Újra kell tanulni a **gyógyszertant...**

Az egészségügyi kormányzat elképzelései szerint 2012 tavaszától kísérleti jelleggel az orvosok csak hatóanyagot írhatnának fel, és a gyógyszerész dönti majd el, hogy milyen kereskedelmi nevű készítményt ad ki a receptre – elvileg a rendelkezésére álló legolcsóbbat kell választania. Dr. Blaskó Györggyel, a Debreceni Egyetem Orvos- és Egészségtudományi Centrum Gyógyszerészeti Kara Gyógyszerügyi Szervezés és Management Tanszékének professzorával arról beszélgettünk, hogy a rendelkezés szakmailag mit jelenthet az érintettek számára.

Dr. Blaskó György

A gyógyszerek hatóanyagnéven való felírása orvosok és gyógyszerészek számára egyaránt nagy kihívás lesz. Gondoljunk csak arra, hogy míg a hetvenes években az orvosok 600 féle hatóanyag alapján 850 féle gyógyszert írhattak fel, addig ma 2000 féle hatóanyag és 8700 féle gyógyszer létezik. Ennek egyik legfontosabb oka az, hogy amikor egy szer szabadalmi oltalma lejár, megjelennek a generikumok, és ezek gyártójuktól függően különböző kereskedelmi néven kerülnek forgalomba. Tehát többféle gyógyszer tartalmazza ugyanazt a hatóanyagot, és természetesen számos tényezőtől függ, hogy melyik orvosnak melyik fantázianév van a fejében – és a tollában.

Nem várható el, hogy a gyógyszertárak valamennyi hatóanyagot valamennyi márkanév formájában tartsák, hiszen a raktározás költséges és helyigényes dolog. Az új szabályozás az orvosokat és a gyógyszerészeket egyaránt rá fogja kényszeríteni, hogy újra megtanulják a gyógyszertant, és ne kereskedelmi nevekben, hanem hatóanyagokban gondolkozzanak. A patikusokat segítik ebben a gyógyszertárakban rendelkezésre álló számítógépes rendszerek, és az orvosok számára is léteznek ehhez hasonló programok. Egyébként Bécsben nemrégen létrejött egy európai iroda azzal a céllal, hogy a hatóanyagnevek rendszerét hatékonyan feldolgozza, és ezzel segítse az orvosok munkáját. Például tudjuk, hogy az „-ipin” végződésű szerek többnyire kalciumcsatorna-blokkolók, az „-olol” végződésűek bétablokkolók stb. Az iroda munkatársai egyebek között ilyen dolgokban tesznek rendet.

Mennyire lehetünk biztosak abban, hogy két különböző, bár azonos hatóanyagú készítmény ugyanúgy viselkedik egy adott páciens esetében? Ha valaki például évek óta szed egy konkrét vérnyomáscsökkentőt, érdemes-e lecserélni valami másra, mert az a legolcsóbb, vagy mert a patikában az kapható éppen? Arról nem beszélve, hogy ha már valaki megtanulta, hogy ezt így hívják, ekkor és ekkor kell bevennie, tudja, hogy a „vérnyomására jó”, érdemes-e ezen változtatni?

Ami a kérdés első felét illeti: a generikumnak az eredeti gyógyszerrel szinte tökéletes bioekvivalenciát kell mutatnia, és természetesen hatóanyaguknak kémiailag teljesen azonosnak kell lenniük. Ezt a gyógyszerhatóságok nagyon szigorúan ellenőrzik.

Természetesen az orvoslásban sosem fehérek vagy feketék a dolgok. Az originális szerek és követőik az adalékanyagokat — színezékek, tartósítószerek stb. — illetően valóban nem egyformák, ezért egyes betegeknél allergia léphet fel, esetleg a hatás sem lesz

minden személynél egyforma. De azért az esetek döntő többségében igaz, hogy ha egy gyógyszer valakinél bevált, akkor egy másik, azonos hatóanyagú szer is nagy eséllyel lesz megfelelő számára.

Elvileg ez bizonyára így van, kérdés, hogy a gyakorlatban is. Tudjuk, hogy a hatóanyag nélküli placebo is igen hatásos lehet, és tudjuk, hogy a gyógyszereknél sem csak a hatóanyag hat...

Ez természetesen igaz, és ha az orvos azt tapasztalja, hogy nem vált be az „újítás", vagy betege ragaszkodik egy adott fantázianevű készítményhez, akkor a páciens hozzájuthat ahhoz is, csak drágábban. És igaza van: ha valaki évek óta szed egy adott készítményt vagy gyógyszer-kombinációt, és az bevált, akkor nem nagyon érdemes mással kísérletezni.

Viszont azzal is tisztában kell lenni, hogy ha az orvos noraminophenazont ír fel, és a patikus nem Algopyrint ad, pedig a páciens azt szokta meg, és reklamál, a gyógyszerész jó eséllyel oda fogja adni a megszokott szert, hiszen nem akarja kliensét elveszíteni. Mindezzel csak azt szeretném mondani, hogy ezt a rendelkezést nyilvánvalóan képtelenség lesz 100 százalékosan betartani. Az a véleményem, hogy a betegeket nem fogja veszteség érni: veszteségeket a gyártók fognak szenvedni, mégpedig a brandépítés szempontjából. Hiszen a „brand" nem egyenlő a hatóanyaggal, abba beépül a gyártó cég imázsa, marketingtevékenysége, a gyógyszerlátogató munkája. Ez, a brandépítés lesz igen nehéz, ha az orvosoknak hatóanyagokban kell gondolkodniuk.

Az elmúlt évtizedekben bizonyára nem csak a generikumok számának növekedése miatt került a piacra ilyen sokféle gyógyszer...

Így van, ehhez jelentősen hozzájárult a gyárak ún. „Me too!", azaz „Nekem is!" szemlélete. Ha egy cég megjelent egy új, addig nem létező hatásmechanizmusú szerrel, konkurensei is akartak olyat. Így aztán például az első ACE-gátló megjelenését követően más gyártók más kémiai szerkezetű, de ugyancsak az angiotenzint konvertáló enzimet blokkoló vegyületeket fejlesztettek ki. Az ACE-gátlók családjába tehát kémiailag különböző szerkezetű vegyületek tartoznak. És ez bizony nagyon jó így, hiszen minden ember más és más; az egyik beteg mája jól metabolizál egy adott vegyületet, míg egy másiké kevésbé. És vannak az egyes gyógyszerekre nem, vagy rosszul reagáló betegek (ún. nonresponderek): az egyik kémiai szerkezet nem csökkenti a vérnyomást, míg egy másik igen. Így haladunk — többszöri próbálkozással — az egyéni gyógyszerelés felé. Maradva az előbbi példánál: ha tehát a betegnek ACE-gátlóra van szüksége, az orvos többféle kémiai szerkezetű szer közül választhat, többfélével próbálkozhat, és mindenki számára igyekszik a legjobb megoldást megtalálni. Tehát nem az ördögtől való, ha egy meghatározott biológiai hatás eléréséhez többféle molekula áll rendelkezésünkre.

A beszélgetésünk kiindulópontjául szolgáló rendelkezés azonban az azonos hatóanyagú, nem pedig az azonos hatásmechanizmusú szerekre vonatkozik, és én fenntartom, amit korábban mondtam: az orvosoknak és a gyógyszerészeknek egy másfajta gondolkodással újra kell tanulniuk a farmakológiát.

Bakos Júlia