

Patronat  
POLSKIE  
TOWARZYSTWO  
LEKARSKIE  
POLSKI  
KOMITET  
ZIELARSKI

ISSN 1233-2755  
Vol. XVIII  
Rok założenia 1992  
Nr 2 (206)  
Luty 2011

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



Kontynuator tradycji Czasopisma utworzonego w roku 1871 we Lwowie

**W numerze m.in.** mgr Bogdan Ostrowski – Polska oporna na innowacje w opiece zdrowotnej • mgr Aleksandra Góra, dr Joanna Równicka-Zubik, prof. dr hab. Anna Sułkowska – Narastający problem fałszowania leków na polskim rynku farmaceutycznym

Nie wnikamy, co jeszcze robi w swoim życiu...

...ważne, że żyje.



♥ CAŁODOBOWA kontrola ciśnienia<sup>2</sup>

♥ zmniejszenie blaszki MIAŻDŻYCOWEJ<sup>3</sup>

♥ redukcja ŚMIERTELNOŚCI<sup>1</sup>

WYBIERAM ŻYCIE<sup>1</sup>

**PRESTARIUM® 5 mg i 10 mg**

PR23

**PRESTARIUM® 5 mg, tabletki powlekane** Jedna tabletka powlekana zawiera 3,395 mg peryndoprylu, co odpowiada 5 mg peryndoprylu z arginina. Substancje pomocnicze: laktoza jednowodna

**PRESTARIUM® 10 mg, tabletki powlekane** Jedna tabletka powlekana zawiera 6,790 mg peryndoprylu, co odpowiada 10 mg peryndoprylu z arginina. Substancje pomocnicze: laktoza jednowodna

**Wskazania do stosowania: PRESTARIUM® 5 mg:** nadciśnienie tętnicze, objawowa niewydolność serca, stabilna choroba wieńcowa w celu zmniejszenia ryzyka incydentów sercowych u pacjentów z zawałem mięśnia serca i (lub) rewaskularyzacją w wywiadzie. **PRESTARIUM® 10 mg** – nadciśnienie tętnicze, stabilna choroba wieńcowa w celu zmniejszenia ryzyka incydentów sercowych u pacjentów z zawałem mięśnia serca i (lub) rewaskularyzacją w wywiadzie. **Dawkowanie i sposób podawania** PRESTARIUM 5 mg, PRESTARIUM 10 mg. Zaleca się przyjmowanie leku raz na dobę, rano, przed posiłkiem. Dawka powinna być ustalona indywidualnie w zależności od reakcji ciśnienia tętniczego. **Nadciśnienie tętnicze:** PRESTARIUM® 5 mg i PRESTARIUM 10 mg można stosować w monoterapii jak i w leczeniu skojarzonym z preparatami z innych grup leków przeciwnadciśnieniowych. Zalecana dawka początkowa wynosi 5 mg, podawane raz na dobę, rano. U pacjentów z dużą aktywnością układu renina – angiotensyna – aldosteron (w szczególności u pacjentów z nadciśnieniem naczyniowo-nerkowym, zaburzeniami wodno-elektrolitowymi, dekompenzacją układu sercowo-naczyniowego lub ciężkim nadciśnieniem tętniczym) może występować nadmierne obniżenie ciśnienia tętniczego po podaniu dawki początkowej. Należy wtedy rozpocząć leczenie w warunkach specjalistycznej opieki medycznej, a zalecana dawka początkowa wynosi 2,5 mg. Po miesiącu leczenia można zwiększyć dawkę do 10 mg raz na dobę. Po rozpoczęciu leczenia może wystąpić objawowe niedociśnienie tętnicze; częściej dotyczy to pacjentów równocześnie leczonych lekami moczopędnymi. W takich sytuacjach należy zachować ostrożność, gdyż mogą występować zaburzenia gospodarki wodno-elektrolitowej. Jeśli jest to możliwe, leczenie lekami moczopędnymi powinno zostać przerwane 2 do 3 dni przed rozpoczęciem leczenia. U pacjentów z nadciśnieniem tętniczym, u których nie jest możliwe przerwanie leczenia lekami moczopędnymi, leczenie należy rozpocząć od dawki 2,5 mg. Należy systematycznie kontrolować czynność nerek oraz stężenie potasu w surowicy. Kolejna dawka po-

winna być dostosowana do reakcji ciśnienia tętniczego u danego pacjenta. Jeżeli jest to konieczne, należy ponownie rozważyć leczenie za pomocą leków moczopędnych. U pacjentów w podeszłym wieku leczenie należy rozpocząć od dawki 2,5 mg, która następnie może być zwiększona po miesiącu leczenia do 5 mg, a jeśli jest to konieczne do 10 mg, w zależności od czynności nerek: **Objawowa niewydolność serca:** Zaleca się, aby wprowadzanie PRESTARIUM® 5 mg do leczenia skojarzonego z lekami moczopędnymi nieoszczędzającymi potasu i (lub) preparatami naparstnicy i (lub) beta-adrenolitykami odbywało się w warunkach specjalistycznej opieki medycznej, z zastosowaniem zalecanej dawki początkowej 2,5 mg przyjmowanej rano. Jeśli dawka ta jest tolerowana, po 2 tygodniach może zostać zwiększona do 5 mg, stosowanych raz na dobę. Dawkę należy dostosować w zależności od reakcji klinicznej danego pacjenta. W przypadku pacjentów z ciężką niewydolnością serca i należących do grup dużego ryzyka (pacjenci z niewydolnością nerek oraz tendencją do zaburzeń elektrolitowych, leczeni jednocześnie lekami moczopędnymi i (lub) preparatami rozszerzającymi naczynia), leczenie należy rozpocząć pod ścisłą kontrolą medyczną. Pacjenci z dużym ryzykiem wystąpienia objawowego niedociśnienia tętniczego tj.: pacjenci z zaburzoną gospodarką elektrolitową z (lub) bez hiponatremii, odwodnieni lub intensywnie leczeni lekami moczopędnymi, powinni mieć wyrównane te zaburzenia, jeśli jest to możliwe przed rozpoczęciem leczenia. Ciśnienie tętnicze krwi, czynność nerek oraz stężenie potasu w surowicy powinno być uważnie kontrolowane zarówno na początku jak i w trakcie leczenia. **Stabilna choroba wieńcowa:** Lek należy początkowo przyjmować w dawce 5 mg raz na dobę, przez dwa tygodnie, następnie dawkę należy zwiększyć do 10 mg raz na dobę, w zależności od czynności nerek i pod warunkiem, że dawka 5 mg była dobrze tolerowana. Pacjenci w wieku podeszłym powinni przyjmować lek w dawce 2,5 mg raz na dobę, przez tydzień, następnie w dawce 5 mg raz na dobę przez kolejny tydzień. Następnie dawkę zwiększa się do 10 mg raz na dobę, w zależności od czynności nerek. Dawkę należy zwiększyć jedynie wówczas, gdy poprzednią mniejszą dawką była dobrze tolerowana. **Dostosowanie dawki w niewydolności nerek:** U pacjentów z niewydolnością nerek dawkę należy dostosować na podstawie wartości klirensu kreatyniny:  $Cl_{kr} \geq 60$  ml/min – 5 mg na dobę;  $30 < Cl_{kr} < 60$  ml/min – 2,5 mg na dobę;  $15 < Cl_{kr} < 30$  ml/min – 2,5 mg, co drugi dzień; pacjenci dializowani  $Cl_{kr} < 15$  ml/min – 2,5 mg w dniu dializy (klirens peryndoprylatu podczas

dializy wynosi 70 ml/min Pacjentom hemodializowanym dawkę należy podać po dializie). **Dostosowanie dawki w niewydolności wątroby:** nie ma konieczności modyfikacji dawki. **Stosowanie u dzieci i młodzieży (w wieku poniżej 18 lat):** Nie została ustalona skuteczność oraz bezpieczeństwo stosowania u dzieci i młodzieży. Stosowanie nie jest zalecane. **4.3. Przeciwwskazania:** nadwrażliwość na peryndopryl lub na którąkolwiek substancję pomocniczą lub inne IKA; obrzęk naczynioruchowy w wywiadzie związany z uprzednim leczeniem IKA; wrodzony lub idiopatyczny obrzęk naczynioruchowy; drugi i trzeci trymestr ciąży. **4.4. Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** **Stabilna choroba wieńcowa:** W przypadku wystąpienia epizodu niestabilnej dławicy piersiowej (ciężkiego lub nie) podczas pierwszego miesiąca leczenia peryndoprylem, należy przeprowadzić dokładną ocenę stosunku korzyści i ryzyka przed kontynuacją leczenia. **Niedociśnienie tętnicze:** Inhibitory konwertazy angiotensyny mogą powodować nadmierne obniżenie ciśnienia tętniczego krwi. Objawowe niedociśnienie tętnicze występuje rzadko u pacjentów z niepowikłanym nadciśnieniem tętniczym, pojawia się częściej u pacjentów odwodnionych z powodu stosowania leków moczopędnych, diety ubogosodowej, dializ, gdy występuje biegunka lub wymioty, lub u pacjentów z ciężkim nadciśnieniem reninozależnym. U pacjentów z objawową niewydolnością serca, z lub bez współistniejącej niewydolności nerek, obserwowano objawowe niedociśnienie tętnicze. Objawowe niedociśnienie tętnicze występuje częściej u pacjentów z ciężką, objawową niewydolnością serca, w następstwie leczenia dużymi dawkami diuretyków pętlowych, hiponatremią lub zaburzeniem czynności nerek. U pacjentów ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia objawowego niedociśnienia tętniczego rozpoczęcie leczenia jak i ustalanie dawki powinno odbywać się pod ścisłą kontrolą lekarską. Powyższe uwagi dotyczą również pacjentów z chorobą niedokrwinną serca lub z chorobami naczyń mózgowych, u których nagle obniżenie ciśnienia tętniczego mogą spowodować wystąpienie zawału serca lub incydentu naczyniowo-mózgowego. W przypadku wystąpienia niedociśnienia tętniczego, pacjenta należy położyć na plecach oraz, jeżeli jest to konieczne, podać dożylnie roztwór chlorku sodu 9 mg/ml (0,9%). Wystąpienie przemijającego niedociśnienia tętniczego nie wyklucza późniejszego stosowania produktu, co zazwyczaj odbywa się bez komplikacji, gdy ciśnienie tętnicze krwi zwiększy się wraz ze zwiększeniem objętości wewnątrz-naczyniowej. U niektórych pacjentów



► z zastoinową niewydolnością serca, z prawidłowym lub niskim ciśnieniem tętniczym, może wystąpić dodatkowe obniżenie ciśnienia tętniczego po podaniu produktu PRESTARIUM 5 mg/PRESTARIUM 10 mg. Działanie to jest spodziewane i zazwyczaj nie powoduje przerwania leczenia. Jeśli niedociśnienie tętnicze staje się objawowe, może być konieczne zmniejszenie dawki lub przerwanie leczenia produktem PRESTARIUM 5 mg/PRESTARIUM 10 mg. **Zwężenie zastawki aortalnej i (lub) zastawki mitralnej/ kardiomiopatia przerostowa:** Tak jak w przypadku innych inhibitorów ACE produkt PRESTARIUM 5 mg/PRESTARIUM 10 mg należy stosować ostrożnie u pacjentów ze zwężeniem zastawki mitralnej i zawężeniem drogi odpływu z lewej komory, tak jak ma to miejsce w przypadku zwężenia zastawki aortalnej lub kardiomiopatii przerostowej. **Zaburzenia czynności nerek:** W niektórych przypadkach niewydolności nerek (klirens kreatyniny < 60 ml/min) dawka początkowa peryndoprylu powinna być dostosowana do klirensu kreatyniny u danego pacjenta, a następnie w zależności od odpowiedzi na leczenie. U tych pacjentów kontrola stężenia potasu i kreatyniny jest częścią standardowego postępowania medycznego. U pacjentów z objawową niewydolnością serca, wystąpienie niedociśnienia tętniczego po rozpoczęciu leczenia inhibitorami ACE może powodować dalsze zaburzenie czynności nerek. W takiej sytuacji może wystąpić zazwyczaj przemijająca, ostra niewydolność nerek. U części pacjentów z obustronnym zwężeniem tętnic nerkowych lub zwężeniem tętnicy nerkowej jedynej nerki, którzy byli leczeni inhibitorami ACE, obserwowano zwiększenie stężenia mocznika we krwi i kreatyniny w surowicy. Zaburzenia te były odwracalne po przerwaniu leczenia. Dotyczy to szczególnie pacjentów z niewydolnością nerek. W sytuacji, kiedy równocześnie występuje nadciśnienie naczyniowo-nerkowe, istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia ciężkiego niedociśnienia tętniczego i niewydolności nerek. U takich pacjentów leczenie należy rozpocząć pod ścisłą kontrolą lekarską, od małych dawek, ostrożnie je zwiększając. Leczenie moczopędne może być czynnikiem predysponującym do wystąpienia tych stanów; należy wtedy przerwać leczenie lekami moczopędnymi i monitorować czynność nerek podczas pierwszych tygodni leczenia produktem PRESTARIUM 5 mg/PRESTARIUM 10 mg. U niektórych pacjentów bez uprzedniej choroby naczyń nerkowych obserwowano zwiększenie stężenia mocznika we krwi i kreatyniny w surowicy, zazwyczaj przemijające i o małym nasileniu. Szczególnie dotyczy to sytuacji, gdy produkt PRESTARIUM

5 mg/PRESTARIUM 10 mg stosowano jednocześnie z lekiem moczopędnym. Dotyczy to zwłaszcza pacjentów z wcześniej występującą niewydolnością nerek. Może być konieczne zmniejszenie dawki i (lub) przerwanie leczenia lekiem moczopędnym i (lub) produktem PRESTARIUM 5 mg/PRESTARIUM 10 mg. **Pacjenci poddawani hemodializie:** U pacjentów poddawanych dializie z zastosowaniem błon o dużej przepuszczalności i jednocześnie leczonych inhibitorami ACE były obserwowane reakcje rzekomoanafilaktyczne. U tych pacjentów należy rozważyć zastosowanie błon dializacyjnych innego rodzaju lub leków przeciwnadciśnieniowych z innych grup. **Transplantacja nerki:** Brak doświadczenia odnośnie stosowania produktu PRESTARIUM 5 mg/PRESTARIUM 10 mg u pacjentów z niedawno wykonaną transplantacją nerki. **Reakcje nadwrażliwości/ obrzęk naczynioruchowy:** Obserwowano rzadkie przypadki występowania obrzęku naczynioruchowego twarzy, kończyn, warg, błon śluzowych, języka, głośni i (lub) krtani u pacjentów otrzymujących inhibitory ACE, w tym produkt PRESTARIUM 5 mg/PRESTARIUM 10 mg. Obrzęk naczynioruchowy może wystąpić w każdym momencie leczenia. W razie wystąpienia powyższych objawów należy natychmiast przerwać leczenie produktem PRESTARIUM 5 mg/PRESTARIUM 10 mg, a pacjent powinien być obserwowany do czasu całkowitego ustąpienia objawów. Obrzęki obejmujące twarz i wargi zazwyczaj ustępowały bez leczenia, jednak leki przeciwhistaminowe okazywały się przydatne w celu złagodzenia objawów. Obrzęk naczynioruchowy obejmujący krtani może być śmiertelny. Zajęcie języka, głośni lub krtani może powodować zamknięcie dróg oddechowych; należy wtedy zastosować leczenie przewidziane w stanach nagłych. Leczenie to może obejmować podanie adrenaliny i (lub) utrzymanie drożności dróg oddechowych. Pacjent powinien być pod ścisłą kontrolą medyczną do czasu całkowitego i trwałego ustąpienia objawów. U pacjentów, u których w przeszłości występował obrzęk naczynioruchowy niezwiązany ze stosowaniem inhibitorów ACE, może istnieć większe ryzyko jego wystąpienia podczas leczenia inhibitorami ACE. U pacjentów leczonych inhibitorami ACE rzadko donoszono o wystąpieniu obrzęku naczynioruchowego jelit. Pacjenci ci zgłaszali ból brzucha (z nudnościami lub wymiotami albo bez nudności lub wymiotów), u niektórych pacjentów nie występował wcześniej obrzęk naczynioruchowy twarzy a poziomy C1-esterazy były prawidłowe. Obrzęk naczynioruchowy zdiagnozowano w wyniku przeprowadzenia takich procedur: tomografia komputerowa jamy brzusznej, ultra-

sonografia lub zabieg chirurgiczny; objawy ustąpiły po przerwaniu podawania inhibitora ACE. Obrzęk naczynioruchowy jelit należy wziąć pod uwagę podczas diagnozowania różnicowego pacjentów leczonych inhibitorami ACE, zgłaszającymi ból brzucha. **Reakcje rzekomoanafilaktyczne podczas aferezy LDL:** Rzadko, u pacjentów leczonych inhibitorami ACE poddanych aferezie LDL z zastosowaniem siarczanu dekstranu występują reakcje rzekomoanafilaktyczne zagrażające życiu. Reakcjom tym można zapobiec poprzez czasowe odstawienie inhibitorów ACE przed rozpoczęciem każdego zabiegu aferezy LDL. **Reakcje anafilaktyczne podczas leczenia odczułającego:** U pacjentów otrzymujących inhibitory ACE podczas leczenia odczułającego (np. jadem owadów błonkoskrzydłych) wystąpiły reakcje rzekomoanafilaktyczne. U tych samych pacjentów można było uniknąć wystąpienia reakcji poprzez tymczasowe odstawienie inhibitorów ACE, jakkolwiek reakcje nawracały po nieumyślnym ponownym zastosowaniu. **Zaburzenia czynności wątroby:** Rzadko, stosowanie inhibitorów ACE jest związane z wystąpieniem zespołu rozpoczynającego się od żółtaczki cholestatycznej, prowadzącej do rozwoju piorunującej martwicy wątroby i (czasami) śmierci. Mechanizm powstawania tego zespołu nie jest wyjaśniony. U pacjentów otrzymujących inhibitory ACE, u których rozwinęła się żółtaczka cholestatyczna, lub u których obserwuje się zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych, należy przerwać leczenie inhibitorami ACE i zastosować odpowiednie postępowanie medyczne. **Neutropenia/agranulocytoza/ małopłytkowość/niedokrwistość:** Neutropenia lub agranulocytoza, małopłytkowość oraz niedokrwistość były obserwowane u pacjentów otrzymujących inhibitory ACE. U pacjentów z prawidłową czynnością nerek i bez innych czynników ryzyka neutropenia występuje rzadko. Peryndopryl powinien być stosowany ze szczególną ostrożnością u pacjentów z kolagenozą naczyń, leczonych lekami immunosupresyjnymi, allopurynolem lub prokainamidem, lub gdy czynniki te występują łącznie, szczególnie jeśli wcześniej rozpoznano niewydolność nerek. U niektórych z takich pacjentów odnotowano przypadki rozwoju ciężkich infekcji, które w niektórych przypadkach były odporne na intensywne leczenie antybiotykami. U takich pacjentów należy okresowo kontrolować liczbę białych krwinek. Pacjentów należy poinformować, aby zgłaszali wszelkie objawy infekcji (np. ból gardła, gorączka). **Grupy etniczne:** Inhibitory ACE częściej powodują obrzęk naczynioruchowy u pacjentów rasy czarnej niż u pacjentów innych ras. Tak jak inne inhibitory ACE, peryndopryl może być

mniej skuteczny w obniżaniu ciśnienia krwi u pacjentów rasy czarnej niż u pacjentów innych ras, prawdopodobnie z powodu małej aktywności reninowej osocza częściej występującej u pacjentów rasy czarnej z nadciśnieniem tętniczym. **Kaszel:** U pacjentów leczonych inhibitorami ACE może wystąpić kaszel. Charakterystyczne jest, że kaszel jest suchy, uporczywy i ustępuje po przerwaniu leczenia. Kaszel indukowany leczeniem inhibitorami ACE należy wziąć pod uwagę w trakcie diagnostyki różnicowej kaszlu. **Zabiegi chirurgiczne/znieczulenie:** U pacjentów poddawanych rozległym zabiegom chirurgicznym lub znieczuleniu środkami powodującymi niedociśnienie tętnicze, produkt PRESTARIUM 5 mg/PRESTARIUM 10 mg może blokować powstawanie angiotensyny II wtórne do kompensacyjnego uwalniania reniny. Leczenie należy przerwać na jeden dzień przed planowanym zabiegiem chirurgicznym. Jeżeli wystąpi niedociśnienie tętnicze i rozważyć taki mechanizm, można je skorygować poprzez zwiększenie objętości płynów. **Hiperkaliemia:** U niektórych pacjentów leczonych inhibitorami ACE, w tym peryndoprylem, obserwowano zwiększenie stężenia potasu w surowicy. Czynniki ryzyka wystąpienia hiperkaliemii to: niewydolność nerek, pogorszenie czynności nerek, wiek (> 70 lat), cukrzyca, współistniejące zdarzenia, szczególnie odwodnienie, ostra dekompensacja sercowa, kwasica metaboliczna i jednocześnie stosowanie leków moczopędnych oszczędzających potas (np. spironolakton, eplerenon, triamteren lub amiloryd), preparatów potasu, a także zamienników soli kuchennej zawierających potas; lub pacjenci, którzy przyjmują inne leki powodujące zwiększenie stężenia potasu w surowicy (np. heparyna). Stosowanie preparatów potasu, leków moczopędnych oszczędzających potas lub zamienników soli kuchennej zawierających potas, zwłaszcza u pacjentów z zaburzoną czynnością nerek, może prowadzić do znacznego zwiększenia stężenia potasu w surowicy. Hiperkaliemia może powodować poważne, czasami zakończone zgonem arytmie. Jeśli jednocześnie stosowanie wymienionych powyżej środków jest uważane za właściwe, należy stosować je z ostrożnością oraz często kontrolować stężenie potasu w surowicy. **Pacjenci chorzy na cukrzycę:** U pacjentów chorych na cukrzycę, leczonych doustnymi lekami przeciwcukrzycowymi lub insuliną, należy ściśle monitorować stężenie glukozy podczas pierwszego miesiąca leczenia inhibitorami ACE. **Lit:** Nie zaleca się jednoczesnego stosowania peryndoprylu i litu. **Leki moczopędne oszczędzające potas, preparaty potasu lub zamienniki soli kuchennej zawierające potas:** Nie zaleca się jednoczesnego stosowania peryndoprylu i leków moczopędnych oszczędzających potas, preparatów potasu lub zamienni-

ków soli kuchennej zawierających potas. **Ciąża:** Nie należy rozpoczynać podawania inhibitorów ACE podczas ciąży. Dopóki nie uzna się kontynuowanej terapii inhibitorem ACE za istotną, u pacjentek planujących ciążę należy zmienić leczenie na alternatywną terapię przeciwnadciśnieniową, która ma ustalony profil bezpieczeństwa dotyczący stosowania w ciąży. Kiedy ciąża zostanie rozpoznana, należy natychmiast przerwać leczenie inhibitorami ACE i, jeśli to właściwe, należy rozpocząć alternatywną terapię. **Substancje pomocnicze:** Ze względu na zawartość laktozy w produkcie, pacjenci z rzadko występującą dziedziczną nietolerancją galaktozy, zespołem złego wchłaniania glukozy i galaktozy lub z niedoborem laktazy typu Lapp nie powinni stosować tego produktu leczniczego. **Ciąża i laktacja:** Stosowanie preparatu nie jest zalecane w pierwszym trymestrze ciąży. Preparat jest przeciwwskazany w drugim i trzecim trymestrze ciąży. Stosowanie leku u kobiet karmiących piersią nie jest zalecane. **Zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu:** może być zaburzona. **Działania niepożądane:** W obrębie każdej grupy o określonej częstości występowania objawy niepożądane są wymienione zgodnie ze zmniejszającym się nasileniem: bardzo często (≥1/10), często (≥1/100, <1/10), niezbyt często (≥1/1000, <1/100), rzadko (≥1/10000, <1/1000), bardzo rzadko (<1/10000), częstość nieznaną (nie może być określona na podstawie dostępnych danych). **Zaburzenia krwi i układu chłonnego:** Zmniejszenie stężenia hemoglobiny, hematokrytu, liczby płytek krwi, leukopenia/neutropenia oraz przypadki agranulocytozy lub pancytopenii obserwowano bardzo rzadko. U pacjentów z wrodzonym niedoborem dehydrogenazy glukozo-6-fosforanowej bardzo rzadko obserwowano przypadki niedokrwistości hemolitycznej. **Zaburzenia metabolizmu i odżywiania:** Częstość nieznaną: hipoglikemia. **Zaburzenia psychiczne:** Niezbyt często: zaburzenia nastroju lub snu. **Zaburzenia układu nerwowego:** Często: bóle głowy, zawroty głowy, parestezje. Bardzo rzadko: splątanie. **Zaburzenia oka:** Często: zaburzenia widzenia. **Zaburzenia ucha i błędnika:** Często: szumy uszne. **Zaburzenia serca:** Bardzo rzadko: arytmia, dławica piersiowa i zawał mięśnia serca, prawdopodobnie wtórnie do nadmiernego niedociśnienia tętniczego u pacjentów z grup dużego ryzyka. Częstość nieznaną: zapalenie naczyń. **Zaburzenia oddechowe, klatki piersiowej i śródpiersia:** Często: kaszel, duszność. Niezbyt często: skurcz oskrzeli. Bardzo rzadko:

eozyfilowe zapalenie płuc, zapalenie błony śluzowej nosa. **Zaburzenia żołądka i jelit:** Często: nudności, wymioty, bóle brzucha, zaburzenia smaku, niestrawność, biegunka, zaparcia. Niezbyt często: suchość w ustach. Bardzo rzadko: zapalenie trzustki. **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych** Bardzo rzadko: cytolityczne lub cholestatyczne zapalenie wątroby. **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** Często: wysypka, świąd. Niezbyt często: obrzęk twarzy, kończyn, ust, błon śluzowych, języka, głośni i (lub) krtani, pokrzywka. Bardzo rzadko: rumień wielopostaciowy. **Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej:** Niezbyt często: skurcze mięśni. **Zaburzenia nerek i dróg moczowych:** Niezbyt często: niewydolność nerek. Bardzo rzadko: ostra niewydolność nerek. **Zaburzenia układu rodowego i piersi:** Niezbyt często: impotencja. **Zaburzenia ogólne i stany w miejscu podania:** Często: astenia. Niezbyt często: pocenie się. **Badania diagnostyczne:** Może wystąpić zwiększenie stężenia mocznika we krwi i kreatyniny w osoczu, hiperkaliemia ustępująca po odstawieniu leku, szczególnie w przypadku współistniejącej niewydolności nerek, ciężkiej niewydolności serca oraz w nadciśnieniu naczyniowo-nerkowym. Zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych oraz zwiększenie stężenia bilirubiny w surowicy obserwowano rzadko. **Badania kliniczne:** W okresie randomizacyjnym badania EUROPA, zbierano dane dotyczący tylko ciężkich działań niepożądanych. U niewielu pacjentów wystąpiły ciężkie działania niepożądane: u 16 (0,3%) z 6122 pacjentów otrzymujących peryndopryl i u 12 (0,2%) z 6107 otrzymujących placebo. U pacjentów leczonych peryndoprylem, niedociśnienie tętnicze obserwowano u 6 pacjentów, obrzęk naczynioruchowy u 3 pacjentów i nagle zatrzymanie akcji serca u 1 pacjenta. W grupie otrzymującej peryndopryl, więcej pacjentów zostało wycofanych z badania z powodu kaszlu, niedociśnienia czy innych objawów nietolerancji niż w grupie otrzymującej placebo, odpowiednio 6,0% (n=366) vs 2,1% (n= 129).

