

# BEZPIECZEŃSTWO STOSOWANIA LEKÓW OTC W CIĄŻY W PERSPEKTYWIE WSPÓŁCZESNEGO PIELEŃNIARSTWA I OCHRONY ZDROWIA. PRZEGLĄD DANYCH O NAJCZĘŚCIEJ STOSOWANYCH SUBSTANCJACH CZYNNYCH ORAZ IMPLIKACJE DLA EDUKACJI PACJENTEK I RACJONALNEGO SAMOLECZENIA

*Safety of over-the-counter medication use in pregnancy from the perspective of contemporary nursing and public health. A review of evidence on the most commonly used active substances and its implications for patient education and rational self-medication*

Rafał Jaros

Zakład Organizacji Opieki Zdrowotnej, Katedra Pielęgniarstwa, Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa, Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu

adres do korespondencji: rafal.jaros@umw.edu.pl

## STRESZCZENIE

**Wstęp.** Stosowanie leków w czasie ciąży zawsze wymaga szczególnej ostrożności, a jednocześnie wiele typowych dla tego okresu dolegliwości skłania kobiety do sięgania po środki dostępne bez recepty (OTC). Powszechna dostępność tych preparatów sprzyja błędnemu przekonaniu o ich pełnym bezpieczeństwie, zwłaszcza gdy były stosowane jeszcze przed zajściem w ciążę. W rzeczywistości profil bezpieczeństwa poszczególnych substancji jest zróżnicowany i zależy od rodzaju substancji czynnej, trymestru, stosowanej dawki oraz czasu ekspozycji. Samoleczenie ma wymiar populacyjny i stanowi istotny obszar ochrony zdrowia, w którym pielęgniarki, położne i farmaceuci pełnią kluczową funkcję edukacyjną i profilaktyczną.

**Cel pracy.** Celem pracy jest usystematyzowanie aktualnej wiedzy o bezpieczeństwie najpopularniejszych leków OTC stosowanych w ciąży: przeciwbólowych, przeciwgorączkowych, przeciwalergicznym, przeciwprzeziębieniowym oraz stosowanych w dolegliwościach ze strony przewodu pokarmowego, a następnie przełożenie tej wiedzy na praktykę współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa, ze szczególnym uwzględnieniem edukacji pacjentek, kształtowania kompetencji zdrowotnych i racjonalnego samoleczenia jako elementu ochrony zdrowia matki i dziecka.

**Materiał i metody.** Analizę oparto na danych z bazy PubMed oraz na aktualnych stanowiskach towarzystw naukowych, w tym ACOG, FDA i PTGiP, a także na polskich Charakterystykach Produktów Leczniczych dostępnych w Rejestrze Produktów Leczniczych.

**Wyniki.** Najbezpieczniejszym lekiem w zwalczaniu bólu i gorączki pozostaje paracetamol, pod warunkiem stosowania go w najmniejszej skutecznej dawce przez możliwie najkrótszy czas. Niesterooidowe leki przeciwzapalne (NLPZ) wymagają znacznej ostrożności, szczególnie po 20. tygodniu ciąży, ze względu na ryzyko małowodzia oraz przedwczesnego zamknięcia przewodu tętniczego. Kwas acetylosalicylowy wymaga rozróżnienia zależności od dawki: dawki przeciwbólowe i przeciwzapalne nie powinny być stosowane w samoleczeniu, zwłaszcza po 20. tygodniu, natomiast małe dawki przeciwpłytkowe są zalecane u ciężarnych z podwyższonym ryzykiem stanu przedrzucawkowego. Leki przeciwhistaminowe H<sub>1</sub> mają korzystniejszy profil bezpieczeństwa niż preparaty zawierające pseudoefedrynę. W łagodnych i umiarkowanych nudnościach ciężarnych zalecane jest skojarzenie witaminy B<sub>6</sub> z doksyliną. Preparaty na dolegliwości żołądkowo-jelitowe należy dobierać w modelu stop-

## SUMMARY

**Background.** Pharmacotherapy in pregnancy always calls for particular caution, yet many of the complaints typical of this period prompt women to reach for over-the-counter (OTC) preparations. The wide availability of these products fosters the erroneous belief that they are entirely safe, especially when they were already used before conception. In reality, the safety profile of individual substances varies and depends on the active substance, the trimester, the dose administered and the duration of exposure. Self-medication is a population-level phenomenon and an important area of health protection, in which nurses, midwives and pharmacists fulfil a key educational and preventive function.

**Objectives.** The aim of this paper is to systematise current knowledge on the safety of the most commonly used OTC medicines in pregnancy, namely analgesic, antipyretic, antiallergic and anticold preparations as well as agents used for gastrointestinal complaints, and to translate this knowledge into the practice of contemporary nursing and midwifery, with particular emphasis on patient education, the development of health literacy and rational self-medication as a component of maternal and child health protection.

**Material and methods.** The analysis was based on data retrieved from PubMed and on current position statements of scientific societies, including ACOG, the FDA and the Polish Society of Gynaecologists and Obstetricians (PTGiP), as well as on Polish Summaries of Product Characteristics available in the national Register of Medicinal Products.

**Results.** Paracetamol remains the safest agent for pain and fever, provided it is used at the lowest effective dose for the shortest possible time. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) require considerable caution, particularly after 20 weeks of gestation, because of the risk of oligohydramnios and premature closure of the ductus arteriosus. Acetylsalicylic acid requires a dose-dependent distinction: analgesic and anti-inflammatory doses should not be used in self-medication during pregnancy, especially after 20 weeks, whereas low antiplatelet doses are recommended in pregnant women at increased risk of preeclampsia. H<sub>1</sub> antihistamines have a more favourable safety profile than preparations containing pseudoephedrine. In mild to moderate nausea and vomiting of pregnancy, the combination of vitamin B<sub>6</sub> with doxylamine is recommended. Agents for gastrointestinal complaints should be se-

niowanym. Najważniejszą zasadą racjonalnej farmakoterapii OTC jest ocena stosunku korzyści klinicznych dla kobiety do potencjalnego ryzyka dla płodu, prowadzona w ramach opieki interprofesjonalnej i wspierana kompetentnym poradnictwem pielęgniarki i położnej.

**Wnioski.** Status OTC nie jest równoznaczny z bezpieczeństwem stosowania w ciąży. Ze względu na powszechność samoleczenia i dostępność leków bez recepty kluczowe znaczenie ma upowszechnianie wiedzy o bezpieczeństwie ich stosowania oraz systematyczne, oparte na dowodach poradnictwo pielęgniarek, położnych i farmaceutów, ukierunkowane na ochronę zdrowia matki i dziecka.

