

wydawnictwo
farmaceutyczne

BESTSELLER
210 SCHORZEŃ

REDAKCJA
PAWEŁ KONRAD TUSZYŃSKI

LEKI PIERWSZEGO WYBORU

WIĘKSZA
DAWKA WIEDZY,
A W NOWYM
PORĘCZNYM
FORMACIE

WYDANIE IV (2025)

LEKI PIERWSZEGO WYBORU

Redakcja

Paweł Konrad Tuszyński

 wydawnictwo
farmaceutyczne

WYDANIE IV (2025)

Leki pierwszego wyboru

Redaktor naukowy:

mgr farm. Paweł Konrad Tuszyński
dyrektor ds. naukowych 3PG

Skład DTP, ilustracje i okładka:

Natalia Janeczko

Koordynator projektu:

Kinga Milczarska

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych lub odmienne opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, Wydawca prosi, aby w trakcie podejmowania decyzji terapeutycznej uważnie oceniać informacje zamieszczone w niniejszej książce, zwłaszcza dotyczące leków nowych lub rzadko stosowanych. Informacje dotyczące praktycznego stosowania leków odpowiadają poziomowi aktualnej wiedzy medycznej. Za dawkowanie i sposób podawania leków jest odpowiedzialny użytkownik. Prosimy zapoznać się z informacjami producenta przed zastosowaniem lub rekomendacją leku. Nazwy handlowe są prawnie chronione, nawet wówczas, gdy nie zostały specjalnie oznaczone. Dzieło w całości jest chronione prawem autorskim. Żadna z części tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej zgody Wydawcy.

Wydawca:

Wydawnictwo Farmaceutyczne sp. z o.o.
z siedzibą pod adresem
ul. Lipowa 3/217
30-702 Kraków

ISBN: 978-83-66756-68-7

Wydanie IV, Kraków, 2025



Zamówienia hurtowe i detaliczne:

www.wydawnictwo.farm

 **wydawnictwo
farmaceutyczne**

REDAKTOR NAUKOWY

mgr farm. Paweł Konrad Tuszyński

ZESPÓŁ AUTORSKI

mgr farm. Paweł Konrad Tuszyński

mgr farm. Effiom Uman-Ntuk

dr n. med. Elżbieta Żmudzka

mgr farm. Anna Pachacz

mgr farm. Roksana Cimała

mgr farm. Patrycja Sarkowicz

mgr farm. Karolina Sulowska

mgr farm. Jacek Borys

mgr farm. Barbara Żoła

dr n. farm. Marek Ellnain

dr n. med. Karolina Matyjaszczyk-Gwarda

mgr farm. Joanna Kijewska

mgr farm. Maja Kłobus

mgr farm. Patrycja Cieślik

mgr farm. Katarzyna Woźniczka

mgr farm. Michał Dąbrowski

mgr farm. Mariola Zemła

mgr farm. Magdalena Michniewska

mgr farm. Aleksandra Hermanowska

mgr farm. Adriana Malinowska

mgr farm. Agata Bereś-Jabs

mgr farm. Marek Gasztold

mgr farm. Marlena Bojarska

mgr farm. Milena Januszek

mgr farm. Bartosz Skatubiński

mgr farm. Daniel Bartyński

mgr farm. Marta Tusińska-Nydza

dr n. med. Ewelina Russjan

dr n. farm. Katarzyna Malec

mgr farm. Marta Siarka

mgr farm. Jakub Lenard

dr n. farm. Agnieszka Wiesner-Kietczewska

mgr farm. Maria Możdżeń

mgr farm. Mateusz Warzyński

mgr farm. Wiktoria Pałasiewicz

mgr farm. Magdalena Niedbała

mgr farm. Katarzyna Kłaś

mgr farm. Maria Madej

mgr farm. Aleksandra Zapała

mgr farm. Mariusz Mogielnicki

mgr farm. Łukasz Bugłowski

mgr farm. Żaneta Polak

mgr farm. Amelia Babiarsz

mgr farm. Marta Piskorska

mgr farm. Przemysław Zemła

mgr farm. Dominika Lewandowska

SPIS TREŚCI

Przedmowa do wydania I	9	33. Chrapanie	142
Przedmowa do wydania II	10	34. Chrypka	144
Przedmowa do wydania III	11	35. Ciemieniucha	147
Przedmowa do wydania IV	11	36. COVID-19 (łagodna postać)	151
1. Czy jest lek pierwszego wyboru, czyli o <i>evidence-based medicine</i> w codziennej praktyce	12	37. Czyrak	157
2. Afty	17	38. Depresja	159
3. Alergiczne zapalenie spojówek	21	39. Dezynfekcja i antyseptyka	163
4. Alergiczny nieżyt nosa	24	40. Dyskopatia	166
5. Atak dny moczanowej	34	41. Fibromialgia	168
6. Atopowe zapalenie skóry (AZS)	38	42. Głuchota starcza (niedostuch)	172
7. Bezsenność	41	43. Gorączka	175
8. Biegunka	45	44. Gradówka	178
9. Biegunka podróżnych	50	45. Grypa	180
10. Bielactwo	55	46. Grzybica paznokci	183
11. Blizny	61	47. Grzybica skóry	186
12. Bolesne ząbkowanie	67	48. Haluksy	190
13. Ból brzucha	70	49. IMO – zespół rozrostu metanogenów w jelicie cienkim	195
14. Ból gardła	76	50. Insulinooporność	198
15. Ból głowy	80	51. Jaskra	201
16. Ból jąder	84	52. Jęczmień	203
17. Ból krzyża	87	53. Kac	206
18. Ból menstruacyjny	90	54. Kamica i kolka nerkowa	211
19. Ból piersi	94	55. Kamica żółciowa	217
20. Ból ucha	97	56. Kaszak	223
21. Ból zęba	100	57. Kaszel mokry	226
22. Brak taknienia	103	58. Kaszel suchy	230
23. Brodawki	106	59. Katar infekcyjny	234
24. Bruksizm	110	60. Kolka jelitowa (u dzieci)	237
25. Celiakia	113	61. Kołatanie serca	241
26. Choroba i zespół Raynauda	119	62. Krwawienie z dziąseł	244
27. Choroba kociego pazura	122	63. Krwawienie z nosa	249
28. Choroba lokomocyjna	125	64. Kurcze mięśni	251
29. Choroba stóp, dłoni i ust	127	65. Leukonychia	255
30. Choroba wrzodowa	130	66. Liszajec	260
31. Choroba wysokościowa	134	67. Łagodny rozrost prostaty	264
32. Choroba zwyrodnieniowa stawów ...	137	68. Łamliwe paznokcie	269

69. Łojotokowe zapalenie skóry (ŁZS) ...	272	108. Odciski	414
70. Łokieć tenisisty	275	109. Odleżyny	417
71. Łupież Giberta	277	110. Onycholiza	422
72. Łupież pstry	280	111. Oparzenia skóry	425
73. Łupież skóry głowy	283	112. Oparzenia słoneczne i fotoalergie ...	427
74. Łuszczyca	287	113. Opryszczka wargowa	430
75. Łysienie	291	114. Osłabienie odporności	434
76. Menopauza	294	115. Ospa wietrzna	439
77. Mięczak zakaźny	297	116. Osteoporoza	446
78. Migrena	301	117. Ostre zapalenie ucha środkowego ...	450
79. Mononukleozą	308	118. Ostroga piętowa	453
80. Nadczynność tarczycy	311	119. Otarcie rogówki	458
81. Nadmiar wody w organizmie	315	120. Owrzodzenia jamy ustnej	463
82. Nadmiar woskowiny	318	121. Owsica	467
83. Nadmierna potliwość	321	122. Oziębłość seksualna (zaburzenia libido)	470
84. Nadmierna senność	324	123. Paradontoza	474
85. Nadmierne wydzielanie śliny	329	124. PCOS (zespół policystycznych jajników)	481
86. Nadwaga i otyłość	331	125. Pękające pięty	485
87. Nadwrażliwość zębów	335	126. Pielęgnacja ran	490
88. Nerwica i stany niepokoju	337	127. Pielęgnacja tatuaży	493
89. Neuropatie	341	128. Pieluszkowe zapalenie skóry	497
90. Niedobór makroelementów	344	129. Pleśniawki	501
91. Niedobór mikroelementów	346	130. Podwyższone stężenie lipidów	504
92. Niedobór witamin	348	131. Pokrzywka	508
93. Niedobór witaminy D	352	132. Popękana skóra na palcach	512
94. Niedoczynność tarczycy	357	133. Potówki	516
95. Niedokrwistość	363	134. Pótpasiec	519
96. Niedożywienie	369	135. Problemy z laktacją – niedobór mleka	522
97. Niepłodność mężczyzn	375	136. Problemy z pamięcią	525
98. Niestrawność	380	137. Próchnica zębów	528
99. Nietolerancja laktozy	383	138. Przebarwienia skóry	536
100. Nietrzymanie moczu	385	139. Przedwczesny wytrysk	539
101. Niewydolność trzustki	389	140. Przerost trzeciego migdała	542
102. Niskie ciśnienie tętnicze	393	141. Przewlekła czkawka	546
103. Nudności i wymioty	396	142. Przewlekły stres	550
104. Nużyca	399	143. Przeziębienie	553
105. Obgryzanie paznokci	402	144. Pseudokrup – podgłośniowe zapalenie krtani	557
106. Ochrona przeciwsłoneczna	405		
107. Ochrona przed owadami	411		

145. Retinopatia	560	184. Zakwasy.....	714
146. Reumatoidalne zapalenie stawów ...	564	185. Zapalenie brzégów powiek.....	717
147. Rozstępy	569	186. Zapalenie dziąsét	719
148. RóŜyczka	573	187. Zapalenie mieszków włosowych	723
149. Rwa kulszowa	579	188. Zapalenie pęcherza moczowego.....	726
150. Rzucanie palenia.....	582	189. Zapalenie pochwy	730
151. SIBO – zespół rozrostu bakteryjnego jelita cienkiego	585	190. Zapalenie przełyku.....	735
152. Siniak	589	191. Zapalenie skóry.....	739
153. Skręcenie stawu	591	192. Zapalenie spojówek.....	744
154. Stłuczenie	596	193. Zapalenie zatok	748
155. Sucha skóra	599	194. Zapalenie żółtêdzi i napletka	754
156. Suchość nosa	602	195. Zaparcia u dzieci	757
157. Suchość pochwy	607	196. Zaparcie.....	760
158. Suchość w ustach	611	197. Zawroty głowy	765
159. Szczelina odbytu.....	616	198. Zespół cieśni nadgarstka	768
160. Szkarlatyna	619	199. Zespół jelita draŝliwego.....	772
161. Szumy uszne	623	200. Zespół napięcia przedmiesiączkowego (PMS)	776
162. Ślepotą zmierzchowa (kurza ślepotą)	626	201. Zespół niespokojnych nóg.....	780
163. Świąd odbytu.....	629	202. Zespół pocovidowy	784
164. Świąd skóry	635	203. Zespół suchego oka.....	789
165. Świerzb	638	204. Zgaga i refluks.....	793
166. Świnka	641	205. Zmęczenie i osłabienie	796
167. TęŜyczka	647	206. Zwyródnienie plamki (AMD).....	799
168. Trądzik młodzieńczy	650	207. Źylaki nóg	802
169. Trądzik różowaty	654	208. Źylaki odbytu.....	806
170. Ucho pływaka	658	209. Dolegliwości wymagające konsultacji lekarskiej.....	811
171. Uczucie pełności.....	661	Indeks	815
172. Ukąszenia owadów	664		
173. Wrastający paznokieć.....	667		
174. Wszawica głowowa	671		
175. Wylew podspójkowy	674		
176. Wypadanie włosów	677		
177. Wyprysk	680		
178. Wzdęcia	690		
179. Zaburzenia erekcji	693		
180. Zaburzenia koncentracji.....	696		
181. Zaburzenia pracy wątroby.....	699		
182. Zaćma.....	708		
183. Zajady.....	711		

PRZEDMOWA DO WYDANIA I

Szanowni Czytelnicy!

