

SPECJALISTYCZNE CZASOPISMO DLA DIETETYKÓW I PROFESJONALISTÓW ŻYWIENIA

www.wspolczesnadietetyka.pl

współczesna diete- tyka

ISSN 2449-6219 | MAJ 2019

NR 23



TEMAT
NUMERU

Leczenie żywieniowe uzupełniająca terapię boreliozy

mgr Marta Stelmasiak
dr hab. n. med. Barbara Joanna Bałan

- Dialog motywujący w gabinecie dietetyka
- Żywnienie w przypadku zakażenia *Helicobacter pylori*
- Produkty mleczne w diecie sportowca
- Właściwości prozdrowotne wybranych olejów zimnotłoczonych



9 772449 621900

Konopie i CBD: superżywność czy lek?

Korzyści, zagrożenia, status prawny
w Unii Europejskiej



Konopie – rośliny magiczne, lecznicze, użytkowe, w końcu zakazane. Powszechność wykorzystania konopi w celach żywieniowych i leczniczych spotyka się ze skrajnymi emocjami, które – niezależnie od tego czy są nad wyraz optymistyczne, czy negatywne – mogą wynikać z niewiedzy.

Od kilku lat obserwuje się wzrost zainteresowania produktami na bazie konopi. Intensywna reklama przypisująca *Cannabis* wręcz niewiarygodne korzyści zdrowotne napędza rozwój nowych produktów, pośród których absolutnym objawieniem jest kannabidiol (CBD). Pojawia się pytanie, czy wszystkie produkty dostępne na rynku są legalne, bezpieczne i faktycznie tak dobroczynne dla zdrowia?

Konopie przez tysiące lat miały znaczącą pozycję w żywieniu i medycynie ludowej. W czasach nowożytnych przejściowo straciły na popularności za sprawą polityki antynarkotykowej, jednak od kilku lat wzrasta zainteresowanie żywieniowymi, użytkowymi i leczniczymi właściwościami tych roślin. Wartość światowego rynku produktów (legalnych i nielegalnych) składających się z *Cannabis* lub zawierających ich przetwory

wynosi około 150 mld dolarów. Prognozy wskazują, że rynek produktów legalnych do 2025 r. wzrośnie aż o 77% i osiągnie wartość 166 mld¹.

KLASYFIKACJA I STATUS PRAWNY KONOPI W POLSCE

Klasyfikacja botaniczna konopi zmieniała się na przestrzeni lat. Te jednoroczne, dwupłciowe rośliny należą do rzędu różowców (*Rosales*), rodzina konopiatych (*Cannabaceae*). Wyróżnia się trzy zasadnicze podgatunki:

- *Cannabis sativa* subsp. *indica* (Lam.) E. Small & A. Cronquist,
- *Cannabis sativa* subsp. *sativa*,
- *Cannabis sativa* var. *ruderalis* (Janisch.) S.Z. Liou².

Na potrzeby artykułu należy rozróżnić cechy, które mają bezpośredni wpływ na właściwości i status prawny konopi. *Cannabis sativa* (tzw. konopie siewne, włókniste) – to podgatunek typowy dla krajów północy. Zgodnie z unijnym katalogiem roślin rolniczych zaliczane są do roślin oleistych i włóknistych³. Europejskie odmiany charakteryzuje wyższa zawartość kannabidiolu (CBD), podczas gdy suma zawartości Δ^9 -THC (delta-9-tetrahydrokannabinolu i kwasu tetrahydrokannabinolowego) jest niska i limitowana prawnie do 0,20% w przeliczeniu na suchą masę. *Cannabis indica* natomiast naturalnie występuje w krajach o ciepłym klimacie i jest podgatunkiem bogatym w żywicę oraz Δ^9 -THC (> 0,20% suchej masy)⁴.

W Polsce uprawa konopi włóknistych jest dozwolona wyłącznie na potrzeby przemysłu włókienniczego, chemicznego, celulozowo-papierniczego, spożywczego, kosmetycznego, farmaceutycznego, materiałów budowlanych oraz nasiennictwa. Zakaz dotyczy uprawy i zbioru ziela lub żywicy konopi innych niż włókniste, przy czym wyjątek stanowią badania naukowe⁴.

