

Nr 49 (27e) wrzesień 2010

APTEKARZ POLSKI

Pismo Naczelnej Izby Aptekarskiej

ISSN 1899-8445

OGÓLNOPOLSKI

DZIEŃ



APTEKARZA

www.aptekarzpolski.pl



Naczelna Izba Aptekarska

Konferencja organizowana przez
Naczelną Izbę Aptekarską



VI MIĘDZYNARODOWA
KONFERENCJA
NAUKOWO-SZKOLENIOWA
FARMACEUTÓW

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

Warszawa

25-27 listopada 2010 r.



<http://konferencja.nia.pl>

QUE SERA?

Nareszcie jest! 8 września Ministerstwo Zdrowia położyło na stole zapowiadany od dawna projekt ustawy o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.

Projekt został skierowany do konsultacji międzyresortowych i społecznych. Lista podmiotów, które zostały poproszone o przekazanie opinii jest długa. Liczy łącznie 116 pozycji. Oczywiście, jednym z adresatów tej prośby jest Naczelna Izba Aptekarska.

Wydaje się, że nie ma apteki, w której nie dyskutowałyby się o losie polskiego aptekarstwa, w kontekście przedstawionego projektu. Na pewno nad projektem dyskutuje się we wszystkich izbach aptekarskich. Echo tej aptekarskiej dyskusji dociera do Naczelnej Rady Aptekarskiej, która pracuje nad stanowiskiem samorządu aptekarskiego odnośnie przedłożonego projektu.

Que sera? Życzymy ministerstwu, żeby oświecone mądrością płynącą z konsultacji przedłożyło Radzie Ministrów i Sejmowi dojrzały projekt ustawy. Trzymamy kciuki.

25 września odbyło się w Warszawie bardzo ważne aptekarskie spotkanie. Z okazji Dnia Aptekarza spotkali się delegaci ze wszystkich izb aptekarskich. Uroczystym i w świątecznym nastroju witano w tym gronie aptekarzy wyróżnionych odznaczeniami, medalami i tytułami nadanymi przez Ministra Zdrowia oraz przez Naczelną Radę Aptekarską. Chciało się patrzeć na tych ludzi. Chciało się słuchać słów lektora przybliżającego ogółowi zebranych ich osiągnięcia zawodowe i zasługi w pracy społecznej. Szczęścić się wypada i chwalić, że w samorządzie aptekarskim są tacy ludzie.

Ile zdrowia jest w człowieku? Odpowiedź nie jest prosta, bowiem zdrowie nie jest tylko kwestią ciała, którego stan da się zmierzyć na podstawie badań. Zdrowie to także sfera ducha. Im więcej jest w człowieku woli bycia zdrowym, tym ma on więcej zdrowia, o czym przekonują nas Ewa Sitko i Magdalena Bucior, autorki artykułu „Nierozdzielność ciała i umysłu, czyli rzecz o holistycznym ujęciu choroby i leczenia”. Podobne poglądy ma profesor Anna Zalewska-Janowska, która w artykule „Psychologiczne aspekty łuszczycy” stawia tezę, że „w procesie diagnozowania i leczenia uwzględnianie stanu psychicznego pacjenta jest równie ważne jak ocena jego stanu somatycznego”. Takie podejście jest zgodne z modelem holistycznym zdrowia i choroby – twierdzi Pani Profesor. ■

Zapraszamy do lektury.

Redakcja Aptekarza Polskiego

W bieżącym numerze:

FALIEYTON REDAKCJI

Que sera? 3

PANORAMA SAMORZĄDU

Święto pod znakiem oczekiwania na reformy 4

Przemówienie Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej..... 8

Lista osób wyróżnionych 10

Odnaczeni aptekarze autorytetem i wiedzą
przyczyniają się do kształtowania właściwych
postaw młodego pokolenia farmaceutów 12

Statuetka Galena w godnych rękach 13

MANUAL APTEKARSKI

Psychologiczne aspekty łuszczycy..... 14

Rumianek pospolity w chorobach skóry..... 17

Mądrej głowie dość... łyżka oleju 20

APTEKARSTWO W EUROPIE I NA ŚWIECIE

Światowy Kongres Farmacji. Lizbona 2010..... 25

WSZECHNICA APTEKARSKA

Ditranol – *remedium antipsoriaticum* 27

W APTECE

Nierozdzielność ciała i umysłu, czyli rzecz
o holistycznym ujęciu choroby i leczenia 29

BAROMETR PHARMAEXPERTA

Sierpień 2010: lepiej niż przed rokiem..... 32

LEX APOTHECARIORUM

Naczelna Izba Aptekarska w walce z absurdami 35

HISTORIA FARMACJI

Leki nie w aptecce 36

Cudowne kropelki od Spiessa..... 39

ROZMOWY REDAKCJI

Aptekarz artystą malarzem 41

Nowe rejestracje i nowości na rynku 44

CHWILA ODDECHU

mgr farm. Tadeusz Petlic..... 51

Relacja z Ogólnopolskiego Dnia Aptekarza '2010

ŚWIĘTO POD ZNAKIEM OCZEKIWANIA NA REFORMY

25 września odbyły się w Warszawie obchody Ogólnopolskiego Dnia Aptekarza pod hono-

rowym patronatem Ministra Zdrowia. Organizatorem wydarzeń była Naczelna Izba Aptekarska.



Msza święta, w bazylice Świętego Krzyża przy Krakowskim Przedmieściu.

Pierwszym aktem obchodów była msza święta, która odbyła się w bazylice Świętego Krzyża przy Krakowskim Przedmieściu. Mszę w intencji aptekarzy i farmaceutów oraz ich rodzin odprawiło dwóch kapłanów - ksiądz Józef Jachimczak, krajowy Duszpasterz Służby Zdrowia i ksiądz Grzegorz Boraczewski. Intencjonalny charakter mszy świętej wyrażony był poprzez wystawienie sztandaru Naczelnej Izby Aptekarskiej. Wśród licznie zgromadzonych w bazylice aptekarzy, farmaceutów oraz ich rodzin i przyjaciół obecni byli członkowie Naczelnej Rady Aptekarskiej.

Farmaceuta „sługą życia” – to tytuł kazania wygłoszonego przez księdza Józefa Jachimczaka poświęconego zagadnieniu klauzuli sumienia. *W Kodeksie Etycznym Aptekarza Rzeczypospolitej z dnia 25 kwietnia 1993r. widnieje wprowadzić zapis, że farmaceuta musi posiadać wolność postępowania zgodnego ze swoim sumieniem (art. 4 i 5) oraz, że czynność zawodowa aptekarza nie może być świadomym działaniem na szkodę zdrowia ludzkiego (art.6). Pozostaje to jednak jedynie czystą deklaracją środowiska farmaceutów, a nie obowiązującym przepisem prawnym. Brakuje odpowiednich uregulowań w prawie farmaceutycznym,*



Prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej dr Grzegorz Kucharewicz podczas otwarcia uroczystości



Odznaczenia odznaką "Za zasługi dla ochrony Zdrowia": dyrektor Jakub Bydło z MZ odznacza mgr Piotra Klimek



Odznaczenia odznaką "Za zasługi dla ochrony Zdrowia": fotografia zbiorowa

tak jak jest to ustalone w przypadku zawodu lekarz. – uważa kaznodzieja.

Nie ma wątpliwości, że farmaceuci powinni (...) mieć prawnie gwarantowane prawo do sprzeciwu sumienia – taką konkluzją zakończył kazanie ksiądz Jachimczak.

Mszę zakończyło wspólne dzielenie się chlebem przyniesionym do kościoła przez aptekarzy w darze.

Tego dnia pogoda była jak na zamówienie. Warszawa była skąpana w słońcu. Na dworze było ciepło. Nic zatem dziwnego, że spora grupa aptekarzy przeszła z bazyliki spacerem po Krakowskim Przedmieściu i Nowym Świecie do teatru Sabat na ulicy Foksał, gdzie odbywała się druga część obchodów Dnia Aptekarza. Sala teatru była wypełniona po brzegi.

Wprowadzeniem sztandaru Naczelnej Izby Aptekarskiej i odśpiewaniem przez zgromadzonych hymnu państwowego rozpoczęła się oficjalna część tego spotkania.

Przybyłych na to spotkanie aptekarzy i gości honorowych powitał Grzegorz Kucharewicz, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej, który pełnił honory gospodarza uroczystości.

Zebrani wysłuchali przemówienia wygłoszonego przez prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej. W pierwszych słowach Prezes nawiązał do wiosennej powodzi, która zniszczyła mienie aptekarzy i ich rodzin. ***Jesteśmy z razem nimi – z aptekarzami z Zagłoby, Wilkowa i innych miejscowości zniszczonych podczas tegorocznej powodzi*** - zapewnił mówca, przypominając, że solidaryzując się poszkodowany-

►mi przez powódź Naczelna Izba Aptekarska prowadzi zbiórkę pieniędzy z przeznaczeniem dla powodźnian.

Wielowątkowe wystąpienie prezesa NRA poświęcone było najistotniejszym problemom współczesnego aptekarstwa. Niektórzy aptekarze **stali się ofiarami brutalnej gry** rynkowej – powiedział prezes Kucharewicz. Samorząd aptekarski poczuwający się do odpowiedzialności za losy polskiego aptekarstwa nie może pozostać bierny wobec faktów i zdarzeń, które godzą w dobrostan aptekarstwa polskiego. **Dość niszczenia polskiego aptekarstwa!** – stwierdził dobitnie prezes NRA.

Rynek farmaceutyczny wymaga reform. Samorząd aptekarski domaga się ich od dawna. **W środowisku aptekarskim narasta rozgoryczenie z powodu zaniechania obiecanych reform rynku farmaceutycznego.** Z powodu braku reform tracą także pacjenci, którzy są narzędziem w grze rynkowej. Prezes nie krył, że **aptekarze nie wykluczają podjęcia bardziej stanowczych działań, mających uświadomić opinii publicznej skutki zaniechania przez państwo i poszczególne rządy postulowanych przez środowisko aptekarskie reform, które powinny być jak najszybciej przeprowadzone w interesie i dla dobra polskich pacjentów.**

Nie zrezygnujemy z naszych priorytetów. To zdanie jest kwintesencją wystąpienia Grzegorza Kucharewicza, prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej. (tekst całego wystąpienia publikujemy na sąsiednich stronach).