**PODMIOT ODPOWIEDZIALNY:** Les Laboratoires Servier, 22, rue Garnier; 92200 Neuilly sur Seine, Francja; **Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez Ministra Zdrowia PRESTARIUM® 5 mg** nr 11797, **PRESTARIUM® 10 mg** nr 11772 **Produkty lecznicze wydawane na receptę.** Cena urzędowa detaliczna wynosi odpowiednio: 31,48 PLN dla Prestarium® 5 mg; 49,52 PLN dla Prestarium® 10 mg. Maksymalna dopłata pacjenta wynosi: 29,30 PLN dla Prestarium® 5 mg; 41,95 PLN dla Prestarium® 10 mg. **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. (09.2009)

**Punktacja:**  
**Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego – 6 pkt**

**Indeks Copernicus:**  
**Wydawnictwo Farmapress® – 10,63 pkt**

Niezależny Ogólnopolski Miesięcznik Farmaceutyczno-Medyczny  
dla Aptekarzy, Farmaceutów, Lekarzy, Producentów i Dystrybutorów Leków  
Wydawca, Redaktor Naczelny: **Wiktór Szukiel** – tel. kom. 601 282 404

Pełnomocnik Wydawcy Z-ca Redaktora Naczelnego:  
**Jadwiga Szymańska** – tel. kom. 601 986 688, tel. (22) 879-92-62  
Honorowy z-ca Redaktora Naczelnego: mgr prawa **Barbara Jendryczko**  
Honorowy z-ca Redaktora Naczelnego: dr n. farm. **Marek Jędrzejczak**

Sekretarz Redakcji: **Bogdan Ostrowski**

#### **RADA NAUKOWA**

prof. dr hab. n. farm. **Kazimierz Główniak**  
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. **Roman Kaliszan** 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. **Sławomir Lipski**  
Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii

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

prof. dr hab. n. med. **Jerzy Woy-Wojciechowski**  
prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

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

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

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

dr n. farm. **Marek Jędrzejczak**  
wykładowca farmakologii na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego

dr n. farm. **Jerzy Łazowski**  
członek Międzynarodowej Federacji Farmaceutycznej (FIP)

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

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

*Redakcja zastrzega sobie prawo adiacji i skracania nadesłanych  
tekstów. Publikacje w „Czasopiśmie 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**

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

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

Prenumerata roczna – 200 zł, półroczna – 120 zł  
Wpłaty należy dokonywać na konto: 13 1130 1017 0200 0000 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®

## **V Europejski Tydzień Profilaktyki Raka Szyjki Macicy**

**29 stycznia br. zakończyła się V edycja Europejskiego Tygodnia Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Inicjatorem obchodów Tygodnia było Europejskie Stowarzyszenie Raka Szyjki Macicy (European Cervical Cancer Association).**

**Rak szyjki macicy jest drugim – po raku piersi – najczęściej atakującym młode kobiety nowotworem. Z jego powodu co 2 minuty na świecie umiera jedna kobieta. Wg danych warszawskiego Centrum Onkologii w 2008 r. w Polsce na raka szyjki macicy zmarło 1745 kobiet.**

**Rak szyjki macicy nie jest dziedziczny, ani uwarunkowany genetycznie, jest skutkiem zakażenia onkogennymi typami wirusa HPV, spośród których typy HPV 16 i 18 odpowiadają za ok. 70% przypadków raka szyjki macicy. Kolejne co do częstości zakażeń typy: HPV 45, HPV 31 i HPV 33 są odpowiedzialne za kolejne ok. 10% przypadków choroby. Najczęściej chorują i umierają kobiety w przedziale wiekowym 49-54 lata, jednak zakażenie wirusem HPV zagraża kobietom niezależnie od wieku.**

**Optymalną formą ochrony przed rakiem szyjki macicy jest połączenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej – regularnego wykonywania badań cytologicznych. Profilaktyką pierwotną są szczepienia, których skuteczność została potwierdzona w badaniach klinicznych. Długotrwała ochrona przed zakażeniem, czyli utrzymywanie się przeciwciał w organizmie, którą zapewnia szczepionka, jest szczególnie istotna dla nastolatek i młodych kobiet. U nich zakażenia onkogennymi typami wirusa HPV mogą występować wielokrotnie w ciągu całego życia. Profilaktyka wtórna, cytologia, czyli pobranie wymazu z szyjki macicy, jest czynnością zupełnie bezbolesną. Uzyskany w ten sposób materiał cytologiczny, po odpowiednim przygotowaniu (rozmaż cytologiczny), oglądany jest pod mikroskopem. To pozwala stwierdzić, czy wśród komórek szyjki macicy nie ma komórek nieprawidłowych, zmian przedrakowych lub komórek raka. Optymalny okres do pobrania materiału cytologicznego to czas pomiędzy 10. a 20. dniem cyklu. Badania powinny być przeprowadzane rutynowo, po inicjacji seksualnej raz w roku przez pierwsze 3-4 lata, a następnie powtarzane nie rzadziej niż co 3 lata.**

**Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy gwarantuje bezpłatne badania cytologiczne dla każdej kobiety raz na trzy lata między 25. a 59. rokiem życia. Gdyby każdej kobiecie choć raz w życiu pobrano cytologię, ryzyko śmierci z powodu raka szyjki macicy obniżyłoby się o blisko 40%.**

**mgr Edyta Janczewska**

Szerzej na str. 45-46 niniejszego wydania „CzA”



## SPRAWY ZAWODU

- Wybiórka w pigułce** 6
- Bogdan Ostrowski*
- Polska oporna na innowacje w opiece zdrowotnej** 9
- Jerzy Łazowski*
- O przyszłości zawodu farmaceuty na 70. Światowym Kongresie FIP w Lizbonie** 12

## NIEZWYKŁE BIOGRAFIE NIEZWYKŁYCH FARMACEUTÓW

- Wojciech Ślusarczyk*
- Aptekarze jako członkowie elit społecznych Kujaw i Pomorza Gdańskiego w latach 1918 – 1939** 20

## NAUKA I PRAKTYKA

- Aleksandra Góra, Joanna Równicka-Zubik, Anna Sułkowska*
- Narastający problem fałszowania leków na polskim rynku farmaceutycznym** 24
- Tadeusz Bąbelek*
- Resweratrol – wspaniały dar natury** 28
- Jerzy Jambor*
- Grzybień białe – symbol kojącej mocy roślin** 35

## INFORMACJE FARMACEUTYCZNE

- Bogdan Ostrowski*
- Problem nie tylko męski** 38

## ANGIELSKI W PRAKTYCE FARMACEUTYCZNEJ

- Jolanta Suchocka-Stryko, Christopher A. Stryko*
- Spotkania z angielskim – cz. IX** 41

## INFORMACJE

- Edyta Janczewska*
- V Europejski Tydzień Profilaktyki Raka Szyjki Macicy** 45

## SUPLEMENT

- Spis treści „Czasopisma Aptekarskiego” za rok 2010** 47



NOWOŚĆ

NiQuitin®



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



Już po 5 minutach głód nikotynowy znacząco zredukowany.<sup>1</sup>



Już po 10 minutach dostarczona pełna dawka terapeutycznej nikotyny.<sup>2</sup>

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

1. GSK Study S 3010455, S2090263;

2. charakterystyka produktu NiQuitin Mini;

3. charakterystyka produktu NiQuitin Mini, charakterystyka produktu Nicorette Gum



Dobra rada w  
Twojej Apteczce



GlaxoSmithKline  
Consumer Healthcare

NiQuitin MINI, 1,5 mg lub 4 mg, tabletki do ssania. **SKŁAD:** 1 tabletka do ssania zawiera 1,5 mg lub 4 mg. **Wskazania do stosowania:** Tabletki do ssania NiQuitin MINI są wskazane do leczenia uzależnienia od tytoniu poprzez łagodzenie objawów wynikających z odstawienia nikotyny, w tym uczucia głodu nikotynowego, podczas próby rzucenia palenia. Końcowym celem terapii jest trwałe zaprzestanie palenia tytoniu. Jeżeli to możliwe, podczas rzucania palenia, tabletki do ssania NiQuitin Mini należy stosować jednocześnie z psychologicznym programem wspierającym rzucenie palenia. **Dawkowanie i sposób podawania:** Sposób stosowania: Wybór mocy preparatu jest uzależniony od nawyków palacza. Tabletki do ssania NiQuitin MINI 1,5 mg są wskazane dla osób, które wypalają nie więcej niż 20 papierosów dziennie; do ssania NiQuitin MINI 4 mg są wskazane dla osób, które wypalają ponad 20 papierosów dziennie. Jedną tabletkę umieścić w jamie ustnej i pozostawić do rozpuszczenia. Od czasu do czasu należy ją przemieszczać z jednej strony jamy ustnej na drugą, dopóki całkowicie się nie rozpuści (około 10 minut). Tabletek nie należy żuć ani połykać w całości. Podczas ssania tabletek nie należy nic jeść ani pić. Zastosowanie porad i zaleceń zawartych w psychologicznym programie zazwyczaj zwiększa szansę na sukces. **Dość:** Podczas leczenia tabletkami NiQuitin MINI pacjenci powinni starać się całkowicie zaprzestać palenia tytoniu. Należy przyjmować tabletki, kiedy tylko odczuwa się potrzebę zapalenia papierosa. Zalecane jest stosowanie zazwyczaj 8-12 tabletek na dobę. Nie należy stosować więcej niż 15 tabletek na dobę. Należy stosować lek przez okres 6 tygodni, aby przełamać nawyk palenia, a następnie stopniowo ograniczać ilość przyjmowanych tabletek. Leczenie należy przerwać, kiedy codzienne spożycie wynosi 1-2 tabletki. Aby móc powstrzymać się od palenia po zakończeniu kuracji, tabletki można stosować kiedy pojawia się silna ochota na zapalenie papierosa. Pacjenci stosujący lek dłużej niż 9 miesięcy powinni skonsultować się z lekarzem lub farmaceutą. **Uwaga:** Lek może być stosowany przez młodzież w wieku 12-17 lat jedynie ze wskazania lekarza lub farmaceuty. Nie zaleca się podawania leku dzieciom w wieku poniżej 12 lat ze względu na brak danych dotyczących bezpieczeństwa i skuteczności leku w tej grupie wiekowej. **Przeciwwskazania:** Nie należy stosować tabletek NiQuitin MINI: w razie nadwrażliwości na nikotynę lub którąkolwiek substancję pomocniczą preparatu; u dzieci i młodzieży w wieku poniżej 12 lat; u osób niepalących. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** W większości przypadków ogólnie znane skutki palenia tytoniu w znaczącym stopniu przeważają nad ryzykiem związanym ze stosowaniem nikotynowej terapii zastępczej. Osobom uzależnionym od palenia tytoniu, które niedawno przeżyły zawał mięśnia sercowego, chorującym na niestabilną lub nasilającą się dławicę piersiową, włącznie z anginą Prinzmetala, ciężkie zaburzenia rytmu, niekontrolowane nadciśnienie, lub które niedawno przeżyły incydenty naczyniowo-mózgowe, zaleca się zaprzestanie palenia bez użycia środków farmakologicznych (np. korzystając z porad psychologicznych). Jeżeli jednak pacjent nie rzucił palenia, można rozważyć zastosowanie tabletek do ssania NiQuitin MINI. Jednakże ze względu na ograniczone informacje o bezpieczeństwie stosowania leku przez tę grupę pacjentów rozpoczęcie leczenia może nastąpić jedynie pod ścisłą kontrolą lekarską. Pacjentom chorym na cukrzycę, stosującym nikotynową terapię zastępczą, należy zalecać częstsze niż zazwyczaj kontrole stężenia cukru we krwi ze względu na fakt, iż uwalnianie amin katecholowych przez nikotynę może wpływać na metabolizm węglowodanów. **Reakcje alergiczne:** może wystąpić podatność na wystąpienie obrzęku naczynioruchowego i pokrzywkę. Lekarz powinien ocenić bilans korzyści i ryzyka dla pacjentów z następującymi schorzeniami: - zaburzenia czynności nerek i wątroby; stosować ostrożnie przez pacjentów z umiarkowanymi do ciężkich zaburzeniami czynności wątroby i (lub) ciężkimi zaburzeniami czynności nerek, ponieważ klirens nikotyny lub jej metabolitów może być zmniejszony, co stanowi ryzyko nasilenia działań niepożądanych; - guz chromochłonny nadnerczy i niekontrolowana nadciśnienie tętna; stosować ostrożnie u pacjentów z niekontrolowaną nadciśnością tętna lub guzem chromochłonnym nadnerczy ze względu na wpływ nikotyny na uwalnianie amin katecholowych; - choroby układu pokarmowego; pokłnicie nikotyny może spowodować nasilenie objawów u osób z czynnym zapaleniem przełyku, owrozczeniem żołądka lub owrozczeniem trawiennym, dlatego w tych przypadkach należy stosować ostrożnie doustną nikotynową terapię zastępczą. Zgłaszano przypadki wystąpienia wrzodzącego zapalenia jamy ustnej. Niebezpieczeństwo dla małych dzieci: dawki nikotyny tolerowane przez osoby dorosłe lub nastoletnich palaczy mogą być toksyczne dla małych dzieci i spowodować ich zgon. Nie wolno przechowywać produktów zawierających nikotynę w miejscu dostępnym dla dzieci. Zaprzestanie palenia: polikliczne węglowodory aromatyczne zawarte w dymie tytoniowym indukują metabolizm leków katalizowany przez enzym CYP 1A2 (i prawdopodobnie CYP 1A1). Po zaprzestaniu palenia może dochodzić do spowolnienia metabolizmu i w konsekwencji wzrostu stężenia leków we krwi. Przeniesienie uzależnienia: rzadko może dojść do przeniesienia uzależnienia, jest ono jednak mniej szkodliwe i łatwiejsze do zwalczania niż uzależnienie od palenia tytoniu. Podczas próby rzucenia palenia nie należy wymieniać stosować tabletek NiQuitin MINI z gumą do żucia zawierającą nikotynę, ponieważ dane farmakokinetyczne wskazują na większą dostępność nikotyny z tabletek do ssania NiQuitin MINI niż z gumy do żucia. **Działania niepożądane:** Nikotynowa terapia zastępcza może wywołać objawy niepożądane podobne do tych związanych z podaniem nikotyny inną drogą, włącznie z paleniem tytoniu. Objawy te mogą być związane z farmakologicznym oddziaływaniem nikotyny, które jest zależne od dawki. Przy zalecanym dawkowaniu tabletek NiQuitin MINI nie stwierdzono występowania ciężkich działań niepożądanych. Nadmiernie spożycie tabletek NiQuitin MINI przez osoby nieprzyzwyczajone do wdychania dymu tytoniowego może prawdopodobnie wywołać nudności, omdlenia lub ból głowy. Niektóre ze zgłoszonych objawów, takie jak: depresja, drażliwość, niepokój, wzmożony apetyt i bezsenność mogą być związane z objawami odstawieniami w związku z rzuceniem palenia tytoniu. Osoby zaprzestające palenia tytoniu niezależnie od wybranej metody mogą spodziewać się wystąpienia dolegliwości, takich jak ból głowy, zawroty głowy, nasilony kaszel lub przebiegnięcie. Zaburzenia psychiczne Często (od >1/100 do <1/100): drażliwość, niepokój, zaburzenia snu, w tym koszmary senne i bezsenność. Niezbyt często (od >1/1000 do <1/100): nerwowość, depresja. Zaburzenia układu nerwowego Często (od >1/100 do <1/100): ból głowy, zawroty głowy. Zaburzenia serca Niezbyt często (od >1/1000 do <1/100): kołatanie serca, tachykardia. Zaburzenia układu oddechowego, kłatkę piersiową i śródpiersia Często (od >1/100 do <1/100): kaszel, ból gardła. Zaburzenia żołądka i jelit Bardzo często (od >1/100): nudności, podrażnienie ust, gardła i języka. Często (od >1/100 do <1/100): wymioty, biegunka, uczucie dyskomfortu, wzdęcia z oddawaniem wiatrów, czkawka, zgaga, niestrawność. Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej Niezbyt często (od >1/1000 do <1/100): pokrzywka. Dolegliwości ogólne i stany w miejscu podania Niezbyt często (od >1/1000 do <1/100): zmęczenie, złe samopoczucie, ból w klatce piersiowej. **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY:** GlaxoSmithKline Consumer Healthcare Sp. z o.o., Al. Armii Ludowej 26, 00-609 Warszawa Tel. 22.576.96.00. Numer pozwolenia: 15448, 15449. Lek dostępny bez recepty.

# WYBIÓRKA W PIGUŁCE

## Visanne

**W Polsce jest już dostępny lek Visanne** (dienogest 2 mg) będący pierwszym i jedynym preparatem doustnym przeznaczonym do długotrwałego stosowania, który został opracowany specjalnie z myślą o leczeniu kobiet z endometriozą. Jak wykazały badania kliniczne, Visanne istotnie łagodzi ból związany z endometriozą, a także znamienne redukuje zmiany w przebiegu choroby. Endometrioza, na którą może cierpieć nawet co dziesiąta kobieta w okresie reprodukcyjnym, to przewlekła, bolesna, obciążająca organizm choroba.

Endometrioza jest stanem, w przebiegu którego dochodzi do wzrostu tkanki endometrialnej poza jamę macicy, w postaci wszczepów tkankowych, które wywołują odczyn zapalny i powstawanie tkanki bliznowatej, prowadząc do dolegliwości bólowych. Wszczepy najczęściej lokalizują się na błonie śluzowej jamy brzusznej oraz jej narządach – macicy, jajnikach, jelitach i pęcherzu moczowym. Inne lokalizacje (płuca, oko, blizna po cięciu cesarskim) spotykane są znacznie rzadziej.



## Boehringer Ingelheim

**Boehringer Ingelheim zdecydował się na outsourcing usług logistycznych podpisując umowę z Fiege.**

Obsługa logistyczna Boehringer Ingelheim obejmie produkty lecznicze oraz suplementy diety i będzie miała miejsce w Centrum Logistycznym Fiege w Mszczonowie. Wszystkie pomieszczenia magazynowe zostały przygotowane zgodnie z wymogami szeroko pojętego prawa farmaceutycznego, zaleceniami inspekcji farmaceutycznej oraz zasadami Dobrej Praktyki Dystrybucyjnej. Produkty przechowywane będą w specjalnie do tego celu wydzielonej i przystosowanej strefie magazynu, z zachowaniem temperatury w przedziale 15°-25°C oraz wilgotności nieprzekraczającej 70%. Dodatkowo pomieszczenie hurtowni wyposażone zostanie w chłodnię z zakresem temperatur 2°-8°C.

We wszystkich pomieszczeniach magazynowych zainstalowane zostały certyfikowane urządzenia termoregulacyjne, umożliwiające całodobową kontrolę oraz rejestrację temperatury i wilgotności powietrza, instalacje wentylacyjno-oddymiające oraz systemy alarmowe, informujące o odstępstwach od założonych warunków składowania.

## NURSEA

**Synoptis Pharma, producent marki NURSEA**, wprowadza na rynek siódmy suplement diety i jednocześnie pierwszy swój produkt dla dzieci – żelki witaminowe Vita Kic Kic. Skład produktu został dostosowany do zalecanego dziennego spożycia przez dzieci, tak aby nie powodować ryzyka przedawkowania witamin.

Vita Kic Kic to zestaw witamin i minerałów w formie lubianych przez dzieci żelków. Zawartość witamin w żelkach uwzględnia przyjmowanie przez dzieci witamin w posiłkach – serkach, soczkach, płatkach śniadaniowych, warzywach i owocach. Suplement zawiera pełen kompleks witamin i, w tym witaminę D, która jest niezbędna dla prawidłowego rozwoju kości dzieci. W składzie żel-

ków znajdują się także wspomagające odporność dziecka cynk i selen. Żelki Vita Kic Kic mają oryginalny kształt króliczków, pyszne owocowe smaki i są różnokolorowe. Ich skład został opracowany w oparciu o wytyczne Instytutu Żywności i Żywności dotyczące zalecanego dziennego spożycia dla dzieci między 4 a 6 rokiem życia. Żelki posiadają pozytywną opinię Centrum Zdrowia Dziecka i są dostępne w aptekach. Forma żelków jest szczególnie przyjazna dla dzieci, ponieważ nie ma ryzyka zakrztuszenia twardą tabletką. Nie zawierają także sztucznych barwników.



**Prof. dr hab. n. farm. Kazimierz Główniak** prorektor ds. współpracy z zagranicą i szkolenia podyplomowego, kierownik Katedry i Zakładu Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych UM w Lublinie i jednocześnie przewodniczący Rady Naukowej „Czasopisma Aptekarskiego”, został powołany w skład Komisji Medycznej Leku Naturalnego i Roślinnego FARMAKOPEI EUROPEJSKIEJ. Profesor K. Główniak jest jedynym reprezentantem Polski i Europy Środkowo-Wschodniej w tej Komisji.

Pierwsze posiedzenie Komisji odbyło się w dniach 31.01-03.02 br. w Strasburgu.

#### Z ostatniej chwili

**Apteki od wczoraj (tj. od 2 lutego br.) źle wyceniają leki recepturowe lub odmawiają ich wykonania.** Ministerstwo Zdrowia wprowadziło o godzinie 14.02 w dniu 2 lutego 2011 r. rozporządzenie zmieniające sposób wyceny leku robionego w aptece. Rozporządzenie obowiązuje dokładnie od chwili jego ogłoszenia.

Dzisiaj dociera do aptek wiadomość, że od wczoraj źle wyceniają wykonywane dla pacjentów leki.

Chcąc być w zgodzie z zaskakującym rozporządzeniem, które nie dało farmaceutom ani chwili na przygotowanie się do wprowadzanych zmian, apteki mogą tylko i wyłącznie odmawiać wykonywania leków recepturowych i czekać na wykonanie i wdrożenie nowych wersji oprogramowania komputerowego obsługującego apteki.

Apteki od dawna borykają się z takim postępowaniem wszystkich Ministrów Zdrowia, jednak tym razem zostały przekroczone wszelkie dopuszczalne zasady polityki lekowej Państwa. Taka działalność godzi w prawa pacjentów i zagraża ich zdrowiu.

*Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej  
dr farm. Stanisław Piechula*

#### Aktualne problemy rozpoznawania i leczenia alergicznych schorzeń skóry i astmy,

to temat wiodący 7. Akademii Dermatologii i Alergologii zorganizowanej z okazji XIX Światowego Dnia Chorego w Słupsku i w Ustce. Konferencja odbyła się w dniach 10-13 luty. Organizatorem spotkania były Sekcja Dermatologiczna PTA, Katedra i Klinika Dermatologii, Wenerologii i Alergologii GUMed oraz Oddział Pediatryczny Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego w Słupsku. Uczestnicy konferencji otrzymali 27 punktów edukacyjnych.



#### Zaproszenie

### POLSKIE STOWARZYSZENIE FARMACEUTÓW ONKOLOGICZNYCH PSFO Członek ESOP

zaprasza na

### I WIOSENNE SEMINARIUM PSFO BÓL NOWOTWOROWY

które odbędzie się  
w dniach 14-16 kwietnia 2011 r.  
w Wojskowym Domu Wypoczynkowym  
w Ryni

nad Zalewem Zegrzyńskim

Informacje o programie, warunkach  
uczestnictwa oraz karty zgłoszeń  
podane są na stronie internetowej  
[www.psfo.org](http://www.psfo.org)

PATRON EDUKACYJNY









## JEDNA MARKA WSPÓLNA SIŁA

### DLA PACJENTA

-  **PAYBACK** – unikalny Program Bonusowy dla Twoich Pacjentów dostępny **TYLKO** w **APTEKA 1**
-  możliwość zbierania punktów u wielu Partnerów PAYBACK z różnych branż
-  punkty promocyjne PAYBACK i atrakcyjne promocje cenowe wsparte bezpłatnymi materiałami informacyjnymi



### DLA APTEKI

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



Jeżeli chcesz dowiedzieć się więcej:

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





ISSN 1233-2755  
Vol. XVIII  
Rok założenia 1992  
Nr 2 (206)  
Luty 2011

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



# POLSKA OPORNA NA INNOWACJE W OPIECE ZDROWOTNEJ

***Bogdan OSTROWSKI***

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

W grudniu ubiegłego roku na konferencji w Warszawie Grupa Robocza na Rzecz Innowacji w Ochronie Zdrowia przedstawiła nowy raport oceniający system ochrony zdrowia w Polsce pod kątem dostępności dla pacjentów nowoczesnych technologii medycznych, sprzętu oraz leków.

Grupa Robocza na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej to powstały w roku 2007 zespół naukowców, ekspertów ds. zdrowia publicznego, przedstawicieli publicznej i prywatnej służby zdrowia, a także reprezentantów pacjentów i producentów nowoczesnych leków oraz aparatury medycznej, którego zadaniem jest wypracowanie i wskazanie rozwiązań, dzięki którym Polacy będą mieli szerszy dostęp do nowoczesnych oraz sprawdzonych metod diagnozowania i leczenia, a środowisko medyczne – do innowacji technologicznych pozwalających im na równe uczestnictwo w światowym dorobku medycyny. Osoby w nim zrzeszone to wybitni naukowcy, lekarze, krajowi konsultanci i eksperci m.in. z Polskiej Akademii Nauk, Uniwersytetu Jagiellońskiego, Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, przedstawiciele publicznej i prywatnej służby zdrowia oraz producentów leków i sprzętu medycznego. Działalność Grupy jest wspierana ze środków otrzymanych z Pharmaceutical Research and Manufacturers of America (PhRMA).

Celem działania Grupy jest analiza i ocena dostępu do innowacji w polskim systemie ochro-

ny zdrowia oraz opracowywanie rozwiązań systemowych, które pozwolą na zwiększenie tego dostępu w skali porównywalnej do innych krajów Unii Europejskiej.

Członkowie Grupy Roboczej na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej to: **Magdalena Bojarska** z Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, prof. **Stanisława Golinowska** z Instytutu Zdrowia Publicznego Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego, **Anna Janeczewska-Radwan** z Ogólnopolskiej Izby Gospodarczej Wyrobów Medycznych POLMED, prof. **Jacek Jassem** z Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, prof. **Waldemar Karnafel** z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, dr **Michał Kaźmierski** reprezentujący Amerykańską Izbę Handlową, prof. **Maciej Krzakowski** z Centrum Onkologii – Instytutu im. Marii Skłodowskiej-Curie, konsultant krajowy ds. onkologii klinicznej, dr **Krzysztof Łanda** z Fundacji Watch Health Care, dr **Maciej Niewada** z Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego, ks. **Arkadiusz Nowak** – przedstawiciel Instytutu Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, prof. **Antonina Ostrowska** z Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, dr hab. n. med. **Mieczysław Pasowicz** z Polskiego Stowarzyszenia Dyrektorów Szpitali, prof. **Andrzej Rychard** ze Szkoły Nauk Społecznych Instytutu Filozofii i Socjologii PAN, **Agnieszka Szpara** – przedstawicielka Ogólnopolskiego Związku Prywatnych Pracodawców Służby Zdrowia, **Paweł Sztwierzniak** ze Związku Pracodawców Innowacyjnych Firm Farmaceutycznych



► „Infarma”, doc. dr hab. n. med. **Wiesław Tarnowski** z Samodzielnego Szpitala Klinicznego im. prof. W. Orłowskiego CMKP, prof. **Witold Tlustochowicz** z Wojskowego Instytutu Medycznego, konsultant krajowy ds. reumatologii.

Członkowie Grupy określili swoje zainteresowania tymi obszarami innowacyjności, które ich zdaniem mają w polskich warunkach zasadnicze znaczenie w skutecznej i racjonalnej terapii medycznej a więc: nowoczesna infrastruktura w ochronie zdrowia, aparatura medyczna oraz innowacyjne leki. Ważnym elementem według ekspertów Grupy jest też wdrożenie nowoczesnego zarządzania w opiece zdrowotnej, które przyczyniłoby się do tego, że system byłby bezpieczniejszy i przyjaźniejszy dla pacjenta, a jednocześnie bardziej efektywny.

Pierwszy raport – diagnozę Grupa Robocza na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej sporządziła w roku 2008, wykazując znaczne ograniczenia w dostępności polskich pacjentów do nowoczesnej medycyny. Raport 2010, noszący tytuł „Zwiększanie dostępu do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce”, jest zatem odpowiedzią na pytanie, czy kolejne dwa lata, jakie upłynęły od ogłoszenia pierwszego raportu, przyniosły znaczącą poprawę w tej kwestii.

Brak nowych regulacji prawnych, które ułatwiałyby dostęp do innowacji, niedostatek podstawowych narzędzi, takich jak rejestry chorób, niewystarczający dostęp do nowoczesnego sprzętu, niewykorzystywanie potencjału opieki ambulatoryjnej oraz domowej, zaledwie 1% wzrost liczby badań klinicznych w porównaniu z rokiem 2009, systemowe hamulce w udostępnianiu innowacyjnych leków – to według ekspertów Grupy Roboczej na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej kluczowe bariery w dostępie do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce. Jednocześnie jednak eksperci zwrócili uwagę na pozytywne zmiany, głównie związane z działalnością Agencji Oceny Technologii Medycznych.

Bariery w dostępie do innowacji są szczególnie groźne w sytuacji, w której polskie społeczeństwo się starzeje i sprawą kluczową jest przygotowanie systemu ochrony zdrowia do wzmożonego zapotrzebowania na świadczenia. Tymczasem np. brak rejestrów gromadzących dane o zdrowiu i chorobach ludności niejednokrotnie uniemożliwia zaplanowanie leczenia na-

wet w tak podstawowych kwestiach jak ustalenie potrzebnej liczby łóżek na oddziałach szpitalnych. Kuleje też stosowanie technologii informatycznych i w konsekwencji systemu raportowania. Dochodzi do paradoksalnych sytuacji, w których z dokumentów wynika, że więcej osób umiera na nowotwory płuc, niż na nie choruje.

