiązać problemy lekowe, z którymi się stykają w swojej praktyce.

Warsztat dotyczący opieki farmaceutycznej w cukrzycy był w całości przygotowany i prowadzony przez zespół wykładowców z Wydziału Farmaceutycznego Śląskiego Uniwersytetu Medycznego (dr **Kazimiera Klementys**, dr **Lucyna Bułaś** oraz dr **Paweł Olczyk**).

W sesjach ogólnych, które odbywały się po zakończeniu warsztatów, podsumowano przebieg warsztatów, a obydwie panie aptekarki, które już prowadzą opiekę farmaceutyczną, podzieliły się ze wszystkimi swoimi doświadczeniami w tym zakresie.

Zebrane opinie uczestników dają podstawy, by uznać całe wydarzenie za udane, co po-

zwala przypuszczać, że taka forma zdobywania i wymiany doświadczeń może również w przyszłości spotkać się z pozytywnym przyjęciem farmaceutów. Organizatorzy rozwijają więc organizację w przyszłości kolejnej edycji konferencji. Zachęcamy nie tylko do udziału w nich, ale również do aktywnego uczestnictwa w pracach sekcji.

Informacji o przyszłych wydarzeniach i działalności sekcji można szukać na stronach Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego (www.ptfarm.org.pl) oraz na stronie związanej z konferencją (www.opiekafarmaceutyczna.com.pl).

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Agnieszka Skowron
Wydział Farmaceutyczny UJ CM
ul. Medyczna 9
30-688 Kraków
tel. 12 620 56 30



Uczestnicy konferencji

© Adam Strzelczyk

REKLAMA PRODUKTU LECZNICZEGO KIEROWANA DO FARMACEUTÓW ORAZ REKLAMA APTEKI

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

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

Zasady reklamy produktów leczniczych oraz zasady reklamowania się aptek opisuje ustawa z dnia 6 września 2001 roku Prawo farmaceutyczne oraz rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 roku w sprawie reklamy produktów leczniczych. Rozwiązań zawartych w polskich aktach prawnych są wyrazem procesu europeizacji, czyli harmonizowania i dostosowywania krajowego systemu prawnego do standardów oraz wymagań prawa europejskiego. Ustawa Prawo farmaceutyczne implementowała do polskiego porządku prawnego m.in. dyrektywę 2001/83/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 6 listopada 2001 roku w sprawie wspólnotowego kodeksu odnoszącego się do produktów leczniczych stosowanych u ludzi. Dyrektywa powyższa została częściowo zmieniona i uaktualniona przez Dyrektywę 2004/27/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 31 marca 2004 roku.

Reklama leków podlega wielu prawnym ograniczeniom i rygorom, których celem jest zagwarantowanie dostępu do rzetelnej wiedzy na temat skuteczności różnych metod leczenia i eliminowanie nieprawidłowości negatywnie wpływających na zdrowie publiczne. Promocja produktów leczniczych powinna zatem spełniać warunki gwarantujące neutralność, prawdziwość i obiektywność prezentowanych treści. Należy stwierdzić, iż z jednej strony dostęp do informacji medycznej oraz dostęp do reklamy leków, również tych wydawanych z przepisu lekarza, mógłby podnieść poziom wiedzy medycznej w społeczeństwie, jednakże z drugiej strony należy zauważać wpływ reklamy na nadużywanie i błędne stosowanie leków, często bez fachowej konsultacji. Przekazywanie obiektywnych danych o leku, przeciwdziałanie nadużywaniu produktów lecz-

nicznych i zapobieganie chorobom jatrogennym powinno być zadaniem współczesnego farmaceuty, który narzędzia oferowane w ramach reklamy i promocji powinien wykorzystywać w sposób świadomy i w pełni uzasadniony potrzebą udzielania pacjentom właściwej informacji.

Ustawa Prawo farmaceutyczne definiuje reklamę leku jako działalność polegającą na informowaniu lub zachęcaniu do stosowania produktu leczniczego, mającą na celu zwiększenie liczby przepisywanych recept, dostarczania, sprzedaży lub konsumpcji produktów leczniczych. Jest to definicja szeroka, obejmująca wiele form promocji. Z brzmienia cytowanego art. 52 ust. 1 wynika, że jako reklama traktowane są tylko działania intencjonalne, skierowane na zwiększenie sprzedaży leku. Wskazuje na to posłużenie się zwrotem „działalność mająca na celu”, przez co należy rozumieć działania świadome i ukierunkowane na osiągnięcie zamierzonego efektu.

REKLAMA KIEROWANA DO PUBLICZNEJ WIADOMOŚCI

Podstawowy podział reklamy przyjęty w Prawie farmaceutycznym opiera się na rozróżnieniu adresatów treści reklamy. Wyróżnia się działalność reklamową kierowaną do publicznej wiadomości oraz kierowaną do osób uprawnionych do wystawiania recept lub do osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.

Reklama kierowana do wiadomości publicznej podlega szerszej reglamentacji aniżeli reklama kierowana do profesjonalistów, którzy ze względu na swoją wiedzę bardziej krytycznie podchodzą do prezentowanych im treści. Przez reklamę „kierowaną do publicznej wiadomości” należy rozumieć

➤ reklamę kierowaną do odbiorców, którzy nie są fachowcami w zakresie medycyny czy farmacji – niezależnie od użytej formy przekazu, np. w TV, w gazecie czy w postaci zindywidualizowanej.

Jednocześnie za reklamę uznaje się każdą działalność, niezależnie od użytego konkretnego sposobu i metody jej przeprowadzenia oraz wykorzystanych do jej realizacji środków, jeśli celem działania jest zwiększenie sprzedaży reklamowanego produktu. Przykładem reklamy kierowanej do publicznej wiadomości są ulotki, plakaty czy standy dostępne dla pacjentów w aptece.

