

BIULETYN INFORMACYJNY OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ W KRAKOWIE

# FARMACJA KRAKOWSKA



ROK XII / nr 2 / 2009

---

---





*Z okazji Świąt Wielkanocnych  
wszystkim Czytelnikom  
„Farmacji Krakowskiej”  
najserdeczniejsze życzenia  
składa  
Okręgowa Rada Aptekarska  
wraz z pracownikami biura OIA*

Biuletyn Informacyjny Okręgowej Izby Aptekarskiej  
w Krakowie

Farmacja  
Krakowska



Dwumiesięcznik, rok XII / nr 2 / 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](mailto: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: 2600 egzemplarzy



## SPIS TREŚCI

Rozmowa z prezesem .....	4
Informacje bieżące .....	9
Kalendarium .....	10
Informacje Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie .....	11
Prawnik radzi .....	18
Wykaz obowiązujących aktów prawnych .....	21
Nowości wydawnicze .....	22
Przegląd wiadomości naukowych .....	23
Bał przebierańców – fotoreportaż .....	26
Co farmaceuta wiedzieć powinien .....	28
Od natury do receptury .....	36
Rośliny lecznicze .....	39
Misce, fiat ... ..	42
Apteki Małopolski .....	45
Varia .....	50
Przed 100 laty polska prasa farmaceutyczna pisała... ..	51
Z dawnej apteki .....	52



## ROZMOWA Z PREZESEM

Niniejszy numer „Farmacji Krakowskiej” jest wyjątkowy z dwóch powodów. Po pierwsze – zmieniamy częstotliwość ukazywania się naszego czasopisma, które do rąk Czytelników trafić będzie jako dwumiesięcznik. Po drugie – rozpoczynamy nowy cykl artykułów. Tym razem będą to rozmowy z prezesem naszej Okręgowej Izby Aptekarskiej – mgr. farm. Piotrem Józwiakowskim, w których podsumowywać i omawiać będziemy najważniejsze problemy i wydarzenia z życia krakowskiej i ogólnopolskiej farmacji. Pytania zadać może prezesowi każdy czytelnik „Farmacji Krakowskiej”. Wystarczy przesłać je na adres e-mailowy mbilek@tlen.pl.

Ponawiamy także apel o aktywne uczestnictwo w redagowaniu „Farmacji Krakowskiej”. Oczekujemy na artykuły, propozycje nowych rubryk i uwagi dotyczące całości kształtu naszego czasopisma.

**Panie Prezesie, jak Czytelnikom „Farmacji Krakowskiej”, a zarazem członkom Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie, uzasadniłby Pan konieczność istnienia izb aptekarskich? Przypomnijmy, że po skardze Rzecznika Praw Obywatelskich toczy się obecnie dyskusja nad celowością istnienia samorządów zawodowych. Jakie są podstawowe argumenty przemawiające za dalszym istnieniem samorządu aptekarskiego?**

Reaktywowanie izb aptekarskich w roku 1991 nastąpiło na skutek głosu społecznego, żeby zreszczyć się dla obrony zawodu. To był nasz ówczesny cel po transformacji ustrojowej. Zaskarżenie artykułu 17 Konstytucji RP mówiącego o obowiązkowej przynależności do samorządu aptekarskiego – i bardzo proszę unikać słowa korporacja – jest całkowicie nieuzasadnione. Dlaczego? Tłumaczą to w ten sposób: Czy pan, będąc członkiem gminy krakowskiej, dzielnicy, czy wspólnoty mieszkaniowej, ma wpływ na to, że przynależność ta jest obowiązkowa, czy nie? Ona jest, bo pan do niej należy. Po prostu takie jest prawo, że do czegoś pan należy, niekoniecznie dając swój akces. Przynależność do samorządu aptekarskiego wynika z tego, że... wykonuje się swój zawód! A żeby taki samorząd, taka społeczność istniała, to w moim przekonaniu muszą być spełnione trzy przesłanki: kodeks etyki, rzecznik odpowiedzialności zawodowej, sąd aptekarski. I na tym powinien opierać się samorząd, który stoi na straży właściwego wykonywania zawodu. Przynależność do niego nie jest tak naprawdę obowiązkowa, wynika ona z tego, że wykonuje się zawód aptekarski, tak samo jak mieszka się na terenie gminy lub dzielnicy.

**Skąd w takim razie pomysł likwidacji samorządów?**

Pomysł ten nie wynika z naszej ustawy, która w stosunku do innych ustaw samorządowych jest bardzo liberalna. My nie mamy takiego zapisu, który mówi, że niezapłacenie składek za jeden rok wyklucza możliwość wykonywania zawodu.

**Jednym słowem, nasz samorząd aptekarski jest ofiarą zbyt restrykcyjnych ustaw innych samorządów?**

Tak, a szczególnie samorządów prawniczych, które w taki a nie inny sposób zorganizowały swoje ustawy samorządowe. Powinniśmy zmienić zapis drugiego artykułu naszej ustawy samorządowej, który nie mówi o tym, jak może powrócić do samorządu członek pozbawiony prawa wykonywania zawodu. Podkreślam jednak, że cała światowa demokracja opiera się na samorządności.

**We współczesnej farmacji obserwujemy wiele przełomowych zjawisk. Proszę powiedzieć, jakie są na ich tle plany działania naszej krakowskiej Izby Aptekarskiej? Czy plany te wychodzą będą jedynie naprzeciw doraźnym problemom, czy są także zamia-ry długofalowe?**

Myszę, że każda z okręgowych izb aptekarskich powinna na swoim terenie rozwiązywać wszelkie konflikty, np. na styku aptekarzy i Narodowego Funduszu Zdrowia, czy Inspektoratu Farmaceutycznego. Jednak wiele problemów sływa do nas z centrum, z Warszawy. Jako mała społeczność nie jesteśmy w stanie ich rozwiązać, zawsze jednak możemy wydać opinię na ten temat. I to czynimy. Albo forsujemy własną i staramy się kogoś przekonać, lub ktoś stara się przekonać nas. Co do zamiarów długofalowych – dużo już zrobiliśmy. Chodzi mi tu głównie o system edukacji internetowej. W tym momencie zastanawiam się bardzo poważnie – i mówię to po raz pierwszy – nad uruchomieniem instytucji, która będzie chronić wszystkich aptekarzy od odpowiedzialności cywilnej, poprzez wykupienie polisy – i to nie w takiej formie jak to jest obecnie. Myszę o takiej polisie, która umożliwi ochronę nawet przed rzecznikiem odpowiedzialności zawodowej, a osoba ją posiadająca otrzyma w razie potrzeby adwokata.

**Kolejne moje pytanie związane jest z tematem, który społeczność farmaceutów elektrykuje chyba najbardziej: Na jakim etapie legislacyjnym znajduje się obecnie ustawa „Prawo farmaceutyczne”?**

W moim przekonaniu ustawa ta niestety została schowana w ministerialnym biurku. W drugiej połowie roku musi jednak ujrzeć światło dzienne, ze względu na współzależność naszego ustawodawstwa z unijnym. Tymczasem jednak, po konsultacjach społecznych, po wydaniu opinii przez czynniki zewnętrzne, wszystko ucichło.

**A jakie było zdanie naszego samorządu na temat projektu ustawy?**

Generalnie ustawa szła w dobrym kierunku. Długie dyskusje trwały na temat tego, czy zgodzić się, żeby farmaceuta, chcący pełnić funkcje kierownika apteki, nie był ograniczony 70. rokiem życia. Nasze krakowskie stanowisko było jasne. W tej chwili osiągają taki wiek ludzie, którzy odkupili apteki od Cefarmów i do tej pory są ich właścicielami. To właśnie od nich pochodzi głos, że w dobie tak dużej liczby aptek, utrzymanie kierownika we własnej aptece jest dużym problemem. Łatwiej jest zapłacić zatrudnionemu magistrowi, ale nie – kierownikowi. Myśląc o tych ludziach zdecydowaliśmy, że pełnić funkcję kierownika można do 65. roku życia, natomiast za zgodą wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego i z zaświadczeniem lekarskim – dłużej.

**Następny temat, który frapuje farmaceutów, to sposób uregulowania marż na leki refundowane. Wielu spośród aptekarzy twierdzi, że jest to jedyny sposób na normalizację stosunków w naszym zawodzie lub wręcz – ratunek dla małych i średnich aptek. Jakie jest Pana zdanie na ten temat?**

Jako samorząd zawodowy powinniśmy przede wszystkim zadbać o godziwą tabelkę marżową przy ustalaniu ceny detalicznej leków refundowanych. Tymczasem projekt ustawy mówi o stałej cenie zbytu, o stałej marży hurtowej (wynoszącej 8,68%) i stałej cenie detalicznej. Jednocześnie rząd proponuje nam starą tabelkę marżową, kończącą się na 12 złotych, a zaczynającą się na złotówce, gdzie w pierwszych trzech przedziałach w ogóle nie ma już żadnych leków! Pomimo tego, że w jakiś sposób unormowałyby to rynek, stoję na stanowisku następującym: Ustalona powinna zostać cena urzędowa, która ma charakter ceny stałej i niezmiennej. Jednak dopóki nie będzie wypracowanej godziwej tabelki marżowej, nie powinno się poprzeć projektu rządowego, mówiącego o trzech etapach stałej ceny. Bo wtedy właśnie zabezpieczamy interesy producenta i hurtownika, a nie mamy zagwarantowanych własnych, pozostając na głodowej wręcz tabelce marżowej. Przy takiej konstrukcji trzeba także zrozumieć, że nie ma możliwości udzielania aptece rabatu przez hurtownię.

**Jaki w takim razie będzie „krajobraz” po wprowadzeniu ustawy w kształcie proponowanym przez rząd?**

Stać cena na leki refundowane może doprowadzić do tego, że większość aptek pozornie skorzysta z tej sytuacji. Proszę sobie jednak wyobrazić taką scenę, że przychodzi pan do apteki, gdzie cena za lek refundowany to 100 złotych, a pacjent ma zapłacić 10 złotych. Pacjent istotnie płaci te 10 złotych, ale ja biorę je i oddaję pacjentowi. Reszty proszę się domyśleć. Czy można wykluczyć taką sytuację? Niestety nie można. W jakiegokolwiek konstrukcji ustawy, takiej sytuacji wykluczyć nie można! Jeżeli pan mówi, że stała cena zbytu, stała marża hurtowa i stała cena detaliczna zabezpieczą małe apteki, to ja mówię, że – nie zabezpieczą. Praca samorządu powinna dążyć do czego innego. Nie interesuje mnie przemysł i hurtownik, którzy zawsze sobie



poradzą. Mnie interesuje godziwa tabelka marżowa dla cen detalicznych. I od tego trzeba zacząć. A niestety żaden rząd nie zgodzi się na to, żeby zwiększyć wydatki Narodowego Funduszu Zdrowia i żeby podnieść tym samym zyskowność aptek.

### **Jakie w takim razie drogi do normalizacji stosunków w zawodzie aptekarskim wskazywałby Pan?**

Prawa za wiele nie można zmieniać, tylko ludzi trzeba zmieniać! To przecież ludzie zrobili to wszystko! Prawo mówi, że cena detaliczna ma charakter ceny maksymalnej. Dlaczego więc nagle wszyscy zaczęli robić to, co możemy oglądać dokoła? Zrobiliśmy sobie to wszystko sami. Proszę cofnąć się do moich wypowiedzi sprzed lat, kiedy wchodziły ceny detaliczne maksymalne, a ja wtedy mówiłem, że macie jedyną okazję, żeby zastosować ceny maksymalne we wszystkich aptekach. I nikt tego nie zrobił. A zaraz potem mamy krzyk, upadanie aptek, bankructwa, rabaty! Nasze wyliczenie jest takie, że większość aptek z naszego terenu nie przeżywa bez uzyskania upustów. Upust od hurtownika może oczywiście nie zostać skonsumowany, może zostać przekazany pacjentowi, a może posłużyć także do zapłaty za czynsz. Moim zdaniem, jeżeli nie możemy pozwolić sobie na uzyskanie zwykłej marży detalicznej, błędem jest popieranie hurtu i producentów, którzy załatwiają sobie wszystko. A my zostajemy na głodowej marży.

### **Kolejne pytanie i kolejny problem – jak Pan podsumuje zamknięty pierwszy okres szkolenia ustawicznego?**

W naszej izbie – bardzo dobrze, na tle innych izb. Nie mamy jeszcze obliczonych ostatecznych rezultatów, ale są takie ośrodki jak Gdańsk, gdzie z obowiązku uzyskania stu punktów edukacyjnych wywiązało się zaledwie 8% członków izby! W całej Polsce, jeżeli jest około 30%, to jest to bardzo dużo. Tymczasem średnio, od grudnia, ja podpisuję dziesięć książeczek dziennie. Średnio. Czyli 50 tygodniowo, a 200 miesięcznie. Przez cztery miesiące powinienem podpisać już 800 książeczek, ale osób, które uzyskały sto punktów, będzie prawdopodobnie ponad tysiąc. Generalnie jednak rozporządzenie o ciągłym kształceniu jest do zmiany.

### **Co w takim razie jest nie tak?**

Przytoczone powyżej wyniki świadczą o niechęci kształcenia się farmaceutów. Pomiimo tego, że nasza izba dała możliwość zdobycia 140 punktów twardych i 180 punktów miękkich, większość farmaceutów z tych możliwości nie skorzystała. Najczęściej motywowane jest to niemożnością opuszczenia apteki. Nie możemy jednak całkowicie odpuścić kształcenia ustawicznego. Musimy doprowadzić do takiej jego formy, żeby farmaceuty sami chcieli się kształcić, a my z kolei – jako władze samorządu – będziemy mogli powiedzieć całej Polsce, że nasz farmaceuta jest wykształcony i cały czas się szkoli. Jednym z naszych postulatów jest likwidacja punktów twardych. Jesteśmy także przeciwni jakimkolwiek opłatom za kursy i egzaminom. Niech farma-

ceuta idzie się szkolić tam, gdzie chce, a nie tam gdzie musi! Proszę także zwrócić uwagę na to, że władze nie zmieniły w stosunku do poprzedniego, pięcioletniego okresu, żadnego tematu i mamy nadal te same 44. Z pewnością pomocne okaże się powołanie 18 marca 2009 roku Centrum Edukacji przy Naczelnej Radzie Aptekarskiej, które będzie wyłącznie zajmowało się cyklami szkoleń ustawicznych.

**Jakie będą konsekwencje wobec osób, które nie dopełniły obowiązku uzbierania stu punktów edukacyjnych?**

Żadnego literalnego zapisu na ten temat nie ma. Jednak pomimo tego, że wiele osób nie zgadza się z tym rozporządzeniem, obowiązuje nas prawo, spoczywa na nas pewien obowiązek. Jako izba aptekarska mamy tylko jedną możliwość wyciągnięcia konsekwencji – przy okazji wydawania opinii o pełnieniu funkcji kierownika apteki.

**Jak Pan ocenia działanie systemu E-edukacja? Czy sprawdził się i jaka jest jego przyszłość?**

System sprawdził się w stu procentach. Rozpoczęliśmy ten projekt łącznie z Uniwersytetem Jagiellońskim, natomiast teraz wyszliśmy poza uczelnię, gdyż wielkim problemem było sfinansowanie kolejnych wykładów. Wydaje nam się, że w dalszym ciągu utrzymamy formę bezpłatnego dostępu do kursów oraz nieograniczoną liczbę wykładów za punkty twarde, dopóki ten podział jeszcze istnieje.

**Czyli o przyszłość systemu E-edukacja możemy być spokojni?**

Tak. A wyprzedzając sytuację – w ustawie o zawodach medycznych jest także mowa o kształceniu ustawicznym techników farmaceutycznych. Musimy przejąć ewentualne szkolenie techników i w systemie E-edukacja oni także dostaną swoje poletko.