Z HISTORII SŁÓW KILKA

Pierwsze medyczne zastosowanie konopi opisano 2700 p.n.e. Chińczycy wykorzystywali konopie leczniczo w terapii bolesnych chorób wewnętrznych, leczeniu bólu zębów, zwalczaniu krost i ran jamy ustnej. W XIX w. nalewki z konopi stosowano w Anglii i Ameryce jako środki przeciwbólowe i przeciw mdłościom. W 1942 r. konopie usunięto z Farmakopei amerykańskiej. Dalsze ograniczenia zastosowań medycznych wynikały z rozwoju leków syntetycznych. Definitywne wykluczenie konopi nastąpiło za sprawą jednolitej konwencji o środkach odurzających z 1961 r., w której zostały sklasyfikowane jako substancja psychoaktywna niemająca zastosowania medycznego. Sytuacja uległa zmianie w lipcu 2018 r., kiedy Komitet Ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) ds. Uzależnienia od Narkotyków wydał zalecenie o wyłączeniu CBD z konwencji o kontroli narkotyków (mimo że jeszcze w 1954 r. WHO prezentowała stanowisko, że konopie nie posiadają właściwości terapeutycznych)^{5, 6}.

Ślady konopi na terenach dzisiejszych państw europejskich (np. Rumunia, Niemcy, Szwajcaria) datowane są na epokę neolitu^{5, 7}. Przez setki lat wytwarzano z nich produkty przemysłowe (odzież, włóknó, leki, kosmetyki, środki czystości, lakiery i smary). Ciekawostką motoryzacyjną jest Ford Hemp Body Car z 1941 r. z karoserią na bazie konopi i silnikiem napędzanym etanolem konopnym. Hodowlę polskich odmian konopi włóknistych rozpoczęto w 1946 r.⁸. Dla rolnictwa interesujące mogą być fitoremediacyjne (zdolność do oczyszczania gleb zdegradowanych przez

przemysł) i allelopatyczne (zdolność do hamowania nadmiernego rozwoju chwastów) właściwości konopi⁷.

Nie tak dawno zastosowanie konopi w Europie ograniczało się do żywienia zwierząt. Praktycznie nie były wykorzystywane w żywieniu człowieka, jak miało to miejsce w przeszłości ze względu na ich korzystną cenę i dostępność. Przykładem stosowania nasion i oleju w regionalnej kuchni polskiej są: tradycyjna zupa bożonarodzeniowa zwana siemieniuchą bądź siemieniatką (region łódzki) i przysmak lubelski – łochdziaki (pierogi gotowane ze zwarem – szarobiałym serem z siemienia konopnego). W przeszłości nasiona konopi były częstym składnikiem pączków (region dolnośląski), a olej – okrasą do kaszy i ziemniaków⁹.

Obecnie w celach żywieniowych najczęściej wykorzystuje się nasiona świeże lub poddane obróbce (termicznej, mechanicznej – olej i mąka). Liście i kwiaty stosowane są głównie w celach aromatyzujących przy produkcji piw konopnych oraz jako składnik herbatek ziołowych¹⁰.

W Polsce uprawa konopi włóknistych jest dozwolona wyłącznie na potrzeby przemysłu włókienniczego, chemicznego, celulozowo-papierniczego, spożywczego, kosmetycznego, farmaceutycznego, materiałów budowlanych oraz nasiennictwa.

BEZPIECZEŃSTWO ŻYWNOSCI Z KONOPI

Δ^9 -tetrahydrokannabinol (Δ^9 -THC) jest najbardziej istotnym składnikiem zagrażającym bezpieczeństwu żywności wytwarzanej z konopi, jak również żywności pochodzącej od zwierząt karmionych konopiami (ryzyko przeniesienia np. do mleka). Dlatego od 2015 r. Europejski Urząd ds. Bezpieczeństwa Żywności (EFSA) prowadzi ocenę narażenia w UE na szkodliwe działanie Δ^9 -THC pochodzącego z żywności. Najniższe obserwowane działanie szkodliwe (LOAEL – *Lowest Observed Adverse Effect Level*) wynosi 2,5 mg Δ^9 -THC /dzień (= 0,036 mg Δ^9 -THC/kg masy ciała/dzień), a ostrą dawką referencyjną (ARfD – *Acute Reference Dose*) jest już 1 μ g/kg masy ciała. Wyniki unijnego