Z radością oddajemy w Wasze ręce pierwsze *Vademecum Farmaceutyczne*, czyli podręcznik nowej serii wydawniczej, która zastępuje publikowane dotychczas *Zeszyty Apteczne*.

Niniejszy tytuł jest odpowiedzią na liczne zapytania Czytelników o możliwość stworzenia kompendium omawiającego przede wszystkim leki bez recepty, które odpowiadałoby na proste, ale najistotniejsze z punktu widzenia praktyków pytanie: Co polecić na...?

Co bez recepty polecić na afry, biegunkę, ból krzyża czy brak łaknienia? Albo na jęczmień czy gradówkę, zajady, trądzik, zapalenie pochwy czy żylaki odbytu? Jak odróżnić te schorzenia i dolegliwości od innych, powodujących podobne objawy? Kiedy zalecana jest konsultacja lekarska czy wizyta na SOR i jakie leki na receptę może przepisać osoba uprawniona do wystawiania recept – w tym farmaceuta?

Na te i inne pytania odpowiada vademecum *Leki pierwszego wyboru. Jak rozpoznać i leczyć najczęstsze schorzenia i dolegliwości*. Na niemal 500 stronach omówiliśmy 91 schorzeń i ok. 1400 produktów, dzieląc je na leki pierwszego wyboru, preparaty dodatkowe (wspomagające) oraz leki, które mogą być przepisane tylko na receptę (a w uzasadnionych przypadkach także na receptę farmaceutyczną).

Tytułowe *leki pierwszego wyboru* to preparaty bez recepty, które w większości przypadków powinny być zarekomendowane w pierwszej kolejności z uwagi na dobry stosunek korzyści do ryzyka. Są to więc najczęściej leki, których skuteczność została potwierdzona w przeglądach systematycznych i metaanalizach lub (i) znajdują się w wytycznych polskich i zagranicznych towarzystw naukowych lub (i) potwierdzono ich efektywność we wiarygodnych badaniach klinicznych.

Podręcznik ten jest więc próbą wdrożenia idei i założeń medycyny opartej na dowodach (*evidence-based medicine*, EBM) do polskiej praktyki.

Preparaty, które nie spełniły określonych przez nas kryteriów, zostały zaklasyfikowane jako *dodatkowe*. To leki, suplementy, kosmetyki i wyroby medyczne, które można polecić wspomagająco, często razem z lekiem pierwszego wyboru.

Charakterystyka objawów chorób i dolegliwości oraz ich różnicowanie zostały oparte na światowych standardach opieki farmaceutycznej, ale dołożyliśmy dużych starań, aby przystawały one jak najlepiej do polskiej rzeczywistości. Mamy nadzieję, że publikacja ta będzie dużą pomocą dla wszystkich odbiorców: farmaceutów, techników farmaceutycznych, studentów na praktykach czy też lekarzy chcących poznać lepiej rynek leków bez recepty.

mgr farm. Paweł Konrad Tuszyński
dyrektor ds. naukowych 3PG
Kraków, 20.06.2020

PRZEDMOWA DO WYDANIA II

Szanowni Czytelnicy!

Od pierwszego wydania *Leków pierwszego wyboru* upłynęło prawie 2 lata, a 2 lata w farmacji to setki nowych produktów na rynku, nowe rejestracje leków, zmiany kategorii dostępności i nowe wyniki badań. To dlatego nowy podręcznik wydaliśmy w innym formacie – jest on prawie trzykrotnie razy większy.

Drugie wydanie to więc zupełnie nowy, uaktualniony i rozbudowany podręcznik oparty na EBM, opisujący aż 163 powszechne schorzenia, z którymi pacjenci zgłaszają się do apteki. Uzupełniony został o 900 preparatów, 72 schorzenia, liczne ilustracje i atrakcyjną szatę graficzną.

Podręcznik posiada znaną z pierwszego wydania strukturę rozdziałów, a więc krótką charakterystykę schorzenia, jego główne objawy, różnicowanie, konieczność skierowania do lekarza oraz dobór preparatów pierwszego wyboru i preparatów dodatkowych dostępnych bez recepty. Poszerzona została sekcja leków na receptę, uwzględniając uprawnienia farmaceuty do wystawiania recept farmaceutycznych oraz recept *pro auctore* i *pro familiae*.

Podręcznik zawiera wiele wskazówek praktycznych przydatnych w leczeniu konkretnych dolegliwości. Układ treści ułatwia szybkie wyszukiwanie potrzebnych informacji, a dodatkowe ilustracje niektórych schorzeń pozwalają zobrazować i ewentualnie potwierdzić zgłaszaną przez pacjenta dolegliwość.

Podręcznik został opracowany przez zespół farmaceutów praktyków, skupiając się szczególnie na potrzebach farmaceutów pracujących za pierwszym stołem. Dzięki temu jest przystępnym kompendium wiedzy opartej na EBM, niezbędnej w codziennej pracy farmaceuty w aptece. Będzie jednak cenną pozycją na półce lekarza POZ oraz studenta farmacji.

*mgr farm. Paweł Konrad Tuszyński
dyrektor ds. naukowych 3PG
Kraków, 01.04.2022*

PRZEDMOWA DO WYDANIA III

Szanowni Czytelnicy!

Oddajemy w Wasze ręce III wydanie bestsellera Wydawnictwa Farmaceutycznego, które pierwotnie miało służyć jako przewodnik po drobnych dolegliwościach i zasadach ich leczenia, a finalnie stało się kompendium wiedzy o wszystkich schorzeniach, do leczenia których można zarekomendować preparaty bez recepty.

Względem ostatniego, nowe wydanie *Leków pierwszego wyboru* poszerzono o 40 schorzeń i dolegliwości takich jak niedokrwistość, zakwasy, łagodny rozrost prostaty, fibromialgię, niepłodność, neuropatie, SIBO i IMO, PCOS, odleżyny, dyslipidemie, insulinooporność, chorobę wysokościową i wiele innych. Pozostałe 160 uzupełniono o nowe preparaty, które pojawiły się w obrocie, a także o nowe ilustracje i wskazówki praktyczne.

Wszystkie rozdziały uzupełniono o nową sekcję – listę pytań, które warto zadać pacjentowi, aby trafnie rozpoznać schorzenie i dobrać odpowiedni preparat. Mamy nadzieję, że będą one dużą pomocą na etapie wywiadu farmaceutycznego i ułatwią Czytelnikom wykorzystanie przedstawianych w podręczniku treści w ich codziennej praktyce.

Aktualne wydanie jest dziełem 43 farmaceutów praktykujących w Polsce i za granicą. Podobnie jak poprzedniego, jego celem jest wdrożenie zasad EBM (*evidence-based medicine*) do codziennej pracy przez podsumowanie najbardziej wiarygodnych informacji na temat preparatów bez recepty, które musi mieć każdy pracownik apteki, ale też lekarz POZ czy student farmacji.

mgr farm. Paweł Konrad Tuszyński
dyrektor ds. naukowych 3PG
Kraków, 06.09.2023

PRZEDMOWA DO WYDANIA IV

Drogie Koleżanki, Drodzy Koledzy,

po prawie dwóch latach wracam do Was z IV wydaniem *Leków pierwszego wyboru* — podręcznika, który wielu z Was ceni i regularnie wykorzystuje w praktyce. Nowa edycja ukazuje się w bardziej poręcznym formacie, bez uszczerbku dla zawartości. Treści jest więcej niż wcześniej, a jedyne, co zostało ograniczone, to puste strony na notatki. Uznałem, że ważniejsze jest, aby książka była wygodniejsza w codziennym użytkowaniu — a dotychczasowy format A4 był po prostu niepraktyczny.

W nowym wydaniu zaktualizowano liczne informacje o preparatach. Zdecydowałem się także na wydzielenie i rozbudowanie niektórych istotnych zagadnień. Dlatego pojawiły się nowe rozdziały, m.in. o alergicznym zapaleniu spojówek i pokrzywce (wcześniej omawianych zbiorczo w ramach alergii), a także o reumatoidalnym zapaleniu stawów, chorobie zwyrodnieniowej stawów, migrenie i bólu głowy. Dodano również nowe tematy praktyczne, jak: biegunka podróżnych, ślepotą zmierzchowa, obgryzanie paznokci czy ochrona przeciwsłoneczna.

Mam nadzieję, że wprowadzone zmiany okażą się przydatne i że podręcznik jeszcze skuteczniej wesprze Was w codziennej pracy.

mgr farm. Paweł Konrad Tuszyński
dyrektor ds. naukowych 3PG
Kraków, 02.07.2025



ROZDZIAŁ 1.

Czym jest lek pierwszego wyboru, czyli o *evidence-based medicine* w codziennej praktyce

W niniejszym podręczniku każdy omówiony produkt handlowy bez recepty (lek, suplement diety, wyrób medyczny, środek spożywczy specjalnego przeznaczenia żywieniowego lub kosmetyk) zaklasyfikowano do jednej z dwóch grup:

- leków/preparatów **pierwszego wyboru**,
- preparatów **dodatkowych**.

Dopasowanie preparatu do odpowiedniej grupy nie było łatwe, ponieważ o ile w przypadku leków na receptę zwykle dostępne są rekomendacje towarzystw naukowych mówiące o tym, jak powinno wyglądać leczenie poszczególnych chorób, o tyle nie istnieją w Polsce podobne wytyczne dla leków OTC.

Częściowo wynika to z faktu, że w przypadku substancji stosowanych w leczeniu drobnych schorzeń i dolegliwości brakuje dowodów naukowych do wiarygodnej oceny ich skuteczności.

Podobnie jest w przypadku środków spożywczych, suplementów diety, wyrobów medycznych czy kosmetyków wprowadzanych do obrotu w oparciu o deklaracje producentów.

Gdy mowa o suplementach diety, dochodzi także problem możliwego braku zgodności deklarowanego składu ilościowego i jakościowego ze stanem faktycznym, na co wskazują zarówno zagraniczne, jak i polskie badania (Siciarz i in., 2017). Zatem nawet jeśli klinicznie potwierdzono skuteczność danej substancji czy surowca zielarskiego, nie mamy pewności, czy znajduje się on w preparacie.

Ważne jest, aby Czytelnik zrozumiał, jak powstała zastosowana tu klasyfikacja i że nie jest ona rozstrzygająca. Jest ona zorientowana przede wszystkim na praktykę. Przykładowo, z oczywistych względów nie byliśmy w stanie ocenić jakości kosmetyków czy suplementów, dlatego założyliśmy, że ich skład jest zgodny z rzeczywistością, zaznaczając jedynie, że jest on *deklarowany* przez producenta.

JAK ROZUMIEĆ INFORMACJE ZAWARTE W CHPL I ULOTCE?

Każda Charakterystyka Produktu Leczniczego (ChPL) i ulotka dla pacjenta zawiera listę wskazań, a więc teoretycznie wiadomo, jakie jest za-



ROZDZIAŁ 3.

