

Farmacja praktyczna

POLPHARMA FARMACEUTOM

Skuteczność terapii: poza dobrą diagnostyką i doborem leczenia, kluczowe jest stosowanie się do zaleceń terapeutycznych oraz szeroko pojęta komunikacja na linii personel medyczny-pacjent

Prawo
Zakaz reklamy aptek
niezgodny z prawem UE
Zapadł wyrok TSUE

Opieka farmaceutyczna
Dbaj o swoje znamiona
Rola dermatoskopii
i ochrony przeciwsłonecznej

Receptura
Witaminy
w recepturze
aptecznej

SZNUR – co przyniesie szeroka reforma ustawy refundacyjnej i prawa farmaceutycznego?

Długo wyczekiwany przez branżę akt prawny, mający w teorii zwiększyć bezpieczeństwo lekowe, przyspieszyć procesy refundacyjne i bardziej zaangażować w nie pacjentów, przewiduje blisko 100 zmian, z których 30 ma charakter deregulacyjny. Jak wpłyną one na funkcjonowanie rynku?



Zdrowych wakacji z Polpharmą

WAKACYJNE ZAGROŻENIA GASTROLOGICZNE, WYJDŹ Z NICH CAŁO!



CZYNNOŚCIOWA NIESTRAWNOŚĆ,
NADMIERNA PEŁNOŚĆ W ŻOŁĄDKU

NA RATUNEK

 **Predox**
itopryd



EPIZODYCZNA ZGAGA

POMOŻE

 **FamOgast**
famotidinum



CZYNNOŚCIOWE BIEGUNKI/ZAPARCIA

BĘDĄ CHRONIĆ



 **Debretin**
trimebutini maleas **FORTE**

Debutir[®] Max
Ziwność specjalnego przeznaczenia medycznego

* W postaci tabletek.



BIEGUNKA PODRÓŻNYCH

WSPOMOŻE

Lakcid
ENTERO
Saccharomyces cerevisiae var. boulardii

Debutir[®] Max
Ziwność specjalnego przeznaczenia medycznego

Informacja o produkcie dostępna po zeskanowaniu
kodu lub u Przedstawiciela Polpharmy.

 **polpharma**
w Gastroenterologii

Predox



Famogast



Debretin Forte



Lakcid Entero



Debutir



PRED/2025/2075



Szanowni Państwo!

O publikowany w maju br. projekt szerokiej nowelizacji ustawy refundacyjnej – zwany potocznie SZNUR, to bez wątpienia jedna z najistotniejszych, planowanych modyfikacji systemu refundacyjnego w ostatnich latach. Ten długo wyczekiwany przez branżę akt prawny, mający w teorii zwiększyć bezpieczeństwo lekowe, przyspieszyć procesy refundacyjne i bardziej zaangażować w nie pacjentów, przewiduje blisko 100 modyfikacji. Zakres zmian zaproponowanych w dokumencie skierowanym do konsultacji publicznych obejmuje m.in. korektę mechanizmów zawartych w Dużej Nowelizacji Ustawy Refundacyjnej (w skrócie DNUR, czyli nowelizacji z sierpnia 2023 r., która w znacznej części weszła w życie 1 listopada 2023 r.), ale również nowe rozwiązania w zakresie refundacji leków. Nie ulega wątpliwości, że projektowana szeroka nowelizacja ustawy refundacyjnej, choć momentami może rodzić wątpliwości, zawiera szereg istotnych zmian, które wymagają pilnego procedowania. Czas pokaże, czy pokładane w niej nadzieje uczestników rynku farmaceutycznego będą miały swoje odzwierciedlenie w rzeczywistości. Na ten moment pewne jest, że jej zapisy mają wejść w życie 1 stycznia 2026 r. Zapraszamy do lektury naszego raportu, w którym przedstawiamy zasadnicze cele i założenia procedowanej noweli.

mgr farm. Barbara Misiewicz-Jagielak
Redaktor Merytoryczna
„Farmacji praktycznej”

Barbara Misiewicz-Jagielak

Aktualności

- 4 **Informacje**
- 6 **RAPORT: SZNUR – co przyniesie szeroka reforma ustawy refundacyjnej i prawa farmaceutycznego?**

Prawo

- 10 **Zakaz reklamy aptek niezgodny z prawem unijnym – wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej**
- 16 **Zapytaj eksperta**

Opieka farmaceutyczna

- 18 **Dbaj o swoje znamiona – rola dermatoskopii i ochrony przeciwsłonecznej**
- 21 **Witaminy w recepturze aptecznej**
- 23 **Jak rozpoznać nietolerancje pokarmowe?**

Nauka

- 25 **Skuteczność terapii w świetle zaangażowania ze strony pacjenta i efektywnej komunikacji z personelem medycznym**

Kultura

- 28 **Film, książka, muzyka**



FARMACJA PRAKTYCZNA®
Redaktor Merytoryczna: Barbara Misiewicz-Jagielak
Redaguje Zespół: Martyna Bieniek, Marta Gawrylik,
Justyna Grudniak, Magdalena Kocharńska,
Michał Kwaśny, Marcin Lewandowski, Dorota Mołodecka,
Joanna Ordańska-Kucińska, Dominika Petelicka-Puwalska,
Anna Robak-Reczek, Jakub Sikorski.

Na zlecenie: ZF Polpharma S.A.
Kontakt: ZF Polpharma S.A., ul. Bobrowiecka 6, 00-728 Warszawa
Wydawca: Valkea Media SA, ul. Jerzego Ficowskiego 15,
01-747 Warszawa
Redaktor naczelny: Łukasz Kuźmiński
Dyrektor projektu: Tomasz Opiela
Projekt graficzny: Dorota Cybulska



NRA w sprawie zmian dotyczących monitoringu temperatury i wilgotności w aptekach

Prezydium Naczelnej Rady Aptekarskiej przedstawiło szczegółowe uwagi do projektu rozporządzenia Ministra Zdrowia zmieniającego podstawowe warunki prowadzenia apteki.



SŁOWA KLUCZOWE:

- Prezydium NRA
- warunki prowadzenia apteki

„W stanowisku Prezydium doceniamy inicjatywę usunięcia obowiązku całodobowego monitoringu temperatury i wilgotności, jednak wyrażamy zaniepokojenie potencjalnymi konsekwencjami proponowanych zmian. Nowe regulacje mogą utrudnić lub uniemożliwić pacjentom dostęp do pełnowartościowych leków, zwłaszcza w sytuacjach nagłych” – czytamy na stronie NIA.

„Podkreślamy również, że dotychczasowe przepisy wystarczająco zapewniają bezpieczeństwo przechowywania leków pod

nadzorem farmaceutów. Wprowadzenie dodatkowych, nadmiernych obciążeń jest więc nieproporcjonalne, zwłaszcza że analogicznych wymogów nie przewidziano dla gabinetów lekarskich, oddziałów szpitalnych czy punktów obrotu pozaaptecznego.” Prezydium NRA deklaruje gotowość dalszej współpracy z MZ w celu opracowania rozwiązań zapewniających bezpieczeństwo pacjentów i racjonalne warunki pracy farmaceutów.

ŹRÓDŁO: NIA.ORG.PL

Jolanta Sobierańska-Grenda nową Ministrą Zdrowia

Prawniczka i menadżerka Jolanta Sobierańska-Grenda zostanie Ministrą Zdrowia w rządzie Donalda Tuska. Kierowanie resortem przejmie od Izabeli Leszczyny.

Sobierańska-Grenda od 2017 r. jest prezeską „Szpitali Pomorskich”. To spółka zarządzająca czterema podmiotami szpitalnymi, których właścicielem jest samorząd województwa pomorskiego. To Szpital Specjalistyczny im. F. Ceynowy w Wejherowie, Szpital Morski im. PCK w Gdyni, Szpital św. Wincentego a Paulo w Gdyni, Centrum Medyczne Smoluchowskiego w Gdańsku.

Wcześniej Sobierańska-Grenda przez sześć lat była dyrektorką Departamentu Zdrowia Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego. Nadzorowała placówki lecznicze, dla których podmiotem tworzącym jest samorząd województwa pomorskiego. Przeprowadzała konsolidacje szpitali. Nadzorowała przekształcenia szpitali marszałkowskich w spółki prawa handlowego. Doradzała w procesie przekształcania i restrukturyzacji szpitali powiatowych.

Na wczesnym etapie kariery Jolanta Sobierańska-Grenda była sekreta-

rzem powiatu i kierownikiem Biura Rady w Starostwie Powiatowym w Malborku.

Studia prawnicze Sobierańska-Grenda ukończyła na Uniwersytecie Gdańskim. Skończyła też studia MBA dla Kadry Medycznej w Akademii Leona Koźmińskiego w Warszawie. W 2024 r. na Uniwersytecie Gdańskim obroniła doktorat w dziedzinie nauk społecznych, który dotyczył efektywności zarządzania i restrukturyzacji podmiotów leczniczych. (PAP)

ŹRÓDŁO: PAP

Asmenol

Montelukastum



65+

BEZPŁATNY LEK*

<18

BEZPŁATNY LEK*

Ciąża+

BEZPŁATNY LEK*

Na lekki oddech
refundowany
montelukast w dawce

10 mg



ASM/2024/1813

*Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2025 r. w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 kwietnia 2025 r.

Informacja o produkcie dostępna po zeskanowaniu kodu lub u Przedstawiciela Polpharmy.



SZNUR – co przyniesie szeroka reforma ustawy refundacyjnej i prawa farmaceutycznego?

W maju br. resort zdrowia zaprezentował projekt szerokiej nowelizacji ustawy refundacyjnej, potocznie nazywanej SZNUR. Ten długo wyczekiwany przez branżę akt prawny, mający w teorii zwiększyć bezpieczeństwo lekowe, przyspieszyć procesy refundacyjne i bardziej zaangażować w nie pacjentów, przewiduje blisko 100 zmian, z których 30 ma charakter deregulacyjny. Jak wpłyną one na funkcjonowanie rynku?

ŁUKASZ KUŹMIŃSKI
redaktor naczelny „Farmacji praktycznej”



“

Zakres proponowanych w dokumencie skierowanym do konsultacji publicznych korekt daleko wykracza poza pierwotne zapowiedzi decydentów. Obejmuje on m.in. zasadnicze mechanizmy zawarte w Dużej Nowelizacji Ustawy Refundacyjnej (w skrócie DNUR, czyli nowelizacji z sierpnia 2023 r., która w znacznej części weszła w życie 1 listopada 2023 r.), a również nowe rozwiązania w zakresie refundacji leków stosowanych w chorobach rzadkich, procedur upraszczających ścieżki decyzyjne oraz zwiększających przewidywalność systemu

O publikowany w dniu 22 maja 2025 r. projekt nowelizacji ustawy refundacyjnej to niewątpliwie jedna z najistotniejszych, planowanych modyfikacji systemu refundacyjnego w ostatnich latach. Zakres proponowanych w dokumencie skierowanym do konsultacji publicznych korekt daleko wykracza poza pierwotne zapowiedzi decydentów. Obejmuje on m.in. zasadnicze mechanizmy zawarte w Dużej Nowelizacji Ustawy Refundacyjnej (w skrócie DNUR, czyli nowelizacji z sierpnia 2023 r., która w znacznej części weszła w życie 1 listopada 2023 r.), a również nowe rozwiązania w zakresie refundacji leków stosowanych w chorobach rzadkich, procedur upraszczających ścieżki decyzyjne oraz zwiększających przewidywalność systemu.

Podsekretarz Stanu w resorcie zdrowia, Marek Kos podczas konferencji poświęconej szerokiej nowelizacji ustawy refundacyjnej przedstawił proponowane w nowym projekcie zmiany i założenia towarzyszące jego tworzeniu.

„Chcemy przede wszystkim usunąć wadliwe albo nierealizowalne zapisy z poprzedniej ustawy. Urealnić kreowanie polityki refundacyjnej przez Ministra Zdrowia, gdyż obecnie w wielu obszarach resort jest zobowiązany oczekiwać na wniosek ze strony podmiotu odpowiedzialnego” – mówił Marek Kos.

Założenia SZNUR

Między innymi wprowadzenie mechanizmów mających pozwolić na lepsze zarządzanie dostępnością leków na rynku. Jak zapewnia resort zdrowia, miałyby to dotyczyć zarówno sytuacji deficytów leków, jak i możliwości refundacji leków w nowych kategoriach dostępności. Projektowana nowelizacja uwzględni także postulaty zgłaszane przez pacjentów, organizacje społeczne oraz przedstawicieli rynku farmaceutycznego. Jak wyjaśnia MZ, chodzi o zwiększenie przejrzystości procesu refundacyjnego poprzez umożliwienie udziału przedstawicieli pacjentów w pracach tzw. zespołów koordynacyjnych i negocjacji cenowych. Ma także poprawić ren-

towności obrotu produktami refundowanymi przez hurtownie oraz wprowadzić bardziej elastyczne zasady dotyczące analiz technologii medycznych.

