

Gondolatok a gyógyszerészet helyzetéről

DR. NIKOLICS KÁROLY, DR. STENSZKY ERNŐ, DR. VINCZE ZOLTÁN

Társadalmi és gazdasági életünk csaknem valamennyi területén változások kezdődtek az elmúlt évben, amely változások az egészségügyet is és ezen belül a gyógyszerészetet is érintették. Ez utóbbi területeken is keressük azokat az utakat, amelyeken haladva lehetőség nyílik arra, hogy az egészségügyi ellátás elvi és gyakorlatban megvalósítható feladatai összhangba kerüljenek a társadalmi igényekkel és a gazdasági feltételekkel.

A gyógyszerellátás is azok közé az egészségügyi szolgáltatások közé tartozik, amelyeknek alapjai és részletei a lakosság, valamint a gazdasági szakemberek számára bizonyos fokig elvontak, hiszen a gyógyszerkutatás, a gyógyszerellenőrzés, a gyógyszerbiztonság, a gyógyszeres terápia, a gyógyszer hatásai, a gyógyító, esetleg károsító hatás nehezen követhető. A gyógyszer mindig betegre, betegségre szabott, azért különösen szükséges, hogy az egészségügyi és gazdasági szakemberek egymást megértve dolgozzanak és együtt alakítsák ki a szakmai és gazdasági feltételrendszert.

Szakmai körökben időnként felmerül, van-e a magyar gyógyszerészetnek koncepciója? Erre egyértelmű igennel kell válaszolni. A gyógyszerészet vezetői, így a Magyar Gyógyszerészeti Társaság elnöksége is időszakonként foglalkozik e témával, és mindent megtesz annak érdekében, hogy részt vehessen mindazokon a megbeszéléseken, amelyeken a hivatásunk jövőjét érintő kérdésekben döntenek.

Az is igaz azonban, hogy a Magyar Gyógyszerészeti Társaság vezetősége nem minden esetben tudja elképzeléseit érvényre juttatni. Ennek elsősorban az az oka, hogy a Társaság társadalmi szervezet lévén mindössze javaslattevőként működhet közre. A Társaság országos vezetősége széles körű vitára bocsátotta a gyógyszerészet fejlesztésével kapcsolatos kérdéseit, amelyekre beérkezett hozzászólásokat a Gyógyszerészet hasábjain 1981-ben közzétett [1]. A későbbiekben „A gyógyszerészet feladata a gyógyszerellátás továbbfejlesztése” címmel 1982-ben közzétette az országos vezetőség állásfoglalását [2]. A Magyar Gyógyszerészeti Társaság elvi és gyakorlati programjának megvalósításánál mindig az volt az elv, hogy annak kidolgozásába és végrehajtásába szervezeti rendszerén keresztül bevonja a Társaság minden tagját. Hisszük és állítjuk, hogy ez a szervezett együttműködés, a különböző területeken dolgozó gyógyszerész kollégák szakértelme és hivatástudata eredményezte azt, hogy a gyógyszerészeti munka, a gyógyszerellátás, az elmúlt évtizedekben a mindnyájunk által jól ismert nehézségek ellenére is jól szervezett és biztonságos volt. Egészségügyi kormányzatunk új utakat keres az egészségügyi intézmények működési rendszeréhez, olyan utakat, amelyeken a gazdasági szempontok is érvényesülnek. Ezeket az utakon haladva mind az egészségügyi kormányzatnak, mind a különböző szintű vezetőknek, valamint a rendeletek és utasítások végrehajtóinak komoly feladato-

kat és felelősséget jelent az, hogy az egészségügyi szolgálat intézményei, köztük a gyógyszerárak megkapják és megtalálják feladatuk végrehajtásához szükséges feltételeket. Minden változásnál, minden feladat újrafogalmazásánál át kell gondolnunk az addig megtett utat, az eddig meghatározott feltételek és lehetőségek mennyire voltak helyesek, mennyire szolgálták a kitűzött célt. Ezek alapján kell kialakítani a fejlesztés új koncepcióit, és ennek érdekében a gyógyszerészek együttműködésével elérni a legkedvezőbb megoldást. Ez a feladat azonban nem mindig könnyű. Az úton haladva számos kompromisszumra kényszerülünk, amely kompromisszumok számát kell a jövőben a minimálisra csökkenteni.

