

BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ W KRAKOWIE

FARMACJA KRAKOWSKA



ROK XII / nr 1 / 2009



Kompleksowa usługa:
projekt, wykonanie, dostawa do siedziby firmy

logotyp firmy
wizytówki i papiery firmowe
pieczętka
koperty firmowe
strona internetowa firmy

ulotki i plakaty reklamowe
billboardy
foldery reklamowe

a po pracy...
imprezy okolicznościowe
wyjazdy integracyjne
katering
przewozy osób

Jeden telefon, jedna faktura

Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Krakowie

Farmacja
Krakowska



Kwartalnik, rok XII / nr 1 / 2009

Wydawca:

© Okręgowa Izba Aptekarska w Krakowie

30-382 Kraków, ul. Kobierzyńska 98/68

tel. 0-12 264-25-14, 0-12 264-25-53, 0-12 264-25-54, fax 0-12 264-25-09

<http://www.oia.krakow.pl>

e-mail: redakcja_bfk@oia.krakow.pl

Redaguje kolegium w składzie:

mgr farm. Barbara Sanowska – redaktor naczelna

mgr farm. Piotr Józwiakowski – prezes OIA

dr n. farm. Maciej Bilek – z-ca redaktora naczelnego

mgr farm. Iwona Dymarczyk, mgr farm. Joanna Typek, Maciej Kołaczkowski,

Jadwiga Wojdyła

Stali współpracownicy:

Paweł Kubica

Maciej Strzemski

Realizacja wydawnictwa:

Hector Studio

Kraków, ul. Kazimierza Wielkiego 1/15

tel. kom. 0-601 40-65-39

e-mail: ll@gk.pl

Skład, łamanie: Leszek Liskiewicz

Projekt okładki: Atilla Leszek Jamrozik

Fotografia: Adam Olszowski

Na okładce obraz Piotra Stachiewicza „Hygiea”,

będący własnością Muzeum Farmacji w Krakowie, ul. Floriańska 25

Redakcja nie zwraca niezamówionych materiałów i zastrzega sobie prawo do skrótu,
nie odpowiada za treść ogłoszeń.

ISSN 1505-8166

Nakład: 2500 egzemplarzy



SPIS TREŚCI

Od redakcji	4
Informacje bieżące	5
Kalendarium	6
Informacje Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie	7
Prawnik radzi	15
Wykaz obowiązujących aktów prawnych	17
Nowości wydawnicze	18
Co farmaceuta wiedzieć powinien	19
Przegląd wiadomości naukowych	26
Od natury do receptury	29
Rośliny lecznicze	32
Misce, fiat	35
Apteki Małopolski	38
Przed 100 laty polska prasa farmaceutyczna pisała... ..	47
Z dawnej apteki	48
Wydarzenia	49



OD REDAKCJI

Drogie Koleżanki i Szanowni Koledzy!

Zaczął się nowy rok. Jak zawsze dla wszystkich wielka niewiadoma. Co przyniesie? Czy będzie lepszy? Oby nie okazał się gorszy. Może zapowiadany kryzys nie da nam się wszystkim we znaki? Myślę tu zarówno o naszych aptekach, jak i o gospodarstwach domowych. Niestety, nie mamy na to zbyt wielkiego wpływu i pozostaje nam jedynie troszczyć się o własne interesy.

Niespodziewanie w połowie stycznia Rzecznik Praw Obywatelskich – Janusz Kochanowski, zaskarżył do Trybunału Konstytucyjnego niektóre artykuły, w 20 ustawach samorządowych, zwracając uwagę na niekonstytucyjność tych aktów prawnych, w zakresie obowiązkowej przynależności do samorządów zawodowych. Nigdy nie uważałem, że nasza ustawa o izbach aptekarskich ogranicza dostęp do zawodu. Czy obowiązkowa przynależność jest restrykcyjna i uporczywa dla farmaceuty? (No, może dla niektórych? Ale chyba tylko w kwestii opłacania składek członkowskich). Zadaniem samorządu jest m.in. reprezentowanie zawodu aptekarza, obrona jego interesów, sprawowanie pieczy nad prawidłowym wykonywaniem zawodu oraz troska o zachowanie jego godności i niezależności. Swoje zadania samorząd wykonuje w szczególności poprzez stwierdzanie prawa wykonywania zawodu, prowadzenie rejestru farmaceutów, opiniowanie aktów normatywnych dotyczących produktów leczniczych, aptek i wykonywania zawodu. W żadnym stopniu te zapisy nie zamykają drogi do wykonywania zawodu młodemu adeptom farmacji. Ideą naszej ustawy jest pełne zabezpieczenie dobrego wykonywania zawodu. Nie można tego uczynić tylko dla wybranych, którzy dobrowolnie poddadzą się ryzyku stawania przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej i sądem aptekarskiem. Dobrowolna przynależność do samorządu stworzyłaby z niego związek zawodowy, a to bynajmniej nie jest to samo.

Znaleźliśmy się jednak (być może trochę nieszczęśliwie) w grupie takich zawodów zaufania publicznego, jak adwokaci, radcy prawni i pozostałe zawody prawnicze, a także architekci. W moim odczuciu nie można traktować tych samorządów jednakowo, wrzucając wszystkie do jednego worka, jak uczynił to Rzecznik Praw Obywatelskich.

W mojej ocenie Rzecznik kwestionuje podstawowe prawa ustroju demokratycznego, który przewiduje tworzenie samorządów zawodowych. Istnienie samorządów wydaje się być nieodzowne i to nie tylko ze względu na restrykcje wynikające z zapisów ustaw, ale głównie ze względu na obronę interesów i godności poszczególnych zawodów. Samorzady same powinny radzić sobie z zasadami wykonywania swojego zawodu, bez ingerencji państwa.

Kończąc, mam nadzieję, że nie jestem osamotniony w swoich przemyśleniach i choć po części podzielają Państwo moje zdanie.

Kraków, styczeń 2009 r.

mgr farm. Piotr Józwiakowski
Prezes OIA w Krakowie



INFORMACJE BIEŻĄCE

Okręgowa Izba Aptekarska w Krakowie

ul. Kobierzyńska 98/68, 30-382 Kraków

tel. 264-25-13, 264-25-14, 264-25-53, 264-25-54, fax 264-25-09

Nr konta: 36 1020 2892 0000 5702 0016 1745

Biuro w Krakowie czynne:

w poniedziałki od godz. 9⁰⁰ do 17⁰⁰

od wtorku do piątku od godz. 9⁰⁰ do 15³⁰

Prezes

mgr farm. Piotr Józwiakowski pełni dyżury:

w poniedziałki od godz. 12⁰⁰ do 17⁰⁰, w czwartki i piątki od godz. 12⁰⁰ do 14⁰⁰

Kierownik biura

Jadwiga Wojdyła

Radca prawny OIA

mgr Janusz Brol dyżuruje w poniedziałki od godz. 14⁰⁰ do 17⁰⁰

Wysokość składek członkowskich:

- Kierownicy aptek ogólnodostępnych i hurtowni farmaceutycznych: 65 zł
- Inne osoby pełniące kierownicze funkcje na stanowiskach związanych z wykonywaniem zawodu farmaceuty oraz kierownicy aptek szpitalnych i zakładowych: 35 zł
- Pozostali członkowie Izby (w tym pracujący emeryci i renciści): 20 zł
- Emeryci i renciści niepracujący: 5 zł



KALENDARIUM

- 10-11.12.2008 r.** **Warszawa – Falenty** – posiedzenie plenarne NRA
- 12-14.12.2008 r.** **Krynica** – Okręgowy Zjazd Aptekarzy
- 18.12.2008 r.** **Kraków** – spotkanie opłatkowe, na zaproszenie prorektora UJ ds. Collegium Medicum, prof. Wojciecha Nowaka – uczestniczył prezes Piotr Józwiakowski
- 22.12.2008 r.** **Kraków** – spotkanie opłatkowe, na zaproszenie wojewody małopolskiego i marszałka woj. małopolskiego – uczestniczył prezes Piotr Józwiakowski
- 5.01.2009 r.** **Kraków** – charytatywny koncert noworoczny w Filharmonii Krakowskiej, na rzecz dzieci ociemniałych w Laskach, oddział w Rabce
- 12.01.2009 r.** **Kraków** – na Wydziale Farmaceutycznym CMUJ prezes spotkał się z prof. Barbarą Filipek, celem omówienia dalszej współpracy w zakresie „*eduk@cji*”
- 15.01.2009 r.** **Kraków** – w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej spotkali się prezesi i przewodniczący wszystkich samorządów zawodowych z terenu Małopolski, w związku ze złożonym do Trybunału Konstytucyjnego wnioskiem Rzecznika Praw Obywatelskich
- 20.01.2009 r.** **Warszawa** – posiedzenie Prezydium NRA
- 24.01.2009 r.** **Kraków** – Auditorium Maximum, kurs zaliczany do punktacji ciągłego kształcenia farmaceutów: „*Nutraceutyki, suplementy i witaminy*”, „*postępowanie w farmakoterapii chorób metabolicznych – cukrzyca*”
- 26.01.2009 r.** **Kraków** – ślubowanie farmaceutów odbierających prawo wykonywania zawodu.



INFORMACJE OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ W KRAKOWIE

Sprawozdawczy Zjazd Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie



Sprawozdawczy Zjazd Delegatów Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie odbył się w dniach 12-14 grudnia 2008 r. w Krynicy. Celem zjazdu było podsumowanie pracy organów OIA w pierwszym roku V kadencji oraz opracowanie wytycznych dla Rady na następny rok.

Zjazd miał charakter roboczy. Oprócz obrad plenarnych, delegaci pracowali w 3 panelach:

- apteki ogólnodostępne,
- apteki szpitalne,
- deontologii i odpowiedzialności zawodowej.

Wnioski z prac w panelach zostały przekazane Radzie do realizacji.

Delegaci pozytywnie ocenili pracę organów OIA w roku sprawozdawczym i udzielili im absolutorium.

(BS)





Sprawozdanie Prezesa Okręgowej Rady Aptekarskiej w Krakowie

Szanowni Państwo!

Składam na Państwa ręce sprawozdanie z działalności Okręgowej Rady Aptekarskiej w Krakowie, a także tego, co w ostatnim roku wydarzyło się w naszym samorządzie. Jak to już stało się tradycją, sprawozdania poszczególnych organów izby, komisji, a także funkcyjnych członków ORA stanowią osobne dokumenty, które zostały Państwu dostarczone w materiałach zjazdowych.

Upłynął pierwszy rok od momentu kiedy ponownie obdarzyli mnie Państwo zaufaniem i powierzyli zaszczytną funkcję prezesa ORA. Mam nadzieję, że nie zawiodłem oczekiwań. Staram się swoją pracę wykonywać sumiennie i rzetelnie, mając zawsze na uwadze interes aptekarzy i aptek. Nie zawsze jednak jest możliwe rozwiązanie problemów w taki sposób, aby wszyscy byli zadowoleni. Docierają do nas poszczególne sygnały osób nieusatysfakcjonowanych działaniami i funkcjonowaniem izby. Przeważnie jednak wszystkie negatywne głosy kierowane są do biura. Chcielibyśmy, aby sprawy takie były poruszane w szerszym gronie, np. na spotkaniach kwartalnych.

Mijający rok obfitował w wiele wydarzeń dotyczących naszego środowiska. Rozpoczęło się od Krajowego Zjazdu Aptekarzy w Bełchatowie, na którym wybraliśmy nowe władze Naczelnej Rady Aptekarskiej. Czy wybory były słuszne? Przyjdzie nam ocenić to za 4, a właściwie to już za 3 lata.

Opiniowaliśmy wiele aktów prawnych. Wprowadzono m.in. nowelizację ustawy Prawo farmaceutyczne i ustawy o izbach aptekarskich, czego wynikiem są m.in. zmiany w kwestii stwierdzania prawa wykonywania zawodu w stosunku do obywatela polskiego jak i cudzoziemca. Nowelizacja obowiązuje każdego farmaceuty, który odbiera prawo wykonywania zawodu, do złożenia stosownego ślubowania przed prezesem właściwej okręgowej izby aptekarskiej.

Nie obyło się też bez nowych rozporządzeń w sprawie list leków podstawowych i uzupełniających, wykazu cen leków oraz nowelizacji rozporządzenia o receptach lekarskich. Wprowadzono także rozporządzenie w sprawie warunków wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza. Rozporządzenie to budzi wiele kontrowersji, zwłaszcza jeśli chodzi o transport produktu leczniczego, podczas którego winna być zapewniona kontrola temperatury.

Przedstawiono nam do opiniowania również projekt ustawy o zawodach medycznych, który m.in. reguluje status technika farmaceutycznego. Niestety, projekt ten stanowi próbę uporządkowania bardzo szerokiego zakresu problemów i z uwagi na dużą liczbę zawodów nim objętą, budzi wiele wątpliwości.

W bieżącym roku pierwszy raz w historii powojennej Polski farmaceuci (również członkowie naszej izby) zdawali egzamin z farmacji szpitalnej. Do egzaminu mogli przystąpić na podstawie osiągnięć naukowych i zawodowych, a nie – jak wcześniej wymagano – po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego.

Wiele uwagi poświęcono też kwestii marginalizacji aptek szpitalnych w systemie opieki lecznictwa zamkniętego. Istnieje konieczna potrzeba poprawy sytuacji aptek i aptekarzy szpitalnych oraz zagwarantowania przez ZOZ-y właściwego poziomu usług farmaceutycznych. Projekt nowelizacji ustawy o ZOZ-ach nie przewidywał apteki w wykazie działów szpitala, co tłumaczono umiejscowieniem jej w Prawie farmaceutycznym. Zdaniem samorządu rozwiązanie takie jest niewystarczające i apteka musi stanowić wyszczególniony w ustawie dział szpitala. Wobec tego prowadzone są działania zmierzające do uregulowania tej kwestii i zagwarantowania aptece szpitalnej miejsca w nowelizacji ustawy.

Również od tego roku na nowych zasadach odbywają się egzaminy końcowe ze specjalizacji farmaceutycznych. Egzamin składa się z dwóch części – praktycznej i teoretycznej. W przypadku zaliczenia części praktycznej, a negatywnej oceny z części teoretycznej, powtarza się tylko egzamin teoretyczny.

