

Polskie nazewnictwo leków — bałagan trwa...

Krzysztof J. Filipiak

I Katedra i Klinika Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie
Katedra i Zakład Farmakologii Doświadczalnej i Klinicznej Akademii Medycznej w Warszawie

WPROWADZENIE

Od wielu lat w Polsce obserwujemy całkowitą dowolność stosowania polskiej transkrypcji międzynarodowych nazw leków. Zasady ich pisowni nazbyt często stają się źródłem dyskusji między autorami i redaktorami czasopism, wydawcami i odbiorcami tekstów medycznych.

Uważny obserwator łatwo dostrzeże, że pod względem stosowania różnych metod transkrypcji międzynarodowych nazw leków na język polski w naszym kraju utrzymuje się stan „rozbicia dzielnicowego”, w którym wybrane, silne ośrodki wydawnicze kreują swoje sposoby transkrypcji. Aby dojść do takiego wniosku, wystarczy przejrzeć pisma medyczne i publikacje takich wydawców jak: *Medycyna Praktyczna* z Krakowa, *Via Medica* z Gdańska, *PZWL* z Warszawy, *Termedia* z Poznania, *Elsevier Urban & Partner* z Wrocławia i wiele innych.

Co więcej, również polskie władze nadzoru farmaceutycznego i Urząd Rejestracji wykazują się niespotykaną w skali europejskiej niekonsekwencją stosowania nazw leków w narodowym języku, od czasu do czasu rejestrując **simwastatynę**, następnie jej preparaty generyczne zawierające **symwastatynę**, a w decyzjach urzędowych Głównego Inspektora Farmaceutycznego pojawiła się nawet ostatnio jeszcze jedna forma nazwy międzynarodowej tego leku: **simvastatyna** [1]. Niejednego polskiego lekarza może również zadziwić zmiana, jaką przeszedł ostatnio **perinodopril**, lek zarejestrowany w nadciśnieniu tętniczym i w niewydolności serca, który już jako **peryndopryl** uzyskał rejestrację w stabilnej chorobie wieńcowej. Czy na

pewno chodzi o te same leki? Czy tego bałaganu nie można jakoś uporządkować?

Wychodząc naprzeciw propozycji złożonej mi przez dyrektora działu naukowego Wydawnictwa *Via Medica*, dr. med. Łukasza Stolarczyka, z którym nieraz wymienialiśmy poglądy w tej kwestii, przygotowałem artykuł dotyczący polskiej pisowni międzynarodowych nazw leków, prezentujący punkt widzenia osoby hołdującej zasadom polskiego mianownictwa farmakologicznego, przyjętym w 1993 roku. Argumenty te przedstawiałem już zresztą — wraz z dr. Maciejem Niewadą i dr. Józefem Mészárossem — na łamach „Polskiego Przeglądu Kardiologicznego” w 2000 roku [2].

Niniejszy artykuł, drukowany równocześnie w kilku pismach wydawanych przez Wydawnictwo *Via Medica*, być może wywoła dyskusję na ten temat, zachęci do prezentacji stanowisk alternatywnych czy wreszcie doprowadzi do swoistego „okrągłego stołu” Wydawców, klinicystów, farmakologów i farmaceutów, którzy przyjęliby zgodne, powszechnie akceptowane stanowisko w tej sprawie. Czy tak się stanie? Nie wiadomo. Warto jednak zauważyć ten problem i spróbować przedstawić argumenty wszystkich stron.

ŹRÓDŁA KODYFIKACJI I OGÓLNE ZASADY POLSKIEGO MIANOWNICTWA FARMAKOLOGICZNEGO

Ogólne zasady systemu

Należę do grupy osób posługujących się w codziennym języku pisanym polskim nazewnictwem farmakologicznym przyjętym w 1993 roku. Mimo że od tego czasu ukazało się kilka prób jego weryfikacji i poprawy, nadal uważam, że system zaproponowany wówczas jest dobrym konsensusem różnych stanowisk i „szkół transkrypcji”.

