

ISSN 1233-2755  
Vol. XVII  
Rok założenia 1992  
Nr 5 (197)  
Maj 2010

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

# CZASOPISMO APTEKARSKIE

Kontynuator tradycji Czasopisma utworzonego w roku 1871 we Lwowie

Spotkania  
z angielskim  
cz. II



W NUMERZE M.IN.

- Odpowiedzialność farmaceuty za efekty leczenia pacjentów •
- Flibanseryna na libido u kobiet przed menopauzą •

CHRONI PRZED ZAWAŁEM

## PRESTARIUM® 5 mg i 10 mg

Łańcuch nadziei  
dla Twoich pacjentów



Terapia XXI wieku wymaga dowodów XXI wieku

PROGRESS Collaborative Group. Lancet 2001; 358: 1033-1041;  
EUROPA Investigators. Lancet 2003; 362: 782-788;  
PREAMI Investigators. Arch Intern Med. 2006; 166: 659-666;  
ASCOT Study. Lancet 2005; 366: 895-906.

1. Redukcja łącznego ryzyka zgonu, hospitalizacji z powodu NS, remodelingu S-N, Prestarium 8 mg vs placebo.
2. Redukcja śmiertelności sercowo-naczyniowej, amiodyna/ Prestarium vs atenolol/tiazody.
3. Redukcja ryzyka zawału serca Prestarium 8 mg vs placebo.
4. Redukcja ryzyka udaru mózgu – Prestarium/tertensif vs placebo.



**PRESTARIUM® 5 mg, tabletki powlekane** (*Perindoprilum argininum*) – substancja czynna: 5 mg perindoprylu z arginą równoważne 3,395 mg perindoprylu. • **PRESTARIUM® 10 mg – tabletki powlekane** substancja czynna: 10 mg perindoprylu z arginą równoważne 6,790 mg perindoprylu.

**Wskazania do stosowania:** PRESTARIUM® 5 mg – nadciśnienie tętnicze, objawowa niewydolność serca, stabilna choroba wieńcowa w celu zmniejszenia ryzyka incydentów sercowych u pacjentów z zawalem mięśnia serca i (lub) rewaskularyzacją w wywiadzie. PRESTARIUM® 10 mg – nadciśnienie tętnicze, stabilna choroba wieńcowa w celu zmniejszenia ryzyka incydentów sercowych u pacjentów z zawalem 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. Dawkę 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. Zaleczana 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 rozpoczęć leczenie w warunkach specjalistycznej opieki medycznej, a zaleczana 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 rozpoczęć od dawki 2,5 mg. Należy systematycznie kontrolować czynność nerek oraz stężenie potasu w surowicy. Kolejna dawka powinna 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 rozpoczęć od dawki 2,5 mg, która następnie może być zwiększoną 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 naparstrnicy 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 zwiększoną 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 rozpoczęć pod ścisłą kontrolą medyczną. Pacjenci z dużym ryzykiem wystąpienia objawowego niedociśnienia tętniczego tj.: pacjenci z zaburzoną gospodarką elektrolitową z(lub) bez hiponatremii, odwodnieniem lub intensywnie leczeni lekami moczopędnymi, powinni mieć wyrównane te zaburzenia, jeśli jest to możliwe przed rozpoczęciem lecze-

nia. 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 poprzednia mniejsza dawka była dobrze tolerowana. **Dostosowanie dawki w niewydolności nerek:** U pacjentów z niewydolnością nerek dawkę należy dostosować na podstawie wartości klirensu kreatyniny:  $Cl_{kr} \geq 60 \text{ ml/min} - 5 \text{ mg na dobę}; 30 < Cl_{kr} < 60 \text{ ml/min} - 2,5 \text{ mg na dobę}; 15 < Cl_{kr} < 30 \text{ ml/min} - 2,5 \text{ mg, co drugi dzień};$  pacjenci dializowani  $Cl_{kr} < 15 \text{ ml/min} - 2,5 \text{ mg w dniu dializy}$  (klirens perindoprylu 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. **Przeciwskazania:** nadwrażliwość na perindopryl lub na którakolwiek substancję pomocniczą lub inne IKA; obrzęk naczyniowy w wywiadzie związany z uprzednim leczeniem IKA; wrodzony lub idiopatyczny obrzęk naczyniowy; drugi i trzeci trymestr ciąży.

**Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania:** IKA mogą powodować nadmierne obniżenie ciśnienia tętniczego. Objawowe niedociśnienie tętnicze występuje rzadko u pacjentów z niepowiklanym nadciśnieniem tętniczym, pojawia się częściej u pacjentów odwodnionych, stosujących dietę ubogosodową, dializy, lub u pacjentów z ciężkim nadciśnieniem renino-zależnym, z ciężką, objawową niewydolnością serca, w następstwie leczenia dużymi dawkami diuretyków pełnowłoszych, hiponatremią lub zaburzeniem czynności nerek. U pacjentów ze zwiększonym ryzykiem wystąpienia objawowego niedociśnienia tętniczego, pacjentów z chorobą niedokrwienią serca lub z chorobami naczyni mózgowych, u których nagłe obniżenie ciśnienia tętniczego mogą spowodować wystąpienie zawału serca lub incydentu naczyniowo-mózgowego, rozpoczęcie leczenia i ustalenie dawki powinno odbywać się pod ścisłą kontrolą. • W przypadku wystąpienia epizodu niestabilnej dializy piersiowej podczas pierwszego miesiąca leczenia perindoprylem, należy przeprowadzić dokładną ocenę stosunku korzyści i ryzyka przed kontynuacją leczenia. Lek stosować ostrożnie u pacjentów ze zwężeniem zastawki mitralnej i zwężeniem drogi odpływu z lewej komory, w przypadku zwężenia zastawki aortalnej lub kardiomiopatią prerostowej. • Przy równoczesnym nadciśnieniu naczyniowo-nerkowym, istnieje zwiększone ryzyko wystąpienia ciężkiego niedociśnienia tętniczego i niewydolności nerek – leczenie należy rozpoczęć pod ścisłą kontrolą, od małych dawek. Leczenie moczopędne może być czynnikiem predysponującym do wystąpienia tych stanów – przerwać leczenie lekami moczopędnymi i monitorować czynność nerek podczas pierwszych tygodni leczenia. • U pacjentów dializowanych (blony o dużej przepuszczalności) i leczonych IKA były obserwowane reakcje rzekomoanafilaktyczne. • Obserwowano rzadkie przypadki występowania obrzęku naczyniowego twarzy, koźlca, warg, blon słuzowych, języka, głosu i(lub) krtani u pacjentów leczonych IKA. W razie wystąpienia powyższych objawów należy przerwać leczenie. Obrzęk naczyniowy jelit należy wziąć pod uwagę podczas diagnozowania różnicowego pacjentów leczonych inhibitorami ACE, zgłaszający mi ból brzucha. • Rzadko, u pacjentów leczonych

IKA poddanych LDL aferezie z zastosowaniem siarczanu dekstranu występują reakcje rzekomoanafilaktyczne zagrażające życiu. • U pacjentów otrzymujących IKA podczas leczenia odczułującego mogą wystąpić zagrażające życiu reakcje rzekomoanafilaktyczne. • Rzadko, stosowanie IKA jest związane z wystąpieniem zespołu rozpoczęzającego się od żółtaczki cholestatycznej, prowadzącej do rozwoju piorunującej martwicy wątroby i (czasami) śmierci.

• Neutropenia/ agranulocytoza, trombocytopenia oraz niedokrwistość obserwano u pacjentów otrzymujących IKA. • Perindopryl powinien być stosowany ze szczególną ostrożnością u pacjentów z kolagenozą naczyni, leczonych lekami immunosupresyjnymi, allopurynolem lub prokainamidem. • U niektórych pacjentów leczonych inhibitorami ACE, w tym perindoprylem, obserwano zwiększenie stężenia potasu w surowicy. Hiperkaliemia może powodować poważne, czasami zakończone zgonem arytmie. Należy często kontrolować stężenie potasu w surowicy. • U chorych na cukrzycę, leczonych doustnymi lekami przeciwukrzycowymi lub insuliną należy ścisłe monitorować stężenie glukozy podczas pierwszego miesiąca leczenia IKA. • Leczenie przerwać na jeden dzień przed planowanym zabiegiem chirurgicznym. • U niektórych pacjentów leczonych inhibitorami ACE, obserwano zwiększenie stężenia potasu w surowicy. • Nie zaleca się jednoczesnego stosowania perindoprylu i litu, leków moczopędnych oszczędzających potas, preparatów potasu lub zamienników soli kuchennej zawierających potas. • Nie stosować u pacjentów z rzadką, dziedziczną nietolerancją galaktozy, z zespołem złego wchłaniania glukozy – galaktozy lub z niedoborem Lapp laktazy.

**Stosowanie inhibitorów ACE nie jest zalecane podczas pierwszego trymestru ciąży.** **Stosowanie inhibitorów ACE jest przeciwskazane podczas drugiego i trzeciego trymestru ciąży.**

**Nie stosować w okresie karmienia piersią.** Zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych może być zaburzona.

**Zdolności niepożądane:** • bardzo rzadko: zaburzenia rytmu serca, dławica piersiowa, zawał mięśnia sercowego, udar, zmniejszenie stężenia hemoglobiny, hematokrytu, liczby płytek krwi, leukopenia/neutropenia, przypadki agranulocytozy lub pancytopenii, niedokrwistości hemolitycznej u pacjentów z wrodzonym niedoborem dehydrogenazy glukoz-6-fosforanowej, eozynofilowe zapalenie płuc, zapalenie bony śluzowej nosa, cytolityczne lub cholestaticzne zapalenie wątroby, zapalenie trzustki, rumień wielopostaciowy, ostra niewydolność nerek, uczucie splątania; • niezbyt często: zaburzenia nastroju i(lub) snu, skurcz oskrzeli, suchość w ustach, obrzęk twarzy, koźlca, ust, blon śluzowych, języka, głosu i(lub) krtani, pokrywka skurczu mięśni, niewydolność nerek, impotencja, nadmierne poconie; • często: bóle głowy, zawroty głowy, parestezie, zaburzenia widzenia, szумy uszne, niedociśnienie tętnicze w tym objawowe niedociśnienie tętnicze, kaszel, duszność, nudności, wymioty, ból brzucha, zaburzenia smaku, niestrawność, biegunka, zaparcia, wysypka, świad, astenia. • Może wystąpić zwiększenie stężenia mocznika we krwi i kreatyniny w osoczu, hiperkaliemia, rzadko zwiększenie aktywności enzymów wątrobowych oraz zwiększenie stężenia bilirubiny w surowicy.

**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 11772 **Produkty lecznicze wydawane na receptę.** Adres korespondencyjny: Servier Polska Sp. z o.o., 01-248 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 10, tel. (22) 594 90 00, fax (22) 594 90 10. Internet: www.servier.pl, e-mail: info@pl.netgrs.com. **Pełna informacja o leku znajduje się w ulotce dołączonej do opakowania.** Należy zapoznać się z właściwościami leku przed jego zastosowaniem.

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

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

Pielnomocnik 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

Sekretarz Redakcji: **Bogdan Ostrowski**

#### RADA NAUKOWA

prof. dr hab. n. farm. **Kazimierz Głowniak**

kierownik Katedry w Zakładzie Farmakognozji z Pracownią Roślin Leczniczych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie – przewodniczący

prof. dr Benito del Castillo Garcia

członek Narodowej Akademii Farmaceutycznej w Hiszpanii

prof. dr hab. n. farm. **Edmund Grzeškowiak**

kierownik Katedry w Zakładzie Farmacji Klinicznej i Biofarmacji, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

prof. dr hab. n. farm. **Roman Kalisz** czł. koresp. PAN i PAU

kierownik Katedry w Zakładzie Biofarmacji i Farmakodynamiki, Gdańsk Uniwersytet Medyczny

prof. dr hab. n. farm. **Wincenty Kwapiszewski**

Honorowy Prezes Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego

prof. dr hab. n. farm. **Stanisław Lipski**

Wojskowy Instytut Higieny i Epidemiologii

prof. dr hab. n. farm. **Maciej Pawłowski**

kierownik Katedry Chemii Farmaceutycznej, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

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

prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego

dr hab. n. farm. **Anita Magowska**

kierownik Katedry w Zakładzie 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**

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

Realizacja Wydania

**FARMAPRESS®**

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

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

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

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

„Czasopismo Aptekarskie” ukazuje się tylko w prenumeracie.

Za treść tekstu 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®



## Zjednoczeni narodową tragedią

Cóż dziś może być dla nas Polaków ważniejsze niż to jedno tragiczne wydarzenie, które choć miało miejsce 10 kwietnia 2010 roku pod Smoleńskiem, wciąż pozostaje w naszych sercach krwawiącą boleśnie raną? Wobec tragedii o rozmiarach nieznanych narodom i państwowom naszych czasów, jaka tam wtedy miała miejsce, wszysktko nagle przestało być ważne: polityczne spory, których uczestnicy zbyt często sięgali po nieetyczne metody, dezorientujące społeczeństwo sondaże popularności liderów partii czy pretendentów do najwyższych urzędów państwowych i mandatów społecznych... Polacy zastygli jak porażeni gromem, gdy dotarły pierwsze, dla wszystkich tak niewiarygodnie brzmiące komunikaty o rozbiciu się tuż przed lotniskiem w Smoleńsku samolotu prezydenckiego, i trwali przez wiele dni na oczach współczującego nam świata we wspólnocie bólu i w świadomości, że jako naród po raz kolejny utracili na tej samej „nieieludzkiej ziemi”, której symbolem jest pod-smoleński las z Cmentarzem Katyńskim, Główę swego państwa i waz z nim tak liczne grono przedstawicieli elity życia politycznego, gospodarczego, kulturalnego i społecznego: wysokich urzędników państwowych, parlamentarzystów, członków Rodzin Katyńskich, duchownych różnych wyznań, wysokich rangą dowódców wszystkich rodzajów sił zbrojnych...

W katastrofie prezydenckiego samolotu, na pokładzie którego udawała się do Katynia, by uczcić pamięć pomordowanych tam przed 70 laty przez zbrodniarzy z NKWD tysięcy polskich żołnierzy, liczna, bo 96-osobowa delegacja państrowa z Prezydentem RP Lechem Kaczyńskim i jego Małżonką Marią Kaczyńską na czele, nikt nie ocalał, a większości ofiar nie sposób było zidentyfikować bez zmułnych badań genetycznych. A potem dni te smutne dni witania kolejnych transportów samolotowych z trumnami ofiar na pokładach, tłumne czuwanie przed miejscami, gdzie je wystawiono, i niekończące się uroczystości pogrzebowe...

Gdy piszemy te słowa, minęły już dni ponadtygodniowej żałoby narodowej, lecz trudno wyzbyć się jej z serca nie tylko tym, którzy w smoleńskiej katastrofie utracili swoich bliskich. Wszyscy, którym nieobojętny los ojczyzny, zadają dziś pytanie o jej najbliższą przyszłość. Ale też wielu z nas ufa, że tragedia tak niespodziewanego odejścia Główą państwa i tylu jego wybitnych osobistości przyniesie dobre, trwałe owoce dla naszego kraju i narodu.

*Redakcja, Wydawca, Rada Naukowa i Czytelnicy „Czasopisma Aptekarskiego” składają szczerze wyrazy współczucia Rodzinie Pana Prezydenta Lecha Kaczyńskiego oraz Jego Małżonki Marii i łączą się w bólu z rodzinami pozostałych Ofiar tragicznej katastrofy lotniczej pod Smoleńskiem.*

**W katastrofie samolotu TU-154M 10 kwietnia 2010 roku pod Smoleńskiem wraz z Prezydentem Lechem Kaczyńskim i jego Małżonką Marią Kaczyńską oraz ostatnim Prezydentem RP na Uchodźstwie Ryszardem Kaczorowskim zginęli:**

Joanna Agacka-Indecka  
Ewa Bąkowska  
Andrzej Błasik  
Krystyna Bochenek  
Anna Maria Borowska  
Bartosz Borowski  
Tadeusz Buk  
Miron Chodakowski  
Czesław Justyn Cywiński  
Leszek Deptuła  
Zbigniew Dębski  
Grzegorz Dolniak  
Katarzyna Doraczyńska  
Edward Duchnowski  
Aleksander Fedorowicz  
Janina Fetlińska  
Jarosław Florczak  
Artur Francuz  
Franciszek Gągor  
Grażyna Gęsicka  
Kazimierz Gilarski  
Przemysław Gosiewski  
Bronisław Gostomski  
Robert Grzywna  
Mariusz Handzlik  
Roman Idrzejczyk  
Paweł Janeczek  
Dariusz Jankowski  
Natalia Januszko  
Izabela Jaruga-Nowacka  
Józef Joniec  
Sebastian Karpiniuk  
Andrzej Karweta  
Mariusz Kazana  
Janusz Bogumił Kochanowski  
Stanisław Jerzy Komorowski  
Paweł Krajewski  
Andrzej Kremer  
Zdzisław Król  
Janusz Krupski  
Janusz Kurtyka  
Andrzej Kwaśnik  
Bronisław Kwiatkowski  
Wojciech Lubiński  
Tadeusz Lutoborski  
Bożena Łojek-Mamontowicz  
Barbara Maciejczyk  
Barbara Mamińska

Stefan Melak  
Tomasz Merta  
Andrzej Michalak  
Dariusz Michałowski  
Stanisław Mikke  
Justyna Moniuszko  
Stanisław Nałęcz-Komornicki  
Aleksandra Natalli-Świat  
Janina Natusiewicz-Mirer  
Piotr Nosek  
Piotr Nurowski  
Bronisława Orawiec-Löffler  
Jan Osiński  
Adam Pilch  
Katarzyna Piskorska  
Maciej Płażyński  
Tadeusz Płoski  
Agnieszka Pogrońka-Więcławek  
Włodzimierz Potasiński  
Arkadiusz Protasiuk  
Andrzej Przewoźnik  
Krzysztof Putra  
Ryszard Rumianek  
Arkadiusz Rybicki  
Andrzej Sariusz-Skapski  
Wojciech Seweryn  
Sławomir Stanisław Skrzypek  
Leszek Solski  
Władysław Stasiak  
Jacek Surówka  
Aleksander Szczygło  
Jerzy Szmajdziński  
Jolanta Szymanek-Deresz  
Izabela Tomaszewska  
Marek Uleryk  
Anna Walentynowicz  
Teresa Walewska-Przyjałkowska  
Zbigniew Wassermann  
Wiesław Woda  
Edward Wojtas  
Paweł Wypych  
Stanisław Zając  
Janusz Zakrzewski  
Artur Ziętek  
Gabriela Zych

**Cześć Ich pamięci!**







Prezydent Lech Kaczyński nie odmówił udziału w uroczystościach odsłonięcia tablicy pamiątkowej w Łodzi poświęconej aptekarzowi, premierowi rządu (13.12.1919 - 9.06.1920) odrodzonej Rzeczypospolitej mgr. farm. Leopoldowi Skulskiemu

„Czasopismo Aptekarskie” nr 12/2008



Doceniając wielkie osiągnięcia w badaniach naukowych i załugi w rozwoju i upowszechnianiu nauk farmaceutycznych 2 marca br. Prezydent RP, Lech Kaczyński powołał z własnej inicjatywy profesora Romana Kaliszana jako jedynego przedstawiciela farmacji do Narodowej Rady Rozwoju

▼  
„Czasopismo Aptekarskie” nr 3/2010



---

# Tragedia, która wstrząsnęła wszystkimi

*doc. dr hab. Anita MAGOWSKA*

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

Od tragicznej śmierci Prezydenta Lecha Kaczyńskiego, jego Małżonki i 94 pozostałych pasażerów samolotu TU-154M w lesie pod Smoleńskiem minęło jeszcze zbyt mało czasu, by wyciszyć ból i smutek, ale wystarczająco dużo, by uporządkować natłok myśli niedających spokoju od pamiętnego 10 kwietnia 2010 r. Można z nich wyłonić trzy zasadnicze pytania. Na pierwsze z nich: dlaczego i jak doszło do katastrofy, odpowie kiedyś historia. Na drugie: dlaczego prof. Lech Kaczyński musiał nieustannie przebijać się ze swoim przesaniem przez – jak to nazwał – medialny wulkan kłamstw na temat jego prezydentury, podczas gdy po jego tragicznej śmierci te same media nazywały go wybitnym mężem stanu i wielkim Polakiem, odpowiedź jest prosta – dysponentami tych mediów są elity kierujące się innymi niż tragicznie zmarły Prezydent wartościami. Trzecie pytanie dotyczy przesłania, jakie Prezydent pozostawił nam także w zakresie polityki zdrowotnej, i na nie przede wszystkim stara się pokróćce odpowiedzieć autorka niniejszej publikacji.