Alergiczne zapalenie spojówek

Alergiczne zapalenie spojówek (ang. *allergic conjunctivitis*) jest wynikiem nadwrażliwości IgE-zależnej na alergen.

Dotyczy od 15 do 45% osób w populacji ogólnej. Często towarzyszy innym chorobom o podłożu alergicznym, zwłaszcza alergicznemu nieżytowi nosa (omówionym w •Rozdziale: *Alergiczny nieżyt nosa*). Schorzenie to odpowiada za około 98% przypadków alergii obejmujących narząd wzroku (Gajewski, 2023).

OBJAWY

Pacjent z alergicznym zapaleniem spojówek może skarżyć się na:

- łzawienie oczu,
- zaczerwienienie oczu,
- brak nadwrażliwości na światło.

Objawy charakterystyczne dla **alergicznego zapalenia spojówek** to:

- wodnista wydzielina,
- uczucie swędzenia.

Co więcej, w przebiegu alergicznego zapalenia spojówek objawy są zazwyczaj **obustronne**, podczas gdy w innych schorzeniach dolegliwości najczęściej dotyczą jednego oka, pacjent skarży się raczej na suche oko niż łzawienie, a zamiast świądu pojawia się pieczenie (Bosnic-Anticevich i in., 2019).



♦ Ryc. 2 Alergiczne zapalenie spojówek

W przypadku innych rodzajów alergii, np. pokarmowych, rozpoznanie na podstawie samych objawów nie jest łatwe. Alergolog zazwyczaj zleca przeprowadzenie odpowiednich testów, co umożliwia rozpoznanie.

Różnicowanie

Alergiczne zapalenie spojówek należy odróżnić od innych schorzeń, które są przyczyną „czerwonego oka”, np.:

- zespołu suchego oka,
- wylewu podspojówkowego,
- zapalenia brzegów powiek.

Schorzenia te zostały opisane w innych •Rozdziałach: *Zespół suchego oka*, *Wylew podspojówkowy*, *Zapalenie brzegów powiek*.

Cechy, które pozwalają odróżnić przyczynę choroby, zostały przedstawione w Tabeli 1.

Konieczność skierowania do lekarza

Pacjenta, który zgłasza pojawienie się nowych, niepokojących objawów, np. zaburzenia widzenia, światłowstręt, ostry ból oka czy uczucie ciała obcego, odeślij na konsultację z lekarzem.

Pytania, które należy zadać pacjentowi

- Czy obecna jest wydzielina i jaki jest jej charakter?
- Czy pacjent zaobserwował zmianę ostrości wzroku, ból, światłowstręt?
- W którym miejscu pojawiło się zaczerwienienie?
- Od kiedy występują objawy?
- Czy pojawiły się inne objawy (objawy infekcji górnych dróg oddechowych, świąd oczu)?

LEKI PIERWSZEGO WYBORU

Do doustnych leków przeciwhistaminowych ze wskazaniem do leczenia alergicznego zapalenia spojówek należą:

- **cetyryzyna** (*Allertec WZF, Amertil Bio, Zyrtec UCB*),
 - **bilastyna** (*Clatra Allergy Fast, Allertec Effect*).
- Przegląd Cochrane z 2015 roku wykazał, że miejscowe leki przeciwhistaminowe i stabilizatory komórek tucznych są bezpieczne i skuteczne

w zmniejszaniu objawów alergicznego zapalenia spojówek (Castillo i in., 2015).

Do miejscowych leków przeciwhistaminowych dostępnych bez recepty w postaci kropli, które możesz polecić pacjentowi, należą np.:

- **azelastyna** (*Azelastin COMOD, Allergodil*),
- **ketotifen** (*Zabak*),
- **olopatadyna** (*Starelltec Alergia*).

Stabilizatorem komórek tucznych jest:

- **kromoglikan sodu** (krople *Allergocrom, Alleoptical, CromoHEXAL, Polcrom*).

Leczenia kromoglikanem sodu nie powinno się przerywać po ustąpieniu objawów, lecz należy je kontynuować do ustania kontaktu z alergenami (którymi są np. pyłki kwiatów, kurz). Skuteczność osiąga się w ciągu 5–14 dni po rozpoczęciu terapii, dlatego lek nie jest przydatny w przypadku ostrego objawów (Hamrah i in., 2020).

Pacjentowi możesz również polecić miejscowe **leki obkurczające naczynia krwionośne** (czyli środki sympatykomimetyczne), które są stosowane w celu zmniejszenia obrzęku i przekrwienia, takie jak:

- **tetryzolina** (*Starazolin, Visine Classic*),
- **nafazolina** (*Oculosan*).

Wydając krople z tetryzoliną lub nafazoliną, warto pamiętać o tym, że (Hamrah i Dana, 2022):

- są one odpowiednie do krótkotrwałego stosowania (krótszego niż 2 tyg.),

Tabela 1

Objawy, które pozwalają odróżnić, jaka jest przyczyna zapalenia spojówek

Kryterium	Bakteryjne zapalenie spojówek	Wirusowe zapalenie spojówek	Alergiczne zapalenie spojówek
Charakter wydzieliny	ropna	wodnista	wodnista
Lokalizacja zmian	obustronna, ale objawy najczęściej pojawiają się najpierw w jednym oku, a po jakimś czasie w drugim	obustronna	obustronna
Uczucie swędzenia	najczęściej brak	najczęściej brak	występuje
Objawy towarzyszące	najczęściej brak	objawy przeziębienia	alergicznego nieżyt nosa lub alergię skórne

wego mogą zmniejszać objawy oczne. Przykładem H₁-blokeru stosowanego donosowo jest:

■ **azelastyna** (*Allergodil*).

Ponadto antyhistaminiki w postaci kropli do oczu (w przypadku objawów ocznych) to:

■ **azelastyna** (*Allergodil*),

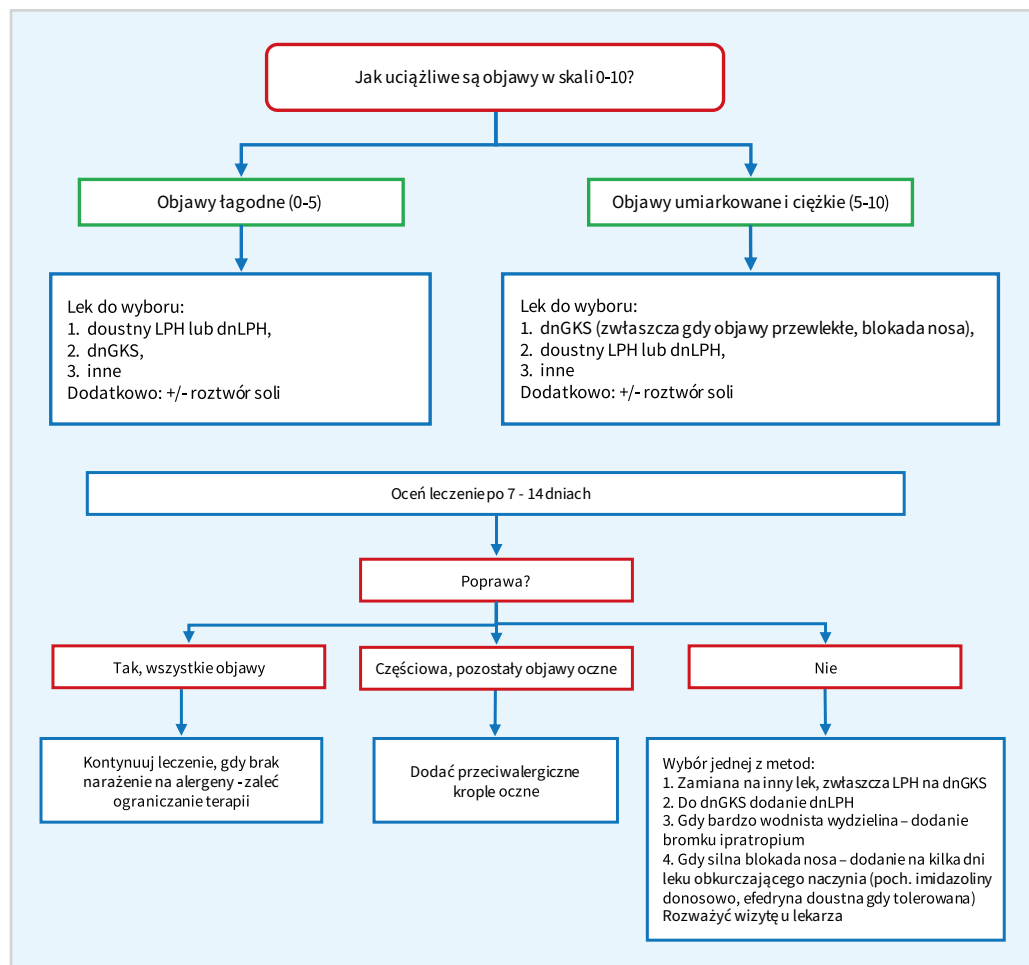
■ **olopatadyna** (*Oftahist, Starelltec Alergia*),

■ **ketotifen** (*Zabak*).

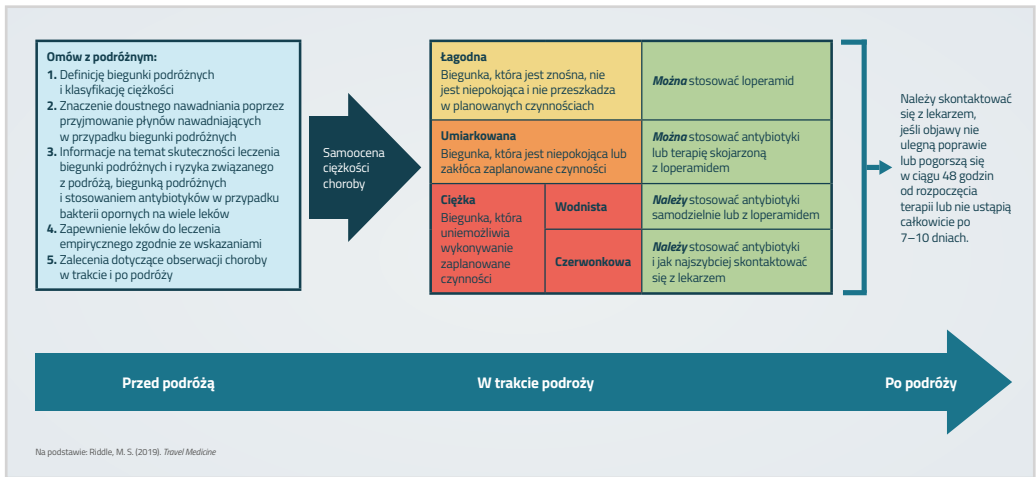
Wedle wytycznych przed zaleceniem leczenia farmaceuta powinien ocenić **stopień kontroli choroby**, czyli w jakim stopniu wpływa ona na codzienne życie pacjenta. Można posłużyć się skalą VAS. Stopień kontroli choroby jest **ważniejszy niż ocena czasu trwania ANN**. Jeśli

wartość skali VAS wynosi mniej niż 5, pierwszym wyborem może być doustny lek przeciwhistaminowy 2. generacji, a dopiero później inne leki. Jeśli wartość skali VAS wynosi więcej niż 5, pierwszym wyborem może być donosowy glikokortykosteroid (♦Ryc. 5). Zawsze jednak należy uwzględniać preferencje pacjenta odnośnie do stosowania leku doustnego lub donosowego (Bosnic-Anticevich i in., 2019).