**Słowa kluczowe:** leki OTC, ciąża, bezpieczeństwo farmakoterapii, samoleczenie, edukacja zdrowotna, pielęgniarstwo.

## WSTĘP

Zasadniczym błędem w podejściu do farmakoterapii w ciąży jest utożsamianie statusu OTC z brakiem ryzyka dla płodu. Dostępność preparatu bez recepty jest przede wszystkim decyzją regulacyjną uwzględniającą bezpieczeństwo w populacji ogólnej i nie stanowi bezpośredniego potwierdzenia bezpieczeństwa prenatalnego danej substancji. W praktyce klinicznej oznacza to, że każdy lek OTC stosowany przez kobietę ciężarną wymaga indywidualnej oceny [1–3].

Ciąża jest stanem wymagającym szczególnej ostrożności w zakresie farmakoterapii, a jednocześnie wiele typowych dla niej dolegliwości skłania kobiety do sięgania po leki dostępne bez recepty. Powszechna dostępność tych preparatów może sprzyjać błędnemu przekonaniu o ich pełnym bezpieczeństwie, podczas gdy profil bezpieczeństwa poszczególnych substancji czynnych jest zróżnicowany i zależy od rodzaju substancji, trymestru ciąży, stosowanej dawki oraz czasu ekspozycji.

Samoleczenie z użyciem leków OTC jest zjawiskiem o wymiarze populacyjnym i stanowi istotny obszar ochrony zdrowia. W okresie ciąży jego skala jest szczególnie znacząca, ponieważ kobiety często podejmują decyzje terapeutyczne samodzielnie, zanim skonsultują je z lekarzem, a niekiedy w ogóle poza kontaktem z systemem opieki zdrowotnej. W tym kontekście pielęgniarki, położne i farmaceuci pełnią zasadniczą funkcję w promocji zdrowia, edukacji pacjentek oraz kształtowaniu kompetencji zdrowotnych, które pozwalają kobiecie ciężarnej podejmować świadome i bezpieczne decyzje dotyczące farmakoterapii OTC. Współczesne pielęgniarstwo i położnictwo, oparte na praktyce zgodnej z dowodami naukowymi oraz na modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie, traktuje poradnictwo w zakresie racjonalnego samoleczenia jako element profilaktyki oraz ochrony zdrowia matki i dziecka [1, 2].

Niniejsza praca ma na celu usystematyzowanie aktualnej wiedzy o bezpieczeństwie najczęściej stosowanych grup leków OTC w ciąży: przeciwbólowych i przeciwgorączkowych, przeciwalergicznych, przeciwprzeziębieniowych oraz stosowanych w dolegliwościach ze strony przewodu pokarmowego, oraz przełożenie tej wiedzy na zadania pielęgniarki i położnej wobec pacjentki ciężarnej. Analizę oparto na danych z bazy PubMed oraz aktualnych stanowiskach towarzystw naukowych, w tym ACOG i FDA.

W ocenie bezpieczeństwa istotne jest odróżnienie substancji czynnej od produktu złożonego. Wiele preparatów OTC zawiera kilka składników jednocześnie, na przykład środki na przeziębienie łączące lek przeciwhistaminowy, sympatykomimetyk oraz analgetyk. Ocena ryzyka powinna dotyczyć każdej z substancji czynnych oddzielnie, z uwzględnieniem ich wzajemnych interakcji, co jest istotnym elementem poradnictwa udzielanego przez personel pielęgniarski i farmaceutyczny [1, 2].

W praktyce należy kierować się zasadą stosowania najmniejszej skutecznej dawki przez możliwie najkrótszy czas, a każdą decyzję o zastosowaniu leku OTC w ciąży warto opierać na aktualnych danych naukowych i stanowiskach towarzystw naukowych, nie zaś wyłącznie na informacjach zawartych w ulotce produktu [4–6].

lected within a stepwise model. The key principle of rational OTC pharmacotherapy is the appraisal of clinical benefit to the woman against potential fetal risk, conducted within interprofessional care and supported by competent counselling from nurses and midwives.

**Conclusions.** OTC status is not equivalent to safety in pregnancy. Given the prevalence of self-medication and the accessibility of non-prescription medicines, it is essential to disseminate knowledge about their safe use and to provide systematic, evidence-based counselling by nurses, midwives and pharmacists, directed towards the protection of maternal and child health.

**Key words:** OTC medicines, pregnancy, medication safety, self-medication, health education, nursing.

## CEL PRACY

Celem pracy jest przedstawienie aktualnego stanu wiedzy o bezpieczeństwie leków OTC u kobiet w ciąży, ze szczególnym uwzględnieniem najczęściej stosowanych grup preparatów: przeciwbólowych i przeciwgorączkowych, przeciwalergicznych, przeciwprzeziębieniowych oraz środków stosowanych w dolegliwościach ze strony przewodu pokarmowego, a także odniesienie tych danych do polskich zaleceń, stanowisk PTGiP oraz dawkowania wynikającego z Charakterystyk Produktów Leczniczych [1, 2, 7].

Celem dodatkowym jest wskazanie, które substancje czynne mają względnie dobrze udokumentowany profil bezpieczeństwa, a które wymagają szczególnej ostrożności lub unikania w określonych trymestrach, oraz przełożenie tej wiedzy na praktykę współczesnego pielęgniarstwa i położnictwa. Opracowanie ma służyć jako praktyczne kompendium wspierające decyzje kliniczne lekarzy, pielęgniarek, położnych i farmaceutów, a przede wszystkim jako podstawa merytoryczna do edukacji pacjentek i poradnictwa w zakresie racjonalnego samoleczenia, rozumianego jako element ochrony zdrowia matki i dziecka [4–8].

## MATERIAŁ I METODY

Niniejsza praca ma charakter poglądowy i została opracowana na podstawie analizy dostępnego piśmiennictwa naukowego dotyczącego bezpieczeństwa stosowania leków OTC w ciąży. Uwzględniono prace oryginalne, artykuły poglądowe, przeglądy systematyczne i meta-analizy, a także wytyczne i stanowiska instytucji zajmujących się bezpieczeństwem farmakoterapii u kobiet ciężarnych, w tym American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) oraz U.S. Food and Drug Administration (FDA).