## PRZYWRACANIE PAMIĘCI

O wartościach, jakimi kierował się Prezydent Lech Kaczyński, mówiły wprowadzone przez niego do życia publicznego terminy: „przywracanie pamięci”, „cisi bohaterowie”, „nowa polityka odznaczeniowa”, „przyjazne państwo”, „lokalna demokracja”, „silna Polska w silnej Unii Europejskiej”, „zdrowie Polaków”. To nie były puste słowa.

Charakterystycznym rysem prezydentury Lecha Kaczyńskiego był patriotyzm i przekonanie, że pamięć historyczna warunkuje tożsamość narodową. Nie można bowiem zrozumieć obecnej sytuacji Polski i wytyczyć kierunków jej polityki międzynarodowej bez wiedzy o przeszłości, o tym, że Polacy nie dostali wolności w darze, ale krwawo ją wywalczyli. W konsekwencji podejmowanych działań na rzecz przywracania pamięci prof. Lech Kaczyński był tak autentyczny, że mimo braku medialnego wsparcia przekonał do siebie ludzi młodych, a więc najbardziej wrażliwych na fałsz i demagogię. Nauczył ich nazywać Polskę „ukochaną Ojczyzną” a także „Najjaśniejszą Rzeczo-

spolitą”. Po katastrofie pod Smoleńskiem młodzi ludzie przeważali w tłumie godzinami wyczekującym przed Pałacem Prezydenckim, by na chwilę wejść i pożegnać Prezydencką Parę.

Symbolem realizowanej przez Prezydenta Lecha Kaczyńskiego polityki przywracania pamięci jest Muzeum Powstania Warszawskiego, ale był też nauczycielem mniej znanej historii Polski. Składając wieńce i zapalając znicze, przypominał o zbrodniach sowieckich, obozach zagłady, miejscach masowych straceń Żydów i Polaków niosących im pomoc, stalinowskich więźniach politycznych, represjach Urzędu Bezpieczeństwa i Służby Bezpieczeństwa. Jeszcze dwa dni przed tragiczną śmiercią, 8 kwietnia, oddał hołd ofiarom ludobójstwa w Chełmnie nad Nerem, gdzie w latach 1941-1943 istniał pierwszy niemiecki obóz masowej zagłady Żydów.

Warto przypomnieć, że Prezydent Lech Kaczyński przyczynił się do spopularyzowania okupacyjnej działalności Ireny Sendlerowej, jednej z 6135 polskich Sprawiedliwych wśród Narodów Świata, i jako pierwszy wystąpił z propozycją, by przyznać jej Pokojową Nagrodę Nobla.

---

Mimo niezwykłej pracowitości Prezydent Lech Kaczyński nie wszystkie zamierzenia zdążył zrealizować. Gwałtownie przerwane życie nie pozwoliło mu ustanowić nowego święta państwowego, planowanego na 1 marca Narodowego Dnia Pamięci „Żołnierzy Wyklętych” – bohaterów Powstania Antykomunistycznego, „którzy w obronie niepodległego bytu Państwa Polskiego, walcząc o prawo do samostanowienia i urzeczywistnienie dążeń demokratycznych społeczeństwa polskiego, z bronią w ręku przeciwstawili się sowieckiej agresji i narzuconemu siłą reżimowi komunistycznemu”. Nie udało się utworzyć Korpusu Veteranów Walk o Niepodległość Rzeczypospolitej Polskiej ani wprowadzić w życie ustawy o świadczeniu substytucyjnym przysługującym osobom represjonowanym w latach 1939 -1956 przez rosyjskie NKWD. Nie udało się też wprowadzić w życie ustawy lustracyjnej, która została skutecznie zastraszona przez opozycjonistów Prezydenta.

## **PREZYDENT ZWYCZAJNYCH LUDZI**

Nowa polityka odznaczeniowa Prezydenta Kaczyńskiego oznaczała honorowanie cichych bohaterów – nieznanych lub zapomnianych osób walczących o wolność i suwerenność Polski, ale również pozbawianie odznaczeń państwowych. Symbolicznym gestem było odebranie ich dwóm osobom represjonującym antykomunistyczne podziemie w latach stalinowskiego terroru, Wincentemu Romanowskiemu i Helenie Wolińskiej-Brus. Lech Kaczyński wypunktowywał historię Polski, przyznając odznaczenia państwowe pośmiertnie, m.in. Order Orła Białego prezydentowi i obrońcy Warszawy w 1939 r., Stefanowi Starzyńskiemu.

Do życia publicznego wprowadził termin „cisi bohaterowie”, nazywając tak osoby walczące o niepodległość w trzech konspiracjach: w latach 1939-1945, bezpośrednio po wojnie oraz w latach 1960-1990. Każda z uroczystości wręczenia odznaczeń „cichym bohaterom” była pretekstem do kampanii medialnej promującej patriotyzm, męstwo i postawy obywatelskie.

Oprócz wielkiej historii, w polu uwagi prof. Lecha Kaczyńskiego znajdowały się też małe ojczyzny Polaków, bo nie można kochać kraju, jeżeli nienawidzi się najbliższego otoczenia. W maju miał zakończyć się konkurs dla dziennikarzy prasy lokalnej „Blaski i cienie budowy demokracji

lokalnej” o nagrodę Złotego Pióra ufundowaną przez Kancelarię Prezydenta RP. Do dnia śmierci Prezydenta na konkurs napłynęło 155 prac.

Nie odmówił udziału (pomimo zaproszenia w ostatniej chwili) w uroczystościach odsłonięcia tablicy pamiątkowej w Łodzi poświęconej aptekarzowi, premierowi rządu (13.12.1919-9.06.1920) odrodzonej Rzeczypospolitej mgr farm. Leopoldowi Skulskiemu.

Doceniając wagę i znaczenie farmacji w życiu społeczeństwa z własnej inicjatywy powołał profesora Romana Kaliszana jako jedynego przedstawiciela polskiej farmacji do Narodowej Rady Rozwoju.

Lech Kaczyński po raz pierwszy ujawnił wrażliwość na ludzką krzywdę w wieku dwudziestu paru lat, gdy zbierał pieniądze dla Komitetu Obrony Robotników. Doktryzował się z prawa pracy, ale habilitację poświęcił zagadnieniu renty socjalnej, dając wyraz wrażliwości na problemy naj słabszzych grup społecznych. Lata pracy naukowej dały mu doskonałą znajomość prawa pracy, dzięki której zawetował m.in. nowelizację ustawy o zatrudnianiu pracowników tymczasowych.

Zawetował też ustawę pozwalającą na nadmierne zróżnicowanie wynagrodzeń kadry kierowniczej i pracowników w spółkach publicznych, co mogło prowadzić do sytuacji, w której korzyści ekonomiczne ze wzrostu efektywności byłyby udziałem tylko zarządzających, a więc możliwe byłoby tworzenie tzw. kominów płacowych.

Wetował ustawy naruszające stabilność i dobro polskich rodzin. Np. w 2008 r. odmówił ratyfikowania konwencji w sprawie kontaktów z dziećmi sporzązonej w Strasburgu w 2003 r., ponieważ naruszała prawo rodziców do wychowania dzieci zgodnie ze swymi przekonaniami. W zeszłym roku odmówił podpisania ustawy wprowadzającej obowiązek szkolny dzieci sześciolatnich, bowiem rodzice podnosili obawy, że szkoły nie są przygotowane organizacyjnie i finansowo do takich zmian. Z inicjatywy Prezydenta podejmowano debaty poświęcone współpracy roli ojca i sędziego rodinnego w Polsce i na świecie, które stały się podstawą nowelizacji kodeksu rodinnego i opiekuńczego.

Inspiracją polityki społecznej Lecha Kaczyńskiego były listy od obywateli i spotkania z ludźmi podczas wizyt i podróży. Przed podpisaniem ustawy miał zwyczaj spotykać się z grupą zwo-

dową lub społeczną, której dotyczyła. Zgodnie z Konstytucją RP zawsze kierował się dobrem obywateli, a więc rodzin czy też drobnych przedsiębiorców, a nie elit finansowych.

## ZDROWIE POLAKÓW

Zdrowie było jednym z priorytetów polityki Prezydenta. Umacniał swym autorytetem organizację badań przesiewowych, obejmował patronatem konferencje naukowe środowisk medycznych. Najwyraźniej określił swoje poglądy na politykę zdrowotną państwa, wetując w 2008 r. ustawę pt. Przepisy wprowadzające ustawy z zakresu ochrony zdrowia. Zwrócił wtedy uwagę, że Konstytucja RP wymaga, by władze zapewnili obywatelom, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Jak wskazywał Prezydent, omawiana ustanawa uwalniała władze państwowe od odpowiedzialności za funkcjonowanie opieki zdrowotnej. W przypadku likwidacji jedynego w danym województwie zakładu opieki zdrowotnej prowadzonego w formie spółki prawa handlowego z udziałem jednostki samorządu terytorialnego administracja państwową mogła, ale nie musiała, ratować placówkę. To jego zdaniem było niezgodne z Konstytucją RP, a więc niedopuszczalne. Ustawa prowadziła do komercjalizacji zakładów opieki zdrowotnej i w przypadku osiągania przez nie strat do ich likwidacji.

Prezydent był więc przekonany o konstytucyjnej odpowiedzialności państwa za zdrowie obywateli. Pewne światło na jego poglądy na temat aptek prywatnych i sieciowych rzuciła odmowa podpisania ustawy o zmianie ustawy o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji, która umożliwiała dużym sieciom handlowym oferowanie bonów towarowych poniżej ich ceny nominalnej, bo „właściwe funkcjonowanie gospodarki oznacza stworzenie takich warunków, aby możliwe było pro-

wadzenie działalności gospodarczej przez różne grupy przedsiębiorców”. Dla Prezydenta Lecha Kaczyńskiego konieczna była ochrona małych i średnich przedsiębiorstw przed agresywną polityką eliminowania z rynku konkurencji przez duże sieci handlowe. Czynami nieuczciwej konkurencji były według niego sprzedaż poniżej kosztów, nierówne traktowanie dostawców, nadużycia w stosowaniu loterii promocyjnych.

Troszczył się o podmiotowość obywateli, drobnych przedsiębiorców, lokalnych społeczności. Zarzucano mu anty-europejskość, atakowano za próby wprowadzenia polskich racji do polityki Unii Europejskiej, gdy w rzeczywistości pragnął zachować podmiotowość Polski jako państwa członkowskiego w Unii Europejskiej. Jego zdaniem, Unia Europejska powinna stanowić nie federację ze wspólnymi regulacjami prawnymi, ale Unię Ojczyzn – związek państw zachowujących tradycje narodowe i kulturę. Za sukces uważały szczyt w 2007 r. w Samarze, kiedy przewodnicząca w UE kanclerz Niemiec Angela Merkel przedstawiła polskie postulaty i argumenty na rzecz Europy Ojczyzn.

Szukał sojuszników na południu i na wschodzie, wśród Czech, Estonii, Słowacji, Słowenii, Serbii, Litwy, Rumunii, Węgier i Gruzji. Głównie tam kierował się z wizytami oficjalnymi i roboczymi, choć w Polsce przyjmował polityków także z innych państw. Wytyczył w umięjetny sposób kierunki polityki wewnętrznej i międzynarodowej, które sprawdziły się (wzrost gospodarczy Polski w 2009 r.) i powinny być kontynuowane.

Pan Prezydent Lech Kaczyński zastawił nam jeszcze wiele innych dóbr moralnych i materialnych.

Adres do korespondencji:

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



# Pracownicy poznańskiej farmacji zamordowani w Katyniu

*doc. dr hab. Anita MAGOWSKA*

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

Bolesnym dziedzictwem, jakie pozostawił nam prezydent Lech Kaczyński i pozostali pasażerowie samolotu TU-154, którzy zginęli 10 kwietnia br. w katastrofie lotniczej pod Smoleńskiem, jest obowiązek pamięci o mordzie dokonanym przez NKWD w kwietniu 1940 r. na polskich oficerach w Katyniu, Kozielsku, Ostaszkowie, Miednoje, Starobielsku, Charkowie i Kuropatach. Naj-

tragiczniejszym z tych miejsc był Ostaszów, gdzie Rosjanie zamordowali 6364 polskich jeńców wojennych, ale w świadomości zbiorowej Polaków zbrodnię sowieckiego ludobójstwa symbolizuje Katyń, gdzie rozstrzelano 4410 Polaków.

Wśród jeńców zamordowanych w Katyniu i Charkowie byli adiunkci i asystenci Oddziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Poznańskiego:

dr Kazimierz Duczko, dr Władysław Siniecki, mgr Romuald Wasilewski i dr Antoni Żochowski. Ponadto w Katyniu zamordowano trzech nauczycieli akademickich prowadzących zajęcia dla studentów farmacji na zasadzie godzin zleconych: profesor Wyższej Szkoły Budowy Maszyn i Elektrotechniki Zygmunt Hetper (kurs technologii środków spożywczych) i dr Wincenty Łapa (ćwiczenia z chemii fizjologicznej), a także dr Zbigniew Kapuściński (do 1934 r. prowadził ćwiczenia z chemii analitycznej i jakościowej). Wyobrażenie ogrom stratu osobowych unaocznia fakt, że Oddział Farmaceutyczny Uniwersytetu Poznańskiego zatrudniał w czerwcu 1939 r. około dwudziestu osób.

W krótkim wspomnieniu chciałabym przypomnieć każdego z zamordowanych pracowników naukowych poznańskiej farmacji. Najstarszy z nich i najbogatszy w wojskowe doświadczenia był prof. Zygmunt Hetper. Urodzony w 1887 r. w Krynicę koło Nowego Sącza, ukończył Politechnikę Lwowską i przymusowo Austriacką Szkołę Oficerów Rezerwy. W czasie I wojny światowej dostał się do nie-

© Ze zbiorów własnych UM w Poznaniu



Na zdj. od lewej stoją: Wiśniewski, A. Żochowski (zginął w Katyniu), K. Duczko (zginął w Charkowie), F. Modrzejewski, F. Adamantis, Lewandowski, Zb. Kapuściński (zginął w Katyniu), Ślebodziński, Krauze; siedzą: Z. Hetper (zginął w Katyniu), Golnikówna, prof. K. Hrynakowski, E. Flatau, Winkler (1935 r.)

woli rosyjskiej i został zesłany na Syberię. Uciekł z Irkucka i poprzez Petersburg, Estonię, Niemcy, Austrię i Czechy dotarł do Nowego Sącza, oddając się do dyspozycji polskiego wojska. Przyjęto go i wcielono do oddziałów uczestniczących w walce z bolszewikami w 1920 r.

Po demobilizacji przeniósł się do Poznania, gdzie zaangażował się w tworzenie pierwszej uczelni technicznej, a także – jak wspomniano – prowadził wykłady i ćwiczenia z technologii środków spożywczych dla studentów farmacji. Były to zajęcia bardzo lubiane przez studentów, którzy zgłaszaли chęć wykonania pod kierunkiem prof. Hetpera pracy magisterskiej. Takich możliwości wtedy jednak nie było.

Kiedy dyrektor Oddziału Farmaceutycznego UP prof. Konstanty Hrynakowski utworzył w ramach Katedry Chemii Farmaceutycznej Zakład Badania Środków Spożywczych, zajęcia te przejął farmaceuta, dr Kazimierz Duczko, urodzony w 1900 r. w Pabianicach. Ten był harcerzem, musiał przerwać naukę w gimnazjum, by zarobić na swoje utrzymanie jako korepetytor. W 1919 r. wstąpił do Pułku Ułanów Wileńskich i został wcielony do szwadronu, który walczył pod Grodkiem, Białymostkiem, Płockiem i ścigał bolszewików pod Kojdanowcem. W grudniu 1920 r. był tak wyczerpany, że został wysłany do szpitala polowego w Wilnie i dalej, do Ostrołęki. Potem dokonał naukę w gimnazjum, uzyskując maturę. Studia farmaceutyczne rozpoczął w Warszawie, kontynuował w Krakowie, a ukończył w Poznaniu. Był – jak widać – ambitnym, dzielnym i odważnym człowiekiem, choć dowódcy postrzegali go jako skrytego, mało energicznego i mało wyrobionego. W Poznaniu doktoryzował się z problematyki elektrosyntezy amalgamatów metali.

Nadzieje wiązano z karierą naukową dr. Władysława Sinięckiego (urodzonego w 1903 r. w Koźminie), który miał



© Ze zbiorów własnych UM w Poznaniu

Romuald Wasilewski

w przyszłości zostać kierownikiem Zakładu Farmacji Stosowanej, a także dr. Antoniego Żochowskiego, urodzonego w 1904 r. w Umiennie koło Płocka, zdolnego adiunkta Zakładu Chemii Farmaceutycznej. Napisał on pracę magisterską pod kierunkiem prof. Konstantego Hrynakowskiego pt. „Rozpuszczalność chininy, cynchoniny, i ich soli, oraz stopień goryczy chininy czystej”. W latach 1930-1931 ukończył on kurs Szkoły Podchorążych Sanitarnych w Warszawie z wynikiem „zupełnie dobrym”. Był uważany za pilnego, obowiązkowego, wytrwałego, inteligentnego.

Poza dyplomem i fotografią, nie zachowały się pamiątki po najmłodszym z nich, urodzonym w 1908 r. Romualdzie Wasilewskim. Nic nie ocalo po pozostałych ofiarach. Wszystko, co o nich wiemy, zamyka się w tym krótkim tekście.

#### Piśmiennictwo:

1. Centralne Archiwum Wojskowe, sygn. 3133, 1381, 6330.
2. Akta Archiwum Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu.
3. Kostarkowski Tadeusz: *Sprawa mordu w Katyniu*. B.m.w. 1946 (zbiory Oddziału IPN w Poznaniu).