Glikokortykosteroidy podawane **donosowo** są najbardziej efektywną grupą leków dostępnych w leczeniu nieżytu nosa o charakterze alergicznym (Yanez i Rodrigo, 2002). Ze względu na mechanizm działania glikokortykosteroidy donosowe wykazują działanie po 7–12 godz. od



♦ **Ryc. 5** Algorytm doboru farmakoterapii u pacjentów z ANN (LPH – leki przeciwhistaminowe, dnGKS – donosowy glikokortykosteroid, dnLPH – donosowy lek przeciwhistaminowy)



w wyjątkowych przypadkach, np. u osób z obniżoną odpornością lub poważnymi chorobami współistniejącymi, planujących krótkie podróże (CDC, 2025)

Wybór antybiotyku do profilaktyki zmieniał się na przestrzeni lat wraz z rozwojem oporności bakterii. W przeszłości fluorochinolony były najskuteczniejsze w zapobieganiu i leczeniu bakteryjnych przyczyn biegunki podróży, ale obecnie ich skuteczność jest ograniczona ze względu na rosnącą oporność gatunków *Campylobacter* i *Shigella*. Dodatkowo fluorochinolony wiążą się z ryzykiem zapalenia ścięgna, zaburzeń rytmu serca (wydłużenie odstępu QT), oraz zwiększonym prawdopodobieństwem zakażenia *Clostridioides difficile*, dlatego obecne wytyczne odradzają ich stosowanie w profilaktyce (CDC, 2025).

► WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Według komunikatu URPLWMIb (2023) ograniczenia w stosowaniu antybiotyków fluorochinolonowych oznaczają, że nie należy ich stosować między innymi w profilaktyce biegunki podróży.

ZALECENIA NIEFARMAKOLOGICZNE

Według WHO **odwodnienie i niedożywienie** to dwa najczęstsze powikłania biegunki podróży. WHO zaleca, by zarówno podczas, jak i po

przebytej biegunce podawać odżywcze posiłki choremu, co zapobiega niedożywieniu i osłabieniu w trakcie oraz po ustąpieniu objawów (WHO, 2005). Z tego względu poleć pacjentowi spożywanie małych posiłków i stopniowy powrót do regularnej diety sprzed biegunki.

Pamiętaj, że kluczowym elementem terapii każdej biegunki podróży, bez względu na jej nasilenie, jest zapewnienie pacjentowi odpowiedniego nawodnienia, szczególnie w tropikalnych i subtropikalnych warunkach środowiskowych, gdzie wysoka temperatura i wilgotność prowadzą do dużej utraty płynów. Wystąpienie biegunki może znacząco nasilić ryzyko odwodnienia organizmu (Milewska, Dereń i Korzeniewski, 2013). Według zaleceń WHO powinno stosować się doustny płyn nawadniający o osmolarności równej 245 mOsm/l.

► WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Aby zapobiec niedożywieniu, zaleca się jak najszybsze wprowadzenie zwykłej diety po rozpoczęciu nawadniania doustnego. Nie ma konieczności wykluczania z diety mleka ani jego przetworów (np. pełnego mleka krowiego z laktozą). Choć brakuje dowodów na zasadność takich restrykcji, rozsądne wydaje się unikanie bardzo tłustych potraw oraz produktów bogatych w cukry proste, ponieważ tłuszcze mogą spowalniać opróżnianie żołądka, a cukry proste mogą nasilać biegunkę przez efekt osmotyczny (Szymanek-Pasternak, 2020).



ROZDZIAŁ 21.

Ból zęba

Ból zęba to powszechna dolegliwość, szczególnie wśród osób **niewystarczająco dbających o higienę jamy ustnej**. Do najczęstszych przyczyn bólu zęba należą:

- próchnica,
- uraz,
- ropień lub zgorzel miazgi,
- odsłonięcie zębiny na skutek starcia patologicznego lub recesji (cofnięcia) dziąseł,
- zapalenie miazgi,
- następstwo zabiegu stomatologicznego wskutek podrażnienia mechanicznego, chemicznego i termicznego.

OBJAWY

Pacjent z bólem zęba skarży się na:

- ciągły ból zęba/zębów,
- ból pulsujący,
- ból pojawiający się w odpowiedzi na ciepłe i zimne napoje, jedzenie, szczotkowanie zębów czy żucie gumy,
- obrzęk (opuchnięty policzek).

Różnicowanie

Ból zęba może towarzyszyć również takim schorzeniom jak:

- **zapalenie zatok** (ból górnych zębów trzonowych i przedtrzonowych nasilający się podczas schylania i pojawiający się po przebytym przeziębieniu, wydzielina z nosa lub jego niedrożność, upośledzenie węchu),

- **zakrzepica zatoki jamistej** (ból zęba, głowy, twarzy, gorączka, obrzęk twarzy, omamy wzrokowe/podwójne widzenie, ból pod językiem, tkliwość i obrzęk dolnej części jamy ustnej, trudności w połykaniu).

Konieczność skierowania do lekarza

Pacjent z bólem zęba zawsze wymaga konsultacji stomatologicznej, ale nie zawsze jest ona pilna. Informacje o tym, kiedy z wizytą u stomatologa można poczekać kilka dni, a kiedy należy udać się niezwłocznie (w ciągu doby), znajdziesz w ■ Tabeli 9.

Pytania, które należy zadać pacjentowi

- Jak jest nasilenie bólu i jego charakterystyka?
- Czy występują inne objawy, w tym gorączka?
- Czy ból pojawia się w odpowiedzi na ciepło/zimno/żucie?
- Czy pojawił się obrzęk?

LEKI PIERWSZEGO WYBORU

W czasie oczekiwania na wizytę u stomatologa pacjentowi można zarekomendować leki przeciwbólowe dostępne bez recepty, zarówno jedno-, jak i wieloskładnikowe (■ Tabela 10).

W pierwszej kolejności poleć:

- **połączenie paracetamolu z ibuprofenem** (*Metafen, Nurofen Ultima*),

■ **Tabela 9**

Dolegliwości, które zgłasza pacjent z bólem zęba a konieczność konsultacji stomatologicznej

Na co skarży się pacjent?	Możliwa przyczyna	Czy pilnie skierować pacjenta do stomatologa?
<i>ból prowokowany zimnem, utrzymujący się ok. 2 sek.</i>	nadwrażliwość zębów lub odwracalne zapalenie miazgi	konsultacja przy najbliższej wizycie
<i>ból samoistny, pulsujący, nasilający się podczas żucia, pacjent nie zawsze potrafi określić źródło bólu, obrzęk, czasem gorączka</i>	ropień	pilnie
<i>ból cięgły, tępy, występujący okresowo, nasila się podczas żucia, pacjent potrafi określić jego lokalizację, utrzymuje się do kilku dni, po czym samoistnie przechodzi, może mu towarzyszyć szczykościsk i obrzęk policzka</i>	wyrzwanie zębów mądrości	pilnie
<i>ból utrzymuje się po stymulacji zimno/ciepło/słodkie/szczołkowanie lub samoistnie</i>	nieodwracalne zapalenie miazgi	pilnie
<i>ból pojawia się przy nagryzaniu, nasila się pod wpływem ciepła, a pod wpływem niskiej temperatury dolegliwości bólowe mogą się zmniejszać</i>	martwica miazgi zębowej	pilnie
<i>ból zęba, głowy, twarzy, gorączka, obrzęk twarzy, omamy wzrokowe / podwójne widzenie, ból pod językiem, tkliwość i obrzęk dolnej części jamy ustnej, trudności w połykaniu</i>	zakrzepica zatoki jamistej (stan zagrożenia życia)	jak najszybciej skierować pacjenta na SOR
<i>narastający ból 24–48 godz. po ekstrakcji zęba, ból może promieniować do skroni i ucha, obrzęk, zaburzenia smaku, nieprzyjemny zapach z ust</i>	suchy zębodół (ang. dry socket)	pilnie

- **ibuprofen** w dawce 200 mg (*Ibuprom, Nurofen, Ibum*) i 400 mg (*Ibuprom Max, Nurofen Forte, Ibum Forte, Ibuprofen Polfa Łódź*),
- **diklofenak** w dawce 25 mg (*Voltaren Acti Forte*),
- **deksketoprofen** w dawce 25 mg (*Dexak*).

Według przeglądu Cochrane z 2015 roku połączenie 500 mg paracetamolu z 200 mg ibuprofenu wykazuje największą skuteczność w uśmierzaniu ostrego bólu spośród leków przeciwbólowych dostępnych bez recepty (Moore i in., 2015).

Jeśli pacjent z bólem zęba **ma czynną chorobę wrzodową**, poleć:

- **paracetamol** w dawce 500 mg (*Apap, Codi-par, Panadol*) lub 1000 mg (*Efferalgan forte, Paracetamol Biofarm*),
- **paracetamol z kodeiną** (*Antidol 15*).

Pacjentowi z bólem zęba, który ma chore nerki, wydaj preparat zawierający wyłącznie paracetamol (*Apap, Panadol*).

▶ **WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA**

Wykazano, że połączenie leków przeciwbólowych o różnych mechanizmach działania daje lepszy efekt przeciwbólowy (np. połączenie paracetamolu z kodeiną lub połączenie ibuprofenu z paracetamolem).

Połączenie paracetamolu z kodeiną wykazuje lepszą skuteczność przeciwbólową niż sam paracetamol. Dawki kodeiny zastosowane w preparatach łączonych z paracetamolem dostępne są w Polsce bez recepty (15 mg kodeiny). Mogą być jednak zbyt małe, aby zwiększać siłę działania paracetamolu (Macleod i in., 2002; Toms i in., 2009). Efekt przeciwbólowy kodeiny stosowanej z paracetamolem obserwowany był dopiero w dawkach 30–120 mg (Straube i in., 2014).



ROZDZIAŁ 32.

Choroba zwyrodnieniowa stawów

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS, ang. *osteoarthritis*, OA) to najczęstsza choroba reumatyczna, polegająca na uszkodzeniu i stopniowym zaniku chrząstki stawowej, wynikającym z zaburzenia równowagi między procesami degradacji a odbudowy.

Choroba zwyrodnieniowa stawów (ChZS) dotyczy nawet 50% populacji po 40. roku życia oraz 80% populacji po 75. roku życia. Najczęściej ujawnia się między 40. a 60. rokiem życia. Występuje z podobną częstotliwością u obu płci (Gajewski, 2023).

OBJAWY

Choroba obejmuje zazwyczaj jeden lub kilka stawów i rzadko ma postać uogólnioną. Pacjent z ChZS może skarżyć się na takie dolegliwości jak:

- **ból stawów** – najsilniejszy podczas pierwszych ruchów po okresie spoczynku, a jego intensywność zwykle zmniejsza się w miarę kontynuowania ruchu. Ból najczęściej pojawia się podczas poruszania zajęтым stawem, jednak w zaawansowanym stadium może występować również w spoczynku.
- **zmniejszona ruchomość stawu** – prowadzi do osłabienia i zaniku mięśni,

Do rzadkich objawów w obrębie stawów należą również: trzeszczenie, zniekształcenie obrysu, wysięk czy nadwrażliwość na dotyk w obrębie stawu.

Różnicowanie

ChZS nie powinna być mylona z RZS. W •Rozdziale: *Reumatoidalne zapalenie stawów* szczegółowo omówiono różnice między chorobami.