– Drugie wydanie raportu poświęciliśmy analizie dostępu do innowacji w leczeniu i profilaktyce nowotworów, cukrzycy oraz osteoporozy, które w perspektywie starzenia się populacji stanowią coraz większe wyzwanie dla systemu opieki zdrowotnej, generując wysokie koszty ekonomiczne i społeczne. Mimo zauważalnej poprawy dostęp do nowoczesnej diagnostyki, leczenia i rehabilitacji w tych obszarach nadal jest mocno ograniczony. W rezultacie często nie udaje się uratować ludzi, którzy mogliby jeszcze przez wiele lat żyć i pracować – wyjaśniła na warszawskiej konferencji członek Grupy Roboczej prof. **Antonina Ostrowska**.

Wiele do życzenia pozostawia zaopatrzenie w sprzęt i wyroby medyczne oraz ich racjonalne lokowanie i wykorzystanie. Według danych OECD w Polsce dostępność do badań diagnostycznych z użyciem rezonansu magnetycznego oraz tomografii komputerowej należy do najniższych wśród krajów UE.

Sprawne funkcjonowanie sektora zdrowotnego zależy też od bardziej powszechnego wykorzystywania nowoczesnych technologii takich jak e-health, chirurgia mało inwazyjna czy inny nowoczesny sprzęt leczniczy. Rozwój warunków do leczenia na odległość czy krótszy czas rekonwalescencji po operacjach oznaczałby dla systemu skrócenie czasu hospitalizacji i wymierne oszczędności finansowe.

Z kolei szybsze i precyzyjniejsze diagnozowanie to klucz do zwiększenia skuteczności leczenia, co ma szczególne znaczenie dla pacjentów z nowotworami, cukrzycą czy osteoporozą. Także zaopatrzenie w materiały medyczne jest w Polsce wyjątkowo skromne. Na przykład na liście refundacyjnej w 2009 r. w Polsce znajdowało się 50 opatrunków, podczas gdy w Czechach było ich aż 1603.

W 2010 roku Ministerstwo Zdrowia zaproponowało szereg nowych rozwiązań. Wiele z nich może przynieść pozytywne efekty. Przykładem – projekt ustawy o systemie informacji w ochro-



nie zdrowia. Inne budzą wątpliwości. Trudno dziś na przykład ocenić, na ile postulowane przez Ministerstwo zamrożenie wydatków na refundację na poziomie 17 proc. ograniczy dostęp do nowoczesnych leków. Na razie – według danych IMS – innowacyjne leki stanowią jedynie 15 proc. polskiego rynku aptecznego, co plasuje Polskę na jednym z ostatnich miejsc w Unii Europejskiej.

Zdaniem ekspertów Grupy Roboczej na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej kluczowe bariery w dostępie do innowacji w ochronie zdrowia w Polsce to brak nowych regulacji prawnych, które ułatwiałyby dostęp do innowacji, niedostatek podstawowych narzędzi takich jak rejestry chorób, niewystarczający dostęp do nowoczesnego sprzętu, niewykorzystywanie potencjału opieki ambulatoryjnej oraz domowej, zaledwie 1% wzrost liczby badań klinicznych w porównaniu z rokiem 2009, systemowe hamulce w udostępnianiu innowacyjnych leków. Niewątpliwie istotną barierą większego dostępu do nowoczesnej diagnostyki, leczenia i opieki jest niski poziom finansowania ochrony zdrowia, trwający przez długi czas.

Dostęp do innowacji w ochronie zdrowia jest w Polsce istotnie ograniczony także ze względu na brak długookresowej perspektywy w racjonalizowaniu wydatków oraz opór wobec wdrażania do codziennej praktyki popieranych formalnie strategii innowacyjnych UE a także deklarowanych priorytetów, zapisanych w krajowych dokumentach takich jak Narodowy Program Zdrowia i Strategia Rozwoju Ochrony Zdrowia. – Dokumenty mamy całkiem dobre, ale działania im odpowiadające wysoce niedostateczne – podsumowała tę kwestię prof. **Stanisława Golinowska**.

Obszerne omówienie tego tak ważnego raportu Grupy Roboczej na Rzecz Innowacji w Opiece Zdrowotnej 2010 zamieścimy w kolejnym wydaniu „Czasopisma Aptekarskiego”.

Adres do korespondencji:

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

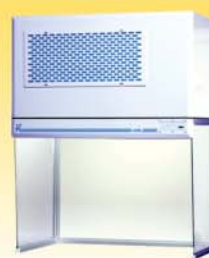
KARSTULAN  
METALLIOY

## KOMORY LAMINARNE

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

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

NAJWYŻSZA JAKOŚĆ  
ATRAKCYJNA CENA



LAMIL

Produkowane w kilku wersjach rozmiarowych:

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

Polecamy również:

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

### Urządzenia KARSTULAN METALLIO to:

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

Wylączny importer i przedstawiciel:

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

# O PRZYSZŁOŚCI ZAWODU FARMACEUTY NA 70. ŚWIATOWYM KONGRESIE FIP W LIZBONIE



**dr farm. Jerzy ŁAZOWSKI**

Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna (FIP)  
e-mail: j.lazowski@wp.pl

Ustępujący prezes FIP dr **Kamal Midha** w wystąpieniu inauguracyjnym obrady kongresu nawiązał do przyszłości farmacji, mówiąc, iż podobnie jak przyszłość globalnej opieki zdrowotnej jest ona w naszych rękach, bez względu na to, czy dotyczy to małej apteki w afrykańskim interiorze, czy nowoczesnej jednostki farmaceutycznej w luksusowym prywatnym szpitalu europejskim. Będąc farmaceutami, praktykami i naukowcami, poświęciliśmy swoje życie globalnemu zdrowiu i jakości życia, by uczynić nasz świat zdrowym. Przyjęta przez FIP w 2008 r. „Wizja 2020” w planie strategicznym deklaruje i zapewnia, że wszędzie tam, gdzie będzie mowa o leku, tam będzie obecna FIP.

W dalszej części swojego wystąpienia dr. Midha mówił o wspólnych inicjatywach FIP, WHO i WHPA (*World Health Professions Alliance* – Światowe Przymierze Zawodów Opieki Zdrowotnej), które będą miały wpływ na stale rozwijającą się i ewoluującą rolę farmaceutów w opiece zdrowotnej. Mówiąc o kontaktach z WHPA, stwier-

dził, że *nasze wspólne inicjatywy będą nadal sprzyjały uznawaniu i widoczności farmaceutów oraz naukowców farmaceutycznych jako wartościowych, zintegrowanych, efektywnych i wydajnych członków zespołów opieki zdrowotnej*. Warunkiem podstawowym dla farmaceutów, by mogli podjąć nowe role, jest to, by byli oni dobrze wykształceni i efektywnie szkoleni. Cytując swoje wystąpienie na Kongresie FIP w Pekinie, w 2007 r. powiedział, że *dla prawdziwej, skoncentrowanej na pacjencie opieki zdrowotnej farmaceutów muszą być szanowani i muszą mieć równy z innymi zawodami medycznymi status członków zespołów opieki zdrowotnej dzięki swojej wiedzy i kompetencjom nabytym w trakcie nowoczesnych i rygorystycznych standardów kształcenia*.

## ZMIANA ROLI FARMACEUTY W OPIECE ZDROWOTNEJ

**João Silveira** (wiceprezes Portugalskiego Stowarzyszenia Aptek) uważa, że aptekarze zajmują czołowe miejsce wśród zawodów związanych z opieką

zdrowotną i cieszą się dużym zaufaniem społecznym dzięki swojej wiedzy o lekach i problemach zdrowotnych. Jego zdaniem ich przyszła rola będzie polegała przede wszystkim na zapobieganiu chorobom, prowadzeniu badań przesiewowych związanych z ich wczesnym rozpoznawaniem, dystrybucji produktów medycznych oraz prowadzeniu farmakoterapii. Zwrócił uwagę, że farmaceutycy powinni odgrywać znacznie większą niż dotychczas rolę w zapobieganiu chorobom, gdyż może to poprawiać jakość życia społeczeństwa i przynosić znaczne oszczędności w opiece zdrowotnej, bo łatwiej i taniej jest zapobiegać niż leczyć.

Przykładem działań związanych z zapobieganiem chorobom, jakie mogą podejmować farmaceutycy, jest wspomaganie samoopieki, edukacja (np. w zakresie cukrzycy, zaprzestania palenia tytoniu lub kontroli masy ciała), promocja zdrowia (w aptekach i szkołach) oraz propagowanie szczepień ochronnych. W przekonaniu J. Silveiry aptekarze w coraz większym



zakresie będą też uczestniczyć w rozpoznawaniu i badaniach przesiewowych takich chorób jak cukrzyca, nadciśnienie tętnicze, zaburzenia gospodarki lipidowej, AIDS, zapalenie wątroby, astma i inne. W zakresie farmakoterapii aptekarze będą coraz czynniej uczestniczyć w przeprowadzaniu przeglądów leków stosowanych przez pacjenta, w programach przestrzegania zaleceń, usługach opieki domowej, podawaniu leków, bezpośrednim obserwowaniu leczenia (np. uzależnień lekowych, AIDS i gruźlicy) i jego monitorowaniu (np. pod kątem działań niepożądanych) i w coraz większym stopniu będą też musieli angażować się w nowe kierunki leczenia, takie jak farmakogenetyka.

W przyszłości będzie też następowało coraz większe różnicowanie się aptek pod względem zapewnianych przez nie usług. J. Silveira zwrócił też uwagę na to, że źródłem dochodów aptekarzy nie powinna być tylko sprzedaż leków, bo powinni oni być również wynagradzani za zapewniane usługi i ich efekty.

Swoje wystąpienie zakończył stwierdzeniem, że aby aptekarstwo odgrywało integrującą rolę w systemach opieki zdrowotnej, muszą istnieć silne organizacje zawodowe, konieczne jest też nawiązanie opartych na wzajemnym zaufaniu relacji z pacjentami, efektywnej współpracy między farmaceutami i lekarzami oraz innymi zawodami opieki zdrowotnej, a także z hurtowniami farmaceutycznymi, przemysłem farmaceutycznym oraz władzami państwowymi i samorządowymi.

Prezes amerykańskiego Stowarzyszenia Prognozowanie Przyszłości Farmacji (*Pharmacy Foresight*) **William Zellmer** uważa natomiast, że długotrwała perspektywa roli aptekarzy jako dyspensujących leki będzie trudna do utrzymania. Jego zdaniem rola farmaceuty w zapewnianiu pacjentom leków i wiedzy o tym, jak je stosować, jest atrakcyjną wizją, która niestety, przynajmniej dotychczas, jest realizowana tylko w niewielkim zakresie, głównie w aptekach szpitalnych. Natomiast nadmierna „komercjalizacja” i nastawienie biznesowe w aptekach ogólnodostępnych powstrzymuje realizację tej wizji. Powiedział, że w farmacji stale aktualne są dwa nierozstrzygnięte problemy, a mianowicie, czy główną rolą farmaceuty powinna być tylko czynność zaopatrywania w leki, czy też aktywność kliniczna.

Jest przekonany, że przymioty zawodowe farmaceutów: dokładność, kontrola nad wszystkim i ostrożność hamuje rozwój działań klinicznych. Powszechnie wśród farmaceutów cechy osobiste, jak introwertyzm, unikanie ryzyka, słabe poczucie własnej wartości, również poważnie powstrzymują ich od podejmowania tej działalności.

Rodzi się pytanie, czym kieruje się aptekarstwo: czy tworzeniem zysku i gromadzeniem majątku, czy obowiązkiem zawodowymi, do których należy świadczenie usług zdrowotnych indywidualnym pacjentom? Jaka więc taktyka może zapewnić zawodowi jasną przyszłość? Podejście za-

pewniające zawodowi ochronę prawną z czasem zaniknie i lepiej byłoby, gdyby farmaceutom prawnie określono zakres praktyki zawodowej, który pozwalałby im na prawną niezależność w oferowanych usługach, za które otrzymywaliby wynagrodzenie. Należy też pamiętać o tym, że ochrona prawna jest postrzegana jako ochrona interesów farmaceutów, a nie pacjentów.

W. Zellmer zaproponował do rozważenia dwa rodzaje zmian niezbędnych dla transformacji roli farmaceuty. Pierwsza to reforma kształcenia, prawne określenie praktyki, wprowadzenie wynagrodzenia za usługi kliniczne, ściślejszy kontakt z lekarzami i zapewnienie pacjentom prywatności w aptekach oraz nadanie szerszych uprawnień technikom farmaceutycznym. Druga to zmiana poczucia własnej wartości.

Aby realizować skoncentrowane na potrzebach pacjentów

**Świat Kardiologii i Diabetologii**  
to pierwszy Program Opieki Farmaceutycznej w aptekach Świat Zdrowia.

To ogólnopolski program partnerski aptek Świat Zdrowia i producentów działających na rzecz ochrony zdrowia w Polsce. Program powstał na bazie wytycznych European Forum – Stowarzyszenia Europejskich Organizacji Farmaceutycznych i Biura Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przy ścisłej współpracy z IDF (International Diabetes Federation). Wytyczne te zawarte są w Deklaracji z St. Vincent (SVD).

**Program Opieki Farmaceutycznej – Świat Kardiologii i Diabetologii** to kompleksowy program oparty na wytycznych WHO – skupia się na edukacji, profilaktyce i prewencji:

- pomaga pacjentom skutecznie radzić z chorobą
- wspiera indywidualne apteki w zidentyfikowaniu i dyktowaniu potrzeb farmaceutycznych
- buduje partnerstwo – apteka i producent wspólnie angażują się w działania edukacyjne

**Edukacja i profilaktyka to:**

- merytoryczna ścieżka ogólna i powielana paczkowana w paczeczce
- poprawa komfortu życia pacjenta
- bezpieczna farmakoterapia
- promowanie zdrowego stylu życia

Świat Kardiologii i Diabetologii  
Świat Zdrowia to profesjonalne wsparcie Apteki i Pacjenta.

► usługi farmaceutyczne, farmaceuci powinni znać oczekiwania pacjentów, a pacjenci powinni wiedzieć, czego mogą od nich oczekiwać. Temat ten poruszyła prof. **Janine Traulsen** (Wydział Nauk Farmaceutycznych Uniwersytetu w Kopenhadze). Powiedziała, że wprawdzie dostępne są wyniki badań dotyczących zadowolenia pacjentów, ale nieliczne tylko są badania dotyczące oczekiwań pacjentów od farmaceutów.

Uważa też, że obecnie rola farmaceuty w opiece zdrowotnej jest niewidoczna. Dla poznania tych oczekiwań pacjentów i tego, jakie mają o nich wyobrażenia farmaceutów, prof. Traulsen przeprowadziła ankietowe badanie pilotażowe w duńskich aptekach ogólnodostępnych. Wyniki tego badania wykazały, że pomimo pewnej zbieżności poglądów pacjentów i farmaceutów nie są one zgodne. Oczekiwania ze strony pacjentów wiążą się z tradycyjnymi zadaniami farmaceutów i aptek: zaopatrywaniem w leki, szybką, uprzejmą i przyjazną obsługą, udzielaniem informacji o dostępności leków i ich cenach, a także oczekują oni od personelu apteki rzetelnych informacji i porad o stosowaniu leków.

Z kolei farmaceuci wyobrażają sobie, że pacjenci oczekują od nich bardziej zaawansowanych usług zdrowotnych. Niestety, w wielu krajach apteka stale jeszcze jest postrzegana jako sklep detaliczny, a jej personel potrafi tylko sprzedawać leki i jest zainteresowany wyłącznie „robieniem pieniędzy”. Takie podejście wymaga głębokiego zastanowienia się

i rzetelnej analizy, która powinna stać się podstawą działań zmierzających do zmiany tych poglądów.

O przyszłości zawodu była też mowa w czasie sesji pod hasłem: *Nowe modele biznesu aptecznego: tendencje w aptekach ogólnodostępnych*, zorganizowanej przez sekcję FIP: aptek ogólnodostępnych, farmacji administracyjnej, Grupę Młodych Farmaceutów FIP oraz Międzynarodową Federację Studentów Farmacji.

We wprowadzeniu do sesji **Thomas Meningham** z Amerykańskiego Stowarzyszenia Aptekarzy powiedział, że dotychczasowy model biznesowy apteki, który nie zmieniał się od wielu dziesięcioleci, musi ulec zmianie wobec rozwijających się i destrukcyjnych sił rynkowych. Opieranie się tej konieczności z powoływaniem się na zasady moralne, filozoficznej lub polityczne może tylko spowolnić, ale nie zatrzymać nieuchronne wprowadzanie technik i systemów, które będą mogły zapewniać lepszą, szybszą i tańszą opiekę zdrowotną. Przyniesie to opiece zdrowotnej, a zwłaszcza farmaceutom, wiele zagrożeń, ale i możliwości. Zarządzający będą przejmowali kontrolę nad wieloma decyzjami i finansowaniem opieki zdrowotnej, wymagając większego wkładu pracy przy mniejszych zarobkach i zwiększonej odpowiedzialności. Niezbędne jest jego zdaniem wypracowanie wyższych standardów przygotowywania leków oraz zapewniania opieki pacjentom.

**Karin Graf** z niemieckiej ABDA stwierdziła, że organi-

zacje aptekarskie na całym świecie opracowują i upowszechniają nowe usługi poznawcze z myślą o wzmocnieniu roli farmaceutów. W ABDA polega to na rozpoznawaniu i opracowywaniu odpowiednich usług, ich testowaniu i ocenie, określaniu standardów jakościowych, opracowywaniu narzędzi wdrażania oraz negocjowaniu kontraktów na te usługi z instytucjami ubezpieczeń zdrowotnych, które uwzględniają wynagrodzenie farmaceutów za ich świadczenie. ABDA jest też odpowiedzialna za rozwój i ocenę holistycznych i kompleksowych usług, takich jak opieka farmaceutyczna i zarządzanie lekami, a także prostszych usług, jak np. doskonalenie umiejętności w samodzielnym stosowaniu leków.

Jednym z takich programów, który ma na celu poprawę samokontroli poziomu glukozy przez chorych na cukrzycę typu II, było wprowadzenie usługi pomiaru tego poziomu w blisko 25% aptek niemieckich. Pomimo ogólnokrajowych wysiłków wdrażanie tego projektu okazało się jednak niewystarczające, by kontynuować tę usługę po roku. Główną przeszkodą była zbyt mała liczba pacjentów zainteresowanych usługą oraz to, że potrzeby pacjentów często nie były zaspokajane taką pojedynczą usługą.

Zdaniem K. Graf w przyszłości konieczne będzie opracowanie strategii i nowatorskich modeli biznesowych dla utrzymania i kontroli jakości, bezpieczeństwa i skuteczności leków. I w tym wystąpieniu pre-



legentka podkreślała, że świadczenie usług farmaceutycznych powinno być odpowiednio wynagradzane.

Na podobne problemy natrafiło Fińskie Stowarzyszenie Aptek, któremu nie udało się wprowadzić do aptek programu zaprzestania palenia tytoniu. Mówił o tym przedstawiciel tego stowarzyszenia **Sirpa Peura**, który zwrócił uwagę, że wdrażanie każdego programu powinna poprzedzać staranna ocena, czy rzeczywiście istnieje zapotrzebowanie na daną usługę i czy może ona zostać uwzględniona w systemie opieki zdrowotnej, co sprzyjać będzie jej akceptacji przez pacjentów.

**Warwick Plankett** z Australijskiego Towarzystwa Farmaceutycznego ostrzegł uczestników kongresu, że aktualny poziom refundacji za dyspensowanie produktów farmaceutycznych jest zagrożony na całym świecie. Istnieje konieczność przekształcenia modelu biznesowego, związanego z zaopatrywaniem w leki w model obejmujący produkt i usługi. Wskazał na cztery ważne wyzwania dla aptek ogólnodostępnych:

- 1) konieczność przekonania aptekarzy do zmian i rozpoczęcia zapewniania usług wraz ze sprzedażą leków,
- 2) zidentyfikowanie odpowiednich usług zarządzania zdrowiem i lekami dla efektywnego pokrywania kosztów,
- 3) znalezienie środków na zapewnienie pomocy aptekom ogólnodostępnym we wdrażaniu nowych usług,
- 4) opracowanie właściwej strategii negocjacji wynagrodze-

nia z organami rządowymi, instytucjami ubezpieczeniowymi i pacjentami.

W dalszej części swojego wystąpienia W. Plankett omówił pokrótce pięcioletnie kontrakty, jakie Gildia Aptekarzy Australijskich zawiera z rządem, zgodnie z którymi aptekarze oprócz opłaty za dyspensowanie leku są wynagradzani także za dodatkowe usługi. Kontrakty te, odnawiane i aktualizowane już od 20 lat, doskonale się sprawdziły w praktyce, ku obopólnemu zadowoleniu aptekarzy oraz czynników rządowych i ubezpieczeniowych. Kończąc, W. Plankett powiedział, że pacjenci oczekują większej kontroli nad opieką zdrowotną, która musi być zapewniana z odpowiednią jakością i przynosić możliwie najlepsze efekty, a farmaceuci i lekarze muszą budować mosty ułatwiające współpracę we wszystkich usługach profesjonalnych. Finansujący opiekę zdrowotną muszą być przekonani o oszczędnościach finansowych i korzyściach zdrowotnych wynikających z usług świadczonych w aptekach.

### PRZESTRZEGANIE ZALECEŃ W STOSOWANIU LEKÓW

Przestrzeganie zaleceń w stosowaniu leków (*medication adherence* – MADH) ma podstawowe zna-

czenie w skutecznej i bezpiecznej farmakoterapii. Pod pojęciem tym określa się stopień zachowania pacjenta w przyjmowaniu leków zgodnie z zaleceniami uzgodnionymi wspólnie pomiędzy pacjentem i lekarzem. Słowo *adherence* (trudne do przetłumaczenia bez uciekania się do opisu tego, co ono oznacza) jest coraz częściej preferowane i stosowane w leczeniu, w przeciwieństwie do równie nieprzetłumaczalnego, mającego pejoratywny wydźwięk słowa *compliance*. Wskazuje ono bowiem na to, że pacjent biernie stosuje się do poleceń lekarza, a plan leczenia nie wynika z uzgodnień pomiędzy pacjentem a lekarzem. Konsekwencje nieprzestrzegania zaleceń (*non-adherence* – N-MADH) mogą być bardzo

**Świat Kardiologii i Diabetologii**  
to pierwszy Program Opieki Farmaceutycznej w aptekach Świat Zdrowia.

To ogólnopolski program partnerski aptek Świat Zdrowia i producentów działających na rzecz ochrony zdrowia w Polsce.

Program powstał na bazie wytycznych EuroPharm Forum – Stowarzyszenia Europejskich Organizacji Farmaceutycznych i Biura Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przy ścisłej współpracy z IDF (International Diabetic Federation). Wytyczne te zawarte są w Deklaracji z St. Vincent (SVD).

**Program Opieki Farmaceutycznej – Świat Kardiologii i Diabetologii**  
to dogłębny program oparty na wytycznych WHO – skupia się na edukacji, profilaktyce i prewencji:

- pomaga pacjentom skuteczniej walczyć z chorobą
- wspiera indywidualne apteki w zetknięciu z dużymi sieciami farmaceutycznymi
- buduje partnerstwo – apteka i producenci wspólnie angażują się w działania edukacyjne

**Edukacja i profilaktyka to:**

- mniejsza liczba zgłoszeń i powikłań powikłanych u pacjentów
- poprawa komfortu życia pacjenta
- bezpieczna farmakoterapia
- promowanie zdrowego stylu życia

**Świat Kardiologii i Diabetologii**

**Świat Zdrowia to profesjonalne wsparcie Apteki i Pacjenta.**

► poważne, a w skrajnych przypadkach mogą być nawet przyczyną zgonu pacjenta. Jest to też poważny problem ludzki i ekonomiczny, szczególnie wśród pacjentów powyżej 65. roku życia. Jak na to wskazują dane amerykańskie z 2009 r., 1/3 do 1/2 pacjentów w Stanach Zjednoczonych nie przyjmuje leków zgodnie z zaleceniami, samo N-MADH jest tam przyczyną ponad 10% hospitalizacji pacjentów w wieku podeszłym, 1/4 przyjęć do domów stałej opieki oraz ponad 20% możliwych do uniknięcia działań niepożądanych. Szacuje się, że tylko w USA z powodu N-MADH umiera 125 tysięcy pacjentów rocznie, a koszty opieki zdrowotnej w wyniku tego zjawiska przekroczyły już 250 mld USD. Ogólnie mówiąc: N-MADH, zamierzone lub niezamierzone, może być spowodowane:

- nierealizowaniem recepty na lek lub jej niepowtarzaniem;
- zaprzestaniem stosowania leku przed ukończeniem leczenia (antybiotyki!!!);
- przyjmowaniem niewłaściwej (zbyt dużej lub małej) dawki leku;
- przyjmowaniem leku o niewłaściwym czasie;
- przyjmowaniem leku przedterminowanego;
- niewłaściwym przechowywaniem leku.

N-ADH, jak już wcześniej wspomniano, jest szeroko rozpowszechnione, trudne do opamiętania, zwiększa koszty opieki zdrowotnej i osłabia efekty zdrowotne. Taki stan rzeczy wymaga podjęcia energicznych działań ze strony wszystkich za-

wodów związanych z opieką zdrowotną, a czołową rolę w minimalizowaniu N-MADH powinni z natury rzeczy ogrywać farmaceuci jako uznani eksperci w dziedzinie leków, a także z uwagi na to, że są najłatwiej dostępnym zawodem opieki zdrowotnej. Tak więc nie mogło zabraknąć tematyki MADH na liubońskim kongresie, który dyskutował o przyszłości zawodu.

**Jeannie Kim Lee** (Kolegium Farmacji Uniwersytetu w Arizonie) omówiła przeszkody w zapewnianiu MADH oraz to, w jaki sposób farmaceuci mogą się przyczyniać do poprawy istniejącej sytuacji. Wśród przeszkód utrudniających MADH wymieniła takie czynniki jak skomplikowane terapie, leczenie stanów bezobjawowych (np. nadciśnienia tętniczego lub cukrzycy), wygodnictwo, koszt leku, wzajemne relacje lekarza i pacjenta, system opieki zdrowotnej (np. ograniczony dostęp do leków) lub ogólne problemy pacjenta (np. zapominanie, problemy kulturowe, czynniki emocjonalne i świadomość zdrowotna).

Na N-MADH szczególnie mogą być narażeni pacjenci przyjmujący równocześnie wiele leków (polipragmazja), u nich bowiem może występować zwiększone ryzyko popełnienia błędów medycznych, działań niepożądanych, konieczność hospitalizacji, ograniczenie codziennej, rutynowej aktywności zawodowej i społecznej oraz zwiększone koszty spowodowane np. działaniami niepożądanymi i monitorowaniem leczenia.

Działaniami, jakie mogą podejmować farmaceuci dla poprawy MADH, są edukacja pacjentów, uproszczenie schematów dawkowania leków, dozowniki (np. pudełka z tabletkami z przegródkami na dawki dzienne i tygodniowe), sygnały przypominające (np. alarmy dźwiękowe lub świetlne). Ale mimo tych środków większość pacjentów wymaga długotrwałych interwencji i ważne znaczenie może mieć utworzenie oddzielnego zespołu ds. zapewniania MADH, w którym farmaceuta będzie współpracował z lekarzem bądź pielęgniarką. Należy też pamiętać o tym, że działania na rzecz poprawy MADH powinny mieć charakter ciągły i długotrwały, zwłaszcza w odniesieniu do pacjentów z chorobami przewlekłymi, w przypadku których zaprzestanie takich działań szybko prowadzi do N-MADH.

Z kolei dr **Marie Schneider** (Wydział Opieki Ambulatoryjnej i Medycyny Społecznej Uniwersytetu w Lozannie) powiedziała, że efektywne programy zapewniania MADH powinny być elementem polityki biznesowej. Nadmieniła, że problem N-MADH był tematem badań klinicznych, z których niektóre wykazały korzyści związane z udziałem farmaceuty w działaniach na rzecz MADH. Niestety, wyniki tych badań nie znalazły dotychczas odzwierciedlenia w praktyce i kształceniu farmaceutycznym.

W dalszej części swojego wystąpienia dr Schneider podała i omówiła przykłady programów wspierających MADH w różnych krajach. Programy te obejmują przeglądanie profili



lekowych pacjentów (Australia, Szwecja, Wlk. Brytania), przeglądy leków stosowanych przez pacjenta (Wlk. Brytania, Niemcy), 30-minutowe wywiady (Szwajcaria). Istnieją też specyficzne programy MADH, takie jak w klinice MADH (Szwajcaria), apteki satelitarne i szkolenia farmaceutów w zakresie komunikacji społecznej i strategii promowania działań na rzecz poprawy MADH. Istotne znacznie będzie miało jednak, czy za te dodatkowe działania farmaceuci będą odpowiednio wynagradzani.

