

# Друзі чи вороги?

Все частіше на сторінках спеціалізованої преси з'являються публікації, темою яких є протистояння між представниками медицини і фармації. Такі статті викликають неоднозначну реакцію у читачів. Сьогодні свою точку зору на проблему (надуману чи справжню?) висловлюють доктор медичних наук, професор, завідувач кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації ЛНМУ ім. Данила Галицького Андрій Зіменковський; асистент цієї кафедри, экс-заступник начальника управління охорони здоров'я Львівської міської ради Андрій Федущак і головний офтальмолог Львівської області, завідувачка офтальмологічного відділення № 1 Львівської обласної клінічної лікарні, кандидат медичних наук Олександра Павлів



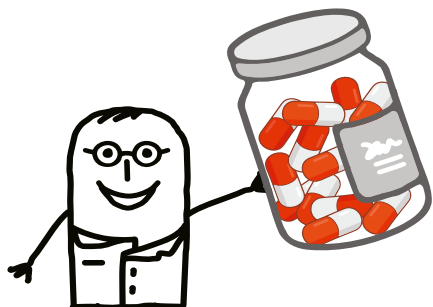
**А. Зіменковський:** На мій погляд, така постановка питання є категорично некоректною, адже нівелює гуманістичну складову як медицини, так і фармації. Що об'єднує ці дві галузі? Пацієнт. Попри те, що в компетенції фармацевта — ліки, а царина медика — діагностика і лікування, мета в обох фахівців спільна — здоров'я пацієнта. А отже, і лікарня, і аптека є закладами охорони здоров'я, що, зрештою, прописано у законодавстві.

Згортання екстемпорального виробництва ліків і гонитва аптек за прибутками майже зовсім зруйнували соціальну складову професії аптекаря. Ми дуже

сподіваємося, що фармацевтична опіка зможе повернути фармації втрачені позиції. Але для цього необхідно мати спеціалістів, які б відповідали за якість надання такої фармацевтичної послуги. Вважаємо, що сучасний рівень підготовки дозволяє належно робити це клінічним провізором, хоча місце їхньої діяльності — передусім клініка. Більше того, ці спеціалісти могли б стати місточком між лікарями і класичними фармацевтами. Прикро, що зміни в ліцензійних умовах забороняють сьогодні клінічним провізорам працювати в аптеках, за це аптека навіть може позбутися ліцензії.

Кому це вигідно — незрозуміло, але приносить шкоду безперечно. Давайце згадаємо історію. У потужних шпиталях США перша клініко-фармацевтична служба з'явилася ще у 40-х роках минулого століття. Її створювали не фармацевти, а досвідчені лікарі-організатори та хірурги. То друзі ми чи вороги?

Буду відвертим, вісім років тому працівники кафедри клінічної фармації, фармакотерапії та медичної стандартизації ЛНМУ ім. Данила Галицького мали певні побоювання з приводу того, як лікарі зустрічатимуть нового фахівця — клінічного провізора, проте жодного спротиву ми не побачили. Навпаки, клініцисти самі звертаються за порадою щодо адекватного застосування ліків.





ЩО ОБ'ЄДНУЄ ЦІ ДВІ ГАЛУЗІ? ПАЦІЄНТ. ПОПРИ ТЕ, ЩО В КОМПЕТЕНЦІЇ ФАРМАЦЕВТА — ЛІКИ, А ЦАРИНА МЕДИКА — ДІАГНОСТИКА І ЛІКУВАННЯ, МЕТА В ОБОХ ФАХІВЦІВ СПІЛЬНА — ЗДОРОВ'Я ПАЦІЄНТА

Звісно, багато що залежить від етичності поведінки клінічних провізорів. Ми не позиціонуємо їх як помічників лікаря, що носять за ним мішок із медикаментами чи довідники. Клінічний провізор — це самодостатній фахівець, професія якого суміжна з іншими медичними спеціальностями. Його завдання — не вишукувати помилки в лікарських призначеннях, а на основі доказової фармакотерапії допомагати точно підбирати якісні і безпечні медикаменти, уникаючи поліпрагмазії чи інших негативних наслідків для хворого. Ми дуже коректні у своїх висловлюваннях: не вживаємо словосполучення «медична помилка», а говоримо «медикаментозна помилка» або «некоректність, пов'язана із застосуванням ліків».