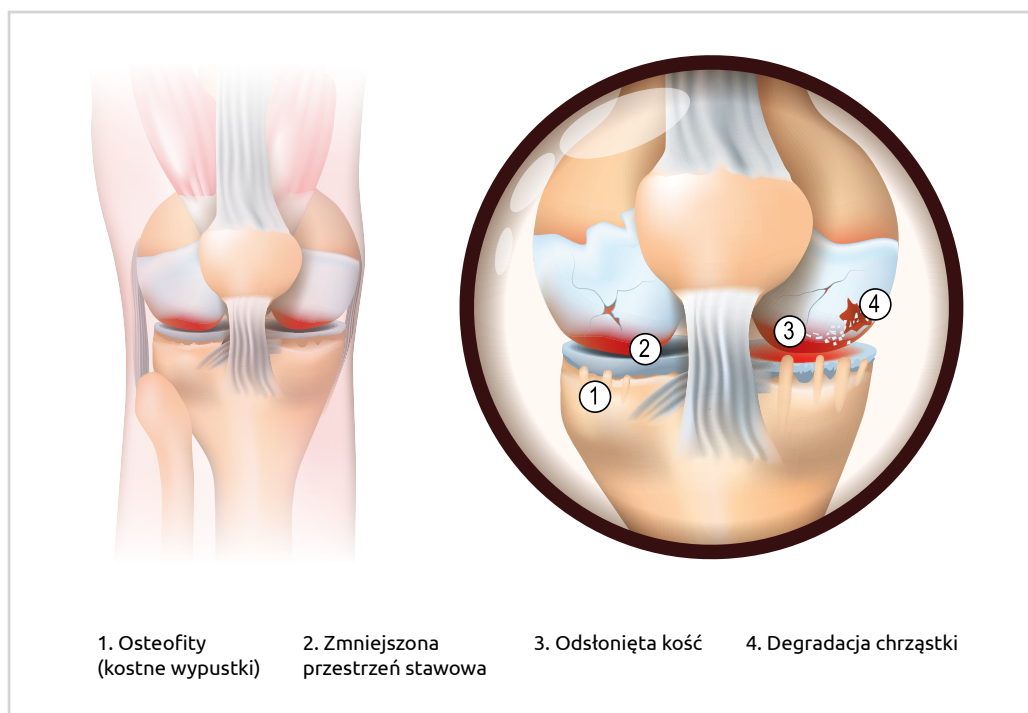
Konieczność skierowania do lekarza

Jeśli pacjent skarży się na ból w obrębie stawów, który trwa od dłuższego czasu, a nie jest on spowodowany np. urazem lub intensywnym wysiłkiem fizycznym, zaleć kontakt z lekarzem. Rozpoznanie konkretnej choroby reumatycznej wymaga pogłębionej diagnostyki i należy do specjalisty, reumatologa.

Pytania, które należy zadać pacjentowi

Zadaj pacjentowi następujące pytania:

- Których stawów dotyczy ból i jakie jest jego nasilenie?
- Czy miał miejsce uraz w tej okolicy?
- Od kiedy utrzymują się objawy? Czy objawy nasilają się w czasie?
- Czy wysiłek fizyczny nasila czy łagodzi objawy?
- Jakie czynniki nasilają dolegliwości, o której porze dnia są one najbardziej dokuczliwe?



♦ **Ryc. 25** Etapy rozwoju choroby zwyrodnieniowej stawów

LEKI PIERWSZEGO WYBORU

Zgodnie z najnowszymi wytycznymi i przeglądami systematycznymi pacjentowi z ChZS należy zalecać przede wszystkim preparaty do stosowania miejscowego (Derry i in., 2016; Derry i in., 2017). Pacjentowi możesz polecić takie substancje jak:

■ **diklofenak miejscowo w:**

- żelu 1% (*Diclac Lipożel, Olfen Hydrożel*),
- żelu 2% (*Voltaren Max, Olfen Max*),
- plastrach transdermalnych w dawce 140 mg na plaster (*Itami, Olfen Patch*),
- płynie do stosowania na skórę 4% (*Diky 4%*),

■ **diklofenak doustnie:** dostępny w dawce 25 mg w tabletkach (*Voltaren Acti Forte*) i kapsułkach (*Voltaren Express Forte*), przy czym skuteczna dawka w ChZS wynosi 150 mg na dobę, więc dla leku OTC jest to dawkowanie *off-label* (da Costa i in., 2017),

■ **paracetamol** dla pacjentów, u których NLPZ jest przeciwwskazany (RACGP, 2018; Kloppenburg i in., 2019), dostępny w dawce 500 mg w tabletkach (*Apap*) i tabletkach musujących (*Effergal*), przy czym według starszych wytycznych skuteczna dawka w ChZS wynosi 2–4 g na dobę (NICE, 2014), więc dla leku OTC jest to dawkowanie *off-label* – zgodnie z przeglądem Cochrane z 2017 roku takie dawki wykazują minimalnie większą skuteczność od placebo (Leopoldino i in., 2019),

■ **niezmydlające się frakcje oleju awokado i oleju sojowego** (ang. *Avocado and Soybean Unsaponifiables*, ASU) – zamiast suplementów diety możesz zaproponować lek OTC *Piascledine*, wskazany do stosowania u dorosłych w łagodzeniu objawów choroby zwyrodnieniowej stawów kolanowych,

■ **kodeina** dostępna w połączeniu z paracetamolem (*Antidol*), paracetamolem i kofeiną (*Solpadeine, Solpadeine Max*), ibuprofenem (*Nurofen Plus*), która jest zaleca-

- drożny przewód żółciowy,
- zachowana funkcja kurczliwości mięśniówki gładkiej pęcherzyka żółciowego.

Lekiem o udowodnionej skuteczności stosowanym w leczeniu kamicy żółciowej jest **kwas ursodeoksycholowy** (UDCA – *ursodeoxycholic acid*). Według ChPL leku *Proursan* kwas ursodeoksycholowy może być stosowany w celu **rozpuszczenia** kamieni żółciowych pochodzenia cholesterolowego, w przypadku kiedy średnica kamieni nie przekracza 15 mm (PRO.MED.CS, 2014). W praktyce może mieć też zastosowanie, jeśli średnica kamieni wynosi nawet 1 cm, jednak może to wymagać dłuższego okresu stosowania. Skuteczność kwasu ursodeoksycholowego w rozpuszczaniu złożeń żółciowych jest zależna od dawki, która powinna być dostosowana do masy ciała pacjenta. Według metaanalizy 23 badań z randomizacją dowiedziono, że zastosowanie UDCA całkowicie rozpuściło złoże żółciowe u 37% badanych i było bardziej efektywne u pacjentów z mniejszymi kamieniami (May i in., 1993).

W **prewencji** kamicy żółciowej przy **nagłej utracie masy ciała** (związanej np. z dietą niskokaloryczną, resekcją czy balonikowaniem żołądka) UDCA może być skuteczny. Jak wykazało podwójnie zaślepienie badanie kliniczne z randomizacją, stosowanie UDCA w dawce 600 mg na dobę znacząco zmniejsza ryzyko pojawienia się kamieni w woreczku żółciowym podczas znacznej utraty wagi (Shiffman i in., 1995). Podobne wnioski wysnuto w przeprowadzonym przeglądzie systematycznym składającym się z 8 podwójnie zaślepiionych badań klinicznych, w których wykazano, że stosowanie UDCA w prewencji powstania złożeń żółciowych po operacji bariatrycznej żołądka znacząco zmniejsza ryzyko ich formowania (Magouliotis i in., 2017).

Nie ma wystarczających dowodów, aby zalecać stosowanie **statyn** w leczeniu lub prewencji kamicy żółciowej. Poprzez swoje działanie farmakologiczne stosowanie statyn może zmniejszać wydzielanie cholesterolu do żółci i w efekcie ich długotrwałe stosowanie może ograniczać rozwój

kamicy żółciowej. Nie wykazano jednak skuteczności stosowania statyn w celu rozpuszczenia istniejących już złożeń (Zakko, 2021).

Działanie farmakologiczne **ezetymibu** polegające na hamowaniu wchłaniania cholesterolu z przewodu pokarmowego może mieć zastosowanie w leczeniu lub zapobieganiu kamicy żółciowej. Badanie przeprowadzone na zwierzętach wykazało, że zastosowanie ezetymibu zmniejsza wysycenie żółci cholesterolom i spowalnia jego krystalizację, jednak brakuje wiarygodnych danych z badań, które potwierdzałyby takie zastosowanie u ludzi (Wang i in., 2008).

ZALECENIA NIEFARMAKOLOGICZNE

Korzystne terapeutycznie u pacjentów z kamicią żółciową pochodzenia cholesterolowego może być stosowanie diety ze zmniejszoną ilością cholesterolu. Dodatkowo zwiększona aktywność fizyczna może też sprzyjać motoryce przewodu pokarmowego i mieć korzystny wpływ na przepływ żółci, zapobiegając objawom kolki wątrobowej, co wykazało duże prospektywne badanie kohortowe z udziałem 45 813 mężczyzn (Leitzmann i in., 1998). Możesz przekazać pacjentowi, że regularne posiłki mogą zmniejszyć ryzyko występowania kolki wątrobowej ze względu na unormowane opróżnianie woreczka żółciowego.

Piśmiennictwo:

- Afdha N. H., Zakko S. F. (2020). Gallstones: Epidemiology, risk factors and prevention. *UpToDate*. Aktualizacja: 30.09.2020.
- Fraquelli, M., Casazza, G., Conte, D., Colli, A. (2016). Non-steroid anti-inflammatory drugs for biliary colic. *The Cochrane database of systematic reviews*, 9(9), CD006390. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD006390.pub2>
- Hoffmann, R. M., Schwarz, G., Pohl, C., Ziegenhagen, D. J., Kruis, W. (2005). Gallensäure-unabhängige Wirkung von Hymecromon auf die Gallesekretion und die Motilität der Gallenwege [Bile acid-independent effect of hymecromone on bile secretion and common bile duct motility]. *Deutsche medizinische Wochenschrift* (1946), 130(34-35), 1938–1943. <https://doi.org/10.1055/s-2005-872606>
- Kumar, A., Deed, J. S., Bhasin, B., Kumar, A., Thomas, S. (2004). Comparison of the effect of diclofenac with hyoscine-N-butylbromide in the symptomatic treatment of acute biliary colic. *ANZ journal of surgery*, 74(7), 573–576. <https://doi.org/10.1111/j.1445-2197.2004.03058.x>
- Leitzmann, M. F., Giovannucci, E. L., Rimm, E. B., Stampfer, M. J., Spiegelman, D., Wing, A. L., Willett, W. C. (1998). The relation of physical activity to risk for symptomatic gallstone disease in men. *Annals of internal medicine*, 128(6), 417–425. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-128-6-199803150-00001>



♦ **Ryc. 41** Podłużna prawdziwa leukonychia oraz erytronychia spowodowane chorobą Dariera (Iorizzo i in., 2022)

Paznokcie Lindsaya (ang. *half-and-half nails*) widoczne na ♦Ryc. 42 to paznokcie o białym i matowym wyglądzie, co obejmuje proksymalną część paznokcia. Najczęściej wiązane jest to z występowaniem chorób nerek. Po nacisku na płytkę paznokcia zmiana powinna zniknąć, gdyż jest to rodzaj leukonychii pozornej.



♦ **Ryc. 42** Paznokcie Lindsaya u pacjenta z przewlekłą chorobą nerek (Iorizzo, 2022)

Paznokcie Terry'ego widoczne na ♦Ryc. 43 charakteryzują się leukonychią pozorną, która obejmuje więcej niż proksymalne dwie trzecie płytki paznokcia, podczas gdy dystalna jedna trzecia jest czerwona. Ten rodzaj leukonychii najczęściej obserwuje się u pacjentów z chorobami wątroby.