**Ostatnie pytanie – związane z Naczelną Izbą Aptekarską, która dla większości farmaceutów jest instytucją bardzo odległą, enigmatyczną. Co robi Naczelna Izba Aptekarska, jakie są jej zadania i plany?**

Naczelna Izba Aptekarska to przede wszystkim legislacja. To wpływ na kształt najważniejszych ustaw – o zawodzie i o prawie farmaceutycznym. Jesteśmy jedynym samorządem, który nie posiada własnej ustawy o zawodzie i jeżeli się to nie zmieni, będziemy na każdym kroku przegrywać. Naczelna Izba Aptekarska znajduje się w Warszawie, w centrum wydarzeń, tam są urzędy, tam są posłowie, tam są ministrowie, tam się rozmawia i tłumaczy różne zawiłości. A my z izb okręgowych przesyłamy do Izby Naczelnej swoje obserwacje, propozycje i uwagi.

**Dziękuję bardzo za rozmowę.**

*Rozmawiał Maciej Bilek*



## 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. 9<sup>00</sup> do 17<sup>00</sup>

od wtorku do piątku od godz. 9<sup>00</sup> do 15<sup>30</sup>

### **Prezes**

mgr farm. Piotr Józwiakowski pełni dyżury:

w poniedziałki od godz. 12<sup>00</sup> do 17<sup>00</sup>, w czwartki i piątki od godz. 12<sup>00</sup> do 14<sup>00</sup>

### **Kierownik biura**

Jadwiga Wojdyła

### **Radca prawny OIA**

mgr Janusz Brol dyżuruje w poniedziałki od godz. 14<sup>00</sup> do 17<sup>00</sup>

### **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

- 10.02.2009 r.**      **Kraków** – posiedzenie Okręgowej Rady Aptekarskiej
- 14.02.2009 r.**      **Kraków** – Bal Przebierańców
- 17.02.2009 r.**      **Warszawa** – posiedzenie Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej
- 20.02.2009 r.**      **Warszawa** – spotkanie prezesa mgra farm. Piotra Józwiakowskiego w warszawskiej Okręgowej Izbie Aptekarskiej w sprawie „EDUKACJI”
- 7.03.2009 r.**      **Wrocław** – zjazd Dolnośląskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Prezentacja na temat opieki farmaceutycznej przedstawiona przez prezesa mgra farm. Piotra Józwiakowskiego
- 9-11.03.2009 r.**    **Kwartalne spotkania aptekarzy** – Kraków, Tarnów, Nowy Sącz
- 14.03.2009 r.**      **Kraków** – wykład pod patronatem Naczelnej Izby Aptekarskiej „Rola farmaceuty w doborze leczenia najczęstszych chorób układu oddechowego z uwzględnieniem wpływu leków na czynności poznawcze pacjenta” – organizator Firma Schering-Plough
- 17.03.2009 r.**      **Warszawa** – posiedzenie prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej
- 18.03.2009 r.**      **Warszawa** – posiedzenie Naczelnej Rady Aptekarskiej
- 18.03.2009 r.**      **Kraków** – zebranie kierowników aptek szpitalnych. Temat: „Prawo zamówień publicznych”
- 28.03.2009 r.**      **Kraków, hotel Sympozjum** – konferencja naukowa dla farmaceutów – tematy:  
1. „Zespół jelita drażliwego (IBS) – narastający problem pacjentów. Nowe możliwości leczenia zaburzeń czynności jelitowych”.  
2. „Otyłość a odchudzanie. Czy możliwe jest trwale pozbycie się zbędnych kilogramów”.  
Organizatorzy: Okręgowa Izba Aptekarska w Krakowie, firmy Sanum Polska oraz Pharma Nord



## INFORMACJE OKRĘGOWEJ IZBY APTEKARSKIEJ W KRAKOWIE

### **Nowa specjalizacja. Nowi specjaliści**

Już nie tylko farmacja apteczna, ale także farmacja szpitalna jest jedną ze specjalności, w której możemy się doskonalić. Dzięki zapisom Rozporządzenia MZ w sprawie specjalizacji i uzyskiwania tytułu specjalisty istniała do końca 2008 roku tzw. krótka ścieżka uzyskania tytułu specjalisty w zakresie farmacji szpitalnej przez osoby, którym minister zdrowia uznał dotychczasowy dorobek zawodowy i naukowy za równoznaczny z wypełnieniem stażu specjalizacyjnego i dopuścił do egzaminu państwowego. Pierwszy egzamin odbył się w sesji jesień 2007, a drugi w sesji jesień 2008.

Miło jest nam poinformować, że wśród kilkudziesięciu osób z całego kraju znalazły się nasze koleżanki i nasi koledzy z Małopolski, którzy stanowią jedną z najmniejszych grup.

Są wśród nich:

Maria Baś  
Krystyna Chmal-Jagiełło  
Witold Jucha  
Stanisława Krystynowicz  
Halina Krzystek-Małecka  
Barbara Pandyra-Kowalska  
Janina Pawłowska  
Teresa Pociecha  
Dorota Rzepka  
Bożena Świętek  
Piotr Tomczyk  
Justyna Zamarska  
Ewa Zamarlik  
Małgorzata Żak

Gratulujemy!

(WJ)



## Kierownik apteki – stanowisko zaszczytne czy niewdzięczne?

Minął rok nowej kadencji Okręgowego Sądu Aptekarskiego przy Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Krakowie. Swój finał w Sądzie Aptekarskim miały trzy sprawy – niby niewiele, ale mogło nie być żadnej. W każdej z nich osobą obwinioną był kierownik apteki, wszystkie zakończyły się prawomocnymi orzeczeniami – upomnieniami. Magister farmacji, który podejmuje się pełnić funkcję kierownika, musi pamiętać o wielu zobowiązaniach, których ma przestrzegać i wypełniać je w aptece. W trakcie kontroli inspektorzy farmaceutyczni punkt po punkcie sprawdzają obowiązki kierownika i wpisują wszystkie uchybienia w raport pokontrolny.

Czego możemy się spodziewać i jak wygląda kontrola w aptece przybliżyła nam nasza koleżanka mgr Elżbieta Rząsa-Duran. Opracowanie, które zamieszczone było w poprzednich numerach „Farmacji Krakowskiej”, jest wyczerpujące zarówno dla nowych kierowników, jak i dla osób, które pełnią tę funkcję od jakiegoś czasu. W aptekach coraz rzadziej funkcję kierownika pełni jej właściciel. Nawet jeśli jest on magistrem farmacji woli zatrudnić kogoś na etat niż kierować samemu swoją apteką. Taki stan rzeczy ma swoje odbicie w sądzie, kiedy osoby zatrudnione jako kierownicy – tłumacząc dlaczego nie wykonały takich czy innych czynności – mówią najczęściej, że to właściciel nie wyraził zgody albo wręcz utrudniał pracę.

Jest to oczywiście duży problem, ale należy pamiętać o tym, że przy podpisywaniu umowy o pracę tak winno się ją skonstruować, żeby nie dochodziło do sytuacji, iż kierownik apteki nie wykonuje należycie swoich obowiązków. Jednym z rozwiązań dobrej współpracy z właścicielem jest pisemna prośba o możliwość wykonania takiej czy innej czynności w aptece, a jednocześnie informacja o tym, że kierownik jest zobowiązany stosować pewne procedury w celu wypełniania swoich obowiązków.

Sytuację tę odzwierciedlają sprawy, jakie były rozpatrywane przed Okręgowym Sądem Aptekarskim, a które dotyczyły takich przewinień jak:

- brak w aptece aktualnej literatury oraz wykazu produktów leczniczych, ponieważ nie zakupił ich właściciel i nie chce wyasygnować pieniędzy na ich zakup,
- dotyczyło to także termometrów i higrometrów,
- brak legalizacji wag i odważników, ponieważ przekraczało to wydatki, jakie mógł ponieść właściciel apteki.

W jednej z aptek właściciel nie zatrudnił osoby sprzątającej, gdyż uważał, że nie ma takiej potrzeby, a kierownik miał za zadanie od czasu do czasu zrobić porządek. Zgadzam się, że pewnych czynności nie można wykonać bez zgody właściciela, ale nie rozumiem dlaczego kierownicy nie prowadzą ewidencji osób zatrudnionych w aptece, nie ewidencjonują przychodu i rozchodu leków psychotropowych, nie mówią już o lekach narkotycznych.

Jedna z kierowniczek nie ewidencjonowała sprzedaży leków na recepty farmaceutyczne, tłumacząc się brakiem umiejętności wypisywania ich w komputerze – tylko że nikt nie zabrania kierownikowi wypisać takiej recepty w formie odręcznej, z odpowiednim opieczątowaniem.

Nikt z nas nie jest nieomylny i wszystkowiedzący, ale gdy inspektor w raporcie pokontrolnym wpisuje ponad dwadzieścia uchybień, jest to już nie tylko duże zaniechanie, lecz raczej lekceważenie swoich obowiązków.

Przestrzegam też kierowników, żeby nie wysyłali do inspektoratu oświadczeń, w których informują o usuniętych niedociągnięciach i wypełnionych zaleceniach pokontrolnych, gdy tak naprawdę nie zrobili tego – bo inspektor na pewno przyjdzie i sprawdzi, co zostało wykonane.

Pamiętajcie, że pomocnej rady dla kierowników aptek udzieli zawsze prawnik izby. Można do niego dzwonić albo przyjść osobiście w poniedziałki w godz. 14-17. Wszyscy kierownicy aptek dobrze wiedzą jak wygląda ich codzienna praca i ile czynności potrzebnych, a często niepotrzebnych wykonują. Muszą sprostać wymaganiom instytucji, które mogą przyjść skontrolować aptekę, sprawować pieczę nad zespołem, z którym pracują, rozstrzygać ewentualne problemy z pacjentami i jeszcze, pracując u kogoś, spełniać wymagania właściciela.

Coraz częściej więc pada pytanie, czy PRIMUM NON NOCERE to znaczy nie szkodzić:

- SOBIE
- NARODOWEMU FUNDUSZOWI
- czy może chodzi o PACJENTA?

*Przewodnicząca  
Okręgowego Sądu Aptekarskiego w Krakowie  
mgr farm. Barbara Jękot*





## Kontrola Inspekcji Sanitarnej

Inspekcja Sanitarna działa na podstawie Ustawy o Państwowej Inspekcji Sanitarnej<sup>1</sup> oraz Rozporządzeń<sup>2</sup> i Zarządzeń<sup>3</sup>, określających szczegółowe zasady struktury, kompetencji, zakresu działań.

Pominę zasady prowadzenia kontroli w lokalach nowo otwieranych aptek. Jak wiemy, każda taka apteka musi mieć pozytywną opinię inspektora sanitarnego co do spełniania wymogów sanitarnych lokalu. Skupię się na kontrolach prowadzonych w już działających aptekach.

Uprawnienia kontrolne inspektora sanitarnego określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia.<sup>4</sup>

Kontrole prowadzone są przez inspektorów powiatowych na terenie im podległym. Zasady prowadzenia kontroli w każdym województwie są ujednoczone i określone przez wewnętrzne procedury inspekcji.

Przed kontrolą inspektor powinien okazać pisemne upoważnienie zawierające: datę i miejsce jego wystawienia; numer porządkowy; pieczęć podłużną państwowego inspektora sanitarnego; wskazanie przepisów prawa, na podstawie których udzielono upoważnienia; imię, nazwisko oraz stanowisko zajmowane przez osobę upo-

---

1. Ustawa z dnia 14 marca 1985 r. o Państwowej Inspekcji Sanitarnej, tekst jednolity z dnia 4.05.2006 r. (Dz. U. z 2006 r. nr 122, poz. 851 z późn. zm.).

2. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2004 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie organizacji i sposobu działania stacji sanitarno-epidemiologicznych (Dz. U. nr 285, poz. 2868). Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 września 2002 r. w sprawie organizacji i sposobu działania stacji sanitarno-epidemiologicznych. (Dz. U. nr 162, poz. 1342).

3. ZARZĄDZENIE Min. Zdrowia z 21 września 2007 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutów Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie oraz powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym położonym na obszarze województwa małopolskiego. Dz.Urz.MZ.07.14.79.

ZARZĄDZENIE Min. Zdrowia z 6 grudnia 2006 r. zmieniające zarządzenie w sprawie nadania statutów Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie oraz powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym położonym na obszarze województwa małopolskiego Dz.Urz.MZ.06.17.88.

ZARZĄDZENIE Min. Zdrowia z 22 września 2005 r. w sprawie nadania statutów Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie oraz powiatowym stacjom sanitarno-epidemiologicznym położonym na obszarze województwa małopolskiego Dz.Urz.Mz.05.14.68.

4. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 lutego 2004 r. w sprawie zasad i trybu upoważniania niektórych pracowników stacji sanitarno-epidemiologicznych do wykonywania w imieniu inspektorów sanitarnych określonych czynności kontrolnych i wydawania decyzji. (Dz. U. nr 24, poz. 217).



ważnioną; zakres czynności kontrolnych, do których osoba została upoważniona; termin ważności lub okres, na jaki udzielono upoważnienia; pieczęć okrągłą oraz podpis państwowego inspektora sanitarnego, który udzielił upoważnienia. Upoważnienia mogą być udzielane: jednorazowo – do wykonania określonej czynności kontrolnej lub do wydania decyzji w określonej sprawie, albo na czas oznaczony – do wykonywania określonych czynności kontrolnych czy też do wydawania decyzji w określonych sprawach.

Fakt kontroli powinien być odnotowany w książce kontroli sanitarnej.<sup>5</sup>

Kontrole przeprowadzane w aptekach mogą być tematyczne, interwencyjne i sprawdzające (rekontrole).

W chwili obecnej apteki podlegają kontroli inspekcji sanitarnej ze względu na prowadzenie obrotu środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego i suplementami diety, w rozumieniu przepisów o bezpieczeństwie żywności i żywienia.<sup>6</sup>

Ustawa Prawo farmaceutyczne przewiduje możliwość prowadzenia przez apteki obrotu wymienionymi produktami<sup>7</sup>, jednak podlega on rygorom przewidzianym dla podmiotów prowadzących sprzedaż środków spożywczych.

Inspektor sanitarny może w czasie kontroli sprawdzać:

W przypadku suplementów diety – czy znajdujące się w aptece preparaty:

- \* posiadają zgodę Głównego Inspektora Sanitarnego,
- \* znajdują się na wydzielonych miejscach,
- \* są oznakowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety.<sup>8</sup>

W przypadku środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego – czy znajdujące się w aptece preparaty:

- \* spełniają wymogi określone w Rozporządzeniu Ministra Zdrowia,<sup>9</sup>
- \* są oznakowane zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi,<sup>10</sup>

---

5. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 listopada 1985 r. w sprawie książki kontroli sanitarnej. (Dz. U. nr 56 poz. 289).

6. Ustawa z dnia 25 sierpnia 2006 r. o bezpieczeństwie żywności i żywienia (Dz. U. z 2006 r. nr 171, poz. 1225).

7. Ustawa z dnia 6 września 2001 r. Prawo farmaceutyczne (tekst jednolity Dz. U. z 2008 r. nr 45, poz. 271; z dnia 17 marca 2008 r. art. 72 ust. 5 w powiązaniu z art.86 ust. 8).

8. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 9 października 2007 r. w sprawie składu oraz oznakowania suplementów diety (Dz. U. z 2007 r. nr 196, poz. 1425 par. 5).

9. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 17 października 2007 r. w sprawie środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego (Dz. U. z 2007 r. nr 209, poz. 1518).