Pojęcie „osoby prowadzącej obrót produktami leczniczymi” może budzić wątpliwości, gdyż nie zostało ono przez ustawodawcę sprecyzowane. Należy jednak przyjąć, iż nie można zawężać znaczenia tego pojęcia tylko do farmaceutów. Podlegać mu powinny wszystkie osoby prowadzące apteki, hurtownie farmaceutyczne, w tym również technicy farmaceutyczni.

Wspomnieć należy, że w opinii niektórych przedstawicieli doktryny osoby prowadzące obrót hurtowy powinny być wyłączone z zakresu powyższego pojęcia, gdyż z punktu widzenia reklamy leku ich udział w zwiększaniu sprzedaży nie ma znaczenia. Pogląd taki uznać należy jednak za nietrafny, gdyż praktyka stosowania „gorących cen”, oferowania pakietów sprzedazowych czy specjalnych rabatów wskazuje jednak, że celem takich działań jest zwiększenie sprzedaży produktów leczniczych.

REKLAMA KIEROWNA DO FACHOWCÓW

Reklamę kierowaną do osób uprawnionych do wystawiania recept i prowadzących obrót produktami leczniczymi należy przedstawić w taki sposób, aby nie docierała ona do osób, dla których nie jest przeznaczona.

Według przepisów ustawy za reklamę uważa się odwiedzanie osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi przez przedstawicieli handlowych lub medycznych, dostarczanie próbek produktów leczniczych, sponsorowanie spotkań promocyjnych, konferencji oraz zjazdów i kongresów naukowych.

Reklamą nie są informacje umieszczane na opakowaniach a także ogłoszenia o charakterze informacyjnym niekierowane do publicznej wiadomości, dotyczące w szczególności zmiany opa-

kowania lub ostrzeżeń przed działaniami niepożądanymi. Ponadto informacją jest udostępnianie Charakterystyki Produktu Leczniczego. Za reklamę nie uważa się informacji dotyczących zdrowia lub chorób ludzi, które nie odnoszą się nawet pośrednio do produktów leczniczych (np. akcje informacyjne dotyczące potrzeby szczepień dzieci, szczepień przeciwko rakowi szyjki macicy).

Od reklamy odróżniono także korespondencję, której towarzyszą materiały informacyjne o charakterze niepromocyjnym, niezbędne do udzielenia odpowiedzi na pytania dotyczące konkretnego leku a także katalogi handlowe i listy cenowe zawierające wyłącznie nazwę własną, nazwę powszechnie stosowaną, dawkę, postać i cenę, pod warunkiem nieodwoływania się do właściwości leku, w tym do jego wskazań.

W dalszej części artykułu, ze względu na obszerność tematyki reklamy produktów leczniczych, przedstawiono zasady reklamy, która może być kierowana do farmaceutów, oraz reguły reklamy aptek. Farmaceuta bowiem może być adresatem reklamy produktów leczniczych prowadzonej przez podmiot odpowiedzialny (firmę farmaceutyczną), może także być nadawcą treści reklamowych, promujących aptekę. W obu przypadkach zasady prowadzenia reklamy podlegają reglamentacji prawnej.

FORMY REKLAMY DLA FARMACEUTÓW

Reklama kierowana do fachowców związanych z opieką zdrowotną – osób uprawnionych do wystawiania recept oraz osób prowadzących obrót produktami leczniczymi – nie może polegać na obiecywaniu, wręczaniu czy oferowaniu korzyści materialnych, prezentów i różnych ułatwień, nagród i wycieczek (art. 58). Nie dotyczy to przedmiotów o wartości materialnej nieprzekraczającej kwoty 100 zł, związanych z praktyką medyczną lub farmaceutyczną, opatrzonych znakiem reklamowym. Prawo farmaceutyczne nie przewiduje obowiązku ewidencjonowania przekazanych korzyści o niewielkiej wartości. Nie określa także wprost częstotliwości, z jaką można wręczać takie przedmioty.

Niedopuszczalne jest także organizowanie i finansowanie spotkań promocyjnych, podczas których przejawy gościnności wykraczają poza główny cel spotkania. Przykładem takiego spotkania może

być wystawne przyjęcie. Niestety, ustawodawca nie sprecyzował pojęcia „przejawów gościnności wykraczających poza główny cel spotkania”, co utrudnia ocenę danej sytuacji. W związku z powyższym do zakwestionowania legalności takiej reklamy potrzebna jest analiza wszystkich okoliczności, które zaistniały. Przejawy gościnności na pewno nie powinny być nadmierne i powinny pozostawać w ścisłym związku z podstawowym celem spotkania.

Ustawa zabrania także przyjmowania korzyści materialnych i udziału w tego typu spotkaniach. Zasada powyższa dotyczy farmaceutów oraz techników farmaceutycznych, chociaż przyznać należy, że brak definicji ustawowej „osób prowadzących obrót produktami leczniczymi” komplikuje ustalenie kręgu osób, do których powyższy zakaz jest faktycznie kierowany.

Przykładem działania sprzecznego z zasadami ustawowymi jest wynagradzanie farmaceuty i stosowanie reguł wypłacania premii za sprzedaż określonej ilości opakowań leku lub zwiększenie sprzedaży leku w danym okresie czasu. Przepisy karne ustawy Prawo farmaceutyczne za łamanie zakazu oferowania lub przyjmowania korzyści majątkowych czy też udziału w spotkaniach promocyjnych, na których przejawy gościnności wykraczają poza główny cel spotkania, przewidują karę grzywny (art. 128).