Piśmiennictwo wyszukano w bazie PubMed z użyciem terminów dotyczących stosowania leków OTC, farmakoterapii w ciąży oraz bezpieczeństwa poszczególnych grup substancji czynnych. W zakresie kwasu acetylosalicylowego wykorzystano dodatkowo hasła: aspirin, low-dose aspirin, preeclampsia, NSAIDs pregnancy oraz aspirin pregnancy safety. Uzupełniając przeanalizowano krajowe rekomendacje i stanowiska PTGiP oraz wspólne stanowisko PTNT/PTK/PTGiP, a także polskie Charakterystyki Produktów Leczniczych dla preparatów zawierających paracetamol, kwas acetylosalicylowy oraz skojarzenie doksylaminy z pirydoksyną. Preferowane typy źródeł obejmowały przeglądy narracyjne, systematyczne przeglądy piśmiennictwa, meta-analizy oraz duże badania kohortowe. Osią oceny bezpieczeństwa były: trymestr ciąży, krótkotrwała lub przewlekła ekspozycja, stosowana dawka oraz możliwy mechanizm działania danej substancji na płód [4–8].

Zebrane informacje uporządkowano według grup terapeutycznych leków OTC, a następnie poddano syntetycznemu opracowaniu w celu przedstawienia aktualnego stanu wiedzy w sposób przejrzysty i przydatny klinicznie, z wyraźnym odniesieniem do zadań pielęgniarki i położnej. Doboru piśmiennictwa dokonano na podstawie zgodności tematycznej z celem pracy oraz wartości merytorycznej dla oceny bezpieczeństwa najczęściej stosowanych substancji czynnych dostępnych bez recepty.

## WYNIKI

### Rola pielęgniarki i położnej w racjonalnym samoleczeniu leków OTC w ciąży

Pielęgniarka i położna są często pierwszym i najczęstszym punktem kontaktu kobiety ciężarnej z systemem ochrony zdrowia, a w ramach opieki przedkoncepcyjnej i okołoporodowej mają regularną sposobność, aby rozpoznawać i korygować niebezpieczne wzorce samoleczenia. Współczesne pielęgniarstwo, oparte na praktyce zgodnej z dowodami naukowymi oraz na modelu opieki skoncentrowanej na pacjencie, traktuje poradnictwo dotyczące leków OTC nie jako czynność doraźną, lecz jako element systematycznej profilaktyki i ochrony zdrowia matki i dziecka [1, 2].

Do zadań personelu pielęgniarskiego i położniczego w tym obszarze należy przede wszystkim rzetelne zebranie wywiadu obejmującego wszystkie przyjmowane przez pacjentkę preparaty, w tym leki bez recepty, suplementy diety oraz preparaty ziołowe, które pacjentki często pomijają, nie uznając ich za leki. Istotne jest wyjaśnienie pacjentce, że dostępność preparatu bez recepty nie jest równoznaczna z jego bezpieczeństwem w ciąży, a także praktyczne przełożenie zasady najmniejszej skutecznej dawki przez najkrótszy możliwy czas na konkretne zachowania, w tym unikanie równoczesnego stosowania kilku preparatów zawierających tę samą substancję czynną, na przykład paracetamol [1, 2, 9].

Ważnym elementem opieki jest kształtowanie kompetencji zdrowotnych pacjentki, to znaczy jej zdolności do odczytywania ulotki, rozróżniania substancji czynnej od produktu złożonego oraz krytycznego korzystania z informacji. Poradnictwo powinno być dostosowane do poziomu wiedzy zdrowotnej kobiety i prowadzone w sposób zrozumiały, wolny od żargonu, z wykorzystaniem techniki potwierdzania zrozumienia przekazanych zaleceń. Tak rozumiana edukacja zmniejsza ryzyko przypadkowej ekspozycji na substancje niezalecane i wzmacnia autonomię pacjentki w podejmowaniu decyzji terapeutycznych [1, 2].

Do kompetencji pielęgniarki i położnej należy również rozpoznawanie sygnałów alarmowych wymagających skierowania pacjentki do lekarza, a nie kontynuacji samoleczenia. Należą do nich między innymi nasilone wymioty z cechami odwodnienia, zaburzeniami elektrolitowymi lub ubytkiem masy ciała, utrzymująca się gorączka, ból wymagający przewlekłego stosowania analgetyków oraz objawy sugerujące powikłania położnicze. Świadomość ograniczeń samoleczenia i umiejętność właściwego kierowania pacjentki stanowią istotny element bezpieczeństwa opieki [5, 8].

Poradnictwo w zakresie leków OTC w ciąży ma charakter interprofesjonalny i wymaga spójności komunikatów przekazywanych pacjentce przez lekarza, pielęgniarkę, położną i farmaceutę. Rzetelna dokumentacja stosowanych preparatów, w tym dawek i czasu ekspozycji, ułatwia ciągłość opieki oraz późniejszą ocenę bilansu korzyści i ryzyka. W ten sposób racjonalne samoleczenie przestaje być domeną indywidualnych, często przypadkowych decyzji pacjentki, a staje się przedmiotem planowej, opartej na dowodach opieki zespołu terapeutycznego [1, 2].

### Odniesienie do zaleceń polskich i dawkowania praktycznego

W polskim piśmiennictwie rekomendacyjnym nie funkcjonuje jeden dokument PTGiP obejmujący wszystkie leki OTC stosowane w ciąży jako wspólną grupę. W praktyce bezpieczeństwo samoleczenia należy więc oceniać przez pryzmat substancji czynnej, wskazania, dawki i czasu ekspozycji, a następnie odnosić tę ocenę do krajowych stanowisk dotyczących konkretnych problemów klinicznych: paracetamolu w ciąży, profilaktyki stanu przedrzucawkowego z użyciem małych dawek ASA oraz leczenia nudności i wymiotów ciężarnych skojarzeniem doksylaminy z pirydoksyną [9–14].

Paracetamol w polskich Charakterystykach Produktów Leczniczych jest zwykle dawkowany u dorosłych i młodzieży jako 500 do 1000 mg jednorazowo, z możliwością powtarzania dawki co

4 do 6 godzin. Maksymalna dawka dobową zależy od konkretnego produktu i najczęściej wynosi 3000 do 4000 mg na dobę. U kobiety ciężarnej dawkę tę należy traktować jako górny limit rejestracyjny, a nie cel leczenia: preferowana jest najmniejsza skuteczna dawka, najkrótszy możliwy czas stosowania oraz unikanie łączenia kilku preparatów zawierających paracetamol [9, 15].

Kwas acetylosalicylowy wymaga rozdzielenia dwóch sytuacji klinicznych. W dawkach przeciwbólowych, najczęściej 500 mg na dawkę, nie powinien być stosowany w samoleczeniu ciężarnej; w trzecim trymestrze jest przeciwwskazany, a w pierwszym i drugim może być rozważany wyłącznie wtedy, gdy jest bezwzględnie konieczny, w najmniejszej dawce i przez najkrótszy czas. Odmienne ocenia się małe dawki przeciwplatek AS. We wspólnym stanowisku PTNT/PTK/PTGiP dla kobiet z przewlekłym nadciśnieniem tętniczym oraz w sytuacji wysokiego ryzyka stanu przedrzucawkowego zaleca się 100 do 150 mg ASA raz dziennie wieczorem, z rozpoczęciem przed 16. tygodniem ciąży i kontynuacją do 36. tygodnia. Decyzję o włączeniu i dawce powinien podjąć lekarz prowadzący [10, 16, 17].

