

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/310327247>

PHARMACEUTICAL CARE: TERM AND CONCEPT

Article · February 2005

CITATIONS

0

READS

132

4 authors, including:



[Nina Dremova](#)

Kursk State Medical University

15 PUBLICATIONS 0 CITATIONS

SEE PROFILE

Супердизинтегранты корректируют негативное влияние несистемных антацидов на дезинтеграцию таблеток, а также гидрофобных смазок на дезинтеграцию таблеток и биоадгезию лекарственных веществ [2, 9]. Таким образом, супердизинтегранты могут не только непосредственно положительно влиять на процессы, обеспечивающие биодоступность лекарственных веществ, но и корректировать влияние факторов, негативно действующих на эти процессы.

Супердизинтегранты широко используются в производстве воспроизводимых лекарственных препаратов (дженериков) с целью достижения параметров их качества — прежде всего, уровня биодоступности, — соответствующих прототипам.

В России официально зарегистрированы Primojel® (натрия гликолят крахмала) и Primellose® (натрия кроскармеллоза) фирмы AVEBE (Голландия): № 012739/01-2001 — примеллоза и № 012740/01-2001 — примогель. На стадии (в процессе) регистрации в России находится Glycolis® — натрия гликолят крахмала фирмы Rokket (Франция). Многолетний опыт применения в производстве примогеля и примеллозы и натрия гликолята крахмала и кроскармеллозы, выпускаемых другими фирмами и под другими названиями, свидетельствует о том, что эти супердизинтегранты не только повышают биодоступность лекарственных веществ, но и существенно улучшают такие показатели качества, как твердость и прочность таблеток.

ЛИТЕРАТУРА

1. Abbulu K. and Devi M.V. // East Pharm., 1998(Oct), 41:133-135.
2. Bredenberg S., Nystroem C. // J. Pharm. Pharmacol., 2003, 55:169-177 (2).
3. Bolhuis G.K., Zuurman K. and Te Wieric G.H. // Eur. J. Pharm. Sci., 1997, 5: 63-69(2).
4. Bussemer T., Peppas N.A., Bodmeier R. // Eur. J. Pharm. and Biopharm., 2003, 56: 261-270
5. Chen C.R., Cho S., Lin C.K. et al. // Chem. Pharm. Bull., 1998, 46: 478-481.
6. Chowdary K.P. and Rao S.S. // Drug Dev. Ind. Pharm., 2000, 26: 1207-211(11).
7. Chowdery K.P., Srilatha K. and Devi C.L. // East Pharma, 2000,43: 105-106.
8. Cordoba-Borrego M., Cordoba-Diaz M. and Cordoba-Diaz D. // J. Pharm. Biomed. Anal., 1998, 18: 919-926 (6).
9. Cordoba-Dias D., Cordoba-Dias M., Awad S., Cordoba-Borrego M. // Int. J. Pharm., 2001, 226: 61-68 (1-2).
10. Dangprasirt P. and Pongwai S. // Drug. Dev. Ind. Pharm., 1998, 24: 947-949,53(10).
11. Ke W.T., Ho H.O., Tsai T. and Sheu M.T. // Eur.J. Pharm. and Biopharm.2001, 51: 215-219(3).
12. Lauro M.R., Torre M.L., Maggi L., Conte U. // Drug.Dev. Ind. Pharm., 2002, 28: 371-379 (4).
13. Lauro M.R., Torro M.L., Maggi L. et al. // STP Pharma Sci., 2001, 11:265-269(4).
14. Lee B. J., Rui S.G. and Cui J.N. // Drug Dev. Ind. Pharm., 1999, 25: 493-501.
15. Linden R., Gonsales Ortega G. // Drug Dev.Ind. Pharm., 2000, 26: 441-446.
16. Maggi L., Bruni R. and Conte U. //Controlled release, 2000 (Feb.), 64:333-334.
17. Munoz N., Ferrero C., Munoz-Ruiz et al. //Drug Dev. Ind. Pharm., 1998, 24: 785-791 (8).
18. Prasad S.D. // Indian Drugs, 1998, 35: 434-437. — Internat. Pharmaceutical Abstr. , 1999: 3605694.
19. Ross A. C., Mac Rae R. J., Walter M., and Stevens H. N // J. Pharm. pharmacol. 2000 (Aug.) , 52: 903-909.
20. Sha U. and Augsburg L. //Pharm. Dev. Technol., 2001, 6: 39-51 (1).
21. Thibert R. and Hancock B. C. // S.T.P. Pharma, 2001, 11:123-128 (2).
22. USP/NF — Primellose. USP Файл 9662. Регистрация 21 апреля 1992 г.
23. USP/NF — Primogel — Sodium Starch Glycollate. Sodium Carboxymethyl Starch. USP. Файл 3015. Регистрация 24 августа 1977 г.