Farmaceuci mogą być także, w ramach prowadzonej przez podmiot odpowiedzialny reklamy, odwiedzani przez przedstawicieli medycznych lub handlowych. Przedstawiciel medyczny powinien przekazać lub udostępnić Charakterystykę Produktu Leczniczego, a w przypadku produktów refundowanych przekazać cenę urzędową detaliczną i maksymalną kwotę dopłaty ponoszonej przez pacjenta.

Formą reklamy kierowanej tylko do profesjonalistów – osób uprawnionych do wystawiania recept – jest bezpłatne dostarczanie próbek produktu leczniczego. Należy zauważyć, że ten rodzaj reklamy według prawa krajowego nie może być kierowany do farmaceutów. Takiego ograniczenia nie przewiduje natomiast prawo europejskie. Przepisy karne ustawy Prawo farmaceutyczne przewidują dla osoby, która dostarcza próbki osobom nieuprawnionym (np. farmaceutom), karę grzywny.

Próbki produktów leczniczych mogą być zastosowane do leczenia pacjentów w zakładach opieki zdrowotnej. W takiej sytuacji apteka szpi-

talna, dział farmacji szpitalnej lub apteka zakładowa ma ustawowy obowiązek ewidencjonowania próbek. Próbka nie może być większa niż jedno najmniejsze opakowanie produktu leczniczego dopuszczone do obrotu na terytorium Polski oraz powinna być opatrzona napisem „próbka bezpłatna – nie do sprzedaży”. Do każdej próbki leku należy dodać Charakterystykę Produktu Leczniczego. Jako próbek nie można przekazywać leków zawierających środki odrzające lub substancje psychotropowe.

Inną formą reklamy, która może być kierowana do farmaceutów, jest sponsorowanie spotkań promocyjnych, konferencji, zjazdów czy kongresów naukowych. Wyliczenie takie należy traktować jako przykładowe i należy przyjąć, że można także sponsorować szkolenia lub warsztaty naukowe.

NADZÓR NAD PRZESTRZEGANIEM PRZEPISÓW DOTYCZĄCYCH REKLAMY

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów dotyczących reklamy produktów leczniczych sprawuje Główny Inspektor Farmaceutyczny (GIF). Zgodnie z art. 62 ust. 2 może on w drodze decyzji nakazać:

- zaprzestania ukazywania się lub prowadzenia reklamy produktów leczniczych sprzecznego z obowiązującymi przepisami,
- publikację wydanej decyzji w miejscach, w których ukazała się reklama sprzeczna z przepisami prawa, lub publikację sprostowania błędnej reklamy,
- usunięcie stwierdzonych naruszeń.

Decyzje GIF mają rygor natychmiastowej wykonalności. Oznacza to obowiązek wykonania decyzji, która nie jest jeszcze ostateczna w sytuacji, gdy niezbędne jest jej niezwłoczne wdrożenie w życie. Zwłoka w wykonaniu decyzji mogłaby bowiem zagrażać dobrom chronionym, w tym zdrowiu i życiu ludzkiemu. Decyzja o wstrzymaniu reklamy produktu leczniczego jest administracyjnoprawną drogą uznawaną za najszybszą i najskuteczniejszą metodę eliminacji reklam niezgodnych z obowiązującym prawem. Z tego względu konkurencyje z sobą na rynku farmaceutycznym podmioty decydują się na złożenie wniosku do GIF o wstrzymanie z urzędu reklamy prowadzonej przez inny podmiot i rezygnując z drogi sądowej przewidzianej ustawą o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji.

➤ ZASADY REKLAMY APTEK

Ustawa Prawo farmaceutyczne stosunkowo niedawno wprowadziła zapisy regulujące zasady reklamy aptek. Do czasu stworzenia tych reguł (do 1 maja 2007 roku) istniała duża dowolność w zakresie działalności promocyjnej podejmowanej przez apteki ogólnodostępne. W celu zdobywania klientów – pacjentów prowadzono różnego rodzaju akcje marketingowe, które spotykały się z negatywną reakcją Inspekcji Farmaceutycznej oraz przedstawicieli środowiska zawodowego. Trzeba przyznać, że istniała bardzo duża potrzeba wprowadzenia precyzyjnych regulacji w zakresie reklamy aptek, gdyż praktyka ukazała szereg zachowań skrajnie nagannych.

Przepis art. 94a zabrania reklamowania działalności apteki (oraz punktu aptecznego) skierowanej do publicznej wiadomości, która w sposób bezpośredni odnosi się do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych umieszczonych na wykazach refundacyjnych. Zakaz odnosi się także do produktów, których nazwa jest identyczna z nazwą produktów refundowanych.

Ustawa nie definiuje pojęcia „reklama apteki”, przyjąć jednak należy, odwołując się do wykładni językowej, że przez reklamę apteki rozumie się zamiar przyciągnięcia potencjalnych klientów do zakupu lub skorzystania z usług. Reklamą mogą być hasła, slogan, spoty telewizyjne, ulotki, billboardy, foldery czy gazetki. Reklamą będzie także wręczanie bonów rabatowych (wyrok WSA z 17 października 2008 r.). W wyroku z dnia 2 października 2007 roku Sąd Najwyższy stwierdził, że „reklama oznacza każde przedstawienie (wypowiedź) w jakiekolwiek formie w ramach działalności handlowej, gospodarczej, rzemieślniczej lub wykonywania wolnych zawodów, dokonane w celu wspierania zbytu towarów lub usług. Powszechnie przyjmuje się, że reklamą są wszystkie formy przekazu, w tym także takie, które nie zawierając w sobie elementów oceniających ani zachęcających do zakupu, mogą jednak zostać przyjęte przez odbiorców jako zachęta do kupna. (...) Wszelkie promocje, w tym cenowe, są reklamą towaru i firmy, która ich dokonuje. Nie są natomiast reklamą m. in. listy cenowe, które zawierają jedynie informację o cenach towarów lub usług i są publikowane wyłącznie po to, by

podać do publicznej wiadomości ceny określonych produktów.”