monitoringu z lat 2015–2018 będą podstawą dla nowych wymagań prawnych określających maksymalny dozwolony poziom zanieczyszczenia żywności Δ^9 -THC^{11,12}. Do tego czasu zawartość Δ^9 -THC powyżej dawki ARfD może być podstawą zakwestionowania produktów dostępnych w obrocie. Komisja Europejska (KE) zaleca, aby produkty wprowadzane na rynek podlegały kontroli przedsiębiorców w kierunku obecności Δ^9 -THC^{11,13}. Niezależnie od powyższego unijne prawo żywnościowe zobowiązuje do kontrolowania innych czynników ryzyka zagrażających bezpieczeństwu żywności, jak na przykład zanieczyszczenia chemiczne (np. metale ciężkie, WWA, PCB) i mikrobiologiczne.



Nasiona konopne i ich przetwory są cenione ze względu na wartość odżywczą. Dostarczają do 25% pełnowartościowego białka o wysokiej wartości biologicznej i strawności.

WARTOŚĆ ODŻYWCZA KONOPI

Nasiona konopne i ich przetwory są cenione ze względu na wartość odżywczą. Dostarczają do 25% pełnowartościowego białka o wysokiej wartości biologicznej i strawności. Na tle żywności pochodzenia roślinnego składem aminokwasowym ustępują praktycznie tylko soi. Najważniejszymi aminokwasami w nasionach konopi są: arginina, leucyna, izoleucyna, fenyloalanina, lizyna, metionina, treonina, tryptofan, walina. Są także dobrym źródłem fosforu, potasu, magnezu, wapnia, żelaza i witaminy E oraz błonnika. Według różnych

źródeł frakcja tłuszczowa nasion sięga 30–40%, z czego do 90% stanowią niezbędne wielonienasycone kwasy tłuszczowe. Największy udział procentowy przypada na kwas linolowy, alfa-linolenowy oraz kwasy gamma-linolenowy i stearydynowy. Stosunek kwasów tłuszczowych z rodziny n-6 i n-3 jest przy tym bardzo korzystny (pomiędzy 2:1 a 3:1). W oleju konopnym występują także inne cenne związki, np.: fosfolipidy, fitosterole, terpeny czy salicylan metylu. Ze względu na zawartość chlorofilu oleje z nasion konopi tłoczone na zimno należy przechowywać w ciemnym i chłodnym miejscu, aby spowolnić procesy utleniania^{14,15}.

WALORY PROZDROWOTNE W REKLAMACH

Zgodnie z przepisami unijnymi znakowanie, prezentacja i reklama nie mogą przypisywać żywności cech i właściwości, których ona nie posiada. Każdy komunikat, który stwierdza, sugeruje lub daje do zrozumienia, że istnieje związek pomiędzy żywnością lub jednym z jej składników a zdrowiem, stanowi oświadczenie zdrowotne. Żywność promowana przy użyciu oświadczeń jest na ogół postrzegana przez konsumentów jako bardziej korzystna żywieniowo. Aby zapobiec wprowadzaniu konsumentów w błąd, zastosowano ograniczenia polegające na zakazie używania oświadczeń względem składników, których działanie nie zostało potwierdzone lub co do których nie istnieje jednoznaczne stanowisko naukowe¹⁶. W myśl przepisów unijnych oświadczenia zdrowotne są zabronione, jeśli KE nie udzieliła zezwolenia na ich stosowanie zgodnie z rozporządzeniem 1924/2006 i nie figurują w wykazie dopuszczonych oświadczeń zdrowotnych. Udzielono wiele zezwoleń dotyczących korzyści zdrowotnych wielonienasyconych kwasów tłuszczowych, witamin i składników mineralnych. W wykazie dopuszczonych oświadczeń znajdziemy m.in. treści dotyczące składników odżywczych zawartych w nasionach, oleju konopnym i ich przetworach (rozporządzenie 432/2012), zatem przepisy umożliwiają przekazywanie konsumentom informacji w sprawie korzyści zdrowotnych tych produktów¹⁰.

