

КЛІНІЧНА ФАРМАЦІЯ В УКРАЇНІ – ВИКЛИКИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ

Чуфицький Є.О., Деримедвідь Л.В.

Національний фармацевтичний університет, Харків, Україна

Вступ. Починаючи з 30-х років ХХ сторіччя, активний розвиток взаємовідносин у трикутнику «лікар – фармацевт – пацієнт» привів до того, що у США починаються активні обговорення щодо потреби сфери охорони здоров'я у розширенні діяльності класичного фармацевта. Проте, процес впровадження інституції з клінічної фармації було перервано Другою світовою війною, і вперше окрема навчальна програма з клінічної фармації з'явилася у 1960 році в Університеті Мічигану. Піонерами руху клінічної фармації варто вважати Дейвіда Бакхолдера, Пола Паркера та Чарльза Волтона – співробітників Університету Кентуккі. Згодом інституції клінічного фармацевта та фармаколога були впроваджені у Канаді, Великій Британії та більшості країн ЄС.

Після отримання незалежності у 1991 році Українська фармацевтична сфера перебувала у позиції «наздоганяючого» у порівнянні з західною фармацією. Стрімко розвивається ринок без рецептурних лікарських препаратів, формується концепція «відповідального самолікування та ВООЗ публікує стратегію «Фокус на пацієнта», функції фармацевтів починають змінюватися від сфери виготовлення, зберігання та контролю якості ЛЗ до інформаційно-консультаційних послуг, контролю та оптимізації фармакотерапії.

Внаслідок цього виникає необхідність формування у вітчизняного фармацевта навичок спілкування з пацієнтом із питань первинної оцінки його стану, можливості відповідального самолікування, раціоналізації вибору безрецептурного лікарського препарату і моніторингу його ефективності і безпеки засадах та з дотриманням принципів належної фармацевтичної опіки. До того ж зростаючий асортимент рецептурних засобів зумовлює потребу у більш щільному контакті фармацевта з лікарем, проведенні інформаційно-консультаційної роботи в умовах стаціонару; моніторингу клінічної ефективності та безпеки ліків із фармакоекономічною оцінкою; роботі зі створення локальних формулярів.

Саме так на початку 90-х років в Україні сформувалися підстави для реформування системи фармацевтичної освіти з розвитком нового напрямку «Клінічна фармація».

Мета дослідження. Визначити проблеми діяльності клінічного фармацевта в Україні та подальші перспективи розвитку цього напрямку.

Матеріали та методи. Як методи дослідження були використані системний аналіз, порівняльний аналіз, метод експертних оцінок. Матеріалами досліджень стали звіти ВООЗ та локальних органів охорони здоров'я країн, нормативно-правові акти, протоколи фармацевта, наукові публікації, статистичні дані, матеріали засобів масової інформації.

Результати. Процес впровадження клінічних фармацевтів в Україні триває достатньо тривалий час (з 1997 року) і варто відзначити, що він значно гальмується через наявність деяких проблемних факторів у вітчизняній сфері охорони здоров'я. З основних, треба відзначити недосконалість нормативно-

правової бази, байдужість, а в деяких випадках агресивна реакція лікарів на введення посади клінічного фармацевта у лікувально-профілактичних закладах, внаслідок чого більшість клінічних фармацевтів обирає працевлаштування у «великій фармі», застарілі учбові програми та невідповідність функціоналу вітчизняного клінічного фармацевта у порівнянні з клінічним фармацевтом у США та країнах Західної Європи.

Недосконалість нормативно-правової бази з цього питання полягає в тому, що функціональні обов'язки, вказані у посадовій інструкції клінічного фармацевта, відрізняються від того, що він виконує, працюючи у лікувально-профілактичному закладі. Тому виникають ситуації невизначеності між керівництвом ЛПЗ та клінічним фармацевтом як у практично орієнтованих питаннях так і у організаційних.

Щодо перспектив, зараз в Україні основною складовою діяльності клінічного фармацевта є допомога лікарям. Епідеміолог разом з бактеріологічною лабораторією проводять моніторинг у ЗОЗ і визначають, якими збудниками зазвичай спричинені ті чи інші захворювання у госпіталізованих до стаціонару пацієнтів. Після цього вони формують аналітику, і клінічний фармацевт визначає, як емпірично лікувати певні категорії пацієнтів до остаточної діагностики та отримання бактеріологічного результату обстеження кожного з них. Адже пацієнтів госпіталізують зазвичай з підозрою на захворювання та лише після дообстеження (законодавством передбачено, що воно має відбутися протягом трьох діб) встановлюють остаточний діагноз і призначають відповідне лікування.