Po przemówieniu prezesa NRA i okolicznościowych wy-



*Odznaczenia medalem im. prof. Bronisława Koskowskiego:
Prezes NRA wręcza medal mgr Stanisławowi Musze seniorowi zawodu,
Zasłużonemu Nauczycielowi Zawodu Aptekarza z Łodzi*



*Wyróżnieni tytułem Strażnik Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego:
fotografia zbiorowa*



*Wyróżnieni tytułem Mecenas Samorządu Aptekarskiego:
fotografia zbiorowa*



Podziękowanie zespołowi teatru Sabat za spektakl

SPONSORZY



GEDEON RICHTER



TEVA POLSKA®

PATRONAT MEDIALNY



stąpieniach gości honorowych odbyło się uroczyste wręczenie odznaczeń, medali i tytułów, które stanowiło kulminację części oficjalnej. (w środku numeru publikujemy listy osób, którym w 2010 roku zostały przyznane wyróżnienia).

W pierwszej kolejności wręczono odznaki „Za zasługi dla ochrony zdrowia”.

W imieniu Ministra Zdrowia odznaki przekazał Jakub Bydłoń, dyrektor Departamentu Dialogu Społecznego Ministerstwa Zdrowia. Następnie na scenę proszono laureatów najwyższych wyróżnień samorządu aptekarskiego przyznanych przez Naczelną Radę Aptekarską za zasługi dla chwały, pożytku rozwoju aptekarstwa. Medale im. prof. Bronisława Koskowskiego, tytuły Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego oraz tytuły Mecenasa Samorządu Aptekarskiego wręczał Grzegorz Kucharewicz, prezes Naczelnej Rady Aptekarskiej. Ceremonia uzupełniona była publicznym odczytaniem zasług każdej wyróżnionej osoby.

W następnej kolejności uczestnicy spotkania wysłuchali wykładu dr Lidii Czarkowskiej poświęconego sferze ducha, uczuć i emocji człowieka.

Na dalszą część spotkania przygotowano program artystyczny. Artyści teatru Sabat przedstawili widowisko muzyczno – taneczne, pt. „Życie jest sceną”.

Koleżeńskie spotkanie trwało do późnego wieczoru. ■

ZS

Fot. T.Baj/ Aptekarz Polski

**Przemówienie Prezesa Naczelnej Rady Aptekarskiej
Grzegorza Kucharewicza
wygłoszone podczas obchodów
OGÓLNOPOLSKIEGO DNIA APTEKARZA
Warszawa, 25 września 2010 r.**



*Szanowni Państwo!
Drodzy Goście!
Koleżanki i Koledzy!*

Po raz kolejny jesteśmy razem, obchodząc Święto Kosmy i Damiana - święto aptekarzy i farmaceutów. Święto to słowo szczególne w naszym języku. To słowo jest synonimem radości. Świętować to znaczy radować się. Nie mogę jednak oprzeć się refleksji, wyrażającej odczucia wielu moich koleżanek i kolegów, że radość w naszych sercach gaśnie w obliczu codziennych problemów i zagrożeń, codziennej walki o przetrwanie, która wyznacza

rytm dnia wielu polskich aptekarzy. Ale to nie tylko walka i przeciwności gospodarcze. Niektórych z nas dotknęły tegoroczne powodzie.

Dzisiaj jesteśmy z razem nimi – z aptekarzami z Zagłoby, Wilkowa i innych miejscowości zniszczonych podczas tegorocznej powodzi. Naczelna Izba Aptekarska prowadzi do końca września zbiórke publiczną. Zebrane pieniądze przekazane zostaną poszkodowanym aptekarzom i ich rodzinom. Każda wpłacona złotówka jest wyrazem realnego wsparcia udzielonego ludziom ciężko doświadczonym przez los. Już teraz dziękuję w ich imieniu za okazaną solidarność. Tak bardzo potrzebujemy jej nie tylko wtedy, kiedy przegrywamy z żywiołem.

Ale jesteśmy też solidarni z tymi aptekarzami, którzy stali się ofiarami brutalnej gry rynkowej. Od lat trwa ostra, bezwzględna walka o dominującą pozycję na polskim rynku farmaceutycznym, o kieszeń i duszę pacjenta. Coraz częściej pacjent traktowany jest instrumentalnie. Przymusza się go do tak zwanej turystyki lekowej. Pacjent nieświadomie stał się „narzędziem” wykorzystywanym do uzyskiwania dominującej, uprzywilejowanej pozycji na rynku aptekarskim kosztem uczciwych aptekarzy. To farmaceuci, którzy najpierw przez wiele lat kształcili się, zakładali apteki, powoli zdobywali zaufanie pacjentów. Teraz zamykają swoje apteki. Żegnają się z marzeniami, często tracą majątek. Przegrywają w nierównej walce z agresywnymi akcjami marketingowymi rozrastających się, mniejszych lub większych, sieci aptecznych.

Stosowane chwyt marketingowe, polegające na różnego rodzaju programach lojalnościowych i promocjach, często ewidentnie naruszają prawo. Samorząd aptekarski konsekwentnie informuje o tym organy państwa. Sieci apteczne wabią chorych „lekami za grosz”, „insulinami prawie za darmo”, „cenami hurtowymi”. Te akcje promocyjne zmierzają w istocie do pozyskania coraz większej liczby pacjentów i niczym niezasadzonego wzrostu popytu na leki. Naczelna Izba Aptekarska stanowczo sprzeciwia się tym praktykom. Żądamy całkowitego zakazu reklamowania aptek! Dość niszczenia polskiego aptekarstwa!

Sprzeciwiamy się marnotrawieniu środków finansowych przeznaczonych są na ochronę zdrowia. To nasze pieniądze, nasze składki są marnotrawione. Domagamy się przejrzystej polityki lekowej państwa. Oczekujemy spójnego systemu refundacji leków i wyrobów medycznych. Przekazany we wrześ-

niu do konsultacji społecznych i międzyresortowych projekt ustawy refundacyjnej to dopiero początek dyskusji na temat stworzenia takiego systemu. Nie wiadomo, jaki będzie ostateczny projekt i kiedy trafi do Sejmu. Sztywne ceny na leki refundowane ze środków publicznych i zakaz rezygnacji z pobierania za nie ustalonych opłat – to fundamenty systemu refundacji w znakomitej większości państw członkowskich Unii Europejskiej. Nikt nie kwestionuje tam, że publiczne pieniądze wymagają ścisłej kontroli. Będziemy uważnie przyglądać się pracom nad ustawą refundacyjną, mając w pamięci losy nowelizacji Prawa farmaceutycznego. Projekt wspomnianej ustawy przekazany został do konsultacji społecznych w listopadzie 2008 r. Naczelna Izba Aptekarska zgłosiła swoje uwagi i propozycje. Niektóre z proponowanych uregulowań mogły – w ocenie samorządu aptekarskiego – uchronić wiele aptek przed likwidacją i powstrzymać postępującą pauperyzację aptekarzy. Tymczasem w marcu ubiegłego roku Ministerstwo Zdrowia wycofało z planu prac rządu na I półrocze 2009 r. nowelizację Prawa farmaceutycznego. Zaniechanie prac legislacyjnych budzi sprzeciw samorządu aptekarskiego. Pisaliśmy o tym w pismach do premiera, marszałka Sejmu i parlamentarzystów. Nie rezygnujemy z naszych priorytetów. Słuszność jednego z głównych postulatów zgłaszanych przez Naczelną Izbę Aptekarską - wprowadzenie w ustawie Prawo farmaceutyczne kryteriów geograficznych i demograficznych przy wydawaniu zezwoleń na prowadzenie apteki – potwierdził wyrok Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z 1 czerwca 2010 r. Trybunał uznał, że ustanowienie przez państwo członkowskie Unii Europejskiej limitów o charakterze demograficznym i geograficznym zgodne jest z prawem wspólnotowym i zapewnia obywatelom lepszy dostęp do leków. Naczelna Izba Aptekarska konsekwentnie podtrzymuje też, że właścicielem apteki powinien być farmaceuta. Podnoszony od wielu lat postulat środowiska aptekarskiego znalazł potwierdzenie w wyroku Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości z 19 maja 2009 r. Trybunał stwierdził, że posiadanie i prowadzenie apteki może być zastrzeżone wyłącznie dla farmaceutów. Zasada „apteka dla aptekarza” gwarantuje pacjentom pełne bezpieczeństwo i najwyższą jakość dystrybucji produktów leczniczych. Nie zgadzamy się także z tak zwaną dystrybucją bezpośrednią do aptek. Ta forma rozwinęła się tylko w Wielkiej Brytanii i w szczątkowej formie w Polsce. Mamy dobrze funkcjonujący rynek hurtowni farmaceutycznych i nie musimy poddawać się dyktatowi niektórych producentów, narzucających ten rodzaj dystrybucji.

W środowisku aptekarskim narasta rozgoryczenie z powodu zaniechania obiecanych reform rynku farmaceutycznego. W Polsce wciąż dominują rozwiązania dalekie od oczekiwań aptekarzy i regulacji przyjętych w większości krajów należących do Unii Europejskiej. W tej sytuacji aptekarze nie wykluczają podjęcia bardziej stanowczych działań, mających uświadomić opinii publicznej skutki zaniechania przez państwo i poszczególne rządy postulowanych przez środowisko aptekarskie reform, które powinny być jak najszybciej przeprowadzone w interesie i dla dobra polskich pacjentów. 8 września Naczelna Rada Aptekarska przyjęła stanowisko w sprawie akcji protestacyjnej samorządu aptekarskiego. Wraz z przyjęciem tego stanowiska rozpoczęło się pogotowie protestacyjne.

Szanowni Państwo! Koleżanki i Koledzy!

