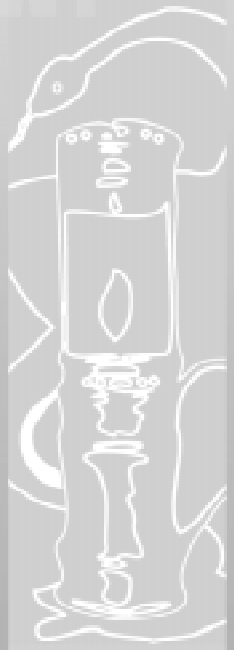
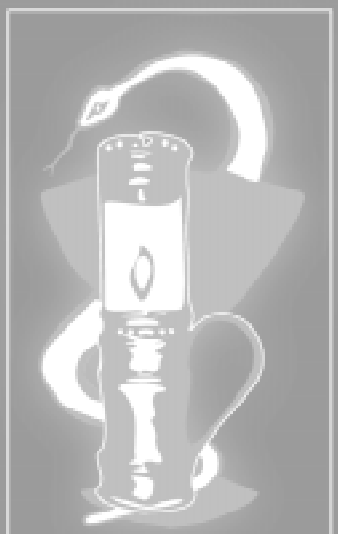
BIULETYN SZKOLENIOWY

NR 2/2008





SZKOLENIA FARMACEUTÓW

BIULETYN SZKOLENIOWY

POLA

PODKARPACKA OKRĘGOWA
IZBA APTEKARSKA W RZESZOWIE

BIULETYN REDAGUJE

Komitet Redakcyjny:
Komisja Nauki, Specjalizacji i Szkolenia Ciągłego
Przewodnicząca Komisji - mgr farm. Teresa Kielar

Rada Programowa Biuletynu Szkoleniowego
Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej:
dr n farm. Aleksander Czarniawy - Prezes PORA
mgr farm. Lidia Czyż - Konsultant Wojewódzki ds. farmacji aptecznej
dr n farm. Maria Michno Ciąpała

WYDAWCA: PODKARPACKA OKRĘGOWA IZBA APTEKARSKA

35-025 Rzeszów, ul. Jagiellońska 23/5,
tel. (017) 85-38-212, tel./fax (017) 85-29-206
www.poia.org.pl, www.poia.pl, e-mail: biuro@poia.pl
konto: Bank Przemysłowo-Handlowy PBK SA
nr 70 1060 0076 0000 3200 0029 7041

ISSN 1896-7639

Materiałów nie zamówionych redakcja nie zwraca i zastrzega sobie prawo do skrótów, adiustacji, zmiany tytułów. Redakcja nie odpowiada za treść reklam, ogłoszeń.

Nakład 1 100 egz.
Egzemplarz bezpłatny

Druk: Drukarnia „KOLOR”, Tyczyn, ul. Kościuszki 4A, tel. (017) 22 99 345

Koleżanki i Koledzy,

kolejny numer Biuletynu Szkoleniowego POIA (uważny Czytelnik spostrzegł na pewno nieco zmienioną symbolikę POIA na okładce) publikuje drugą część opracowania jednej z naszych Koleżanek na temat alergii. Poprzednia część przyniosła bardzo dobry oddźwięk ze względu na „popularność" tej dolegliwości wśród naszych pacjentów a także przejrzystość i „oczywistą oczywistość" tekstu.

Tą „oczywistą oczywistość" przynosi też, jakże odmienne w treści, opracowanie sporządzone przez Kierownika Laboratorium Kontroli Jakości Leków WIF w Rzeszowie, mgr Zofię Bentkowską. We wstępie opracowania zawarte są znamienne słowa: „mając na uwadze uzyskanie przez pacjenta pełnowartościowego leku recepturowego sporządzonego w aptece ...". Mając na uwadze wagę tego zagadnienia, przekazujemy pełny tekst opracowania. Zawiera ono tylko i aż pięć punktów dotyczących błędów popełnianych przez wykonującego tą unikalną, przeznaczoną dla indywidualnego pacjenta, postać leku. A czym jest lek recepturowy dla aptekarza ? Można by powiedzieć „ostatnim bastionem" czysto zawodowych umiejętności „pigularza". Bo jaki to problem – zwierzał się kiedyś właściciel apteki spoza zawodu – sprzedać lek: czytać umiem, to receptę i to, co na opakowaniu przeczytam; liczyć umiem, to policzę, a zresztą po co mam komputer; a od „robionych" to ja mam technika. Prawda, że logika bije po oczach ? No właśnie. A od czego „mam farmakopeę" za którą trzeba było aż tyle zapłacić ? Żeby się „inspektor nie czepiał". I stoi sobie to biedne tomiszcze na aptecznej półce, i strach zdjąć, żeby wypadku przy pracy nie spowodować bo ciężkie niemożliwie, a jeśli chodzi o treść „to tam nic nie ma". Kwintesencja pisma nadzoru fachowego zawiera jednak wniosek wcale dla aptekarzy nie budujący: nie czytamy, choć czytać umiemy i jednak w Farmakopei Polskiej „coś" jest.

Ważną sprawą w recepturze aptecznej jest również umiejętność wyceny wykonanego leku złożonego, to zagadnienie omawia rozporządzenie MZ „w sprawie wykazu leków gotowych, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne ...", którego pełną treść publikujemy.

Publikujemy też pełną treść rozporządzenia MZ w sprawie warunków wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza. Do tego rozporządzenia odnosi się kolejny Komunikat Wojewódzkiego

Inspektora Farmaceutycznego – bardzo prosimy o zwrócenie uwagi na jego zawartość w Biuletynie Informacyjnym POIA nr 6-7/2008 lub na stronie internetowej nadzoru.

Biuletyn zawiera też historię apteki w małopolskim obecnie Grybowie, ale uważny czytelnik znajdzie w niej mnóstwo wiadomości związanych z aptekami i aptekarzami terenu Podkarpacia – kto z Kolegów wie, że w Bukowsku aptekę prowadził mgr Teodor Gerżabek, że zarządzającą była Zofia Turkowa, że bywał tu Pik – Mirandola ... ale to już opowiadanie do kolejnego numeru. A może jednak ktoś z Kolegów pokusiłby się na opracowanie historii swej macierzystej, rodzinnej apteki lub po prostu „miejsca wykonywania zawodu". Są jeszcze oficyny, z których nie do końca został wyproszony „genius loci apothecarius ...".

Komisja Nauki i Szkolenia
Podkarpackiej Okręgowej Rady Aptekarskiej

Rzeszów, lipiec 2008

Alergia

profilaktyka i leczenie

Cz. II

mgr farm. Justyna Kasprzyk

Atopowe zapalenie skóry.

Atopowe zapalenie skóry (AZS) jest przewlekłą i nawrotową dermatozą zapalną, należącą do grupy chorób atopowych, która dotyczy 12% ogólnej populacji europejskiej.

Objawy AZS:

- Suchość i świąd
- Typowa lokalizacja
- Przewlekły i nawrotowy przebieg
- Rodzinny lub osobniczy wywiad atopowy
- Naciek zapalny (pęcherzyki, rumień)
- Lichenifikacja
- Nadżerki
- Zaburzenia snu.

Schorzeniu temu mogą towarzyszyć objawy alergicznych chorób ze strony układu oddechowego, jak też może ono wyprzedzać ich pojawienie się będąc pierwszą manifestacją ogólnoustrojowego procesu atopowego. Zatem prawidłowa ocena i terapia chorych na AZS stanowi problem interdyscyplinarny, który dotyczy zarówno dermatologów, alergologów, pediatrów oraz lekarzy rodzinnych.

Alergia ta może pojawić się w każdym wieku. U niemowląt i małych dzieci wiąże się często z uczuleniem pokarmowym na mleko, jajka, produkty zbożowe, niektóre owoce i warzywa. Ten związek między egzemą alergiczną a uczuleniem pokarmowym jest już słabszy o większych dzieci i u dorosłych.

Etiopatogeneza AZS jest bardzo złożona i nadal do końca niejasna. Istotnymi czynnikami patogenetycznymi są m.in. czynniki genetyczne warunkujące nadmierne wytwarzanie IgE i samo zjawisko atopii, zaburzenia immunologiczne promujące rozwój zróżnicowanych odczynów alergicznych

(typu natychmiastowego i/lub opóźnionego) oraz wpływ czynników środowiskowych w tym klimatu, zanieczyszczeń środowiska, alergenów pokarmowych, powietrznopochodnych, superantygenów, aktywatorów poliklonalnych, czynników psychicznych i sytuacji stresowych itd. Wiele uwagi poświęca się ostatnio neurogennemu podłożu stanu zapalnego w rozwoju AZS.

Postacie AZS:
- I faza - wyprysk atopowy wczesnego dzieciństwa – do 2 roku życia
- II faza - wyprysk atopowy późnego dzieciństwa – do 12 r.ż
- III faza - wyprysk atopowy okresu młodzieńczego i osób dorosłych.

Rozpoznanie AZS opiera się nadal na kryteriach Hanifina i Rajki, które podzielone zostały na tzw. kryteria podstawowe czyli główne oraz kryteria mniejsze. Pacjenci, u których rozpoznaje się AZS powinni spełniać co najmniej 3 spośród 4 cech podstawowych oraz 3 spośród 23 cech mniejszych.

Kryteria rozpoznanie atopowego zapalenia skóry wg Hanifina i Rajki

Kryteria podstawowe:
1. Świąd skóry
2. Typowa morfologia i umiejscowienie zmian skórnych
3. Przewlekły i nawrotowy przebieg zapalenia skóry
4. Osobniczy lub rodzinny wywiad w kierunku atopii

Kryteria mniejsze:
1. Suchość skóry
2. Rogowacenie mieszkowe
3. Dodatnie wyniki skórnych testów punktów (I typ reakcji immunologicznej)
4. Wczesne pojawienie się pierwszych objawów chorobowych
5. Podwyższony poziom IgE w surowicy krwi
6. Skłonność do wyprysku rąk i stóp
7. Wyprysk sutków
8. Zapalenie czerwieni wargowej
9. Nawracające zapalenie spojówek
10. Objaw Dennie-Morgana
11. Stożek rogówki
12. Zaćma podtorebkowa
13. Zaciemnienie okolic oczodołów
14. Rumień (zblednięcie twarzy)
15. Fałd na przedniej powierzchni szyi

16. Świąd skóry po spożyciu niektórych pokarmów
17. Złe znoszenie wełny i rozpuszczalników tłuszczowych
18. Nietolerancja niektórych pokarmów
19. Wzmożona akcentacja okołomieszkowa
20. Biały dermografizm
21. „Polakierowane paznokcie"
22. Poronna rybia łuska
23. Zaznaczony wpływ czynników środowiskowych i emocjonalnych na przebieg schorzenia.

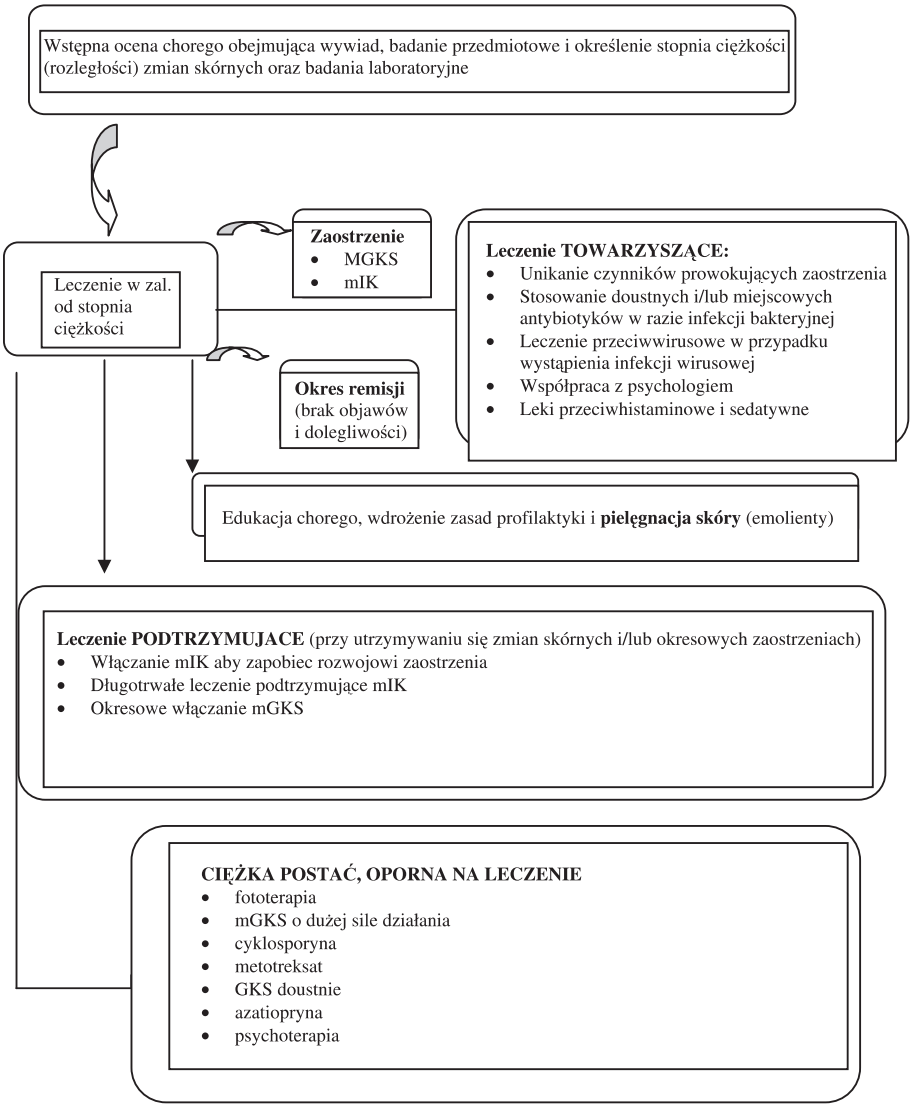
AZS charakteryzuje się fazowością przebiegu:

- Faza ostra stanu zapalnego skóry – dominują zapalne ogniska rumieniowe, miejscowo nacieczone, drobne grudki. Pęcherzyki, nadżerki oraz sączenie typu „kropli rosy"
- Podostry stan zapalny skóry – ogniska rumieniowe, nasilone złuszczenie naskórka oraz przeczosy świadczące o intensywnym świądzie skóry
- Przewlekły stan zapalny skóry – ogniska tzw. lichenizacji czyli liszajowacenia, dodatkowo mogą występować rozsiane, drobne, zwłókniałe grudki będące typowymi wykwitami dla dermatoz świądowych.