Niestety, wiele produktów (w szczególności tzw. oleje CBD i innego rodzaju preparaty zawierające kannabidiol) reklamowanych jest niezgodnie z przepisami. Z dostępnych informacji wynika, że żaden z przedsiębiorców nie złożył dotychczas do KE wniosku o udzielenie zezwolenia na stosowanie oświadczeń zdrowotnych dotyczących korzyści zdrowotnych kannabidiolu. Jednocześnie w reklamach opisywane są wielokierunkowe korzyści tej substancji, często opatrzone nieuzasadnionymi hasłami „superfood”, „nutraceutyk”, „nutrikosmetyk”, o nieostrym znaczeniu dla konsumentów. Kannabidiol w reklamach żywności w sposób





nieuprawniony wynoszony jest do rangi panaceum skutecznego w chorobach zapalnych, autoimmunologicznych, wirusowych, wzmocnieniu libido, leczeniu chorób skórnych i objawów menopauzy, leczeniu raka, cukrzycy i stwardnienia rozsianego.

Prozdrowotne i lecznicze właściwości konopi są przedmiotem wielu projektów badawczych, jednak obecny marketing często nie jest tworzony na podstawie uznanych dowodów naukowych. Niezgodność wielu reklam z przepisami polega również na nieprzestrzeganiu zakazu przypisywania żywności właściwości zapobiegania chorobom lub leczenia chorób występujących u ludzi bądź też odwoływania się do takich właściwości (art. 7 rozporządzenia 1169/2011)¹⁸. Trudno zatem dziwić się osobom, które nie przebiegają w słowach, nazywając produkty z CBD nowym „snake oil”, z tego względu, że bardzo duża część oświadczeń zdrowotnych nie znajduje pokrycia w dowodach naukowych¹⁷.

Czym więc właściwie jest kannabidiol (CBD), jak działa, czy jest bezpiecznym i legalnym składnikiem żywności?

KANNABINOIDY

Odkrycie układu endokannabinoidowego o ważnych funkcjach regulacyjnych w organizmie człowieka bez wątpienia przyczyniło się do rozwoju badań nad konopiami. Układ kannabinoidowy kontroluje m.in. mechanizmy równowagi energetycznej, czynności układu dokrewnego i odpornościowego. W organizmie zidentyfikowano specyficzne receptory kannabinoidów,

które różnią się powinowactwem do określonych substancji i lokalizacją (CB1 – dominują w ośrodkowym układzie nerwowym oraz zakończeniach nerwów obwodowych, CB2 – są dominujące w komórkach układu odpornościowego)^{5, 6, 19}.

Z blisko 550 substancji chemicznych zidentyfikowanych w konopiach ponad 100 zalicza się do lipofilowych związków chemicznych klasy kannabinoidów o różnych właściwościach biochemicznych. Zasadniczo wyróżnia się trzy grupy kannabinoidów: fitokannabinoidy (pochodzenia roślinnego), endokannabinoidy (produkty syntezy wewnątrzustrojowej) oraz kannabinoidy syntetyczne. Najbardziej znanymi fitokannabinoidami są Δ^9 -THC i CBD. Stężenie tych substancji w roślinach zależy od rodzaju gleby, czynników klimatycznych i odmiany rośliny^{19, 20}.

Prozdrowotne i lecznicze właściwości konopi są przedmiotem wielu projektów badawczych, jednak obecny marketing często nie jest tworzony na podstawie uznanych dowodów naukowych.

THC – poza działaniem psychoaktywnym – wiąże się z receptorami CB i oddziałuje na kanały jonowe oraz enzymy. Efektem tego jest działanie przeciwbólowe, pobudzające, przeciwwymiotne, pobudzające apetyt, obniżające ciśnienie śródgałkowe. CBD nie wykazuje działania psychoaktywnego, ponieważ wydaje się nie





przyłączać w znaczących ilościach do receptorów typu CB1 i CB2. Oddziałuje na inne struktury, takie jak: kanały jonowe, receptory i enzymy, co przekłada się na działanie przeciwzapalne, przeciwbólowe, zapobiegające nudnościom, przeciwwymiotne, antypsychotyczne, zapobiegające niedokrwieniu, anksjolityczne oraz przeciwpadaczkowe. CBD prawdopodobnie nasila również działanie endokannabinoidów⁵.



Obecne regulacje prawa żywnościowego nie określają ani kryteriów czystości tego typu preparatów, ani też warunków ich stosowania jako składnika żywności.