Skojarzenie doksylaminy z pirydoksyną jest w polskich stanowiskach ekspertów PTGiP przedstawiane jako leczenie pierwszego rzutu w farmakoterapii nudności i wymiotów ciężarnych po nieskuteczności metod nefarmakologicznych. Dla produktu Xonvea 10 mg + 10 mg zalecana dawka początkowa wynosi dwie tabletki przed snem; w razie utrzymywania się objawów dawkę zwiększa się stopniowo do maksymalnie czterech tabletek na dobę: jedna rano, jedna po południu i dwie przed snem. Dla produktu Bonjesta 20 mg + 20 mg zalecana dawka początkowa wynosi jedną tabletkę przed snem w dniu 1. i 2.; od dnia 3., gdy objawy nie są kontrolowane, można stosować jedną tabletkę rano i jedną przed snem, maksymalnie dwie tabletki na dobę. Produkty te powinny być przyjmowane regularnie, nie doraźnie i zgodnie z ChPL; w Polsce gotowe połączenia doksylaminy z pirydoksyną są lekami na receptę [11–14].

### Leki przeciwbólowe i przeciwgorączkowe

#### Paracetamol

Paracetamol pozostaje najczęściej wskazywanym lekiem pierwszego wyboru w leczeniu bólu i gorączki u kobiet ciężarnych. Jest szeroko stosowany we wszystkich trymestrach i uznawany za substancję o najlepiej udokumentowanym profilu bezpieczeństwa spośród dostępnych bez recepty leków przeciwbólowych i przeciwgorączkowych [6, 7].

W ostatnich latach w literaturze naukowej pojawiły się doniesienia o możliwych odległych skutkach neurorozwojowych u dzieci eksponowanych prenatalnie na paracetamol. Część badań epidemiologicznych sygnalizowała potencjalny związek między stosowaniem tej substancji w ciąży a zaburzeniami ze spektrum autyzmu lub ADHD u potomstwa. Wyniki te spotkały się jednak z istotną krytyką metodologiczną, ponieważ trudno rozróżnić efekt działania samego leku od wpływu choroby podstawowej, która była przyczyną jego zastosowania [6, 7].

Aktualne stanowiska kliniczne, w tym ACOG z 2025 roku, nadal uznają paracetamol za podstawową opcję przeciwbólową i przeciwgorączkową w ciąży przy racjonalnym stosowaniu, definiowanym jako użycie najmniejszej skutecznej dawki przez najkrótszy niezbędny czas. Z perspektywy poradnictwa pielęgniarskiego istotne jest przekazywanie pacjentce, że doniesienia o potencjalnym ryzyku neurorozwojowym nie uzasadniają rezygnacji z leczenia gorączki lub silnego bólu, które same w sobie mogą być szkodliwe dla płodu, lecz przemawiają za rozważnym, a nie rutynowym stosowaniem leku [6].

W odniesieniu do polskich danych rejestracyjnych typowa dawka jednorazowa paracetamolu u osoby dorosłej wynosi 500 do 1000 mg. Ze względu na zróżnicowanie maksymalnych dawek dobowych między preparatami kobieta ciężarna powinna kierować się ulotką konkretnego produktu, nie przekraczać 3000 do 4000 mg na dobę i unikać przewlekłego stosowania bez konsultacji lekarskiej [9, 15].

### Niesteroidowe leki przeciwzapalne (NLPZ)

Niesteroidowe leki przeciwzapalne, w tym ibuprofen i naproksen, dostępne są bez recepty i często stosowane w terapii bólu oraz stanów zapalnych. W kontekście ciąży wymagają jednak znacznie większej ostrożności niż paracetamol [4, 5, 7].

W pierwszym trymestrze niektóre badania epidemiologiczne wskazywały na możliwy związek ekspozycji na NLPZ z poronieniem samoistnym oraz wadami wrodzonymi, choć dane w tym zakresie nie są jednoznaczne. Znacznie bardziej przekonujące dowody dotyczą ekspozycji w późniejszych etapach ciąży [4].

Po 20. tygodniu ciąży ekspozycja na NLPZ wiąże się z ryzykiem wystąpienia małowodzia, czyli patologicznego zmniejszenia objętości płynu owodniowego, wynikającego z zahamowania przez te leki czynności nerek płodu. Ponadto NLPZ mogą powodować przedwczesne zwięźnienie lub zamknięcie przewodu tętniczego (*ductus arteriosus*), co może prowadzić do poważnych następstw ze strony układu krążenia. Z tego powodu FDA w 2020 roku wydała zalecenie, aby od 20. tygodnia ciąży unikać stosowania NLPZ, a pod koniec ciąży ich użycie jest zasadniczo przeciwwskazane bez wyraźnego wskazania lekarskiego. Znajomość tej granicy czasowej jest szczególnie istotna dla personelu pielęgniarstwa i położniczego, ponieważ pozwala aktywnie odradzać pacjentkom sięganie po popularne dostępne bez recepty preparaty przeciwbólowe w drugiej połowie ciąży [5].

### Kwas acetylosalicylowy (aspiryna)

Kwas acetylosalicylowy zajmuje w ciąży szczególne miejsce, ponieważ jego ocena bezpieczeństwa zależy przede wszystkim od dawki i wskazaniami. W dawkach przeciwbólowych, przeciwgorączkowych lub przeciwzapalnych, to znaczy rzędu setek miligramów na dawkę, należy traktować go jak NLPZ, a nie jak odrębną, bezpieczną alternatywę dla paracetamolu. Samodzielne stosowanie aspiryny w takim celu nie jest zalecane; po 20. tygodniu ciąży wiąże się z ostrzeżeniami dotyczącymi całej grupy NLPZ, obejmującymi ryzyko zaburzeń czynności nerek płodu i małowodzia, a od około 30. tygodnia także ryzyko przedwczesnego zamknięcia przewodu tętniczego. FDA wyraźnie wskazuje jednocześnie, że ostrzeżenie to nie dotyczy aspiryny w dawce 81 mg stosowanej w określonych wskazaniach położniczych pod nadzorem personelu medycznego [5].