Ponadto w swych założeniach SZNUR eliminuje luki prawne i dostosowuje przepisy do prawa unijnego. Wprowadza także System Wspomagania Decyzji w Polityce Lekowej (SWDPL) i rozszerza funkcjonalności Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL).

Uzasadnienie projektu nowelizacji

Już w ubiegłym roku resort zdrowia komunikował zakres proponowanych zmian. W lipcu 2024 r. odbyły się prekonsultacje z branżą, podczas których zaprezentowana została większość modyfikacji. Jak czytamy w uzasadnieniu projektu, kluczowe zmiany można podzielić na kilka zasadniczych obszarów:

- Zmiany proceduralne, czyli zniesienie obowiązku przedstawiania dowodów dostępności leku w obrocie w momencie składania wniosku refundacyjnego, co przyspieszy procesy administracyjne i umożliwi szybsze wprowadzanie leków na rynek.
- Nowe mechanizmy zarządzania dostępnością leków. Wprowadza przepisy pozwalające na szybką refundację leków w obcojęzycznych opakowaniach oraz zmiany w systemie kategorii dostępności refundacyjnej.
- Zmiany techniczne i organizacyjne polegające na dostosowaniu przepisów dotyczących funkcjonowania Komisji Ekonomicznej, wprowadzeniu wymogów dotyczących kadencji jej członków oraz zwiększeniu przejrzystości procesu negocjacyjnego.
- Rozszerzenie udziału pacjentów w systemie refundacyjnym poprzez wprowadzenie możliwości udziału przedstawicieli organizacji pacjentów w negocjacjach cenowych oraz w posiedzeniach zespołów koordynacyjnych w programach lekowych.
- Rozwój narzędzi informatycznych. Chodzi o utworzenie SWDPL, który umożliwi lepsze monitorowanie dostępności leków i analizę danych dotyczących ich stosowania.



„Wprowadzenie zaproponowanych zmian powinno przynieść szereg korzyści dla systemu ochrony zdrowia w RP. Poprawi efektywność i przejrzystość procesu refundacyjnego, zwiększy dostępność leków dla pacjentów oraz zmniejszy obciążenia administracyjne dla podmiotów odpowiedzialnych i hurtowni farmaceutycznych. Projekt przyczyni się również do lepszego wykorzystania zasobów publicznych przeznaczonych na refundację oraz zwiększy konkurencyjność polskiego rynku farmaceutycznego” – uzasadnia MZ

„Wprowadzenie zaproponowanych zmian powinno przynieść szereg korzyści dla systemu ochrony zdrowia w RP. Poprawi efektywność i przejrzystość procesu refundacyjnego, zwiększy dostępność leków dla pacjentów oraz zmniejszy obciążenia administracyjne dla podmiotów odpowiedzialnych i hurtowni farmaceutycznych. Projekt przyczyni się również do lepszego wykorzystania zasobów publicznych przeznaczonych na refundację oraz zwiększy konkurencyjność polskiego rynku farmaceutycznego” – uzasadnia MZ. Zdaniem wnioskodawców nowelizacji w dłuższej perspektywie zmiany ujęte w projekcie SZNUR miałyby wpłynąć na poprawę jakości opieki zdrowotnej i lepsze dostosowanie systemu do potrzeb wszystkich interesariuszy.

MZ: chcemy kreować politykę refundacyjną

Podczas majowej konferencji Wiceminister Kos tłumaczył, że zmiany będą stymulować do składania wniosków refundacyjnych.

„Mamy tutaj wiele pomysłów, jest to taki dział, który jest nam szalenie bliski, dlatego że na składanie wniosków czekamy najdłużej. Jest to okres, który jest kontrowersyjny i krytykowany przez wszystkich, gdyż czasami trwa około dwóch lat” – przyznał Sekretarz Stanu. Zauważył przy tym, że od zarejestrowania leku w Europejskiej Agencji Leków do złożenia wniosku przez podmiot odpowiedzialny do MZ mija minimum dwa lata bądź więcej.

„Chcemy kreować politykę refundacyjną przez wzywanie podmiotu odpowiedzialnego do złożenia wniosku refundacyjnego z jednoczesnym udzielaniem preferencji ustawowych. Chcemy też wprowadzić analizę wielokryterialną dla leków stosowanych w chorobach rzadkich i ultrarzadkich” – zapewniał Kos.

Kolejną istotną zmianą będzie udostępnianie pacjentom leków od pierwszego dnia refundacji. „Obecnie czekamy na podpisanie umów przez NFZ ze świadczącymi, stworzenie czy wdrożenie programu, co trwa tygodnie, a czasem nawet miesiące” – podkreślił wiceszef resortu zdrowia.

Konsultowany projekt ustawy zakłada również nową ścieżkę dla terapii złożonych, jak również dla terapii skojarzonych, wprowadzenie finansowania strat technologicznych dla terapii onkologicznych czy w chorobach rzadkich. „Jest to szalenie wielki problem, szczególnie dla szpitali, gdy te straty lekowe są bardzo duże” – wyjaśniał Marek Kos.

Korekta negatywnych skutków DNUR

Z prawniczych analiz wynika, że z ustawy o refundacji ma zniknąć algorytm, który miał służyć do liczenia wielkości dostaw, jakie miałyby zadeklarować wnioskodawca, ubiegając się o refundację. W praktyce okazało się, że algorytm jest błędny i prowadzi do wyliczeń, które nie podążają potrzebami rynku i możliwościami producentów.

„Zmianie i to istotnej ma ulec treść artykułu 34 ustawy o refundacji regulującego zasady odpowiedzialności wnioskodawców, w przypadku, gdy zobowiązanie dotyczące ciągłości dostaw i wielkości dostaw ustalonych w decyzji o refundacji nie zostanie dotrzymane. Zaproponowana w projekcie nowa treść tego przepisu nie tylko wydaje się znacznie bardziej przejrzysta i zrozumiała od obecnie obowiązującej regulacji, lecz także wprowadza racjonalne zasady odpowiedzialności wnioskodawców, w przypadku gdy wprowadzą do obrotu ilość produktu refundowanego niższe od zadeklarowanych” – wyjaśnia w publikacji serwisu Termedia.pl adwokat Katarzyna Czyżewska*.



Do planowanych zmian mających uporządkować przepisy ustawy o refundacji wprowadzone przez DNUR można zaliczyć proponowane uchylene przepisów dotyczących obowiązkowego umorzenia postępowania na etapie analizy wniosku przez AOTMiT. Ma to dotyczyć na przykład konsekwencji wydania warunkowej rekomendacji przez Prezesa AOTMiT, która obecnie, po niedawnej nowelizacji, skutkuje zawieszeniem postępowania do czasu spełnienia wskazanych w rekomendacji warunków, a w razie braku uzupełnienia wniosku w terminie – umorzeniem postępowania

Jak wyjaśnia, do ustawy ma wrócić przesłanka negatywna (tj. wyłączająca odpowiedzialność) zaspokojenia potrzeb pacjentów pomimo niższych dostaw leku refundowanego niż wynikające z zobowiązania. Wnioskodawca będzie miał zatem możliwość zwolnić się z odpowiedzialności, jeżeli udowodni, że potrzeby pacjentów zostały zaspokojone przez inne refundowane leki, środki spożywcze specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyroby medyczne.

Czyżewska zwraca również uwagę na przewidziane w nowym art. 34 ust. 8 ustawy o refundacji poszerzenie katalogu produktów, w stosunku do których obowiązku zapewnienia dostępności zgodnie z zobowiązaniem się nie stosuje. Wyłączenie miałyby bowiem objąć nie tylko leki, dla których organizowane są przetargi centralne (i to nie tylko te prowadzone przez prezesa NFZ, ale także przez

ministra zdrowia) w przypadku wyłonienia dostawcy dla całej populacji chorych w danym wskazaniu co najmniej na 12 miesięcy i leki stosowane sezonowo, ale również leki refundowane w programach lekowych*.

To niezwykle istotne, bo leki refundowane w programach lekowych są nabywane wyłącznie w przetargach publicznych organizowanych przez szpitale, co oznacza, że w przypadku niewygrania tych przetargów dostawca nie ma żadnej możliwości sprzedaży leku w warunkach refundacji i często zerowe lub niemal zerowe obroty. W tych warunkach nie da się zatem zrealizować obowiązku zapewnienia odpowiednio wysokich dostaw.

Nieobowiązkowe umorzenie postępowania

Do planowanych zmian mających uporządkować przepisy ustawy o refundacji wprowadzone przez DNUR można zaliczyć proponowane uchylene przepisów dotyczących obowiązkowego umorzenia postępowania na etapie analizy wniosku przez AOTMiT. Ma to dotyczyć na przykład konsekwencji wydania warunkowej rekomendacji przez Prezesa AOTMiT, która obecnie, po niedawnej nowelizacji, skutkuje zawieszeniem postępowania do czasu spełnienia wskazanych w rekomendacji warunków, a w razie braku uzupełnienia wniosku w terminie – umorzeniem postępowania. Uchylony ma być także art. 36a ust. 2 ustawy o refundacji, zgodnie z którym, jeżeli postępowanie, w odniesieniu do którego została wydana rekomendacja prezesa agencji, nie zostanie zakończone w terminie jednego roku, licząc od daty złożenia wniosku o refundację, minister zdrowia musi je umorzyć.

Co ponadto? Zapowiedź zmodyfikowania artykułu 34a, również dodanego do ustawy o refundacji nowelizacją z 2023 r., dotyczącego prawa aptek i hurtowni do zwrotu leku refundowanego po utracie przez ten produkt refundacji (prawo to ma teraz zostać ograniczone w ten sposób, że zwrot będzie można zrealizować jedynie w odniesieniu do partii leku zakupionej do 9 miesięcy przed utratą refundacji – w przypadku aptek lub do 12 miesięcy przed tym zdarzeniem – w przypadku hurtowni).



Nowości

Projekt nowelizacji ustawy o refundacji miałby nie tylko usunąć negatywne skutki DNUR, ale też wprowadzić kilka nowych rozwiązań. Choćby zapowiadany wcześniej mechanizm kroczącej obniżki ceny leku po wygaśnięciu okresu wyłączności rynkowej. To konsekwencja zmiany zasugerowanej w art. 13 ust. 2 ustawy, zgodnie z którą po wygaśnięciu wyłączności rynkowej (już nie ochrony patentowej) cena leku refundowanego nie będzie mogła być wyższa niż 75 proc. ceny obowiązującej w pierwszym dniu obowiązywania pierwszej decyzji o refundacji dla tego leku.

Wciąż oczywiście będzie możliwa realizacja obniżki tak w cenie nominalnej (cenie zbytu netto), jak i w cenie efektywnej (czyli w warunkach instrumentu dzielenia ryzyka), w obu tych cenach łącznie. Tutaj jednak projekt nowelizacji wprowadza istotne ograniczenie swobody realizacji obowiązku obniżenia ceny również w cenie efektywnej. Do ustawy ma być bowiem dodany nowy art. 13 ust. 2d, zgodnie z którym taka możliwość ma być wyłączona w odniesieniu do leków w refundacji aptecznej.

Projekt SZNUR próbuje również rozwiązać problem dostarczania na rynek opakowań obcojęzycznych le-



ków refundowanych sprowadzanych na rodzimy rynek z powodu częstych braków leków na podstawie zgody Prezesa URPL. Zdaniem wnioskodawców opakowania takie powinny być również refundowane oraz zaliczane na poczet realizacji obowiązku ciągłości dostaw i zapewnienia deklarowanych wielkości dostaw. Autorzy projektu nowelizacji sugerują rozwiązać ten problem poprzez wprowadzenie specjalnej uproszczonej procedury obejmowania refundacją takich obcojęzycznych prezentacji leków już refundowanych

ków refundowanych sprowadzanych na rodzimy rynek z powodu częstych braków leków na podstawie zgody Prezesa URPL. Zdaniem wnioskodawców opakowania takie powinny być również refundowane oraz zaliczane na poczet realizacji obowiązku ciągłości dostaw i zapewnienia deklarowanych wielkości dostaw. Autorzy projektu nowelizacji sugerują rozwiązać ten problem poprzez wprowadzenie specjalnej uproszczonej procedury obejmowania refundacją takich obcojęzycznych prezentacji leków już refundowanych. Miałyby one między innymi być zwolnione z negocjacji cenowych oraz mieć uproszczone w stosunku do zwykłego trybu postępowania wnioski.