Coraz popularniejsze są plany rozwoju opieki farmaceutycznej w Polsce. Jest to przedsięwzięcie godne realizacji i popularyzacji, ale niełatwe. Wymaga współpracy farmaceutów z lekarzami, a ta nie zawsze okazuje się łatwa. Te dwa środowiska powinny mówić jednym głosem i mieć na względzie jeden wspólny cel – dobro pacjenta. Tymczasem próby zwiększenia roli farmaceuty lekarze przeważnie odbierają jako wkraczanie w ich kompetencje. Warunkiem powodzenia i realizacji opieki farmaceutycznej w Polsce jest zmiana mentalności przedstawicieli obydwóch zawodów, dobrej woli i nawiązania rzeczywistej współpracy. Żadne ustawy ani przepisy tego nie uregulują.

W bieżącym roku – 31 grudnia – kończy się pierwszy okres edukacyjny objęty rozporządzeniem w sprawie ciągłego kształcenia farmaceutów zatrudnionych w aptekach i hurtowniach farmaceutycznych. Farmaceuci, którzy nie zgromadzą wymaganej liczby 100 punktów edukacyjnych, nie dopełnią ustawowego obowiązku. Na uzasadniony wniosek farmaceuty okres edukacyjny może zostać przedłużony, ale nie więcej niż o 24 miesiące. Prawo nie przewiduje jednak żadnych sankcji w przypadku niedopełnienia obowiązku (poza wpisem w rejestrze farmaceutów). W ciągu ostatnich 5 lat, które obejmuje okres edukacyjny, izba zorganizowała bądź też była współorganizatorem 82 szkoleń, w tym 6 kursów. Z naszej inicjatywy uruchomiono również pierwszy w Polsce portal e:learningu, na którym dostępne były zarówno posiedzenia naukowo-szkoleniowe, jak i kursy. (Szczegółowy wykaz szkoleń stanowi załącznik do niniejszego sprawozdania). Nadmienię, iż program eduk@cja cieszy się ogromną popularnością. W ciągu 3 lat jego istnienia z tej formy szkolenia skończyło ponad 24 tysiące farmaceutów z całej Polski.

W tym miejscu pozwolę sobie na osobistą dygresję, stwierdzając, że zapewniłbym farmaceutom wystarczającą ilość szkoleń uprawniających do zdobycia wyma-

ganej liczby punktów. Dowodem na to jest ogromna liczba członków naszej OIA, którzy przedkładają do wpisu certyfikaty, pozwalające dokonać zaliczenia okresu edukacyjnego. Nie wspomnę już o pojedynczych osobach, które były gotowe do zaliczenia tego okresu w 2006 r. Podsumowując ten temat, sprawa punktów edukacyjnych jest obecnie wiodąca w naszym biurze i z nią łączy się większość telefonów jak i wizyt farmaceutów.

W mijającym okresie sprawozdawczym warto odnotować, iż z inicjatywy pani mgr Małgorzaty Lelito został zorganizowany I Piknik Farmaceutyczny „MIXTURA 2008”, mający na celu integrację środowiska. Podczas imprezy miała miejsce akcja charytatywna „Dla Beatki” - dziewczynki poszkodowanej w wypadku autobusu szkolnego, dla której zbierano środki finansowe na rehabilitację - była także loteria fantowa, gry i zabawy dla dzieci, występ kabaretu „KLIKA” i zabawa taneczna. Jedynym minusem imprezy była pogoda, która splotała figla i przyniosła gwałtowne ochłodzenie. Pragnę jednak podziękować pani mgr Lelito za szczególne zaangażowanie w organizację Pikniku i wyrazić nadzieję na kolejne tego typu imprezy.

Myślę, że warto w niniejszym sprawozdaniu odnotować, iż we wrześniu br. dr Stanisław Piechula - prezes Śląskiej Rady Aptekarskiej, wystąpił z inicjatywą połączenia izb śląskiej, beskidzkiej i częstochowskiej, motywując to lepszą reprezentacją, dbałością o sprawy członków, a także zwiększeniem majątku izby. Jednakże zarówno izby bielska, jak i częstochowska nie podzieliły entuzjazmu Śląskiej Rady Aptekarskiej i stanowczo sprzeciwiły się temu zamiarowi, argumentując m.in. tym, iż praktyki takie są konfliktujące i szkodliwe dla całej korporacji. Stanowiska obydwu izb poparło prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej, nie znajdując umotywienia prawnego dla tego typu działań.

Kończąc, pragnę podziękować wszystkim tym, którzy poświęcili swój czas i energię pomagając mi i wspierając mnie w podejmowaniu decyzji. Jednocześnie zachęcam Państwa do dyskusji i oceny prac rady, a także wskazówek na nadchodzący rok.

mgr farm. Piotr Józwiakowski

Kraków, 30.11.2008 r.

Prezes Okręgowej Rady Aptekarskiej w Krakowie



Uchwały Okręgowego Zjazdu Aptekarzy z 12 grudnia 2008 r.



UCHWAŁA Nr 15 /V/08 w sprawie uchwalenia Regulaminu Okręgowego Zjazdu Aptekarzy

Na podstawie art. 27 pkt 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jednolity Dz. U. 08.138.856) oraz § 3 ust. 4 Regulaminu Okręgowego Zjazdu Aptekarzy uchwała się, co następuje:

§ 1

Okręgowy Zjazd Aptekarzy działa w oparciu o Regulamin Okręgowego Zjazdu Aptekarzy, przyjęty Uchwałą Nr 1/V/07 z dnia 7.12.2007r.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
mgr farm. Lidia Nowak

Przewodniczący Zjazdu
dr farm. Leokadia Danek



UCHWAŁA Nr 16 /V/08 w sprawie uchwalenia porządku obrad Okręgowego Zjazdu Aptekarzy

Na podstawie art. 27 pkt 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jednolity Dz. U. 08.138.856) oraz § 3 ust. 4 Regulaminu Okręgowego Zjazdu Aptekarzy uchwała się, co następuje:

§ 1

Okręgowy Zjazd Aptekarzy uchwała porządek obrad Okręgowego Zjazdu Aptekarzy.

§ 2

Treść porządku obrad stanowi załącznik do niniejszej uchwały.

§ 3

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
mgr farm. Lidia Nowak

Przewodniczący Zjazdu
dr farm. Leokadia Danek



UCHWAŁA Nr 17 /V/08
w sprawie zatwierdzenia rocznego sprawozdania
Okręgowej Rady Aptekarskiej, Okręgowej Komisji Rewizyjnej,
Okręgowego Sądu Aptekarskiego,
Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

Działając na zasadzie art. 27 pkt 3 ustawy z dnia 19.04.1991 r. o izbach aptekarskich (tekst jednolity Dz. U. 08.138.856) oraz § 3 ust. 3 Regulaminu Okręgowego Zjazdu Aptekarzy uchwała się, co następuje:

§ 1

Okręgowy Zjazd Aptekarzy przyjmuje i zatwierdza sprawozdania z działalności w roku 2007/2008:

1. Okręgowej Rady Aptekarskiej
2. Okręgowej Komisji Rewizyjnej
3. Okręgowego Sądu Aptekarskiego
4. Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
mgr farm. Lidia Nowak

Przewodniczący Zjazdu
dr farm. Leokadia Danek





UCHWAŁA Nr 18 /V/08
w sprawie udzielenia absolutorium
organom Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie

Działając na zasadzie art. 27 pkt 3 ustawy z dnia 19.04.1991r. o izbach aptekarskich (tekst jednolity Dz. U. 08.138.856) oraz § 3 ust. 1 Regulaminu Okręgowego Zjazdu Aptekarzy uchwała się, co następuje:

§ 1

Okręgowy Zjazd Aptekarzy udziela absolutorium za działalność w roku 2007/2008 następującym organom:

1. Okręgowej Radzie Aptekarskiej
2. Okręgowej Komisji Rewizyjnej
3. Okręgowemu Sądowi Aptekarskiemu
4. Okręgowemu Rzecznikowi Odpowiedzialności Zawodowej

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
mgr farm. Lidia Nowak

Przewodniczący Zjazdu
dr farm. Leokadia Danek



UCHWAŁA Nr 19 /V/08
w sprawie uchwalenia budżetu i gospodarki finansowej Izby

Działając na zasadzie art. 27 pkt 2 ustawy z dnia 19.04.1991r. o izbach aptekarskich (tekst jednolity Dz. U. 08.138.856) oraz § 3 ust. 2 Regulaminu Okręgowego Zjazdu Aptekarzy uchwała się, co następuje:

§ 1

Okręgowy Zjazd Aptekarzy uchwała i przyjmuje budżet i zasady gospodarki finansowej Izby na rok 2008/2009, zgodnie z przedstawionym preliminarzem.

§ 2

Uchwała wchodzi w życie z dniem podjęcia.

Sekretarz Zjazdu
mgr farm. Lidia Nowak

Przewodniczący Zjazdu
dr farm. Leokadia Danek



PRAWNIK RADZI

Osiągnięcie przez pracownika wieku emerytalnego nie może być podstawą do zwolnienia

Siedmioosobowy skład Izby Pracy, Ubezpieczeń Społecznych i Spraw Publicznych Sądu Najwyższego (odpowiadając na pytanie prawne Rzecznika Praw Obywatelskich) orzekł, iż:

- osiągnięcie wieku emerytalnego lub nabycie praw emerytalnych nie może być wyłączną przyczyną rozwiązania stosunku pracy,
- zwolnienie pracowników wyłącznie z powodu wieku jest przejawem dyskryminacji.

(Uchwała z 21 stycznia 2009 r. sygn. II PZP 13/08)



Zatrudnienie w porze nocnej

Dostosowując przepisy prawa pracy do dyrektyw unijnych, w kodeksie pracy zawarto w art. 151⁷ pojęcie pracownika nocnego, tzn. takiego „którego rozkład czasu pracy obejmuje w każdej dobie co najmniej 3 godziny pracy w porze nocnej lub którego co najmniej 1/4 czasu pracy w okresie rozliczeniowym przypada na porę nocną”. Pora nocna obejmuje wybrane 8 godzin między godzinami 21.00 a 7.00. Czas pracy pracującego w nocy nie może przekraczać 8 godzin na dobę, jeżeli wykonuje prace szczególnie niebezpieczne albo związane z dużym wysiłkiem fizycznym lub umysłowym (np. dyżur nocny magistra farmacji).

Przed przystąpieniem do pracy (podpisaniem umowy o pracę) pracownik musi być poinformowany, czy w zakładzie praca jest wykonywana także w nocy. Informacje te muszą być również zawarte w regulaminie pracy, układzie zbiorowym lub statucie. Zastrzeżenia o obowiązku pracy nocnej mogą ewentualnie być zawarte w treści umowy o pracę.

Zgodnie z treścią art. 151⁸ § 1 kodeksu pracy – pracownikowi wykonującemu pracę w porze nocnej przysługuje dodatek do wynagrodzenia za każdą godzinę pracy w porze nocnej w wysokości 20% stawki godzinowej wynikającej z minimalnego wynagrodzenia za pracę, ustalonego na podstawie odrębnych przepisów.

Praca w godzinach nocnych, z uwagi na swoją uciążliwość zarówno fizyczną jak i społeczną (rodzinną), podlega pewnym ograniczeniom. W głównej mierze ograniczenie to obejmuje kobiety w ciąży oraz pracowników wychowujących małe dzieci (do ukończenia 4 roku życia). Uprawnienie takie przysługuje nie tylko rodzicom biologicznym, ale również opiekunom prawnym. Należy jednocześnie zauważyć, iż z uprawnienia tego może korzystać tylko jeden z rodziców (opiekunów), o czym należy powiadomić pracodawcę. Kobiety w ciąży lub osoby wychowujące małe dzieci mogą wykonywać pracę w godzinach nocnych wyrażając na to zgodę. Jeżeli pracownica spodziewa się dziecka i nie wyrazi zgody na pracę w godzinach nocnych, pracodawca zobowiązany jest zmienić jej czas pracy, tak by nie obejmował godzin nocnych. W przypadku braku takiej możliwości pracodawca musi zwolnić taką osobę z obowiązku świadczenia pracy na czas ciąży.

Kolejną grupą pracowników, którzy nie mogą pracować w godzinach nocnych są młodociani (osoba, która ukończyła 16 lat, a nie przekroczyła 18 lat). Dla pracowników tych pora nocna nie może rozpocząć się później niż o godzinie 22.00, a dla tych, którzy nie ukończyli jeszcze gimnazjum, później niż o godzinie 20.00.

Kraków, 23.01.2009 r.

Janusz Broł
radca prawny OIA w Krakowie





WYKAZ OBOWIĄZUJĄCYCH AKTÓW PRAWNYCH

Obejmuje okres od 1 listopada 2008 r. do 31 grudnia 2008 r.

Dz.U.08.206.1292 z dnia 21.11.2008 r.

- rozporządzenie **Ministra Zdrowia** w sprawie kryteriów zaliczenia produktu leczniczego do poszczególnych kategorii dostępności.

Dz.U.08.210.1327 z dnia 28.11.2008 r.

- rozporządzenie **Ministra Zdrowia** w sprawie reklamy produktów leczniczych.

Dz.U.08.216.1379 z dnia 5.12.2008 r.

- rozporządzenie **Ministra Zdrowia** w sprawie wniosku o umieszczenie leku lub wyrobu medycznego w wykazach.

Dz.U.08.225.1486 z dnia 22.12.2008 r.

- ustawa o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.





NOWOŚCI WYDAWNICZE

Na przełomie roku 2008 i 2009 szczególnie aktywne było wydawnictwo Medpharm, które przedstawiło aż trzy propozycje, mogące zainteresować farmaceutów. Zwolennikom niekonwencjonalnych metod leczenia polecić można książkę „**Aromaterapia. Leksykon roślin leczniczych**” autorstwa Marion Romer, pod polską redakcją doktora Władysława Stanisława Bruda, byłego prezesa Międzynarodowej Federacji Handlu Olejkami Eteryicznymi i Aromatami.

Według recenzji wydawniczej, w książce opisano *pochodzenie, pozyskiwanie, skład, jak również działania i skutki uboczne ponad 70 popularnych olejków eterycznych. Autorka udziela ponadto cennych rad odnośnie ich zastosowania terapeutycznego*. Z kolei doktor Iwona Konopacka-Brud, prezes Polskiego Towarzystwa Aromaterapeutycznego, zaznacza, że: *Wiedza zaczerpnięta z książki Marion Romer pozwoli jej Czytelnikom właściwie ocenić informacje zawarte w programach czy tekstach reklamowych wielu wyrobów rynkowych, w których, nie zawsze zgodnie ze sztuką aromaterapii, a często i ze zdrowym rozsądkiem, stosuje się i reklamuje olejki eteryczne lub jako aromaterapię promuje się stosowanie syntetycznych kompozycji zapachowych*.