10. Rozporządzenie Ministra Rolnictwa i Rozwoju Wsi z dnia 10 lipca 2007 r. w sprawie znakowania środków spożywczych (Dz.U. z 2007 r. nr 137, poz. 966).

- \* są przechowywane w odpowiednich warunkach (temperatura, światło, wilgotność),
- \* nie są przedmiotem obrotu po dacie ważności,
- \* nie były wycofane z obrotu przez GIS (w tym również w systemie RASFF).<sup>11</sup>

W aptekach posiadających recepturę<sup>12</sup> inspektor sanitarny może sprawdzać, czy personel posiada orzeczenie lekarskie, że nie stanowi zagrożenia sanitarno-epidemiologicznego (orzeczenie takie zastąpiło książeczkę do celów sanitarno-epidemiologicznych).<sup>13</sup>

Po kontroli sporządzany jest protokół, w którym opisany jest jej przebieg. Jeżeli w trakcie kontroli inspektor doszukał się uchybień, informację o nich umieszcza w protokole. Jednocześnie inspektor wydaje decyzję zarządzającą ich usunięcie, podając tryb i termin, w którym mają nastąpić działania naprawcze.

W przypadku braku orzeczenia lekarskiego u farmaceuty wykonującego recepty, inspektor ma prawo odsunąć go od pracy i dodatkowo ukarać mandatem karnym.<sup>14</sup>

Od decyzji inspektora powiatowego w ciągu 14 dni możemy się odwołać do inspektora wojewódzkiego.

Odwołanie jest rozpatrywane w ciągu 30 dni, a decyzja ta jest ostateczna. Niekorzystną decyzję inspektora wojewódzkiego można zaskarżyć do Sądu Administracyjnego jedynie w przypadku błędnego uzasadnienia (np. powołanie się na nieaktualny akt prawny). Tryb odwołania zawarty jest zawsze jako pouczenie w protokole pokontrolnym.

Jeżeli nie odwołujemy się od decyzji inspektora powiatowego należy w terminie określonym w decyzji usunąć uchybienia i koniecznie powiadomić o tym fakcie inspektorat. Inspektor może przyjąć do wiadomości naszą informację lub przyjść na kontrolę sprawdzającą (w przypadku rażących zaniedbań).

---

11. RASFF UE (Rapid Alert System for Food and Feed of the European Union) to europejski system szybkiego ostrzegania o niebezpiecznych produktach żywnościowych, obowiązujący we wszystkich krajach Unii <http://www.cbr.edu.pl/rasff.htm>

12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 10 lipca 2006 r. w sprawie wykazu prac, przy wykonywaniu których istnieje możliwość przeniesienia zakażenia na inne osoby (Dz. U. z 2006 r. nr 133, poz. 939, załącznik pkt 2 ppkt 7).

13. Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz. U. z dnia 30 grudnia 2008 r. nr 234, poz. 1570, art. 6-7).

14. Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 października 2002 r. w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz. U. nr 174, poz. 1426). Rozporządzenie Prezesa Rady Ministrów z dnia 31 marca 2008 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie nadania funkcjonariuszom organów Państwowej Inspekcji Sanitarnej uprawnień do nakładania grzywien w drodze mandatu karnego (Dz. U. z 2008 r. nr 58, poz. 353).

**Pamiętajmy:**

Brak informacji o usunięciu uchybień jest traktowany jak **niezrealizowanie** zaleceń i dalszymi konsekwencjami mogą być upomnienie lub nałożenie mandatu z urzędu albo po rekontroli. Jeżeli kontrola sprawdzająca wykaże, iż uchybienia nie zostały usunięte, apteka dodatkowo zostanie obciążona kosztami kontroli.<sup>15</sup>

**Wytyczne co do zasad prowadzenia kontroli na terenie Małopolski były przekazane inspektorom powiatowym na wspólnym spotkaniu Inspekcji Sanitarnej i Farmaceutycznej w obecności przedstawiciela Okręgowej Izby Aptekarskiej. Spotkanie to odbyło się 27.01.2009 r. w siedzibie Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie przy ul. Prądnickiej 76.**

*mgr Elżbieta Rząsa-Duran*

Artykuł powstał dzięki pomocy pana mgra farm. Stanisława Pawlusa z Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie, któremu dziękuję za poświęcony mi czas i bardzo szczegółowe omówienie tematu.

---

15. Wobec braku rozporządzeń wykonawczych do art. 36 Ustawy o Inspekcji Sanitarnej wysokość opłat naliczana jest zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 4 lutego 2004 r. w sprawie opłat za badania laboratoryjne oraz inne czynności wykonywane przez organy Państwowej Inspekcji Sanitarnej (Dz. U. nr 20, poz. 193, par. 3, pkt 1,3, par. 6).



## **Bal przebierańców -14 lutego 2009 roku**

Z inicjatywy Okręgowej Rady Aptekarskiej, 14 lutego br. zorganizowano po raz pierwszy Bal przebierańców. Odbył się on w Centrum Konferencyjno-Bankietowym Reduta na Prądniku Czerwonym. Inwencja naszych koleżanek i kolegów przeszła najśmielsze oczekiwania.

Zabawa była wyśmienita, a tańcom nie było końca. Mamy nadzieję, że w następnym roku spotkamy się ponownie i amatorów takiej zabawy będzie jeszcze więcej.

A jak było, zobaczcie sami na fotoreportażu na stronach 26–27.

Więcej zdjęć na [www.oia.krakow.pl](http://www.oia.krakow.pl)

*(WJ)*



## PRAWNIK RADZI

### **Zmiany w ustawie o swobodzie działalności gospodarczej.**

Ustawą z dnia 19 grudnia 2008 r. o zmianie ustawy o swobodzie działalności gospodarczej oraz zmianie niektórych innych ustaw (Dz.U. nr 18, poz. 97) wprowadzono istotne – nowe uregulowania prawne w zakresie trybu i sposobu przeprowadzania kontroli w firmach. Zmiany weszły w życie 7 marca br. Wydaje się, iż zmniejszą one dominującą pozycję urzędników kontrolujących, a jednocześnie pozwolą przedsiębiorcom na przygotowanie się do kontroli.

Przede wszystkim ograniczono czas trwania kontroli, przez jeden organ w skali roku, i tak kontrola może trwać:

- w mikroprzedsiębiorstwach – 12 dni,
- w małych firmach – 18 dni,
- w średnich firmach – 24 dni,
- w pozostałych przedsiębiorstwach – 48 dni.

Odstępuje się od zasady tzw. kontroli nagłej, niezapowiedzianej. Przedsiębiorca musi być powiadomiony o zamiarze wszczęcia kontroli, a jej rozpoczęcie może nastąpić dopiero po 7 dniach (maksymalnie do 30 dni) od doręczenia zawiadomienia o planowanej kontroli.<sup>1</sup> Niedochowanie tego terminu skutkuje ponownym wdrożeniem procedury powiadamiania o zamiarze przeprowadzenia kontroli. W zawiadomieniu wymagane jest określenie zakresu przedmiotowego kontroli. Wiąże on inspektorów przy wykonywaniu czynności i nie mogą go przekroczyć. Przed rozpoczęciem kontroli, inspektor zobowiązany jest okazać legitymację służbową upoważniającą do kontroli oraz oddzielny dokument – upoważnienie do wszczęcia kontroli, które powinno zawierać następujące informacje:

- podstawę prawną uzasadniającą przeprowadzenie kontroli,
- oznaczenie inspekcji,
- datę i miejsce wystawienia,
- imię i nazwisko pracownika organu uprawnionego do wykonania kontroli i numer jego legitymacji służbowej,
- oznaczenie przedsiębiorcy objętego kontrolą,
- określenie zakresu przedmiotowego kontroli,
- datę rozpoczęcia i przewidywany termin zakończenia kontroli,
- podpis osoby udzielającej upoważnienia z podaniem funkcji lub zajmowanego stanowiska,
- pouczenie kontrolowanego o jego obowiązkach i uprawnieniach.

Niespełnienie powyższych wymogów formalnych w „upoważnieniu”, skutkuje brakiem podstaw do przeprowadzenia kontroli. Planowany czas kontroli może być przedłużony jedynie z przyczyn niezależnych od inspektorów. Kontrolujący zobowiązani są wówczas do pisemnego uzasadnienia przyczyn przedłużenia czasu kontroli. Uzasadnienie należy doręczyć przedsiębiorcy i fakt ten odnotować w książce kontroli. Dopiero po wykonaniu tych czynności, kontrola może być kontynuowana. Formalne przedłużenie kontroli nie może jednak powodować przekroczenia przewidzianego ustawowo limitu w jednym roku kalendarzowym.

Mogą jednak wystąpić przypadki umożliwiające przekroczenie limitów czasowych kontroli, np. w przypadku ujawnionego zaniżenia zobowiązania podatkowego lub zawyżenia straty do wysokości przekraczającej równowartość 10% kwoty zadeklarowanego zobowiązania podatkowego albo straty bądź niezłożenia deklaracji, mimo że istniał taki obowiązek. Prowadzenie dłuższej kontroli w tym trybie nie może jednak przekraczać dwukrotnego limitu czasowego w skali roku.

Przedsiębiorca – gdy udowodni fakt, że poniósł szkodę na skutek kontroli przeprowadzonej z naruszeniem prawa – ma podstawy do wystąpienia z roszczeniem odszkodowawczym. Jednocześnie dowody, uzyskane przez inspektorów w toku kontroli prowadzonej z naruszeniem przepisów, nie mogą stanowić dowodu w żadnym postępowaniu administracyjnym, podatkowym, karnym lub karnoskarbowym prowadzonym w sprawie kontrolowanego przedsiębiorcy.

*Janusz Broł - radca prawny OIA w Krakowie*

---

1. Nie ma obowiązku zawiadomienia o zamiarze przeprowadzenia kontroli, gdy:

- przeprowadzenie kontroli jest niezbędne dla przeciwdziałania popełnieniu przestępstwa lub wykroczenia (również skarbowego) albo zabezpieczenia dowodów jego popełnienia.
- kontrolowana jest jakość paliwa.
- kontrola jest prowadzona w toku postępowania prowadzonego w oparciu o przepisy ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów.
- występuje uzasadnione bezpośrednie zagrożenie dla życia lub zdrowia oraz środowiska naturalnego.
- przedsiębiorca nie ma adresu zamieszkania lub siedziby i wystąpiły utrudnienia w doręczaniu pism.
- w przypadkach określonych w ustawie z dnia 29.08.1997 r. – Ordynacja podatkowa.





### **Ważne dla zainteresowanych zamówieniami publicznymi**

Zgodnie ze stanowiskiem Krajowej Izby Odwoławczej zawartym w sprawie – KIO/UZP 1362/08, zawarcie w ofercie dodatkowych punktów za posiadanie lub wdrożenie certyfikatów ISO 9001 i 1400 (analogicznie można wskazać na inne certyfikaty, np. EMAS) stanowi w rzeczywistości przyznanie punktów za właściwość ekonomiczną wykonawcy, gdyż zarządzanie jakością jest właściwością ekonomiczną wymiarną danego przedsiębiorstwa. Normy ISO odnoszą się do przedmiotu zamówienia, jakości produktu, a tym samym nie mogą stanowić dodatkowego kryterium oceny oferty przetargu. Powyższe stanowisko wynika wprost z treści art. 91 ust. 3 ustawy o zamówieniach publicznych. Wyjątkiem od tej zasady jest jedynie art. 5 ust. 1 cyt. ustawy, dotyczący zamówień, których przedmiotem są usługi określone w dyrektywach Parlamentu Europejskiego.

*Janusz Brol - radca prawny OIA w Krakowie*





## WYKAZ OBOWIĄZUJĄCYCH AKTÓW PRAWNYCH

**Obejmuje okres od 1 stycznia 2009 r. do 31 marca 2009 r.**

**Dz. U. 09.21. 118 z dnia 2.02.2009 r.**

- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 2.02.2009 r. w sprawie kwalifikacji osób wydających produkty lecznicze w placówkach obrotu pozaaptecznego, a także wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal i wyposażenie tych placówek oraz punktów aptecznych

**Dz. U. 09.24.151 z dnia 2.02.2009 r.**

- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** w sprawie kryteriów klasyfikacji produktów leczniczych, które mogą być dopuszczone do obrotu w placówkach obrotu pozaaptecznego oraz punktach aptecznych

**Dz. U. 09. 31. 215 z dnia 26.02.2009 r.**

- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 16.02.2009 r. w sprawie praktyki zawodowej w aptece

**Dz. U. 09. 35. 275 z dnia 05.03.2009 r.**

- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 23.02.2009 r. w sprawie wykazu leków podstawowych i uzupełniających oraz wysokości odpłatności za leki uzupełniające

**Dz. U. 09. 35. 276 z dnia 05.03.2009 r.**

- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 23.02.2009 r. w sprawie wykazu chorób oraz wykazu leków i wyrobów medycznych, które ze względu na te choroby są przepisywane bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub za częściową odpłatnością

**Dz. U. 09. 35. 277 z dnia 05.03.2009 r.**

- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 23.02.2009 r. w sprawie limitów cen leków i wyrobów medycznych wydawanych świadczeniobiorcom bezpłatnie, za opłatą ryczałtową lub częściową odpłatnością

**Dz. U. 09. 35. 278 z dnia 05.03.2009 r.**

- **Rozporządzenie Ministra Zdrowia** z dnia 27.02.2009 r. w sprawie wykazu cen urzędowych hurtowych i detalicznych produktów leczniczych i wyrobów medycznych



## NOWOŚCI WYDAWNICZE

Pierwsze miesiące 2009 roku obfitowały w ciekawe nowości wydawnicze. Wydawnictwo Medpharm poleca farmaceutom opracowanie „**Promocja w aptece**” D. Grasekampa i K. Szalonki. Książka ta ma być odpowiedzią na *coraz bardziej konkurencyjne otoczenie rynkowe, które wymaga od właścicieli i personelu aptecznego coraz bardziej zdecydowanych, dobrze zaplanowanych, skutecznych działań marketingowych*. Według autorów, książka *pozwoi dobrze zaplanować i kreatywnie przygotować akcje promocyjne*. Z recenzji wydawniczej wynika, że z opracowania tego dowiemy się m.in. jak *dystansować konkurencję i wygrywać walkę o klienta, planować akcje i kampanie promocyjne, budować pozycję apteki na rynku, rozpoznawać i w pełni wykorzystywać pojawiające się okazje, wyróżnić się w lokalnym środowisku, kreować i wzmacniać markę naszej apteki w świadomości pacjentów, budować trwałe relacje z klientami, współpracować z lokalnymi partnerami, a także jak skutecznie stosować elementy marketingu*.

Wydawnictwo Lekarskie PZWL także może pochwalić się opracowaniem skierowanym wyłącznie do farmaceutów. Mowa tu o „**Praktycznych obliczeniach farmaceutycznych**” Michaela Bonniera i Davida Wrighta. Według recenzji wydawniczej *Autorzy starają się aktywnie rozwijać umiejętność posługiwania się podstawowymi działaniami arytmetycznymi w celu prawidłowej oceny uzyskanego wyniku. Służą temu przykłady (...), obejmujące jednostki pomiarów, stężenia, ich rozumienie i wyrażanie, przepisy do improwizowanego sporządzania i wydawania produktu farmaceutycznego, obliczenia związane z rozcieńczeniami roztworów i preparatów półstałych, ich mieszaniem oraz dodawaniem substancji do preparatów półstałych, obliczenia dawek i szybkości wlewów dożylnych, obliczenia farmakokinetyczne oraz stosowane w preparatyce czopków*.

