

Patronat
POLSKIE
TOWARZYSTWO
LEKARSKIE
POLSKI
KOMITET
ZIELARSKI

ISSN 1233-2755
Vol. XVII
Rok założenia 1992
Nr 8-9 (200-201)
Sierpień-Wrzesień 2010

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

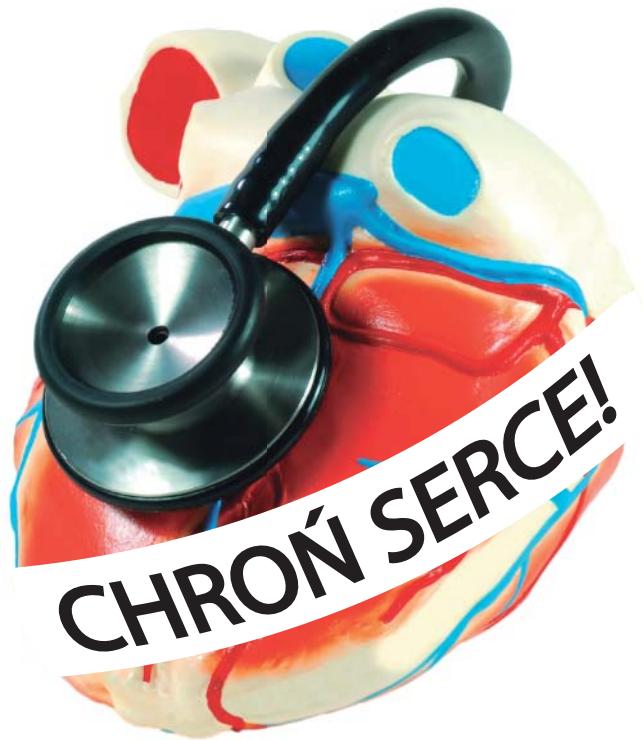
A CZASOPISMO APTEKARSKIE®

Kontynuator tradycji Czasopisma utworzonego w roku 1871 we Lwowie



W NUMERZE M.IN.

- **Zmiany w kodeksie pracy dotyczące kwalifikacji zawodowych pracowników •**



Noliprel® forte

- silnie obniża ciśnienie¹
- ratuje życie²
- chroni serce i nerki²

1. Bolshakov O. et al. J. Hypertens. 2005; 23 (suppl. 2): S59. Badanie przeprowadzono dla dawki 4 mg peryndoprylu z tertbutylaminą, która odpowiada dawce 5 mg peryndoprylu z argininą.

2. ADVANCE Collaborative Group. Lancet 2007; 370: 829-840.

Informacja o leku znajduje się wewnątrz numeru.



NL/29

NOLIPREL FORTE tabletki powlekane

Nie stosować u kobiet w ciąży

5 mg + 1,25 mg (*Perindoprilum argininum + Indapamidum*)

Jedna tabletki powlekana zawiera 3,395 mg perindoprylu, co odpowiada 5 mg perindoprylu z argininą oraz 1,25 mg indapamidu.

Wskazania do stosowania: Leczenie nadciśnienia tętniczego samoistnego, stosowanie leku wskazane u pacjentów, u których ciśnienie tętnicze nie jest odpowiednio kontrolowane po zastosowaniu samego perindoprylu.

Dawkowanie i sposób podawania: Douszne. 1 tabletki stosowana raz na dobę, najlepiej rano, przed posiłkiem. Można zalecić indywidualne dostosowanie dawki z użyciem poszczególnych składników preparatu. Lek należy stosować, gdy ciśnienie tętnicze krwi nie jest odpowiednio kontrolowane po zastosowaniu preparatu Noliprel (jeżeli dotyczy). Jeżeli jest to klinicznie właściwe, można rozważyć bezpośrednią zmianę z monoterapii na leczenie lekiem Noliprel Forte.

Pacjenci w po deszczym wieku: Leczenie należy rozpoczęć w zależności od reakcji ciśnienia tętniczego krwi oraz czynności nerek. **Pacjenci z niewydolnością nerek:** W przypadkach ciężkiej niewydolności nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min) stosowanie preparatu jest przeciwwskazane. U pacjentów z umiarkowaną niewydolnością nerek (klirens kreatyniny 30–60 ml/min) zaleca się rozpoczęwanie leczenia od odpowiedniej dawki jednej z substancji czynnych preparatu złożonego. U pacjentów z kliensem kreatyniny większym lub równym 60 ml/min nie jest wymagana modyfikacja dawki. Zazwyczaj stosowana kontrola leczenia dotyczy częstego badania stężenia kreatyniny i potasu.

Pacjenci z niewydolnością wątroby: W przypadku ciężkiej niewydolności wątroby leczenie jest przeciwwskazane. U pacjentów z umiarkowaną niewydolnością wątroby, modyfikacja dawki nie jest wymagana. **Dzieci i młodzież:** Lek nie powinien być stosowany u dzieci oraz młodzieży z powodu nieustalonej skuteczności i bezpieczeństwa stosowania perindoprylu zarówno w monoterapii jak i w leczeniu skojarzonym. **Przeciwwskazania:** Nadwrażliwość na perindopryl lub inne inhibitory ACE, indapamid, inne sulfonamidy lub na którykolwiek substancję pomocniczą. Obrzęk naczyniorychowy (obrzęk Quinckiego) związany z uprzednim leczeniem inhibitorami ACE. Wrodzony lub idiopatyczny obrzęk naczyniorychowy. Drugi i trzeci trymestr ciąży. Ciężka niewydolność nerek (klirens kreatyniny poniżej 30 ml/min). Encefalopatia wątrobowata. Ciężka niewydolność wątroby. Hipokalemia. Ogólna zasadą jest niekojarzenie tego preparatu z lekami nie-przeciwytrątowymi powodującymi torsade de pointes. Laktacja. Z powodu braku wystarczającego doświadczenia dotyczącego leczenia, preparat Noliprel Forte nie należy stosować u pacjentów poddawanych dializie i u pacjentów z nieleczoną niewyrównaną niewydolnością serca.

Specjalne ostrzeżenia i środki ostrożności dotyczące stosowania: **Lit:** Nie stosować łącznie litu z Noliprel Forte. **Neutropenia lub agranulocytoza:** stosować ze szczególną ostrożnością u pacjentów z kolagenozą naczyń leczonych lekiem immunosupresyjnym. Należy poinformować pacjentów o zgłaszaniu jakichkolwiek objawów infekcji. **Nadwrażliwość/obrzęk naczyniorychowy:** W przypadkach obrzęku naczyniorychowego twarzy, koni czyn, warg, języka, głosni i (lub) krtani należy natychmiast przerwać leczenie oraz wdrożyć odpowiednie monitorowanie. **Reakcje rzekomoanafilaktyczne podczas leczenia odczułującego:** U pacjentów przyjmujących inhibitory ACE podczas leczenia odczułującego jadem owadów blonkoskrzydłych występowały pojedyncze przypadki przedłużających się reakcji rzekomoanafilaktycznych zagrażających życiu. **Reakcje rzekomoanafilaktyczne podczas aferyzy LDL:** Rzadko u pacjentów otrzymujących inhibitory ACE, podczas aferyzy lipoprotein (LDL) o malej gęstości z użyciem siarczanu dekstrunu, obserwowano zagrażające życiu reakcje rzekomoanafilaktyczne. **Pacjenci hemodializowan:** U pacjentów dializowanych z użyciem membran high-

flux i leczonych jednocześnie inhibitorem ACE, donoszono o występowaniu reakcji rzekomoanafilaktycznych. **Leki moczopędne oszczędzające potas; sole potasu:** Jednoczesne stosowanie perindoprylu i leków moczopędnych oszczędzających potas lub soli potasu nie jest zalecane. W razie wystąpienia objawów encefalopatii należy natychmiast przewrócić leczenie. **Nadwrażliwość na światło:** Jeśli podczas leczenia wystąpi reakcja nadwrażliwości na światło, zaleca się przerwać terapię. **Niewydolność nerek:** W przypadkach ciężkiej niewydolności nerek (klirens kreatyniny < 30 ml/min) leczenie jest przeciwwskazane. U pacjentów bez uprzedniego jawnego zaburzenia czynności nerek, u których badania krwi oceniące czynność nerek wykazały czynnościową niewydolność nerek, należy przerwać leczenie. **Niedociśnienie tętnicze i niedobory wody oraz elektrolitów:** Istnieje ryzyko naglego niedociśnienia tętniczego w obecności występującego wcześniej niedoboru sodu (zwłaszcza u pacjentów ze zwężeniem tętnicy nerwowej). Połączenie perindoprylu i indapamidu nie zapobiega wystąpieniu hipokaliemii, zwłaszcza u pacjentów z cukrzycą lub niewydolnością nerek. **Substancje pomocnicze:** Produkt NOLIPREL FORTE nie stosować u pacjentów z dziedziczną nietolerancją galaktozy, niedoborem laktazy typu Lapp lub zespołem złego wchłaniania glukozy i galaktozy. **Kaszel:** u pacjentów leczonych inhibitorami ACE obserwowało suchy kaszel. **Dzieci i młodzież:** Nie ustaloną skuteczności i tolerancji perindoprylu w monoterapii i w skojarzeniu u dzieci. **Ryzyko niedociśnienia tętniczego i (lub) niewydolności nerek (w przypadku niewydolności serca, niedoborów wody i elektrolitów itp.):** hamowanie układu RAA przez inhibitor ACE może spowodować nagłe obniżenie ciśnienia tętniczego krwi i (lub) zwęzienie stężenia kreatyniny w osoczu, wskazujące na czynnościową niewydolność nerek. **Pacjenci w po deszczym wieku:** Przed rozpoczęciem leczenia należy ocenić czynność nerek i stężenie potasu. **Pacjenci z rozpoznaną miażdżycą:** należy zachować ostrożność u pacjentów z chorobą niedokrwienią serca lub zaburzeniami krażenia mózgowego. **Nadciśnienie naczyniowo-nerkowe:** jeżeli NOLIPREL FORTE został przepisany pacjentom z rozpoznanym lub podejrzewanym zwęzaniem tętnicy nerwowej, leczenie należy rozpoczęć w szpitalu od małych dawek. Należy kontrolować czynność nerek i stężenie potasu. **Inne grupy ryzyka:** U pacjentów z ciężką niewydolnością serca (klasa IV) oraz u pacjentów z cukrzycą insulinozałączną, leczenie zaczynać pod ścisłą kontrolą lekarską od mniejszej dawki pocztowej. Nie należy przewracać leczenia α-adrenolitykiem u pacjentów z chorobą niedokrwienią serca i nadciśnieniem tętniczym: inhibitor ACE należy dodać do leku α-adrenolitycznego. **Pacjenci z cukrzycą:** u pacjentów leczonych dustryną lekami przeciwczukrzycowymi lub insuliną należy monitorować stężenia glukozy we krwi. **Różnice etniczne:** Tak jak w przypadku innych inhibitorów enzymu konwertującego angiotensynę perindopryl jest wi docznie mniej skuteczny w obniżaniu ciśnienia krwi u pacjentów rasycznej niż innych ras. **Zabieg chirurgiczne/znieczulenie:** inhibitor ACE mogą powodować niedociśnienie tętnicze w przypadku znieczulenia, zwłaszcza, gdy środek znieczulający ma właściwości hipotensywne. **Zwężenie zastawki aortalnej lub mitralnej/kardiomiopatia przerostowa:** Inhibitory ACE należy stosować ze szczególną ostrożnością u pacjentów ze zwęzaniem drogi odpływu z lewej komory. **Zaburzenia czynności wątroby:** stosowanie inhibitorów ACE jest związane z wystąpieniem zespołu rozpoczynającego się od żółtaczki cholestatycznej, prowadzącego do rozwoju priorunującej martwicy wątroby i (czasami) śmierci. **Stężenie wapnia:** tiazydowe i tiazydopodobne leki moczopędne mogą zmniejszać wydalanie wapnia z moczem, powodując nieznaczne i przemijające zwiększenie stężenia wapnia w osoczu. **Stężenie glukozy we krwi:** należy kontrolować stężenie glukozy we krwi jest istotne u pacjentów z cukrzycą. **Kwas moczowy:** U pacjentów ze zwiększonym stężeniem kwasu moczowego istnieje zwiększone ryzyko występowania napadów dny moczanowej. Czynność

nerek a leki moczopędne: tiazydowe i tiazydopodobne leki moczopędne są w pełni skuteczne tylko, gdy czynność nerek jest prawidłowa lub zaburzona jedynie w niewielkim stopniu. Sportowcy powinni zwrócić uwagę, że ten produkt zawiera substancję czynną, która może powodować fałszywie dodatni wynik testu antydopingowego. **Ciąża:** Nie zaleca się stosowania inhibitorów ACE podczas pierwszego trymestru ciąży. Stosowanie inhibitorów ACE w 2 i 3 trymestrze ciąży jest przeciwwskazane. **Laktacja:** NOLIPREL FORTE jest przeciwwskazany. **Wpływ na zdolność prowadzenia pojazdów mechanicznych i obsługiwanie urządzeń mechanicznych w ruchu:** NOLIPREL FORTE nie wpływa na zdolność prowadzenia pojazdów i obsługiwanie maszyn, lecz u niektórych pacjentów mogą wystąpić indywidualne reakcje związane z obniżeniem ciśnienia tętniczego krwi. **Działania niepożądane:** bardzo często (11/10); często (11/100, <1/10); niezbyt często (11/1000, <1/100); rzadko (11/10000, <1/1000); bardzo rzadko (<1/10000). częstość nieznana. **Zaburzenia krwi i układu chłonnego:** Bardzo rzadko: matopłykowość, leukopenia/neutropenia, agranulocytoza, niedokrwistość aplastyczna, niedokrwistość hemolityczna, **Zaburzenia psychiczne:** Niezbyt często: zaburzenia nastroju lub snu, **Zaburzenia układu nerwowego:** Często: parestezje, ból głowy, osłabienie, zawroty głowy, zawroty głowy pochodzenia błędniowego, **Bardzo rzadko:** splątanie, **Zaburzenia oka:** Często: zaburzenia widzenia, **Zaburzenia ucha i błednika:** Często: szuma uszny, **Zaburzenia naczyniowe:** Często: niedociśnienie, ortostatyczne lub nieortostatyczne, **Zaburzenia serca:** Bardzo rzadko: arytmia, w tym bradykardia, tachykardia komorowa, migotanie przedsiornków, dławica piersiowa i zawał serca, **Zaburzenia układu oddechowego, klatki piersiowej i śródpiersia:** Często: suchoy uporczywy kaszel, duszność, **Niezbyt często:** skurcz oskrzeli, **Bardzo rzadko:** eozynofilowe zapalenie płuc, zapalenie śluzówki nosa, **Zaburzenia żołądka i jelit:** Często: zaparcia, suchość w ustach, nudności, bóle brzucha, jadłoskryst, wymioty, zaburzenie smaku, niestrawność, biegunka, **Bardzo rzadko:** zapalenie trzustki, **Zaburzenia wątroby i dróg żółciowych:** Bardzo rzadko: zapalenie wątroby, **Częstość nieznana:** w przypadku niewydolności wątroby istnieje możliwość wystąpienia encefalopatii wątrobowej, **Zaburzenia skóry i tkanki podskórnej:** Często: wysypka, świad, wykwity grudkowoplamekowe, **Niezbyt często:** obrzęk naczyniorychowy twarzy, kołczyn, warg, błon śluzowych, języka, głosni, i (lub) krtani, pokrzywka, Reakcje nadwrażliwości, głównie skórne u pacjentów predysponowanych do reakcji alergicznych i astmatycznych. **Plamica:** Możliwe nasilenie objawów rozpoznanego wcześniejszej ostrego toczenia rumieniowatego uogólnionego, **Bardzo rzadko:** rumień wielopostaciowy, martwica toksyczno-rozpryskowa naskórka, zespół Stevensa-Johnsona. Donoszono o przypadkach reakcji nadwrażliwości na światło, **Zaburzenia mięśniowo-szkieletowe i tkanki łącznej:** Często: skurcze mięśni, **Zaburzenia nerek i dróg moczowych:** **Niezbyt często:** niewydolność nerek, **Bardzo rzadko:** ostra niewydolność nerek, **Zaburzenia układu rozrodczego i piersi:** **Niezbyt często:** impotencja, **Zaburzenia ogólnie i stany w miejscu podania:** Często: astenia, **Niezbyt często:** pocenie się, **Badania diagnostyczne:** Utrata potasu ze szczególnie znacznym zmniejszeniem stężenia potasu u pacjentów z grup ryzyka -zmniejszone stężenie sodu z hipowolemią, -zwiększone stężenia kwasu moczowego i glukozy we krwi podczas leczenia, -nieznaczne zwiększenie stężenia mocznika i kreatyniny w osoczu, -zwiększone stężenie wapnia w osoczu, **Rzadko:** zwiększone stężenie wapnia w osoczu. **Podmiot od powiedzialny:** Anpharm Przedsiębiorstwo Farmaceutyczne S.A., ul. Annopol 6B, 03-236 Warszawa. **Pozwolenie na dopuszczenie do obrotu wydane przez Ministra Zdrowia nr: 12982. 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.

CZASOPISMO APTEKARSKIE®

VOL. XVII • Nr 8-9 (200-2001) • ISSN 1233-2755 • Rok 2009
KONTYNUATOR TRADYCJI CZASOPISMA
UTWORZONEGO w ROKU 1871 we LWOWIE

Punktacja:
Ministerstwa Nauki i Szkolnictwa Wyższego – 4 pkt

Indeks Copernicus:

Wydawnictwo Farmapress® – 10,63 pkt
Czasopismo Aptekarskie® – 4,15 pkt

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

Wydawca, Redaktor Naczelny: Wiktor Szukiel – 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 Główniak
kierownik Katedry i Zakładu Farmakognosji z Pracownią Roślin Leczniczych, Uniwersytet Medyczny w Lublinie – przewodniczący

prof. dr Benito del Castillo García
członek Narodowej Akademii Farmaceutycznej w Hiszpanii

prof. dr hab. n. farm. Roman Kaliszan czł. koresp. PAN i PAU
kierownik Katedry i Zakładu Biofarmacji i Farmakodynamiki, Gdańskie Uniwersytet Medyczny

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

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

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

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

dr hab. n. farm. Anita Magowska

kierownik Katedry i Zakładu Historii Nauk Medycznych, Uniwersytet Medyczny w Poznaniu

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

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

dr n. farm. Marek Jędrzejczak

wykladowca 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 adiustacji i skracania nadestanych tekstów. Publikacje w „Czasopiśmie Aptekarskim” nie mogą być kopiowane w żadnej formie ani żadnymi metodami mechanicznymi lub elektronicznymi, łącznie z wykorzystaniem systemów przechowywania i odtwarzania informacji bez pisemnej zgody wydawcy, Wydawnictwa Farmapress.

Realizacja Wydania

FARMAPRESS®

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

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

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

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

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

Nakład nie przekracza 15 000 egz.

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

© Copyright by FARMAPRESS®

ROK 2011 ROKIEM OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ

Przyszłość aptek w opiece farmaceutycznej

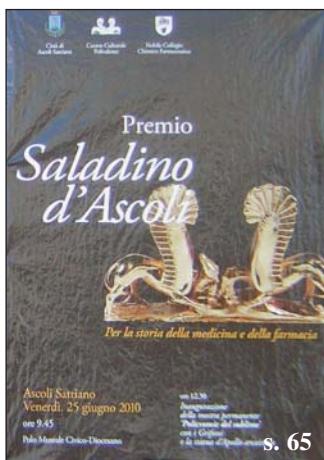
Przejęcie produkcji leków przez przemysł ograniczyło do szczątkowej wręcz formy rolę aptekarza-farmaceuty jako wytwórcy leku. Jego działalność w aptece – jak przewidywał to już w roku 1958 wybitny aptekarz amerykański William Proctor – coraz częściej ogranicza się wyłącznie do roli dystrybutora i sprowadza do kontroli prawidłowości recepty, dysponsowania leków, czynności administracyjnych i zaopatrzeniowych związanych z zarządzaniem apteką. Dlatego pojawiły się opinie, także w środowisku farmaceutycznym, że wiedza, jaką uzyskują farmaceuci w trakcie specjalistycznych, kosztownych i długotrwałych studiów, nie jest przez nich wykorzystywana.

W odróżnieniu od innych zawodów medycznych aptekarstwo zawsze było otoczone nimarem tajemniczości, a jego istota do tej pory nie jest w pełni zrozumiała dla społeczeństwa, decydentów i polityków. Jest zawodem, który ustanowił jedynie w swoim rodzaju zestaw kanonów pracy zawodowej i izolował się od pozostałycho zawodów medycznych. Skutkiem jest to, że w szybko zmieniających się warunkach opieki zdrowotnej aptekarstwo znalazło się w sytuacji powszechnego braku zrozumienia i uznania, bez wyraźnie wyróżniającej go roli, pozwalającej na utrzymanie godnej pozycji społecznej. Są przecież kraje, w których aptekarstwo nie jest traktowane jako zawód służby zdrowia, a apteka jako placówka opieki zdrowotnej.

Jeżeli jednak aptekarze nie podejmą nowych zadań, a wydziały farmaceutyczne nie udzielą im w tym daleko idącego wsparcia, zawód aptekarski będzie ulegał stopniowej degradacji, coraz częściej będąc postrzegany jako zwykły handel i odpowiednio do tego traktowany. I nie pomogą żadne oświadczenia o szczytnym poślannictwie tego zawodu, jeżeli nie będą za nimi następować czyny wykazujące, że jest on niezbędny we współczesnym społeczeństwie. A oczekuje ono od aptekarzy fachowej, obiektywnej i rzeczowej informacji o lekach i ich stosowaniu w jak najszerszym tego słowa znaczeniu. To aptekarze muszą doprowadzić swoimi działaniami do tego, by społeczeństwo postrzegalo apteki jako placówki służby zdrowia, a nie jako specjalistyczne sklepy sprzedające leki.

Międzynarodowe organizacje farmaceutyczne: Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna, Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej, ale także Światowa Organizacja Zdrowia i Rada Europy, przy współudziale najwybitniejszych w skali światowej przedstawicieli zawodu, podjęły działania mające na celu określenie roli aptekarstwa we współczesnym świecie, wprowadzenie go na nowe tory oraz pełne wykorzystanie dla szeroko pojętego dobra społeczeństwa specjalistycznej wiedzy aptekarza o lekach i problemach zdrowotnych. Aptekarza, który jest najłatwiej dostępny zawodem związanym z opieką zdrowotną.

dr n. farm. Jerzy Łazowski
Rada Naukowa „Czasopisma Aptekarskiego”



SPRAWY ZAWODU

Cykł opieki farmaceutycznej (wg Heplera)	10
<i>Agnieszka Zimmermann</i>	
Zmiany kodeksu pracy dotyczące kwalifikacji zawodowych pracowników	11
<i>Zbigniew Witalis</i>	
Czy marzenia można zrealizować	16

NAUKA I PRAKTYKA

<i>Agnieszka Skowron, Justyna Dymek</i>	
Edukacja pacjenta: jak przygotować materiały edukacyjne i prowadzić rozmowę z pacjentem	25
<i>Małgorzata Zygmunt, Barbara Filipek</i>	
Nowe leki przeciwpłytkowe	31
<i>Jerzy Jambor</i>	
Dziki bez czarny – roślina roku 2010	45

DEBATY KONFERENCJE KONGRESY

<i>Barbara Zahorska-Markiewicz</i>	
Sprawozdanie z 11 Światowego Kongresu Otyłości w lipcu 2010 w Sztokholmie	49
<i>Anita Magowska</i>	
„Quo vadis phytopharmaka?”, czyli Jubileuszowy Sejmik Zielarski w Żerkowie	54

ANGIELSKI W PRAKTYCE FARMACEUTYCZNEJ

<i>Jolanta Suchocka-Strysko, Christopher A. Strysko</i>	
Spotkania z angielskim – cz. IV	62

INFORMACJE

<i>Jan Majewski</i>	
„Premio Saladino d'Ascola” dla Polek	65

TRADYCJE APTEKARSTWA

<i>Joanna A. Przybyło</i>	
Wydawnictwa Franciszka Heroda	67

*Szanowni Czytelnicy,
zapraszamy do prenumeraty „Czasopisma Aptekarskiego”
na rok 2011.*

*W ramach prenumeraty otrzymają Państwo także XVIII edycję książkowego wydania
„Farmaceutycznego Kalendarza na rok 2011”*

*z indeksem aktualnych aktów normatywnych obowiązujących w aptece
i podstawowymi materiałami i wskazówkami do prowadzenia opieki farmaceutycznej*

Koszt całorocznej prenumeraty wynosi 200 zł (VAT 0%).

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

*Wpłat należy dokonywać na załączonym do „CzA” nr 8-9/2010 druku przelewu
lub pobierając jego wzór z www.cza.pl (prenumerata)
albo bezpośrednio na konto*

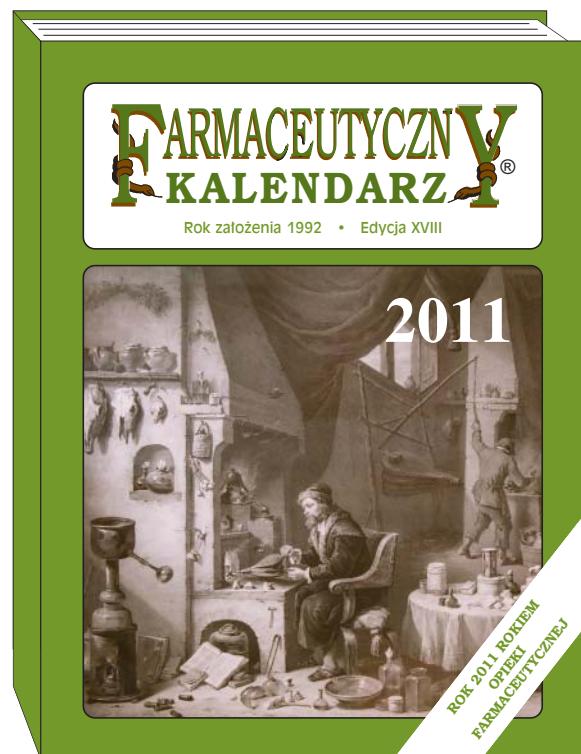
13 1130 1017 0200 0000 0005 1195.

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

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

**XVIII edycja
Farmaceutycznego Kalendarza na rok 2011
w zmienionej formie wydawniczej zawiera
obok kalendarium m.in. indeks aktów
normatywnych (ponad 300 pozycji)
użytecznych w prowadzeniu apteki
i hurtowni, podstawowe materiały
i wskazówki do prowadzenia
opieki farmaceutycznej
oraz bogatą adresografię.**

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



Nowy format kalendarza (180mm x 235 mm),
okładka twarda lakierowana, całość sztyfa

WYBIÓRKA W PIGUŁCE

Studia dla przedstawicieli medycznych

Polskie Stowarzyszenie Przedstawicieli Medycznych we współpracy z Akademią Leona Koźmińskiego otwiera studia podyplomowe dla przedstawicieli medycznych oraz młodej kadry menadżerskiej na kierunku Zarządzanie i sprzedaż – zarządzanie promocją produktów medycznych.

„Otwarcie studiów dla przedstawicieli medycznych jest naszym dużym osiągnięciem. Senat Akademii Leona Koźmińskiego zaakceptował nasz projekt, dzięki któremu już od października 2010 r. wszyscy chętni mogą rozpoczęć studia na

kierunku Zarządzanie i sprzedaż – zarządzanie promocją produktów medycznych” – mówi **Krzysztof Łokaj**, Prezes Polskiego Stowarzyszenia Przedstawicieli Medycznych. „Głównym celem Stowarzyszenia jest podnoszenie kwalifikacji zawodowych przedstawicieli medycznych zwłaszcza z prawa farmaceutycznego i ekonomii oraz etyki zawodowej. Powołany kierunek studiów, czyli 200 godzin wykładowych oraz święta kadra pozwoli przygotować odpowiednio studentów do funkcjonowania na rynku farmaceutycznym” – dodaje.

Ku przestrodze pacjentów i farmaceutów

W związku z decyzjami i wprowadzeniem przez Śląski Oddział Wojewódzkiego Narodowego Funduszu Zdrowia ujednoliconej numeracji recept lekarskich i jednolitego wzoru druku recepty, od dnia 1 września 2010 r. nie będą realizowane jako refundowane recepty żółte, czyli tzw. kupony RUM z woj. śląskiego.

Ze względu na powyższe, recepty które miałyby być realizowane po dniu 31.08.2010 r. powinny być wystawiane na drukach recept oznaczonych symbolem „Rp.” (tzw. białych) i zgodnych z rozporządzeniem w sprawie recept lekarskich. Ponadto na tych samych drukach powinny być wystawiane recepty dla pacjentów z krajów UE lub ubezpieczonych w innych niż Śląski OW NFZ oraz pacjentów nie posiada przy sobie elektronicznej karty ubezpieczenia zdrowotnego wydanej przez Śląski OW NFZ.

Recepty, które nie będą spełniały wymagań stawianych receptom refundowanym, będą mogły być zrealizowane wyłącznie jako pełnopłatnie.

Z uszanowaniem

Prezes Rady Śląskiej Izby Aptekarskiej
dr farm. Stanisław Piechula

XII Zjazd PTŻPiD

W Jachrance odbył się XII Zjazd Polskiego Towarzystwa Żywienia Pojazelitowego i Dojelitowego (PTŻPiD) (wraz z towarzyszącą mu XXIV Międzynarodową Konferencją Naukowo-Szkoleniową PTŻPiD), podczas którego wybrano dr Stanisława Kłęka na Prezesa Zarządu Głównego Towarzystwa.

Dr Stanisław Kłek jest specjalistą w zakresie chirurgii ogólnej oraz chirurgii onkologicznej. Na co dzień związany z Kliniką Chirurgii Ogólnej Gastroneterologicznej CMUJ w Krakowie. Posiada tytuł nauczyciela Leonardo da Vinci Life-Long Learning System. Jest współtwórcą największego podmiotu specjalizującego się w domowym żywieniu poza- i dojelitowym – Niepublicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Nutrimed. Wykładowca kursów dotyczących chirurgii, USG i leczenia żywieniowego. Członek mi.in: American Society for Enteral and Parenteral Nutrition (ASPEN), European Society for Nutrition and Metabolism (ESPEN), British Society for Enteral and Parenteral Nutrition (BAPEN), European Association of Endoscopic Surgery (EAES), Towarzystwa Chirurgów Polskich (TChP). Autor licznych publikacji z zakresu żywienia poza- i dojelitowego w specjalistycznej prasie międzynarodowej i krajowej.



Muzealia

„Aptekarstwo stargardzkie i pomorskie na przestrzeni wieków” to stała wystawa, którą można oglądać w muzeum przy Rynku Staromiejskim w Stargardzie Szczecińskim. Ekspozycja jest wynikiem wieloletnich starań władz miejskich, stargardzkich muzealników oraz właścicieli Apteki „Nowa”, magistrów farmacji Danuty i Jerzego Waliszewskich (*relację z wernisażu zamieścimy w październikowym wydaniu „CzA”*).



© Miroslaw Cofta

Brzozów

Międzynarodowa Konferencja Naukowa „Postępy w leczeniu chorób rozrostowych krwi” odbyła się w Podkarpackim Ośrodku Onkologicznym im. ks. Bronisława Markiewicza w Brzozowie. W konferencji wzięli udział wybitni polscy i zagraniczni onkolodzy i hematolodzy, zajmujący się leczeniem nowotworów układu chłonnego.

Wykłady poprowadzili m.in. wybitni polscy badacze i specjalści w leczeniu nowotworów krwi, m.in. prof. dr hab. n. med. Anna Dmoszyńska z Kliniki Hematologii i Transplantologii Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, eksperci z Instytutu Onkologii w Warszawie: prof. dr hab. n. med. Renata Maryniak i prof. dr n. med. Jan Walewski. Podczas konferencji dyskutowano m.in. o postępie w leczeniu chłoniaków nieziarniczych, szpiczaka mnogiego i przewlekłej białaczki limfocytowej.

Wyróżnienie PTL

Podczas obrad jubileuszowego sejmiku zielarskiego specjalne wyróżnienie Polskiego Towarzystwa Lekarskiego dr. n. farm. Jerzemu Jamborowi wręczył prezes PTL prof. dr hab.

med. Jerzy Woy-Wojciechowski za wieloletnią działalność na polu fitoterapii oraz z okazji jubileuszu 80-lecia działalności Polskiego Komitetu Zielarskiego.



Muzeum Medycyny

Nowo powstałe Stowarzyszenie Muzeum Medycyny w Warszawie aktywnie działać będzie na rzecz powstania instytucji muzealnej.

Stowarzyszenie wspierają Muzeum Historii Medycyny i Farmacji Polskiej w Krakowie, Muzeum przy Zakładzie Historii Medycyny Pomorskiej Akademii Medycznej w Szczecinie oraz Muzeum Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

Przy Stowarzyszeniu powołana została Rada Naukowa, w której znaleźli się wybitni lekarze, historycy



Inhalator z XIX/XX w.

i artyści. Są wśród nich m.in.: mgr Hanna Bojczuk, prof. dr hab. med. Mirosław Dłużniewski, Krystyna Janda, prof. dr hab. med. Wojciech Noszczyk, dr n. med. Anna Wjaszczuk-Religa, prof. dr hab. med. Adam Torkicki, prof. dr hab. med. Edward Towpik, prof. dr hab. med. Janusz Skalski, prof. dr hab. med. Andrzej Szczeklik, prof. dr hab. med. Andrzej Śródka, mgr Tadeusz Władysław Świątek, prof. dr hab. med. Jadwiga Wiedzicha, prof. dr hab. med. Jerzy Woy-Wojciechowski, prof. dr hab. med. Zofia Zwolska.