Wykazanie korzyści wynikających z udziału farmaceutów w poprawie MADH wymaga odpowiednich narzędzi pozwalających na pomiar zmian uzyskanych dzięki podejmowanym przez nich działaniom. Temat ten omówił **Filip Alves da Costa** (Portugalski Instytut Nauki o Zdrowiu). Wyróżnił on dwa rodzaje metod pomiaru MADH:

- 1) metody bezpośrednie: oznaczenie leku we krwi lub w moczu, stosowanie markerów lekowych w docelowym podawaniu leków oraz bezpośrednia obserwacja leczonych pacjentów;
- 2) metody pośrednie: informacja uzyskana od pacjenta, liczenie tabletek, urzędzenia do monitoringu elektronicznego, przegląd recept lub apteczne zapisy dotyczące leków stosowanych przez pacjenta.

*Metody bezpośrednie.* Oznaczenie leku we krwi lub moczu potwierdza, że pacjent przyjął ostatnio dawkę leku. Jednak metoda ta nie wykrywa MADH

„białego fartucha”, gdyż niektórzy pacjenci przyjmują leki tylko wtedy, gdy wiedzą, że będą poddani badaniu. Obecność leku w krwi lub moczu niekoniecznie oznacza też, że pacjent stosuje się do zaleceń. Podobnie nieobecność leku nie jest dowodem na N-MADH. Czasami może być konieczne kilkukrotne pobieranie próbek, co oczywiście jest niewygodne dla pacjentów.

Stosowanie markerów lekowych z lekami docelowymi jest metodą podobną do oznacze-

nia leku we krwi i często jest wykorzystywane w przypadku leków o długim biologicznym okresie półtrwania. Metoda ta jest kosztowna i czasochłonna, może jednak być przydatna, gdy nie można oznaczyć leku w moczu lub krwi.

Bezpośrednia obserwacja pacjenta jest kosztowną metodą pomiaru MADH i może być niepraktyczna w warunkach ambulatoryjnych. W jej przypadku istnieje też problem tzw. udawanego połykania, gdy pacjent pozoruje połykanie

## Świat Kardiologii i Diabetologii

to pierwszy Program Opieki Farmaceutycznej w aptekach Świat Zdrowia.





**To ogólnopolski program partnerski aptek Świat Zdrowia i producentów działających na rzecz ochrony zdrowia w Polsce.**

Program powstał na bazie wytycznych EuroPharm Forum – Stowarzyszenia Europejskich Organizacji Farmaceutycznych i Biura Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przy ścisłej współpracy z IDF (International Diabetic Federation). Wytyczne te zawarte są w Deklaracji z St. Vincent (SVD).

**Program Opieki Farmaceutycznej – Świat Kardiologii i Diabetologii**  
to długofalowy program oparty na wytycznych WHO – skupia się na edukacji, profilaktyce i prewencji:

- pomaga pacjentom skuteczniej walczyć z chorobą
- wspiera indywidualne apteki w zetknięciu z dużymi sieciami farmaceutycznymi
- buduje partnerstwo – apteka i producenci wspólnie angażują się w działania edukacyjne

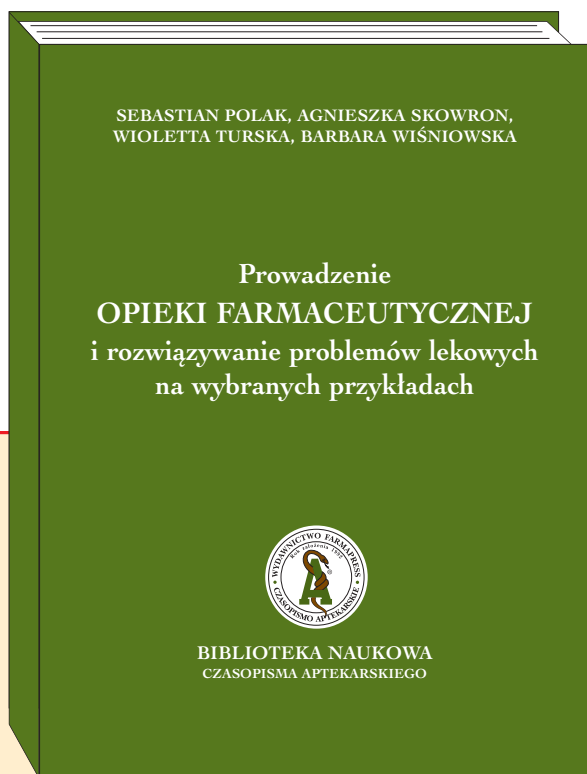
**Edukacja i profilaktyka to:**

- mniejsza liczba zgonów i powikłań pochorobowych u pacjentów
- poprawa komfortu życia pacjenta
- bezpieczna farmakoterapia
- promowanie zdrowego stylu życia



**Świat Kardiologii i Diabetologii**

Świat Zdrowia to profesjonalne wsparcie Apteki i Pacjenta.



Szanowni Czytelnicy,

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

Cena książki (wraz z kosztem wysyłki):

**dla prenumeratorów**  
**od 1 stycznia 2011 r. – 45 zł,**  
**dla nieprenumeratorów 85 zł**

Wpłacając kwotę na konto  
 13 1130 1017 0200 0000 0005 1195  
 należy podać wszystkie dane  
 niezbędne do wystawienia faktury VAT

leku. Metoda ta może jednak być uzasadniona w niektórych terapiach (np. nadzorowanie zażywania metadonu).

*Metody pośrednie.* Informacje uzyskane od pacjenta obejmują prowadzenie przez pacjenta dzienniczka zażywania leków, wywiady z nim i standaryzowane kwestionariusze ankietowe. Są to proste i tanie metody pomiaru MADH, ale ich wartość jest zależna od umiejętności prowadzącego wywiad, a w przypadku kwestionariuszy ważne znaczenie ma dobór słów i formułowanie pytań. Ponadto metoda ta zakłada prawdziwość pacjenta.

Liczenie tabletek jest jedną z najpowszechniej stosowanych, prostych i tanich metod. Metoda ta jest bardzo przydatna w badaniach klinicznych oraz w niektórych przypadkach w praktyce aptecznej. Przekazuje ona jednak tylko częściową informację, gdyż pacjenci mogą przyjmować swoje leki np. w niewłaściwych porach dnia.

Przeglądy recept lub zapisy apteczne, aby mogły być wiarygodne, muszą zawierać dane o liczbie i dacie wydawanych leków i być systematycznie prowadzone.

## ROLA FIP W ROZWOJU ZAWODU

Jak wynika z wyżej przedstawionego przeglądu tylko dwóch tematów omawianych na kongresie, są one mocno osadzone w praktyce farmaceutycznej i chyba najlepiej świadczą o tym, że FIP jest rzeczywiście czołową organizacją farmaceutyczną na świecie, konsekwentnie działającą na rzecz rozwoju zawodu, dbającą o jego jakość i wysoki prestiż zawodowy. Dlatego tak bardzo ważny jest udział w kongresach FIP przedstawicieli narodowych organizacji farmaceutycznych i dalsze wprowadzanie omawianych na nich idei do programów działania swoich organizacji.

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Jerzy Łazowski  
 03-948 Warszawa  
 ul. Mikołajczyka 12/72  
 tel. 22 671 54 16



# Świat Kardiologii i Diabetologii

to pierwszy Program Opieki Farmaceutycznej  
w aptekach Świat Zdrowia.



Świat Zdrowia



To ogólnopolski program partnerski aptek Świat Zdrowia  
i producentów działających na rzecz ochrony zdrowia w Polsce.



Program powstał na bazie wytycznych EuroPharm Forum – Stowarzyszenia Europejskich Organizacji Farmaceutycznych i Biura Regionu Europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przy ścisłej współpracy z IDF (International Diabetic Federation). Wytyczne te zawarte są w Deklaracji z St. Vincent (SVD).

**Program Opieki Farmaceutycznej – Świat Kardiologii i Diabetologii**  
to długofalowy program oparty na wytycznych WHO – skupia się na edukacji, profilaktyce i prewencji:

- pomaga pacjentom skuteczniej walczyć z chorobą
- wspiera indywidualne apteki w zetknięciu z dużymi sieciami farmaceutycznymi
- buduje partnerstwo – apteka i producenci wspólnie angażują się w działania edukacyjne

**Edukacja i profilaktyka to:**

- mniejsza liczba zgonów i powikłań pochorobowych u pacjentów
- poprawa komfortu życia pacjenta
- bezpieczna farmakoterapia
- promowanie zdrowego stylu życia



Świat  
Kardiologii  
i Diabetologii

**Świat Zdrowia to profesjonalne wsparcie Apteki i Pacjenta.**



# APTEKARZE JAKO CZŁONKOWIE ELIT SPOŁECZNYCH KUJAW I POMORZA GDAŃSKIEGO W LATACH 1918 – 1939



***dr n. hum. Wojciech ŚLUSARCZYK***

Instytut Historii i Stosunków Międzynarodowych Uniwersytetu Kazimierza Wielkiego  
w Bydgoszczy  
e-mail: erylomow@wp.pl

Od średniowiecza właściciele aptek należeli do lokalnych elit społecznych. Założenie *officina sanitatis* wymagało posiadania znacznego kapitału, sprzedaż leków była zaś zwykle zajęciem intratnym finansowo. Aptekarze jako ludzie majątni mogli więc realizować się również na polu społeczno-politycznym. Wprowadzenie studiów farmaceutycznych w XIX w. wzmocniło aptekarzy jako grupę zawodową; odtąd obok majątku posiadali oni także wyższe wykształcenie.

Zagadnienie przynależności aptekarzy do dawnych elit społecznych jest niezwykle szerokie i z tego zapewne względu nie zostało do tej pory w pełni opracowane. Problem ów wykracza oczywiście poza ramy niniejszej publikacji, więc skupię się w niej wyłącznie na obszarze przedwojennego województwa pomorskiego (w granicach z dnia 1.IV.1938 r.), opisując sytuację z lat 1918-1939. Miejscowi aptekarze wykazywali bowiem wówczas największą aktywność społeczno – polityczną w dziejach omawianego regionu.

Postaci, które zostaną tu wymienione, należały najczęściej do jednego pokolenia, a przed odzyskaniem przez Polskę niepodległości znajdowały się zwykle na początku swojej kariery zawodowej, w związku z tym w posiadanie własnych aptek weszły przeważnie dopiero po 1920 r. Ich postawy zostały zatem ukształtowane już w okresie panowania pruskiego, zaś późniejsza aktywność była efektem, a także często kontynuacją przedsięwzięć z czasów zaboru.

Przed odzyskaniem niepodległości działalność społeczna cechowała przede wszystkim aptekarzy narodowości polskiej i była ona silnie związana z pobudkami natury patriotycznej. Dzięki temu większość polskich aptek prowincjonalnych pełniła wówczas rolę lokalnych centrów polskości. Aptekarze byli często założycielami polskich chórów i kół śpiewaczych oraz animatorami innych form życia kulturalnego. Natomiast ich niemieccy koledzy, nie czując zagrożenia wynarodowieniem, wykazywali

zdecydowanie mniejszą aktywność. Natomiast w okresie międzywojnia było już ich zbyt mało, by mogli odgrywać znaczącą rolę.

Właściciele aptek na terenie zaboru rosyjskiego (powiaty rypiński, lipnowski, nieszawski i włocławski), posiadający słabsze tradycje pracy organicznej, przejawiali zdecydowanie mniejszą aktywność niż ich rodacy zza pruskiej granicy. Możemy jednak wskazać tu Eugeniusza Ostaszewskiego z Chodcza, długoletniego prezesa i założyciela chodeckiej OSP, członka miejscowej Rady Miejskiej, twórcę Spółdzielni Spożywców, Banku Spółdzielczego, organizatora orkiestry strażackiej, a także inicjatora powstania lokalnej stacji meteorologicznej.

Jeszcze za czasów zaboru pruskiego przyszli właściciele aptek brali udział w jawnych i tajnych organizacjach szkolnych oraz studenckich. Edmund Baranowski, właściciel apteki „Pod Orłem” w Łasinie, należał do Zarządu Towarzystwa Studentów Polaków. Marian Lakner,



późniejszy właściciel apteki „Centralnej” w Bydgoszczy, w trakcie pobierania nauk w węgrowskim gimnazjum zaangażował się w działalność Towarzystwa Tomasza Zana, wydając konspiracyjną gazetkę uczniowską „Świt”.

Aptekarze działali wówczas również w organizacjach naukowych. Bracia Henryk i Piotr Umbreitowie, późniejsi właściciele apteki „Pod Lwem” w Bydgoszczy, byli członkami Wydziału Nauk Przyrodniczych Polskiego Towarzystwa Przyjaciół Nauk.

Właściciele aptek znajdowali się również szeregiach organizacji bankowych i kupieckich. Roman Marcinkowski, właściciel apteki „Nad Gopłem” w Kruszwicy, działał w Banku Ludowym oraz w lokalnym Towarzystwie Kupców. W skład zarządu wyrzyskiego Banku Ludowego wchodził Walerian Samberger, właściciel miejscowej apteki „Pod Orłem”.

Aptekarze byli również aktywni w organizacjach sportowych. Przykładem tego może być wspomniany już wcześniej Edmund Baranowski, działający między innymi w Towarzystwie Gimnastycznym „Sokół” w Łasinie. Podobnie w „Sokole” oraz w miejscowym klubie wioślarskim działał Roman Marcinkowski z Kruszwicy.

Niezwyczajnie ważną kartę w dziejach Kujaw i Pomorza Gdańskiego zapisali aptekarze prowadzący działalność niepodległościową. Władysław Kużaj, właściciel apteki „Pod Czarnym Orłem” w Bydgoszczy, stworzył na jej zapleczu punkt kontaktowy dla miejscowych konspiratorów. Należy dodać, iż w stycz-

niu 1919 r. ze względu na swoje przekonania został on dotkliwie pobity przez członków Heimatschutzu.

Część właścicieli aptek wchodziła także w struktury istniejące w Wielkopolsce od lutego 1918 r. Polskiej Organizacji Wojskowej (dalej POW). Członkiem łasińskiego POW był Edmund Baranowski.

Aptekarze byli też często członkami tajnych Komitetów Obywatelskich. Na czele Komitetu Obywatelskiego w Wyrzysku stanął wspomniany już Walerian Samberger. W momencie przekształcenia się Komitetów Obywatelskich w Rady Ludowe wchodzący w ich skład aptekarze stali się rzecznikami interesów lokalnej ludności polskiej. Rolę taką pełnił wspomniany już kilkakrotnie Edmund Baranowski, który w 1918 r., w chwili wybuchu rewolucji listopadowej został prezesem Rady Ludowej na obwód łasiński. Podobnie w Łobżenicy z chwilą utworzenia lokalnej Rady Ludowej jej prezesem został miejscowy aptekarz, Józef Reinholz. Także Władysław Kużaj pełnił funkcję członka zarządu Rady Ludowej w Bydgoszczy. W dniu 19 stycznia 1920 r. był on jedynym przedstawicielem polskiej elity miejskiej przejmującej władzę w mieście z rąk niemieckich. Dodać należy, iż wśród przedstawicieli strony niemieckiej znajdował się dr Alfred Kupffender, ówczesny właściciel apteki „Pod Złotym Orłem” w Bydgoszczy.

Aptekarze z terenów Kujaw i Pomorza Gdańskiego brali również czynny udział w powstaniu wielkopolskim (1918-



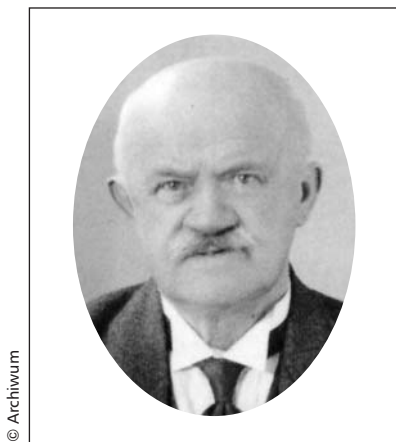
© Archiwum

mgr farm. Edmund Baranowski  
(1886-1939)

-1919). Uczestnictwo to przybierało formę doraźnej pomocy medycznej oddziałom powstańczym, walki w oddziałach frontowych lub wejście w strukturę powstańczej służby medyczno-sanitarnej. Roman Marcinkowski, właściciel apteki „Nad Gopłem” w Kruszwicy, wyposażył na swój koszt wóz sanitarny oddziału wojsk powstania wielkopolskiego zmierzający w stronę Inowrocławia pod dowództwem Pawła Cymśa. Identycznie postąpił Bronisław Niedźwiedziński, właściciel apteki „Pod Orłem” w Szubinie, który w 1919 r. wyposażył w leki miejscowy szpital powstańczy.

Znaczący udział w powstaniu wielkopolskim był również Walerian Samberger, współtwórca i dowódca dwuosobowego oddziału powstańczego, który wyzwolił Wyrzysk. Aktywny udział w walkach powstańczych brali także Edmund Baranowski oraz Alfons Szczerbicki, późniejszy właściciel apteki „Pod Lwem” w Grudziądzu.

Część późniejszych właścicieli aptek na badanych terenach w trakcie I wojny światowej pełniło służbę w aptekach



© Archiwum

mgr farm. Piotr Umbreit  
(1863-1950)

polowych armii niemieckiej. W dniu 10 marca 1919 r. zostali oni przydzieleni do Urzędu Sanitarnego wojsk powstania wielkopolskiego. Wśród nich możemy wymienić Antoniego Jurkowskiego, późniejszego właściciela apteki w Nakle, Wawrzyna Kosickiego, późniejszego (po 1945 r.) właściciela „Apteki Wawrzyna Kosickiego” w Bydgoszczy, Hipolita Walichta, późniejszego właściciela apteki „Pod Aniołem” w Bydgoszczy, a także wspomnianego już Mariana Laknera. Wszyscy oni pełnili służbę w randze porucznika. W dniu 19 czerwca 1919 r. dekretem Komisariatu Naczelnej Rady Ludowej na stopień kapitana zostali mianowani Wawrzyn Kosicki i Hipolit Walicht.

Ponadto w randze kapitana w służbach sanitarnych powstania wielkopolskiego pełnił służbę Henryk Jeszke, późniejszy właściciel apteki „Klasztornej” w Świeciu. Był on między innymi kierownikiem wojskowej Centralnej Składnicy Sanitarnej w Poznaniu. Ze składnicą związani byli też służący w randze porucznika Jan Pio-

trowski, późniejszy właściciel apteki „Pod Orłem” w Wąbrzeźnie, oraz Franciszek Maliszewski, który założył potem aptekę w Chełmży.

Jak widzimy, w schyłkowym okresie zaboru pruskiego poszczególni aptekarze pełnili częstokroć kilka funkcji społecznych. Poza działaniami powstańczymi ich znaczenie rzadko kiedy wykraczało jednak poza miejscowości, w których prowadzili apteki. Wyjątek stanowił niezwykle energiczny Edmund Baranowski, który w 1918 r. został delegatem na Sejm Dzielnicowy w Poznaniu.

Aktywność aptekarzy z terenu Kujaw i Pomorza Gdańskiego nie zakończyła się wraz z odzyskaniem niepodległości. Najlepszym tego przykładem jest Edmund Baranowski, który kontynuował działalność w łasińskim gnieździe „Sokoła” oraz w nowo utworzonym Związku Obrony Kresów Zachodnich.

Uznanie, jakim wśród lokalnych społeczeństw cieszyli się aptekarze, zaważyło na tym, iż po odzyskaniu niepodległości piastowali oni niekiedy stanowiska burmistrzów oraz radnych miejskich. W dniu 18 września 1920 r. wiceburmistrzem Wyrzyska został Walerian Samberger, który wiosną 1921 r. pełnił przez krótki okres obowiązki samego burmistrza. Od stycznia do kwietnia 1920 r. stanowisko komisarzycznego burmistrza Kowalewa Pomorskiego piastował Tadeusz Moll, późniejszy właściciel apteki „Pod Lwem” w Inowrocławiu. W 1926 r. radnym Gdyni został Antoni Małecki, właściciel gdyńskiej apteki „Pod

Gryfem”. Z kolei w 1939 r. Emilian Dębski, właściciel apteki „Pod Orłem” w Łasinie, został burmistrzem Łasina.

Walerian Samberger po zakończeniu kadencji na stanowisku wiceburmistrza wszedł w skład wyrzyskiej Rady Miejskiej, zostając z czasem jej przewodniczącym. W latach trzydziestych członkiem prezydium Rady Miejskiej Łabiszyna był Piotr Pawłowski, właściciel miejscowej apteki „Pod Orłem”, zaś w 1939 r. członkiem Rady Miejskiej Szubina Hieronim Anasiewicz, właściciel miejscowej apteki „Pod Orłem”.

Funkcję radnych pełniło także dwóch bydgoskich aptekarzy narodowości niemieckiej: wspomniany już wcześniej dr Alfred Kupffender oraz Brunon Kazimierski, właściciel apteki „Pod Łabędziem”. Pierwszy z nich 4 sierpnia 1920 r. decyzją ministra byłej dzielnicy pruskiej został zwolniony z niniejszej funkcji, nie wiemy jednak dokładnie, co było bezpośrednią tego przyczyną. Kazimierski był radnym z ramienia Komitetu Niemieckiego i mandat ten sprawował od 11 grudnia 1921 r. do 16 czerwca 1922 r.

W Bydgoszczy największą energię w działalności społeczno – politycznej przejawiał Zdzisław Rybicki, nowy właściciel apteki „Pod Złotym Orłem”. Choć nie był radnym, miał posłuch wśród części mieszkańców miasta. Przejawem tego był zwołany przez niego 7 sierpnia 1928 r. wiec, na którym ostro krytykowano poczynania bydgoskiego ratusza.

Aktywność polityczna aptekarzy ograniczała się do wybo-

rów samorządowych. Poza region wyszedł ponownie Edmund Baranowski, zostając w latach 1928-1933 posłem na Sejm Rzeczypospolitej Polskiej z ramienia Chrześcijańskiej Demokracji.

Aptekarze działali także w innych pożytecznych społeczeństwach. W latach trzydziestych Piotr Pawłowski z Łabiszyna wygłaszał pogadanki z zakresu higieny i pielęgnacji niemowląt, a także uczestniczył w imprezach dobroczynnych na rzecz bezrobotnych. Wspominany już wielokrotnie Walerian Samberger był aktywnym działaczem Ligi Morskiej i Kolonialnej w Wyrzysku.

Na koniec należy zaznaczyć, iż aktywność aptekarzy w 1939 r. stała się powodem prześladowania ich ze strony hitlerowców. Niemiecki agresor, wkraczając na tereny Kujaw i Pomorza Gdańskiego, dysponował kompletnymi listami przedstawicieli lokalnych elit. Znajdujące się na nich osoby miały podlegać eksterminacji. Głównie z tego powodu do 1945 r. zginęła blisko połowa przedwojennych właścicieli aptek.

Analizując powyższe przykłady, należy stwierdzić, iż aptekarze z terenu Kujaw i Pomorza Gdańskiego należeli bez wątpienia do lokalnych elit społecznych. W naturalny sposób predestynowało ich do tego posiadane wykształcenie, stosunkowa zamożność, patriotyzm i tradycje pracy organicznej. Odczuwali oni silną potrzebę prowadzenia społecznej i politycznej aktywności. W schyłkowym okresie zaboru pruskiego przejawiała się ona w przynależności do rozma-

itych organizacji kulturalnych i sportowych, a także w udziale w konspiracji i powstaniu wielkopolskim. Aktywność ta nie osłabła również po odzyskaniu niepodległości. W nowych realiach aptekarze piastowali ponadto urzędy burmistrzów oraz radnych. Choć działalność ta ograniczała się głównie do miejscowości, w których prowadzili oni swoje apteki, nie zmniejsza to jej znaczenia dla rozwoju ówczesnego życia społeczno-politycznego.

Adres do korespondencji:

dr n. hum. Wojciech Ślusarczyk  
85-627 Bydgoszcz  
ul. Jarzębinowa 8/23  
tel. 661 876 262

#### Piśmiennictwo:

##### I. Źródła archiwalne:

1. Archiwum Państwowe w Bydgoszczy. Rejestr handlowy, sygn. 330.
2. Archiwum Państwowe w Bydgoszczy, Akta Miasta Bydgoszczy, sygn. 3007.

##### II. Monografie:

1. Biskup M. (red.): *Dzieje Szubina*, I wydanie, PWN, Warszawa – Poznań, 1974.
2. Drygas A. (red.): *Apteka „Pod Łabędziem” – 150 lat*, I wydanie, Margrafen, Bydgoszcz, 2003.
3. Drygas A.: *Apteka „Pod Lwem” w Inowrocławiu*, I. wydanie, ADI, Łódź, 2001.
4. Drygas A.: *Dzieje aptekarstwa na Ziemi Gdańskiej w latach 1920 – 1990*, I wyd. Akademia Medyczna w Gdańsku, Gdańsk, 1994.
5. Kozłowski J.: *Wielkopolska pod zaborem pruskim w latach 1815-1918*, II wydanie, Wydawnictwo Poznańskie, Poznań, 2006.
6. Leszczyłowski B.: *Propedeutyka rozwoju polskiej farmaceutycznej myśli etycznej – deontologicznej na tle realiów społeczno – politycznych kraju 1523-1983*, I wyd., apteka

„Pod Łabędziem”, Łódź, 1997.

7. Majewski J.: *Zaopatrzenie medycyno-sanitarne w powstaniu wielkopolskim i udział w nim farmaceutów*, I wydanie, Kontekst, Poznań, 1998.
8. Mielczarek A. J.: *Podziały terytorialno-administracyjne II Rzeczypospolitej w zakresie administracji zespolonej*, I wydanie, Neriton, Warszawa, 2008.
9. Sierpowski S. (red.): *Dzieje Wyrzyska*, I wydanie, WBP, Poznań, 1999.
10. Wodyński B., Wachulec B., Ślusarczyk W.: *Apteka „Pod Złotym Orłem” w Bydgoszczy*, I wydanie, Bez Recepty, Łódź, 2008.

##### III. Prace niepublikowane:

1. Pawłowski M.: *200 lat Apteki „Pod Orłem” w Łabiszynie 1778-1978*. Wydanie w formie odbitki ksero, bez daty.
2. Siedlecki B.: *Zagadnienia farmaceutyczne w historii aptek Grudziądza i okolicy*. Praca doktorska napisana w Zakładzie Historii Medycyny i Farmacji Instytutu Medycyny Społecznej Akademii Medycznej w Poznaniu, Poznań: maszynopis, 1984.

##### IV. Internet:

<http://www.chodecz.pl/quick/files/potomnym.pdf>, 11 VI 2009 r.



# NARASTAJĄCY PROBLEM FAŁSZOWANIA LEKÓW NA POLSKIM RYNKU FARMACEUTYCZNYM

*mgr farm. Aleksandra GÓRA, dr n. farm. Joanna RÓWNICKA-ZUBIK*

*prof. dr hab. n. farm. Anna SUŁKOWSKA*

Katedra i Zakład Farmacji Fizycznej Wydziału Farmaceutycznego z Oddziałem Medycyny  
Laboratoryjnej Śląskiego Uniwersytetu Medycznego w Katowicach  
e-mail: aleksandragora@o2

## The increasing problem of drug falsification on the pharmaceutical market

**Streszczenie.** W Polsce świadomość pacjentów dotycząca zażywanych leków jest znikoma. Nabywając leki w aptekach, chorzy ufają, iż farmaceutyki są w pełni wartościowe, nie zawierają ukrytych substancji, a ich działanie pokrywa się z opisem w ulotce. Apteka jest jedynym miejscem, gdzie otrzymają fachową poradę oraz zakupią preparaty oryginalne i bezpieczne. Co zatem skłania tychże pacjentów do korzystania z innych źródeł dystrybucji leków i zakupu farmaceutyków przez internet czy na bazarach? Odpowiedź jest prosta: brak wiedzy o zagrożeniach zdrowotnych po zażyciu sfalszowanego leku. Oprócz niezajomości szkodliwych działań fałszywych preparatów pacjenci kierują się atrakcyjną ceną, która w przypadku leków fałszowanych zachęca do zakupu. Możliwość nabycia taniego leku bez recepty powoduje, że kupujący nie rozważa zagrożenia zdrowia, interesuje go jedynie łatwe pozyskanie pożądanego farmaceutyku. Sfalszowane preparaty są wytwarzane w nieodpowiednich warunkach i często zawierają o wiele większe ilości substancji leczniczych niż leki oryginalne. Konsekwencją ich stosowania mogą być uszkodzenia narządów wewnętrznych oraz zatrucia organizmu. Aby zapobiegać wspomnianym zjawiskom, należy propagować wśród pacjentów wiedzę na temat istotnej roli źródeł pochodzenia leków.

**Słowa kluczowe:** fałszowanie leków, odchudzanie, sibutramina, sildenafil.

**Summary.** In Poland, the consciousness of drug taking is very limited. While buying drugs in the Pharmacy patients are convinced of safety of their adhibition. The Pharmacy is usually the only place where they can receive a professional consultation and purchase the original drugs. Consequently, the lack of knowledge about possible danger caused by using falsified drugs leads to the situation that patients buy them in the Internet or from other illegal sources. In addition, they are suggested low price and easy access. It is most important, taking into account that non-original drugs are manufactured in wrong sanitary conditions and often consist more pharmaceutical substance, than is acceptable. Thus, in consequence of using falsified drugs patients are exposed to many side effects. In order to prevent aforementioned situations, there is a need of popularizing among the patients the knowledge about important role of what drugs came from.