Kolejna interesująca propozycja Medpharmu to poradnik dla pacjentów, pt. „**Rak, układ odpornościowy a odżywianie**” Petera Konopki, pod redakcją doktora Marka Ussowicza. Jak informuje wydawca, *książka stanowi praktyczną odpowiedź na częste pytania stawiane przez pacjentów, dotyczące zdrowego trybu życia i sposobów walki z chorobą*. W książce przedstawiono m.in. odpowiedzi na pytania, które pokarmy sprzyjają nasileniu procesów nowotworowych oraz jakie składniki odżywcze mogą wzmocnić mechanizmy obronne organizmu. Wyjaśniono ponadto jak wyeliminować czynniki ryzyka powstawania i rozwoju nowotworu, a także jak skomponować dietę *antyrakową*.

Koniecznym należy odnotować ukazanie się – nakładem specjalizującego się zazwyczaj w innej tematyce Wydawnictwa Uniwersytetu Jagiellońskiego – książki „**Farmakologia. Tajemnice**”, pod redakcją profesora Ryszarda Korbuta. Według wydawnictwa, w książce podjęto *wyzwanie odstąpienia fragmentów najnowszej wiedzy „tajemnej” o wielu zagadnieniach związanych z mechanizmami działania leków i współczesnej farmakoterapii*. Podręcznik posługuje się formą pytań i odpowiedzi, uwzględniając dokonujący się niemal każdego dnia ogromny postęp wiedzy w dziedzinie biologii molekularnej, fizjologii, genetyki i immunologii.

Opracował
Dr n. farm. Maciej Bilek



CO FARMACEUTA WIEDZIEĆ POWINIEN

Pamiętki z podróży, czyli o chorobach tropikalnych, cz. 4

Cholera (łac. *Cholerae*)

Ostra epidemiczna choroba zakaźna, wywoływana przez przecinkowce *Vibrio cholerae*. Według danych WHO w 2001 roku na świecie zanotowano blisko 200 tysięcy przypadków tej choroby, a z jej powodu zmarło ponad 2700 osób. Występuje na terenach, gdzie trudno o czystą wodę: na Bliskim Wschodzie, Afryce, Ameryce Południowej.

Okres wylegania trwa do pięciu dni. Chorobę charakteryzuje nagły i gwałtowny przebieg. W początkowym okresie zakażenia dominuje biegunka, wymioty, zwykle bez gorączki i bólu brzucha. Stolec ma charakterystyczny wygląd – przypomina wodę po płukaniu ryżu i posiada swoisty, słodkawy zapach. Niepodjęcie leczenia prowadzi do zaostrzenia stanu pacjenta. Uwalniana przez bakterie enterotoksyna katalizuje wiązanie ADP-rybozy do podjednostki _ białka G. W efekcie zmodyfikowana podjednostka _ traci aktywność GTP-azy i nie może oddysocjować od cyklicznej adenylowej, której jest aktywatorem. Stałe pobudzanie prowadzi do nadmiernej syntezy cyklicznego AMP. Rozpoczyna to magazynowanie chlorków w świetle jelit i zatrzymanie wchłaniania potasu. Zwiększone stężenie elektrolitów w świetle jelita powoduje stały wypływ wody z komórek nabłonka jelit (enterocytów). Zmiany te manifestują się przez: zmarszczenie skóry (jak skóra rąk po myciu naczyń), zmianę głosu (*vox cholericus*), zapadnięcie oczu i wyostrenie rysów twarzy (*facies cholericus*, inaczej tzw. twarz Hipokratesa).

Zakażenie przecinkowcem następuje poprzez przewód pokarmowy. Zdarzają się zakażenia bezobjawowe. Brak pomocy chorym często prowadzi do zgonu. Zasadnicze znaczenie ma leczenie objawowe, które polega na wyrównywaniu zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, przede wszystkim odwodnienia. Uzupełnianie utraconych płynów prowadzi się doustnie, a także w postaci wlewów kroplówkowych. W leczeniu stosuje się również antybiotyki, głównie tetracykliny. Metody zapobiegania zakażeniu to częste mycie rąk, picie tylko i wyłącznie przegotowanej wody i niespożywanie pokarmów w miejscach niepewnych. Szczepionka przeciwko cholercie, produkowana przez Biomed Warszawa, daje aktywną odporność na zachorowanie w ciągu 3-6 miesięcy. Skuteczność szczepienia przeciwko cholercie ocenia się na ok. 60%.

Choroba Chagasa (trypanosomoza amerykańska, łac. *trypanosomosis*, ang. *Chagas disease*, *American trypanosomiasis*)

Choroba pasożytnicza, wywoływana jest przez świdrowce *Trypanosoma cruzi*, przenoszone poprzez wtarcie kału w ranę powstałą po ukłuciu przez pluskwiaka z podrodziny *Triatominae* (rodzina *Reduviidae*). Owady te znane są pod różnymi nazwami w różnych krajach, niektóre z tych nazw to *benchuca*, *vinchuca*, „całujący robak”, *chipo* i *barbeiro*. Najważniejsze rodzaje tych pluskwiaków to *Triatoma*, *Rhodnius* i *Panstrongylus*. Możliwe są także inne drogi zakażenia świdrowcami, takie jak spożycie pokarmów zanieczyszczonych przez owady, transfuzja krwi i przeniesienie pasożyta z matki na dziecko w czasie ciąży. Choroba ta występuje w Ameryce Środkowej i Południowej.

Objawy choroby Chagasa różnią się w zależności od fazy choroby. We wczesnym, ostrym stadium, są łagodne i zazwyczaj ograniczają się do niewielkiego obrzęku w okolicy ugryzienia pluskwiaka. Następnie przez lata rozwija się przewlekła postać trypanosomozy, której objawy mogą wynikać z uszkodzenia mięśnia sercowego i splotów autonomicznych mięśniówki przewodu pokarmowego, zwłaszcza przełyku i jelita grubego. Nieleczona choroba Chagasa nierzadko jest przyczyną śmierci zarażonych ludzi. Obecnie dostępne metody leczenia przyczynowego infestacji świdrowcem amerykańskim są niezadowalające – leków skutecznych wobec świdrowców amerykańskich jest mało, mają one liczne działania niepożądane i często są nieskuteczne, zwłaszcza w przewlekłym stadium choroby, gdzie dochodzi do miokardiopatii, znacznego poszerzenia przełyku i okrężnicy. Doprowadza to do zgonu.

Leczenie choroby Chagasa jest zazwyczaj skuteczne jedynie wtedy, gdy zostanie wdrożone odpowiednio wcześnie, jeszcze w czasie ostrej fazy zarażenia pasożytem. Lekami z wyboru są azole i ich nitrowe pochodne, takie jak benznidazol albo nifurtymoks (dostępne w USA, lecz niezarejestrowane przez FDA). Odnotowano już jednak odporność patogenów na te leki. Ponadto są bardzo toksyczne i mają wiele działań niepożądanych. Stwierdzono skuteczność benznidazolu w leczeniu choroby w stadium przewlekłym u dzieci. Lek przeciwwgrzybiczy – amfoterycyna B, został zaproponowany jako lek drugiego rzutu, ale działania niepożądane i stosunkowo wysoki koszt terapii ograniczają jego zastosowanie. Szczepionkę o udowodnionej skuteczności wynaleziono w latach siedemdziesiątych, używając komórkowych i subkomórkowych frakcji zabitych pasożytów, ale jej wprowadzenie do powszechnego użytku okazało się ekonomicznie niewykonalne. Obecnie prowadzi się badania nad szczepionkami DNA, które mogłyby znaleźć zastosowanie w immunoterapii ostrej i przewlekłej postaci choroby.

Działania prewencyjne skupiają się na walce z przenoszącymi chorobę pluskwiakami, przy użyciu sprayów i farb zawierających insektycydy (syntetyczne pyretroidy) i przez poprawę warunków mieszkaniowych i higienicznych w obszarach wiejskich. Zagrożeni są też turyści, spędzający urlop na wsi oraz nocujący w hostelach i gospodarstwach wiejskich; zaleca się stosowanie moskitier podczas noclegów w takich miejscach.

Dur brzuszny (tyfus brzuszny, łac. *Typhus abdominalis*)

Jest to ostra choroba zakaźna, wywołana przez pałeczkę *Salmonella typhi*. Do zakażenia dochodzi drogą pokarmową. Choroba występuje obecnie głównie w Azji i Afryce. Przebieg zakażenia pałeczką *S. typhi* dzieli się na kilka stadiów:

Okres obrzmienia rdzeniastego (stadium *intumescensiae medullaris*).

Okres tworzenia się strupów (stadium *crustosum*).

Okres tworzenia się owrzodzeń (stadium *ulcerationis*).

Okres oczyszczania się owrzodzeń.

Główne zmiany chorobowe zachodzą w jelicie cienkim. Okres wylegania wynosi 10-14 dni. W początkowym stadium choroby narastającej temperaturze towarzyszy bezsenność, bóle głowy, bóle mięśniowe, bóle brzucha, częściej niż biegunka zaparcia, powolne tętno, krańcowe wyczerpanie, różowa wysypka, tak zwana różyczka durowa, czyli rumieniowa wysypka plamisto-grudkowa, zlokalizowana na skórze klatki piersiowej lub nadbrzusza. Towarzyszy tym objawom także powiększenie wątroby, śledziony i węzłów chłonnych szyi, oraz zapalenie spojówek. Pomimo gorączki występuje względna bradykardia. Chorobie towarzyszą liczne powikłania, m.in. owrzodzenie jelita cienkiego.

Często w leczeniu bywa stosowany chloramfenikol. Można zastosować także: ampicylinę (4g/dobę) przez cały okres gorączki i kilka dni po jej ustąpieniu, a ponadto: ciprofloksacynę, cefoperazon, furazolidon. Stosowany z powodzeniem może być również sulfametoksazol z trimetoprimem (preparaty biseptol i bactrim). W przebiegu leczenia obowiązuje także wyrównanie poziomu płynów i elektrolitów.

Metody zapobiegania durowi brzuszniemu to częste mycie rąk, picie tylko przegotowanej wody i niespożywanie pokarmów w miejscach niepewnych. Szczepienie podstawowe przebiega według schematu: 0, 1 i 12 miesięcy. Pojedyncze dawki przypominające powtarza się w odstępach co 3-5 lat. Dostępne na polskim rynku szczepionki przeciwdurowe to: Szczepionka durowa Ty (Biomed Kraków), Szczepionka durowa Typhim Vi (Aventis Pasteur) oraz szczepionka durowo-tężcowa TyT (Biomed Kraków).

Dur powrotny (łac. *Febris recurrens*)

Wywołują ją krętki *Borrelia recurrentis*, przenoszone przez wszy odzieżowe (dur epidemiczny) lub kleszcze (dur endemiczny). Okres wylegania choroby to 2-12 dni. Choroba ta cechuje się nagłym początkiem, z charakterystycznym rytmem nawrotów gorączki i odurzenia. Towarzyszą jej dreszcze, bóle mięśni, zwłaszcza kończyn, bardzo wysoka gorączka, która opada po 5-7 dniach. Zakażenie krętkiem duru następuje poprzez zmiżdżenie zakażonej wszy odzieżowej i wydostanie się na zewnątrz płynu jamy ciała, a następnie wtarcie w ubytki skóry zakażonego płynu. Do zakażenia może dojść także przez ukąszenie kleszcza lub wtarcie w skórę jego resztek. Zapobieganie zakażeniu stanowi ochrona przed ukłuciem wszy i kleszczy.

W leczeniu duru powrotnego stosuje się tetracykliny, erytromycynę lub inne makrolidy, a także chloramfenikol (detreomycynę).

Dżuma

Ostra epidemiczna choroba zakaźna, wywoływana przez gramujemną pałeczkę dżumy *Yersinia pestis*, przenoszona głównie przez pchły lub poprzez kontakt z chorym. Rozróżnia się dwie odmiany dżumy:

- dżuma dymienicza – z zapaleniem węzłów chłonnych (dymienice), gorączką, często skazą krwotoczną;
- dżuma płucna – z zapaleniem płuc, gorączką, zamroczeniem, wymiotami i śpiączką; powikłaniem obu postaci jest posocznica, często kończąca się zgonem.

Najczęściej występuje, zarówno wśród zwierząt jak i ludzi, dymienicza forma dżumy (*Pestis bubonica*). Do zakażenia dochodzi zwykle w wyniku pokąsania przez pchły (głównie pchły sznurze, *Xenopsylla cheopis*), uprzednio zainfekowane w wyniku pokąsania szczurów, wiewiórek, psów preriowych lub innych małych ssaków. W następstwie infekcji bakterie migrują wraz z krwią i chłonką do węzłów chłonnych, co po około pięciu dniach objawia się miejscowym powiększeniem tych narządów (tzw. dymienicą). Postać dymienicza dżumy wywołana może być także spożyciem skażonego pokarmu lub wody (rzadkie u ludzi). Postać septyczna jest zazwyczaj powikłaniem dżumy dymienicznej. U części chorych rozwija się, z pominięciem postaci dymienicznej, pierwotna sepsa. W pierwszych 6-8 godzinach występują objawy nieswoiste, takie jak wysoka gorączka (powyżej 38°C), poty, dreszcze, rozszerzenie naczyń krwionośnych, ból głowy i znaczne osłabienie. Później pojawia się powiększenie węzłów chłonnych (nawet do ok. 10 cm), zwłaszcza pachwinowych, rzadziej pachowych, szyjnych lub innych oraz objawy zapalenia naczyń chłonnych. Powiększone węzły chłonne stają się bolesne (czasem wywołując przykurcze kończyny), miękkie (z powodu martwicy o mechanizmie zawału i zmian ropnych w centralnych jego częściach), ich zawartość może ulec opróżnieniu przez samoistne przetoki.

W lekkich przypadkach dżumy dymienicznej (łac. *pestis minor*) proces chorobowy ogranicza się do jednej grupy węzłów chłonnych, nawet bez wytworzenia przetoki. Zwykle jednak powstają dymienice wtórne (zajmowane są kolejne grupy węzłów chłonnych). W rzadkich przypadkach zmiany dymieniczne powstają tylko w głęboko położonych węzłach chłonnych. Są to przypadki bardzo trudne do rozpoznania, przypominające przebiegiem ciężkie postaci duru brzuszego lub cięższej postaci – dżumy septycznej. Bez leczenia postać dymienicza kończy się śmiercią w 50% przypadków.