Instytucjonalnego wsparcia Stowarzyszeniu udzielają: Polska Unia Onkologii, Polskie Towarzystwo Lekarskie, Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie, Towarzystwo Marii Skłodowskiej Curie – w Hołdzie.



PSFO

26 lipca 2010 r. Sąd Rejonowy dla m.st. Warszawy postanowił o wpisaniu do Rejestru Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji oraz Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Polskiego Stowarzyszenia Farmaceutów Onkologicznych (PSFO).

Cele nowopowstałego, samodzielnego Stowarzyszenia to:

1. upowszechnianie zagadnień farmacji onkologicznej wśród swoich członków i innych farmaceutów;
2. propagowanie zdobycz naukowych, mających znaczenie dla rozwoju farmacji onkologicznej;
3. udział w działaniach zmierzających do zapewniania najwyższej jakości usług farmacji onkologicznej, racjonalizacji farmakoterapii i ekonomiczacji leczenia chorób nowotworowych;
4. ułatwienie członkom Stowarzyszenia wymiany informacji i doświadczeń w praktycznej realizacji zadań wynikających z założeń farmacji onkologicznej;
5. propagowanie i rozwijanie współpracy między farmaceutami i lekarzami, mającej na celu optymalizację leczenia;

6. współpraca z przemysłem farmaceutycznym.

Cele te będą realizowane poprzez organizowanie kursów naukowo-szkoleniowych, szkoleń doskonalących, konferencji, sympozjów i kongresów o tematyce związanej z praktyką farmacji onkologicznej.

Członkami PSFO mogą być wszyscy farmaceuci szczególnie zainteresowani praktyką farmacji onkologicznej, którzy zechcą aktywnie uczestniczyć w realizacji celów PSFO. Przewidywana jest też instytucja członków-wspierających, którymi mogą być osoby prawne.

PSFO jest nastawione przede wszystkim na praktyczne aspekty farmacji onkologicznej i zamierza być organizacją wybitnie profesjonalną.

Nowopowstałe Stowarzyszenie organizuje swój pierwszy Zjazd, połączony z VII Polsko-Niemiecką Konferencją Farmacji Onkologicznej w dniach 23-25 września we Wrocławiu.

Osoby zainteresowane działalnością Stowarzyszenia prosimy o kontakt za pośrednictwem poczty elektronicznej na adres: psfo@onet.pl



Wszystkim Aptekarzom i Farmaceutom
Czytelnikom „Czasopisma Aptekarskiego” z okazji święta Kosmy i Damiana
Patronów Aptekarzy i Farmaceutów
Redakcja i Rada Naukowa życzą wielu sukcesów
w promocji zdrowia i opiece farmaceutycznej

ROK 2011 ROKIEM OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ



Cykl opieki farmaceutycznej (wg Heplera)

ISSN 1233-2755
Vol. XVII
Rok założenia 1992
Nr 8-9 (200-201)
Sierpień-Wrzesień 2010

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



Ważne dla magistrów farmacji i techników farmaceutycznych

ZMIANY KODEKSU PRACY DOTYCZĄCE KWALIFIKACJI ZAWODOWYCH PRACOWNIKÓW

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

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



W dniu 16 lipca 2010 roku weszła w życie nowelizacja ustawy Kodeks pracy, która wprowadziła liczne zmiany w rozdziale III Kodeksu: „Kwalifikacje zawodowe pracowników”. Wprowadzone przepisy regulują istotne elementy stosunku między pracodawcą a pracownikiem dotyczące kształcenia pracownika. Zmiana dotyczy także podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez farmaceutów, którzy dla przykładu, za zgodą pracodawcy, chcą podjąć studia podyplomowe czy szkolenie specjalizacyjne zakończone egzaminem. Nowe rozwiązania powinny zainteresować nie tylko pracowników, ale i pracodawców, gdyż to oni poniosą ostatecznie wiele kosztów związanych ze szkoleniami swoich podwładnych.

Nowelizacja Kodeksu pracy jest konsekwencją wykonania obowiązku polegającego na dostosowaniu systemu prawa do wyroku Trybunału Konstytucyjnego z dnia 31 marca 2009 roku. Trybunał orzekł bowiem, że art. 103 ustawy – Kodeks pracy jest niezgodny z art. 92 ust. 1 Konstytucji RP (który to dotyczy zasad wydawania

rozporządzeń). Przepis utracił moc obowiązującą z upływem dwunastu miesięcy od dnia ogłoszenia wyroku w Dzienniku Ustaw, tj. 11 kwietnia 2010 roku. Treść art. 103 brzmiała: „W zakresie i na warunkach ustalonych, w drodze rozporządzenia, przez Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej pracodawca ułatwia pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych”.

Trybunał Konstytucyjny stwierdził, że ustawodawca w nieprawidłowy sposób skonstruował delegację ustawową. W uzasadnieniu wyroku wskazano, że przepis upoważniający nie zawierał ani szczegółowo wskazanego zakresu spraw przekazanych do uregulowania w rozporządzeniu, ani wytycznych co do treści aktu wykonawczego. Stwierdzenie, że „w zakresie i na warunkach ustalonych przez Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej pracodawca ułatwia pracownikom podnoszenie kwalifikacji zawodowych” jest niewystarczające do wydania zgodnego z Konstytucją aktu wykonawczego. Jest to odesłanie o charakterze ➤

► blankietowym, co powoduje, że właściwi ministrowie uzyskują swobodne prawo regulacji kwestii związanych z podnoszeniem kwalifikacji przez pracowników. W omawianym przypadku rozporządzenie zamiast być aktem wykonawczym zostało uznane przez ustawodawcę za akt o charakterze samoistnym – nie wykonując ustawy – Kodeks pracy regulowało zasady podnoszenia kwalifikacji zawodowych w sposób odrębny. Nie określając szczegółowo przedmiotu rozporządzenia oraz wytycznych dotyczących treści aktu prawnego, przepis art. 103 naruszał zapisy Konstytucji RP. Trybunał uznając niekonstytucyjność przepisu upoważniającego do wydania rozporządzenia dokonał jednocześnie derogacji delegacji ustawowej sprawiając, że utraciło moc także Rozporządzenie z dnia 12 października 1993 r. Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych.

Dotychczasowe rozporządzenie określało kształcenie w formach szkolnych oraz kształcenie, dokształcanie i doskonalenie w formach pozaszkolnych. Pracownikom były przyznane różne świadczenia w zależności od: typu podnoszenia kwalifikacji zawodowych, wykształcenia ogólnego oraz faktu skierowania na kurs przez pracodawcę.

Gdyby art. 103 k.p. utracił moc z dniem ogłoszenia wyroku, wówczas z tą datą przestałyby obowiązywać jakiekolwiek zasady i warunki podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych, aż do momentu wydania nowych, zgodnych z Konstytucją, przepisów. W celu zminimalizowania tych negatywnych konsekwencji orzeczenia, Trybunał orzekł o odroczeniu terminu utraty mocy wiążącej do dnia 11 kwietnia 2010 roku.

Ogólny obowiązek pracodawcy wynikający z Kodeksu pracy polega na ułatwianiu pracownikom podnoszenia ich kwalifikacji zawodowych. Ułatwianie podnoszenia kwalifikacji wskazuje na ogólną powinność pracodawcy, polegającą na sprzyjaniu staraniom pracowników o zdobycie wiedzy, która będzie przydatna

w obecnej lub przyszłej pracy. Obowiązek ten nie może być jednak rozumiany jako prawo pracownika domagania się od pracodawcy określonego udziału w podnoszeniu swoich zawodowych kwalifikacji, polegającego na przykład na zorganizowaniu i przeprowadzeniu szkolenia. Pracodawca nie ma obowiązku szkolenia pracowników, ma natomiast ułatwiać im podnoszenie kwalifikacji zawodowych, jeżeli oni sami chcą te kwalifikacje podniosić. Według Sądu Najwyższego: „dbałość o zawodowe kwalifikacje jest w warunkach gospodarki wolnorynkowej sprawą samych zainteresowanych, warunkującą ich funkcjonowanie na rynku pracy. Zdobycie lub podwyższenie kwalifikacji zawodowych stało się cennym dobrem o wymiernej wartości na rynku pracy, wobec czego sami pracownicy są skłonni troszczyć się o ich zdobywanie lub podwyższanie. To sam pracownik powinien być zainteresowany podwyższaniem swoich kwalifikacji, a w związku z tym przejawiać w tym kierunku inicjatywę i zaangażowanie, pracodawca zaś ma jedynie obowiązek mu to ułatwić.”

Nowe regulacje Kodeksu dotyczące podnoszenia kwalifikacji zawodowych pracowników wprowadzają obligatoryjne, w przypadku zawarcia umowy szkoleniowej pomiędzy pracodawcą a pracownikiem, uprawnienie pracownika do płatnego urlopu szkoleniowego oraz do zwolnienia z całości lub części dnia pracy z zachowaniem prawa do wynagrodzenia. Ponadto wprowadzają możliwość przyznania dodatkowych świadczeń.

Nowe zasady dotyczą pracowników, którzy rozpoczęną podnoszenie kwalifikacji po 15 lipca 2010 roku. Natomiast do tych, którzy rozpoczęli podnoszenie swoich umiejętności zawodowych wcześniej (art. 3 ustawy zmieniającej), mają zastosowanie przepisy obowiązujące przed 11 kwietnia 2010 roku – czyli przepisy Rozporządzenia MEN i MPiPS z 12 października 1993 roku. Przepisów powyższego rozporządzenia nie stosuje się jednak do pracowników podstawowej działalności służby zdrowia. Pracownikami działalności podstawowej w publicznych zakładach opieki zdrowotnej są m.in.:

- kierownik apteki,
- zastępca kierownika apteki,

- inspektor do spraw gospodarki lekiem (magister farmacji specjalista)
- starszy asystent farmaceutyczny (magister farmacji).

Z nowych przepisów wynika, że pracownik i pracodawca są zobowiązani zawrzeć pisemną umowę dotyczącą podnoszenia kwalifikacji zawodowych, która będzie regulować zasady obowiązujące w tym zakresie obie strony (dotychczas zawarcie takiej umowy nie było obligatoryjne). Nowe zasady zostały włączone do Kodeksu pracy; nie przyjęły więc wcześniejszej formy rozporządzenia. Tym samym są mniej szczegółowe, co skutkuje tym, że strony umów „szkoleniowych” zyskały większą swobodę przy kształtowaniu wzajemnych praw i obowiązków.

Podpisanie umowy nie jest obowiązkowe w sytuacji, w której pracodawca nie zamierza zobowiązać pracownika do pozostawania w zatrudnieniu po ukończeniu podnoszenia kwalifikacji zawodowych.

Umowa o podnoszenie kwalifikacji zawarta z pracownikiem nie może zawierać postanowień mniej korzystnych dla pracownika niż te wynikające z nowych przepisów Kodeksu pracy.

„Podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracownika” według nowych przepisów to „zdobywanie lub uzupełnianie wiedzy i umiejętności przez pracownika, z inicjatywy pracodawcy albo za jego zgodą”.

Pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje zawodowe przysługują: urlop szkoleniowy, zwolnienie z całości lub części dnia pracy, na czas niezbędnego, by punktualnie przybyć na obowiązkowe zajęcia oraz na czas ich trwania (art. 103¹ § 2 k.p.). Za czas urlopu szkoleniowego oraz za czas zwolnienia z całości lub części dnia pracy pracownik zachowuje prawo do wynagrodzenia. Urlop szkoleniowy przysługuje pracownikowi w wymiarze:

- 6 dni – jeśli przystępuje on do egzaminów eksternistycznych (z zakresu sześciioletniej szkoły podstawowej dla dorosłych, z zakresu gimnazjum dla dorosłych, z zakresu liceum ogólnokształcącego dla dorosłych; organi-

- zowanych przez Centralną Komisję Egzaminacyjną)
- 6 dni – gdy przystępuje do egzaminu maturalnego,
- 6 dni – gdy przystępuje do egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe,
- 21 dni w ostatnim roku studiów – na napisanie pracy dyplomowej oraz przygotowanie się i przystąpienie do egzaminu dyplomowego.

Prawo do płatnego urlopu nie jest zatem związane z każdym szkoleniem czy każdym kursem ale tylko z podnoszeniem kwalifikacji w ramach szkolenia zakończonego egzaminem. Wątpliwości interpretacyjne może budzić określenie: „egzaminu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe”. Obowiązkiem farmaceuty zatrudnionego w aptece lub hurtowni jest podnoszenie kwalifikacji zawodowych (art. 89e ustawy Prawo farmaceutyczne) w ramach tzw. szkolenia ciągłego, również poprzez udział w szkoleniach zakończonych testem. Na zakończenie kursów nie zdaje się jednak egzaminów państwowych, co zdaje się przesądzać o tym, że udział w kursach w ramach szkolenia ciągłego będzie wyłączony z zakresu omawianych przepisów. Podobnie, powyższe przepisy nie znajdą zastosowania w przypadku szkoleń firmowych czy promocyjnych. Inaczej jest w sytuacji szkolenia farmaceuty w ramach zdobywania specjalizacji, która kończy się złożeniem egzaminu państwowego organizowanego przez Centrum Egzaminów Medycznych, potwierdzającego umiejętności zawodowe pracownika. Aby jednak farmaceuta mógł skorzystać z przysługujących mu uprawnień musi zatrzymać z pracodawcą umowę o podnoszenie kwalifikacji – potrzebna jest zatem zgoda pracodawcy. Oczywiście w przypadku, gdy pracownik podejmuje naukę (np. studia, kursy, szkolenia) w czasie wolnym od pracy nie potrzebuje na to zgody od pracodawcy. Pracodawca może także z własnej inicjatywy skierować pracownika na szkolenie.

Jednocześnie należy zwrócić uwagę, że ustawa nie określił trybu, w jakim ma być udzielony urlop szkoleniowy. Nie wiadomo czy może on być dzielony na części i czy pracodawca musi go udzielić w okresie wskazanym przez ➤

- pracownika. Urlop udziela się w dni, które są dla pracownika dniami pracy, zgodnie z obowiązującym go rozkładem czasu pracy.

Pracodawca może dodatkowo przyznać pracownikowi podnoszącemu kwalifikacje (gdy łączy ich umowa) inne świadczenia, w szczególności: pokryć opłaty za kształcenie, przejazd, podręczniki i zakwaterowanie. Ze względu na faktywność ich udzielenia pracownikowi nie będą przysługiwały z tego tytułu żadne roszczenia.

W określonych sytuacjach pracownik podnoszący swoje kwalifikacje jest obowiązany do zwrotu kosztów poniesionych przez pracodawcę na ten cel z tytułu dodatkowych świadczeń, w wysokości proporcjonalnej do okresu zatrudnienia po ukończeniu nauki lub okresu zatrudnienia w czasie jej trwania. Możliwe jest to w sytuacji, gdy pracownik przed czasem rozwiązał umowę lub rozstał się z firmą w trybie dyscyplinarnym, zwłaszcza gdy:

1. bez uzasadnionych przyczyn nie podjął podnoszenia kwalifikacji zawodowych albo je przerwał;
2. w trakcie podnoszenia kwalifikacji zawodowych lub po jego ukończeniu, w terminie określonym w umowie o podnoszenie kwalifikacji, nie dłuższym niż 3 lata:
 - spółka rozwiązała z nim stosunek pracy bez wypowiedzenia z jego winy,
 - rozwiązał stosunek pracy za wypowiedzeniem (nie dotyczy to sytuacji gdy pracownik rozwiązał umowę z powodu mobbingu – art. 94³ k.p.),
 - rozwiązał stosunek pracy bez wypowiedzenia na podstawie art. 55 (szkodliwy wpływ pracy na zdrowie pracownika) lub art. 94³ (mobbing, czyli działania lub zachowania dotyczące pracownika lub skierowane przeciwko pracownikowi, polegające na uporczywym i długotrwałym nękaniu lub zastraszaniu pracownika, wywołujące u niego zanioszoną ocenę przydatności zawodowej, powodujące lub mające na celu poniżenie lub ośmieszenie, izolowanie go lub wyeliminowanie z zespołu współpracowników), mimo braku przyczyn określonych w tych przepisach.

Nowe przepisy zastrzegają, że mogą to być tylko dodatkowe koszty, np. zwrot kwoty wydatkowanej na zakwaterowanie, na podręczniki, na dojazd do miejsca szkolenia. Nie będzie można zatem obciążać pracownika kosztami samego kursu.

W przypadku gdy pracownik zdobywa lub uzupełnia wiedzę i umiejętności na zasadach innych, niż nowo określone w art. 103¹ – 103⁵ kp, czyli dla przykładu uczestniczy w kursach w ramach szkolenia ciągłego farmaceutów, pracodawca może, ale nie musi przyznać mu:

1. zwolnienie z całości lub części dnia pracy bez zachowania prawa do wynagrodzenia,
2. urlop bezpłatny w wymiarze ustalonym w porozumieniu zawartym między pracodawcą i pracownikiem.

Jeśli pracownik kształci się bez zgody pracodawcy, nie ma on żadnych obowiązków związanych z ułatwianiem zdobywania wiedzy.

Znowelizowano także ustawę o podatku dochodowym od osób fizycznych. Na podstawie nowych przepisów (art. 21 ust. 1 pkt 90 ustawy) wolna od podatku dochodowego będzie wartość świadczeń przyznanych przez pracodawcę na podnoszenie kwalifikacji zawodowych pracowników, z wyjątkiem wynagrodzeń otrzymywanych za czas zwolnienia z całości lub części dnia pracy oraz za czas urlopu szkoleniowego (art. 2 ustawy zmieniającej).

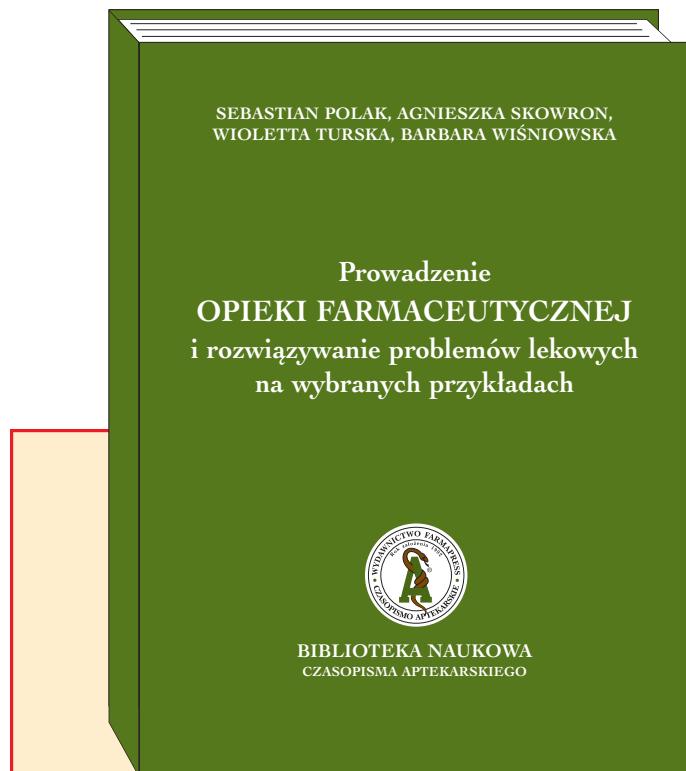
AKTY PRAWNE I ORZECZENIA

- Ustawa z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeks pracy (tekst jednolity Dz. U. z 1998 r. Nr 21, poz. 94 ze zm.)
- Ustawa dnia 20 maja 2010 r. o zmianie ustawy – Kodeks pracy oraz ustawy o podatku dochodowym od osób fizycznych (Dz. U. z 2010 r. Nr 105, poz. 655)
- Rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 18 września 2007 r. w sprawie egzaminów eksternistycznych (Dz. U. z 2007 r. Nr 179, poz. 1273)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 15 maja 2003 r. w sprawie specjalizacji oraz uzyskiwania tytułu specjalisty przez farmaceutów (Dz. U. z 2003 r. Nr 101, poz. 941 ze zm.)

- Konstytucja RP z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz. U. z 1997 r. Nr 78, poz. 483 ze zm.)
- Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. Nr 45, poz. 271 ze zm.)
- Wyrok Trybunału Konstytucyjnego z dnia 31 marca 2009 roku (sygn. akt K 28/08, Dz. U. z 2009 r. Nr 58, poz. 485)
- Ustawa z dnia 26 lipca 1991 r. o podatku dochodowym od osób fizycznych (tekst jednolity Dz. U. z 2010 r. Nr 51, poz. 307 ze zm.)
- Wyrok Sądu Najwyższego z dnia 25 maja 2000 r. (I PKN 657/99)
- Rozporządzenie z dnia 12 października 1993 r. Ministra Edukacji Narodowej oraz Ministra Pracy i Polityki Socjalnej w sprawie zasad i warunków podnoszenia kwalifikacji zawodowych i wykształcenia ogólnego dorosłych (Dz. U. z 1993 r. Nr 103, poz. 472 ze zm.)
- Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej (Dz. U. z 1999 r. Nr 30, poz. 300 ze zm.)

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Agnieszka Zimmenmann
Zakład Prawa Medycznego
Gdański Uniwersytet Medyczny
ul. Tuwima 15
80-210 Gdańsk
tel. 58 349 14 41



Szanowni Czytelnicy,

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

Cena książki (wraz z kosztem wysyłki): **dla prenumeratorów 65 zł**, dla nieprenumeratorów **85 zł**

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

CZY MARZENIA MOŻNA ZREALIZOWAĆ

Z mgr. Zbigniewem WITALISEM, inicjatorem obywatelskiego programu „Partnerstwo dla zdrowia” i stowarzyszenia Forum Polskiej Farmacji oraz prezesem jego Zarządu rozmawia Wiktor SZUKIEL

cza@cza.pl

To już piętnaście lat, jak z pana inicjatywy powstało stowarzyszenie Forum Polskiej Farmacji i odkąd jego członkowie powierzyli panu kierowanie jego działalnością. Czy zatem jest to jubileusz, który upoważnia do spojrzenia za siebie, jak i na to, co przed wami?

Moim zdaniem jubileusze są potrzebne, gdyż każda rocznica jest okazją do wymiany poglądów, wspólnej refleksji i poszukiwania nowych inspiracji. Nie po to, aby oglądać się za siebie, ale przede wszystkim, by próbować przewidywać przyszłość. Obecnie FFP obchodzi dwa jubileusze: mija piętnasta rocznica naszej współpracy w ramach wspólnoty „Partnerstwo dla zdrowia” oraz dziesiąta rocznica objęcia patronatu nad naszą działalnością przez Ojca Świętego Jana Pawła II.

Przypomnijmy zatem, jak zrodziła się inicjatywa wspólnoty aptek prywatnych na rzecz realizacji prozdrowotnego stylu życia?

Przed piętnastu laty grupa aptekarzy z południa Polski, zjednoczonych wspólnymi marzeniami, wspólną wizją i szczerze zaangażowanych w jej urze-



© Małgorzata Klimiuk

Przewodniczący Rady Naukowej „Czasopisma Aptekarskiego” prof. dr hab. Kazimierz Głowniak odznacza medalem i srebrną odznaką Ambasadora Farmacji prezesa Zarządu Forum Polskiej Farmacji mgr. Zbigniewa Witalisa za inicjatywy oraz organizację współpracy międzynarodowej w zaresie szkolenia, integracji i upowszechniania zasad GLP, GCP, GMP, GDP i GPP w Polsce i w Europie. Uroczystość odbyła się podczas XI Międzynarodowej Konferencji Naukowo-Edukacyjnej „Czasopisma Aptekarskiego”, której temat brzmiał „Opieka farmaceutyczna jako gwarancja skuteczności i bezpieczeństwa farmakoterapii oraz jej wpływ na kondycję ekonomiczną aptek”

czywistnianie, stała się założkiem budowy aliansu środowisk tworzących wspólnotę „Partnerstwo dla zdrowia”, której do dzisiaj mam zaszczyt przewodzić. Marzyliśmy o wspólnocie ludzkich serc i umysłów, zjednoczonych solidarnością, za-

ufaniem, wzajemnym szacunkiem, życzliwością oraz szczerą i prawdziwą przyjaźnią. Marzyliśmy o przyjaźni, która aptekarzy łączy, ale nie krępuje. Połączyla nas niezgoda na konformizm i wiara w możliwość przywrócenia w otoczeniu apteki

proporcji, które globalizacja silnie zachwiała. Naruszanie równowagi w przyrodzie zawsze prowadzi do katastrofy, a w biznesie do uzależnienia.

Jak ta idea sprawdziła się w minionym 15-leciu?

Nikt z nas nie rodzi się z wrodzoną umiejętnością dbania o swoje zdrowie, a prozdrowotnego stylu życia musimy się uczyć. Sami odpowiadamy za swoje wybory, preferencje, nawyki i sposób odżywiania się, a więc za to, co nazywamy stylem życia. Zmiana stylu życia leży w zasięgu naszych



© Wiktor Szułek

Puchar Aptekarza Roku 2001 i Medal Forum Polskiej Farmacji otrzymuje dr n. farm. Roman Duda z rąk wiceprezesa NRA dr n. farm. Leokadii Danek



© Ze zbiorów własnych FPF

Grupa przedstawicieli aptek makroregionu południowo-wschodniego współpracująca z Forum Polskiej Farmacji. Wśród uczestników prof. dr hab. Ryszard Czarnecki (trzeci od lewej) i prof. dr hab. Kazimierz Gąłoniak (siódmy od lewej)



© Ze zbiorów własnych FPF

wadza się do promocji korzystnych dla zdrowia postaw wobec różnych sytuacji życiowych jak i stosownych umiejętności dawania sobie rady z własnym problemem zdrowotnym.

Obok edukacji zdrowotnej organizujemy sesje bezpłatnych badań diagnostycznych oraz konsultacji medycznych między innymi w zakresie prewencji osteoporozy, miażdżycy, cukrzycy, słuchu, alergii. Uczestnicy badań otrzymują indywidualne karty prewencji miażdżycy pozwalające pacjentom monitorować stan własnego zdrowia. Tylko w ciągu ostatniego roku zorganizowaliśmy ponad 180 cykli badań dla ponad 20 000 ludzi. Cyklicznie organizujemy akcje promujące zdrowy styl życia oraz ukierunkowane na zwalczanie różnego typu uzależnień.

Podstawowym celem naszej misji edukacyjnej jest rozwijanie przez farmaceutów i lekarzy współpracujących ze Stowarzyszeniem Forum Polskiej

możliwości. Możliwość poprawy zdrowia społeczeństwa polskiego pragniemy uzyskać poprzez wzrost dbałości o jego pozyksanie, utrzymanie i rozwój pomagając ludziom czynić wybór zdrowszego wyborem łatwiejszym. Cel ten wyznacza współpracującym ze stowarzyszeniem aptekom i farmaceutom szczególny obszar moralnej, prawnej i społecznej odpowiedzialności za edukację zdrowotną indywidualnego pacjenta, realizowaną w ramach etycznej misji apteki.

Forum Polskiej Farmacji jest inicjatorem i koordynatorem obywatelskiego projektu „Partnerstwo dla zdrowia”. Zajmuje się również szkoleniem przedstawicieli „aptek patronackich”. Promuje świat wyższych i stałych wartości, którego realizacja wymaga uwzględnienia dobra innych.

Apteki współpracujące z Forum Polskiej Farmacji zyskują rekomendację Stowarzyszenia Pacjentów, tytuły „Apteki Pacjenta” oraz status aptek patro-

nackich. „Apteki Pacjenta” pełnią bezpłatnie funkcję przychodni promocji zdrowia a ich liderzy uzyskują status promotorów zdrowia. Przy aptekach patronackich powstają lokalne centra edukacyjne pacjentów o statusie oddziałów Stowarzyszenia Pacjentów.

Sens zdrowotnej edukacji pacjentów aptek w praktyce spro-



„Euroforum” z udziałem 120-osobowej grupy polskich i belgijskich aptekarzy w siedzibie Polskiego Przedstawicielstwa przy UE. Grupa wyróżnionych aptekarzy przez Forum Polskiej Farmacji

© Ze zbiorów własnych FPF

indywidualnych umiejętności pacjentów aptek dbania o własne zdrowie, rozpoznawania zagrożeń zdrowotnych oraz skutecznego przeciwwstawiania się im. Od kilku lat współpracujemy z Akademią Medyczną w Lublinie (obecnie UM – przyp. red.) oraz liczną grupą wybitnych specjalistów z wielu znanych ośrodków naukowych w kraju i na świecie. W tym m. in. z prof. Marianem L. Krużelem oraz prof. Jerzym Georgiadensem z Uniwersytetu Medycznego w Houston (USA), współpracownikami laureata Nagrody Nobla prof. Murata, prof. Maciejem Pawłowskim oraz prof. Ryszardem Czarneckim z Uniwersytetu Jagiellońskiego CM, prof. Alfredą Graczyk z Wojskowej Akademii Technicznej w Warszawie, prof. Kazimierzem Głównakiem i prof. Hanną Hopkałą z Akademii Medycznej w Lublinie. Współpracujemy z Międzynarodowym Stowarzyszeniem Waleologicznym zajmującym się promocją zdrowia, reprezentowanym przez prof. Igora Murawowa oraz prof. Ewę Bulicz. Współpracujemy z lokalnymi samorządami, promując gminy zainteresowane edukacją zdrowotną swoich mieszkańców. Podczas ostatniej edycji konkursu pod hasłem „Gmina promująca zdrowie”, organizowanego przy współpracy z miejscowościem „Euroregiony”, w finale znalazły się dwa uzdrowiska: Krynica i Muszyna. Nasze działania wspiera ponad 30 lokalnych parafii. W ramach organizowanych wyjazdów studialnych wizytowaliśmy szereg firm farmaceutycznych na terenie Francji, Włoch,

Holandii i Niemiec oraz aptek prywatnych.

Partnerem Forum Polskiej Farmacji jest magazyn naukowy „Czasopismo Aptekarskie”. Współpracujemy z dyrektorem Watykańskiego Serwisu Informacyjnego oraz „Telepadrepio”. Od dziesięciu lat systematycznie organizujemy seminaria, warsztaty i konferencje informacyjno-doradcze poświęcone edukacji zdrowotnej oraz promocji zdrowego stylu życia. Prowadzimy działalność charytatywną na rzecz domów opieki społecznej oraz hospicjów. Działalności naszych „promotorów zdrowia” patronował Jego Świątobliwość Ojciec Święty Jan Paweł II. Patronat nad organizowanymi przez nasze stowarzyszenie konferencjami pod nazwą „Forum Zdrowia” pełnią kolejni ministrowie zdrowia RP. W tych konferencjach FFP uczestniczyli dotychczas przedstawiciele resortów zdrowia Polski, Litwy, Ukrainy i Węgier oraz Rzecznik Praw Obywatelskich RP.

Staramy się zdrowych zachować przy zdrowiu, a chorym udzielać wsparcia w powrocie do zdrowia. Region Polski, w którym działamy, charakteryzuje się najwyższym wskaźnikiem długowieczności. Obywatelski projekt „Partnerstwo dla zdrowia” realizowany jest wyłącznie dzięki ogromnej pasji i osobistemu społecznemu zaangażowaniu grupy ludzi dobrej woli.

Czym działalność Forum Polskiej Farmacji różni się od działań innych organizacji funkcjonujących w środowisku aptekarskim?

O kilku jej cechach już wspomniałem. Pragnę również podkreślić, że nasza wspólnota była i pozostaje organizacją całkowicie niezależną, a od dziesięciu lat patronuje jej Ojciec Święty Jan Paweł II. Dla nas to nie tylko ogromny zaszczyt i wyróżnienie, ale również szczególnie zobowiązanie do realizacji testamentu, który ten patron nam pozostawił. Dlatego w centrum naszych działań umieściliśmy promocję etycznej misji apteki oraz budowę programów etycznych, utrzymujących harmonię pomiędzy systemem wartości i biznesową orientacją aptek.

Poprzez udział w naszej wspólnocie pacjentów, samorządów lokalnych, aptekarzy, lekarzy, naukowców i dziennikarzy apteka stała się w terenie ważnym miejscem realizacji celów społecznych, które wykraczają poza swoją działalność komercyjną, ważnym ogniwem edukacji zdrowotnej odkrywającym głębszy sens działalności zawodowej farmaceuty i budującym szacunek lokalnych społeczności do tego zawodu.

Czy w sytuacji postępującego kryzysu aptek prywatnych, gdy wiele aptek działa poniżej swoich możliwości, a coraz więcej z nich jest zamkana, gdy sporą grupą sfrustrowanych aptekarzy nie osiąga zamierzonych celów, jest jeszcze miejsce na realizację dawnych marzeń?