Inaczej należy oceniać małe dawki kwasu acetylosalicylowego, stosowane nie w celu przeciwbólowym, lecz jako leczenie przeciwplatekcyjne. Zakres małych dawek w badaniach wynosi zwykle 60 do 150 mg na dobę, a w rekomendacjach amerykańskich najczęściej 81 mg na dobę. ACOG i SMFM rekomendują profilaktykę 81 mg na dobę u kobiet z wysokim ryzykiem stanu przedrzucawkowego, z rozpoczęciem między 12. a 28. tygodniem ciąży, optymalnie przed 16. tygodniem, i kontynuacją do porodu. USPSTF podobnie zaleca 81 mg na dobę po 12. tygodniu ciąży u pacjentek z wysokim ryzykiem stanu przedrzucawkowego [18, 19].

W praktyce polskiej istotne jest odróżnienie dawki 81 mg stosowanej w rekomendacjach amerykańskich od schematów krajowych. Wspólne stanowisko PTNT/PTK/PTGiP zaleca u kobiet z przewlekłym nadciśnieniem tętniczym oraz u pacjentek z wysokim ryzykiem stanu przedrzucawkowego stosowanie 100 do 150 mg ASA w jednej dawce wieczorem, z rozpoczęciem przed 16. tygodniem ciąży i kontynuacją do 36. tygodnia. Dawkowanie to dotyczy profilaktyki położniczej, a nie leczenia bólu [10].

Do czynników wysokiego ryzyka należą między innymi przebieg stanu przedrzucawkowego, ciąża wielopłodowa, przewlekłe nadciśnienie tętnicze, cukrzyca przedciążowa, choroba nerek i choroby autoimmunologiczne; przy współistnieniu kilku czynników umiarkowanego ryzyka również można rozważyć profilaktykę. Przegląd systematyczny przygotowany dla USPSTF wskazuje, że mała dawka aspiryny u kobiet ze zwiększonym ryzykiem wiąże się z mniejszym ryzykiem stanu przedrzucawkowego i niekorzystnych wyników okołoporodowych, bez wyraźnego wzrostu ciężkich działań niepożądanych [19, 20].

Uzasadnienie takiego postępowania wynika z mechanizmu działania niskich dawek. Aspiryna nieodwracalnie hamuje cy-

klooksygenazę w płytkach krwi, ograniczając syntezę tromboksanu A<sub>2</sub>, który sprzyja agregacji płytek i skurczowi naczyń. W małych dawkach efekt ten jest relatywnie silniejszy wobec tromboksanu niż prostacykliny, dzięki czemu może częściowo korygować niekorzystną równowagę tromboksan/prostacyklina obserwowaną w stanie przedrzucawkowym, poprawiać perfuzję macicznie-łożyskową i zmniejszać skłonność do zakrzepicy w łożysku [21].

Mała dawka aspiryny nie powinna być jednak traktowana jako uniwersalny suplement ciążowy ani jako lek przeciwbólowy. Jej zastosowanie powinno wynikać z oceny ryzyka stanu przedrzucawkowego i uwzględniać przeciwwskazania, w tym nadwrażliwość na aspirynę lub inne NLPZ, aktywne krwawienie, istotną szkodę krwotoczną, ciężką małopłytkowość, czynną chorobę wrzodową oraz sytuacje wymagające szczególnej oceny ryzyka krwawienia. W tych przypadkach decyzja o leczeniu wymaga indywidualnej konsultacji lekarskiej. Rolą pielęgniarki i położnej jest wspieranie przestrzegania zaleconego schematu profilaktyki oraz wyjaśnianie pacjentkom, że przepisana mała dawka ASA nie jest lekiem przeciwbólowym i nie powinna być łączona z samodzielnym stosowaniem innych NLPZ [18, 19].

### Leki przeciwalergiczne i przeciwprięzbiennowe

#### Leki przeciwhistaminowe (H<sub>1</sub>-antyhistaminy)

Leki przeciwhistaminowe pierwszej i drugiej generacji są powszechnie stosowane w leczeniu alergicznego nieżytu nosa, pokrzywki i innych objawów alergicznych. Dane dotyczące ich bezpieczeństwa w ciąży są ogólnie bardziej uspokajające niż w przypadku NLPZ [2, 22, 23].

Przeglądy systematyczne i meta-analizy dotyczące ekspozycji na H<sub>1</sub>-antyhistaminy w pierwszym trymestrze ciąży nie wskazują na istotny wzrost ryzyka dużych wad wrodzonych u potomstwa. Dotyczy to zarówno antyhistamin pierwszej generacji, na przykład chlorfeniraminę i doksylinę, jak i leków nowszych generacji [22, 23].

W praktyce klinicznej antyhistaminy o ugruntowanym profilu bezpieczeństwa mogą być stosowane w ciąży, gdy jest to uzasadnione klinicznie. Doksylinę w skojarzeniu z witaminą B<sub>6</sub> stanowi podstawę terapii nudności i wymiotów ciężarnych zgodnie z aktualnymi wytycznymi ACOG [8].

#### Pseudoefedryna i inne leki obkurczające błonę śluzową nosa

Pseudoefedryna, sympatykomimetyk stosowany jako lek zmniejszający przekrwienie błony śluzowej nosa, wymaga odrębnego omówienia ze względu na mniej korzystny profil bezpieczeństwa w porównaniu z klasycznymi antyhistaminami [24].

Dane z piśmiennictwa wskazują na możliwy związek ekspozycji na pseudoefedrynę w pierwszym trymestrze ciąży z pewnymi wadami wrodzonymi, chociaż absolutne ryzyko pozostaje małe, a wyniki poszczególnych badań nie są w pełni spójne. Substancję tę należy traktować jako preparat wymagający ostrożności, szczególnie w pierwszym trymestrze, a jej stosowanie w ciąży bez wyraźnego wskazania klinicznego nie jest zalecane [24].

Preparaty złożone dostępne bez recepty w leczeniu objawów przeziębienia często zawierają kombinację antyhistaminy, pseudoefedryny i analgetyku. Ocena ich bezpieczeństwa w ciąży powinna opierać się na analizie każdego składnika z osobna, co czyni te preparaty szczególnie trudnymi do jednoznacznej kwalifikacji. To właśnie w odniesieniu do tej grupy poradnictwo pielęgniarki, położnej i farmaceuty ma szczególne znaczenie, ponieważ pacjentki rzadko samodzielnie analizują pełny skład preparatu wieloskładnikowego.

### Leki stosowane w dolegliwościach ze strony przewodu pokarmowego

#### Nudności i wymioty ciężarnych

Nudności i wymioty należą do najczęstszych dolegliwości pierwszego trymestru i dotyczą znacznej części kobiet cięż-

żarnych. W łagodnej postaci, określanej jako poranne mdłości, mogą w cięższych przypadkach prowadzić do niepowściągliwych wymiotów ciężarnych (*hyperemesis gravidarum*), stanu wymagającego hospitalizacji i intensywnego leczenia [8].