Podsumowanie

Nie ulega wątpliwości, że projektowana nowelizacja szerokiej nowelizacji ustawy refundacyjnej, choć momentami może rodzić wątpliwości, zawiera szereg istotnych zmian, które wymagają pilnego procedowania. Czas pokaże, czy pokładane w niej nadzieje uczestników rynku farmaceutycznego będą miały swoje odzwierciedlenie w rzeczywistości. Na ten moment pewne jest, że jej zapisy mają wejść w życie 1 stycznia 2026 r.

* <https://www.termedia.pl/mz/SZNUR-co-rozwiazuje-i-czym-zaskakuje-,62592.html>



Zakaz reklamy aptek niezgodny z prawem unijnym – wyrok Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej^[1]

Trybunał w wyroku z dnia 19 czerwca 2025 r. uznał, że Polska naruszyła przepisy UE w zakresie, w jakim ustawodawca wprowadził w ustawie z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne^[2] zakaz reklamy aptek. Co wynika z wyroku TSUE?

PIOTR KAMIŃSKI
radca prawny

Przepis wprowadzający zakaz – rys historyczny
W dniu 1 maja 2007 r. do ustawy Prawo farmaceutyczne wprowadzono przepis art. 94a, na podstawie którego nałożono ograniczenia w zakresie reklamy aptek. Przepis ten stanowił, że zabroniona jest reklama działalności aptek lub punktów aptecznych skierowana do publicznej wiadomości, która w sposób bezpośredni odnosi się do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych umieszczonych na wykazach leków refundowanych, lub produktów leczniczych lub wyrobów medycznych o nazwie identycznej z nazwą produktów leczniczych lub wyrobów medycznych umieszczonych na tych wykazach. Zakaz reklamy aptek wszedł w życie się natomiast 1 stycznia 2012 r., w związku z nowelizacją art. 94a u.f.p. w 2011 r.^[3] Zgodnie z tym przepisem (nadal obowiązującym) zabroniona jest reklama aptek

i punktów aptecznych oraz ich działalności. Nie stanowi reklamy informacja o lokalizacji i godzinach pracy apteki lub punktu aptecznego. Zabroniona jest także reklama placówek obrotu pozaaptecznego i ich działalności odnosząca się do produktów leczniczych lub wyrobów medycznych.

Nadzór nad przestrzeganiem przepisów ustawy w zakresie działalności reklamowej aptek (punktów aptecznych i placówek obrotu pozaaptecznego) sprawuje odpowiedni wojewódzki inspektor farmaceutyczny. W razie stwierdzenia naruszenia inspektor nakazuje, w drodze decyzji, zaprzestanie prowadzenia takiej reklamy. Naruszenie zakazu reklamy zagrożone jest karą pieniężną w wysokości do 50 000 zł (art. 129b u.f.p.).

Ratio legis zakazu reklam aptek

Wprowadzenie zakazu reklamy aptek miało na celu:

- zwiększenie bezpieczeństwa obrotu produktami leczniczymi w tym ograniczenie nadmiernego spożycia leków,
- ochronę pacjentów przed nieuczciwymi praktykami, takimi jak promowanie leków, których nie powinni oni przyjmować,
- równy dostęp do leków (ograniczenie reklamy ma zapewnić, że dostęp do leków nie będzie zależał jedynie od intensywności i zakresu reklamowania aptek),
- ochronę konkurencji (zakaz reklamy ma na celu wyrównanie szans pojedynczych aptek z sieciami aptek, aby nie faworyzować tych, które mają większe możliwości reklamowe).

Kontrowersje wokół zakazu reklam aptek

Przepisy ustanawiające zakaz reklamy aptek od początku ich wprowadzenia budzą kontrowersje. Odmienne stano-



Polpril

ramipril
+ indapamid

PLUS



JEDYNE w Polsce
połączenie ramiprilu z indapamidem
już dostępne dla pacjentów¹

ramipril + indapamid
w jednej kapsułce



Dostępny w szerokiej gamie dawek



5 mg + 1,25 mg



5 mg + 2,5 mg



10 mg + 1,25 mg



10 mg + 2,5 mg



1. Na podstawie IQVIA FlexView Poland 05/2025

Informacja o produkcie dostępna
po zeskanowaniu QR kodu lub
u przedstawiciela Polpharmy



PRIL/2025/1699

STANOWISKO SAMORZĄDU APTEKARSKIEGO

Komunikat Naczelnej Rady Aptekarskiej w sprawie wyroku Trybunału Sprawiedliwości Unii Europejskiej dotyczącego zakazu reklamy aptek i punktów aptecznych oraz ich działalności

W wyroku z dnia 19 czerwca 2025 r. w sprawie C-200/24 Trybunał Sprawiedliwości Unii Europejskiej (Dziennik Urzędowy) orzekł*, że „Przyjmując art. 94a ust. 1 ustawy z dnia 6 września 2001 r. – Prawo farmaceutyczne, Rzeczpospolita Polska uchybiła zobowiązaniom ciążącym na niej na mocy art. 8 ust. 1 dyrektywy 2000/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 8 czerwca 2000 r. w sprawie niektórych aspektów prawnych usług społeczeństwa informacyjnego, w szczególności handlu elektronicznego w ramach rynku wewnętrznego (dyrektywy o handlu elektronicznym), oraz na mocy art. 49 i 56 TFUE”.

W ww. wyroku TSUE wskazał w pkt 99, że „Rzeczpospolita Polska **podtrzymuje stanowisko, zgodnie z którym zakaz wynikający z tego przepisu chroni farmaceutów przed ewentualnymi naciskami ze strony właścicieli aptek lub punktów aptecznych, mającymi na celu zwiększenie sprzedaży określonych produktów**”.

Naczelna Rada Aptekarska, traktując swobodę i niezależność przy wykonywaniu czynności zawodowych farmaceuty za gwarancję ochrony praw pacjenta oraz godności zawodu farmaceuty, podkreśla, że pomimo ww. wyroku TSUE, w polskim prawie obowiązują normy prawne, które chronią farmaceutów, a co za tym idzie pacjentów, przed ewentualnymi naciskami ze strony podmiotów prowadzących apteki lub punkty apteczne, mającymi na celu zwiększenie sprzedaży określonych produktów.

Zgodnie z „Kodeksem Etyki Farmaceuty Rzeczypospolitej Polskiej”, farmaceuta ma prawo do:

- **sprzeciwu** wobec posługiwaniu się jego wiedzą i sprawnością zawodową w zachowaniach sprzecznych z zawodowym powołaniem farmaceuty (vide art. 2 ust. 2 KEA RP),
- **wolności** w podejmowaniu swoich zachowań, zgodnie ze swym sumieniem i współczesną wiedzą medyczną (vide art. 3 ust. 1 KEA RP),
- **swobodnego i niezależnego wykonywania działań zawodowych farmaceuty**, co stanowi gwarancję ochrony praw pacjenta oraz godności zawodu farmaceuty (vide art. 3 ust. 1a KEA RP),
- **odmowy wszelkich zachowań**, w tym czynności faktyczne lub prawne, w szczególności zawarcia umowy lub innego zobowiązania, których konsekwencją może być ograniczenie swobody lub niezależności zawodowej farmaceuty, w szczególności w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych farmaceuty (vide art. 3 ust. 1c KEA RP),
- **odmowy wykonania polecenia ograniczającego swobodę lub niezależność zawodową** – przy sprawowaniu opieki farmaceutycznej, udzielaniu usług farmaceutycznych lub wykonywaniu zadań zawodowych farmaceuty (np. kierowaniu apteką lub punktem aptecznym) (vide art. 3 ust. 1g KEA RP)
- **odmowy reklamowania** siebie oraz swoich usług (vide art. 19 ust. 1 KEA RP),
- **odmowy uczestniczenia w reklamie** usług farmaceutycznych, jak i ich promocji niezgodnej z prawem lub dobrymi obyczajami (vide art. 19 ust. 1 KEA RP).

Zawód farmaceuty jest **samodzielnym** zawodem medycznym (vide art. 2 ust. 1 u.z.f.). Stosownie do art. 35 ust. 1 u.z.f., aptekarz (farmaceuta wykonujący zawód w aptece, punkcie aptecznym, dziale farmacji szpitalnej albo hurtowni farmaceutycznej) **samodzielnie podejmuje decyzje** w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych oraz wykonywania zadań zawodowych, kierując się wyłącznie dobrem pacjenta, i **nie jest związany w tym zakresie poleceniem służbowym**.

Zgodnie z art. 35 ust. 2 u.z.f., podmiot prowadzący aptekę, punkt apteczny lub dział farmacji szpitalnej **ma obowiązek umożliwić aptekarzowi samodzielne podejmowanie decyzji w zakresie sprawowania opieki farmaceutycznej, udzielania usług farmaceutycznych lub wykonywania zadań zawodowych w zakresie, w jakim są one związane z prowadzoną przez ten podmiot działalnością**.

Zgodnie z art. 103 ust. 2 pkt 10 Pr. farm. wojewódzki inspektor farmaceutyczny może cofnąć zezwolenie, jeżeli: – podmiot prowadzący aptekę nie wykonuje obowiązku, o którym mowa w art. 35 ust. 2 ustawy z dnia 10 grudnia 2020 r. o zawodzie farmaceuty.

Działania naruszające samodzielność i niezależność zawodową farmaceutów, w tym wszelkie formy przymuszania do udziału w reklamie aptek lub promocji ich działalności, mogą stanowić podstawę do cofnięcia zezwolenia na prowadzenie apteki na podstawie art. 103 ust. 2 pkt 10 ustawy – Prawo farmaceutyczne.

Oznacza to, że **jakikolwiek działania podmiotów prowadzących apteki, które zmierzają do podporządkowania farmaceuty interesom sprzedażowym, a nie dobru pacjenta, stanowią naruszenie prawa**.

Farmaceuta, będąc osobiście odpowiedzialnym za wykonywaną pracę oraz posiadając wolność w wykonywaniu swojego zawodu zgodnie ze swoim sumieniem i aktualną wiedzą medyczną, kierując się zasadami etyki zawodowej,

- **ma prawo i obowiązek odmówić wykonania czynności, które naruszają jego niezależność lub samodzielność zawodową, a także poinformować o każdej próbie takiego naruszenia odpowiednie organy, tj.:**

- 1 właściwego wojewódzkiego inspektora farmaceutycznego;
- 2 właściwą okręgową izbę aptekarską.

Szczególne uprawnienia w tym zakresie posiadają kierownicy aptek, którzy nie tylko są zobowiązani do osobistego kierowania apteką, lecz także do nadzoru nad personelem i zapewnienia przestrzegania zasad niezależności i samodzielności zawodowej.

* <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:62024CJ0200>

wiska w tym zakresie przedstawiają reprezentanci mniejszych aptek i samorząd aptekarski (por. uchwała Naczelnej Rady Aptekarskiej Nr IX/22/2024 r. z dnia 24 kwietnia w sprawie wyrażenia stanowiska dotyczącego zakazu reklamy aptek, punktów aptecznych i placówek obrotu pozaaptecznego, informowania o ich działalności oraz informowania przez farmaceutów o wykonywaniu zawodu, w tym poza aptekami i punktami aptecznymi^[4]), którzy popierają zakaz, a odmienne więksi przedsiębiorcy i organizacje zrzeszające sieci apteczne, którzy są za zniesieniem lub złagodzeniem zakazu.

Wyrok TSUE

Kontrowersje wokół zakazu reklam aptek przeciął wyrok TSUE z dnia 19 czerwca 2025 r. (C-200/24)^[5], stwierdzając, że zakaz ten jest sprzeczny z prawem unijnym. Już w 2019 r. Komisja Europejska^[6] skierowała do Rzeczypospolitej Polskiej wezwanie do usunięcia – jej zdaniem – uchybienia, w którym podniosła, że przepis wprowadzający zakaz reklamy aptek narusza unijne normy.

Po kilkuletniej wymianie korespondencji pomiędzy stroną polską a KE Komisja dnia 13 marca 2024 r. zdecydowała się złożyć do Trybunału skargę przeciwko Polsce wnosząc o stwierdzenie, że poprzez przyjęcie art. 94a ust. 1 u.z.f. Polska uchybiła zobowiązaniom ciążącym na niej na mocy art. 8 ust. 1 dyrektywy 2000/31/WE Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 8 czerwca 2000 r.

w sprawie niektórych aspektów prawnych usług społeczeństwa informacyjnego, w szczególności handlu elektronicznego w ramach rynku wewnętrznego (dyrektywy o handlu elektronicznym)^[7], a także na mocy art. 49 i 56 TFUE^[8].