Rzeczywiście, nie jest łatwo trwać przy swoich przekonaniach, kiedy traci się fundamenty dotychczasowej egzystencji. Nie jest również łatwo sformułować pozytywną wizję jutra, kiedy w przyszłości zamiast

szansy dostrzega się jedynie „odroczyony wyrok śmierci”. Istnieje wiele niezależnych od aptekarzy przyczyn systemowych, które od lat osłabiają pozycję aptek prywatnych na rynku. Nie bez znaczącego wpływu na bieg spraw pozostaje również postawa części aptekarzy. Jak mówił Demostenes: „Nie mów, że tak robią inni, raczej pomyśl, czy powinni”. Ważne, by się nie poddawać i próbować przezwyciężać własne ograniczenia. To prawda, że z dnia na dzień nie da się zmienić wszystkiego. Sama jednak kontestacja „status quo” z pewnością niczego nie zmieni. Deklaratywny sprzeciw wobec negatywnych zjawisk i tendencji to dzisiaj zbyt mało. Nie robiąc nic, faktycznie zwalamy na działanie „prawa dżungli”. A w dżungli zawsze występuje nierównowaga, która szkodzi aptekom.

Niczego nie zrozumiemy, dopóki nie zrobimy tego sami. Jak pisał Molier – „Jesteśmy odpowiedzialni nie tylko za to co robimy, ale również za to czego nie robimy”. Żeby coś zmienić, musimy odbudować nadzieję i zerwać z iluzją, że jakoś to będzie. Nadzieja zawsze wymaga naszego osobistego, twórczego zaangażowania, wzajemnego porozumienia się, rozumienia dobra wspólnego i zdolności pokonywania obszarów własnego egoizmu. Bo „Nadzieja nie jest marzeniem, lecz sposobem przekształcania marzeń w rzeczywistość” (*Leon Joseph Suenens*). Tylko wspólnie możemy próbować realizować cele, które dla każdego z nas w pojedynkę są nieosiągalne. Tylko poprzez nadanie priorytetu działaniom wspóln-

notowym możemy tworzyć nowe możliwości dla siebie i własnych idei. Warunkiem wykorzystania szans jest zdolność łączenia się w grupy – a ta zależy od stopnia, w jakim podzielimy wspólne normy i wartości. Dlatego tak ważne, aby często ze sobą rozmawiać.

Sukcesy można osiągać tylko z zespołem ludzi o podobnych poglądach. Do przeciwstawienia się zagrożeniu potrzebna jest realna siła, która tkwi w jedności i solidarności aptekarzy. Historia działalności naszej wspólnoty dowodzi, że zawsze, gdy w konkretne inicjatywyangażowała się większa grupa aptekarzy, stanowiliśmy widoczną siłę, zdolną pozyskiwać cennych sojuszników i osiągać ważne cele. Jak pisał francuski pisarz Anatol France: „Aby osiągnąć naprawdę wielkie rzeczy, trzeba nie tylko działać, ale i marzyć, nie tylko planować, ale i wierzyć”. Świat zawsze sprzyjał marzycielom. Nigdy nie jest za późno na marzenia, one nie mają daty upływu ważności. Szansa nie przychodzi sama do tych, którzy czekają. Kto wierzy w sukces, może go osiągnąć.

Wciąż wierzy pan, że apteka prywatna w warunkach hiperkonkurencji może marzyć o właściwej niezależności i zdolności konkurencyjnej na rynku?

We współczesnej gospodarce droga do sukcesu prowadzi przede wszystkim przez wysokie kwalifikacje. Wiedza i kwalifikacje stają się podstawowym źródłem przewagi konkurencyjnej. Dzisiaj przyszłość należy do tych, którzy nie tylko są już liderami w swojej dziedzinie, ale

którzy również z każdym dniem stają się lepsi. Nie można budować na własnych słabościach, ale można próbować stopniowo odbierać im ich znaczenie poprzez systematyczne doskonalenie własnych kompetencji.

W budowie przewagi konkurencyjnej aptek naszej wspólnoty staramy się wykorzystać kluczowe kompetencje aptekarzy w zakresie opieki farmaceutycznej. Cenimy sobie współpracę z „Czasopismem Aptekarskim”, które jest niekwestionowanym ekspertem w zakresie opieki farmaceutycznej w Polsce i Europie. Z lektury państwa profesjonalnych i przyjaznych aptekom wydawnictw członkowie naszego stowarzyszenia czerpią informacje, wiedzę i inspirację do budowania przewagi konkurencyjnej własnych aptek na rynku. Nie bez znaczenia jest fakt, że jesteście wydawnictwem niezależnym, co w dzisiejszym zglobalizowanym świecie jest osiągnięciem niezwykłym i zasługuje na szczególny szacunek.

Tegoroczne, jubileuszowe szkolenie, które FFP zorganizowało we Włoszech, znów było poświęcone problematyce zarządzania apteką poprzez zaufanie...

To zasadniczy temat, ponieważ bez względu na ile zdajemy sobie dzisiaj z tego sprawę, nasze powodzenie w coraz większym stopniu zaczynają determinować dwie kluczowe kompetencje: umiejętność współpracy i zdolność zarządzania zaufaniem.

Każdy z nas ma własną listę osób, które go zawiodły. W warunkach globalnej konkurencji koszty zaufania nieodpowied-

niemu partnerowi mogą okazać się dla nas dramatyczne w skutkach. Dlatego obecnie jak nigdy dotąd tak ważne staje się zrozumienie konieczności dostrzegania zagrożeń i potrzeby doskonalenia umiejętności sprzyjających bardziej efektywnemu gospodarowaniu naszym zaufaniem.

Kapitał finansowy jest dziś na rynku stosunkowo łatwo do-

przez konkurencję, przez co staje się się ważnym i cennym instrumentem budowy naszej zdolności konkurencyjnej oraz przewagi strategicznej na rynku.

Zaufanie jest czynnikiem, który decyduje dzisiaj o naszej odporności na kryzys i naszej zdolności jego przewyciężenia. Decyzje o zakresie zaufania mają zawsze istotny wpływ na całe nasze życie, we wszyst-

Do współpracy w tym niezwykle istotnym przedsięwzięciu zaprosiłem jednego z najwybitniejszych ekspertów z zakresu partneringu, prof. Jacka Ławickiego – wykładowcę etyki i marketingu oraz praktyka biznesu, rektora Wyższej Szkoły Integracji Europejskiej w Szczecinie, autora interesującej książki na temat marketingu sukcesu.



© Jakub Tokarz

Uczestnicy Euroforum w siedzibie WHO w Genewie

stępny. Zaufania kupić nie można, więc staje się ono dobrem rzadkim i naszym zasobem strategicznym. Zaufania nie można zbudować bez respektowania wartości. Nie można go zastąpić innymi utylitarnymi wartościami, ponieważ to właśnie ono jest stymulatorem innych norm kulturowych i niematerialnym aktywem firmy generującym jej wartość.

Warto podkreślić, że zaufanie wykazuje dużą odporność na automatyczne kopowanie

kich jego przejawach i na wielu płaszczyznach.

Wyznaniem chwili staje się dziś potrzeba budowania kultury wysokiego zaufania w relacjach między dostawcami towaru, pracownikami i pacjentami apteki w oparciu o wspólne wartości, kulturę konsensusu, a nie dominacji i przymusu.

Dlatego właśnie ten temat, analizowany w szerszym aspekcie kultury organizacyjnej uznałem za najważniejszy obszar naszych obecnych rozważań.

Dlaczego po raz kolejny na miejsce szkolenia wybrałeś Włochy?

Nasz wyjazd miał również charakter pielgrzymki w kolejną rocznicę cudownego ocalenia w zamachu naszego patrona, Jana Pawła II oraz w rocznicę jego urodzin. W dniu 13 maja uroczystą Mszę świętą dla uczestników „Forum Italia”, sprawowaną w krypcie przy grobie Jana Pawła II celebrował przedstawiciel Sekretariatu



© Ze zbiorów własnych FPF

Izrael 2009. Uczestnicy Forum Polskiej Farmacji w przerwie obrad

► Stanu Stolicy Apostolskiej, ks. Henryk Jagodziński.

Obok Rzymu i Watykanu odwiedziliśmy wiele cudownych miejsc pulsujących modlitwą, mających przeogromną moc łączenia serc ludzkich, jak Manopello, Lanciano, Sanktuarium św. Michała czy San Giovanni Rotondo. Miejsc, w których współczesny człowiek doświadczył zmęczeniem cywilizacyjnym może znaleźć przestrzeń pozwalającą na osobisty dialog z Bogiem i samym z sobą.

W rocznicę zdobycia Monte Cassino, w dniu 18 maja 2010 r. złożyliśmy kwiaty i hołd poległym tam Polakom.

Ten magiczny czas, który spełdziliśmy wspólnie, dostarczył nam mnóstwo wewnętrznych przemyśleń, niezapomnianych wzruszeń, przeżyć i doznań duchowych, inspiracji oraz intelektualnych i emocjonalnych refleksji.

Co uważa pan za najcenniejsze osiągnięcie FFP w minionym 15-leciu?

Wspólna wizja stała się platformą integracji aptekarzy i źródłem energii w walce o przyjazne prawo farmaceutyczne i godność zawodu aptekarza. Dawała wiarę w realizację idei wybiegających w przyszłość, wyzwała nowe siły, motywowała do pokonywania codziennych trudności. Była motorem wielu niezwykłych działań, które dostrzegli: redakcja „Czasopisma Aptekarskiego”, Światowa Organizacja Zdrowia, prezydent RP, papież Jan Paweł II, a ostatnio także papież Benedykt XVI. Dzięki niej wspólnie próbowaliśmy realizować cele, które dla każdego z nas nie były osiągalne w pojedynkę.

Bez uczestnictwa i osobistego zaangażowania setki wspaniałych aptekarzy z południa Pol-

ski, państwa redakcji i liczniego grona ludzi dobrej woli realizacja wielu naszych dokonań nie byłaby możliwa. Dlatego dzisiaj, w roku jubileuszu pragnę bardzo serdecznie podziękować wszystkim uczestnikom i przyjaciółom naszej wspólnoty, przekazując im wyrazy ogromnej wdzięczności, najwyższego szacunku i uznania. W relacjach między ludźmi przyjaźń jest najpiękniejszym uczuciem, jakie człowiek może zaproponować drugiemu człowiekowi. Dziękuję za zaufanie i przyjaźń i tytuł „Przyjaciela Apteki”, jaki u progu naszej współpracy przyznali nam sami aptekarze.

Dziękuję za rozmowę.

Adres do korespondencji:

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



Naczelną Izbę Aptekarską

Konferencja organizowana przez
Naczelną Izbę Aptekarską



VI MIĘDZYNARODOWA KONFERENCJA NAUKOWO-SZKOŁENIOWA FARMACEUTÓW

**„Aktualne możliwości terapii
chorób o podłożu miażdżycowym”**

Warszawa
25-27 listopada 2010 r.



<http://konferencja.nia.pl>

PROGRAM KONFERENCJI

W ramach kształcenia ustawicznego Uczestnicy mogą uzyskać do **26** punktów edukacyjnych:

- za udział w Konferencji - **6** punktów
- za dwa kursy szkoleniowe zakończone testem - **10** punktów
- za sesję plakatową - **10** punktów

CZWARTEK
25.11.2010 r.

13.30 - 14.30 - obiad, płatny indywidualnie

14.30 - 18.30 Kursy zakończone testem (do wyboru jeden z trzech tematów):

- „Opieka farmaceutyczna w nadciśnieniu” - kierownik prof. Helena Makulska-Nowak
- „Postępy w farmakoterapii chorób układu krążenia” - kierownik prof. Barbara Filipk
- „Profilaktyka i leczenie w nadwadze i otyłości” - kierownik dr Jacek Sapa

20.00 - 22.00 - Kolacja bankietowa - integracyjna z muzyką, płatna indywidualnie

PIĄTEK
26.11.2010 r.

09.30 - 11.00 - Otwarcie Konferencji przez Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej - dra Grzegorza Kucharewicza

- Wykład inauguracyjny - „Genetyka w sztuce” - prof. Janusz Limon

11.00 - 11.30 - przerwa na kawę

Cztery wykłady plenarne:

11.30 - 12.30 „Miażdzyca - od patogenezy poprzez epidemiologię do kliniki” - prof. Tomasz Guzik

12.30 - 13.30 „Leczenie chorób układu sercowo-naczyniowego w przebiegu procesów starzenia się organizmu człowieka” - prof. Tomasz Grodzicki

13.30 - 15.00 - obiad, płatny indywidualnie

15.00 - 16.00 „IKA i SARTANY na tle innych leków układu krążenia” - prof. Ewa Chabielska

16.00 - 17.00 „Udary niedokrwienne mózgu, patogenezę i leczenie z uwzględnieniem aktualnych rekomendacji kombinacji lekowych” - dr Agnieszka Słowik

20.00 - 02.00 - Uroczysta kolacja z muzyką w Hotelu Mazurkas

SOBOTA
27.11.2010 r.

Wykład plenarny:

09.00 - 09.45 - „Dieta w pierwotnej i wtórnej prewencji chorób układu krążenia” - prof. Marek Naruszewicz

09.45 - 10.00 - przerwa na kawę

10.00 - 14.00 Kursy zakończone testem (do wyboru jeden z dwóch tematów):

- „Cukrzyca jako problem współczesnej medycyny” - kierownik prof. Helena Makulska-Nowak
- „Interakcje i działania niepożądane leków układu krążenia” - kierownik prof. Barbara Filipk

14.00 - 15.00 - obiad, płatny indywidualnie

Zapisy elektroniczne dostępne są w zakładce „Zapisy” na stronie www.konferencja.nia.pl. Wypełniony formularz zgłoszeniowy można też wysłać faksem (nr faksu: 22 887 50 32) lub pocztą na adres Naczelnej Izby Aptekarskiej: ul. Długa 16, 00-238 Warszawa. Do 24 września 2010 r. obowiązuje cena promocyjna - 390 zł. Więcej informacji na stronie internetowej.

SESJA PLAKATOWA

Za przygotowanie i przedstawienie w trakcie Konferencji plakatów o tematyce związanej z programem Konferencji istnieje możliwość uzyskania **dodatkowych 10 punktów edukacyjnych**. Osobom pragnącym w ten aktywny sposób zaznaczyć swój udział w Konferencji przygotowane zostaną miejsca umożliwiające wystawę plakatów.

Zainteresowani udziałem w sesji plakatowej są proszeni o przesyłanie na adres Komitetu Organizacyjnego Konferencji streszczenia (1 strona format A4) plakatu w języku polskim lub angielskim w terminie do **29 października 2010 r.**, do siedziby Naczelnej Izby Aptekarskiej - ul. Długa 16, 00-238 Warszawa lub poprzez e-mail: nia@nia.org.pl.

Zakwalifikowane decyzją członków Komitetu Naukowego plakaty w formacie nie większym niż A0 (841 x 1189 mm) należy prezentować przez cały drugi dzień trwania Konferencji. Plakaty winny być zatytułowane i podpisane. Autorem jednego plakatu może być także zespół, jednak składający się maksymalnie z trzech osób. Koszty sesji plakatowej są uwzględnione w opłacie konferencyjnej.

EDUKACJA PACJENTA: JAK PRZYGOTOWAĆ MATERIAŁY EDUKACYJNE I PROWADZIĆ ROZMOWĘ Z PACJENTEM

dr n. farm. Agnieszka SKOWRON, mgr farm. Justyna DYMĘK

Pracownia Farmakoepidemiologii i Farmakoekonomiki, Wydział Farmaceutyczny UJ CM
e-mail: askowron@cm-uj.krakow.pl

Patient's education: how to prepare educational materials and lead conversation with the patient

Streszczenie. Edukacja pacjenta zwiększa jego wiedzę na temat choroby, jej leczenia i konsekwencji. Pacjent posiadający wiedzę o chorobie częściej podejmuje zachowania prozdrowotne. O jakości procesu edukacji decyduje jakość ulotek edukacyjnych i sposób prowadzenia rozmowy z pacjentem.

Słowa kluczowe: edukacja, farmaceuta, komunikacja, materiały edukacyjne, motywacja, pacjent, psychologia, rozmowa.

Summary. The education improves patient's knowledge of disease, its treatment and consequences. Educated patient takes a more pro-health behavior. Quality of education is improved by the quality of educational leaflets and communication manner.

Keywords: patient, education, educational materials, motivation, communication, conversation, pharmacist.

CHOROBA – ŹRÓDŁO ZMARTWIEN

Choroba to problem, połączona z małą wiedzą jest źródłem zmartwień, stresu i lęków dla chorego [1]. Pacjent potrzebuje profesjonalnej a zarazem jasnej i zrozumiałej pomocy. Samo pocieszanie pacjenta nie jest wystarczającym rozwiązaniem w sytuacji, kiedy dysponuje się wiedzą na temat choroby pacjenta, jej leczenia i możliwych zdarzeń związanych z chorobą w przyszłości chorego [2]. Farmaceuci, jako wykwalifikowana grupa zawodowa, w ramach opieki farmaceutycznej mogą wesprzeć chorego, wykorzystując posiadaną wiedzę.

Analiza zmartwień

Aby w pełni pomóc choremu, konieczne jest przeprowadzenie dokładnego wywiadu:

1. Zebranie faktów, które umożliwią podjęcie racjonalnej decyzji. Wywiad powinien być przeprowadzony w sposób bezstronny i obiektywny. Źródłem zmartwienia jest niepewność. Wszystko, o czym pacjent myśli, sugerują mu emocje. Zbierając wspólnie z pacjentem informacje o chorobie, farmaceuta pomaga mu „wyłączyć” emocje i skupić się na samych faktach.
2. Analiza faktów – określenie możliwych scenariuszy działań zmierzających do zminimalizowania skutków choroby. W odniesieniu do każdego ze scenariuszy należy określić jego wady i zalety z punktu widzenia pacjenta i systemu ochrony zdrowia.
3. Podjęcie decyzji i postępowanie zgodnie z nią – na tym etapie pacjent powinien

Farmaceuci, jako wykwalifikowana grupa zawodowa, w ramach opieki farmaceutycznej mogą wesprzeć chorego, wykorzystując posiadaną wiedzę.



wskazać najlepszą ze swojego punktu widzenia decyzję oraz określić ramy czasowe działań, które planuje wykonać, oraz efektów, których się spodziewa [3].

Asysta farmaceuty przy poszczególnych etapach tego procesu ułatwia pacjentowi przejście przez nie, w pierwszym okresie choroby ważne jest przede wszystkim zmotywowanie pacjenta do podjęcia natychmiastowych działań, w przeciwnym razie może on zrezygnować z ich kontynuacji [4].

Jest to związane z tzw. zjawiskiem *obawy własnych pomysłów*. Im dłużej trwa zastanawianie się nad tym, czy podjąć wysiłek i działać, tym bardziej odkładany jest moment działania. Z każdą chwilą gaśnie zapal i nadzieję związana z daną koncepcją. Jeśli pacjent podejmuje się zmiany swojego życia, to plan należy zacząć realizować od razu, nie pozwolić na szukanie barier i wyolbrzymianie problemów związanych z podejmowaną decyzją [4].

Motywujemy pacjenta

Motywacja daje siłę, aby zacząć działać, ważne jest więc ustalenie, co motywuje danego pacjenta [4]. Dla ogromnej większości ludzi motywacją jest poczucie zagrożonego zdrowia czy życia. Choroba zgodnie z tą definicją powinna być sama w sobie bodźcem do działania.

Psychologowie stworzyli kilka modeli dotyczących podejść teoretycznych do zmiany zachowań zdrowotnych. Jeden z takich modeli, HAPA (*Health Action Process Approach*) – proces działania zdrowotne i zmiany zachowań, składa się z dwóch faz: motywacyjnej i wolicjonalnej (faza działania) oraz uwzględnia wpływ czynników społeczno – poznańczych na obie fazy. Faza motywacyjna obejmuje okres, kiedy pacjent zastanawia się nad podjęciem decyzji o zmianie stylu życia. Wybiera najbardziej odpowiednią dla siebie metodę i ocenia swoje możliwości. Wśród czynników społeczno – poznańczych wpływających na fazę motywacyjną wyróżnia się [5]:

- postrzeganie ryzyka, jakie niesie za sobą brak podejmowania działań prozdrowotnych; im bardziej realne i wię-

sze ryzyko, tym łatwiej jest pacjentowi podjąć trud. O postrzeganiu ryzyka decyduje wiek, płeć, stan emocjonalny chorego oraz doświadczenie życiowe;

- postrzeganie strat i zysków wynikających z podjęcia decyzji o zmianie zachowania zdrowotnego;
- poczucie własnej skuteczności, czyli myśl, która motywuje, dodaje odwagi i pewności siebie w realizacji celu. Skuteczność na tym etapie polega na optymistycznym myśleniu chorego, że będzie on w stanie zmienić swoje zachowanie.

Pacjent, podejmując decyzję o zmianie stylu życia, wchodzi w fazę wolicjonalną. Zaczyna realizować plan, jakiego się podjął w fazie motywacyjnej. Na skuteczność tego etapu wpływają różne czynniki. Jednym z ważniejszych jest własna skuteczność; im pacjent więcej osiąga swoim działaniem, tym łatwiej i chętniej kontynuuje realizację planu. Niestety, rezultaty często nie są takie, jak je pacjent sobie wyobraża. Szczerogólnie dotyczy to takich sytuacji, kiedy na efekt trwały należy poczekać. Skuteczność w fazie wolicjonalnej to poczucie chorego, że może pokonywać problemy pojawiające się w trakcie procesu zmiany stylu życia [5].

KOMUNIKACJA

W procesie opieki farmaceutycznej zakłada się, że pacjent jest partnerem w leczeniu. Dlatego ważne jest stworzenie takiej atmosfery rozmów, aby wzbudzić u niego poczucie wpływu na podejmowane decyzje. W celu uzyskania przyjaznej atmosfery i tym samym osiągnięcia wszystkich założonych celów rozmowy warto przed rozpoczęciem spotkań z chorymi poznać kilka standardowych zasad prawidłowej komunikacji.

Na atmosferę, w jakiej przeprowadzana jest rozmowa, ma wpływ komunikacja werbalna, niewerbalna i zależności przestrzenne stworzone podczas rozmowy [6]. Farmaceuta powinien pamiętać również, że dla pozytywnego odbioru dialogu jako całości ważna jest spójność wysyłanych komunikatorów werbalnych i niewerbalnych [2].

W procesie opieki farmaceutycznej zakłada się, że pacjent jest partnerem w leczeniu. Dlatego ważne jest stworzenie takiej atmosfery rozmów, aby wzbudzić u niego poczucie wpływu na podejmowane decyzje.

Do zadań farmaceuty należy „przełamanie lodów” podczas pierwszych spotkań z chorym poprzez zadawanie pytań, aktywne słuchanie, włączenie do konwersacji pozytywnych elementów niewerbalnych rozmowy (język ciała), takich jak ustawienie krzesel w odległości komfortowej dla obu stron rozmowy, nawiązanie kontaktu wzrokowego, uśmiech. Farmaceuta powinien zadbać o komunikację dwustronną podczas rozmowy, co oznacza, że zarówno on jak i pacjent biorą w niej czynny udział [2, 6].

Prowadzenie rozmowy

Na proces komunikacji wpływają różnorodne czynniki, z których często rozmówcy nie zdają sobie sprawy, a które mogą okazać się niezmierne ważne w tworzeniu odpowiedniej atmosfery. Farmaceuta powinien aktywnie słuchać, jak i budować wypowiedzi. Rozmawiając z pacjentem, farmaceuta powinien pamiętać o kilku podstawowych zasadach wymienionych poniżej.

- 1. Patrz na rozmówcę.** W czasie rozmowy ważne jest nieunikanie kontaktu wzrokowego (max 15 sekund jednoraźowo), nie powinno się też siedzieć bokiem do rozmówcy.
- 2. Mów głośno.** Głośna, stanowcza, pewna wypowiedź, bez wahania daje poczucie bezpieczeństwa, przekonuje do wypowiedzi rozmówcy.
- 3. Podkreślaj ważne słowa dla lepszego zapamiętania tego, co najważniejsze.** W rozmowie podkreślenie prowadzi się poprzez powtórzenie lub odpowiednie akcentowanie najważniejszych elementów wypowiedzi.
- 4. Rób pauzy.** Przerwa potrzebna jest, aby pacjent przeanalizował to, co usłyszał, i aby przygotował się na dalsze informacje. Przerwa przerywa monotonię.
- 5. Moduluj głos.** Podkreślanie najważniejszych fragmentów poprzez modulację głosu zapobiega monotonii i „zlewania” się informacji.
- 6. Poproś o powtóżenie własnymi słowami tego co jest najważniejsze.** Po każdym etapie wypowiedzi farmaceuta, zanim przejdzie do kolejnego tematu,

powinien sprawdzić, co pacjent zapamiętał i czy wszystko jest dla niego zrozumiałe. Chory lepiej utrwali swoją wiedzę, będzie też okazja do sprostowania ewentualnych błędów, zmotywizuje pacjenta do aktywnego udziału w rozmowie [7].

- 7. Kiedy pacjent mówi...** Kiedy chory zaufa farmaceutce i zacznie brać czynny udział w spotkaniach, należy pamiętać, aby uważnie słuchać, przytakiwać, parafrasować i precyzować jego wypowiedzi, zadawać otwarte pytania, a najważniejsze nie zmieniać tematu, jaki podjął pacjent [6].

Psychologia

Tak jak ważna jest prawidłowo przeprowadzona rozmowa, tak cenne są również wskazówki dotyczące psychologii pracy i kontaktu z drugim człowiekiem:

- 1. Kieruj** – farmaceuta jest osobą wskazującą na to, co powinno być dokonane, w jakim stopniu i w jakim czasie, pacjenci czują się bezpieczniej i pewniej w swoich działaniach, kiedy nad ich działaniami ktoś czuwa, nie błądzą po omacku [8].
- 2. Doceniaj** – każdy, nawet najmniejszy sukces chorego warto zauważać i docenić. Takie okazanie uznania nazywa się wzmacnieniem pozytywnym [8]. Daje to poczucie spełnienia, radość z sukcesu oraz z faktu, że ktoś to zauważał. Jest też źródłem energii do kontynuacji działania lub wprowadzenia nowego elementu, nad którym pacjent ma pracować.
- 3. Upominaj** – aby egzekwować zasady od pacjentów, należy zwracać im uwagę, gdy nie stosują się do wytyczonych zasad. Krytyka powinna dotyczyć tylko zachowania. Poprzez upominanie pacjent wie, że jego brak współpracy został zauważony i odebrany negatywnie, co pacjent może odczytać jako troskę o niego. Krytyka to tzw. wzmacnianie negatywne [8].
- 4. Przewyciążaj niepowodzenia** – porażki będą się zdarzać, szczególnie wtedy,

Na proces komunikacji wpływają różnorodne czynniki, z których często rozmówcy nie zdają sobie sprawy, a które mogą okazać się niezmierne ważne w tworzeniu odpowiedniej atmosfery. Farmaceuta powinien aktywnie słuchać, jak i budować wypowiedzi.



kiedy wymagana będzie od pacjenta zmiana stylu życia, spadek masy ciała, rzucenie palenia, należy nauczyć się rozpalać na nowo nadzieję w chorym i pomóc mu przezwyciężyć porażkę. Niepowodzenie nie oznacza przegranej [8].

EDUKACJA

Brak wiedzy

Pacjent, stając wobec własnej choroby, jest zagubiony i wielu rzeczy nieświadomy. Często jego wiedza na temat danego schorzenia jest bardzo nikła, opiera się na własnych przekonaniach lub na doświadczeniach innych ludzi. Znane pacjentowi osoby cierpiące na to samo schorzenie niejednokrotnie borykają się z ciągłym pogarszaniem stanu zdrowia, kalectwem, niekiedy choroba przyczyniła się do śmierci. Pacjent pozbawiony informacji na temat własnej choroby kieruje się emocjami, boi się. Sięga wtedy po nieprofesjonalne źródła wiedzy, takie jak prasa, telewizja, internet, pragnąc uspokoić emocje jakimikolwiek informacjami.

Brak informacji jest jednym z głównych powodów niestosowania się do zaleceń lekarskich i niepodejmowania działań prozdrowotnych [9].

Wiedza o chorobie jest cenna, ponieważ chorzy zdający sobie sprawę z powagi schorzenia i zagrożeń z nim związanych będą gotowi, walcząc o własne zdrowie, podjąć pewne wyrzeczenia i zmienić swoje postępowanie tak, aby w jak największym stopniu sobie pomóc. Zwiększenie wiedzy pacjentów poprawia efektywność procesu leczenia. Chorzyauważają, że mogą zmienić swoje zachowanie prozdrowotne, zwracając uwagę na kontrolę stanu zdrowia i znacznie częściej stosując się do zaleceń [10]. Jest to cenna i pożądana zmiana w zachowaniu chorych osób, ponieważ większość pacjentów nie objętych programami edukacyjnymi wzmacnia swoje zachowania prozdrowotne tylko wtedy, kiedy ich stan zdrowia ulega pogorszeniu. Z chwilą jego poprawy odchodzą oni od dokładnego

przestrzegania zaleceń czy samokontroli [10]. Pacjent otoczony opieką, która do starcza mu zrozumiałej wiedzy, przykłada większą wagę do samokontroli bez względu na aktualny stan zdrowia [11].

Wiedza o lekach

Pacjent powinien otrzymać informację na temat swojego leczenia. Bardzo ogólnie i jasno powinien się dowiedzieć, jakie leki będzie zażywał, na co konkretnie one działają i dlaczego akurat te preparaty są niezbędne w terapii. Edukując chorego, nie należy używać terminów fachowych szczerąłowo określających mechanizm działania czy farmakokinetykę substancji leczniczej. Pacjent nie zrozumie wielu rzeczy, a dodatkowo istnieje obawa, że zrazi się i zniechęci do dalszej współpracy.

W przypadku zdiagnozowania choroby przewlekłej pacjent od początku powinien być świadom konieczności stosowania leków do końca życia oraz konsekwencji choroby i rezygnacji z leczenia [3]. Niedoinformowanie pacjentów pociąga za sobą bowiem umyślne pomijanie dawki, odstawianie leków na przykład na jeden dzień, kiedy pacjent czuje się lepiej, czy całkowite zaprzestanie leczenia z powodu braku odczuwalnych objawów.

Zaznajomienie chorego z problemem leków polega również na zwróceniu uwagi na możliwe działania niepożądane. W takich schorzeniach jak nadciśnienie i cukrzyca ważna jest ochrona pacjenta przed niepotrzebnym stresem. Pojawiające się działania niepożądane stosowanych preparatów naraża często pacjenta na dodatkowe obawy o swoje zdrowie, a niekiedy nawet na przepisanie niepotrzebnych leków. Rozmowa o działaniach niepożądanych powinna wyjaśnić choremu, że dany lek może, ale nie musi powodować niekorzystne efekty oraz należy uczuścić pacjenta, które z objawów mogą stanowić działania niepożądane, w jakich sytuacjach konieczna jest konsultacja z lekarzem lub farmaceutą oraz przestrzec przed samodzielnym decydowaniem o odstawieniu leku. Objawy takie czasem są generowane przez psychikę chore-

Pacjent pozbawiony informacji na temat własnej choroby kieruje się emocjami, boi się.

Sięga wtedy po nieprofesjonalne źródła wiedzy, takie jak prasa, telewizja, internet, pragnąc uspokoić emocje jakimikolwiek informacjami.

Zaznajomienie chorego z problemem leków polega również na zwróceniu uwagi na możliwe działania niepożądane.

W takich schorzeniach jak nadciśnienie i cukrzyca ważna jest ochrona pacjenta przed niepotrzebnym stresem.

go, a największe ich natężenie obserwuje się na początku leczenia [9].

Pewne choroby wymagają specjalnego podawania leków z wykorzystaniem różnych aparatów. Rolą wykwalifikowanej grupy zawodowej, jaką są farmaceuci, jest pomoc pacjentowi w nauce aplikacji leków, ponieważ błędy w ich stosowaniu powodują pogorszenie stanu zdrowia. Obsługa glucometrów, podawanie insuliny, stosowanie inhalatorów staje się proste, kiedy pacjent zostanie zapoznany z każdym etapem tego procesu.

ŽRÓDŁA WIEDZY DLA FARMACEUTY I PACJENTA

Internet

stanowi wygodny i szybki sposób zdobywania wiedzy, niestety informacje w internecie często nie podlegają żadnej weryfikacji, co sprawia, że ich wiarygodność i rzetelność nie zawsze jest potwierdzona. Niektóre portale zdrowotne są sponsorowane przez konkretne firmy farmaceutyczne, wówczas obok informacji o chorobie i jej leczeniu umieszczone są reklamy produktów leków czy informacje, jak dokonywać pomiarów poziomu cukru za pomocą glukometrów i pasków konkretnej firmy. Poszukując informacji w internecie, warto zwracać uwagę przede wszystkim na strony towarzystw naukowych i naukowe portale medyczne, zawierające często odrębne zakładki dla pacjentów i personelu fachowego.