Należy również wspomnieć o nowości Wydawnictwa Naukowego PWN. To „**Chemia piękna**” Marcina Molskiego – opracowanie będące kompendium umożliwiającym *wszystkim zainteresowanym uaktualnienie i usystematyzowanie posiadanej wiedzy z chemii stosowanej w życiu codziennym w higienie, kosmetyce, w działaniach profilaktycznych lub leczniczych*. Omówione zostały tu m.in. najważniejsze związki organiczne i ich zastosowanie w kosmetyce, funkcja składników kosmetycznych oraz znaczenie i wykorzystanie surowców roślinnych w kosmetyce.

Opracował  
Dr n. farm. Maciej Bilek





## PRZEGLĄD WIADOMOŚCI NAUKOWYCH

**16 lutego:** Serwis Biotechnologia.pl przekazał niezwykle istotne informacje na temat negatywnego wpływu... zielonej herbaty na działanie leków przeciwnowotworowych. Według naukowców z University of Southern California wyciągi z zielonej herbaty, podawane często w postaci suplementów diety, sprawiają, że leki stosowane w przebiegu leczenia szpiczaka mnogiego i chłoniaka, stają się całkowicie nieskuteczne! Do tych zaskakujących wniosków naukowcy doszli paradoksalnie, chcąc udowodnić w doświadczeniu na myszach, że składnik ekstraktu z zielonej herbaty (GTE, *ang. green tee extract*), zwany EGCG, uwadnia działanie jednego z leków przeciwnowotworowych (preparat Velcade). Dodajmy, że w Stanach Zjednoczonych *ziołowe lekarstwa, z zieloną herbatą włącznie, stały się popularnymi lekarstwami dla pacjentów walczących z ubocznymi efektami chemioterapii*. Interakcja pomiędzy GTE a chemioterapeutyką ma charakter interakcji chemicznej, gdyż cząsteczki EGCG mają zdolność do tworzenia wiązań z cząsteczkami leku, który traci możliwość niszczenia komórek rakowych. Co ciekawe, tego typu interakcji nie obserwuje się przy podawaniu innego leku przeciwnowotworowego, a EGCG ma pozytywny wpływ na przebieg chemioterapii.

**19 lutego:** Serwis internetowy Polskiej Agencji Prasowej „Nauka w Polsce” przekazał w ślad za „Nature Medicine” informacje o próbach stosowania terapii genowej przeciwko wirusowi HIV. Dała ona – wedle redakcji – *obietujące wyniki, choć nie prowadzi do pełnego wyleczenia*. Nowa metoda leczenia opracowana została przez zespół profesora RONALDA MITSUYASU z University of California w Los Angeles. Terapię genową wypróbowano na 74 pacjentach, którzy zgodzili się na pewien czas odstawić leki przeciwwirusowe. *Terapia okazała się bezpieczna i pozwoliła (...) zmniejszyć wpływ wirusa na układ odpornościowy. Po 100 dniach pacjenci poddani terapii genowej mieli – w porównaniu z grupą kontrolną – wyższy poziom limfocytów CD4+, co wskazuje na mniejszą aktywność niszczących je wirusów HIV*. Jak podaje „Nauka w Polsce” *najnowsza terapia opiera się na podawaniu pacjentom komórek macierzystych, które dzięki modyfikacji są nośnikami cząsteczki zwanej OZ1. Działająca na dwa kluczowe białka, hamuje ona namnażanie się wirusa HIV. (...) Teoretycznie jednorazowe poddanie się terapii genowej powinno wystarczyć, by przez resztę życia nie trzeba było przyjmować leków antyretrowirusowych. W praktyce zapewne potrzebne byłyby kolejne dawki w długich odstępach czasu. Praktyczne zastosowanie metody wymaga jednak dalszych długotrwałych badań*.

**20 lutego:** Jakby w odpowiedzi na powyższą wiadomość, dzień później serwis „Nauka w Polsce” zamieścił informację o możliwych negatywnych konsekwencjach terapii komórkami macierzystymi. Otóż *u chłopca leczonego za pomocą płodowych komórek macierzystych z powodu rzadkiej choroby genetycznej rozwinęły się łagodne guzy nowotworowe.* Redakcja serwisu „Nauka w Polsce” wyjaśnia, że *chłopiec, który ma teraz 17 lat, jest chory na uwarunkowaną genetycznie ataksję-telangiektazję, w której z powodu zaburzeń immunologicznych atakowany jest region mózgu odpowiedzialny za poruszanie się i mowę. W roku 2001 z powodu uwarunkowanej genetycznie ataksji-telangiektazji podano mu do mózgu i przestrzeni otaczającej rdzeń kręgowy płodowe komórki macierzyste. Zabieg został przeprowadzony w moskiewskim szpitalu. Cztery lata później badanie obrazowe wykazało u pacjenta obecność guzów w mózgu i rdzeniu kręgowym. Izraelskim chirurgom z Tel Avivu udało się usunąć nowotwór z rdzenia. Dokładne badania wykazały, że wywodził się z komórek macierzystych. Prawdopodobnie powstaniu guza sprzyjało typowe dla ataksji-telangiektazji osłabienie układu immunologicznego. Zdaniem redaktorów serwisu, opisany przypadek może się stać argumentem dla przeciwników stosowania płodowych komórek macierzystych, gdyż obok groźby przenoszenia w czasie kuracji komórkami macierzystymi wirusów, pojawia się także możliwość wywołania nowotworu.*

**12 marca:** Kurier Elektroniczny Medycyny Praktycznej informuje, że jednoroczny projekt pod nazwą NANOMED „Etyczne, ustawowe, społeczne i ekonomiczne wymiary nanomedycyny” uzyskał od Unii Europejskiej dofinansowanie w kwocie około 700 000 euro. Projekt ten, koncentrujący się na wszystkich aspektach nanomedycyny (nowe nanoleki, nowe metody ich podawania oraz nanodiagnostyka medyczna), ma na celu dostarczenie *obiektywnych dowodów na to, że dziedzina ta będzie mieć olbrzymi wpływ na sektor opieki zdrowotnej.* Redakcja Kuriera przypomina, że nanomedycyna definiowana jest jako *naprawa, konstrukcja i kontrola układów biologicznych człowieka za pomocą urządzeń opartych na standardach nanotechnologicznych.* Natomiast *celem partnerów projektu NANOMED jest ocena różnych aspektów tej poddziedziny pod kątem ekonomicznym, prawnym, etycznym, komunikacyjnym a także postaw pacjentów. Ich praca ma pomóc ustawodawcom unijnym zarządzać tym obszarem inwestycji.* Kierownikiem projektu NANOMED jest profesor sir John Beringer, członek Rady Naukowo-Technicznej, niezależnego brytyjskiego ciała doradczego najwyższego szczebla w zakresie polityki naukowo-technicznej. Projekt, a właściwie konsorcjum NANOMED, tworzą – według informacji Kuriera – *eksperti z Europy, w tym Politechnika w Darmstadt w Niemczech, Francuska Komisja ds. Energii Atomowej oraz Genetic Interest Group Ltd. z Wielkiej Brytanii.* Finansując projekt NANOMED władze Unii Europejskiej zdają się doceniać wagę możliwych osiągnięć nanomedycyny, zwłaszcza że do tej pory opracowano już 130 leków opartych na nanotechnologii. Rezultatem działań zespołu NANOMED ma być m.in. stworzenie precyzyjnego raportu z prognozami dotyczącymi przyszłości rynku nanomedycyny i jego potencjału.

**16 marca:** Potwierdzeniem nadziei wiązanych z nanomedycyną stała się wiadomość opublikowana przez „Journal of American Chemical Society”, a przekazana przez serwis Biotechnologia.pl: *nanoleki skutecznie niszczą komórki rakowe. Według relacji serwisu polimerowe nanocząstki zawierające w swym wnętrzu przeciwnowotworowy lek stosowany w leczeniu raka płuc, skutecznie dostarczają substancję leczniczą do chorych komórek. Nowo opracowany mechanizm zabezpieczający umożliwia wydostanie się leku z nanocząstek jedynie wewnątrz komórek.*

Przypomnijmy w ślad za Biotechnologia.pl, że *operacyjne usunięcie zmienionych nowotworowo tkanek u około 30 proc. osób (...) skutkuje odtworzeniem się nowotworu w czasie 5 lat od operacji. Stąd też kluczowym etapem leczenia nowotworu płuc jest odpowiednio szybkie zastosowanie wspomagającej farmakoterapii. Tymczasem dzięki opisywanym badaniom, prowadzonym przez naukowców z Boston University oraz Brigham and Women’s Hospital w Stanach Zjednoczonych, w rezultacie zastosowania nanotechnologii udaje się zniszczyć komórki nowotworowe, które pozostają w organizmie po przeprowadzonej operacji. Jak wyjaśnia serwis Biotechnologia.pl, nanocząstki zsyntetyzowane zostały z polimeru, który reaguje zmianą właściwości fizykochemicznych na zmienne pH środowiska – im bardziej kwaśne otoczenie, tym polimer tworzący nanocząstkę staje się bardziej hydrofilowy (...). Taka zmiana powoduje, iż do wnętrza nanocząstki, gdzie zamknięta została substancja lecznicza, wnika woda. W efekcie czego nanocząstka puchnie, a jej średnica zwiększa się 10-krotnie (ze 100 nanometrów do 1 000 nanometrów), co umożliwia swobodny wypływ leku. (...) Polimerowy materiał został tak spreparowany, iż struktura nanocząstki ulega rozluźnieniu jedynie wewnątrz komórek, co uniemożliwia niekontrolowane wydostanie się leku, w nieodpowiednim miejscu. Opisane nanocząstki zastosowane zostały już z powodzeniem u myszy z wszczepionymi komórkami nowotworowymi. W ich okolicę wstrzyknięto nanocząstki zawierające w swym wnętrzu lek przeciwnowotworowy. Wszystkie komórki zostały zniszczone, podczas gdy w grupie kontrolnej, której podano ten sam lek w postaci tradycyjnej, część komórek nowotworowych przeżyła, a taka właśnie sytuacja prowadzi z czasem do remisji nowotworu. Jak podaje serwis Biotechnologia.pl, plany badawcze amerykańskich naukowców są bardzo ambitne i zakładają przeprowadzenie serii testów toksykologicznych, które mają wykluczyć niebezpieczeństwo stosowania u ludzi nowej metody walki z nowotworem płuc.*

Opracował  
Dr n. farm. Maciej Bilek









# CO FARMACEUTA WIEDZIEĆ POWINIEN

## Pierwotniaki chorobotwórcze cz. I

Choroby wywoływane przez pasożyty jelitowe człowieka stanowią nadal ważny problem zdrowotny i epidemiologiczny; niestety jest on nieco marginalizowany przez polskie środowisko medyczne i pacjentów. Wynika to z faktu, iż w obecnych czasach bardzo dużo stawia się na oświatę zdrowotną, ukierunkowaną na choroby cywilizacyjne, takie jak nowotwory, miażdżyca, nadciśnienie, astma czy np. cukrzyca, zapominając przy tym o oświacie zdrowotnej w innych kierunkach medycyny.

Wielu osobom pasożyty jelitowe człowieka kojarzą się z owsicą, glistnicą oraz tasiemczycami. W związku z tym, jako pracownik Laboratorium Parazytologii Oddziału Laboratoryjnego Mikrobiologii i Parazytologii Wojewódzkiej Stacji Sanitarно-Epidemiologicznej w Krakowie, chciałbym przypomnieć, iż choroby pasożytnicze wywołwane są także przez całe spektrum przeróżnych pierwotniaków.

### **Pełzak czerwonki (*Entamoeba histolytica*)**

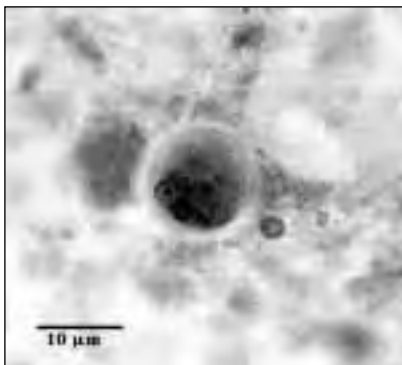
Pasożyt ten jest groźnym, chorobotwórczym pierwotniakiem z rodziny *Entamoebidae* (rząd *Amoebida*). Wywołuje u człowieka niebezpieczny zespół chorobowy o nazwie pełzakowica (ameboza, entameboza, łac. *amoebosis*), która może przybierać postać jelitową lub pozajelitową. Nieleczona (szczególnie ostra postać jelitowa) może skończyć się nawet zejściem śmiertelnym.

*Entamoeba histolytica* należy do pasożytów kosmopolitycznych, tzn. występuje na terenie całej kuli ziemskiej. Szczególnie narażone na tego pasożyta są osoby podróżujące do strefy tropikalnej oraz subtropikalnej. Częstość zarażenia (tzw. prewalencja) pełzakiem czerwonki w Polsce jest niska i wynosi około 1%, natomiast w krajach tropikalnych może dochodzić nawet do 50%.

### **Biologia**

*E. histolytica* pasożytuje w organizmie człowieka w postaci dwóch form – to jest cysty (postać przetrwalnikowa) oraz trofozoitu (forma wegetatywna). Zmiennokształtny trofozoit o średnicy 12-60 µm wytwarza charakterystyczne językowate nibynóżki (*pseudopodia*), które umożliwiają ruch i penetrację przez różne komórki i tkanki organizmu gospodarza.

Trofozoit jest formą wegetatywną tego pierwotniaka, zdolną do prowadzenia pasożytniczego trybu życia na terenie gospodarza (żywiciela). Wydziela specyficzne enzymy proteolityczne, prowadząc do degradacji i cytolizy komórek, które zostały zarażone pełzakami. Aktywacja enzymów proteolitycznych tłumaczy powstawanie u osoby zarażonej tym pełzakiem biegunki z dużą ilością śluzu i/lub krwi w następnym stanie zapalnego i owrzodzeń błony śluzowej jelita grubego.



Cysta *E. histolytica*. Ilustracja pochodzi ze strony internetowej Atlas of Medical Parasitology.



Trofozoit *E. histolytica*. Ilustracja pochodzi ze strony internetowej Atlas of Medical Parasitology.

### Zarażenie

Do zarażenia pełzakiem czerwonki dochodzi najczęściej drogą *per os*, to znaczy pokarmową, poprzez połknięcie cyst pierwotniaka wraz z zakażoną nimi wodą lub żywnością. Do skażenia żywności może dochodzić na skutek kontaktu pokarmu z muchą domową, która jest przenosicielem cyst różnych pierwotniaków, w tym *Entamoeba histolytica*. Natomiast do skażenia wody może dochodzić poprzez kontaminację ujęć wody pitnej przez ludzkie lub zwierzęce odchody.

### Cykl rozwojowy pełzaka czerwonki

Cysta *E. histolytica* po dostaniu się do organizmu człowieka uwalnia w dolnym odcinku jelita cienkiego czterojądrowy trofozoit, który ulega dalszym podziałom, prowadząc do powstania bardzo licznej populacji trofozoitów, zdolnych do inwazji błony śluzowej jelita oraz zasiedlenia innych tkanek (na przykład wątroby). Cykl życiowy *E. histolytica* kończy proces encystacji, w wyniku którego trofozoity przechodzą w postacię cyst, które są następnie wydalane z kałem.