Za reklamę, zgodnie ze wskazaniami orzecznictwa, uznaje się przedstawianie listy leków o obniżonej, promocyjnej cenie wykazanej przez porównawcze zestawienie ceny niższej, stosowanej przez aptekę, obok ceny wyższej określonej jako „cena typowa” czy „cena stara”. Także inne formy przekazu sugerujące, że apteka czasowo sprzedaje lek po obniżonej cenie stanowi reklamę apteki oraz produktu leczniczego czy wyrobu medycznego. Tego typu przekazy nie są bowiem neutralne, ich intencją jest zachęcenie do zakupu w placówce stosującej cenę promocyjną.

Podsumowując: reklamowanie apteki jest możliwe, ale niedopuszczalne jest umieszczanie przez aptekę informacji o promocjach cenowych czy stosowaniu rabatów w odniesieniu do leków i wyrobów medycznych refundowanych lub o nazwie identycznej z nazwą produktu refundowanego. Reklamą nie będzie lista cenowa czy katalog handlowy zawierający wyłącznie nazwę własną, nazwę powszechnie stosowaną, dawkę, postać i cenę urzędową detaliczną pod warunkiem niewskazywania właściwości terapeutycznych i nieumieszczania jakichkolwiek treści zachęcających do zakupu. Nie może być mowy o umieszczaniu ogólnych haseł o niskich cenach czy wysokich rabatach oferowanych przez aptekę, jeśli na np. na ulotce wymienione są produkty refundowane lub o nazwie identycznej jak produkty refundowane.

Przedstawiciele środowiska zawodowego wskazują, iż należy wprowadzić całkowity zakaz reklamowania aptek. Argumentem przemawiającym za takim rozwiązaniem jest ochrona pacjentów oraz finansów publicznych przed negatywnymi skutkami reklamy aptek, skupiającej się na maksymalizacji zysków. W wielu opiniach wskazuje się, że apteka powinna informować tylko o swojej lokalizacji i godzinach otwarcia. Gdyby taki zapis znalazł się w znowelizowanej ustawie, logicznym następstwem powinno być umieszczenie także zapisu zakazującego reklamy placówek obrotu pozaaptecznego i punktów aptecznych, odnoszącej się do produktów leczniczych i wyrobów medycznych. Przeciwnicy wprowadzenia takiej regulacji wskazują, że apteki ogólnodostępne są uprawnione do świadczenia usług farmaceutycznych, których zakres może być szerszy od samej sprzedaży leków. Wyłącze-

nie możliwości reklamowania działalności aptek w opinii wielu praktyków można uznawać za nieuzasadnione i sprzeczne z zasadą swobody działalności gospodarczej.

NADZÓR NAD PRZESTRZEGANIEM PRZEPISÓW O REKLAMIE APTEK

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów ustawy w zakresie działalności reklamowej aptek i punktów aptecznych sprawuje wojewódzki inspektor farmaceutyczny. W razie stwierdzenia naruszeń może on nakazać, w drodze decyzji, zaprzestania prowadzenia takiej reklamy. Decyzje takie mają rygor natychmiastowej wykonalności. Przepisy karne ustawy (art. 129b) za przestępstwo polegające na łamaniu zakazu reklamy apteki, która w sposób bezpośredni odnosi się do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych refundowanych, bądź produktów o nazwie identycznej z nazwą produktów objętych refundacją, przewidują dla osoby prowadzącej aptekę lub punkt apteczny karę grzywny.

REKLAMA W APTECE

Zasady reklamy prowadzonej w aptece szczegółowo określa rozporządzenie w sprawie reklamy. W aptekach i innych placówkach prowadzących obrót produktami leczniczymi reklama nie może ograniczać powierzchni ekspedycyjnej przeznaczonej dla osób korzystających z usług apteki oraz powinna być rozmieszczona w sposób uporządkowany w stałych, wydzielonych miejscach. W poprzednio obowiązującym rozporządzeniu (par. 6 ust. 4) istniał zakaz reklamowania w aptece produktu leczniczego do publicznej wiadomości przy zastosowaniu form dźwiękowych (dostępnych przy użyciu słuchu) i audiowizualnych (dostępnych równocześnie przy pomocy słuchu i wzroku). Jednocześnie zakaz ten opatrzony był zastrzeżeniem: nie dotyczy reklamy zawartej w programach radiowych i telewizyjnych. Popularne wtedy stało się prezentowanie w aptece filmów reklamowych (bez dźwięku) na monitorach plazmowych. Obecnie obowiązujące rozporządzenie również posiada taki zapis (par. 11 ust. 3), ale zabrakło powyższego zastrzeżenia. Sprawia to, że zakaz stosowania form dźwiękowych i audiowizualnych wymaga bezwzględnego przestrze-

gania. Jedyną dopuszczalną formą reklamy leków w aptekach jest zatem forma wizualna.

Wymagania rozporządzenia zawierają szczegółowe ograniczenia reklamy, która prezentowana jest nie tylko w aptekach czy punktach aptecznych, ale i w lokalach zakładów opieki zdrowotnej, placówek obrotu pozaaptecznego, punktów felczerskich, jak również w miejscach wykonywania praktyki lekarskiej oraz praktyki pielęgniarki lub położnej. Zakazane jest m.in. prowadzenie w tych placówkach reklamy w formach dźwiękowych i audiowizualnych. Reklama może być ponadto rozmieszczona wyłącznie w poczekalniach dla pacjentów. Często jednak zdarza się, że w poczekalniach znajdują się materiały reklamowe produktów wydawanych wyłącznie z przepisu lekarza, a materiały reklamujące leki OTC nie zawierają ostrzeżeń wymaganych przy reklamie.