Trybunał stwierdził naruszenie przez Polskę wskazanych w skardze przepisów, tj.: Naruszenie art. 8 ust. 1 dyrektywy o handlu elektronicznym, zgodnie z którym państwa członkowskie zapewniają, żeby używanie informacji handlowych, które są częścią lub stanowią usługę społeczeństwa informacyjnego świadczoną przez przedstawiciela zawodu regulowanego, było dozwolone pod warunkiem zgodności z zasadami wykonywania zawodu (...). Jak wskazuje w uzasadnieniu wyroku TSUE, przepis ten „ma na celu umożliwienie przedstawicielom zawodu regulowanego używania usług społeczeństwa informacyjnego w celu promowania ich działalności”^[9]. Przepis ten „zostałby pozbawiony skuteczności (effet utile), a cel realizowany przez prowadawcę Unii byłby zagrożony, gdyby zasady wykonywa-



Sigletic®
Sitagliptinum

Zachowaj równowagę w glikemii

Metsigletic®
Sitagliptinum
Metformini hydrochloridum

LEKI **21** W TABLETCE

Podwójne wsparcie w kontroli glikemii

Refundacja w pełnym
zakresie wskazań*

65+
bezpłatny lek*



OBNIŻONA ODPLATNOŚĆ
DLA PACJENTA*

polpharma



SIGLETIC

Informacje o lekach dostępne po zeskanowaniu kodu lub u przedstawiciela Polpharmy.

*Obwieszczenie Ministra Zdrowia z dnia 17 czerwca 2025 r.
w sprawie wykazu refundowanych leków, środków spożywczych specjalnego
przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych na 1 lipca 2025 r.



METSIGLETIC

nia zawodu mogły w sposób ogólny i całkowity zakazać wszelkiej formy reklamy on-line prowadzonej w celu promowania działalności osoby wykonującej zawód regulowany”.

Poza sporem pozostaje, że farmaceuta jest przedstawicielem zawodu regulowanego, a ponieważ art. 8 ust. 1 ww. dyrektywy dotyczy wszystkich przedstawicieli zawodu regulowanego, to prawo krajowe nie może być uznane za zgodne z tym przepisem tylko z tego powodu, że niektórzy przedstawiciele zawodu regulowanego nie są objęci zakazem reklamy przewidzianym w tym prawie.

Naruszenie art. 49 (zakaz ograniczania swobody przedsiębiorczości) oraz art. 56 (zakaz ograniczania swobody świadczenia usług) TFUE.

Trybunał uzasadniał, że za ograniczenia swobody przedsiębiorczości lub swobody świadczenia usług należy uznać wszystkie środki, które uniemożliwiają, utrudniają lub czynią mniej atrakcyjnym korzystanie ze swobód zagwarantowanych w art. 49 i 56 TFUE^[10]. Przepisy krajowe zakazujące w sposób ogólny i całkowity wszelkiej reklamy danej działalności mogą ograniczyć osobom, które tę działalność wykonują, możliwość zaprezentowania się potencjalnym klientom i promowania usług, które zamierzają im oferować. Zdaniem TSUE w niniejszej sprawie ma to miejsce w przypadku art. 94a ust. 1 u.f.p., co wynika to ze sposobu, w jaki ten przepis był stosowany w decyzjach polskich organów administracyjnych i orzeczeniach polskich sądów. W konsekwencji tego rodzaju przepisy krajowe należy uznać za ograniczenie swobodnego świadczenia usług^[11]. Przepis art. 94a u.f.p. uniemożliwia każdemu, kto zamierza prowadzić aptekę w Polsce, poinformowanie o tym potencjalnych klientów. Ustanowiony w nim zakaz reklamy powoduje w szczególności, że warunki dostępu do rynku są względem nowych aptek trudniejsze. Taka sytuacja może być szczególnie niekorzystna dla przedsiębiorców mających siedzibę w państwach członkowskich innych niż Rzeczpospolita Polska, którzy muszą dołożyć dodatkowych starań, aby dać się poznać klientom zamieszkającym w Polsce. W związku z tym zakaz reklamy stanowi dodatkową przeszkodę, którą muszą pokonać przedsiębiorcy z innych państw członkowskich pragnący założyć aptekę w Polsce. TSUE stwierdził, że zakaz reklamy może faworyzować apteki obecne na rynku od wielu lat, ze szkodą dla tych, które zamierzają wejść na ten rynek i oferować na nim więcej usług lub usługi lepszej jakości. Polska przy tym nie wykazała, że wynikające z art. 94a u.f.p. ograniczenia



swobody przedsiębiorczości i swobody świadczenia usług są właściwe do zapewnienia realizacji celu ochrony zdrowia publicznego polegającego na zwalczaniu nadmiernego spożycia produktów leczniczych. Cel ten może być realizowany za pomocą mniej restrykcyjnych środków niż zakaz wynikający z ww. przepisu, takich jak środki regulujące treść reklamy niektórych usług oferowanych przez apteki.

Co wynika z wyroku?

Krótko ujmując – zasady wykonywania zawodu farmaceuty mogą skutecznie określać ramy treści i formy informacji handlowych, o których mowa w art. 8 ust. 1 dyrektywy. Zasady te jednak nie mogą zawierać ogólnego i całkowitego zakazu tego rodzaju informacji (promocji, reklamy).

Konsekwencje wyroku TSUE

To przede wszystkim kwestie zmian legislacyjnych. I chociaż wyrok TSUE nie usunął z porządku prawnego art. 94a u.f.p. to należało będzie podjąć działania mające na celu usunięcie niezgodności tego przepisu z regulacjami UE i umożliwienie podmiotom dotychczas objętych zakazem – podejmowania działań promocyjno-reklamowych. W przeciwnym razie na Polskę będzie mogła zostać nałożona kara pieniężna za niewykonanie wyroku.

Widoczne zaczynają też być efekty wyroku TSUE w orzecznictwie sądów administracyjnych w zakresie postępowań w sprawie reklamy aptek – postępowania są umarzane przez sądy, a decyzje o karach pieniężnych uchylane.

Piśmiennictwo:

1. Dalej: TSUE lub Trybunał.
2. Dz. U. z 2025 r. poz. 750, ze zm., dalej także: u.p.f.
3. Art. 60 ustawy z dnia 12 maja 2011 r. o refundacji leków, środków spożywczych specjalnego przeznaczenia żywieniowego oraz wyrobów medycznych.
4. <https://www.nia.org.pl/2025/06/27/komunikat-w-sprawie-wyroku-trybunalu-sprawiedliwosci-unii-europejskiej-dotyczacego-zakazu-reklamy-aptiek-i-punktow-aptecznych-oraz-ich-dzialalnosci/>.
5. <https://curia.europa.eu/juris/document/document.jsf?text=&docid=301356&pageIdex=0&doclang=PL&mode=req&dir=&occ=first&part=1&cid=2401258>
6. Dalej także: Komisja lub KE.
7. Dz. Urz. UE. L 178 z dnia 17 lipca 2000 r., s.1.
8. Traktat o funkcjonowaniu Unii Europejskiej.
9. Por. wyrok z dnia 4 maja 2017 r., Vanderborght, C-339/15, EU:C:2017:335, pkt 42.
10. Wyrok z dnia 8 czerwca 2023 r., Fastweb i in. (Częstotliwość naliczania opłat), C-468/20, EU:C:2023:447, pkt 81 i przytoczone tam orzecznictwo.
11. Wyrok z dnia 4 maja 2017 r., Vanderborght, C-339/15, EU:C:2017:335, pkt 63, 64.

Poczwórna moc gojenia na rany i oparzenia



HYDROŻEL

przyspieszający gojenie ran



Zapytaj eksperta

Na pytania Czytelników naszego magazynu nadesłane na adres redakcji odpowiada Piotr Kamiński, radca prawny.

PIOTR KAMIŃSKI
radca prawny

Jestem zatrudniona na podstawie umowy o pracę na czas określony. Umowa ta wygasa w lipcu. Z kolei umowa na czas nieokreślony została już podpisana z tym samym pracodawcą, ale świadczenie pracy na jej podstawie ma się rozpocząć, dopiero gdy wygaśnie umowa na czas określony. Jestem w 5 miesiącu ciąży (nie informowałam o tym pracodawcy), termin porodu wypada we wrześniu. Czy mogę już teraz pójść na L4 i korzystać z pełnej ochrony przewidzianej dla pracownic w ciąży zatrudnionych na czas nieokreślony? Czy jednak, skoro świadczenie pracy na podstawie umowy na czas nieokreślony jeszcze się nie rozpoczęło, taka ochrona mnie nie obejmuje?

W przedmiotowej sytuacji zostały spełnione przesłanki do objęcia pracownicy pełną ochroną przewidzianą dla kobiet w ciąży. Występuje bowiem ciągłość zatrudnienia (umowa na czas nieokreślony została już zawarta). Zgodnie z art. 26 ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. Kodeksu pracy^[1] stosunek pracy nawiązuje się w dniu

określonym w umowie jako dzień rozpoczęcia pracy. Przepis pozostawia autonomii woli stron kwestię oznaczenia terminu nawiązania stosunku prawnego powstałego na podstawie umowy (umowa może być zawarta np. 1 lipca, a strony mogą określić w umowie, że dniem rozpoczęcia pracy będzie np. 1 sierpnia).

Kobieta w ciąży ma prawo do zwolnienia lekarskiego, a tym samym do zasiłku chorobowego, w przypadku, gdy jej stan zdrowia lub stan ciąży wymaga niezdolności do pracy. Zgodnie z art. 4 ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa^[2] ubezpieczony nabywa prawo do zasiłku chorobowego po upływie 30 dni nieprzerwanego ubezpieczenia chorobowego – jeżeli podlega obowiązkowo temu ubezpieczeniu. Warunek ten został spełniony. Z kolei zgodnie z art. 29 ust. 1 pkt 1 ww. ustawy zasiłek macierzyński przysługuje ubezpieczonej, która w okresie ubezpieczenia chorobowego albo w okresie urlopu wychowawczego urodziła dziecko.

Pracownica będzie korzystać z ochrony związanej z macierzyństwem. Stosownie do art. 177 § 1 k.p. w okresie ciąży oraz w okresie urlopu macierzyńskiego, a także od dnia złożenia przez pracownicę wniosku o udzielenie urlopu macierzyńskiego albo jego części, urlopu na warunkach urlopu macierzyńskiego albo jego części, uzupełniającego urlopu macierzyńskiego, urlopu rodzicielskiego albo jego części – do dnia zakończenia tego urlopu pracodawca nie może^[3]:

1 prowadzić przygotowań do wypowiedzenia lub rozwiązania bez wypowiedzenia stosunku pracy z tą pracownicą;

2 wypowiedzieć ani rozwiązać stosunku pracy z tą pracownicą, chyba że zachodzą przyczyny uzasadniające rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia z ich winy i reprezentująca tę pracownicę lub tego pracownika zakładowa organizacja związkowa wyraziła zgodę na rozwiązanie umowy.

Piśmiennictwo:

1. Dz. U. z 2025 r. poz. 277, dalej: k.p.

2. Dz. U. z 2025 r. poz. 501.

3. Z zastrzeżeniami określonymi w § 4, tj. ogłoszenie upadłości lub likwidacji pracodawcy.

Farmacja praktyczna

Farmacja play

Już na Instagramie!

Znajdziesz tu:

- aktualności i ciekawostki ze świata farmacji i medycyny
- porady prawne ekspertów
- artykuły z dziedziny opieki farmaceutycznej i zarządzania apteką

**Zdobywaj
wiedzę,
bierz udział
w szkoleniach
i konkursach!**

**Śledź
nasz profil!**





Dbaj o swoje znamiona – rola dermatoskopii i ochrony przeciwsłonecznej

Oficjalnie na raka skóry w Polsce choruje 14 000 osób, a u ok. 50 000 badanych wykrywane są w ciągu roku różnego rodzaju choroby skóry, z czego prawie 4 000 stanowią czerniaki. Sumienna profilaktyka dermatoskopowa oprócz spokoju i bezpieczeństwa w zakresie zdrowia skóry umożliwia szybką reakcję na wypadek zmian postępujących. Wczesne wykrycie zmian nowotworowych zwiększa bowiem szansę wyleczenia.

mgr farm. PATRYCJA ANTOSZEK-JASTRZĘBSKA

Kierownik Działu Farmacji Szpitalnej Polsko-Amerykańskiej
Kliniki Serca Centrum Sercowo-Naczyniowe

“

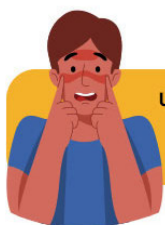
Dermatoskopia to nieinwazyjna, całkowicie bezbolesna, szybka oraz efektywna metoda diagnostyczna badania skóry, która pozwala na dokładną ocenę znamion i pieprzyków. Umożliwia szybkie wykrycie zmian skórnych na wczesnym etapie

W ciągu ostatnich lat zaobserwować można dynamiczny wzrost liczby nowotworów. Ponad 7 mln Europejczyków choruje na raka skóry^[1], a w Polsce 30% wszystkich nowotworów złośliwych dotyczy tego obszaru. Opierając się na danych z Krajowego Rejestru Nowotworów, można wywnioskować, że niebarwnikowe nowotwory skóry znalazły się w czołówce najczęściej występujących nowotworów w Polsce zaraz po raku płuca oraz raku piersi.