Виходячи із завдань, поставлених перед клінічними провізорами, свого часу на нашій кафедрі запровадили нову дисципліну — «Інформаційні технології у фармації». Цікаво, що у США дещо раніше почала розвиватися спеціальність «медичний бібліотекар», представники якої проводять пошук інформації про ліки, опрацьовують її і надають лікарям.

Зрештою, вісім років наполегливої праці не минули марно. Тепер лікарі регулярно звертаються до клінічних провізорів із проханням здійснювати аналіз їх призначень за розробленою нами методикою. Втім, тут дивуватися нічому, бо ж за навчальними планами студенти-медики старших курсів мають лише 35 годин клінічної фармакології, а клінічні провізори — понад 350.

Клініко-фармацевтичні повідомлення для лікарів різного профілю на їх замовлен-

ня є новим, але вже постійним напрямком нашої діяльності. До прикладу, одне з таких повідомлень було присвячене епідемії грипу, інше — профілактиці застудних недуг за допомогою часнику. Це чимось нагадує посадові обов'язки радянського провізора-інформатора, однак на якісно новому і значно вищому професійному рівні. У підсумку доведена на практиці потреба медичних працівників у такій інформації втілилася у створенні шести циклів тематичного вдосконалення для лікарів різних спеціальностей, які проводить наша кафедра.

Надзвичайно прикро, але нині через певну недосконалість української законодавчості клінічну фармацію, яка успішно розвивається на Заході, повільно «закопують у землю». Висококваліфіковані фахівці, я назвав би їх лікознавцями, яких потребує практична медицина і фармація, компетентні у фармакотерапії й фармакоекономіці, добре ознайомлені з формулярною системою, не мають змоги працевлаштуватися. Це, як мінімум, нерентабельно для держави.

Чому таких проблем ніколи не виникало, скажімо, у США, де клінічний фармацевт офіційно має право другого підпису? Тамешній листок лікарських призначень без підпису клінічного фармацевта вважається недійсним. Лікареві це вигідно, бо свою юридичну відповідальність за лікування хворого він поділяє з клінічним фармацевтом. Натомість останній за свою помилку також «відповідає долларом». Отже, за здоров'я хворого несуть відповідальність і лікар, і клінічний фармацевт, які взаємодіють і контролюють один одного.

Більше того, у США існує клініко-фармацевтична служба операційних. Упродовж операції анестезіолог, який безпосередньо працює з ліками, має змогу за потреби порадитися з клінічним фармацевтом через селектор чи за допомогою засобів телемедицини. Ось чому заробітна плата американського клінічного фармацевта не дуже поступається зарплаті висококваліфікованих хірургів чи кардіологів.

А от у Росії чинною є посада лікаря — клінічного фармаколога, який, по суті, виконує функції, прописані у нас для клінічного провізора. Проте за кордоном вважають, що підготовка лікаря — клінічного фармаколога коштує надто дорого, а його посада доцільна лише у лікарнях, де проводяться клінічні дослідження лікарських засобів. Тобто, фармакоекономічні аспекти, добір доз, поєднання ліків все ж таки залишають за клінічними провізорами.

Показово, що наших випускників, які не влаштувалися в лікарні чи аптеки, охоче беруть на роботу страхові компанії. Повірте, коли в Україні запровадять медичне страхування, лікарі самі захочуть розділити відповідальність за витрати пацієнта чи лікувально-профілактичного закладу із клінічним провізором.

Наразі ж наша галузь охорони здоров'я має так багато інших серйозних проблем, що нам зовсім не до протистоянь між лікарями і фармацевтами. Навпаки, медиків і провізорів об'єднують три складові: формулярна система, клінічна фармація і фармакологічний нагляд.

**А. Федущак:** Медицина й фармація виникли та розвивалися як єдине ціле — мистецтво лікування. Візьмімо для прикладу монастирську медицину Київської Русі. Ким були монастирські цілителі, піднесені в сан святих — Агапіт, Алімпій-іконописець, Прохор-лободник, — аптекарями чи лікарями? «Лечець приготує зеліє на потребу врачеванія» — записано у Києво-Печерському патерику. Лічці самі заготовляли субстанції для ліків, як лікарі призначали лікування, самі ж готували ліки для хворого, наглядали за ним і за дією призначених ліків, тобто здійснювали медичну й фармацевтичну опіку.