A gyógyszerellátás új rendjének bevezetése jól jelzi e kérdés kompromisszumokkal való megoldását. A jövőben azon kell munkálkodni, hogy e számos pozitív vonást tartalmazó rendelet oly mértékben formálódjon, hogy ez a gazdasági és szakmai érdekeket egyaránt jól szolgálja. E feladat megoldóira nagy felelősség hárul, hiszen minden intézkedésnek a súlya, eredménye, vagy kára az egyes embert, a beteg embert érinti, akinek a számára az egészségügyi szolgáltatnak meg kell keresnie a gyógyítás, vagy a betegség enyhítésének útját. Olyan feladat ez, ahol gazdasági feltételek, politikai elképzelések, szakmai követelmények, emberi érzelmek keverednek, melyek között csak nagyon szilárd és megalapozott elveken állva lehet kiigazodni.

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság 1982, majd 1986 óta hivatalban lévő elnökségének elvi és gyakorlati törekvései, koncepciói eddig is az eddig elmondottakon alapultak és a jövő terveibe is ezeket kívánjuk beépíteni. Ez eredményekről több ízben adtunk hírt a Gyógyszerészet hasábjain.

A továbbiakban néhány konkrét téma érintésével, ill. gondolat közreadásával kívánjuk kollégáinkat tájékoztatni a Társaságunkat érintő problémákról és tervekről.

Egy-egy új koncepció lehet időtálló, számos előre-mutató gondolatot tartalmazó, ugyanakkor azonban alkalmazkodni kell az idők változásához. Elsőrendű feladatunk tehát, hogy figyeljünk a jelen életünkben bekövetkező változásokra, az új tendenciákra és ezekre rugalmasan reagáljunk.

Társaságunk elnöksége többször kifejtette, hogy alapvető kérdés szakterületünk egysége. E téren további szervező munkára van szükség, egymás véleményének megismerésére, közös álláspontok kialakítására. A gyógyszerkutatástól a beteggel való személyes kapcsolatig sok területen dolgoznak kollégáink. Az e területen dolgozó kollégák érdekei természetesen nem mindig azonosak. De a közös szempontok koordinálása előbbre viheti a törekvéseket.

A kutatás, oktatás, ipar, valamint az irányítás és szervezés szakemberei részéről a jövőben nagyobb támogatás szükséges a hálózatban dolgozó szakemberek

számára. Itt elsősorban olyan könyvek, közlemények megírására gondolunk, amelyeket az alapellátásban dolgozó gyógyszerészek mindennapi munkájuk során felhasználhatnak, ill. amelyek hozzájárulnak a gyógyszerészek tudomány iránti érdeklődésének fenntartásához és azoknak a mindennapi munkájukban való hasznosításához.

A gyógyszerészet egységét szolgálja, mint tudományos társaság a Magyar Gyógyszerészeti Társaság. Feltétlenül szükségesnek látszik azonban a Gyógyszerészi Kamara létrehozása, amelynek egyébként ideiglenes szervezőbizottsága az elmúlt év novemberében megalakult, s jelenleg azon dolgozik, hogy ideiglenes működési szabályzatot dolgozzon ki. A végleges alapszabály megfogalmazásához gyógyszerész kollégáink véleményére igényt tartunk és várjuk javaslataikat. Szakterületünket ma több oldalról irányítják; a Szociális és Egészségügyi Minisztérium illetékes főosztályai, az Ipari Minisztérium, az Országos Gyógyszerészeti Intézet, a különböző megyei (fővárosi) tanácsok, gyógyszerintézetek központok. Ezeknek az intézményeknek hatásköre, elgondolásai nem egyszer koordinálásra szorulnak. A területi önállóság fennmaradása mellett különböző kérdésekben elengedhetetlen a közös álláspont kialakítása. Ilyen szerepet tölthet be a tervezett Gyógyszerészi Kamara, melynek tervezett főbb feladatai: szakmai érdekképviselet, fegyelmi hatáskör, állásfoglalás szakmai-etikai kérdésekben, közreműködés jogszabályok alkotásában, ill. javaslat új jogszabályok kidolgozására. Eldöntésre váró kérdés többek között az is, hogy a munkavállalás feltétele a kamarai tagság legyen. Amennyiben az ún. „kényszertagság” mellett foglalkunk állást, a kamarának alapvetően biztosítani kellene olyan jogokat, amelyek biztonságot nyújtanak arra, hogy a kamarai tagok érdekvédelmét a legkörültekintőbben garantálja.