Najważniejszym czynnikiem predysponującym do występowania nowotworów skóry jest promieniowanie słoneczne, dlatego też bardzo ważne jest zabezpieczanie skóry przed słońcem, należy pamiętać o codziennym stosowaniu preparatów z wysokim filtrem UV^[2].

Dermatoskopia to nieinwazyjna, całkowicie bezbolesna, szybka oraz efektywna metoda diagnostyczna badania skóry, która pozwala na dokładną ocenę znamion i pieprzyków. Umożliwia szybkie wykrycie zmian skórnych na wczesnym etapie. Badanie to najlepiej wykonać na jesień, chociaż dobrą porą roku jest również zima i wczesna wiosna. Najważniejsze, aby kontroli poddać się po okresie letnim, ponieważ opaleniźna może mieć wpływ na wynik badania. Do diagnostyki używa się dermatoskopu, który jest rodzajem lupy powiększającej (zazwyczaj 10-krotne powiększenie) i oświetlającej badaną powierzchnię. Dodatkowo specjaliści mogą zaproponować obejrzenie zmian skórnych przy użyciu wideodermatoskopu, w którym lekarz może jeszcze bardziej przybliżyć i wyostrzyć badany odcinek skóry.

OGRANICZ RYZYKO ZACHOROWANIA NA NOWOTWORY SKÓRY



unikaj opalania
się w godz.
11:00-15:00



nie korzystaj
z solariów



noś nakrycie głowy
i okulary przeciwsłoneczne
z filtrem UV



kontroluj znamiona
i pieprzyki



stosuj przez cały rok
kremy z filtrem
(latem min. 30 SPF)



umów się do dermatologa
na kontrolę znamion
za pomocą
dermatoskopu

Ministerstwo
Zdrowia

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia



Niebarwnikowe nowotwory
skóry znalazły się
w czołówce najczęściej
występujących nowotworów
w Polsce zaraz po raku
płuca oraz raku piersi

Ponadto sprzęt ten ma możliwość nagrywania obrazów co może posłużyć w przyszłości do porównania i oceny stanu skóry, jest to ważne u osób, które należą do tzw. grupy ryzyka^[3]. Dermatoskop jest porównywalny obecnie do stetoskopu. To narzędzie niezbędne w pracy lekarza pozwala w szybki sposób rozpoznać większość schorzeń dermatologicznych, odróżnić zmianę łagodną od złośliwej^[4]. Sama kontrola polega na przykładaniu aparatu do badanego miejsca po wcześniejszym pokryciu okularu olejkim immersyjnym, środek ten zmniejsza rozpraszanie i odbijanie światła. Dzięki wyżej opisanemu badaniu można obliczyć tzw. wskaźnik dermatoskopowy (TDS). Większa asymetria zmiany, ilość kolorów, nieregularne granice, liczba elementów

A B C D E CZERNIAKA

ZMIANY W OBRĘBIE ZNAMIENTA BUDZĄCE NIEPOKÓJ ONKOLOGICZNY
SĄ OKREŚLANE JAKO REGUŁA ABCDE – FREIDMANA I RIGELA



A (ang. asymetry)

asymetria, zmiana kształtu
znamienia z okrągłej
na niesymetryczną



B (ang. border)

poszarpane, nierówne
brzegi posiadające
zgrubienia



C (ang. colour)

czerwony, czarny
lub niejednorodny kolor



D (ang. diameter)

duży rozmiar,
średnica znamienia
powyżej 6 mm



E

(ang. evolving over time)

ewolucja, postępujące
zmiany zachodzące
w znamieniu

Ministerstwo
Zdrowia

NFZ
Narodowy Fundusz Zdrowia

strukturalnych mają wpływ na wskaźnik TDS. Przy wysokich wynikach lekarze podejmują decyzje o wycięciu zmiany.

W wielu krajach stosowanie dermatoskopii jest wymogiem – głównie dotyczy to krajów, w których odnotowuje się wysoki wskaźnik zachorowalności na raka skóry, jak np. w Australii. Na terenie Niemiec, Szwajcarii, w krajach skandynawskich, Australii, USA dermatoskopia należy do diagnostyki zmian skórnych. W Niemczech czy Australii jest refundowana i traktowana jako standard opieki^[5].

Bardzo ważne jest prawidłowe przygotowanie się do badania dermatoskopowego. Poniżej wskazówki, jak się do niego przygotować:

1 Należy zrezygnować z pielęgnacji skóry przy użyciu kosmetyków, tj. balsamów, kremów, makijażu w dniu badania, a płytka paznokciowa powinna być bez lakieru – to bardzo ważne, aby nie zaburzać obrazu zmian skórnych.

2 Wskazane jest, aby skóra, która ma zostać poddana kontroli, była czysta, sucha, pozbawiona owłosienia w miejscu zmian.

Należy pamiętać o samobadaniu – raz w miesiącu wskazane jest wykonanie samobadania według reguły ABCDE^[6]. Reguła ABCDE umożliwia wstępną ocenę zmian skórnych, poniżej wyjaśnienie poszczególnych cech:

- **A (asymetria)** – nowotworowe zmiany skórne mają charakter asymetrii.
- **B (brzegi)** – nierówne, poszarpane, zatarte.
- **C (kolor)** – niejednolity, różne odcienie.
- **D (średnica)** – należy zwrócić szczególną uwagę na zmiany o średnicy przekraczającej 6 mm.
- **E (ewolucja)** – istniejące zmiany skórne zmieniają swój wygląd (kolor, kształt, pojawia się krew, swędzenie)^[7].

Profilaktyka dermatoskopowa opiera się na cyklicznej analizie znamion przy użyciu dermatoskopu. Zaleca się, aby kontrolę wszystkich znamion wykonywać raz w roku, co umożliwia szybkie wykrycie



Farmaceuta poprzez bezpośredni kontakt z pacjentem może edukować w zakresie regularnych badań skóry, przypominać jak ważne jest wczesne zidentyfikowanie zmiany, przekazywać w jasny, zrozumiały dla pacjenta sposób jak prawidłowo dbać o higienę skóry, jak ją pielęgnować i zabezpieczać przed szkodliwym wpływem promieniowania słonecznego. W sytuacjach wymagających konsultacji lekarskiej farmaceuta kieruje chorego do dalszej diagnostyki^[9]

nowotworu skóry, np. czerniaka. Częściej, co 3-6 miesięcy, kontrolować zmiany skórne powinny osoby obdarzone dużą ilością znamion, o jasnej karnacji oraz z historią nowotworów skóry w rodzinie.

Sumienna profilaktyka dermatoskopowa oprócz spokoju i bezpieczeństwa w zakresie zdrowia skóry umożliwia szybką reakcję na wypadek zmian postępujących – wczesne wykrycie zmian nowotworowych zwiększa szansę wyleczenia. Jeśli znamie spełnia jeden lub kilka punktów z reguły ABCDE, należy skonsultować się z lekarzem. Bardzo ważne jest, ograniczenie przebywania na słońcu w godzinach między 10-16, należy stosować filtry przeciwsłoneczne z wysokim faktorem SPF, kiedy to konieczne należy pamiętać o odzieży ochronnej: czapki, okulary, koszulki z długim rękawem, unikanie solarium^[8].

Farmaceuta poprzez bezpośredni kontakt z pacjentem może edukować w zakresie regularnych badań skóry, przypominać jak ważne jest wczesne zidentyfikowanie zmiany, przekazywać w jasny, zrozumiały dla pacjenta sposób jak prawidłowo dbać o higienę skóry, jak ją pielęgnować i zabezpieczać przed szkodliwym wpływem promieniowania słonecznego. W sytuacjach wymagających konsultacji lekarskiej farmaceuta kieruje chorego do dalszej diagnostyki^[9].

Do lekarza powinno się zgłosić w chwili pojawienia się nowych znamion lub w sytuacji, gdy już istniejące zmieniają swój wygląd (inny kształt, kolor, wielkość), pojawia się krew, uczucie świądu, pieczenia i bólu. Podczas wizyty dermatolog za pomocą dermatoskopu oceni zmianę oraz zaproponuje dalszy schemat postępowania^[10].

Piśmiennictwo:

1. <https://www.mp.pl/pacjent/onkologia/aktualnosci/298177,ponad-7-mln-europejczykow-choruje-na-raka-skory> (dostęp: 17.05.2022)
2. <https://www.zwrotnikraka.pl/nawotwory-skory-przyczyny-profilaktyka/> (dostęp: 27.06.2023); <https://www.termia.pl/dermatologia/Prof-Rutkowski-Rak-skory-to-nie-tylko-czerniak47892.html> (dostęp: 18.07.2022)
3. A. Lallas, E. Errichetti, D. Ioannides, „Dermatoskopia w dermatologii ogólnej” Wrocław 2023; <https://www.zwrotnikraka.pl/dlaczego-badanie-zmian-skornych-jest-wazne/> (dostęp: 20.11.2023)
4. G. Kamińska-Winciorek, Podstawowe triki w dermoskopii, „Forum Dermatologicum” 2019, t. 5, nr 2, s. 35-37.
5. https://www.mp.pl/pacjent/badania_zabiegi/80966,badanie-dermatoskopowe (dostęp: 07.06.2017)
6. <https://diag.pl/pacjent/artykuly/zasady-profilaktyki-czerniaka-sprawdz-jak-sie-ustrzec-przed-rakiem-skory/> (dostęp: 10.12.2023); <https://diag.pl/pacjent/artykuly/zasady-profilaktyki-czerniaka-sprawdz-jak-sie-ustrzec-przed-rakiem-skory/> (dostęp: 05.08.2022)
7. <https://www.gov.pl/web/psse-pleszew/abcde-czerniaka>
8. <https://www.gov.pl/web/psse-nowy-tomysl/program-profilaktyki-nowotworow-skory>
9. <https://aptekarz.pl/rola-farmaceuty-w-profilaktyce-zdrowotnej/#:~:text=Farmaceutyci%20od%20zawsze%20stanowia%20%85%20wa%C5%BCne,leczonym%20z%20powodu%20chor%C3%B3b%20przewlek%C5%82ych.> (dostęp: 25.05.2021)
10. <https://www.zwrotnikraka.pl/znamię-na-skorze/> (dostęp: 26.04.2024)

Witaminy w recepturze aptecznej

Temat witamin w recepturze, pomimo że wielokrotnie poruszany, nadal wydaje się niewyczerpany i to z kilku powodów. Jeden z nich stanowią obliczenia dotyczące wspomnianych składników. W niniejszym artykule skupię się na wyliczeniach dotyczących witaminy D₃, zwłaszcza że gęstość jednego z jej preparatów zmieniła się na przestrzeni lat.

mgr farm. SYLWIA BEDNARSKA
wykładowca w Medycznym Studium Zawodowym



Główną jednostką miary funkcjonującą w recepturze jest gram. Dlatego na receptynie zawierającej przepis recepturowy nie jest konieczne podawanie jednostki, gdyż każda osoba wykonująca lek doskonale wie, że chodzi o gramy. Przepisanie składnika w mililitrach czy jednostkach międzynarodowych wymaga wyraźnego zaznaczenia tego na receptynie. Istotnym problemem w przypadku witamin jest fakt, iż są one dostępne w postaci leków gotowych, których zawartość w opakowaniu podaje się w jednostkach objętości. Wykonując lek recepturowy, będziemy najczęściej roztwory witamin odważać, z kolei do wyceny konieczne jest przeliczenie odważonej masy na objętość. Pomostem łączącym obie te wartości jest gęstość, czyli stosunek masy substancji do zajmowanej przez nią objętości.