**Keywords:** falsification drugs, slimming, sibutramine, sildenafil.

Fałszywy lek jest określany przez WHO jako produkt wytwarzany świadomie w celu wprowadzenia w błąd kupującego. Preparat taki posiada niewłaściwe oznaczenia co do

składu i pochodzenia leku. W Polsce przepisy nie definiują jasno zjawiska fałszowania leków, utrudniając w ten sposób rejestrację i określenie skali tego zjawiska [1].

Sfałszowanymi lekami, po które pacjenci sięgają najczęściej, są preparaty poprawiające potencję (sildenafil, tadalafil) oraz suplementy diety wspomagające odchudzanie (sibutramina).

Leki z sibutraminą zdominowały rynek farmaceutyczny i stały się preparatem pierwszego rzutu w leczeniu otyłości. Historia „cudownej” substancji leczniczej – sibutraminy, leku pozwalającego w krótkim czasie pozbyć się zbędnych kilogramów, zaczęła się w połowie lat 90. Sibutramina (1-[1-(4-chlorofenyl)cyklobutylo]-N,N,3-trimetylobutano-1-amina) (SIB) hamowała wychwyt zwrotny serotoniny i noradrenaliny [2]. Dokładny mechanizm działania samej sibutraminy nie został jednak całkowicie poznany.

Pierwsze preparaty zawierające sibutraminę w postaci chlorowodoru sibutraminy (w dawce 10 mg i 15 mg) pojawiły się na rynku amerykańskim i europejskim niemal w tym samym czasie, w 1997 roku [3]. Skuteczność leczenia chlorowodorkiem sibutraminy okazała się wysoka. Zmniejszenie masy ciała u pacjentów leczonych tą substancją sięgało 10% zaledwie po 6 miesiącach jej stosowania.

Dla weryfikacji działań niepożądanych w grudniu 2002 roku powołano program SCOUT [4, 5]. Jego założenia miały na celu potwierdzenie bezpieczeństwa stosowania sibutraminy. Wyniki przeprowadzonych badań wykazały zwiększone ryzyko wystąpienia poważnej grupy powikłań [6]. Badania SCOUT doprowadziły do wydania decyzji Komitetu ds. Produktów Leczniczych Stosowanych u Ludzi (*Committee for Medicinal Products for Human Use – CHMP*), działającego w ramach Europejskiej Agencji Leków (*European Medicines Agency – EMA*), o wstrzymaniu dystrybucji i leczenia za pomocą chlorowodoru sibutraminy pacjentów na terenie całej Unii Europejskiej [7]. Następstwem decyzji europejskich organizacji było wydanie ordynacji przez Inspektorat Farmaceutyczny o wstrzymaniu sprzedaży, a następnie wycofaniu wszystkich preparatów zawierających chlorowodorek sibutraminy z aptek

na terenie całej Rzeczypospolitej Polskiej w trybie natychmiastowym.

Deficyt sibutraminy w aptekach spowodował ogromne zainteresowanie pacjentów zakupem leku z nielegalnych źródeł. Niestety, większość preparatów może zawierać domieszki substancji toksycznych. Pacjenci zażywający leki z sibutraminą, pochodzące z tzw. drugiego obrotu są narażeni na zatrucia i uszkodzenia narządów wewnętrznych powodujących uszczerbek na zdrowiu lub utratę życia.

Organy zajmujące się weryfikacją składu chemicznego leku (Narodowy Instytut Leków) donoszą o coraz większej liczbie preparatów o zafałszowanym składzie, które trafiają do pacjentów. Niepokojącym zjawiskiem jest zastosowanie sibutraminy do produkcji suplementów diety, które de facto nie powinny jej zawierać [8]. Te parafarmaceutyki to suplementy diety o ziołowym składzie, które mają działanie wspomagające odchudzanie. Produkty te zawierają jednak domieszkę sibutraminy w ilości przekraczającej często 100% dopuszczalnej dobowej dawki. Producent w ulotkach wspomnianych suplementów nie informuje o dokładnym składzie leku. Na rynku leków sfałszownych wciąż przybywa nowych preparatów [9]: 2 Day Diet, 2 Day Diet Slim Advance, 2x Powerful Slimming, 3 Day Diet, 3 Days Fit, 7 Day Herbal Slim, 7 Days Diet, 7 Diet, Body Creator, Body Shaping, Body Slimming, Lida DaiDaihua, Meili, Meizitang, Miaozi MeiMiaoQianZi-JiaoNang, Miaozi Slim Capsules, Slim 3 in 1 Extra Slim Formula, Slim Up, Slimming Formula, Venom Hyperdrive 3.0.

Podrabiane suplementy diety pochodzą głównie z Chin i innych krajów azjatyckich, a ich dystrybucja ma charakter szalenie ekspansywny. W ostatnim czasie na stronach internetowych, które są głównym źródłem handlu fałszywymi lekami, pojawiły się preparaty o nazwie Meizitang i Miaozi. Oferujący je podmiot zapewnia o ziołowym składzie preparatu i wysokiej jego skuteczności. Po dokładnej analizie laboratoryjnej przeprowadzonej przez Narodowy Instytut Leków okazuje się, iż w badanych preparatach

*Sfałszowanymi lekami, po które pacjenci sięgają najczęściej, są preparaty poprawiające potencję (sildenafil, tadalafil) oraz suplementy diety wspomagające odchudzanie (sibutramina).*



**Topowym lekiem  
falsyfikowanym jest  
popularna Viagra  
(sildenafil) i jej  
odpowiedniki oraz  
preparat Cialis  
(tadalafil), które  
pomagają pacjentom  
z problemami  
potencji.**

**Rolą lekarza  
i farmaceuty jest  
uświadamianie  
chorych  
o konsekwencji  
zarówno stosowania  
leków z tzw. szarej  
strefy jak również  
łamania prawa  
przez zakup  
farmaceutyków  
z nielegalnych  
źródeł.**

**Do grupy  
fałszowanych leków  
można zaliczyć  
również leki  
sterydowe stosowane  
w terapii  
hormonalnej  
(rozpowszechniane  
w formie odżywek  
dla kulturystów),  
antybiotyki oraz leki  
przeciwalergiczne  
i psychotropowe.**

znajdują się ilości sibutraminy kilkukrotnie przekraczające stężenie dopuszczalne dla pacjenta [10]. Efektem stosowania np. Meizitangu i Miaoziu było szybkie zmniejszenie masy ciała, co zachęcało pacjenta do dalszego stosowania. Konsekwencjami żywienia przez pacjenta zafałszowanego leku było narażanie się na wiele skutków ubocznych i poważnych powikłań wynikających z niewłaściwego stosowania chlorowodoru sibutraminy. Prawdopodobnie firmy farmaceutyczne produkujące sibutraminę wznowią jej produkcję po ewentualnej modyfikacji składu chemicznego leku. Przywrócenie sibutraminy na rynek farmaceutyczny może spowodować, że pacjenci nie będą sięgać po leki niewiadomego pochodzenia, niosące więcej zagrożeń niż korzyści dla zdrowia [11].

Sibutramina nie jest jedynym przykładem fałszowania leków. Topowym lekiem falsyfikowanym jest popularna Viagra (sildenafil) i jej odpowiedniki oraz preparat Cialis (tadalafil), które pomagają pacjentom z problemami potencji [12, 13]. Fałszowane preparaty poprawiające libido są kupowane ze względu na niską cenę oraz dostępność bez konsultacji lekarskiej. Dystrybutorzy zafałszowanych leków dbają o identyczny kształt i rozmiar tabletek lub kapsulek, dzięki czemu pacjent jest przekonany, że jest to farmaceutyk bezpieczny. Substancją czynną w fałszowanych lekach jest sildenafil (1-[4-etoksy-3-(6,7-dihydro-1-metylo-7-okso-3-propylo-1H-pirazolo[4,3-d]-pirymidyn-5-ylo)fenylosulfonylo]-4-metylopiperazyna), którego dopuszczalna dawka wynosi od 50 do 100 mg, podczas gdy w fałszowanych preparatach znalazło się nawet 150 mg [14]. Preparat o nazwie Lamour jak również te pod oryginalną nazwą (Viagra, Cialis), zawierające utajony sildenafil to najczęściej spotykane sfałszowane farmaceutyki. Ponieważ sildenafil może powodować zaburzenia układu sercowo – naczyniowego, zagrożenie zdrowia i życia pacjenta wynikające ze stosowania tych preparatów jest bardzo duże [15].

Do grupy fałszowanych leków można zaliczyć również leki sterydowe stosowane

w terapii hormonalnej (rozpowszechniane w formie odżywek dla kulturystów), antybiotyki oraz leki przeciwalergiczne i psychotropowe.

W wielu przypadkach pacjenci sięgają po leki spoza apteki ze względu na trudności w zdobyciu recepty. Spowodowane jest to przeciwwskazaniami zdrowotnymi do stosowania wyżej wymienionych substancji. Pomimo tego faktu pacjenci bagatelizują zalecenia lekarza i zakupują sfałszowane leki.

Fałszerzy leków posuwają się w swej profesji do tego stopnia, że w celu maksymalnego zysku przy minimalnym nakładzie finansowym dodają do tworzonych przez siebie leków np. gips, ołów oraz inne substancje trujące dla człowieka. Czynią to w celu zwiększenia masy i wielkości sprzedawanych specyfików przy użyciu niewielkiej ilości właściwych substancji.

Nie wolno bagatelizować problemu związanego z fałszowaniem leków, gdyż proceder ten ma zasięg na skalę światową, a nowoczesne możliwości dystrybucji powoduje nieustanne narastanie problemu. Rolą lekarza i farmaceuty jest uświadamianie chorych o konsekwencji zarówno stosowania leków z tzw. szarej strefy jak również łamania prawa przez zakup farmaceutyków z nielegalnych źródeł. Ludzie trudniący się handlem nielegalnymi suplementami diety to najczęściej dilerzy, którzy zachęcają do zakupu leków za bardzo atrakcyjną cenę, zapewniając jednocześnie o nieskazitelnej jakości towaru. W rzeczywistości to oszuści żerujący na naiwnych pacjentach chcących szybko schudnąć za wszelką cenę.

W odpowiedzi na rosnącą skalę fałszowania leków powołano *International Medical Products Anti Counterfeiting Taskforce* (IMPACT), którego celem jest przeciwdziałanie dystrybucji i rozpowszechniania fałszowanych leków [16]. Natomiast w Polsce stworzono Zespół do Spraw Sfałszowanych Produktów Leczniczych, w skład którego wchodzi wiele podmiotów, m.in. Główny Inspektorat Farmaceutyczny, Ministerstwo Zdrowia oraz organy ścigania.



## PODSUMOWANIE

Rynek fałszywych leków jest zjawiskiem popularnym w Polsce. Leki pochodzące z nielegalnych źródeł stanowią realne zagrożenie dla kupujących je pacjentów. Edukacja polegająca na przytaczaniu możliwych powikłaniach wynikających ze stosowania fałszowanych leków może przynieść efekty, jeśli zaangażują się w nią środki przekazu. To bardzo ważne, aby zmniejszać liczbę zainteresowanych fałszowanymi lekami i zapobiegać w ten sposób poważnym zatruciom oraz komplikacjom.

Adres do korespondencji:

mgr Aleksandra Góra  
Katedra i Zakład Farmacji Fizycznej  
Wydziału Farmaceutycznego z Oddz.  
Medycyny Laboratoryjnej SUM  
41-200 Sosnowiec, ul. Jagiellońska 4  
tel. 602-876-169

## Piśmiennictwo:

1. Kołodziejska-Koza D. i wsp.: *Falszywe leki w miasteczku „czapce niewidce”*. Przemysł Farmaceutyczny, 2010 (5).
2. Serdela V., F. i wsp.: *Analysis of sibutramine metabolites as N-trifluoroacetamide and O-trimethylisyl derivatives by gas chromatography-mass spectrometry in urine*. J. Chromat. B. 877, (2009), 3003.
3. Von Haeling s., Lainscak M., Anker S.D.: *Sibutramine in cardiovascular disease: is SCOUT the new STORM on the horizon?* Eur. Heart J. 2007 (5). <http://eurheartj.oxfordjournals.org/content/early/2007/11/05/eurheartj.ehm493.full>.
4. Ulotka producenta leku zawierającego chlorowodorek sibutraminy, firmy Abbott Laboratories Poland. Aktualizacja 01.2009.
5. <http://sibutramine.com/poland/pl-pl>. Dostęp: 30.01.2010.
6. Torp-Pedersen C. i wsp.: *Cardiovascular responses to weight management and sibutramine in high-risk subjects: an analysis from the SCOUT trial*. Department of Cardiology, Bispebjerg University Hospital., Eur. Heart J., 2007, 28(23), 2830.
7. Bezpośredni komunikat skierowany do pracowników służby zdrowia dotyczący zawieszenia zezwolenia na dopuszczenie do obrotu sibutraminy. Abbott Laboratories Poland. 27.01.2010.
8. Komunikat firmy Abbott Laboratoris Poland o wycofaniu z obrotu chlorowodorku sibutraminy; <http://www.abbott.pl/> Dostęp: 20.10.2010.
9. <http://biznes.onet.pl/dziwne-leki-spoza-apteki,18573,3573204,2,prasa-detat>. Dostęp: 24.10.2010.
10. <http://www.fda.gov/Drugs/ResourcesForYou/Consumers/QuestionsAnswers/ucm136187.htm>. Dostęp: 24.10.2010.
11. Fijałek Z.: *Wybrane aspekty jakości produktów leczniczych i suplementów diety*. Narodowy Instytut Leków, czerwiec 2009 r.
12. Trzaska E., *Pułapki fałszywych leków*. Menager Apteki, 2007 (2).
13. <http://leki-informacje.pl/lek/epar/1147,sildenafilactavis.html>. Dostęp: 24.10.2010.
14. Bednarczyk R. i wsp. (red.): *Pharmindex Apteka 2010*. Wydawnictwo CMP Medica, 2010, p. 118, p. 668.
15. Mazurek A.: *Zagrożenia związane z obecnością na rynku leków sfalszowanych i sposoby przeciwdziałania przestępczości związanej z fałszowaniem leków*. III Dni Kryminalistyki Wydziału Prawa i Administracji Uniwersytetu Rzeszowskiego, 27-29.4.2009 r. w Rzeszowie.
16. *Ulotka producenta leku oryginalnego Viagra*. Pfizer Limited. Aktualizacja: 06. 2006r.
17. *Prioritized Elements for a Council of Europe Convention on the Protection of Public Health Against Pharmaceutical and Healthcare Product Crime*, European Committee on Crime Problems, Strasbourg, 30 March 2007, dane za stroną: <http://www.coe.int/cdcp>, stan na: 9.4.2009 r.

**Leki pochodzące z nielegalnych źródeł stanowią realne zagrożenie dla kupujących je pacjentów.**

# RESWERATROL

## – WSPANIAŁY DAR NATURY



*dr n. farm. Tadeusz BĄBELEK*

Wielkopolska Okręgowa Izba Aptekarska w Poznaniu

e-mail: prezes@woia.pl

*Podobnie jak witaminy, flawonoidy przyspieszają przebieg procesów biologicznych, pełniąc rolę przeciwutleniaczy. Niektóre z nich zwiększają zdolność określonych enzymów do przekształcania związków potencjalnie rakotwórczych w substancje nieszkodliwe. Z drugiej strony flawonoidy nie są w takim stopniu niezbędne do życia jak witaminy. Codzienne spożywanie pokarmów zawierających te związki zmniejsza ryzyko chorób, obniżając jednocześnie o kilka lat wiek biologiczny.*

Już 2500 lat temu Hipokrates, twórca zasad, które po dzień dzisiejszy rządzą medycyną, podkreślał wspaniałe właściwości lecznicze wina i oliwy z oliwek. Wiedza tego wielkiego uczonego, w przeciwieństwie do nowoczesnej medycyny opartej na osiągnięciach naukowych, bazowała na dowodach empirycznych.

Hipokrates nauczał na wyspie Kos, której kultura była kwintesencją kultury śródziemnomorskiej, dlatego podstawą większości swoich medykamentów uczynił główne składniki diety śródziemnomorskiej, mianowicie wino i oliwę. Jednak zasadność tej wielowiekowej tradycji stosowania wina i oliwy nie tylko jako produktów spożywczych, lecz tych, które charakteryzują wspaniałe działania lecznicze, poparta została dowodami naukowymi dopiero w końcu ostatniego tysiąclecia.

Określone grupy ludzi, jak np. Francuzi, Hiszpanie, Włosi czy Grecy, dzięki temu, że odżywiają się specyficznymi dla regionów, w których zamieszkują, produktami pochodzenia roślinnego, w porównaniu z Brytyjczykami czy Amerykanami charakteryzuje lepszy stan zdrowia i dłuższy czas życia. Poza wcześniej już dobrze zbadanymi i znanymi z ich dobroczynnego działania farmakologicznego kwasami omega-3-tłuszczowymi, za taki stan odpowiedzialne są substancje czynne pochodzenia roślinnego, należące do grupy określanej mianem związków flawonowych, nazywane także flawonoidami lub bioflawonoidami. Chemicznie są to związki fenolowe charakterystyczne dla roślin, zawierające dwa pierścienie benzenowe,

połączone fragmentem trójwęglowym, który może tworzyć dodatkowy pierścień z udziałem atomu tlenu. Dzięki takiej budowie chemicznej, flawonoidy zamiennie określa się również mianem polifenoli.

### DOBRODZYNNE FLAWONOIDY

Podobnie jak witaminy, flawonoidy przyspieszają przebieg procesów biologicznych, pełniąc rolę przeciwutleniaczy. Niektóre z nich zwiększają zdolność określonych enzymów do przekształcania związków potencjalnie rakotwórczych w substancje nieszkodliwe. Z drugiej strony flawonoidy nie są w takim stopniu niezbędne do życia jak witaminy. Codzienne spożywanie pokarmów zawierających te związki zmniejsza ryzyko chorób, obniżając jednocześnie o kilka lat wiek biologiczny.

W jakich pokarmach występują flawonoidy? Do najlepszych ich źródeł należą cebula, zielona herbata, żurawina błotna i sok żurawinowy, brokuły, seler, jabłko, winogrona, rodzynki, owoce morwy oraz zielone warzywa liściowe (im ciemniejsze, tym lepsze). Flawonoidy znajdują się także w truskawkach, pomidorach i przetworach pomidorowych oraz w papryce. Polifenole zawarte w surowcach i produktach roślinnych, takie jak oliwki (oleuropeina i hydroksykortyzol), pomidory (likopen), a przede wszystkim resweratrol, obecny w dużych ilościach w owocach czerwonych winogron oraz w czerwonym winie, wykazują pozytywny wpływ na ochronę systemu sercowo-naczyniowego, przemianę tłuszczową, przemianę cholesterolową. Związki te

zapobiegają chorobom nowotworowym, chorobom naczyniowym, procesom zapalnym, infekcjom wirusowym.

Dzięki licznym dobroczynnym właściwościom, wymienione substancje znajdują coraz szersze zastosowanie w profilaktyce chorób związanych ze starzeniem się organizmu oraz w leczeniu wielu chorób, w tym także nowotworowych. Warto zatem poznać podstawowe informacje o naturalnych źródłach tych związków oraz o mechanizmach ich oddziaływania na organizm człowieka. W artykule przedstawiam resweratrol – związek zidentyfikowany stosunkowo niedawno, choć efekty jego wspianiałego działania na organizm znane były ludziom od tysięcy lat.

## ŹRÓDŁA RESWERATROLU

W 1920 roku dr Johanna Brandt opisała, jak winogrona wyleczyły ją z choroby nowotworowej. Od tego czasu poznano wiele wspianiałych substancji zawartych w winogronach (także w winie), które powodują spadek poziomu cholesterolu, obniżają i redukują ryzyko wystąpienia chorób układu sercowo-naczyniowego oraz wykazują działania antyoksydacyjne. Jak się okazało później, ze skórek młodych, niedojrzałych czerwonych winogron wyizolowano niewielkie ilości związku, który nazwano resweratrole. Właśnie temu związkowi zawdzięczamy dobroczynne skutki działania czerwonych winogron, a przede wszystkim – czerwonego wina.

W ekstraktach z winogron obok resweratrolu zidentyfikowano także różne dimery, np.  $\epsilon$ -veniferynę i oligomery oraz metabolit resweratrolu – picetannol. Inne związki farmakologicznie czynne stwierdzane w ekstraktach z winogron to m.in. również należące do grupy flawonoidów proantocjanidyna i antocjan. Okazuje się, że wszystkie te związki wykazują znaczące, swoiste działanie biologiczne. Dlatego przyjmuje się, że za farmakologiczne działanie winogron i czerwonego wina odpowiadają, poza resweratrole, wszystkie pozostałe pochodne jego związki.

Niektóre wcześniejsze doniesienia sugerowały, że otoczki orzeszków ziemnych mogłyby być podobnym źródłem resweratrolu jak winogrona, ale do tej pory nie zostało to jednoznacznie potwierdzone.

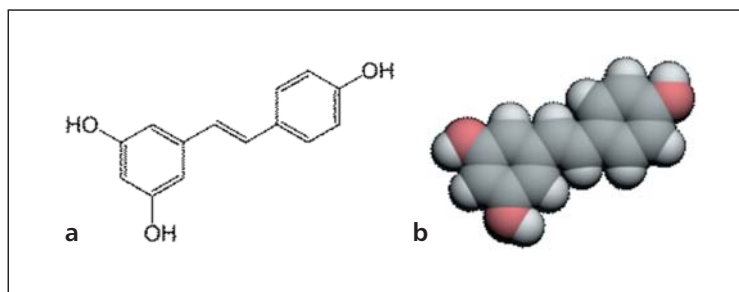
Innym źródłem, z którego w 1963 roku udało się wyizolować i zidentyfikować resweratrol, jest rdest japoński (*Polygonum cuspidatum*). Roślina ta była i nadal jest wykorzystywana w tradycyjnej medycynie japońskiej i chińskiej w leczeniu grzybic, stanów zapalnych skóry oraz w leczeniu chorób serca i naczyń krwionośnych. W ekstraktach z tej rośliny nie występują jednak pochodne resweratrolu (picetannol i  $\epsilon$ -veniferyna), a ich miejsce zajmuje grupa antraglikozydów (pochodzących z przemian metabolicznych w komórkach *Polygonum cuspidatum*), które – jak to udowodniono – długotrwale stosowane mogą działać szkodliwie na florę jelitową i przewód pokarmowy. Ostatnio nieznaczne ilości resweratrolu udało się znaleźć w niektórych gatunkach borówki brusznicy (*Vaccinium vitis-idaea*) i czarnych borówkach (*Vaccinium myrtillus*).

Dotychczas ustalono występowanie resweratrolu w ponad 70 roślinach. Najlepszym i najbogatszym jednak obecnie źródłem resweratrolu pozostaje skórka czerwonych winogron, gdzie jego stężenie waha się w zakresie 50-400  $\mu\text{g/g}$  świeżej masy. Stężenie w skórce (50-100  $\text{mg/g}$ ) jest dużo wyższe niż w miąższu. Wszystkie winogrona – czerwone, zielone i granatowoczarne – zawierają resweratrol w skórkach, jednak tylko w procesie produkcji czerwonego wina przechodzi on do tego produktu w znaczących ilościach, ponieważ podczas fermentacji sok z winogron pozostaje w kontakcie ze skórkami, czemu wino zawdzięcza swoją ciemną barwę. Stąd w czerwonym winie zawartość resweratrolu jest wysoka i wynosi 0,07-1,06  $\text{mg/l}$ , a w winie białym 0,011-0,547  $\text{mg/l}$ . Tak więc resweratrol znajduje się we wszystkich winogronach i w czerwonym winie. Mimo znacznych różnic w doniesieniach na temat zawartości resweratrolu w winie, z roku na rok maleje liczba zdań wykluczających, że odmładzający wpływ jednego kieliszka czerwonego

**W ekstraktach z winogron obok resweratrolu zidentyfikowano także różne dimery, np.  $\epsilon$ -veniferynę i oligomery oraz metabolit resweratrolu – picetannol. Inne związki farmakologicznie czynne stwierdzane w ekstraktach z winogron to m.in. również należące do grupy flawonoidów proantocjanidyna i antocjan. Okazuje się, że wszystkie te związki wykazują znaczące, swoiste działanie biologiczne.**







Rys. 1. Wzory chemiczny (a) i strukturalny (b) resweratrolu

- wina dziennie ma związek z tą właśnie substancją rys. 1.

### DZIAŁANIE RESWERATROLU NA ORGANIZM

Badania na zwierzętach wykazały, że resweratrol (chemicznie: 3,5,3'-trihydroksy-trans-stilben) zapobiega powstawaniu komórek rakowych, jak również hamuje rozwój już istniejącego ogniska. Warto dodać, że istnieje drugi związek w winogronach, który nazywa się również resweratrol (3,5,4'-trihydroksy-cis-stilben), ale ta odmiana cis nie jest tak bardzo aktywna, jak normalny resweratrol, czyli odmiana trans.

Trans-resweratrol hamuje wszystkie trzy etapy choroby nowotworowej poprzez:

- indukcję aktywności reduktazy chynowej – enzymu, który jest zdolny do detoksykacji czynników kancerogennych,
- hamowanie cyclooxygenaz – COX-1 i COX-2 (substancje powodujące produkcję prostaglandyn, które stymulują wzrost komórek rakowych),
- działanie immunosupresyjne,
- indukowanie czynników obniżających aktywność niespecyficznej esterazy kwasowej i wzmagających tworzenie się makrofagów.

Dzięki takiemu działaniu, a także z powodu wybiórczego hamowania apoptozy komórek nowotworowych, resweratrol znajduje szerokie zastosowanie w prewencji nowotworów jelit, piersi, prostaty, skóry i płuc.

Dodatkowo trans-resweratrol:

1. hamuje rozwój schorzeń i działa ochronnie na układ sercowo-naczyniowy,

- zapobiega zwapnieniu serca i naczyń (demencji starczej),
  - rozszerza naczynia krwionośne (obniża ciśnienie),
  - podwyższa stężenie cholesterolu HDL,
  - obniża stężenie cholesterolu LDL,
2. wykazuje działanie prewencyjne w wieku starszym:
    - zapobiega starzeniu się i zbyt wczesnemu obumieraniu komórek (zatrzymanie lub opóźnienie apoptozy komórkowej),
    - działa przeciw przedwczesnemu starzeniu (Anti-aging),
  3. działa przeciwzapalnie i przeciwwirusowo (hamowanie cyclooxygenazy COX-1 i COX-2),
  4. jest jednym z najsilniejszych antyutleniaczy (działa na rodniki zarówno w obecności tłuszczu, jak i w wodzie),
  5. w zależności od dawki wykazuje efekt działania podobny do estrogenów roślinnych.

Jego pozytywne oddziaływanie wzmacniają inne związki naturalnego pochodzenia, jak polifenole z oliwy z oliwek, np. proantocjanidyna i antocjan. Resweratrol jako składnik skórki winogron działa dla tej rośliny jako swoisty jej ochroniacz. Wykazano także, że w zielonych winogronach stężenia resweratrolu są dużo niższe niż w czerwonych. Stąd wniosek, że winorośle, szczególnie jego odmiany czerwone, produkują resweratrol jako substancję ochronną w odpowiedzi na podwyższone obciążenie w otoczeniu (podwyższony stres środowiskowy), powodowane przez:

- wzrost zawartości ozonu w powietrzu,
- podwyższony poziom promieniowania UV,
- inwazję insektów, grzybów czy pasożytów,
- wzrost zanieczyszczenia środowiska substancjami toksycznymi.

Dzięki tym właściwościom resweratrol zalicza się do grupy fitoaleksyn, związków syntetyzowanych przez rośliny w odpowiedzi na działanie środowiskowych czynników stresogennych. Resweratrol, ten drugorzęd-

ny składnik roślinny, okazuje się jednym z najsilniejszych naturalnego pochodzenia antyutleniających, a inaczej – wymiatających wolnych rodników. Dzięki tej wspaniałej możliwości resweratrol w środowisku, do którego zostanie wprowadzony, minimalizuje skutki stresu oksydacyjnego. Jest on antyoksydantem ambifilnym, jako że rozpuszcza się zarówno w tłuszczach, jak i w wodzie. W stanie surowym jego zasadnicze właściwości to działanie przeciwgrzybicze i przeciwwirusowe. Jednak dzięki odpowiedniemu procesowi wytlaczania czerwonych winogron, w którym zacier – brzczoła po zmacerowaniu skórki razem z miąższem pozostają około tygodnia w moszczu w stosunkowo niskiej temperaturze, dochodzi do znacznego zatężenia resweratrolu, a w efekcie – w porównaniu z białym winem – w czerwonym jest go 10 do 20 razy więcej.

