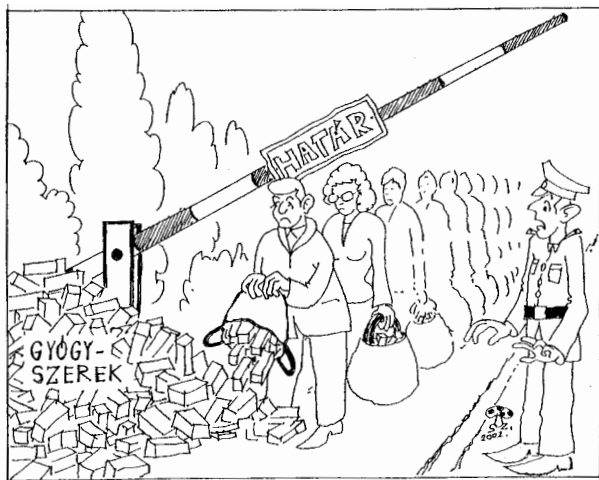


szabadalommal védett saját készítményt kifejleszteni, vagy legalább generikus készítményt a piacra dobni, ennek következtében számos vegyület esetében nagyszámú különböző „fedő” nevű generikus készítmény is elérhető. A receptköteles gyógyszerek mellett a szabadon vásárolható (OTC) készítmények száma is növekszik. Ez a helyzet nehezen áttekinthető túlkínálatot eredményezett (1. ábra).

### Jóból is megárt a sok



1. ábra

Hogyan válasszunk közülük? (2. ábra)

### „Melyiket a 9 közülük?”



2. ábra

Erre nem sikerült nemzetközileg elfogadott protokollt megalkotni. Viszont vannak megfontolandó szempontok:

1. A beteg adottságai: *a)* kora, *b)* kórisméje, *c)* betegségének aktuális állapota, *d)* egyéb betegségei, *e)* az előző terápiás tapasztalatok.

2. A készítmény adottságai: *a)* hatásossága (milyen mértékben, mennyire gyakran), *b)* mellékhatásai (mennyire súlyosak, milyen gyakoriak), *c)* ára, támogatottsága (közgyógyellátás).

A gyakorlatban a fenti szempontok mellett egyéb tényezők is befolyásolják a választást: az orvos szokásai, a beteg elképzelése, a gyártók marketingje, a készítmény újdonsága.

A megjelenő új készítményekről jó tudni, hogy melyik NSGY csoportba tartoznak vagy éppen új gyógyszer-csoport első tagjai-e és mindenképpen érdemes az ezt szedő első 15–20 betegünkönél hatásukat, különösen mellékhatásaikat fokozottan figyelni. Korábban hazánkban, de az EU-ban ma is gyakorlat, hogy új készítmények esetében a hivatalos gyógyszerismertető mellé a nem várt mellékhatásokat jelentő lapokat mellékelnek, amelyek kitöltése és megküldése az illetékes hatósághoz etikai kötelezettség. Ez az evidence based medicine követelményeit figyelembevevő klinikofarmakológiai vizsgálatok mellett is érvényben maradt. (Ha ez a szemlélet uralkodott volna, akkor pl. a Német Szövetségi Köztársaságban nem kellett volna több mint 4000 végtaghiányos gyermeknek megszületnie ahhoz hogy kiderüljön: a Contergan nem való várandós nők kezelésére!) Új gyógyszerek bevezetésekor tehát az alkalmazó orvosok fokozott odafigyelése kötelező. Ezután dönthető el, hogy az új készítményt végleg felveszük-e terápiás repertoárunkba. Ha igen, meggondolandó, hogy az addig használtak közül melyik, ugyanabba a molekulacsaládba tartozó, kevésbé hatásos, avagy több mellékhatást okozó készítményt iktassuk ki. Aki véges számú NSGY-féleséget használ, olyanokat, amelyekkel személyes tapasztalatokat is szerzett, az nagyobb biztonsággal képes ezen szereket alkalmazni. Ez akkor is igaz, ha ezek a nem nagyszámú betegen végzett személyes megfigyelések a klinikofarmakológiai statisztikai módszerekkel nem értelmezhetőek.

Ugyanannak a készítménynek a különböző betegeken egészen eltérő hatása lehet. Ennek oka nem ismert, de lehetséges, hogy a prosztaglandin rendszerükben rejlő különbségek magyarázzák. Természetesen szükség esetén, ha az alkalmazó orvos „fegyvertárában” szereplő NSGY-k adott betegen nem válnak be, sor kerülhet egyéb készítmények alkalmazására is.

Hatástalan molekula nemigen kerül a gyógyszerpiacra, a készítmények sorsát elsősorban mellékhatásaik gyakorisága és súlyossága határozza meg.

Ahogy a készítmények kínálata bővült, nyilvánvalóvá vált hogy mellékhatásaik tekintetében nagyfokú a hasonlóság, különbség inkább a mellékhatások gyakoriságában lehet: elsősorban gasztrointesztinális (gasztritizs, eróziók, látens vérzés, ulkuszbetegség, perforáció, puffadás, hasi diszkomfort), másodsorban *központi idegrendszeri* (alvászavar, szédülés, kábaság, zavartság) mellékhatásokra kell számítani. Gasztrointesztinális mellékhatásaikat a 3. táblázatban, a pánendoszkóppal igazolt ulkuszok és ulkuszszövődmények gyakoriságát a 4. táblázatban foglaltuk össze:

Gyakrabban a nagy adagban és/vagy hosszasan, de a kis és közepes adagban rövidebb ideig alkalmazott NSGY-knak, is lehet toxikus máj-, vese- és csontvelő