Witamina D₃ nie występuje w formie substancji pro receptura. Leki recepturowe z jej dodatkiem wykonuje się z leków gotowych, umieszczonych w wykazie leków, które mogą być traktowane jako surowce farmaceutyczne^[1]. Na wykazie tym obecnie mamy 3 preparaty cholekalcyferolu: Devikap, Juvit D₃ i Vigantol. Najważniejsze informacje dotyczące każdego z nich zebrano w poniższej tabeli. Jak wynika z tabeli, ilość jednostek witaminy D₃ zawarta w jednej kropli jest taka sama w przypadku wszystkich preparatów, różna jest natomiast liczba kropli w 1 ml. Produkty te łączy również ta sama (i jedyna) substancja pomocnicza, a mianowicie triglicerydy nasyconych kwasów tłuszczowych o średniej długości łańcucha. Zmiana w wykazie substancji pomocniczych jest najistotniejsza w przypadku Devikapu. Do 2020 r. preparat ten posiadał bazę wodną, w skład której wchodziły:

makroglicerolu rycynooleinian, sacharoza, disodu fosforan dwunastowodny lub dwuwodny, kwas cytrynowy jednowodny, aromat anyżowy, alkohol benzylowy woda oczyszczona. Gęstość takiego płynu wynosiła wtedy 1,1 g/ml (wartość większa od gęstości wody). Od 2021 r. na rynku dostępna jest jedynie forma olejowa Devikapu z gęstością w zakresie 0,93–0,96 g/ml (czyli wartość mniejsza od gęstości wody). Różnica gęstości jest więc znacząca i ma wpływ na sposób wykonywania leku i/lub jego wyceny, w zależności od sposobu wypisania recepty. Zawartość witamin w przepisach recepturowych najczęściej podaje się na 2 sposoby: w jednostkach międzynarodowych (przykładem jest recepta nr 1) oraz klasycznie w gramach (przykład w receptynie nr 2). W każdym z tych dwóch przypadków schemat obliczeń będzie nieco inny, co zaprezentowałam poniżej.

NAZWA PRODUKTU	STĘŻENIE WITAMINY D ₃	ZAWARTOŚĆ WITAMINY D ₃ W 1 KROPLI	PRZYBLIŻONA LICZBA KROPLI W ML
Devikap	15 000 j.m./ml	500 j.m.	30
Juvit D ₃	20 000 j.m./ml	500 j.m.	40
Vigantol	20 000 j.m./ml	500 j.m.	40

RECEPTA 1	
Rp.	Vit. D ₃ 80 000 j.m. Vit A 60 000 j.m. Aquae destillatae 40,0 Lekobasae ad 200,0 M.f.ung. D.s. 1 x na noc

W powyższej receptce zawartości witamin przepisano w j.m., co oznacza, że możemy użyć każdego z dostępnych w wykazie leków^[1] preparatów, musimy je natomiast prawidłowo przeliczyć. W naszym przypadku do wykonania użyjemy Devikapu oraz witaminy A Medana. W obu przypadkach gęstości wymagane dla tych preparatów podawane są w formie zakresu: wspomniane 0,93-096 g/ml dla Devikapu oraz 1.075-1.097 g/ml dla A Medana. Producent podaje szczegółowe wartości gęstości w zależności od serii preparatu. Rozbieżności w gęstości pomiędzy poszczególnymi seriami są jednak niewielkie, ponadto witaminy posiadają stosunkowo niewielką toksyczność, dlatego nie ma konieczności każdorazowego używania innej wartości gęstości w zależności od serii, tak jak to ma miejsce w przypadku nystatyny. Wystarczy jedynie przyjęcie uśrednionej wartości, czyli w przypadku Devikapu, będzie to 0,945 g/ml, natomiast dla Witaminy A Medana – 1,086 g/ml. W związku z tym obliczenia do recepty nr 1 będą wyglądać następująco:

- a) Devikap**
15 000 j.m. – 1 ml Witaminy
80 000 j.m. – X
X = 5,33 ml , co oznacza, że do wyceny wpisujemy 0,53 opakowania.

0,945 g – 1 ml
X – 5,33 ml
X ≈ 5,04 g – czyli tyle odważamy leku
- b) Vit. A Medana**
50 000 j.m. – 1 ml
60 000 j.m. – X
X = 1,2 ml, co oznacza, że do wyceny wpisujemy 0,12 opakowania

1,086 g – 1 ml
X – 1,2 ml
X ≈ 1,3 g – czyli tyle odważamy leku.

c) Obliczenie ilości podłoża:
200 g – 5,04 g – 1,3 g – 40,0 = 153,66 g lekobazy

Podsumowując, najpierw obliczono objętość płynu zawierającą przepisaną ilość jednostek witaminy (czyli wartość potrzebna do wyceny), następnie z gęstości obliczono masę płynu, która posłużyła do wyliczenia ilości podłoża oraz do wykonania leku.

RECEPTA 2	
Rp.	Mentholi 0,4 Vit. A sol Vit. E sol Devikap aa 5,0 Glicerini ad 250,0 M.f.sol. D.s. 2 x dziennie 1 łyżka

W powyższej receptce roztwory witamin przepisano w gramach, czyli w takich jednostkach, w jakich będziemy je odważać. W celu wykonania leku nie będzie więc dodatkowych obliczeń dotyczących witamin. Przeliczenie będzie natomiast potrzebne do wyceny tegoż leku. W tym sposobie przepisywania witamin nie jest podana ich moc, więc musimy założyć, że dotyczy ona najsłabszych dostępnych preparatów zawartych w wykazie^[1]. W przypadku witaminy A będzie to więc witamina A Hasco o mocy 45 000 j.m./ml. Krople witaminy E mają to samo stężenie, więc można użyć każdego z dwóch dostępnych preparatów. Z kolei w przypadku witaminy D₃, w tej konkretnej receptce podano dokładnie nazwę preparatu, czyli wiadomo, że chodziło o moc 15 000 j.m./ml. Obliczenia:

- a) Obliczenie ilości gliceryny**
250 g – 0,4 g – 5 g – 5 g – 5 g = 234,6 g gliceryny
- b) Vit. A Hasco**
1,15 g – 1 ml
5 g – X
X ≈ 4,35 ml – czyli do wyceny można przyjąć 0,44 opakowania
- c) Vit. E Medana**
0,93 g – 1 ml
5 g – X
X ≈ 5,38 ml – czyli do wyceny można przyjąć 0,54 opakowania
- d) Devikap**
0,945 g – 1 ml
5 g – X
X ≈ 5,3 ml – czyli do wyceny dodajemy 0,53 opakowania

W tym przypadku jest nieco mniej wyliczeń, nie jest konieczne obliczanie ilości roztworów witamin potrzebnych do wykonania leku, gdyż podano je od razu w przepisie recepturowym. Bezpośrednio z podanych wartości obliczamy więc masę gliceryny. Konieczne do wyceny leku było natomiast wyliczenie objętości poszczególnych roztworów witamin, zrobiono to oczywiście na podstawie gęstości podanych przez producentów.

Piśmiennictwo:
1. <https://isap.sejm.gov.pl/isap.nsf/DocDetails.xsp?id=wdu20120001259> (Dziennik Ustaw 2012 poz. 1259)
2. Karta charakterystyki produktu leczniczego Devikap
3. Karta charakterystyki produktu leczniczego Juvit D3
4. Karta charakterystyki produktu leczniczego Vigantol
5. <https://polpharma.pl/produkty-polpharmy/gestosci-witamin-polpharma-produkty/#/wyniki-gestosci-dla-wybranych-produktow>
6. <https://www.hasco-lek.pl/produkty/vitaminum-a-hasco-45000-j-m/>



Jak rozpoznać nietolerancje pokarmowe?

Nietolerancja pokarmowa określana jest mianem nieimmunologicznej odpowiedzi organizmu po spożyciu pokarmów, które u osób zdrowych są dobrze tolerowane. Reakcje te wynikają z niedoborów enzymów – enzymatyczna (np. nietolerancja laktozy, galaktozy) lub działania pewnych substancji – farmakologiczna (np. histaminy, tyraminy, serotoniny)^[1, 2]. Jakie sygnały wysyła nam ciało, kiedy nie trawi nabiału, glutenu czy skorupiaków?

prof. UPP dr hab. JOANNA BAJERSKA

Zakład Dietetyki, Uniwersytet Przyrodniczy w Poznaniu,
specjalista dietetyk z zakresu żywienia człowieka

Jednym z najczęstszych typów nietolerancji pokarmowej jest nietolerancja laktozy wynikająca z braku lub niedoboru enzymu laktazy, który uczestniczy w trawieniu laktozy (dwucukru) do glukozy i galaktozy poprzez proces hydrolizy w błonie śluzowej jelit^[2]. Laktoza jest głównym węglowodanem występującym w mleku ssaków. Zawartość laktozy w mleku krowim wynosi 4,7 g w przeliczeniu na 100 g produktu. Natomiast w serze żółtym edamskim zawartość laktozy wynosi już tylko 0,1 g/100 g produktu^[3]. Dzieje się tak, bowiem w procesie dojrzewania sera laktoza, przy udziale bakterii kwasu mlekowego, przekształcana jest na kwas mlekowy i inne składniki^[4]. Laktoza ze względu na swoje właściwości należy również do najczęściej stosowanych substancji pomocniczych w przemyśle far-

maceutycznym. Stąd też osoby szczególnie wrażliwe powinny również sprawdzać skład zażywanych leków.

Najczęściej zgłaszanymi przez pacjentów objawami nietolerancji laktozy są przede wszystkim: ból brzucha, wzdęcia, uczucie przelewania, biegunka, odbijanie, koliki^[2]. Wymienione symptomy wynikają z wewnątrzjelitowej fermentacji, która powoduje produkcję kwasu mlekowego, dwutlenku węgla i wodoru. Oprócz symptomów z przewodu pokarmowego nietolerancja laktozy może manifestować się również mniej typowymi objawami, takimi jak ból głowy, mięśni, stawów, zmęczenie, zaburzenie funkcji poznawczych, zmiany skórne, pokrzywka owrzodzenia jamy ustnej, kołatanie serca^[2]. Objawy te nie występują u wszystkich pacjentów i mogą być trudne do jednoznacznego

powiązania z nietolerancją laktozy. Ponadto są niespecyficzne i mogą być skutkiem innych schorzeń.

Objawy nietolerancji laktozy można obserwować zwykle od 30 minut do kilku godzin po zjedzeniu lub wypiciu pokarmu zawierającego laktozę. Nasilenie objawów jest osobnicze i wynika z natężenia niedoboru laktazy oraz ilości spożytej laktozy^[5].

Zastosowanie diety ubogolaktozowej powinno nastąpić po postawieniu wstępnego rozpoznania nietolerancji laktozy, które opiera się na zebraniu szczegółowych informacji dotyczących związku przyczynowo skutkowego pomiędzy spożyciem produktów i potraw zawierających laktozę a występowaniem objawów nietolerancji laktozy (za dawkę dobrze tolerowaną u większości pacjentów uznaje się 12 g

laktozy) oraz na wyniku nieinwazyjnego wodoroowego testu oddechowego (lub wodoro-metanowego)^[5]. Pomiar stężenia wodoru opiera się na założeniu, że u zdrowego człowieka gaz ten jest niemal nieobecny w wydychanym powietrzu. Natomiast u osób nietolerujących laktozy, na skutek fermentacji jelitowej powstaje wodór, który dyfunduje do naczyń krwionośnych, a następnie wraz z krwią przedostaje się do płuc, skąd jest wydychany^[6]. Test tolerancji laktozy z krwi jest uzupełnieniem pomiaru stężenia wodoru. Polega na pomiarze stężenia glukozy we krwi pacjenta po spożyciu 50 g laktozy. U zdrowego człowieka laktoza jest trawiona do glukozy i galaktozy, które zostają wchłonięte do krwiobiegu. Następnie wątroba konwertuje galaktozę do glukozy, co dodatkowo podwyższa jej poziom we krwi. U osób z nietolerancją laktozy jej spożycie powoduje tylko niewielki wzrost stężenia glukozy we krwi, co daje podstawę do diagnozy nietolerancji laktozy^[6]. Dodatkowo o nieprawidłowym trawieniu i wchłanianiu węglowodanów może świadczyć obniżone pH stolca^[5]. Pierwotną oraz wrodzoną nietolerancję laktozy można potwierdzić, wykonując biopsję śluzówki jelita cienkiego (oznaczenie aktywności laktazy) lub badania genetyczne (np. badania polimorfizmu genu laktazy)^[5].

Standardowe postępowanie dietetyczne w nietolerancji laktozy polega na początkowym wykluczeniu głównych jej źródeł (mleko, produkty mleczne) na krótki czas, do ustąpienia objawów, a następnie ponownym stopniowym (1 porcja dziennie) wprowadzaniu ich do diety, aż do wystąpienia objawów, w celu ustalenia ilości laktozy tolerowanej przez chorego. Całkowita eliminacja laktozy z diety, szczególnie u osób dobrze ją tolerujących jest niewskazana z tego względu, że laktoza w produktach mlecznych zwiększa wchłanianie wapnia oraz wpływa na homeostazę mikroflory jelitowej.