Salus aegroti suprema lex esto – te słowa wyrażają najpełniej istotę codziennej pracy każdego aptekarza i farmaceuty. Służymy naszym pacjentom, podobnie jak święci męczennicy Kosma i Damian. Nasi patroni przed wiekami dali nam niezrównany przykład pracy dla dobra chorego, pracy wzbogaconej o wymiar etyczny i duchowy. Bo przecież od wojen cenowych i gry rynkowej między producentem, hurtownią i apteką ważniejsze jest dobro pacjenta. A my, aptekarze, musimy sami troszczyć się o społeczny prestiż naszego zawodu. Wszystkim aptekarzom i farmaceutom składam wyrazy szacunku i uznania dla ich codziennej pracy. Życzę wam sukcesów i wytrwałości w dążeniu do celów, jakie sobie wyznaczaliśmy. ■



Listy osób wyróżnionych w dniu 25 września 2010 roku:

Listy osób uhonorowanych odznaką honorową Ministra Zdrowia „Za zasługi dla ochrony zdrowia” 2010

mgr Bohater Piotr
dr Bułaś Lucyna
dr Czarniawy Aleksander
mgr Czyż Lidia
mgr Długi Wanda
mgr Dzieńszewska-Mendak Halina Stanisława
mgr Dziegielewska-Ściepko Bogumiła
mgr Giewartowska Alina
mgr Gryśka Jadwiga
mgr Iskrzyński Józef
dr Jankowiak-Gracj Hanna
mgr Karwasik Hanna

mgr Kaszuba Maria
dr Klementys Kazimiera
mgr Klima Piotr
mgr Kowal Jolanta Małgorzata
mgr Lipińska Anna
mgr Łukasiński Paweł
mgr Makarewicz Tamara
mgr Oziemska Maria
mgr Pieńkoś Wiesław
mgr Pławska Anna
mgr Płotkowiak Jan
mgr Sawczyn Stanisław Maciej



Listy osób odznaczonych medalem im. prof. Bronisława Koskowskiego 2010



mgr Aleksandra Halina Adamczyk
mgr Maria Adamczak
dr Piotr Belniak
mgr Ewa Bilśka
mgr Janusz Bogdaszewski
mgr Irena Boryś
mgr Lech Chmielecki
mgr Anna Maria Chocian
mgr Maria Cichosz-Stawicka
mgr Kazimiera Dańko-Świsterska
mgr Jan Domański
mgr Jolanta Dominek
mgr Wojciech Domino
dr n. farm. Alicja Doraczyńska-Szopa
mgr Jakub Dorociak
mgr Irena Dunaj
mgr Magdalena Falkowska

mgr Eryka Fischer-Cichočka
mgr Bolesława Urszula Florczak
mgr Dorota Grzejda-Daszko
mgr Joanna Grzelak
mgr Maria Kazimiera Izdebska
mgr Wiesława Aniela Jackowska
mgr Jolenta Jakubowska
mgr Teresa Januszko – Dudziak
mgr Romuald Jędrzejczak
mgr Julia Kaja
mgr Barbara Kaniuka
mgr Barbara Kasperowicz
mgr Justyna Kiedrowska
mgr Agnieszka Monika Kita
dr Kazimiera Klementys
dr Krzysztof Kmiec
mgr Dariusz Kopeć
mgr Zdzisław Kowalewski
mgr Łucja Kowalska
mgr Andrzej Korzeniowski
mgr Jolanta Krawczyk
mgr Ewa Krzeszowska
mgr Barbara Maria Łuczyńska-Brandys
mgr Michał Łukaszewicz
mgr Bożena Maćkowiak

mgr Magdalena Majewska
 mgr Wioleta Bożena Makarewicz
 mgr Dorota Marcinkowska
 mgr Dorota Miazek
 mgr Anna Maria Michałowska
 mgr Barbara Miciuła
 mgr Joanna Moroz
 mgr Stanisław Mucha
 mgr Irena Niczyporowicz
 dr Alina Nowacka – Waliszka
 mgr Alicja Nowakowska
 mgr Renata Olech
 mgr Krystyna Olszewska
 mgr Zbigniew Patkowski
 mgr Katarzyna Pawełczyk
 mgr Irmgarda Maria Poćwiardowska
 mgr Barbara Przewoźna
 mgr Grażyna Puna

mgr Barbara de Pytno-Flaczkiewicz
 mgr Iwona Reinholz-Cynajek
 mgr Jan Rogowski
 mgr Anna Rybowska
 mgr Jolanta Salewska
 mgr Krystyna Wincentyna Sowińska
 mgr Jan Stasiczek
 mgr Wanda Sworowska
 mgr Stanisława Szkałuba
 mgr Halina Szulc
 mgr Elżbieta Taterczyńska
 mgr Maria Turyk
 mgr Jarosław Tuzikiewicz
 mgr Wanda Wanowska-Frączek
 mgr Rudolf Wojtala
 mgr Alicja Zajączkowska
 mgr Danuta Marianna Zielińska
 mgr Stefan Żebrowski

**Lista osób uhonorowanych tytułem
 „Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego”
 2010**



dr Bąbelek Tadeusz
 mgr Kałaur Irena
 mgr Łąd Ryta
 dr Majewski Jan
 prof. Moska Dionizy
 mgr Rostafiński Stefan
 dr Pic Stanisław

**Lista osób uhonorowanych tytułem
 „Mecenas Samorządu Aptekarskiego”
 2010**

adwokat Janusz Andrzejewski
 mgr farm. Irena Anna Dobrakowska
 prof. dr hab. Edmund Grześkowiak
 mgr farm. Anna Gut
 dr Krzysztof Kmiec
 radca prawny Krystian Szulc
 mgr farm. Monika Urbaniak



„Fundacja Na Rzecz Wspierania Rozwoju Polskiej Farmacji i Medycyny” (utworzona przez Zakłady Farmaceutyczne Polpharma SA w 2001 r.)
 „SALLUS INTERNATIONALL” Sp. z o.o.

Odznaczeni aptekarze autorytetem i wiedzą przyczyniają się do kształtowania właściwych postaw młodego pokolenia farmaceutów

Rozmowa z magistrem farmacji Marianem Mikulskim z Lublina, członkiem Kapituły Medalu im. prof. Bronisława Koskowskiego i Tytułu „Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego”



Jakimi wyróżnieniami i za jakie zasługi nagradza Naczelna Rada Aptekarska? Czy wyróżnienia Naczelnej Rady Aptekarskiej przyznawane są wyłącznie członkom samorządu aptekarskiego?

Naczelna Rada Aptekarska ustanowiła Medal im. prof. Bronisława Koskowskiego i Tytuł „Strażnika Wielkiej Pieczęci Aptekarstwa Polskiego”. Medal i tytuł przyznaje się za szczególne zasługi położone dla chwały, pożytku i rozwoju aptekarstwa polskiego. Są to najwyższe dowody uznania wyrażone przez członków samorządu aptekarstwa polskiego. Medal przyznaje się farmaceutom z Polski i zagranicy. Medal może być przyznany pośmiertnie. Tytuł przyznaje się obywatelom polskim nie będącym farmaceutami oraz osobom i jednostkom organizacyjnym nie posiadającym osobowości prawnej, mającym siedzibę na terenie RP. Tytuł może być przyznany cudzoziemcom nie będącym farmaceutami oraz jednostkom organizacyjnym nie mającym siedziby na terenie RP, za zasługi położone dla aptekarstwa, a także stosowanie do zwyczajów międzynarodowych.

Natomiast Rady aptekarskie w poszczególnych Izbach posiadają własne przez siebie wykonane wyróżnienia w postaci medali, statuetek, okolicznościowych dyplomów czy listów gratulacyjnych.

W kwestii odznaczeń resortowych, np. „Za zasługi dla Ochrony Zdrowia” czy odznaczeń państwowych obowiązuje zasada zwracania się za pośrednictwem Naczelnej Rady Aptekarskiej. W kwestii w/w odznaczeń istnieje możliwość bezpośredniego zwracania się poprzez Okręgowe Rady do macierzystych urzędów wojewódzkich czy marszałkowskich. Listy osób wyróżnionych z naszego zawodu lub spoza niego ewidencjonowane są przez biuro Naczelnej Rady.

Jaki jest tryb przyznawania odznaczenia?

Kapitułę Medalu i Tytułu stanowią: Kanclerz Kapituły i trzech członkowie Kapituły. Kanclerzem Kapituły jest Prezes NRA z tytułu swojego wyboru, który z kolei powołuje trzech członków wśród osób, którym przyznano uprzednio Medal im. prof. Br.

Czy dobiegający wieku emerytalnego aptekarz zostanie wyróżniony przez samorząd aptekarski za długoletnią pracę w zawodzie?

Tak. Oprócz długoletniej pracy w zawodzie liczą się zasługi dla aptekarstwa, które mają znaczenie nie tylko dla swojego środowiska ale są zasługami dla aptekarstwa polskiego. Zasługi mają być potwierdzone stosowaniem umotywowanym wnioskiem macierzystej Okręgowej Rady Aptekarskiej do Kapituły Medalu lub Tytułu podpisanym przez Prezesa tej Rady.

Koskowskiego. Każdorazowo Kapituła rozpatruje wnioski złożone przez poszczególne Okręgowe Rady Aptekarskie. Wnioski te to uchwały tych Rad podpisane przez ich Prezesów. Natomiast uchwały Kapituły zapadają w głosowaniu tajnym i stanowią wnioski do Naczelnej Rady o przyznanie wyróżnień.

Ponadto regulamin dopuszcza składanie wniosków z inicjatywy własnej pięciu osób, którym uprzednio przyznano Medal im. prof. Br. Koskowskiego

Kiedy i przez kogo wręczane są przyznane przez NRA odznaczenia? Czy wyróżnioniom samorządowym towarzyszy gratyfikacja materialna?

Medal z dyplomem i Tytuł z dyplomem uroczą wręcza Prezes NRA lub Zastępca Prezesa podczas ogólnopolskich obchodów święta św. Kosmy i Damiana, na Krajowym Zjeździe aptekarzy lub w wyjątkowych przypadkach na uroczystym posiedzeniu Naczelnej Rady Aptekarskiej. Odznaczonym poza satysfakcją z tytułu odznaczenia nie przyznaje się innych gratyfikacji.

Czy samorząd utrzymuje kontakt z odznaczonymi osobami?

Jak najbardziej. Istnieje chwalebna zasada w Okręgowych Radach wybierania tych osób do organów naszego samorządu gdzie swoim autorytetem i wiedzą przyczyniają się do kształtowania właściwych postaw młodego pokolenia farmaceutów. ■

redakcja
Fot. T. Baj

Statuetka Galena w godnych rękach



Od 2001 roku w Pomorsko – Kujawskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej istnieje tradycja przyznawania honorowego tytułu „**Aptekarz Roku**”. Tytuł może być przyznany członkom Izby posiadającym prawo wykonywania zawodu farmaceuty mającym ponad 10-cio letni staż aptekarski.

18 września 2010 roku członkowie Izby obchodzili Dzień Aptekarza. Głównym akcentem obchodów było uroczyste wręczenie certyfikatów tytułu **Aptekarz Roku 2009**. Ten zaszczytny tytuł przypadł w udziale pani magister **Grażynie Ewie Pankowskiej**, która jest właścicielką i kierowniczką apteki ogólnodostępnej na osiedlu Błonie w Bydgoszczy. Tytuł otrzymał także magister farmacji **Piotr Adam Kwiatkowski**, który jest szefem zaopatrzenia medycznego w 10 Wojskowym Szpitalu z Polikliniką w Bydgoszczy.

Laureaci otrzymali statuetki GALENA. ■



ZS

Psychologiczne aspekty łuszczycy

Łuszczycyca jest przewlekłą, zapalną chorobą skóry o podłożu autoimmunologicznym dotykającą około 2% populacji ludzkiej. W etiopatogenezie tej choroby podkreśla się rolę czynników genetycznych i środowiskowych. Metody lecznicze obejmują zarówno preparaty miejscowe, jak i ogólne i wszystkie mają charakter objawowy.