<b>Zjednoczeni narodową tragedią</b>	<b>3</b>
<i>Anita Magowska</i>	
<b>Tragedia, która wstrząsnęła wszystkimi</b>	<b>7</b>
<i>Anita Magowska</i>	
<b>Pracownicy poznańskiej farmacji zamordowani w Katyniu</b>	<b>10</b>

### SPRAWY ZAWODU

<i>Barbara Filipek, Marek Jędrzejczak, Jacek Sapa</i>	
<b>Ruch, mniej kalorii plus preparat alli niezawodny sposób na otyłość i nadwagę</b>	<b>19</b>
<i>Bogdan Ostrowski</i>	
<b>Polski rynek badań klinicznych w 2010 roku</b>	<b>22</b>
<i>Wiktor Szukiel</i>	
<b>Samorządowe uroczystości (fotoreportaż)</b>	<b>23</b>

### NAUKA I PRAKTYKA

<i>Maria Mrozińska</i>	
<b>Otyłość brzuszna w świetle aktualnych doniesień</b>	<b>28</b>
<b>Kampania „Walka z nadwagą i otyłością” 2009/10</b>	<b>32</b>
<i>Agnieszka Woźniak</i>	
<b>Jak nie dopuścić do otyłości i nadwagi</b>	<b>33</b>
<i>Jerzy Jambor</i>	
<b>Konwalia majowa – symbol szczęścia i cierpliwości</b>	<b>38</b>

### ANGIELSKI W PRAKTYCE FARMACEUTYCZNEJ

<i>Jolanta Suchocka-Strycko, Christopher A. Strycko</i>	
<b>Spotkania z angielskim – cz. II</b>	<b>36a</b>

### DEBATY KONFERENCJE KONGRESY

<i>Jerzy Łazowski</i>	
<b>Odpowiedzialność farmaceuty za efekty leczenia pacjentów</b>	<b>41</b>

### INFORMACJE FARMACEUTYCZNE

<i>Bogdan Ostrowski</i>	
<b>Flibanseryna na libido u kobiet przed menopauzą</b>	<b>48</b>

### NOWOŚCI WYDAWNICZE

<b>Technik farmaceutyczny nr 1/2010</b>	<b>50</b>
---	-----------

# nowość

# rewolucja w walce z nadwagą

udowodnione działanie – **alli**

zawiera 60 mg orlistatu i jest pierwszym i jedynym lekiem odchudzającym dostępnym bez recepty

prawdziwa pomoc – **alli** poprzez działanie kapsułek i program odchudzania może zwiększyć skuteczność walki z nadwagą o 50% w stosunku do samej diety

prawdziwe korzyści – alli to nowa szansa dla Twoich pacjentów i rekomendacja, na której mogą polegać



więcej na [www.alli.pl](http://www.alli.pl) – informacje o produkcie i program wsparcia dla specjalistów ochrony zdrowia. **Podziel się wiedzą.**

\*substancja czynna alli – orlistat – została przebadana u ponad 30 tysięcy osób w przeszło 100 badaniach klinicznych



To jedyny lek odchudzający,  
dostępny bez recepty,  
o potwierdzonej klinicznie  
skuteczności

więcej na [www.alli.pl](http://www.alli.pl) – informacje o produkcie i program wsparcia dla specjalistów ochrony zdrowia. **Podziel się wiedzą.**

alba/2020/10

# WYBIÓRKA W PIGUŁCE

## Laureaci konkursu START

**Dr Paweł Wiczling z Katedry Biofarmacji Farmakodynamiki GUMed.** oraz dr Emilia Sitek z Zakładu Pielęgniarstwa Neurologiczno-Psychiatrycznego GUMed. zostali laureatami XVIII edycji konkursu START dla młodych uczonych Fundacji na Rzecz Nauki Polskiej za rok 2010.

Spośród 995 kandydatów, którzy wzięli w tym roku udział w konkursie, wybrano 159 najzdolniejszych młodych naukowców, którzy otrzymali od FNP roczne stypendium w wysokości 24 000 zł.



## Lekiem i słowem



W siedzibie firmy Servier w Warszawie odbyły się warsztaty dla dziennikarzy na wiodący temat: „Lekiem i słowem, czyli skuteczna kombinacja w terapii chorób przewlekłych”. Prelegentami byli: dr n. Radosław Szczęch z Zakładu Nadciśnienia Tętniczego, Katedra Nadciśnienia Tętniczego i Diabetologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego, przewodniczący grupy roboczej ds. edukacji pacjentów Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, i Zbigniew Kowalski – ekspert ds. relacji lekarz–pacjent z WUM, sekretarz grupy roboczej ds. edukacji pacjentów PTNT.

## Kongres na Kubie



„Doświadczenie w korzystaniu z produktów farmakologicznych w weterynarii”, „Naturalne produkty jako alternatywa dla zdrowia ludzi” czy „Strategie kontroli podczas klęsk żywiołowych” to jedne z licznych tematów, które zostaną poruszone na Międzynarodowym Kongresie LABIOFARM 2010. Odbędzie się on wraz z I Sympozjum Produktów Naturalnych w Leczeniu Nowotworów w dniach 28 września – 1 października br. w Hawanie na Kubie.

## Dotacja dla Wydziału Farmaceutycznego GUM

**Ministerstwo Nauki i Szkolnictwa Wyższego** przyznało Wydziałowi Farmaceutycznemu z Oddziałem Medycyny Laboratoryjnej Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego dotację celową w wysokości 1 450 000 zł. Pieniądze mają zostać przeznaczone na dofinansowanie kosztów realizacji inwestycji „Spektrometr mas sprzążony z dwuwymiarowym układem do wysokosprawnej chromatografii cieczowej”. Wniosek o dofinansowanie przygotował zespół pod kierownictwem prof. dr. hab. Romana Kaliszana, kierownika Zakładu Biofarmacji i Farmakokinetyki GUMed.

## Reklama w kościołach katolickich

W związku z pojawiającymi się informacjami w kościołach katolickich o propagowaniu aptek sieciowych oraz możliwości zakupu leków na receptę z 25% dofinansowaniem, prezes NRA dr n. med. Grzegorz Kucharewicz wystąpił z apelem m.in. do kurii diecezjalnej w Bydgoszczy o zaprzestanie tego rodzaju praktyk.

## Szkolenia



**25 kwietnia br.** OIA w Warszawie zorganizowała sesję naukowo-szkoleniową w ramach ciągłego szkolenia farmaceutów, podczas której odbyły się trzy posiedzenia naukowo-szkoleniowe. Program obejmował następujące wykłady: „Komunikacja z pacjentem przewlekle chorym”, „Pielęgnacja ran przewlekłych”, „Rola farmaceuty w ograniczaniu ryzyka związanego ze stosowaniem leków OTC”. Wykładowcami byli: Dominika Plisiecka, Dorota Smeja, mgr piel. Ilona Kawa, dr hab. n. med. Katarzyna Wieczorkowska-Tobis, prof. UM. Uczestnicy, którzy posiadali karty ciągłych szkoleń, otrzymali certyfikaty potwierdzające uzyskanie 2 pkt. edukacyjnych za udział w każdym z 3 posiedzeń.

# PREDUCTAL® MR (*Trimetazidini dihydrochloridum*)

tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu, 35 mg

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



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



W każdym miesiącu

tydzień terapii za darmo !

22,2 % taniej\*



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

**SKŁAD:** Jedna tabletka o zmodyfikowanym uwalnianiu zawiera 35 mg trimetazydyny dichlorowodorku (*Trimetazidini dihydrochloridum*). **WSKAZANIA DO STOSOWANIA:** • W kardiologii: długotrwałe leczenie choroby niedokrwiennej serca – zapobieganie napadom dławicy piersiowej, w skojarzeniu z innymi lekami. • W otolaryngologii: leczenie ślimakowo-przedsionkowych zaburzeń wywołanych niedokrwieniem, takich jak zawroty głowy, szумy uszne, niedosłuch. **DAWKOWANIE I SPOSÓB PODAWANIA:** Zwykle stosuje się 35 mg trimetazydyny dichlorowodorku 2 razy na dobę: po 1 tabletce rano i wieczorem, podczas posiłków; tabletkę należy popić szklanką wody. U pacjentów w podeszłym wieku oraz przed zabiegiem chirurgicznym modyfikacja dawki nie jest konieczna.

**PRZECIWWSKAZANIA:** Nadwrażliwość na trimetazydynę lub którykolwiek substancję pomocniczą produktu Predictal MR. U chorych z ciężką niewydolnością nerek i kliensem kreatyniny poniżej 15 ml/min nie należy stosować produktu Predictal MR. Ze względu na brak odpowiednich danych nie należy stosować produktu Predictal MR u pacjentów z ciężką niewydolnością wątroby. **OSTRZEŻENIA I SPECJALNE ŚRODKI OSTROŻNOŚCI DOTYCZĄCE STOSOWANIA:** *Predictal MR nie jest produktem do leczenia napadów dławicy piersiowej, ani też leczenia początkowego niestabilnej dławicy piersiowej lub zawału mięśnia sercowego. Nie należy stosować produktu w okresie poprzedzającym hospitalizację ani też na jej początku. W przypadku napadu dławicy piersiowej należy rozważyć wykonanie koronarografii oraz dostosować sposób leczenia (leczenie farmakologiczne i możliwość wykonania rewaskularyzacji).* Trimetazydyna jest wydalana głównie przez nerki, w związku z czym u pacjentów z umiarkowaną niewydolnością nerek (klirens kreatyniny > 15 ml/min), należy w razie potrzeby odpowiednio zmniejszyć dawkę leku. **DZIAŁANIA NIEPOŻĄDANE:** W rzadkich przypadkach stwierdzono występowanie niewielkich zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego w postaci nudności, wymiotów. **PODMIOT ODPOWIEDZIALNY:** ANPHARM Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne S.A., ul. Annopol 6B, 03-236 Warszawa. Wyprodukowano we współpracy z SERVIER. **Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez ministra zdrowia nr 8461. Produkt leczniczy wydawany na receptę. Adres korespondencyjny:** Servier Polska Sp. z o.o., 01-248 Warszawa, ul. Jana Kazimierza 10, tel. (22) 594 90 00, fax (22) 594 90 10, internet: www.servier.pl, e-mail: info@pl.netgrs.com

### Program kursów CMKP



Staraniem Zakładu Koordynacji i Oceny Jakości Kształcenia Studium Metodyczno-Organizacyjnego CMKP ukazał się w formie książkowej „Program kursów w ramach szkolenia ciągłego farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych”. W publikacji zamieszczono zestaw programów kursów zawierdzonych do realizacji w ramach kształcenia ustawicznego farmaceutów. W zbiorze tym znajdują się także akty prawne, w oparciu o które powinny być realizowane szkolenia ciągłe oraz praktyczny przewodnik (w pytaniach i odpowiedziach) dla organizatorów i uczestników różnych form szkoleń ciągłych. Z obowiązku redakcyjnego odnotowujemy, że z inicjatywy redakcji „Czasopisma Aptekarskiego” przy aktywnej pomocy merytorycznej i organizacyjnej prof. dr hab. Barbary Filipk – kierownika Katedry Farmakodynamiki i Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum i wiceprezesa

### CENTRUM MEDYCZNE KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

PROGRAM KURSÓW  
W RAMACH SZKOLENIA CIÄGLEGO FARMACEUTÓW  
ZATRUDNIONYCH W APTEKACH I HURTOWNIACH  
FARMACEUTYCZNYCH  
2010/2011



Warszawa

### Laur Odpowiedzialności...



Firma GlaxoSmithKline została nagrodzona Laurem Odpowiedzialności za praktyki z zakresu społecznej odpowiedzialności biznesu. Wyróżnienie to przyznawane jest w ramach konkursu organizowanego przez Polską Konfederację Pracodawców Prywatnych Lewiatan, NSZZ Solidarność i firmę doradczą Deloitte. GSK było jedyną firmą farmaceutyczną wśród tegorocznych laureatów, a także jedną z niewielu nagrodzonych za kilka projektów jednocześnie.



© PKPP Lewiatan – K. Rainka

Trzy nagrodzone Laurem Odpowiedzialności praktyki GSK to: Ogólnopolski Program dla Młodzieży „Mam Haka na Raka”, Program Tworzenia i Wspierania Rozwoju Świdlic Środowiskowych „Promyk Dnia” oraz Program Wolontariatu Pracowniczego „Orange Day”.

Nagrodę odebrał prezes GlaxoSmithKline Jerzy Toczyński z rąk Henryki Bochniarz.

Naczelnnej Rady Aptekarskiej i jednocześnie wykładowcy farmakologii na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego – dr Marka Jędrzejczaka oraz dr. n. med. Anny Jeleń z Zakładu Koordynacji i Oceny Jakości Kształcenia CMKP program kursów został wzbogacony o nowe tematy: „Profilaktyka oraz leczenie nadwagi i otyłości” (temat 1.16.) i „Farmakoterapia chorób jamy ustnej, gardła, krtani, nosa i ucha” (temat 1.17.).



# Twoje pacjentki mają problemy z drogami moczowymi?

Wybierz potrójne wsparcie. Polecaj **NURSEA UREXTRA!**

- 1 **NURSEA UREXTRA** to pierwszy preparat, który został opracowany w oparciu o wskazania Farmaceutów oraz oczekiwania pacjentów.  
Dzięki temu ma unikalny skład i potrójne działanie.  
Aktywnie wspomaga:
  1. **OCZYSZCZANIE** dróg moczowych
    - ekstrakt z żurawiny kanadyjskiej standaryzowany na zawartość 36 mg PAC (proantocyjanidyn) w jednej tabletki
  2. **ŁAGODZENIE** podrażnień
    - jedyny preparat z żurawiną zawierający ekstrakt z rumianku
  3. **ZAPOBIEGANIE** nawrotom infekcji
    - unikalny system oparty na zestawieniu hibiscusa i beta-glukanu
- 2 

Wystarczy już **JEDNA** tabletka dziennie!
- 3 

**EXTRA  
INNOWACJA**

**synoptis<sup>®</sup>**  
pharma

**Skład preparatu:** ekstrakt z owoców żurawiny (*Vaccinium macrocarpon*) standaryzowany na zawartość 10% proantocyjanidyn (36 mg PAC), ekstrakt z kwiatu hibiscusa (*Hibiscus sabdariffa*), beta-glukan z drożdży, ekstrakt z koszyczka rumianku (*Matricaria recutita*). **Producent:** Synoptis Pharma sp. z o.o., Aleje Jerozolimskie 151, 02-326 Warszawa, [www.synoptispharma.com](http://www.synoptispharma.com)

**NURSEA** Daj się sobą zaopiekować



# EUROPEJSKI DZIEŃ WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

## 22 maja każdego roku

Zwrócenie uwagi na problemy pacjentów cierpiących na nadwagę i otyłość

- ★ 22 maja 2010 roku odbędą się pierwsze obchody „**Europejskiego Dnia Walki z Otyłością**”.
- ★ Celem kampanii ogłoszonej przez Parlament Europejski jest zjednoczenie społeczności aptekarzy, farmaceutów, lekarzy, pacjentów i polityków wokół wszystkich inicjatyw wspierających obywateli Europy cierpiących na nadwagę lub otyłość, w podejmowaniu przez nich wysiłków na rzecz zmiany trybu życia i poprawienia stanu zdrowia oraz podniesienia jakości życia.
- ★ „**Europejski Dzień Walki z Otyłością**” 2010 zostanie uczczony cyklem sześciu nagłośnionych wydarzeń i działań, które będą miały miejsce w Brukseli i w wielu państwach członkowskich Unii Europejskiej. W Polsce rok 2010 jest rokiem kontynuacji kursów i konferencji naukowo-szkoleniowych dla aptekarzy oraz techników farmaceutycznych, przygotowujących do pomocy pacjentom z nadwagą i otyłością.
- ★ „**Europejski Dzień Walki z Otyłością**” cieszy się poparciem posłów do Parlamentu Europejskiego oraz licznych organizacji zrzeszających przedstawicieli środowisk medycznych, farmaceutycznych, dietetyków i pacjentów.
- ★ Aby uzyskać więcej informacji zajrzyj do oficjalnej strony internetowej „**Europejskiego Dnia Walki z Otyłością**”: [www.obesityday.eu](http://www.obesityday.eu)



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



**EUROPEAN OBESITY DAY**

Recognising the Voice of Obese & Overweight Patients

ISSN 1233-2755  
Vol. XVII  
Rok założenia 1992  
Nr 5 (197)  
Maj 2010

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



# RUCH, MNIEJ KALORII plus PREPARAT alli NIEZAWODNY SPOSÓB NA OTYŁOŚĆ I NADWAGĘ

Z prof. dr hab. Barbarą Filipek – kierownikiem Katedry Farmakodynamiki Wydziału Farmaceutycznego i kierownikiem Studium Kształcenia Podyplomowego Wydziału Farmaceutycznego Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, dr. n. farm. Markiem Jędrzejczakiem – wykładowcą farmakologii na Uniwersytecie Jana Kochanowskiego i wiceprezesem Naczelnej Izby Aptekarskiej i dr. n. farm. Jackiem Sapą – pracownikiem naukowym Pracowni Wstępnych Badań Farmakologicznych Katedry Farmakodynamiki Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum rozmawia Wiktor Szukiel

**W. Szukiel:** – Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” w sierpniu roku 2008 zapowiedziała, że rok 2009 będzie Rokiem Walki z Nadwagą i Otyłością. W realizację tej inicjatywy włączyły się od razu Wydziały Farmaceutyczne Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum i Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, zaś firma GlaxoSmithKline Consumer Healthcare i program PharmAssist, producent preparatu alli (akcja zbiegła się z jego wprowadzeniem na nasz rynek), z wielkim zaangażowaniem popieszyła z wydatną pomocą. To wspólne działanie w roku 2009 przyniosło naszej akcji sukces, który przesądził o jej kontynuowaniu w roku 2010.

Obecnie przy aktywnym udziale okręgowych izb aptekarskich organizujemy kursy i konferencje szkoleniowe, na których aptekarze farmaceuci zdobywają podstawową wiedzę nie tylko z zakresu badań klinicznych nt. walki z nadwagą i otyłością, ale również uczą się, jak udzielać pacjentom porad na ten temat w swojej praktyce aptecznej.

Jak oceniacie państwo naszą wspólną kampanię, którą obecnie kontynuujemy po hasłem „Walki z Nadwagą o Otyłość”?

**M. Jędrzejczak:** – Pomysł jak najbardziej trafny, potwierdza już chociażby to, że z powodze-

niem jest on realizowany w wielu miejscowościach, w tym i w ośrodkach akademickich. Mam nadzieję, że kampania, o której rozmawiamy, zainicjowała ciągły proces edukacji farmaceutów również w innych dziedzinach ich wiedzy zawodowej. Chcę też podkreślić, że ten wspaniały projekt wspiera także samorząd aptekarski.



**B. Filipek:** To bardzo ważna akcja, ponieważ pozwala z jednej strony zwrócić uwagę na skuteczne leki dostępne w leczeniu otyłości, edukację farmaceuty na temat wszystkich właściwości, także działań niepożądanych, preparatu alli. Myślę, że należałoby ją w tym roku jeszcze bardziej rozszerzyć, edukując większą liczbę farmaceutów.

**W.S.:** – Pacjent w aptece otrzymuje żądany preparat i informacje w formie pewnej porady. Jak aptekarz farmaceuta patrzy na niego: jak na klienta, czy jak na pacjenta?

**M.J.:** – Osoby, które przychodzą do apteki, dla farmaceutów aptekarzy zawsze są pacjentami. Tego nas farmaceutów nauczono na studiach

➤ farmaceutycznych. Każdy z nas, kończąc studia, złożył przysięgę, że podstawą naszego działania będzie etyka i pacjent. Nie ma bowiem możliwości należytego wykonywania zawodu aptekarza bez etycznego postępowania, a w takim etycznym postępowaniu pacjent zawsze jest najważniejszy.

**B.F.:** – Lek nie jest produktem spożywczym a apteka to placówka służby zdrowia. Ubolewam, że obecnie konkurencja wymusza na aptece wywieszanie dodatkowych reklam, jakby nie wystarczało logo z napisem, co to za placówka.

**W.S.:** – Czy aptekarz farmaceuta może udzielić również porad na temat stylu życia?



**M.J.:** – Jako farmaceuta pracujący w zawodzie od 27 lat bardzo bym chciał, by u nas rola farmaceuty była taka jak w tych krajach, gdzie funkcjonuje uznana przez rząd i firmy ubezpieczeniowe pełna opieka farmaceutyczna. Apteka ma przecież doradzać ludziom, między innymi, jak mają się zdrowo odżywiać, jak stosować leki czy jak regulować swoją terapię. Lekarz podczas wizyty pacjenta nie zawsze ma na to czas. Pacjent przeżywa często stres w gabinecie lekarskim i odreagowuje go autentycznie – co mówię z całą odpowiedzialnością – właśnie w aptece. Apteka jest to bowiem miejsce, gdzie jeszcze raz powtarzamy mu, jak powinien stosować swoje leki, jak ma je zażyć w ciągu dnia wraz z pożywieniem, które może wchodzić w interakcje. Pacjenci mojej apteki czasami wychodzą z niej bez leku, suplementu diety czy leku OTC, ale są zadowoleni, bo uzyskali w niej fachową poradę.

**W.S.:** – Czy w naszych aptekach bywają takie suplementy, które z racji ich wszechstronności działania można by uważać za „złotą pigulką”?