U chorego wszystkie te typy zmian mogą współistnieć i płynnie przechodzić z fazy ostrego stanu zapalnego poprzez formę podostrą do przewlekłej, jak również stan przewlekły może ulegać zaostrzeniu pod wpływem czynników stymulujących. Takimi czynnikami może być ekspozycja na alergeny lub rozmaite środki drażniące, stres emocjonalny, wysoka temperatura i inne.
U chorych na AZS obserwuje się różnie nasiloną suchość skóry. Zjawisko to jest bardzo złożone i związane z zaburzonym metabolizmem lipidów naskórkowych. Wynikiem czego jest obniżenie poziomu ceramidów warstwy rogowej oraz uszkodzenie bariery naskórkowej, która staje się bardziej podatna na działanie czynników alergizujących, drażniących oraz mikroorganizmów (stąd współistniejące nadkażenia bakteryjne, grzybicze i wirusowe). W przebiegu AZS stwierdza się również wzmożoną utratę przeznaskórkową wody (TEWL-Trans Epiderma Water Loss) potęgującą objawy suchości skóry. Biorąc pod uwagę wszystkie wymienione cechy charakteryzujące skórę atopową można sobie wyobrazić jak trudne jest leczenie oraz właściwa pielęgnacja.
Leczenie AZS składa się z trzech głównych elementów, a mianowicie z profilaktyki, leczenia miejscowego i ogólnego.

Zasady postępowania w przypadku chorych na atopowe zapalenie skóry

mGKS-miejscowy preparat glikokortykosteroidowy
mIK-miejscowy inhibitor kalcyneuryny



Leczenie miejscowe polega na właściwej pielęgnacji (stosowanie emolientów) skóry chorego oraz stosowaniu preparatów przeciwzapalnych należących do glikokortykosteroidów lub inhibitorów kalcyneuryny.

Zasady pielęgnacji skóry z AZS:

- Preparaty nawilżające i natłuszczajace (emolienty) powinny być stale stosowane co najmniej 2 razy dziennie (czas działania max 6h)
- Zalecane są kąpiele lecznicze z dodatkiem olejów naturalnych lub mineralnych, niekiedy z dodatkiem leków miejscowo znieczulajacych, np.3%polidokanol dodatkowo zmniejszające uporczywy świąd skóry
- Kąpiele powinny odbywać się w wodzie o temp.ciała, bez detergentów i trwać co najmniej 10-15 minut
- Zaleca się suszenie skóry bez wycierania i następowe (około 5 minut po kąpieli) stosowanie obojętnych preparatów nawilżająco-natłuszczajacych. Można stosować kąpilel osłaniajace, jak kąpiel krochmalowa, itp.
- Używanie dermokosmetyków o pH 5,5 bez substancji o potencjalnycm działaniu alergizujacym i drażniącym, które wspomagają odtworzenie kwaśnego lipidowego płaszcza skóry.

Stosowanie miejscowych GKS.

– Powinny być stosowane tylko w ciężkich , nie poddajacych się leczeniu przypadkach i to przez krótki czas (2-3 tygodnie), dawkę należy obniżać powoli
– Nie wolno stosować na skórę delikatną (powieki,szyja,fałdy skórne,twarz)
– Nie powinny być stosowane u małych dzieci(ze względu na działania niepożądane)
– Nie przekraczać 50g silnego GKS na tydzień
– Dostosować siłę preparatu GKS do wieku pacjenta i miejsca aplikacji
– Stosować terapię naprzemienną

Emolienty – substancje nawilżajace i natłuszczajace niezbędne w leczeniu i pielęgnacji skóry suchej i zmienionej chorobowo. Korzyści z ich stosowania:
- wydłużenie remisji
- ograniczenie sterydów
- zmniejszenie świadu
- nawilżenie skóry
- odtworzenie płaszcza lipidowego.

Inhibitory kalcyneuryny (IKN) – leki immunomodulujące stosowane miejscowo w leczeniu AZS.
- Pimekrolimus (1% krem) zalecany u dorosłych i dzieci (w Polsce od 2 r.ż. w innych krajach od 3 m.ż)do leczenia postaci lekkich i średnio ciężkich bowiem redukuje liczbę zaostrzeń i wpływa na zmniejszenie ciężkości AZS
- Takrolimus (maści 0,03%-0,1%)zalecany do leczenia postaci ciężkich i średnio ciężkich AZS.

Leczenie ogólne AZS

1. Leki przeciwhistaminowe – cetyryzyna, loratadyna, feksofenadyna, klemastyna dimetindene
2. Leki sedatywne – hydroksyzyna
3. Antybiotyki – cefalosporyny, makrolidy (przy powikłaniach bakteryjnych)
4. Acyklowir przy powikłaniu wirusowych
5. Leki immunosupresyjne – cyklosporyna, azathioprina (postacie ciężkie). Mykofenolat (mofetil): nowy lek immunosupresyjny, hamuje aktywację i proliferację limfocytów T, blokuje de novo syntezę nukleotydów guaninowych niezbędnych w sytnezie DNA i RNA. Stosowany w umiarkowanych i ciężkich postaciach klinicznych AZS.

Alergiczny nieżyt nosa (ANN)

Alergiczny nieżyt nosa jest częstą chorobą w wielu krajach rozwiniętych, cierpi na nią 10-25% populacji. Objawy alergicznego nieżytu nosa upośledzają niekiedy sprawność nawet w stopniu, w którym niemożliwe staje się normalne funkcjonowanie organizmu. Czynnikiem wyzwalającym alergiczny nieżyt nosa jest kontakt błony śluzowej nosa z określonym alergenem. Zdarzenie to, głównie poprzez degranulację komórek tucznych, wywołuje reakcję wczesną i zapoczątkowuje następowe zapalenie alergiczne. Histamina uwolniona z komórek tucznych i bazofili w kilkadziesiąt sekund po zadziałaniu alergenu odpowiedzialna jest za wystąpienie wielu objawów typowych dla chorób alergicznych.

Stąd leki przeciwhistaminowe są lekami pierwszego rzutu w opanowywaniu objawów alergicznego nieżytu nosa. Ich zastosowanie redukuje wydzielinę z nosa, świąd nosa i kichanie. Skuteczność w usuwaniu tych objawów wykazują też leki przeciwhistaminowe podane miejscowo na błonę śluzową nosa.

Leki przeciwhistaminowe nie usuwają natomiast blokady nosa,, nadreaktywności błony śluzowej i zaburzeń węchu, które zależą od innych niż histamina mediatorów.

Mogą natomiast działać profilaktycznie, zapobiegając wystąpieniu obrzęku błony śluzowej nosa i następowej blokadzie przewodów nosowych. Aby jednak efekt profilaktyczny wystąpił leki te muszą być przyjmowane na kilka dni przed przewidywanym wystąpieniem objawów alergicznych (przed ekspozycją na alergen).

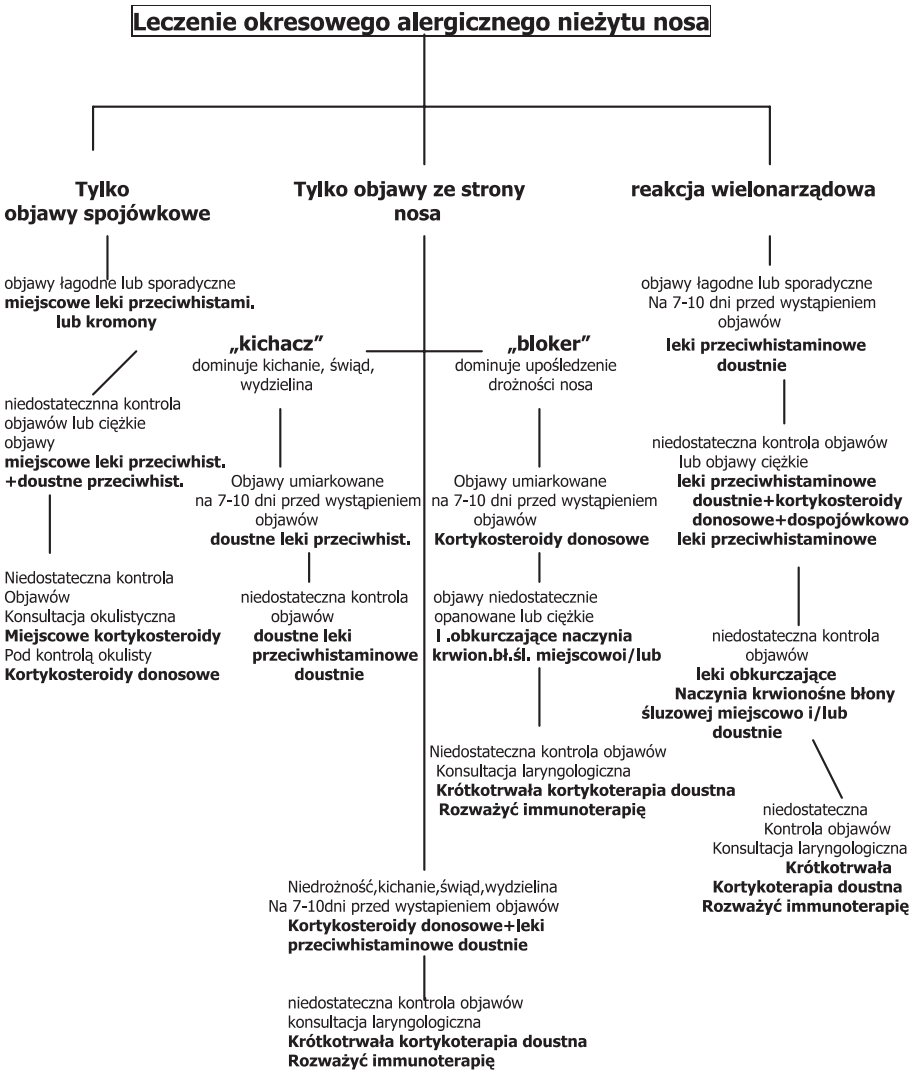
W przypadku towarzyszącej blokady przewodów nosowych, szczególnie w okresie ostrych objawów alergicznych wskazane jest włączenie preparatów alfa-mimetycznych miejscowo działających lub doustnych sympatykomimetycznych, a następnie przewlekłe stosowanie glikokortykosteroidów miejscowych.

Charakterystyka leków stosowanych w leczeniu alergicznego nieżytu nosa

Objaw	Doustne leki antyhistaminowe	Donosowe leki przeciwhistaminowe	Kortykosteroidy donosowe	Leki obkurczające bł.śluzową nosa	Bromek ipratropium
wyciek z nosa	++++	+++	+++	+++	++
kichanie	++++	+++	+++	+	0
świąd nosa	++++	+++	+++	+/0	0
niedrożność nosa	+/0	+	++++	++++	0
objawy oczne	++++	0	+	0	0
początek działania	1/2-1godz.	15 min.	3-12godz.	3-15 min.	15-30 min.
czas działania	12-22 godz.	6-12 godz.	12-48 godz.	3-12 godz.	4-12 godz.