Postać septyczną (łac. *pestis septica*) cechuje, poza objawami nieswoistymi, duża bakteriemia. W wyniku zakażenia uogólnionego, jako reakcja makroorganizmu pojawia się uogólniony zespół odczynu zapalnego (łac. *sepsis*). W jej wyniku powstają mikrozatory bakteryjne w końcowych naczyniach krwionośnych palców rąk i stóp oraz nosa, czego skutkiem jest zgorzel (objawiająca się czarnym zabarwieniem tkanek). W postaci płucnej (łac. *pestis pneumonica*) występują objawy ciężkiego, wysiękowego zapalenia płuc, z krwiopluciem, dusznością i sinicą. Rokowanie jest znacznie poważniejsze niż w postaci posocznicy, a śmiertelność blisko stupro-

centowa. Śmierć następuje w ciągu kilku dni z powodu wstrząsu i duszności. Postać płucna charakteryzuje się niezwykle zaraźliwością drogą kropelkową (bez pośrednictwa pcheł). Zapalenie płuc w dżumie ma charakter krwotocznego, odoskrzelowego zapalenia z odczynem włóknikowym w opłucnej.

Wczesna diagnostyka opiera się na wywiadzie epidemiologicznym i badaniu klinicznym. Do potwierdzenia dżumy stosuje się hodowle bakteriologiczne materiału z węzłów limfatycznych, krwi lub płwociny. Duże znaczenie mają także metody serologiczne oraz PCR. Ostatecznego potwierdzenia dokonuje się w laboratoriach o wysokiej (3 i 4 stopień) klasie bezpieczeństwa biologicznego.

Płucna postać dżumy występuje zazwyczaj jako wtórna komplikacja pozostałych postaci. Do rzadkości należy wariant pierwotny związany z infekcją drogą kropelkową. Na tej drodze do zakażenia dochodzi jedynie w pomieszczeniach małych i źle wentylowanych.

Leczenie polega na pozajelitowym podawaniu antybiotyków. Bakterie wykazują wrażliwość na streptomycynę, gentamycynę (te dwa antybiotyki są tzw. lekami z wyboru w leczeniu dżumy), ciprofloksacynę, cefalosporyny (w dżumie uogólnionej i płucnej) i niektóre tetracykliny, najczęściej doksycyklinę (w łagodnych przypadkach).

Mimo że choroba występuje u gryzoni na terenach wiejskich oraz w małych miasteczkach obu Ameryk, Afryki i Azji, ryzyko zakażenia dla turystów jest niewielkie. Zagrożenie zwiększa się, kiedy dżuma zaczyna się szerzyć wśród szczurów w dużych miastach, jednak w ostatnich latach duże epidemie wśród ludzi praktycznie nie występują. Należy unikać kontaktu z gryzoniami i ich szczątkami. W razie podróży do miejsc, gdzie choroba ta występuje, należy skonsultować się z lekarzem z poradni dla osób wyjeżdżających za granicę, w celu ustalenia profilaktyki lekowej.

Polio (*poliomyelitis*, wirusowe zapalenie rogów przednich rdzenia kręgowego, H14, choroba Heinego-Medina, pol. Nagminne Porażenie Dziecięce)

Choroba ta jest wywoływana przez wirus polio (wirus zapalenia rogów przednich rdzenia kręgowego). W krajach strefy międzyzwrotnikowej (ognisko endemiczne w Indiach, Pakistanie i Nigerii) szczepienia nie są powszechne, stąd warto nieco wspomnieć o tej chorobie, zapomnianej już w Polsce dzięki obowiązkowym szczepieniom ochronnym.

Do organizmu wirus dostaje się drogą fekalno-oralną, potem przez nabłonek jelit, gdzie się replikuje. Czas inkubacji to 9 do 12 dni. Następnie wirus atakuje pobliskie węzły chłonne i układ krwionośny. Jest to wiremia pierwotna. Na tym etapie może dojść do wytworzenia przeciwciał, co hamuje rozwój zakażenia. U osób, które nie opanowały pierwotnej wirerii, występuje wiremia wtórna, która jest znacznie bardziej nasiloną. Wirusy rozprzestrzeniają się po całym organizmie. Receptory dla nich znajdują się w wielu komórkach, w tym w komórkach ośrodkowego układu nerwowego głównie rogów przednich rdzenia kręgowego, rdzenia przedłużonego i mostu.

Przebieg choroby jest różny – od łagodnego do śmiertelnego. Najpierw przebiega bezobjawowo, potem występują objawy nieswoiste (zakażenie poronne). Aseptyczne zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych (nazywane „jałowym”) występuje u około 1% zakażonych. Zapalenie ustępuje samoistnie i zwykle nie daje powikłań. U około 0,1% zakażonych rozwija się postać porażenna:

- Postać rdzeniowa – charakteryzuje się porażeniami wiotkimi. Wirus atakuje motoneurony α . Powstałe porażenie jest zwykle asymetryczne. Zaatakowane są zazwyczaj motoneurony grup mięśni proksymalnych (dystalne rzadziej) i kończyn dolnych (górne czasem też). Mięśnie unerwiane przez zaatakowane neurony z czasem zanikają (jest to wynik braku troficznego wpływu acetylocholiny). W przypadku *poliomyelitis* utrata czucia zdarza się wyjątkowo rzadko, z tego powodu objaw ten z reguły wyklucza zakażenie poliovirusem.
- Postać opuszkowa – częstsza u dorosłych niż u dzieci. W tej postaci wirus atakuje struktury podstawy mózgu, w tym jądra nerwów czaszkowych oraz ośrodek oddechowy i ośrodek krążenia w rdzeniu przedłużonym. Stanowi ona bezpośrednie zagrożenie życia.
- Postać opuszkowo-rdzeniowa – obejmuje zarówno rdzeń kręgowy i opuszkę (podstawę) mózgu. Rokowanie jest bardzo złe.

Po 25-30 latach, u 20-30% osób z przebyłym porażeniem występuje zespół porażenny, tzw. zespół post-polio. Zaobserwowano, że choroba obejmuje głównie mięśnie poprzednio względnie zaoszczędzone, i postępuje na tyle wolno, że nie prowadzi do wyraźnego upośledzenia czynności mięśni.

Pierwszą skuteczną szczepionką przeciwko polio była szczepionka Koprowskiego. Podawana była doustnie i zawierała atenuowanego wirusa. Została wyparta przez szczepionkę Sabina (OPV – *Oral Poliovirus Vaccine*). Jest to szczepionka zawierająca żywe, atenuowane wirusy, podawana doustnie. W zależności od liczby typów wirusa w szczepionce rozróżnia się: mOPV – *monovalent OPV* lub tOPV – *trivalent OPV*. Wywołuje odporność nie tylko ogólną, w wyniku przenikania wirusów do krwi, ale i miejscową, która stymuluje namnażanie się wirusa w enterocytach. Zachorowania poszczepienne zdarzają się jednak rzadko (3,8 przypadków na 10 milionów dawek).

Leptospiroza

Jest to choroba wywołwana przez krętki z rodziny *Leptospira*. Dla człowieka patogenny jest gatunek *Leptospira interrogans*. Obejmuje on szereg serotypów, które wywołują choroby o zbliżonym obrazie klinicznym. Choroba jest rozpowszechniona na całym świecie. Można zarazić się nią również w Polsce. W krajach tropikalnych znacznie łatwiej jednak o sytuacje sprzyjające infekcji.

Krętki dostają się do organizmu poprzez uszkodzoną skórę oraz błony śluzowe. Leptospiroza uznawana jest za chorobę zawodową pracowników zakładów oczyszczania ścieków oraz hodowców zwierząt. W przebiegu choroby wyróżnia się dwa okresy:

- okres I - związany bezpośrednio z bakterią,
- okres II - związany z odpowiedzią immunologiczną organizmu.

Pierwsze objawy mogą być oddalone w czasie od infekcji nawet do 4 tygodni, dochodzi wtedy do wysiewu krętków tkanek i do krwi. Leptospiroza zaczyna się gwałtownymi dreszczami oraz wysoką gorączką, czasami pojawia się dodatkowo wysypka lub wybroczyny. Stan ten trwa około tygodnia, po czym objawy zanikają na kilka dni. Następuje druga faza, objawiająca się narastającą gorączką, która często doprowadza do znacznie groźniejszych powikłań. Jedną z takich komplikacji jest zespół Weila, objawiający się uszkodzeniem wątroby i nerek. W jego przebiegu pojawia się często żółtaczką wraz ze wzrostem aktywności enzymów wątrobowych AspAT i AlAT. Uszkodzenie nerek objawia się krwinkomoczem, białkomoczem, obecnością wałeczków w osadzie. W ciężkich przypadkach może dojść do retencji ciał azotowych. Może wystąpić również zapalenie naczyń, objawiające się krwawieniami z nosa, krwiopluciem, wybroczynami skórными. Stosunkowo rzadkimi powikłaniami są zapalenie mięśnia sercowego, zapalenie płuc i ARDS. Bez odpowiedniego leczenia okres rekonwalescencji wynosi kilka miesięcy, pod warunkiem, że nie doszło do ciężkich powikłań, takich jak niewydolność nerek, mogących zakończyć się śmiercią.

Leczenie leptospirozy prowadzi się antybiotykami z grup penicylin i tetracyklin, chloramfenikolem lub cefalosporynami. Niekiedy, w przypadku znacznej niewydolności nerek, konieczne jest stosowanie hemodializ.

Piśmiennictwo u autorki

Mgr farm. Anna Łątka





PRZEGLĄD WIADOMOŚCI NAUKOWYCH

6 stycznia: Serwis Biotechnologia.pl poinformował o rozpoczęciu przez firmę Evolva badań klinicznych nad preparatem EV-077-3201-2TBS, odwracalnym inhibitorem agregacji trombocytów o wyjątkowo wysokiej skuteczności działania, mającym znaleźć zastosowanie w terapii chorób układu krwionośnego. Ma on stanowić alternatywę dla niskich dawek kwasu acetylosalicylowego i kłopidogrelu. Według informacji serwisu Biotechnologia.pl EV-077-3201-2TBS to *nowy związek chemiczny opracowany celem zmniejszenia zachorowalności i śmiertelności sercowo-naczyniowych u pacjentów, których organizm nie wykazuje wystarczającej odpowiedzi lub oporność na kwas acetylosalicylowy i/lub kłopidogrel. Substancja ta rozwijana będzie także w leczeniu chorób nerek objawiających się białkomoczem.*

W siedzibie Senatu RP odbyła się konferencja „Perspektywy i szanse szczepień ochronnych w Polsce w profilaktyce zdrowotnej dzieci i młodzieży”. Konferencja zorganizowana została przez senacką Komisję Zdrowia, przy aktywnym współudziale Europejskiego Stowarzyszenia Promocji Zdrowia „Pro Salutem”. Na wstępie przedstawiciele rządu zapewnili, że wydatki na szczepienia ochronne w Polsce stale rosną, *jednak 2009 rok będzie trudny i rozszerzenie wachlarza szczepień obowiązkowych będzie zależało od kondycji budżetu.* Prelegenci podkreślali, że *według danych epidemiologicznych największym zagrożeniem dla dzieci są choroby wywołane przez pneumokoki. Ponad 1 milion dzieci rocznie na świecie umiera na zapalenie opon mózgowo-rdzeniowych, sepsę, zapalenie płuc wywołane w większości przez te bakterie.* Uczestnicy konferencji podkreślali, że *od kiedy rozpoczęto szczepienia przeciwko pneumokokom w 2000 roku okazało się, że szczepienie dzieci przynosi efekt zbiorowej odporności, tzn. nie chorują także rodzice i dziadkowie zaszczepionego dziecka.* Przypomniano także, że szczepienia przeciw pneumokokom w 15 krajach europejskich są obowiązkowe, a w 27 krajach obowiązkowe w grupach wysokiego ryzyka. Uczestnicy konferencji wskazali *na fakt rosnących wydatków ponoszonych przez rodziny na szczepionki niefinansowane ze środków publicznych (skojarzone i zalecane).* Poinformowano także, że *od IV kwartału 2008 roku są bezpłatne szczepienia przeciw pneumokokom i ospie wietrznej dla dzieci z grup ryzyka.*

7 stycznia: Jak donosi serwis internetowy Biotechnologia.pl amerykańska agencja FDA po raz pierwszy od kilku lat zatwierdziła lek w postaci zastrzyków – degarelix, produkowany przez niemiecką Biotechnologie GmbH dla amerykańskiej firmy

bio-farmaceutycznej Ferring Pharmaceuticals Inc. Preparat ten stosowany ma być do leczenia pacjentów z zaawansowaną postacią raka prostaty. Według informacji redaktorów Biotechnologii.pl degarelix należy do grupy związków, zwanych inhibitorami receptorów hormonu uwalniającego gonadotropiny. Związki te spowalniają wzrost i postęp raka prostaty przez tłumienie testosteronu, który odgrywa ważną rolę w stałym wzroście raka prostaty. Należy wiedzieć, że hormonalna terapia przeciwko rakowi prostaty może powodować początkowy wzrost produkcji testosteronu, przed późniejszym obniżeniem jego poziomu. Daje to paradoksalny efekt: stymulacja produkcji hormonu na początku leczenia wywołuje czasowy wzrost raka, a nie jego zahamowanie. Tymczasem preparat degarelix nie jest obciążony tego typu efektem ubocznym.

Serwis Biotechnologia.pl doniósł dziś także o złożeniu przez firmę biotechnologiczną MedImmune wniosku o rejestrację donosowej szczepionki przeciwko grypie, zawierającej żywe, trzy atenuowane (osłabione) wirusy grypy: A/H1N1, A/H3N2 oraz B.