Nietolerancja histaminy to typ nieimmunologicznej nadwrażliwości pokarmowej, w której przekroczenie osobniczego progu tolerancji dla histaminy (aminy biogennej) skutkuje wystąpieniem szerokiego spektrum objawów, w tym jelitowych i pozajelitowych^[7]. Spożycie pokarmów bogatych w histaminę, w tym m.in. ryb wędzonych (makrela, sardynki, tuńczyk), czekolady, serów pleśniowych i dojrzewających, czerwonego wina, przetworzonego mięsa (salami, surowa szynka) u osób nietolerujących histaminy może wywoły-

wać szereg dolegliwości, takich jak: uderzenia gorąca, świąd skóry, duszność, ból głowy, zawroty głowy, kichanie, arytmie serca, nudności, wymioty, biegunkę i ból brzucha. Zawartość histaminy w produktach spożywczych wzrasta wraz ze wzrostem stopnia ich przetworzenia, a także w wyniku długiego przechowywania, dojrzewania, fermentacji oraz podczas psucia się żywności. Znaczne ilości histaminy zawarte są również w pomidorach, szpinaku, roślinach strączkowych, truskawkach i owocach cytrusowych^[7]. Źródłem histaminy może być nie tylko spożywany pokarm^[7]. Warto podkreślić, że znaczne ilości histaminy endogennej mogą zostać uwolnione pod wpływem różnych czynników zewnętrznych, w tym niektórych produktów (przyprawy, zioła, dodatki do żywności) i leków (kodeina, morfina, aspiryna, NLPZ)^[8].

Dokładny mechanizm patogenetyczny nietolerancji histaminy jest wciąż niejasny, jednak przypuszcza się, że kluczowa jest obniżona aktywność jelitowa oksydazy diaminowej (DAO), która odgrywa rolę w degradacji histaminy. U dorosłych pacjentów rozpoznanie nietolerancji histaminy opiera się na stwierdzeniu co najmniej 2 charakterystycznych objawów dla nietolerancji histaminy, występujących 20-60 minut (do 4 godzin) po spożyciu produktów bogatych w histaminę. Warto przy tym zaznaczyć, że nadal diagnostyka tej nietolerancji nie jest jeszcze dostatecznie wystandaryzowana^[9]. Po wykluczeniu alergii IgE-zależnej i innych stanów związanych z nadmiernym uwalnianiem histaminy podczas wykonywania punktowego testu skórniego należy ocenić bąbel pohistaminowy po 50 minutach^[8]. Testem laboratoryjnym dostępnym w diagnostyce nietolerancji

histaminy jest również ocena aktywności DAO w surowicy krwi^[8].

Nieceliakalna nadwrażliwość na gluten (*non-celiac gluten sensitivity*; NCGS) to wariant nietolerancji pokarmowej wywołanej spożyciem glutenu (kompleks białek, głównie gliadyn i glutenin zawartych w zarodku ziaren pszenicy, a także innych zbożach) i związanym z tym występowaniem objawów chorobowych u pacjentów, u których wykluczono celiakię oraz alergię na pszenicę^[10]. Warunkiem niezbędnym do rozpoznania nietolerancji na gluten jest efektywność diety eliminacyjnej oraz nawrót dolegliwości po ponownym wprowadzeniu glutenu do diety (prowokacja). Mechanizm NCGS pozostaje nadal przedmiotem badań. Warto wspomnieć, że nie tylko gluten jest wyzwalaczem objawów NCGS, należą do nich również inhibitory amylazy i trypsyny (występujące w pszenicy, a także życie i jęczmieniu) a także oligo-, di- i monosacharydy oraz poliole (zawarte w wielu produktach, m.in. jabłkach, grzybach, cebuli, czosnku, miodzie i innych)^[11].

Objawy kliniczne nietolerancji na gluten są zróżnicowane i niejednorodne. Mogą być to symptomy zarówno z przewodu pokarmowego (m.in. bóle brzucha, wzdęcia, nudności i zmiana rytmu wypróżnień), jak i pozajelitowe (uczucie splątania lub niepokoju, bóle głowy, stawów i mięśni, depresja). Diagnostyka nieceliakalnej nadwrażliwości na gluten opiera się na wykonaniu dokładnych badań w celu wykluczenia celiakii i alergii na pszenicę, a następnie wprowadzeniu diety bezglutenowej. Gdy po eliminacji glutenu objawy ustępują, a ponowne jego wprowadzenie spowoduje nawrót choroby, nieceliakalna nadwrażliwość na gluten może zostać potwierdzona^[12].

Piśmiennictwo:

1. Michalczuk M, Sybilski A.J. Nietolerancje pokarmowe. *Pediatr Med Rodz* 2010, 6 (3), p. 189-193.
2. Skypala I. Nadwrażliwość pokarmowa – alergia i nietolerancja pokarmowa. W: Payne A., Barker H.: *Dietetyka i żywienie kliniczne*. Elsevier Urban & Partner, 2013: 53-71.
3. <https://ncez.pzh.gov.pl/choroba-a-dieta/nietolerancja-laktozy-co-mozna-stosowac-a-czego-unikac-w-diecie/>
4. Żelazowski P, Wszolek M. Rola mikroorganizmów w serach dojrzewających typu Gouda. *Conference: Nauki biologiczne i chemiczne. Spojrzenie młodych naukowców*, Kraków, 2026.
5. Dittfeld A., Parol D. i wsp. *Badania laboratoryjne w dietetyce*. Edra Urban & Partner. 2024.
6. https://www.jagiellonskiecentruminnowacji.pl/wp-content/uploads/2019/01/nietolerancja_laktozy_broszura_f.pdf
7. Chimowicz J. i wsp. *Nietolerancja histaminy – praktyczny przewodnik dla lekarza pediatri*. STANDARDY MEDYCZNE/PEDIATRIA, 2022, T. 19, 642-646.
8. Buczytko K. i wsp. Wytyczne diagnostyki i postępowania w nietolerancji histaminy. *Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology* 2023; 10, 3: 141-151 doi: <https://doi.org/10.5114/pja.2023.131553>.
9. Buczytko K. i wsp. 2023 Wytyczne diagnostyki i postępowania w nietolerancji histaminy. *Alergologia Polska – Polish Journal of Allergology* 2023; 10, 3: 141-151.
10. Michałowska J, Pastusiak K, Bogdański P. Kontrowersje wokół glutenu. *Varia Medica* 2018 tom 2, nr 1, strony 13-19.
11. Śledziona i wsp. 2021 Nieceliakalna nadwrażliwość na gluten – aktualny problem w dietetyce. *Forum Zaburzeń Metabolicznych* 2021, vol. 12, no 2, 71-75.
12. Akutko K. i wsp. Nieceliakalna nadwrażliwość na gluten – charakterystyka i leczenie. *Pediatrics Polska*. Volume 91, Issue 4, July-August 2016, Pages 345-349.



Skuteczność terapii w świetle zaangażowania ze strony pacjenta i efektywnej komunikacji z personelem medycznym

W nieustannie rozwijającym się świecie medycyny szereg czynników warunkuje powodzenie terapii. Poza dobrą diagnostyką i samym doбором leczenia, kluczowe w istocie jest stosowanie się do zaleceń terapeutycznych przez pacjenta oraz szeroko pojęta komunikacja na linii personel medyczny-pacjent.

mgr farm. MARTYNA BIENIEK
redaktorka „Farmacji praktycznej”

Proces leczenia jest skomplikowany i wymaga od chorego zaangażowania, by ten przestrzegał wytycznych farmakologicznych oraz zaleceń co do stylu życia, realizował zalecone badania oraz odbywał regularne wizyty kontrolne. Niejednokrotnie zdarza się, że choć pacjenci mają możliwość korzystania z dostępnych i przebadanych metod, to brak zaangażowania chorego owocuje niedostatecznymi efektami lub ich brakiem, a niekiedy i brutalnymi konsekwencjami zdrowotnymi. Ten problem jest zauważalny zwłaszcza w przypadku przewlekłych jednostek chorobowych, kiedy to przestrzeganie zaleceń tera-

apeutycznych wymaga długotrwałego i stałego zaangażowania pacjenta. Niepokojący jest fakt, że mimo powszechnego dostępu do wiedzy i narzędzi oraz ciągłego rozwoju medycyny problem nie znika, a specjaliści biją na alarm, gdyż dostrzegają ogromną konieczność poprawy na tym polu.

Statystyki są przytłaczające: aż 58% pacjentów z nadciśnieniem tętniczym nie przestrzega zaleceń terapeutycznych po upływie jednego roku od postawienia diagnozy. Analiza danych Narodowego Funduszu Zdrowia pochodzących z okresu 2013-2018 wskazuje, że około 1/4 pacjentów (24%) z nowodiagnozo-

“

Statystyki są przytłaczające: aż 58% pacjentów z nadciśnieniem tętniczym nie przestrzega zaleceń terapeutycznych po upływie jednego roku od postawienia diagnozy



Problem braku aktywnego udziału pacjenta w procesie leczenia jest zauważalny w licznych specjalizacjach i dziedzinach medycyny, co skutkuje nie tylko brakiem efektów terapii, dyskomfortem pacjenta, niejednokrotnie bólem, ale w szerszej perspektywie prowadzi do progresji choroby, hospitalizacji, czy nawet finalnie śmierci pacjenta. Odpowiedzialność za przebieg i wynik terapii nie leży zatem jedynie po stronie personelu fachowego, ale również kluczowe jest tu zaangażowanie ze strony chorego

wanym nadciśnieniem tętniczym nie zrealizowało pierwszej zaordynowanej recepty na leki refundowane. Szacuje się, że w polskiej kardiologii co druga hospitalizacja wynika z niestosowania się chorego do wdrożonego schematu leczenia. W przypadku terapii depresji, około 56% pacjentów porzuca leczenie przed końcem 4. miesiąca procesu – choć tu właśnie systematyczność i wytrwałość są kluczem do uzyskania poprawy, a samodzielne odstawienie leku może mieć negatywne konsekwencje dla pacjenta. W szerszym ujęciu 20% osób nie realizuje recept lub nie przyjmują leków w sposób właściwy, co przekłada się na 200 tys. zgonów rocznie w Europie. Te szokujące liczby wskazują nie tylko skalę problemu, ale i potencjalne ryzyko zaostrzeń stanu zdrowia chorych.

Przyczyny takiego postępowania nie są jednoznaczne i miewają różne podstawy, często dość indywidualne, więc otwartość i chęć zrozumienia ze strony medyków jest tu wskazana. Kilka barier, które mogą przekładać się na niski stopień przestrzegania zaleceń leczniczych, to m.in.: poglądy i przekonania, względy osobnicze i profil psychologiczny, priorytety finansowe i dostęp



do leków, brak chęci aktywnego udziału w terapii i zaangażowania, brak zrozumienia zaleceń i schematu dawkowania, choroby współistniejące, postać leku, interakcje leków, obawa przed działaniami niepożądanymi. Identyfikacja ograniczeń i czynników wpływających na zaniechanie inicjacji lub kontynuacji terapii oraz próba nawiązania porozumienia, wykazanie chęci zrozumienia ze strony personelu medycznego są tu bardzo istotne i pożądane, by móc wprowadzać modyfikacje i usprawnienia celem zniwelowania, a nawet wyeliminowania blokujących aspektów.

Problem braku aktywnego udziału pacjenta w procesie leczenia jest zauważalny w licznych specjalizacjach i dziedzinach medycyny, co skutkuje nie tylko brakiem efektów terapii, dyskomfortem pacjenta, niejednokrotnie bólem, ale w szerszej perspektywie prowadzi do progresji choroby, hospitalizacji, czy nawet finalnie śmierci pacjenta. Odpowiedzialność za przebieg i wynik terapii nie leży zatem jedynie po stronie personelu fachowego, ale również kluczowe jest tu zaangażowanie ze strony chorego. Szczególną grupą pacjentów są osoby starsze, które niekiedy zmagają się z licznymi dodatkowymi utrudnieniami charakterystycznymi dla seniorów, tj. ograniczeniami fizycznymi oraz poznawczymi, polipragmatyzm i działaniami niepożądanymi niektórych leków, a także aspektem finansowym i brakiem wsparcia społecznego. Problemy z pamięcią, komunikacją, zrozumieniem wytycznych, czy bariery motoryczne bywają bagatelizowane, choć są powszechne.

Z pozoru proste dla zdrowego człowieka czynności mogą być prawdziwym wyzwaniem dla osoby w podeszłym wieku. Rola krewnych oraz opiekunów takich osób jest tu nad wyraz istotna i może mieć znamieny wpływ na powodzenie terapii, zatem wzrost świadomości w społeczeństwie jest tu konieczny.