Chociaż nie zawsze wyniki badań potwierdzają skuteczność metod kontrolujących stężenie alergenu w środowisku chorego, to jednak całościowe spojrzenie na alergię jako chorobę reaktywną, zależną wyraźnie od wpływu otoczenia, kontaktu chorego z substancją uczulającą, nakazuje dążenie do maksymalnego obniżenia stężenia czynników szkodliwych, tj. alergenów. Zasady i metody unikania alergenu ciągle są przedmiotem licznych prac badawczych. W ostatnich latach pojawiły się pojedyncze prace sugerujące, że unikanie ekspozycji na alergeny kota domowego we wczesnym okresie życia nie przeciwdziała rozwojowi alergii, a wczesny kontakt z psem i kotem może zapobiec rozwojowi alergii skuteczniej niż unikanie narażenia na alergeny. Przewiduje się, że w przyszłości prewencja wtórna będzie stosowana w celu zmiany odpowiedzi immunologicznej noworodków w kierunku odpowiedzi zależnej od limfocytów Th1. Taki efekt można osiągnąć poprzez intensywną ekspozycję organizmu na najważniejsze alergeny, zamiast zwykle spotykanego niewielkiego narażenia na alergeny. Jednak po podstawie pojedynczych doniesień nie powinno się podejmować decyzji rezygnacji z profilaktyki w postaci ograniczenia ekspozycji na alergeny szczególnie w odniesieniu do tak silnych alergenów jak np. alergeny kota.

Nasilenie choroby i jej przebieg naturalny ściśle korelują ze stężeniem alergenu w środowisku. Zatem pierwszym krokiem zmierzającym do opanowania objawów jest zapobieganie poprzez identyfikację i unikanie alergenów sprawczych. W większości przypadków całkowite wyeliminowanie alergenu nie jest możliwe, niemniej jednak powinno się rozważyć podjęcie kroków w tym kierunku, zanim zastosuje się leczenie farmakologiczne lub w połączeniu z farmakoterapią.



Immunoterapia chorób alergicznych – SWOISTA IMMUNOTERPIA ALERGENOWA (SIT)

Swoista immunoterapia alergenowa jest prowadzona na całym świecie od ponad 80 lat. Immunoterapia swoista dzisiaj uznawana jest za skuteczną metodę przyczynowego leczenia wybranych, tak zwanych IgE-zależnych chorób alergicznych.
Aktualnie w Polsce dostępnych jest kilka rodzajów szczepionek alergenowych, podawanych różnymi drogami i według różnych procedur. Prowadzenie SIT powinno być zarezerwowane dla specjalistów, którzy są w stanie dobrać – indywidualnie dla danego chorego – właściwą szczepionkę oraz drogę i schemat podania, a także prawidłowo ją kontrolować. W Polsce odczula się 3700 osób/ milion mieszkańców, co stanowi liczbę zbliżoną do średniej w UE.
Najczęściej stosowana jest immunoterapia klasyczna, która polega na podawaniu w postaci podskórnych iniekcji, wzrastających dawek alergenu aż do osiągnięcia maksymalnej dobrze tolerowanej przez pacjenta, czyli dawki podtrzymującej. Wadą tego sposobu leczenia jest:
- możliwość objawów ubocznych miejscowych i ogólnych,
- uciążliwość związana z potrzebą częstych iniekcji (muszą być wykonywane jedynie w specjalistycznych ośrodkach-nie zawsze łatwo dostępnych),
- konieczność pozostawania przez co najmniej 30minut pod obserwacją lekarską,
- niechęć do iniekcji, szczególnie dzieci.

Aktualnie istnieją możliwości podawania szczepionek miejscowo:
- dooskrzelowo
- donosowo
- podjęzykowo
- doustnie.

Jednak w świetle współczesnych badań są one mniej skuteczne niż immunoterapia klasyczna.
SIT może być prowadzona całorocznie lub sezonowo. W przypadku pyłkowicy możliwe jest zarówno odczulanie całoroczne, jak i przedsezonowe. Wieloletnie obserwacje kliniczne wykazują przewagę skuteczności SIT całorocznej w porównaniu do sezonowej. Wiąże się to z możliwością podania większej dawki całkowitej przy immunoterapii prowadzonej przez cały rok, także w okresie pylenia.

Stosowanie szczepionek alergenowych złożonych z więcej niż 3-5 alergenów jest nie tylko niewłaściwe, ale wręcz błędne.

SIT prowadzona jest przy użyciu preparatów alergenowych typu depot. W schemacie całorocznym kolejne dawki fazy wstępnej podawane są co 7-14 dni,

aż do uzyskania dawki podtrzymującej, powtarzanej następnie co 4-6 tygodni (w przypadku pyłkowicy redukując ją w okresie pylenia). Natomiast w schemacie przedsezonowym kolejne dawki podawane są co 7-14 dni, a leczenie kończy się sezonem pylenia.
Nie każdy typ alergii poddaje się leczeniu odczulającemu. Wskazania kliniczne obejmują głównie uczulenie na alergeny wziewne i uczulenie na jady owadów błonoskrzydłych.

SWOISTA IMMUNOTERAPIA - WSKAZANIA

- **Uczulenia na jad owadów** - jako leczenie z wyboru
- **W alergii wziewnej** - zmniejsza objawy i konieczność farmakoterapii u chorych na astmę i rhinoconjunctivitis
- **NIE w alergii pokarmowej** - nadal jest to terapia doświadczalna
- Brak potwierdzenia skuteczności u chorych na ATZ
- **NIE w nadreaktywności na leki** (inny mechanizm)

Swoista immunoterapia jest **przyczynową metodą leczenia sezonowego alergicznego nieżytu nosa i spojówek**. Kwalifikacja do SIT powinna być udokumentowana wywiadem, potwierdzonym uczuleniem ocenianym za pomocą testów skórnych lub testów z surowicy.
Jeśli chodzi o **pacjentów z alergiczną astmą oskrzelową, to uważa się, że największą korzyść z SIT** odnoszą chorzy poniżej 45 roku życia (zwłaszcza dzieci) uczuleni na pyłki traw i alergeny kota. Przy uczuleniu na roztocza kurzu domowego jej skuteczność jest wątpliwa. Ponieważ astma per se jest czynnikiem ryzyka powikłań ogólnoustrojowych po immunoterapii, a FEV1 mniejsze niż 70% z zagrożeniem wystąpienia napadu duszności po podaniu dawki uczulającej, przed kwalifikacją do odczulania chorych na astmę należy potwierdzić ścisły związek objawów chorobowych z danym alergenem. Wynik testu skórnego powinien pokrywać się z wynikiem stężenia alergenowo swoistych immunoglobulin E w surowicy. W wątpliwych przypadkach wskazana jest inhalacyjna próba prowokacyjna z alergenem. Odczulanie przeprowadza się w stabilnym okresie choroby, przed sezonem pylenia alergenu sprawczego. Terapia powinna być prowadzona przez specjalistów. Wg różnych źródeł poprawia kontrolę objawów chorobowych u 20-80% odczulanych.
Swoista immunoterapia jest **wskazana u wszystkich pacjentów z uogólnioną reakcją IgE zależną typu natychmiastowego na użądlenie**. Obowiązkowo należy odczulać chorych po ciężkich reakcjach alergicznych. U tych pacjentów leczenie prowadzimy przez okres 3-5 lat. Dawka podtrzymująca zapewnia ochronę przed reakcją systemową w 75-95% przypadków.

Intensywny rozwój biologii molekularnej i genetyki daje nowe perspektywy udoskonalania SIT. Bardzo zaawansowane są prace kliniczne nad bezpieczeństwem tzw. alergenów rekombinowanych – preparatów otrzymanych z wykorzystaniem rekombinacji DNA. Wprowadzenie alergenów rekombinowanych do terapii pozwoli na dobranie optymalnego składu szczepionki, eliminację białek niealergenowych i uniknięcie ryzyka związanego z wprowadzeniem alergenów z innych źródeł oraz czynników infekcyjnych z materiału wyjściowego.

Leki przeciwhistaminowe.

W związku z niepokojącym wzrostem częstości zachorowań na choroby alergiczne, leki przeciwhistaminowe stały się w ostatnich latach jedną z ważniejszych i coraz częściej stosowanych grup leków. Histamina jest najdłużej znanym i najlepiej poznanym mediatorem reakcji alergicznej.

Podział leków przeciwhistaminowych:
1. Antyhistaminiki starej I-generacji :
   - klemastyna
   - cynaryzyna
   - dimetinden
   - chlorfeniramina
   - prometazyna
   - hydroxyzyna
   - cyproheptadyna
   - ketotifen
2. Antyhiatminiki nowej II-generacji:
   - astemizol
   - ebastyna
   - terfenadyna
   - loratadyna
   - cetyryzyna
   - azelastyna
   - mizolastyna
   - feksofenadyna
   - desloratadyna
   - levocetirizina
   - azelastyna
   - levokabastyna
   - akrywastyna.

Podstawą podziału jest działanie na ośrodkowy układ nerwowy. **Leki I generacji** mają znaczne działanie sedatywne, związane z lipofilnością (łatwość

penetracji bariery krew-mózg). Stanowią niejednorodną grupę preparatów, które nie tylko blokują receptory histaminowe ale działają też hamująco na receptory cholinergiczne i dopaminergiczne, adrenergiczne, a przez to mogą oddziaływać na OUN i przewód pokarmowy.
Okresy półtrwania leków przeciwhistaminowych u dzieci są krótsze niż u osób dorosłych.
Wskazaniami do podawania leków przeciwhistaminowych starej generacji są ostre, natychmiastowe reakcje alergiczne. Leki te stosowane w chorobach alergicznych, w których objawy nasilają się w sytuacjach stresowych często wykazują większą skuteczność w porównaniu z lekami nowej generacji. Powinny być one stosowane tylko w celu opanowania ostrego stanu zapalnego łącznie z odpowiednim leczeniem miejscowym.
Leki przeciwhistaminowe I generacji są dosyć często stosowane u dzieci. Wynika to z faktu, że są jedynymi lekami dopuszczonymi są stosowania u dzieci od 2 miesiąca życia (hydroksyzyna) i od 6 miesiąca życia (klemastyna i ketotifen). Jednak ze względu na ich liczne działania niepożądane stosując te preparaty należy pamiętać o ryzyku wystąpienia działania kardiotoksycznego, uszkodzenia wątroby i szpiku, a także o możliwości trombocytopenii. Leki I generacji mają znacznie zredukowane działanie na OUN i wysoce wybiórczą zdolność hamowania receptorów histaminowych. Mają też działanie pozareceptorowe- działają one również przeciwzapalnie- ograniczając napływ komórek zapalnych do miejsca reakcji alergicznej i hamując uwalnianie mediatorów wczesnej i późnej reakcji alergicznej. Skuteczność jest osobniczo zmienna(różnice w biotransformacji, wchłanianiu), należy więc leki dobierać indywidualnie.
Działanie tych leków pojawia się później niż I generacji, dlatego nie powinny być stosowane w sytuacjach ostrych-ich skuteczność jest lepsza przy dłuższym stosowaniu. Posiadają długie okresy półtrwania. Jednakże u dzieci w wieku 2-6 lat wykazano ,że okres półtrwania cetyryzyny jest krótszy, co narzuca wymóg podawania leku w dwóch dawkach podzielonych.
Leki I generacji mają znacznie mniej działań niepożądanych niż I generacji. Pomimo małej penetracji bariery krew-mózg mogą u niektórych wywierać działanie sedatywne. Zasadniczo nie działają na układ krążenia z wyjątkiem astemizolu i terfenadyny, które są metabolizowane w wątrobie przez system cytochromu P450. W przypadku zablokowaniu tego sytemu (przez leki, uszkodzenie wątroby) dochodzi do nasilenia działań niepożądanych, z których najgroźniejszymi są zaburzenia rytmu serca. Dlatego przy doborze leków przeciwhistaminowych u chorych z wydłużonym odcinkiem QT, wolnym rytmem komorowym, zaburzeniami elektrolitowymi-hipokaliemia, hipomagnezemia, niewydolnościa wątroby i zaburzeniami odżywiania należy zachować dużą ostrożność.

Leki przeciwhistaminowe I generacji zarejestrowane są do stosowania u dzieci od 12 miesiąca życia (cetyryzyna) lub dopiero po ukończeniu 2 roku życia (loratadyna).

Wskazania do stosowania leków przeciwhistaminowych II generacji w dużym stopniu pokrywają się ze wskazaniami dla leków klasycznych. Na pierwsze miejsce wysuwa się duża skuteczność działania w opanowywaniu alergicznego nieżytu nosa, sezonowego i całorocznego zarówno u dorosłych jak i u dzieci. W chorobach tych stanowią „pierwszy wybór", wyraźnie zmniejszając wodnisty katar, kichanie i świąd nosa. Cetirizyna i loratadyna wywierają także wpływ na upośledzoną drożność nosa, wynikającą z obrzęku błony śluzowej i nacieczenia komórkami zapalnymi. Skojarzenie tych leków z miejscowo działającymi glikokortykosteroidami przynosi dobre rezultaty. Ponadto są one skuteczne w leczeniu alergicznego zapalenia spojówek, pokrzywki, atopowego zapalenia skóry oraz niektórych odczynów alergicznych przewodu pokarmowego. Można je również stosować jako leki wspomagające w niektórych postaciach astmy, dotyczy to głównie astmy atopowej sezonowej, wysiłkowej i prowokowanej hiperwentylacją.