### Chorobotwórczość

Najczęstsze postacie kliniczne pełzakowicy to:

**Ostra pełzakowica jelitowa, czerwonka pełzakowa (*dysenteria amoebica*).** Pełzak atakując błonę śluzową jelita grubego wywołuje miejscowy odczyn zapalny, przekrwienie, a następnie liczne owrzodzenia, które w miarę progresji choroby powięk-

szają się i mogą ulegać martwicy. Owrzodzenia jelita grubego mogą pękać, prowadząc do silnych, masywnych krwotoków z błony śluzowej jelita, które zagrażają życiu osoby chorej. Stąd wzięła się nazwa pierwotniaka: „pełzak czerwoni” oraz nazwa jednostki chorobowej – „czerwonka pełzakowa”. Ostrą pełzakowicę jelitową charakteryzuje biegunka z dużą ilością śluzu oraz krwią w kale, bóle brzucha, nudności, wzdęcia, podwyższona temperatura ciała. W morfologii krwi stwierdza się podwyższoną ilość leukocytów. Jeśli biegunka ma duże nasilenie, trwa przez długi czas i towarzyszą jej krwotoki z owrzodzeń, u takiej osoby może dochodzić do silnego odwodnienia, zaburzeń gospodarki wodno-elektrolitowej, a w skrajnych przypadkach do niestabilności układu krążenia i zapaści. Długotrwała biegunka jest szczególnie niebezpieczna dla małych dzieci, które są bardzo podatne na odwodnienie i zaburzenia równowagi kwasowo-zasadowej.

**Przewlekła pełzakowica jelitowa.** Ostra faza choroby w 90% przechodzi w formę przewlekłą. Zespół ten charakteryzują naprzemienne biegunki i zaparcia o różnym nasileniu, objawy przewlekłego wrzodziejącego zapalenia jelita grubego, nadwrażliwość jelit, niedokrwistość, stany podgorączkowe oraz powiększenie i bolesność wątroby.

**Pełzakowe zapalenie wątroby.** Choroba może rozwijać się jako następstwo ostrej pełzakowicy jelitowej w wyniku przeniesienia drogą krwi trofozoitów *Entamoeba histolytica* z jelita do wątroby. Pełzakowe zapalenie wątroby manifestuje się powiększeniem i bolesnością wątroby, podniesioną temperaturą ciała, ogólnie ciężkim stanem chorego, dreszczami i potami. W badaniach biochemicznych krwi odnotowuje się wzrost aktywności aminotransferaz AST i ALT.

**Inne formy pełzakowicy pozajelitowej.** W inwazji wieloogniskowej, w organizmie osoby chorej mogą tworzyć się pełzakowe ropnie w różnych narządach ciała (m.in. w mózgu, płucach, śledzionie, nerkach). Ropnie takie mogą powstawać szczególnie u osób dodatkowo chorych na AIDS.

**Bezobjawowa inwazja pełzakiem czerwoni.** Pewna część zarażeń pełzakiem czerwoni może przebiegać bez żadnych objawów chorobowych.

### Wykrywanie

Do diagnostyki laboratoryjnej pełzaka czerwoni wykorzystuje się badania koproscopowe kału. W tym celu w laboratorium wykonuje się preparaty bezpośrednie kału, preparaty barwione oraz preparaty uzyskane metodami zagęszczającymi, w których mikroskopowo poszukuje się cyst *Entamoeba histolytica*. Należy dodać, iż trofozoity *Entamoeba histolytica* są nietrwałe, szybko ulegają degradacji po oddaniu stolca i aby wykryć je w kale zalecane jest jak najszybsze dostarczenie kału do laboratorium (dotyczy to szczególnie osób powracających z tropików).

Do potwierdzenia zarażenia *Entamoeba histolytica* konieczne jest również badanie materiału genetycznego pierwotniaka; wykazano bowiem, iż istnieje drugi pierwotniak, który jest morfologicznie i mikroskopowo identyczny jak *E. histolytica*. Mowa o *Entamoeba dispar*; pierwotniak ten jest niepatogenny i nie wymaga lecze-



nia farmakologicznego. Badanie materiału genetycznego pierwotniaka (analiza metodą PCR) wykonuje Zakład Parazytologii Międzywydziałowego Instytutu Medycyny Morskiej i Tropikalnej w Gdyni.

Jeżeli nie ma możliwości zbadania materiału genetycznego metodą PCR (nie można różnicować *E. histolytica* od *E. dispar*) określa się takiego pierwotniaka jako *Entamoeba histolytica* sensu lato (*E. histolytica* s.l.).

### Leczenie

W leczeniu pełzakowicy wykorzystuje się obecnie metronidazol, tynidazol, związki chloroquiny, pochodne emetyny i hydroksychinoliny oraz antybiotyki o działaniu przeciwpierwotniakowym. Wybór leku zależy od rodzaju i stopnia nasilenia pełzakowicy oraz od wieku chorego. Leczenie pełzakowicy powinno być prowadzone przez lekarza specjalistę chorób zakaźnych. W pewnych przypadkach (np. ropnie) potrzebna jest także interwencja chirurgiczna.

### Zapobieganie zarażeniom

Badania parazytologiczne kału zaleca się osobom powracającym ze strefy tropikalnej i subtropikalnej. Trzeba pamiętać, iż wczesne wykrycie tego niebezpiecznego pierwotniaka oraz wprowadzenie odpowiedniego leczenia skutkuje spadkiem dalszej transmisji pierwotniaka w środowisku. Przestrzeganie podstawowych zasad higieny osobistej. Mycie rąk po skorzystaniu z toalety oraz mycie rąk przed jedzeniem. Gotowanie wody z kranu, przeznaczonej do picia. Dezynfekcja urządzeń sanitarnych. Ochrona żywności przed dostępem owadów latających. Szczególne znaczenie ma tutaj ochrona żywności przed dostępem muchy domowej, bowiem mucha jest przenosicielem cyst chorobotwórczych dla człowieka pierwotniaków, w tym cyst *Entamoeba histolytica*. Ochrona ujęć wody pitnej przed kontaminacją odchodami ludzkimi i zwierzęcymi.

### Lamblija (*Giardia intestinalis*)

*Giardia intestinalis* (Lamblija) jest chorobotwórczym wiciowcem należącym do rodziny *Hexamitidae*. *Giardia intestinalis* wywołuje u człowieka chorobę jelit o nazwie lamblioza (syn. giardioza, łac. *giardiosis*). *Giardia intestinalis* należy do pasożytów kosmopolitycznych, to znaczy, że zarażenia tym pierwotniakiem obserwuje się na terenie całej kuli ziemskiej. Ocenia się, że w Polsce zarażonych lamblią jest od kilku do kilkunastu procent osób dorosłych. Szczególnie narażone na tego wiciowca są dzieci. Prewalencja (częstość zarażenia) *Giardia intestinalis* w niektórych skupiskach dziecięcych, takich jak żłobki, przedszkola, domy dziecka, może czasami dochodzić nawet do 100%!

### Budowa i rozwój

Lamblija pasożytuje w organizmie człowieka w postaci dwóch form, to jest cysty i trofozoitu. Trofozoit o charakterystycznym gruszkowatym kształcie jest dwubocz-

nie symetryczny; na biegunie przednim jest zaokrąglony, natomiast w części tylnej zaostrowany. *Lamblia* ma również cztery pary wici: środkową, grzbietową, boczną i tylną. Na biegunie przednim trofozoitu znajduje się tak zwany krążek czepny, który umożliwia lamblii przyczepianie się do kosmków jelitowych błony śluzowej przewodu pokarmowego.



Cysta *G. intestinalis*. Ilustracja pochodzi ze strony internetowej *Atlas of Medical Parasitology*.



Trofozoit *G. intestinalis*. Ilustracja pochodzi ze strony internetowej *Atlas of Medical Parasitology*.

### Cykl życiowy

Cysta po dostaniu się do organizmu człowieka ulega przekształceniu w procesie ekscystacji w dwa trofozoity. Opisany proces zachodzi w dwunastnicy, gdzie trofozoity ulegają następnie dalszym podziałom, prowadząc do powstania licznej populacji trofozoitów, zdolnych do dalszej inwazji jelita cienkiego, dróg żółciowych i przewodów trzustki. W dalszych odcinkach przewodu pokarmowego trofozoity ulegają przekształceniu w procesie encystacji w cysty, które są następnie wydalane z kałem.

### Zarażenie

Do zarażenia lamblią jelitową dochodzi najczęściej drogą pokarmową, poprzez poknięcie cyst pierwotniaka wraz z zarażoną nimi wodą lub żywnością. Możliwe jest także zarażenie lamblią poprzez stosunek seksualny. Udowodniono również, że lamblioza należy do chorób o charakterze antropozoonozy, to znaczy, że do zarażenia lamblią może dojść na skutek kontaktu z zarażonym zwierzęciem.

Reasumując, lamblioza jest chorobą, do której może dojść na skutek transmisji: człowiek-człowiek, człowiek-środowisko zewnętrzne-człowiek oraz zwierzę-człowiek.

### Chorobotwórczość

Lamblioza w pierwszym stadium chorobowym charakteryzuje się występowaniem nudności, wymiotów oraz bezkrwawej biegunki. W postaci przewlekłej obserwuje się naprzemienne biegunki i zaparcia, bóle w nadbrzuszu, bóle głowy, stany podgorącz-

kowe; występować mogą też objawy dyspeptyczne (wzdęcia, odbijania). Chory w tym czasie może się skarżyć na brak łaknienia oraz łatwe męczenie się. Utrzymujące się zarażenie *Giardia intestinalis* może prowadzić do stopniowego zmniejszania się masy ciała wraz z zanikiem mięśniowym. U dzieci mogą występować choroby alergiczne, na przykład atopowe zapalenie skóry. Zauważono również, że 50% zarażeń *Giardia intestinalis* przebiega z zaburzeniami trawienia tłuszczów, węglowodanów oraz awitaminową A i B2; może również występować niedokrwistość niedobarwliwa, leukocytoza i eozynofilia. Wykazano, że najbardziej podatne na zarażenie pasożytem *Giardia intestinalis* są dzieci z niedoborami immunoglobulin klasy G i A.

### Wykrywanie

Do diagnostyki laboratoryjnej *Giardia intestinalis* wykorzystuje się:

- Badania koproscopowe kału przy użyciu preparatów bezpośrednich kału, preparatów uzyskanych technikami zagęszczającymi oraz preparatów barwionych trichromem.
- Badanie kału z zastosowaniem testu immunoenzymatycznego ELISA w kierunku swoistego dla *Giardia intestinalis* koproantygeny.
- Badanie treści dwunastnicy – żółci.

Techniką najbardziej swoistą do wykrywania inwazji *Giardia intestinalis* jest badanie treści dwunastnicy. W preparatach bezpośrednich z treści dwunastnicy poszukuje się cyst i trofozoitów *Giardia intestinalis*. Niestety, ze względu na dużą uciążliwość dla pacjenta wyżej wymienionej techniki (konieczność pobrania treści dwunastnicy przez zgłębnik), badanie to jest wykorzystywane bardzo rzadko. Obecnie do rutynowej diagnostyki laboratoryjnej inwazji *Giardia intestinalis* stosuje się wcześniej wymienione badania koproscopowe i immunoenzymatyczne kału.

### Zwalczanie

W leczeniu lambliozy wykorzystuje się obecnie: metronidazol, tinidazol, furazolidon oraz chlorqinaldol.

### Balantidium okrężnicy (*Balantidium coli*)

*Balantidium coli* (syn. *Balantidium okrężnicy*) jest chorobotwórczym pierwotniakiem przewodu pokarmowego człowieka, świnie domowej i innych zwierząt, zaliczanym do typu orzęski (*ciliophora*). *Balantidium coli* wywołuje zespół chorobowy o nazwie balantidioza (*balantidiosis*), manifestujący się nieżytami jelita grubego; objawy chorobowe balantidiozy podobne są do czerwonki pełzakowej wywoływanej przez *Entamoeba histolytica*.

*Balantidium coli* jest pierwotniakiem kosmopolitycznym – zarażenia obserwuje się na terenie całej kuli ziemskiej, jednak najwyższy odsetek zarażeń występuje u osób podróżujących do strefy tropikalnej. W Polsce częstość zarażenia *Balantidium coli* jest niedostatecznie zbadana; największą prevalencję *Balantidium coli* obserwuje się u ludzi mieszkających na terenach wiejskich. Szczególnie narażone na tego pierwotniaka są osoby mające kontakt z trzodą chlewną lub zajmujące się jej hodowlą, rzeźniczy.

## Morfologia

*Balantidium coli* pasożytuje w postaci trofozoitu i cysty. Obie wyżej wymienione formy *Balantidium* mają największe rozmiary spośród wszystkich pierwotniaków mających zdolność do prowadzenia pasożytniczego trybu życia na terenie organizmu człowieka. Trofozoit *Balantidium coli* osiąga wielkość 30-200  $\mu\text{m}$ , cysta – 45-90  $\mu\text{m}$ , toteż mikroskopowa identyfikacja tego pierwotniaka ze względu na wielkość i cechy charakterystyczne formy cysty i trofozoitu nie nastręcza wielu trudności analitykowi. Trofozoit *Balantidium coli* o charakterystycznym gruszkowatym, asymetrycznym kształcie jest gęsto i równomiernie pokryty krótkimi rzęskami.



Cysta *B. coli*. Ilustracja pochodzi ze strony internetowej *Clinical Microbiology Proficiency Testing - Enteric Parasitology Photo Album* (<http://www.cmp.t.ca/>)

## Zarażenie

Do zarażenia *Balantidium coli* dochodzi drogą *per os* (drogą pokarmową przez jamę ustną) poprzez połknięcie cyst pierwotniaka wraz z zarażoną nimi wodą lub żywnością. Głównym źródłem zarażenia dla człowieka są cysty wydalone z kałem świni domowej, dlatego do zarażenia *Balantidium* dochodzi najczęściej na terenach wiejskich u osób mających styczność z trzodą chlewną.

## Cykl rozwojowy

Po dostaniu się cysty do organizmu człowieka, w końcowym odcinku jelita cienkiego dochodzi do procesu ekscystacji, w wyniku którego z cyst uwalniają się trofozoity, rozmnażające się poprzez podział poprzeczny. Część trofozoitów po rozmnożeniu wnika do przestrzeni międzykomórkowych, a część ulega procesowi koniugacji. Cykl rozwojowy *Balantidium* kończy proces encystacji, w którym trofozoity przechodzą w cysty, które następnie mogą być wydalane wraz z kałem na zewnątrz.

## Chorobotwórczość

*Balantidium coli* wywołuje u człowieka tak zwaną balantidiozę (łac. *balantidiosis*), manifestującą się nieżytami i owrzodzeniami jelita grubego. Objawy chorobowe balantidiozy często są podobne do pełzakowicy jelitowej – oczywiście rozstrzegające w takim wypadku jest badanie koproscopowe kału. Trofozoity *Balantidium coli* wydzielają enzym o nazwie hialuronidaza, który ułatwia trofozoitom wnikanie do przestrzeni międzykomórkowych i wywoływanie uszkodzeń błony śluzowej jelita. W miejscach wnikania trofozoitów obserwuje się nacieki okrągłokomórkowe, a następnie ropnie i liczne rozsiane owrzodzenia jelita, zwłaszcza w okolicy wyrostka robaczkowego.

Najczęstsze postaci kliniczne balantidiozy to ostra balantidioza jelitowa i przewlekła balantidioza jelitowa. Postać ostrą choroby charakteryzuje biegunka z okresowo występującymi dużymi ilościami śluzu i krwi oraz nudności i wymioty. Natomiast w przewlekłej balantidiozie jelitowej odnotowuje się brak łaknienia, bóle brzucha, bóle głowy, utratę masy ciała oraz niedokrwistość w morfologii krwi.

### Wykrywanie

Do diagnostyki laboratoryjnej zarażenia *Balantidium coli* stosuje się badania koproscopowe kału. W tym celu wykonuje się preparaty bezpośrednie oraz preparaty barwione kału, w których poszukuje się cyst i trofozoitów *Balantidium coli*. Wykonuje się również hodowlę tego pierwotniaka na podłożach stałych.

### Zwalczanie

W leczeniu balantidiozy stosuje się leki wykorzystywane w leczeniu pelzakowicy jelitowej (np. metronidazol, tinidazol) oraz antybiotyki z grupy tetracyklin.