Leukonychia całkowita (ang. *total leukonychia*) występuje dziedzicznie lub idiopatycznie. Obejmuje wszystkie paznokcie, które są zazwyczaj mleczne, kredowe lub porcelanowe jak na ♦Ryc. 44.



♦ **Ryc. 43** Paznokcie Terry'ego, w których dystalny czerwony lub brązowy pasek obejmuje niewielką część dystalną paznokcia (Iorizzo i in., 2022)



♦ **Ryc. 44** Idiopatyczna prawdziwa leukonychia całkowita z porcelanowymi białymi paznokciami (Iorizzo i in., 2022)

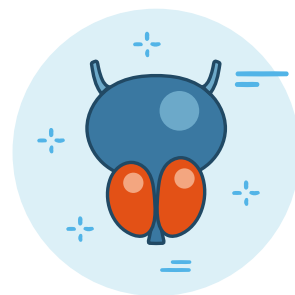
Różnicowanie

Leukonychia sama w sobie nie jest schorzeniem. Ważne jest natomiast odróżnienie leukonychii spowodowanej urazem od leukonychii będącej objawem chorób systemowych.

Nieprawidłowości paznokci związane z chorobami ogólnoustrojowymi zwykle dotyczą większości lub wszystkich paznokci. Pacjenta z leukonychią możemy też poprosić o naciśnięcie na płytkę paznokcia. Jeżeli zmiana znika, oznacza to, że mamy do czynienia z leukonychią pozorną, czyli niezwiązaną z urazem płytki paznokcia, lecz z chorobą prowadzącą do nieprawidłowego unaczynienia łożyska paznokcia np. w wyniku obrzęku.

Konieczność skierowania do lekarza

Leukonychia często jest wyłącznie defektem kosmetycznym niewymagającym leczenia. Jeżeli zmiany ograniczają się do pojedynczych małych



ROZDZIAŁ 67.

Łagodny rozrost prostaty

Łagodny rozrost (potocznie, choć niepoprawnie: przerost) gruczołu krokowego (ang. *benign prostate hyperplasia*, BPH) jest częstym problemem zdrowotnym, dotyczy zwłaszcza starszych mężczyzn. Około 75% mężczyzn > 50. roku życia cierpi na objawy związane z łagodnym rozrostem gruczołu krokowego. Dodatkowo 20-30% mężczyzn > 80. roku życia wymaga interwencji chirurgicznej (Roehrborn i in., 2009). Rozrost prostaty charakteryzuje się pojawieniem hiperplastycznych guzków występujących głównie w okolicy cewki moczowej i strefie przejściowej gruczołu krokowego, co przedstawiono na *Ryc. 48.

OBJAWY

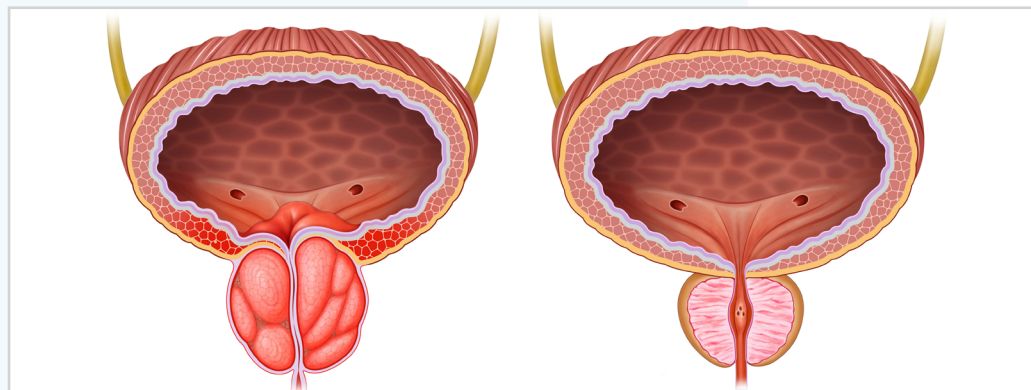
Pacjent z rozrostem prostaty skarży się na:

- wrażenie niecałkowitego opróżnienia pęcherza,

- częste oddawanie moczu zarówno w dzień jak i w nocy,
- nagłe parcie na mocz,
- słaby strumień moczu pod koniec mikcji,
- wykapywanie moczu po mikcji.

Różnicowanie

Rozrost prostaty należy odróżnić od **raka prostaty**, który również może dawać podobne objawy takie jak częste oddawanie moczu w nocy, nagłe parcie mocz, uczucie niepełnego wypróżnienia po oddaniu moczu oraz słaby strumień moczu. Kluczowym badaniem jest badanie palpacyjne, obejmujące ocenę gruczołu krokowego palcem przez ścianę odbytnicy. Badanie to pozwala ocenić gruczoł i jego strukturę – nierówna i guzkowa powierzchnia przemawia za rozpoznaniem raka. W diagnostyce raka prostaty stosuje się również ultrasonografię przezodbytniczą, która pozwala



♦ Ryc. 48 Gruczoł krokowy prawidłowy (po prawej) i powiększony (po lewej)



ROZDZIAŁ 75.

Łysienie

Łysienie (ang. *alopecia*) to utrata włosów. Najczęściej występujący u dorosłych **dzie dziczny** typ łysienia to łysienie androgenowe. Jest ono przewlekłą chorobą polegającą na postępującej miniaturyzacji mieszków włosowych, które z czasem tracą zdolność do produkcji włosów. Łysienie androgenowe może dotyczyć nawet **80% mężczyzn** rasy białej ok. 70. r.ż. i nawet połowy kobiet (Levinbook, 2020).

OBJAWY

U **kobiet** łysienie androgenowe objawia się postępującym przerzedzeniem włosów w **centralnej części** owłosionej skóry głowy, a u **mężczyzn** zazwyczaj rozpoczyna się w **okolicy czołowo-skroniowej** (tzw. zakola). Następnie obejmuje też okolicę ciemieniową, czyli szczyt głowy.

Różnicowanie

Łysienie androgenowe należy rozróżnić od wypadania włosów spowodowanego **innymi przyczynami**, takimi jak:

- niedokrwistość,
- choroby tarczycy,
- stres,
- nieodpowiednia dieta,
- niedobory mikro- i makroelementów (np. cynku i żelaza),
- choroby skóry głowy (np. łojotokowe zapalenie skóry, łuszczyca, grzybica),

- cukrzyca,
- przyjmowanie leków (np. cytostatyków, leków immunosupresyjnych, beta-blokerów i innych),
- nowotwory.

Nadmierne wypadanie włosów może pojawić się także **po porodzie lub w okresie menopauzy**, co jest związane ze zmianami w gospodarce hormonalnej, które wpływają na cykl wzrostu włosa (Piérard-Franchimont i Piérard, 2013).

Konieczność skierowania do lekarza

W przebiegu łysienia androgenowego pacjent może tracić ok. 100–300 włosów dziennie. Utrata ok. 500 włosów dziennie (jest to ok. 10 razy więcej niż u osoby zdrowej) wymaga wizyty u lekarza, aby wykluczyć inne przyczyny łysienia. Ponadto jeśli prawidłowo stosowane preparaty z minoksydylem nie przynoszą rezultatu po roku stosowania, pacjenta należy skierować do dermatologa.

Pytania, które należy zadać pacjentowi

- Czy pojawiły się inne objawy (świąd, podrażnienie)?
- Jaka jest charakterystyka łysienia (kierunek łysienia)?
- Czy u pacjenta wykonywano diagnostykę w kierunku chorób tarczycy bądź niedoboru żelaza?
- Czy pacjent stosuje jakieś leki?
- Czy w ostatnim czasie pacjent nie odczuwał nadmiernego stresu?

LEKI PIERWSZEGO WYBORU

Pacjentowi z łysieniem androgenowym poleć preparat zawierający:

- **minoksydyl** (*Loxon, DX2LEK, Piloxidil, Alopecy*).

Minoksydyl, rozszerzając naczynia krwionośne skóry głowy, zwiększa przepływ krwi i stymuluje wzrost włosów oraz wydłużanie krótkich mieszków włosowych, a także skraca fazę wypadania włosów. Minoksydyl jest rekomendowany przez Polskie Towarzystwo Dermatologiczne (PTD) do leczenia łysienia androgenowego (Brzezińska-Wcisło i in., 2018). Według przeglądu Cochrane minoksydyl jest lekiem bezpiecznym i skuteczniejszym od placebo. Efekt leczenia i liczba działań niepożądanych nie zależą od zastosowanego stężenia minoksydylu (Zuuren i in., 2016).

Minoksydyl jest dostępny w postaci płynu na skórę w dwóch stężeniach – 2% i 5%. Minoksydyl w stężeniu 5% jest wskazany do stosowania wyłącznie u mężczyzn. Dla kobiet przeznaczone są jedynie preparaty zawierające 2% minoksydylu. Można go polecić pacjentom z łysieniem androgenowym w 18.–65. r.ż.

► WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Płyn z minoksydylem stosuje się 2 razy dziennie, rano i wieczorem, po ok. 5–10 rozpyleń (w zależności od preparatu) w miejscach łysienia. Nie należy przekraczać 2 ml na dobę. Preparat trzeba wmasować w suchą skórę głowy i dokładnie umyć ręce.

Pierwsze efekty leczenia pacjent zauważy dopiero **po ok. 4 mies.** kuracji. Dla stałego efektu pacjent powinien regularnie stosować minoksydyl. Zaprzymanie leczenia może spowodować nawrót wypadania włosów (Sanofi-Aventis, 2013). Nie odnaleźliśmy jednak dowodów naukowych potwierdzających, że odstawienie leków bezwzględnie skutkuje nawrotem łysienia. Jeśli po roku regularnego stosowania minoksydylu leczenie nie przynosi żadnych efektów, należy je przerwać.

► WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Wydając pacjentowi minoksydyl, poinformuj go, że na początku leczenia może wystąpić wzmożona utrata włosów, która jest efektem wypadania słabych i cienkich włosów w miejsce wzrostu nowych i silniejszych. Jeśli utrzymuje się ona powyżej 2 tyg., leczenie trzeba przerwać.

LEKI NA RECEPTĘ

Pacjent z łysieniem androgenowym może także stosować leki dostępne na receptę, takie jak:

- **finasteryd** w dawce 1 mg (*Propecia, Nezyr*), który poprzez hamowanie enzymu 5 α -reduktazy steroidowej typu II powoduje zahamowanie metabolizmu testosteronu do jego silniejszego metabolitu 5 α -dihydrotestosteronu i tym samym obniża jego stężenie także w skórze głowy, co hamuje proces łysienia,
- **prednizolon** (w: *Alpicort*), który jest słabo działającym glikokortykosteroidem, a jego miejscowe stosowanie łagodzi stan zapalny w obrębie mieszków włosowych i tym samym ułatwia aktywację wzrostu włosów,
- **prednizolon z estradiolem** (w: *Alpicort E*), w którym dodatek estradiolu pobudza ukrwienie, a także zmniejsza aktywność biologicznie czynnych androgenów.

Poza wskazaniami stosowany jest też **dutasteryd**, który jest skuteczniejszy z uwagi na blokowanie 5 α -reduktazy typi I i II.

W przypadku leków w postaci wstrzykiwaczy (liraglutyd, semaglutyd, tirzepatyd) pamiętaj, aby przekazać pacjentowi informacje dotyczące zwiększania dawek aż do osiągnięcia dawki podtrzymującej (■Tabela 21).