Literatura fachowa

Dla farmaceuty podstawowym źródłem informacji o produkcie leczniczym powinna być Charakterystyka Produktu Leczniczego, w której zawarte są dane dotyczące mechanizmu działania, profilu farmakokinetycznego, schematów dawkowania i bezpieczeństwa produktu. Wiele charakterystyk produktów leczniczych znaleźć można na stronie internetowej urzędu rejestracji (www.urpl.gov.pl), niektóre portale internetowe umieszczają je w zakładkach przeznaczonych dla fachowego personelu. Ponadto farmaceuta w każdej

chwili może zgłosić się do przedstawiciela firmy farmaceutycznej z prośbą o przesłanie charakterystyki jej leku. Na podstawie charakterystyk produktów leczniczych tworzone są inne materiały informacyjne dla farmaceutów, w których znaleźć można skrócone, najważniejsze informacje o lekach; należą do nich: *Leki Współczesnej Terapii, Pharmindex*.

Dla farmaceutów źródłem najnowszej wiedzy powinny być przede wszystkich medyczne i farmaceutyczne czasopisma i na ich podstawie powinni przygotowywać ulotki dla pacjentów. Do najbardziej popularnych czasopism publikujących aktualną wiedzę należą: *Czasopismo Aptekarskie, Farmacja Polska, Farmacja Szpitalna..., Farmacja Współczesna* czy *Naukowy Przegląd Farmaceutyczny*. Każde z tych czasopism posiada stronę internetową, gdzie znaleźć można ich aktualne i archiwalne spisy treści. Także pełne teksty artykułów medycznych można znaleźć w internecie, farmaceuta może w wielu przypadkach korzystać z nich zupełnie bezpłatnie, po zarejestrowaniu – należą tutaj m.in. czytelnia medyczna Borgis, portale: termedia, openmedica, eskulap, medycyna praktyczna i inne [12-17]. Farmaceuta może również poprosić przedstawiciela medycznego reklamującego dany produkt leczniczy o najnowsze publikacje na jego temat w polskich i zagranicznych czasopismach naukowych.

Ulotki leków

Producenci leków są zobowiązani do dodawania ulotek do swoich leków. Do niedawna ulotka dołączana do leków była tylko teoretycznie przeznaczona dla pacjenta, czytając ją, można było wskazać sporą część tekstu, która nie przeznaczona była dla chorego. Ulotki były pisane zbyt trudnym językiem, zawierały fachowe nazwy schorzeń, terminów farmakologicznych, farmakokinetycznych. Były obszerne, mało czytelne i nieklarowne [18, 19]

Z badania przeprowadzonego w roku 2006 na Wydziale Farmaceutycznym Collegium Medicum wynika, że prawie 80% pacjentów nie czyta ulotek, a tyle samo

Pewne choroby wymagają specjalnego podawania leków z wykorzystaniem różnych aparatów.

Rola wykwalifikowanej grupy zawodowej, jaką są farmaceuci, jest pomoc pacjentowi w nauce aplikacji leków, ponieważ błędy w ich stosowaniu powodują pogorszenie stanu zdrowia.

Dla farmaceuty podstawowym źródłem informacji o produkcie leczniczym powinna być Charakterystyka Produktu Leczniczego, w której zawarte są dane dotyczące mechanizmu działania, profilu farmakokinetycznego, schematów dawkowania i bezpieczeństwa produktu.

- twierdzi, że nie czyta ich w całości. Około 55% chorych uważa, że ulotki są dla nich raczej zrozumiałe, a 36%, że są raczej niezrozumiałe [19].

Obecnie ulotki dołączane do leków zmieniły się. Stały się rzeczywistym źródłem informacji dla pacjentów. Farmaceuta powinien zachęcać chorego do korzystania z ulotek dołączonych do leków, może wspólnie z nim przeanalizować ulotkę, zaznaczając kwestie najbardziej istotne dla danego chorego.

Poradniki i broszurki dla pacjentów

Małe książeczki zawierające najcenniejsze informacje dotyczące tylko danego schorzenia mogą bardzo pomóc w edukacji chorego. Zawierają bowiem informacje zrozumiałe dla pacjenta, napisane przejrzyste, prosto i są wzbogacone ilustracjami. Nie ma tam zbędnych informacji, więc nie trzeba przeszukiwać książeczek w celu szukania tego, co może pacjent pominąć. Takie pomoce mogą zwolnić farmaceutę z samodzielnego przygotowania mu ulotek informacyjnych. Planując cykl edukacyjny, można wykorzystać takie broszurki i omawiać z chorym kolejne problemy w nich zawarte. Pomoże to zapamiętać choremu wszystkie informacje i da możliwość sięgnięcia w domu do wiadomości, jakie usłyszał. Poradniki takie wydawane są przez różne towarzystwa naukowe i firmy farmaceutyczne. Farmaceuta może więc zamówić tego typu materiały u przedstawicieli medycznych firm farmaceutycznych czy wydrukować gotowe broszurki dostępne w internecie.

Piśmiennictwo:

1. Salomon P.: *Psychologia w medycynie*, Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk, 2003.
2. Kwiatkowska A. i wsp.: *Komunikowanie interpersonalne w pielęgniarstwie*, Wydawnictwo CZELEJ, Lublin, 2003.
3. Carnegie D.: *Jak przestać się martwić i zacząć żyć*, Studio Emka, Warszawa, 2000.
4. Hill N.: *Sukces, trzeba tylko chcieć*, Studio Emka, Warszawa, 2001.
5. Heszen-Niedoje I., Sek H.: *Psychologia zdrowia*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, 1997.
6. McKey M., Davis M., Fanning P.: *Sztuka skutecznego porozumiewania się*, GWP, Gdańsk, 2001.
7. www.sciaga.pl/tekst/3603237na_czym_polega_aktywne_s_uchanie_wypowiedzi_partnera_rozmowy
8. Ginnis A.L.: *Sztuka motywacji*, Oficyna Wydawnicza Vocatio, Warszawa, 1993.
9. Andrade J.P., Vilas-Boas F., Chagas H.: *Epidemiological Aspects of Adherence to the Treatment of Hypertension*. Arq Bras Cardiol, 2002, 79, 380-384.
10. Roumie C.L. i wsp.: *Improving Blood Pressure Control through Provider Education, Provider Alerts, and Patient Education*. Annals of Internal Medicine, 2006, 145,(3), 164-176.
11. Hunt J.S. i wsp.: *Impact of Educational Mailing on the Blood Pressure of Primary Care Patients with Mild Hypertension*. Hunt et al. Mailed HTN Education, 2004, 19, 925-930.
12. www.termedia.pl
13. www.openmedica.pl
14. www.borgis.pl
15. www.mp.pl
16. www.esculap.pl
17. www.rynekzdrojowia.pl
18. Gascóna J.J. i wsp.: *Why hypertensive patients do not comply with the treatment*. Family Practice, 2004, 21.(2), 125-130.
19. Sokal M.: *Ulotka o leku dla pacjenta -zalecenia, oczekiwania, rzeczywistość*. CMUJ, Wydział Farmaceutyczny, Zakład Farmakokinetyki i Farmacji Fizycznej, 2006.

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Agnieszka Skowron
Pracownia Farmakoepidemiologii
i Farmakoekonomiki
Wydział Farmaceutyczny UJ CM
ul. Medyczna 9
30-688 Kraków
tel. 12 620 55 16

NOWE LEKI PRZECIWPLYTOWE

dr n. farm. Małgorzata ZYGMUNT¹, prof. dr hab. Barbara FILIPEK²

¹ Pracownia Wstępnych Badań Farmakologicznych Katedry Farmakodynamiki
Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum,

² Katedra Farmakodynamiki Uniwersytetu Jagiellońskiego Collegium Medicum
e-mail: mffilipe@cyf-kr.edu.pl

New antiplatelet drugs

Streszczenie. Na podstawie literatury opisano rolę aspiryny, klopidogrelu i nowych leków przeciwpłytkowych w profilaktyce i leczeniu zaburzeń zakrzepowo-zatorowych.

Słowa kluczowe: leki przeciwpłytkowe, zaburzenia zakrzepowo-zatorowe, trombocyty.

Summary. On the basis of the literature the role of aspirin and clopidogrel, and new antiplatelet-active drugs in prophylaxis and treatment thromboembolic disorders was described.

Keywords: antiplatelet drugs, thromboembolic disorders, thrombocytes.

Leki przeciwpłytkowe są jednym z podstawowych elementów farmakoterapii choroby niedokrwiennej serca, a przede wszystkim ostrych zespołów wieńcowych (OZW) oraz stabilnej postaci choroby. Leki te zmniejszając odpowiedź płytek (aktywacja, adhezja, agregacja), zapobiegają zawałom serca, udarom niedokrwennym mózgu, zmniejszają ryzyko wystąpienia zakrzepicy w czasie przezskórnej interwencji wieńcowej (wszczepienie stentu) oraz pomagają w utrzymaniu drożności przeszczepów naczyniowych. Poznanie kluczowej roli płytek krwi w procesie hemostazy ułatwiło badania nad mechanizmami działania leków hamujących agregację płytek krwi.

Płytki krwi (trombocyty) są dyskoidalnymi, bezjądrowymi krwinkami o średnicy 2-4 mm i objętości 7-8 mm³, powstającymi z rozpadu cytoplazmy megakariocytów. Proliferację i różnicowanie komórek prekursorowych, dojrzewanie megakariocytów oraz ich rozpad do płytek reguluje trombopoetyna, syntetyzowana w wątrobie i w nerkach. U zdrowych ludzi liczba płytek krwi wynosi 130-440 G/l (140-440 x 10⁹/l), przy czym około 30% masy

całkowitej płytek znajduje się w śledzionie. Ich czas przeżycia waha się od 8 do 12 dni [19]. Pomimo tego, że są pozbawione jądra wykazują dużą aktywność biologiczną. Pełnia dwie zasadnicze funkcje. Po pierwsze, w momencie uszkodzenia śródłonka i odsłonięcia podśródłonkowej powierzchni ściany naczynia przylegają w miejscu uszkodzenia i tworzą hemostatyczny czop płytowy, który przywraca ciągłość uszkodzonej ściany naczynia [15]. Etapami tworzenia czopu płytowego są: adhezja i aktywacja płytki, zmiana jej kształtu, uwalnianie z ziarnistości, agregacja. Po drugie płytki krwi uwalniając z ziarnistości gęstych agonistów płytowych, takich jak ADP i 5-HT, adrenalinę oraz ATP, GDP, GTP, Ca²⁺, 5-HT, Mg²⁺, a z ziarnistością m.in. β-tromboglobulinę (β-TG), fibrynogen, czynnik płytowy 4 (PF 4), fibronektynę, trombospondynę, witronektynę, P-selektynę, płytowy czynnik wzrostu (PDGF), czynnik V, czynnik von Willebranda (vW), tkankowy aktywator plazminogenu (t-PA), inhibitor tkankowego inhibitora plazminogenu (PAI-1), biorą udział w reakcjach układu krzepnięcia i układu fibrynlizy [10, 12, 18].

- Trombocyty biorą także udział w formowaniu zakrzepów patologicznych, które mogą doprowadzić do zawału mięśnia sercowego, udaru czy zakrzepicy naczyń obwodowych [10]. W niektórych sytuacjach, może dojść do zwiększenia liczby płytek krwi ponad wartości uznawane za prawidłowe. Z nadpłytkowością (trombocytozą) mamy do czynienia w przypadku chorób nowotworowych krwi (czerwienica, przewlekła białaczka szpikowa), przewlekłych chorób zapalnych (np gruźlica, reumatoidalne zapalenie stawów), ponadto po usunięciu śledziony, w niedokrwistości z niedoboru żelaza, w przypadku stosowania kortykosteroidów. Częściej jednak stwierdza się małopłytkowość (trombocytopenię). Obniżenie poziomu płytek może być spowodowane stosowaniem niektórych leków (np. heparyny), niedoborami witaminy B₁₂ lub kwasu foliowego, zakażeniami, nowotworami czy też innymi chorobami [12].

Rola płytek krwi nie ogranicza się tylko do powikłań zakrzepowych. Odgrywają istotną rolę w patofizjologii różnych zespołów chorobowych. Aktywnie uczestniczą w reakcjach immunologicznych, m.in. w odporności przeciwpozytywnej, w reakcjach alergicznych, w procesach zapalnych oraz w chorobach nowotworowych [15]. Płytki krwi są źródłem różnego rodzaju czynników prozapalnych. Stanowią zatem element łączący dwa procesy, tj. hemostazy i zapalenia [15]. Prawdopodobnie płytki krwi wykazują istotny wpływ na patogenezę astmy oskrzelowej, o czym może świadczyć: występowanie receptora dla IgE na powierzchni płytek krwi, skrócenie czasu życia płytek krwi u chorych na astmę z wysokim stężeniem IgE, czy też wydłużenie czasu krwawienia. Ponadto zwiększoną aktywację płytek krwi obserwuje się w cukrzycy, nadciśnieniu, reumatoidalnym zapaleniu stawów czy hiperlipidemii [15].

Aktualnie w terapii choroby niedokrwiennej serca zastosowanie znalazło kilka grup leków silnie hamujących funkcję płytek krwi, których skuteczność została potwierdzona w wielu randomizowanych badaniach i metaanalizach [10, 21]. Jednocześnie udowodniono, że terapia taka w istotny sposób

zapobiega incydentom sercowo-naczyniowym u chorych z zawałem, udarem mózgu oraz umożliwia wykonanie angioplastyki, czy stentowanie naczyń, po przeprowadzeniu których obserwuje się znacznie rzadsze występowanie restenozy i zakrzepic.

Leki przeciwpłytkowe działają poprzez różne mechanizmy, a zatem efekty ich działania mogą mieć charakter addycyjny, a w niektórych przypadkach hiperaddycyjny. Leki te różnią się siłą i czasem działania antyagregacyjnego oraz skutecznością kliniczną. Ponadto wykazują odmienny profil bezpieczeństwa. Ze względu na mechanizm działania leki te można podzielić na:

- inhibitory cyklooksygenaz, głównie cykooksygenazy 1 (COX-1) – kwas acetylosalicylowy (ASA), indobufen
- antagonistów płytowych receptorów glikoproteinowych IIb/IIIa (GP IIb/IIIa)
 - abcixymab, eptifibatyd, tirofiban, lamifiban
- antagonistów płytowych receptorów dla ADP (adenozynodifosforanu) – tiklopidyna, klopidogrel, prasugrel, tigrelor, kangrelor
- inhibitory fosfodiesterazy – dipiridamol, pentoksylina
- stymulatory cyklazy adenyianowej – prostacykлина i jej analog – iloprost, prostaglandyna E₁
- inhibitory syntezы TXA₂ – dazoksyben
- antagonistów receptora TXA₂ [10, 11, 18, 21]

Pomimo teoretycznie dużej liczby leków hamujących czynność płytek krwi, niepowodzenia współczesnej terapii przeciwpłytkowej dotyczą przede wszystkim:

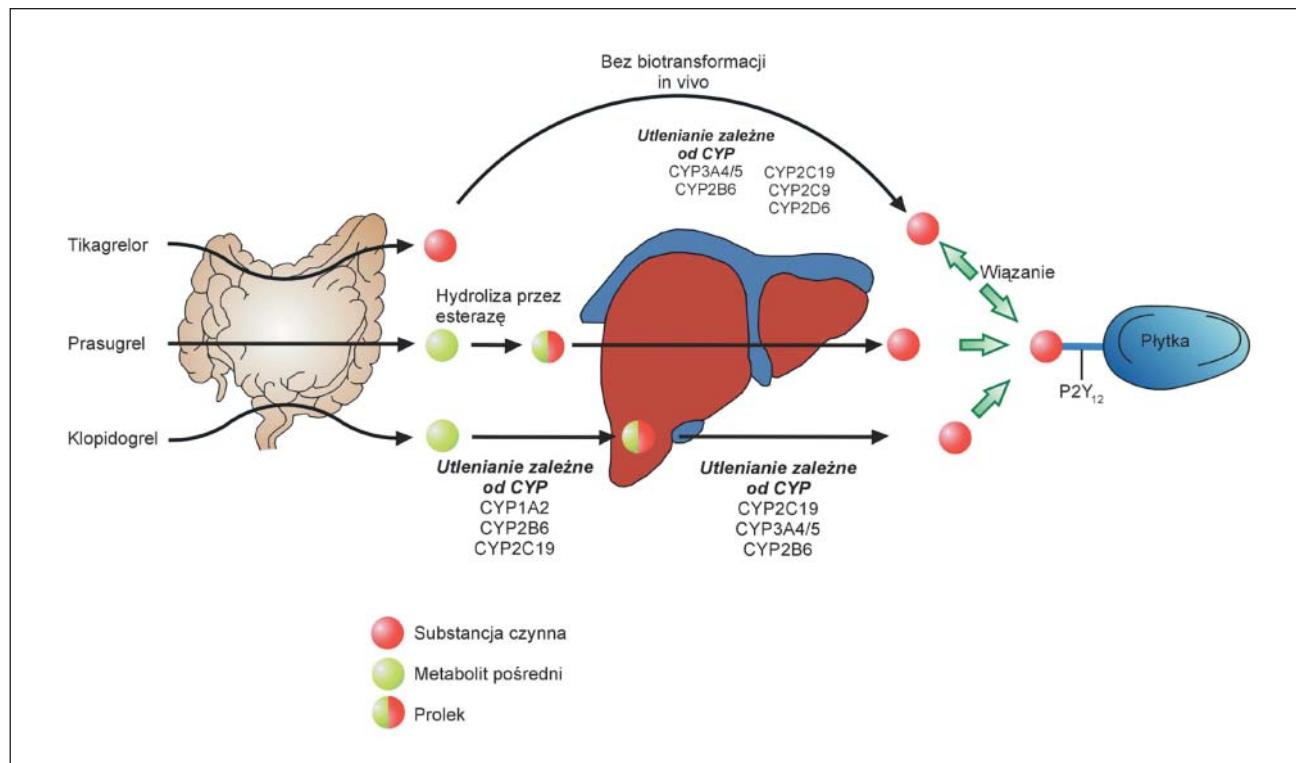
- spontanicznego krwawienia w trakcie przewlekłego przyjmowania leku/ów
- postępowania okołozabiegowego i pozabiegowego z pacjentami przyjmującymi leki przeciwpłytkowe
- oporności na leki przeciwpłytkowe i konieczności zamiany leku
- spadku efektywności terapii związanego z czasem jej trwania
- konieczności politerapii i ryzyko z nią związane

- ryzyka związanego z przerwaniem terapii przeciwpłytkowej
- zwiększenia częstości stosowania leków przeciwpłytkowych
- poszukiwania nowych skutecznych, a zarazem bezpiecznych leków przeciwpłytkowych

Do istotnych problemów terapeutycznych występujących w trakcie stosowania leków przeciwpłytkowych zaliczyć należy ryzyko wystąpienia spontanicznego krewienia w trakcie przewlekłego przyjmowania leku przeciwpłytkowego, ryzyko wystąpienia krwawień u pacjentów podawanych zabiegom chirurgicznym, ryzyko związane z przerwaniem terapii przeciwpłytkowej, czy zjawisko zmniejszonej efektywności działania [16, 25]. Problem spadku skuteczności i występowania oporności dotyczy głównie ASA, klopidogrelu oraz inhibitorów GP IIb/IIIa [36]. Skuteczność działania, jak i oporność na ASA jest osobniczo zmienna i może być spowodowana zmianą konfor-

macji przestrzennej COX-1 na skutek polimorfizmu genetycznego lub przejściowym zablokowaniem miejsca aktywnego enzymu przez inny lek, np. ibuprofen [16].

Klopidogrel, pomimo udowodnionej skuteczności, obarczony jest działaniem niepożądany wynikającym z mechanizmu działania [26, 36]. Mianowicie blokuje on nieodwracalnie receptor P2Y₁₂, w związku z czym nie ma możliwości neutralizacji leku w przypadku poważnych powikłań krewotocznych oraz konieczności pilnych zabiegów kardiochirurgicznych. Ze względu na zwiększone ryzyko krewienia konieczne jest odstawienie leku przynajmniej kilka dni przed zabiegiem operacyjnym [20, 26]. Poza tym klopidogrel jest prolekiem wymagającym dwuetapej aktywacji metabolicznej przez cytochrom P450, w pierwszym etapie utlenianiu zależnym od CYP1A2, CYP2B6 i CYP2C19, a następnie utlenianiu zależnym od CYP2C19, CYP3A4/5, CYP2B6 (Rycina 1). Dopiero powstały aktywny



Ryc. 1. Biotransformacja antagonistów płytatkowego receptora P2Y₁₂ dla difosforanu adenozyny
(Rys. Dawid Cebo, zmodyfikowano wg Schömig A. N. Engel. J. Med., 2009, 361, 1108-11110)

- metabolit wiąże się nieodwracalnie z receptorem P2Y₁₂ na cały czas przeżycia płytki (Rycina 1). [26, 36]. Biorąc pod uwagę, że w metabolizmie klopidogrelu uczestniczy izoenzym CYP2C19, który wykazuje polimorfizm genetyczny (obecność zmutowanego allela CYP2C19*2), stąd klopidogrel charakteryzuje się osobniczą zmiennością blokowania płytek [13, 26, 36]. Chorzy u których doszło do utraty funkcji genu kodującego izoformę CYP2C19, słabiej odpowiadają na lek. Oporność na klopidogrel dotyczy 4-30% pacjentów z chorobą wieńcową. U pacjentów u których występuje „klopidogreloporność” ryzyko zakrzepicy w naczyniach wieńcowych jest znacznie większe [26]. Izoenzym CYP2C19, poza udziałem w przemianie klopidogrelu, bierze również udział w metabolizmie inhibitorów pompy protonowej (IPP), takich jak omeprazol i częściowo lansoprazol, co ma ogromne znaczenie kliniczne. Chorym przyjmującym klopidogrel nie powinno się zalecać jednoczesnego przyjmowania omeprazolu, który jako inhibitor CYP2C19 hamuje powstawanie aktywnego metabolitu klopidogrelu. Natomiast u chorych leczonych klopidogrelem preferowanymi IPP są pantoprazol lub esomeprazol [31]. Według zaleceń EMEA wskazane jest ograniczenie stosowania inhibitorów pompy protonowej u pacjentów poddanych leczeniu klopidogrelem do minimum.

Poza tym klopidogrel nie może być stosowany u nieprzytomnych pacjentów, ponieważ dostępny jest tylko w postaci doustnej. Istotną wadą klopidogrelu jest opóźniony początek działania [14, 16, 36]. Występowanie powikłań w postaci uczuleń, zaburzeń żołądkowo-jelitowych, zakrzepowej plamicy małopłytkowej (TTP), czy neutropenii powoduje przerwanie terapii u ok. 5% pacjentów [20].

W związku z wymienionymi powyżej problemami oraz zagrożeniami wynikającymi ze stosowania leków przeciwpłytkowych ciągle poszukuje się nowych, które charakteryzowałyby się korzystniejszym profilem bezpieczeństwa, mniejszymi powikłaniami

krwotocznymi oraz większą efektywnością leczenia pacjentów z chorobami sercowo-naczyniowymi [18, 21].

Dokładniejsze poznanie mechanizmów adhezji oraz agregacji płytek, stworzyły nowe możliwości badań nad tymi lekami. Wprowadzenie nowych leków o odmiennych mechanizmach działania, może w przyszłości zastąpić dotychczas stosowane lub też poprawić skuteczność terapii skojarzonej. Przykładem przyszłościowych strategii w leczeniu przeciwpłytkowym są silniejsze inhibitory receptora P2Y₁₂.

Zarejestrowana została nowa pochodna tienopirydyny trzeciej generacji – **prasugrel** (preparat Efient), który jest dostępny w postaci tabletek w dawce 5 oraz 10 mg [24, 30]. Prasugrel hamuje silniej od klopidogrelu agregację płytek krwi poprzez selektywne i nieodwracalne blokowanie swoistego receptora dla ADP (P2Y₁₂), występującego na trombocytech (Tabela 1), [26, 36]. Zablokowanie receptorów P2Y₁₂ zmniejsza ryzyko wytworzenia skrzepu i pomaga w zapobieganiu zawałowi serca lub udarowi mózgu. Prasugrel hamuje aktywację i agregację płytek krwi przez cały czas ich życia [12]. W wyniku zastosowania dawki nasycającej prasugrelu, wynoszącej 60 mg, zahamowanie agregacji płytek o ok. 80%, indukowanej przez ADP, następuje w ciągu 15 minut.

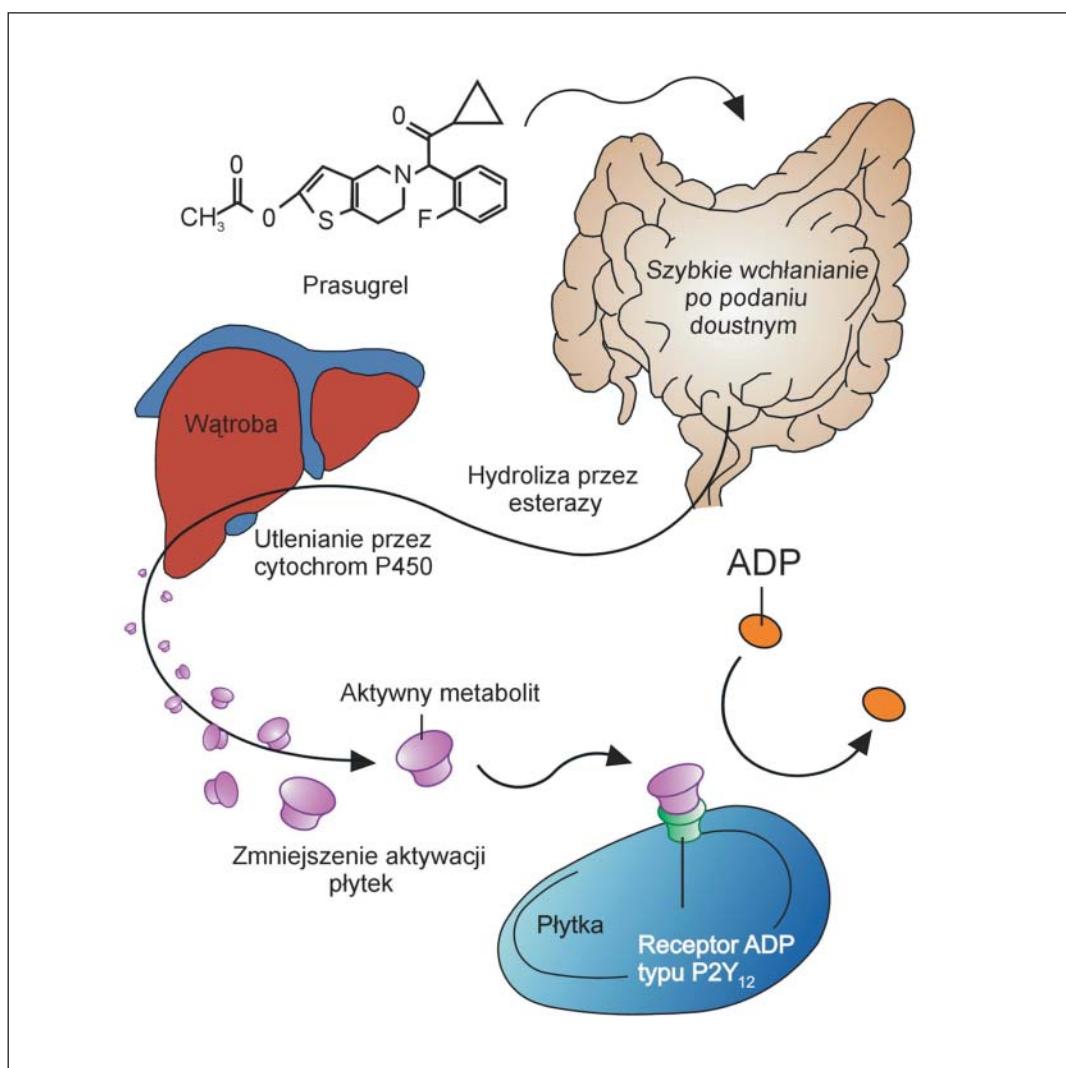
Podobnie jak klopidogrel, jest to prolek, który ulega szybkiemu wchłanianiu w przewodzie pokarmowym i następnie jest metabolizowany w wątrobie do postaci aktywnej (szybciej niż klopidogrel), zdolnej do nieodwracalnego i specyficznego blokowania receptora P2Y₁₂ (Rycina 2), [16]. Jednak w przeciwieństwie do klopidogrelu, którego aktywacja jest bardziej złożona, aktywny metabolit prasugrelu powstaje w procesie jednostopniowym, zależnym głównie od podjednostki CYP3A4 i CYP2B6 (Rycina 1), [24, 30]. W związku z tym, w przeciwieństwie do klopidogrelu, prasugrel nie charakteryzuje się międzyosobniczą zmiennością blokowania płytek zależną od polimorfizmów genów kodujących CYP2C19.

Po wchłonięciu prasugrel jest metabolizowany przez karboksyesterazy jelitowe i osoczowe do tiolaktonu, który dopiero jest przekształcany do aktywnego metabolitu. Procesy wchłaniania oraz przemiana do postaci aktywnej farmakologicznie wpływają na szybszy początek działania, przy jednocześnie stabilnym stężeniu [24]. Badania farmakokinetyczne wykazały, że maksymalne stężenie osoczowe (C_{max}) aktywnego metabolitu występuje już po ok. 30 min. [36]. Prasugrel jest metabolizowany w wątrobie, w 68% wydalany w postaci nieaktywnych metabolitów z moczem, a w 27% z kałem [36]. Jego

biologiczny okres półtrwania wynosi ok. 7,4 godz. [30].

Prasugrel początkowo podaje się w dawce nasycającej, która wynosi 60 mg, a następnie kontynuuje się leczenie dawką 10 mg podawaną raz na dobę. Nie zachodzi potrzeba zmiany dawki u pacjentów z dysfunkcją nerek [24].

Przeprowadzone dotychczas badania kliniczne potwierdziły skuteczność antyagregacyjną prasugrelu. Korzyści obserwowano zarówno w populacji zdrowych ochotników, jak również u pacjentów ze stabilną postacią choroby niedokrwiennej serca, z przebytym OZW oraz poddanych zabiegowi



Ryc. 2. Mechanizm działania prasugrelu (Rys. Dawid Cebo, zmodyfikowano wg Deepak L. i wsp. N. Engel. J. Med. 2009, 361, 940-942)

- przezskórnej interwencji wieńcowej. W badaniu z randomizacją TRITON TIMI 38 (Trial to Assess Improvement in Therapeutic Outcomes by Optimizing Platelet Inhibition with Prasugrel-Thrombolysis in Myocardial Infarction), do którego włączono ponad 13 000 pacjentów z OZW zakwalifikowanych do zabiegu przezskórnej angioplastyki wieńcowej, porównano efektywność kliniczną i bezpieczeństwo prasugrebu z klopidogrelem [12, 27, 30, 33]. W badaniu tym prasugrel, podawany był w dawce początkowej 60 mg, a następnie w dawce podtrzymującej 10 mg, natomiast klopidogrel w dawce nasycającej 300 mg i podtrzymującej 75 mg [20]. Obydwa leki były przyjmowane jednocześnie z ASA [30]. Skuteczność kliniczną oceniano, biorąc pod uwagę zmniejszenie ogólnej liczby zgonów z przyczyn sercowo-naczyniowych, liczby zawałów serca i udarów mózgu. Pacjenci byli poddani obserwacji przez okres średnio 14,5 miesiąca [12]. Wyniki badań wskazują, iż nowa pochodna tienopirydyny była bardziej skuteczna niż klopidogrel [34]. Stosowanie prasugrebu istotnie zmniejszało ryzyko incydentów niedokrwennych oraz ryzyko zakrzepicy w stencie, jak również potrzebę powtórnej angioplastyki. Wykazano, że prasugrel powodował redukcję incydentów niedokrwennych niezależnie od rodzaju wszczepionego stentu. Analiza dwóch subpopulacji badania TRITON TIMI 38, a mianowicie chorych na cukrzycę oraz pacjentów z zawałem mięśnia sercowego z uniesieniem odcinka ST, wykazała wyraźniejszą przewagę prasugrebu nad klopidogrellem, w porównaniu do pacjentów bez tych schorzeń [20, 34]. Większej skuteczności klinicznej towarzyszyło jednak zwiększone ryzyko krwawień.
- Najczęstsze działania niepożądane występujące podczas stosowania prasugrebu to: niedokrwistość, krwiak, krwawienie z nosa, krwawienie z przewodu pokarmowego (krwawienie z żołądka lub jelit), wysypka, krwiomocz. Do grup szczególnego ryzyka krwawień należą pacjenci powyżej 75 roku życia, pacjenci poddawani zabie-
- gom chirurgicznym oraz chorzy z wywadem krwawienia z przewodu pokarmowego. Należy zaznaczyć potrzebę zachowania szczególnej ostrożności u osób o masie ciała poniżej 60 kg, ze względu na potencjalne ryzyko wystąpienia u nich krwawienia. Zgodnie z badaniem TRITON TIMI 38, w grupie prasugrebu istotnie wzrastała częstość krwawień nie związanych z operacjami pomostowania aortalno-więńcowego [30]. Przekładało się to na wyższe prawdopodobieństwo zgonu z powodu krwawienia w grupie prasugrebu. W badaniu TRITON TIMI 38, zaobserwowano statystycznie istotny wzrost zachorowań na nowotwory układu pokarmowego.
- Przeciwskazaniem do jego stosowania są osoby, u których może występować nadwrażliwość na prasugrel lub którykolwiek składnik preparatu. Lek nie powinien być stosowany u pacjentów ze schorzeniami wywołującymi nadmierne krwawienie, po udarach mózgu i przemijających atakach niedokrwennych oraz z poważnymi zaburzeniami czynności wątroby.
- Biorąc pod uwagę zarówno korzyści, jak i zagrożenia wynikające ze stosowania prasugrebu, uzyskał on w 2009 roku akceptację FDA oraz Komisji Europejskiej do stosowania u pacjentów poddawanych przezskórny interwencjom wieńcowym z koniecznością umieszczenia na ulotce ostrzeżenia o ryzyku wystąpienia krwawień [20].
- Według opublikowanego stanowiska National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) wskazaniem do stosowania prasugrebu są pacjenci z OZW zakwalifikowanymi do zabiegu pierwotnej angioplastyki wieńcowej, wystąpienie zakrzepicy w stencie w trakcie przyjmowania klopidogrebu oraz współwystępowania cukrzycy, przy czym pacjenci stosujący prasugrel powinni równocześnie przyjmować ASA [24].
- Prasugrel jest lekiem skutecznym, ale nowym, w związku z tym jeszcze mało przebadanym pod kątem bezpieczeństwa. Jedyne, relatywnie krótkotrwałe, badanie wykazało istotny wzrost ryzyka poważnych krwawień oraz nowotworzenia, co wymaga weryfikacji w dłuższych obserwacjach.