Az elmúlt években többek között alapvető kérdés volt az 5 éves képzés megvalósítása. Az — közös erőfeszítések révén — megvalósult. Ehhez kapcsolódik a doktori cím megadásának kérdése. Az 5 éves képzés jogcímét adhat ehhez, az orvostudományi egyetemnek más fakultásainak mintájára. Továbbá ki kell alakítani az összhangot a posztgraduális képzéssel is. Megoldásra váró feladatnak látjuk, hogy miként épüljön a továbbképzés, a szakképzés az új egyetemi tematikára. Ugyancsak szükséges az alap-, a szak- és a posztgraduális képzés összhangjának további erősítése.

A legszélesebb rétegek a közforgalmú gyógyszerárakban dolgoznak. Vonzóvá kell tenni a pályát. Ez nemcsak anyagi és lakáskérdés. Legyen meg a tudományos fejlődés, legyenek előlépési lehetőségek, bővüljenek a területi információs központok, nőjön a gyógyszerismertetőik száma — mind humán, mind állatgyógyászati téren. Fejlődjön tovább a gyógyszerészeti tudományok ágait és rész-ágait művelők köre (gyógyszertechnológia, a gyógyszerellenőrzés különböző területei, a gyógyszerkémia és annak ágazatai, biofarmacia, farmakognozia, gyógyszerügyi szervezés stb.). Ezek, és az itt fel nem sorolható tudomány —, társ- és határtudományágak felhasználása és folyamatos fejlesztése szükséges a követelmény. Biztosítani kell a szakirodalom tanulmányozását, a nyelvtudást. Mindezek szélesítik a kollégák látókörét. E döntő kérdés megvalósítása a területi vezetőktől függ.

Régi törekvésünk a pálya ismertté tétele, problémái-

nak bemutatása. Személyes kapcsolatok megteremtése, bővítése révén bizonyos előrehaladást értünk el. Ez a feladat a területi vezetőkre is vonatkozik. Meg kell ragadni a tömegkommunikációs eszközök adta lehetőségeket is. És — amint többször hangoztattuk — a társadalmi megbecsülés záloga a vezető rétegek aktív tevékenysége mellett az, hogy az egyének, kollégáink munkahelyükön ugyancsak megbecsülést szerezzenek maguknak hivatásuk jó ellátásával, etikus magatartással.

A gyógyszerészi hivatás összes eddigi jogszabályaink értelmében az egészségügy szerves része. Ezt a múltban a magánkézen lévő gyógyszerárak is vallották. Időnként felmerül az a tendencia, hogy a gyógyszerár kereskedelmi tevékenységet folytat, tartozunk a kereskedelem keretébe. Ez így nem lehet döntés kérdése. A döntés joga az életre, a feladatra tartozik. Minden egészségügyi intézetben folyó munka, az ott folyó szolgálat és szolgáltatás — legyen az az egészséges életvitelt szolgáló tanács, betegséget megállapító diagnózis, betegséget gyógyító vagy enyhítő gyógyszer vagy éppen a gyógyszerárak forgalmazási körébe utalt újabb, egészséget védő, ún. gyógyszerfeleségek, — új tartalmat nyer, más jellegű szakutadást, fegyelmet, más etikát kíván. Ezek alól a követelmények alól senki sem adhat felmentést.

A gyógyszerekkel kapcsolatban ismét *Minker Emil* professzor gondolatait és szavait kell idéznünk, melyek szerint a gyógyszer egy egész világot rejt magában. Egy olyan világot, mely az orvos és gyógyszerész munkája és szakértelme nyomán nyílik meg; megnyílik, hogy gyógyítson, vagy ártson. A mi hivatásunk a gyógyítás. Az orvos a gyógyszerből a benne lévő gyógyító, terápiás hatást várja, a gyógyszerész ezt a hatást a gyógyszer készítésével, ismeretével, ellenőrzésével, a gyógyszerbiztonság megvalósításával teremti meg. Így kap a gyógyszer új tartalmat a gyógyulást váró beteg számára. Ennek a folyamatnak a megteremtése az orvos és gyógyszerész közös feladata és kötelessége. Ezt a feladatot kell nekünk megtöltenünk olyan tartalommal, melyet a társadalom tudatosan, vagy nagyon sokszor tudat alatt, sokszor nehezen megfogalmazhatóan elvár tőlünk. Ez teszi a szakmánkat gyógyító hivatássá. Ennek a feladatnak a betöltéséhez kell, hogy a gyógyszerész továbbra is tudományosan jól képzett, elismert szakembere legyen az egészségügynek. E szempont különösen akkor döntő, amikor a bérleti, személyi használatba adandó gyógyszerárak terve kidolgozásra kerül.