FITOKANNABINOIDY - ZASTOSOWANIE LECZNICZE

Obecnie większość krajów unijnych zezwala lub rozważa zezwolenie na medyczne stosowanie konopi i kannabinoidów, przy czym rozwiązania prawne w tym zakresie istotnie się różnią. Przyczyną są m.in. przeciwstawne opinie dotyczące korzyści (argumenty kliniczne) i szkodliwości (stosowanie rekreacyjne)^{5, 6}.

Lecniczo wykorzystywane są zarówno naturalne fitokannabinoidy (THC, CBD), jak i kannabinoidy syntetyczne (np. nabilon, dronabinol). W Unii Europejskiej żaden kraj, który zezwala na medyczne stosowanie preparatów konopnych, nie zaleca ich palenia. Jest to uzasadnione ze względów etycznych i bezpieczeństwa terapii – produkty spalania są źródłem wielopierścieniowych węglowodorów aromatycznych (WVA) o znanym działaniu nowotworowym. Najlepiej udokumentowana skuteczność preparatów kannabinoidowych dotyczy leczenia lekoopornych typów padaczki

u dzieci, spastyczności mięśniowej u pacjentów ze stwardnieniem rozsianym oraz nienowotworowego bólu przewlekłego, w tym bóli neuropatycznych. Poza ww. wskazaniami upatruje się skutecznego zastosowania konopi w leczeniu zaburzeń snu, w chorobach nowotworowych (zwiększają poczucie komfortu, zmniejszają lęk, stymulują apetyt, są pomocne w kontroli mdłości i wymiotów) oraz w jądłowstręcie, chorobach przewodu pokarmowego (biegunki, choroby zapalne jelit), padaczce, chorobie Parkinsona, jaskrze i przewlekłych chorobach reumatoidalnych. Niestety, obecnie brak jest jednoznacznych silnych dowodów potwierdzających skuteczność i bezpieczeństwo rutynowego stosowania fitokannabinoidów w tych jednostkach chorobowych^{5, 6}.

W Polsce jedynym zarejestrowanym obecnie produktem leczniczym jest preparat Sativex na bazie wyciągów z liści i kwiatów *Cannabis*, o równoważnej zawartości THC i CBD. Sativex może być stosowany jako lek drugiego rzutu w celu poprawy objawów związanych ze sztywnością mięśni występującą w stwardnieniu rozsianym. Zgodnie z prawem lekarze mają także możliwość włączania do terapii leków zarejestrowanych w innych krajach UE w ramach procedury importu docelowego.

Ważną zmianą na korzyść blisko 300 tysięcy potencjalnych pacjentów w Polsce jest ubiegłoroczna nowelizacja ustawy o przeciwdziałaniu narkomanii, która dokonuje swoistej zmiany klasyfikacji konopi innych niż włókniste (w tym: ziela, wyciągów, nalewek farmaceutycznych i żywicy) na surowiec farmaceutyczny dozwolony do sporządzania leków recepturowych⁴. Klinicyści praktykujący lecznicze stosowanie konopi zwracają jednak uwagę na potrzebę doprecyzowania przepisów, aby wykluczyć ryzyko odmiennych interpretacji na przykład przez organy ścigania²¹.

Preparaty lecznicze z konopi zazwyczaj są dobrze tolerowane, jednak istnieje szereg przeciwwskazań

do ich stosowania, np. choroby psychiczne, leczenie środkami psychotropowymi, uzależnienia. Możliwe są również działania niepożądane, dlatego specjaliści podkreślają, że kryterium wyboru zawsze powinny stanowić aktualne dane naukowe i dobro pacjenta.

KANNABIDIOL JAKO SKŁADNIK ŻYWNOŚCI

Status prawny „CBD” i tzw. „olejów CBD” jeszcze do niedawna nie był oczywisty we wszystkich krajach unijnych. Wątpliwości dotyczyły możliwości stosowania czystej substancji, jak również ekstraktów standaryzowanych na zawartość CBD, pomimo że naturalnie występuje w konopiach *Cannabis sativa* (1–5% zależnie od odmiany i warunków uprawy)¹⁰.