Nowym lekiem przeciwpłytkowym, z którym wiąże się przyszłość współczesnej terapii przeciwpłytkowej jest **kangrelor** – nietienopirydnowy, odwracalny inhibitor receptoru płytowego P2Y₁₂ do podawania dożylnego [5, 12, 23, 36]. Charakteryzuje się krótkim czasem półtrwania wynoszącym 2,6-3,5 min. Jego działanie rozpoczyna się szybciej niż klopidogrelu, praktycznie już w momencie podania, natomiast kończy się niedługo po zakończeniu wlewu [20, 36]. Po około 60 minutach od zakończenia infuzji agregacja płyt krwi powraca do poziomu z przed rozpoczęcia leczenia [16].

W odróżnieniu od klopidogrebu oraz prasugrebu, nie wymaga przemiany do czynnego metabolitu, gdyż jest substancją aktywną [5]. W przeciwieństwie do klopidogrebu i prasugrebu działanie kangreloru nie zależy od funkcji wątroby.

Efekt farmakologiczny kangreloru polega na praktycznie całkowitym zahamowaniu zależnej od ADP agregacji płyt krwi [12]. Wykazuje on silniejszy efekt przeciwpłytkowy w porównaniu z klopidogrelem [5, 36]. Zahamowanie agregacji płyt krwi wykazano w badaniach przedklinicznych przeprowadzonych na zwierzętach, którym podawano kangrelor w dawkach terapeutycznych. Efektori antyagregacyjnymu nie towarzyszyło wydłużenie czasu krwawienia [20]. Skuteczność działania nowego antagonisty receptoru P2Y12 względem placebo oraz klopidogrebu, porównywano w badaniu klinicznym CHAMPION, które zostało przerwane [20]. Natomiast pacjenci otrzymujący krótkotrwałe kangrelor zostali objęci trwającym nadal badaniem BRIDGE [20].

Kangrelor znalazł zastosowanie w krótkotrwałej terapii przeciwpłytkowej – w przypadku gdy leki doustne nie mogą być zastosowane lub w okresie między odstawniem leku przeciwpłytkowego a zabiegem operacyjnym. Może się zatem okazać szczególnie przydatny w ostrych stanach chorobowych wymagających jak najszybszego zablokowania receptorów płytowych [18]. Kangrelor wykazuje krótszy czas półtrwania od tienopirydyn, co czyni go

szczególnie przydatnym w operacjach kardiochirurgicznych.

Kolejnym nowym lekiem, o podobnym mechanizmie działania jest **tikagrelor** [1, 7, 26]. Stosowany jest w postaci doustnej (Tabela 1). Hamuje w sposób odwracalny wiązanie się ADP z receptorami P2Y₁₂ (Rycina 1), [20, 26]. Odwracalność mechanizmu działania tego leku stanowi niewątpliwie jego ważną zaletę. Po zaprzestaniu jego podawania działanie szybko zanika i powraca prawidłowa funkcja płyt [18]. Tikagrelor, niebędący tienopirydyną, ale pochodną cyklopentylotriazolopirydyny, jest pierwszym z tej nowej grupy leków przeciwpłytkowych [24, 34]. Podobnie jak kangrelor nie wymaga aktywacji metabolicznej (Rycina 1), [16, 24]. Początek działania pojawia się po 2 godz., a maksymalne stężenie w osoczu obserwuje się po 2-3 godz. od momentu podania [20, 36]. Stan stacjonarny stężenia w osoczu osiąga się po 2-3 dniach stosowania [36]. Natomiast biologiczny okres półtrwania wynosi 6-12 godz., niezależnie od podawanej dawki [24, 36]. Ze względu na krótki czas działania tikagrelor powinien być podawany w jednorazowej dawce nasycającej, wynoszącej 180 mg, a następnie dwa razy dziennie w dawce 90 mg [16].

Wstępne badania wykazały silniejszy, stabilniejszy oraz szybszy efekt zahamowania agregacji płyt krwi w porównaniu z klopidogrelem [9, 36]. Wyniki randomizowanego badania klinicznego III fazy PLATO (Platelet Inhibition and Patent Outcomes), do których włączono pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi, ujawniły większą skuteczność farmakoterapii tikagrelorem w porównaniu do klopidogrebu [20, 26, 27, 32, 36]. Stosowanie tikagreloru, w porównaniu z klopidogrelem, powodowało zmniejszenie o 16% względnego ryzyka głównego punktu końcowego, obejmującego zgony z powodu przyczyn sercowo-naczyniowych, zawały mięśnia sercowego oraz udary mózgu [8, 26]. Ponadto stosowanie tikagreloru – w porównaniu z klopidogrelem – wiązało się również z redukcją śmiertelności ogólnej o 22%, aczkolwiek wymaga to jeszcze ➤

- potwierdzenia w innych badaniach [26]. Z analizy porównawczej wynika, że tikagrelor stanowi skuteczniejszą alternatywą dla klopidogrebu w profilaktyce zdarzeń niedokrwieniowych oraz zakrzepicy w stencie. Na szczególną uwagę zasługuje również fakt, że w odróżnieniu od innych badań klinicznych, w których silniejsze hamowanie czynności płytka wiązało się ze zwiększym ryzykiem krwawień, badanie PLATO wykazało, że większa skuteczność leczenia przeciwpłytkowego, nie powodowała istotnego wzrostu poważnych krwawień [26].

Wymienione właściwości farmakokinetyczne oraz farmakodynamiczne powodują, że tikagrelor może okazać się przydatny w sytuacjach klinicznych, w których konieczny jest szybki powrót pełnej aktywności płytka krwi, przykładowo u pacjentów oczekujących na zabieg pomostowania aortalno-więńcowego [24, 26]. Dostępność nowego leku blokującego płytowe receptory ADP, stwarza możliwości indywidualizacji leczenia przeciwpłytkowego. Być może tikagrelor będzie stanowił alternatywę terapeutyczną w stosunku do klopidogrebu, a nawet prasugrebu [24]. Jakkolwiek z oceny bezpieczeństwa wynika, że stosowanie tikagreloru może prowadzić do wystąpienia duszności, która nie występowała w czasie stosowania klopidogrebu oraz prasugrebu [20, 26]. Dodatkowo obserwowano bradyarytmie oraz wzrost stężenia kwasu moczowego i kreatyniny w surowicy [26]. Wprawdzie te działania niepożądane, raczej nie narażały pacjentów objętych badaniem PLATO na większe ryzyko zgonu, ale niewątpliwie obniżały jakość ich życia. Jednak pełniejsza ocena bezpieczeństwa farmakoterapii tikagrelorem, wymaga niewątpliwie przeprowadzenia dalszych badań, obejmujących większą liczbę pacjentów. W związku z powyższym, nie zaleca się stosowania tikagreloru u pacjentów z obturacyjną chorobą płuc, niewydolnością nerek i hiperurykemią [26].

Elinogrel to odwracalny inhibitor receptora płytowego P2Y₁₂ [22, 36]. Jest dostępny w dwóch postaciach: zarówno dożylnej jak i doustnej (Tabela 1), [36]. Wyniki

badania ERASE-MI (Elary Rapie Reversal of Platelet Thrombosis) potwierdziły możliwości zastosowania elinogrebu w trakcie zabiegów cewnikowania serca w trybie ostrym ze względu na jego szybkie działanie po podaniu dożylnym. Wyniki badań uzyskane u pacjentów z rozpoznanym zażalem serca z uniesieniem odcinka ST wskazują, że krwawienia po podaniu elinogrebu (nie zależenie od użytej w badaniu dawki) występowały równie często jak po placebo. Nie stwierdzono także istotnych różnic w występowaniu innych działań niepożądanych wśród osób przyjmujących elinogrel lub placebo [20].

Inny obiecujący punkt uchwytu dla terapii przeciwpłytkowej stanowi trombina, najsilniejszy agonista trombocytów. Stąd w ostatnim okresie wzrasta również zainteresowanie receptorami dla trombiny, występującymi na powierzchni trombocytów a związonymi z białkiem G. Receptory dla trombiny aktywowane są przez proteazy (PAR-1, PAR-4, *protease activated receptors*). Prawdopodobnie główną rolę w aktywacji płytka krwi odgrywa receptor PAR-1. Aktualnie trwają badania dotyczące antagonistów tych receptorów. Przykładem tych poszukiwań jest SCH 530348 i E 5555.

SCH 530348, antagonist receptora PAR-1 (Tabela 1), (Rycina 3) wykazał istotne zmniejszenie ryzyka powikłań niedokrwieniowych, przy niezwiększym ryzyku krwawień [3]. W badaniach klinicznych pierwszej fazy nie wykazano wydłużenia czasu krwawienia, a także czasu krzepnięcia. W badaniu klinicznym drugiej fazy (TRA-PCI) stwierdzono, że SCH 530348 nie zwiększał częstości krwawień u pacjentów poddanych angioplastyce wieńcowej [2]. Ponadto we wszystkich grupach go stosujących, w porównaniu z placebo, zaobserwowano zmniejszenie liczby incydentów niedokrwieniowych. Aktualnie trwają badania trzeciej fazy dotyczące SCH 530348, obejmujące pacjentów z OZW (TRACER) oraz po przebytym zawale serca (TRA 2P TIMI 50), [18].

E 5555 to kolejny, doustny antagonist receptora PAR-1, hamujący w sposób od-

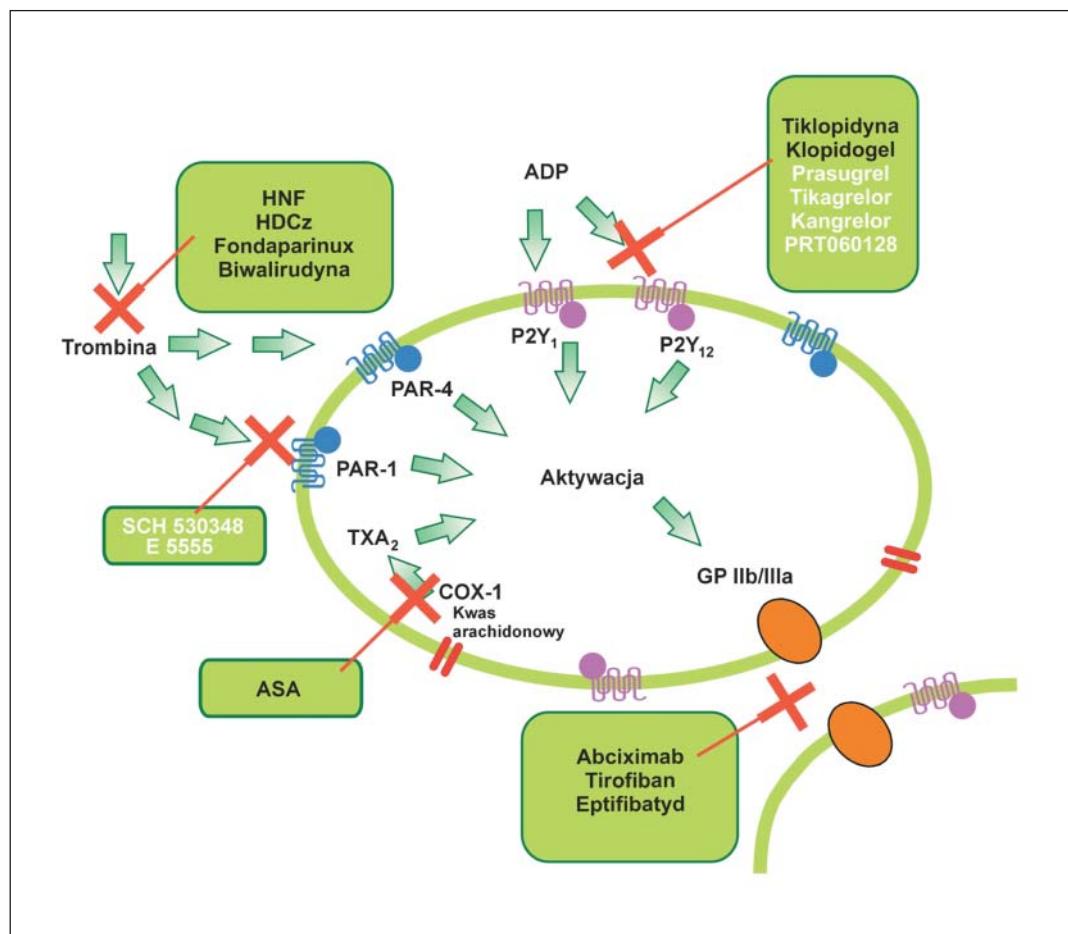
wracalny agregację płytak krwi, zależną od trombiny (Tabela 1), (Rycina 3). Nie wpływa zarówno na czas krzepnięcia, jak i na czas krwawienia [20]. Dodatkowo wykazano, że E 5555 hamuje uwalnianie sCD40L, IL-6 oraz zmniejsza ekspresję czynników zapalnych, które zwiększą ryzyko wystąpienia zdarzeń sercowo – naczyniowych u pacjentów z ostrymi zespołami wieńcowymi.

Bezpieczeństwo, tolerancję farmakoterapii E5555, wpływ na agregacje płytak krwi, markery stanu zapalnego, czy częstość zdarzeń sercowo – naczyniowych, oceniano w badaniu klinicznym LANCELOT (Lessons from Antagonizing the Cellular Effects of Trombin), [2]. Jest to randomizowane, kontrolowane placebo badanie II fazy, obejmujące pacjentów z OZW, bez

unesienia odcinka ST oraz ze stwierdzoną chorobą wieńcową [20].

Innym sposobem wykorzystania PAR w leczeniu przeciwpłytkowym mogą się okazać pepducyny, czyli peptydy penetrujące przez błonę komórkową działające jako blokery przekazywania sygnału między receptorami a białkami G. Pepducyny skierowane przeciwko PAR-1 i PAR-4 wykazywały korzystne działanie w kierunku zmniejszenia agregacji trombocytów.

Wobec niewątpliwych i udowodnionych korzyści z podawania leków przeciwpłytkowych, terapia ta jest jedną z najszybciej rozwijających się kierunków farmakoterapii kardiologicznej. Aktualnie pojawiło się kilka nowych leków, które w przyszłości mogą zająć stałe miejsce w terapii przeciwpłytkowej. Niektóre z nich, jak np. prasugrel



Ryc. 3. Punkty uchwytu leków przeciwpłytkowych (Rys. Dawid Cebo, zmodyfikowano wg. Michałak i wsp. Kardiologia po Dyplomie, 2009, 8(8), 65-70)

Tabela 1. Mechanizm działania, droga podania oraz działania niepożądane nowych leków przeciwpłytkowych

Nazwa	Droga podania	Mechanizm działania	Działania niepożądane
Prasugrel	doustna	antagonista P2Y ₁₂ nieodwracalny	krwawienia, niedokrwistość, wysypka, krwiomocz
Tikagrelor	doustna	antagonista P2Y ₁₂ odwracalny	dusznosć, bradyarytmie, wzrost stężenia kwasu moczowego i kreatyniny w surowicy
Kangrelor	dożylna	antagonista P2Y ₁₂ odwracalny	zwiększone ryzyko krewień
Elinogrel	doustna/dożylna	antagonista P2Y ₁₂ odwracalny	brak istotnych różnic w występowaniu działań niepożądanych pomiędzy elinogrelem a placebo
SCH 530348	doustna	antagonista PAR-1 odwracalny	brak zwiększonego ryzyka krewień
E 5555	doustna	antagonista PAR-1 odwracalny	brak wpływu na czas krewienia i krzepnięcia

- są już dostępne w lecznictwie, natomiast inne poddawane są intensywnym badaniom III lub II fazy.

W najbliższych latach zapewne pojawią się jeszcze kolejne grupy leków. Nowym celem farmakoterapii przeciwpłytkowej być może staną się: receptory płytke GP Ib-V-IX oraz GP VI (odpowiedzialne za adhezję płytka), kompleks CD40-CD40L, białko Gas6, czy też receptory dla leptyny [15].

W pracach doświadczalnych udowodniono, że przeciwciała monoklonalne skierowane zarówno przeciwko kompleksowi GP Ib-V-IX, jak i przeciwko samej GP Ib zaburzały adhezję płytka i tworzenie się skrzepu. Kolejnym potencjalnym punktem uchwytu dla terapii przeciwpłytkowej może być fragment receptora dla GP Ib-V-IX, a dokładnie pochodne fragmentu podjednostki GP Ib [4].

W badaniach na zwierzętach wykazano, że podanie przeciwciała monoklonalnego anty-GP VI prowadzi do hamowania hemostazy, a szczególnie w skojarzeniu z aspiryną [17].

Obiektem zainteresowanie jest również transbłonowe białko CD40-CD40L, należące do rodziny cytokin związanych z TNF (ang. *tumor necrosis factors*), [15]. Zarów-

no związany z błoną CD40L, jak i rozpuszczalna postać tego ligandu sCD40, uwalniana z płytka, wykazują powinowactwo do receptorów CD40, obecnych przede wszystkim na płytach krwi, a także na powierzchni wielu komórek układu immunologicznego [15]. Kompleks CD40-CD40L to układ przekaźnikowy, który stymuluje powstawanie czynników prozakrzepowych oraz prozapalnych [15]. Wysokie osoczowe stężenie sCD40L (uznane za marker aktywacji trombocytów) oraz nasilenie ekspresji receptorów CD40, stwierdzono u pacjentów z niestabilną chorobą wieńcową. W wielu badaniach (OPUS-TIMI 16, CAPTURE) potwierdzono prognostyczne znaczenie aktywacji układu CD40-CD40L w OZW. Wykazano, że niektóre stosowane leki takie jak: ASA, klopidogrel czy abcyksymab, hamują aktywność CD40-CD40L, który może stanowić potencjalny punkt uchwytu dla nowych leków przeciwpłytkowych [15].

W badaniach wykazano także, że zablokowanie receptorów dla białka Gas6 powodowało zmniejszenie agregacji płytka oraz degranulacji ziarnistości stymulowanej przez ADP oraz białko aktywujące PAR-1. Gas6 (kodowane przez *growth arrest specific gene 6*) jest to białko zależne od witami-

ny K, które bierze udział w aktywacji płytka krwi oraz powstawaniu skrzepu [6]. Zidentyfikowano trzy receptory dla Gas6 na powierzchni płytek takie jak: Axl, Sky i Mer. W badaniach na zwierzętach przeciwnicała anty-Gas6 zmniejszały liczbę incydentów zatorowych, nie powodując przy tym wzrostu częstości krwawienia [6]. Natomiast znaczenie Gas6 i jego receptorów u ludzi jest nadal dyskutowane [6].

Ponadto z uwagi na zwiększonączęstość incydentów zakrzepowo-zatorowych u pacjentów otyłych wzrosło też zainteresowanie rolą leptyny w tym procesie. Szczególnie, że płytki krwi zawierają długą formę receptora dla leptyny (Ob-Rb). Leptyna pobudza agregację płytka zależną od ADP i trombiny.

Wreszcie nie należy zapominać, że stosowane już w terapii niektóre grupy leków mogą dodatkowo wywierać korzystny wpływ na agregację płytka krwi. Wspomagającą funkcję w terapii przeciwplättkowej, poza podstawowym efektem farmakologicznym, wykazują między innymi chociażby selektywne **inhibitory wychwytu zwrotnego serotoninę (SSRI)**, które hamują aktywację płytka krwi i wykazano ich korzystny efekt u pacjentów z OZW [35] oraz **statyny**, które hamują agregację płytka na skutek zmniejszania syntezy tromboksanu A₂. Poza tym posiadają też właściwości fibrynolityczne. Również **inhibitory enzymu konwertującego angiotensynę (ACE-I)** oraz **antagoniści receptora dla angiotensyny II (sartany)** posiadają efekt przeciwzakrzepowy i profibrynolityczny [28]. Również druga generacja pochodnych **sulfonylomocznika** (glimepirid, gliklazid, glikwidon oraz glibenklamid) zmniejsza adhezję i agregację płytka krwi [28, 29].

Zgodnie z najnowszymi wytycznymi Europejskiego Towarzystwa Kardiologicznego (ESC) opublikowanymi w 2006 roku pacjenci ze stabilną chorobą niedokrwienią serca bezwzględnie powinni otrzymywać ASA, statyny, inhibitory konwertazy angiotensyny, a chorzy po zawale serca także leki β-adrenolityczne.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. Barbara Filipek
Katedra Farmakodynamiki UJ CM
ul. Medyczna 9
68-812 Kraków
tel. 12 62 05 531

Piśmiennictwo:

1. Anderson S.D., Shah N.K., Yim J., Epstein B.J.: *Efficacy and Safety of Ticagrelor: A Reversible P2Y12 Receptor Antagonist.* Ann. Pharmacother., 2010 [Epub ahead of print].
2. Angiolillo D.J., Capodanno D. and Goto S.: *Platelet thrombin receptor antagonism and atherothrombosis.* Eur. Heart J., 2010, 31, 17-28.
3. Becker R.C., Moliterno D.J., Jennings L.K., et al.: *Safety and tolerability of SCH 530348 in patients undergoing non-urgent percutaneous coronary intervention: a randomised, double-blind, placebo-controlled phase II study.* Lancet, 2009, 373, 919-928.
4. Bergmeier W., Chauhan A.K., Wagner D.D.: *Glycoprotein Ibalpha and von Willebrand factor in primary platelet adhesion and thrombus formation: lessons from mutant mice.* Thromb. Haemost., 2008, 99, 264-70.
5. Bouman H. J., Werkum J. W. G., et al.: *The influence of variation in the P2Y12 receptor gene on in vitro platelet inhibition with the direct P2Y12 antagonist cangrelor.* Thromb. Haemost., 2010, 103, 379-86.
6. Burnier L., Borgel D., Angelillo-Scherrer A., Fontana P.: *Plasma levels of the growth arrest-specific gene 6 product (Gas6) and antiplatelet drug responsiveness in healthy subjects.* J. Thromb. Haemost., 2006, 4, 2283-4.
7. Capodanno D., Dharmashankar K., Angiolillo D.J.: *Mechanism of action and clinical development of ticagrelor, a novel platelet ADP P2Y12 receptor antagonist.* Expert. Rev. Cardiovasc. Ther., 2010, 8, 151-8.
8. Cannon C.P., Harrington R.A., James S., Ardissino D., et al: *Comparison of ticagrelor with clopidogrel in patients with a planned invasive strategy for acute coronary syndromes (PLATO): a randomised double-blind study.* Lancet, 2010, 23, 375, 283-93.
9. Cattaneo M.: *Ticagrelor versus clopidogrel in acute coronary syndromes.* N. Engl. J. Med., 2009, 10, 361, 2386.
10. Chmielewski M., Janiszewski M., Mamcarz A.: *Miejsce inhibitorów GP IIb/IIIa w codziennej praktyce klinicznej na przykładzie eptyfibatu.* Kardiologia po Dyplomie, 2009, 8, 12-18.
11. Filipek B.: *Leki przeciwplättkowe w profilaktyce i leczeniu zaburzeń zakrzepowo – zatorowych.* Farmacja Polska, 2005, 61, 1075-1088.

- 12. Gachet Ch.: *P2 receptors, platelet function and pharmacological implications.* Thromb. Haemost., 2008, 99, 466-472.
13. Geisler T., Zürn C., Simonenko R., Rapin M., Kraibooj H., Kilias A., Bigalke B., Stellos K., Schwab M., May A.E., Herdeg C., Gawaz M.: *Early but not late stent thrombosis is influenced by residual platelet aggregation in patients undergoing coronary interventions.* Eur. Heart J., 2010, 31, 59-66.
14. Geisler T., Gawaz M.: *Resistance to antiplatelet substances-a real clinical problem.* Herz., 2008, 33, 260-8.
15. Gurbel P.A., Tantry U.S.: *Selecting optimal anti-platelet therapy based on platelet function monitoring in patients with coronary artery disease.* Curr. Treat. Options Cardiovasc. Med., 2009, 11, 22-32.
16. Kamińska M.: *Problem „oporności” na leki przeciwpłytkowe.* Terapia, 2009, 4, 28-33.
17. Kössler J., Steigerwald U., Walter U.: *Anticoagulants of primary haemostasis.* Hamostaseologie, 2009, 29, 274-8.
18. Kubica J., Koziński M., Grześk G.: *Mechanizmy działania leków przeciwpłytkowych.* Folia Cardiologica Experta, 2009, 4, 10-17.
19. Łopaciuk St.: *Fizjologia hemostazy. W: Podstawy Hematologii.* Red. Dmoszyńska A., Robak T., Wyd. Czelej, Lublin 2003.
20. Michalak M., Huczek Z., Ścibisz A., Roik M., Mazurek T.: *Nie tylko klopidogrel, czyli o nowych lekach przeciwpłytkowych.* Kardiologia po Dyplomie, 2009, 8, 65-69.
21. Musiał J.W.: *Leki przeciwpłytkowe u chorych ze stabilną chorobą niedokrwienią serca.* Terapia, 2009, 4, 18-32.
22. Oestreich J.H.: *Elinogrel, a reversible P2Y12 receptor antagonist for the treatment of acute coronary syndrome and prevention of secondary thrombotic events.* Curr. Opin. Investig. Drugs., 2010, 11, 340-8.
23. Pampuch A., Cerletti Ch., Gaetano G.: *Comparison of VASP-phosphorylation assay to light-transmission aggregometry in assessing inhibition of the platelet ADP P2Y12 receptor* Thromb. and Haemost., 2006, 96, 767-77.
24. Postuła M.: *Co nowego w farmakoterapii kardiologicznej?* Kardiologia na co Dzień, 2009, 3-4, 84-89.
25. Rosiak M.: *Leczenie przeciwpłytkowe w okresie okolooperacyjnym.* Kardiologia na co Dzień, 2010, 5, 42-44.
26. Schömöig A.: *Ticagrelor – Is There Need for a New Player in the Antiplatelet-Therapy Field?* N. Eng. J. Med., 2009, 361, 1108-1111
27. Serebruany V.L.: *The TRITON versus PLATO trials: differences beyond platelet inhibition.* Thromb. Haemost., 2010, 103, 259-61.
28. Skowasch D., Tuleta I., Viktor A., Bauriedel G., Nickenig G.: *Diabetes mellitus is associated with increased ex vivo-platelet aggregation and decre-*
ased response to aspirin – antithrombotic potential of ACE-inhibitors and AT1-antagonists. Platelets, 2009, 20, 358-9.
29. Siluk D., Kalisz R., Haber P., Petrusewicz J., Brzozowski Z., Sut G.: *Antiaggregatory activity of hypoglycaemic sulphonylureas.* Diabetologia, 2002, 45, 1034-7.
30. Small D.S., Kothare P., Yuen E., Lachno D.R., et al.: *The pharmacokinetics and pharmacodynamics of prasugrel in healthy Chinese, Japanese, and Korean subjects compared with healthy Caucasian subjects.* Eur. J. Clin. Pharmacol., 2010, 66, 127-35.
31. Ścibisz A., Kochman J., Michalak M.: *Interakcje klopidogrelu z inhibitorami pompy protonowej.* Kardiologia po Dyplomie, 2009, 8, 61-65.
32. Wallentin L., Becker R.C., Budaj A., et al.: *Ticagrelor versus Clopidogrel in Patients with Acute Coronary Syndromes.* N. Engl. J. Med., 2009, 361, 1045-57.
33. Wiviott S.D., Braunwald E., McCabe C.H., et al.: *Prasugrel versus clopidogrel in patients with acute coronary syndromes.* N. Engl. J. Med., 2007, 357, 2001-2015.
34. Wiviott S.D., Braunwald E., McCabe C.H., et al.: *Intensive oral antiplatelet therapy for reduction of ischaemic events including stent thrombosis in patients with acute coronary syndromes treated with percutaneous coronary intervention and stenting in the TRITON-TIMI 38 trial: a subanalysis of a randomised trial.* Lancet, 2008, 371, 1353-1363.
35. Ziegelstein R.C., Meuchel J., Kim T.J., Latif M., Alvarez W., Dasgupta N., Thombs B.D.: *Selective serotonin reuptake inhibitor use by patients with acute coronary syndromes.* Am. J. Med., 2007, 120, 525-30.
36. Zuern C.S., Geisler T., Gawaz M.: *ADP-receptor blockade: A case for personalised pharmacotherapy?* Thromb. Haemost., 2010, 103, 1-11.

Dyplom Honorowy Czasopisma Aptekarskiego®



przyznany

dr. n. farm. JERZEMU JAMBOROWI
prezesowi Zarządu Głównego Polskiego Komitetu Zielarskiego

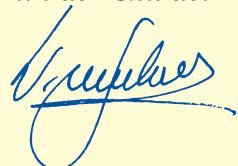
**za wieloletnią twórczą współpracę
z „Czasopismem Aptekarskim”
oraz z okazji Jubileuszu 80-lecia
Polskiego Komitetu Zielarskiego**

**Przewodniczący
Rady Naukowej**
prof. dr hab. Kazimierz Głowniak



**Wydawca
Redaktor Naczelny**

Wiktor Szukiel



Warszawa, 11 czerwca 2010

2010

Święto Zielarza 2010



DZIKI BEZ CZARNY ROŚLINA ROKU 2010

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

jerzy.jambor@phytopharm.com.pl



Biorąc pod uwagę uprawy szklarniowe, współcześnie sezon zielarski trwa cały rok. Czy w móglby pan wskazać jakieś charakterystyczne dla zielarstwa i uroczyste wydarzenie, które ten rok monotonnej pracy ożywia?

Jest to święto Wniebowzięcia Najświętszej Maryi Panny, w tradycji ludowej zwane świętym Matki Boskiej Zielnej, które obchodzimy 15 sierpnia.

Starym zwyczajem tego dnia jest święcenie w kościołach ziół, a co się dzieje później?

Dawniej po powrocie z kościoła poświęcone bukiety ziół umieszczano za świętymi

mi obrazami, najczęściej za obrazami z wizerunkiem Matki Boskiej. Poświęcone zioła miały domownikom zapewnić zdrowie.

Zielarstwo ma wyjątkowo piękne i bogate tradycje w Polsce. Czy to znaczy, że i święto Matki Boskiej Zielnej jest tylko nasze, polskie?

To stare katolickie święto ziół obchodzone jest nie tylko w Polsce, ale i w innych krajach Europy. W Polsce to święto Matki Boskiej Zielnej, w Czechach Matki Boskiej Korzennej, a w Niemczech Matki Boskiej Kwietnej.



© Ze zbiorów własnych Phytopharm Klęka SA

- **Czy mimo wszystko jest w tym święcie jakiś element narodowy, którego w innej części Europy się nie spotyka?**

Tak. Bukietły święcone w dniu Matki Boskiej Zielnej w zależności od regionu składały się z różnego rodzaju ziół.

Czy układanie bukietów ziół na święto Matki Boskiej Zielnej wymaga szczególnych umiejętności? Czy jest w tych wiązankach jakiś ukryty porządek?

Ozdobą bukietu były zwykle piękne kwiaty lata: złocistożółty dziurawiec, pomarańczowy nagietek, czerwono-fioletowy ślaz dziki, biały lub różowy krwawnik. W skład świątecznego bukietu wchodziły też inne rośliny, mniej okazałe, ale za to bardzo aromatyczne. Niezwykła woń bukietu święconego w kościele pochodziła od rumianku, mięty, melisy, macierzanki.

Brakowało w nich bzu czarnego...

Niestety, 15 sierpień to czas, w którym dziki bez czarny już przekwitł, a jego owoce jeszcze nie dojrzały. Dziwne, w świątecznym bukietie brakowało jednej z najważniejszych europejskich roślin leczniczych. Ale mimo że świąteczny bukiet ziół nigdy nie zawierał ani aromatycznych, białych kwiatów bzu czarnego, ani jego czarnofioletowych owoców, gdyż w świąteczny dzień były niedostępne, roślina ta zawsze uchodziła za wyjątkową roślinę leczniczą, za roślinę o najwszechstronniejszym zastosowaniu w rodzimym ludowym ziołolecznictwie. Dlatego właśnie bez czarny wybrany został na roślinę roku 2010.