Н.Б. Дремова
А.И. Овод

Э.А. Коржавых

Т.М. Литвинова

Курский

государственный

медицинский

университет,

ИПК ФУ

"Медбиоэкстрем",

Москва

ФАРМАЦЕВТИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ: ТЕРМИН И ПОНЯТИЕ

© Коллектив авторов, 2005
УДК 615.12:614.27

Одно из приоритетных направлений современной фармацевтической науки — фармацевтическая помощь — зародилось на стыке медицины и фармации. Словосочетание "фармацевтическая помощь" обычно придается традиционный смысл: обеспечение потребителя лекарственными средствами (ЛС), необходимыми для поддержания его здоровья. Однако, как показывают исследования, содержание понятия "фармацевтическая помощь" далеко не однозначно; более того, оно претерпело значительные изменения за последние 18—20 лет. Причина этого — изменившиеся взаимоотношения врачей, фармацевтов, пациентов, повышение информированности и медицинской грамотности населения, новые достиже-

ния в производстве эффективных ЛС, развитие и расширение фармацевтического рынка и др. Новые условия работы фармацевтической службы требуют и новых подходов к традиционной фармацевтической деятельности.

В настоящее время термин "фармацевтическая помощь" научные и практические работники отечественной фармации трактуют по-разному, что обусловлено разными вариантами перевода на русский язык английского термина "pharmaceutical care": "фармацевтическая помощь", "фармацевтическое попечительство", "фармацевтическая опека". Разнобой форм этого термина связан с тем, что для английского слова care во многих англо-русских словарях указывается несколько значений,

например, забота; попечение; осторожность. Однако в медицинских англо-русских словарях термин "pharmaceutical care" переводится как "фармацевтическая помощь", что объясняется спецификой медицинской терминологии, так как фармацевт может оказать только помощь [1]. Поэтому следует признать, что английский термин "pharmaceutical care" имеет единственно правильный вариант перевода на русский язык — это "фармацевтическая помощь" (ФП).

Неоднозначность термина и обозначаемого им понятия приводит к разному пониманию ФП в отечественной фармации, что затрудняет выработку единой основы для практического использования данной концепции. В связи с этим актуальным является терминологическое исследование и формулирование определения понятия ФП.

Анализ концепций ФП

ФП как научно-практическое направление начала формироваться в мировой фармации в 70-х годах XX века и сначала воспринималась как составная часть деятельности больничных или клинических фармацевтов (провизоров), имеющих непосредственный и длительный деловой контакт с больными, врачами и другими медицинскими работниками. В тот период суть ФП заключалась в обеспечении фармакотерапии, в результате которой достигалось повышение или сохранение качества жизни пациентов. Фармацевта рассматривали как специалиста — консультанта врачей и больных по вопросам лекарственной терапии. Фармацевты обслуживали амбулаторных и хронических больных, находящихся на домашнем долечивании, осуществляли контроль за состоянием и реакциями на ЛС, выполняли другие функции ФП [4].

Основные принципы ФП были сформулированы С.Д. Helper и L.M. Strand в 1989 г. [16, 17]. По их мнению, цель ФП — "обеспечение надежности лекарственной терапии для достижения определенного результата, который бы улучшил качество жизни пациента".

Важная роль в развитии принципов ФП принадлежит ВОЗ. В начале 80-х годов прошлого века ВОЗ стала проявлять особый интерес к роли фармацевта в системе медицинской помощи населению, что было связано с рядом обстоятельств. Среди них — недооценка значимости фармацевта для системы здравоохранения во многих развитых странах, в результате которой постепенно сформировалось мнение о аптечном работнике только как о продавце ЛС; реализация ЛС в некоторых странах (США, Япония) через врачей; рост продажи ЛС через Интернет; появление фальсификатов ЛС на фармацевтическом рынке и т.д. Таким образом, профессиональные знания фармацевтов использовались не в полной мере, их не привлекали к новым сферам деятельности, где бы специалисты с фармацевтическим образованием могли себя полностью реализовать.