Według aktualnych wytycznych ACOG podstawę terapii pierwszego rzutu nudności i wymiotów ciężarnych stanowi skojarzenie witaminy B<sub>6</sub> (pirydoksyny) z doksyłaminą. Połączenie to jest dostępne w niektórych krajach jako zarejestrowany produkt farmaceutyczny, a doksyłamina sama w sobie jest w wielu miejscach dostępna jako lek OTC. Stosowanie tej kombinacji jest poparte danymi klinicznymi potwierdzającymi jej skuteczność i bezpieczeństwo [8].

Polskie stanowiska ekspertów PTGiP dotyczące produktów zawierających doksyłaminę i pirydoksynę podkreślają korzystny profil skuteczności i bezpieczeństwa tego skojarzenia. Dawkowanie zależy od preparatu: Xonvea 10 mg + 10 mg rozpoczyna się od dwóch tabletek przed snem, z możliwością zwiększenia do maksymalnie czterech tabletek na dobę, natomiast Bonjesta 20 mg + 20 mg rozpoczyna się od jednej tabletki przed snem, z możliwością zwiększenia do jednej tabletki rano i jednej przed snem, maksymalnie dwóch tabletek na dobę. Preparaty należy stosować regularnie, nie doraźnie [11–14].

Warto podkreślić, że status OTC leków stosowanych w nudnościach ciężarnych nie zwalnia z konieczności oceny nasilenia objawów i ryzyka odwodnienia. Nasilone wymioty z cechami odwodnienia, zaburzeniami elektrolitowymi lub znacznym ubytkiem masy ciała wymagają interwencji medycznej, nie zaś jedynie samoleczenia. Systematyczna ocena nawodnienia, masy ciała i nasilenia objawów oraz odpowiednio wczesne kierowanie pacjentki do dalszej opieki należą do istotnych zadań położnej i pielęgniarki [8].

#### Zgaga i refluks żołądkowo-przełykowy

Zgaga i refluks żołądkowo-przełykowy są częstymi dolegliwościami w ciąży, nasilającymi się szczególnie w trzecim tryestrze. Wynikają z relaksacji zwieracza dolnego przełyku pod wpływem progesteronu oraz mechanicznego ucisku powiększającej się macicy na żołądek [25].

Leczenie powinno opierać się na schemacie stopniowanym. W pierwszej kolejności zaleca się modyfikację stylu życia i diety. Gdy objawy utrzymują się mimo metod niefarmakologicznych, wskazane są leki zobojętniające sok żołądkowy (leki alkalinizujące). Przy silniejszych dolegliwościach zastosowanie mogą znaleźć leki silniej hamujące wydzielanie kwasu żołądkowego. Każdy kolejny krok terapeutyczny powinien być konsultowany z lekarzem prowadzącym ciążę. Wdrożenie i wzmacnianie zaleceń dotyczących stylu życia jako pierwszego etapu terapii jest naturalnym obszarem działania edukacyjnego pielęgniarki i położnej [25].

#### Zaparcia

Zaparcia są jedną z najczęstszych dolegliwości ze strony układu pokarmowego w ciąży, wynikającą ze spowolnienia perystaltyki jelit pod wpływem progesteronu oraz zmian w diecie i aktywności fizycznej. Leczenie pierwszego rzutu stanowi optymalizacja spożycia błonnika pokarmowego, nawodnienia oraz regularnej aktywności fizycznej [26, 27].

W przypadku konieczności zastosowania środków farmakologicznych dane dla większości popularnych leków przeczystczających są względnie uspokajające, szczególnie gdy stosowane są krótkotrwale i zgodnie ze wskazaniami. Profil bezpieczeństwa poszczególnych grup nie jest jednak jednokowy: środki osmotyczne i pęczniące są ogólnie preferowane nad środkami drażniącymi, których długotrwałe stosowanie powinno być unikane. Poradnictwo dietetyczne i behawioralne, prowadzone przez personel pielęgniarski i położniczy, pozwala u wielu pacjentek ograniczyć potrzebę sięgania po środki farmakologiczne [26, 27].

#### **DISKUSJA**

Zebrany materiał potwierdza, że bezpieczeństwo farmakoterapii OTC w ciąży jest zagadnieniem złożonym i wymagającym

indywidualnej oceny klinicznej. Silne dane dotyczące bezpieczeństwa istnieją głównie dla substancji stosowanych od wielu dekad, objętych dużymi badaniami kohortowymi lub meta-analizami. Do tej grupy należy przede wszystkim paracetamol, a w zakresie leczenia nudności skojarzenie doksyłaminy z witaminą B<sub>6</sub> [6–8].

Najpoważniejsze zastrzeżenia kliniczne budzi stosowanie NLPZ po 20. tygodniu ciąży. W tym przypadku istnieje zarówno dobrze udokumentowany mechanizm biologiczny szkodliwego działania, obejmujący wpływ na czynność nerek płodu i hemodynamikę przewodu tętniczego, jak i wystarczające dane kliniczne, które skłoniły FDA do wydania oficjalnego ostrzeżenia [4, 5].

Kwas acetylosalicylowy stanowi przykład substancji, dla której samo przypisanie do grupy NLPZ nie wystarcza do oceny ryzyka. W dawkach przeciwbólowych i przeciwzapalnych powinien podlegać tym samym ograniczeniom co inne NLPZ, zwłaszcza po 20. tygodniu ciąży. Natomiast mała dawka przeciwplatek, stosowana w określonych wskazaniach położniczych, ma odmienny cel terapeutyczny i korzystny bilans korzyści do ryzyka u kobiet z podwyższonym ryzykiem stanu przedrzucawkowego. Kluczowe jest więc odróżnienie samoleczenia bólu aspiryną od profilaktyki prowadzonej według kryteriów ryzyka i pod nadzorem lekarza [5, 10, 16–21].

Uwzględnienie polskich dokumentów praktycznych doprecyzowuje dawkowanie najważniejszych substancji omawianych w pracy. Paracetamol pozostaje lekiem pierwszego wyboru w uzasadnionych wskazaniach, ale dawka dobową powinna wynikać z ChPL konkretnego preparatu. Dla ASA kluczowe jest odróżnienie przeciwwskazanego samoleczenia bólu dawkami 500 mg od profilaktyki położniczej dawkami 100 do 150 mg wieczorem u pacjentek z grup ryzyka. Dla nudności i wymiotów ciężarnych polskie stanowiska PTGiP wskazują skojarzenie doksyłaminy z pirydoksyną jako opcję pierwszego rzutu w farmakoterapii, przy czym gotowe preparaty są lekami na receptę i wymagają przestrzegania schematu dawkowania [9–21].