Tak przedstawiony bez czarny musi budzić zaciekawienie. Co o nim wiedzą farmakogności?

Dziki bez czarny (*Sambucus nigra*), zwany też bzem pospolitym lub aptekarskim, należy do grupy najcenniejszych polskich roślin leczniczych. Kwiatostany bzu czarnego są wartościowym surowcem farmaceutycznym. Wykazują działanie napotne (podobnie jak kwiat lipy), natomiast dojrzałe owoce są cennym surowcem spożywczym, stosowanym też w lecznictwie.

Jakie gatunki bzu występują w Polsce?

W Polsce spotykamy 3 gatunki dziko rosnącego bzu: bez czarny, bez hebd służący kiedyś do otrzymywania błękitnego barwnika do skór i przedzy, oraz bez koralowy, zwany kalinką. Jednak za roślinę leczniczą uważa się wyłącznie bez czarny.

Czy łatwo jest znaleźć bez czarny w Polsce?

Bez czarny występuje pospolicie w całej Polsce niżowej, w górach sięga po regiel górny. Jest to roślina synantropijna, która doskonale dostosowała się do współżycia z człowiekiem. Rośnie wszędzie tam, gdzie mieszka człowiek. Bez czarny to roślina nitrofilna, która do pełnego rozwoju wymaga gleby żyznej, bogatej w próchnicę lub przyswajalne związki azotowe. Dlatego tak chętnie rośnie w pobliżu domostw, ale również na dobrej glebie w różnego rodzaju zaroślach.

Mówimy o gatunkach, ale jeszcze nie przypomniał pan rodziny bzu...

Dziki bez czarny, najczęściej nazywany krótko bzem czarnym, należy do rodzin przewiertniowatych (*Caprifoliaceae*) i nie ma nic wspólnego z lilakiem pospolitym z rodziny oliwkowatych (*Oleaceae*), znany powszechnie pod błędnią nazwą „bez”. Lilak to roślina wprowadzona do krajobrazu przez człowieka dla ozdoby. W Polsce należy do najbardziej popularnych krzewów ozdobnych. Czarny bez występuje natomiast jako roślina dziko rosnąca. Rośnie w pobliżu domostw oraz w przydrożnych zaroślach, niekiedy też w lasach. Jego aromatyczne, białe kwiaty skupione w płaskich baldachochkształtnych wiechach z czasem stają się małymi, czarnofioletowymi owocami o soczystej owocni. Dzięki tym kwiatom i owocom bez czarny należy do grupy najwartościowych rodzimych roślin leczniczych.

Które części tej urodziwej rośliny znalazły zastosowanie w medycynie?

Wszystkie części bzu czarnego: korzeń, kora, pąki, liście oraz kwiaty i owoce, były od wieków stosowane w medycynie ludowej, ale wyłącznie w postaci suszonej.

W stanie świeżym posiadają właściwości toksyczne. W medycynie ludowej zastosowanie bzu czarnego było niezwykle szerokie. Ta magiczna roślina Prasłowian dostarczała surowców leczniczych, którymi leczono większość ówczesnych schorzeń.

Czy współczesna medycyna naukowa zaakceptowała tradycje ziołolecznictwa ludowego?

Obecnie w racjonalnej fitoterapii stosuje się wyłącznie kwiaty i owoce. Kwiaty bzu czarnego, zawierające flawonoidy, fenolokwasy, śluzy oraz olejek eteryczny, działają napotnie, a ponadto wzmagają wydzielanie oskrzelowe. Stosowane są w chorobach z przeziębieniem. Badania wykazały, że kwiaty bzu czarnego obniżają próg pobudzenia ośrodków termoregulacji w organizmie. Według fitoterapeutów w chorobach z przeziębieniem korzystnie jest kojarzyć napar z kwiatów bzu czarnego i kwiatów lipy z sokiem malinowym. Jest to bardzo skuteczny środek we wczesnym stadium choroby.

Podobno kwiaty bzu mogą być stosowane także zewnętrznie...

Rzeczywiście, napary z kwiatów bzu czarnego stosuje się też zewnętrznie do płukania jamy ustnej i gardła, do okładów w zapaleniu spojówek i brzegów powiek oraz w postaci maści do leczenia wyprysków skórnych i miejscowych stanów zapalnych.

Jakie związki aktywne biologicznie wchodzą w skład owoców bzu czarnego?

Owoce bzu czarnego są typowym surowcem antocyjanowym. Podobnie bogata w antocyjany jest tylko aronia. Jak wiadomo antocyjany tak jak witaminy A, C i E należą do antyutleniaczy. Antocyjany wychwytują i unieszkodliwiają wolne rodniki, które uszkadzają struktury komórkowe organizmu. Wykazują też wpływ na przepuszczalność ścian naczyń włosowatych.

W jakich dolegliwościach farmaceuci powinni zalecać przetwory owoców bzu?

Owoce bzu czarnego, podobnie jak inne owoce zawierające antocyjany, mają zastoso-

wanie jako środek pomocniczy w stanach nadmiernej przepuszczalności i łamliwości naczyń włosowatych, a także jako środek wzmacniający dla rekonalentów. Literatura fitoterapeutyczna opisuje też nieswoiste, bardzo słabe działanie przeciwbólowe owoców bzu czarnego. Dlatego też napary z owoców bzu czarnego stosowano kiedyś w reumatyzmie. Opisywane w literaturze działanie przeciwbólowe wymaga jednak naukowego potwierdzenia.



© Ze zbiorów własnych Phytopharm Kęłka SA

➤ **Czy to prawda, że owocami bzu można się zatrąć, że są one niebezpieczne dla zdrowia?**

Niektóre popularne czasopisma zalecają spożywanie owoców bzu, inne ostrzegają przed możliwościami zatrucia nimi. Prawda jest taka, że bez czarny zawiera glikozydy cyjanogenne, które przy rozkładzie enzymatycznym wydzielają wolny cyjanowodór, silną truciznę blokującą enzymy oddechowe (występującą też w gorzkich migdałach oraz w pestkach wiśni i śliwek). Wystarczy jednak wysuszyć, usmażyć albo ugotować owoce bzu, aby całkowicie utraciły własności toksyczne.

A więc jest sposób, by uniknąć niebezpiecznych dla zdrowia następstw zjedzenia owoców bzu?

Niewskazane jest tylko spożywanie świeżych, niedojrzałych owoców bzu czarnego. Spożycie większych ich ilości może zaszkodzić. Toksyczne właściwości wykazują też małe liście i kora oraz świeże kwiaty. Jednak w trakcie suszenia toksyczne cyjanogenne glikozydy występujące w tych surowcach ulegają rozkładowi. Typowe surowce farmaceutyczne: kwiatostan bzu czarnego oraz owoc bzu czarnego, nie wykazują żadnych właściwości toksycznych.

Chciałabym wrócić do wątku Prasłowian leczących się bzem. Co więcej wiadomo na ten temat?

Dziki bez czarny jest jedną z najstarszych roślin leczniczych. Owoce bzu znane były ludom prehistorycznym. Nasiona bzu czarnego znalezione w wykopaliskach z epoki kamiennej i brązu. Bez czarny był odwiecznym towarzyszem ludów słowiańskich.

W jakim celu go stosowali?

W starożytności bez czarny miał szerokie zastosowanie w lecznictwie. Jego owoce powszechnie stosowano jako lek moczo-pędny i rozwalniający. Dioscorides opisuje zastosowanie liści, korzeni i owoców przeciw oparzeniom, wrzodom, zatrzymaniu moczu. W średniowieczu święta Hildegarda zalecała liście przeciw żółtaczce. Starożytni Germanie uważali czarny bez za drze-

wo życia ze świętego gaju. Patronką tego drzewa była bogini Holda, opiekunkaogni-ska domowego. U Prusów uważany był za święty krzew, którego nie wolno było wycinać, a nawet zranić. U Słowian krzew czarnego bzu zawsze chronił przed chorobami. Miejsce pod jego koroną miało mieć moc magiczną, matki zanosiły tam chore dzieci, wierząc, że dopomoże w ich uzdrawieniu. Istniał też przesąd, że wykarczowanie bzu czarnego to czyn świętokradczy, który może sprowadzić rychłą śmierć. W wielu regionach Europy nie wolno było bzem palić w piecu.

To dlatego w pobliżu starych domów są krzewy bzu, rośliny przynoszącej ludziom zdrowie i szczęście.

W Europie bez czarny był rośliną niezwykle szanowaną, przed którą zdejmowano nakrycie głowy. Jako roślina 2010 roku bez cieszy się też dużym zainteresowaniem i uznaniem także dzisiaj.

Dziękuję za rozmowę.

Adres do korespondencji:

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

SPRAWOZDANIE Z 11 ŚWIATOWEGO KONGRESU OTYŁOŚCI W LIPCU 2010 W SZTOKHOLMIE

prof. dr hab. med. Barbara ZAHORSKA-MARKIEWICZ

Polskie Towarzystwo Badań nad Otyłością
NZOZ Poradnia Leczenia Chorób Metabolicznych „WAGA”
e-mail: bmarkiewicz@sum.edu.pl



Co 4 lata odbywają się Kongresy Światowego Towarzystwa Badań nad Otyłością, na których naukowcy z różnych kontynentów prezentują swoje badania, oraz następuje wymiana informacji na temat postępu w zakresie nauk podstawowych i postępowania w profilaktyce i leczeniu otyłości. W lipcu b.r. odbył się w Sztokholmie 11 Światowy Kongres Otyłości. Otyłość należy do najważniejszych problemów zdrowia publicznego 21-ego wieku. Program Kongresu obejmował sesje plenarne, przeglądowe, prezentacje ustne i 1250 prac prezentowanych w formie plakatowej.

Postęp w zakresie badań podstawowych dotyczy mutacji genetycznych, czynników wpływających na nadmierne odkładanie tłuszczów, roli tkanki tłuszczowej jako producenta wielu substancji czynnych biologicznie. Poznawane są nowe białka kontrolujące metabolizm tłuszczów. Rolę chaperonów – białek kontrolujących toksyczne działanie tłuszczów odkładanych w otyłości w mięśniach,

wątrobie i trzustce przedstawił Hotamisligil (USA).

Zwiększoną produkcję tańszego jedzenia, siedzący tryb życia związany ze zmianami charakteru pracy tworzą środowisko sprzyjające tyciu. Mimo to nie wszyscy jednakowo tyją. Dlaczego tak się dzieje tłumaczył Ravussin (USA) wpływem czynników genetycznych na skłonność do tycia; działając one poprzez wpływ na kontrolę łaknienia, trawienie, wchłanianie, wydajność energetyczną metabolizmu np. zmieniając syntezę mitochondrialnego ATP.

Od dawna znane są niekorzystne konsekwencje otyłości dla zdrowia i zwiększone ryzyko chorób układu krążenia, cukrzycy, zaburzeń lipidowych i zmian w zakresie układu kostno stawowego. Ostatnio zwrócono uwagę na ryzyko nowotworów. Byers przedstawił dane epidemiologiczne wpływu otyłości na zwiększone ryzyko nowotworów: o 17% raka piersi (przyczynia się do tego zwiększoną produkcja estrogenów), o 50% raków endome-

rium, o 20% raków pęcherzyka żółciowego (poprzez tworzenie kamieni żółciowych), o 35% nowotworów przełyku (sprzyja temu refluks soku żołądkowego), o 10% raków jelita grubego, o 25% nerki i o 25% trzustki. Przypuszczał, że ta skłonność do rozwoju nowotworów spowodowana jest w otyłości zwiększoną produkcją cytokin prozapalnych oraz czynników wzrostowych.

W diagnostyce otyłości dla celów praktycznych najczęściej wykorzystywany jest wskaźnik masy ciała (BMI) obliczany na podstawie pomiaru masy ciała w stosunku do wzrostu. Najbardziej niekorzystny dla zdrowia jest brzuszny typ otyłości dla którego rozpoznania praktycznym wskaźnikiem jest pomiar obwodu talii. Poszukuje się dokładniejszych metod pomiaru tłuszczu trzewnego. Nie nadają się do tego metody związane z napromienianiem i dużymi kosztami takie jak tomografia i rezonans magnetyczny. Do pomiaru całkowitej zawartości tkanki tłuszczowej praktycznie stosowane

► są metody z wykorzystaniem bioimpedancji. Dla pomiaru tłuszczy trzewnego metodą bioimpedancji wyprodukowano Aparat VISCAN firmy Tanita. Badania oceniające pomiarów tym aparatem w porównaniu do wykonywanych innymi metodami, zostały przeprowadzone w Czechach, Szwajcarii i Włoszech. Z przedstawionych na Kongresie wyników oceny były niejednoznaczne, sugerując przeprowadzanie dalszych badań.

Do niedawna sugerowano, że nawet u osób u których obserwowano obniżenie masy ciała, następuje ponowne jej zwiększenie w czasie 5 lat. Coraz częściej pojawiają się obserwacje, że możliwe jest długotrwałe utrzymywanie zmniejszonej masy ciała. Bardzo ważnym czynnikiem wpływającym na te dobre efekty była długotrwała regularna kontrola ze wsparciem psychologicznym, a w wielu przedstawionych na Kongresie pracach podkreślano korzyści grupowego prowadzenia kuracji.

Zagrożenie narastającą epidemią otyłości powoduje w wielu krajach działania i programy dla zwalczania tej epidemii. W programie angielskim przez 3 lata prowadzono kuracje 60 pacjentów, którzy uzyskali wcześniej znaczną redukcję masy ciała na diecie bardzo niskokalorycznej, stosowanej przez 12 tygodni. Dzięki stałej kontroli i edukacji na temat diety i aktywności fizycznej, wsparciu psychologicznemu i spotkaniom grupowym po 3 latach 80% utrzymało zredukowaną o ponad 5% masę ciała, a 65% o ponad 10%. W Anglii przez dwa lata od 2007 do

2009, NHS (National Health Services) zorganizował leczenie odchudzające opłacając pacjentowi 12 bezpłatnych spotkań (razem było ich ponad 29 tysięcy) w komercyjnie działającym programie. 33% pacjentów uzyskało ponad 5% obniżenie masy ciała.

W Kolumbii dla zachęcenia do zwiększenia jedzenia warzyw i owoców wprowadzono obniżenie ich ceny. Akcja ta wpłynęła na poprawę żywienia.

W Singapurze wprowadzono program dla otyłych pracowników: edukację żywieniową i zniżkę na zajęcia fitness – ćwiczenia 2 x tyg. w godzinach pracy. Program ten pokazywany w TV zyskał dużą oglądalność. Uczestniczący w programie schudli i poprawili swoją wydolność.

W Australii korzystnie dla prewencji otyłości oceniono oznaczanie produktów spożywczych kolorami światel drogowych na zielono i czerwono i 10% zwyżkę ceny za niezdrowe produkty (słodkie płyny, słodycze, zakąski-snack foods).

W Szwajcarii przeprowadzono 4-letni program ukierunkowany na utrzymanie zredukowanej >10% masy ciała. Biorący w niej udział byli pod stałą kontrolą, uczestniczyli w warsztatach na temat diety, aktywności fizycznej i zaburzeń odżywiania. U osób, które ponownie przybrały 2,5% zlecano orlistat, pisanie dzienniczka żywieniowego i przestrzeganie diety. Przez 4 lata orlistat był zażywany przez wszystkich dla kontroli specjalnych okazji. 78% utrzymało obniżoną masę. Na wyniki miały wpływ: początkowa masa ciała przed

schudnięciem, zaburzenia odżywiania np. żarłoczne jedzenie, systematyczna kontrola i uczestnictwo w warsztatach. Orlistat miał pozytywny wpływ na utrzymanie masy.

W badaniach DiOGenes prowadzonych w 8 krajach europejskich oceniano wpływ zawartości różnych składników diety na utrzymywanie zredukowanej >8% masy ciała uzyskanej na diecie niskokalorycznej. Najlepsze wyniki obserwowano na diecie wysokiej białkowej z niskim indeksem glikemicznym.

Trudności w uzyskaniu redukcji masy ciała i potrzeba wsparcia farmakologicznego jest przyczyną licznych badań. Wiele preparatów reklamuje się jako przydatne w kuracjach odchudzających, choć nie miały one dotychczas badań klinicznych wykazujących ich skuteczność. Na Kongresie dokonano przeglądu prac oceniających suplementy diety wspomagające odchudzanie: guma guar, pikolinian chromu, wyciąg z efedryną, wyciąg z gorzkiej pomarańczy, koniugowany kwas linowy, wapń, glukomannan, chitosan, zielona herbata. Nie wykazano wystarczających dowodów dla zalecania tych suplementów dla redukcji masy ciała.

Badanie efektu 9 popularnych suplementów na odchudzanie takich jak: L-karnityna (reklamowana jako spalacz tłuszczy), poliglukozamina (mająca zdolność wiązania tłuszczy), glukomannan (błonnik pęczniący w żołądku), guarana (zawiera kofeinę która pobudza metabolizm), wybrane wyciągi roślinne w porównaniu do placebo, przeprowadzono stosując ➤

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 – 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 – informacje o produkcie i program wsparcia dla specjalistów ochrony zdrowia. **Podziel się wiedzą.**

alba/2020/10

te suplementy przez dwa miesiące u 189 otyłych pacjentów. Ubytek masy ciała był porównywalny u leczonych suplementami od 1 do 2 kg i w grupie placebo 1,2 kg. We wnioskach stwierdzono, że nie powinno się zalecać suplementów, tylko orlistat, który jest lekiem o sprawdzonej skuteczności i bezpieczeństwie.

Aktualnie w Europie jedynym praktycznie stosowanym lekiem wspomagającym odchudzanie jest orlistat. Jako Xenical w postaci kapsułek w dawce 120 mg jest dostępny od 1998 r. W wielośrodkowych wieloletnich badaniach takich jak np. Xendos wykazano jego skuteczność i bezpieczeństwo. Wiadomo, że poprzez hamowanie lipazy i zmniejszenie trawienia i wchłaniania tłuszczy w jelitach, orlistat wywiera korzystny wpływ na redukcję masy ciała. W badaniach przedstawionych na Kongresie wykazano, że stosowanie orlistatu wiąże się również ze zwiększeniem stężenia GLP-1 i PYY, które są hormonami hamującymi łaknienie.

Na kongresie przedstawiono korzystną redukcję masy ciała, zawartości tłuszcza i zawartości tłuszcza trzewnego w czasie 6 miesięcznego stosowania alli-orlistatu w postaci kaps. 60 mg.

Przedstawiono próby leczenia z zastosowaniem różnych leków złożonych np. zonisamid z bupropionem, phentermina z topiramatem, naltrexon z bupropionem. Liraglutide jest stosowany w leczeniu cukrzycy typu 2. Jego wpływ na obniżenie masy ciała i utratę głównie tłuszcza trzewnego był oceniany w 20 tygodniowych i 104 tygodniowe trwających badaniach,

w których uzyskano 10,3 kg redukcję masy ciała.

Prezentowano badania przedkliniczne nowego leku Tesofensin, który działa zasycajaco. Na etapie badań przedklinicznych jest też związek JNJ-16269110 – białkowy inhibitor transportu triglicerydów w komórkach ściany jelita.

Na Kongresie zwracało uwagę zwiększenie zainteresowania chirurgicznym leczeniem otyłości. Sjostrom przedstawił korzystną ocenę bariatrii w otyłości olbrzymiej na podstawie obserwacji SOS prowadzonej od 1987 r. w krajobrazie skandynawskich. W obserwacji obejmującej ponad 2000 operowanych i ponad 2000 pacjentów kontrolnych wykazano po 10 latach w grupie operowanych zmniejszenie śmiertelności i występowania cukrzycy, redukcję masy ciała -19,2 kg w porównaniu do +1,3 kg w grupie kontrolnej.

W Danii przez 65 lat, od 1943 r. badano poborowych w wieku 20 lat, potem okresowo ich kontrolując do 2007 r. Wykazano, że u tych, którzy byli otyli w młodym wieku śmiertelność była dwukrotnie większa w porównaniu do szczupłych w młodości. Od 55 roku grupa otyłych w młodym wieku żyła o 8 lat krócej.

Badania kanadyjskie, porównujące dzieci i młodzież w wieku 6-19 lat w 1981 r. (5 tysięcy) z 2009 r. (2 tysiące) wykazały zmniejszenie wydolności, zwiększenie wzrostu, masy ciała, zawartości tłuszcza oraz mniejszą sprawność i wydolność fizyczną.

Zwiększenie otyłości u dzieci spowodowało w wielu krajach stworzenie programów dla jej

zwalczania. Na Kongresie prezentowano programy, najwięcej z Australii, Anglii, Szwecji, ukierunkowane do dzieci, młodzieży, rodzin i szkół. Przedstawiono też polski program „Trzymaj formę” ukierunkowany na prewencję otyłości dzieci, w którym aktywnie uczestniczy 6000 szkół.

Pojawiły się korzystne doniesienia np. z Australii, gdzie 2 i 3,5 letnie dzieci porównano w 1999 i 2007 r. stwierdzając zmniejszenie o 1,1% i 3,1% odsetka dzieci z nadwagą i otyłych. W Nowej Zelandii po pół roku od wprowadzenia gier video z aktywnością ruchową wykazano u dzieci z nadwagą zmniejszenie BMI i zawartości tłuszcza.

Podkreśla się siedzący tryb życia jako jedną z głównych przyczyn otyłości. Wykazano, że siedząca praca przy komputerze jest szczególnie obciążona ryzykiem otyłości, ponieważ zwiększa stymulacje hormonów zwiększających apetyt i zwiększa pobór pokarmu. Ryzyko to nasila skrócenie czasu snu, które łączy się ze zmniejszeniem stężenia leptyny i zwiększeniem greliny, co w konsekwencji zwiększa łaknienie i jedzenie w dodatkowo dłuższym czasie. Niedospanie powoduje znużenie i zmniejszenie aktywności. Dlatego wnioskiem tych badań było stwierdzenie: Mniej pracować, więcej spać.

Adres do korespondencji:

prof. dr hab. med. Barbara Zahorska-Markiewicz
NZOZ Poradnia Leczenia Chorób Metabolicznych „WAGA”
ul. Fredry 22
40-662 Katowice
tel. 691 917 900



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 z Polskim Towarzystwem Lekarskim Naczelną Izbą Aptekarską oraz z Okręgowymi Izbami Aptekarskimi w Białymostku, Bielsku-Białej, Bydgoszczy, 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



Sejmikowi patronował prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych, mgr farm Jerzy Cessak.

„QUO VADIS PHYTOPHARMAKA?”, CZYLI JUBILEUSZOWY SEJMIK ZIELARSKI W ŻERKOWIE



doc. dr hab. Anita MAGOWSKA

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

Osiemdziesiąt lat temu w Warszawie utworzono Polski Komitet Zielarski, organizację, której niespokojne dzieje mogłyby być osnową scenariusza filmu sensacyjnego. Występowały w nim m.in.: zubożały szlachcic – aptekarz zafascynowany możliwością uprawy roślin dziko rosnących (Jan Biegański), farmaceuta-zielarz o szlacheckim

pochodzeniu, któremu cudem uniknął wyroku śmierci, uciekając z Cytadeli Warszawskiej (Jan Muszyński), czy też niezwykła kobieta, która w ciągu kilku lat zorganizowała plantacje zielarskie o powierzchni dochodzącej do 700 hektarów (Maria Chmielińska).

W czasie zorganizowanego w dniach 11-12 czerwca br.

w Żerkowie koło Jarocina Jubileuszowego Sejmiku Zielarskiego z okazji osiemdziesięciolecia Polskiego Komitetu Zielarskiego dziejom tej organizacji poświęcono jeden z wykładów plenarnych. Drugi wykład plenarny wygłosił prezes Polskiego Towarzystwa Lekarskiego, prof. **Jerzy Woy-Wojciechowski**, a dotyczył on znaczenia leku roślinnego

Wykłady wygłoszone na konferencji

Zioła – świetlana przyszłość Polski? – doc. dr hab. Anita Magowska • **Znaczenie leku roślinnego we współczesnej medycynie** – prof. dr hab. Jerzy Woy-Wojciechowski • **Czy wprowadzać do uprawy dziko rosnące rośliny lecznicze? Jeżeli, to które, kiedy i jak?** – prof. dr hab. Zenon Węglarz • **Nowoczesne standardy techniczne stosowane w produkcji ekstraktów ziołowych** – dr Rene Roth-Erhang • **Biotechnologiczne metody otrzymywania leczniczych metabolitów wtórnych i biofarmaceutyków w roślinach** – prof. dr hab. Jaromir Budzianowski • **Polski rynek produktów zielarskich, leki roślinne i suplementy diety** – dr Andrzej Kraska • **Kierunki rozwoju produktów zielarskich w Europie – aspekty prawne i ocena naukowa** – dr Barbara Steinhoff • **Rynki surowców zielarskich** – dr Waldemar Buchwald • **Czy leki biogenne mają przyszłość?** – prof. dr hab. Aleksander Mazurek • **Elektrochemiczna spektroskopia impedancja (EIS) – nowa technika określania aktywności farmakologicznej i jej zastosowanie w badaniach nad nowymi lekami roślinnymi** – prof. dr hab. Roman Kaliszan • **Współczesne badania nad lekiem roślinnym w Polsce i na świecie** – prof. dr hab. Kazimierz Gąłoniak • **Perspektywy i wyzwanie w pracach rozwojowych nad innowacyjnymi lekami roślinnymi** – dr Hartwig Sievers • **Etnobotanika, znaczenie dla rozwoju produktów zielarskich** – prof. dr hab. Olga Olszowska • **Europejskie tradycyjne produkty lecznicze roślinne, versus ziołolecznictwo Dalekiego Wschodu** – mgr Grzegorz Cessak • **Badania farmakologiczne „Mana-4”, tradycyjnego mongolskiego leku roślinnego. Efekt immunologiczny „Mana-4”** – prof. dr Chimidraghaa Chimidseren • **Ziołolecznictwo w Europie i w USA w ujęciu porównawczym** – dr Ivo Pischel • **Rozwój polskiego zielarstwa i ziołolecznictwa na tle światowych trendów** – dr Małgorzata Horoszkiewicz-Hassan • **Produkty lecznicze roślinne – problemy rejestracyjne** – dr Wojciech Dymowski • **Suplementy diety i leki roślinne – aktualna sytuacja w Polsce. Czy rozwój rynku suplementów diety zagraża rynkowi tradycyjnych leków roślinnych** – dr Andrzej Ostrowicz • **Stosowanie środków ochrony roślin w uprawach zielarskich, możliwości i ograniczenia** – dr Rafał Chmielecki

w medycynie w ujęciu historycznym. Sejmikowi patronował prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Bio-bójczych, mgr farm **Jerzy Ces-sak**. Honorowymi gośćmi byli naukowcy z Mongolii, a uczestnikami – reprezentanci firm farmaceutycznych i zielarskich. Podczas sejmiku panowały dobre warunki do nawiązania kontaktów z przedstawicielami administracji państowej i przemysłem farmaceutyczno-zielarskim, dlatego zdziwienie mogła budzić obecność tylko kilku przedstawicieli wydziałów farmaceutycznych.

Sejmik został zorganizowany z inicjatywy prezesa PKZ dr. **Jerzego Jambora**, przy współpracy z Instytutem Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich oraz Sekcją Fitoterapii Polskiego Towarzystwa Lekarskiego. W czasie obrad zastanawiano się nad problemami uprawy ziół, sytuacją rynków surowców i produktów zielarskich w Polsce, możliwościami zielarstwa i ziołolecznictwa oraz znaczeniem etnobotaniki, starając się odpowiedzieć na pytanie: „Quo vadis phytopharma?”, stanowiące motto sejmiku.

ARGUMENTY ZA UPRAWAMI ZIELARSKIMI

W wystąpieniach często pojawiały się dane liczbowe dotyczące zasobów roślin leczniczych w różnych częściach świata. Jako pierwszy przytoczył je prof. **Zenon Węglarz**, szacując światowe zasoby roślin leczniczych na 40-50 tysięcy gatunków, z czego w Chinach występuje 5 tysięcy, w Indiach 2,5-4,5 tysięcy,



© Wiktor Szukiel

Uczestnicy sejmiku podczas obrad



W przerwie obrad uczestnicy sejmiku zapoznali się z posterami

a w Polsce zaledwie 250 gatunków. Na świecie uprawia się jednak tylko około 400 gatunków roślin leczniczych, z czego w Chinach – 200, w Indiach – 150, a w Polsce 50-60. Tak niewielka liczba uprawianych gatunków wynika z zadawnionego przekonania, że rośliny ze stanu naturalnego działają silniej niż te z plantacji. Ponadto zbiór surowców roślinnych z naturalnych siedlisk jest ważnym źródłem dochodu dla setek tysięcy ludzi na świecie.

Wprawdzie 80% mieszkańców Ziemi leczy się ziołami, ale liczba stanowisk i gatunków roślin leczniczych maleje. Ich ochronie służą regulacje prawne, monitorowanie zbioru ze stanu naturalnego oraz próby wprowadzenia do upraw roślin dziko rosnących. Nauka potwierdza, że środowisko wywiera wpływ na fenotyp i skład chemiczny rośliny, a w obrębie tego samego gatunku występują zróżnicowane populacje roślin, z których tylko niektóre powinny być uprawiane. Optymalnym rozwiązaniem wydają się być uprawy kontraktowane, jednak i na nich trzeba stosować pestycydy. W rolnictwie stosuje się około 1400 pestycydów, z których tylko 400-600 jest identyfikowanych w laboratoriach badawczych. Zawartość pozostałych jest praktycznie niewykrywalna, a biorąc pod uwagę kilkuletni okres rozpadu wielu z nich, chemizacja upraw jest problemem nierozwiązywalnym.

INNOWACYJNE LEKI ROŚLINNE

Pytanie o przyszłość leków roślinnych postawił prof. Aleksander Mazurek z Narodowe-

© Wiktor Szukiel

go Instytutu Leków oraz Uniwersytetu Medycznego w Warszawie. Wyjaśnił, że są to leki wytwarzane przez żywe organizmy lub procesy biologiczne, mające podstawowe znaczenie dla procesów życiowych, czy też substancje o działaniu fizjologicznym na organizm ludzki. Do grupy produktów biogennych zalicza się wiele produktów leczniczych, m.in. insulinę i heparynę.

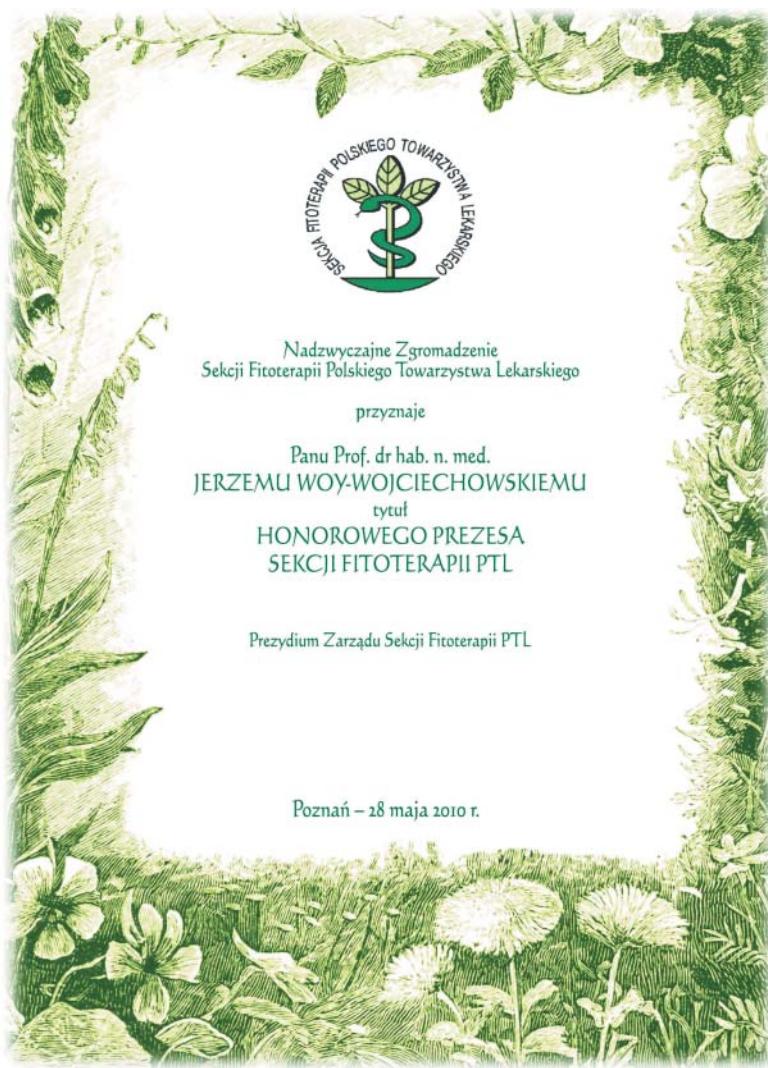
Dla dr. **Rene Roth-Erhanga**, nie po raz pierwszy uczestniczącego w sejmikach zielarskich reprezentanta firmy Martin Bauer Group, optymalną metodą wytwarzania ekstraktów ziołowych jest tzw. metoda Finzelberga ekstrakcji olejków aromatycznych, polegająca na wyodrębnieniu składników lipofilnych za pomocą dwutlenku węgla pod ciśnieniem. Zastosowanie elektrochemicznej spektroskopii impedancyjnej w badaniach nad nowymi lekami było tematem wykładu prof. **Romana Kaliszana** z Uniwersytetu Medycznego w Gdańsku.