Adres do korespondencji:

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

Piśmiennictwo:

1. Ustawa Prawo farmaceutyczne z dn. 6 września 2001 roku (tekst jedn. Dz. U. z 2008 r. nr 45, poz. 271 ze zm.).
2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dn. 21 listopada 2008 roku w sprawie reklamy produktów leczniczych (Dz. U. z 2008 r. nr 210, poz. 1327).
3. Wyrok WSA w Warszawie z dnia 29 grudnia 2005 roku, I SA/Wa 584/05.
4. Wyrok SN z dnia 2 października 2007 roku, II CSK 289/07.
5. Wyrok WSA w Warszawie z dnia 17 października 2008 roku, VII SA/Wa 698/08.
6. Wyrok WSA w Warszawie z dnia 1 lutego 2008 roku, VII S.A./Wa 1960/07.
7. Ustawa z dn. 16 kwietnia 1993 roku o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (Dz. U. z 2003 r. nr 153, poz. 1503 z późn. zm.).
8. Świerczyński M.: *Reklama produktów leczniczych*. [w:] Krekora M., Świerczyński M., Traple E.: *Prawo farmaceutyczne. Zagadnienia regulacyjne i cywilnoprawne*, wyd. 1, Warszawa, Wyd. Oficyna Wolters Kluwer, 2008, str. 285-355.
9. Kondrat M. (red.): *Prawo farmaceutyczne. Komentarz*, wyd. 1, Warszawa, Wyd. ABC a Wolters Kluwer Business, 2009.
10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia w sprawie reklamy produktów leczniczych z dnia 16 grudnia 2002 roku (Dz. U. nr 230, poz. 1936).
11. Zimmermann A., Stożkowska W.: *Reklama w aptece – stan prawny oraz aspekt etyczny*, Farmacja Polska, 2006, t. 62, nr 21, s. 947-954.
12. Zimmermann A., Zimmermann R., Pawłowski L.: *Reklama produktów leczniczych*, Farmacja Polska, 2009, t. 65, nr 7, s. 524-531.

WIGILIJNE SPOTKANIE KOŁA PTFarm. W LESZNIE

doc. dr hab. Anita MAGOWSKA

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

W liczącym nieco ponad 64 cztery tysiące mieszkańców Lesznie, jednym z największych miast Wielkopolski, istnieją 23 apteki. Przez szereg lat liczba mieszkańców przypadająca na jedną aptekę była, w ocenie większości farmaceutów – właścicieli aptek, wprawdzie nie-

wielka, ale wystarczająca dla zapewnienia im stabilnych podstaw bytu. W ostatnim czasie leszczyńskie apteki prywatne musiały zmierzyć się z agresywnym marketingiem aptek sieciowych obiecujących pacjentom leki prawie za darmo przez całą dobę. Ta konfrontacja oka-

zała się bardzo trudna dla aptek małych, zatrudniających jednego farmaceutę.

O tych problemach i możliwych strategiach ich rozwiązywania dyskutowali w dniu 16 grudnia 2009 r. członkowie Koła Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego w Lesznie,



© Ze zbiorów własnych Koła PTfarm. w Lesznie

© Ze zbiorów własnych Koła PTFarm. w Lesznie



którzy spotkali się w klubie „Lochy”, mieszczącym się w nastrojowych piwnicach Miejskiej Biblioteki Publicznej. Przy świątecznie udekorowanym stole zasiadło kilkudziesięcioosobowe liczne grono farmaceutów z Leszna i okolic, a wśród nich wiele osób młodych. Gościmi spotkania były: prof. Barbara Zielińska-Psuja, przewodnicząca poznańskiego Oddziału PTFarm i mgr Elżbieta Taterczyńska, jedna z najbardziej przedsiębiorczych farmaceutek w Polsce, która w ostatnim czasie założyła nową hurtownię opartą na kapitale aptekarzy. Uczestnicy zebrania przyjęli informację o powstaniu tej hurtowni z dużym zainteresowaniem, wskazując w dyskusji, że sieci apteczne monopolizują rynek i przyczyniają się do wzro-

stu nakładów budżetowych na refundacje leków, a także zmuszają do redukcji zatrudnienia w aptekach prywatnych należących do farmaceutów.

Ponadto podczas zebrania autorka niniejszej relacji przedstawiła wykład „Wigilijna Apteka”, w którym wykazała dawne i obecne związki między narodzeniem Chrystusa w Betlejem a lecznictwem. Każda z postaci ludzkich i zwierzęcych wyobrażanych w tradycyjnych Szopkach Bożonarodzeniowych ma bowiem jakieś, zwykle mało znane, powiązania z farmacją i medycyną.

Inicjatorką i przewodniczącą cieszącego się dużą frekwencją zebrania była mgr Maryla Adamczak, przewodnicząca Koła PTFarm w Lesznie i zarazem właścicielka apteki osiedlo-

wej o tyle niezwykłej, iż w jej wnętrzu znajduje się niewielkie Muzeum Historii Farmacji, a otacza ją malowniczy ogródek zielarski pełen aromatycznych roślin leczniczych. Od lat Koło PTFarm w Lesznie należy do najaktywniejszych w kraju. Jego wieloletnią przewodniczącą była mgr Jadwiga Mielczarek, która podczas zebrania reprezentowała wraz z mgr Henrykiem Pawlaczykiem (obchodzącym w najbliższym czasie jubileusz 50-lecia pracy zawodowej) nestorów leszczyńskiej farmacji.