Leki przeciwhistaminowe:
- Leki II generacji są lekami z wyboru w leczeniu: alergicznego nieżytu nosa, pokrzywki, alergicznego zapalenia spojówek.
- Są pomocne w sezonowej astmie atopowej zwłaszcza współistniejącej z AZS i ANN
- W ostrych reakcjach alergicznych
- Są bezpieczne u małych dzieci
- Niewskazane jest stosowanie jednocześnie preparatów tej samej grupy oraz przekroczenie dawkowania

Zasady stosowania leków przeciwhistaminowych u dzieci

U małych dzieci można **bezpiecznie stosować**:
- Od 1 miesiąca życia dimetinden (Fenistil)
- Od 6 tygodnia życia hydroksyzynę (Atarax)
- Od 7 miesiąca życia ketotifen (Zaditen, Pozitan, Ketotifen)
- Od 13-tego miesiąca życia cetyryzynę (Zyrtec, Allertec, Virlix, Cetalergin)
- Od 1-go roku życia klemastynę
- Poniżej 2-go roku życia prometazynę (Diphergan)
- Od 2-go roku życia loratadynę (Claritine, Flonidan), cyproheptadynę (Peritol), azelastynę (Allergodil)
- Od 12-go roku życia lewocetyryzynę (Xyzal), ebastynę(Kestine), feksofenadynę (Telfast), dezloratadynę (Aerius), mizolastynę (Mizollen).

Leki przeciwleukotrienowe (LPL) - nowy kierunek terapii chorób o podłożu alergicznym

Głównym wskazaniem do stosowania LPL jest astma oskrzelowa. Wykazano także ich skuteczność **w leczeniu alergicznego nieżytu nosa** i niektórych **schorzeń skóry** przewlekłej pokrzywki i atopowego zapalenia skóry.
U chorych na alergiczny nieżyt nosa występuje zwiększone stężenie leukotrienów cysteinylowych w popłuczynach z nosa wykonanych podczas pylenia i w próbie prowokacyjnej z alergenem lub kwasem acetylosalicylowym. LPL zmniejszają dolegliwości i poprawiają jakość życia tych chorych. Przeprowadzona metaanaliza doniesień piśmiennictwa wykazała, że ich skuteczność jest wprawdzie zbliżona do leków przeciwhistaminowych, ale znacznie mniejsza niż glikokortykosteroidów stosowanych donosowo. LPL mogą być kojarzone z cetyryzyną lub loratadyną i wówczas osiąga się efekty porównywalne z obserwowanymi po GKS.
Stwierdzono, że leukotrieny są około 100 razy silniejsze od histaminy w indukowaniu bąbli i zaczerwienienia skóry. LPL okazały się skuteczne w leczeniu przewlekłej pokrzywki. Podawane łącznie z lekami przeciwhistaminowymi pozwoliły uzyskać poprawę u 20-50% pacjentów, którzy uprzednio nie reagowali na lek przeciwhistaminowy. U pacjentów z AZS stwierdzono istotną poprawę po zastosowaniu montelukastu.
LPL posiadają szereg bardzo korzystnych właściwości:
- są bezpieczne, nie wywołują poważniejszych objawów niepożądanych,
- mogą być stosowane u dzieci (**montelukast** od 2 roku życia, a **zafirlukast** od 12 r. ż.),
- w czasie ich stosowania nie występuje zjawisko tolerancji,
- są podawane doustnie, więc drogą najbardziej preferowaną przez pacjentów.

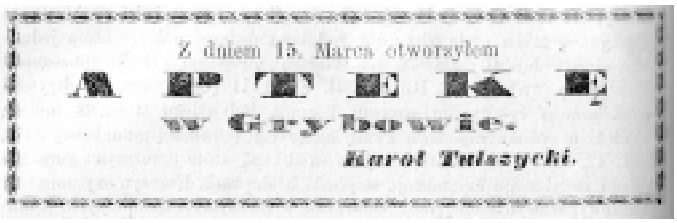
W przyszłości można spodziewać się wprowadzenia nowych przedstawicieli tej grupy leków. Szlak przemian kwasu arachidonowego za pośrednictwem 5-LOX wzbudza nadal duże zainteresowanie. Stwierdzono bowiem zwiększoną ekspresję tego enzymu jak również istotny udział leukotrienów w patogenezie wielu schorzeń.

Mgr farm. Maciej Bilek

HISTORIA APTEKI W GRYBOWIE

Artykuł ten jest ostatnim z cyklu opracowań publikowanych na łamach „Biuletynu Szkoleniowego Podkarpackiej Okręgowej Izby Aptekarskiej", opisujących historię aptek znajdujących się w miejscowościach położonych w województwie małopolskim, ale związanych historycznie z Podkarpaciem. Artykuł niniejszy nie powstałby, gdyby nie bezcenne materiały oraz wspaniałe wspomnienia, przekazane autorowi przez potomkinię grybowskich aptekarzy – panią Barbarę Hodbod-Mordarską. Ze zbiorów rodziny Mordarskich pochodzą także wszystkie zdjęcia wykorzystane w artykule.

Sprawa powołania apteki w Grybowie pojawiła się po raz pierwszy w roku 1867, kiedy to tamtejszy c.k. Urząd Powiatowy, przedstawił Wysokiemu c.k. Namiestnictwu pilną potrzebę założenia apteki. Podanie to nie odniosło jednak żadnego skutku. W czasie zebrania Rady Gminnej w dniu 19 maja 1871 roku ponowiono próby utworzenia apteki. Posiedzenie odbywało się w Urzędzie Gminnym Królewskiego Miasta Grybów. Obecny na nim był burmistrz i radni. W nowym piśmie do Wysokiego Namiestnictwa podali oni sześć argumentów, dla których pozwolenie na utworzenie apteki jest konieczne dla Grybowa: 1.) *Miasto Grybów jest odległe od miasta Nowego Sącza o 2 3/4 mil, od Gorlic o 2 1/2 mili, od Ciężkowic o 3 1/2 mili, gdzie znajdują się apteki, 2.) W Grybowie jest CK Urząd Starostwa oraz lekarz rządowy, 3.) Miasto Grybów posiada blisko 2000 ludności, zaś okolice liczące ponad 40,000 mieszkańców mają bliżej do Grybowa, niż do sąsiednich miast, gdzie znajdują się apteki, 4.) Miasto Grybów jest położone na trakcie głównym od Sącza do Lwowa, jak również na trakcie z Tarnowa do Krynicy, jest głównym stanowiskiem przejeżdżających po tych szlakach, często potrzebujących pomocy lekarskiej, 5.) Miasto Grybów ma targi tygodniowe, na które co tydzień blisko 2000 ludzi z różnych stron i okolic z wołami, końmi – czyli bydłem się gromadzi, i nieraz na brak apteki utyskują, 6.) Najboleśniejszym zaś jest, że większa część miasteczek w Galicji posiada apteki, chociaż nie są tak odległe od miast, gdzie się takowe znajdują, a miasto Grybów i mieszkańcy*


Z dniem 15. Marca otworzyłem
APTEKĘ
w Grybowie.
Karol Tulszycki.

Ogłoszenie opublikowane przez magistra Karola Tulszyckiego w „Czasopiśmie Towarzystwa Aptekarskiego", w roku 1872.

okolicy dla braku apteki w czasie słabości zmuszeni są posyłać do Sącza lub Gorlic po lekarstwa i czekać przy dobrej okoliczności po 8-10 godzin nim posłaniec powróci, jeżeli takowy na razie może być, a czasem na wyszukanie posłańca upłynie więcej, aniżeli na odbycie drogi, a tymczasem chory nie ma żadnego ratunku, a nim leki nadejdą, choroba przybiera inne symptoma, a lekarstwa na ten czas są nieodpowiednie, a chory narażony jest na utratę życia. Na koniec podania radni uciekają się do ostatecznych argumentów: Pomimo, że ustawa przemysłowa przy koncesjonowaniu ma wzgląd, aby zbyt blisko apteki nie tworzyć i by aptekarze nie podupadli – Wysoki Rząd ma obowiązek aby tysiące ludzi dla braku leczniczych środków nie ginęli, a obowiązkiem aptekarzy zaś, by się z miejscowością, przed otwarciem apteki dobrze poznali. Przeto poleca się Zwierzchności Gminnej, by uchwałę tą Świetnemu Starostwu Powiatowemu do dalszego poparcia przesłać.

Tym razem decyzja władz była pozytywna. Koncesję osobistą na prowadzenie apteki w Grybowie uzyskał magister Karol Tulszycki. Pod datą 2 grudnia 1871, w „Księdze Uchwał Rady Miejskiej Królewskiego Wolnego Miasta Grybowa", znaleźć można następującą adnotację: *Przewodniczący rozporządził odczytanie prośby Pana Karola Tulszyckiego względem wydzierżawienia pomieszczenia na umieszczenie apteki w Grybowie w nowowybudowanym domu gminnym.* Poddany pod głosowanie projekt zyskał pozytywne rozstrzygnięcie: *Jednocześnie wszyscy zgodzili się i uchwalili by dla umieszczenia apteki w Grybowie, dla braku mieszkań, stancją po prawej stronie od wschodu, dwie strażnice na dole dla kuchni, piwnicę i połowę strychu – Panu Karolowi Tulszyckiem, aptekarzowi wydzierżawić.* Mało tego, Radni ustalili, aby początkowo czynsz płacił aptekarz w ratach kwartalnych dla *ulgi początkującemu.* Dzierżawa pomieszczeń miała trwać początkowo przez trzy lata, z zastrzeżeniem, że *Panu K. Tulszyckiemu nie wolno drzwi wybijać a inne przeistoczenia swoim kosztem ponosić ma.*

Karol Tulszycki. Zdjęcie ze zbiorów Barbary Hodbod-Mordarskiej

Bardzo wiele informacji na temat Karola Tulszyckiego (ur. 28 stycznia 1832) czerpać można z nekrologu, który redakcja „Czasopisma Galicyjskiego Towarzystwa Aptekarskiego" zamieściła w numerze 21 stycznia 1888. O burzliwej młodości magistra Tulszyckiego czytamy: *Ś. p. Karol twardy miał żywot i przez same ciernie przechodził za życia. Już jako student czynny brał udział w walce o niepodległość Węgier w korpusie Damianicza. Komendant kawaleryi hr. Iliński zachwycony zapałem młodzieńczym Karola mianował go swoim adjutantem i w tym charakterze odbył on cała kampaniję. Po upadku powstania węgierskiego wzięty w szeregi piechoty wojska austryjackiego dosłużył się*

stopnia nadporucznika. Lecz miłując gorąco ojczystą ziemię, na widok rozwiniętych sztandarów, pospieszył w r. 1863 w szeregi powstańcze i jako kapitan odbył całą ostatnia smutną naszą kampaniję.

O dalszych losach Tulszyckiego zdecydować miał inny farmaceuta – magister Walery Rogaski, także uczestnik Powstania Styczniowego, znany czytelnikom „Biuletynu Szkoleniowego POIA" z artykułu o historii apteki w Gorlicach: *Za namową życzliwych mu przyjaciół niemłody już kapitan zdjął pychę z serca i jako praktykant wstępuje do apteki wielce czcigodnego aptekarza W. Rogawskiego w Gorlicach. Serdeczna życzliwość i staropolska gościnność w domu nowego szefa dodaje mu otuchy do pracy.* Po upływie dwóch lat zdał egzamin na podaptekarza i udał się na ukończone w roku 1870 studia farmaceutyczne do Lwowa. Jako magister farmacji *W życiu galic. Tow. aptekarskiego czynny biorąc udział ś. p. Karol po kilkakroć pełnił obowiązki wydziałowego i zastępcy prezesa Towarzystwa.* W roku 1880 figuruje w wykazie zamieszczonym przez redakcję „Czasopisma Galicyjskiego Towarzystwa Aptekarskiego", jako „członek czynny" Towarzystwa. W 1883 roku w aptece magistra Tulszyckiego praktykę uczniowską ukończył Jan Ossowski, zaś w 1886 – Kazimierz Rogawski. W 1887 Tulszycki brał aktywny udział w posiedzeniach Gremium Aptekarzy Galicji Zachodniej. W 1888 ofiarował kwotę 2 złotych reńskich na *Pomnik Mickiewicza*.