В 80-х годах прошлого века в зарубежных странах, а с 90-х годов и в России проблемой здравоохранения стал дефицит бюджетных средств, предназначенных для

лекарственного обеспечения больных, что привело к разработке "Программы действий ВОЗ по основным ЛС". На ее базе во многих странах разрабатываются государственные перечни основных ЛС, которые в дальнейшем становятся основой национальной политики в этой области.

ВОЗ был проведен ряд конференций и совещаний, посвященных роли фармацевта в системе здравоохранения и в обществе в целом: "Роль фармацевта в розничной и больничной аптеке" (1988, Мадрид, Испания), "Содержание фармации и функции фармацевтов" (Дели, Индия). Под эгидой Международной фармацевтической федерации (FIP) были разработаны стандарты аптечных услуг "Надлежащая аптечная практика в общественных и больничных аптеках", представленные общественности в 1993 г. (Токио, Япония) на конференции "Качественные фармацевтические службы — польза для государства и общества". Токийской декларацией по стандартам качества аптечных услуг был одобрен текст GPP (Good pharmacy practice) — первого руководства по Надлежащей аптечной практике (НАП). В резолюции также была сформулирована *Концепция фармацевтического обслуживания*, согласно которой деятельность фармацевта должна акцентироваться на интересах пациента. Приоритетными становятся консультирование пациентов и врачей по выбору ЛС и их рациональному использованию, пропаганда здорового образа жизни, правил санитарии и гигиены. В 1994 г. Всемирной ассамблеей здравоохранения принята резолюция о роли фармацевта по осуществлению стратегии ВОЗ в области ЛС [9].

Участники совещания в Гааге (Голландия) "Роль фармацевта в самолечении" (1998) отметили, что практика GPP представляют собой способ реализации концепции ФП. Было дополнено содержание понятия ФП, которая стала определяться как "ответственное предоставление фармакотерапии с целью достижения определенных результатов по улучшению или сохранению качества жизни пациента. Это процесс сотрудничества, направленный на предотвращение или же выявление и решение проблем, касающихся здоровья и использования лекарств". На совещании были сформулированы общие требования к ФП, в том числе: профессиональные взаимоотношения между фармацевтом и пациентом; сбор и анализ медицинской информации в отношении конкретного пациента; разработка плана терапии совместно с пациентом и лечащим врачом (для ЛС рецептурного отпуска); сохранение документации по ЛС, отпущенной пациенту.

В стратегическом документе Европейского регионального бюро ВОЗ для новых независимых государств "Фокус на пациента" (1998) отмечалось, что продолжающиеся реформы фармацевтического сектора должны быть направлены на интересы пациента, гарантируя качество ЛС, представленных на фармацевтическом рынке; их доступность независимо от финансового состоя-

ния или социального положения больного; наличие квалифицированных врачей и фармацевтов, способных назначить, посоветовать наиболее эффективные схемы лечения, а также предоставить необходимую информацию для обеспечения понимания и соблюдения больным рекомендованного лечения.

62-й конгресс FIP (Франция, 2002) проходил под девизом "От безопасности систем медицинского обслуживания и безопасности методов лечения — к безопасности пациентов". На нем рассматривались такие важные темы, как безопасность ЛС, роль фармацевтов и пациентов в лекарственном обеспечении, рациональный выбор ЛС и т.д.

Современная концепция ВОЗ "Здоровье для всех в XXI веке", направленная на укрепление здоровья и профилактику заболеваний при повышении самостоятельности пациента, модифицирует систему "врач—фармацевт—пациент—лекарство" с приоритетом функций фармацевта.

ФП в зарубежных странах развивается по разным направлениям. Так, с целью внедрения философии ФП в практическую фармацевтическую деятельность С.Д. Helpeg и L.M. Strand разработали проект ФП Миннесоты, прошедший испытания с 1992 по 1996 г., в ходе которых создана модель ФП. L.M. Strand продолжает работать над развитием системы ФП, ориентированной на обслуживание амбулаторных больных [18].