► **WSKAZÓWKĄ PRAKTYCZNĄ**

Wdrożenie leczenia farmakologicznego nie zwalnia z konieczności prowadzenia kompleksowej terapii niefarmakologicznej otyłości, dlatego przypominaj o tym pacjentowi podczas każdej wizyty. Należy również weryfikować przestrzeganie jej zasad (PTLO, 2024).

**ZALECENIA
NIEFARMAKOLOGICZNE**

W leczeniu nadwagi i otyłości podstawą jest terapia niefarmakologiczna, dlatego poleć pacjentowi:

- **dieta** – WHO rekomenduje zmniejszoną ilość węglowodanów prostych (poniżej 10% kaloryczności diety) oraz tłuszczów (poniżej 25%, ale nie mniej niż 15%, z czego nasy-

cone kwasy tłuszczowe powinny dostarczać nie więcej niż 10% kalorii), białko powinno zapewniać ok. 20% kaloryczności diety, a ok. 55% kaloryczności powinny dostarczać węglowodany złożone. Według wytycznych Polskiego Towarzystwa Leczenia Otyłości (2024) celu uzyskania redukcji masy ciała należy wprowadzić zbilansowaną dietę o umiarkowanie obniżonej kaloryczności, tzw. diety hipokaloryczną, polegającą na zmniejszeniu dzienne go spożycia energii o 500–600 kcal w stosunku do zapotrzebowania, które się ustala na podstawie obliczonego całkowitego wydatku energetycznego,

- **aktywność fizyczną** podejmowaną przez 150-300 min tygodniowo (PTLO, 2024),
- **psychoterapię** – w przypadku pacjentów z niską samooceną, depresją lub dodatkowymi zaburzeniami (np. zespołem kompulsywnego jedzenia).

■ **Tabela 21**
Schemat dawkowania leków dostępnych we wstrzykiwaczach

Preparat	Substancja lecznicza	Dawka	Tygodnie	Częstotliwość dawkowania
Wegovy	semaglutyd	0,25 mg	1.-4.	Raz na tydzień
		0,5 mg	5.-8.	
		1 mg	9.-12.	
		1,7 mg	13.-16.	
		2,4 mg	dawka podtrzymująca	
Mounjaro	tirzepatyd	2,5 mg	1.-4.	
		5 mg*	5.-8., dawka podtrzymująca	
Saxenda	semaglutyd	0,6 mg	1.	Raz na dobę
		1,2 mg	2.	
		1,8 mg	3.	
		2,4 mg	4.	
		3,0 mg	5., dawka podtrzymująca	

* Po upływie co najmniej 4 tygodni leczenia aktualnie stosowaną dawką można zwiększać dawkę w przyrostach co 2,5 mg, jeśli zajdzie taka potrzeba. Zalecane dawki podtrzymujące to 5 mg, 10 mg i 15 mg.



ROZDZIAŁ 93.

Niedobór witaminy D

Z uwagi na wielokierunkowe działanie witaminy D w organizmie człowieka, w tym wpływ na układ mięśniowo-szkieletowy, odpornościowy czy sercowo-naczyniowy, rozpoznawanie i leczenie jej niedoborów w populacji ogólnej ma istotne znaczenie. Niedobór witaminy D stwierdza się na podstawie stężenia 25-hydroksywitaminy D – 25(OH)D, czyli **kalcydiolu** w surowicy – wartości stężeń wraz z ich definicjami zebrano w Tabeli 25.

► WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Do oznaczeń stosuje się kalcydiol, a nie aktywny metabolit, czyli 1,25(OH)₂D – kalcytriol, ponieważ związek ten ma znacznie dłuższy okres półtrwania oraz 1000-krotnie wyższe stężenie we krwi.

Przyczynami niedoborów witaminy D są **niedostateczna synteza skórna** oraz **zbyt niska jej podaż w diecie**. W Polsce, z uwagi na położenie geograficzne, istnieje ograniczona możliwość uzyskania odpowiedniego stężenia 25(OH)D

w surowicy krwi poprzez efektywną syntezę skórną, co stwarza konieczność uzupełniania jej niedoborów.

OBJAWY

Objawy kliniczne niedoboru witaminy D różnią się w zależności od stopnia oraz czasu trwania niedoboru. U większości pacjentów z łagodnym niedoborem witaminy D **nie występują żadne objawy**. Przy długotrwałym, ciężkim niedoborze witaminy D dochodzi do zmniejszenia wchłaniania jelitowego wapnia oraz fosforu i rozwoju **hipokalcemii**, co powoduje wtórną **nadczynność przytarczyc**, prowadzącą do fosfaturii, demineralizacji kości, a w późniejszym czasie do **osteomalacji** u dorosłych i **krzywicy** u dzieci. Na tym etapie objawy mogą obejmować ból i tklliwość kości, osłabienie mięśni, złamania i trudności w chodzeniu. Oprócz swojej roli w homeostazie wapnia i kości, witamina D może potencjalnie regulować wiele innych funkcji komórkowych.

■ Tabela 25

Definicja poszczególnych stężeń witaminy D (Buczkowski i in., 2013)

Definicja	Stężenie 25OHD w surowicy (nmol/l)	Stężenie 25OHD w surowicy (ng/ml)
Deficyt	< 25	< 10
Niedobór	25–50	10–20
Poziom suboptymalny	50–75	20–30
Poziom zalecany	75–200	30–80
Poziom toksyczny	> 250	> 100

Tabela 33

Różnicowanie odcisków

Odcisk	Brodawka	Model
		
Wypukłe zrogowacenie w kształcie stożka, po zdrapaniu warstwy wierzchniej widoczny jest rdzeń odcisku	Mała, nieregularna narośl, często z widoczną ciemną kropką (krwi) na powierzchni	Plackowaty obszar zgrubiałej skóry, najczęściej o żółtawym kolorze

Pytania, które należy zadać pacjentowi

- Jakie jest umiejscowienie zmian?
- Czy zmiany związane były z urazem bądź noszeniem niewygodnego obuwia?
- Czy pacjent odczuwa dolegliwości bólowe?
- Jaki jest wygląd zmian?
- Czy pacjent choruje na cukrzycę?

WSKAZÓWKA PRAKTYCZNA

Poinformuj pacjenta, aby preparaty z kwasem salicylowym stosował jedynie na miejsca zmienione chorobowo, co pozwoli uniknąć podrażnienia zdrowej skóry.

LEKI PIERWSZEGO WYBORU

W obrocie dostępnych jest kilka rodzajów preparatów bez recepty, które możesz zaproponować pacjentowi skarżącemu się na odcisk. Większość z nich zawiera **kwas salicylowy** i ma działanie keratolityczne (złuszczające naskórek). Miejscowe zastosowanie kwasu salicylowego przynosi podobny efekt co usuwanie odcisków za pomocą skalpela (Becker i Childress, 2018).

Pacjentowi możesz polecić:

- plastry na odciski z kwasem salicylowym, np. *Viscoplast Poloderm plastry na odciski*, *Salvequick Med Corn plastry na odciski*,
- płyny na odciski zawierające oprócz kwasu salicylowego kwas mlekowy, np. *ABE*, *Acerin*,
- maści i kremy na odciski, np. *Maść na odciski Hasco* z kwasem salicylowym i mlekowym lub *Maść na odciski Gemi* z kwasem salicylowym.

W przypadku plastrów przypomnij, że krążek na środku plastra, zawierający kwas salicylowy, powinien znajdować się bezpośrednio na powierzchni odcisku, natomiast pacjentom stosującym płyny lub maści poleć, aby zabezpieczyły skórę wokół odcisku za pomocą np. pasty cynkowej, tłustego kremu czy wazeliny.

Stosowania preparatów z kwasem salicylowym nie proponuj pacjentom, u których występuje:

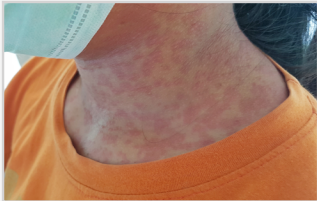
- cukrzyca,
- neuropatia,
- zaburzenia krążenia,
- nadwrażliwość na kwas salicylowy lub salicylany lub
- podrażnienie lub stany zapalne skóry w okolicy odcisku.

PREPARATY DODATKOWE

W obrocie dostępny jest również płyn zmiękczający odciski *GEHWOL Fluid* o statusie kosmetyku, który możesz zarekomendować diabetykom. W jego składzie znajduje się tymianek, goździki,

Tabela 44

Cechy charakterystyczne wysypki różyczkowej i jej różnicowanie z innymi chorobami (MSD Manual Professional Version, 2021)

Choroba	Cechy charakterystyczne wysypki	Czas trwania wysypki
Różyczka 	- zmiany mogą wystąpić na błonach śluzowych jamy ustnej i podniebieniu - wysypka ma charakter zstępujący: małe różowe plamki pojawiają się w pierwszej kolejności na twarzy, potem schodzą ku dołowi - z czasem plamki zlewają się w jedną, dając wrażenie czerwonej skóry - wysypka na twarzy i tułowiei podobna jest bardzo do odrowej, jednak jest mniej zaczerwieniona, mniej rozległa i szybciej zanikająca - znika w ciągu 2–3 dni i nie pozostawia żadnych śladów	3 dni
Ospa wietrzna  	- dotyczy całego ciała, może pojawić się także w jamie ustnej - wokół krostek pojawia się charakterystyczna czerwona obwódka - początkowo przyjmuje formę plamek, a następnie swędzących i zaczerwienionych grudek, które po kilku godzinach wypełniają się płynem surowiczym - w ciągu 2–3 dni pęcherzyki ulegają przemianom w krosty, a po 3–4 dniach przysychają w strupki - po zejściu wykwitów pozostają przemijające małe blizny i przebarwienia, a trwałe blizny pozostają w przypadku bakteryjnego nadkażenia wykwitów	4 dni
Szkarlatyna  	- pojawia się dopiero w drugiej dobie choroby - jest drobnoplamista i obejmuje przede wszystkim okolice pachowe, pachwinowe, pośladki i twarz z pominięciem fałd nosowych i brodawych (nie pojawia się na całym ciele) - ustępuje nawet po kilku godzinach lub kilku dniach - po ustąpieniu wysypki skóra ulega złuszczeniu – najpierw z twarzy, później z tułowia, a na samym końcu z dłoni i stóp	kilka godzin do kilku dni

- metronidazol – w dawce 250 mg 3 razy na dobę,
- trimetoprim + sulfametoksazol – w dawce 160/180 mg 2 razy na dobę,
- doksycyklina – w dawce 100 mg 2 razy na dobę,
- amoksycylina z kwasem klawulanowym – w dawce 500 mg 3 razy na dobę,
- tetracyklina – w dawce 250 mg 4 razy na dobę,
- neomycyna – w dawce 500 mg 2 razy na dobę.

Cykł leczenia wynosi około 7–10 dni (Bushyhead & Quigley, 2021).

ZALECENIA NIEFARMAKOLOGICZNE

Pacjentowi z objawami SIBO zaleć ograniczenie spożywania (Souza i in., 2022):

- błonnika – występującego głównie w pieczywie, kaszach, ryżu, płatkach owsianych,
- alkoholi cukrowych – największa ich zawartość występuje w ciastkach, batonikach, lodach oraz słodyczach.