Tulszycki otrzymał koncesję na prowadzenie apteki w Grybowie w roku 1872. Szczegóły tych i późniejszych wydarzeń również przekazało w cytowanym już nekrologu „Czasopismo Galicyjskiego Towarzystwa Aptekarskiego": *Kiedy w roku 1872 rozpisano konkurs na otwarcie nowej apteki w Grybowie, wielkiej zacności ówczesny Starosta niemógł się dość nacieszyć tak niezwykłym kandydatem; nadał mu więc bez namysłu koncesyją. Tu dopiero ś. p. Karol znalazł się w kłopocie; nie miał bowiem żadnych funduszów na otwarcie apteki. Ale Bóg nieopuścił Karola w stanowczej życia chwili i zsyła mu pomoc w postaci przezacnych obywateli Gorlic i okolic Grybowa. Jakkolwiek nikt nienalegał nań o zwrot pożyczki, ś. p. Karol gryzł się długami honorowymi. Osadza więc kolegę swego w Grybowie – a sam jako dobrze dotowany zarządca destylarni nafty w Siarach (koło Gorlic) odmawia sobie wszelkich wygód, ażeby tylko co rychlej wyrównać swe obliga i ani cieniem niesplamić swej duszy przeczystej. Szczęśliw, objął wtedy własna aptekę. Lecz zaledwie błysnął dlań jaśniejszy promień, nowy go cios dotyka – przez stratę ukochanej małżonki. Odtąd był już niepocieszony i coraz częściej zapadał na zdrowiu.*

Mimo tragicznych losów magister Tulszycki aktywnie uczestniczył w życiu społecznym Grybowa. W dniu 19 sierpnia 1879 na podstawie Uchwały Rady Miejskiej został wybrany do Sekcji Skarbowej i Prawnej oraz do sekcji „Policji, Zdrowia i Czystości". W miesiąc później został radnym miejskim.

Wśród zasług Tulszyckiego wymienić należy m.in. powołanie miejscowego domu starców i ludzi niedołężnych.

Magister Karol Tulszycki piastował także godność dyrektora Towarzystwa Zaliczkowego w Grybowie. Towarzystwo Zaliczkowe zarejestrowane zostało w r. 1876. Tuż po powstaniu liczyło sobie 80 członków, ich łączne udziały wynosiły 1997 złotych reńskich. Szybki rozwój i duże zyski udziałowców były powodem wzrostu liczby jego członków do 1699 osób w 1910 r. Oszczędności, jakie ulokowano w Towarzystwie Zaliczkowym sięgnęły ogromnej sumy 991 944 koron. Członkami Towarzystwa byli głównie rolnicy, ale również kupcy, rękodzielnicy, przemysłowcy i rentierzy.

Magister Tulszycki zmarł 25 stycznia 1888. Śmierć jego, będąca skutkiem *długiej sercowej choroby, wywołała nader bolesne wrażenie w szerokich kołach i wycisnęła łzę głębokiego żalu w oczach tych, co mieli sposobność poznać tę niezwykłą a serdeczną, na wskroś polską dusze*. Magister Karol Tulszycki rzeczywiście cieszyć się musiał wielkim autorytetem i sympatią, skoro *Na ogólnem Zgromadzeniu galic. Tow. aptekarskiego dnia 28. stycznia b. r. sekretarz w gorących słowach wspomniał o bolesnej stracie, jaką towarzystwo ponosi przez śmierć członka rzeczywistego Karola Tulszyckiego, poczem Zgromadzeni przez powstanie z miejsc oddali cześć nieodżałowanej Karola pamięci.* Anonimowy autor nekrologu Tulszyckiego, ukrywający się pod inicjałem „J.", tak kończy swe wspomnienie: *Cześć Ci Karolu jako bojownikowi wolności, cześć Twojej pamięci. Przedwcześnie ubiegłeś przyjaciół w tej zwykłej życia pielgrzymce. A jako ostatni uścisk zacnej Twej dłoni przyjm to boleścią kreślone wspomnienie nito grudkę ziemi ojczystej rzuconej na grób twój ręką przyjaciela.*

Magister Karol Tulszycki pochowany został na cmentarzu parafialnym w Grybowie, gdzie po dziś dzień oglądać można jego grób i umiejscowiony na nim kamienny pomnik. Postać Tulszyckiego została w okresie powojennym doceniona w sposób szczególny. Pani Barbara Hodbod-Mordarska, farmaceutka i potomkini kolejnych właścicieli grybowskiej apteki, tak relacjonuje wydarzenia sprzed ponad 40 lat: *W roku 1963 dr Proń z Muzeum Farmaceutycznego w Krakowie podsuwa myśl, aby apteka w Grybowie otrzymała imię swojego patrona – założyciela apteki – mgr Tulszyckiego Karola. Pracownicy apteki, przy poparciu miejscowych władz i pomocy Krakowskiego Zarządu Aptek postanowili uczcić pamięć tego Wielkiego Polaka i Obywatela w obchodach setnej rocznicy Powstania Styczniowego nadaniem aptece grybowskiej imienia jej założyciela i wmurowaniem w elewację budynku apteki tablicy pamiątkowej z napisem: „Pamięci mgr Karola Tulszyckiego, założyciela apteki, długoletniego radnego miasta Grybowa, bojownika o wolność Węgier, uczestnika Powstania Styczniowego w randze kapitana „ w setną rocznicę imieniem jego nazwano tę aptekę". Krakowski Zarząd Aptek,*

Pracownicy Apteki. Uroczystość wmurowania tablicy pamiątkowej odbyła się dnia 3 sierpnia 1963 roku w obecności Dyrektora Krakowskiego Zarządu Aptek mgr Tadeusza Szewczyka, kierownika personalnego Artura Herszmana i miejscowych władz miejskich. O wmurowaniu tablicy można było przeczytać także w „Farmacji Polskiej" (nr 1-2/1968).

Po śmierci Tulszyckiego grybowska apteka przeszła na własność jego spadkobierców, którzy 18 kwietnia 1889 sprzedali ją Józefowi Kordeckiemu. Magister Kordecki, jak wynika z akt zachowanych w Archiwum Uniwersytetu Jagiellońskiego, urodził się około roku 1862 w Bochni, jako syn Ludwika, bocheńskiego górnika, a następnie dozorcy salinarnego. Po ukończeniu gimnazjum w Bochni, Kordecki wstąpił na praktykę aptekczną i w roku 1884 z *postępem dobrym* zdał egzamin na podaptekarza. W tym samym roku rozpoczął na Uniwersytecie Jagiellońskim dwuletnie studia farmaceutyczne. 18 lipca 1887 roku uzyskał tytuł magistra farmacji. Grybowska apteka przynosić musiała spore dochody, skoro magister Kordecki wymieniamy jest jako jeden z najbogatszych mieszkańców Grybowa, płacący do miejskiej kasy 29 złotych reńskich podatku. Istnienie apteki w Grybowie należącej do Kordeckiego potwierdza „Szematyzm Królestwa Galicyi i Lodomeryi z Wielkim Księstwem Krakowskiem na rok 1894".

Apteką Kordeckiego od roku 1896 do 15 czerwca 1901 zarządzał magister Hipolit Nowak, znany już czytelnikom z artykuł na temat historii apteki w Gorlicach. W 1901, przez zaledwie dwa miesiące (16 czerwca-15 sierpnia) dzierżawcą apteki był magister farmacji Teodor Gerżabek. Urodził się w roku 1873 w Maniowych. Prawnym opiekunem był Antoni Gerżabek, naczelnik okręgu górniczego, zamieszkały w Jaśle. Studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim rozpoczął w roku 1895 i po upływie dwóch lat, 6 lipca 1897 roku, uzyskał tytuł magistra farmacji. Już w czasie studiów był sekretarzem Towarzystwa Farmaceutycznego „Unitas" w Krakowie. Do pełnienia funkcji tej powołany został 16 czerwca 1895 roku, w czasie Walnego Zgromadzenia Towarzystwa. Równolegle do studiów farmaceutycznych, w latach 1895-1896, studiował filozofię. Kierunku tego jednak nie ukończył i powrócił do niego dopiero w roku 1909. Tym razem studiom filozoficznym oddawał się przez trzy lata.

W roku 1903 magister Gerżabek wydzierżawił aptekę spadkobierców Piotra Geilhoffera w Bukowsku. W roku 1907 nabył ją na własność, zaś w roku 1913 objął w zarząd. Po śmierci Kordeckiego grybowska apteka pozostawała w rękach jego żony – Józefy i córki Janiny aż do roku 1909, kiedy to drogą kupna przeszła na własność dzierżawcy – magistra Józefa Hodboda.

W roku 1904 dzierżawę grybowskiej apteki objął magister farmacji Józef Hodbod. Urodził się 19 lutego roku 1870 w Bochni. Według dokumentów

Magister Józef Hodbod. Zdjęcie ze zbiorów Pani Barbary Hodbod-Mordarskiej

przechowywanych w Archiwum Uniwersytetu Jagiellońskiego opiekunem jego był Edward Hodbod, nauczyciel w Woli Mieleckiej. Studia farmaceutyczne rozpoczął w roku 1889 na Uniwersytecie Jagiellońskim. Józef Hodbod dyplom magistra farmacji otrzymał 21 lipca 1891. Początkowo pracował w aptekach krakowskich. W roku 1900 złożył datek na rzecz Funduszu Pensyjnego dla emerytowanych farmaceutów Galicji, pozostających bez środków do życia.

W roku 1904 wydzierżawił aptekę w Grybowie, w pięć lat później – 1 lipca 1909 zakupił ją na własność kontraktem kupna. C.k. Namiestnictwo udzieliło mu koncesji na prowadzenie grybowskiej apteki w roku 1910.

Dzięki zaangażowaniu magistra Hodboda apteka w Grybowie bardzo szybko zaczęła się wspaniale rozwijać. W roku 1916 przeniósł aptekę z budynku, gdzie obecnie znajduje się bank, do lokalu w zakupionym od Jana Muchowicza domu przy grybowskim rynku. Wyposażenie apteki sprowadził z Austrii. Pani Barbara Hodbod-Mordarska (dla której Józef Hodbod był bratem jej dziadka) wspomina, że szczególnie piękne było niebieskie i brązowe szkło apteczne, o pięknych artystycznych kształtach. Uległo ono zniszczeniu w roku 1945, kiedy to Niemcy wysadzili w powietrze w czasie odwrotu pobliski wiadukt kolejowy. Józef Hodbod był całkowicie oddany pracy w aptece, stale doskonalił swe umiejętności. Na recepturze prowadził produkcję kilkunastu preparatów według własnego pomysłu. Największą sławę zyskały tzw. „hodbodiny", czyli proszki od bólu głowy o ciekawym składzie. Przy aptece (w podwórzu kamienicy Hodboda) istniał ogródek ziołowy, niewielki, lecz bardzo bogaty w rozmaite gatunki roślin leczniczych. Natomiast w podziemiach kamienicy znajdowały się (i po dziś dzień się znajdują) potężne magazyny na substancje chemiczne, butelki, firmowe pudełka, sprzęt recepturowy. Dzięki zgromadzeniu tak dużych ilości wszelkich zapasów, możliwe było obywanie się bez dostaw przez długie miesiące.

Godny najwyższej uwagi jest udział magistra Hodboda w życiu społecznym Grybowa. Jeszcze przed I wojną światową został asesorem w Radzie Miasta. W listopadzie 1914, po ucieczce dotychczasowych władz przed zbliżającymi się wojskami rosyjskimi, magister Hodbod został burmistrzem. W dniu 20 marca 1915, już po odbiciu Grybowa z rąk rosyjskich, Hodboda mianowano Komisarzem Rządowym.

Wojenne zasługi aptekarza doceniono w roku 1933, kiedy to 16 listopada magistrowi Hodbodowi nadano tytuł honorowego obywatela miasta. Wniosek

o przyznanie honorowego obywatelstwa uzasadniono postawą aptekarza w czasie sprawowania funkcji Komisarza Rządowego. Przez cały okres międzywojenny zasiadał we władzach miasta jako ławnik i radny. Wchodził także w skład obwodowej komisji wyborczej nr 27 w Grybowie.

Józef Hodbod wraz z proboszczem przed grybowska plebanią. Zdjęcie ze zbiorów Barbary Hodbod-Mordarskiej.

Magister Józef Hodbod zorganizował zakrojony na szeroką skalę zbiór ziół, które następnie były przesyłane do hurtowni a mieszkańcy zarabiali dzięki temu niemałe pieniądze. Miał też swoją wielką pasję – motoryzację. Był członkiem Krakowskiego Klubu Automobilowego, posiadał jeden z pierwszych w okolicy samochodów, którym urządzał dla znajomych dalekie eskapady, po znajdujących się w tragicznym stanie, ówczesnych drogach. Magister Hodbod miał także zamiłowanie do innych sportów. Na jednym ze zdjęć, znajdujących się w rodzinnej kolekcji pani Barbary Hodbod-Mordarskiej, widzimy go grającego w tenisa. Pró-bował również gry na fortepianie. W 1921 ofiarował 500 marek na cel *kursów maturycznych*, organizowanych przez Małopolskie Towarzystwo „Unitas", dla studentów farmacji nieposiadających matury.