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

Technik Farmaceutyczny w Aptece

Ogólnopolski Kwartalnik Zawodowy
Rok założenia 2007 | ISSN 2080-1459 | Nr 3-4/2009



*Skład apteczny w Hongkongu
z możliwością realizacji recept, obsługiwany
przez średni personel farmaceutyczny*

Strona tytułowa kwartalnika „Technik Farmaceutyczny w Aptece” nr 3-4/09 dla wszystkich techników farmaceutycznych pracujących w aptekach ogólnodostępnych, szpitalnych oraz w hurtowniach i administracji służby zdrowia

TECHNIK FARMACEUTYCZNY W NOWEJ RZECZYWISTOŚCI

Kiedy mogło się wydawać, że najważniejsze organizacje w naszym środowisku zapomniły o punktach aptecznych, na przekór temu przesłuchaniu w październiku mijającego roku grupa inicjatywna utworzyła Izbę Gospodarczą Właścicieli Punktów Aptecznych i Aptek. Fakt ten zwrócił wtedy uwagę wszystkich zainteresowanych na ich znaczenie w łańcuchu jednostek zajmujących się ochroną zdrowia.

Przypomnieć należy, że pod kierunkiem techników farmaceutycznych (nierzadko też magistrów farmacji) funkcjonuje ponad 1500 punktów aptecznych w kraju, a blisko 39 tysięcy techników pracuje w aptekach ogólnodostępnych, szpitalnych, sklepach zielarskich, laboratoriach, przemysle farmaceutycznym, hurtowniach i w służbach medycznych. Technicy na stałe wpisali się w krajobraz polskiej farmacji. Sprzyja temu wzrost ich roli; świadczą o tym przykłady z USA, o których pisaliśmy na naszych łamach.

Przyszłość zawodu technika farmaceutycznego należy postrzegać przez pryzmat nie tylko jego miejsca za pierwszym stołem czy też wykonywania prostych usług farmaceutycznych, ale w niedalekiej przyszłości podejmowania niektórych zadań wynikających z prowadzenia opieki farmaceutycznej przez magistra farmacji (określonego w Prawie farmaceutycznym jako „farmaceuta”). Dlatego z problematyką opieki farmaceutycznej technik powinien zapoznać się wszechstronnie, jeżeli ma być pierwszym pomocnikiem farmaceuty.

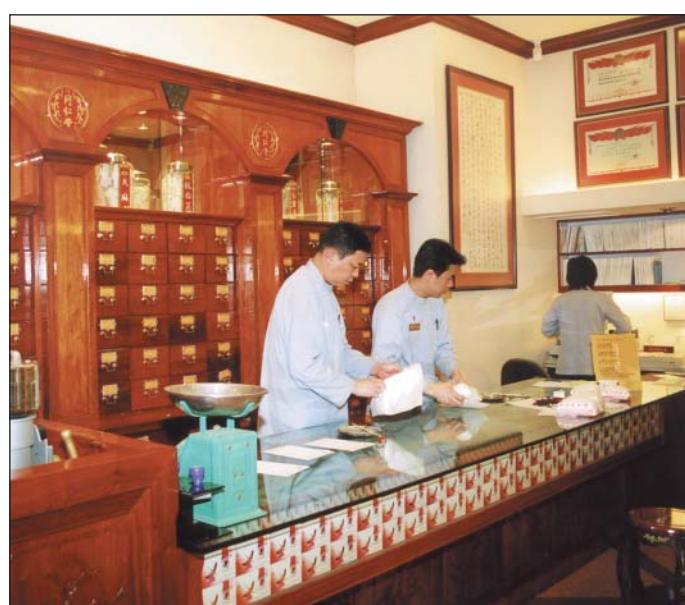
Z myślą zatem o przyszłości zawodu technika opracowaliśmy projekt kursów szkoleniowych, które w formie wykładów, spotkań seminaryjnych i konferencji chcielibyśmy realizować w najbliższych latach pod auspicjami redakcji „TFWA” i honorowym patronatem naukowym prof. dr hab. Barbary Filipek z Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum.

Czekamy na Państwa uwagi, propozycje i refleksje dotyczące podniesionego wyżej tematu oraz wszystkie inne, które mogą wzbogacić łamy kwartalnika.

**Honorowy Redaktor Naczelnny
mgr farm. Piotr Jóźwiakowski
długoletni technik farmaceutyczny**



Do najstarszych aptek zielarskich wywodzących się z tradycji apteki dworu cesarskiego Yong Zheng z dynastii Ching, założonej w 1669 roku, należą apteki Beijing Tong Ren Tang w ponad 30 prowincjach i miastach Chin oraz w 40 krajach świata. Obok aptek zielarskich w Hongkongu istnieją zielarnie (prowadzone przez absolwentów stacjonarnych szkół farmaceutycznych na poziomie średnim i z 10-letnim stażem pracy), w których można zaopatryć się w ekstrakty służące do sporządzania leków roślinnych w warunkach domowych, według receptury przygotowanej przez miejscowych aptekarzy.



Europejski Dzień Walki z Otyłością

Inicjatywa Europejski Dzień Walki z Otyłością (ang. *European Obesity Day*) to niezależna platforma skupiająca pacjentów oraz społeczności farmaceutyczne, medyczne i polityczne prowadzące kampanię na rzecz rozwiązywania problemów nadwagi i otyłości. Jej celem jest ustanowienie w dniu 22 maja corocznego Europejskiego Dnia Walki z Otyłością po to, by podnieść świadomość potrzeby działania w tej dziedzinie jak też zagwarantować otwarcie na potrzeby pacjentów cierpiących na nadwagę lub otyłość.