Adres do korespondencji:

dr hab. med. Krzysztof J. Filipiak
I Katedra i Klinika Kardiologii Akademii Medycznej w Warszawie
SP Centralny Szpital Kliniczny
ul. Banacha 1a, 02-097 Warszawa
e-mail: krzysztof.filipiak@amwaw.edu.pl

Poniżej przypomniano najważniejsze reguły tego systemu, a przykłady poprawnego spolszczania międzynarodowych nazw leków oparto w niniejszym artykule głównie na lekach stosowanych w szeroko rozumianej praktyce internistycznej.

Zasady tworzenia polskiego nazewnictwa leków omówione poniżej zostały opracowane przez Komisję Nazewnictwa Polskiego Towarzystwa Farmakologicznego (PTF) i wydane drukiem w 1993 roku [3]. Wstępne założenia przyjęte wówczas przez Komisję Nazewnictwa PTF podczas opracowywania mianownictwa najpełniej odzwierciedlają poniższe zasady:

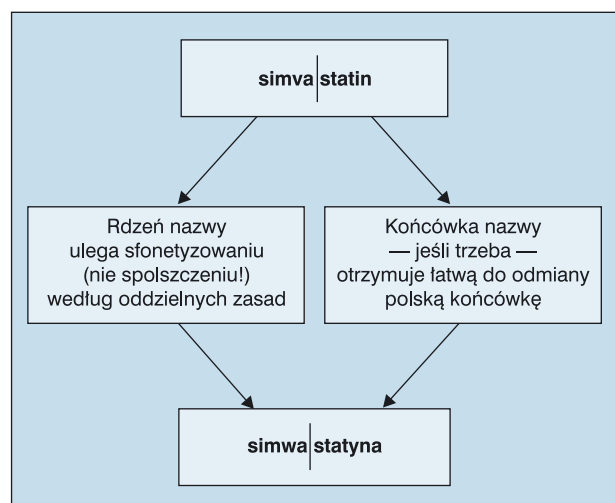
- międzynarodowa nazwa leku w transkrypcji polskiej musi możliwie wiernie oddawać brzmienie oryginalne, a jednocześnie powinna być łatwa w posługiwaniu się i odmianie;
- zasady tworzenia nazw polskich muszą być przejrzyste i jednoznaczne — powinny one umożliwiać spolszczanie międzynarodowych nazw (stworzenie prawidłowej nazwy polskiej) także nowych, wchodzących na rynki farmaceutyczne leków, przez odwołanie się do zasad uniwersalnych;
- nazwy w brzmieniu polskim, spełniające powyższe cele, nie powinny razić oraz powinny być zgodne z zasadami polskiej ortografii.

Komisja Nazewnictwa PTF, uznając w 1993 roku, że spełnienie wszystkich tych wymagań i jednocześnie dostosowanie do dotychczasowych przyzwyczajeń środowiska medycznego jest praktycznie niemożliwe, sformułowała arbitralne i kompromisowe zasady, opierając się na stanowisku Światowej Organizacji Zdrowia (WHO, *World Health Organization*), która zaleca, aby nazwy leków w językach narodowych były **fonetyzowane**, a nie **unaradawiane**. Podstawowe zasady nowego systemu wymieniono w tabeli 1.

Warto zauważyć, że przyjęty system poprawnego zapisu międzynarodowych nazw leków inaczej odnosi się do rdzenia, a inaczej do końcówki nazwy leku. **Tę pierwszą — fonetyzujemy, tę drugą, gdy to konieczne — spolszczamy** (tworzymy polską końcówkę łatwą do odmiany). Różnice te przedstawiono na rycinie 1. Warto podkreślić, że obowiązujące od 1993 roku zasady mianownictwa są więc kompromisem między zwolennikami całkowitego spolszczania nazwy leku (kaptopryl, enalapryl, nifedypina, symwastatyna) a tymi, którzy nazwy międzynarodowe leku stosują na gruncie polskim w zupełnie niezmienionej, anglojęzycznej formie (quinapril, ticlopidina, verapamil) *etc.*