Józef Hodbod wraz z towarzyszami w czasie samochodowej wyprawy w okolicach Grybowa. Zdjęcie ze zbiorów Barbary Hodbod-Mordarskiej.

Ze wspomnień pani Barbary Hodbod-Mordarskiej, która od lat brata swego dziadka nazywa niezmiennie *dziadkiem*, wyłania się postać człowieka otwartego na świat i ludzi, cieszącego się w Grybowie ogromnym i zasłużonym autorytetem. Był w okresie dwudziestolecia międzywojennego jednym z kilku obywateli, których głos był nieomal głosem wyroczni. Często proszono go o porady lub patronowanie charytatywnym przedsięwzięciom.

Wielką zasługą magistra Józefa Hodboda było wykształcenie kilku młodych farmaceutów. Znaleźli się wśród nich: magister Stanisław Stachowicz (praktykę odbywał w okresie od 14 lutego 1909 do 14 lutego 1912), magister Stanisława Błaszczakówna (absolwentka farmacji na Uniwersytecie Jagiellońskim z roku 1931), magister Józef Kokoszka, magister Rachela Olinczówna oraz bratankowie Hodboda: Józef junior i Walenty Hodbodowie.

Walenty Hodbod, urodzony 13 lutego 1900 roku, pracował w Grybowie od 10 grudnia 1917 do 10 grudnia 1920. Studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim ukończył w roku 1927. W roku 1928 był pracownikiem apteki w Kielcach i figuruje w wykazie członków Oddziału Krakowskiego „Związku Zawodowego Farmaceutów Pracowników w Rzeczypospolitej Polskiej, będących członkami Kasy Zapomogowej". Natomiast Józef Hodbod junior, jak informują akta Archiwum Uniwersytetu Jagiellońskiego, urodził w 1893 roku w Woli Mieleckiej, jako syn Edwarda, kierownika tamtejszej szkoły. Praktykę w wujowskiej aptece odbywał w okresie od 1 sierpnia 1911 do 15 października 1915. Od dnia 30 września 1915 był w grybowskiej aptece aspirantem. W tym samym roku rozpoczął studia farmaceutyczne na Uniwersytecie Jagiellońskim, zakończone w trzy lata później. 1 sierpnia 1936 Józef junior objął aptekę w Grybowie w dzierżawę. Tuż przed wojną stał się formalnym właścicielem apteki (majątek został scedowany). Magister Józef Hodbod, dobiegający już powoli 70 roku życia, zmęczony swą nad wyraz dużą aktywnością społeczną i zawodową, postanowił powoli usunąć się w cień.

Walenty Hodbod, ojciec wielokrotnie cytowanej w niniejszej pracy pani Barbary Hodbod-Mordarskiej, pracował przez dłuższy czas w aptece Gardulskiego w Mielcu. W grybowskiej aptece pracował już przed wybuchem II wojny światowej, o czym świadczy spis farmaceutów, którzy dokonali wpłaty na Fundusz Propagandy Zawodu. Z kolei w spisie aptekarzy, którzy złożyli datki pieniężne na rzecz Pożyczki Obrony Przeciwlotniczej, Walenty Hodbod figuruje jako dzierżawca apteki. Magister Hodbod wpłacił na P.O.P. wysoką jak na owe czasy kwotę 500 złotych, natomiast wspomniana wcześniej Rachela Olincz – 100 złotych. Walenty Hodbod całą II wojnę światową spędził w Grybowie. Wraz z żoną bardzo silnie zaangażował się w pomoc materialną dla obywateli grybowskich i przybyłych w te strony przesiedleńców z ziem polskich przyłączonych do III Rzeszy.

Pani Barbara Hodbod-Mordarska tak pisze o wojennych losach swego ojca: *Udziela także pomocy w postaci leków i opatrunków oddziałom partyzanckim działającym w tutejszym terenie, nie bacząc na to, że naraża się sam i swoją rodzinę na represje ze strony okupanta, łącznie z aresztowaniem i skierowaniem do obozu zagłady. Pani Hodbod-Mordarska wspomina te czasy jako okres ciągłego lęku przed aresztowaniem i ciągłego borykania się z zaopatrzeniem w leki.*

Reklama nietypowej formy działalności grybowskiej apteki, zamieszczana w kilku numerach „Kroniki Farmaceutycznej" z roku 1922. W trudnym, powojennym okresie, kiedy nie istniały jeszcze duże hurtownie farmaceutyczne i składy ziół, zbiorem i dystrybucją surowców farmakognostycznych (tu wyciąg suchy ze sporyszu) zajmowały się bardzo często prowincjonalne apteki.

W okresie okupacji hitlerowskiej miały miejsce w grybowskiej aptece tragiczne wydarzenia. W roku 1941, z nieznanych przyczyn, gestapo wyprowadziło w czasie pracy z apteki magister Stanisławę Błaszczak (już zamężną – Tyszkiewicz). Zesłana została do Oświęcimia, lecz pobyt w obozie przeżyła. Po wojnie pracowała w aptece „Królowej Jadwigi" w Szczecinie. Natomiast magister Rachela Olinczówna, wyjechała po wybuchu wojny na wschód, do Związku Radzieckiego, gdzie według informacji pani Barbary Hodbod-Mordarskiej zginęła.

Do najtragiczniejszych momentów w dziejach Grybowa należy dzień 17 stycznia 1945. Wówczas to wycofujący się przed wojskami radzieckimi Niemcy wysadzili w powietrze potężny wiadukt kolejowy. Doprowadziło to do zniszczenia wnętrz wielu domów w mieście. Bardzo ucierpiała też kamienica Hodbodów z apteką. Inne domy zostały zniszczone w czasie walk wojsk radzieckich i hitlerowskich. Rodzina Hodbodów, natychmiast po wycofaniu się wojsk niemieckich, przystąpiła do odgruzowania wnętrza apteki. Usunięto potrzaskane na kawałki piękne sztandy i meble, aby – jak wspomina pani Hodbod-Mordarska – *służyć zmęczonym przeżyciami wojennymi obywatelom miasta i okolicy*.

Magister farmacji Walenty Hodbod. Zdjęcie ze zbiorów Barbary Hodbod-Mordarskiej.

W aptece obok Józefa i Walentego Hodbodów pracował także magister Karol Paschek, absolwent studiów farmaceutycznych w Krakowie z roku 1933, przed wybuchem wojny pracownik apteki „Pod Orłem" w Bielsku. W roku 1937 i 1938 Karol Paschek piastował funkcję skarbnika oddziału Związku Zawodowego Farmaceutów Pracowników w Rzeczypospolitej Polskiej w Bielsku-Białej. W maju 1943 uzyskał od Izby Aptekarskiej

w Izbie Zdrowia Generalnego Gubernatorstwa *aprobację* na samodzielne prowadzenie apteki. Po wojnie był zarządcą apteki w Brzesku.

Pani Barbara Hodbod-Mordarska wspominała, że *Praca po wyzwoleniu również nie należała do lekkich. Ciągle jeszcze brak zaopatrzenia w leki daje się bardzo odczuć, poza tym brak rąk do pracy, gdyż okupant nie oszczędzał przecież farmaceutów, których wiele ginęło w egzekucjach i obozach zagłady.*

W dniu 11 lutego 1947, korzystając jeszcze ze swobody zawierania transakcji, Walenty Hodbod drogą kupna apteki od swego brata został jej właścicielem i jako taki wymieniony jest przez „Rocznik Farmaceutyczny 1949/50".

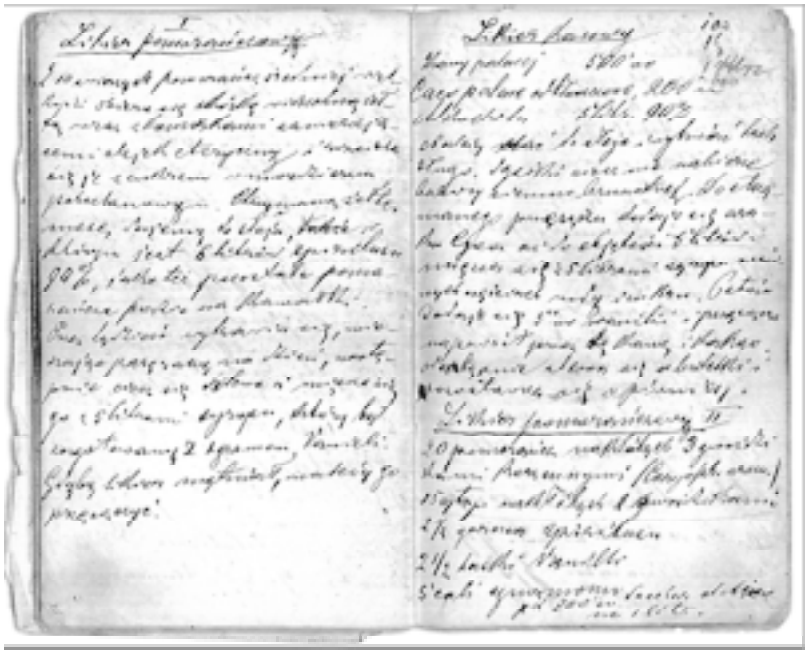
W styczniu roku 1951, podobnie jak i tysiące innych aptek w całej Polsce, apteka w Grybowie zostaje upaństwowiona. Jej pierwszym kierownikiem został magister Walenty Hodbod. Rok 1951 przyniósł rodzinie Hodbodów kolejne nieszczęścia: zmarli sędziwy Józef Hodbod i nieuleczalnie chory Walenty.

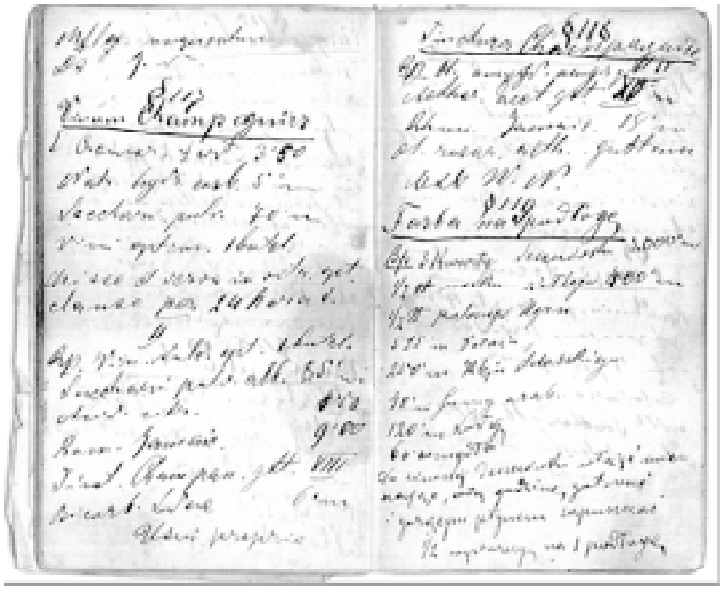
Na koniec dodać należy, że w roku 1956 kierowniczką apteki została pani Barbara Hodbod-Mordarska, pomocnik aptekarski. Wychowana od dziecka w atmosferze aptekarskiej, we wspaniały sposób kontynuowała tradycję zawodowe i społeczne jej rodziny. Pełniła m.in. funkcję radnego grybowskiej Miejskiej Rady Narodowej i pracowała w Komitecie Pomocy Społecznej. W 120 rocznicę zapalenia lampy przez farmaceutę Ignacego Łukasiewicza w aptece zorganizowano wystawę starych i bardzo cennych lamp naftowych, będących w posiadaniu Grybowian. Zdjęcia z tej wystawy prezentowane są w niniejszym artykule.

Obecnie apteka w Grybowie ponownie wróciła w ręce potomków Walentego Hodboda: jego córki Barbary Hodbod-Mordarskiej i wnuczki – Ewy Mordarskiej-Byrka.

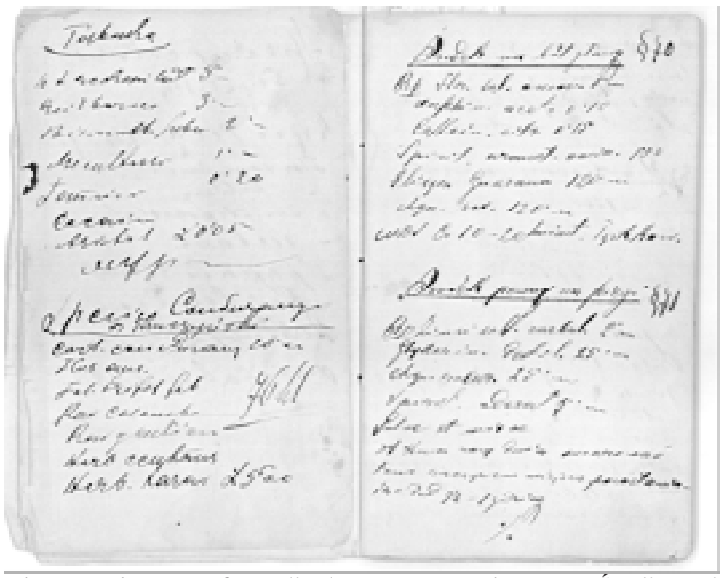
1)
Receptariusz magistra Józefa Hodboda . Na powyższych dwóch stronach znaleźć można przepisy na dwa różne likiery pomarańczowe oraz likier kawowy . Ze zbiorów Barbary Hodbod-Mordarskiej.