13 stycznia: Kurier Elektroniczny Medycyny Praktycznej przekazał kilka interesujących faktów, dotyczących sezonu grypowego 2008/2009. Dane te – zdaniem redakcji Kuriera – wskazują na celowość stosowania szczepionki przeciwgrypowej. W krajach Europy Zachodniej i Południowej zaobserwowano znaczący wzrost liczby zachorowań, podejrzeń zachorowań na grype i ostrych zakażeń układu oddechowego wywołanych zakażeniami wirusem typu A H3N2. Jak podaje Kurier: *Opierając się na charakterystyce antygenowej i genetycznej wirusa (...) uznano, że wirusy znajdujące się w tegorocznej szczepionce przeciwko grypie odpowiadają wirusom krążącym w środowisku. Szczepionka ta więc stanowi skuteczną ochronę przed zachorowaniem lub przynajmniej pozwoli na znaczne złagodzenie przebiegu choroby.*

15 stycznia: Jak informuje serwis Polskiej Agencji Prasowej „Nauka w Polsce”, w ślad za czasopismem „Journal of the American Chemical Society”, na Northwestern University stworzony został syntetyczny odpowiednik tzw. dobrego cholesterolu (HDL, *high density lipoproteins*, czyli lipoproteiny o wysokiej gęstości), który dzięki wykorzystaniu nanocząsteczek złota może ograniczać negatywne następstwa zbyt tłustej diety. Jak wiadomo, zadaniem lipoprotein o wysokiej gęstości w organizmie jest usuwanie nadmiaru cholesterolu z komórek i transportowanie go do wątroby, gdzie następnie jest metabolizowany. Otrzymana przez naukowców syntetyczna lipoproteina o wysokiej gęstości, podobnie jak i jej naturalny odpowiednik, trwale wiąże cholesterol. Nanocząsteczki złota są dla lipoproteid swoistym „szkieletem”. Zdaniem redaktorów serwisu „Nauka w Polsce” *działanie cząsteczki naukowcy porównują do chłonej cholesterol gąbki.*

Serwis informacyjny Polskiej Agencji Prasowej „Nauka w Polsce” doniósł za piśmie „Personality and Individual Differences”, że: *Osoby, które spożywają duże ilości kofeiny - z kawy, herbaty czy napojów energetyzujących - częściej doznają halucynacji, np. słyszą głosy czy widzą rzeczy, których nie ma.* Autorami tego doniesienia są naukowcy brytyjscy z Uniwersytetu w Durham. Celem ich badań bynajmniej nie by-

ło wywołanie sensacji, ale lepsze zrozumienie wpływu składników naszej diety na występowanie halucynacji. Mogłoby to pomóc w opracowaniu lepszych strategii radzenia sobie z omamami poprzez zmiany w zestawie pokarmów i napojów, które spożywamy. Badania prowadzone były na grupie 200 studentów, od których zebrano informacje na temat ich codziennego spożycia produktów zawierających kofeinę: kawy, herbaty, napojów energetyzujących, czekolady, a także kofeiny w postaci preparatów farmaceutycznych. Następnie oceniane były: poziom stresu u badanych osób oraz ich skłonność do halucynacji (takich jak widzenie nieistniejących rzeczy, słyszenie głosów, odczuwanie obecności zmarłych). Z otrzymanych przez naukowców danych wynika, że badani, którzy spożywali największe ilości kofeiny – dziennie większą dawkę niż zawiera 7 filiżanek kawy rozpuszczalnej – trzykrotnie częściej mieli halucynacje, np. słyszeli głosy, w porównaniu ze studentami, których dieta zawierała mało produktów z kofeiną (dawkę mniejszą niż zawarta w jednej filiżance kawy dziennie). Autorzy pracy tłumaczą to zjawisko nasilaniem przez kofeinę fizjologicznej reakcji organizmu na stres, polegającej na zwiększaniu poziomu hormonu stresu – kortyzolu.

20 stycznia: Serwis Biotechnologia.pl przekazał dziś informację o nowych możliwościach wykorzystania genetyki do skutecznego leczenia groźnej choroby zakaźnej – wirusowego zapalenia wątroby typu C. Jak relacjonuje Biotechnologia.pl *Naukowcy ustalili matematyczne wzory, nazywane „sieciami kowariancji”, w celu zanalizowania sekwencji białek w genach lub we wzorach genetycznych wirusa zapalenia wątroby typu C w dwóch grupach pacjentów. Pierwszą grupę stanowiły osoby, u których tradycyjna terapia okazała się skuteczna. W przypadku drugiej grupy badanych terapia ta okazała się nieefektywna. Naukowcy starali się znaleźć odpowiedź na pytanie, od czego zależy skuteczność terapii. Wyniki sprowadziły się do stworzenia złożonej sieci interakcji aminokwasów w białkach wirusa. Najważniejszym efektem opisywanych badań jest zidentyfikowanie „podsieci”, które – jak się okazało – zawsze są związane z niepowodzeniem terapii. „Podsieci” te uważać można za biomarkery, które mogą pomagać w przewidywaniu skuteczności standardowej terapii, obciążonej przecież wieloma działaniami niepożądanymi.*

22 stycznia: Wieści o wynikach rewelacyjnego odkrycia przekazał za „Daily Telegraph” serwis Nauka w Polsce Polskiej Agencji Prasowej. Otóż zespołowi naukowców z dwóch uniwersytetów w Arizonie i kliniki Mayo udało się ustalić, że otyłość może mieć podłoże... mikrobiologiczne! Według naukowców *ludzie otyli mają w jelicie inny skład bakterii niż ci, którzy są naturalnie szczupli, co wpływa na ich aktywność i proces przemiany materii. (...), nadaktywne “drobnoustroje przetwarzają zbyt dużo energii i odkładają zbyt dużo tłuszczu, co z czasem powoduje przyrost wagi i otyłość.* Odkrycie to rzuca nowe światło na częściowo niewyjaśnioną funkcję bakterii jelitowych.

Opracował
Dr n. farm. Maciej Bilek



OD NATURY DO RECEPTURY

Egipski ciern

Akacja senegalska (*Acacia senegal*) to drzewo występujące w stanie naturalnym, jak i również uprawiane w środkowej Afryce, Sudanie i Senegal. Jest jednym z licznych gatunków (ponad tysiąc) akacji, występujących nie tylko w Afryce, ale przede wszystkim w Australii, a także w Indiach i Półwyspie Indochińskim. Należące do rodziny mimoszowatych te wiecznie zielone drzewa i krzewy, wykazują dużą różnorodność pod względem cech morfologicznych, przysparzając tym kłopotów uczonym i laikom. Charakterystyczne, parasolowate drzewa akacjowe powszechnie kojarzy się z Afryką i sawannami, i nie jest to błędne, zwłaszcza jeśli wziąć pod uwagę surowiec pozyskiwany dla celów farmaceutycznych i spożywczych – gumę arabską, której najlepsze gatunki pochodzą z tych terenów.

W Afryce występuje jednak tylko 150 gatunków, podczas gdy w Australii jest około 1000 przedstawicieli; kwitnąca akacja stanowi narodowy symbol kraju, zdobi gołdo państwa, a 1 września Australijczycy obchodzą „Święto Akacji”. W południowej Europie, na obrzeżach Morza Śródziemnego, akacje sadzone są jako rośliny ozdobne, potocznie (błędnie) nazywane mimozami. Drzewa występujące w Polsce, nazywane niewłaściwie „akacjami”, to robinie akacjowe, należące do rodziny bobowatych. Sądząc jednak po łacińskiej nazwie gatunkowej (*Robinia pseudoacacia*), kojarzenie robinii z akacjami ma już długi rodowód.

Akacje pełnią w wielu krajach ważną rolę gospodarczą. Twarde i wonne drzewo wykorzystywane jest w przemyśle meblarskim, a także do pozyskiwania olejków eterycznych stosowanych w produkcji perfum. Niektóre akacje, ze względu na silny, bogato rozgałęziony system korzeniowy, stosowane są do zalesiania wydm. W Australii gotowane nasiona akacji spożywane są przez krajowców. Guma arabska, otrzymy-



Naczynie apteczne z początku XX wieku, służące do przechowywania gumy arabskiej. Ze zbiorów autorki.

wana z afrykańskich gatunków akacji, powszechnie wykorzystywana jest w przemyśle spożywczym, jako zagęszczacz i emulgator (zarejestrowana w Unii Europejskiej i oznaczona symbolem E-414). Stosuje się ją przy produkcji słodczy, coca-coli i wielu innych napojów tego typu. Znajduje także zastosowanie jako spoiwo farb i w drukarstwie (sprawia, że atrament dobrze przylega i jest trwały). Wykorzystywana jest w fotografice, w technice zwanej „gumą”, a także przez plastyków jako dodatek do farb akwarelowych (zwiększa ich połysk i przezroczystość).

Dla medycyny mają znaczenie *Acacia senegal*, *Acacia seyal* i *Acacia cetechu*. W Indiach występuje *Acacia cetechu*, z której drewna otrzymuje się wyciągi garbnikowe, stosowane jako lek ściągający i przeciwzapalny, w chorobach jamy ustnej i biegunkach. Jak podaje profesor Ignacy Czerwiakowski w „Opisaniu roślin dwulistniowych” (Kraków, 1863), drzewo akacja katechu *miéwa wielokrotne zastosowanie: leczą niém biegunki, czerwunki i krwotoki, wątlóść dziąseł oraz samego gnilca, jak i wiele chorób powiek; żują z niego zrobione żuwki; robią tak zwane kaczoney czyli pastélki serajskie jadane po uctach dla strawności, paciorki wschodnie czarne i wonne noszone dla zdrowia i stroju.*

Z gatunków *Acacia senegal* i *Acacia seyal* do dziś pozyskuje się gumę arabską, znaną i wykorzystywaną już w starożytnym Egipcie, m.in. do mumifikacji zwłok, wytwarzania papieru z papirusu, a także w lecznictwie. Akacja senegalska (*Acacia senegal*) to drzewo zaopatrzone w charakterystyczne kolce, stąd też nazwa rodzaju *Acacia* (*akis* – z greckiego cień). W krajach anglojęzycznych funkcjonuje nazwa *Egyptian Thorn* (egipski cień). Akacja to święte drzewo dla Hebrajczyków i chrześcijan: Mojżesz używał drzewa akacjowego do budowy arki, ołtarza całopalenia i ołtarza kadzenia. Egipcjanie stosowali gumę arabską jako środek osłaniający, łagodzący, przy kaszlu, katarze i biegunkach. Właściwości lecznicze gumy arabskiej potwierdzają również starożytni Rzymianie: Pliniusz, Celsus i Galen. Jak podaje cytowany powyżej profesor Czerwiakowski: *Acacia senegal* dostarcza *liposoku arabskiego* – *gummi arabicum*, *od tak dawna zawsze lékarskiego środka odmiękcującego, obwijałego i łagodzącego, a ztąd jak najpowszechniej używanego* – *tak wewnątrz, jak i zewnątrz we wszelkich rodzajach zapaleń, zwłaszcza nieżytowych, oraz w wypadkach otrucé istotami ostremi* – *celem miarkowania i wpływów szkodliwych; do sporządzania léków ciekłych w postaci mlék i ulopów z istot stałych lub téż i płynnych nie łączących się z wodą np. balsamów, olejów, żywic i t. p. W ojczyźnie swéj, jest on prawie jedyném pożywieniem nieszczęśliwych niewolników, zbierających go; w przemyśle ma wielkie zastosowanie w malarstwie i w wyrobniach obicé papiérowych i tak zwanych farb wodnych, w rzemiosłach zatrudnionych wykwińtami kléjónkami.*

Na początku XVII wieku guma arabska stała się jednym z głównych powodów najazdów na ówczesną Mauretanię – najpierw Portugalczyków, potem Holendrów i na końcu Francuzów, którzy przejęli handel gumą i stopniowo umacniali swą pozycję aż do I wojny światowej, kiedy Mauretania stała się ich kolonią. Francja jest obecnie głównym importerm gumy arabskiej, zajmuje się jej przetwórstwem i eksportem oczyszczonego produktu na całą Europę (korporacja Colloides Naturels International z fabrykami w Serqueux).

Guma arabska (*Gummi arabicum*, syn. *Gummi acacie*, *Gummi mimosae*, *Gummi africanum*) to stwardniała na powietrzu wydzielina, wyciekająca z nacięć pni i gałęzi *Acacia senegal* i innych gatunków afrykańskich rodzaju *Acacia* (według „Farmakopei polskiej” VI). Pod względem chemicznym guma arabska jest mieszaniną różnych związków, głównie soli kwasu arabinowego oraz produkcji jego hydrolizy (m.in. arabinozy, ramnozy i galaktozy), a także enzymów – oksydazy i peroksydazy. Najnowsze badania brytyjskich naukowców dowiodły, że guma arabska jest doskonałym prebiotykiem (lepszym od inuliny). Jako substancja nietrawiona przez organizm człowieka, wykazuje korzystny wpływ na rozwój pożytecznej flory bakteryjnej. Eksperymenty wykazały, że optymalna dawka to 10 gramów dziennie. W przemyśle farmaceutycznym guma arabska wykorzystywana jest jako naturalny emulgator (ułatwia mieszanie się substancji, które normalnie nie łączą się z sobą). Jest składnikiem niektórych leków przeciwkaszlowych, wykazując właściwości osłaniające w stanach zapalnych błon śluzowych.

Guma arabska, często stosowana dawniej w przygotowaniu leku recepturowego, jako środek osłaniający, zmniejszający działanie drażniące leków, głównie gorzkich (jak np. santoniny i chininy, podawanych dzieciom), obecnie coraz rzadziej wykorzystywana jest w praktyce recepturowej.

Guma arabska rozpuszcza się powoli i niemal całkowicie na zimno w podwójnej ilości wody, tworząc gęsty, lepki, nieciągnący się, przesączalny, niemal bezbarwny oraz bezwonny kleik, o słabo kwaśnym odczynie (wg „Farmakopei polskiej” III). Jest jednym z nielicznych emulgatorów, który może być stosowany do użytku wewnętrznego. O sposobie przygotowania emulsji możemy przypomnieć sobie z „Receptury aptecznej” pod redakcją prof. Renaty Jachowicz (Warszawa, 2004): *W przypadku oleju roślinnego lub mineralnego stosunek oleju do gumy i wody wynosi 2:1:1,5. W przypadku olejków eterycznych stosunek ten wynosi 3:1:2 lub 2:1:2. Emulsję z gumą arabską przygotowujemy następująco: Wyliczoną ilość gumy oraz całą ilość oleju miesza się w moździerzu do „zwilżenia” gumy olejem, a następnie dodaje się całą ilość wyliczonej z proporcji wody i energicznie, szybko rozciera się składniki do utworzenia gęstej emulsji. Następnie emulsję rozcieńcza się pozostałą ilością wody i porcjami dodaje się ewentualne składniki. (...) Emulsje z gumą arabską powinny być konserwowane, gdyż guma jest szczególnie wrażliwa na wzrost pleśni. Ze względu na pH gumy równe 4,5-5,0 poleca się 0,2% kwas benzoesowy, benzoesan sodu lub kwas sorbowy. (...) Emulsje do użytku wewnętrznego powinny być przechowywane w lodówce, a do użytku zewnętrznego w temperaturze pokojowej. (...) W przypadku emulsji do użytku zewnętrznego maksymalny czas przechowywania wynosi jeden miesiąc, pod warunkiem dodania środków konserwujących.*

Jeszcze w latach dziewięćdziesiątych Sudan eksportował kilkadziesiąt tysięcy ton gumy do Europy. Obecnie ilość ta znacznie się zmniejszyła. Wpływ na ten stan mają zmiany klimatyczne i plagi szarańczy. Główną jednak przyczyną są wojny w Darfurze, zniszczenia, przesiedlenia, a przede wszystkim eksterminacja ludności.