### P A M I Ę T A J!!!

- Badaj się parazytologicznie powracając z podróży do strefy tropikalnej i subtropikalnej (południowo-wschodnia Azja, Afryka, Egipt, Tunezja, Ameryka Południowa). Laboratorium Parazytologii Wojewódzkiej Stacji Sanitarno-Epidemiologicznej w Krakowie zaleca trzykrotne badanie kału oraz wymazu okołodobytniczego w odstępach 3 do 4 dni. Ujemny wynik jednokrotnego badania parazytologicznego kału i wymazu okołodobytniczego nie świadczy o braku zarażenia pasożytami!!!
- Badaj się parazytologicznie, kiedy cierpisz na długo utrzymującą się, uporczywą biegunkę.
- Każdy przypadek wysokiej eozynofilii krwi obwodowej powinien skłaniać do przeprowadzenia badań parazytologicznych kału u takiej osoby.
- Dbaj o higienę osobistą, myj często ręce.
- Gotuj wodę z kranu przeznaczoną do picia i przygotowywania posiłków.
- Chronь żywność przed dostępem owadów.

Ciąg dalszy w następnym numerze „Farmacji Krakowskiej”.

Piśmiennictwo u autora

Mgr analityki med. Piotr Nowak





## OD NATURY DO RECEPTURY

### Tanina

Nazwa tanina (kwas taninowy, łac. *Tanninum*) pochodzi z języka francuskiego (*tanin*) i oznacza garbnik. Została nadana przez francuskiego chemika Prousta w XVIII wieku substancjom posiadającym zdolność *garbowania* surowej skóry.

Pod względem fizykochemicznym garbniki to związki bezazotowe o dużej masie cząsteczkowej, rozpuszczalne w wodzie, zawierające liczne grupy hydroksylowe, mające charakter polifenoli i właściwości tworzenia trwałych połączeń z białkami i innymi makrocząsteczkami. Tanina jest mieszaniną estrów kwasu galusowego i glukozy, występującą m.in. w liściach herbaty, w korze drzew (np. dębu), w korze oczaru (*Hamamelis virginiana*) oraz w tzw. galasach (dębiankach).

Galasy to nienaturalne narośle, powstałe z tkanki roślinnej, najczęściej na liściach, na skutek działania substancji wprowadzonych podczas nakłucia przez owady lub pajęczaki. Mają za „zadanie” odżywiać i chronić rozwijające się w ich wnętrzu larwy. Według FP IV *Galla* – dębianka (syn. galas dębowy) to narośl na pędzie dębu, głównie *Quercus lusitanica*, powstała w wyniku nakłucia przez samicę galasownika (*Andricus sp.*) z rodziny *Cynipidae*. Zawartość garbników w galasach wynosi 40-70%. Są to garbniki hydrolizujące, zwane galotaninami.

Proces powstania galasów, a jednocześnie fazy rozwojowe galasówki, przedstawia barwnie magister Wilhelm Zajączkowski w swym „Komentarzu do VII. wydania farmakopei austriackiej” z 1895 roku: *Samice owadu zwanego galasówką dębową, przekuwają swoim żądłem skórę ogonków liściowych i młodych gałęzi, a za każdym razem ukłuciem wpuszczają po jednym jajku do tkanki głębiej położonej. Ukłucie to powoduje silny przypływ soku roślinnego do tego miejsca, w którym jajko się znajduje. Chorobliwe obrzmienie zwiększając się, z wolna podnosi skórę i przyjmuje postać narośli kulistej. Z jajka znajdującego się w środku tego obrzmienia, po upływie 5-6 miesięcy powstaje gąsienica, która karmi się soczystą tkanką, dochodzi do zupełnego rozwoju i zamienia się na poczwarkę. Nakoniec poczwarka przeistacza się na zupełną galasówkę, która przekuwając narośl, wydostaje się na zewnątrz i ulata.*

Dębianki służą nie tylko do otrzymywania taniny, ale także do przygotowywania nalewki – *Tinctura Gallae*, opisywanej przez FP IV i dostępnej nadal w ofercie sprzedaży substancji do receptury. Nalewkę otrzymuje się w wyniku wytrawiania dębianek 80% alkoholem (metodą podwójnej maceracji). Nalewka powinna zawierać minimum 10% garbników, dzięki którym wykazuje silne działania ściągające. Stosowana miejscowo na skórę i błony śluzowe (np. przy oparzeniach) hamuje przenikanie

plynów ustrojowych, ogranicza wysięki zapalne. Obok *Tinctura Arnicae* i *Tinctura Tormentillae* wchodzi w skład gotowego preparatu Stomatosol, używanego do płukania w paradontozie, nadżerkach i zapaleniach dziąseł oraz języka.

Według FP VIII tanina to żółtawo-biały lub jasnobrunatny, bezpostaciowy lekki proszek lub błyszczące płatki. Początkowo taninę otrzymywano z galasówek dębowych tureckich, zbieranych głównie w Turcji i Syrii, potem również z galasówek chińskich, zbieranych z liści sumaka, zaś w latach trzydziestych XX wieku prowadzono badania nad otrzymywaniem taniny z galasów polskich. W latach 1908-1919 E. Fischer prowadził prace nad garbnikami i opisał metodę syntetycznego otrzymywania taniny. Obecnie głównym źródłem naturalnej taniny są drzewa kebraczo (hiszp. *Quebracho*), rosnące w Argentynie, która jest głównym eksporterem taniny na świecie (95%). Na rynku handlowym znajdują się różne gatunki taniny. Inne wymagania stawia się taninie używanej z przemysłu chemicznym, garbarstwie, winiarstwie, w porównaniu z taniną stosowaną do celów leczniczych.

Jeszcze w średniowieczu galasy stosowane były do otrzymywania atramentu żelazowo-galusowego. Prowadzone podczas renowacji starodruków prace badawcze dowiodły, że proces rozpadu atramentu przebiega tym szybciej, im mniejszy jest w nim udział kwasów garbnikowych.

Tanina wykazuje silne działanie ściągające. Z białkami tworzy nierozpuszczalne koagulatory, dlatego też, zastosowana miejscowo na skórę czy błony śluzowe, denaturuje białka wytwarzając ochronną błonę. Znajduje zastosowanie w stanach zapalnych skóry i błon śluzowych, w drobnych skaleczeniach działa zasklepiająco i ściągająco.

W recepturze aptecznej stosowana jest w preparatach prostych lub w połączeniu z innymi substancjami. Może służyć do przygotowania roztworów wodnych, czopków doodbytniczych, gałek, a także maści. Wraz z tlenkiem cynku i zasadowym galusanem bizmutowym jest składnikiem *Suppositoria antihaemorrhoidales*. Często wchodzi w skład zasypek o działaniu ściągającym i osuszającym.

Przygotowując się do wykonania recepty należy zwrócić uwagę, czy obok taniny nie występują w składzie: żelatyna, skrobia, sole metali ciężkich, alkaloidy, sole



Naczynie apteczne, służące niegdyś do przechowywania taniny, w aptece „Pod Opatrznością” w Szczawnicy.

żelazowe, nadmanganiany, woda wapienna. Wymienione substancje są przyczyną niezgodności recepturowej. Tanina bardzo łatwo rozpuszcza się w wodzie, łatwo w acetonie, etanolu, glicerolu.

„Farmakologia felczerska” z 1910 roku podaje zastosowanie wewnętrzne kwasu tanninowego: *przy krwotokach - żołądkowych, kiszkowych, płucnych i nerkowych, jako antydot przeciw truciznom roślinnym, przy katarach żołądkowo-kiszkowych i przy cholerae*. Obecnie czysta tanina nie jest już stosowana *per os* ze względu na udowodnioną hepatotoksyczność. Używana jedynie w wyjątkowych przypadkach jako *antidotum universale*. W sytuacji kiedy nie można zidentyfikować rodzaju trucizny, podaje się choremu czubatą łyżkę stołową odtrutki rozpuszczonej w 1/2 szklanki ciepłej wody, a przygotowanej w proporcji:

*Carbo medicinale* 20,0 cz.

*Magnesium oxydatum*

*Tanninum* aa 10 cz.

Do wewnętrznego użytku w leczeniu objawowym biegunek wykorzystywany jest białczan taniny (*tannalbinum, tanninum albuminatum*). Takie połączenie chroni górną część przewodu pokarmowego, ulegając rozszczepieniu na taninę i albuminę dopiero w jelitach. *Tannalbinum* występuje w gotowych preparatach: Tanninal i Salotannal, zalecanych w biegunkach infekcyjnych, gdyż wolny kwas tanninowy w jelitach ma zdolność wiązania się z białkami drobnoustrojów, unieczynniając toksyny bakteryjne. Dodatkowo, utrudniając resorpcję wody do światła jelita, zmniejsza rozrzedzenie treści jelitowej.

Do innych pochodnych taniny o znaczeniu już wyłącznie historycznym należały: tannoforn, produkt kondensacji taniny i aldehydu mrówkowego, stosowany wewnętrznie w *chronicznych katarach jelit, zewnątrznie do zasypywania starszych ran i wyprysków*, a także w postaci zasyпки *przeciw poceniu się skóry*; tannigen, ester dwuacetylowy kwasu garbnikowego, stosowany w *biegunkach chronicznych*; tannokol, połączenie taniny z klejem, *środek dobry dla dzieci*; tannopina, produkt kondensacji taniny i urotropiny, podawany *dzieciom, a także przeciw wymiotom*; tannotymol, produkt kondensacji taniny, formaldehydu i tymolu; tantal, zasadowa sól glinowa taniny.

Piśmiennictwo u autorki

*Mgr farm. Joanna Typek*







## ROŚLINY LECZNICZE

### Szałwia lekarska (*Salvia officinalis* L.)

Nazwa rodzajowa szalwii pochodzi od łacińskiego słowa *salvus* – zdrowy lub *salvare* – leczyć. Jako roślina lecznicza szalwia była znana i uprawiana już w starożytnej Grecji. Odnajdujemy ją w tekstach Hipokratesa, Dioskuridesa, Columelli, Aetiusa i Galena. W średniowieczu pisała o niej Hildegarda z Bingen, natomiast do uprawy została wprowadzona edyktem Karola Wielkiego. W 1745 r. Van Svieten zaobserwował, że szalwia hamuje laktację. Na zastosowanie szalwii w medycynie ludowej, jako leku zapobiegającego upławom, nieregularnemu miesiączkowaniu i chronicznym poronieniom, zwrócił uwagę Madaus. Kierownik pracowni biologicznej Towarzystwa Przemysłu Chemiczno-Farmaceutycznego „d. Magister Klawe S.A. w Warszawie, Stanisław Korczyński, wykazał w doświadczeniach na myszach rójotwórcze działanie szalwii. W 1993 roku profesor Ferranini udowodnił jej działanie hipoglikemiczne.

W dawnych aptekach wykorzystywano szalwię do produk-



*Salvia officinalis* L.

Szałwia lekarska. Rysunek piórem autorstwa Anny Strzemieskiej.

cji wody szałwiowej, octu korzennego, wysokokowej wody aromatycznej, powidełka korzennego, czarnego proszku nazębnego i ziółek aromatycznych.

Szałwia znalazła swoje miejsce w naszej epopei narodowej, w której Adam Mickiewicz umieścił ją obok drapacza lekarskiego i macierzanki:

*Wielka, stara sernica, budowana w kratki  
Z belek na krzyż wiązanych, podobnych do klatki.  
W niej świeciły się białych serów wiele kopy;  
W koło zaś wahały się suszące się snopy  
Szałwiji, benedykty kardy, macierzanki:  
Cała zielna domowa apteka Wojszczanki*

O licznych właściwościach leczniczych pisał również Władysław Syrokomla:

*Szałwia wzmocni nerwy i rąk leczy drżenie,  
Febre silną przemaga, ciała obezwładnienie...  
...Za tak przeważną, znaczną przysługę i wielką  
Szałwiją zwać poczęto słusznie zbawicielką*

Rodzaj *Salvia*, należący do rodziny *Lamiaceae*, obejmuje ponad 500 gatunków, wśród których znajdują się liczne rośliny ozdobne. Największe znaczenie w lecznictwie ma szalwia lekarska (*Salvia officinalis* L.), ale znane są również inne gatunki o potencjalnych właściwościach leczniczych. Należą do nich m.in. szalwia muszkatolowa (*Salvia sclerea* L.), szalwia okrągowa (*Salvia verticillata* L.), szalwia omszona (*Salvia nemorosa* L.), szalwia grecka (*Salvia triloba* L.), szalwia czerwonokorzoniowa (*Salvia miltiorrhiza* Bunge) oraz szalwia łąkowa (*Salvia pratensis* L.). Z tej ostatniej pozyskiwano surowiec, który dawniej znajdował się w handlu pod nazwą *Herba Hormini pratensis*. W obrębie gatunku *Salvia officinalis* L. występują trzy podgatunki: *subsp. minor* Gams, *subsp. officinalis* Gams, oraz *subsp. lavandulaefolia* Gams. Cechuje je odmienna morfologia oraz skład chemiczny olejku eterycznego. Wyróżnienie chemotypów u szalwii jest nadzwyczaj trudne i z tego powodu istnieje kilka ich podziałów. Tucker i Maciarello wyodrębnili pięć chemotypów, przy czym podstawą podziału były proporcje kamfory, 1,8-cyneolu,  $\alpha$ - i  $\beta$ -tujonu. Boelens wyróżnił jedynie dwie rasy chemiczne, o niskiej (2-10%) i wysokiej (10-30%) zawartości  $\beta$ -tujonu.

Surowcem farmakopealnym są liście i ulistnione szczyty pędów, zebrane przed lub po kwitnieniu. Surowiec zawiera gorzki lakton diterpenowy karnozol, garbniki katechinowe, flawonoidy pochodne apigeniny i luteoliny, kwas karnozolowy, safficinolid, rosmanol i inne związki. Jest to jednak przede wszystkim surowiec olejkowy, gdyż zawartość olejku w liściach waha się od 1,0-2,5%. Głównymi składnikami olejku są  $\alpha$ - i  $\beta$ -tujon, kamfora, borneol, pinen, 1,8-cyneol, w mniejszych ilościach wy-

stępują również wiridiflorol, kariofilen, humulen, octan borneolu, limonen, salwen, kamfen, mircen, aromadendren i wiele innych.

Preparaty z szalwii charakteryzują się działaniem antyseptycznym, ściągającym, spazmolitycznym, antyoksydacyjnym, przeciwgrzybiczym, przeciwpotnym oraz wstrzymującym laktację. Olejek szalwiowy jest skuteczny w leczeniu zapalenia mieszków włosowych oraz stanów zapalnych błon śluzowych. Działanie lecznicze szalwii jest uwarunkowane głównie obecnością olejku eterycznego, garbników i karnozolu. Związkiem ograniczającym wewnętrzne stosowanie olejku szalwiowego jest tujon, mający właściwości toksyczne i mogący wywołać nudności, wymioty, drgawki i otępienie. Podgatunek *subsp. lavandulaefolia* Gams nie zawiera tujonu, jednak w Polsce najpopularniejszy jest surowiec pozyskiwany z podgatunku *subsp. minor* Gams.

Szałwia jest również rośliną przydatną w kuchni. Można nią przyprawiać dania mięsne, zwłaszcza mięso pieczone, wędliny, ryby i sosy. Jest to najpopularniejsza przyprawa w USA. Można ją stosować do przyrządzania masła szalwiowego oraz octu szalwiowego.

Szałwia lekarska należy do roślin wybitnie miododajnych, ale termin zbioru zieleńki znacznie ogranicza jej wykorzystanie przez pszczoły. Znacznie słabiej nektaruje szalwia muszkatołowa. Dużo nektaru wydziela szalwia łąkowa, choć ze względu na długą rurkę kwiatową, która występuje u tego gatunku, nie zawsze jest on dostępny dla pszczół. Doskonałymi pożytkami pszczelimi jest natomiast szalwia okrągowa, której wydajność miodowa z hektara uprawy wynosi 600 kg oraz szalwia omszona o wydajności miodowej 450 kg z ha.