2)
Receptariusz magistra Józefa Hodboda ze składem preparatów weterynaryjnych: „Przeciw odparzeniom u koni" oraz „Na apetyt u koni". Ze zbiorów Barbary Hodbod-Mordarskiej.





Receptariusz magistra Józefa Hodboda zawierał także przepisy na preparaty znajdujące zastosowanie w... gospodarstwie domowym. Powyżej przepis na „Farbę na podłogę". Ze zbiorów Barbary Hodbod-Mordarskiej.



Receptariusz magistra Józefa Hodboda z recepturą płynnego „Środka na ból głowy" i „Proszku pewnego na piegi". Ze zbiorów Barbary Hodbod-Mordarskiej.

Wystawa starych lamp naftowych w witrynie i sali grybowskiej apteki.
Ze zbiorów Barbary Hodbod-Mordarskiej.

(Dz. U. z dnia 11 kwietnia 2008 r.)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA[1)]
z dnia 14 marca 2008 r.

w sprawie warunków wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza[2)]

Na podstawie art. 68 ust. 3a ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne (Dz. U. z 2004 r. Nr 53, poz. 533 z późn. zm.[3)]) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Rozporządzenie określa:
1) warunki prowadzenia wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych wydawanych bez przepisu lekarza, zwanych dalej „produktami leczniczymi";
2) sposób dostarczania produktów leczniczych do odbiorców.

§ 2.

1. Podstawą wydania produktu leczniczego z apteki ogólnodostępnej lub punktu aptecznego, zwanych dalej „placówkami", w ramach wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych jest zamówienie złożone:
1) w miejscu prowadzenia placówki;
2) telefonicznie;
3) faksem;
4) za pomocą poczty elektronicznej;
5) za pomocą formularza umieszczonego na stronie internetowej placówki.

2. Formularz zamówienia zawiera:
1) dane identyfikujące placówkę: nazwa, adres, numer telefonu placówki przyjmującej zamówienie;
2) dane dotyczące zamawiającego: imię i nazwisko albo nazwa i adres, adres poczty elektronicznej – jeżeli dotyczy, numer telefonu kontaktowego;
3) dane dotyczące odbiorcy: imię i nazwisko albo nazwa i adres, numer telefonu kontaktowego – jeżeli nie są zgodne z danymi zamawiającego;
4) dane dotyczące zamawianego produktu leczniczego: nazwa, dawka, wielkość opakowania, postać oraz ilość;
5) numer zamówienia, data, imię i nazwisko osoby przyjmującej zamówienie.

3. Warunkiem realizacji zamówienia jest podanie danych, o których mowa w ust. 2.

4. Zrealizowane zamówienie podlega ewidencji, która zawiera:
1) część A dotyczącą zamówienia obejmującą:
a) datę przyjęcia zgłoszenia,
b) dane dotyczące zamawiającego: imię i nazwisko albo nazwa i adres, adres poczty elektronicznej – jeżeli dotyczy, numer telefonu kontaktowego,
c) dane dotyczące odbiorcy: imię i nazwisko albo nazwa i adres, numer telefonu kontaktowego,
d) dane dotyczące zamawianego produktu leczniczego: nazwa, dawka, wielkość opakowania, postać oraz ilość,
e) imię i nazwisko osoby przyjmującej zamówienie;
2) część B dotyczącą wysyłki obejmującą:
a) dane dotyczące wysłanego produktu leczniczego: nazwa, dawka, wielkość opakowania, postać, ilość, numer serii oraz data ważności,
b) imię i nazwisko osoby realizującej zamówienie,
c) datę realizacji zamówienia,
d) sposób dostawy produktu leczniczego,
e) datę odbioru zamówionego produktu leczniczego,
f) informacje o zwrocie zamówionego produktu leczniczego.

5. Ewidencja jest prowadzona w formie elektronicznej, przy zastosowaniu systemu komputerowego gwarantującego, że żadne zapisy nie będą usuwane, a korekty zapisów lub uzupełnienia będą dokonywane za pomocą dokumentów korygujących, opatrzonych czytelnym podpisem oraz imieniem, nazwiskiem i stanowiskiem osoby dokonującej korekty.

6. Na każde żądanie organów Państwowej Inspekcji Farmaceutycznej udostępnia się wydruki z ewidencji, zgodnie z zakresem określonym w żądaniu.

§ 3.

W ramach wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych placówka informuje o:
1) nazwie, siedzibie przedsiębiorcy, adresie placówki oraz organie, który wydał zezwolenie na prowadzenie placówki, i numerze zezwolenia;
2) cenie zamawianego produktu leczniczego;
3) sposobie zapłaty;
4) kosztach przesyłki oraz terminie i sposobie dostawy;
5) kosztach wynikających z korzystania ze środków porozumiewania się na odległość, jeżeli są one skalkulowane inaczej niż wedle normalnej taryfy;
6) terminie, w jakim oferta lub informacja o cenie mają charakter wiążący;
7) minimalnym okresie, na jaki ma być zawarta umowa o świadczenia ciągłe lub okresowe;
8) możliwości odstąpienia od umowy w terminie 10 dni od dnia dostawy produktu leczniczego, bez ponoszenia kosztów innych niż bezpośrednie koszty zwrotu.

§ 4.

1. Wysyłka produktu leczniczego odbywa się w warunkach zapewniających jego jakość oraz bezpieczeństwo stosowania.
2. Produkt leczniczy powinien być należycie zapakowany, a opakowanie opatrzone etykietą przymocowaną w sposób trwały zawierającą: pieczątkę placówki, numer zamówienia, dane dotyczące odbiorcy, określenie warunków transportu oraz numer telefonu kontaktowego, o którym mowa w § 7 ust. 3.
3. Transport produktu leczniczego odbywa się w wydzielonych przestrzeniach środka transportu, zapewniających:
1) zabezpieczenie produktów leczniczych przed zanieczyszczeniami organicznymi oraz uszkodzeniami mechanicznymi, a także przed mikroorganizmami i szkodnikami;
2) warunki uniemożliwiające pomieszanie i skażenie produktów leczniczych;
3) warunki uniemożliwiające dostęp do produktów leczniczych osobom nieupoważnionym;
4) kontrolę temperatury w czasie transportu.

§ 5.

1. Lokal placówki prowadzącej działalność w zakresie wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych musi posiadać miejsce wydzielone z izby ekspedycyjnej, pomieszczenia magazynowego lub komory przyjęć przeznaczone do przygotowania produktu leczniczego do wysyłki.
2. Wydzielone miejsce wyposażone jest w:
1) stół do przygotowywania przesyłek;
2) szafę lub regał do przechowywania zewnętrznych materiałów opakowaniowych;
3) podest lub regał do składowania przygotowanych przesyłek.

§ 6.

1. Podmiot prowadzący placówkę zgłasza do właściwego miejscowo wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego zamiar prowadzenia wysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych nie później niż na 14 dni przed jej planowanym rozpoczęciem.
2. W przypadku przyjmowania zamówień za pomocą formularza umieszczonego na stronie internetowej placówka dodatkowo zgłasza do właściwego miejscowo wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego dane dotyczące adresu strony internetowej oraz domeny, w której ta strona jest zarejestrowana.
3. Na głównej stronie internetowej należy umieścić odnośnik do posiadanego zezwolenia na prowadzenie placówki, które zamieszcza się w formacie pdf.

§ 7.

1. Podmiot prowadzący placówkę zajmującą się wysyłkową sprzedażą produktów leczniczych wyznacza farmaceutę posiadającego prawo wykonywania zawodu farmaceuty lub technika farmaceutycznego posiadającego dwuletnią praktykę w aptece w pełnym wymiarze czasu pracy, odpowiedzialnego za prawidłową realizację sprzedaży wysyłkowej produktu leczniczego.
2. Do zadań osoby wyznaczonej, o której mowa w ust. 1, należy w szczególności sprawdzenie, czy sposób przygotowania wysyłki i warunki transportu produktów leczniczych zapewniają:
1) identyfikację produktu leczniczego;
2) identyfikację placówki wysyłającej produkt leczniczy, odbiorcy i miejsca dostarczenia produktu leczniczego;
3) zabezpieczenie przed wzajemnym skażeniem produktów leczniczych;
4) zabezpieczenie przed zanieczyszczeniem, uszkodzeniem mechanicznym lub kradzieżą;
5) zabezpieczenie przed szkodliwym działaniem wysokiej i niskiej temperatury, światła i wilgotności oraz innych niekorzystnych czynników;
6) temperaturę określoną przez podmiot odpowiedzialny lub odpowiednią farmakopeę.
3. Podmiot prowadzący placówkę zajmującą się wysyłkową sprzedażą produktów leczniczych zapewnienia pacjentom możliwość kontaktu telefonicznego w godzinach pracy placówki oraz przez dwie godziny po ustalonych godzinach dostaw w zakresie dotyczącym jakości i bezpieczeństwa stosowania produktu leczniczego będącego przedmiotem sprzedaży wysyłkowej.

§ 8.

1. W przypadku zwrotu przez odbiorcę produktu leczniczego placówka zapewnia unieszkodliwienie zwróconego produktu.
2. Przepis ust. 1 nie dotyczy produktów leczniczych nieodpowiadających ustalonym wymaganiom jakościowym, do postępowania z którymi stosuje się odrębne przepisy.

§ 9.

1. Kierownik placówki prowadzącej sprzedaż wysyłkową produktów leczniczych zatwierdza odpowiednie procedury w zakresie:
1) czynności wykonywanych przy sprzedaży wysyłkowej produktów leczniczych mających wpływ na ich jakość;
2) czynności należących do pracownika wydającego produkty lecznicze oraz przygotowującego je do wysyłki oraz sposób i tryb dokumentowania

wykonywanych czynności, w tym w szczególności dokumentowania kontroli, o której mowa w § 4 ust. 3 pkt 4;
3) postępowania dotyczącego produktów leczniczych nieodpowiadających wymaganiom jakościowym, w tym wstrzymanych lub wycofanych z obrotu.

2. Procedury, o któr, poz. ych mowa w ust. 1, obejmują w szczególności:
1) rejestrowanie zamówień klientów oraz dokonywanej sprzedaży;
2) zabezpieczenie produktów leczniczych w sposób zapewniający ich właściwą jakość i bezpieczeństwo stosowania;
3) postępowanie z produktami leczniczymi wstrzymanymi lub wycofywanymi z obrotu i stosowania;
4) rejestrowanie zwracanych produktów leczniczych i ich unieszkodliwianie;
5) rejestrowanie reklamacji.

§ 10.

Dokumenty i dane, o których mowa w § 2 ust. 2 i 4 oraz w § 9 ust. 1 pkt 2, są przechowywane przez okres 3 lat, licząc od pierwszego dnia roku kalendarzowego następującego po roku, w którym dokonano ostatniego wpisu.

§ 11.

Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 21 dni od dnia ogłoszenia.

---

[1]) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

[2]) Niniejsze rozporządzenie zostało notyfikowane Komisji Europejskiej w dniu 29 października 2007 r. pod numerem 2007/0603/PL zgodnie z § 4 rozporządzenia Rady Ministrów z dnia 23 grudnia 2002 r. w sprawie sposobu funkcjonowania krajowego systemu notyfikacji norm i aktów prawnych (Dz. U. Nr 239, poz. 2039 oraz z 2004 r. Nr 65, poz. 597), które wdraża dyrektywę 98/34/WE z dnia 22 czerwca 1998 r. ustanawiającą procedurę udzielania informacji w zakresie norm i przepisów technicznych (Dz. Urz. WE L 204 z 21.07.1998, z późn. zm.; Dz. Urz. UE Polskie wydanie specjalne, rozdz. 13, t. 20, str. 337).

[3]) Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2004 r. Nr 69, poz. 625, Nr 91, poz. 877, Nr 92, poz. 882, Nr 93, poz. 896, Nr 173, poz. 1808, Nr 210, poz. 2135, Nr 273, poz. 2703, z 2005 r. Nr 94, poz. 787, Nr 163, poz. 1362, Nr 179, poz. 1485 i Nr 184, poz. 1539, z 2006 r. Nr 170, poz. 1217, Nr 171, poz. 1225 i Nr 217, poz. 1588 oraz z 2007 r. Nr 50, poz. 331, Nr 75, poz. 492 i Nr 166, poz. 1172.

Dz. U. z dnia 11 kwietnia 2008 r.)

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA[1])

z dnia 31 marca 2008 r.

w sprawie wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego

Na podstawie art. 36 ust. 5 pkt 2, 4 i 5 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.[2])) zarządza się, co następuje:

§ 1.