Piśmiennictwo u autorki

Mgr farm. Joanna Typek



ROŚLINY LECZNICZE

Cząber ogrodowy (*Satureja hortensis* L.)



Nazwa rodzajowa cząbrzu wywodzi się od łacińskiego *sáturo* – nasycam, wypełniam lub *satur* – syty. Zapewne odnosi się do zastosowania cząbrzu jako przyprawy. Według etymologii rzymskiej, słowo *satureja* pochodzi od lubieżnika Satyra i wynika zapewne stąd, że cząber stosowany był wówczas jako afrodyzjak. Cząber ogrodowy można również spotkać pod nazwami: *Satureia viminea* Burm., *Clinopodium hortense* O. Ktze., *Thymus cunila* E. H. L. Krause. Roślinę tę opisywali Owidiusz, Hipokrates, Dioskurides, Pliniusz Starszy i Columella. Właściwości lecznicze cząbrzu cenili Albertus Magnus, K. v. Meigenberg i św. Hildegarda. Wymieniają go również kapitularze Karola Wielkiego. W 1551 roku Hieronymus Bock pisał o cząbrze: *Saturej lub hyzop ogrodowy (...)*

i tymianki to korzenne przyprawy ludzi ubogich - do wszelkich potraw, gotowane z mięsem i rybami, wywołują apetyt, służą żołądkowi, pobudzają do szlachetnych czynów. Autor słynnego polskiego herbarium ks. Marcin z Urzędowa pisał: *Cząber jest polspolite ziele, że je też w serzech jedzą w Polsce.*

Roślina ta była również opisywana przez Lonicerusa z Marburga oraz Matthiolumusa. Cząber był zalecany jako lek w chorobach uszu przez Weinmanna oraz jako surowiec garbnikowy przez Vollmera i Matznera, którzy działanie ściągające cząbr testowali na myszach. Działanie ściągające cząbru potwierdził w obserwacjach klinicznych Szultzik. Badania te podjęto z uwagi na fakt, że cząber był powszechnie stosowany przez medycynę ludową, zwłaszcza śląską, jako lek przeciwbiegunkowy.

Cząber upodobali sobie poeci, którzy umieszczając go w swych dziełach, przypisywali mu wielorakość znaczeń, wyrażali emocje i odwoływali się do zmysłów czytelnika. Kazimiera Hłakowiczówna pisała:

*Ten las, ten ogród, ten dom,
te porosłe cząbrem manowce
- to nie są wiersze dla was,
to nie są wiersze dla obcych.
Stoją tu czcionkami zakłęte
grządkami na stronicach,
ale ten kto żywcem spamiętał,
tylko ten się może zachwycić*

Adam Mickiewicz w II cz. „Dziadów” przedstawił cząber jako roślinę nieprzydatną człowiekowi, ale służącą do przywoływania duchów:

*Jako te cząbry i ślasy,
Ni z nich owocu, ni kwiatu,
Ani się ukarmi zwierzę,
Ani się człowiek ubierze;
(...) Was tym światłem i kadzidłem
Zapraszamy,
zaklinamy*

Jest również niezwykle prawdopodobne, że znana z inwokacji do „Pana Tadeusza” *dzięcielina* to właśnie cząber. Juliusz Słowacki w utworze „Grób Agamemnona” potęgował atmosferę smutku, odwołując się m.in. do zmysłów czytelnika: *Tu cząbry smutne gór spalonych pachną.*

Cząber ogrodowy jest rośliną zielną, jednoroczną lub ozimą, należąca do rodziny jasnotowatych (*Lamiaceae*). Pochodzi z rejonu Morza Śródziemnego oraz Morza Czarnego. Obecnie można go spotkać w obszarze śródziemnomorskim, Europie Środkowej, zachodniej i południowej Azji, Afryce Południowej i Ameryce Pół-

nocnej. Z basenu Morza Śródziemnego pochodzi również cząber górski (*Satureja montana* L.), który jest byliną. Oba gatunki mają podobne zastosowanie. W Instytucie Roślin i Przetworów Zielarskich w Poznaniu została wyhodowana jedyna polska odmiana cząbrzu ogrodowego „Saturn”.

Surowcem leczniczym jest ziele cząbrzu (*Satureiae herba*), zebrane w początkowej fazie kwitnienia roślin. Jest to surowiec olejkodajny. Zawartość olejku waha się w przedziale od 1,3 do 3,07%, a jego skład jest zmienny. Głównymi składnikami olejku są fenole: tymol oraz izomeryczny do tymolu karwakrol. Zidentyfikowano również inne związki, m.in. α - i β -pineny, terpineol, borneol, linalol i kariofyllen. Ziele zawiera również garbniki, flawonoidy, żywice, śluzę, witaminy i sole mineralne. Zawarte w nim związki czynne warunkują wielokierunkowe, choć bardzo łagodne właściwości lecznicze. Ziele cząbrzu stosowane jest jako surowiec przeciwbakteryjny, przeciwzapalny, przeciwgrzybiczy i przeciwbiegunkowy. Nowsze badania donoszą o właściwościach przeciwbólowych i antyoksydacyjnych cząbrzu. Zewnętrznie można stosować cząber do kąpieli w stanach zapalnych skóry. Działanie przeciwdrobnoustrojowe olejku cząbrowego stwierdzono doświadczalnie w stosunku do przeszło 20 szczepów bakterii i 15 gatunków grzybów. Mniejszy zakres działania posiadały natomiast wyciągi metanolowe i heksanowe z ziela cząbrzu.

Cząber ogrodowy jest znakomitą przyprawą kuchenną i powinien być uprawiany w przydomowych ogródkach. Znakomicie komponuje się z daniem z fasoli i innych warzyw strączkowych (stąd zwyczajowa nazwa tej rośliny – *fasolowe ziele*). Nadaje się do przyprawiania ryb, dziczyzny, sosów i pomidorów. Jest składnikiem ziół prowansalskich. Potrawy przyprawiane cząbrem nie powinny być jednak długo gotowane, gdyż nabierają gorzkiego smaku. Cząber ogrodowy jest również rośliną miododajną, jednak fakt, że zbiór ziela przeprowadza się na początku kwitnienia, ogranicza wykorzystanie tej rośliny przez pszczoły.

Piśmiennictwo u autora

Maciej Strzemiński





MISCE, FIAT ...

Misce, fiat saturatio

Wysycenia (*saturaciones*) były wodnymi roztworami substancji leczniczych, nasyconymi dwutlenkiem węgla. Gaz ten był uwięziony w roztworze w postaci kwasu węglowego. W celu otrzymania CO₂, do sporządzania wysycień wykorzystywano reakcje neutralizacji odpowiednich węglanów lub dwuwęglanów kwasami. Używano dwuwęglanu sodu i potasu; węglanu amonu, magnezu, rzadziej strąconego węglanu wapnia oraz kwasów: kwasu winowego, cytrynowego, octowego, czasami soku z cytryn lub octu.

W dawnych publikacjach można znaleźć tabele z ilościami kwasów, jakie należało zmieszać z odpowiednimi ilościami węglanów w celu wydajnego otrzymania dwutlenku węgla. Przepisując *saturatio*, lekarz zapisywał nazwę soli i jej ilość, a następnie nazwę kwasu, którego potrzebną ilość aptekarz winien znać, pisano tylko adnotację *q. s. ad saturationem*. Jeżeli wysycenie miało mieć odczyn kwaśny lub alkaliczny, to na receptce pisano *q. s. ad saturationem acidam* albo *alcalinam*. Wysycenia przygotowywane były w specjalnych, mocnych butelkach do wód mineralnych, szczelnie zamykanych porcelanowym korkiem z gumową uszczelką, która zapobiegała ucieczce gazu. Do poprawienia smaku używano syropów lub wód aromatycznych.

W mniejszych aptekach wysycenia przygotowywano rozpuszczając w wodzie zapisane ilości substancji leczniczych i kwasu. Roztwór sączono, po czym dodawano odpowiednią ilość roztworu węglanu. Aby zwiększyć rozpuszczalność kwasu węglowego woda użyta do sporządzania recepty powinna być ochłodzona. Roztworu soli dodawano powoli porcjami, ostrożnie mieszając, co umożliwiała odpowiednie rozpuszczenie się kwasu węglowego w płynie. Zbyt gwałtowne połączenie składników mogło spowodować wykipienie zawartości butelki. Jeżeli przepisany był kwas cytrynowy, należało w pierw rozpuścić go w wodzie, a dopiero potem zubożnąć przepisaną ilością roztworu soli kwasu węglowego. Po dolaniu całości i lekkim zakor-



Butelka po sztucznej wodzie mineralnej litowej „liturosa”, wyprodukowanej przez firmę Rzący i Chmurskiego.

Ze zbiorów Joanny Typek i Macieja Bileka.

kowaniu, butelkę obracano na chwilę dnem do góry, a następnie wypuszczano nadmiar gazu, aby ciśnienie nie wysadziło korka. Czynność tę powtarzano kilkakrotnie, po czym mocno korkowano butelkę.

Większe apteki posiadały specjalne aparaty do przygotowywania wysyczeń. Dzięki nim można było nasycić roztwór substancji leczniczych gazowym dwutlenkiem węgla, co było korzystniejsze niż rozpuszczanie kwasu i węglanów w leku. Metalowy (cynowany lub emaliowany) aparat składał się ze zbiornika zawierającego roztwór substancji leczniczych, zaopatrzonego w ręczne lub mechaniczne mieszadło oraz rurkę, doprowadzającą gaz ze stalowej butli. Obracając mieszadłem nasycano roztwór gazem pod ciśnieniem 1-2 atmosfer. Druga rurka, wychodząca ze zbiornika, zakończona specjalnym zaworem, służyła do napełniania butelek, które natychmiast zamykano porcelanowym korkiem.

Kwas węglowy, zawarty w wysyceniach, ułatwiał wchłanianie leków do krwi, a kwaszając ją pobudzał czynności układu oddechowego i naczyniowego, pobudzał czynność serca, gruczołów trawiennych i ruchy robaczkowe przewodu pokarmowego. Przykładem może być wysycenie z bromkiem sodu, które – prócz efektu uspokajającego – wykazywało dodatkowe działanie zawartego w nim kwasu węglowego:

<i>Rp.</i>	<i>Natrii bromati</i>	15,0
	<i>Olei Citri gutt.</i>	II
	<i>Acidi citrici</i>	q.s.
	<i>Natrii carbonici</i>	12,0
	<i>Aq. dest. ad</i>	200,0

M. f. saturatio.

D. s. Trzy razy dziennie po łyżce stołowej

Wysycenia były bardzo nietrwałą postacią leku i sporządzano je w niewielkich ilościach – *ex tempore*. Pewnym rodzajem wysyczeń są sztuczne wody mineralne nasyczone dwutlenkiem węgla.

Miscé, fiat aqua mineralis artificialis

Wody mineralne sztuczne – (*aquae minerales artificiales*) były alternatywą dla zwykle trudno dostępnych naturalnych wód mineralnych. Miały takie samo działanie i prawie identyczny skład chemiczny. Niektóre miały określony skład, niebędący odpowiednikiem naturalnego źródła. Wody te były dostępne w dwóch postaciach: w butelkach, jako gotowe roztwory soli, lub w postaci łatwiejszych do przechowywania i dozowania tabletek.

Sztuczne wody mineralne otrzymywane z tabletek różniły się od naturalnych zawartością kwasu winowego. Jego dodatek był niezbędny do otrzymania roztworów musujących. W naturalnych wodach musowanie następuje na skutek oddziaływania kwaśnych soli na dwuwęglany, np. $\text{NaHSO}_4 + \text{NaHCO}_3 = \text{Na}_2\text{SO}_4 + \text{H}_2\text{O} + \text{CO}_2$, jest ono jednak słabe i wody te były często dodatkowo nasycane gazowym CO_2 już po zabutelkowaniu. Sole wód mineralnych nie mogły być nasyczone bezpośrednio dwu-

tlenkiem węgla jak wody, efekt ten uzyskiwano przez dodatek kwasu winowego i dwuwęglanu sodu. W „Kronice Farmaceutycznej” z 1933 roku znajduje się obszerny artykuł na temat badania soli sztucznych wód mineralnych. Popularne były też tabletki naturalnych wód mineralnych, wytwarzane z soli powstałych po odparowaniu wody z naturalnego źródła.

Sztuczne wody mineralne w postaci płynnej różniły się od ustalonego analizą składu wody w odpowiadających im źródłach, ze względu na bardzo słabą rozpuszczalność niektórych związków chemicznych, np. węglanu magnezu, siarczanu wapnia itp. Pomocne było użycie wody zawierającej bezwodnik kwasu węglowego. W roztworze takim zwiększała się rozpuszczalność tych soli, co dawało możliwość uzyskania wód zupełnie odpowiadających swoim składem wodom naturalnym. Wody mineralne należało przygotowywać przez mieszanie roztworów odpowiednich soli. Do saturatora wlewano odmierzoną ilość wody, nasączało ją gazem oraz usuwano całe powietrze z saturatora. Po wypuszczeniu gazu dodawano roztworu pierwszej soli i znowu nasączało roztwór gazem. Czynność tę powtarzano przy dodawaniu każdego następnego roztworu soli, aż do otrzymania pożądanego składu. Na końcu wodę nasączało gazem do ciśnienia 3 atmosfer i butelkowano.

Krakowska *Fabryka Wód Mineralnych Sztucznych i Specjalnych Leczniczych* Rzący i Chmurskiego wytwarzała cały asortyment wód mineralnych, w tym różnego rodzaju wody radowe. Zawierały one promieniotwórczy bromek radu. Były produkowane w czterech odmianach: woda radowa czysta, woda radowa alkaliczna, woda radowa glauberska (na wzór wody karlsbadzkiej) i woda radowa litowa.

Polecane były w leczeniu skazy i dny moczanowej, w gościec mięśniowym i stawowym, nerwobólach, osłabieniu ustroju, piasku i kolce nerkowej oraz niektórych schorzeniach skórnych i pewnych rodzajach niedokrwistości. Wody te pito trzy razy dziennie po szklance przed jedzeniem.

W „Polskim Manuale Farmaceutycznym” znajdują się przepisy na następujące sztuczne wody mineralne: Emska, Marienbadzka, Selcerska, Szczawnicka (zdrój Józefiny i zdrój Magdaleny), Vichy (Celestins i Grande Grille). Z kolei w „Farmakopei polskiej II” znajduje się przepis na sztuczną sól karlsbadzką:

Rp.