CBD przypisywane są wielokierunkowe właściwości zdrowotne, jednak najsilniejsze dowody naukowe wskazują na jego skuteczność jedynie w leczeniu niektórych chorób w połączeniu z THC. Mechanizm działania CBD nie został ostatecznie dobrze poznany. Skutki uboczne CBD obejmują nudności, zmęczenie i drażliwość. CBD może zwiększać poziom zawartości kumadyny we krwi oraz podnosić stężenie niektórych leków we krwi, poprzez taki sam mechanizm jak w przypadku soku grejpfrutowego^{23, 24}. Podstawy teoretyczne dotyczące roli CBD w układzie kannabinoidowym są obiecujące, jednak dotychczas sukcesem zakończono nieliczne badania. Wiele doniesień nie jest potwierdzonych naukowo lub dotyczą one efektów wykazanych w badaniach na zwierzętach. Specjaliści podkreślają, że w wielu przypadkach samo określenie odpowiedniej dawki CBD stanowi wyzwanie¹⁷.

Z dostępnych danych wynika, że CBD nie wykazuje działania uzależniającego i nie wskazywano dotychczas, aby jego spożywanie (również w czystej postaci) wiązało się z istotnym ryzykiem dla zdrowia publicznego. Jednocześnie zwodniczy marketing niedowodzonych metod leczenia może budzić obawy dotyczące ryzyka ograniczenia przez pacjentów stosowania odpowiednich, uznanych metod leczenia poważnych chorób w oparciu o odpowiedniej jakości produkty lecznicze.

Obecne regulacje prawa żywnościowego nie określają ani kryteriów czystości tego typu preparatów, ani też warunków ich stosowania jako składnika żywności. Konsumentom nie mogą mieć 100% pewności odnośnie jakości nabywanych produktów, które nie posiadają statusu produktu leczniczego. Badania przeprowadzone w USA wykazały, że jakość wielu produktów o statusie środków spożywczych pozostawia wiele do życzenia. Prawie 70% analizowanych produktów z rynku amerykańskiego było oznakowanych niezgodnie z przepisami (sugerowanie właściwości leczniczych)

oraz miało stężenia składnika inne niż deklarowano na etykiecie. Niektóre produkty zawierały również THC, co bezsprzecznie stanowi naruszenie prawa konsumentów do bezpieczeństwa nabywanej żywności¹⁷.

Reasumując, powyższe wątpliwości dotyczące produktów CBD na gruncie przepisów prawa żywnościowego dotyczą zapewnienia bezpieczeństwa i interesów konsumentów, które są priorytetem unijnego prawa żywnościowego.

Zgodnie ze stanowiskiem KE nasiona, olej z nasion, mąka z nasion konopi, odtłuszczone nasiona konopi są żywnością o udokumentowanej historii znaczącego spożycia przez ludzi w UE przed dniem 15 maja 1997 r. KE zauważa jednak, że ekstrakty z *Cannabis sativa* L. i produkty pochodne zawierające kannabinoidy nie posiadają historii znaczącego spożycia w UE i są tzw. „nową żywnością”.

Powyższe dotyczy zarówno ekstraktów, jak i produktów, do których są dodawane (np. oleje z nasion konopi). Stanowisko KE dotyczy również kannabinoidów syntetycznych i ekstraktów zawierających kannabinoidy z roślin innych niż *Cannabis sativa* L.²⁵.

Podstawy teoretyczne dotyczące roli CBD w układzie kannabinoidowym są obiecujące, jednak dotychczas sukcesem zakończono nieliczne badania.

Odnośnie olejów CBD przyjmuje się, że wyłącznie oleje tłoczone z nasion mogą być bezpiecznie wprowadzane na rynek. Wszelkie modyfikacje tradycyjnego procesu produkcji olejów konopnych, w tym programowana hodowla roślin, nowoczesne metody ekstrakcji, koncentracji, oczyszczania lub wzbogacania w celu podwyższenia zawartości CBD może skutkować tym, że produkt będzie postrzegany jako nowa żywność. Wówczas jego obecność na rynku będzie nieuprawniona do czasu udzielenia przez KE zgody na wprowadzenie na rynek zgodnie z rozporządzeniem 2015/2283¹³.

Aktualne stanowisko KE pokrywa się w tej kwestii m.in. z dotychczasowym podejściem wielu krajów unijnych, w tym również Polski. Konsekwencją dla branży

NOWOŚCI
W ŻYWNOŚCI



jest wzmocniona aktywność inspekcji kontrolujących. Do europejskiego systemu wczesnego ostrzegania o niebezpiecznej żywności i paszach (z ang. RASFF – *Rapid Alert System for Food and Feed*) od marca do maja wpłynęło już 30 powiadomień w sprawie nieautoryzowanej nowej żywności zawierającej CBD²⁶.