Egyik tanácskozásunkon felmerült egy gyógyszerészeti és gyógyszerügyi törvény szükségessége. Korunkban sok új törvényt alkotnak. Ezek sorában az említett terület szabályozása szükségességük látszik. Törvények és más jogszabályok alkotása lényeges. Ugyanakkor figyelemmel kell kísérnünk a ránk vonatkozó lehetőségeket. Így 1989-ben a tanácsi választások során arra kell törekedni, hogy minél több gyógyszerész jusson a tanácsokba és minden olyan vezető helyre, ahol a szakmával kapcsolatos dolgokról, vagy éppen a szakma jövőjéről döntenek. Fontos továbbá, hogy a következő országgyűlési választások alkalmával végre gyógyszerész is bekerülhessen a Parlamentbe. Ez évtizedeken át — minden törekvésünk ellenére — nem sikerült.

A gyógyszerészet szakmapolitikai helyzete motiválója, tükrözője; bizonyos fokig meghatározója is az

egészségügyi ellátás olyan nagy területének, mely gyakorlatilag behalózza az egész országot és minden lakost érint. Érinti az egészségeseket és betegeket; érint minden családot. A szakpolitikai helyzet, mint a közérzet meghatározója, természetesen érinti a különböző területeken dolgozó gyógyszerészeket és segítőtársait is. Így a munkájukban részt kapó és rész vevő asszisztenseket, valamint a különböző műszaki, gazdasági és egyéb területeken dolgozókat.

Alapvető elvárásnak tartjuk, hogy a tisztességgel és hittel végzett munka minden területen kapja meg az ér-

te járó megbecsülést. Ehhez természetesen az kell, hogy a jól megfogalmazott és valóra váltott szakmai koncepció értékes mozaikköve legyen az ország boldogulásának; szűkebb értelemben a lakosság egészségét őrző és gyógyító szolgálatnak.

A Magyar Gyógyszerészeti Társaság tagjainak az a kötelessége és egyben hitvallása is, hogy a közösen megfogalmazott és a társadalom által rábízott feladatokat megvalósítsa. Ennek a feladatnak a végrehajtásához írásban, szóban és gyakorlatban történő összehangolt együttműködésre van szükség.

SIKERES KOMBINÁCIÓS TERÁPIA SZÍVINFARKTUS ESETÉN

(—) Dtsch. Apoth. Ztg 128, 1707 (1988).

A közlemény beszámol a British Heart Foundation működéséről, s ezen belül az „Isis—2” c. világméretű szívinfarktus tanulmányáról.

Minden jel arra mutat, hogy a sztreptokináz és az acetilszalicilsav kombinációja a halálozási arányt a felére csökkentheti. Minél előbb kezdik el a kombinációs kezelést, annál eredményesebb. Ha kisebb adag acetilszalicilsavat még néhány héten át adagolnak az infarktus után, megakadályozza a sztreptokináz által kinyitott szívkoszorúerek újbóli elzáródását.

Az 1985-ben megkezdett felmérés 16 országból 17 000 emberre terjedt ki. Ezek a személyek bebizonyított infarktus vagy ennek gyanúja esetén kerültek vizsgálatra, de náluk nem állt fenn akut vérzés veszélye. A kombinációs kezelés alkalmazásakor első hónapban az infarktusos betegek halálozási aránya a felére csökkent. A két szer külön-külön történő adagolásakor csak harmadával lett kisebb a mortalitás aránya. Idős korban is kedvező eredményt tapasztaltak. Olyan esetekben is eredményes volt a kezelés, amikor a kórházi terápia kezdetéig hosszabb idő telt el. Átlagban 6 óra a kezelés megkezdéséig eltelt idő. Hosszabb időtartam, így 24 óra eltelte után is sikeres volt a terápia. Természetesen az a cél, hogy a beteget mielőbb gyógyintézetbe szállítsák. A közlemény arról is beszámol, hogy a kombinációs kezelés során sem jelentkezett több mellékhatás, mint monoterápia esetén.

Ismeretesek újabb fibrinolitikus készítmények is. Ezek még kevésbé elterjedtek. Ezért a leírt kombinációs terápia alkalmazása célszerű (5).

Jelinekné Nikolics M.

PSZICHOFARMAKONOK ADAGOLÁSA IDŐS KORBAN

Kielholz, P.: Pharm. Ztg 133, (2), 35, (1989).