<i>Natrium sulfuricum siccatum</i>	44,0
<i>Kalium sulfuricum</i>	2,0
<i>Natrium chloratum</i>	18,0
<i>Natrium bicarbonicum</i>	12,0

Miała ona postać suchego białego proszku, którego 6 g soli należało rozpuścić w litrze wody. Miała skład zbliżony do składu naturalnej wody karlsbadzkiej. Dziś w recepturze aptecznej nie wykonuje się już żadnych wysyczeń ani sztucznych wód mineralnych.



APTEKI MAŁOPOLSKI

Historia aptekarstwa w Gorlicach

Apteka „Pod Opatrznością”



Magister Walery Rogaski.

Zdjęcie ze zbiorów Muzeum Regionalnego PTTK w Gorlicach.

Koncesja na prowadzenie apteki „Pod Opatrznością” w Gorlicach nadana została w roku 1817. W 1840, po śmierci Józefa Bartko, właściciela gorlickiej apteki, wdowa po nim - Ludwika, wydzierżawiła ją prowizorowi farmacji Janowi Tomaniewiczowi. Apteka mieściła się wówczas w gorlickim Rynku, w parterowej kamienicy pod numerem 6, w miejscu obecnego ratusza. Gdy w roku 1853 Tomaniewicz zdecydował się założyć własną aptekę w Brzesku, Ludwika Bartkowa rozpoczęła poszukiwania kwalifikowanego farmaceuty, który mógłby go zastąpić. Okazał się nim... sam Ignacy Łukasiewicz!

W 1854 r., po ponad roku pracy w charakterze prowizora, Łukasiewicz wydzierżawił gorlicką aptekę, natomiast w kwietniu 1858 r. kupił ją od Bartkowej. Stało się to możliwe, gdyż wdowa planowała powtórne zamążpójście, a tym samym traciła prawo do posiadania apteki i koncesji. Łukasie-

wicz odstąpił jednak od starań o otrzymanie koncesji i 4 stycznia 1859 roku sprzedał aptekę swemu dotychczasowemu pracownikowi i zastępcy - Waleremu Rogaskiemu. Sam Łukasiewicz porzucił Gorlice i wyjechał do Brzostka, gdzie otrzymał pozwolenie na otwarcie apteki.

Walery Rogaski był nie tylko pracownikiem apteki Łukasiewicza, ale także jego kolegą ze studiów, przyjacielem, świadkiem na ślubie i częstym gościem w domu Łukasiewiczów. Na własne oczy oglądał eksperymenty i odkrycia, dokonywane przez Łukasiewicza w gorlickiej aptece. Urodził się w 1830 r., w 1852 roku ukończył studia farmaceutyczne w Krakowie. Od 1857 r. pracował w gorlickiej aptece, a jej właścicielem pozostawał przez bez mała pół wieku! Z czasem stał się jedną z najbardziej zasłużonych postaci w dziejach Gorlic.

Walery Rogaski był bardzo aktywny w życiu zawodowym. Jako członek Gremium Aptekarzy Galicji Zachodniej brał udział w większości posiedzeń; głos zabierał wielokrotnie, zwykle w najbardziej kontrowersyjnych sprawach. Żądał np. usprawiedliwień od członków, którzy nie przybywali na coroczne posiedzenia Gremium i wprowadzenia obowiązkowych składek na rzecz aptekarzy-pogorzalców. Oskarżał władze austriackie o niehonorowanie rachunków pisanych w języku polskim. Postulował, aby zastrzyć wymagania w stosunku do uczniów aptekarskich, m.in. poprzez dopuszczanie do praktyki wyłącznie absolwentów sześciu klas gimnazjum. Rogaski wyrobił sobie wśród kolegów duży respekt i szacunek, czego świadectwem było wybranie go na *prezesa honorowego* I Zjazdu Aptekarzy Polskich we Lwowie w roku 1894.

Walery Rogaski działał nie tylko na niwie zawodowej, ale także gospodarczej i społecznej. W 1860 r. założył destylarnię i rafinerię ropy naftowej w Siarach. Trzy lata później, w czasie powstania styczniowego, był naczelnikiem powstańczym Gorlic. Pełnił funkcje burmistrza (1882-1886) i wiceburmistrza (1891-1902), asesora miejskiego, zastępcy prezesa Wydziału Powiatowego, członka Wydziału Powiatowego i Rady Powiatowej. Zaangażował się w organizowanie w Gorlicach Towarzystwa Gimnastycznego „Sokół”, powstałego jako filia Towarzystwa we Lwowie. Zmarł w roku 1902.

1 VII 1898 roku Walery Rogaski wydzierżawił swą aptekę Feliksowi Tarczyńskiemu, o którym to wiedzę czerpiemy ze wspomnień wnuczki magistra Tarczyńskiego - pani Krystyny Tarczyńskiej oraz z archiwum rodziny Tarczyńskich.

Feliks Tarczyński urodził się 16 marca 1861 roku w Rzeszowie. Po ukończeniu gimnazjum w Jaśle zdecydował się poświęcić zawodowi aptekarskiemu. Przed wstąpieniem na studia odbył wymaganą praktykę uczniowską w aptekach w Jaśle i Szczawnicy. W roku 1881 pomyślnie zdał egzamin uczniowski i został przyjęty do Gremium Aptekarskiego w Krakowie. Nie od razu jednak wstąpił na studia; pracował w aptece w Podhajcach, skąd ponownie przeniósł się do apteki w Szczawnicy. Zabawił tu kilka miesięcy, po czym rozpoczął pracę w aptece „Pod Opatrznością” Walerego Rogaskiego. Od tego też momentu datują się związki Feliksa Tarczyńskiego z miastem, w którym w przyszłości miał tak wiele dobrego zrobić i piastować naj-



Magister Feliks Tarczyński.

Zdjęcie ze zbiorów rodziny Tarczyńskich.

wyższe godności. W ciągu roku pracy w Gorlicach musiał zyskać sobie sympatię i zaufanie surowego i wymagającego szefa, skoro Rogaski napisał, że przez cały ten czas zachowaniem się swoim pod każdym względem zupełnie mnie zadowolili.

W roku 1883 Tarczyński rozpoczął dwuletnie studia na Uniwersytecie Jagiellońskim. Dyplom magistra farmacji otrzymał w lipcu 1885 r. Już w niecałe dwa tygodnie później ponownie rozpoczął pracę w aptece w Gorlicach. Początkowo był zatrudniony jako współpracownik, a następnie jako zarządzący apteką. W aptecę „Pod Opatrznością” pracował przez blisko trzy lata, a Rogaski tak cha-

rakteryzował jego zasługi: *Poprzez ten przeciąg czasu pedantyczną akuratnością w pełnieniu swych obowiązków, uprzejmością dla publiczności a życzliwością dla mnie zaszkarbił sobie moją zupełną przychylność i życzliwość.*

Współpraca pomiędzy aptekarzami musiała układać się wyjątkowo dobrze, gdyż Rogaski przedłużył Tarczyńskiemu czas zatrudnienia aż do końca 1890 roku. Dodajmy, że w czasie opisywanego pobytu w mieście Tarczyński poślubił Kazimierę Zaydel, córkę sekretarza Starostwa Powiatowego.

Od 1 stycznia 1891 r. magister Tarczyński objął w dwuletnią dzierżawę aptekę w Żydaczowie. W latach 1895-1898 był zastępcą odpowiedzialnym w aptecę w Zakliczynie, należącej do jego brata - Karola. Od 1 VII 1898 r. ponownie widzimy go w Gorlicach, gdzie tym razem dzierżawi aptekę „Pod Opatrznością”. Do jej planowanego kupna jednak nie doszło. Nowym dzierżawcą apteki został magister Hipolit Nowak. Feliks Tarczyński postanowił jednak, że nie rozstanie się z Gorlicami.

Wobec niemożności powstania kolejnej apteki, założył „Drogerię Mgr Feliksa Tarczyńskiego”, położoną w istniejącym po dziś dzień budynku u zbiegu ulic 3 Maja i ks. Świeykowskiego.

Tarczyński poszedł w ślady swego dawnego przełożonego Walerego Rogaskiego i bardzo aktywnie zaangażował się w życie społeczne i kulturalne Gorlic. Był burmistrzem (1911-1916) i wiceburmistrzem (1903-1910), dyrektorem Towarzystwa Zaliczkowemu. Organizował gorlickiego „Sokoła”, wchodząc m.in. w skład „komisji budowlanej”. Na budowę *Sokolni* ofiarował *pięć tysięcy sztuk cegieł w naturze*. W roku 1911 nazwisko Tarczyńskiego, w uznaniu zasług, pojawiło się wśród nazwisk członków-założycieli „Sokoła”. W sierpniu 1914 r. wszedł w skład Powiatowego Komitetu Narodowego w Gorlicach, którego celem było przygotowanie kadr dla Legionów Polskich, rekrutujących się spośród gorliczan.

Po wybuchu I wojny światowej Feliks Tarczyński, jako burmistrz miasta, został zobowiązany do ewakuacji magistratu w głąb c.k. monarchii. Jednak natychmiast po cofnięciu się linii frontu poza Gorlice, 3 VI 1915 r., powrócił do całkowicie zniszczonego miasta i rozpoczął kierowanie pracami przy: odbudowie zniszczonych domów, dostarczaniu żywności mieszkańcom, zapewnianiu pomocy lekarskiej i finansowej. Niestety, magister Tarczyński zaraził się panoszącą się wówczas gripą i 29 III 1916 roku zmarł.

W czasie działań wojennych całkowitemu zniszczeniu i rozgrabieniu uległa „Drogeria Mgr Feliksa Tarczyńskiego”. Jej ponownym uruchomieniem zajęła się Jadwi-



„Drogeria Mgr Feliksa Tarczyńskiego” (po prawej stronie). Fragment pocztówki ze zbiorów Muzeum Regionalnego PTTK w Gorlicach.



Apteka „Pod Opatrznością” w Gorlicach (pierwsza kamieniczka od prawej). Fragment pocztówki ze zbiorów Muzeum Regionalnego PTTK w Gorlicach.

ga Maria Zaydel (ur. 14 VII 1876 r.), szwagierka Tarczyńskiego. Była jedną z pierwszych kobiet-absolwentek kursów drogistowskich, organizowanych we Lwowie. W gorlickiej drogerii pracowała już na kilka lat przed wybuchem I wojny światowej, zyskując wielkie doświadczenie i uznanie w oczach pacjentów. Była bardzo sumienna i pracowita, dzięki czemu Tarczyński mógł bez przeszkód angażować się w życie społeczne. Jej postawa, pełna zapału i serdeczności, oraz dobroć dla ludzi i ukochanych zwierząt, uczyniły z niej w Gorlicach postać legendarną. Jadwiga Zaydel zmarła 11 X 1950 r., nie dożywając na szczęście nacjonalizacji drogerii.

Powróćmy jednak do roku 1901, kiedy to, jak wcześniej wspomniano, kolejnym dzierżawcą apteki „Pod Opatrznością” został Hipolit Nowak. Pięć lat później zakupił aptekę od spadkobierców Rogaskiego i zdecydował się zmienić jej lokalizację, przenosząc ją z narożnej kamienicy u zbiegu dzisiejszych ulic Mickiewicza i Podkościelnej, do istniejącej po dziś dzień kamienicy z napisem „Apteka”. Idąc w ślady swych poprzedników, także zaangażował się w życie społeczne Gorlic. W latach 1911-1913 był zastępcą burmistrza... Feliksa Tarczyńskiego! W roku 1908 i 1912 wybierano go do Rady Miejskiej. W 1913 r. za swą pracę dla Gorlic otrzymał Krzyż Jubileuszowy oraz Medal Pamiątkowy. Jako zastępca prezesa wydziału, najwięcej sił i czasu włożył Hipolit Nowak w pracę dla gorlickiego „Sokoła”: był członkiem sądu honorowego, przekazywał datki na budowę nowej *Sokolni*, stał na czele zarządu *tenisu na boisku w parku miejskim*... W wykazach „członków zwyczajnych” figurował jako posiadający *uroczysty strój sokoli* oraz *strój polowy*.

Hipolit Nowak pozostał w mieście w czasie inwazji rosyjskiej. Ksiądz Bronisław Świeykowski w swej słynnej książeczce „Z dni grozy w Gorlicach” (Kraków, 1919) wspomina, że apteka *podczas całej inwazyi była wprawdzie otwartą, ale zupełnie bez lekarstw*. W ostatnim dniu rosyjskiego oblężenia, 2 maja 1915 roku, apteka uległa częściowemu zniszczeniu.

Hipolit Nowak zmarł w roku 1919. Na jego grobie, znajdującym się na cmentarzu parafialnym w Gorlicach, umieszczona jest figura anioła, którego twarz wedle zapewnień najstarszych gorliczan, przedstawia twarz magistra Nowaka.

Apteka spadkobierców Hipolita Nowaka do roku 1926 pozostawała pod zarządem Ferdynanda Otha. 7 IV 1926 r. zakupił ją magister farmacji Józef Stanisław Batoryński (absolwent studiów farmaceutycznych we Lwowie z roku 1912). Od wdowy po Nowaku wynajął również całą kamienicę i zamieszkał w niej wraz z rodziną – żoną Eleonorą (1893-1962) i dziećmi – Jadwigą i Zdzisławem.

Józef Batoryński jest po dziś dzień postacią wspominaną przez gorliczan z wielką serdecznością. Apteka „Pod Opatrznością” cieszyła się wielką popularnością. Batoryńscy zatrudniali w niej kilka osób, m.in. do prowadzenia spraw administracyjnych i na recepturze. Batoryńscy byli ludźmi bardzo zamożnymi. Dochody z apteki pozwalały im na realizowanie pasji kolekcjonerskich (obrazy). Ciesząc się wielkim poważaniem i powszechnym szacunkiem, Batoryński należał do Akcji Katolickiej i działał w „Sokole”. Co tydzień bywał w siedzibie Towarzystwa Kasynowego, gdzie spotyka-



Pomnik nagrobny Hipolita Nowaka.

ła się gorlicka elita. Współfinansował większość uroczystości – szkolnych, miejskich i organizowanych przez „Sokoła”. Różnorodnie przybierała pomoc materialna, z jaką przychodzili Batyńscy gorliczanom. Pani Władysława Jarkiewicz wspomina, że w czasie wakacji zatrudniali dzieci z rodzin wielodzietnych do zbierania i drolowania wiśni na przetwory. Płacili podatki i rachunki osób najuboższych. Kupowali im kozy lub krowy „w zamian” za symboliczne ilości mleka. Bywali gośćmi na weselach i chrzcinach biedniejszych gorliczan, dzięki czemu mogli ofiarowywać wartościowe prezenty. Dzieci Batyńskich – Jadwiga i Zdzisław, pomimo zamożności rodziców, były bardzo skromne i nigdy nie wywyższały się.