Głównym problemem interpretacyjnym w badaniach nad bezpieczeństwem leków OTC w ciąży jest trudność w odróżnieniu efektu działania leku od wpływu samej choroby, która była przyczyną jego zastosowania. Dotyczy to szczególnie paracetamolu, ponieważ choroby gorączkowe same w sobie mogą być teratogenne lub negatywnie wpływać na dobrostan płodu, co komplikuje interpretację badań obserwacyjnych [7, 23].

Z perspektywy współczesnego pielęgniarstwa i ochrony zdrowia przedstawione dane mają bezpośrednie przełożenie na praktykę. Ponieważ znaczna część ekspozycji na leki OTC w ciąży następuje w wyniku samodzielnych decyzji pacjentek, poza bezpośrednim nadzorem lekarza, to właśnie pielęgniarka, położna i farmaceuta stają się najistotniejszymi ogniwami profilaktyki. Ich zadaniem jest przekładanie złożonej wiedzy farmakologicznej na zrozumiałe, oparte na dowodach naukowych komunikaty, wzmacnianie kompetencji zdrowotnych pacjentek oraz rozpoznawanie sytuacji, w których samoleczenie należy zastąpić konsultacją lekarską. Tak rozumiana edukacja zdrowotna jest formą profilaktyki pierwotnej, ograniczającą ryzyko niepotrzebnej lub szkodliwej ekspozycji płodu [1, 2, 5].

Wnioski praktyczne powinny opierać się na sekwencji: w pierwszej kolejności ocena korzyści klinicznej dla matki, następnie analiza profilu ryzyka substancji z uwzględnieniem aktualnego trymestru, a decyzja o zastosowaniu leku powinna być podejmowana na podstawie rzetelnych danych naukowych, nie zaś wyłącznie na podstawie statusu rejestracyjnego preparatu [1, 7, 8].

Zwraca uwagę, że preparaty złożone na przeziębienie stanowią grupę najłabiej przebadaną pod kątem bezpieczeństwa w ciąży jako całości, a ich ocena wymaga analizy każdego składnika z osobna. Stanowią one zatem szczególnie wyzwanie dla lekarzy, pielęgniarek, położnych i farmaceutów udzielających porad kobietom ciężarnym korzystającym z samoleczenia [1, 2].

## WNIOSKI

1. Paracetamol pozostaje podstawowym lekiem OTC przeciwbólowym i przeciwgorączkowym w ciąży, pod warunkiem stosowania go w najniższej skutecznej dawce przez możliwie najkrótszy czas. W polskich ChPL dawka jednorazowa u dorosłych wynosi zwykle 500 do 1000 mg, a maksymalna dawka dobową zależy od preparatu i wynosi najczęściej 3000 do 4000 mg [6, 7, 9, 15].
2. Stosowanie NLPZ w ciąży, szczególnie po 20. tygodniu, wiąże się z istotnym ryzykiem małowodzia oraz zaburzeń hemodynamicznych u płodu i powinno być unikane bez wyraźnego wskazania lekarskiego [4, 5].
3. Kwas acetylosalicylowy w dawkach przeciwbólowych i przeciwzapalnych należy traktować jak NLPZ i unikać jego stosowania w samoleczeniu, zwłaszcza po 20. tygodniu ciąży. Małe dawki przeciwpłytkowe mają odrębne zastosowanie w profilaktyce stanu przedrzucawkowego; w rekomendacjach amerykańskich jest to najczęściej 81 mg na dobę, a w polskim stanowisku PTNT/PTK/PTGiP 100 do 150 mg raz dziennie wieczorem, od okresu przed 16. tygodniem do 36. tygodnia ciąży, u pacjentek z grup ryzyka i pod kontrolą lekarza [5, 10, 16–21].
4. Leki przeciwhistaminowe  $H_1$  wykazują ogólnie korzystniejszy profil bezpieczeństwa niż leki obkurczające błonę śluzową nosa (pseudefedryna), których stosowanie powinno być ograniczone, szczególnie w pierwszym trymestrze [22–24].
5. Skojarzenie witaminy  $B_6$  z doksyliną stanowi opartą na dowodach opcję terapeutyczną w nudnościach i wymiotach ciężarnych po nieskuteczności metod niefarmakologicznych; dawki zależą od preparatu, od 10 mg + 10 mg w schemacie stopniowanym do maksymalnie czterech tabletek na dobę albo 20 mg + 20 mg do maksymalnie dwóch tabletek na dobę [8, 11–14].
6. Leki stosowane w dolegliwościach przewodu pokarmowego powinny być dobierane w modelu stopniowanej eskalacji, z odrębną oceną preparatów stosowanych w zgodzie i zaparciach, a metody niefarmakologiczne pozostają leczeniem pierwszego rzutu [25–27].
7. Status OTC nie jest równoznaczny z bezpieczeństwem stosowania w ciąży; każda decyzja terapeutyczna powinna opierać się na analizie aktualnych danych dotyczących substancji czynnej, trymestru ciąży oraz stosowanej dawki [1–3].
8. Ze względu na populacyjną skalę samoleczenia pielęgniarki, położne i farmaceuci pełnią niezwykle ważną rolę w ochronie zdrowia matki i dziecka. Systematyczne poradnictwo, edukacja zdrowotna, kształtowanie kompetencji zdrowotnych pacjentek oraz rozpoznawanie sytuacji wymagających konsultacji lekarskiej stanowią element profilaktyki i powinny być integralną częścią opieki nad kobietą ciężarną [1, 2, 8].

Źródło finansowania: Praca sfinansowana ze środków własnych autora.

Konflikt interesów: Autor nie zgłasza konfliktu interesów.