Dodatkowo resweratrol wykazuje działanie przeciwzapalne. Wiadomo dzięki badaniom przeprowadzonym na analogach resweratrolu, że związki te wykazują 100% selektywne działanie, hamujące COX-2. Ponieważ stresse oksydacyjny i zapalny należą do najważniejszych podstawowych przyczyn licznych chorób, w tym także nowotworowych, substancja ta wydaje się bardzo ciekawa przede wszystkim w prewencji i medycynie przeciwstarzeniowej. Liczne naukowe opracowania wskazują pozytywny wpływ resweratrolu w arteriosklerozie *Atherosklerose*, *Arthritis* i wielu chorobach autoimmunologicznych.

Za pomocą modeli zwierzęcych i na kulturach komórkowych wykazano, że resweratrol zapobiega progresji nowotworowej. Stwierdzono, że związek ten hamuje aktywność białka NF-kappaB (NF-KB), które indukuje apoptozę – zaprogramowaną śmierć komórki. Wiadomo także, że resweratrol podwyższa czułość czynnika TNF- $\alpha$  (Tumornekroseczynnik- $\alpha$ ).

## CZERWONE WINO WYDŁUŻA ŻYCIE

Już od kilkunastu lat z naukowych doniesień dowiadujemy się o coraz to nowych, różnorodnych dobroczynnych działaniach

farmakologicznych resweratrolu. Zwłaszcza warto zwrócić uwagę na opublikowane w 1992 roku dane epidemiologiczne (Nancy-Studie), w których postanowiono zwrócić szczególną uwagę na związki polifenolowe, w tym przede wszystkim na resweratrol, kwercetynę i akutissiminę (akutissimin). Badania te opisują podstawową przyczynę, według której Francuzów, pomimo wysokiego poziomu spożycia związków zawierających nasycone kwasy tłuszczowe i nadużywania nikotyny, cechuje znacząco, bo o około 40%, niższy stopień zachorowalności na choroby układu sercowo-kръżeniowego. Wyniki tych badań pozwalają na stwierdzenie, że regularne spożywanie czerwonego wina przez Francuzów powoduje znaczne wydłużenie ich życia. Ten tzw. francuski paradoks, czyli zależność pomiędzy śmiertelnością spowodowaną chorobą wieńcową a spożyciem wina większym niż równowartość dziesięciu kalorii dziennie, przedstawia rys. 2.

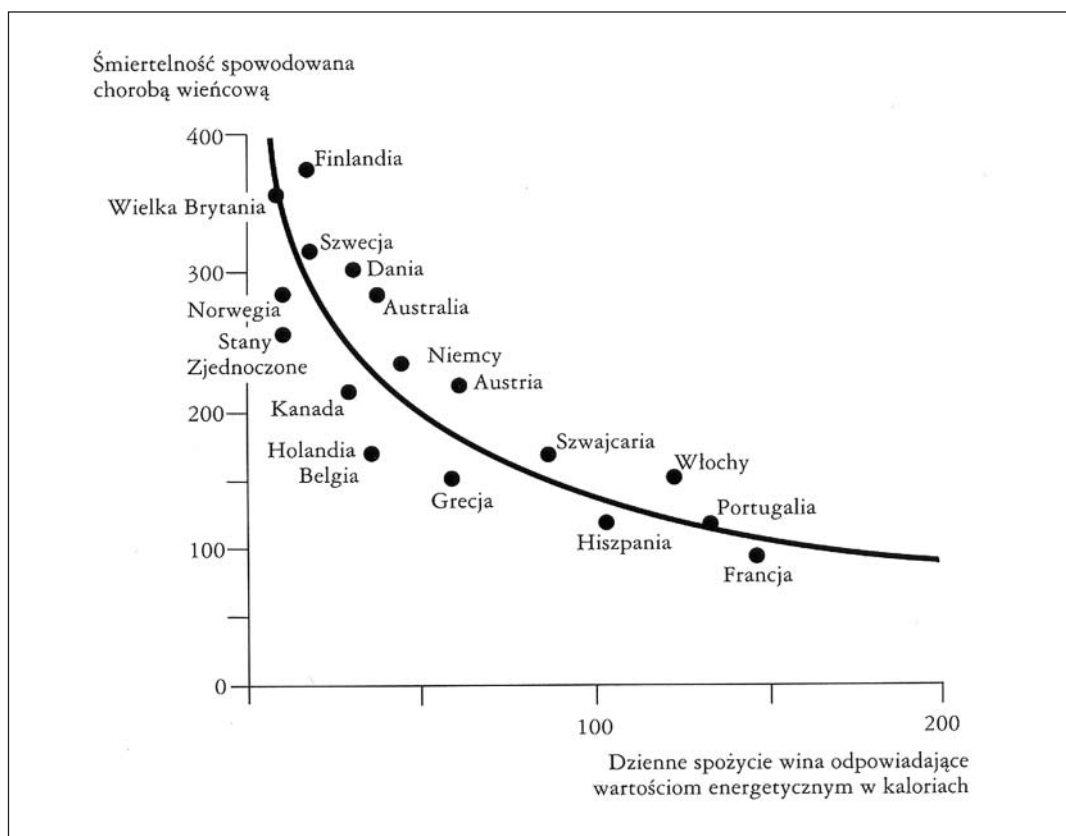
Zależność tę potwierdziły także wyniki kolejnych, zleconych przez Światową Organizację Zdrowia badań, które przeprowadzono w 41 miastach całego świata (dziesięciolecie badania MONICA). Na całym świecie wykazano znacznie obniżone ryzyko zachorowań na choroby układu sercowo-naczyniowego w krajach o średnim i wysokim stopniu spożycia czerwonego wina. Okazało się, że w USA oraz Kanadzie i Wielkiej Brytanii ryzyko wystąpienia zawału jest średnio 3 razy (mężczyźni) do 12 razy (kobiety) wyższe niż w „krajach wina”, jakim niewątpliwie jest Francja. Z kolei w krajach o dużym stopniu spożycia piwa odnotowano nieznaczną redukcję stopnia wystąpienia tegoż ryzyka, natomiast u osób w krajach o wysokim stopniu spożycia napojów wysokoalkoholowych znacznie podwyższony stopień ryzyka zawału.

*Względne ryzyko zgonów na skutek chorób wieńcowych i innych, w aspekcie spożycia napojów alkoholowych u 13285 osób pomiędzy 30. a 69. rokiem życia (przyjęty przedział ufności 95%).*

Biorąc za podstawę wyniki tych badań, WHO w swoim oficjalnym dokumencie

*Resweratrol w środowisku, do którego zostanie wprowadzony, minimalizuje skutki stresu oksydacyjnego. Jest on antyoksydantem ambifilnym, jako że rozpuszcza się zarówno w tłuszczach, jak i w wodzie. W stanie surowym jego zasadnicze właściwości to działanie przeciwgrzybicze i przeciwwirusowe.*





Rys. 2

zaleciła spożywanie dziennie w celach profilaktycznych kobietom 1 do 2 kieliszków, a mężczyznom 2 do 3 kieliszków czerwonego wina. Średnio w litrze dobrej jakości czerwonego wina, jak np. Amarone, Bordeaux czy Pinot noir, zawiera się od 0,4 do 2,0 mg trans-resweratrolu. Zawartość ta zależy od gatunku winorośli, położenia winnicy, sposobu obróbki winogron oraz przede wszystkim od warunków klimatycznych i może mieścić się w przedziale od 0,05 do 10 mg na litr czerwonego wina. Średnio przyjmuje się, że zawartość resweratrolu oscyluje na poziomie 1,0 mg w litrze czerwonego wina.

### WSPANIAŁY „ANTI-AGING-FACTOR”

Resweratrolowi, a dokładniej badaniom eksperymentalnym tego związku na modelach zwierzęcych, poświęcono szczególnie duże zainteresowanie latem 2003 roku na Uniwersytecie Harvarda. Wyniki tych badań są podstawą ogromnych nadziei, jakie

wiąże się z resweratrolu. Potwierdzono bowiem, że resweratrol to wspaniały czynnik przeciwdziałający starzeniu się organizmu człowieka, tzw. Anti-Aging-Factor. Wykazano, że pod wpływem resweratrolu czas życia muszki owocowej wydłuża się o 30%, a niektórych gatunków drożdży aż o około 60 do 80%. Zespół naukowców Harvardu pod kierownictwem Davida Sinclaira udowodnił, że resweratrol oddziałuje na układ enzymów związanych z funkcjonowaniem sirtuin, co – jak do tego czasu sądzono – następowało wyłącznie pod wpływem tzw. restrykcji kalorycznych. Znane bowiem jest już od pewnego czasu, a stwierdzone na podstawie badań na nicieniach, zjawisko uśpienia genów (*gen silencing*) pod wpływem znacząco obniżonego dopływu kalorii do komórek. Zmniejszona liczba kalorii ma znaczący wpływ na aktywność układu enzymatycznego sirtuin, które są bezpośrednio odpowiedzialne za inicjację procesu śmierci komórek.



Częstość spożycia	Spożywanie piwa	Spożywanie wina	Spożywanie alk. wysokoprocent.
<b>Śmiertelność z powodu choroby wieńcowej i zatoru mózgu</b>			
Nigdy	1,00 (względna wartość odniesienia)	1,00	1,00
Raz w miesiącu	0,79 (0,69 do 0,91)	0,69 (0,62 do 0,77)	0,95 (0,85 do 1,06)
Raz w tygodniu	0,87 (0,75 do 0,99)	0,53 (0,45 do 0,63)	1,08 (0,93 do 1,26)
Codziennie od 1 do 2 szklanek	0,79 (0,68 do 0,91)	<b>0,47 (0,35 do 0,62)</b>	1,16 (0,98 do 1,39)
Codziennie od 3 do 5 szklanek	0,72 (0,61 do 0,88)	<b>0,44 (0,24 do 0,80)</b>	1,35 (1,00 do 1,83)
<b>Inne przyczyny zgonów</b>			
Nigdy	1,00	1,00	1,00
Raz w miesiącu	0,82 (0,71 do 0,95)	0,86 (0,77 do 0,97)	0,80 (0,71 do 0,91)
Raz w tygodniu	1,02 (0,89 do 1,18)	0,80 (0,62 do 1,03)	0,81 (0,65 do 0,99)
Codziennie od 1 do 2 szklanek	0,96 (0,84 do 1,15)	<b>0,80 (0,62 do 1,03)</b>	0,81 (0,65 do 0,99)
Codziennie od 3 do 5 szklanek	1,22 (1,02 do 1,45)	<b>0,50 (0,27 do 0,91)</b>	1,36 (1,01 do 1,84)

W następstwie przejścia materiału genetycznego w stan spokoju (uśpienia) uzyskuje się wydłużenie czasu życia komórki. Inaczej proces ten określa się jako „wyciszenie genów”. W wyniku tegoż procesu komórki przechodzą w stan swoistego „spokoju”, a dodatkowo pod wpływem wzmacniającego działania resweratrolu na ich układ oddechowy ulegają one autonaprawie (autoregeneracji), co pośrednio podwyższa ich system autoimmunologiczny (działanie antykancerotwórcze). W tak swoście wzmocnionych komórkach zostaje zahamowany proces uszkodzania DNA i w efekcie tego powstrzymany proces starzenia się. Jednym zdaniem: sirtuiny wydłużają czas życia komórek, a przez to całego organizmu. W chwili obecnej już około 400 środków roślinnych regulujących ekspresję genów (z ang. *phytochemicals*) znajduje się na liście badań Narodowego Instytutu Raka (NCI) w Stanach Zjednoczonych, a wśród nich do najważniejszych należą genisteina z soi i EGCG (ester epigalokatechiny i kwasu galatowego) z zielonej herbaty, likopen z pomidorów oraz resweratrol z winogron.

Czeka nas jeszcze wiele badań i ciekawych wyników związanych z dobroczynnym działaniem resweratrolu, szczególnie w procesie przeciwdziałania starzeniu się komórek i całych organizmów. Z roku na rok dowiadujemy się coraz więcej i trudno jednoznacznie określić, jakie miejsce w pre-

wencji chorób nowotworowych czy przeciwdziałaniu starzeniu zajmie resweratrol.

Zarówno trans-resweratrol, jak i jego dimer (ε-veniferyna) oraz oligomery (związki powstające w wyniku połączeń z resweratrole) chemicznie są podobne do stilbeny. Z tego też powodu zalicza się je do grupy izoflawonów o właściwościach zbliżonych do hormonów (fitohormony). Słabe działanie estrogenne – porównywalne do tego, jakie wywołuje 40 mg typowego izoflawonowego fitohormonu o nazwie gansetyna – u człowieka powstaje jednak dopiero po zastosowaniu dawki odpowiadającej ok. 200 mg czystego resweratrolu.

### RESWERATROL PRZECIW... GRYPIE

Ostatnio włoscy naukowcy z Istituto Superiore di Sanita (ISS) opublikowali wyniki swoich badań, na podstawie których wykazali, że resweratrol wykazuje także działanie antywirusowe i dlatego w sposób naturalny zwalcza wirusa grypy. Naukowcy postulują, że wkrótce związek ten będzie miał znaczący udział w zwalczaniu grypy, w tym także wirusa ptasiej i świńskiej grypy. Badania w tym kierunku trwają i nabierają szczególnego znaczenia w związku z coraz bardziej realnym niebezpieczeństwem pandemii tej bardzo niebezpiecznej choroby.

Resweratrol dostarczany drogą pokarmową osiąga niewielkie stężenia we krwi

*Ostatnio włoscy naukowcy z Istituto Superiore di Sanita (ISS) opublikowali wyniki swoich badań, na podstawie których wykazali, że resweratrol wykazuje także działanie antywirusowe i dlatego w sposób naturalny zwalcza wirusa grypy. Naukowcy postulują, że wkrótce związek ten będzie miał znaczący udział w zwalczaniu grypy, w tym także wirusa ptasiej i świńskiej grypy.*



*Resweratrol charakteryzuje się wysoką trwałością, co pozostaje w sprzeczności z ogólnie panującym przekonaniem, że jest to związek niestabilny. Często z różnych powodów, a najczęściej ze względów marketingowych, podaje się, że jest to związek niezwykle lotny, wrażliwy, a przede wszystkim podatny na utlenianie. Nie jest to prawda.*

- i w różnych narządach, a mimo to wywiera istotny wpływ na ich funkcjonowanie. Resweratrol profilaktycznie stosuje się w dawkach od 5 do 10 mg dziennie, a leczniczo od 15 do 30 mg dziennie. Osoby o niskim stopniu krzepliwości krwi lub o niskim poziomie płytek krwi oraz po transfuzji winny stosować preparaty zawierające resweratrol wyłącznie pod kontrolą lekarską. Stwierdzono, że wysokie dawki doustne trans-resweratrolu (dla dorosłego człowieka 25 mg) są absorbowane tylko w 70%. Czas, w którym stężenie resweratrolu oraz jego aktywnych połączeń w osoczu spada o 50%, wynosi średnio 9 godzin. Tylko nieznaczna część związku w osoczu pozostaje niezmieniona. Dlatego sądzi się, że za wielokierunkowe pozytywne oddziaływania farmakologiczne odpowiada nie tylko sam resweratrol, ale także potencjalnie aktywne, częściowo do tej pory niezidentyfikowane metabolity. Jednym z produktów metabolizacji jest picetannol, który jest 1000 razy silniejszym antyutleniaczem od samego trans-resweratrolu. Resweratrol podany w czerwonym winie jest szybko dystrybuowany z krwią. Sugeruje się, że związek ten w jelicie jest sprzęgany z kwasem glukuronowym, dlatego większa część przyjętej doustnie dawki jest wydalana z moczem w postaci połączeń glukuronianowych, reszta w połączeniu z siarczanami, a śladowe ilości w postaci niezmienionej.

Resweratrol charakteryzuje się wysoką trwałością, co pozostaje w sprzeczności z ogólnie panującym przekonaniem, że jest to związek niestabilny. Często z różnych powodów, a najczęściej ze względów marketingowych, podaje się, że jest to związek niezwykle lotny, wrażliwy, a przede wszystkim podatny na utlenianie. Nie jest to prawda. Chemicznie jest to związek trwały; topnieje w temp. 260°C, a paruje przy 489°C. O trwałości resweratrolu może świadczyć fakt, że jego zawartość w winie, które przez 24 godziny gotowano w zamkniętym układzie, a następnie schłodzono, nie uległa zmianie. Tak więc w bardzo ekstremalnych warunkach, jakim niewątpliwie jest gotowanie w obecności tlenu i przy podwyższonym ciśnieniu, związek jest stabilny i nie ulega rozkładowi.

## WINO W PROFILAKTYCE GROŹNYCH CHOROŢ

Na zakończenie proponuję coś lżejszego. Jak z przytoczonych rozważań wynika, czerwone wino zawiera bardzo dużo flawonoidów, przechodzących doń ze skórki winogron podczas fermentacji. Pijąc je, mamy jednocześnie korzyść wynikającą z działania alkoholu na tętnice oraz z wpływu flawonoidów na układ odpornościowy. Z kolei białe wino daje tylko pierwszą z tych korzyści. Można to jednak zmienić, poprawiając zarazem jego wygląd i smak. W tym celu należy opłukać kilka winogron dowolnego koloru i zamrozić je. Przy najbliższej okazji, gdy chcemy wypić lampkę białego wina, wrzucamy do niego jedno lub dwa winogrona wyjęte z lodówki. Wygląda to wspaniale, smakuje znakomicie, a jednocześnie flawonoidy zawarte w winogronowej skórce działają odmładzająco.

Wszystkie wina najlepiej przechowują się w temperaturze 13°C. Uważa się, że niektóre wina czerwone najlepiej smakują w temperaturze pokojowej, wina białe mają jednak lepszy smak w temperaturze 4,5°-7,2°. Dodatek jednego lub dwóch mrożonych winogron do 60-120 g białego wina ma nie tylko działanie odmładzające, lecz także obniża jego temperaturę do takiej, w której ma ono optymalny smak i bukiet.

Jak się okazuje, być może wypicie kilku szklanek czerwonego winna jest najprostszym skutecznym sposobem zapobiegania czy zwalczania przez organizm człowieka wielu groźnych chorób. Ze swojej strony nie widzę nic złego w tym, by tak wspaniałą profilaktykę zacząć już od dzisiaj, do czego zachęcam i gorąco namawiam.

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Tadeusz Bębelek  
Prezes WOIA  
60-273 Poznań  
ul. M. Palacza 87  
tel. 61 861 96 93

Piśmiennictwo u Autora

# GRZYBIENIE BIAŁE

## SYMBOL KOJĄCEJ MOCY ROŚLIN

*dr n. farm. Jerzy JAMBOR*

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



Widok unoszących się na wodzie pięknych białych kwiatów działa kojąco. Poprawia nastrój i nastawienie do świata, pozwala odprężyć się, zrelaksować, poczuć lepiej. Kwiaty grzybienia mają swoisty i niepowtarzalny urok.

Problem w tym, że obecnie grzybienie białe są bardziej symbolem kojącej mocy roślin leczniczych niż surowcem farmaceutycznym, gdyż roślina ta nie występuje już tak masowo jak kiedyś, co wiąże się przede wszystkim z zanieczyszczeniem środowiska. Grzybienie białe przestały być pospolitą rośliną jezior i stawów, są objęte ochroną całkowitą.

Jeszcze w latach osiemdziesiątych na polskim rynku farmaceutycznym dostępny był inkrakt grzybieniu (Inkractum *Nymphaeae*), lek stosowany w stanach pobudzenia nerwowego. Przez wielu lekarzy był uważany za skuteczny środek hamujący popęd płciowy. Niestety, bardzo poważne problemy związane z pozyskaniem surowca do produkcji inkraktu grzybieniu spowodowały, że zaniechano jego produkcji. Szkoda, bo do tej pory nie opracowano jeszcze żadnego leku roślinnego o działaniu uspokajającym, który pod względem skuteczności dorównywałby wyciągowi ze świeżych kwiatów grzybienia.

Prawidłowa polska nazwa botaniczna tej rośliny to grzybienie białe. Tak ustalili botanicy. Powszechnie używana nazwa grzybień biały (występująca w wielu podręcznikach zielarstwa) jest nazwą błędną. Roślina ta nazywana jest też lilią wodną, nenufa-

rem lub mamałuchą. Grzybienie białe (*Nymphaea alba*) są gatunkiem należącym do rodziny grzybieniuowatych (*Nymphaeaceae*). Jest to rodzina licząca około 60 gatunków, zamieszkujących zbiorniki wodne całego świata. Kłacza przedstawicieli tej grupy roślin zakorzeniają się w dnie zbiornika wodnego, zaś liście i kwiaty sięgają powierzchni wody. Rosną przeważnie gromadnie. Do rodziny grzybieniuowatych, poza grzybieniami białymi, należą też inne piękne i powszechnie znane rośliny naszych wód – grzybienie północne, grążel żółty i grążel drobny oraz szereg wspaniałych gatunków egzotycznych. Na uwagę zasługuje tu słynna wiktoria (*Victoria regia*) z dorzecza Amazonki o olbrzymich, do 2 m średnicy, kolistych pływających liściach i ozdobnych kwiatach sięgających 40 cm średnicy.

Bliskim krewnym grzybienia jest lotos egipski (*Nymphaea lotus*), roślina wodna występująca w Afryce i południowo-wschodniej Azji. Kwiat lotosu uważany jest za jeden z najpiękniejszych w świecie. Gatunek ten należy też do cennych roślin leczniczych. Żaden inny kwiat nie był tak czczony jak kwiat lotosu: w starożytnym Egipcie był symbolem stworzenia świata, odgrywał dużą rolę w architekturze i ornamentyce świątyń. Również hinduizm i buddyzm traktują ten kwiat jako ważny symbol religijny. W islamie lotos jest kwiatem, który rośnie w siódmym niebie po prawicy Boga. Kwiat lotosu był też kwiatem pierwszych chrześcijan. Sztuka starożytnych chrześcijan pozostając





- ▶ pod silnym wpływem Egiptu traktowała ten kwiat jako symbol raju. Lotos rozwijający się w mule, pod błotnistą wodą symbolizował życie ziemskie, zaś wspaniały kwiat rozkwitający tuż nad wodą był symbolem wiecznego życia w raju.

Grzybienie białe wykorzystywano leczniczo od dawna. Różne części tej rośliny stosowano w bardzo różnych schorzeniach. Kłącze było powszechnie stosowanym środkiem ściągającym i przeciwbiegunkowym. Miało to swoje uzasadnienie, gdyż surowiec ten zawiera znaczne ilości garbników. Odwary z kłącza lub sproszkowane suszone kłącze stosowano w medycynie wielu krajów świata. Nalewkę z kłącza stosowano też przy bólach reumatycznych, a czasami nawet jako środek uspokajający. Świeże liście w postaci okładów były środkiem stosowanym w bólach głowy oraz jako środek przeciwgorączkowy. Jak pisał

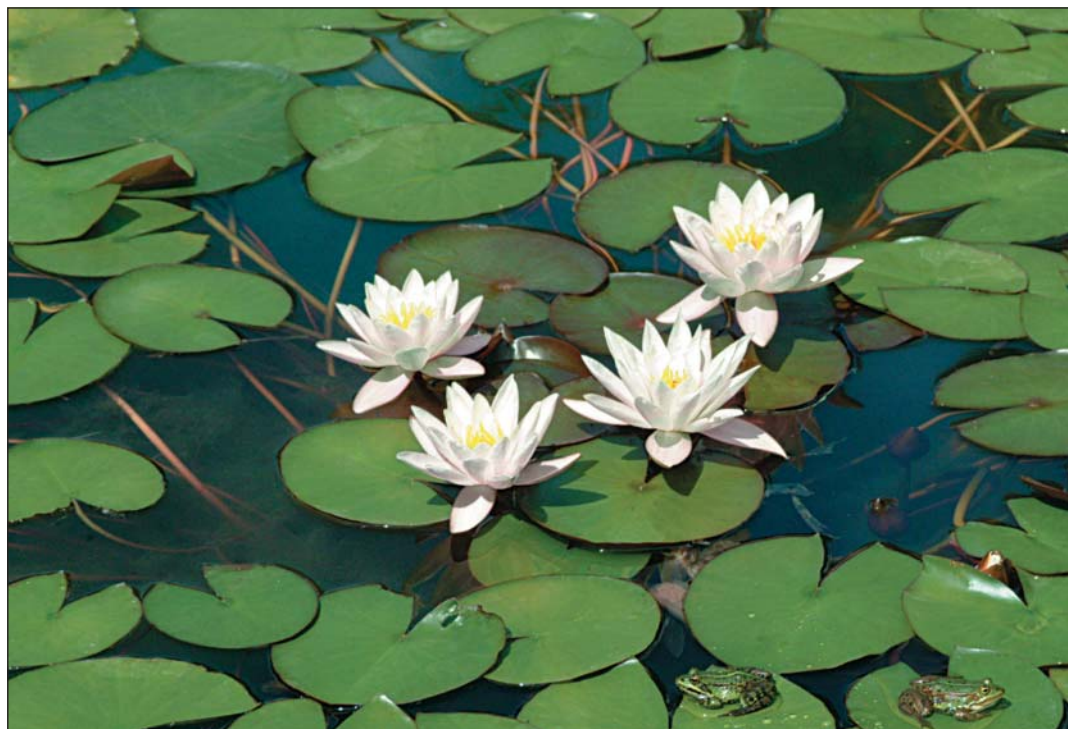
ksiądz Krzysztof Kluk w swoim „Dykcjonarzu roślinnym”: „liście przyłożone na rozpaloną głowę, gorączkę wyciągają”. Odwary z nasion stosowano przy nerwicach serca. Najważniejszy był jednak zawsze kwiat grzybienia. Nalewka lub intrakt z kwiatu miały zastosowanie jako bardzo skuteczne środki uspokajające, nasenne i przeciwskurczowe. Były też jednym z najczęściej stosowanych leków roślinnych w nadmiernej pobudliwości seksualnej.

Grzybienie białe to bardzo polskie rośliny lecznicze. Nie tylko dlatego, że są ozdobą rodzimych jezior i stawów (to przecież Mickiewiczowskie „lilie jezior”), ale przede wszystkim dlatego, że badania fitochemiczne i farmakologiczne tej rośliny były zawsze polską specjalnością. W okresie międzywojennym wielkie osiągnięcia w badaniach nad alkaloidami grzybieni były dziełem prof. Osmana Achmatowicza, natomiast jednoznaczne ustalenie aktywności farmakologicznej tych związków to zasługa prof. Jerzego Modrakowskiego. Wykonane przez polskich uczonych badania stały się podstawą do uznania wytwarzanych w tym czasie preparatów leczniczych z grzybieni za preparaty działające na ośrodkowy układ nerwowy. Potwierdzały też zasadność ich stosowania jako leków uspokajających i ułatwiających zasypianie. W latach 60. badaniem alkaloidów grzybieni zajmowała się prof. Mirosława Furmanowa. Wyniki tych badań pozwoliły lepiej poznać specyfikę alkaloidów zawartych w tej niezwykłej roślinie – alkaloidów seskwiterpenowych, rzadko występujących w świecie roślinnym.

Badania fitochemiczne grzybieni białych były też przedmiotem mojej pracy doktorskiej. Ze świeżych kwiatów wyodrębniłem i zidentyfikowałem wiele nowych, wcześniej nie poznanych w tym gatunku flawonoidów. Bardzo interesujące okazały się metoksypochodne flawonoidów. Zajmowałem się również kwasami fenolowymi, triterpenami, sterolami oraz alkaloidami. Najwięcej czasu poświęciłem jednak flawonoidom. W świetle licznych publikacji na temat biologicznej aktywności tych zwią-



© Jadwiga Szymańska



© Ze zbiorów własnych Phytopharm Kłęka SA

ków uznałem je za terapeutycznie istotne. Ponadto pracę wykonywałem pod kierunkiem prof. Lutosławy Skrzypczak – wybitnej znawczyni związków polifenolowych, szczególnie flawonoidów, dlatego też w centrum mojego zainteresowania były właśnie te związki wtórne. W ramach pracy doktorskiej zajmowałem się również badaniami farmakologicznymi. W Zakładzie Farmakologii Instytutu Roślin i Przetworów Zielarskich w Poznaniu przebadano różne frakcje i intrakty, które wcześniej otrzymałem z grzybieni białych. Badania prowadzono dwiema standardowymi metodami: kontrolowano ruchliwość spontaniczną szczurów przy użyciu aktynometru oraz badano orientację tych zwierząt w labiryncie. Oceny wyników dokonano w oparciu o kryteria stosowane w badaniach farmakologicznych roślinnych preparatów o działaniu uspokajającym. Korzystano tu z pomocy prof. Aleksandra Mroziakiewicza, znakomitego fitofarmakologa, obecnego prezesa Polskiego Towarzystwa Farmakologii Klinicznej i Terapii. Przeprowadzone badania wykazały, że najwyższą aktywnością charakteryzuje się intrakt

otrzymany z kwiatów, a nie np. frakcja alkaloidowa. Potwierdza to spotykane w literaturze sugestie dotyczące często korzystniejszego działania preparatów stanowiących pewien kompleks substancji czynnych niż wyizolowanych frakcji bądź czystych związków.