Rozważając udział czynników środowiskowych w etiopatogenezie łuszczycy, nie sposób pominąć roli przewlekłych i/lub silnych reakcji emocjonalnych w ujawnianiu się wysiewów chorobowych. To właśnie obserwacje kliniczne chorych na łuszczycę dały początek badaniom nad identyfikacją neuronalnych dróg oddziaływania stresu na skórę. Ponadto liczne związki zarówno anatomiczne, jak i czynnościowe pomiędzy skórą a układem nerwowym wskazują na znaczącą rolę tych struktur w patogenezie łuszczycy. Skóra i układ nerwowy pochodzą z tego samego listka zarodkowego, tzn. ektodermy, co powoduje, iż są one zdolne do wydzielania tych samych hormonów i przekaźników nerwowych, co umożliwia komunikację ośrodkowego układu nerwowego ze skórą.

Wykazano, że na wszystkich rodzajach komórek występujących w skórze znajdują się receptory dla neuropeptydów, które są pobudzane lub hamowane pod wpływem sytuacji stresowych.

W połowie lat siedemdziesiątych ubiegłego wieku, Farber i Jabobs jako pierwsi wysunęli hipotezę, według której stres aktywujący układ nerwowy prowadzi może do uwalniania neuropeptydów z włókien nerwowych i zaindukowania wysiewu zmian łuszczycowych.

Następnie badania Foremana, na temat rozwoju reakcji zapalnej w skórze pod wpływem stymulacji elektrycznej skórnych nerwów czuciowych i uwalniania neuropeptydów potwierdziły hipotezę Farbera. Opisywano wyżej rodzaj odczynu zapalnego został nazwany zapaleniem neurogennym.

Wyniki prac badających udział układu nerwowego w patogenezie łuszczycy wydają się tłumaczyć fakt pojawiania się pod wpływem stresów wysiewów zmian łuszczycowych lub zaostżenia przebiegu choroby, a także symetryczne ułożenie zmian łuszczycowych, czy też zjawisko ustępowania zmian łuszczycowych po resekcji nerwów czuciowych. Jednakże należy podkreślić, że jak dotychczas nie udało się wykazać bezpośrednich zależności pomiędzy stresem psychologicznym, a miejscowym uwalnianiem i stężeniem neuropeptydów w skórze ludzkiej i ich wpływem na różne komórki biorące udział w rozwoju odczynu zapalnego w łuszczycy, co wynika najprawdopodobniej z przeogromnej różnorodności badanych pacjentów.

Pierwsze doniesienie na temat ujawnienia się łuszczycy pod wpływem napięć emocjonalnych pochodzi już ze starożytnej Persji z 1200 roku p.n.e. Natomiast obszerniejsze dane na temat udziału stresu w etiopatogenezie tej choroby pojawiały się w piś-

miennictwie w latach pięćdziesiątych ubiegłego wieku. Dalsze badania wykazały, że zarówno pierwszy wysiew łuszczycy, jak i nawroty tej choroby ściśle korelują ze stanem psychicznym pacjentów. Stwierdzono, że u 30 do 90% chorych na łuszczycę w ciągu miesiąca po zadziałaniu bodźca stresowego dochodzi do pogorszenia zmian skórnych, a u około 65% badanych może to nastąpić nawet wcześniej.

Obecnie podkreśla się, że w procesie diagnozowania i leczenia uwzględnianie stanu psychicznego pacjenta jest równie ważne jak ocena jego stanu somatycznego. Takie podejście jest zgodne z modelem holistycznym zdrowia i choroby, który zakłada, że ujawnienie się łuszczycy jest wynikiem współdziałania procesów fizjologiczno-genetycznych, psychologicznych i społecznych. Wśród czynników psychologicznych zwraca uwagę występowanie lęku i niskie poczucie własnej wartości. W oddziaływaniach społecznych podkreśla się poczucie napiętnowania i zażenowania z powodu własnego wyglądu i rosnące przekonanie o braku akceptacji z powodu skórnych zmian chorobowych.

Stres i sposoby radzenia sobie z nim są jednym z ważniejszych zagadnień we współczesnej psychologii zdrowia. Stres wpływa na zachowanie się pacjenta i

przebieg jego leczenia. Aczkolwiek jest on bodźcem mobilizującym organizm do opanowania choroby, uruchomienia strategii radzenia sobie z nim, a wreszcie odzyskaniem zdrowia, to jednak może on również spowodować ujawnienie się choroby i mieć destrukcyjny wpływ na jej przebieg.

W procesie radzenia sobie ze stresem wyodrębniono wiele strategii, do których należą m.in. konfrontacyjne radzenie sobie ze stresem, dystansowanie się, samokontrola, poszukiwanie wsparcia społecznego, przyjmowanie odpowiedzialności, unikanie/pesymizm, bezradność/beznadziejność, planowe rozwiązywanie problemów, pozytywne przewartościowanie, mobilizacja do walki z chorobą, aktywne współdziałanie z personelem medycznym. Konsekwencją zastosowania pewnych strategii jest możliwość zmiany silnych, negatywnych emocji, często o charakterze przewlekłym, w słabsze lub pozytywne w celu poprawy stanu zdrowia.

Stosowane strategie radzenia sobie ze stresem wpływają również na subiektywną ocenę jakości życia. Nie osiągnięto jednak dotąd jednomyślności, co do definicji koncepcji jakości życia i prawdopodobnie nigdy nie zostanie ona uzyskana. Istnieje zgodność poglądów co do czterech

podstawowych elementów tj. stanu somatycznego, samopoczucia psychicznego, relacji społecznych i sprawności fizycznej w ocenie jakości życia oraz jakości życia podlega subiektywnej kontroli jednostki. Jakość życia zależna od zdrowia (*Health Related Quality of Life*, HRQL) jest węższym pojęciem i dotyczy subiektywnej oceny obecnego poziomu

zainteresowaną jest najbardziej wiarygodna.

W ciągu ostatnich 20 lat wzrosło zainteresowanie narzędziami oceniającymi HRQL w określaniu skuteczności stosowanej terapii. Wynika to między innymi z niezadowolenia z dotychczasowych kryteriów oceny wyników postępowania terapeutycznego w zakładach opieki zdrowotnej. W Wielkiej Brytanii ocena jakości życia związana z chorobą została włączona do oficjalnej oceny wyników postępowania medycznego, gdyż stanowi ona cenne źródło informacji uzupełniające stan kliniczny i dane laboratoryjne.

Badacze zgodnie podkreślają, że w łuszczycy stwierdza się znacznie bardziej obniżoną jakość życia we wszystkich badanych wymiarach, w porównaniu nawet do chorób zagrażających życiu.

Obniżonemu poczuciu jakości życia u chorych na łuszczycę towarzyszy zazwyczaj podwyższony poziom lęku i depresji. Ocenia się, że objawy te dotyczą od kilku do nawet 37% chorych. Uważa

się, że wzrost częstości występowania objawów depresyjnych u chorych na łuszczycę jest spowodowany m.in. wzbudzeniem przez pacjentów „niezdrowego” zainteresowania i negatywnych reakcji otoczenia, co wynika z utożsamiania zmian skórnych z brakiem higieny oraz błędnego przekonania, że łuszczycą jest

się, że wzrost częstości występowania objawów depresyjnych u chorych na łuszczycę jest spowodowany m.in. wzbudzeniem przez pacjentów „niezdrowego” zainteresowania i negatywnych reakcji otoczenia, co wynika z utożsamiania zmian skórnych z brakiem higieny oraz błędnego przekonania, że łuszczycą jest



► chorobą zakaźną. Prowadzi to do unikania przez chorych miejsc publicznych.

Negatywny obraz własnego ciała oraz nasilenie problemów psychologicznych z tym związanych t.j. silny stres, obniżenie poczucia własnej wartości, lęk społeczny, bezradność może prowadzić nawet do prób samobójczych, problemów z nawiązywaniem nowych relacji, absencji w pracy (częste hospitalizacje) oraz trudności ze znalezieniem pracy.

Podwyższony poziom depresji, czy zachowań depresyjnych oznacza silne poczucie beznadziejności i bezradności, brak motywacji do działania, brak wiary we własne możliwości, obniżoną samoocenę oraz nasilenie dolegliwości natury somatycznej. Odczucia powyższe mogą prowadzić do dalszych trudności w zakresie funkcjonowania zawodowego, rodzinnego i społecznego oraz do wdrażania mechanizmów obronnych w postaci stosowania tzw. biernych strategii radzenia sobie ze stresem spowodowanym przede wszystkim chorobą. Polegają one na izolacji czy regresji poprzez unikanie spotkań, wycofanie z życia towarzyskiego, nadużywanie alkoholu czy używek. Ponadto wykazano, że chorzy na łuszczycę ujawniający swoje emocje, poszukujący wsparcia społecznego, stosujący częściej aktywne strategie radzenia sobie z chorobą, rzadziej poddawani są różnym formom leczenia, charakteryzują się mniejszym nasileniem lęku, depresji oraz cieszą się ogólnie lepszym zdrowiem psychicznym. Ponadto autorzy ci zaobserwowali występowanie ujemnej zależności między poszukiwaniem wsparcia spo-

łecznego, a nasileniem objawów choroby. Stosowanie pasywnych strategii radzenia sobie z chorobą tj. unikania, okazało się mało adaptacyjne i wiązało się z gorszym stanem fizycznym chorych. Wykazano także, że strategie tj. mówienie innym o swojej chorobie, zakrywanie zmian chorobowych czy unikanie ludzi, nie mają związku z lepszą jakością życia.

Ze względu na znaczną komponentę psychiczną rozwoju i utrzymywania się zmian łuszczycowych, oprócz farmakoterapii należałoby rozważyć proponowanie chorym na łuszczycę także pomocy psychologicznej. ■

prof. nadzw. dr hab. n. med.
Anna Zalewska-Janowska

*Kierownik Zakładu
Psychodermatologii
Katedra Immunologii Klinicznej
i Mikrobiologii
Uniwersytet Medyczny w Łodzi*

Piśmiennictwo:

1. Al'Abadie MS, Kent GG, Gawkrödger DJ: The relationship between stress and the onset and exacerbation of psoriasis and other skin conditions. *Br J Dermatol*, 1994; 130: 199-203.
2. Al'Abadie MS, Senior HJ, Bleehen SS, Gawkrödger DJ: Neuropeptides and general neuronal marker in psoriasis – an immunohistochemical study. *Clin Exp Dermatol*, 1995; 20: 384-389.
3. Farber EM, Lanigan SW, Boer J: The role of cutaneous sensory nerves in the maintenance of psoriasis. *Int J Dermatol*, 1990; 29: 418-420.
4. Farber EM, Nall ML: Psoriasis: a stress related disease. *Cutis*, 1993; 51: 322-326.
5. Finlay AY, Coles EC. The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *Br J Dermatol* 1995; 132: 236-244.
6. de Korte J, Mombers FMC, Sprangers MAG, Bos JD: The suitability of quality-of-life questionnaires for psoriatic research. *Arch Dermatol*, 2002; 138: 1221-1227.
7. Miękoś-Zydek B: Badanie czynników emocjonalnych i cech osobowości oraz ocena wybranych parametrów jakości

życia u chorych na łuszczycę pospolitą. Praca na stopień doktora nauk medycznych. Łódź, 1999.