Tabela 1. Trzy ogólne zasady tworzenia polskiego mianownictwa farmakologicznego przyjęte w 1993 roku

- Rdzeń nazwy międzynarodowej leku ulega sfonetyzowaniu według odrębnych zasad, ale nie spolszczeniu, tak aby utrzymać brzmienie najbardziej zbliżone do oryginalnego; zasady fonetyzacji nie powinny prowadzić do zmiany brzmienia rdzenia nazwy
- Nazwa (jeśli to potrzebne) otrzymuje polską końcówkę, w większości przypadków o brzmieniu tradycyjnym, umożliwiającym łatwą odmianę
- Zasady fonetyzacji i tworzenia końcówek są jednoznaczne i arbitralne, aby uniknąć wielokrotnych, różnobrzmiących terminów



Rycina 1. Zasady fonetyzowania rdzenia nazwy i tworzenia polskich końcówek nazwy międzynarodowej leku na przykładzie

Zasady fonetyzowania rdzenia nazwy leku

W spolszczeniu nazwy leku obowiązują proste zasady fonetyzacji rdzenia, wymienione w tabeli 2.

Zgłoski -ci, -di, -ri, -si, -ti, jeżeli występują w rdzeniu nazwy, nie ulegają zmianie w nazwach polskich, a w związku z tym poprawne są jedynie formy, takie jak: **cimetidyna** (*cimetidine*), **ciprofloksacyna** (*ciprofloxacin*), **orciprenalina** (*orciprenaline*), **proscilarydyna** (*proscillaridin*), **grizeofulwina** (*griseofulvin*), **amrinon** (*amrinone*), **milrinon** (*milrinone*), **simwastatyna** (*simvastatin*) [2]. Jedynie zgłoska -hi może przechodzić na -hi lub -hy w zależności od brzmienia, zgodnie z ogólnymi zasadami fonetyzacji w języku polskim (np. **hialuronidaza**, a nie: hyaluronidaza, **hioscyna**, a nie: hyoscyna, **hydrokortyzon**, a nie: hidrokortyzon).

Pozostawienie rdzeniowej zgłoski -di w wersji niezmienionej w nazewnictwie spolszczonym powoduje, że

Tabela 2. Wybrane zasady fonetyzacji rdzenia nazwy leku w polskim mianownictwie farmakologicznym

Zgłoska w nazewnictwie angielskim	Zgłoska w polskim mianownictwie farmakologicznym
ae-	e-
c-	c- lub k-, zgodnie z ogólnymi zasadami
ci-	ci-
di-	di-
e-	nieme zanika
gua-	gua-
h-	nieme zanika
i-	i-
iod-	jod-
ou-	u-
ph-	f-
py-	py-
wyjątek: -pyri	piry
qu-	kw-
quin-	chin-
ri-	ri-
s-	s- lub z-, zależnie od brzmienia
si-	si-
ti-	ti-
tri-	tri-
x-	ksy-
	xi-
	(w kombinacjach -axi, -exi, -ixi, -uxi, -yxi)
xi-	ksy-
	(tylko w kombinacji -oxi)
xs-	xs-
zi-	zi-

za jedynie poprawne nazwy antagonistów wapnia z grupy dihydropirydyny w polskim mianownictwie farmakologicznym należy uznać formy, takie jak: **nifedipina** (*nifedipine*), **nimodipina** (*nimodipine*), **nitrendipina** (*nitrendipine*), **nikardipina** (*nicardipine*), **nisoldipina** (*nisoldipine*), **felodipina** (*felodipine*), **amlodipina** (*amlodipine*). Warto zauważyć, że w przypadku tej grupy leków używanie wymienionych form nie powoduje konieczności odchodzenia od brzmienia i pisowni nazwy anglosaskiej oraz jest jednocześnie wygodne do odmiany.