Piśmiennictwo u autora

Maciej Strzemski





## MISCE, FIAT ...

### Misce, fiat aqua aromatica

Kolejną postacią leku, należąca do dużej grupy wód – *Aquae*, są wody aromatyczne – *Aquae aromaticae*. Zostały one wprowadzone do lecznictwa już przed wieloma wiekami przez Arabów. Początkowo były sprowadzane do Europy z dalekich krajów, np. Persji, która od VIII do X wieku była największym ich eksporterem. Na terenie Europy pierwsze wody aromatyczne zaczęto produkować w Montpellier, a do końca średniowiecza stosowano je już na terenie całego kontynentu. Początkowo otrzymywano je przez destylację surowców roślinnych i zwierzęcych z parą wodną. Z czasem zaprzestano do tego celu używać surowców niearomatycznych.

Produkcja destylowanych wód aromatycznych praktycznie niczym nie różniła się od produkcji olejków eterycznych. Był to ten sam proces ekstrahowania substancji lotnych z rośliny, różnił się jedynie produkt. W przypadku wód aromatycznych

otrzymywano o wiele więcej destylatu niż w przypadku produkcji olejku z równoważnej ilości surowca roślinnego. Destylowano surowiec świeży lub suszony, który musiał być najpierw poddany kilkugodzinnej maceracji w wodzie. Mógł on być słabiej lub mocniej rozdrobniony. Bardziej rozdrobniony mieszano z wodą i destylowano, a mniej rozdrobniony umieszczano w koszu znajdującym się na pewnej wysokości nad powierzchnią cieczy, zaś opływająca go para zabierała z sobą lotne składniki rośliny. Wytworzone w ten sposób wody aromatyczne zawierają prócz olejku eterycznego jeszcze inne składniki lotne, które nadają im odczyn lekko kwaśny, podczas gdy wody otrzymywane z olejków mają odczyn użytej do ich przygotowania wody destylowanej.

Wraz z rozwojem przemysłu olejkowego uproszczono produkcję wód aromatycznych, która zaczęła się ograniczać do odpowiedniego przygotowania roztworu olejku w wodzie. Wody takie przygotowywano na dwa sposoby.



Naczynie apteczne, pochodzące z apteki w Czarnym Dunajcu, przeznaczone na przechowywanie Aqua Amygdalae amarae concentrata. Ze zbiorów Muzeum Tatrzańskiego w Zakopanem.

Pierwszym sposobem było zmieszanie 0,1 g olejku i 100 g wody o temperaturze około 35°C, wytrząsanie składników w zamkniętej butelce przez 15 minut i pozostawienie na 12 godzin do rozpuszczenia. Jeżeli część olejku nie rozpuściła się, roztwór należało wytrząsać z niewielką ilością talku lub ziemi okrzemkowej i przesączyć przez bibułę. Miało to na celu usunięcie nadmiaru olejku, który osadzał się na cząsteczkach talku. „Farmakopea polska III” podawała nieco inny sposób przyrządzania wody koprowej i miętovej – odpowiednią ilość olejku należało rozetrzeć w moździerzu z talkiem, a dopiero później wytrząsać z wodą. W ten sposób olejek rozproszony na cząsteczkach talku miał o wiele większą powierzchnię niż dodane do wody krople, przez co łatwiej ulegał rozpuszczeniu. Po przesączeniu uzyskiwano klarowny roztwór o zapachu charakterystycznym dla danego olejku.

Drugim sposobem przyrządzania *Aquae aromaticae* było rozpuszczenie 0,5 cz. olejku w 90 cz. spirytusu 95%, a następnie wymieszanie uzyskanego roztworu z 910 cz. wody o temperaturze 35-40°C i przesączenie po kilku dniach. Z dodatkiem spirytusu były przygotowywane wody aromatyczne skoncentrowane – *Aquae aromaticae contratae*.

Wody aromatyczne przygotowywano z wody przegotowanej – woda taka nie zawierała tlenu, co miało ogromny wpływ na trwałość tej postaci leku. Przygotowywano je w małych ilościach do szybkiego wykorzystania i chroniono przed niekorzystnym wpływem światła słonecznego, umieszczając w pełnych butelkach z ciemnego szkła. W recepturze sporządzano różnego rodzaju wody aromatyczne:

*Aqua Amygdalae amarae* – woda z migdałów gorzkich o specyficznym, przyjemnym zapachu musiała być przygotowywana z zachowaniem szczególnej ostrożności ze względu na zawartość niebezpiecznego cyjanowodoru. Czasami przygotowywano ją z kwasu cyjanowodorowego i benzaldehydu.

*Aqua Menthae piperitae* – woda miętovej była rozpuszczalnikiem poprawiającym smak i zapach leków. W mieszankach poprawiających trawienie działała ponadto jako środek wspomagający. Sporządzana była przez wytrząsanie 1 cz. olejku z 10 cz. talku w 1000 cz. wody.

*Aqua Auranti Florum* – była otrzymywana przez destylację kwiatów pomarańczy. Ponieważ musiała być wytwarzana ze świeżych kwiatów, produkowano ją tylko w niektórych krajach.

*Aqua carminativa* – woda wiatropędna, otrzymywana była przez zmieszanie olejków: pomarańczowego, cytrynowego, koprowego, kminkowego, miętovej, koldrowego (po 1 cz.), spirytusu 90% (10 cz.) i 900 cz. *Aqua Chamomillae*.



Naczynie apteczne, pochodzące z apteki w Czarnym Dunajcu, przeznaczone na przechowywanie *Aqua Rosae*. Ze zbiorów Muzeum Tatrzńskiego w Zakopanem.

*Aqua Chamomillae* - woda rumiankowa otrzymywana była przez destylację z parą wodną koszyczków rumianku. Ze 100 cz. kwiatów otrzymywano 100 cz. wody rumiankowej.  
*Aqua Foeniculi* - woda koprowa, sporządzana przez wytrząsanie 1 cz. olejku koprowego z 10 cz. talku w 1000 cz. wody.

*Aqua Coriandri* - woda kolendrowa, składająca się z 0,5 cz. olejku i 3 cz. spirytusu w 997 cz. wody, analogicznie jak woda miętowa.

*Aqua Rosae* - woda różana, destylowana z parą wodną, mająca właściwości przeciwpalne, była z powodzeniem stosowana w zapaleniu spojówek.

Wody aromatyczne były wykorzystywane do przygotowywania wielu postaci leku, służyły jako *corrigens* poprawiający smak i zapach. Jako składnik mieszanek miały działanie wspomagające, charakterystyczne dla danego olejku lub same były stosowane jako leki, np. poprawiające trawienie. Dawniej przygotowywano dużą ilość różnego rodzaju wód aromatycznych, wykorzystywanych zarówno w lecznictwie jak i w kosmetyce, które do dzisiejszych czasów zostały prawie zapomniane.

### Misce, fiat aqua medicata

Jeszcze jednym rodzajem wód są wody lecznicze - *Aquae medicatae*. Nazwą tą określano bardzo rozcieńczone wodne roztwory stałych lub płynnych środków leczniczych, które mogły zawierać niewielki odsetek alkoholu. Przeznaczone do bezpośredniego użycia, były stosowane zarówno wewnętrznie jak i zewnętrznie. Wody lecznicze były dość nietrwałe, należało je chronić przed światłem i dostępem powietrza, często też duży wpływ na trwałość miała temperatura. Roztwory przygotowywano w odpowiedni dla danej substancji sposób. Najczęściej sporządzanymi wodami leczniczymi były:

*Aqua calcis* - woda wapienna, czyli nasycony roztwór (0,15-0,17%) wodorotlenku wapnia w wodzie. Należało ją przechowywać nad niewielką ilością osadu i w razie potrzeby zlewać z niego potrzebną ilość. Stosowana była wewnętrznie przy nadkwaśności żołądka oraz jako odtrutka przy zatruciu kwasami. Dzieciom podawano ją jako środek powstrzymujący biegunkę. Zewnętrznie wykorzystywana była jako środek do dezynfekcji ran i owrzodzeń, a po jej wymieszaniu z olejem lnianym otrzymywano mazidło do smarowania oparzeń.

*Aqua chloroformi* - woda chloroformowa będąca 0,5% roztworem chloroformu oraz *Aqua bromoformi* - woda bromoformowa 0,3%, czyli roztwór bromoformu, przygotowywane przez skłócenie odpowiednich składników z wodą destylowaną, służyły do przyrządzania mieszanek przeciwkaszlowych. Przyrządzano także wody ołowiowe, dziegiociowe, fenolowe i inne.

W „Komentarzu do ósmego wydania Farmakopei austriackiej” z 1908 roku, znajdują się przepisy na wodę wapienną, karbolową, chlorową, ołowiową i gulardową. Dziś w aptece nie przygotowuje się już wód leczniczych, jednak na półce aptecznej można znaleźć gotową, produkowaną przemysłowo, wodę wapienną.



## APTEKI MAŁOPOLSKI

### Historia apteki „Zdrojowej” w Rabce-Zdroju

Pierwszą wzmiankę o istnieniu apteki w Rabce znaleźć można w „Kalendarzu Farmaceutycznym” z roku 1884. Wymienia się ją jako aptekę filialną apteki w odległych Dobczycach, która należała wówczas do Józefa Sasa-Bilińskiego. Pierwszym jej dzierżawcą był znany już czytelnikom „Farmacji Krakowskiej” magister Zygmunt Wilczyński (FK nr 4/2007). W roku 1893 aptekę w Dobczycach wraz z filią w Rabce nabył Ksawery Mikucki. Prowadził ją jednak tylko przez dwa lata, a następnie wydzierżawił 1 czerwca roku 1895 Stanisławowi Waligórskiemu.

W roku 1897 aptekę w Dobczycach i aptekę „Zdrojową” nabył magister Józef Hanak. Obydwie apteki Hanak natychmiast wydzierżawił Józefowi Pelcowi, który prowadził je aż do roku 1920. W 1909 rabczańską aptekę „Zdrojową” objął w zarząd magister Bolesław Jawornicki, jedna z ciekawych postaci polskiej farmacji, której warto poświęcić kilka słów.

Seweryn Bolesław herbu Gozdawa Jawornicki urodził się w roku 1872 w Zagorzycach pod Kielcami, w ówczesnym Królestwie Polskim. Posiadał jednak obywatelstwo austriackie. Ojciec jego był dzierżawcą dóbr ziemskich i zmarł kiedy Bolesław był jeszcze dzieckiem. Jego wychowaniem zajmowała się więc matka Helena. Studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim odbył w latach 1890-1892, a dyplom magistra farmacji otrzymał 12 lipca 1892 roku. W 1897 r. był sekretarzem Towarzystwa Farmaceutycznego „Unitas” w Krakowie. W roku 1898 został redaktorem „Kroniki Farmaceutycznej”.

W roku 1902 współorganizował strajk pracowników aptek galicyjskich i był jednym z głównych negocjatorów strajkujących. Strajk ten, po trudnych rozmowach z przedstawicielami Namiestnictwa oraz Gremium



*Magister Bolesław Jawornicki, redaktor „Kroniki Farmaceutycznej”, propagator idei powstania Towarzystwa Aptekarzy Prowincjonalnych. Zdjęcie pochodzi z nekrologu, zamieszczonego w „Farmacji Polskiej”, nr 1/1950.*

Galicji Wschodniej i Zachodniej, zakończył się sukcesem pracowników aptek i podpisaniem z Namiestnictwem ugody. Jawornicki, jako jeden z delegatów komitetu strajkowego, podpisał „Umowę”, precyzującą nowy wymiar płac dla magistrów farmacji. Ponadto efektem strajku było zagwarantowanie pracownikom prawa do 14-dniowego urlopu w ciągu roku i dodatków pracowniczych. Magistra Jawornickiego, jako współinicjatora strajku, dotknęły przykre konsekwencje: na skutek zmywu właścicieli aptek nie był w stanie podjąć pracy!

Jawornicki pozostawał redaktorem „Kroniki Farmaceutycznej” do roku 1905, kiedy to na *X Walnym Zgromadzeniu członków Galicyjskiego Tow. farmaceutycznego Unitas, jako wielce zasłużony* ustąpił ze swego stanowiska. W roku 1911 bezskutecznie występował o przyznanie koncesji na prowadzenie apteki w Krakowie.

Dzięki talentom organizacyjnym i wielkiej energii założył hurtownię farmaceutyczną „Pharma”, która odniosła na rynku farmaceutycznym ogromny sukces. W okresie dwudziestolecia międzywojennego zaopatrywała w leki większość krakowskich i małopolskich aptek. Jawornicki wybudował dla „Pharmy” nowoczesną siedzibę przy ulicy Długiej, którą oglądać możemy do dziś. Zmarł 1 stycznia 1950 roku.

W roku 1921 apteki w Dobczycach i w Rabce przeszły na własność spadkobierców Józefa Hanaka, którzy wydzierżawili aptekę „Zdrojową” na sezon zdrojowy, trwający wówczas od 20 maja do 1 października, Mieczysławowi Królikowskiemu. W sezonach zdrojowych 1922-1925 kolejnym dzierżawcą był bliżej nieznanymi Żeliński, a w okresie 1925-1929 magister Władysław Antek Kwiatkowski.

Po Kwiatkowskim dzierżawcą dobczyckiej apteki (wraz z filią w Rabce) był magister Marian Emil Dworżański. W roku 1930 apteką zarządzał magister Władysław Minich, absolwent farmacji z roku 1924, wymieniany później przez „Kalendarze Farmaceutyczne” jako zarządca apteki X Szpitala Okręgowego w Przemyślu.

W roku 1930 apteka „Zdrojowa” przekształcona została z apteki filialnej i sezonowej w aptekę stałą i jako taką zakupił ją od spadkobierców Józefa Hanaka magister farmacji Fabian Reinhold, absolwent studiów farmaceutycznych we Lwowie z roku 1913. W czasie studiów uczestniczył w życiu lwowskiej społeczności studentów farmacji. Na Walnym Zgromadzeniu Akademickiego Kółka Farmaceutycznego, które odbyło się 9 listopada 1911 roku, wszedł w skład zarządu, jako członek. W roku 1927 wydzierżawił od spadkobierców Wilhelma Ehrlicha aptekę przy ulicy Krakowskiej 9 w Krakowie. W 1929 r. występował o przyznanie koncesji na aptekę przy ul. Mogiłskiej, aż do Dąbia.

O otrzymanej przez magistra Reinholda koncesji na prowadzenie stałej apteki w Rabce pisały „Wiadomości Farmaceutyczne”. Kilka miesięcy później zaś donosiły: *F. Reinhold uruchomił dn. 1 lipca aptekę w Rabce-Zdroju.*

Magister Reinhold pozostawał właścicielem apteki aż do 1939 roku. Apteka „Zdrojowa” mieściła się w istniejącej do dziś willi „Iwonka” przy ulicy Poniatowskiego 10, gdzie nadal funkcjonuje. Nieżyjąca już pani Elfryda Trybowska wspominała w rozmowie z autorem niniejszego opracowania, że magister Reinhold cieszył się wśród lokalnej społeczności dużym szacunkiem i sympatią. W jego aptecę znaj-



dowała się powszechnie dostępna waga osobowa. Wydawane były do niej specjalne „Karty wagi”, z których dowiadujemy się, że apteka „Zdrojowa” posiadała *Stale na składzie: Wszelkie specyfiki krajowe i zagraniczne, opatrunki, artykuły gumowe, wody mineralne krajowe i zagraniczne, kosmetyki, mydła toaletowe, wody kolońskie i t.d.* Ponadto apteka wydawała wszelkie leki na rachunek: *Dyrekcji Kolei Państwowych, Pomocy lekarskiej dla pracowników państw. oraz Ubezpieczalni Społecznej (Kasy Chorych).* W roku 1939 magister Reinhold dokonał wpłaty na rzecz Funduszu Propagandy Zawodu, o czym informowały „Wiadomości Farmaceutyczne”.