8. Miniszewska J, Chodkiewicz J, Zalewska A: Psychodermatologia – nowe wyzwania dla psychologii. *Nowiny Psychologiczne*, 2004; 3: 21-29.
9. Pacan P, Szepietowski J, Kiejna A: Wpływ czynników psychicznych na przebieg łuszczycy. *Przegl Dermatol*, 2002; 89: 401-408.
10. Rapp SR, Cottrell CA, Leary MR: Social coping strategies associated with quality of life decrements among psoriasis patients. *Br J Dermatol*, 2001; 145: 610-616.
11. Rapp SR, Feldman SR, Exum L, Fleischer AB, Reboussin DM: Psoriasis causes as much disability as other major medical diseases. *J Am Acad Dermatol*, 1999; 41: 401-407.
12. Raychaudhuri SP, Raychaudhuri SK: Role of NFG and neurogenic inflammation in the pathogenesis of psoriasis. *Prog Brain Res*, 2004; 146: 433-437.
13. Richards HL, Fortune DG, Griffiths CEM, Main CM: The contribution of perceptions of stigmatisation to disability in patients with psoriasis. *J Psychosom Res*, 2001; 50: 11-15.
14. Rubino IA, Sonino A, Pezzarossa B, Ciani N: Personality disorders and psychiatric symptoms in psoriasis. *Psychol Rep*, 1995; 77: 547-553.
15. Scharloo M, Kaptein AA, Weinman J, Bergman W, Vermeer BJ, Rooijmans HG: Patients' illness perceptions and coping as predictors of functional status in psoriasis: a 1-year follow-up. *Br J Dermatol*, 2000; 142: 899-907.
16. Schmid-Ott G, Hofste N, Niederauer H-H, Lamprecht F, Künsebeck H-W: Illness severity and coping in psoriasis patients: a 1-year follow-up. *Dermatol Psychosom*, 2004; 5: 178-183.
17. Steuden S, Janowski K: Choroby dermatologiczne a zaburzenia psychiczne. *Przegl Dermatol*, 2000; 87: 257-261.
18. Susskind W, Mc Guire RL: The emotional factor in psoriasis. *Scott Med J*, 1959; 4: 503-507.
19. Wahl A, Hanestad BR, Wiklund I, Moum T: Coping and quality of life in patients with psoriasis. *Qual Life Res*, 1999; 8: 427-433.
20. Weiss SC, Kimball AB, Liewehr DJ, Blauvelt A, Turner ML, Emanuel EJ: Quantifying the harmful effects of psoriasis on health-related quality of life. *J Am Acad Dermatol*, 2002; 47: 512-518.
21. Zalewska A, Miniszewska J, Woźniacka A, Juczyński J, Sysa-Jędrzejowska: Radzenie sobie z chorobą a jakość życia pacjentów z łuszczycą zwykłą. Badanie pilotażowe. *Przegl Dermatol*, 2003; 90: 267-272.



HERBARIUM

Rumianek pospolity w chorobach skóry

W lecznictwie daje się zaobserwować pewną sezonowość stosowanych preparatów, starsze, dobre, zastępowane są nowymi, lepszymi specyfikami. Jest to często związane z nowymi odkryciami, aktualnymi standardami, czy też doniesieniami ze świata nauki. W fitoterapii substancje roślinne nie są zastępowane, a raczej poszukuje się nowych wskazań do ich stosowania. Wiele roślin stanowi jakby podstawowy kanon fitoterapii (ziololecznictwa) od wielu wieków. Klasycznym tego przykładem, jest roślina o wielokierunkowym działaniu rumianek lekarski. Tej substancji roślinnej nie mogłoby zabraknąć w cyklu Herbarium prezentowanym na łamach Aptekarza Polskiego.

Rumianek lekarski (syn. pospolity, prawdziwy, *Chamomilla recutita*, *Matricaria recutita*, *Matricaria chamomilla*) pochodzi z południowej i wschodniej Europy oraz Azji Mniejszej. Aktualnie spotkać go można w całej Europie, w Polsce występuje często na łąkach i nieużytkach. Ze względu na duże zapotrzebowanie surowca jest on uprawiany także na plantacjach.

Koszyczek rumianku (*Chamomille anthodium*) ma szerokie spektrum działania, głównie jako środek przeciwzapalny, rozkurczowy, wiatropędny i antyseptyczny. Substancja roślinna stosowana jest w preparatach złożonych poprawiających trawienie, jako remedium w chorobie wrzodowej żołądka i dwunastnicy, przeciwbiegunkowo, w regulacji przemiany materii, wchodzi także w skład różnego rodzaju kremów kosmetycznych.

Główną grupą związków biologicznie czynnych wchodzących w skład rumianku jest ole-

chamazulen, α -bisabolol i jego tlenki, farnezen, mircen kadinen. Olejek eteryczny rumianku w po-

staci naturalnej jest w postaci bezbarwnej, natomiast w procesie destylacji zmienia barwę na niebieską, co związane jest z rozpadem matrycyny pod wpływem temperatury, w wyniku czego powstaje błękitny chamazulen. Oprócz olejku w surowcu występują także takie grupy związków jak flawonoidy pochodne apigeniny i luteoliny oraz kumaryny (umbeliferon, herniaryna).

Działanie przeciwzapalne i przeciwalergiczne rumianku związane jest z hamowaniem uwalniania histaminy, pobudzeniem czynności układu makrofagów oraz wzmaganiem aktywności fagocytowej leukocytów. Olejkowi także przy-

pisywane jest działanie korzystne na skórę i błony śluzowe.



jek eteryczny. Substancja roślinna zawiera go od 0,4 do 1,5%, jego najważniejsze składniki to:

Wyprysk endogenny

(*eczema endogenicum*, egzema)
 - jest jedną z najczęstszych chorób alergicznych skóry. Schorzenie może mieć charakter ostrego lub przewlekłego. Wykwitem podstawowym jest tzw. grudka wysiękowa lub pęcherzyk (tej fazie może towarzyszyć intensywny świąd). Następstwem pęcherzyków są drobne sączące nadżerki, tzw. studzienki, następnie pojawiają się strupy. W okresie cofania się zmian skórnych obserwujemy lekkie zaczerwienienie i złuszczenie naskórka. W łagodnej postaci wyprysk ustępuje bez pozostawienia śladu, cechować go może jednak nawrotowość. W przypadkach przewlekłych obserwować możemy zgrubienie oraz szorstkość skóry. W zależności od fazy oraz przebiegu wyprysku endogennego stosuje się często leki przeciwhistaminowe, miejscowo przeciwzapalne, kortykosteroidy (faza ostra). Nie bez znaczenia jest także właściwa pielęgnacja skóry. W leczeniu wyprysku endogennego można także wspomagająco stosować mieszanki ziołowe zawierające koszyczek rumianku.

W receptariuszach zielarskich jest wiele przykładów recept ziołowych zawierających koszyczek rumianku o wskazaniach dermatologicznych. Poniżej przedstawiono wybrane przykłady mieszanek ziołowych:

Przykłady zielarskich receptariuszy w których skład wchodzi koszyczek rumianku spotkać możemy także m.in. przy **czyraczności, trądziku pospolitym i różowatym**.

Rp.
Chamomillae Anth.
 (Koszyczek rumianku pospolitego)
Equisetii Herba
 (Ziele skrzypu)
Salviae Folium aa 100,0
 (Liść szalwii)
Calendulae Flos 50,0
 (Kwiat nagietka)

MDS. 5 kopiastych łyżek wsypać do 2 litrów wrzącej wody, gotować w ciągu 5 minut. Odwar stosować do przemywania zaognionych miejsc, względnie do kąpieli – 2 razy w tygodniu przy wyprysku endogennym.

Rp.
Tormentillae Rhiz.
 (Kłącze pięciornika)
Salicis Cort.
 (Kora wierzby)
Quercus Cort.
 (Kora dębu)
Arnicae Anth.
 (Koszyczek arniki)
Chamomillae Anth. aa 50,0
 (Koszyczek rumianku pospolitego)

MDS. 4 łyżki mieszaniny ziół zalać 3/4 l wody, gotować 5 minut, odstawić na pół godziny. Odwarem robić ciepłe okłady na miejsca zaatakowane wypryskiem endogennym.

Rp.
Thymi Herba
 (Ziele tymianku)
Salviae Fol.
 (Liść szalwii)
Chamomillae Anth. aa
 (Koszyczek rumianku pospolitego)

MDS. Odwar z łyżki na szklanę wody. Do okładów i przemywań. Działanie odkażające, przeciwzapalne i przeciwbakteryjne w wyprysku endogennym.

Rp.
Chamomillae Anth.
 (Koszyczek rumianku pospolitego)
Arnicae Flos aa
 (Kwiatostan arniki)

MDS. Odwar z łyżki na szklanę wody. Do okładów, przymoczków i przemywań w wyprysku endogennym.

Rp.
Chamomillae Anth.
 (Koszyczek rumianku pospolitego)
Salviae Fol.
 (Liść szalwii)
Salicis Cort.
 (Kora wierzby)
Arnicae Anth. aa
 (Kwiatostan arniki)

MDS. Odwar z łyżki na szklanę wody. Do okładów i przymoczków przeciw czyrakom.

Rp.
Salviae Fol.
 (Liść szalwii)
Plantaginis lanc. Fol. aa 100,0
 (liść babki lancetowatej)
Chamomillae Anth.
 (Koszyczek rumianku pospolitego)
Calendulae Flos aa 50,0
 (Kwiat nagietka)

MDS. 3-4 łyżeczki ziół zalać szklaną wrzącej wody, ogrzewać pod przykryciem 20 minut. Odwarem zrobić okłady i przemywać chore miejsca w trądziku pospolitym.

Rp.
Arnicae Anth.
 (Kwiatostan arniki)
Chamonillae Anth.
 (Koszyczek rumianku pospolitego)
Salicis Cort. aa 50,0
 (Kora wierzby)

MDS. 4 łyżki mieszaniny ziół zalać 1 litrem wody, gotować 5 minut. Po 10 minutach precedzić. Odwarem robić okłady przy trądziku różowatym.