Fonetyzacji w rdzeniu nazwy międzynarodowej ulegają jedynie zgłoski „obce” językowi polskiemu, takie jak: -ph (na -f), -c (na -k, zgodnie z ogólnymi zasadami), -ae (na

-e), -v (na -w), -quin (na -chin). Zatem poprawne nazwy leków zawierających takie zgłoski w terminologii angielskiej otrzymują formy: **fenytoina** (*phenytoin*), **kaptopril** (*captopril*), **karwedilol** (*carvedilol*), **walsartan** (*valsartan*), **chinidyna** (*quinidine*), **chinapril** (*quinapril*), **tiklopidyna** (*ticlopidine*), **klopidogrel** (*clopidogrel*).

Zgłoska obca językowi polskiemu -x przechodzi w języku polskim na -ks, zgodnie z ogólnymi zasadami (np. **oksprenolol**). Zdecydowano jednak o niefonetyzowaniu zestawienia zgłoskowego -xi (na przykład w złożeniach z: -axi, -exi, -ixi, -uxi, -yxi), choć jako wyjątek od tej reguły potraktowano złożenie -oxi, które powinno być fonetyzowane na -oksy. Wyjątek ten uzasadnia „zadomowienie się” takich form jak „oksydowany”, „oksydacyjny” w innych polskich terminologiach naukowych. Tak więc powinniśmy pisać: **mexiletyna** (*mexiletine*), **abciximab** (*abciximab*), **cefotaxim** (*cefotaxime*), ale jednocześnie używać wyłącznie form: **minoksydil** (*minoxidil*), **digoksylna** (*digoxin*), **piroksydam** (*piroxicam*), **amoksylicyna** (*amoxicillin*), **diazoksyd** (*diazoxide*), **roksytromycyna** (*roxitromicine*), **meloksydam** (*meloxicam*).

Zapamiętania wymaga również przyjęta reguła, która określa, że zgłoska -py pozostaje taka sama w nazwie polskojęzycznej (-py), choć wyjątkowo złożenie -pyri jest fonetyzowane na polski odpowiednik -piry. Powoduje to, że za poprawne należy uznać na przykład formy **dipirydamol** (*dipyridamole*) czy **pirydoksylna**.

Zasady tworzenia polskich końcówek

Polskie końcówki są tworzone w celu umożliwienia wygodnej odmiany nazwy, a także jeśli określone zasady mają charakter wieloletniej tradycji. Tak więc końcówki angielskie -ine, -in przybierają formę polską -yna w takich skojarzeniach, jak: -cine, -dine, -rine, -sine, -tine, -xine, -zine. Dlatego piszemy: **simwastatyna** (*simvastatin*), **atorwastatyna** (*atorvastatin*), **cimetidyna** (*cimetidine*), **ciprofloksacyna** (*ciprofloxacin*), **proscilarydyna** (*proscillaridine*), **tiklopidyna** (*ticlopidine*), **heparyna** (*heparin*), **trimetazidyna** (*trimetasidine*), **adenozyna** (*adenosine*), **klonidyna** (*clonidine*), **mexiletyna** (*mexiletine*), **moksonidyna** (*moxonidine*), **prazosyna** (*prazosin*), **doksazosyna** (*doxazosin*).

Jak już wspomniano, końcówka -ine pozostaje niezmieniona w złożeniach, takich jak: -dipine (-di można uznać za część rdzeniową nazwy przedstawicieli dihydropirydyny), co powoduje, że poprawne są tylko formy polskich nazw antagonistów wapnia, takie jak **nifedipina** (*nifedipine*).