Az utóbbi években egyre több közlemény foglalkozik időskorúak gyógyszeres terápiájának kérdéseivel. Ezt indokolja az, hogy az átlag életkor kitolódott. Így becslések szerint a 65 évesek száma 2000-ig kb. 25%-kal nő. Ugyanakkor az időskorúak megváltozott életfunkciói szükségessé teszik a felnőttek gyógyszeradagolásának megfelelő módosítását.

NSZK-ban, Dániában, USA-ban a 65 év feletti 10—15%-a depresszióban szenved. Ez az arány szociális otthonokban, nyugdíjas házakban még nagyobb.

Időskorban több okból megváltozik a farmakokinetika. Így a mellékhatások oka az eloszlás módosulása, az elimináció lassúbbodása, a csökkent víztartalom, szérumbalbumin és izomtömeg. Csökkent a vesefunkció, lassabb a gyógyszer metabolizmusa, ami főleg lipofil farmakonok esetén fordul elő. Az extracelluláris folyadék csökkenése folytán magasabb plazmaszint alakul ki, így nő a mellékhatások lehetősége. Így a biológiai felezési idő meghosszabbodik. Ezért a gyógyszerek adagja csökkentendő. Pszichofarmakonok esetében általában a felnőtt adag felét célszerű adagolni.

Antidepresszívumok közül hosszabb felezési idejű a Ludiomil. A 10 vagy 25 mg-osból elegendő este 1 db bevétele. Nyugtalan betegeknél Melleril Retard bevált. Altatónak jól alkalmazható az L-Tryptophan.

Neuroleptikumok (antipszichotikumok) hallucinációk, emlékezés kiesés, szórakozottság esetén ugyancsak óvatosan adagolandók. Így bevált a Haloperidol, Chlorprotixen, Melleril.

Trankvillánsok-anxiolitikumok közül különösen a benzodiazepinek adagolása esetén óvatosság szükséges. Erősen kumulálódnak, ezért izomfeszülés, izomgyengeség léphet fel. Ez különösen gépjárművet vezető időskorúaknál fontos szempont. Gyakran rendelnek benzodiazepineket reggel anxiolitikumként, este pedig hipnotikumként. A magas adagolás folytán váratlan mellékhatások jelentkeznek. A hozzászokás is nő. Célszerű az adagolást 3 hét után fokozatosan csökkenteni és közben szüneteltetni (14).

N. K.

AZ ACE-GÁTLÓKAT MAGASABBAN RANGSOROLJÁK

Hilbig, P.: Pharm. Ztg. 133 (49), 37 (1988).

Újabb gyakran jelennek meg közlemények a hipertónia terápiaival kapcsolatban. Hazánkban Farsang Csaba kitűnő összefoglalót adott a Gyógyszereink hasábjain (1988. 8. sz.)

Az angiotenzin-konvertáló-enzim gyógyszerként a nyolcvanas évek elején jelent meg (Captopril). Hazánkban Tensiomin néven van forgalomban. A hipertóniával foglalkozó hazai munkacsoport a lépcsőzetes terápia rendszerét javasolta.

Újabb felismerések szerint a renin és az angiotenzin nemcsak a vérpályába jut szisztémásan, hanem közvetlenül a szövetekben — vesében, szívben — is megjelenik. A vérnyomáscsökkentés mellett további hatásokat is észleltek. Így — állatkísérletekben — az emlékezőképesség javulását tapasztalták. Így remélhető e szernek az Alzheimer-kórban való kedvező alkalmazása. Az angiotenzin-II. renális hatása folytán a vese vérárama csökken. Növekszik a diurézis, a nátriúrezis. Szívelégtelenség esetén javulhatnak a tünetek, csökken a mortalitás.

A közlemény a vérnyomáscsökkentőket az alábbiak szerint rangsorolja:

Monoterápia:	Béta-blokkoló	Diuretikum	Kalcium antagonist	ACE-blokkoló
Kettős kombináció:	Béta-blokkoló	Diuretikum plusz Kalcium antagonist	ACE-blokkoló	Alfa-1 blokkoló
	Béta-blokkoló	Diuretikum plusz Kalcium antagonist plusz ACE-blokkoló		
Hármas kombináció:	Diuretikum + Béta-blokkoló + Vazodilatátor	Diuretikum + ACE-blokkoló + Kalcium antagonist	Diuretikum + Alfa-2-stimulátor + Vazodilatátor	

Látható, hogy az ACE-gátlók a monoterápiában is alkalmazhatók (3).

N. K.