Zastosowanie wspomagające fitoterapii w chorobach dermatologicznych nie zawsze jest dostrzeganym przez lekarzy postępowaniem komplementarnym w stosunku do silnie działających leków syntetycznych. Niestety te ostatnie obciążone są często znacznym działaniem niepożądanym. Szczególnie w dermatologii widoczne są efekty stosowania fitoterapii ze względu na synergizm działania związków występujących w roślinach. W dermatologii preparaty roślinne wykazują działanie pomocnicze i ochronne. Zastosowanie ziół w leczeniu chorób skóry ma szczególne uzasadnienie w przypadkach chorób przewlekłych (przeważających w dermatologii). Leki ziołowe działają w sposób najbardziej zbliżo-

ny do fizjologicznego przy odpowiednim dawkowaniu można je stosować przez długi okres bez szkody dla ustroju. Jest to szczególnie ważne w leczeniu chorób związanych ze zmienną odczynowością skóry. Leki ziołowe zawierają wiele związków biologicznie czynnych, o skutecznym i ważnym terapeutycznie działaniu: przeciwzapalnym, bakteriostastycznym, przeciwgrzybiczym, odtruwającym, przeciwalergicznym, antymitotycznym, hipotensyjnym, usprawniającym centralne i obwodowe krążenie, usprawniającym przemianę materii, uspokajającym, witaminizującym i remineralizującym.

Należy pamiętać o tym, że terapię ziołową należy skonsultować z lekarzem lub far-

maceutą. Nie należy podejmować samodzielnego leczenia. W przypadku wystąpienia reakcji alergicznych stosowanie jakichkolwiek mieszanek ziołowych należy bezwzględnie przerwać.

*dr n. farm. Tomasz Baj
Katedra i Zakład Farmakognozji,
Uniwersytet Medyczny w Lublinie*

Piśmiennictwo:

1. Lamer-Zarawska E., Kowal-Gierczak B., Niedworok J.: Fitoterapia i leki roślinne. PZWL, Warszawa 2007.
2. Van Wyk B.E., Wink M.: Rośliny lecznicze świata. Recka I., Glensk M., Kowalczyk A i wsp. (red.). MedPharm Polska, Wrocław 2008.
3. Wawrzyniak E.: Leczenie ziołami. Przed. Poligraf.-Wyd. Contrast, Warszawa 1992.
4. Wolski T., Baj T., Ludwiczuk A.: Uwagi o współczesnej fitoterapii. Ekstrakty i preparaty roślinne w dermatologii. *Panacea*, 4, 20-23, 2003.

Warto wiedzieć

Przyznano nagrodę Nobla 2010

Robert G. Edwards, emerytowany profesor Uniwersytetu w Cambridge w Wielkiej Brytanii został laureatem tegorocznej nagrody Nobla w dziedzinie fizjologii lub medycyny. Decyzję podjętą przez Komitet Noblowski działający przy sztokholmskim Karolinska Institutet ogłoszono 4 października 2010 roku.

Profesor jest pionierem badań nad zapłodnieniem in vitro (IVF). Prowadzone przez uczonego prace badawcze przyczyniły się do rozwoju tej metody zapłodnienia, która jest sposobem leczenia niepłodności. Jak podano w wydanym przez Karolinska Institutet komunikacie prasowym – problem niepłodności dotyczy w skali świata ponad dziesięciu procent par.

25 lipca 1978 roku urodziła się Louise Brown, która była pierwszym na świecie „dzieckiem z próbówki”. Narodziny te rozpoczęły nową erę w dziedzinie medycyny. Szacuje się, że na świecie żyje około 4 milionów ludzi urodzonych dzięki zastosowaniu metody zapłodnienia in vitro.

Robert G. Edwards urodził się w 1925 w Manchesterze. Studiował biologię na Uniwersytecie w Bangor i na Uniwersytecie w Edynburgu, gdzie w 1955 roku otrzymał tytuł doktora. W 1958 roku rozpoczął badania w londyńskim Instytucie Badań Medycznych nad procesem zapłodnienia ludzi. Następnie kontynuował pracę naukową w Uniwersytecie w Cambridge i w Bourn Hall Clinic. Ta klinika, którą założył wraz z ginekologiem Patrickiem Steptoe stała się pierwszym na świecie ośrodkiem prowadzącym badania nad zapłodnieniem in vitro.

Opracowano na podstawie komunikatu prasowego:
"The 2010 Nobel Prize in Physiology or Medicine - Press Release".
Nobelprize.org, 4 Oct 2010
http://nobelprize.org/nobel_prizes/medicine/laureates/2010/press.html

Mądrej głowie dość... łyżka oleju

Tłuszcze są obok węglowodanów i białek trzecią podstawową grupą składników pokarmowych. Choć spełniają w organizmie głównie funkcję energetyczną i wiele osób stara się z tego powodu ograniczyć ich podaż, są one składnikiem niezbędnym.

Tłuszcze roślinne znajdują się przede wszystkim w nasionach (do ich pozyskiwania mogą posłużyć np. pestki palmowe, pestki moreli, brzoskwiń, winogron). Występują także w miększym niektórych owoców (np. awokado czy oliwek). Surowca mogą dostarczyć również kielki pszenicy albo łuski ryżowe. W organizmie zwierząt i człowieka tłuszcze gromadzą się głównie w postaci podskórnej tkanki tłuszczowej. Pod względem chemicznym tłuszcze budują kwasy tłuszczowe - nasycone i nienasycone. W skład tłuszczów mogą wchodzić także alkohole tłuszczowe, sterole, witaminy i szereg innych składników chemicznych, biologicznie czynnych.

NASYCONE KWASY TŁUSZCZOWE

Nasycone kwasy tłuszczowe występuje głównie w tłuszczu pochodzenia zwierzęcego np. w smalcu, słoninie, czy łożu (ale nie w rybach!) oraz w niektórych produktach roślinnych (w oleju palmowym i kokosowym). Nasycone kwasy tłuszczowe niekorzystnie wpływają na zdrowie - m.in. podnoszą poziom cholesterolu, co sprzyja rozwojowi miażdżycy, a w konsekwencji - rozlicznym chorobom układu krążenia. Wykazano także dodatnią korelację pomiędzy zwiększo-

nym spożyciem tych tłuszczów, a niektórymi typami nowotworów. Należy pamiętać, że kwasy te występują także m.in. w tłustym mleku i tłustych serach. Oleje roślinne zawierają zasadniczo mało nasyconych kwasów tłuszczowych, nie są jednak całkowicie ich pozbawione, do tego różnią się pomiędzy sobą zawartością tych związków. Korzystnie wyróżnia się tutaj olej rzepakowy, który zawiera niewiele kwasów nasyconych, w tym bardzo mało kwasu palmitynowego, który niekorzystnie wpływa m.in. na tendencję płytek krwi do agregacji (a zatem sprzyja zakrzepom).

NIENASYCONE KWASY TŁUSZCZOWE

Nienasycone kwasy tłuszczowe znajdujemy w tłuszczach roślinnych i rybnych. Kwasy tłuszczowe nienasycone mogą mieć jedno podwójne wiązanie lub kilka. Na tej cesze budowy chemicznej opiera się ich podział na jedno- i wielonienasycone kwasy tłuszczowe. Natomiast układ atomów węgla przy podwójnym wiązaniu może dawać dwie odmiany (izomery) – *cis* lub *trans*. Izomery *cis* kwasów tłuszczowych występują w naturze, natomiast izomery *trans* powstają w wyniku przemysłowej przeróbki tłuszczów. Stwierdzono, że tłuszcze zawierające postać *trans*

kwasów tłuszczowych są szkodliwe dla zdrowia. Jak donoszą naukowcy prawidłowość ta nie dotyczy jednak kwasów nienasyconych występujących w tłuszczu mlekowym o konfiguracji *trans*. m. in. kwas wakcenyowy wykazuje działanie przeciwmiażdżycowe i antynowotworowe (w odróżnieniu od sztucznych izomerów *trans* kwasów tłuszczowych powstających podczas utwardzania olejów).

Pośród jednonienasyconych kwasów tłuszczowych najbardziej znany jest kwas oleinowy, będący kwasem typu „**omega-9**” (wiązanie podwójne występuje przy dziewiątym, od końca atomie węgla). Ma on dobroczynne właściwości prozdrowotne, z których najistotniejsze jest zmniejszanie poziomu „złego” cholesterolu, czyli frakcji LDL, bez wpływu na „dobry” cholesterol, czyli frakcję HDL. Kwas oleinowy występuje obficie w znanej z dobroczynnego wpływu na krążenie **oliwie z oliwek** oraz... w naszym rodzimym **oleju rzepakowym**.

Wielonienasycone kwasy tłuszczowe (WNKT) zwane są także niezbędnymi nienasyconymi kwasami tłuszczowymi (NNKT), ponieważ nie są syntetyzowane w organizmie człowieka i muszą być dostarczane razem z pożywieniem. Tę grupę kwasów budują dwie zasadnicze grupy:

Kwasy omega 3 – oznaczane jako **ω-3** lub **n-3** to nienasycone kwasy tłuszczowe, których ostatnie wiązanie podwójne w łańcuchu węglowym znajduje się przy trzecim od końca atomie węgla. Do kwasów omega 3 zalicza się:

- kwas α-linolenowy (ALA)
- kwas eikozapentaenowy (EPA)
- kwas dokozaheksaenowy (DHA)

Istnieją silne naukowe przesłanki wskazujące na to, iż kwasy omega 3 mają wybitnie prozdrowotny charakter, w szczególności w przypadku schorzeń układu krążenia, niektórych nowotworów, a także przypuszczalnie schorzeń reumatoidalnych. Produkty z kwasami omega-3 bywają także nazywane żywnością dla mózgu, ponieważ wpływają na jego prawidłową pracę (szczególnie DHA).

Kwasy omega 6 – oznaczane jako **ω-6** lub **n-6** to nienasycone kwasy tłuszczowe, których ostatnie wiązanie podwójne znajduje się przy szóstym od końca atomie węgla łańcucha węglowodorowego. Do kwasów omega 6 zalicza się:

- kwas linolowy (LA)
- kwas gammalinolenowy (GLA)
- kwas arachidonowy (AA, ARA)

Człowiek ze względu na brak odpowiednich układów enzymatycznych nie ma możliwości syntetyzowania kwasów linolowego i linolenowego. Kwasy te są wyłącznie syntetyzowane przez rośliny, dlatego człowiekowi muszą być dostarczane w pożywieniu. Trudno ustalić optymalną zawartość NNKT w pożywieniu człowieka. Zapotrzebowanie na te kwasy jest różne w zależności od życia czy od stanu choroby np. miażdżycy.

W naszej strefie kulturowej łatwiej jest dostarczyć kwa-

sy z grupy omega 6, niż omega 3. Kwas linolowy występuje bowiem w nasionach większości roślin oleistych. Natomiast kwasy omega 3, np. kwas linolenowy (ALA), występuje głównie w rybach oraz w tylko niektórych roślinach (w Polsce dobrym źródłem tych kwasów jest łatwo dostępny olej rzepakowy, a także olej lniany i w pewnym stopniu niektóre rośliny liściaste).