Chociaż końcówki *-ide*, *-id* pozostają w polskiej pisowni jako *-id*, wyjątek od tej reguły stworzono dla nazw kończących się na *-oside*, które przybierają formę *-ozyd* (**lanatozyd**, *lanatoside*). Nie zmienia się jednak, rzecz jasna, w takich nazwach jak: **gliklazid** (*gliclazide*), **glipizid** (*glipizide*) czy **glimepirid** (*glimepiride*). Spośród leków kardiologicznych warto odnotować pozostawienie końcówek *-ile*, *-il* w pierwotnej formie, bez jej fonetyzacji. Oznacza to między innymi poprawność tylko następujących form: **enalapril** (*enalapril*), **kaptopril** (*captopril*), **perindopril** (*perindopril*), **chinapril** (*quinapril*), **trandolapril** (*trandolapril*), **minoksydil** (*minoxidil*).

Przykłady

Z założenia opracowane przez Komisję Nazewnictwa PTF „zasady tworzenia polskiego nazewnictwa leków” nie wymagają tworzenia oddzielnego słownika spolszczonych nazw leków, co więcej, opracowywanie takiego słownika wymagałoby stałej, systematycznej aktualizacji ze względu na coraz większą liczbę nowo syntetyzowanych i rejestrowanych leków. Ewentualny słownik może mieć więc wyłącznie znaczenie pomocnicze.

Na podstawie opracowanych zasad można jednak podać właściwe formy spolszczania nowych nazw leków stosowanych w praktyce klinicznej oraz tych, które są w fazie badań.

Przykłady poprawnego spolszczania nazw wybranych leków stosowanych w chorobach układu sercowo-naczyniowego przedstawiono w tabeli 3. Czytelnicy, którzy uważnie przestudiowali powyższe rozważania, nie powinni mieć kłopotu z udowodnieniem poprawności polskiej formy międzynarodowej nazwy leku prezentowanej w prawej części tabeli.

UWAGI KOŃCOWE — ZASADY KODYFIKOWANE W INNYCH NOMENKLATURACH, „DOBRE OBYCZAJE” PISOWNI I NOMENKLATURY LEKOWEJ

Zaprezentowane powyżej zasady tworzenia polskiej terminologii farmakologicznej nie dotyczą też — rzecz jasna — nazw, będących terminami *sensu stricto* według innych mianownictw, zwłaszcza chemicznego lub fizjologicznego. Niezależnie od zwyczaju i tradycji wprowadza się na przykład konsekwentnie nazwę „**gentamicyna**”, nie „gentamycyna” z uwagi na to, że nazwę tę ustala międzynarodowe mianownictwo antybiotyków, końcówkę „*-mycyna*” rezerwując dla antybiotyków produkowanych przez szczepy *Streptomycetes*.

Tabela 3. Wybrane przykłady poprawnego spolszczania nazw leków stosowanych w chorobach układu sercowo-naczyniowego

Nazwa międzynarodowa	Prawidłowa pisownia nazwy spolszczonej
ajmalin	ajmalina
ambasilide	ambazilid
amiloride	amilorid
betaxolol	betaksolol
deserpidine	deserpidyna
disopyramide	dizopyramid
guanethidine	guanetidyna
ibutilid	ibutilid
isoxsuprine	izoxsupryna
moexipril	moexipril
molsidomine	molsidomina
moveltipril	moweltipril
moxonidine	moksonidyna
nebivolol	nebiwolol
pentaerythritol	pentaerytrol
pravastatin	prawastatyna
reserpine	rezerpina
strophantin	strofantyna
tocainide	tokainid
xanthine	ksantyna

Utrzymuje się również nazwę „**acetylocholina**”, choć nazwa międzynarodowa brzmi „acetylcholine”; termin „acetylocholina” znajduje się bowiem w innych, już istniejących polskich mianownictwach naukowych. Wyjątkowo dopuszczalne są też inne odstępstwa od terminologii, jeśli nazwa ma długoletnią tradycję (np. „**kofeina**”, mimo że według prezentowanych zasad nazwa powinna brzmieć „kaffeina”).