Cenne wspomnienia o Józefie Batyńskim przedstawił jego wnuk – pan Grzegorz Batyński. Dzięki bardzo dużym obrotom apteki, aptekarz mógł pozwolić sobie na zakup luksusowych samochodów, jednych z pierwszych w Gorlicach – fiata 508, a następnie nowoczesnego citroëna! Batyński dochody czerpał nie tylko z apteki, ale także inwestował – głównie w akcje spółek naftowych. Jako człowiek zamożny mógł pozwolić sobie na wielkie gesty – np. na fundowanie i wspieranie ochronek dla dzieci. Jego żona Eleonora prowadziła księgowość apteki i sprawowała nad nią



Magister Józef Batyński.

Zdjęcie ze zbiorów Grzegorza Batyńskiego.

opiekę. Batyńscy bardzo dbali o wychowanie i wykształcenie swych dzieci, które uczyły się języków obcych. Jako człowiek, Józef Batyński był bardzo taktowny, liberalny, honorowy i miły, jako aptekarz zaś – rzetelny i dokładny.

Józef Batyński zmarł tuż po wybuchu II wojny światowej. Prowadzenie apteki spadło w tej sytuacji na Eleonorę, która dbała o stałe przydziały i zapewniała bardzo dobre zaopatrzenie. Z apteki „Pod Opatrznością” Eleonora Batyńska przekazywała dla żołnierzy Armii Krajowej leki i materiały opatrunkowe. Pani Jadwiga Ligarska, gorliczanka, wspomina, że jej ojciec – Józef Stawiarski, pracownik urzędu miasta, dostarczał partyzantom leki i bandaże. Niósł je idąc na piechotę wzdłuż Ropicy, do umówionego miejsca w pobliżu Szymbarku. Eleonora Batyńska wspierała polskie podziemie nie tylko lekami, ale także finansowo, wykupując aresztan-



Rok 1939 - rodzina Batyńskich w czasie Świąt Wielkanocnych. Zdjęcie ze zbiorów Grzegorza Batyńskiego.

tów z niemieckich więzień. Przekazywała również pokaźne sumy dla wdów i sierot po zabitych partyzantach.

Apteka „Pod Opatrznością” funkcjonowała nadal po zakończeniu okupacji niemieckiej i ciągle należała do Eleonory Batyńskiej. W roku 1951 apteka została znacjonalizowana.

Apteka na Zawodziu

W roku 1930 otwarta została druga apteka w Gorlicach, na tzw. Zawodziu. Jej właścicielem był magister farmacji Michał Leyko. Urodził się 6 III 1884 roku w Mielcu, jako syn Tomasza i Tekli. Po ukończeniu gimnazjum w Tarnowie i odbyciu praktyki uczniowskiej, w roku 1909 zdał w Krakowie egzamin tyrocynałny i wstąpił na dwuletnie studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim.

W 1925 r. zarządzał apteką spadkobierców Miczyńskiego w Wieliczce. W latach 1925-1928 piastował godność prezesa krakowskiego Oddziału Związku Zawodowego Farmaceutów Pracowników, pracując jednocześnie w aptece Kasy Chorych w Krakowie.

W wspomnieniach gorliczan pozostaje jako osoba niskiego wzrostu, korpulentna, z baczkami, bardzo elegancka, o ujmującym sposobie rozmowy z pacjentami. Najczęściej widywano go we fraku i oryginalnej muszce. Cytowana już pani Jadwiga Ligarska zaznacza, że Leyko *pięknie reprezentował swój zawód*, na dowód tego przytacza historię z własnego życia. Otóż w czasie II wojny światowej zachorowała

na czerwonkę. Zwróciła się wówczas o pomoc do magistra Leyki, który za darmo dał jej leki. Mało tego – do popicia ofiarował koniak, którego kupno w czasie wojny graniczyło niemal z cudem, a który skutecznie pomagał w zwalczaniu tej groźnej choroby zakaźnej.

Z kolei pani Maria Gumułka wspomina magistra Michała Leykę jako aptekarza traktującego swój zawód jako służbę, *wspaniałego fachowca, ze starej generacji aptekarzy, człowieka arcyuczciwego*. Jeżeli tylko potrzebna była pomoc, magister Leyko natychmiast schodził do apteki – niezależnie od tego, czy dzwoniło w święta czy w nocy. Lokal apteczny znajdował się w istniejącym po dziś dzień budynku przy ulicy Mickiewicza, tuż za mostem na Ropie. Meble były bardzo eleganckie, brązowe, półki oszklone kremowym i matowym szkłem z witrażami. We wnętrzu uwagę zwracał piękny, stary moździerz, wystawiony na ozdobę. W sali ekspedycyjnej do dyspozycji pacjentów stała waga osobowa.

Magister Leyko, w przeciwieństwie do innych gorlickich aptekarzy, nie udzielał się społecznie. Rzadko widywano go wychodzącego z wizytą. Był jednak postacią bardzo popularną w Gorlicach, pozwalającą sobie często na żarty. Pani Maria Gumułka opowiadała, jak pewnego razu, jeszcze przed II wojną światową, wydano rozporządzenie, że we wszystkich witrynach sklepowych muszą zawisnąć portrety marszałka Piłsudskiego i prezydenta Mościckiego. Magister Leyko, będąc zobowiązanym do wypełnienia nakazu, owszem, wywiesił portrety, tuż obok nich przytwierdził jednak przekornie dużą kartkę: *Świeże pijawki*. Z apteki na Zawodziu korzystali bardzo często Rusini, przybywający do Gorlic na targ. Byli wśród nich liczni alkoholicy, którzy usilnie prosili aptekarza o wydanie spirytusu. Leyko zazwyczaj odmawiał, kiedy jednak delikwent był zbyt uparty – sprzedawał spirytus z dodatkiem... oleju rycynowego!

W czasie II wojny światowej Leyko zaangażował się w działalność ruchu oporu. Przekazywał partyzantom leki i materiały opatrunkowe, które trafiały m.in. do polowej izby chorych w Zagórzanach pod Gorlicami. Za zgromadzone oszczędności wykupywał od niemieckich strażników aresztowanych gorliczan.

Aptekę magistra Leyki szczególnie brutalnie potraktowała komisja prowadząca w 1951 roku nacjonalizację aptek. Członkowie komisji wpadli do apteki krzycząc: *Oddawać klucze, bo to wszystko już nasze!* Upaństwowiono wszystkie prywatne rzeczy aptekarza, które w dużej ilości znajdowały się na strychu kamienicy. Komisja przeprowadziła także rewizję prywatnego mieszkania: wywracano łóżka i rozdzielano materace w poszukiwaniu książeczek czekowych i wyciągów z konta. Magistrowi Leyce zabroniono po 9 stycznia 1951 r. pracować w aptece na Zawodziu. Przeniesiony został do dawnej apteki „Pod Opatrznością” w gorlickim Rynku. W swojej aptece pojawiał się bardzo rzadko, zwykle przy okazji zastępstwa.

Michał Leyko zmarł 8 lutego 1965 roku.

Piśmiennictwo u autora

Dr n. farm. Maciej Bilek



PRZED 100 LATY POLSKA PRASA FARMACEUTYCZNA PISAŁA...

Apteczki wiejskie pozakładała na próbę Dyrekcyja sanitarna w Rumunii w szkołach i plebaniach. Apteczki te wydają bezpłatnie leki włościanom. Zarządzenie to ma na celu głównie zwalczanie zimnicy i wzbudzenie zaufania u ludności do leczenia się, a przez to wykorzenienie przesądów, znachorstwa i t.d.

Na zjeździe farmaceutów niemieckich w Darmstadzie oświadczone się za szerszym wykształceniem farmaceutów w chemii organicznej i fizyologicznej, oraz w bakteriologii, a – zdaniem kongresu – apteki powinny być odpowiednimi posterunkami dla badań chemicznych i bakteryologicznych. Słuszne te i coraz częściej podnoszone przez sfery zawodowe wszystkich państw kulturalnych żądania wyższych studiów dla farmaceutów, powinny już raz wejść w stadyum prac wykonawczych.

Od chwili wprowadzenia konstytucji w Turcyi, wydał rząd tamtejszy już niejedną ustawę, którą powitać należy z zadowoleniem. Niedawno ogłoszone rozporządzenie zezwala na prowadzenie aptek tylko tym aptekarzom, którzy wykażą się posiadaniem dyplomu tureckiego. Dotychczas mógł tam aptekarzem być kto tylko zapragnął tak, że np. w Jerozolimie zostanie zamkniętych przeszło 10 aptek, wskutek powyższego rozporządzenia.

Fizykat miasta Wiednia, celem zapobiegania rozszerzaniu się chorób zakaźnych wydał słuszne zarządzenie, ażeby biednym chorym na chorobę zakaźną wydawano receptę żółtego koloru, a lekarstwa na takie recepty wydawane być mają tylko do nowych naczyń.

Elan-wata jest czystą watą wysycaną nalewką z papryki w stosunku 5:15. Zastępuje korzystnie plaster z papryką, gdyż rozgrzewa ciało, a wcale się nie przyklepia.

Cytaty zaczerpnięto z działów „Wiadomości bieżące” oraz „Wiadomości naukowe” „Czasopisma Galicyjskiego Towarzystwa Aptekarskiego” i „Kroniki Farmaceutycznej” ze stycznia i lutego 1909 roku. Zachowano oryginalną pisownię i interpunkcję.

Opracował
Dr n. farm. Maciej Bilek



Z DAWNEJ APTEKI

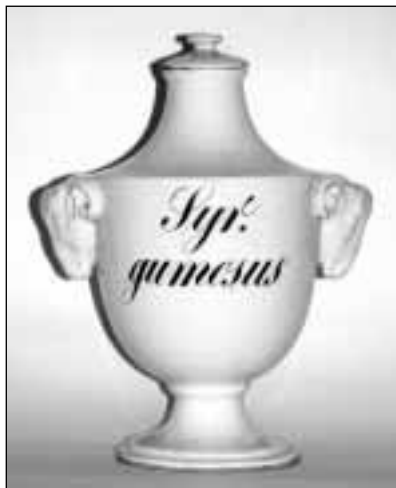
Melago Graminis (Mellago Graminis) lub *Extractum Graminis Liquidum* – wyciąg z perzu właściwego (*Agropyrum repens L.*). Środek łagodnie przeczyszczający. Był również stosowany w niezbytach przewodu pokarmowego i dróg oddechowych.

Syr. Gumosus (Syrupus Gumosus) – syrop z gumy arabskiej Gummi arabicum.

Posiada działanie osłaniające, dlatego był używany w stanach zapalnych przewodu pokarmowego, w zatruciach solami, metalami oraz w schorzeniach dróg oddechowych.



Melago Graminis



Syr. Gumosus

Wazy apteczne z ozdobnymi nakładkami, tzw. baranie główki.

Porcelana, Ćmielów, 2 połowa XIX w. (sprzed 1890 r.). Wzornictwo zaczerpnięte z manufaktur porcelany w Miśni i Berlinie, a także w Korcu i Tomaszowie. Forma naczyń, pomimo swojej lekkości i finezji, okazała się jednak niezbyt praktyczna, dlatego wytwórnia ćmielowska w krótkim czasie zaniechała ich produkcji.

Ze zbiorów Muzeum Farmacji w Krakowie.

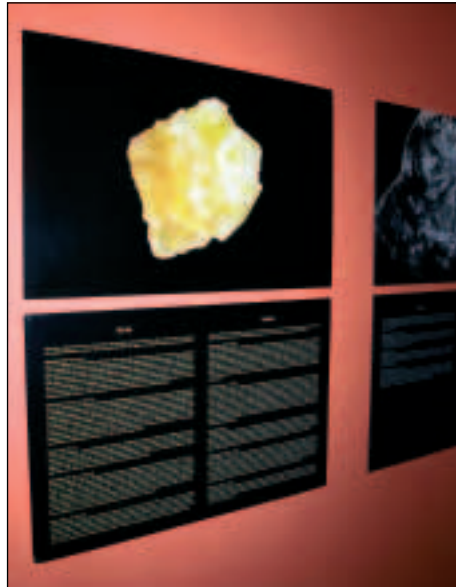
Iwona Dymarczyk



WYDARZENIA

W krakowskim Muzeum Farmacji otwarta została pod koniec ubiegłego roku wystawa pt. „Kamieniem w chorobę”, poświęcona wybranym minerałom i opiniom starożytnych autorów na temat ich właściwości leczniczych. Składa się ona z dwóch zasadniczych elementów: pierwszy to duże, efektowne fotografie poszczególnych minerałów, wraz z opiniami starożytnych autorów; drugi to gabloty, w których podziwiać można piękne okazy minerałów i towarzyszące im naczynia apteczne, które niegdyś służyły do przechowywania ich jako surowców leczniczych.

Dzisiejszych farmaceutów zainteresuje zapewne fakt eksponowania na wystawie substancji pochodzenia mineralnego, znanych z co-



dziennej pracy na aptecznej recepturze, m.in. cynobru, glinki białej oraz siarki. Na ilustracji obok widoczny jest piękny okaz ostatniego z wymienionych minerałów wraz z dawnym naczyniem aptecznym, a na ilustracji powyżej tablica opisująca historię leczniczego zastosowania siarki.

Dr n. farm. Maciej Bilek

ANGIELSKI W APTECE?

NO PROBLEM!



ZAPEWNIAMY

- autorski, specjalistyczny program nauczania stworzony w oparciu o autentyczne brytyjskie materiały farmaceutyczne
- bezpłatny test kompetencji językowych oraz stały nadzór metodyczny
- bezpłatne lekcje próbne
- zajęcia w małych grupach lub indywidualnie
- szkolenia poprzez komunikator Skype
- elastyczny grafik zajęć

SPECJALNA OFERTA BIZNESOWA DLA WŁAŚCICIELI I KIEROWNIKÓW APTEK

● szkolenie podnoszące kwalifikacje zawodowe ●
dedykowane personelowi apteki.

we talk your language... www.calc.pl

Centrum Szkoleniowe CALC ul. Bożego Ciała 23, 31-059 Kraków
e-mail: info@calc.pl, tel. +48 12 410-19-05, tel. kom. 0 502 675 195