**M.J.:** – Nigdy i nie tylko w aptece nie było takiego panaceum, bo gdybyśmy je posiadali, byłobyśmy bardzo szczęśliwym, nie chorującym społeczeństwem.

**B.F.:** – Suplement diety to nic innego jak środek spożywczy uzupełniający dietę, który za-

zwyczaj zawiera takie substancje jak witaminy i minerały, które są w nich bardziej skoncentrowane i którym nadano odpowiednią formę. Występują one zazwyczaj w postaci kapsułek, tabletek, saszetek. Natomiast musimy tu powiedzieć to, co pacjent powinien usłyszeć właśnie w aptece: suplement diety nie jest lekiem, nie może więc leczyć ani zapobiegać chorobom. W związku z tym suplement diety nie powinien być reklamowany jako środek skuteczny w chorobach, bo nie ma on żadnych badań klinicznych, które potwierdzałyby jego skuteczność, zresztą nie istnieje też wymóg takich badań przy jego rejestracji.

**W.S.:** – Jakie zatem jest miejsce preparatu alli – to suplement diety dostępny w aptekach czy lek?

**M.J.:** – Preparat alli jest pierwszym lekiem OTC, który przeszedł badania kliniczne. Posiada zatem konkretną wartość farmakologiczną, która została sprawdzona.

**J. Sapa:** – Preparat alli to produkt, który został zarejestrowany do stosowania w leczeniu stanu nadwagi i otyłości. Jest dostępny w aptekach jako lek OTC, ma badania kliniczne, na podstawie których jesteśmy w stanie ocenić i stwierdzić skuteczność tego preparatu u pacjentów z nadwagą, u których współczynnik BMI przekracza 28, ale nie jest wyższy niż 30, jak i u pacjentów z rozpoznaną otyłością, u których współczynnik BMI jest powyżej 30.

**W.S.:** – Czy wystarczy zatem stosować sam lek alli, by były efekty odchudzania?

**M.J.:** – Powiedzmy to z naciskiem: preparat alli tylko wspomaga terapię lub walkę z otyłością, nie zaś ją leczy! Przede wszystkim jego stosowaniu musi towarzyszyć zmiana nawyków żywieniowych (zmniejszenie ilości tłuszczu). Druga sprawa, być może najważniejsza, to ruch. I dopiero do tego preparat alli. Nie ma takich środków farmakologicznych (pomijając kwestię ich podziału na suplementy diety i typowe środki farmakologiczne), które byłyby w stanie obniżyć masę ciała bez istotnych skutków niepożądanych, jeśli nie towarzyszy ich stosowaniu wzrost aktywności fizycznej i zmiana diety, która

musi być bardziej zbilansowana i zmniejszona kalorycznie.

**B.F.:** – Nie należy oczekwać od leku, że jego przyjmowanie spowoduje zmniejszenie masy ciała. Lek zawsze trzeba połączyć ze zmianą diety, z redukcją pożywienia – wystarczy zmniejszyć jego kaloryczność o 200 kcal i jednocześnie zwiększyć aktywność fizyczną, by więcej spalać i nie dostarczać organizmowi nadmiaru kilokalorii, które odkładają się w postaci tkanki tłuszczowej. Mamy tu bardzo korzystną interakcję: lek odchudzający, plus dieta i modyfikacja stylu życia między innymi poprzez wzrost aktywności.

**W.S.:** – Co poradzić pacjentowi, który wah się, czy w odchudzaniu się powinien wziąć lek, czy raczej suplement diety?

**B.F.:** – Na pewno każdego pacjenta trzeba ocenić indywidualnie. Farmaceuta powinien przede wszystkim zorientować się, czy faktycznie ma on nadwagę. W przypadku preparatu alli wskaźnik BMI powinien być powyżej 28. Trzeba też zapytać o aktywność fizyczną i o sposób odżywiania się. Jeśli pacjent jest zdeterminowany, by odchudzać się, to zamiast suplementów diety, które nie mają potwierzonej skuteczności, trzeba mu zaproponować preparat alli. Równocześnie trzeba pacjenta przeskolić, co powinien jeść, gdy zażywa preparat alli, ponieważ w diecie nie może wtedy być więcej niż 6% tłuszcza. Preparat alli wprawdzie działa hamującą na wchłanianie tłuszcza z przewodu pokarmowego, ale jeśli pożywienie będzie zawierało większą ilość tłuszcza, spowoduje to działania niepożądane, przede wszystkim takie jak rozwojne stolce, nawet biegunki. Natomiast jeśli pacjenta pouczymy, żeby przyrządzał posiłki tak, aby nie miały więcej niż 6% tłuszcza, to automatycznie zmieni on swój sposób odżywiania na prawidłowy, czyli nie zawierający dużo tłuszcza. Jednocześnie trzeba zachęcić go do zwiększenia aktywności fizycznej. Połączenie właściwej, niskotłuszczowej diety ze zwiększeniem aktywności prowadzi do zwiększonej aktywności preparatu alli.

**W.S.:** – Zatem preparatowi alli zawsze powinien towarzyszyć inny styl życia i odżywiania?



**J.S.:** – Stosując preparat alli, należy mieć na uwadze, iż pacjent musi także zmienić swój styl życia – przede wszystkim ograniczyć spożywanie bogatych w tłuszcze pokarmów, jak również zwiększyć aktywność ruchową. Są to dwa istotne czynniki, które zwiększą skuteczność terapii otyłości i nadwagi.

**W.S.:** – Czy alternatywą dla alli jest jakiś inny suplement diety lub lek?

**B.F.:** – Obecnie preparat alli odgrywa dominującą rolę w leczeniu otyłości. Po pierwsze, jest to pierwszy preparat o takim zastosowaniu w krajach UE, który jest wydawany przez farmaceutę bez recepty. Po drugie, wszystkie rejestrowane leki, które stosowane były w leczeniu otyłości, obarczone są dużym ryzykiem działań niepożądanych – mam na myśli przede wszystkim ryzyko działań niepożądanych ze strony układu sercowo-naczyniowego. Na przykład sibutramina – lek nowej generacji, który działając ośrodkowo, wpływa na przekaźnictwo noradrenergiczne, faktycznie skutecznie zmniejszał masę ciała u pacjentów z otyłością, ale ostatnie sygnały świadczą, że jest to lek obarczony ryzykiem znaczących działań niepożądanych: ocenia się, że zwiększa ryzyko udarów mózgu i zawałów mięśnia sercowego. Na razie takie przypadki nie zakończyły się zgonem pacjenta, ale trwa weryfikacja bezpieczeństwa sibutraminy.

Inny z leków, w którym pokładano wielką nadzieję, że będzie przełomem w leczeniu otyłości, rimonabant, został wycofany z krajów UE w listopadzie roku 2008. Działał on poprzez blokowanie receptora kanabinoidowego, faktycznie hamował popęd żywieniowy, ponadto korygował wiele korzystnych parametrów metabolicznych: zmieszał poziom cholesterolu i cukru. Niestety, kiedy dopuszczono go do powszechnego stosowania, zaobserwowano znaczną liczbę przypadków powiązujących się epizodów depresji, które niejednokrotnie kończyły się próbami samobójczymi. W naszym kraju preparat ten nie był rejestrowany, dlatego takich przypadków nie mieliśmy, ale w krajach UE pojawiały się one w krajach UE.

Dziękuję za rozmowę.

# POLSKI RYNEK BADAŃ KLINICZNYCH W 2010 ROKU

**Bogdan OSTROWSKI**

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

Firma badawcza PMR w swoim najnowszym raporcie pt. „Rynek badań klinicznych w Polsce 2010. Prognozy rozwoju na lata 2010-2012”, opublikowanym w kwietniu 2010 r., przewiduje, że rynek badań klinicznych w Polsce wzrośnie w roku bieżącym o 5% w stosunku do roku ubiegłego.

Tempo rozwoju rynku badań klinicznych w Polsce wyraźnie zmalało w 2009 r. w porównaniu do poprzednich lat. W latach 2006-2008 rozwijał się on w tempie 8-10% rocznie, podczas gdy w ubiegłym roku dynamika wzrostu rynku wyniosła 1% rok do roku – wynika z szacunków PMR. – Wpływ na tak niską dynamikę rozwoju rynku miał z pewnością kryzys ekonomiczny, który spowodował ograniczenie wydatków firm na badania i rozwój, a co za tym idzie, na badania kliniczne. Z drugiej strony, rynek jest już stosunkowo nasycony, dlatego w przyszłości nie spodziewamy się na nim spektakularnych wzrostów – ocenia Agnieszka Stawarska, analityk rynku farmaceutycznego PMR i współautorka raportu.

Według prognoz PMR w 2010 r. wzrośnie on o około 5% rok do roku, do 718 mln zł.

Dynamika naszego rynku mogłyby być jeszcze wyższa, gdyby zniknęły bariery rozwoju na nim obecne, na przykład nieprecyzyjne prawodawstwo czy trudna procedura rejestracji badania w CEBK – dodają autorzy raportu.

Prace nad ustawą Prawo badań klinicznych, której celem jest usystematyzowanie materii badań klinicznych, zarówno poprzez doprecyzowanie istniejących już przepisów, jak i poprzez objęcie przepisami prawnymi obszarów, które wcześniej nie były regulowane, trwają w Polsce już od wielu lat. Założenia do projektu ustawy zostały opublikowane w grudniu 2009 r., a projekt ustawy ma być gotowy w pierwszej połowie 2010 r.

Ustawa m.in. doprecyzuje i zmieni przepisy dotyczące działania komisji etycznych. Jak wynika z założeń jej projektu, koordynator badania klinicznego (wybrany spośród głównych badaczy) zobowiązany będzie do złożenia wniosku zarówno do komisji bioetycznej właściwej ze względu na jego siedzibę, jak i do wszystkich komisji bioetycznych właściwych ze względu na miejsce prowadzenia badania klinicznego. Wprowadzony zostanie

również obowiązek publikowania na ogólnodostępnych stronach internetowych informacji na temat badań klinicznych prowadzonych na terytorium Polski.

Jeżeli ustawa wejdzie w życie w kształcie zdefiniowanym w założeniach do jej projektu, wprowadzi również możliwość dochodzenia roszczeń przez pacjenta z tytułu uszczerbku na zdrowiu w związku z udziałem w badaniach klinicznych (ubezpieczenie typu non-fault – pacjent, chociaż wyraził świadomą zgodę na udział w badaniu klinicznym, będzie mógł mieć przyznane świadczenie odszkodowawcze z tytułu uszczerbku na zdrowiu; obecnie odpowiedzialność sponsora i badacza oparta jest naasadzie winy).

W założeniach do projektu ustawy pojawiła się również propozycja wprowadzenia gratyfikacji finansowych nie tylko dla zdrowych uczestników badań, ale również dla chorych, którzy biorą udział w badaniach I fazy.

Zdaniem respondentów badania PMR czynnikiem, który może wpływać najbardziej na rozwój rynku w ciągu najbliższych lat, jest uporządkowanie prawodawstwa.

# SAMORZĄDOWE UROCZYSTOŚCI

**Uroczystość wręczenia prawa wykonywania zawodu farmaceuty oraz dyplomów specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej.** Miejscem uroczystości była sala koncertowa Uniwersytetu Muzycznego im. Fryderyka Chopina w Warszawie. Wydarzenie poprzedził recital chopinowski w wykonaniu prof. Jerzego Sterczyńskiego. Po rozdaniu dyplomów specjalisty w dziedzinie farmacji aptecznej miało miejsce uroczyste ślubowanie farmaceutów, po którym prezes OIA mgr farm. Alina Fornal wręczyła prawa wykonywania zawodu farmaceuty. W uroczystości udział wzięli razem z tegorocznymi absolwentami ich przyjaciele, rodzice, mężowie i żony, a także dzieci absolwentów. Wśród gości obecni byli: prodziekan ds. Oddziału Analityki Medycznej Wydziału Farmaceutycznego WUM prof. nadzw. dr hab. Piotr Wrocyński, kierownik Katedry Technologii Postaci Leku WUM prof. dr hab. Edmund Sieradzki, przedstawiciel Ministerstwa Zdrowia mgr Małgorzata Sulej, prezes warszawskiego oddziału PTFarm. prof. dr hab. Bożena Gutkowska, wojewódzki inspektor farmaceutyczny

Tekst i zdjęcia, Wiktor Szukiel







# 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 wsparcie bezpłatnymi materiałami informacyjnymi



## DLA APTEKI



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



Jeżeli chcesz dowiedzieć się więcej:

- 👤 skontaktuj się z Przedstawicielem Handlowym PHOENIX Pharma Polska Sp. z o.o
- ✉️ wyslij 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



► – Respondenci wskazywali na takie działania jak jasne określenie obowiązków sponsora, liberalizację przepisów (obecnie są zbyt szczegółowe), czy też wprowadzenie transparentnych i jednakowych wytycznych dla wszystkich podmiotów – wyjaśnia **Monika Stefańczyk**, główny analytyk rynku farmaceutycznego PMR i współautorka raportu. W Polsce nie istnieje żadna ustawa kompleksowo regulująca rynek badań klinicznych. Odpowiednie przepisy znajdują się w wielu aktach prawnych różnej rangi, zarówno tych odno-

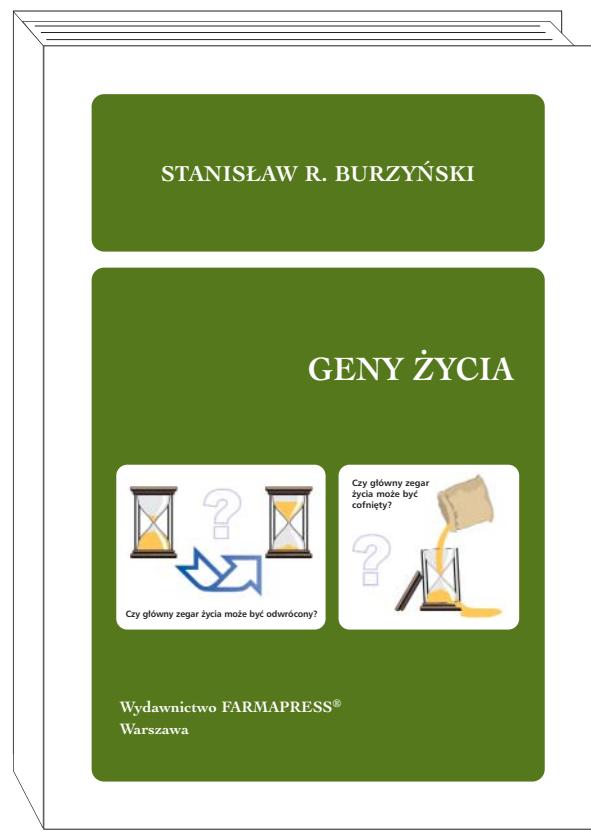
szących się wyłącznie do rynku farmaceutycznego (np. ustanowienie Prawo farmaceutyczne) jak i w Kodeksie cywilnym oraz w Kodeksie karnym. Często przepisy wynikające z różnych ustaw pozostają wobec siebie w sprzeczności.

Zdaniem prawie 40% respondentów najważniejszym czynnikiem rozwoju rynku jest uproszczenie rejestracji badania w CEBK. Warto podkreślić jednak, że czynnik ten miał znacznie mniej wskazań niż w poprzednich edycjach badania przeprowadzonych przez PMR w 2006 r. i 2008 r. Znaczą-

nie więcej respondentów niż w 2006 r. i 2008 r. jako istotny czynnik rozwoju rynku wskazywało zwiększenie świadomości społecznej. Może to mieć związek z nieprzychylnymi artykułami dotyczącymi rynku badań klinicznych, jakie ukazywały się w polskiej prasie w ostatnich latach.

Adres do korespondencji:

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



Szanowni Czytelnicy,

redakcja „Czasopisma Aptekarskiego” informuje, że ukazała się książka

## „GENY ŻYCIA”

autorstwa prof. dr. Stanisława R. Burzyńskiego, znanego i cenionego na świecie odkrywcy nowych metod leczenia chorób nowotworowych.

Cena książki wraz z wysyłką dla prenumeratorów „Czasopisma Aptekarskiego” wynosi 45 PLN, zaś dla nieprenumeratorów 65 PLN.

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

Książka zawiera ilustracje, leksykon ważniejszych postaci i pojęć rzeczowych oraz bogate piśmiennictwo. Oprawa twarda, całość sztyta, papier kredowy, format 168 x 238 mm, stron 112.



Polfa Warszawa S.A.

185  
lat tradycji

## Polfa Warszawa S.A.

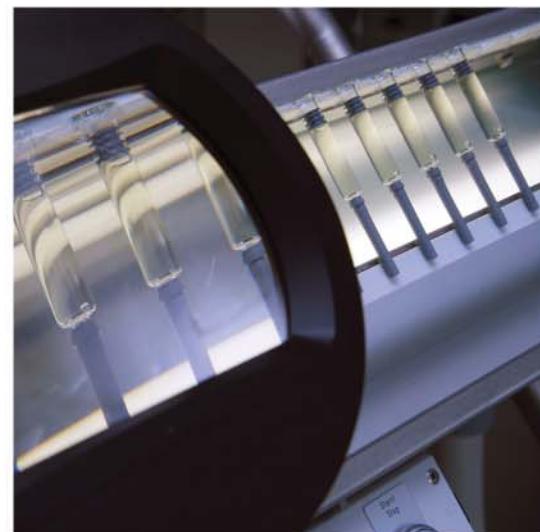
to jedna z największych firm farmaceutycznych w kraju. W swojej branży działa już od niemal dwustu lat.

Obecnie w portfolio firmy znajduje się ponad 140 znanych produktów leczniczych z wielu różnych grup terapeutycznych. Polfa Warszawa S.A. jest niekwestionowanym liderem w produkcji leków okulistycznych. Ponadto Spółka produkuje preparaty stosowane w chorobach przewodu pokarmowego i wpływające na metabolizm, wpływające na krew i układ krwiotwórczy, stosowane w chorobach układu sercowo-naczyniowego, w zakażeniach, w chorobach układu oddechowego, w chorobach narządów słuchu, a także działające na ośrodkowy układ nerwowy.

Polfa Warszawa S.A. jest też jednym z największych dostawców leków dla szpitali. Wiele produktów to najlepiej sprzedające się leki w grupie danej substancji czynnej.

O jakości leków produkowanych przez Polfę Warszawa S.A. świadczą regularnie przyznawane certyfikaty GMP oraz liczne prestiżowe nagrody, przyznawane takim produktom jak Acard®, Allertec®, Laremid® czy Xylogel®. Leki Polfy cieszą się uznaniem także za granicą – firma od lat znajduje się w czołówce polskich eksporterów z branży farmaceutycznej, wysyłając swoje produkty obecnie już do 30 państw.

www.polfa.warszawa.pl



# OTYŁOŚĆ BRZUSZNA W ŚWIETLE AKTUALNYCH DONIESIEŃ



**dr n. med. Maria MROZIŃSKA**

Gabinet lekarski w Żyrardowie  
e-mail: mariajulitamrozinska@2gb.pl

## Abdominal obesity in light of actual publication

**Streszczenie.** Otyłość jest prekursorem chorób związanych ze stylem życia, włączając w to choroby naczyń wieńcowych, cukrzycę, hiperlipidemię i nadciśnienie. Częstotliwość występowania i ostrość endokrynnych zaburzeń metabolizmu są większe u osób otyłych z nadwyżką kumulacji tłuszcza trzewnego w porównaniu z osobami z podskórą akumulacją tłuszcza.

**Słowa kluczowe:** adipokiny, BMI, leczenie otyłości, otyłość brzuszna, wskaźniki otyłości, zaburzenia metaboliczne.

**Summary.** Obesity is a precursor to lifestyle-related diseases, including coronary disease, diabetes, hyperlipidemia, and hypertension. The incidence and severity of endocrine disorders of metabolism are elevated in obese individuals with excess accumulation of visceral fat compared to individuals with subcutaneous fat accumulation.