Warto jednocześnie nadmienić, że wyrazem dobrego obyczaju i szacunku dla języka ojczystego jest unikanie w polskojęzycznych publikacjach naukowych zjawiska „kalki językowej” — przenoszenia terminologii anglojęzycznej do języka polskiego. Stąd też zaleca się używanie pojęć: „**antagonista wapnia**” (zamiast „bloker wapnia”), „**beta-adrenolityk**” (zamiast „beta-bloker”), „**azotany**” (zamiast „nitraty”), chociaż z drugiej strony pojęcie „diuretyki” coraz częściej występuje zamiennie obok nazwy polskiej — „leki moczopędne”, a „analgetyki” obok formy tradycyjnej — „leki przeciwbólowe”. (Tych „nowości” nie tolerowałby np. mój wielki nauczyciel, jeden z pionierów farmakologii klinicznej w Polsce — dr med. Wojciech Rewerski z Warszawy).

Chociaż pojęcie normy językowej jest względne i zmienne w kontekście czasowym, nazwy takie jak „diuretyki” czy „analgetyki” mogą być zaakceptowane na zasadzie istnienia w polskiej terminologii naukowej pojęć, takich jak: diureza czy analgezja. Na tej samej zasadzie trudno zaakceptować jednak sformułowanie „antykoagulanty” (nie ma takiego procesu jak „antykoagulacja”), stąd też bardziej poprawne wydaje się konsekwentne stosowanie terminu „leki przeciwzakrzepowe”. Język polski stale ewoluuje i jest poddawany — zwłaszcza w nauce — procesom tak zwanej globalizacji lingwistycznej, nie powinno to jednak, moim zdaniem, prowadzić do bezmyślnego „kalkowania” angielskich nazw grup terapeutycznych.

Szczególnie niepoprawnym wydaje się w tym kontekście stosowanie nazwy „**bloker**” — słowa nieistniejącego w języku polskim. Pojęcie to dodatkowo pozbawia nas informacji o mechanizmie działania leku, tradycyjnie zakodowanego w terminologii polskiej. Nie wiemy wówczas, czy substancja jest **antagonistą** na przykład receptora czy innej podobnej struktury, czy też **inhibitorem** (procesu, reakcji, enzymu itd.). Dlatego podkreśla się potrzebę konsekwentnego stosowania określeń: „**beta-adrenolityk**”, „**beta-mimetyk**”, „**antagonista wapnia**”, **inhibitor konwertazy angiotensyny**”, „**antagonista receptora angiotensynowego AT-1**” itp.

Jedynie w przypadku nowej grupy leków wpływających na płytkowy receptor powierzchniowy IIb/IIIa możliwe jest wymienne stosowanie nazw „**antagonista receptorów IIb/IIIa**” lub „**inhibitor receptorów IIb/IIIa**”, ponieważ — jak pamiętamy — substancje z tej grupy (abciximab, eptifibatid, tirofiban) łączą się z receptorami powierzchniowymi płytki (antagoniści), doprowadzając w konsekwencji do zatrzymania procesu agregacji płytek poprzez zahamowanie tworzenia połączeń: receptor jednej płytki–fibrynogen–receptor drugiej płytki (inhibitory reakcji agregacji płytek).

Problematyka polskiego nazewnictwa grup leków jest jednak osobną kwestią, zasygnalizowaną jedynie w ogólnym zarysie powyżej. Forsowanie przez niektórych Wydawców form gramatycznych „**antagonisty wapnia**” zamiast „**antagoniści wapnia**” pokazuje, że i nad tym problemem należy podjąć pilną dyskusję. Przyznam szczerze, że pierwsza forma, mimo że posiada „błogosławieństwo” największych polskich autorytetów polonistycznych, w tym prof. Jana Miodka z Wrocławia, odstrasza mnie swym nietradycyjnym brzmieniem.