В Испании изучалась эффективность применения ЛС при сердечно-сосудистых заболеваниях, а в северной Ирландии, Португалии, Нидерландах проведены пилотные исследования по организации оказания ФП инфекционным больным.

В развитых странах наблюдается тенденция к увеличению числа исследований по вопросам сотрудничества врача, пациента и фармацевта. В США разработана программа фармацевтических вмешательств в фармакотерапию. Основные критерии оценки ФП — результаты лечения пациента, уменьшение частоты побочных реакций, снижение расходов на фармакотерапию. Фармацевтические работники при оказании ФП работают в сотрудничестве с врачами, осуществляют сбор данных, обзор медицинских карт, составляют аналитические отчеты.

В странах, поддерживающих идею внедрения принципов ФП, учитываются особенности национальной системы здравоохранения. В США распространена модель ФП для больничной и клинической фармации, включающая наблюдение за процессом лечения больного, разработку индивидуальных планов терапии, анализ терапевтической эффективности применяющихся ЛС. В Шотландии ФП также внедрена преимущественно в работу больничных фармацевтов. В Голландии модель ФП ориентирована на аптеки, обслуживающие население.

В Германии еще в 80-е годы XX века владельцы аптек разработали концепцию ФП на дому лицам 60 лет и стар-

ше. В Швеции проводится политика возложения ответственности на фармацевтов за рациональное и безопасное использование ЛС при оказании помощи в домашних условиях.

Система ФП применяется в практике здравоохранения и других стран мира, в том числе Канады, Новой Зеландии, Малайзии, Австралии и т.д.

В Национальном фармацевтическом университете Украины (Харьков) разработаны принципы оказания ФП при отдельных нозологиях и патологических состояниях пациента: головной боли, симптоматических нарушениях функции желудочно-кишечного тракта (диарея, дисбактериоз), угрях, простудных заболеваниях (боль в горле, кашель) и др.

Проведенные исследования свидетельствуют о том, что система ФП внедрена во многих странах мира в виде определенных моделей, которые имеют свои особенности и направления развития в зависимости от страны, состояния здравоохранения и менталитета общества.

Актуальной остается проблема связи медицинской помощи и ФП. Эти вопросы рассматривались на 32-м Европейском симпозиуме по клинической фармации (Валенсия, 2003).

В начале III тысячелетия ученые стали включать в ФП более серьезные требования к непосредственному участию фармацевта в процессе лечения пациента, одно из них — анализ фармакоэкономических аспектов разрабатываемых схем терапии с целью снижения общей стоимости лечения. Важной составляющей ФП остается информирование и инструктирование пациента о назначенных ему ЛС и профессиональное консультирование по их применению.

Развитие концепции ФП в России обусловлено реформированием здравоохранения и его фармацевтического сектора. Внедрение ФП в практику лишь начинается, хотя еще в 80-х годах прошлого века в Курском ГМИ была начата подготовка специалистов — клинических провизоров для деятельности в рамках ФП, но этот процесс не был поддержан Минздравом СССР. В настоящее время он осуществляется только как специализация.

В работах Г.Т. Глембоцкой [3] детально анализируются основные принципы, цели, элементы концепции ФП, которая рассматривается как оптимальная альтернатива существующей системе лекарственного обеспечения. По мнению автора, процесс ФП подразделяется на несколько этапов: инициирование, сбор данных, анализ и оценка полученной информации, составление плана лекарственной терапии, выполнение плана, мониторинг и необходимая корректировка плана, последующий контроль.

П.В. Лопатин [7] рассматривает ФП как систему, включающую подсистемы создания новых и воспроизводства наиболее эффективных ЛС, промышленного производства ЛС, контроля качества ЛС, аптечную систему, научно-технической информации и др. Предложены основные критерии ФП: квалифицированность,

своевременность и доступность, более полное удовлетворение запросов и прав потребителей ЛС. Автор полагает, что именно система ФП, в которой приоритетом является оказание высококачественной помощи людям, сможет защитить потребителя.