## BIBLIOGRAFIA

1. Stanley AY, Durham CO, Sterrett JJ, et al. Safety of Over-the-Counter Medications in Pregnancy. *Am J Matern Child Nurs* 2019; 44(4): 196–205, doi: 10.1097/NMC.0000000000000537.
2. Servey J, Chang J. Over-the-Counter Medications in Pregnancy. *Am Fam Physician* 2014; 90(8): 548–555.
3. Werler MM, Mitchell AA, Hernandez-Diaz S, et al. Use of over-the-counter medications during pregnancy. *Am J Obstet Gynecol* 2005; 193(3 Pt. 1): 771–777, doi: 10.1016/j.jog.2005.02.100.
4. Antonucci R, Zaffanello M, Puxeddu E, et al. Use of non-steroidal anti-inflammatory drugs in pregnancy: impact on the fetus and newborn. *Curr Drug Metab* 2012; 13(4): 474–490, doi: 10.2174/138920012800166607.
5. U.S. Food and Drug Administration. FDA recommends avoiding use of NSAIDs in pregnancy at 20 weeks or later because they can result in low amniotic fluid. Drug Safety Communication. Silver Spring (MD): FDA; 2020 Oct 15 [aktualizacja: 2020 Oct 16]. Dostępny na URL: <https://www.fda.gov/drugs/drug-safety-and-availability/fda-recommends-avoiding-use-nsaids-pregnancy-20-weeks-or-later-because-they-can-result-low-amniotic>.
6. American College of Obstetricians and Gynecologists. Acetaminophen Use in Pregnancy and Neurodevelopmental Outcomes. Practice Advisory. Washington (DC): ACOG; 2025 Sep 22. Dostępny na URL: <https://www.acog.org/clinical/clinical-guidance/practice-advisory/articles/2025/09/acetaminophen-use-in-pregnancy-and-neurodevelopmental-outcomes>.
7. Zafeiri A, Mitchell RT, Hay DC, et al. Over-the-counter analgesics during pregnancy: a comprehensive review of global prevalence and offspring safety. *Hum Reprod Update* 2021; 27(1): 67–95, doi: 10.1093/humupd/dmaa042.
8. Committee on Practice Bulletins-Obstetrics. ACOG Practice Bulletin No. 189: Nausea And Vomiting Of Pregnancy. *Obstet Gynecol* 2018; 131(1): e15–e30, doi: 10.1097/AOG.00000000000002456.
9. Szubert M, Stojko R, Sieroszewski P. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników dotyczące stosowania paracetamolu w ciąży i ryzyka autyzmu u potomstwa. *Ginekol Perinatol Prakt* 2025; 10, doi: 10.5603/gipp.108887.
10. Prejbisz A, Dobrowolski P, Kosiński P, et al. Postępowanie w nadciśnieniu tętniczym u kobiet w ciąży. Zapobieganie, diagnostyka, leczenie i odległe rokowanie. Stanowisko Polskiego Towarzystwa Nadciśnienia Tętniczego, Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego oraz Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników. *Ginekol Perinatol Prakt* 2019; 4(2): 43–111.
11. Sieroszewski P, Huras H, Wielgoś M, et al. Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie stosowania produktu leczniczego Xonvea do leczenia nudności i wymiotów u kobiet w ciąży. *Ginekol Perinatol Prakt* 2022; 7(2): 99–103.
12. Zimmer M, Huras H, Wielgoś M, et al. Stanowisko Zespołu Ekspertów Polskiego Towarzystwa Ginekologów i Położników w zakresie stosowania produktu leczniczego Bonjesta do leczenia nudności i wymiotów u kobiet w ciąży. *Ginekol Perinatol Prakt* 2024; 9(4): 253–258.
13. Xonvea, 10 mg + 10 mg, tabletki dojelitowe. Charakterystyka Produktu Leczniczego. Rejestr Produktów Leczniczych, URPL. Dostępny na URL: <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public>.
14. Bonjesta, 20 mg + 20 mg, tabletki o zmodyfikowanym uwalnianiu. Charakterystyka Produktu Leczniczego. Rejestr Produktów Leczniczych, URPL. Dostępny na URL: <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public>.
15. Paracetamol Biofarm, 500 mg, tabletki. Charakterystyka Produktu Leczniczego. Rejestr Produktów Leczniczych, URPL. Dostępny na URL: <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public>.
16. Aspirin, 500 mg, tabletki. Charakterystyka Produktu Leczniczego. Rejestr Produktów Leczniczych, URPL. Dostępny na URL: <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public>.
17. Acard, 150 mg, tabletki dojelitowe. Charakterystyka Produktu Leczniczego. Rejestr Produktów Leczniczych, URPL. Dostępny na URL: <https://rejestrmedyczne.ezdrowie.gov.pl/rpl/search/public>.
18. American College of Obstetricians and Gynecologists; Society for Maternal-Fetal Medicine. Low-Dose Aspirin Use During Pregnancy. ACOG Committee Opinion No. 743. *Obstet Gynecol* 2018; 132(1): e44–e52, doi: 10.1097/AOG.00000000000002708.
19. U.S. Preventive Services Task Force; Davidson KW, Barry MJ, Mangione CM, Cabana M, Caughey AB, Davis EM, et al. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA* 2021; 326(12): 1186–1191, doi: 10.1001/jama.2021.14781.
20. Henderson JT, Vesco KK, Senger CA, et al. Aspirin Use to Prevent Preeclampsia and Related Morbidity and Mortality: Updated Evidence Report and Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force. *JAMA* 2021; 326(12): 1192–1206, doi: 10.1001/jama.2021.8551.
21. Ahn TG, Hwang JY. Preeclampsia and aspirin. *Obstet Gynecol Sci* 2023; 66(3): 120–132, doi: 10.5468/ogs.22261.
22. Gilboa SM, Strickland MJ, Olshan AF, et al. Use of antihistamine medications during early pregnancy and isolated major malformations. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2009; 85(2): 137–150, doi: 10.1002/bdra.20513.
23. Etwel F, Faught LH, Rieder MJ, et al. The Risk of Adverse Pregnancy Outcome After First Trimester Exposure to H1 Antihistamines: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Drug Saf* 2017; 40(2): 121–132, doi: 10.1007/s40264-016-0479-9.

24. Werler MM. Teratogen update: pseudoephedrine. *Birth Defects Res A Clin Mol Teratol* 2006; 76(6): 445–452, doi: 10.1002/bdra.20255.
25. Richter JE. Gastroesophageal reflux disease during pregnancy. *Gastroenterol Clin North Am* 2003; 32(1): 235–261, doi: 10.1016/S0889-8553(02)00065-1.
26. Trottier M, Erebara A, Bozzo P. Treating constipation during pregnancy. *Can Fam Physician* 2012; 58(8): 836–838.
27. Brigstocke SL, Yu V, Nee J. Review of the Safety Profiles of Laxatives in Pregnant Women. *J Clin Gastroenterol* 2022; 56(3): 197–203, doi: 10.1097/MCG.0000000000001660.

---

**Adres do korespondencji:**

Mgr farm. Rafał Jaros  
Zakład Organizacji Opieki Zdrowotnej  
Katedra Pielęgniarstwa  
Wydział Pielęgniarstwa i Położnictwa  
Uniwersytet Medyczny we Wrocławiu  
ul. K. Bartla 5  
51-618 Wrocław  
E-mail: rafal.jaros@umw.edu.pl

Praca wpłynęła do Redakcji: 02.12.2025 r.  
Po recenzji: 19.12.2025 r.  
Zaakceptowano do druku: 30.12.2025 r.