Piśmiennictwo

- Bushyhead, D., & Quigley, E. M. (2021). Small Intestinal Bacterial Overgrowth. *Gastroenterology clinics of North America*, 50(2), 463–474. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2021.02.008>
- Frissora, C. L., & Cash, B. D. (2007). Review article: the role of antibiotics vs. conventional pharmacotherapy in treating symptoms of irritable bowel syndrome. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 25(11), 1271–1281. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2007.03313.x>
- Gatta, L., & Scarpignato, C. (2017). Systematic review with meta-analysis: rifaximin is effective and safe for the treatment of small intestine bacterial overgrowth. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 45(5), 604–616. <https://doi.org/10.1111/apt.13928>
- Lin H. C. (2004). Small intestinal bacterial overgrowth: a framework for understanding irritable bowel syndrome. *JAMA*, 292(7), 852–858. <https://doi.org/10.1001/jama.292.7.852>
- Oliveira, R. B., Martinelli, A. L. C., Troncon, L. E. A., & Elias, J., Jr (2018). Small intestinal bacterial overgrowth (SIBO) and vitamin K-responsive coagulopathy: a previously unrecorded association. *BMJ case reports*, 2018, bcr2017223531. <https://doi.org/10.1136/bcr-2017-223531>
- Pande, C., Kumar, A., & Sarin, S. K. (2009). Small-intestinal bacterial overgrowth in cirrhosis is related to the severity of liver disease. *Alimentary pharmacology & therapeutics*, 29(12), 1273–1281. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2036.2009.03994.x>
- Peralta, S., Cottone, C., Doveri, T., Almasio, P. L., & Craxi, A. (2009). Small intestine bacterial overgrowth and irritable bowel syndrome-related symptoms: experience with Rifaximin. *World journal of gastroenterology*, 15(21), 2628–2631. <https://doi.org/10.3748/wjg.15.2628>
- Quigley E. M. M. (2019). The Spectrum of Small Intestinal Bacterial Overgrowth (SIBO). *Current gastroenterology reports*, 21(1), 3. <https://doi.org/10.1007/s11894-019-0671-z>
- Quigley, E. M., & Quera, R. (2006). Small intestinal bacterial overgrowth: roles of antibiotics, prebiotics, and probiotics. *Gastroenterology*, 130(2 Suppl 1), S78–S90. <https://doi.org/10.1053/j.gastro.2005.11.046>
- Rao, S. S. C., & Bhagatwala, J. (2019). Small Intestinal Bacterial Overgrowth: Clinical Features and Therapeutic Management. *Clinical and translational gastroenterology*, 10(10), e00078. <https://doi.org/10.14309/ctg.0000000000000078>
- Souza, C., Rocha, R., & Cotrim, H. P. (2022). Diet and intestinal bacterial overgrowth: Is there evidence?. *World journal of clinical cases*, 10(15), 4713–4716. <https://doi.org/10.12998/wjcc.v10.i15.4713>
- Yao, J., Chang, L., Yuan, L., & Duan, Z. (2016). Nutrition status and small intestinal bacterial overgrowth in patients with virus-related cirrhosis. *Asia Pacific journal of clinical nutrition*, 25(2), 283–291. <https://doi.org/10.6133/apjcn.2016.25.2.06>

Notatki:

INDEKS

Symbole

2KC, 208, 209

2KC Xtreme, 208, 209

5-hydroksy-tryptofan, 169

α_1 -adrenolityki, 611

α -adrenolityki, 386

α -blokery, 267

β -blokery, 305

β -karoten, 562

β -sitostenon, 265

β -sitosterol, 265

A

abdominal pain. *Zobacz* ból

ABE, 415

Abiofem, 732

Acard, 249

Acatar Acti-Tabs, 182

Acatar Control, 29, 31

Acatar HydroCare, 605

ACC Classic, 227, 228

ACC Mini, 228

ACC Optima, 227

ACC Optima Active, 227

ACC Optima Hot, 227

aceklofenak, 139, 594

Acenocumarol WZF, 249

acenokumarol, 249, 787

aceponian metyloprednizolonu, 58

Acerin, 415

Acerin Intensive krem do stóp, 416

Acerin Lavendi krem do stóp, 487

Acertin, 378

A-cerumen, 319, 320

acetazolamid, 135

acetonid fluocynolonu, 742

acetonid triamcynolonu, 65, 225, 742

Acidolit, 46, 397

Acidum folicum Hasco, 366

Acidum folicum Richter, 366

Acifungin Forte, 189

Acitren, 289

Aclasta, 448

Aclexa, 139, 567

ACM Vitix żel repigmentujący odbarwienia skóry, 57

acne. *Zobacz* trądzik: młodzieńczy

Acnederma, 651

Acne-Derm, 65, 537

Acnelec, 652, 656

acne vulgaris. *Zobacz* trądzik: młodzieńczy

Acodin, 154, 231

Acodin Duo, 231

Acticoat Flex3, 419

Actiferol, 782

Actiferol Fe, 365

Actiferol Fe Forte, 365

Acti-Globin, 365

Actilite, 419

Actimodan, 327

Actisoftin, 713

Activelle, 295

Active Plast, 432

Active Plast Functional, 143

Activlab Gripomax Extra, 435

Actos, 705

Acular, 23, 747

acyklowir, 278, 432, 442, 443, 444, 520, 747

acytretyna, 289

Adablok, 387

Adadox, 387

Adadut, 387

Adalift, 135

adalimumab, 289

Adaster, 267, 387

Adatam, 267

adenoidal hypertrophy. *Zobacz* przerost migdałków

adenozyna, 243

Adenuric, 36

Adepend, 170

A-derma, 39

A-derma Cetylum, 39

A-derma Dermalibour+, 39, 510

A-derma Exomega, 600

A-Derma Protect kids Spray, 409

ADHD, 41, 696

adrenalina, 666

Adrenalina WZF, 666

Advantan, 40, 58, 499, 743

Aerius, 509

Aescin, 594, 803, 807

Aescin żel, 593

Aesculan, 808

affibercept, 563

Afrin, 29, 31, 235

Afronis płyn, 652

Aftargent Nano, 19

aftoza, 103

afty, 17, 18, 19, 20, 113, 464

Age-related Macular Degeneration. *Zobacz* AMD

Agiolax, 762

Agni casti fructus, 777

agonisty receptora dopaminowego, 782

agonisty receptora α_2 , 202

Agropyri rhizoma, 728

AHA, 486

AIDS, 244

Aimovig, 305

Ajona, 476

Ajona Stomaticum, 246

Ajovy, 305

Aknemycin, 652

Akneroxid, 651

aksetyl cefuroksymu, 95

Akustone, 319, 659

Akustone Alert, 659

Akutol, 491

Akuvox, 319, 320

Akynzeo, 397

ALA. *Zobacz* kwas: alfa-liponowy

ALAnerv, 342

ALAnerv ON, 58

alanina, 208

Alantan, 96, 189, 322, 426, 428, 492, 520, 600, 741

Alantandermoline, 514

Alantandermoline krem złuszczający, 486

Alantan maść, 495

Alantan plus, 428, 492, 741

Alantan-plus, 600

Alantan Plus, 426, 514

Alantan Plus maść, 495

Alantan zasypka, 517

alantoina, 64, 426, 514, 520, 740, 741

Alax, 762

albendazol, 468

Albothyl, 732

Alcaine, 461

Aldara, 65, 299

Alectoin, 23

Alendrogen, 448

alendronian sodu, 448

alergia, 70, 427, 561, 629, 631, 635, 711, 744

– pokarmowa, 237, 631, 690

alergiczne

– zapalenie skóry, 499

alergiczne zapalenie spojówek, 21, 22

alergiczny

– nieżyt nosa, 749. *Zobacz* ANN

alergiczny nieżyt nosa, 24, 25, 28, 30, 31, 32

aleriana officinalis, 551

Aleric Deslo active, 27

Aleric Deslo Active, 509

Aleric Spray, 751

Alerprof, 32

Aleve, 35, 91, 153, 460, 665

Alezin plus, 420

Alfabax, 267, 387

alfa-blokery, 387, 694

Alfadiol, 355

alfa-hydroksykwas. *Zobacz* AHA

alfakalcydol, 355, 648

Alfalipon prodiab, 580

Alfurion, 387

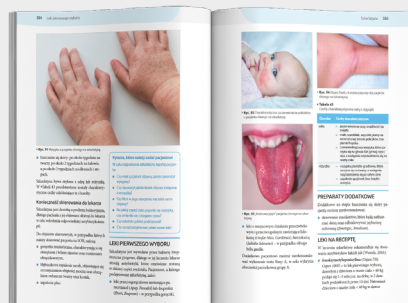
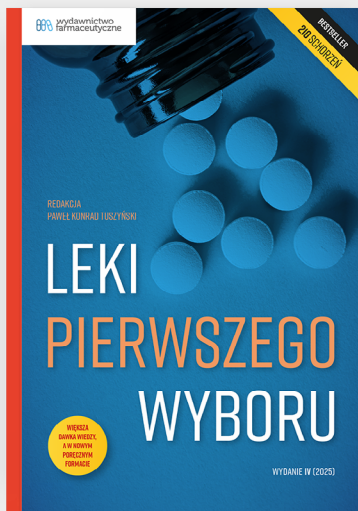
alfuzosyna, 215, 267, 387, 694

alginian magnezu, 737

alginian sodu, 736, 737

CZYTAJ WIĘCEJ

**wydawnictwo
farmaceutyczne**



Leki pierwszego wyboru WYDANIE IV

Nowe wydanie bestsellerowego podręcznika **Leki pierwszego wyboru** zostało zaktualizowane i poszerzone, dzięki czemu omówiono w nim aż 210 dolegliwości, z którymi na co dzień spotykają się farmaceuci. Pozycja ta pozwala dobrać odpowiedni preparat do potrzeb pacjenta zgodnie z kryteriami EBM. W nowym wydaniu znajduje się również lista pytań, które należy zadać pacjentowi, żeby móc sprawnie różnicować dane schorzenie z innymi jednostkami chorobowymi a także wychwycić objawy alarmowe i dobrać odpowiedni dla pacjenta lek. Podręcznik zawiera jeszcze więcej ilustracji, które pomogą w identyfikacji problemu, z którym zgłasza się pacjent.

Każdy rozdział składa się z następujących elementów:

- objawy – opis umożliwiający rozpoznanie danej jednostki chorobowej, często ze zdjęciami umożliwiającymi identyfikację,
- różnicowanie – czyli z jakimi schorzeniami może być pomyłone schorzenie opisywane i jak je rozróżnić,
- jakie pytania należy zadać pacjentowi – jest to lista pytań, które należy zadać pacjentowi zgłaszającemu się z daną dolegliwością,
- leki pierwszego wyboru – czyli preparaty, które należy zalecić pacjentowi w pierwszej kolejności a ich działanie zostało potwierdzone w badaniach klinicznych,
- preparaty dodatkowe – czyli preparaty, które można polecić w danym schorzeniu pomocniczo,
- leki na receptę - leki stosowane w danym schorzeniu na receptę, na które farmaceuta może wystawić receptę farmaceutyczną,
- zalecenia nefarmakologiczne - dodatkowe zalecenia i porady, których można udzielić pacjentowi.

Podręcznik **Leki pierwszego wyboru** to idealna pozycja dla wszystkich doświadczonych pracowników aptek, którzy chcą poszerzyć i usystematyzować swoją wiedzę, by móc lepiej pomagać pacjentom oraz dla studentów i stażystów, którzy dopiero wkraczają w apteczną rzeczywistość.

ZAMÓW

WWW.WYDAWNICTWO.FARM