**Keywords:** adipokines, BMI, treatment of obesity, abdominal obesity, obesity indexes, metabolic disturbances.

Otyłość to stan kliniczny, w którym zgromadzony nadmiar tkanki tłuszczowej przyczynia się do rozwoju określonych chorób. Dla zdefiniowania nadwagi i tyłuści najczęściej posługujemy się miarą zwaną BMI (ryc. 1), którą oblicza się, dzieląc masę ciała w kilogramach przez wysokość w metrach do kwadratu. BMI od 25 do 29,9 charakteryzuje nadwagę, a powyżej 29,9 – otyłość (ryc. 2), które są współodpowiedzialne za przewlekłe choroby metaboliczne i układu krążenia. Na rozwój chorób zależnych od otyłości ma wpływ (poza wiekiem pacjenta, wydolnością fizyczną) budowa ciała, w tym rozmieszczenie tkanki tłuszczowej

BMI	Klasyfikacja
< 18,5	niedowaga
18,5-24,9	prawidłowa masa ciała
25-29,9	nadwaga
30-34,9	otyłość I klasa
35-39,9	II klasa
> 40	III klasa

Ryc. 2 Klasyfikacja nadwagi i otyłości u dorosłych wg BMI

(ryc. 3, 4) [1]. Osoby z obfitą masą mięśniową lub z podskórny depozytem tłuszcza mają wskaźnik BMI powyżej normy, ale nie są narażone na choroby zależne od otyłości. **Liczne obserwacje dowodzą, iż zależność pomiędzy otyłością a chorobami metabolicznymi i układu krążenia łączy się z otyością brzuszną, a nie z BMI** [2, 1, 3].

Miara otyłości  
 $BMI = \frac{masa}{wysokość^2}$

Ryc. 1

**Rozmieszczenie tłuszcza – typy antropometryczne:**

- **androidalny** – **brzuszny**, visceralny, typ „jabłka”, częściej u mężczyzn,
- **gynoidalny** – **pośladkowo-udowy**, typ „gruszki”, częściej u kobiet.

Ryc. 3

**Wskaźnik otyłości brzusznej – obwód talii/obwód w biodrach – otyłość brzuszna, gdy:**

- > 0,9 u mężczyzn
- > 0,85 u kobiet

Ryc. 7

#### Lokalizacja tłuszcza (5 typów)

1. podskórny
2. między włóknami mięśni poprzecznie prążkowanych
3. wokół mięśnia sercowego
4. ektopiczny (komórki mięśni poprzecznie prążkowanych, komórki wątroby)
5. trzewny

Ryc. 4

Do oceny zagrożenia chorobami zależnymi od otyłości trzewnej służą miary (pomiary depozytu trzewnej tkanki tłuszczonej) i wzory. Powszechnie wykorzystywany jest pomiar obwodu brzucha (ryc. 5) zalecany u osób z BMI 25-35 [4], rzadziej techniki obrazowe i zjawiska pozornej oporności układów elektrycznych (ryc. 6) [5], pomocne są również wskaźniki otyłości brzusznej (ryc. 7, 8) [6].

Otyłość brzuszna, zwana **trzewną** lub centralną albo też „otłuszczeniem brzu-

#### Wskaźnik otyłości brzusznej – procentowy udział tłuszcza w odniesieniu do masy ciała

Wzór:  $(1,2 \times \text{BMI}) + (0,23 \times \text{wiek}) - 5,4 - (10,8 \times \text{płeć})$

płeć męska 1, płeć żeńska 0

Otyłość brzuszna, gdy:

- > 33% u kobiet
- > 25% u mężczyzn

Ryc. 8

#### Wskaźnik otyłości brzusznej – obwód w tali – otyłość, gdy:

- > 88 cm u kobiet
- > 102 cm u mężczyzn

Ryc. 5

#### Techniki pomiaru depozytu tłuszcza trzewnego:

1. obwód talii
2. CT, MR, bioelektryczna impedancja (ocena całkowitego tłuszcza jamy brzusznej)

Ryc. 6

**Wyrazem zaburzeń metabolicznych u osób z otyłością brzuszną jest nieprawidłowa przemiana lipidów będąca zapowiedzią miażdżycy.**

cha” (wynik gromadzenia tłuszcza w obrębie trzewi głównie brzusznych), wyzwała klasyczne zaburzenia metaboliczne i procesy miażdżycotwórcze (zaburzenia metabolizmu lipidów, cukru, nadciśnienie) [7].

Wyrazem zaburzeń metabolicznych u osób z otyłością brzuszną jest nieprawidłowa przemiana lipidów będąca zapowiedzią miażdżycy. Obserwuje się wzrost poziomu w surowicy krwi wolnych kwasów tłuszczyowych (TG) i cholesterolu. W odpowiedzi wzrasta niskiej gęstości lipoproteina (LDL), która transportuje cholesterol z wątroby do tkanek, zatem zwiększa ryzyko miażdżycy. Także obniża się „dobra” lipoproteina wysokiej gęstości (HDL), która oczyszczając organizm, transportuje cholesterol do wątroby.

Początek wymienionych nieprawidłowości wynika z obecności komórek tłuszczywych olbrzymich (hipertroficznych) u osób z otyłością trzewną. Komórki te (w odróżnieniu od komórek prawidłowej wielkości = hiperplastycznych) w mniejszym stopniu regulują wydzielanie lipazy, enzymu trawiącego tłuszcze, co przyczynia się do wzrostu w surowicy krwi poziomu kwasów tłuszczyowych i glicerolu [7, 8]. U osób z otyłością brzuszną uaktywnia się wiele



- mechanizmów w samej tkance tłuszczowej, które prowadzą do powstania nadciśnienia, miażdżycy, zespołu metabolicznego, cukrzycy i innych chorób prowadzących do zgonu. W komórkach zdeponowanego tłuszcza trzewnego (adipocytach), które są magazynem energii, powstają molekuły (adipokiny), które przekazują sygnały do różnych tkanek. Mają one znaczący wpływ na homeostazę całego organizmu (na komórki odporności, mediatory zapalne, procesy krzepnięcia) [9, 10].

Istotna molekuła pochodząca z komórek tłuszczowych, zwana **adiponektyną**, jest głównym regulatorem zaburzeń metabolicznych. Hamuje ona procesy zapalne miażdżycotwórcze, wzmacnia funkcje insuliny, moduluje poziom glukozy i wolnych kwasów tłuszczowych. Niski poziom adiponektyny w otyłości trzewnej może być powodem powstawania zespołu oporności komórek na insulinę, cukrzycy i miażdżycy, a poprzez wpływ na poziom fibrynogenu, CRP i poprzez stymulację produkcji cytokin prozapalnych (IL-6, TNF) również sprzyja rozwojowi i postępowi wielu nowotworów. Ilość wydzielanej adiponektyny zmniejsza się podczas przyrostu obwodu talii, gdyż powiększające się adipocyty ulegają degeneracji (**hipertrofii**) i tracą swoje funkcje. Wydzielanie adiponektyny wzrasta podczas dłuższych restrykcji kalorii [11].

**Leptyna** – również ważna molekuła białkowa – jest hormonem odpowiedzialnym za metabolizm, masę ciała, dobowe zapotrzebowanie na pokarm. Kontroluje nawyki żywieniowe, głód i wydatek energetyczny. Wyższe poziomy leptyny obserwuje się u osób z obfitą tkanką tłuszczową.

Zaburzenia funkcji największego endokrynnego narządu, jakim jest tkanka tłuszczowa, oraz nieprawidłowy metabolizm tłuszczów są podstawą patofizjologii zespołu metabolicznego (ryc. 9), który tak często obecny jest u osób z otyłością brzuszną [4, 7].

Gdy narasta depozyt brzusznej tkanki tłuszczowej (nawet przy prawidłowym BMI), pojawią się masywne zwydrodnenie tłuszczowe komórek wątroby, znane jako niealkoholowe stłuszczenie wątroby. Tkanki

#### Kryteria zespołu metabolicznego

1. Otyłość brzuszną (mężczyźni > 102 cm, kobiety > 88 cm)
2. Glukoza na czczo  $\geq 100 \text{ mg\%}$  i  $< 126 \text{ mg\%}$
3. RR  $\geq 130/80$
4. TG  $\geq 150 \text{ mg/dl}$
5. HDL (mężczyźni  $< 40 \text{ mg\%}$ , kobiety  $< 50 \text{ mg\%}$ )

*Zespół metaboliczny, gdy są 3 czynniki z 5*

Ryc. 9

ka tłuszczowa trzewna ma większy potencjał lipolityczny w porównaniu z tkanką podskórnią. Uwalniane z depozytów kwasy tłuszczowe trafiają bezpośrednio do krążenia wrotnego (wątrobowego), powodując stłuszczenie komórek wątroby. Badania przy użyciu protonowego rezonansu magnetycznego pokazały, iż lipidy wewnętrz komórek wątroby wzrastają o 20% na każdy 1% przyrostu podskórznego tłuszcza, a o 40% na każdy 1% przyrostu tłuszcza trzewnego [12]. W wyniku toksycznego działania trójglicerydów dochodzi do rozwoju procesu zapalnego, oksydacyjnego stresu, apoptozy, martwicy komórek wątroby. Dodatkowo tkanka tłuszczowa jako organ endokrynnny wydziela około 100 substancji odpowiedzialnych za postępujący proces niszczący komórki wątroby. Poziom wydzielanych molekuł zwiększa się wraz z przyrostem tkanki tłuszczowej. Przewlekle toczące się zmiany degeneracyjne wątroby są początkiem jej zwłóknienia i niewydolności. Wyniki licznych badań potwierdzają hipotezę, iż zaburzenia metaboliczne zależne od otyłości częściej niż marskość wątroby są przyczyną procesu nowotworowego [12].

Nadmiar tkanki tłuszczowej brzusznej i wydzielane przez nią adipocytokiny (poprzez wpływ na mediatory zapalenia) potęgują ryzyko i nasilenie szeregu schorzeń dróg oddechowych: astmę, przewlekłą chorobę obturacyjną płuc, zespół bezdechów nocnych, zespół zmniejszonej wentylacji wywołyany otyłością, również pooperacyj-

**Adiponektyna jest głównym regulatorem zaburzeń metabolicznych. Hamuje ona procesy zapalne miażdżycotwórcze, wzmacnia funkcje insuliny, moduluje poziom glukozy i wolnych kwasów tłuszczowych.**

**Gdy narasta depozyt brzusznej tkanki tłuszczowej (nawet przy prawidłowym BMI), pojawią się masywne zwydrodnenie tłuszczowe komórek wątroby, znane jako niealkoholowe stłuszczenie wątroby.**

nnych powikłań płucnych (niedodma, zatorowość) [13].

Każdy ubytek tkanki tłuszczowej trzewnej prowadzi do naprawy szlaków metabolicznych, poprawy kondycji organizmu, zmniejszenia ryzyka chorób metabolicznych, zapalnych, nowotworowych i powikłań z zakresu układu krążenia. Procesowi odchudzania sprzyja ruch. Nieodzowna jest dieta z dobową ilością kalorii mniejszą niż 1500, pozbawiona nasycionych kwasów tłuszczywych i rafinowanego cukru, uboga w węglowodany.

Proces odchudzania skutecznie wspomagają określone farmaceutyki. Na przestrzeni kilku lat wycofane zostały z użytku leki zmniejszające apetyt. Odpowiedzialne były za zawał mięśnia sercowego i udar mózgu. Z wielu grup leków na polskim rynku farmaceutycznym pozostał jedynie orlistat, który w odróżnieniu od tych wycofanych charakteryzuje się wysokim profilem bezpieczeństwa. Jego skuteczność potwierdzona jest badaniami klinicznymi [14, 15].

Orlistat jest selektywnym inhibitorem lipazy trzustkowej, który zmniejsza jelitowe trawienie i wchłanianie spożytego tłuszcza. Adresowany jest do osób decydujących się na zdrowy styl życia. Zmiana nawyków żywieniowych i zwiększena aktywność fizyczna jest jedyną drogą gwarantującą trwały ubytek masy ciała, bez efektu „jojo”, a oczekiwany efekt można spotęgować o 30% poprzez stosowanie orlistatu. Spełnia on oczekiwania osób z czynnikami ryzyka chorób układu krążenia, bowiem poprawia metabolizm cukru, profil lipidowy, obniża ciśnienie krwi poprzez obniżenie masy ciała. Zmiana stylu życia z równoczesnym stosowaniem orlistatu na 4 lata odracza rozwój cukrzycy u 37% otyłych pacjentów. Orlistat zarejestrowany jest do ciągłego użytku przez 2 lata [16].

#### Adres do korespondencji:

dr n. med. Maria Mrozińska  
ul. Basińskiego 8a  
96-300 Żyrardów

#### Piśmiennictwo:

1. Sydney A. Westphal, MD.: *Obesity, Abdominal Obesity, and Insulin Resistance*. Clinical Cornerstone – Volume 9, Issue 1 (January 2008).
2. Kavitha Bhat Schelbert, MD., MS.: *Comorbidities of ObesityPrimary Care: Clinics in Office Practice* – Volume 36, Issue 2 (June 2009) – Copyright © 2009
3. Gerald F. Fletcher MD.: *Central Obesity – More Weight in Cardiovascular Disease Prevention*. The American Journal of Cardiology – Volume 103, Issue 10 (May 2009).
4. Diana Cullum-Duga, RD, LD, Robert B. Saper, MD, MPH: *Obesity*. Chapter 39 in Rakel: Integrative Medicine, 2nd ed. Copyright © 2007 Saunders.
5. Kentaro Shoji<sup>a</sup> Kazuhisa Maeda<sup>a,b,\*</sup> Tadashi Nakamura<sup>b</sup> ohru Funahashi<sup>b</sup> Ichiro Shimomura<sup>b</sup> Yuji Matsuzawa<sup>a,c</sup>: *Measurement of visceral fat by abdominal bioelectrical impedance analysis is beneficial in medical checkup*. Obesity Research & Clinical Practice – Volume 2, Issue 4 (December 2008) – Copyright © 2008.
6. McGee: *The findings and their patogenesis* [in:] Evidence-Based Physical Diagnosis, 2nd ed. Copyright © 2007 Saunders.
7. Stephen F. Burns Silva A. Arslanian: *Waist Circumference, Atherogenic Lipoproteins, and Vascular Smooth Muscle Biomarkers* [in:] Children Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism – Volume 94, Issue 12 (December 2009) – Copyright © 2009 The Endocrine Society.
8. Michael D. Jensen: *Chapter 239 – Obesity* [in:] Goldman: Cecil Medicine, 23rd ed. Copyright © 2007 Saunders).
9. Shyoko Honiden, MS, MD, John R. McArdle, MD: *Obesity in the Intensive Care Unit*. Clinics in Chest Medicine – Volume 30, Issue 3 (September 2009) – Copyright © 2009 W. B. Saunders Company.
10. Andre J. Scheen, MD, PhD: *Abdominal Adiposity: Early Intervention and Therapeutic Options*; Clinical Cornerstone – Volume 9, Issue Suppl 1 (June 2008) – Copyright © 2008 Elsevier.
11. Kavitha Bhat Schelbert, MD, MS: *Comorbidities of Obesity*. Primary Care: Clinics in Office Practice – Volume 36, Issue 2 (June 2009).
12. Giulio Marchesini<sup>a</sup>,Simona Moscatiello, Silvia DiDomenico Gabriele Forlani: *Obesity-Associated Liver Disease*. Journal of Clinical Endocrinology and Metabolism – Volume 93, Issue Suppl 1 (November 2008).
13. John Harrington, MD, MPH, Teofilo Lee-Chiong, MD: *Obesity and Aging*. Clinics in Chest Medicine – Volume 30, Issue 3 (September 2009) – Copyright © 2009 W.
14. George A. Bray, MD: *Medications for Obesity: Mechanisms and Applications*. Clinics in Chest Medicine – Volume 30, Issue 3 (September 2009).
15. George A. Bray, MD, MACP: *Medical Therapy for Obesity – Current Status and Future Hopes*. Medical Clinics of North America – Volume 91, Issue 6 (November 2007).
16. Diana Cullum-Dugan, RD, LD, Robert B. Saper, MD, MPH: *Obesity*. Chapter 39 in Rakel: Integrative Medicine, 2nd ed. Copyright © 2007 Saunders).

**Z wielu grup leków na polskim rynku farmaceutycznym pozostał jedynie orlistat, który w odróżnieniu od tych wycofanych charakteryzuje się wysokim profilem bezpieczeństwa.**

**Zmiana stylu życia z równoczesnym stosowaniem orlistatu na 4 lata odracza rozwój cukrzycy u 37% otyłych pacjentów.**



Naczelna Izba Aptekarska



# Kampania „Walka z nadwagą i otyłością” 2009/10

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

*Rada Naukowa i Redakcja „Czasopisma Aptekarskiego”*



ZACHODNIOPOMORSKA  
OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA  
w Szczecinie



BESKIDZKA  
OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA  
w Bielsku-Białej

**Od Redakcji**

*Rozpoczynamy druk prac nadesłanych na konkurs poświęcony „Walce z nadwagą i otyłością” ogłoszony przez redakcję „Czasopisma Aptekarskiego” we współdziałaniu z Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum, Wydziałem Farmaceutycznym Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Okręgową Izbą Aptekarską w Krakowie i Wielkopolską Okręgową Izbą Aptekarską w Poznaniu.*

*Każdemu z autorów opublikowanych prac (zgodnie z zasadami regulaminu konkursu) na podstawie Rozporządzenia MZ z dnia 25 czerwca 2003 r. w sprawie ciągłych szkoleń farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych. Dz. U. z 2003 r. nr 132, poz. 1238 zostanie przyznanych 10 punktów edukacyjnych.*

# JAK NIE DOPUŚCIĆ DO OTYŁOŚCI I NADWAGI

mgr farm. Agnieszka WOŹNIAK

Apteka „Lutycka” w Poznaniu  
e-mail: aga.wozniak@op.pl

## How to prevent obesity and overweight

**Streszczenie.** Niniejszy artykuł jest próbą zdefiniowania problemu, jakim jest nadwaga i otyłość, a także mechanizmów genetycznych i czynników środowiskowych leżących u podstaw tego problemu. To także podsumowanie dostępnych metod profilaktyki i leczenia oraz zwrócenia uwagi na rolę opieki farmaceutycznej i samego farmaceuty w propagowaniu zdrowego stylu życia.

**Słowa kluczowe:** bilans energetyczny, czynniki środowiskowe, nadwaga, opieka farmaceutyczna, otyłość.

**Summary.** This article is an attempt to define obesity and overweight, genetic mechanisms and environmental factors underlying this problem. It also summarizes available methods of prevention and treatment and take attention at role of pharmaceutical care and also pharmacist in popularizing healthy life style.

**Keywords:** energy balance, environmental factors, overweight, pharmaceutical care, obesity.

## EPIDEMIA PROBLEMU

Otyłość stała się poważnym problemem współczesnego stylu życia. Okrzyknięto ją epidemią XXI wieku, której istotą jest nadmierne nagromadzenie tłuszcza w organizmie w stosunku do normy. Przez wielu lekarzy uważana jest za chorobę ogólnoustrojową, która indukuje bądź zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia innych jednostek chorobowych.

Czyja wina? Dlaczego otyłość stała się epidemią naszych czasów? Czy to stan chorobowy, czy reakcja organizmu na środowisko, które sami wykreowaliśmy?

Dystrybucja tkanki tłuszczowej, spoczynkowa przemiana materii, szybkość wydatkowania energii, preferencje żywieniowe w 30-40% mają charakter dziedziczny, ale fakt dziedziczenia tych cech nie skazuje wcale na bycie otyłym. Oznacza tylko konieczność dbania o prawidłowy bilans

**Przez wielu lekarzy uważana jest za chorobę ogólnoustrojową, która indukuje bądź zwiększa prawdopodobieństwo wystąpienia innych jednostek chorobowych.**



## EUROPEJSKI DZIEŃ WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

Zwrócenie uwagi na problemy pacjentów  
cierpiących na nadwagę i otyłość

Dołącz do nas

**22 maja 2010r.**

wyraź poparcie  
dla kampanii

**„5-10% dla  
zdrowszej Europy”**

[www.obesityday.eu](http://www.obesityday.eu)

### PARTNERZY KAMPANII



energetyczny. Geny determinujące większe spożycie energii oraz jej nasilone magazynowanie to cechy, które kilkaset lat temu zwiększały szanse przeżycia w surowym i niewygodnym w porównaniu do współczesnego świecie. Jednak genów winić za otyłość nie możemy, ponieważ one nie zmieniły się na przestrzeni setek lat. Zmienił się za to znacznie nasz styl życia, który należy uważać za główną determinantę rozwoju zaburzeń metabolicznych.