Europejski Dzień Walki z Otyłością powołało do życia, w kwietniu 2009 roku Narodowe Forum Otyłości (NOF), we współpracy z Belgijskim Stowarzyszeniem Pacjentów Otyłych (BOLD). Założeniem inicjatywy było zjednoczenie społeczności lekarzy, aptekarzy, farmaceutów, pacjentów i polityków w celu udzielenia wsparcia obywatelom Europy, którzy cierpią na otyłość lub nadwagę, w podejmowaniu wysiłków na rzecz zmiany stylu życia, poprawienia stanu zdrowia i podniesienia jakości swojego życia.

Inicjatywa jest szeroko upowszechniana dzięki: stronie internetowej, ankcie on-line, instrumentom z dziedziny serwisów społecznościowych jak też zaangażowaniu podmiotów popierających kampanię, na które składają się obecnie 24 organizacje i 19 posłów Parlamentu Europejskiego.

Dochodzącą inicjatywę poparły • Pharmaceutical Group of the European Union (PGEU) ([Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej](#)) • Belgian Association of Obese Patients ([Belgijskie Stowarzyszenie Pacjentów z Otyłością, BOLD](#)) • National Obesity Forum ([Narodowe Forum ds. Otyłości, NOF](#)) • Associação de Doentes Obesos e Ex-obesos de Portugal ([Adexo](#)) • International Diabetes Federation (IDF) – Europe ([Międzynarodowa Federacja Diabetologiczna – Europa](#)) • International Association for the Study of Obesity (IASO) ([Międzynarodowe Stowarzyszenie na rzecz Badań nad Otyłością](#)) • European Association for the Study of Obesity (EASO) ([Europejskie Stowarzyszenie na rzecz Badań nad Otyłością](#)) • Federation of European Nurses in Diabetes (FEND) ([Federacja Europejskich Pielęgniarek Diabetologicznych](#)) • La Ligue Cardiologique Belge/De Belgische Cardiologische Liga ([Belgijska Liga Kardiologiczna](#)) • European Federation of the Associations of Dietitians (EFAD) ([Europejska Federacja Stowarzyszeń Dietetyków](#)) • Sociedad Española para el Estudio de la Obesidad (SEEDO) ([Hiszpańskie Towarzystwo Badań nad Otyłością](#)) • l'Association Belge du Diabète ([Belgijskie Stowarzyszenie Diabetologiczne](#)) • Asociación Española de Enfermería en Cardiología ([Hiszpańskie Stowarzyszenie Opiekunów Osób z Chorobami Kardiologicznymi](#)) • Asociación Global de Obesos ([Hiszpańskie Stowarzyszenie ds. Otyłości](#)) • Diabetes Federation of Ireland ([Irlandzka Federacja Diabetologiczna](#)) • Combating Obesity Ltd. ([Organizacja na rzecz Zwalczania Otyłości](#)) • La Fondation contre le Cancer ([Fundacja na rzecz Walki z Rakiem – Belgia](#)) • Canadian Obesity Network ([Kanadyjska Sieć Walki z Otyłością](#)) • The Obesity Society ([Towarzystwo na rzecz Walki z Otyłością](#)) • Fundación Española del Corazón ([Hiszpańska Fundacja Kardiologiczna](#)) • le Collectif National des Associations d'Obèses (CNAO) ([Narodowa Grupa Stowarzyszeń na rzecz Osób Otyłych](#)) • Vlaamse Diabetes Vereniging ([Flamandzkie Stowarzyszenie Diabetologiczne – Belgia](#)) • Strategies to Overcome and Prevent (STOP) Obesity Alliance ([Sojusz na rzecz Strategii Leczenia i Profilaktyki Otyłości](#)) • Belgische Vereniging Voor Cardiologie/Société Belge de Cardiologie ([Belgijskie Towarzystwo Kardiologiczne](#)) • oraz [Wydziały Farmaceutyczne UJ CM, UM w Lublinie i redakcja „Czasopisma Aptekarskiego”](#)

BOLD i NOF wraz z siecią podmiotów je wspierających pragną skonsolidować to, co kampanii udało się już osiągnąć w Brukseli, poprzez zainicjowanie działań skierowanych na budowanie świadomości społecznej w krajach członkowskich UE, w tym działań bezpośrednio przed, w trakcie i po 22 maja 2010 roku.

Dotychczasowe kluczowe działania platformy Europejskiego Dnia Walki z Otyłością to:

- 1) uruchomienie strony internetowej poświęconej Europejskiemu Dniu Walki z Otyłością (www.obesityday.eu),
- 2) udostępnienie kwestionariuszy internetowych, które do tej pory wypełniło 300 podmiotów (celem platformy jest 2000 wypełnionych kwestionariuszy),
- 3) na internetowej kampanii udostępnienie listy organizacji zrzeszających pacjentów oraz przedstawicieli środowiska farmaceutycznego, medycznego i politycznego, którzy wspierają inicjatywę powołania Europejskiego Dnia Walki z Otyłością.

Wesprzyj Europejski Dzień Walki z Otyłością! Support a European Obesity Day!

Kwestionariusz / Questionnaire

Czy według Ciebie sprawy osób cierpiących na nadwagę i otyłość są uwzględniane obecnie przez instytucje rządowe?*

Do you think the voice of overweight and obese individuals is being heard loudly enough by governments today?*

tak yes nie no

Czy popierasz ideę obchodów Europejskiego Dnia Walki z Otyłością, których celem jest uświadomienie opinii publicznej trudnej sytuacji osób z nadwagą lub otyłością?*
Do you support the launch of a European Obesity Day to increase awareness of the plight of the overweight and obese?*

tak yes nie no

Czy jesteś zainteresowany (jako osoba prywatna lub podmiot/organizacja) przystąpieniem do nowego, planowanego forum europejskiego, poświęconego tematyce nadwagi i otyłości?*
Would you be interested (as an individual or organisation) in becoming a member of a proposed new European forum on overweight and obesity?*

tak yes nie no

Jeżeli masz uwagi dotyczące ww. tematu, wypisz je poniżej:
Please provide any comments you would like to share in the space provided below:

Which of the following additional steps should governments be taking in the fight against obesity?