Oba typy kwasów są organizmowi bardzo potrzebne do prawidłowego funkcjonowania, ale kluczową rolę odgrywa ich właściwa proporcja. Wydaje się, że głównym problemem jest przewaga podaży kwasów omega 6 w stosunku do kwasów omega 3. Hipotezę tę potwierdza dobrze zbilansowana pod kątem zawartości obydwu frakcji dieta śródziemnomorską (relatywnie mało omega 6) oraz narodów w których ryby są istotnym elementem codziennego pożywienia (dużo omega 3).

NA CZYM SMAŻYĆ?

Należy jasno powiedzieć, że smażenie nie jest zdrowym sposobem przygotowywania potraw. Decydując się jednak na ten rodzaj obróbki posiłku warto wiedzieć, że wybór tłuszczu użytego do smażenia nie jest obojętny dla zdrowia. Podczas smażenia osiągnięta jest temperatura ok 180°C, w której kwasy tłuszczowe łatwo ulegają rozpadowi. Poszczególne oleje charakteryzują się tzw. **punktem dymienia**, który określa maksymalną temperaturę do której mogą być bezpiecznie podgrzewane. Powyżej tej temperatury kwasy tłuszczowe roz-

padają się do glicerolu i wolnych kwasów tłuszczowych, glicerol następnie rozkłada się z wytworzeniem akroleiny, pojawiają się także wolne rodniki. Użycie niewłaściwego oleju i podgrzanie go ponad miarę może doprowadzić nawet do zapalenia się tłuszczu na patelni. Większą reaktywnością wykazują się kwasy wielonienasycone, w szczególności omega 3. Warto zatem pamiętać, że oleje uważane za najzdrowsze, czyli z dużą zawartością NNKT są dobre i zdrowe, ale nie nadają się do smażenia i powinny być spożywane na zimno.

Chcąc zminimalizować ilość szkodliwych produktów rozpadu tłuszczu, należy do smażenia stosować tłuszcze o wysokiej zawartości kwasów nasyconych (np. tłuszcz palmowy, bardzo trwałe i używany przez wiele zakładów gastronomicznych), ewentualnie jednonienasyconych omega-9 (oliwa z oliwek, olej rzepakowy, lub tzw. wysokooleinowy olej słonecznikowy). W przypadku oliwy z oliwek należy zaznaczyć, że oliwa extra vergine ma niższy punkt dymienia, natomiast do smażenia nadaje się dobrze „zwykła” oliwa z oliwek. Generalnie obróbce termicznej lepiej nie poddawać olejów nierafinowanych, ponieważ zawierają one szereg dodatkowych składników, które szybko ulegają niekorzystnym przemianom na patelni. Składniki te jednocześnie nadają tym olejom oryginalny smak i aromat, poszukiwany jako element przyprawowy w potrawach serwowanych na surowo.

Pewne kontrowersje budzi smażenie na maśle. Masło jest teoretycznie tłuszczem nasyconym, a więc zdatnym do smażenia, jednak użyteczność jego ogranicza ▶

▶ duża zawartość substancji białkowych, które przy dłuższym smażeniu ulegają zwęgleniu. Uważa się, że jedną z nielicznych potraw, które można bezpiecznie usmażyć na maśle, zachowując jego apetyczny smak jest jajecznica, bowiem białka jaja zetną się szybciej, niż czas w którym następuje degradacja termiczna masła. Istnieje odmiana masła zwana masłem sklarowanym (inaczej ghee lub ghi) – uzyskiwana jest przez usunięcie zanieczyszczeń białkowych w procesie dłuższego ogrzewania masła na wolnym ogniu. Po usunięciu „szumów” precedzone masło daje produkt złożony praktycznie wyłącznie z kwasów tłuszczowych, o bardzo dużej trwałości (można je przechowywać poza lodówką) i dobrej palności.

Na etykietach olejów często można znaleźć informację, iż dany olej jest produktem **rafinowanym**. Proces rafinacji polega na usunięciu z oleju substancji nietłuszczowych tj. woda, śluz czy białka. Olej traci wówczas zazwyczaj swoją charakterystyczną nutę zapachową, kolor i staje się neutralny w smaku, jednak dzięki wyizolowaniu czystych kwasów tłuszczowych znakomicie nadaje się do smażenia. Jednocześnie proces oczyszczenia sprawia, że potrawa przygotowana z dodatkiem takiego oleju zachowuje swój oryginalny smak i aromat, co w przypadku niektórych dań jest pożądane.

WYBRANE OLEJE ROŚLINNE

Olej sezamowy (*Oleum Sesami*) otrzymywany poprzez tłoczenie na zimno nasion se-

zamowych (*Sezamum indicum L.*), ma złoto-żółtą barwę. Olej z ziaren prażonych jest charakterystyczny dla kuchni azjatyckiej (m.in. chińskiej, indyjskiej, tajwańskiej) i ma ciemniejszy kolor i ostrzejszy smak. Używany jest głównie do dań na zimno oraz jako przyprawa np. do zup. Jest bogaty w naturalne przeciwutleniacze (m.in. związek sesamol), czemu zawdzięcza nie tylko swoje unikalne właściwości prozdrowotne, ale także wysoką trwałość w temperaturze pokojowej. Spożywanie oleju sezamowego pozwala obniżyć ciśnienie tętnicze krwi, a nawet – jak wynika z badań – zmniejszyć w niektórych przypadkach dawkę leków. Jak donoszą naukowcy, olej sezamowy wykazał korzystny wpływ na redukcję ciśnienia tętniczego leczonych lekami moczopędnymi oraz beta-blokerami. Obniżenie ciśnienia jest prawdopodobnie efektem działania wielonienasyconych kwasów tłuszczowych oraz sezaminy - związku z grup lignanów, charakterystycznego dla oleju sezamowego.

Olej sezamowy stosowany jest również w przemyśle kosmetycznym - jako olejek do ciała i masażu (także leczniczego) oraz w kremach. Ma właściwości naturalnego filtra przeciwśłonecznego, ale o niskim faktorze (3-4). Przypisuje mu się właściwości rozgrzewające oraz oczyszczające, a także regulujące pracę gruczołów łojowych.

Nasiona sezamu (emulsja z rozartych nasion) bywają wykorzystywane przy wyrobie śródziemnomorskich odmian chałwy. Pasta z utartego sezamu nosi nazwę tahini i jest składnikiem kilku smakowitych dań kuchni Bliskiego Wschodu. Zmielenie

ziaren zwiększa przyswajalność jego składników (m.in. mikroelementów).

Olej z krokosza barwierskiego (*Oleum Carthami*) pochodzi z gatunku *Carthamus tinctorius*, zwanego również greckim saflowem (być może dlatego, iż stosowany był jako namiastka szafranu). Udomowiony został jednak ze względu na kwiaty wykorzystywane do barwienia (można z nich otrzymać barwniki kartaminę i żółcień saflorową). Zalecany jest w diecie przeciwmiażdżycowej, ma także zastosowanie kosmetyczne, przypisuje mu się bowiem właściwości depilujące.

Olej wiesiołkowy (*Oleum Onagrae*) - otrzymywany jest głównie z nasion gatunków *Oenothera biennis* i *Oenothera paradoxa*. Olej wiesiołkowy zawiera ponad 80% NNKT, w tym ponad 70% kwasu linolowego, oraz aż 10% rzadko spotykanego u roślin kwasu gamma-linolenowego. Niedobór kwasu gamma-linolenowego ma udział m.in. w rozwoju zmian miażdżycowych oraz w chorobach skórnych, w tym także alergicznych. Uważa się, że dobroczynne działanie tego składnika opiera się na jego udziale w syntezie prostaglandyn. Innym surowcem, który jest bogaty w ten składnik są nasiona ogórecznika lekarskiego (*Borago officinalis*).

Olej słonecznikowy (*Oleum Helianthi*) – zawiera bardzo dużo **witaminy E**, za to niewiele kwasów omega-3, brakuje w nim także kwasu gamma-linolenowego.

Olej sojowy (*Oleum Sojae*) - powstaje poprzez tłoczenie ziaren soi zwyczajnej (*Glycine max*). Olej ten znany był już w starożytnym Egipcie, obecnie rzadko stosowany ze względu na wysoką cenę. Oprócz zastosowań spożywczych wykorzystywany jest w celach artystycznych, jako cenny dodatek paszowy oraz w przemyśle kosmetycznym. Jego cechą charakterystyczną jest duża zawartość **lecytyny**. Zawiera mniej więcej wyrównane proporcje kwasów jedno i wielonienasyconych.

Olej rzepakowy (*Oleum Rapae*) – w Polsce otrzymywany jest z dojrzałych nasion rzepaku *Brassica napus var. nigra*, z odmian o zmniejszonej zawartości kwasu erukowego. Wprowadzenie odmian o znacznie obniżonej zawartości tego składnika stało się koniecznością po stwierdzeniu toksycznego działania kwasu erukowego na narządy mięsiste (stłuszczenie) i mięsień sercowy (uszkodzenie poprzez zablokowanie mitochondrialnego systemu utleniania kwasów tłuszczowych). Olej

jadalny musi zostać dodatkowo poddany rafinacji, aby usunąć glukozynolat – związek o ostrym, siarkowym zapachu. Naukowcy ustalili, że stosunek poziomu kwasu linolowego (omega-6) do alfa-linolenowego (omega-3)



w diecie nieprzekraczający 2/1 sprzyja walce z wieloma schorzeniami i jest optymalny dla zdrowia. Taki stosunek kwasów cechuje olej rzepakowy i z tego powodu jest on szczególnie polecany w codziennej profilaktyce m.in. chorób nowotworowych

oraz krążeniowych. Do tego olej rzepakowy wspomaga funkcjonowanie i rozwój mózgu. Jego obecność w codziennej diecie poprawia zdolność zapamiętywania i uczenia się. Służy też jako surowiec do produkcji biopaliwa będącego zazwyczaj olejem napędowym do silników Diesla.

Olej z pestek winogron – naturalny olej, tłoczony na zimno ma delikatnie zielonkawą barwę i winogronowo-orzechowy aromat. Zawiera charakterystyczne dla winorośli procyjanidyny i do broczyny resveratrol. Ma bardzo dobre parametry kosmetyczne – jest bogatym źródłem witaminy E.

Olej oliwkowy (*Oleum Olivarium*) – czyli po prostu oliwa z oliwek pozyskiwany jest z wiecznie zielonych drzew oliwkowych *Olea europaea*. Większe ilości oliwy działają żółciopędnie. Oliwa występuje w kilku odmianach:

Extra virgin olive oil – oliwa „dziewicza” z pierwszego tłoczenia. Jest najlepsza gatunkowo, a co za tym idzie – najdroższa. Ma barwę ciemnozieloną, może być mętna i z osadem. Tę oliwę najlepiej spożywać na zim- ▶

▶no, ponieważ spośród wszystkich gatunków oleju oliwkowego ma najniższą temperaturę dymienia, a dodatkowo jest bogata w cenne antyoksydanty.