Totipotentne komórki roślinne i biotechnologiczne metody otrzymywania metabolitów wtórnego oraz biofarmaceutyków w roślinach omówił prof. **Jaromir Budzianowski** z Uniwersytetu Medycznego w Poznaniu. Jak przypomniał, dziś w bioreaktorach otrzymuje się wiele nowych leków roślinnych, np. korzeń żeń-szeń. Naukowym ideałem byłoby rośliny uprawne, które po zarażeniu wirusem produkowałyby biofarmaceutyki. Z kolei prof. **Kazimierz Główniak** z Uniwersytetu Medycznego w Lublinie podkreślił, że badania nad roślinami leczniczymi



© Witold Szukiel

Rada Naukowa, wykładowcy, goście z Mongolią, organizatorzy sejmiku i uczestnicy obrad

**Wyróżnienia PKZ...**

Z okazji 80-lecia Polskiego Komitetu Zielarskiego, Zarząd Główny PKZ najbardziej zasłużonych wyróżnił:

- Medalami IN PLANTAS MAGNA LATET VIRITUS za wybitne zasługi dla rozwoju zielarstwa w Polsce
Krzysztofowa Nowaka
prof. dr hab. med. **Jerzego Woy-Wojciechowskiego**
- Dyplomami:
za wybitne zasługi w pracy naukowej nad historią polskiego zielarstwa i ziołolecznictwa
doc. dr hab. **Anitę Magowską**
za popularyzację polskich tradycji zielarskich
dr **Ewę Kostołowską**
za znaczący wkład w popularyzację racjonalnej fitoterapii w praktyce aptecznej
red. **Wiktora Szukiela**

trwają wiele lat i prowadzą do powstania produktów, które mogą być zarówno lekami jak suplementami diety i kosmetykami.

Tradycyjne ziołolecznictwo może być ważną inspiracją dla badań naukowych, co udowodniła prof. dr hab. **Olga Olszowska**. Mówiła o etnobotanice, nauce o interakcjach ludzi i roślin, użytecznej w poszukiwaniach nowych leków roślinnych. Zwróciła uwagę na zasoby roślin leczniczych w Azji i scharakteryzowała wybrane gatunki, np. Hoodia gordonii, roślinę poprzez działanie na hipokamp zmniejszającą głód i pragnienie. Prezes Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych mgr **Grzegorz Cessak** także skupił się na tradycyjnym ziołolecznictwie Mongolii, kraju pięciokrotnie większym od Polski, a zamieszkałym jedynie przez 2,5 miliona ludzi. Z wykładu wynikało, że prowadzi on badania farmakognostyczne nad występującym w Mongolii berberysem syberyjskim.

Warto przypomnieć wprowadzone przez dr. **Hartwiga Sieversa** pojęcie „produkty zdrowia konsumentów” (Consumer Health Products), za którym mają pójść zmiany prawne ułatwiające wprowadzanie ich na rynek, a więc atrakcyjne dla twórców. Nowe tendencje badań nad innovacyjnymi lekami roślinnymi to poszukiwanie nowych wskaźników lekarskich i przyznawanie tak zarejestrowanym przetworom tylko rocznej ochrony prawnej. Do takich środków należą przetwory znane od kilku

tysiący lat, jak *Camellia sinensis*, zarejestrowana niedawno jako immunostymulujący preparat Veregen.

RYNEK ZIELARSKI A MAKROEKONOMIA

Duże zainteresowanie wzbudził referat dr. Kuby Guzowskiego z firmy IMS. Analizując rynek apteczny w Polsce w 2009 r., zwrócił on uwagę na spadek sprzedaży leków na receptę. O ile w 2008 r. dokonał się wzrost sprzedaży o 9,8%, to w ostatnim roku było to tylko 4%. Większa dynamika wzrostu cechowała za to rynek produktów leczniczych sprzedawanych bez recepty, który w 2009 r. zwiększył się o 16,9%, do czego przyczyniły się dwa sezony infekcji wirusowych.



© Wiktor Szukiel

Otwarcie wystaw malarstwa i grafiki Adama Półtoraka oraz ekslibrisów Krzysztofa Kmiecic przez prof. dr. hab. med. Jerzego Woj-Wojciechowskiego miało miejsce w obecności uczestników sejmiku

Szczegółowa analiza rynku leków roślinnych wykazała, że wywarł na niego niekorzystny

wpływ rynek suplementów diety. Producentom bardziej bowiem opłaca się rejestrować ➤



© Wiktor Szukiel

Uczestnicy sejmiku przed wejściem do Muzeum Adama Mickiewicza w Śmiełowie

Wnioski z sejmiku...**...Polskiego Komitetu Zielarskiego, dotyczące najważniejszych problemów polskich producentów surowców i przetworów zielarskich**

- 1.** Na rynku produktów ziołowych występują suplementy diety zawierające podobne składniki jak produkty lecznicze. Stanowi to poważny problem dla konsumenta, nie jest on w stanie odróżnić z jakim produktem ma do czynienia. W skrajnych przypadkach stanowić to nawet zagrożenie dla zdrowia. W interesie społecznym leży, aby funkcjonował skuteczny nadzór nad jakością i bezpieczeństwem stosowania suplementów diety znajdujących się w obrocie. Polski Komitet Zielarski wyraża głębokie zaniepokojenie istniejącą sytuacją i widzi pilną potrzebę, aby służby nadzoru sanitarnego, przy współudziale służb nadzoru farmaceutycznego, dokonały przeglądu suplementów diety pod kątem spełniania wymagań obowiązujących przepisów prawnych.
- 2.** Nieprawidłowe oznakowanie w aptekach miejsc przeznaczonych do dystrybucji suplementów diety i częste prezentowanie suplementów diety obok produktów leczniczych powoduje utożsamianie suplementów diety z lekami. Ponadto brak nadzoru merytorycznego nad treścią reklam suplementów diety sprawia, że przypisuje się im działanie tożsame z produktami leczniczymi. Powoduje to, że konsument traci orientację czy ma to czynienia z produktem leczniczym, czy z produktem spożywczym. W tym zakresie, poza zaangażowaniem służb nadzoru sanitarnego i farmaceutycznego, wskazana jest też większa aktywność środowisk aptekarskich.
- 3.** Polski Komitet Zielarski uważa, że wszystkie leki roślinne OTC, a w szczególności tradycyjne leki roślinne, powinny być dostępne w sklepach zielarsko-medycznych.
- 4.** Polski Komitet Zielarski widzi potrzebę nawiązania dialogu z przedstawicielami reprezentującymi Polskę w określonych instytucjach Unii Europejskiej, w sprawach dotyczących surowców i produktów ziołowych (dotyczy to przede wszystkim przedstawicieli Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych). Taki dialog prowadziłaby do wypracowania wspólnego stanowiska w sprawach polskich surowców i produktów ziołowych, uwzględniającego rodzime doświadczenie w tym zakresie.

*Prezydium
Zarządu Głównego
Polskiego Komitetu Zielarskiego*

przetwory roślinne jako suplementy diety niż jako leki. Dla porównania: o ile w 2009 r. rynek produktów roślinnych zarejestrowanych jako leki zwiększył się o 7,7%, to w tym samym czasie rynek roślinnych suplementów diety zanotował 17,6% dynamikę wzrostu. Nowo wprowadzone na rynek suplementy diety są dwa razy droższe niż produkty zarejestrowane jako leki, a mimo to znajdują coraz więcej nabywców. Największy obrót cechował preparaty: Esseliv, Doppelhertz, Ginkofar i Pepsiblock.

W ostatnim roku nowym zjawiskiem stał się brak wzrostu sprzedaży produktów wytworzonych przez dotychczasowych liderów rynku zielarskiego: Herbapol Lublin i Herbapol Poznań. Niektóre preparaty wypadły z rynku, inne – tak jak leki na choroby prostaty – wymagały ponownej rejestracji. Dobrze sprzedawały się jedynie leki roślinne o działaniu immunostymulującym oraz na choroby wątroby, dróg mocowych i środki przeszczyszczające.

Pod innym kątem omawiał rynek zielarski dr **Waldemar Buchwald**. Zwrócił uwagę na coraz większy udział gatunków azjatyckich w europejskim rynku zielarskim. W Polsce skupuje się średnio 20 tysięcy ton surowców roślinnych rocznie, w czym około 3-5 tysięcy ton stanowią surowce pozyskiwane ze stanu naturalnego. W naszym kraju najczęściej skupuje się ziela dziurawca, tzn. 400-600 ton. W Polsce plantacje roślin leczniczych zajmują powierzchnię 30 tysięcy hektarów, a za optymalne rozwiązanie uważa się kontrolowaną upra-

wę kontraktową. Poszukiwaniem nowych odmian i opracowywaniem instrukcji upraw zajmuje się Instytut Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich. Ciekawostką była informacja, że wobec zakazu stosowania antybiotyków jako stymulatorów wzrostu i rozwoju zwierząt hodowlanych rośnie znaczenie przetworów ziołowych poprawiających smak paszy.

Dr Małgorzata Horoszkiewicz-Hassan zwróciła uwagę na małe rozeznanie lekarzy w fitoterapii oraz brak zainteresowania podejmowaniem badań klinicznych nad lekami roślinnymi. Tymczasem na świecie badania nad substancjami czynnymi izolowanymi z roślin (np. o działaniu przeciwnowotworowym, przeciwbowładowym, antywirusowym) stanowią najszybciej rozwijający się dział badań biomedycznych. Większość leczniczych przetworów roślinnych jest przyjmowanych przez pacjentów bez uzgodnienia z lekarzem, pod wpływem prasy codziennej. Dla pacjentów nie ma różnic między lekami roślinnymi a suplementami diety, a lekarze nie znają fitofarmakologii ani interakcji leków roślinnych z żywnością.

HARMONIZACJA PRZEPISÓW

O braku orientacji środowiska lekarskiego w zagadnieniach ziołolecznictwa mówił też **dr Wojciech Dymowski** z Urzędu Rejestracji Produktów Leczniczych, Wyrobów Medycznych i Produktów Biobójczych. Lekarze są bowiem kształceni w oparciu o Evidence-Based-Medicine, powstającą w USA,

kraju o innych tradycjach i kulturze. Dr Dymowski przedstawił trudności towarzyszące pracownikom nad monografiemi współnotowymi w sytuacji, w której ustalenia Komisji Europejskiej są niepodważalne.

Harmonizacją narodowych regulacji dotyczących skuteczności i bezpieczeństwa leków roślinnych zajmuje się prawie od 30 lat ESCOP (European Scientific Cooperative on Phytotherapy). Reprezentująca tę instytucję dr **Barbara Steinhoff** przypomniała dyrektywy unijne zapewniające jakość, skuteczność i bezpieczeństwo leków roślinnych. Przedstawiła też prace ESCOP i Herbal Medicinal Products Community, w tym podział leków roślinnych i zagadnienia genotoksyczności oraz narażenia dzieci na zawartość alkoholu w niektórych złóżonych lekach roślinnych.

Sejmik zakończył się żywą dyskusją i sformułowaniem wniosków. Podkreślono w nich, że nasz rynek zielarski należy do największych w Europie, a mimo to w ostatnim czasie obserwuje się upadek racjonalnej fitoterapii. Przypisywanie właściwości leczniczych suplementom diety prowadzi do osłabienia pozycji rynkowej leków roślinnych. Zdaniem uczestników sejmiku półki apteczne, na których znajdują się suplementy diety, powinny być w specjalny sposób oznaczone, by nie były utożsamiane z lekami. Zwracano uwagę na złe definicje zawarte w prawie żywnościowym.

Jak się okazało, dokonywane w ostatnich latach zmiany prawne są zdecydowanie niekorzystne dla polskiego zielar-

stwa. Jest ono poważnie zagrożone także z racji ograniczenia asortymentu produktów leczniczych dopuszczonych do sprzedaży pozaaptecznej, a więc do – często prowadzonych przez farmaceutów – sklepów medyczno-zielarskich. Sejmik ujawnił poważne problemy krajowych producentów leków roślinnych, zwłaszcza niewielkich przedsiębiorstw rodzinnych, oraz potrzebę specjalnej strategii promowania fitoterapii wśród lekarzy oraz potencjalnych pacjentów.

Adres do korespondencji:

doc. dr hab Anita Magowska
Katedra i Zakład Historii Nauk
Medycznych UM w Poznaniu
ul. Bukowska 70
68-812 Poznań
tel. 61 854 72 42

SPOTKANIA Z ANGIELSKIM cz. IV

mgr farm. Jolanta SUCHOCKA-STRYSKO, Christopher STRYSKO

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

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

1. syringe 2. cannula (canula) 3. intravenous drip 4. ampule (ampoule) 5. catheter
- A. a small, sealed vial which is used to contain and preserve a sample (usually a solid or liquid.)
- B. a medical instrument consisting of a tube, a plunger and a scale, used to perform an injection or to take body liquids, e.g. blood.
- C. a continuous infusion of fluids, with or without medications, through an IV (intravenous) access device to correct dehydration or an electrolyte imbalance, to deliver medications, or for blood transfusion.
- D. a tube that can be inserted into the body, often for the delivery or removal of fluid.
- E. a tube that can be inserted into a body cavity, duct, or vessel, allowing drainage, injection of fluids, or access by surgical instruments.

II. English understanding

About *Echinacea purpurea*

For medicinal purposes, both the herb and the root are found to be useful. These are collected the 2nd and 3rd year of the culture, during the blooming period (Jul-Aug), and then either processed as raw, or dried in cuts at 45°C; or, in Autumn – after cleansing, washing, and cutting into small pieces – exposed to temperatures of up to 50°C, relatively.

In previous studies on its therapeutic properties, the medical activity of *E.purpurea* had been mainly associated with the volatile oils which it contains. Currently, there are four groups of agents recognised which determine that action, including: caffeic acid derivatives, alkylamides, polysaccharides and glycoproteins.

All mentioned above perform, separately, a lesser activity than when co-existing together in the plant. Amongst medical properties of the products made from *Echinacea*, immunostimulation remains a key one. Moreover, such products show anti-inflammatory, antibacterial, and antiviral effects. Preparations which contain alcoholic-aqueous extracts or a stabilised Echinacea plant juice, strengthen natural immunity and are used in supportive therapy and profilaxis of chronic upper airway diseases; in treatment of cold, flu, and recurring urinal tract infections; as well as in treatment of joint inflammation, and prostate illnesses.

1. Which word could replace „collect” in the text?
 - a. gather
 - b. pick up
 - c. grow
 - d. correct answers are a and b
2. Which part of the plant is collected in the blooming period?
 - a. both, the herb and the root
 - b. the root
 - c. the herb
 - d. the text doesn’t specify that
3. Would it be correct to use „cleaning” instead of „cleansing” in the text?

- a. yes, both mostly mean the same
 b. not exactly, both words mean something a bit different
4. Would it be okay to use „connected” in place of „associated”?
 a. yes
 b. no
5. What does „which” refer to in „which determine that action”?
 a. to the fact that four groups of agents are found currently
 b. to the agents found
6. Which word could replace „amongst”?
 a. among
 b. amidst
 c. within
7. Is „key” an adjective* or a noun** in the text?
 a. a noun
 b. an adjective meaning the same as important or vital, or main
8. „Recurring” means that the infection:
 a. occurs*** occasionally
 b. keeps getting back
 c. is very rare
 d. is very dangerous
9. Which word would you use to replace „illness”?
 a. disorder
 b. disease
 c. epidemic
 d. plague

* adjective – przymiotnik,

** noun – rzeczownik,

*** occur – appear

III. Grammar

Fill in the gaps with either the gerund (-ing) or infinitive form of the verbs given in brackets (). Sometimes, both could be correct; in this case tick (V) next to the sentence.

gerund – doing, infinitive – to do

1. Since yesterday, we've started (check) expiry dates more carefully.
2. The stock refused (take back) those vaccines. They usually don't take back medicines which need refrigerating.
3. Last year we stopped (use) bar codes, since the reader didn't work well.
4. That old man stopped again at our drugstore (ask) if we sold energizers.
5. Our pharmacy has won the Best-Drug-store-in-Town contest. We can't wait (pick up) the certificate.
6. I'm gonna try (talk) to that physician* and a few others about Ms Kowalska's case. Maybe they shouldn't prescribe her such expensive meds; she really can't afford (buy) them.
7. I need (talk) to that new employee, again. She's too young to understand that elderly** people especially sometimes need (talk) to someone.
8. I will try (talk) to that physician. It's not going to be easy, though.
9. I prefer (make) drugs to (dispense) them. I especially enjoy (make) ointments. /I prefer (make) drugs than (dispense) them.
10. I hate (skip)*** tender procedures, but sometimes it's the only way of saving money.
11. To avoid (catch) another cold you should keep (take) this for another week or so.
12. I can't find this vaccine right now, but I'm pretty sure that it must be somewhere in the fridge. I do remember (put) it there. I always remember (put) medicines in the right place.

* physician – doctor,

** elderly – old, older,

*** skip – omit, avoid

IV. Phrasal verbs

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

-
1. Ultraviolet lamps, used in the past to sterilise the antiseptic area in hospitals, *emitted* harmful radiation. (warm up/ /heat up)
 2. To *smoothen* the last price rise, the X company decided to enlarge the package to 35 dragees. (cool down)
 3. In order to make this basis softer, you can *heat it in the dryer**. (let/give off)
 4. You can't add this to the solution until it *gets cooler*. (throw up)
 5. It didn't take that long for the Polish pharmaceutical industry to *reach* Western now-how. (pass away)
 6. Help! She's *fainted*! If no one helps me, in a few minutes she may even *die*! (catch up with) (make up for)
 7. One of the most common side-effects of this medicine is *vomiting***. (pass out).

* dryer – suszarka,

** vomit – wymiotować

V. Guess the meaning of English *idioms* in every sentence.

1. The owner of that round -the-corner drugstore says we have more patients just because of the better location, but I think it's *sour grapes*. He can't stand the fact that we're simply better and friendlier to people. That's why they choose our pharmacy, more often.
2. That company have almost 30 % of shares in the pharmaceutical industry in Asia, but the real *apple of their eye* are monoclonal anti-bodies – the true future of medicine.
3. In the 60's, thalidomide (had) seemed to be *as safe as houses* – but look what happened afterwards.
4. Hopefully this new employee won't turn out to be a *lame duck*. I heard that in the place where she'd worked previously, she used to make lots of errors while dispensing drugs.
5. I don't think it's fair to prescribe expensive meds to people who are *living on a shoe string*.

6. The company say their new antibiotic is the real *cat's whiskers*. They even call it their Mercedes.

ANSWER KEY:

- I. 1B = strzykawka, 2D = kaniula, 3C = wlew (kroplówka) dożylny, 4A = ampułka, 5E = kateter, dren
- II. 1d; 2c – the word „relatively” (pl. odpowiednio) explains which part of the sentence refers to the herb, and which one to the root, of the plant; 3b – „cleansing” usually means a very careful and thorough process of making sth clean, through e.g. scrubbing or brushing etc., while „cleaning” usually means only treating sth with water and/or another cleaning substance, the difference is similar to Polish „oczyszczać” vs „czyścić”; 4a; 5b; 6a, both, amidst and within mean „w obrębie, w ramach”, while among or amongst mean „między,pomiędzy”; 7b; 8b; 9b
- III. 1 both forms are correct in the case of „start”; 2 refused to take back; 3 stopped using – „stopped to use” would mean that we stopped in order to use; 4 stopped to ask – opposite to the 3rd sentence, „stopped asking” would mean that someone stopped some activity; 5 can't wait to pick up; 6 try talking – in the meaning „try experiencing some activity”, afford to buy; 7 need to talk, in this case „need talking” would suggest that someone is missing or they are in need of doing sth, while in the 2nd part of the same sentence more correct is to use „elderly people need talking”; 8 try to talk – usually if some activity requires some effort or is connected with some difficulty, we're recommended to use infinitive after „try”; 9 prefer making to dispensing BUT prefer to make than (to) dispense, enjoy making; 10 hate skipping, however „hate to skip,” alike „like/love to do sth” could still be used, esp. in American English; 11 avoid catching, keep taking; 12 remember putting, remember to put – in the 1st case the person remembers the fact of doing something in the past (pl. pamiętam włożenie), while in the 2nd one they remember to do sth (pl. pamiętam o włożeniu/żeby włożyć)
- IV. 1 **let/give off** = emits; 2 **make up for** = smoothen; 3 **warm up/heat up** = heat; 4 **cools down** = get cooler; 5 **catch up with** = reach; 6 **pass out** = faint, **pass away** = die; 7 **throw up** = vomit
- V. 1 sour grapes = jealousy; 2 apple of someone's eye = pl. „oczko w głowie”; 3 as safe as houses = very safe; 4 lame duck = a failure, pl. „nieudacznik, ofiara losu”; 5 to live on a shoe string = „ledwo wiązać koniec z końcem”; 6 cat's whiskers = something superlatively good, first rate

„PREMIO SALADINO D'ASCOLA” DLA POLEK

dr n. farm. Jan MAJEWSKI

Zespół Sekcji Historii Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego
e-mail: majewscy@aptekapodzlotymlwem.com.pl



Praca magisterska pt. „Kalendarz farmaceutyczny magistra farmacji Franciszka Heroda z lat 1921-1939” (fragmenty publikujemy na naszych łamach – przyp. red.) **Joanny Agnieszki Przybyło**, napisana na Wydziale Nauk Historycznych Instytutu Informacji Naukowej i Biologii na Uniwersytecie Mikołaja Kopernika w Toruniu, została zgłoszona jako jedna z 12 wyróżnionych przez wydziały farmaceutyczne polskich uczelni medycznych na organizowanym od czterech lat przez Zespół Sekcji Historii Farmacji Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego oraz Instytut Historii Nauki Polskiej Akademii Nauk ogólnopolskim II Przeglądzie prac magisterskich z zakresu historii farmacji” w roku 2007, jako jedna z najciekawszych prac z zakresu historii farmacji, została opublikowana w „ANALECTA – Studiach i Materiałach z Dziejów Nauk”.

W styczniu br. pracę tę wraz z opracowaniem **Joanny Szczęsnego** pt. „Konfrontacja wiedzy farmakognostycznej XIX wieku ze stanem dzisiejszym na podstawie czasopisma »Pamiętnik Farmaceutyczny Krakowski» z lat 1834-1836”, napi-

sanym w Zakładzie Humanistycznych Nauk Wydziału Farmaceutycznego Akademii Medycznej im. Piastów Śląskich we Wrocławiu, zgłoszono na konkurs o Nagrodę Saladino z Ascoli we Włoszech.

Nagroda ta jest przyznawana młodym absolwentom uniwersytetów publicznych i prywatnych z 27 krajów Unii Europejskiej i obejmuje prace z historii medycyny i farmacji powstałe w latach 2007-2009. Ascola Sa-

triano (prowincja Foggia) upamiętnia w ten sposób dokonania swego mieszkańców, Saladino Ferro, lekarza nadwornego i autora „Compendium aromatariorum” (1488 r.) – wielkiej syntezy farmakopei grecko-łacińskiej i arabskiej na progu współczesnej Europy, która była wzorem dla późniejszych opracowań tego typu.

Z satysfakcją odnotowujemy, że obie autorki zgłoszonych na konkurs prac z Polski zostały







Premio
Saladino d'Ascoli

Menzione d'onore
per la Storia della Farmacia

alla dott.ssa **Joanna Przybyło**

La cui tesi di laurea specialistica presenta in modo originale la raccolta dei calendari del farmacista Franciszek Herod a Varsavia, con un ricco apparato iconografico che egregiamente illustra l'intensa attività pubblicistica rivolta da Herod alla loro divulgazione.

Ascoli Satriano, 25 giugno 2010

Il Sindaco
dott. Antonio Rolla

Il Presidente
della Commissione giudicatrice
dott. Giovanni Leonardi

Diplom przyznany mgr Joannie A. Przybyło za pracę magisterską pt. „Kalendarz farmaceutyczny magistra farmacji Franciszka Heroda z lat 1921-1939”



© Ze zbiorów własnych Joanny A. Przybyło

Na zdjęciu: laureaci konkursu, jury i organizatorzy. Pierwsza z prawej mgr Joanna A. Przybyło. Złote Gryfony prezentują mgr Ilenya Goss – laureatka z dziedziny historii medycyny i mgr farm. Joanna Szczęsny (czwarta od prawej) – laureatka z dziedziny historii farmacji w towarzystwie przewodniczącego komisji Giovanni Leonardi, prof. Luigia Melillo, burmistrza miasta Ascoli Satriano – Antonio Rolla

laureatkami „Premio Saladino d’Ascola” w 2010 roku.

– Wręczenie związanego z nagrodą Złotego Gryfona i okolicznościowych dyplomów odbyło się 25 czerwca 2010 r. w miejscowym Polo Museale Civico-Diocesano – Złotym Gryfonem uhonorowana została mgr farm. **Joanna Szczęsny**, a dyplom otrzymała mgr **Joanna Agnieszka Przybyło**. Potem zebrani, z Antonio Rolla, burmistrzem miasta, prof. Luigia Melillo, dr. Giovanni Leonardi oraz pozostałymi członkami jury, w którym zasiadali profesorowie z uniwersytetów w Bari,

Folgi, Neapolu, Padwy i Rzymu oraz prezes Włoskiego Towarzystwa Historii Medycyny, wysłuchali „Lectio magistralis” wygłoszonych przez laureatów. „W trakcie uroczystego obiadu wszystkich laureatów i jury z udziałem burmistrza Ascoli Satriano – Antonio Rolla, dowiedziałam się, że moją pracę tłumaczyła komisji osoba pochodząca z Polski, pracująca na uniwersytecie w Rzymie, a więc tym bardziej się cieszę, że po wzięciu pod lupę całej pracy to właśnie moja zwyciężyła w dziedzinie historii farmacji” – powiedziała laureatka.

To pierwsze polskie laureatki tego ogólnoeuropejskiego wyróżnienia. Marzą się nam już następne Złote Gryfony i dyplomy – V „Przegląd prac magisterskich zakresu historii farmacji” już w grudniu 2010 roku.

Adres do korespondencji:

dr n. farm. Jan Majewski
Apteka pod „Złotym Lwem”
ul. Stary Rynek 75
61-772 Poznań
tel. 601 971 126

Z dziejów farmacji okresu II RP

WYDAWNICTWA FRANCISZKA HERODA

mgr Joanna A. PRZYBYŁO

Koszalińska Biblioteka Publiczna
e-mail: joanna.a.przybylo@gazeta.pl



Magister farmacji Franciszek Herod (1886-1940), wybitny polski farmaceuta z okresu II Rzeczypospolitej, działacz wielu organizacji i stowarzyszeń, honorowy członek Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego, sekretarz generalny Polskiego Komitetu Zielarskiego, korespondent Izby Przemysłowo-Handlowej w Warszawie, współorganizator Komitetu Budowy Pomnika Poległych Członków Służby Zdrowia, zapisał się w naszych dziejach przede wszystkim jako profesjonalny, łączący fachową wiedzę farmaceutyczną z rzetelnym warsztatem wydawca, organizator własnego wydawnictwa wraz z drukarnią oraz wieloletni redaktor periodyku zawodowego „Wiadomości Farmaceutyczne”. Na podkreślenie zasługuje jego wkład w rozwój wyższego szkolnictwa farmaceutycznego poprzez wydawanie własnym nakładem wielu brakujących wówczas podręczników akademickich i innych wartościowych pozycji, pomocnych w procesie kształcenia przyszłych adeptów farmacji w Polsce międzywojennej.

Zaangażowany i otwarty na potrzeby środowiska zawodo-

wego farmaceutów, Franciszek Herod jako pierwszy w nowych warunkach historycznych przyznał się do powstania ogólnokrajowego spisu aptekarzy i podjął na nowo wydawanie farmaceutycznych kalendarzy. Jego staraniem w latach 1921-1939 ukazało się dziewiętnaście roczników przeznaczonego przede wszystkim dla farmaceutów „Kalendarza Farmaceutycznego”, które były kontynuacją wydawanych już wcześniej zawodowych jednoroczników i nawiązywały do zawieranych w nich informacji stałych, przydatnych dla odbiorców – praktyków zawodowych, jak wszelkiego rodzaju tablice chemiczne, wykazy instytucji farmaceutycznych, urzędowych organizacji zawodowych, bieżące doniesienia prawne oraz spisy aptek i ich właścicieli itd.

FARMACEUTA I DZIAŁACZ ZAWODOWY

Franciszek Herod urodził się 27 lutego 1886 roku w miejscowości Mokrsko Górne na Kielecczyźnie jako najstarsze z ośmiorga dzieci administratatora majątku w okolicach Jędrze-

jowa, Pawła Heroda. Zmarł w wieku 54 lat 17 maja 1940 roku w Warszawie w nieznanych okolicznościach wojennych i został pochowany na Cmentarzu Powązkowskim.

Po ukończeniu czterech klas Gimnazjum św. Anny w Krakowie, co wedle ówczesnego prawa wraz ze znajomością języków łacińskiego, niemieckiego, rosyjskiego i polskiego oraz umiejętnościami arytmetycznymi i kaligraficznymi dawało możliwość wstąpienia na uczniowską praktykę w aptece, rozpoczął pierwszy, kończący się uzyskaniem kwalifikacji pomocnika aptekarskiego, etap praktycznej nauki zawodu farmaceutycznego. Praktykę ucznia aptekarskiego Franciszek Herod rozpoczął w aptece Marcina Koniecznego w Ciężkowicach, a zakończył w aptece „Pod Barankiem” u Wiktora Redyka w Krakowie. Egzamin tytaniczny (pomocnikowski) zdał przed komisją Gremium Aptekarskiego 21 września 1907 roku.

Kolejny etap kształcenia w zawodzie aptekarskim wymagał wysłuchania uniwersyteckiego kursu nauk farmaceutycznych. Na Wydziale Farmaceutycznym Uniwersytetu





Mgr farm. Franciszek Herod (1886-1940)

► Jagiellońskiego, który wybrał Franciszek Herod, kurs ten – po zniesieniu w roku 1853 autonomii uczelni przez władze austriackie – trwał dwa lata. Studia ukończył w lipcu 1909 roku, zdobywając dyplom magistra farmacji.

W czasie studiów na UJ F. Herod poważnie zaangażował się w działalność społeczną i niepodległościową. Wtedy też rozpoczął współpracę z „Kroniką Farmaceutyczną” – naczelnym organem prasowym Towarzystwa Farmaceutycznego Pracowników „Unitas”, pierwszej organizacji skupiającej pracowników aptek, walczącej o poprawę warunków pracy i przywileje socjalne tej grupy społecznej. Jako student drugiego roku farmacji w roku 1906 w „Kronice Farmaceutycznej” wydrukował artykuł swojego autorstwa, zatytułowany „Parę uwag o uczniach”, w którym przedstawił propozycje zreorganizowania praktyki uczniowskiej, akcentując konieczność zwiększenia wykształcenia fachowego uczniów aptekarskich i poprawę stosunków służbowych. Artykuł ten zyskał uznanie redakcji, która opatrzyła go następującą adnotacją: *Brawo, Kolego! Artykuł Sz. Kolegi zamieszczamy z prawdziwą przyjemnością, bo jest on jawnym dowodem, o ile wyżej umysłowo stoją najmłodsi nawet adepci farmacji od tych, którzy reprezentują nas i nasz zawód, ośmieszając go ustawicznie pretensjami a wysoce naiwnymi uchwałami. Wkrótce po tym Franciszek Herod został sekretarzem „Unitasu”.*

Na łamach „Kroniki Farmaceutycznej” ukazywały się wówczas zarówno treści teoretyczne, naukowe, poglądowe, jak i teksty dotyczące zagadnień zawodowych galicyjskiego środowiska farmaceutycznego. W publicznej debacie na te tematy głos zabierał także Franciszek Herod, publikując tu swoje artykuły. Angażował się zwłaszcza w przeciwdziałanie uzależnianiu się w początkach XX wieku, kiedy to pojawiły się trudności związane z zaspokojeniem krajowego zapotrzebowania na leki, polskiego przemysłu farmaceutycznego od przemysłu zagranicznego oraz obcych wpływów na handel środkami technicznymi. W roku 1911 wydał pierwszą swoją książkę pt. „W jaki sposób zastąpić osobliwki? Praktyczny poradnik dla lekarzy i aptekarzy”, w której zebrał przepisy na około 200 leków, zwanych wówczas osobliwkami, które można było sporządzić w aptece, by uniknąć stosowania zagranicznych preparatów fabrycznych, zalewających rynek polski.