Oprócz zasad skodyfikowanych, omówionych pokrótce powyżej, istnieje cały zbiór praw nieskodyfikowanych, ugruntowanych tradycją i dbałością o rozróżnianie handlowych i międzynarodowych nazw leków. Polskie mianownictwo farmakologiczne obejmuje wyłącznie nazwy międzynarodowe. Nazwy handlowe nie ulegają formalnemu spolszczeniu ani fonetyzacji — również ze względów formalno-prawnej ochrony nazwy produktu; gdy występują one w piśmiennictwie naukowym, powinny być umieszczane w nawiasach obok nazwy międzynarodowej, na przykład enalapril (Enap, Benalapril), chinapril (Accupro, Acurenal), digoksyna (Digoxin).

Przyjęło się również używanie nazw międzynarodowych leków w pisowni małą literą, natomiast nazwy handlowe są pisane dużą literą. Ułatwia to czasem rozróżnienie, czy mowa jest o leku jako substancji farmakologicznej czy też o konkretnym preparacie — na przykład furosemid (Furosemid).

Zaledwie kilku leków na świecie — ze względu na szczególne miejsce w farmakoterapii — dotyczy zjawisko „zastępowania” nazwy międzynarodowej przez nazwę handlową leku oryginalnego. Tak jest na przykład w przypadku kwasu acetylosalicylowego, który w wielu publikacjach (częściej wydawanych w Stanach Zjednoczonych niż w Europie) jest określany mianem aspiryny. Ponieważ jednak producent oryginalnego preparatu — firma Bayer — tradycyjnie posiada prawa do nazwy zastrzeżonej „Aspirin”, powinniśmy używać prawidłowej nazwy międzynarodowej. W praktyce rozpowszechnił się zwyczaj stosowania skróconej nazwy międzynarodowej tego leku — ASA. Wydaje się, że również w polskojęzycznych publikacjach zwyczaj ten jest godny polecenia.

Wbrew pozorom, rozróżnianie handlowych i międzynarodowych nazw leków stanowi nadal problem, nie tylko dla lekarzy. Wielu polskich lekarzy, zapewne na skutek braku spójnego systemu pisowni nazw leków, na przykład mylnie sądzi, że popularny preparat heparyny drobnocząsteczkowej — Fraxiparine — jest jednocześnie nazwą międzynarodową tej substancji, choć jest nią oczywiście nadroparyna (Fraxiparine). Pomimo tego, w pewnym polskim podręczniku wybitny profesor medycyny pisze o zaletach „*stosowania fraxiparyny, a nie heparyny niefrakcjonowanej*”. Inny wybitny diabetolog, w swoim wykładzie, omawiając leki z grupy inhibitorów konwertazy angiotensyny, wymienia: kaptopril, lisinopril, Enarenal i perindopril. Pozwolicie Państwo, że cytaty te pozbawimy przypisów...

PODSUMOWANIE

Polskie mianownictwo farmakologiczne dysponuje od 1993 roku spójnymi i skodyfikowanymi zasadami tworzenia nazewnictwa leków — zasadami, które wielu uznaje za jedne z lepiej i starannie opracowanych. Są one konsekwentnie stosowane w części medycznych publikacji i periodyków. Autor niniejszego artykułu, dzierżąc stanowisko sekretarza Rady Naukowej „Kardiologii po Dyplomie” (*Medical Tribune*, Warszawa), jak i redaktora działów farmakoterapii w pismach: „Choroby Serca i Naczyń” (*Via Medica*, Gdańsk) oraz „Polski Przegląd Kardiologiczny” (*Almamedia*, Opole), na co dzień zajmuje się zarówno żmudnym poprawianiem nadsyłanych tekstów pod względem ich zgodności z tymi zasadami, jak i dyskusją z gronem korektorów i redaktorów nad argumentami stojącymi za taką a nie inną pisownią danej nazwy leku.

W wielu polskojęzycznych czasopismach naukowych nadal panuje pełna dowolność w zakresie zasad spolszczania międzynarodowych nazw leków. Wyraża się to między innymi występowaniem tak niepoprawnie spolszczonych nazw jak: enalapryl (zamiast poprawnej: **enalapril**), chinapryl (zamiast: **chinapril**), walsartan (zamiast: **walsartan**), nifedypina (zamiast: **nifedipina**) czy ticlopidyna (zamiast: **tiklopidyna**). Polityka konkretnego wydawcy (czasem — Rady Redakcyjnej, Redaktora Naczelnego) kreuje w Polsce określony, własny system spolszczania i fonetyzacji nazw międzynarodowych leków, co powoduje istnienie kilku odrębnych systemów pisowni, zadziwia Czytelników i wprowadza chaos nomenklaturowy.