Bezpośrednią przyczyną wystąpienia nadwagi i otyłości jest przedłużający się stan, w którym energia spożyta przekracza wydatkowaną. Doprowadził do tego siedzący tryb życia, wzrost spożycia tłuszczy zwierzęcych i cukrów prostych. Samochody, windy w budynkach, piloty do telewizora i radia, internet – udogodnienia, które są znakiem naszych czasów – zmniejszyły znacznie naszą aktywność fizyczną, zwiększając jednocześnie ryzyko wystąpienia chorób cywilizacyjnych. Współczesny sposób żywienia nie pozostaje bez wpływu na rozwój nadwagi i otyłości: dieta bogatotłuszczowa, o niskiej zawartości białka, posiłki spożywane chaotycznie w pośpiechu, brak łaknienia w godzinach rannych i wzrost w godzinach późnowieczorowych, nieświadome spożywanie kalorii w postaci drobnych przekąsek między posiłkami, picie napojów słodzonych i gazowanych.

Podsumowując: o ile predyspozycji genetycznych zmienić nie możemy, to błędy w żywieniu oraz mała aktywność fizyczna są najważniejszymi czynnikami, które możemy modyfikować sami tak, by nie dopuścić do schorzeń metabolicznych.

## ZAPOBIEGAĆ, A GDY TRZEBIA, LECZYĆ

Nadwaga i otyłość obserwowane są raczej u ludzi dorosłych, jednak do zapoczątkowania tego schorzenia dochodzi często już w wieku rozwojowym, kiedy to zwiększa się liczba komórek tłuszczyjących (adipocytów) oraz ich wielkość. U dorosłych natomiast adipocyty już tylko zwiększają swoje rozmiary. Przyrost liczby komórek tłuszczyjących w dzieciństwie jest procesem nieodwracal-

nym i ma ogromny wpływ na wystąpienie otyłości w życiu dorosłym. Warto więc już od najmłodszych lat zwracać uwagę, aby dziecko nie spożywało zbędnych kalorii – słodyczy, tłustych i smażonych potraw, a szczególnie żywności typu fast food. Należy uczyć dzieci, że owoce i warzywa powinny zdjąć kilka razy dziennie, a słodycze jedynie od czasu do czasu. Dobrze jest też zachęcać do aktywności fizycznej.

By unikać błędów, należy wpoić sobie określone zasady związane z żywieniem. Posiłki powinny być przyjmowane co najmniej trzy razy dziennie, z przerwami pomiędzy nimi nie dłuższymi niż 3-4 godziny. Wykazano, że dieta 1000 kcal spożywana w jednym lub dwóch posiłkach dziennie daje mniejsze ubytki masy niż wówczas, gdy składa się z pięciu małych posiłków. Dobrze nam zrobi również spokojne przeżuwanie pokarmu i wstawanie od stołu z uczuciem lekkiego niedosytu. Codzienne pożywienie winno zawierać zróżnicowane produkty pochodzenia roślinnego i zwierzęcego, produkty zbożowe, warzywa i owoce, a także przetwory mleczne, jogurty, biały ser, kefiry. Mięso należy jeść w umiarkowanych ilościach, 3-4 razy w tygodniu. Dobrze, by najrzadszym sposobem przygotowania potraw było smażenie. Stosowanie diety odchudzającej sprowadza się do uzyskiwania deficytu energii. Wskazane jest, aby deficyt ten wynosił między 500 a 1000 kcal dziennie, co daje średnio ubytek masy ciała od 0,5 kg do 1 kg w ciągu tygodnia.

Należy podkreślić, że stopień podstawowej przemiany materii oraz wydatek energetyczny zmniejszają się z wiekiem. Aby utrzymać należną masę ciała, powinno się jeść nieco mniej niż w latach młodzieńczych. Nie należy zapominać również o regularnej aktywności ruchowej, która pomaga zmniejszyć nadmiar dostarczonej z pożywieniem energii, ale również odgrywa ważną rolę w utrzymaniu w dobrostanie naszego układu sercowo-naczyniowego.

Leczenie farmakologiczne jest włączane do terapii, jeśli zalecenia dietetyczne nie dają oczekiwanych efektów. Trzeba podkreślić, że farmakoterapię należy rozpoczynać u osób z BMI nie niższym niż 28-30 kg/m<sup>2</sup>.

**Współczesny sposób żywienia nie pozostaje bez wpływu na rozwój nadwagi i otyłości: dieta bogatotłuszczowa, o niskiej zawartości białnika, posiłki spożywane chaotycznie w pośpiechu, brak łaknienia w godzinach rannych i wzrost w godzinach późnowieczorowych, nieświadome spożywanie kalorii w postaci drobnych przekąsek między posiłkami, picie napojów słodzonych i gazowanych.**

- W chwili obecnej na polskim rynku mamy lek stosowany w leczeniu otyłości – orlistat działający w obrębie przewodu pokarmowego, nie wchłaniający się do krwi. Jako inhibitor lipazy trzustkowej, która hydrolizuje tłuszcz zawarty w pożywieniu, zmniejsza przyswajanie tłuszcza przez organizm o ok. 30%, co może dać rewelacyjne efekty przy utrzymaniu niskokalorycznej diety.

### CO MOŻE FARMACEUTA?

W każdej aptece przynajmniej jedna półka w zasięgu wzroku pacjenta prezentuje preparaty stosowane w odchudzaniu lub w profilaktyce nadwagi. Farmaceuta, do którego zwraca się pacjent z prośbą o radę w wyborze właściwego produktu leczniczego, powinien przede wszystkim uświadomić go o trudzie, jakim jest „zrzucenie” zbędnych kilogramów, i zniechęcić dostosowania preparatów, które gwarantują „superlinię w tydzień”. Bo odchudzanie to proces, który musi trwać.

Na Zachodzie, gdzie założenia opieki farmaceutycznej realizowane są w praktyce, pomoc w walce z nadwagą i otyłością znajduje się „w ofercie” każdej apteki.

Osoby otyłe po podjęciu decyzji o leczeniu najbardziej potrzebują motywacji i wsparcia. Farmaceuta jako przedstawiciel zawodu zaufania publicznego dzięki zdobytej podczas studiów i kursów wiedzy może naprawdę wiele zdziałać w tej dziedzinie. Na podstawie wywiadu z chorym, wyznaczenia wskaźników BMI, WHR, obwodu pasa ustala wstępny plan odchudzania, ewentualnie modyfikowany podczas kolejnych wizyt. Wszelkie dane związane z problemem są zbierane w specjalnej karcie pacjenta, co pozwala obserwować postępy, wyciągać wnioski i stanowi podstawę do konsultacji z lekarzem.

Po wiele preparatów stosowanych pomocniczo w odchudzaniu pacjenci sięgają sami, motywowani reklamą bądź sugestią znajomych. Rzadko ten wybór jest odpowiedni. W modelu opieki farmaceutycznej ewentualna farmakoterapia dobierana jest świadomie i celowo, a wszelkie wątpliwości konsultowane z lekarzem. Ta działalność

mogłaby pójść jeszcze dalej: apteka mogłaby podjąć współpracę z dietetykiem ustalającym indywidualny dla każdego pacjenta plan diety. Pacjent objęty opieką farmaceutyczną specjalisty miałby większe szanse powodzenia w walce z nadwagą i otyłością.

Nie jesteśmy jednak przygotowani na takie działania w polskich aptekach. Szkoda, bo zapotrzebowanie na tego rodzaju usługi obserwuję w codziennej pracy, zwłaszcza że problem otyłości zaczyna mieć rangę społecznego, nie tylko indywidualnego.

Większość aptek nie posiada warunków lokalowych (wydzielone pomieszczenie) umożliwiających nieskrępowaną rozmowę z chorym o problemie ani dodatkowych pracowników, by rozmowa z chorym nie musiała być przerywana potrzebą obsługi czekających w kolejce pacjentów.

Opieka farmaceutyczna w naszym kraju stawia co prawda nieśmiały krok, ale dopóki nie będzie refundowana taka usługa służby zdrowia, nie będzie ona miała szans powodzenia na szeroką skalę. W chwili obecnej farmaceuci powinni być przede wszystkim orędownikami zdrowego stylu życia. Bo zamiast odchudzać się i leczyć otyłość, można jej zapobiegać i cieszyć się dobrym zdrowiem.

#### Adres do korespondencji:

mgr farm. Agnieszka Woźniak  
Apteka „Lutycka”  
ul. Juraszów 7  
60-479 Poznań  
tel. 61 821 22 33

#### Piśmieictwo:

1. Zalewska B.: *Otyłość – problem XXI wieku*. RES MEDICA 2000.
2. Zahorska-Markiewicz B.: *Otyłość. Poradnik dla lekarzy*. Archi-Plus, Kraków 2002.
3. Jarosz M., Łatoszek-Kłosiewicz L.: *Otyłość. Zapobieganie i leczenie*. PZWL Warszawa 2009.
4. World Health Organization: *Obesity: Preventing and Managing the Global Epidemic*. WHO, Geneva 1998.
5. Bernaś M.: *Kliniczna definicja i ocena otyłości*. Terapia nr 5 (166), maj 2005, strona 7-9.
6. Czech A.: *Czynniki środowiskowe sprzyjające otyłości*. Terapia nr 5 (166), maj 2005, strona 17-19.

# Zaproszenie



## Polski Komitet Zielarski

zaprasza do udziału w

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

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

pod patronatem

**Grzegorza Cessaka**

Prezesa Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych

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

#### Program ramowy

##### **11.06.2010 (piątek)**

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

larstwa i ziołolecznictwa w Europie i na innych kontynentach)

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

##### **12.06.2010 (sobota)**

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

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

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

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

# KONWALIA MAJOWA SYMBOL SZCZĘŚCIA I CIERPLIWOŚCI



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

*jerzy.jambor@phytopharm.com.pl*

Konwalia majowa jest stałym motywem na wizerunkach świętych, szczególnie w scenach zwiastowania Maryi, jako tradycyjny atrybut Chrystusa i Maryi, a także innych postaci biblijnych uznawanych za święte. Jest symbolem zbawienia świata. Ten kwiat przypominający o zbawczej mocy Chrystusa można odnaleźć na malowidłach i jako element rzeźb w licznych wiejskich kościołkach. Konwalia tradycyjnie zdobi księgi liturgiczne. Pojawia się też przy posaciach wybitnych uczonych. Znany jest wizerunek Mikołaja Kopernika, duchownego, lekarza i astronoma, z konwalią w dłoni. Lubię ten obraz bardzo.

Konwalia jest też symbolem szczęścia, a więc zawsze symbolem pozytywnym. Ta piękna symbolika wzięła się zapewne nie tyle z właściwości leczniczych, ile z samej urody rośliny. Dopiero z czasem działanie biologiczne konwalii znalazło potwierdzenie w doświadczeniach medycznych.

Jest znana od około czterech tysięcy lat. Korzystano z niej w chińskiej medycynie ludowej jako z surowca roślinnego korzystnego w chorobach sercowo-naczyniowych. Chińczycy stosowali jednak kłącza konwalii, a nie liście i inne części nadziemne, jak my dzisiaj czynimy. Wiadomo, że związki czynne występują praktycznie w całej roślinie, ale najczęściej jest ich w liściach w okresie kwitnienia. Dlatego zielarze konwalię zbierają w maju. Walory lecznicze konwalii były znane starożytnym Grekom i Rzymianom, a także w średniowiecznej medycynie.

Od tradycji medycznej odbiegają jedynie poglądy księdza Krzysztofa Kluka. Jego

zdaniem kwiaty konwalii wzmacniają nerwy i mogą być stosowane do wyrobu wódki węgierskiej, korzystnie wpływającej na organizm.

W dawnych czasach z konwalii otrzymywano też olejek stosowany do wyrobu kosmetyków. W tej chwili zapach konwalii uzyskuje się wyłącznie za pomocą związków syntetycznych. Prawdziwy zapach konwalii można poznać już tylko w lesie, gdzie rośnie w stanie naturalnym, czy też w przydomowym ogródzie. W procesie produkcji preparatów leczniczych zapach jest niezauważalny. Już w trakcie suszenia surowca błyskawicznie ulatuje w powietrze, poza tym mieszka się z zapachem suszonych liści, więc nie dostarcza szczególnych wrażeń zapachowych.

Kiedyś konwalia nazywana była lilią z dolin (*Lilium convallium*). Była traktowana jako miniatura lili i uważano ją za lilię ubogich.

Konwalia majowa (*Convallaria majalis*) jest rośliną, którą można spotkać w całej strefie umiarkowanej, zarówno w Europie jak w Azji i Ameryce Północnej. W Polsce występuje w widnych lasach i zaroślach, zwłaszcza na niżu. Czasami można spotkać tereny, gdzie rosną jej całe łany. Konwalia lubi miejsca wilgotne. Bywa uprawiana jako roślina lecznicza i ozdobna.

Konwalia majowa (*Convallaria majalis*), zwana też konwalią wonną lub leśną, jest gatunkiem z rodziny liliowatych (*Liliaceae*). Jest to bylina o czołgającym się kłączu, podzielonym na krótkie międzywęźla. Na końcach kłączu wyrastają pędy kwiatowe,



© Ze zbiorów własnych Phytopharma Kleka SA

do 30 cm wysokie, otulone u nasady pochwami dużych, eliptycznojajowatych liści. Pęd kwiatowy zakończony jest gronem białych, kulistodzwonkowatych, przyjemnie pachnących kwiatów. Owocem jest jaskrawoczerwona jagoda.

Za rośliny lecznicze uważa się też inne gatunki konwalii: występującą na Uralu i Krymie *Convallaria transcaucasica* oraz

rosnącą na Dalekim Wschodzie *Convallaria keiskei*. Działanie i zastosowanie tych roślin zblizone jest do konwalii majowej.

Surowcem farmaceutycznym są nadziemne części rośliny zebrane w końcu maja lub w czerwcu – ziele konwalii (*Convallariae herba*). Konwalia została objęta ochroną, co oznacza, że na jej zbiór trzeba mieć każdorazowo zgodę konserwatora przyrody. ➤

- Obecnie zakłady zielarskie kupują surowiec głównie od zbieraczy. Dawniej istniały w Polsce nawet duże plantacje konwalii. Kiedy jednak na rynek farmaceutyczny weszły silnie działające leki kardiologiczne oparte na czystych związkach, zainteresowanie konwalią zmalało. Teraz próbuje się ponownie je rozbudzić, uważając, że łagodniejsze leki kardiologiczne też powinny być w aptekach.

Ziele konwalii posiada monografie Farmakopei Polskiej VI, DAB 1999 i Komisji E.

Konwalia należy do roślin przebadanych bardzo wnikliwie i nie należy spodziewać się już żadnych rewelacji dotyczących jej chemizmu. Ziele konwalii zalicza się do grupy surowców kardenolidowych. Najprościej mówiąc, oznacza to, że zawiera glikozydy nascercowe – związki, które działają bezpośrednio na mięsień sercowy. Pod względem chemicznym glikozydy nascercowe stanowią połączenia aglikonów o charakterze steroidowym z różnymi cukrami. Aglikony (geniny) mają strukturę steroidową z pierścieniem laktonowym przy węglu C-17. Dlatego też ze względu na strukturę chemiczną zaliczamy je do związków steroidowych. Glikozydy nascercowe dzielimy na: kardenolidy – związki o pięcioczlonowym pierścieniu laktonowym i bufadienolidy – związki o sześcioczlonowym pierścieniu laktonowym. Zdecydowana większość glikozydów nascercowych to kardenolidy. Glikozydy nascercowe wykazują działanie inotropowo dodatnie – wzmagają siłę skurczu mięśnia sercowego oraz chronotropowo ujemne – przedłużają fazę diastoliczną miedzy skurczami, a także zwiększą objętość wyrzutową i zwalniają tempo. Jak podaje literatura fitoterapeutyczna: „ekonomizują pracę serca”. Glikozydy nascercowe stosowane są głównie w niewydolności mięśnia sercowego.

Spośród glikozydów kardenolidowych ziele konwalii najważniejsza jest konwalotksyna, która powstaje z konwalozydru w trakcie suszenia surowca. Stanowi ona około 40% całego kompleksu tych związków. Drugim ważnym glikozydem jest konwalatoksol, stanowiący około 20% składu. Inne składni-

ki nie mają większego znaczenia farmakologicznego. Warto jeszcze wspomnieć o obecnych w konwalii saponinach, które ułatwiają wchłanianie glikozydów nascercowych z przewodu pokarmowego.

Glikozydy konwalii, co jest dosyć istotne, nie wiążą się z białkami osocza, nie kumulują się w organizmie i są szybko wydalane. Ich działanie daje zatem szybkie skutki, ale również szybko przemija.

Podobne związki, czyli glikozydy nascercowe, występują w nasionach strofantusa, naparstnicy purpurowej i wełnistej, miłku wiosennym, oleandrze i cebuli morskiej. Co ciekawe, są one również w skórze ropuch. O tym, jak silne są to związki, świadczy wymóg standaryzacji biologicznej otrzymywanych z nich preparatów. W przypadku zdecydowanej większości preparatów roślinnych przeprowadza się tylko standaryzację chemiczną.

Konwalia figuruje w wykazach roślin trujących, toteż otrzymane z niej leki w przypadku przedawkowania mogą doprowadzić nawet do śmierci. Najpierw jednak występują zaburzenia w pracy przewodu pokarmowego (ból żołądka, nudności, wymioty), a potem zaburzenia rytmu serca, które mogą skończyć się tragicznie. W naszych czasach zdarzały się przypadki ciężkich zatrucia dzieci, które zjadły lśniące, czerwone jagody konwalii.

Niewiele jest leków z konwalii. Są to głównie „Krople nascercowe” produkowane przez różne firmy, które bazują na farmakopealnej nalewce (*Tinctura Convallariae*). Poza tym istnieją też takie preparaty konwaliowe jak: „Cardiol”, „Convafort”, „Kelicardina”, „Neocardina”. Leki z konwalii można stosować w łagodnych stanach i szybko przemijających zaburzeniach rytmu serca. Przy poważniejszych schorzeniach zalecane są silniejsze środki.

#### Adres do korespondencji:

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

## Z 69. Światowego Kongresu Farmacji i Nauk Farmaceutycznych w Istambule

# ODPOWIEDZIALNOŚĆ FARMACEUTY ZA EFEKTY LECZENIA PACJENTÓW

dr n. farm. Jerzy ŁAZOWSKI

Członek indywidualny FIP od 1994 r.  
e-mail: j.lazowski@wp.pl

### WYSTĄPIENIE PREZESA FIP NA OTWARCIE KONGRESU

Główny temat naszego Kongresu: *Odpowiedzialność za efekty leczenia pacjentów – czy jesteście gotowi?* – pobudza do zastanowienia się, gdzie jesteśmy w naszym rozwoju zawodowym i co należy zrobić, by dodać naszą wartość do opieki nad pacjentem – tak rozpoczął wystąpienie otwierające 69. Światowy Kongres Farmacji i Nauk Farmaceutycznych w roku ubiegłym w Istambule prezes FIP prof. Kamal K. Midha.