Porównując uzyskane wyniki z wcześniejszymi pracami mającymi na celu ocenę aktywności farmakologicznej różnych leków roślinnych o działaniu uspokajającym, zauważono, że intrakt z kwiatów grzybieni białych jest znacznie silniejszym środkiem niż powszechnie stosowane w leczeniu preparaty, jak np. „Krople walerianowe” i „Nervosol”.

Adres do korespondencji:

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

# PROBLEM NIE TYLKO MĘSKI

***Bogdan OSTROWSKI***

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

Zdrowie seksualne to integracja biologicznych, emocjonalnych, intelektualnych i społecznych aspektów życia seksualnego, koniecznych do pozytywnego rozwoju osobowości, komunikacji i miłości. Nie wpływa na nie korzystnie stres czy intensywny tryb życia, człowiek to przecież psychika i ciało stanowiące całość. Tymczasem w Polsce utarło się przekonanie, że głównym atrybutem „prawdziwego faceta”, decydującym o jego męskości, bez względu na wiek, jest wzwód. Niemożność sprostania temu wyzwaniu sprawia, że coraz więcej mężczyzn, zwłaszcza młodych, u których występują chwilowe problemy z erekcją, wpędza się w coraz głębszą frustrację, co z kolei prowadzić może do poważniejszych zaburzeń. Dlatego tak ważne jest szerokie edukowanie na temat zdrowia seksualnego i nauczanie mężczyzn metod dbania o nie, gdyż skala zjawiska związanego z zaburzeniem erekcji jest coraz większa.

Kłopoty z potencją dotyczą mężczyzn w każdym wieku. Wszechobecny stereotyp partnera, który zawsze powinien stanąć na wysokości zadania, wcale nie wpływa pozytywnie na stan zdrowia seksualnego, które wymaga szczególnej delikatności i odpowiedniej pielęgnacji.

Problem z erekcją dotyka ok. 150 milionów mężczyzn na świecie, 35 milionów mężczyzn w Europie, z tego 3,5 miliona w Polsce. Niestety, aż 90% Polaków nie leczy się z powodu tej dolegliwości.

Przyczyny pierwszych problemów z potencją bywają nieraz prozaiczne: intensywny tryb życia, przepracowanie, stres i ciągła presja czasu – wszystko to może utrudniać odbycie satysfakcjonującego stosunku, niezależnie od wieku mężczyzny. W każdym przypadku – zdaniem prof. **Zbigniewa Izdebskiego**, seksuologa, pedagoga, doradcy rodzinnego, zaliczanego do międzynarodowych autoritetów w zakresie pedagogiki seksualnej (jest dziekanem Wydziału Pedagogiki, Socjologii i Nauk o Zdrowiu na Uniwersytecie Zielonogórskim oraz kieruje Zakładem Poradnictwa i Seksuologii tej uczelni, pracownikiem naukowym w Zakładzie Biomedycznych i Psychologicznych Podstaw Edukacji Uniwersytetu Warszawskiego, a także Instytutu Psychologii Klinicznej, Szkoły Wyższej Psychologii Społecznej w Warszawie, współpracownikiem Instytutu Kinsey’a do Badań nad Seksem, Płcią i Reprodukcją Uniwersytetu Indiana w USA) – należy przede wszystkim zająć się sobą i na każdym eta-

pie życia odpowiednio wspierać swój organizm, stosując środki adekwatne do problemu.

## KONTEKST BIOPSYCHOSPOŁECZNY ED

Pierwszy problem z potencją to zaburzenie erekcji (*Erectile Dysfunction* – ED) definiowane jako stała niezdolność do osiągnięcia i utrzymania wzwodu prącia, pozwalającego na odbycie stosunku seksualnego. Wzwód jest dynamicznym procesem naczyniowym, który obejmuje zwiększenie dopływu krwi tętniczej do członka, wypełnienie go krwią i zmniejszenie odpływu żylnego z członka. Zwiększony napływ krwi powoduje rozkurcz mięśni. Za główny mediator wzwodu prącia uznaje się tlenek azotu (NO). WHO częstość występowania ED w grupie wiekowej mężczyzn 40-70 lat w populacji światowej ocenia na około 50%.

Zachowanie mężczyzn, gdy pojawiają się pierwsze problemy z erekcją, bywa irracjonalne: zaprzeczanie istnieniu problemu, lekceważenie go, unikanie stosunków płciowych. Częstość zbliżeń z partnerką spada czasem do zera, pojawiają się pierwsze uniki: mężczyzna idzie spać później (lub wcześniej) niż partnerka, nagle przybywa mu pilnej pracy.



Pogłębia się frustracja – jest w gorszym nastroju, podenerwowany. Partnerka, która najczęściej funkcjonuje jak bardzo czuły barometr, wyczuwa fałsz zachowania. Również po jej stronie narasta frustracja, rodzą się podejrzenia, niepotrzebne pytania: czy on mnie jeszcze kocha, czy wciąż mu się podobam, a może on ma romans?

Konsekwencją zaburzeń seksualnych u mężczyzn z zaburzeniami erekcji jest obniżona jakość życia, co ma negatywny wpływ na całokształt związku. Cierpienie psychiczne spowodowane zaburzeniami erekcji może być dotkliwsze niż problemy fizyczne związane z przewlekłą chorobą.

Analizy przeprowadzone w 2005 roku przez Z. Izdebskiego porównujące dwie grupy mężczyzn w wieku 15-49 lat z problemami z erekcją i niemających takich problemów, pokazują, że mężczyźni z problemami z erekcją niżej niż mężczyźni niemający problemów oceniają zadowolenie z życia seksualnego, relacje z partnerką, pewność, że mogą osiągnąć i utrzymać erekcję. Mężczyźni z problemami z erekcją częściej niż mężczyźni niemający problemów szukają informacji o seksie w internecie, oglądają materiały pornograficzne, deklarują, że kiedykolwiek palili marihuanę (haszysz), zażywali amfetaminę, halucynogeny, LSD, extasy, środki wziewne. Częściej boją się oceny ich sprawności seksualnej przez partnerkę, że nie sprawdzą się w seksie, mają poczucie grzechu, deklarują aktywność masturbacyjną, podają

wyższą średnią liczbę partnerów seksualnych, współżyją tylko wtedy, gdy są sami w domu lub po alkoholu, częściej zdradzili partnerkę, wielokrotnie odczuwają napięcie seksualne.

## ROLA KOBIETY – PARTNERKI

W sytuacjach, gdy pojawiają się pierwsze kłopoty z erekcją, niezwykle ważna jest rola kobiety – partnerki. Mężczyzna oczekuje od niej wiedzy, empatii, neutralnego wsparcia. Tymczasem kobiety unikają rozmów lub udają, że problem nie istnieje – zmieniają relację, nie motywują do poszukiwania czy rozwiązania problemu, stają się „opiekunkami”, często zastępują rozmowę zakupem jakiegoś preparatu. Bywa też tak, że partnerka, dając wyraz swej bezsilności, zaczyna atakować: ośmiesza mężczyznę, porównuje go z innymi, zmienia relację. W związkach charakteryzujących się dobrymi relacjami obie strony dbają o siebie; bardzo ważną rolę odgrywa tu proces komunikowania i miłości. Ale to nie na barkach kobiety spoczywa znalezienie wyjścia z sytuacji. – Jasne, w niektórych związkach jest tak, że to ona na Mikołaja idzie mu kupić Liderin – jest to zupełnie naturalne – mówi prof. Izdebski – ale pamiętajmy, że dotyczy to związków nielicznych. Raczej mężczyzna ma w takiej sytuacji jeszcze większe poczucie niedowartościowania. Chodzi o to, żebyśmy nie unikali problemu, ale jednocześnie mieli świadomość, na jakim etapie jest nasz związek – o czym rozmawiamy, a co lepiej omijać, by nie urazić drugiej strony.

Dajmy mężczyźnie prawo, jeśli chce, do zachowania dyskrecji – dodaje.

## LIDERIN® – NOWY GRACZ NA RYNKU

Konsekwencją kłopotów na tle seksualnym u mężczyzn z zaburzeniami erekcji jest obniżona jakość życia, co ma negatywny wpływ na całokształt związku. Cierpienie psychiczne spowodowane zaburzeniami erekcji może być dotkliwsze niż problemy fizyczne związane z przewlekłą chorobą.

Pierwszą pomocą w takich przypadkach może być sięgnięcie po suplement diety, którego naturalne składniki polepszają jakość życia seksualnego, mogą wpłynąć na wydłużenie czasu trwania stosunku oraz zwiększenie siły erekcji: szybkie wsparcie, aby seks był udany. Jednym z takich preparatów jest, wchodzący właśnie na rynek Liderin®, który zwiększa zdolność mężczyzny do uzyskania i utrzymania erekcji.

Tabletki Liderin® zawierają unikatowe, naturalne substancje: L-argininę i Pycnogenol® (Pinus Pinaster, pozyskiwany z kory sosny nadmorskiej), stymulujące intensywność doznań podczas stosunku seksualnego oraz poprawiające jego jakość. Kompozycja tych aktywnych składników została opatentowana w Stanach Zjednoczonych. Trzy tabletki zażyte przynajmniej godzinę przed stosunkiem wydłużają jego czas i zwiększają siłę erekcji. L-arginina przyczynia się do wywołania i poprawy erekcji, jest prekursorem tlenu azotu – cząsteczki, która odgrywa kluczową

► rolę w regulacji krążenia krwi poprzez jej wpływ na naczynia krwionośne. Pycnogenol®, poprzez zwiększenie przepuszczalności naczyń włosowatych, ma wpływ na poprawę mikrokrążenia.

Dostarczając przeciwutleniaczy, preparat wspomaga ochronę naczyń krwionośnych przed uszkodzeniami następującymi w wyniku ataku wolnych rodników powstających na skutek stresu. Kombinacja obu składników zwiększa przepływ krwi w naczyniach, co w konsekwencji prowadzi m.in. do wzrostu potencji i erekcji penisa u mężczyzn. Wzmaga też reakcję na bodźce, dodając seksualnego wigoru i zwiększając przyjemność z odczuwanych doznań.

Liderin® podnosi sprawność seksualną, przywraca pewność siebie oraz pomaga odzyskać przyjemność i satysfakcję z udanych kontaktów intymnych. Przeznaczony jest dla mężczyzn, którzy prowadzą intensywny tryb życia, są prze-

pracowani, żyją pod presją czasu, co uniemożliwia im odbycie satysfakcjonującego stosunku seksualnego, potrzebują szybkiego wsparcia, aby odbyć udany stosunek płciowy.

### **ROLA LEKARZA SPECJALISTY W ROZWIĄZYWANIU PROBLEMU**

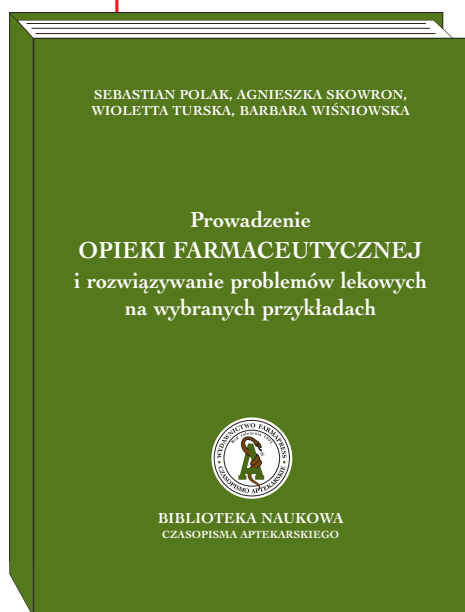
Z badań Z. Izdebskiego wynika, że blisko 60% badanych mężczyzn nic nie zrobiło w związku z wystąpieniem u nich problemu seksualnego, a 92% Polaków w grupie wiekowej 15-49 lat w ogóle unika konsultacji z fachowcami (lekarzami, psychologami, psychiatrami). 71% badanych uważa, że ich problemy nie były poważne i nie wymagały konsultacji ze strony specjalistów.

Wniosek tymczasem jest aż nazbyt oczywisty: przyczyn pierwszych problemów z potencją jest wiele, można starać się im zapobiegać, przede wszystkim dbając o siebie, i na

każdym etapie życia odpowiednio wspierać swój organizm. Trzeba jasno postawić problem i szukać rozwiązania adekwatnego do problemu. Pierwszą pomocą może być sięgnięcie po suplement diety, którego naturalne składniki polepszą jakość życia seksualnego, mogą wpłynąć na wydłużenie czasu trwania stosunku oraz zwiększenie siły erekcji. Czasem, oczywiście, potrzebna jest wizyta u specjalisty, ale warto najpierw zastosować profilaktykę. Jeżeli o problemie nie będziemy rozmawiali, nie przyznamy sami przed sobą, że on istnieje – nadal będzie tak, jak mówi prof. Izdebski: – To, co Polakom najlepiej w seksie wychodzi, to opowiadanie o nim dowcipów.

Adres do korespondencji:

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



Szanowni Czytelnicy,

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

Cena książki (wraz z kosztem wysyłki):

**dla prenumeratorów**  
**od 1 stycznia 2011 r. – 45 zł,**  
**dla nieprenumeratorów 85 zł**

Wpłacając kwotę na konto  
13 1130 1017 0200 0000 0005 1195  
należy podać wszystkie dane niezbędne do wystawienia faktury VAT

# SPOTKANIA Z ANGIELSKIM CZ. IX

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

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

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

1. parallel import 2. import destination
3. mutual recognition procedure 4. material safety data sheet (MSDS) 5. summary of product characteristics (SmPC)

- A. recognition of the medicinal product by the concerned country basing on the marketing authorisation (authorization) of that product in the reference country
- B. supplying a medicine which is non-registered in the country of the importer, submitted according to the procedure established by the Minister of Health and intended to be used under direct responsibility of the doctor
- C. a non-counterfeit\* import of a medicinal product from another country, without the permission of the intellectual property owner
- D. a document delivering the basic information on a medicinal product, such as therapeutic indications, dosage and administration ways, special cautions and warnings, interactions with other drugs, adverse effects, pharmacological and pharmaceutical properties, etc.
- E. a form containing data regarding the properties of a particular substance, as well as instructions for the safe use and potential hazards\* associated with a particular product

\* counterfeit – fake, falsified

\* hazard – danger

## II. English understanding

Cosmas and Damian

Throughout the ages, aligned to the very fabric of pharmaceutical history, two silhouettes have stood without fail, as sentries\* and guardians of the practice to this very day. The legend of Cosmas and Damian – physician and apothecary brothers, spoon and medicine chest in hand – is a legend which, since ancient times, has retained close connections to medical and pharmaceutical tradition. There have, thus far, been three renowned\*\* pairs of brothers (usually described as twins) bearing those very names. The lives of each pair share numerous similarities, and each of them are often referred to with the title bestowed\*\*\* upon them of “Unmercenary Physicians”. The brothers received the aforementioned title due to their principle of providing medical care and treatment to anyone in need, but staunchly\*\*\*\* refusing to ever accept any kind of recompense or payment for their services. According to one variation of the legend, one of the brothers even refused to speak to the other for a time, after the latter agreed to accept an apple for payment, from someone he had treated (though many sources indicate that, instead of an apple, it was three eggs – and that the brother accepted them as they were given to symbolically honour the Holy Trinity.) Cosmas and Damian were practitioners of what was strictly scientific medicine in their day; they seem to have steered clear of the non-scientific “alternative treatments”. An image regarding Cosmas and Damian, extremely popular in paintings and artistic depictions\*\*\*\*\*, is a scene of the two



- brothers performing the often-described miraculous surgery of grafting\*\*\*\*\* a deceased Ethiopian's leg onto a patient who lost his own leg due to ulcers. One Cosmas and Damian pair were eventually arrested by the Imperial authorities and finally executed for their Christian beliefs. Since then they have been recognized by most Christian churches as martyrs. Another pair of the brothers were said to have died peacefully. The third pair of Cosmas and Damian brothers are believed to have been killed by a jealous physician, who was deeply envious of them. This is said to have taken place nearby the city gates of ancient Rome. Even as yesterday fades into the present, the lives of Cosmas and Damian – in legend and in legacy – have remained ingrained\*\*\*\*\* and left an indelible\*\*\*\*\* mark upon the world of medicine and pharmacy. It is not likely that their names shall be forgotten anytime soon.

\* sentry – guardian, guard, \*\* renowned – famous, well-known, \*\*\* bestowed – pl. nadany, \*\*\*\* staunchly – steadfastly, pl. mocno, niezachwianie, \*\*\*\*\* depiction – pl. przedstawienie na obrazie, \*\*\*\*\* graft – pl. przeszczep, \*\*\*\*\* ingrained – pl. wrośnięty, \*\*\*\*\* indelible – irremovable, pl. niezatarty

1. "Aligned", in other words, means:
  - a. parallel with
  - b. along with
  - c. attached to
  - d. independently from
  - e. correct answers are a and b (however, in certain cases, "c" could also be taken into account)
2. "Thus far" means the same as:
  - a. so far
  - b. until now
  - c. probably
  - d. more or less
  - e. albeit\*
  - f. a and b are correct

\*albeit – pl. aczkolwiek

3. According to the legend, did Cosmas and Damian ever take money for their services?
  - a. there's no trace of that in the legend
  - b. one of them did so, but only three times
  - c. no, except for one case mentioned in one of the versions, in which one of the brothers did so
  - d. they had never taken money for their services
4. Which word is closest in meaning to "unmercenary"?
  - a. merciful
  - b. voluntary
  - c. charitable
  - d. amateur
5. "Aforementioned" means the same as:
  - a. mentioned before
  - b. mentioned above
  - c. mentioned previously
  - d. mentioned earlier
  - e. all answers above are correct
6. Where did Cosmas and Damian find the "prosthesis" of the leg for the man who had lost his own?
  - a. they deprived the Ethiopian man from his leg
  - b. they invented a miraculous artificial limb
  - c. one of them probably donated his own limb
  - d. they used the dead Ethiopian's leg
7. Were both brothers in their practice closer to modern physicians, or to shamans?
  - a. they were a combination of both, since the medicine those days had adopted different currents
  - b. nowadays, we'd call them shamans
  - c. in their practice, they avoided non-scientific methods; so, definitely they were closer to modern doctors
  - d. they were a type of experimenting scholars, not particularly practitioners – they were closer to neither of the terms

8. What happened to the third pair of brothers?
  - a. they were killed for certain by an envious doctor
  - b. they for certain died naturally
  - c. they probably died in a natural way
  - d. they probably got killed by an envious doctor

### III. Grammar

Fill in the gaps in the sentences given below, choosing from the words *in italics*. Some of them can be used more than once or sometimes more than one word can be correct.

*none, neither, either, both, all, each, every*

1. .... drugstore-practicing pharmacist should be a combination of....., a medicine person and a psychologist.
2. Today I've already filled in two scripts for Prozac, but..... had the correct personal data. That's odd.
3. You can't really count on some deliverers today..... they deliver too late, or they deliver more or less than you actually ordered.
4. A superficial knowledge is not good in this profession. You've got to know..... single detail in..... possible fields of....., medicine and pharmacy.
5. "Don't you think that's strange,..... of the patients visiting us today have smiled at us? They..... looked..... angry or frustrated, or....."
6. "Let's form groups in two's..... group would have to conduct the same lab experiment. Just remember and don't cheat -..... person, in..... group, has to equally participate in this!..... of you, guys, roll up your sleeves and carry on!"

### IV. Phrasal verbs

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

1. Why don't you *stop talking*? I promised I'd get you those jellies with vitamins, but the line in the drugstore is quite long, as you can see. (shut down)
2. It seems we *haven't let* the deliverer *get inside* today. I even heard someone ringing the door but was too busy myself to open, so he finally left. (shut off)
3. I'm really concerned whether that new apprentice didn't get *locked*. She left for the bathroom something like twenty minutes ago and hasn't got/gotten back, yet. (close down)
4. We've got to do something with that big poster on the right window. It completely covers the view of the street. (shut away)
5. Do you know what happened with that drugstore round the corner? It looks like they *finished with the business*. (shut up)
6. Many people complain that with these new shades\* we always look as though we were *closed*. (shut out)

\* shade – pl. roleta

### V. Guess the meaning of the English idioms (*in italics*)

1. Lots of people visited our pharmacy yesterday. At the end of the day, we all were *on our last legs*.
2. I'd really *take* what they say in the commercial about those new "wonderful" slimming pills *with a pinch of salt*. If it was true, the world'd be full of slim, fit people, looking like models.
3. I can't take these drops, anymore. They do *turn my stomach*. The feeling is even worse than being on the plane while taking off.
4. Giving advice to a patient at the drugstore is definitely not like *casting pearls before swine*. The key is a right, individual attitude and the way you convey\* the issues.
5. The secret of our success, in short: Our grandfather *got* the pharmacy *off the ground* with a really low budget, and really *from scratch*. Owing his *firm hand* and self-discipline (he did *burn the*

- *midnight oil* if there was a need), the pharmacy always had been able to *keep its head above water*. He knew how to *tighten his belt* and not to get *in the red*. Owing my father who *stepped into his father's shoes* and also became a pharmacist, and due to his hazardous personality (he was never afraid to *play with fire* even if the price was *hitting rock bottom* for a while), his father's pride turned from a small business to a major chain of pharmacies in the country. The combination of caution and hazard that *bore fruit*...

\* convey – pl. przekazywać, przekazać, wyrażać

#### ANSWER KEY:

- I 1C = pl. import równoległy, 2B = pl. import docelowy, 3A = pl. procedura wzajemnego uznania, 4E = pl. karta charakterystyki, 5D = pl. charakterystyka produktu leczniczego
- II 1e, 2f, 3d, 4b, 5e, 6d, 7c, 8d – “are believed to have been killed” – pl. “wierzy się, że zostali zabici”
- III 1. every, both 2. neither, 3. either, 4. every, all, both 5. none, all, either, both, 6. each/every, each, every, all  
We use “either/neither” while meaning two people, things, situations; and all/none meaning more than two. Relatively, “neither” and “none” are used as negatives. (pl. żaden, żadna, nikt z...). In this case we treat people, things individually but still meaning not more than two – pl. każdy/żaden z...  
We use “each” and “both” referring to two people/things and “every/all” meaning more than two objects; OR, in case of “each/both”, we usually mean objects in the group individually (not necessarily two objects or people) – for example: We gave each patient vs. We gave every patient, pl. każdemu z pacjentów vs. każdemu pacjentowi – see the answer in the 6th point.
- IV 1. **shut up** = stop talking (pl. zamknąć się), 2. **shut out** = not let (get) inside (in) (pl. nie wpuścić), 3. **shut away** = lock sb/oneself, 4. **shut off** = cover (pl. zakrywać, zasłaniać), 5. **close down** = finish (with) the business (pl. zamknąć interes), 6. **shut down** = be closed (pl. zamknąć, zakończyć pracę)
- V 1. to be on sb's last legs – pl. być wykończonym, padać z nóg, 2. to take sth with a pinch of salt – pl. poddawać coś w wątpliwość, być sceptycznym,

3. to turn sb's stomach – to make sb sick, 4. to cast pearls before swine – pl. rzucać perły przed wieprze, 5. to get sth off the ground – pl. wystartować z czymś, from scratch – pl. z niczego, z niczym, firm hand – pl. pewna ręka, to burn the midnight oil – pl. pracować do późna w nocy, to keep sb's head above water – pl. utrzymywać się na powierzchni, to tighten sb's belt – pl. zaciskać pasa, to get in the red – pl. popaść w dług, to step into sb's shoes – pl. pójść w czyjeś ślady, to play with fire – pl. igrać z ogniem, to hit the rock bottom – pl. sięgnąć dna, to bear fruit – pl. przynieść owoce (rezultaty).



# V EUROPEJSKI TYDZIEŃ PROFILAKTYKI RAKA SZYJKI MACICY

***mgr Edyta Janczewska***

e-mail: e.janczewska@visiongroup.pl

**29 stycznia br. zakończyła się V edycja Europejskiego Tygodnia Profilaktyki Raka Szyjki Macicy. Inicjatorem obchodów Tygodnia było Europejskie Stowarzyszenie Raka Szyjki Macicy (European Cervical Cancer Association).**

W tym roku Europejski Tydzień Profilaktyki Raka Szyjki Macicy był obchodzony pod hasłem „Piękna, bo zdrowa”. Inicjatywa ta ma na celu uświadczenie kobietom i ich partnerom jak poważnym problemem zdrowotnym jest rak szyjki macicy oraz jak łatwo można się przed nim uchronić. Sponsorami wydarzenia byli: GlaxoSmithKline, Bank Gospodarstwa Krajowego, Organique, Ochnik, Sephora, Clear Channel, Centrum Medyczne Damiana oraz Multikino. Patronem medialnym kampanii jest magazyn Glamour.

Patronat nad polską edycją Tygodnia objęły Pierwsza Dama Rzeczypospolitej – Anna Komorowska i Prezydent miasta stołecznego Warszawy Hanna Gronkiewicz-Waltz oraz instytucje takie jak: Polski Czerwony Krzyż, Polska Unia Onkologii, Polskie Towarzystwo Ginekologiczne i Polskie Towarzystwo Ginekologii Onkologicznej.

W ramach obchodów Tygodnia Profilaktyki RSM w War-

szawie od 22 do 24 stycznia br. w Centrum Handlowym Blue City oraz od 25 do 27 stycznia w Centrum Handlowym Targówek osoby zainteresowane problematyką raka szyjki macicy mogły odwiedzić stoiska – „miasteczka kobiece”. Uzyskały tam informacje na temat choroby oraz o dostępnych formach profilaktyki. Ponadto, wszystkie panie miały szansę skorzystać z porad dietetyka, stylistki oraz wizażystki. W podstawionych pod centra handlowe mammo-busach istniała możliwość wykonania bezpłatnych badań mammograficznych oraz skorzystania z porad ginekologów. – *Połączenie edukacji na temat profilaktyki raka szyjki macicy, zasad prawidłowego odżywiania i elementów wizażu wpisuje się w hasło tegorocznej edycji Tygodnia „Piękna, bo zdrowa” – mówi Ida Karpińska, Prezes Ogólnopolskiej Organizacji na rzecz Walki z Rakiem Szyjki Macicy Kwiat Kobiecości.*

Zwieńczeniem obchodów Europejskiego Tygodnia Profilaktyki Raka Szyjki Macicy była gala podsumowująca, 31 stycznia 2011 r. w Velvet Barze w Złotyach Tarasach. Podczas spotkania osobom i instytucjom zaangażowanym w edukację społeczną na temat raka szyjki macicy przedstawiciel Europe-

an Cervical Cancer Association (ECCA) – Philip Davies wręczył statuetki – symboliczne „Perły Mądrości”.