Międzynarodowe nazwy leków pojawiające się w polskich publikacjach medycznych nie mają nic wspólnego z omówionymi powyżej zasadami, co gorsza, są fonetyzowane i spolszczane w sposób, który nie utrzymuje brzmienia nazwy najbardziej zbliżonej do oryginalnej, utrudniając na przykład posługiwanie się polskimi indeksami leków. Najlepszym przykładem tego zjawiska jest ostatnia edycja referencyjnego, skądinąd znakomitego pod względem merytorycznym, „Indeksu Leków Medycyny Prak-

tycznej 2005”, wydawanego w Krakowie, w którym na próżno szukać by takich substancji jak: **abciximab**, **basiliximab**, **brinzolamid**, **cefotaxim**, **cyprofloksacyna**, **desipramina**, **desloratadyna**, **eptifibatid**, **etidronian**, **fosinopril**, **indinawir**, **infliximab**, **irinotekan**, **lisinopril**, **moexipril**, **rosiglitazon**, **risperidon**, **risedronian** [4]. Zamiast nich domyślny Czytelnik, zabawiając się w Sherlocka Holmesa zastanawiającego się nad pytaniem: *Jak można by to jeszcze spolszczyć?*, znajdzie w innym miejscu porządku alfabetycznego leki, takie jak: **abciksimab**, **bazyliksymab**, **brynzolamid**, **cefotaksym**, **cyprofloksacyna**, **dezloratadyna**, **dezypramina**, **eptyfibatyd**, **etydronian**, **fozynopryl**, **indynawir**, **infliksimum**, **irynotekan**, **lizynopryl**, **meksypryl**, **rozyglitazon**, **rysperydon**, **ryzedronian**. Niektóre z tych tłumaczeń to zaledwie małe utrudnienie w znalezieniu opisu leku, w przypadku innych jest już trudniej — prawdziwej pracy detektywistycznej wymagać będzie na przykład ustalenie, że opis **rytuksymabu** dotyczy substancji o nazwie **rituximab**. To tylko niektóre przykłady. Widać z nich zresztą, że wspomniane Wydawnictwo nie tyle przyjęło inny system nomenklatury, co w ogóle nie przyjęło żadnego i prowadzi na Czytelnikach swoisty eksperyment translatorski. Konia z rzędem temu, kto wytłumaczy na przykład, dlaczego w tym indeksie leki **abciximab** i **basiliximab** są tłumaczone w polskiej wersji językowej odpowiednio na: **abciksimab** i **bazyliksymab**, leki **ketotifen** i **pizotifen** odpowiednio na: **ketotifen** i **pizotyfen**, a leki przeciwcukrzycowe **glimepride** i **repaglinide** na odpowiednio: **glimepiryd** i **repaglinid**. Wie to być może *Medycyna Praktyczna*, ale czy rzeczywiście powinniśmy dalej tolerować taki bałagan?

PIŚMIENNICTWO:

1. Decyzja Głównego Inspektora Farmaceutycznego, mgr Doroty Duliban, nr GIF-P-R-481-53/RS/05 z dnia 30 grudnia 2005 roku.
2. Filipiak K.J., Niewada M., Mészáros J. Zasady tworzenia polskiego nazewnictwa leków kardiologicznych. *Pol. Przegl. Kardiol.* 2000; 2 (1): 71–75.
3. Zasady tworzenia polskiego nazewnictwa leków. Instytut Leków, Warszawa 1993.
4. Indeks Leków Medycyny Praktycznej 2005. *Medycyna Praktyczna*, Kraków 2005.