С целью оценки качества ФП, оказываемой населению аптечными учреждениями, Л.В. Мошковой с соавт. [8] предложена система количественных показателей: количество необоснованных отказов, затраты времени посетителя на ожидание обслуживания, число дополнительных услуг, видов внутриаптечной рекламы и информации; количество жалоб, благодарностей, замечаний по обслуживанию посетителей и т.д.

На основе фармацевтической эконометрики Ю.А. Музырой [10] разработана методика оценки доступности ФП населению и перспектив ее развития в отдельной административной территории, позволяющая определить, за счет каких форм собственности и в каком объеме может обеспечиваться ФП в зависимости от платежеспособного спроса.

В отечественной фармации очень мало исследований по разработке и внедрению элементов ФП конкретным категориям больных, хотя подобные исследования актуальны и необходимы, так как они позволяют учитывать специфику заболевания, особенности лекарственной терапии и т.д.

Наиболее детально Н.Б. Дремовой и Т.М. Литвиновой [5] разработана концепция ФП для больных раком молочной железы (РМЖ), которая включает несколько направлений. Особый интерес представляет модель информации для потребителей о фармакотерапии РМЖ. Она может использоваться для разработки программы

(этапы) предоставления ФП пациентам с различными нозологиями с учетом особенностей заболевания, а также для разработки стратегии ФП при конкретных патологиях.

При работе с больным врачи и провизоры выполняют определенные функции ФП — взаимодополняющие и взаимоподдерживающие, которые должны были бы регламентироваться стандартами, но их до настоящего времени в России нет, как нет в Федеральном законе о ЛС понятия и термина ФП. Кроме того, в нашей стране по-прежнему нет четкого определения понятий "лекарственная помощь", "лекарственное обеспечение", "лекарственное обслуживание". Многие ученые пользуются этими терминами и термином "фармацевтическая помощь" как синонимами, что не всегда точно отражает сущность изучаемой проблемы.

Наличие большого числа разных концепций ФП и, соответственно, неоднозначный смысл, вкладываемый в это понятие, указывают на необходимость обобщения существующих теоретических наработок, что возможно лишь с привлечением терминологического и логико-семантического анализа понятия ФП.

Терминологический анализ определений понятия "фармацевтическая помощь"

Анализ научных публикаций позволил нам сформировать дерево дефиниций понятия "фармацевтическая помощь" (рис. 1). В нем можно выделить 4 "ветви": дефиниции, данные основоположниками этого направления, ВОЗ, учеными из России и других стран. В ходе анализа определений ФП следовало выявить общие элементы, различия и попытаться сформулировать интегрированное определение понятия.