Uznanie otyłości za jednostkę chorobową
Recognising obesity as a disease

tak yes nie no

Zachęcanie lekarzy, farmaceutów, dietetyków i pozostałych podmiotów, zajmujących się opieką zdrowotną, do oferowania większego wsparcia osobom cierpiącym na nadwagę i otyłość
Encouraging additional support for the overweight and obese from their doctor, pharmacists, dietician and other sources of healthcare support

tak yes nie no

Wprowadzenie lepszego oznakowania produktów żywnościowych, sprzedawanych na terenie Unii Europejskiej
Enhancing food labelling across the European Union

tak yes nie no

Położenie większego nacisku na zapewnienie skuteczności działania produktów wspomagających utratę wagi
Putting greater emphasis on ensuring the efficacy of weight loss products

tak yes nie no

Uznanie roli produktów wspomagających utratę wagi, które posiadają udowodnioną skuteczność działania
Recognising the role of effective weight loss products

tak yes nie no

Uświadomienie, które produkty reklamują się jako wspomagające utratę wagi, lecz nie posiadają udowodnionej skuteczności działania
Highlighting products that are being advertised as supporting weight loss but do not have any proof of their effectiveness

tak yes nie no

* obowiązkowe / mandatory

Dlaczego prosimy o ww. informacje i w jaki sposób zostaną one wykorzystane?

Why do we ask for this information and how will we use it?

Informacje uzyskane z niniejszej ankiety traktujemy jako bazę do przeprowadzenia kampanii, mającej na celu przekonanie europejskich decydentów do podjęcia działań ustanawiających obchody Europejskiego Dnia Walki z Otyłością.

Ww. informacje przechowywane będą w jednym, centralnym ośrodku, ich treść pozostanie poufna i nie będzie ujawniona stronom trzecim, z wyjątkiem organizacji/podmiotów i osób fizycznych, działających na rzecz ustanowienia Europejskiego Dnia Walki z Otyłością oraz wysokich rangą urzędników Unii Europejskiej. Wspomniane informacje nie zostaną także rozesłane jakimkolwiek organizacjom/podmiotom czy osobom, ani też powielone dla jakichkolwiek innych organizacji/podmiotów lub osób fizycznych, innych niż wcześniej wymienione. Ww. informacje nie zostaną wykorzystane do jakichkolwiek innych celów, w szczególności do generowania korzyści finansowych.

The information obtained from the questionnaire will be compiled into a data set; which will provide the legitimacy through which we will fuel the drive to push for further action from European decision makers and create a European Obesity Day. This information will be kept in a centralized location in utmost confidentiality and will not be shared with any third party other than the organisations and individuals working toward creating a European Obesity Day as well as high level European Union officials. Further, this Information will not be sent to any organisation or individual or reproduced for any other organisation or individual other than the aforementioned parties. In no way will this Information be used towards other ends, particularly for financial profit of any kind.

Prosimy o wypełnienie poniższych pól. Dziękujemy za poświęcony czas.

Please fill out the Information on the right. Thank you for your time.

Imię / First Name*

Nazwisko / Name*

Organizacja/podmiot (jeśli ma zastosowanie) / Organisation (if relevant)

Kraj zamieszkania / Country of Residence*

Adres e-mail (opcjonalny) / E-mail address (optional)

„Servier w trosce o Twoje Zdrowie”

Ogólnopolskie akcje profilaktyczno-edukacyjne

Firma Servier od siedmiu lat regularnie organizuje bezpłatne akcje profilaktyczno-edukacyjne. Ich celem jest szerzenie wiedzy na temat profilaktyki chorób cywilizacyjnych, a także zachęcenie pacjentów do systematycznego wykonywania badań diagnostycznych.



- Patronat Towarzystw Naukowych
- Bogaty program edukacyjny obejmujący wykłady, filmy i prezentacje przygotowane w oparciu o rekomendacje uznanych specjalistów
- Blisko 65 000 przebadanych Polaków

Więcej informacji na temat
chorób przewlekłych i akcji profilaktyczno-edukacyjnych:
www.wygrajzcukrzyca.pl www.dbajoserce.pl
www.forumprzeciwdepresji.pl www.wtrosceozyly.pl

Odkrycia dające nadzieję

Servier na świecie

- * Największa, niezależna francuska firma farmaceutyczna
- * Obecna w **140 krajach świata**
- * Zatrudnia **20 000 osób** na całym świecie
- * Ponad **3 000 osób** pracuje w ośrodkach naukowo-badawczych Servier
- * Ponad **25% obrotu Servier inwestuje w badania** nad nowymi lekami.



Servier w Polsce

- * Obecna **od 1992 roku**
- * Zatrudnia blisko **500 osób**
- * W 1997 roku inwestuje w polskie Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne ANPHARM S.A., nabywając pakiet większościowy
- * Zdolność produkcyjna P.F. ANPHARM **wzrasta z 4 do 40 milionów** opakowań rocznie
- * **90% leków** firmy Servier dostępnych w Polsce jest produkowanych w naszym kraju.*

*w ilości produkowanych opakowań.

Od siedmiu lat firma Servier organizuje bezpłatne akcje edukacyjno-profilaktyczne:
Servier dla Serca, Forum Przeciw Depresji,
Servier – przyjaciel w cukrzycy, Servier w trosce o żyły.
Do tej pory przebadano blisko **65 000 Polaków.**