Rak szyjki macicy jest drugim – po raku piersi – najczęściej atakującym młode kobiety nowotworem.<sup>1</sup> Z jego powodu co 2 minuty na świecie umiera jedna kobieta.<sup>1</sup> Wg danych warszawskiego Centrum Onkologii w 2008 r. w Polsce na raka szyjki macicy zmarło 1745 kobiet.<sup>3</sup>

Rak szyjki macicy nie jest dziedziczny, ani uwarunkowany genetycznie, jest skutkiem zakażenia onkogennymi typami wirusa HPV, spośród których typy HPV 16 i 18 odpowiadają za ok. 70% przypadków raka szyjki macicy. Kolejne co do częstości zakażeń typy: HPV 45, HPV 31 i HPV 33 są odpowiedzialne za kolejne ok. 10 % przypadków choroby.<sup>4-7</sup> Najczęściej chorują i umierają kobiety w przedziale wiekowym 49-54 lata,<sup>2,3</sup> jednak zakażenie wirusem HPV zagraża kobietom niezależnie od wieku.<sup>9</sup>

Optymalną formą ochrony przed rakiem szyjki macicy jest połączenie profilaktyki pierwotnej i wtórnej – regularnego wykonywania badań cytologicznych.<sup>8,10</sup> Profilaktyką pierwotną są szczepienia, których skuteczność została potwierdzona

► w badaniach klinicznych.<sup>11-14,19</sup> Długotrwała ochrona przed zakażeniem, czyli utrzymywanie się przeciwciał w organizmie<sup>9,14</sup>, którą zapewnia szczepionka, jest szczególnie istotna dla nastolatek i młodych kobiet. U nich zakażenia onkogennymi typami wirusa HPV mogą występować wielokrotnie w ciągu całego życia.<sup>20-24</sup> Profilaktyka wtórna, cytologia, czyli pobranie wymazu z szyjki macicy, jest czynnością zupełnie bezbolesną.<sup>16</sup> Uzyskany w ten sposób materiał cytologiczny, po odpowiednim przygotowaniu (rozsmaz cytologiczny), oglądany jest pod mikroskopem. To pozwala stwierdzić, czy wśród komórek szyjki macicy nie ma komórek nieprawidłowych, zmian przedrakowych lub komórek raka.<sup>15</sup> Optymalny okres do pobrania materiału cytologicznego to czas pomiędzy 10. a 20. dniem cyklu.<sup>17</sup> Badania powinny być przeprowadzane rutynowo, po inicjacji seksualnej raz w roku przez pierwsze 3-4 lata, a następnie powtarzane nie rzadziej niż co 3 lata.<sup>16</sup>

Populacyjny program profilaktyki i wczesnego wykrywania raka szyjki macicy gwarantuje bezpłatne badania cytologiczne dla każdej kobiety raz na trzy lata między 25. a 59. rokiem życia.<sup>18</sup> Gdyby każdej kobiecie choć raz w życiu pobrano cytologię, ryzyko śmierci z powodu raka szyjki macicy obniżyłoby się o blisko 40%.<sup>15</sup>

#### Piśmiennictwo:

1. Max Parkin D., Bray F., Ferlay J. i wsp.: *Global Cancer Statistics 2002*. CA Cancer J Clin 2005; 55:74-108.
2. Raporty na podstawie danych Centrum Onkologii: Liczba zachorowań w podziale na kody rozpoznai oraz grupy wiekowe, rok 2007. [http://epid.coi.waw.pl/krn/liczba\\_zach\\_rozp/default.asp](http://epid.coi.waw.pl/krn/liczba_zach_rozp/default.asp).
3. Raporty na podstawie danych Centrum Onkologii: Liczba zgonów w podziale na kody rozpoznai oraz grupy wiekowe, rok 2008. [http://epid.coi.waw.pl/krn/liczba\\_zg\\_rozp/default.asp](http://epid.coi.waw.pl/krn/liczba_zg_rozp/default.asp);
4. Bosch F.X., Lorincz A., Munoz N. i wsp.: *The causal relation between human papillomavirus and cervical cancer*. J Clin Pathol 2002; 55, 4:244-65;
5. Walboomers J.M., Jacobs M.V., Manos M.M. i wsp.: Human papillomavirus is a necessary cause of invasive cervical cancer worldwide. J Pathol 1999; 189, 1:12-9;
6. Schiffman M., Kjaer S.K.: *Chapter 2: Natural history of anogenital human papillomavirus infection and neoplasia*. J Natl Cancer Inst Monogr 2003; 31:14-9.
7. Bosch F.X., Burchell A.N., Schiffman M. i wsp.: *Epidemiology and Natural History of Human Papillomavirus Infections and Type-Specific Implications in Cervical Neoplasia*. Vaccine 2008; 26 Suppl 10:K1-16.
8. Chybicka A., Jackowska T., Dobrzańska A.: *Zalecenia grupy ekspertów PTP dotyczące pierwotnej profilaktyki raka szyjki macicy u dziewcząt i młodych kobiet*. Pediatria Polska 2010.
9. De Carvalho N., Teixeira J., Roteli-Martins C.M. i wsp.: *Sustained efficacy and immunogenicity of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine up to 7.3 years in young adult women*. Vaccine 2010; 28, 38: 6247-55.
10. Kotarski J., Basta A., Dębski R. i wsp.: *Uzupełnione stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologicznego dotyczące szczepień przeciwko zakażeniom wirusami brodawczaka ludzkiego (HPV)*. Ginekolog Pol. 2009; 80: 870-876.
11. Paavonen J., Naud P., Salmeron J. i wsp.: *Efficacy of human papillomavirus (HPV)-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against cervical infection and precancer caused by oncogenic HPV types (PATRICIA): final analysis of a double-blind, randomised study in young women*. Lancet 2009; 374:301-314.
12. Paavonen J., Naud, Salmeron J. i wsp.: *Abstrakt P-689: End-of-study results of patricia: a phase III efficacy study of hpv-16/18 as04-adjuvanted vaccine in young women*. IPVC 2010 Montreal, Canada, 3-8 lipca 2010.
13. Romanowski B.: *Abstrakt CS-9: Efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine against non-vaccine oncogenic HPV types: end-of-study results*. IPVC 2010 Montreal, Canada, 3-8 lipca 2010.
14. Roteli-Martins C.M., Naud P., Borba P. i wsp.: *Sustained immunogenicity and efficacy of the HPV-16/18 AS04-adjuvanted vaccine: follow-up to 8,4 years*. Abstrakt i plakat ESPID maj 2010.
15. [http://prsm.home.pl/prsm/index.php?option=com\\_content&task=view&id=7](http://prsm.home.pl/prsm/index.php?option=com_content&task=view&id=7) – dostęp 21.01.2011.
16. [http://www.kwiatkobiecosci.pl/files/badanie\\_ratujace%20zycie\\_kk.pdf](http://www.kwiatkobiecosci.pl/files/badanie_ratujace%20zycie_kk.pdf) – dostęp 20.01.2011;
17. National Cancer Institute, The Pap Test: Questions and Answers, <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Detection/Pap-test> – dostęp 20.01.2011;
18. [http://www.prsm.home.pl/prsm/index.php?option=com\\_frontpage&Itemid=1](http://www.prsm.home.pl/prsm/index.php?option=com_frontpage&Itemid=1) – dostęp 20.01.2011.
19. Charakterystyka produktu leczniczego Silgard, firmy Sanofi Pasteur MSD, sierpień 2010, [http://www.ema.europa.eu/docs/pl\\_pl/document\\_library/epar\\_-\\_product\\_information/human/000732/wc500051549.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/pl_pl/document_library/epar_-_product_information/human/000732/wc500051549.pdf) – dostęp 12.12.2010.
20. V. Dalstein et al., *Int J Cancer* 106, 396 (2003).
21. Burchell A.N., Winer R.L., de Sanjose S., Franco E.L.: *Vaccine* 24 Suppl 3, S52 (2006).
22. Trottier H., Franco E.L.: *Vaccine* 24 Suppl 1, S1 (2006).
23. Sellors J.W., et al.: *CMAJ* 168, 421 (2003), Dunne E et al. *JAMA* 2007;297:813-19.
24. Einstein M.H., Schiller J.T., Viscidi R.P., Strickler H.D., Coursaget P., Tan T., Halsey N., Jenkins D.: *Clinician's guide to human papillomavirus immunology: knowns and unknowns*. Lancet Infect Dis. 2009 Jun;9(6):347-56.

# SPIS TREŚCI „CZASOPISMA APTEKARSKIEGO” ZA ROK 2010

- Davies N.: *Nie chciałem być aptekarzem*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 11-13.
- del Castillo Rodriguez C.: *Rozważania o pojęciu, rozwoju historycznym i funkcji deontologii farmaceutycznej*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 22-25.
- Dobroń A.: *Pomóżcie uratować Wiołę*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 9.
- Drozdowska A., Wojciechowska K., Hermanowski T.: *Wykorzystanie badań farmakoekonomicznych jako rozwinięcie idei opieki farmaceutycznej*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 28-34.
- Filipek B.: *Farmakoterapia zespołu uzależnienia od nikotyny*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 13 i 15-24.
- Filipek B.: *Uzależnienie od tytoniu a ryzyko raka i przewlekłych chorób płuc, choroby niedokrwiennej serca oraz innych chorób*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 19-26.
- Filipek B., Jędrzejczak M., Sapa J.: *Ruch, mniej kalorii plus preparat allii niezawodny sposób na otyłość i nadwagę*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 19-21.
- Filipek B., Krzek J., Solski J.S., Główniak K.: *Europejski Dzień Walki z Otyłością*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 10.
- Gawron-Gzella A., Chanaj J., Matławska I.: *Badania preparatów zawierających wyciągi z liści miłorzębu*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 41-50.
- Główniak K.: *Aktualne kierunki badań nad lekiem roślinnym*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 45-50.
- Główniak K.: *Europejski Dzień Walki z Otyłością (poster)*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 62a.
- Główniak K.: *Książka na pierwszym stole*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 70-73.
- Główniak K.: *Zaproszenie na Międzynarodowe Sympozjum Chromatografii Substancji Naturalnych w Lublinie*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 10.
- Hoffmann G.: *Stefan Jasiński – aptekarz i powstaniec wielkopolski*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 24-30.
- Jambor J.: *Dziki bez czarny – roślina roku 2010*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 45-48.
- Jambor J.: *Fitoterapia chorób układu moczowego*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 35-39.
- Jambor J.: *Glistnik jaskółcze ziele – dawny dar nieba*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 62-63.
- Jambor J.: *Hakorośl rozestana – czarci pazur dobry na wszystko*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 23-26.
- Jambor J.: *Jemioła pospolita – wiadunka miłości*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 36-39.
- Jambor J.: *Kasztanowiec zwyczajny – balsam na żylaki*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 56-60.
- Jambor J.: *Konwalia majowa – symbol szczęścia i cierpliwości*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 38-40.
- Jambor J.: *Przeciwnowotworowe cisy*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 49-52.
- Jambor J.: *Tatarak zwyczajny – aromatyczna „trzcina” na nieżyty żołądka*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 52-55.
- Jambor J.: *Żeń-szeń prawdziwy. Najstarsza roślina lecznicza, afrodyzjak czy panaceum?* Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 34-37.
- Jędrzejczak M.: *Astma i przewlekła obturacyjna choroba płuc – propedeutika zagadnień klinicznych na użytek opieki farmaceutycznej*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 29-38 i 40.
- Jóźwiakowski P.: *Technik farmaceutyczny w nowej rzeczywistości*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 50-51.
- Kaliszan R.: *Nowatorska metoda wykrywania raka prof. Romana Kaliszana*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 11-13.
- Kobierzycki T.: *Być pacjentem: chorować i zdrowieć, umierać i żyć*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 18-24 i 26-28.
- Kołodziejczyk M.K., Kołodziejska J.: *Wpływ sposobu aplikacji postaci leku przeznaczonej na skórę na dawkowanie substancji leczniczej*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 25-33.
- Krażyńska K.: *Rozwój aptecznych sieci detalicznych w Polsce – nowe formy organizacji działalności apteki jako przedsiębiorstwa*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 38-50.
- Kucharewicz G.: *Święto w nastroju rozgoryczenia*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 15-16.
- Lipski S.: *Walka z dopalaczami w Polsce*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 51-55.
- Łazowski J.: *Nowy patron aptekarzy – św. Jan Leonardi*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 18 i 20.
- Łazowski J.: *Odpowiedzialność farmaceuty za efekty leczenia pacjentów*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 41-46.
- Łazowski J.: *W odpowiedzi na wypowiedź prof. dr. hab. Janusza Pluty w sprawie artykułu pt. „Dlaczego od 3 lat miejsce dla prezesa Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego na sali obrad Rady FIP jest puste” opublikowanego na łamach „CzA” nr 11/2009*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 49.
- Magowska A.: *90 lat studiów farmaceutycznych w Poznaniu (poster)*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 10a.
- Magowska A.: *Czy technikom farmaceutycznym potrzebna jest etyka zawodowa?* Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 59-61.
- Magowska A.: *Czy upaństwowienie aptek to tylko przeszłość?* Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 19-21.
- Magowska A.: *Marząc o życiu wśród trędotowych*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 67-68.



- Magowska A.: *Pracownicy poznańskiej farmacji zamordowani w Katyniu*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 10-11.
- Magowska A.: „*Quo vadis phytopharmaka?*”, czyli Jubileuszowy Sejmik Zielarski w Żerkowie. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 54-61.
- Magowska A.: *Tragedia, która wstrząsnęła wszystkimi*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 7-9.
- Magowska A.: *Wigilijne spotkanie Koła PTFarm. w Lesznie*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 48-49.
- Majewska I., Piechula S.: *Porozumienie w sprawie współpracy*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 7.
- Majewski J.: „*Premio Saladino d'Ascola*” dla Polek. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 65-66.
- Marszał A., Marszał L.: *Jak doradzać pacjentowi kiedy i w jaki sposób dzielić tabletki?* Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 35a.
- Mrozińska M.: *Otyłość brzuszna w świetle aktualnych doniesień*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 28-31.
- Mrozińska M.: *Zapalne choroby jamy ustnej*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 35-38.
- Nowak R.: *Alergie roślinne*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 27-34.
- Ostrowski B.: *Alergia – choroba XXI wieku*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 26.
- Ostrowski B.: *Co trzeba wiedzieć o zagrożeniach powodowanych przez tłuszcz trzewny*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 56-58.
- Ostrowski B.: *Czy święci Kosma i Damian mogą być patronami współczesnych aptekarzy?* Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 14-17.
- Ostrowski B.: *Europejski Dzień Walki z Otyłością (fotoreportaż)*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 62-65.
- Ostrowski B.: *Flibanseryna na libido u kobiet przed menopauzą*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 48-49.
- Ostrowski B.: *Iwabradyna – nowa nadzieja dla chorych na niewydolność serca*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 57-63.
- Ostrowski B.: *Oblicza depresji*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 41-45.
- Ostrowski B.: *Polski rynek badań klinicznych w 2010 roku*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 22 i 26.
- Ostrowski B.: *Polski rynek dystrybucji farmaceutycznej w 2010 r.* Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 9 i 11-12.
- Ostrowski B.: *Pomyślne wyniki badania pierwszej szczepionki przeciwko HIV*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 47-48.
- Ostrowski B.: *Wyborczy dekalog prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej V kadencji dr n. med. Grzegorza Kucharewicza*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 11-12.
- Piechocki D.: *Placebo w badaniach klinicznych*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 33-45.
- Piechula S.: *Uwagi do projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 16-21.
- Piechula S.: *W sprawie nowelizacji rozporządzenia o wystawianiu i realizacji recept*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 9.
- Piłat-Nałęcz K.: *Jak skutecznie zdemotywowować pracowników?* Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 11-17.
- Piłat-Nałęcz K.: *Motywacja i systemy motywacyjne stosowane w aptekach*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 20-22.
- Pokorska-Lis M.: *Zagrożenia zdrowotne w podróży do tropiku i metody ich profilaktyki*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 32-34 i 36-37.
- Przybyło J.A.: *Wydawnictwa Franciszka Heroda*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 67-73.
- Rabiej M.: *Stany zapalne narządów płciowych kobiet*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 44-46.
- Rutkowska E.: *Aptekarze polscy wobec problemu nacjonalizacji aptek w latach 1945 – 1950*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 31-33.
- Sielska K.: *Otyłość a cukrzyca*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 38-40.
- Skowron A., Dymek J.: *Edukacja pacjenta: jak przygotować materiały edukacyjne i prowadzić rozmowę z pacjentem*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 25-30.
- Skowron A.: *I Konferencja Naukowo-Szkoleniowa nt. „Prowadzenia opieki farmaceutycznej w aptece”*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 40-42.
- Suchocka-Stryko J.: *Środki stosowane w nowoczesnej pielęgnacji ran*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 28-31.
- Suchocka-Stryko J., Stryko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. I*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 46a.
- Suchocka-Stryko J., Stryko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. II*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 36a.
- Suchocka-Stryko J., Stryko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. III*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 66-69.
- Suchocka-Stryko J., Stryko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. IV*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 62-64.
- Suchocka-Stryko J., Stryko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. V*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 56-58.
- Suchocka-Stryko J., Stryko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. VI*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 64-66.
- Suchocka-Stryko J., Stryko Ch.A.: *Spotkania z angielskim – cz. VII*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 64-66.
- Sznitowska M.: *Miejsca pracy dla farmaceutów i poziom wykształcenia pracowników aptek*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 11-14.
- Szukiel W.: *Obrady aptekarzy farmaceutów Beskidzkiej Okręgowej Izby Aptekarskiej (fotoreportaż)*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 40-43.
- Szukiel W.: *Poradnik – kalendarz na rok 2010 dla techników farmaceutycznych*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 50-51.

- Szukiel W.: *Samorządowe uroczystości (fotoreportaż)*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 23-24.
- Śmierczalski MIC P.: *Święty Mikołaj z Myry – postać historyczna*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 34-42.
- Waliszewski J.: *Stała wystawa aptekarska w Stargardzie*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 26-28.
- Wengler L., Zimmermann A.: *Wybrane aspekty polskiego prawa antytytoniowego*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 18-23.
- Widelski J.: *Lubelskie spotkanie światowych specjalistów chromatografii związków naturalnych*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 53-56.
- Witalis Z.: *Czy marzenia można zrealizować*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 16-22.
- Wolniak Z.: *Dawne apteki w Białymstoku*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 49-53.
- Woźniak A.: *Jak nie dopuścić do otyłości i nadwagi*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 33-36.
- Zahorska-Markiewicz B.: *Rola leków i suplementów diety w leczeniu otyłości*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 22-25.
- Zahorska-Markiewicz B.: *Sprawozdanie z 11 Światowego Kongresu Otyłości w lipcu 2010 w Sztokholmie*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 49-50 i 52.
- Ząbkowski T.: *Balsam na drogi moczowe*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 57-61.
- Ząbkowski T.: *Długotrwała farmakoterapia łagodnego rozrostu gruczołu krokowego (BPH)*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 43-48.
- Ząbkowski T.: *Żurawina amerykańska – owoc leczniczy XXI wieku*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 41-44.
- Ząbkowski T., Kunicki A., Olszyna A., Sołgała A., Kuś M., Szczepocka K.: *Aktywność bakteriobójcza nanokompozytów srebra*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 51-55.
- Zimmermann A.: *Nowa ustawa refundacyjna*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 9-13.
- Zimmermann A.: *Opieka farmaceutyczna – aspekt prawny*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 11-17.
- Zimmermann A.: *Reklama produktu leczniczego kierowana do farmaceutów oraz reklama apteki*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 43-47.
- Zimmermann A.: *Rola Deklaracji Bolońskiej w polskim systemie kształcenia farmaceutów*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 14-18.
- Zimmermann A.: *Szkolenie ciągle obowiązkiem farmaceuty*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 46-55.
- Zimmermann A.: *Zmiany kodeksu pracy dotyczące kwalifikacji zawodowych pracowników*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 11-15.
- Zygmunt M., Filipiek B.: *Nowe leki przeciwpłytkowe*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 31-42.
- Amidrop. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 9.
- Apteka rodziny Belniaków. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 30-31.
- Aptekarski terminarzyk imienin na rok 2010. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 1, 6-7.
- Bibliografia wybranych artykułów poświęconych opiece farmaceutycznej publikowanych w „Czasopiśmie Aptekarskim”, „Opiece Farmaceutycznej”, „Farmacji Szpitalnej w Polsce i na Świecie”, „Techniku Farmaceutycznym w Aptece”, „Farmaceutycznym Kalendarzu” oraz książkach wydawanych w ramach „Biblioteki Naukowej Czasopisma Aptekarskiego” w latach 2001-2010. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 23-26.
- Boehringer Ingelheim. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 8.
- Brzozów. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 7.
- Budżet roczny Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 6.
- Camilia. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 6.
- Cykl opieki farmaceutycznej (wg Heplera). Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 10.
- Dekalog opieki farmaceutycznej. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 27.
- Dotacja dla Wydziału Farmaceutycznego Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 14.
- Euphralaw. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 6.
- Europejski Dzień Walki z Otyłością. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 6.
- Europejski Dzień Walki z Otyłością. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 6.
- Fundacja Carita – Żyć ze Szpiczakiem. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 9.
- Import równoległy. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 8.
- Inicjatywa naszych Czytelników. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 9.
- Jerzy M. Woy-Wojciechowski. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 10.
- Jubielusz Prosper. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 9.
- Nagroda ministra zdrowia. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 6.
- Kampania roku 2010. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 6.
- Kampania „Walka z nadwagą i otyłością” 2009/10. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 32.
- Komitet Organizacyjny XXI Naukowego Zjazdu Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego 12-15 września 2010, Gdańsk „Farmacja polska na tle Unii Europejskiej”. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 8.
- Konferencja Polskiego Towarzystwa Alergologicznego. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 8.
- Konferencja poświęcona problemom kardiologii i diabetologii. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 6.
- Kongres na Kubie. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 14.
- Ku przestrodze pacjentów i farmaceutów. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 6.
- Laur Odpowiedzialności. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 16.

\*

2010 – Rok Kontynuacji Walki z Nadwagą i Otyłością.  
Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 54.

- *Laureaci*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 6.
- Laureaci konkursu START*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 14.
- Lek roślinny*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 6.
- Leki z Torfarmu*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 8.
- Lekiem i słowem*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 14.
- Medal im. Bronisława Koskowskiego*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 8.
- Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna (FIP)*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 6.
- Muzealia*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 7.
- Muzeum Medycyny*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 8.
- Nagroda Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 7.
- Neuca zamiast Torfarmu*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 8.
- Nowe centrum dystrybucji*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 9.
- Ogólnopolski Dzień Aptekarza – święto Kosmy i Damiana*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 17-18.
- Payback*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 7.
- Pilotażowy program opieki farmaceutycznej w aptekach „Świat Zdrowia”*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 21.
- Polska Platforma Technologiczna Innowacyjnej Medycyny*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 8.
- Polskie Stowarzyszenie Farmaceutów Onkologicznych*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 8.
- Pomorsko-Kujawska Okręgowa Izba Aptekarska*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 7.
- Profesor Joseph L. Fink III*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 10.
- Profilaktyka oraz leczenie nadwagi i otyłości*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 15-16.
- Program kursów Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 16.
- Regulamin dla Autorów publikacji naukowych w „CzA”*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 54.
- Regulamin dla Autorów publikacji naukowych w „CzA”*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 74.
- Regulamin dla Autorów publikacji naukowych w „CzA”*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 74.
- Regulamin dla Autorów publikacji naukowych w „CzA”*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 62.
- Reklama w kościołach katolickich*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 14.
- Sejm RP*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 6.
- Sekcja Fitoterapii PTL*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 7.
- Senior*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 6.
- Shift*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 10, 6.
- Spotkanie po latach*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 9.
- Sprzedaż internetowa*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 9.
- Studia dla przedstawicieli medycznych*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 6.
- Studia doktoranckie*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 9.
- Szczegółowe uzasadnienie stanowiska Naczelnej Rady Aptekarskiej dotyczącego projektu ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 69-84.
- Szkolenia*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 14.
- Szkolenia w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 4, 8.
- Technik farmaceutyczny nr 1/2010*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 50-51.
- Tematy kursów organizowanych przez WUM w ramach ciągłego szkolenia farmaceutów w I półroczu 2010 roku*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 52-53.
- Tesco*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 9.
- Uniwersytet Medyczny w Lublinie*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 6.
- Uniwersytet Medyczny w Lublinie*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 8.
- Uniwersytet Warszawski*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 8.
- V Tydzień Retina AMD*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 11, 8.
- VI Międzynarodowa Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Farmaceutów w Warszawie*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 8.
- Współfundator Teatru Polskiego*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 6.
- Wybory w Polskim Towarzystwie Farmaceutycznym*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 9.
- Wyróżnienie Łotewskiego Towarzystwa Farmaceutycznego*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 2, 6.
- Wyróżnienie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 7.
- Wystawa mózdzierzy*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 6.
- XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Żywnościowego i Dojelitowego*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 8-9, 6.
- XXII Okręgowy Zjazd Sprawozdawczy Aptekarzy Środkowopomorskiej Izby Aptekarskiej*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 46-48.
- Z Alma Mater*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 9.
- Zamek Królewski*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 12, 9.
- Zdjęcie bez komentarza*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 8.
- Ze Śląskiej Izby Aptekarskiej*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 7.
- Zielnik z 1613 roku*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 6.
- Zjazdy sprawozdawcze*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 6.
- Zjednoczeni narodową tragedią*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 5, 3-6.
- Złoty Skalpel 2010*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 6-7, 6.
- Zumaby*. Czasopismo Aptekarskie, 2010, 3, 6.



## Wykaz dostępnych publikacji książkowych Wydawnictwa Farmapress przydatnych w ciągłym szkoleniu farmaceutów

(zgodnym z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów  
Dz. U. z 2007 r. nr 59, poz. 403)

dr n. farm. Jerzy Łazowski

### ***„Podstawy opieki farmaceutycznej w teorii i praktyce aptecznej”***

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2005, s. 220, cena 85 zł, po rabacie – 40 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

dr hab. n. med. Marcin Czech

### ***„Farmakoekonomika w opiece farmaceutycznej”***

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2008, s. 248, cena 65 zł, po rabacie – 35 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

mgr farm. Ewa Zygadło

### ***„Komunikacja w pracy aptekarza. Wybrane aspekty teoretyczne i praktyczne”***

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2010, wyd. II, s. 124, cena 30 zł, po rabacie 22 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

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

### ***„Apteka jako ośrodek świadczący opiekę farmaceutyczną”***

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2010, s., cena 85 zł, po rabacie 45 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

dr n. farm. Paweł Bodera, prof. dr hab. n. farm. Barbara Filipek,

dr n. farm. Marek Jędrzejczak, dr hab. n. med. Jan Ruxer, dr n. farm. Jacek Sapa,

prof. dr hab. med. Barbara Zahorska-Markiewicz

### ***„Profilaktyka oraz leczenie nadwagi i otyłości”***

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2010 (w przygotowaniu do druku), cena 75 zł, po rabacie 45 zł (VAT 5%)

dr n. med. Mariusz Jasik

### ***„Opieka diabetologiczna. Wybrane zagadnienia diabetologii klinicznej dla aptekarzy”***

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2005, s. 360, cena 85 zł, po rabacie 45 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

prof. dr hab. Jerzy Brandys, dr n. med. Mariusz Jasik, prof. dr hab. Sławomir Lipski,

dr n. farm. Jerzy Łazowski, dr n. farm. Agnieszka Skowron

### ***„Opieka farmaceutyczna w nadciśnieniu tętniczym.***

### ***Wybrane zagadnienia dla aptekarzy”***

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2006, s. 272, cena 85 zł, po rabacie - 45 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

dr n. farm. Sebastian Polak, dr n. farm. Agnieszka Skowron,

mgr farm. Wioletta Turska, mgr farm. Barbara Wiśniowska

### ***„Prowadzenie opieki farmaceutycznej i rozwiązywanie***

### ***problemów lekowych na wybranych przykładach”***

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2010, s. 168, cena 85 zł, po rabacie 45 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

dr n. med. Stanisław R. Burzyński

### ***„Geny życia”***

Wydawnictwo Farmapress® Warszawa 2008, s. 116, cena 65 zł, po rabacie 35 zł (VAT 0% do 30.04 br.)

**UWAGA!** VAT 0% na podane książki obowiązuje do 30 kwietnia 2011.

Od 1 maja br. do książek i kalendarzy wydanych przed 1 stycznia dodany zostanie 5% VAT.

Rabaty obowiązują od 1 lutego br. i dotyczą wyłącznie prenumeratorów „Czasopisma Aptekarskiego”.

# Biostymina®

## Większa odporność z każdą kroplą



## Biostymina® to naturalny sposób na odporność:



### SKUTECZNOŚĆ

Badania wskazują, że Biostymina® powoduje\*:

- zwiększenie liczby limfocytów T i B oraz przeciwciał krążących we krwi
- pobudza aktywność fagocytarną układu odpornościowego



### APLIKACJA DOUSTNA

Postać płynna ma lepszą dostępność biologiczną w ustroju od postaci stałej, ponieważ szybciej się wchłania



### PRODUKT NATURALNY

Forma sterylnej ampulki zapewnia 100% naturalności. Produkt zawiera czysty wyciąg płynny ze świeżych liści aloesu drzewiastego

\* Skopińska-Różewska E.: Sprawozdanie z badań immunotropowej aktywności Biostyminy. Zakład Immunologii Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. Warszawa 2002

**Skład:** w 1 ml płynu znajduje się 1 ml substancji czynnej wyciąg płynny ze świeżych liści aloesu drzewiastego (1:4). Rozpuszczalnik ekstrakcyjny: woda. *Aloe arborescense folium recens extractum fluidum* (1:4). *Solvens ad extractionem: aqua.* **Postać farmaceutyczna:** płyn doustny. **Wskazania do stosowania:** infekcje górnych dróg oddechowych o podłożu bakteryjnym i wirusowym, pomocniczo w nawracających zakażeniach górnych dróg oddechowych i innych, rozpoznanych przez lekarza, stanach obniżonej odporności. **Dawkowanie i sposób podania: dorośli:** 1 ml (1 ampulka) dziennie lub co drugi dzień; **dzieci powyżej 5. roku życia:** 0,5 ml (pół ampulki) dziennie lub co drugi dzień. **Czas trwania terapii:** 10-20 dni; w razie potrzeby powtórzyć kurację po 4-tygodniowej przerwie. **Przeciwwskazania:** uczulenie na preparat, postępujące choroby układu: białaczka, kolagenozy, gruźlica, choroby rozrostowe i z autoagresji. **Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** nie stosować w postaci iniekcji. **Działania niepożądane:** dotychczas nie stwierdzono. **Produkt leczniczy wydawany bez recepty.** Numer pozwolenia na dopuszczenie do obrotu – R/0081. Podmiot odpowiedzialny: **PhytoPharm Kłęka SA**, Kłęka 1, 63-040 Nowe Miasto nad Wartą.