– Przed nami rysuje się ekscytującą przyszłość. Jednak zanim ruszymy w dalszą drogę, chciałbym odbyć z wami wspólną podróż, przejść skrzyżowania dróg, które musimy przejść i spojrzeć na mapę dróg prowadzących do naszego celu

Krótko mówiąc: fundamenty naszej pracy stanowią: nauka, praktyka i kształcenie. Starając się zapewniać pacjentom nasze usługi, stajemy wobec problemu zrównoważenia tego trójkąta w ramach złożonych systemów opieki zdrowotnej i kształcenia z wyraźnym celem, którym jest umieszczenie pacjenta w centrum naszej uwagi. Bez innowa-

cyjnej i dobrej jakościowo nauki nie będziemy mogli opracować leków niezbędnych do waliki ze stale zmieniającymi się chorobami. Bez Dobréj Praktyki Aptecznej nie będziemy mogli zapewniać pacjentom dostępu do właściwych leków i racjonalnego ich stosowania, a bez sprawnego i właściwego kształcenia będzie nam brakowało praktyków i naukowców niezbędnych do zajmowania się lokalnymi i globalnymi potrzebami zdrowia. Tak naprawdę wciąż nie mamy sposobów leczenia ponad 30 zaniedbanych chorób zabijających corocznie 11 milionów ludzi na całym świecie. Istnieje szeroka luka w dostępie do leków: około 30% światowej populacji nie ma stałego dostępu do leków podstawowych.

Istniejące dowody ostrzegają nas, że nieodpowiednie używanie leków jest stale szeroko rozpowszechnionym problemem. Mniej niż połowa chorych na pospolite choroby jest leczona niezgodnie z wytycznymi klinicznymi. Mniej niż 2/3 dzieci mających biegunkę leczy się nadnianiem doustnym, natomiast ponad 40% otrzymuje często zupełnie niepotrzebnie

antybiotyki. Walczymy o to, by wszystkie leki były jak najlepszej jakości i w miarę możliwości jak najbezpieczniejsze. Ale te nasze wysiłki są niwezione przez leki sfałszowane. W samym tylko 2008 r. zarejestrowano 1500 przypadków tych fałszerstw.

Państwa bez wszechstronnego kształcenia farmaceutycznego walczą o rozwój kadry aptecznego, z dobrymi specjalistami, którzy mogliby zaspokoić miejscowe potrzeby zdrowotne.

FARMACEUTA WSPIERA LEKARZA I PACJENTA

Trwa akcja pilotowa  
Programu Świat Kardiologii i Diabetologii w wielkopolskich aptekach!

W dniach od 19 kwietnia do 31 maja 2010 r.  
w wybranych Aptekach Świat Zdrowia startuje pierwszy w Polsce  
Program Opieki Farmaceutycznej. Wkrótce akcja ogólnopolska!

Partner programu:

Partner edukacyjny:

Jednostki:

- leki kardiologiczne i diabetologiczne w wytypiono korzystnych cenach
- skierowania na bezpłatne wizyty u lekarza i lekarza weterynarii kardiologa i diabetologa
- przedmioty dla Pacjenta
- fachowe porady specjalne przeskakujące w zakresie zdrowia
- darmometratorje w zakresie stopy cukrzycowej
- skierowania na bezpłatne badania:
- > EKG
- > echo serca
- > hemoglobina HbA1c
- > cholesterol
- > pomiar ciśnienia

PIERWSZY W POLSCE  
PROGRAM OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ →

Świat Kardiologii i Diabetologii

[www.swiat-zdrowia.pl](http://www.swiat-zdrowia.pl)

- Na problem ten zwróciła uwagę UNESCO, która w swoich badaniach wykazała, że „w miejscowościach z ograniczonym kształceniem prowadzi się mniej badań nad lokalnymi rozwiązaniami i mniej jest dostępnych specjalistów wspierających ich wdrażanie”.
- Liderzy Komisji Nauk Farmaceutycznych FIP z dużym poświęceniem pracują twórczo nad określeniem przyszłych kierunków rozwoju nauk farmaceutycznych. Z inicjatywy tej komisji odbyło się w minionym roku spotkanie międzynarodowych ekspertów reprezentujących m.in. świat akademicki, przemysł, organy nadzorcze, bankowość i socjologów, którego celem było opracowanie scenariuszy rozwoju nauk farmaceutycznych do 2020 r. Sprawozdanie z tego bardzo udanego spotkania zostało opublikowane w czasopiśmie *FIP International Pharmacy Journal*. Według tego sprawozdania należy zakwestionować obecny *status quo*. Szersze rozpoznanie środowisk pobudzi kreatywność i innowacyjność. Dobra Praktyka Apteczna jest od dawna szczególną troską FIP, gdyż zapewnia chorym, iż będą otrzymywać skuteczne, bezpieczne i dostępne dla każdego leki.
- W czasie Światowego Zgromadzenia Zdrowia FIP podkreśliła kluczową rolę farmaceutów w zapewnianiu racjonalnej farmakoterapii. Zwróciliśmy też uwagę na to, że polityki narodowe muszą wspierać rolę farmaceutów w promocji zdrowia, dostępie pacjentów do informacji, doskonaleniu procesów przepisywania leków oraz w opiece farmaceutycznej.
- Fałszerstwo leków stale budzi globalne zaniepokojenie i jest zagrożeniem publicznym. Jako członek Grupy Roboczej WHO IMPACT oraz jako główny uczestnik Grupy Roboczej ds. Komunikacji – FIP bada skalę i skutki fałszerstwa leków w zdrowiu publicznym oraz opracowuje narzędzia dla dokumentacji potencjalnych szkód. Dla wspierania narodowych organizacji członkowskich FIP opracowała i rozpowszechniła ramowy przewodnik nt. fałszerstwa leków dla farmaceutów. Farmaceuci, aby mogli skutecznie zaspokajać ukierunkowane na opiekę nad pacjentem potrzeby lokalne oraz w szerszym sensie również potrzeby zdrowia publicznego, muszą nabyć wiedzę i umiejętności niezbędne do wykonywania tej roli. W realizacji tego zadania kierunek nadaje Grupa Robocza ds. Kształcenia Farmaceutycznego.
- Jako aktywni i odpowiedzialni członkowie społeczeństwa – podkreślał prezes FIP – dzielimy się też naszą wiedzą poprzez codzienną praktykę zawodową, publikacje oraz udział w spotkaniach dotyczących opieki zdrowotnej. Aby zapewnić realizację wizji FIP, jej przedstawiciele uczestniczyli w minionym roku w licznych wydarzeniach, dzieląc się swoją wiedzą. Zawsze i wszędzie tam, gdzie jest mowa o lekach, FIP jest obecna.
- FIP jest jedyną organizacją zajmującą się zbieraniem danych o zatrudnieniu w sektorze farmaceutycznym na poziomie globalnym. Zła sytuacja w globalnym zapotrzebowaniu na siłę roboczą w farmacji wymaga szerszej perspektywy, aby stwierdzić, jak to wpływa na zdrowie i bogactwo narodów. FIP dostarcza takiej perspektywy, by wykazać ważną rolę, jaką odgrywa farmacja w gospodarce lokalnej i krajowej, jako że leki i środki ludzkie wymagają znacznych nakładów finansowych ze strony rządów, sektora prywatnego i osób indywidualnych. Sprawozdanie dotyczące globalnego zatrudnienia w farmacji wydane w czasie obecnego kongresu przypomina o istotnej roli farmaceutów i aptekarstwa w życiu globalnej społeczności.
- Skuteczne komunikowanie się jest nakazem bez względu na to, czy znajdujemy się w sytuacjach nagłych, czy w realizacji codziennych zadań.
- Sekcja Farmacji Wojskowej i Ratunkowej FIP zainicjowała projekt wprowadzenia pikrogramów przypominających pacjentom o tym, jak stosować przepisane im leki.
- Federacja wzmacnia też komunikowanie się ze swoimi członkami. W tym celu została przeprojektowana witryna internetowa FIP ([www.fip.org](http://www.fip.org)) w sposób ułatwiający dostęp do informacji. Jest ona stale aktualniana i zawiera najnowsze wiadomości. Stwarzać będzie też możliwość tworzenia sieci pomiędzy członkami FIP.
- Dla dalszego dialogu oraz dzielenia się doświadczeniami i poglądami z globalną widownią – zapowiedział prezes FIP – powracamy do wydawania międzynarodowego czasopisma *Pharmacy Education*. Nowa technika publikacji umożliwia osobom indywidualnym ko-

mentowanie artykułów, ułatwi rozwój interaktywnej społeczności osób zajmujących się kształceniem farmaceutycznym i będzie pobudzać zarówno badania, jak i dyskusje na ten, tak trudny do przecenienia temat.

Jako współtwórca Światowego Przymierza Zawodów Medycznych (*World Health Professional Alliance – WHPA*) FIP odgrywa kluczową rolę w integracji farmaceutów, pielęgniarek, lekarzy i dentystów w całym świecie. Nasze wspólne inicjatywy uznają unikatowe wartości i wkład, jaki każdy z tych zawodów wnosi do opieki nad pacjentem. Nasza współpraca wspiera wysiłki rządów, decydentów i WHO; na tym polu osiągnęliśmy już znaczne sukcesy.

W tym roku Rada FIP dokonuje przeglądu koncepcji Wspólnej Praktyki Aptecznej. Podkreśla ona krytyczna rolę farmaceutów we współpracy z innymi zawodami opieki zdrowotnej oraz pozytywny wpływ, jaki ta współpraca ma na zdrowie publiczne. W celu rozszerzenia naszego poparcia, uzyskania większej wiedzy oraz zapewnienia organizacjom członkowskim przydatnych narzędzi FIP nawiązała partnerskie kontakty z takimi organizacjami globalnymi jak WHO i UNESCO.

Badania Grupy Roboczej ds. Kształcenia Farmaceutycznego dotyczące przypadków krajobrazowych dostarczają doskonałych przykładów tam, gdzie partnerzy ci połączyli swoje siły. Na podstawie pełnomocnictwa dokumentu *Wizja 2020*, jednogłośnie przyjętego w 2008 roku w Bazylei FIP wdraża i rozsze-

rza swoje kontakty, zwiększając swoją widoczność i wzmacniając 3 kluczowe filary: naukę, praktykę i kształcenie.

FIP jest gotowa – odpowiada jej prezes na pytanie zawarte w haśle 69. Kongresu. – Przede wszystkim jednak musimy pamiętać, że naszą misją jest: poprawa globalnego zdrowia poprzez postępy nauki i praktyki farmaceutycznej, umożliwiającej lepsze odkrywanie, opracowywanie, dostęp do bezpieczne i właściwie stosowanych, efektywnych kosztowo leków wysokiej jakości na

całym świecie. Przed nami duże bogactwo możliwości dla wielu z nas uczestniczenia w tym procesie: grupa młodych farmaceutów, sekcje, komisje, biuro i fora regionalne. FIP potrzebuje liderów, którymi możecie się stać wszyscy obecni tutaj, podejmując te role, rozwijając i tworząc światowej klasy naukę, praktykę i edukację farmaceutyczną.

Jest wiele cennych projektów FIP i wydarzeń, z których możemy być dumni. Nakreślim tutaj tylko niektóre z nich, w których personel FIP i wielu



**Świat Zdrowia. W trosce o Pacjenta.**

## FARMACEUTA WSPIERA LEKARZA I PACJENTA

**Trwa akcja pilotażowa**  
Programu Świat Kardiologii i Diabetologii w wielkopolskich aptekach!

W dniach od **19 kwietnia do 31 maja 2010 r.**  
w wybranych Aptekach Świat Zdrowia startuje pierwszy w Polsce Program Opieki Farmaceutycznej. Wkrótce akcja ogólnopolska!

**Partner programu:**

**Patroni edukacyjni:**

**Już teraz:**

- leki kardiologiczne i diabetologiczne w wyjątkowo korzystnych cenach
- skierowania na bezpłatne wizyty u lekarzy specjalistów kardiologów i diabetologów
- poradniki dla Pacjenta
- fachowe porady specjalnie przeszkolonych farmaceutów
- dermokonsultacje w zakresie stopy cukrzycowej
- skierowania na bezpłatne badania:
  - > EKG
  - > echo serca
  - > hemoglobina HbA1c
  - > glukoza
  - > cholesterol
  - > pomiary ciśnienia

**Świat Kardiologii i Diabetologii**

**PIERWSZY W POLSCE PROGRAM OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ →**

[www.swiat-zdrowia.pl](http://www.swiat-zdrowia.pl)

**Opieka farmaceutyczna – karty bazowe dla farmaceutów**

**OSTEOPOROZA**

**I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)**

Dopuszczalne stężenie gęstości mineralnej kości.  
Wynik zostaje podany w oparciu o wskaźnik:  
1. BMD (bone mineral density) – bezwzględna  
wartość gęstości mineralnej kości [ $\text{g}/\text{cm}^2$ ]

Stadia osteoporozy w zależności od wyniku T-score (WHO):	
Rozporządzanie	Pomiar BMD

**NADCIŚNIENIE TĘTNICZE**

**I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)**

Klasifikacja ciśnienia tętniczego [mm Hg]<sup>1,2,3</sup>:

Ciśnienie skurczowe	Ciśnienie rozkurczowe	Kategoria
< 120	< 80	Ciśnienie optymalne
120 – 129	80 – 84	Ciśnienie prawidłowe
130 – 139	85 – 89	Ciśnienie wysokie prawidłowe

wartości prawidłowe

**Opieka farmaceutyczna – Karty Bazowe dla farmaceutów**

**CUKRZYCA TYPU 2**

**I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)**

Glikemia na czزو – stężenie glikozy w próbce krwi pobranej co najmniej 8 h od ostatniego posiłku

1. Prawidłowa glikemia na czزو (stężenie glikozy w osoczu: 60 - 99 mg/dl)
2. Kryteria rozpoznawania cukrzycy:

**ZESPOŁ METABOLICZNY**

**I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne)**

Zespół metaboliczny – połączenie najbardziej niebezpiecznych czynników ryzyka chorób sercowo-naczyniowych do których należą: nadmierna masa ciała, zaburzenia gospodarki węglowodanowej i lipidowej oraz podwyższone ciśnienie tętnicze krwi.

Kryteria rozpoznania zespołu metabolicznego:

Rozpoznanie zespołowi metabolicznego wymaga stwierdzenia otyłości centralnej (brzusnej)* oraz 2 z 4 czynników	Obwód talii dla populacji europejskiej: mężczyźni $\geq 94 \text{ cm}$ kobiety $\geq 80 \text{ cm}$
--	---

\* Podwyższone stężenie triglicerydów (lub TG  $\geq 150 \text{ mg/dl}$ )

**www.cza.pl • e-mail: cza@cza.pl**

**OPIEKA FARMACEUTYCZNA**

ISSN 1233-2755 • Wydanie specjalne 2009

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

**KARTY BAZOWE DLA FARMACEUTÓW**

Karty bazowe zostały opracowane dla następujących schorzeń:

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

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

spośród was brało udział. Jako oddani wolontariusze jesteście siłą napędową. Dziękuję wam za to zainteresowanie. Omawiając problemy farmacji na poziomie globalnym, mamy wiele kierunków i dróg. Wszystkie one jednak prowadzą w jedno miejsce – do FIP. Mam nadzieję, że bardziej zaangażujecie się w działalność naszej globalnej federacji, swojej narodowej organizacji i w swoim miejscu pracy, aby jak najlepiej wykorzystać wiedzę i więzi, jakie zyskamy w trakcie tego kongresu.

## WYJĄTKOWE FORUM TWÓRCZEJ DYSKUSJI I NAWIĄZYWANIA BEZPOŚREDNICH KONTAKTÓW

Program kongresu był bardzo obszerny i przede wszystkim odzwierciedlał główny jego temat: *Odpowiedzialność za efekty leczenia pacjentów. Czy jesteśmy gotowi?* Wybór tego tematu podyktowany był istnieniem znaczących różnic między potencjalną skutecznością leków a ich rzeczywistą efektywnością w realnym świecie. Farmaceuci mają fundamentalny obowiązek zlikwidowania tych różnic tak, by pacjenci byli świadomi korzyści, jakie wynikają ze stosowania zaleconych im leków. Pacjenci, ubezpieczyciele i władze zdrowia w coraz większym stopniu oczekują, że farmaceuci będą wywiązywali się z tego obowiązku jako z części usług, za które są wynagradzani. Niezaspokajanie tych oczekiwów jest postrzegane przez te strony jako wykroczenie służbowe i może spowodować wstrzymanie wynagradzania lub podjęcie kroków prawnych. W tych nowych warunkach farmaceuci powinni być przygotowani do przyjęcia na siebie odpowiedzialności za efekty stosowania leków u swoich pacjentów.

Powyzszym zagadnieniom poświecone było 6 sympozjów zorganizowanych przez Komisję Praktyki Farmaceutycznej FIP. Każde z sympozjów, trwało 3 godziny i zawierało cztery 45-minutowe wykłady określone tematem sympozjum. Tematy zaś były następujące: „Świat jest chory: czyj jest to problem?”, „Różnice między tym, co wiemy, a tym, co robimy”; „Co osiągnięto w poprawie efektów uzyskiwanych przez pacjenta?”; „Zapewnianie pacjentom lepszych efektów stosowa-

nia leków”; „Być gotowym: przygotowania do zapewniania pacjentom pozytywnych efektów w sytuacji katastrof masowych”; „Działania farmaceutów na rzecz efektów uzyskiwanych przez pacjentów”.

Główny temat kongresu dominał nie tylko na sympozjach Komisji Praktyki Farmaceutycznej. Znalazł się też na sympozjach organizowanych przez sekcje FIP pod wspólnym hasłem: *Doskonalenie racjonalnego stosowania leków*, a poruszających takie tematy, jak: „Kulturalne i zdrowotne przekonania związane z stosowaniem leków”; „Czy zarządzanie lekami może poprawić ich stosowanie?”, „Dzielenie się informacją z pacjentami jako metoda poprawy efektów leczenia”; „Walka z antybiotykoopornością jako element zapewniania bezpieczeństwa pacjentom”; „Farmakogenomika – podstawy i zastosowanie w terapii – konieczność współpracy biologów klinicznych z farmaceutami w zakresie personalizacji leków”; „Praktyka farmaceutyczna w erze farmakogenomiki – czy jesteśmy do niej przygotowani?”.

Z głównym tematem kongresu był także związany program 7 sympozjów pod wspólnym hasłem: *Poprawa jakości leków i informacji o nich*. Roli farmaceuty we współczesnych systemach opieki zdrowotnej poświecone było też sympozjum zorganizowane przez Międzynarodową Federację Studentów Farmacji.

Komisja Nauk Farmaceutycznych FIP zorganizowała 8 sympozjów poświęconych postępu nauk farmaceutycz-

nych, w trakcie których mówiono m.in. o nanomedycynie, nowych strategiach we współczesnej chemii medycznej, farmacji nuklearnej, znaczeniu testu rozpuszczalności, jakości, bezpieczeństwa i skuteczności produktów naturalnych oraz wpływie odpadów farmaceutycznych na środowisko.

O tym, jak duże znaczenie przywiązuje FIP do ciągłego

szkolenia farmaceutów, świadczy fakt, że tematowi temu były poświecone 3 sympozja w ramach bloku pod hasłem *Kształcenie farmaceutyczne*. W bloku tym znalazły się też sympozja poruszające praktyczne zagadnienia związane z publikacją wyników badań naukowych oraz przygotowywaniem i prowadzeniem zajęć warsztatowych.



Świat Zdrowia

**FARMACEUTA WSPIERA LEKARZA I PACJENTA**

**Trwa akcja pilotowa**  
Programu Świata Kardiologii i Diabetologii w wielkopolskich aptekach!

W dniach od **19 kwietnia do 31 maja 2010 r.**  
w wybranych Aptekach Świata Zdrowia startuje pierwszy w Polsce Program Opieki Farmaceutycznej. Wkrótce akcja ogólnopolska!