WNIOSKI

- I. Tradycyjne produkty konopne (nasiona, mąka) charakteryzują się wysoką wśród produktów pochodzenia roślinnego zawartością pełnowartościowego białka, składników mineralnych i witamin. Olej stanowi doskonałe źródło wielonienasyconych kwasów tłuszczowych o korzystnym stosunku n-6 do n-3. Urozmaicenie diety z wykorzystaniem tego typu produktów z pewnością przyniesie szereg korzyści wymiernych dla zdrowia.
- II. Bezpieczne i skuteczne lecznicze stosowanie konopi musi być poprzedzone konsultacją lekarską, doбором odpowiedniego preparatu i postępowaniem wg uznanych standardów, a nie w oparciu o produkty z kategorii suplementy diety, innego rodzaju środki spożywcze lub kosmetyki sprzedawane w ogólnodostępnych sklepach (w tym sprzedaż internetowa i inne formy sprzedaży na odległość) lub sprzedaży bezpośredniej.
- III. Bezpieczeństwo kannabidiolu jako składnika żywności nie jest udokumentowane. Ze względu na brak autoryzowanych oświadczeń zdrowotnych

nieuprawnione jest również przypisywanie mu korzyści zdrowotnych w odniesieniu do żywności.

- IV. Status prawny CBD odnośnie żywności pokazuje, że nieświadomość lub ignorancja prawa działają na niekorzyść przedsiębiorców lub (co gorsze) konsumentów, którzy nie mogą mieć pewności odnośnie jakości zdrowotnej nabywanych produktów.
- V. Producenci preparatów z CBD powinni możliwie najszybciej wnioskować do KE w sprawie autoryzacji nowej żywności oraz o udzielenie zezwolenia na stosowanie nowych oświadczeń zdrowotnych. Wnioskowanie z wykorzystaniem zastrzeżonych danych naukowych daje prawo 5-letniej wyłączności na terenie UE, więc kto pierwszy, ten lepszy.
- VI. Do czasu zakończenia procedur unijnych związanych z oceną bezpieczeństwa i skuteczności CBD konsumenci żywności powinni wykazać się należytą przezornością odnośnie nabywanych produktów i przypisywanych im korzyści zdrowotnych. W przypadku suplementów diety na stronie Głównego Inspektoratu Sanitarnego (<https://rejestrzp.gis.gov.pl/>) można sprawdzić, jak Urząd zaopiniował interesujący nas produkt.



mgr inż. Paweł Mirosz

Technolog żywności, dietetyk, specjalista ds. bezpieczeństwa żywności. Od blisko 10 lat związany z firmą doradczą IGI Food Consulting, w której realizuje projekty doradcze dla branży spożywczej i farmaceutycznej dotyczące wprowadzania nowych produktów na rynek, specjalizuje się w zagadnieniach dotyczących bezpieczeństwa, klasyfikacji, znakowania i reklamy żywności funkcjonalnej, suplementów diety i produktów dietetycznych oraz nowej żywności.

Bibliografia:

1. Milenkovic Z., *Here Comes Cannabis – How Legalisation Will Disrupt Global Industries*, "Euromonitor International" 2018.
2. Catalogue of life – 25th March 2019 indexing the world's know species; Internet: <http://www.catalogueoflife.org/col/details/species/id/b5060befe6168f1e11a0524b64264cb4/source/tree>.
3. Wspólny katalog odmian gatunków roślin rolniczych, trzeci suplement do 37 pełnego wydania (Dz. U. UE C. 2019.113.1 z dnia 2019.03.25).
4. Ustawa z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii (t.j. Dz. U. z dnia 29 maja 2018 r., poz. 1030).
5. Firenzuoli F., Epifani F., Loiacono I., Jarosz J. (red. polskiego wyd.), *Konopie dla wszystkich – lecznicze zastosowanie marihuany*, Esteri, 2016.
6. *Medical use of cannabis and cannabinoids – Questions and answers for policymaking*, "European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction" December 2018.
7. Kaniowski R., Pniowska I., Kubacki A., Strzelczyk M., Chudy M., Oleszak G., *Konopie siewna (Cannabis sativa L.) – wartościowa roślina użytkowa i lecznicza*, "Post Fitoter" 18(2), 2017, 139–144.
8. Strzelczyk M., *Perspektywne kierunki i priorytety w hodowli konopi włóknistych w Polsce i na świecie*, Instytut Włókien Naturalnych i Roślin Zielarskich, Poznań 2016.
9. Ministerstwo Rolnictwa i Rozwoju Wsi – Potrawy i tradycje bożonarodzeniowe; Internet, 15.04.2019: <https://www.gov.pl/web/rolnictwo/potrawy-i-tradycje-bozonarodzeniowych>.
10. *Cannabis sativa L. as a traditional food source*, European Industrial Hemp Association. 16 October 2018.
11. Zalecenie Komisji (UE) 2016/2115 z dnia 1 grudnia 2016 r. w sprawie monitorowania obecności Δ9-tetrahydrokannabinolu, jego prekursorów oraz innych kannabinoidów w żywności.
12. EFSA CONTAM Panel (EFSA Panel on Contaminants in the Food Chain), 2015. *Scientific Opinion on the risks for human health related to the presence of tetrahydrocannabinol (THC) in milk and other food of animal origin*, "EFSA Journal" 13(6), 2015, 4141, 125; doi:10.2903/j.efsa.2015.4141.
13. Informacja Głównego Inspektora Sanitarnego w sprawie substancji kannabidiol (CBD) Warszawa 23 listopada 2018 r.
14. Callaway J.C., *Hempseed as a nutritional resource: An overview*, "Euphytica" 140, 2004, 65–72.
15. Siudem P., Wawer I., Paradowska K., *Konopie i kannabinoidy*, "Farmacja Współczesna" 8, 2015, 1–8.
16. Rozporządzenie (WE) nr 1924/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 20 grudnia 2006 r. w sprawie oświadczeń żywieniowych i zdrowotnych dotyczących żywności.
17. Rabin R. C., *CBD Is Everywhere, but Scientists Still Don't Know Much About It*, "The New York Times" 25 Feb. 2019.
18. Rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) nr 1169/2011 z dnia 25 października 2011 r. w sprawie przekazywania konsumentom informacji na temat żywności, zmiany rozporządzeń Parlamentu Europejskiego i Rady (WE) nr 1924/2006 i (WE) nr 1925/2006 oraz uchylenia dyrektywy Komisji 87/250/EWG, dyrektywy Rady 90/496/EWG, dyrektywy Komisji 1999/10/WE, dyrektywy 2000/13/WE Parlamentu Europejskiego i Rady, dyrektywy Komisji 2002/67/WE i 2008/5/WE oraz rozporządzenia Komisji (WE) nr 608/2004.
19. Komorowski J., Stepien H., *Rola układu endokannabinoidowego w regulacji czynności dokrewnej i kontroli równowagi energetycznej człowieka*, "Postepy Hig Med Dosw." 61, 2007, 99–105 (online).
20. Pokrywka M., Góralska J., Solnica B., *Kannabinoidy – nowy oręż do walki z nowotworami?* "Postepy Hig Med Dosw." 70, 2016, 1309–1320 (online).
21. Kurkiewicz A., *Kilka uwag na temat regulacji prawnych dotyczących tzw. marihuany medycznej*, Informator Fundacji Warszawskie Hospicjum dla dzieci nr 1 (87), marzec 2019.
22. Másillo M., Sadilek T., Martin T., Jurado E., *cannabidiol (CBD) and hemp: novel food status in the EU*, Inter Nationalcannabis and Cannabinoids Institute, 2019.
23. *CANNABIDIOL (CBD) – Critical Review Report. Expert Committee on Drug Dependence Fortieth Meeting*, World Health Organization, Geneva, 4–7 June 2018.
24. Kurkiewicz P., *Cannabidiol (CBD) – what we know and what we don't*, Harvard Health Blog – Harvard Health Publishing; POSTED AUGUST 24, 2018, 6:30 AM.
25. Novel food catalogue: Cannabinoids – European Commission; Internet 15.04.2019 http://ec.europa.eu/food/safety/novel_food/catalogue/search/public/index.cfm.
26. RASFF Portal. Internet 16.04.2019 (<https://webgate.ec.europa.eu/rasff-window/portal/?event=SearchForm&cleanSearch=1>).