Ordinary olive oil (zwykła oliwa z oliwek) - mieszanka oliwy virgin i oliwy rafinowanej tłoczonej na ciepło, o uniwersalnym zastosowaniu.

Oliwa rafinowana - odpowiednia do gotowania, smażenia i pieczenia.

Powyższe zestawienie nie wyczerpuje wszystkich rodzajów olejów roślinnych. Wśród nieomówionych olejów wymienić można choćby olej makowy, lniany, ryżowy czy różnego rodzaju oleje orzechowe. Chociaż zasadniczo prawie każdy olej roślinny nadaje się do spożycia warto zwrócić uwagę, że niektóre oleje w sposób bardziej obszerny wykorzystywane są w lecznictwie (np. olej z wiesiołka, ogórecznika, rokitnikowy), a inne w kosmologii (np. olej z awokado).

PODSUMOWANIE

W naszej strefie klimatycznej kwasami o których podaż szczególnie powinniśmy zabiegać są kwasy z grupy omega-3. Doskonałym źródłem potrzebnych kwasów tłuszczowych, o znakomitym składzie i korzystnych proporcjach składników jest często niedoceniany, rodzimy olej rzepakowy, na którym można także bezpiecznie smażyć.

Wraz z postępującą globalizacją i możliwością łatwego podróżowania na polskim rynku pojawiło się wiele olejów roślinnych nie znanych dotychczas w naszej kuchni, o specyficznych

walorach dietetycznych i unikalnym składzie. Z pewnością mogą one stanowić ciekawe urozmaicenie nawet tradycyjnych posiłków. Warto jednak przed ich użyciem zorientować się, jakie zastosowanie ma dany olej (np. czy można na nim smażyć lub gotować), czy są potrawy, których smak szczególnie wydobywa. Warto zapamiętać, że oleje tłoczone na zimno, z pierwszego tłoczenia, nierafinowane, najbardziej ucieszą nasze podniebienie i przysłużą się zdrowiu, jeżeli będą spożywane bez obróbki cieplnej. Oleje rafinowane natomiast nie

zmieniają smaku potraw i nadają się do bezpiecznego smażenia. Wiele olejów produkowanych jest na różne sposoby (tłoczenie na zimno, tłoczenie na ciepło, obróbka chemiczna, rafinacja itp.). Warto sprawdzić, jakim olejem dysponujemy, aby dostosować jego gatunek do zaplanowanego zastosowania kulinarnego. ■

mgr Anna Grzegorzczuk

*Doktorantka Uniwersytetu Rolniczego
w Krakowie
Wydział Technologii Żywności
Katedra Przetwórstwa Produktów
Zwierzęcych*





Światowy Kongres Farmacji

Lizbona 2010

Międzynarodowa Federacja Farmaceutyczna (Fédération Internationale Pharmaceutique – FIP) jest globalnym stowarzyszeniem narodowych stowarzyszeń farmaceutycznych – naukowych i zawodowych. Powstała w 1912 roku i w początkowym okresie swojej działalności zajmowała się przede wszystkim organizacją europejskich kongresów i innych spotkań tematycznie związanych z naukami farmaceutycznymi. Z upływem czasu priorytety działalności FIP stopniowo zmieniały się i rozszerzały uwzględniając potrzeby i oczekiwania zawodu w zakresie jego roli w zapewnianiu opieki zdrowotnej i w harmonizowaniu coraz intensywniejszego rozwoju nauk farmaceutycznych. Właściwie określone zadania i kierunki działania Federacji sprzyjały wzrostowi jej autorytetu wśród farmaceutów na całym świecie. W drugiej połowie XX wieku Federacja stała się już organizacją globalną, zrzeszającą obecnie 120 organizacji członkowskich i kilkuset członków indywidualnych i poprzez nich reprezentującą ponad 2 miliony farmaceutów. O randze FIP

świadczy też to, że utrzymuje ona stałe robocze kontakty z takimi prestiżowymi organizacjami międzynarodowymi jak Światowa Organizacja Zdrowia, UNESCO czy Światowy Sojusz Zawodów Opieki Zdrowotnej (World Health Profession Alliance). Dzięki

składająca się z przedstawicieli narodowych stowarzyszeń członkowskich, na swoich corocznych spotkaniach dyskutuje i zatwierdza ważne dokumenty dotyczące istotnych problemów związanych z rozwojem farmacji oraz rolą farmaceutów we współczesnym, globalnym społeczeństwie. I tak np. w 2008 r., w trakcie posiedzenia Rady został zatwierdzony dokument „Przyszłość farmacji szpitalnej”, w opracowywaniu którego miałem zaszczyt uczestniczyć, a w 2009 r. za obowiązujący uznano dokument wskazujący kierunki dalszego rozwoju farmacji, zatytułowany „Wizja 2020”.

Coroczne Światowe Kongresy Farmacji i Nauk Farmaceutycznych, odbywają się na przełomie sierpnia i września, na których spotykają się tysiące farmaceutów z całego świata, którzy uczą się, dyskutują i wymieniają poglądy.



Fot. Prezes FIP dr Michel Buchmann i dr Jerzy Łazowski

tym kontaktom buduje i wzmacnia autorytet naszego zawodu.

Najważniejszy organ statutowy Federacji – Rada FIP –

Wykłady, sesje plenarne i plakaty, wspólne debaty na kluczowe dla rozwoju farmacji tematy wraz z posiedzeniami Rady FIP oraz kon-

ferencjami kierownictw organizacji członkowskich (*Leadership Conferences*) stanowią o tym, że są to najważniejsze wydarzenia w farmacji. Nie bez znaczenia jest też strona towarzyska Kongresów – nawiązywanie nowych kontaktów i przyjaźni, trwających często wiele lat i spotykanie się z tymi, których od dawna znamy, sprzyjają integracji farmaceutów z całego świata. W trakcie tych nieformalnych towarzyskich spotkań rodzi się też wiele pomysłów i inicjatyw, które potem znajdują swoje odzwierciedlenie w działalności całej Federacji. Czynny udział w organizacji specjalnych sesji poświęconych problemom młodzieży farmaceutycznej bierze udział Grupa Młodych Farmaceutów FIP.

Warto w tym miejscu wspomnieć o tym, że z ideą opieki farmaceutycznej zapoznałem się właśnie na kongresach FIP, a zdobyta na nich wiedza na jej temat pozwoliła mi propagować ją w Polsce, podobnie jak zasady Dobrej Praktyki Aptecznej.

Postępom nauk farmaceutycznych i prezentacji ich najnowszych osiągnięć służą organizowane przez Federację co 2 lata Światowe Kongresy Nauk Farmaceutycznych (najbliższy będzie się odbywał w dniach od 14 do 18 listopada br. w Nowym Orleanie).

Polskie Towarzystwo Farmaceutyczne jest członkiem FIP od ponad 50 lat i w przeszłości brało bardzo aktywny udział w jej pracach. Prof. dr Krówczyński był przez 2 kadencje przewodniczącym Sekcji Akademickiej FIP, a następnie wiceprezesem Federacji. Profesorowie: Kwapiszewski i Wieniawski również byli

zapraszania do różnych ad hoc powoływanych gremiów uczestniczących w opracowywaniu programowych dokumentów Federacji. Niestety, czasy te należą od kilku lat do przeszłości.

Ostatni, 70 Światowy Kongres Farmacji i Nauk Farmaceutycznych (14 w którym uczestniczyłem) odbywał się w dniach od 28 sierpnia do 2 września w stolicy Portugalii – Lizbonie. Brało w nim udział ponad 3000 uczestników z 120 państw. Motywem przewodnim Kongresu było: *Od cząsteczki do leku dla maksymalizacji efektów terapeutycznych: farmaceutyczna wyprawa odkrywczą*.

W informacji tej nie jest możliwe omówienie, nawet w jak najbardziej ogólny sposób mnogości tematów poruszanych w ponad 100 wykładach plenarnych, licznych doniesieniach ustnych i kilkuset plakatach prezentowanych w trakcie sesji plakatowych. Myślę, że najprostszą sprawą będzie wymienienie bloków tematycznych Kongresu. Były one następujące: (1) *Temat wiodący Kongresu*, (2) *Od nauki do praktyki*, (3) *Nauki farmaceutyczne*, (4) *Prognozowanie i przygotowanie przyszłej praktyki*, (5) *Edukacja farmaceutyczna*, (6) *Zaspokajanie szczególnych potrzeb pacjentów i populacji*, (7) *Współpraca w zapewnianiu bezpieczeństwa i skuteczności leczenia pacjenta* oraz (8) *sesje specjalnych zainteresowań (historia farmacji, farmacja wojskowa, itp.)*.

O tym, jak szeroki był zakres tematów omawianych w powyższych blokach, niech świadczą tytuły odbywających się w ich czasie sesji: „Farmacja jako zawód: dzisiaj i jutro”, „Współ-

czesne wyzwania dla zawodu farmaceuty”, „Ewolucja opieki farmaceutycznej na podstawie rozpoznania molekularnego w dobie genomu i post-genomu”, „Przygotowanie aptek do nowego modelu biznesowego”, „Postępowanie ze szczególnymi pacjentami”, „Leki, które zmieniły świat: wczoraj, dziś i jutro”, „Trendy w aptekarstwie”, „Walka z fałszowaniem leków”, „Przestrzeganie zaleceń terapeutycznych przez pacjentów”, „Aprobowanie generyków bez badań biorównoważności na ludziach – gdzie jesteśmy?”, „Apteka Zdrowia Publicznego”, „Biologia kliniczna - wyzwania edukacyjne” i wiele innych.

Mam nadzieję, że samo wymienienie tych tytułów może zainteresować wielu Czytelników i zachęcić ich do udziału w następnych Kongresach.

Bardziej szczegółowe omówienie wybranych sesji i tematów będzie możliwe dopiero po opublikowaniu odpowiednich materiałów. Obrady Kongresu toczą się jednocześnie w kilku sesjach i w różnych salach i praktycznie uczestniczyć można tylko w kilku wybranych sesjach, a wiedzę o tym, o czym mówiono na innych, czerpać można tylko z bardzo ogólnikowych i niepełnych streszczeń zamieszczonych w materiałach kongresowych. Mam dostęp do bardziej szczegółowych materiałów, ale brak czasu uniemożliwił mi ich opracowanie w tak krótkim czasie (piszę te informacje 1 października), jaki upłynął od zakończenia Kongresu. Postaram się powrócić do tematyki Kongresu w następnych numerach „Aptekarza Polskiego”. ■

dr n farm. Jerzy Łazowski