**Partner programu:**

Polskie Towarzystwo Diabetologiczne

**Już teraz:**

- leki kardiologiczne i diabetologiczne w wyjątkowo korzystnych cenach
- skierowania na bezpłatne wizyty u lekarzy specjalistów kardiologów i diabetologów
- poradniki dla Pacjenta
- fachowe porady specjalnie przeszkolonych farmaceutów
- dermatokonsultacje w zakresie stopy cukrzycowej
- skierowania na bezpłatne badania:
  - > EKG
  - > echo serca
  - > hemoglobina HbA1c
  - > glukoza
  - > cholesterol
  - > pomiary ciśnienia

Świat Kardiologii i Diabetologii

**Patroni edukacyjni:**

Czasopismo Aptekarskie

Farmacja Szpitalna

**PIERWSZY W POLSCE PROGRAM OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ →**

**www.swiat-zdrowia.pl**

► Sekcja Aptek Ogólnodostępnych FIP zorganizowała całodzienna sesję *Dzień Praktyka*, w trakcie której członkowie sekcji przedstawili 20 donieśień z własnej praktyki oraz dotyczących różnych inicjatyw wdrażanych w reprezentowanych przez nich krajach.

W tradycyjnie towarzyszącej sympozjom tematycznym sesji plakatowej zaprezentowano około 500 plakatów dotyczących zarówno praktyki zawodowej jak i wyników prowadzonych przez uczestników kongresu badań naukowych [w tym 3 plakaty z Polski: prof. dr. J. Pluty (*Evaluation of simvastatin permeation from topical formulations in test in vitro* oraz *Thermosensitive systems prepared on Pluronic F-127 as*

*vehicles for prolactin in antian-giogenic therapy*) i prof. dr K. Olczyk (*Continuing postgraduate pharmacy education system in Poland*)].

Kongresowi towarzyszyła jak zawsze wystawa firm farmaceutycznych i produkujących sprzęt apteczny oraz wydawnictw medyczno-farmaceutycznych.

W powyższym omówieniu zająłem się przede wszystkim szeroką prezentacją programu 69. Kongresu, by wykazać, jak ważne dla farmacji jako zawodu i nauki tematy są poruszane w czasie kongresów FIP, jak wielkie znaczenie mają one dla dalszego ich rozwoju i przyszłości. Są one miejscem twórczych dyskusji i debat, a także nawijywania bezpośrednich kontaktów farmaceu-

tów z różnych stron świata, a tym samym dają okazję do wymiany informacji i doświadczeń, dokonywania porównań, a nawet podejmowania wspólnych inicjatyw badawczych. W obecnej globalnej wiosce nie można zamknąć się we własnym zaścianku i pozostawać głuchym na to, co się w tej wiosce dzieje.

Omówienie trzech sympozjów związanych z głównym tematem 69. Kongresu FIP ukaże się w kolejnym wydaniu „Czasopisma Aptekarskiego”.

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

## Z ostatniej chwili

**Powstało pierwsze w Polsce Stowarzyszenie Przedstawicieli Medycznych.** „*Misją Stowarzyszenia jest podnoszenie profesjonalizmu i wiedzy Przedstawicieli Medycznych między innymi z zakresu medycyny, prawa (zwłaszcza Prawa farmaceutycznego) oraz ekonomii*” – mówi Krzysztof Łokaj, prezes Polskiego Stowarzyszenia Przedstawicieli Medycznych. Ma to na celu specjalistyczne przygotowanie Przedstawicieli Medycznych oraz kandydatów do wykonywania tego zawodu do funkcjonowania na rynku farmaceutycznym. Kolejnym priorytetem Stowarzyszenia jest ułatwianie jego członkom współpracy z innymi środowiskami związanymi z ochroną zdrowia i przemysłem medycznym, a w szczególności z lekarzami, aptekami, a także przedstawicielami samorządów zawodowych i terenowych oraz innych władz publicznych.

„*Mam nadzieję, że PSPM stanie się bardzo popularne wśród pracowników firm farmaceutycznych oraz produkujących sprzęt medyczny i diagnostyczny, tak jak ma to miejsce w Stanach Zjednoczonych.*

*Tam ok. 70% pracowników wykonujących zawód Przedstawiciela Medycznego należy do stowarzyszeń branżowych*” – dodaje Krzysztof Łokaj.

Priorytetem PSPM we wszystkich działaniach będzie upowszechnianie standardów etyki zawodowej Przedstawicieli Medycznych i zapewnienie ich przestrzegania wśród członków. „*Pierwszą dużą inicjatywą Stowarzyszenia, nad którą trwają już prace, będzie stworzenie projektu Kodeksu Etyki Zawodowej Przedstawiciela Medycznego. Będzie on, podobnie jak Kodeks Etyki Zawodowej Lekarza (Naczelnej Izby Lekarskiej), zbiorem zasad, wartości oraz obowiązków członków PSPM. Ma to zapewnić tzw. „oddolne” wdrażanie standardów postępowania i podnoszenie kwalifikacji osób przynależnych do Stowarzyszenia poprzez edukację w zakresie etyki, wiedzy medycznej oraz zasad reklamy i promocji. Konsultacje społeczne z pracodawcami, administracją państwową oraz stowarzyszeniami pacjentów dotyczące Kodeksu zamierzamy rozpoczęć już w czerwcu br.*” – podkreśla Krzysztof Łokaj.



Świat Zdrowia

Świat Zdrowia. W trosce o Pacjenta.

# FARMACEUTA WSPIERA LEKARZA I PACJENTA

## Trwa akcja pilotowa

Programu Świat Kardiologii i Diabetologii w wielkopolskich aptekach!

W dniach od **19 kwietnia do 31 maja** 2010 r.  
w wybranych Aptekach Świat Zdrowia startuje pierwszy w Polsce  
Program Opieki Farmaceutycznej. Wkrótce akcja ogólnopolska!

Partner programu:



Polskie Towarzystwo  
Diabetologiczne

Już teraz:

- leki kardiologiczne i diabetologiczne w wyjątkowo korzystnych cenach
- skierowania na bezpłatne wizyty u lekarzy specjalistów kardiologów i diabetologów
- poradniki dla Pacjenta
- fachowe porady specjalnie przeszkolonych farmaceutów
- dermatokonsultacje w zakresie stopy cukrzycowej

- skierowania na bezpłatne badania:
  - > EKG
  - > echo serca
  - > hemoglobina HbA1c
  - > glukoza
  - > cholesterol
  - > pomiary ciśnienia

Patroni edukacyjni:



**PIERWSZY W POLSCE  
PROGRAM OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ →**



Świat  
Kardiologii  
i Diabetologii

[www.swiat-zdrowia.pl](http://www.swiat-zdrowia.pl)

# FLIBANSERYNA NA LIBIDO U KOBIET PRZED MENOPAUZĄ

**Bogdan OSTROWSKI**

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

Niski popęd płciowy z towarzyszącym złym samopoczuciem to najczęstsza postać zaburzeń seksualnych u kobiet przed menopauzą. W badaniach epidemiologicznych w przybliżeniu 1 na 10 z nich zgłaszała je wraz z towarzyszącym złym samopoczuciem, co może wskazywać na tzw. zespół obniżonego popędu seksualnego (*Hypoactive Sexual Desire Disorder – HSDD*), który od ponad 25 lat uznaje się za odrębną jednostkę chorobową.

Zgodnie z definicją w IV wydaniu amerykańskiej Klasyfikacji Diagnostycznej i Statystycznej Zaburzeń Psychicznych – HSDD polega na utrzymującym się braku wyobrażeń seksualnych lub pożądania seksualnego, dotyczących jakiejkolwiek formy aktywności seksualnej, z towarzyszącym złym samopoczuciem lub trudnościami w relacjach międzyosobowych, którego nie daje się wytlumaczyć ani inną jednostką chorobową (oprócz innych zaburzeń seksualnych), ani bezpośrednim wpływem substancji (w tym leków), ani ogólnym stanem zdrowia. Nabyty HSDD nie ogranicza się jedynie do określonych typów stymulacji, wybranych sytuacji lub partnerów seksualnych i rozwija się po okresie normalnego funkcjonowania. Kobiety cierpiące na HSDD często skarżą-

się na utratę wcześniej odczuwanej intymności i bliskości, co może niekorzystnie wpływać na ich życie i relacje z partnerem.

Zaburzenia popędu płciowego są jeszcze zbyt rzadko rozpoznawane i wciąż brakuje farmakologicznych metod ich leczenia dla kobiet w okresie przedmenopausalnym cierpiących na HSDD. Obecnie mają one bardzo ograniczony wybór farmakologicznych metod walki z zaburzeniami pożądania seksualnego: najczęściej stosowane terapie hormonalne (m.in. plasterki uwalniające testosteron) i skuteczny (podnosi libido u 90 proc. kobiet), ale szkodliwy dla zdrowia bremelanotid.

Nadzieje kobiet z HSDD rozbudziła ostatnio niemiecka firma Boehringer Ingelheim, która opracowała i doprowadziła do fazy III program badań klinicznych nad wykorzystaniem w terapii tego zaburzenia u kobiet przed menopauzą flibanseryny – opracowanego przez nią leku na depresję, który okazał się słabym środkiem przeciwddepresyjnym dla ludzi, ale dawał interesujący efekt uboczny: poprawiał libido leczonych z depresją pacjentek.

Wyniki trzech dużych badań klinicznych flibanseryny przedstawiono w ub.r. na Kongresie Europejskiego Towarzystwa Medycyny Seksualnej w Lyonie

we Francji. Prowadzono je w Europie, Kanadzie i Stanach Zjednoczonych, uczestniczyło w nich prawie 2 tys. kobiet w wieku powyżej 18 lat. Testowanie leku trwało pół roku – seksualność kobiet analizowano przed i po zakończeniu eksperymentu. Połowa z nich przyjmowała flibanserynę w różnych dawkach (od 25 do 100 mg dziennie), połowa obojętnie placebo. Zmiany libido naukowcy rejestrowali za pomocą kilku specjalnych ankiet.

Firma Boehringer Ingelheim poinformowała, że badania fazy III potwierdziły skuteczność i tolerancję flibanseryny jako potencjalnego leku u kobiet w okresie przedmenopausalnym cierpiących na zespół obniżonego popędu seksualnego. Zbiorcze dane pochodzące z tych badań wskazują, że flibanseryna, zażywana w dawce 100 mg raz na dobę przed snem, znaczco zwiększa liczbę satysfakcjonujących zbliżeń seksualnych i pobudza popęd seksualny przy jednoczesnym znaczącym zmniejszeniu stresu i dyskomfortu psychicznego w przebiegu tego niedostatecznie jeszcze rozpoznawanego zaburzenia seksualnego u kobiet.

Badania północnoamerykańskie i europejskie zostały zaprojektowane w celu oceny fli-

banseryny przez 24 tygodnie w układzie z randomizacją i placebo i objęły kobiety z uogólnionym, nabytym HSDD, które przyjmowały flibanserynę 100 mg (czyli w dawce o najbardziej powtarzalnej skuteczności w poszczególnych badaniach) lub placebo. Wszystkie kobiety uczestniczące w badaniach pozostawały w stabilnych, komunikatywnych, monogamicznych, heteroseksualnych związkach przez co najmniej rok i stosowały wiarygodne metody antykoncepcji.

Zbiorcze wyniki badań północnoamerykańskich zebrań od 1378 kobiet w okresie przedmenopauzalnym z HSDD wykazały znamienny statystycznie wzrost częstości satysfakcjonujących zbliżeń seksualnych na miesiąc w grupie przyjmującej flibanserynę 100 mg (od wartości wyjściowej 2,8 do 4,5) w porównaniu z placebo (wzrost od wartości wyjściowej 2,7 do 3,7) w ciągu 24-tygodniowego okresu obserwacji. Przyjmowanie flibanseryny wiązało się także ze znaczącym statystycznie wzrostem popędu seksualnego w porównaniu z placebo, mierzonego za pomocą elektronicznego dzienniczka lub za pomocą specjalnego kwestionariusza funkcji seksualnych zastosowanego jako niezależne dodatkowe narzędzie pomiarowe. Inne drugorzędowe punkty końcowe pokazały również, że flibanseryna znacząco poprawia życie seksualne i zmniejsza niepokój związany z zaburzeniami seksualnymi.

Także w badaniu europejskim analiza 634 kobiet w okresie przedmenopauzalnym z HSDD wykazała, że kobiety przyjmują-

ce flibanserynę w dawce 100 mg uzyskały znaczący statystycznie wzrost nasilenia popędu seksualnego, mierzonego za pomocą dzienniczka elektronicznego. Wyniki te zostały dodatkowo potwierdzone przez trend w kierunku wzrostu punktacji popędu płciowego w odpowiedniej skali badawczej. Zaobserwowano ponadto znamienny statystycznie spadek nasilenia niepokoju związanego z zaburzeniami seksualnymi oraz złego samopoczucia związanego z niskim popędem płciowym, drugich co do ważności parametrów rozpatrywanych przy rozpoznawaniu HSDD.

Zbiorcza analiza kluczowych wyników badań III fazy, obejmująca badanie europejskie (ORCHID®) i amerykańskie badania III fazy (DAISY® i VIOLET®), dostarcza dalszych dowodów na poparcie skuteczności flibanseryny 100 mg w leczeniu kobiet w okresie przedmenopauzalnym z HSDD (złe samopoczucie związane z zaburzeniami seksualnymi, a zwłaszcza z niskim popędem seksualnym, było znaczaco niższe w grupie flibanseryny 100 mg).

Większość działań niepożądanych flibanseryny w dawce 100 mg (wiadomo już, że jednym z nich jest niewielki wzrost apetytu) miała łagodne lub umiarkowane nasilenie, pojawiała się w ciągu pierwszych 14 dni leczenia i ustępowała przy dalszym stosowaniu leku. Do najpowszechniejszych zdarzeń niepożądanych, zgłaszanych częściej przez kobiety w grupie flibanseryny niż w grupie placebo, należały zawroty głowy, nudności, zmęczenie, nadmierna senność oraz bezsenność.

Dane z badań w Ameryce Północnej i w Europie są zgodne, a częstość odstawiania leczenia z powodu zdarzeń niepożądanych wynosiła w nich odpowiednio około 14% i 16% w grupie flibanseryny 100 mg oraz 8% i 5% w grupie placebo.

Zdaniem naukowców wyniki przeprowadzonych badań klinicznych wskazują, że możliwe jest farmakologiczne leczenie problemów natury seksualnej, które dotykają kobiet w wieku reprodukcyjnym. Flibanseryna, która ich zdaniem jest agonistą receptora serotoninowego 5-HT1A oraz antagonistą receptora 5-HT2A o preferencyjnym powinowactwie do wybranych obszarów mózgu, może się okazać skutecznym sposobem walki z tymi zaburzeniami, bez negatywnych efektów ubocznych, które ma obecnie stosowana terapia hormonalna. Uważa się bowiem, że wpływa ona na neurotransmitery w mózgu, które najprawdopodobniej odgrywają rolę w reakcjach seksualnych. Modulując te układy neuroprzekaźnikowe, flibanseryna może pomagać w przywróceniu równowagi pomiędzy czynnikami hamującymi a pobudzającymi, które składają się na zdrowe reakcje seksualne.

W sprzedaży ta żeńska postać Pfizerowskiej viagry – jak nazywały flibanserynę media donoszące enuzjastyczne wieści z firmy Boehringer Ingelheim – ma się pojawić już w tym roku.

Adres do korespondencji:

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

# Technik Farmaceutyczny w Aptece

Ogólnopolski Kwartalnik Zawodowy  
Rok założenia 2007 | ISSN 2080-1459 | Nr 1/2010

## EUROPEJSKI DZIEŃ WALKI Z OTYŁOŚCIĄ

**22 maja  
corocznie**

Zwrócenie uwagi  
na problemy pacjentów  
cierpiących na nadwagę i otyłość

„Europejski Dzień Walki z Otyłością”  
jest kampanią ogłoszoną przez  
Parlament Europejski, której celem  
jest zjednoczenie społeczności  
aptekarzy, farmaceutów, lekarzy,  
pacjentów i polityków wokół  
wszystkich inicjatyw wspierających  
obywateli Europy cierpiących  
na nadwagę lub otyłość.



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

Strona tytułowa kwartalnika „Technik Farmaceutyczny w Aptece” nr 1/2010 dla wszystkich  
techników farmaceutycznych pracujących w aptekach ogólnodostępnych, szpitalnych  
oraz w hurtowniach i administracji służby zdrowia

„Styl życia a zagrożenia zdrowotne – wybrane zagadnienia” to wiodący temat konferencji naukowo-szkoleniowej dla techników farmaceutycznych, która odbyła się 28 marca br. w Warszawie. Zorganizowano ją w ramach realizacji programu PharmAssist prowadzonego przez GlaxoSmithKline Consumer Healthcare. Patronem edukacyjnym było Stowarzyszenie Magistrów i Techników Farmaceutycznych i ogólnopolski niezależny kwartalnik zawodowy „Technik Farmaceutyczny w Aptece”. W obradach uczestniczyła Maria Miszczak, przedstawiciel GlaxoSmithKline Consumer Healthcare.

Wśród wykładowców byli m.in. dr n. med. Maria Mrozińska, specjalista II<sup>o</sup> medycyny rodzinnej i specjalista II<sup>o</sup> pediatrii, mgr Beata Szczypińska, specjalista ds. Programu PharmAssist, dr hab. n. med. Maria Korzeniewska-Koseła z Instytutu Gruźlicy i Chorób Płuc. W przerwie konferencji prezes SMiTf, Krystyna Gniadek podpisywała certyfikaty uczestnictwa przyznając 5 pkt edukacyjnych za udział w konferencji.

Po konferencji odbyło się zebranie Stowarzyszenia Magistrów i Techników Farmaceutycznych pod przewodnictwem prezes Krystyny Gniadek.





## I WARSZTATY OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ 17 MAJA 2010, POZNAŃ



**I Warsztaty Opieki Farmaceutycznej** adresowane są do studentów farmacji Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, jak również studentów farmacji z innych uczelni medycznych. Mają one na celu poszerzenie wiedzy przyszłych farmaceutów w zakresie szeroko pojętej opieki farmaceutycznej, przybliżenie problemów, z jakimi borykać się będą w codziennym życiu zawodowym, a także rozwinięcie zdolności do komunikacji z pacjentem w aptece.

Warsztaty Opieki Farmaceutycznej będą częścią X Intercontinental Congress of Young Medical Scientists zaplanowanego w dniach 17 – 21 maja 2010 r. Na warsztaty przewidujemy pierwszy dzień kongresu tj. poniedziałek 17 maja 2010 r.

**ORGANIZATOR:** Młoda Farmacja Poznań, Studencie Koło Opieki Farmaceutycznej, Pracownia Farmacji Praktycznej Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu

**MIEJSCE:** • część wykładowa: Centrum Kongresowo-Dydaktyczne Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu, ul. Przybyszewskiego • część warsztatowa: Pracownia Farmacji Praktycznej Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku Uniwersytetu Medycznego im. K. Marcinkowskiego w Poznaniu, Collegium Stomatologicum, ul. Bukowska 70

**PATRONATY HONOROWE:** • dziekan Wydziału Farmaceutycznego: prof. dr hab. Edmund GRZEŚKOWIAK • kierownik Katedry i Zakładu Technologii Postaci Leku: prof. dr hab. Janina LUŁEK • przewodnicząca Ogólnopolskiej Sekcji Opieki Farmaceutycznej PTFarm.: dr n. farm. Agnieszka SKOWRON • prezes Oddziału Poznańskiego PTFarm.: prof. dr hab. Barbara ZIELIŃSKA-PSUJA • prezes Wielkopolskiej OIA: dr n. farm. Tadeusz BĄBELEK

**TEMATAMI OBRAD BĘDĄ MIĘDZY INNYMI:** • Pierwsza pomoc i leczenie ran ostrych (słowa kluczowe: zasady opatrzywania ran: otarcia, pęcherze; rany cięte, kłute, miażdżone, kąsane; oparzenia termiczne, chemiczne, porażenie prądem elektrycznym; ukąszenia owadów; leczenie blizn; pierwsza pomoc w złamaniach) • Dietetyka w zdrowiu i chorobie (słowa kluczowe: niedożywienie, brak apetytu, nadwaga, otyłość, indywidualny dobór diet według schorzeń, leczenie zaburzeń żywieniowych, studium przypadku z wykorzystaniem programu FONTiC)

### PATRON EDUKACYJNY