Лише у середньовіччі відбувся спочатку спонтанний, а потім офіційний поділ за видом прикладної діяльності: хірургія (рудомети, цирульники, костоправи), окулістика, фармація, терапія-інтерністика. Одним із перших урядових приписів у Галичині був «Санітарний патент», який забороняв лікарям виготовляти ліки, а аптекарям самостійно лікувати хворих.

Хід історії йде по спіралі, і сьогодні ми не можемо собі уявити клінічну медицину без прикладної фармації, як і фармацію без клінічної медицини й клінічної фармації. Спостерігаємо повернення до витоків, але на іншому, вищому рівні. Мета професійної



діяльності залишається тією ж, що й століття і тисячоліття тому: повернення здоров'я. Спільним і для лікарів, і для фармацевтів залишається основний постулат медицини — не нашкодь! І для одних, і для інших це має бути основним принципом у застосуванні ліків саме «на потребу врачеванія». При теперішньому величезному арсеналі ліків, стрімкій появі все нових, ефективніших,

**Хід історії йде по спіралі, і сьогодні ми не можемо собі уявити клінічну медицину без прикладної фармації, як і фармацію без клінічної медицини й клінічної фармації**

але водночас дорожчих засобів фармакотерапії лікарю-практику щоразу важче самотужки опанувати інформацію з лікознавства. Тож як обійтися без колеги фахівця-фармацевта?

А як бути аптекарю в умовах масового поширення безконтрольного самолікування? Чи готовий фаховий провізор взяти на себе відповідальність за наслідки застосування препаратів, відпущених без рецепта, без співпраці з лікарем? Лікарі й провізори об'єднані спільною метою — поверненням та збереженням здоров'я пацієнтів. Тому питання «вороги чи друзі?» видається щонайменше дивним і повертає нас до середньовіччя. Щиро переконаний, що у так званому протистоянні лікарів і провізорів більше штучного й надуманого. Так, спеціальності ці різні, але сфера діяльності одна — охорона здоров'я людини.



**О. Павлів:** Лікарі-офтальмологи, як, зрештою, і представники інших медичних спеціальностей, дуже тісно співпрацюють із вітчизняними та закордонними виробниками лікарських засобів через їхніх медичних представників у регіонах. Такі стосунки я б охарактеризувала як партнерські, взаємовигідні та дуже корисні для нас із професійної точки зору. Медичні представники доносять до лікарів

інформацію про нові лікарські препарати, які з'являються на фармацевтичному ринку України, про склад ліків і способи застосування, про те, в яких аптечних мережах вони дешевші. Ще більш цінними візита медпредставників є для спеціалістів, які ведуть прийом

у районах та не мають вільного доступу до Інтернету, нової спеціалізованої літератури чи можливості відвідувати конференції в інших містах.

Інша точка перетину наших інтересів — участь лікарів у науково-практичних конференціях, які регулярно проводять фармацевтичні компанії, як українські, так і іноземні. На такі зустрічі запрошують провідних офтальмологів світу, які інформують про останні досягнення в хірургічному і терапевтичному лікуванні очних недуг, а отже, українські офтальмологи мають добру нагоду ознайомитися з новими тенденціями діагностики і лікування захворювань очей. У кінцевому результаті від тандему лікар — виробник виграє пацієнт.

Єдине, з чим не можу погодитися, — це з відпуском офтальмологічних препаратів з аптек без рецепта лікаря. Як

провізор чи фармацевт може взяти на себе відповідальність і рекомендувати якийсь засіб для очей на власний розсуд за поверховими скаргами відвідувача?

Розглянемо, наприклад, такий симптом, як почервоніння очей. Найімовірніше, аптекар запропонує щось проти кон'юнктивіту. Однак це захворювання може мати бактеріальну, вірусну, змішану, грибкову етіологію, що, ясна річ, потребує різного лікування. Навіть офтальмологу не легко в цьому розібратися без належної діагностики, а тут щось радить провізор. Крім того, так зване червоне око характерне і для глаукоми. Тож коли пацієнт 5–6 днів самотужки лікуватиме «кон'юнктивіт», при гострому нападі глаукоми він може втратити зір. Ось чому я категорично проти відпуску препаратів для лікування очей без рецепта лікаря.

**Єдине, з чим не можу погодитися, — це з відпуском офтальмологічних препаратів з аптек без рецепта лікаря**



Підготувала Лариса Дедишина