W aptece „Zdrojowej” pracował także magister farmacji Samuel Blatt, absolwent studiów farmaceutycznych w Krakowie z roku 1930. II wojny światowej prawdopodobnie nie przeżył, gdyż nie figuruje w wykazie farmaceutów z roku 1949.

Magister Reinhold wyjechał z Rabki na początku roku 1939, w obawie przed wybuchem wojny i niemieckimi represjami. W czasie II wojny światowej, wraz z żoną Reginą, przebywał za granicą. Do roku 1942 pozostawał właścicielem apteki, choć ze względu na swe żydowskie pochodzenie tylko teoretycznie. Na mocy decyzji z 10 marca 1942 roku Wydział Zdrowia Rządu Generalnego Gubernatorstwa odebrał Reinholdowi koncesję. Po zakończeniu wojny i cofnięciu wszystkich okupacyjnych decyzji administracyjnych, Reinhold z powrotem został właścicielem apteki „Zdrojowej”, nie powrócił jednak do Polski. Początkowo aptekę dzierżawił Zygmunt Mak-say, a następnie Edward Poraziński.

Apteka „Zdrojowa” od września 1939 roku pozostawała opuszczona. W kwietniu 1942 r., a więc już po odebraniu koncesji Reinholdowi, nową na prowadzenie apteki uzyskała od Izby Aptekarskiej w Izbie Zdrowia Generalnego Gubernatorstwa *Sigismund*



„Karta wagi”, pochodząca z apteki „Zdrojowej”.

Dokument ze zbiorów rodzinnych Miętusów i Ciszewskich.



*Willa „Iwonka”, mieszcząca do dnia dzisiejszego aptekę, należąca obecnie do mgra farm. Ryszarda Kozackiewicza.*

*Zdjęcie współczesne.*

*von Maksay* – magister farmacji Zygmunt Maksay. Urodził się 17 czerwca roku 1888 w Koloszwaz (obecnie Kluż-Napoka w Rumunii) i tam też ukończył w roku 1918 studia farmaceutyczne. W czasie I wojny światowej służył w wojsku austro-węgierskim w aptekach szpitali wojennych, m.in. na ziemiach polskich. W roku 1918 poślubił Polkę i po kilku miesiącach pobytu na froncie powrócił do Polski już na stałe. Za miejsce swego pobytu wybrał Oświęcim, gdzie początkowo prowadził własną fabrykę leków i kosmetyków. Do końca okresu międzywojennego był pracownikiem oświęcimskiej apteki Władysława Ptaszyńskiego i jako taki figuruje w wykazie członków krakowskiego Oddziału Związku Zawodowego Farmaceutów Pracowników w Rzeczypospolitej Polskiej. Po wybuchu wojny, wraz z sy-

nem Janem uciekł z Oświęcimia i w grudniu 1939 roku dotarł do Rabki, gdzie osiedlił się. Wiosną 1940 roku uruchomił za zgodą władz aptekę „Zdrojową”. Jej pracownikami byli w czasie okupacji m.in. Jan Ćwiertniewicz i Edward Poraziński.

Na szczególną uwagę zasługuje okupacyjna działalność magistra Maksaya. Przekazywał leki i materiały opatrunkowe na potrzeby powstałej w 1941 roku rabczańskiej placówki Rady Głównej Opiekuńczej. Dary pochodzące od Zygmunta Maksaya służyły ubogiej ludności okolic Rabki, wysiedleńcom z terenów Rzeczypospolitej przyłączonych do Rzeszy niemieckiej oraz napływającym do południowej Polski uchodźcom po wybuchu Powstania Warszawskiego. Natomiast o współpracy magistra Zygmunta Maksaya z partyzantami Aleksander Marczyński, znawca historii gorczańskiej partyzantki, pisze: *Latem z apteki Maksaya przekazywane były leki oraz środki opatrunkowe na punkt kontaktowy z partyzantami, znajdujący się na Słonem w przysiółku Szymanówek u Włodzimierza i Marii Szymańskich. Lekarstwa z apteki przynosiła Magdalena Bolewska. Na punkt ten, czynny do połowy stycznia 1945 r., przybywał w ustalonych dniach patrol partyzancki AK, którego dowódcą był Jan Chyliński („Janek“).* W innym opracowaniu, dotyczącym służby sanitarnej obwodu Armii Krajowej w Rabce, Marczyński informował, że Maksay przekazywał leki i materiały opatrunkowe także ludności żydowskiej.

Po zakończeniu okupacji niemieckiej magister Zygmunt Maksay wyjechał do Gdyni, gdzie do roku 1948 pracował w aptece „Świętojańskiej”. Apteka ta jeszcze przed wybuchem wojny należała do wspomnianego pracownika rabczańskiej apteki – magi-

stra Jana Ćwiertniewicza, więźnia obozu koncentracyjnego w Oświęcimiu. Ze względu na zły stan zdrowia Maksay powrócił na południe Polski - do Krakowa, gdzie 23 lipca 1948 roku zmarł. Następcą magistra Maksaya i zarazem dzierżawcą apteki „Zdrojowej” został wspomniany już wcześniej magister Edward Poraziński (ur. 30 października 1909, zm. 7 lipca 1989 roku). Był synem Wacława Porazińskiego, współwłaściciela apteki we Włodawie. Jako ciekawostkę dodajmy, że przyrodnią siostrą Wacława była znana pisarka Janina Porazińska. Studia farmaceutyczne Edward ukończył na Uniwersytecie Lwowskim w roku 1939, jednak wobec wybuchu wojny nie otrzymał dyplomu magistra farmacji. Stało się to dopiero 12 czerwca 1945 w Krakowie. W czasie okupacji niemieckiej magister Poraziński pracował początkowo w rodzinnej aptece we Włodawie, zaopatrując organizacje podziemne (m.in. Armię Krajową i Armię Ludową) w środki farmaceutyczne. Po donosie został aresztowany i uwięziony w okrytym ponurą sławą więzieniu w Lublinie, skąd został zwolniony na skutek usiłnych działań żony. Pod koniec wojny podjął pracę w aptece „Zdrojowej” w Rabce.

Po wyjeździe Zygmunta Maksaya z Rabki, za pośrednictwem pełnomocnika, magister Poraziński wydzierżawił aptekę „Zdrojową” od Fabiana Reinholda. Nadal jednak pozostawał właścicielem apteki we Włodawie. W aptece „Zdrojowej” pracowała także żona Edwarda - Janina Porazińska (ur. 11 lipca 1910, zm. 27 lipca 1991). W roku 1951 Poraziński wyjechał do Lublina, gdzie został kierownikiem apteki nr 2. W 1952 roku pełnił funkcję dyrektora Oddziału Wojewódzkiego Centrali Aptek Społecznych w Lublinie. Następnie powrócił do Rabki i został kierownikiem dawnej apteki „Pod Gwiazdą”, której historię opisano w „Farmacji Krakowskiej” (nr 2/2007). Pod koniec lat sześćdziesiątych, aż do przejścia na emeryturę, pracował w aptece w Kędzierzynie-Koźlu. Tymczasem Janina Porazińska pracowała w Rabce przez cały okres powojenny, aż do przejścia na emeryturę, początkowo w dzierżawionej aptece „Zdrojowej”, a później w aptece rabczańskiego Zespołu Sanatoriów.

Magister Reinhold zmarł w połowie roku 1949. Wówczas to Regina Reinhold zdecydowała się sprzedać aptekę „Zdrojową”. W „Farmacji Polskiej” z roku 1949 i 1950 kilkakrotnie można było przeczytać ogłoszenie o następującej treści: *Apteka Rabka-Zdrój do wydzierżawienia lub sprzedania. Zgłoszenia: Regina Reinhold, Wrocław Traugutta Nr. 35 m. 29. Z czasem ogłoszenia stawały się coraz bardziej ponagląjące. Z końcem roku 1949 pani Reinhold chciała sprzedać aptekę natychmiast, na początku 1950 - bezzwłocznie, a w maju 1950 - zaraz.*

Nabywcą okazał się Karol Zaufal, absolwent studiów farmaceutycznych w Krakowie z roku 1915, dotychczasowy właściciel apteki w Turońsku (dziś Mysłakowice) w powiecie jeleniogórskim. Zaufal pozostawił przy pracy dotychczasowego dzierżawcę - magistra Edwarda Porazińskiego.

Długoletnią następczynią magistra Porazińskiego była magister Maria Amerek, już jako kierowniczką Apteki Społecznej nr 114.



## VARIA

### **Powstaje książka o krakowskiej Izbie Aptekarskiej**

Pragniemy zwrócić się do wszystkich Czytelników „Farmacji Krakowskiej” z apelem o aktywne uczestnictwo w powstającej książce, poświęconej historii krakowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej. Książka ta będzie omawiać chronologicznie dzieje idei izb aptekarskich, sięgającej pierwszych lat XX wieku, poprzez trwającą przez cały okres dwudziestolecia międzywojennego dyskusję nad kształtem izb aptekarskich, aż do ich powołania w roku 1939. Kolejne rozdziały dotyczyć będą Izby Aptekarskiej w Izbie Zdrowia Generalnego Gubernatorstwa oraz powstałej w roku 1945 krakowskiej Izby Aptekarskiej. Ostatni rozdział będzie szczegółowo omawiał reaktywowanie izb aptekarskich w roku 1991 oraz dzieje Okręgowej Izby Aptekarskiej w Krakowie po dzień dzisiejszy.

Naszym wielkim pragnieniem jest, aby samodzielną część książki stanowiły wspomnienia krakowskich i małopolskich farmaceutów. Wiemy, że wśród czytelników „Farmacji Krakowskiej” znajdują się osoby pamiętające działalność „pierwszej” krakowskiej Izby Aptekarskiej, zlikwidowanej w roku 1951, w momencie nacjonalizacji polskich aptek. Z pewnością jeszcze więcej osób pamięta swoje uczestnictwo w organizowaniu reaktywowanej Okręgowej Izby Aptekarskiej w latach dziewięćdziesiątych. Zwracamy się więc z gorącą prośbą o spisanie swych wspomnień i przesłanie ich – czy to w formie rękopisu, czy w postaci cyfrowej – na adres krakowskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej, z dopiskiem „książka”.

Dzięki Państwa wspomnieniom, obok opracowania historycznego, w książce może pojawić się bezcenny materiał źródłowy!

*Dr n. farm. Maciej Bilek*



### **Nowa „Farmakopea polska”**

Dział Wydawnictw Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego informuje, że w trzech tomach ukazała się „Farmakopea polska VIII”. Cena kompletu to 660 zł + koszty wysyłki.



## PRZED 100 LATY POLSKA PRASA FARMACEUTYCZNA PISAŁA...

**Palenie tytoniu** powoduje zwapnienie naczyń, jak świadczą najnowsze badania Dr. Szebrowskiego. Autor poddawał króliki działaniu dymu tytoniowego, a nado wstrzykiwał im śródżylnie fizyologiczny roztwór soli, przepojony dymem powolnie spalonego tytoniu. Ściany naczyń krwionośnych zostały zaatakowane substancjami znajdującymi się w tym roztworze, tak, że wydaje się uzasadnionem przypuszczenie, że palenie tytoniu może być powodem miażdżycy tętnic i przedwczesnego uwiązdu.

**Fabryka „Dr. Gardness Pink Tablets“** naznacza nagrody pieniężne za najkorzystniejsze świadectwa pochwalne dla tego przetworu, załączając odpowiedni kupon do każdej paczki leku. Taki fakt niesumienności fabrykantów osobliwek zagranicznych nie jest odosobniony, a z wyjątkiem chorych wiedzą o tem najlepiej aptekarze i lekarze, że tylko szalonej reklamie zawdzięczają swoją sławę liczne osobliwki lecznicze, które tak długo nie przestaną szkodzić chorym i poniżać nauki, jak długo władze rządowe nie położą stanowczego kresu nieraz wprost haniebnym sposobom reklamowania tych środków i wprowadzania ich w obrót handlowy.

**Etyka aptekarska.** Nadesłano nam cennik apteki Z. Kalickiego w Przemyślu-Zasanie, w którego nagłówku czytamy: *oprócz dwudziestoprocentowego opustu (20%) przy receptach, także i leki gotowe tak zwane specjalności krajowe i zagraniczne sprzedaje się po niższych cenach.* I dziwić się tu publiczności, która uważa aptekarzy za wyzyskiwaczy i dziwić się rządowi, który nakłada na aptekarzy przymusowy opust 33%, gdy mają w swym gronie podobnych panów. Wstyd doprawdy, że istnieją jeszcze aptekarze, którzy przez wstrętą konkurencyję obniżają zawód naśladowując prostych kramarzy.

Cytaty zaczerpnięto z działów „Wiadomości bieżące” „Czasopisma Galicyjskiego Towarzystwa Aptekarskiego” i „Kroniki Farmaceutycznej” z marca i kwietnia 1909 roku. Zachowano oryginalną pisownię i interpunkcję.

Opracował  
Dr n. farm. Maciej Bilek



## Z DAWNEJ APTEKI

**Tinct. benzoës** (Tinctura benzoës) – nalewka benzoesowa z żywicy benzoesowej. Surowiec: styrakowiec benzoesowy – *Styrax benzoin Dryand.* z Sumatry. Lek dermatologiczny.

Szkło bezbarwne, przezroczyste. I połowa XIX w. Naczynie pochodzi z apteki „Pod Białym Orłem” w Radomiu. Motyw dekoracyjny białego orła na tle książęcego płaszcza, typowy dla Księstwa Warszawskiego, został umieszczony na naczyniach oraz na plafonie apteki, na zlecenie jej właściciela Stanisława Kwaśniewskiego. Pomimo zakazów carskich dekoracje te przetrwały czasy zaborów, a następnie okupację hitlerowską. Sygnatura na naczyniu pochodzi z końca XIX w.



**LAC VIRGINIS** – mleko panińskie vel dziewicze – mieszanina nalewki benzoesowej z wodą różaną. Preparat kosmetyczny: „do mycia w celu udelikatnienia cery, wygubienia piegów itp.”.

Porcelana, Niemcy (?), XIX/XX w.

Ze zbiorów Muzeum Farmacji w Krakowie

*mgr farm. Iwona Dymarczyk*

# Kariera w farmacji

Warsztaty Rozwoju Umiejętności

III Edycja

25 kwietnia (sobota) 2009 w godzinach 10:00 – 15:00

Wydział Farmaceutyczny UJ CM

ul. Medyczna 9, Kraków

AULA B

## Program:

- Aby praca stała się pasją – dla planujących karierę – prow. Katarzyna Barańska
- Opieka farmaceutyczna w praktyce – prow. Wesley Jones, Ian Mullen
- Veni, vidi, vici – Polacy w brytyjskich aptekach – prow. mgr Karolina Piątkowska
- English in a pharmacy – warsztaty językowe – prow. Renata Bałos

## Goście specjaliści:

- Wesley Jones, Ian Mullen – przedstawiciele Alliance Boots

## Goście:

- Renata Bałos – Centrum Szkoleniowe CALC
- Katarzyna Barańska – A-Team Recruitment
- Karolina Piątkowska – mgr farmacji



Organizatorzy:



ateam  
recruitment



calc  
CENTRUM SZKOLENIOWE



Patronat Medialny:

aptekarski



*Wesołych Świąt*

*życzy*

*Hector Studio*