Ще одна складова роботи клінічного фармацевта – допомога у проведенні навчання для клініцистів. Власне, цим має займатися окремий спеціаліст ВІК. Але клінічний фармацевт повинен надати йому матеріали і підготувати його до проведення такого навчання. Або й взяти цю функцію на себе, якщо є така можливість або його колега ще недостатньо досвідчений у певних питаннях.

Згідно з Базельськими вимогами щодо майбутнього розвитку госпітальної (клінічної) фармації (FIP, 2007-2014), пропонується значне розширення функціональних обов'язків клінічних фармацевтів, зокрема – дозволити їм виконувати ін'єкційне введення препаратів алкалоїдів, ще більше долучення клінічних фармацевтів до процесу призначення та преавторизації антибіотиків групи резерву та розділення клінічних фармацевтів за вторинною спеціалізацією (фармакотерапія, фармація в онкології, психіатрична фармація, радіаційна фармація, фармація екстрених станів, фармацевтична нутріціологія) – все це було досягнуто у США ще у 1993 році. Розширення повноважень клінічних фармацевтів дозволить їм стати тими самими «game-changers», що будуть здатні швидко та ефективно вирішити виклики антибіотикорезистентності та поліпрагмазії.

Висновки. Наявність розвинутої клінічної ланки у практичній фармації (клінічний фармацевт) та медицині (лікар-клінічний фармаколог) значно поліпшить ефективність фармакотерапії як у кількісних, так і в якісних показниках, зменшить кратність лікарських помилок при призначеннях та кількість побічних реакцій у пацієнтів.

Щодо можливої конкуренції між лікарями та клінічними фармацевтами з питань призначень, на нашу думку підстав для конкуренції не має бути, оскільки ніхто не обмежує повноваження лікарів, адже саме лікуючий лікар відповідальний за призначення ЛЗ пацієнту, а клінічний фармацевт лише модеруватиме та визначатиме межі даних призначень. Тобто йдеться не про обмеження діяльності лікаря, а про дотримання певних рамок, за якими слідкує клінічний фармацевт.

Крім того, впровадження ефективної моделі страхової медицини дозволить розширити функціональний спектр діяльності клінічних фармацевтів і вивести цю ланку охорони здоров'я на новий рівень якості, що полегшить євроінтеграцію сфери охорони здоров'я України.

THE PHARMACIST'S ROLE IN OPTIMIZING MEDICATION MANAGEMENT IN PATIENTS WITH CHOLELITHIASIS

Otrishko I.A., Bezugla N.P., Vietrova K.V., Bacharif A.

National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

Introduction. Gallstone disease and complications from gallstones are a common clinical problem. The most common form of gallbladder disease is cholelithiasis (gallstones). The clinical presentation ranges between being asymptomatic and recurrent attacks of biliary pain requiring elective or emergency treatment. Bile duct stones are a frequent condition associated with cholelithiasis. The most frequent symptom is biliary pain, which is usually constant rather than discontinuous and appears when the gallbladder exit is obstructed by a stone. Most often it occurs in the right upper quadrant but can occur in the epigastrium, retrosternal area, or also the upper left quadrant. This pain has a typical irradiation to the ipsilateral scapula. Pain may be associated with vomiting, and it usually resolves completely but is often associated with other symptoms including flatulence, dyspepsia, and abdominal bloating.

The aim of the study. Study the role of the pharmacist in optimizing medication management in patients with cholelithiasis.

Materials and methods. General scientific and theoretical research methods were used.

Results. Pharmacists play an integral role in the management of patients with cholelithiasis. They are in a unique position to provide patient education and management of risk factors associated with cholelithiasis development and recurrence. Nutrition and lifestyle changes may be beneficial for the prevention and treatment of cholelithiasis. Because obesity is associated with an increased risk of cholelithiasis, weight loss may help prevent gallstone formation. However, excessively rapid weight loss may promote gallstone formation. Dietary factors that may help prevent gallstone formation include polyunsaturated fat, monounsaturated fat, fiber, and caffeine. Fish oil and moderate alcohol consumption have been shown to lower triglycerides, lessen bile cholesterol saturation, and increase HDL. Asymptomatic patients generally do not require treatment. Surgery is the most