Kolejnym, niekiedy niedocenianym filarem współpracy lekarza z pacjentem jest sama komunikacja. Potrafi być ona piętą achillesową zarówno personelu medycznego, jak i pacjenta. Dobór słownictwa, formy przekazu, czy aktywne słuchanie są niepozornymi, ale wymagającymi elementami, o których niekiedy się zapomina. Umiejętności miękkie, zaangażowanie oraz empatia są tu zdecydowanie przydatne, by jasno przedstawić zalecenia i oczekiwania względem terapii i jej celów, a także zrozumieć potrzeby oraz wyeliminować powstałe wątpliwości. Pacjenci podczas wizyt bywają przytłoczeni otrzymanymi wiadomościami, a niekiedy i onieśmieleni do zadawania pytań, więc wyciszenie tego problemu i zastosowanie indywidualnego podejścia do aspektów pozamedycznych może przyczynić się do poprawy efektów leczenia poprzez zwiększone zrozumienie i zaangażowanie we wdrażanie zaleceń lekarskich. Szkolenia personelu medycznego w tym zakresie i podkreślanie istoty skutecznej komunikacji są jednym z wdrażanych usprawnień, by zidentyfikować luki oraz potrzeby różnych pacjentów, bo właśnie różnorodne typy osobowości, poziomy inteligencji oraz edukacji wymagają zastosowania innych strategii.

Zidentyfikowano kilka składowych, które przekładają się na powodzenie i efektywność opieki zdrowotnej. Terminy *adherence* (współpraca), *compliance* (zgodność), *persistence* (wytrwałość) oraz *concordance* (porozumienie) definiują postępowanie pacjentów w odniesieniu do przestrzegania rekomendacji terapeutycznych.

Pacjent, jako główny zainteresowany potencjalnym sukcesem terapii, powinien aktywnie i świadomie angażować się w proces leczenia przez stosowanie się do zaleceń dotyczących farmakoterapii, jak również zmianę stylu życia (odpowiednia aktywność fizyczna, dieta, rezygnacja z używek). Rola personelu medycznego w procesie leczenia jest silna, ale zaangażowanie chorych również ma niebagatelne znaczenie. Zrozumienie istoty współpracy z obu stron jest solidnym fundamentem do podejmowania niezbędnych usprawniających działań i uzyskania sukcesu terapeutycznego.

Nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych skraca oczekiwaną długość życia oraz istotnie obniża jego jakość. Właśnie dlatego niezwykle istotne jest szerzenie świadomości wśród pacjentów i tu wielki potencjał widziany jest w opiece farmaceutycznej. Możliwość rozmowy, zgłębienie przypadku, przyjrzenia się schematom dawkowania i regularności zażywania leków, odpowiedzenie na nurtujące pytania, wyjaśnienie wątpliwości i edukowanie pacjenta to zdecydowanie obiecująca perspektywa poprawy poziomu *adherence*'u w terapiach. Podkreślanie wagi tematu i jego zaopiekowanie wymagają kompleksowego i wielostronnego zaangażowania. Kuriozalna wydaje się prawda, że nawet najlepszy lek nie będzie skuteczny, w sytuacji, gdy nie będzie on w sposób właściwy stosowany.

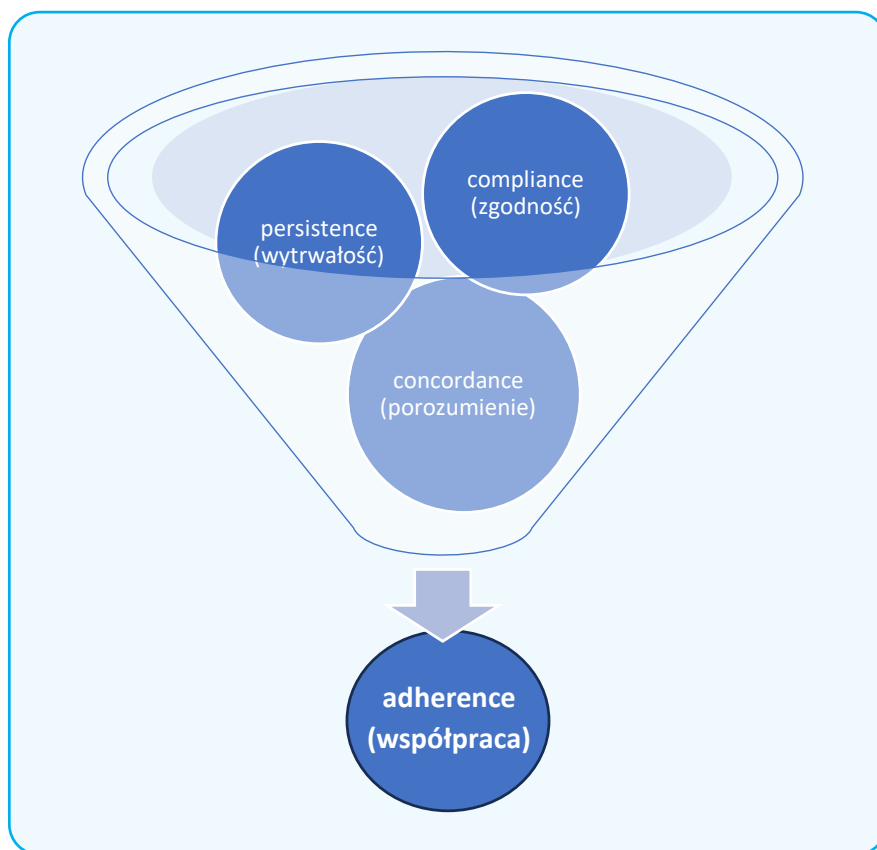
Pamiętajmy, że zdrowie jest nieocenioną wartością i jest ono naszą wspólną odpowiedzialnością.

Piśmiennictwo:

1. *Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne / Nursing and Public Health*. Pielęgniarstwo i Zdrowie Publiczne. Nursing and Public Health. ISSN 2082-9876 (print), ISSN 2451-1870 (online). Uniwersytet Medyczny im. Piastów Śląskich we Wrocławiu.
Dostępne na: <https://pzp.umw.edu.pl/pl/article/2012/2/3/193/>
2. Rycomb, A., Lomper, K., Uchmanowicz, I. (2014). *Adherence i compliance w leczeniu nadciśnienia tętniczego*.
Dostępne na: https://www.researchgate.net/publication/271190549_Adherence_i_compliance_w_leczeniu_nadciśnienia_tętniczego
3. Kazimierska, I. (2024). *Adherence jako priorytet, czyli współodpowiedzialność pacjenta*.
Dostępne na: <https://www.mzdrowie.pl/medycyna/adherence-jako-priorytet-czyli-wspolodpowiedzialnosc-pacjenta/>

WARTO PAMIĘTAĆ!

- Termin **adherence** (ang. *przestrzeganie*) odnosi się do zakresu, w jakim pacjent przestrzega zaleceń medycznych, w tym przyjmowania leków, przestrzegania diety i modyfikacji stylu życia. Jest to szerokie pojęcie, które uwzględnia całość zachowań zdrowotnych pacjenta. Pożądany jest wysoki *adherence*, który jest wyznacznikiem poziomu zastosowania farmakologicznych i nefarmakologicznych wytycznych.
- Pojęcie **compliance** (ang. *zgodność*) opisuje stopień postępowania zgodnie z wytyczonym schematem leczenia, który obejmuje dawkowanie, czas przyjmowania i częstotliwość podawania leków. Pacjenci, którzy przestrzegają zaleceń, osiągają lepsze wyniki terapeutyczne oraz często przekłada się to na komfort i jakość funkcjonowania.
- Z kolei **persistence** (ang. *wytrwałość*) dotyczy farmakologii i odnosi się do kontynuowania terapii przez określony czas. Wskazuje, jak długo pacjent stosuje leczenie i jest wyznacznikiem jego skuteczności, ponieważ odpowiednio długie i regularne zażywanie leków jest kluczowe dla osiągnięcia zamierzonych efektów.
- **Concordance** (ang. *porozumienie*) to porozumienie pacjenta i lekarza poprzez wspólne, świadome opracowanie strategii leczenia i współodpowiedzialność za podejmowane decyzje terapeutyczne.



4. *Adherence. Współodpowiedzialność w procesie leczniczym*.

Dostępne na: <https://www.gov.pl/web/rpp/adherence-wspolodpowiedzialnosc-w-procesie-leczniczym>

5. *Compliance w terapii astmy oraz przewlekłej obturacyjnej choroby płuc (POChP)*.
Dostępne na: https://hta.pl/pl/wp-content/uploads/sites/7/2019/10/Compliance_Monografia_ver_1.0.pdf

6. Zapała, J. (2018). *Compliance, adherence i concordance w relacji między lekarzem a pacjentem jako zintegrowany model komunikacji*. *Psychoonkologia*, 22(3), 102-106. doi:10.5114/ps.2018.87893.

7. Nawet 56% pacjentów odstawia leki przeciwdepresyjne w ciągu pierwszych 4 miesięcy.

Dostępne na: <https://mgr.farm/aktualnosci/nawet-56-pacjentow-odstawia-leki-przeciwdepresyjne-w-ciagu-pierwszych-4-miesiecy/>

8. *Ogromne koszty i 200 tys. zgonów rocznie. Bo pacjenci nie słuchają lekarzy*. *Rynek Zdrowia*.

Dostępne na: <https://www.rynekzdrowia.pl/Polityka-zdrowotna/Ogromne-koszty-i-200-tys-zgonow-rocznie-Bo-pacjenci-nie-sluchaja-lekarzy,267414,14.html>



FILM

Wielki powrót i porachunki

Legenda wraca do gry. Błyskotliwa, pełna napięcia i humoru kontynuacja kultowego hitu Juliusza Machulskiego, w doborowej, gwiazdorskiej obsadzie.



„Vinci 2”, reż. Juliusz Machulski. Wyst.: Robert Więckiewicz, Borys Szyk, Kamilla Baar, Marcin Dorociński, Łukasz Simlat, Jacek Król, Ilona Ostrowska, Krzysztof Stelmaszczyk, Zofia Jastrzębska, Jędrzej Hycnar. Dystrybucja: Warner Bros. Premiera: 25.07.2025.

Cuma (Robert Więckiewicz), emerytowany mistrz złodziejskiego fachu, wiecie spokojne życie na andaluzyjskim wybrzeżu Hiszpanii. Niespodziewanie dostaje propozycję kolejnego skoku. Odmawia – aż dowiaduje się, że Chudy (Mirosław Haniżewski) – dawny partner Grubego, dziś rywal – planuje największy napad w Krakowie i to bez niego. Co gorsza, z nową, młodą ekipą – szybką, pewną siebie i działającą bez sentymentów (Piotr Witkowski, Jakub Hycnar). Dla Cumy to nie tylko wyzwanie. To sprawa osobista. Wraca, żeby udowodnić, że nadal jest złodziejem numerem jeden. Żeby odzyskać szacunek i wyrównać rachunki. Razem z dawnymi przyjaciółmi (Borys Szyk, Kamilla Baar, Jacek Król) i na nowo skompletowaną ekipą (Zofia Jastrzębska, Jan Sałasiński) Cuma wchodzi do gry na własnych zasadach. Plan? Prosty: ukraść to, co planują inni, i zrobić to lepiej. Rzeczywistość zweryfikuje jednak zuchwałe plany złodziejskiej ekipy.



KSIAŻKA

GENY TO NIE WYROK

Książka dla tych, którzy chcą żyć zdrowiej, mądrzej i bardziej świadomie. Dla tych, którzy szukają rzetelnej wiedzy i praktycznych wskazówek. Bo, jak wskazuje autorka, to, co mamy zapisane w genach, to nie wyrok. To potencjał, który możemy wykorzystać.

„Oszukaj genetyczne przeznaczenie”, Dorota N. Komar, Wydawnictwo Otwarte



MUZYKA

DŹWIĘKI SIERPNIA

Płyta „Sierpniowe” zrealizowana do spółki przez Miuosh, Julię Pietruchę i Natalię Pietruchę to niezwykle spotkanie z historią widzianą oczami współczesnych, młodych ludzi, którzy swój ogromny szacunek do przeszłości wyrażają muzyką i słowem.

„Sierpniowe”, Miuosh, Julia Pietrucha, Natalia Pietrucha, Step Hurt

WSPARCIE TWOICH NEREK

NOWOŚĆ

**NA CAŁY
MIESIĄC
STOSOWANIA!**

**SIŁA 7 ZIOŁ
W JEDNEJ KAPSUŁCE**

Ziele skrzypu, kłącze perzu, liść brzozy,
korzeń lubczyka, ziele nawłoci
**wspomagają prawidłowe funkcjonowanie
nerek i dróg moczowych.**

Poleca  **polpharma**



www.dbajonerki.pl

FIT/2025/1711

SUPLEMENT DIETY

Szybka pomoc na **UKĄSZENIA** **OWADÓW**



ALLERTEC® FOXILL

to **lek przeciwhistaminowy**, który:

- łagodzi **swędzenie** m.in. po ukąszeniach
- przynosi **ulgę** podrażnionej skórze
- miejscowo ją **chłodzi i znieczula**