Ustala się wykaz leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne przy sporządzaniu leków recepturowych, stanowiący załącznik do rozporządzenia.

§ 2.

Opłata ryczałtowa za lek podstawowy wynosi 3,20 zł.

§ 3.

Opłata ryczałtowa za lek recepturowy wynosi 5 zł.

§ 4.

1. Opłata ryczałtowa, o której mowa w § 3, dotyczy:
1) proszków dzielonych do 20 szt.;
2) proszków niedzielonych (prostych i złożonych) do 80 g;
3) substancji stosowanych przy oznaczaniu krzywej cukrowej do 100 g;
4) czopków, globulek, pręcików do 12 szt.;
5) roztworów, mikstur, zawiesin, emulsji do 250 g;
6) płynnych leków do stosowania zewnętrznego (jeżeli zawierają spirytus, ilość spirytusu w przeliczeniu na spirytus 95 % nie może przekroczyć 100 g) do 500 g;

7) maści, kremów, mazideł, past do 100 g;
8) kropli do użytku wewnętrznego do 40 g;
9) mieszanek ziołowych do 100 g;
10) pigułek do 30 szt.;
11) klein do 500 g;
12) kropli do oczu i uszu oraz maści ocznych sporządzanych w warunkach aseptycznych do 10 g

2. Opłata ryczałtowa, o której mowa w § 3, dotyczy również postaci i ilości leków, o których mowa w ust. 1 pkt 4, 5 i 7 oraz w pkt 6 w odniesieniu do leków niezawierających spirytusu, sporządzanych w warunkach aseptycznych.

§ 5.

Koszt sporządzenia w aptece leku recepturowego obejmuje:
1) wartość użytych surowców farmaceutycznych dopuszczonych do obrotu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej lub zamieszczonych w Farmakopei Polskiej lub Farmakopei Europejskiej, w tym leków gotowych:

1. wymienionych w załączniku do rozporządzenia – w największych zarejestrowanych opakowaniach,

2. innych leków niż określone w lit. a, zamieszczonych w wykazach leków podstawowych i uzupełniających, pod warunkiem że przepisana przez lekarza dawka leku recepturowego jest mniejsza od najmniejszej zarejestrowanej dawki leku gotowego w formie stałej stosowanej doustnie;
2) wartość opakowań;
3) koszt wykonania leku recepturowego (taksa laborum).

§ 6.

1. Wartość użytych surowców farmaceutycznych i opakowań ustala się na podstawie ceny hurtowej. Do wartości opakowania nie wlicza się kosztów etykiet, korków, podkładek, pudełek do czopków i gałek.

2. Jeśli surowcem do wykonania leku recepturowego jest lek, o którym mowa w § 5 pkt 1, za cenę surowca uważa się cenę hurtową tego leku, z tym że w przypadku leku, o którym mowa w:
1) § 5 pkt 1 lit. a – liczy się wartość użytej ilości leku, a w odniesieniu do ampułek – wartość całkowitej ilości jednostek zawartych w ampułce;
2) § 5 pkt 1 lit. b – liczy się wartość użytej jednostki dawkowania.

§ 7.

Koszt wykonania leku recepturowego ustala się w zależności od postaci leku i wynosi:
1) 12,33 zł – dla postaci leków wymienionych w § 4 ust. 1 pkt 1-11;
2) 24,66 zł – dla postaci leków wymienionych w § 4 ust. 1 pkt 12 i ust. 2.

§ 8.

Do kosztu sporządzenia leku recepturowego dolicza się marżę detaliczną w wysokości 25 %.

§ 9.

Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.[3])

MINISTER ZDROWIA: E.KOPACZ

---

[1]) Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej – zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).
[2])Zmiany wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2005 r. Nr 94, poz. 788, Nr 132, poz. 1110, Nr 138, poz. 1154, Nr 157, poz. 1314, Nr 164, poz.1366, Nr 169, poz. 1411 i Nr 179, poz. 1485, z 2006 r. Nr 75, poz. 519, Nr 104, poz. 708 i 711, Nr 143, poz. 1030, Nr 170, poz. 1217, Nr 191, poz. 1410, Nr 227, poz. 1658 i Nr 249, poz. 1824 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 427 i 433, Nr 82, poz. 559, Nr 115, poz. 793, Nr 133, poz. 922, Nr 166, poz. 1172, Nr 171, poz. 1208, Nr 176, poz. 1243 i Nr 180, poz. 1280.
[3]) Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 17 grudnia 2004 r. w sprawie wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne, wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe, ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa, oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego (Dz. U. Nr 274, poz. 2726), które utraciło moc z dniem 29 marca 2008 r. na podstawie art. 18 pkt 1 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. Nr 166, poz. 1172).

Załącznik do
rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 31 marca 2008 r.

WYKAZ LEKÓW, KTÓRE MOGĄ BYĆ TRAKTOWANE JAKO SUROWCE FARMACEUTYCZNE PRZY SPORZĄDZANIU LEKÓW RECEPTUROWYCH

1. Aqua pro injectione (Aqua pro injectione) rozpuszczalnik do sporządzania leków parenteralnych - 10 ml
2. Azulan (Chamomillae extractum fluidum) płyn do stosowania na skórę i błony śluzowe
3. Cardiamidum (Nicethamidum) krople doustne, roztwór
4. Chlorhexidinum gluconicum 20 % (Chlorhexidini gluconicum) płyn do stosowania na skórę i błony śluzowe
5. Fenactil (Chlorpromazinum) krople doustne, roztwór
6. Intractum Hippocastani (Hippocastani seminis intractum) płyn doustny
7. Intractum Hyperici (Hyperici herbae intractum) płyn doustny
8. Linomag (Vitaminum F) płyn do stosowania na skórę
9. Mentowal (Menthylis valeras) krople doustne
10. Injectio Natrii chlorati isotonica 0,9 % (Natrii Chloridum) roztwór do wstrzykiwań - 10 ml
11. Neospasmina (preparat ziołowy) syrop
12. Passispasmin (preparat ziołowy) syrop
13. Sirupus Pini compositus (preparat ziołowy) syrop
14. Succus Hyperici (Hyperici herbae succus) płyn doustny
15. Succus Taraxaci (Taraxaci radicis succus) płyn doustny
16. Succus Urticae (Urticae herbae succus) płyn doustny
17. Tussipect (preparat złożony) syrop
18. Vitaminum A solutio aquosa (Retinolum) płyn doustny
19. Vitaminum A+D3 solutio aquosa (Colecalciferolum + Retinolum) płyn doustny
20. Vitaminum B6 (Pyridoxidum) roztwór do wstrzykiwań
21. Vitaminum D3 solutio aquosa (Colecalciferolum) płyn doustny
22. Vitaminum E liquidum (Tocopherolum) płyn doustny
23. Vitaminum E (Tocopherolum) roztwór do wstrzykiwań 30 mg/ml amp.
24. Maść cholesterolowa (Cholesteroli unguentum) podłoże do maści o charakterze absorpcyjnym.

WOJEWÓDZKI INSPEKTORAT
FARMACEUTYCZNY
w Rzeszowie
Laboratorium Kontroli Jakości Leków
35-205 Rzeszów, ul. Warszawska 12 a
tel./fax 017 852 15 38

FARZ-LK/4712/04/08
FARZ-RZ-4710/154/08

Rzeszów, 2008 - 06- 12

Podkarpacki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny
w Rzeszowie
mgr Monika Urbaniak

Mając na uwadze uzyskanie przez pacjenta pełnowartościowego leku recepturowego sporządzonego w aptece tj leku, który spełnia wymogi farmakopealne zarówno w zakresie parametrów fizykochemicznych jak mikrobiologicznych, poniżej przedstawiam najczęstsze przyczyny negatywnych orzeczeń badań leków recepturowych przeprowadzanych w Laboratorium Kontroli Jakości Leków WIF w Rzeszowie:

1. nieprawidłowości sporządzania roztworów etanolowych – interpretacja zapisów recepturowych stężeń etanolu jako % (m/m) skutkuje zawyżonymi zawartościami etanolu w płynnych lekach recepturowych:

1.1.Stężenie etanolu w wodzie może być wyrażone:

- w procentach objętościowych - % (v/v) = stopniach (^{0})
- w procentach wagowych - % (m/m)
- w jednostkach wagowo - objętościowych – (g/l)

1.2. Farmakopea Polska VII z 2006r., będąca tłumaczeniem na język polski I tomu piątego wydania Farmakopei Europejskiej ze zmianami i uzupełnieniami zamieszczonymi w Suplementach Ph. Eur. 5.1. - 5.5. jak i nadal obowiązująca Farmakopea Polska VI z 2002r. definiuje zawartość etanolu w roztworach jako procent objętościowy etanolu %(v/v) tj. jako

liczbę części objętościowych etanolu zawartą w 100 częściach objętościowych roztworu.

1.3. Wartości liczbowe stężeń roztworów etanolowych: %(v/v) i %(m/m) różnią się z uwagi na występujące przy mieszaniu etanolu z wodą zjawisko kontrakcji, polegające na zmniejszeniu objętości mieszaniny. Kontrakcja przy mieszaniu wody z alkoholem w różnych stosunkach jest zmienna i objętości otrzymanej mieszaniny nie można obliczyć, stąd też przy sporządzaniu rozcieńczeń należy przeliczać stężenia objętościowe na wagowe i odważać odpowiednie ilości w g wody i etanolu 96%.

2. nieprawidłowości sporządzania maści typu emulsji tj zawierających znaczną ilość roztworów wodnych np. roztworu kwasu borowego i roztworu wit. A - rozdział faz tj. wydzielanie się fazy wodnej w trakcie przechowywania maści:

2.1. stosowanie nieodpowiedniego podłoża maściowego o zbyt niskiej liczbie wodnej i/lub zawierającego przeciwstawny emulgator,

2.2. nieprzestrzeganie kolejności emulgowania składników,

2.3. przechowywanie maści w niskich temperaturach.

3. nieprawidłowości sporządzania maści typu zawiesin i roztworów tj. zawierających substancje czynne zawieszone lub rozpuszczone w podłożu maściowym np. z kwasem salicylowym, mocznikiem – obecność cząstek substancji leczniczej o wielkości powyżej 90μm:

3.1. nieodpowiednie rozdrobnienie cząstek w moździerzu,

3.2. brak dodawania odpowiednich substancji ułatwiających rozdrobnienie lub rozpuszczenie substancji krystalicznych,

3.3. nieuzyskiwanie homogenności układu wynikające z nieprzestrzegania dwuetapowości wprowadzania podłoża.

4. nieprawidłowości odmierzania roztworów wodnych witamin w przypadku zapisu recepturowego w ml lub jednostkach międzynarodowych – zaniżona zawartość witamin wynikająca z odmierzania kroplami, a nieodważania gęstych roztworów wodnych.

5. zaniżona masa maści w jednostkowym opakowaniu - niedokładne przenoszenie sporządzonych maści z porcelanowych moździerzy i pistli.

Zgodnie z Rozp. Ministra Zdrowia z dnia 18 października 2002 r. w sprawie wydawania z apteki produktów leczniczych i wyrobów medycznych (Dz.U. Nr 183, poz. 1531) osoba sporządzająca lek recepturowy:

- dokonuje samodzielnie w zakresie określonym w § 3, ust.1 pkt.3 korekty składu leku recepturowego, jeżeli podany na recepcie skład może tworzyć niezgodność chemiczną lub fizyczną, mogącą zmienić działanie leku lub jego wygląd z obowiązkiem odnotowania na odwrocie recepty informacji o dokonanych zmianach wraz z podpisem i pieczątką.
- stosuje do przygotowania leku recepturowego surowce farmaceutyczne spełniające wymagania określone w Farmakopei Polskiej lub Farmakopei Europejskiej w taki sposób, aby uzyskać postać leku zgodną z w/w Farmakopeami.

Przestrzeganie zasad prawidłowości przy sporządzaniu leków recepturowych ma na celu osiągniecie bezpiecznego, stabilnego i skutecznego leku dla potencjalnego pacjenta.

Z poważaniem

Zofia Dettlaff

Spis treści

◊ Słowo wstępne 3

◊ Alergia – profilaktyka i leczenie (cz. II) 5
◊ Historia apteki w Grybowie - Maciej Biłek 19
◊ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 14 marca 2008 roku
w sprawie warunkówwysyłkowej sprzedaży produktów leczniczych
wydawanych bez przepisu lekarza 32
◊ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 31 marca 2008 roku w sprawie
wykazu leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne,
wysokości opłaty ryczałtowej za leki podstawowe i recepturowe,
ilości leku recepturowego, którego dotyczy opłata ryczałtowa,
oraz sposobu obliczania kosztu sporządzania leku recepturowego 37
◊ Najczęstsze przyczyny negatywnych orzeczeń badań leków recepturowych
przeprowadzanych w Laboratorium Kontroli Jakości WIF w Rzeszowie 41