Po uzyskaniu dyplomu magistra farmacji Franciszek Herod przez 5 lat pracował w aptekach w Białej i Krynicy, a następnie w Meranie, jednym z najbardziej znanych uzdrowisk alpejskich. Podczas pobytu w Austrii nie zaniechał działalności społeczno-politycznej i publicystycznej, opublikował kilka artykułów o tej tematyce i wydał kolejne prace z zakresu farmacji. W roku 1915 wydał własnym nakładem adresowany do legionistów, liczący 64 strony tzw. „Wesoły Kalendarz” (pełna nazwa wydawnictwa to: „Promyk wśród burzy. Wesoły kalendarzyk na rok 1916. Niezbędny w rowach strzeleckich, ku podniesienia ducha wychodźców, uchodźców, tułaczy, zbiegów i innych P.T. głodomorów”), który pokazał, że Franciszek Herod jest nieprzeciętnym publicystą. Od roku 1917 zaangażował się w publikowanie w języku niemieckim na łamach dwutygodnika „Handelsfuerer zur Polen und Galizien”.

Wybuch I wojny światowej zastał go na przedmieściach Wiednia, w Baden, gdzie pracował w aptece Emanuela Rottera. Po zakończeniu wojny powrócił do Krakowa, gdzie podjął pracę w aptece i ponownie nawiązał kontakt z towarzystwem „Unitas”, które na zjeździe w czerwcu 1919 roku zmieniło nazwę na Towarzystwo Farmaceutyczne „Unitas”. Franciszek Herod został jego wiceprzewodniczącym i w dniach 23-24 listopada 1919 roku jako reprezentant krakowskiego środowiska przewodniczył pierwszemu zjazdowi delegatów farmaceutycznych zrzeszeń pra-

cowniczych z poszczególnych zaborów w Warszawie, gdzie wygłosił także referat na temat ustawodawstwa aptekarskiego. Zjazd warszawski powołał do życia ogólnokrajowy Związek Zawodowy Farmaceutów Pracowników w Rzeczypospolitej Polskiej z Zarządem Głównym w Warszawie.

Na jazdzie w Warszawie Herod zawiązał znajomość z prof. Bronisławem Kosowskim, która przerodziła się w wieloletnią przyjaźń i była jedną z przyczyn opuszczenia przez niego Krakowa oraz przeniesienia się do stolicy. W Warszawie Franciszek Herod podjął pracę w aptece Mariana Malinowskiego przy Nowym Świecie 31 jako zastępca zarządzającego. Apteka ta posiadała duże laboratorium, w którym oprócz podstawowych leków sporządzano preparaty kosmetyczne i 11 rodzajów mydeł leczniczych według oryginalnej receptury.

W pierwszych miesiącach 1920 roku F. Herod został powołany do odbycia czynnej służby wojskowej. Pełnił ją najpierw jako referent w Ministerstwie Spraw Wojskowych, a później w Centralnej Składnicy Sanitarnej. Wkrótce jednak, jako urzędnik wojskowy IX kategorii został z niej zwolniony, ale z tego okresu wywodzi się zapewne jego zainteresowanie wojskową służbą zdrowia, której dawał wielokrotnie dowód w swoich późniejszych publikacjach, zamieszczanych w „Wiadomościach Farmaceutycznych” i drukach zwartych, w których popularyzował wiedzę o możliwościach zastosowania odkryć naukowych dla umocnienia obronności kraju. Uwrażliwienie dzięki nim środowiska na te aspekty, zaowocowało w przyszłości czynnym uczestnictwem farmaceutów w inicjatywach mających na celu pomoc w przygotowaniu obrony zagrozonej

ojczyzny. To oni właśnie ufundowali pierwszy w Polsce samolot sanitarny dla wojskowej służby zdrowia, pierwszą aptekę w Szpitalu Ujazdowskim oraz czek na kwotę 244 tys. złotych z przeznaczeniem na dozbrojenie armii polskiej w 1938 roku.

REDAKTOR I PUBLICYSTA „WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNYCH”

Po odbyciu służby wojskowej Franciszek Herod przez krótki czas pracował w Wydziale Farmaceutycznym Ministerstwa Zdrowia, lecz z dniem 1 lipca 1920 roku drogą konkursu objął redakcję czasopisma „Wiadomości Farmaceutyczne” – jednego z najdłużej ukazujących się pism branżowych, wydawanego od roku 1874 przez Warszawskie Towarzystwo Farmaceutyczne. Pełnił tę funkcję przez 19 lat, do września 1939 roku, kiedy to wydawnictwo

➤

WIADOMOŚCI FARMACEUTYCZNE

PRENUMERATA: Kwartalnie 12 zł. 50 gr. — Za granicą 4 dol. półroczenie. — Numer pojedyńczy 1 zł.

OGŁOSZENIA: I str. okl.: $\frac{1}{2}$ — 120 zł., $\frac{1}{4}$ — 75 zł., $\frac{1}{8}$ — 45 zł. IV str. okl.: $\frac{1}{4}$ — 200 zł., $\frac{1}{2}$ — 120 zł., $\frac{1}{4}$ — 55 zł., $\frac{1}{8}$ — 40 zł.
Przed tekstem: $\frac{1}{4}$ — 180 zł., $\frac{1}{2}$ — 100 zł., $\frac{1}{4}$ — 60 zł., $\frac{1}{8}$ — 35 zł. Za tekstem: $\frac{1}{4}$ — 150 zł., $\frac{1}{2}$ — 80 zł., $\frac{1}{4}$ — 45 zł., $\frac{1}{8}$ — 25 zł.
Drobne ogłoszenia — słowo 20 gr. Najmniejsze ogłoszenie 4 zł. Ogłoszenia handlowe 20 m/m — 6 zł. Zmiana adresu 50 gr.
Prenumeratę zaledwie oblicza się po cenie ostatniego kwartału.

**REDAKCJA I ADMINISTRACJA CZYNNA OD GODZINY 8³⁰ — 15³⁰, W SOBOTY OD 8³⁰ — 13³⁰
PRÓCZ NIEDZIEL I ŚWIĄT**

Warszawa, Długa 16. Tel. 416-50. Skrzynka poczt. 19. Konto czekowe P. K. O. 947.

ROK LVII. N° 11 (1513). 16 MARCA 1930 R.

TREŚĆ: H. Szancer: Na marginesie reakcji Seliwanowa. — Stosunek wzrostu do wagi ciała człowieka. — Nowe leki. — Okólniki i rozporządzenia władz. — S. p. Benedykt Dybowski (odcinek). — Sprawy zawodowe. — Kronika. — Nadesłane. — Nowe wydawnictwa. — Glosy czytelników. — Odpowiedzi redakcji.

Mgr farm. Franciszek Herod był redaktorem naczelnym „Wiadomości Farmaceutycznych” (które ukazywały się w latach 1874-1939) od 1 lipca 1920 r. do września 1939 r.

zostało zamknięte, gdyż niemieckie władze zakazały działalności wszelkich organizacji i stowarzyszeń zawodowych polskiego aptekarstwa.

Dzięki zabiegom nowego redaktora pismo zmieniło swój wygląd i zmodyfikowało stronę formalną. Roszerzono jego tytuł o dodatek: „czasopismo poświęcone wszystkim gałęziom farmacji stosowanej”, zwiększyły się format, zreorganizowano układ strony tytułowej, przebudowano uległa zawartość treściowa pisma.

Franciszek Herod pozyskał do współpracy wielu wybitnych farmaceutów tego okresu z Polski i zagranicy. Dzięki jego umiejętnościom i staraniom „Wiadomości Farmaceutyczne” stały się pismem interesującym i poczytnym. Zamieszczano w nich zarówno rozprawy naukowe, jak i społeczno-zawodowe, regularnie pojawiały się sprawozdania z działalności Polskiego Powszechnego Towarzystwa Farmaceutycznego, redakcja starała się poprzez publikacje okolicznościowe zaznaczyć ważne rocznice historyczne, chętnie i często podejmowano tematy z dziejów aptekarstwa. Często w piśmie ilustrowany był spór o losy polskiego szkolnictwa wyższego i model studiów farmaceutycznych, pamiętano o rocznicach urodzin wybitnych farmaceutów, którzy swoją pracą przyczynili się do postępu nauk farmaceutycznych, drukowano wspomnienia pośmiertne o nich, zapowiedzi wydawnicze i recenzje nowo wydanych pozycji oraz polemiki na ich temat.

Redakcja podjęła współpracę z Towarzystwem Popierania

Nauk Farmaceutycznych „Lechicia”, której efektem były wydawane co kwartał „Roczniki Farmaceutyczne”, dodawane do „Wiadomości Farmaceutycznych” jako suplement naukowy. Od marca 1922 roku wychodził dodatek „Przemysł i Handel Chemiczny oraz Farmaceutyczny” jako bezpłatna wkładka dla stałych prenumerantów, współfinansowana przez Wschodnie Towarzystwo Chemiczne, która szybko zyskała aprobatę farmaceutów.

W latach 20. do każdego numeru „Wiadomości” dołączano bezpłatnie „Doniesienia Aptekarskiego Biura Cennikowego” ze zaktualizowanymi cenami leków i substancji chemicznych. W latach 1930-1932 co miesiąc jako dodatek do „Wiadomości” ukazywało się czasopismo studenckie „Młoda Farmacja”, organ Wydziału Kół Farmaceutycznych, a od stycznia 1938 r. dwa kolejne dodatki: „Apteka dla Lekarzy” oraz „Apteka dla Wszystkich”. Celem tych działań redakcji było podniesienie rangi społecznej aptekarza, jej zdaniem nie dość do tej pory wysokiej.

WYDAWNICTWO MGR. FARM. FRANCISZKA HERODA

Wkrótce po objęciu stanowiska redaktora „Wiadomości Farmaceutycznych” Franciszek Herod przejął również wydawnictwo odpowiedzialne za redagowanie tego czasopisma. Towarzystwo Farmaceutyczne, w ramach którego to wydawnictwo dotąd działało, zgodziło się oddać je redaktorowi, który wcześniej wykazał się dużym

doświadczeniem. Magister Herod w krótkim czasie udowodnił swoje umiejętności i szybko doprowadził czasopismo do rozkwitu, a przy redakcji zorganizował instytucję wydawniczą z siedzibą przy ul. Długiej, która – jak pokazał czas – przyczyniła się do podniesienia poziomu polskiej farmacji, rozwoju nauki i kultury farmaceutycznej. W pobliżu wydawnictwa w 1926 roku uruchomił własną drukarnię o nazwie Drukarnia Wzorowa, dzięki czemu mógł zająć się także wydawaniem podręczników, broszur i okolicznościowych jednodniówek.

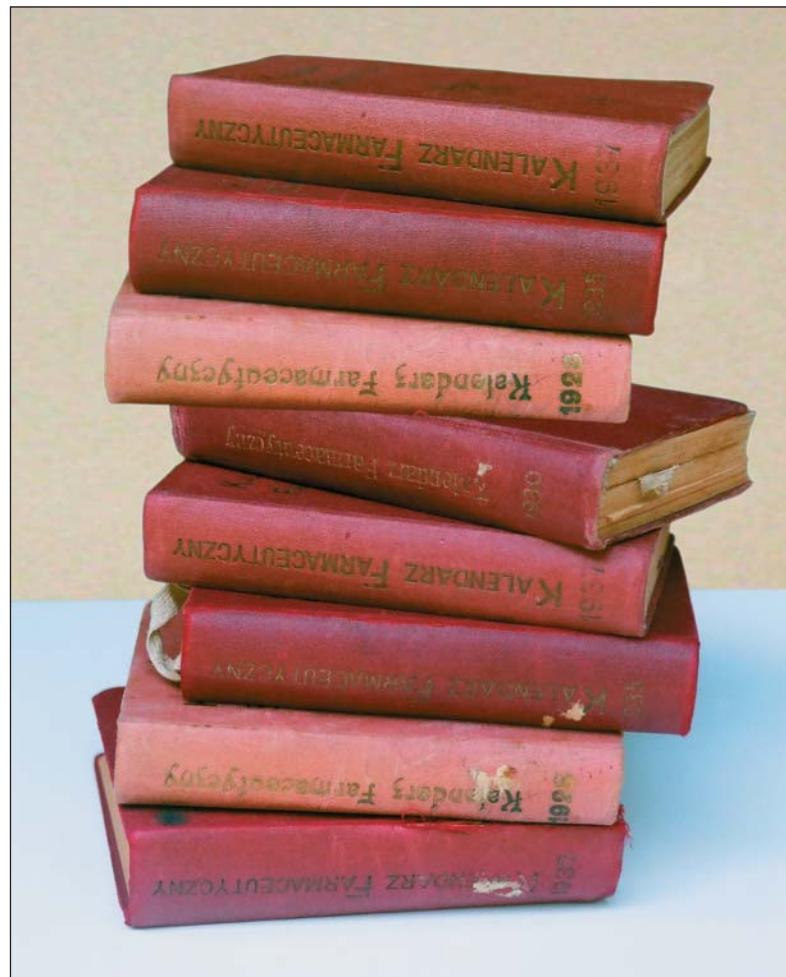
Redaktor F. Herod był jednocześnie nakładcą i wydawcą swoich publikacji, sam wyszukiwał autorów i zachęcał ich do pisania oczekiwanych prac, artykułów i podręczników, a jego zaangażowanie i oddanie polskiej farmacji naukowej było przy tym ogromne.

Problemem lat 20. XX wieku w Polsce, kiedy to na nowo organizowało się szkolnictwo farmaceutyczne, był brak podręczników i innych publikacji. Franciszek Herod obrał więc taki profil dla swego wydawnictwa, mimo że niosło to duże ryzyko, związane ze sprzedażą nakładu, który rozchodził się latami, jako że książki były skierowane do wąskiej grupy odbiorców, a wydawca miał zamrożony kapitał. Sam rozwiązywał wszelkie kwestie finansowe związane z nakładem i zobowiązał się do wypłaty honorarium autorskich. Dzięki niemu wyszło wówczas wiele znamionowych prac i niszowych publikacji, które bez wsparcia i mobilizacji autorów nie ujrzałyby światła dziennego.

W oficynie Franciszka Heroda powstało około 350 pozycji – m.in. 19 roczników „Kalendarza Farmaceutycznego”, wiele periodyków, kalendarzy, podręczników i cenionych prac naukowych, o randze których świadczą streszczenia i recenzje zamieszczane w zagranicznych czasopismach.

Zasadniczy zrąb wydanych nakładem Franciszka Heroda wydawnictw polskich tworzą cztery serie wydawnicze. Pierwsza z nich to 8 tomów Biblioteki Farmaceutycznej, którą oficyna Heroda zaczęła wydawać z dniem 1 lutego 1925 roku dwa razy w kwartale. Red. Herod tak reklamował serię Biblioteki Farmaceutycznej: *Jednym z najbardziej palących zadań doby obecnej jest stworzenie polskiej literatury farmaceutycznej, zarówno w zakresie uniwersyteckim jak i fachowym ogólnokształcącym. W tem stałym dążeniu do podniesienia poziomu naukowego aptekarstwa polskiego oraz ułatwienia studiów młodzieży farmaceutycznej Redakcja „Wiadomości Farmaceutycznych” przystępuje do wydawania z dniem 1 lutego 1925 roku „Biblioteki Farmaceutycznej”(...).*

Spełnieniem założeń red. Heroda była należąca do tej serii, wydana w 1933 roku książka Bronisława Koskowskiego pt. „Propedeutyka farmaceutyczna – wstęp do nauk farmaceutycznych z uwzględnieniem deontologii i historii farmacji polskiej” – zapis i niejako kontynuacja wykładów B. Koskowskiego, jeszcze jako docenta, na Uniwersytecie Warszawskim od 1912 roku, zawierający obszerną część historyczną dotyczącą założycieli



© Wiktor Szukiela

W latach 1921-1939 ukazało się 19 roczników „Kalendarza Farmaceutycznego” formatu kieszonkowego o objętości od 150 do 695 stron

i reformatorów szkolnictwa farmaceutycznego w Polsce, stanu badań naukowych oraz zalecany program studiów. Było to dzieło unikatowe i pionierskie w języku polskim, które w intencji twórcy miało służyć jako podręcznik w ramach studiów farmaceutycznych.

W 1933 roku Ministerstwo Opieki Społecznej 7 książek, które wyszły z drukarni Heroda, zaliczyło do wykazu tych, które powinny znaleźć się w każdej aptece.

Znacznie więcej, bo 31 tomów, liczby wydana przez F. Heroda Biblioteka „Wiadomości

Farmaceutycznych”. Wiele pozycji tej serii to drukowane w częściach materiały do „Farmakopei Polskiej”, przedstawiające trwające wtedy prace poszczególnych podkomisji, pracujących nad opracowaniem ujednoliconej i aktualnej wersji tego dzieła. Ostatecznie całościowe wydanie „Farmakopei Polskiej II” ukazało się w roku 1937, a wydrukowała je właśnie drukarnia Franciszka Heroda.

W ofercie wydawnictwa Heroda można znaleźć również kilka pozycji z dziedziny historii farmacji (m.in. „Zarys historyczny powstania i rozwoju

► aptek łódzkich”, „Farmaceuci w powstaniu 1863”, „Dawne aptekarstwo krakowskie”, „Zarys historii leków”) oraz zeszyty poświęcone nowym lekom.

Trzecia seria wydawnictw Heroda to Biblioteka Prawniczo-Farmaceutyczna, na którą miały się składać dokumenty prawa farmaceutycznego; niestety, udało się wydać jedynie Ustawę o wykonywaniu zawodu aptekarskiego z 25 marca 1938 roku.

Seria Biblioteka „Życie doskonałe” (nazwa pochodzi od tytułu pierwszej pozycji napisanej przez doc. A. Sabatowskiego) poświęcona była zagadniom zdrowia psychicznego oraz niekonwencjonalnym metodom leczenia (wodolecznictwo, dietetyka).

Wśród wydanych przez Heroda pozycji jest też obszerny dział wydawnictw różnych, co dowodzi, że nie ograniczał się do drukowania jedynie literatury branżowej i podręczników. Znalazły się wśród nich takie osobliwości, jak seria pocztówek „Aptekarstwo w sztuce” z reprodukcjami motywów farmaceutycznych czy bibliofilskie wydanie „ogródka” Strabusa w tłumaczeniu Szancera.

Działalność wydawnictwa Franciszka Heroda została zawsze w września 1939 roku. Ostatni numer „Wiadomości Farmaceutycznych” ukazał się z datą 3 września 1939 roku, kończąc 65-letnią historię pisma.

„KALENDARZ FARMACEUTYCZNY”

Kalendarze były bardzo popularnymi, poczytnymi i szeroko dostępnymi wydawnictwa-

mi zwłaszcza w XVIII i XIX wieku. Wykorzystywano je powszechnie do zamieszczania treści o charakterze poradnikowym, pośród których znajdowały się informacje o metodach leczenia i przyrządzań leków domowym sposobem.

Z końcem XVIII wieku nastąpiła stopniowa specjalizacja wydawnictw kalendarzowych, wywołana zmianą sytuacji politycznej i społecznej kraju. Pojawili się kalendarze skierowane do wąskich grup odbiorców, pełniące funkcję praktycznego informatora i poradnika z określonej dziedziny wiedzy.

Wtedy też powstały dwa oddzielne wydawnictwa dla lekarzy i farmaceutów: najbardziej znaną to „Kalendarz Lekarski Krakowski” oraz „Kalendarz na rok...” J. Polaka, wydawany w Warszawie w latach 1889-1925 (za jego pierwowzór uważa się drukowany w latach 30. XX wieku „Warszawski Kalendarz Lekarski” Juliana Birencwajga).

Grupę kalendarzy dla farmaceutów stanowi siedem roczników wydawanego staraniem Galicyjskiego Towarzystwa Aptekarskiego we Lwowie w latach 1878-1884 „Kalendarza do Użytku Farmaceutów i Chemiczów” (redagował go znany nam Czytelnikom z publikacji na łamach „CzA” redaktor wydawanego we Lwowie „Czasopisma Towarzystwa Aptekarskiego” dr M. Dunin Wąsowicz – przyp. red.).

Z „Czasopismem Towarzystwa Aptekarskiego” związany był także „Kalendarz Farmaceutyczny”, którego wydania na rok 1899 i 1900 ukazały się staraniem i nakładem Bronisława Koskowskiego.

Przez 10 lat na początku XX wieku ukazywał się „Kalendarz Farmaceutyczny Polski” wydawany przez pismo „Farmaceuta Polski” redagowane przez zaangażowanego działacza społecznego farmaceutów walczących o lepsze warunki socjalne dla pracowników aptek, Bolesława Gadycha.

Ostatnim wydanym przed I wojną kalendarzem był „Kalendarz Terminowy Apteki Franciszka Karpińskiego w Warszawie” na rok 1909.

Potem nastąpił czas efemerydowych edycji kalendarzy dla farmaceutów, a w 1921 roku Franciszek Herod powrócił do tradycji wydawanych wcześniej zawodowych jednoroczników, wydając „Kalendarz Farmaceutyczny na rok 1921”.

Kalendarz mgr. Heroda był kontynuacją publikowanych już wcześniej takich zawodowych wydawnictw. Zawierał, jak one, pewne powtarzające się części stałe z informacjami przydatnymi dla odbiorców – praktyków zawodowych. Były nimi m.in. wszelkiego rodzaju tablice chemiczne, wykazy instytucji farmaceutycznych, urzędowych organizacji zawodowych, bieżące doniesienia prawne oraz spisy aptek i ich właścicieli. Nie ulega jednak wątpliwości, że kalendarz Heroda zajmował wśród nich wyjątkową pozycję zarówno pod względem ilości zamieszczanych w nich treści, ich jakości merytorycznej, jak i okresu publikacji.

Jak podkreśla we wstępie do pierwszego rocznika kalendarza sam Franciszek Herod, wydawnictwo stanowiło wznowienie po kilkuletniej przerwie

polskiego kalendarza farmaceutycznego, a życzeniem redakcji było wtedy: „Oby publikacja ta była ostatnim wyrazem w zjednoczeniu się całego aptekarstwa polskiego na ziemiach Rzeczypospolitej Polskiej”.

W latach 1921-1939 staraniem Franciszka Heroda ukazało się 19 roczników „Kalendarza Farmaceutycznego” w niskim nakładzie (od 1750 do 2200 egzemplarzy), stosownie do liczebności grupy jego odbiorców. Drukowano go, poza pierwszym, dedykowanym prof. Koskowskemu rocznikiem, w Drukarni Wzorowej F. Heroda. Wydawanie periodyku zahamowało wybuch II wojny światowej, wówczas bowiem doszło do rozwiązania wydawnictwa.

Kalendarze Heroda stanowiły uzupełnienie redagowanych przez tego samego wydawcę „Wiadomości Farmaceutycznych” i pozostały z nimi w korespondencji. Mimo niewielkiego, kieszonkowego formatu, wszystkie miały objętość przekraczającą 150 stron, a w 1938 roku nawet 695!

Informacje praktyczne znajdujące się w kalendarzach Heroda dotyczą różnych zagadnień, wszystkie jednak mają odniesienie do farmacji naukowej bądź praktycznej. Można tu znaleźć artykuły o wartości praktycznej dla czytelników, jak i informacje podane w formie ciekawostek lub doniesień ze świata nauki.

O dużej wartości naukowej „Kalendarza Farmaceutycznego” świadczy współczesne jego znaczenie jako często cytowanego w pracach naukowych źródła informacji z zakresu historii farmacji.

Piśmiennictwo u Autorki

Adres do korespondencji:

mgr Joanna A. Przybyło
Koszalińska Biblioteka Publiczna
pl. Polonii 1
75-415 Koszalin
tel. 94 348 15 40

Opieka farmaceutyczna – karty bazowe dla farmaceutów

OSTEOPOROZA

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne) Densytometria – ocena gęstości mineralnej kości. Wynik zostaje podany w oparciu o wskaźniki: 1. BMD (bone mineral density) - bezwzględna wartość gęstości mineralnej kości [g/cm^2]	Stadia osteoporozy w zależności od wyniku T-score (WHO): Rozpoznanie Pomiar BMD
---	--

Opieka farmaceutyczna – Karty Bazowe dla farmaceutów

NADCIŚNIENIE TEJNICZNE

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne) Klasifikacja ciśnienia tętniczego [mm Hg] ^{a,b} :		
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 czuczo – stężenie glikozy w próbce krwi pobranej co najmniej 8 h od ostatniego posiłku CGB – czas glikozylacji białek	1. Prawidłowa glikemia na czuczo (stężenie glikozy w osoczu: 60 - 99 mg/dl) 2. Kryteria rozpoznania cukrzycy: a. Obecność cukru w moczu
---	---

Opieka farmaceutyczna – Karty Bazowe dla farmaceutów

ZESPÓŁ METABOLICZNY

I. Normy i wskaźniki (wartości referencyjne) Zespół metaboliczny – polecające 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	Obwód talii dla populacji europejskiej: mężczyźni ≥ 94 cm kobiety ≥ 80 cm
Rozpoznanie zespołu metabolicznego wymaga stwierdzenia otyłości centralnej (brzusznej)* oraz 2 z 4 czynników	1. Podwyższone stężenie triglicerydów (lub TG ≥ 150 mg/dl)

www.cza.pl • e-mail: czat@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:

- 1. Nadciśnienie tętnicze
- 2. Cukrzyca typu 2
- 3. Choroba niedokrwiennej serca (choroba wieńcowa)
- 4. Niewydolność układu krążenia
- 5. Hiperlipidemia
- 6. Zespół metaboliczny
- 7. Astma
- 8. Atopowe zapalenie skóry
- 9. Niewydolność żylna
- 10. Osteoporoza
- 11. Choroba wrzodowa
- 12. 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 płacając kwotę na konto
1311 3010 1702 0000 0000 0511 95
należy podać wszystkie dane niezbędne
do wystawienia faktury VAT.

CZASOPISMO APTEKARSKIE Nr 8-9 (200-201) 2010

73

Regulamin dla Autorów publikacji naukowych w „Czasopiśmie Aptekarskim”

I

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

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

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

II

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

III

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

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

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

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

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

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

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

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

IV

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

V

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

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

VI

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

VII

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

Redakcja



KONFERENCJA **LEKARSKO-** **-FARMACEUTYCZNA**

„BEZPIECZNA FARMAKOTERAPIA W SZPITALU-
-PRACUJMY RAZEM”

KRAKÓW 3–4 GRUDNIA 2010

w ramach kształcenia ustawicznego uczestnicy mogą uzyskać następującą ilość punktów:

lekarze – 8 punktów;
farmaceuci – 10 punktów (w tym 4 pkt. miękkie oraz po zaliczeniu sprawdzianu testowego 6 pkt. twardych)

Z inicjatywy Departamentu Farmacji Szpitalnej Naczelnnej Rady Aptekarskiej, odbędzie się druga ogólnopolska konferencja lekarsko-farmaceutyczna

„Bezpieczna farmakoterapia w szpitalu – pracujmy razem”

Konferencja ma na celu ukazać korzyści ze współpracy lekarza z farmaceutą, korzyści dla pacjenta, dla lekarza, a także dla finansów szpitala. Nasze zawody mają inne zadania do wykonania, inne uprawnienia i kompetencje zawodowe, ale cel mają wspólny, jest nim dobro hospitalizowanego pacjenta. Studiujemy osobno, doskonalimy się również osobno, nic więc dziwnego, że osobno pracujemy. Spróbujmy więc w trakcie tej konferencji popracować razem, a nóż nam się to spodoba?

Przebieg konferencji Lekarsko-Farmaceutycznej:

3 grudnia – piątek

- 12.00** rejestracja uczestników w recepcji Centrum Dydaktycznego, ul. Łazarza 16.
- 14.00-15.00** przywitanie uczestników.
wykład inauguracyjny - „W jednym stoją domu”.
wykładowcy:
Katarzyna Siwiec, Mieczysław Czuma, Leszek Mazan

- 15.00-16.00** lunch
- 16.00-17.00** panel zawodowy:
Akredytacja szpitali – zmiany standardów.
Gazy medyczne – procedura postępowania.

Mgr farm. **Janina Pawłowska**
„Zamawiający ma prawo”
Mec. **Radosław Harasin**

- 17.00-17.30** Farmakoterapia wspomagająca podczas interwencyjnego leczenia chorób serca i naczyń.
Prof. dr hab. med. **Krzysztof Żmudka**

- 17.30-18.00** Nowe leki przeciwpłytkowe – zalety i wady.
Prof. dr hab. farm. **Barbara Filipk**

- 20.00** wieczór koleżeński

4 grudnia – sobota

- 9.00-9.30** Przewlekły stan zapalny w chorobach układu sercowo-naczyniowego.
Prof. dr hab. med. **Tomasz Guzik**
- 9.30-10.00** Naturalne związki o charakterze p-zapalnym, alternatywa dla NLPZ.
Prof. dr hab. farm. **Marek Naruszewicz**
- 10.10-11.40** Uzależnienia od leków „nieuzależniających”
Prof. dr hab. med. **Przemysław Bieńkowski**

- 11.40-12.10** Ciemna strona lekomani.
Prof. dr hab. farm. **Małgorzata Filip**
- 12.20-12.50** Onkologia wczoraj i dziś:
- nowe leki
- nowe schematy leczenia
- nowe technologie i metody przygotowywania preparatów onkologicznych

Dr med. **Paweł Różanowski**

Dr farm. **Krystyna Chmal-Jagieło**

13.00 test

ZAKWATEROWANIE

Pod hasłem „Konferencja Lekarsko-Farmaceutyczna” zarezerwowane zostały dla uczestników konferencji pokoje w cenach promocyjnych w następujących hotelach:

HOTEL CAMPANILE

(8 min od Centrum Dydaktycznego)
ul. Św. Tomasza 34, 31-023 Kraków
kontakt: tel.: 12 424 26 00
e-mail: krakow@campanile.com.pl
• 1-osobowy - 249,00 PLN*
• 2-osobowy - 263,00 PLN*

HOTEL CHOPIN

(10 min od Centrum Dydaktycznego)
ul. Przy Rondzie 2, 31-547 Kraków
kontakt: tel.: 12 299 00 77,
e-mail: reservation@chopinhotel.com
• 1-osobowy standart - 208,00 PLN*
• 1-osobowy superior - 219,00 PLN*
• 2-osobowy standart - 246,00 PLN*
• 2-osobowy superior - 258,00 PLN*

*Cena za pokój (jeden nocleg) ze śniadaniem. Prosimy Państwa o rezerwację pokoi w podanych cenach promocyjnych - **do 31.10.2010**.

Rezerwacji w powyższych HOTELACH mogą Państwo dokonywać telefonicznie lub za pomocą poczty elektronicznej.

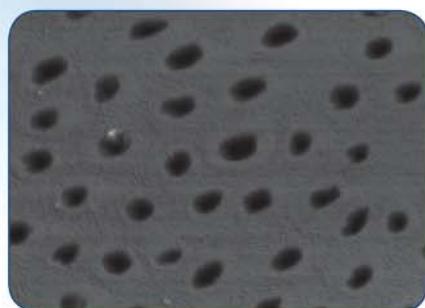
NOWOŚĆ

Przedstawiamy nową pastę Sensodyne Ultraszybka Ulga – błyskawiczne zniesienie bólu wywołanego nadwrażliwością zębiny.

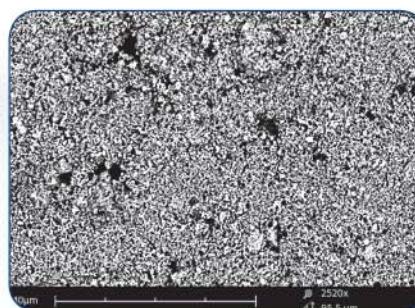
Jak działa Sensodyne Ultraszybka Ulga?

Formuła na bazie octanu strontu tworzy głębokie, szczelne zamknięcie kanalików zębinowych^{1,2}.

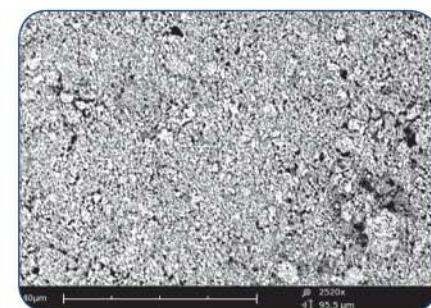
**Silne zamknięcie kanalików zębinowych wytworzone przez
Sensodyne Ultraszybka Ulga utrzymuje się po działaniu kwasu².**



Nieuszczepliona zębina



Po kuracji i 30-sekundowym
działaniu kwasu



Po kuracji i 10-minutowym
działaniu kwasu

Badanie in vitro drożności kanalików zębinowych po prowokacji kwasem (zanurzeniu w soku z grapefruitu, pH 3,3) po wcześniejszej miejscowej aplikacji i wmasowywaniu przez 60 sekund* pasty Sensodyne Ultraszybka Ulga w miejsce wrażliwe zęba.

**Sensodyne Ultraszybka Ulga – błyskawiczne zniesienie
objawów nadwrażliwości:**

- Skuteczność potwierdzona klinicznie^{3,4}.
Działa w 60 sekund*³.
- Udowodnione, długotrwałe
zniesienie objawów
nadwrażliwości przy stosowaniu
dwa razy dziennie⁴.
- Głębokie, odporne na działanie
kwasów zamknięcie kanalików zębinowych^{1,2}.
- Pasta z fluorkiem.



*jeśli stosowana zgodnie z instrukcją na opakowaniu

1. Banfield N and Addy M. J Clin Periodontol 2004; 31: 325–335.

2. GSK – dane w posiadaniu Spółki.

3. GSK – dane w posiadaniu Spółki. Przedstawione do publikacji.

4. GSK – dane w posiadaniu Spółki. Przedstawione do publikacji.

SENSODYNE.1.E.20.03.2010