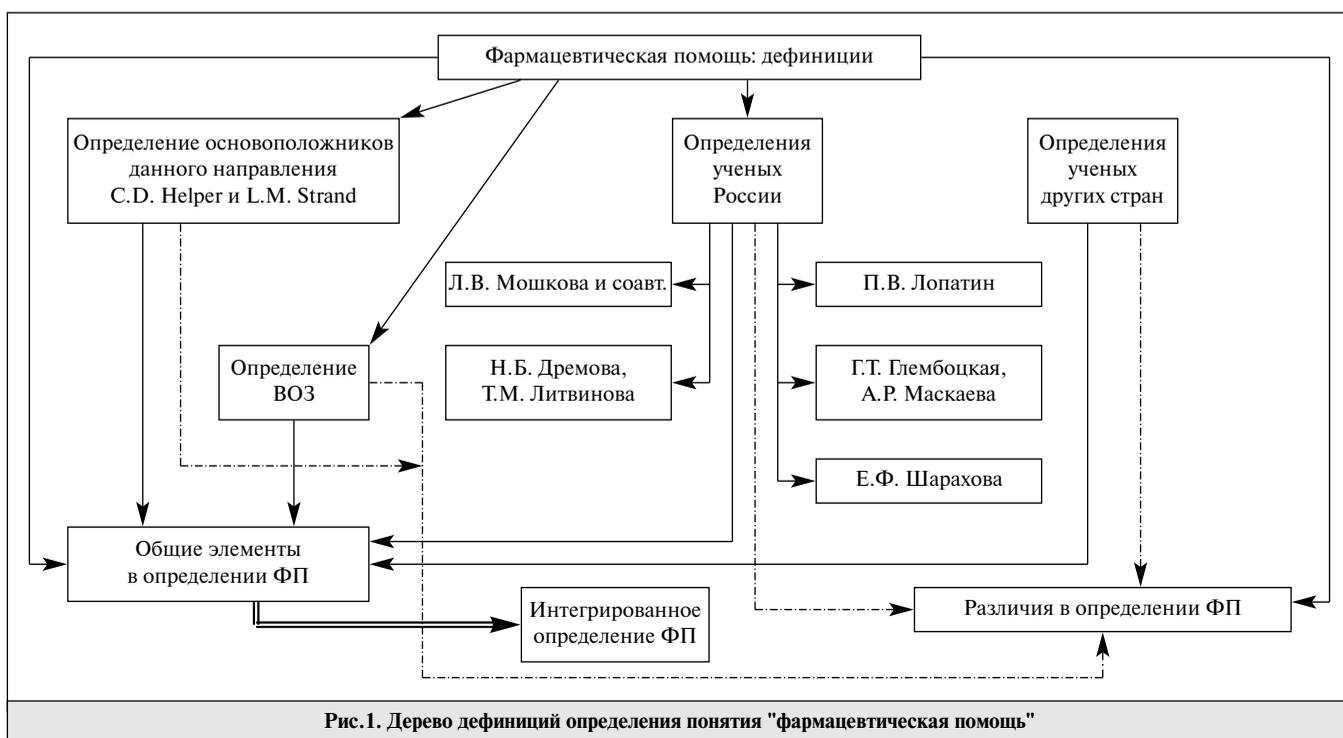


Рис. 1. Дерево дефиниций определения понятия "фармацевтическая помощь"

Так, по мнению С.Д. Helper и L.M. Strand [18], "ФП — это деятельность, при которой фармацевтический работник берет на себя ответственность за лекарства для пациента, а именно: оценивает их надежность и эффективность в зависимости от его состояния здоровья; разрабатывает постоянный план лекарственной помощи больному".

Согласно дефиниции ВОЗ [9], под ФП понимается система обеспечения лекарственного лечения, позволяющая достичь результатов, улучшающих качество жизни пациента, при которой фармацевт наравне с врачом берет на себя долю ответственности за здоровье пациента, определенную его действиями и решениями.

П.В. Лопатин [7] предложил такую трактовку: "ФП — это обеспечение населения всеми товарами аптечного ассортимента, в том числе лекарственными препаратами, перевязочными, профилактическими средствами, рядом диагностических средств, средствами ухода за больными и др., оказание научно-консультативной помощи медицинскому персоналу и отдельным гражданам по вопросам выбора наиболее эффективных ЛС и других предметов аптечного ассортимента, способов их хранения, использования, порядка приобретения и т.д."

Г.Т. Глембоцкая и А.Р. Маскаева [3] в своих работах дают следующее определение: "Под системой ФП понимают гарантированное обеспечение лекарственной терапии с целью достижения заранее определенных ее результатов, способствующих повышению качества жизни пациента".

Л.В. Мошкова с соавт. [8], определяя понятие ФП, считают, что это — "комплекс мероприятий, направленных на удовлетворение потребностей населения в приобретении необходимых ЛС, изделий медицинского назначения и других товаров для поддержания и восстановления здоровья".

Е.Ф. Шарахова [15], предложившая концепцию ФП для больных бронхиальной астмой, полагает, что это — "оказание информационно-консультационных и образовательных услуг; проведение тематических дней в аптеке; издание информационных буклетов".

Н.Б. Дремова и Т.М. Литвинова [5] придерживаются определения ВОЗ: "ФП — это философия практики общения с пациентом и общественностью в аптеке как первом звене многоуровневой системы здравоохранения; является компонентом качества жизни, направлена на выявление потенциальных и насущных потребностей в ЛС, решение проблем, связанных с приемом ЛС".

В работах А.В. Солониной [12] рассматривается консультирующая роль врача и провизора и их наблюдение за употреблением ЛС пациентами.

Анализ определений ФП, данных зарубежными учеными, показал, что, например, в Нидерландах под ФП понимают систему, организационная структура и функционирование которой направлены на заботу о пациенте. Ее отличительные черты — центральная роль пациен-

та, ответственность провизора (наряду с врачом) за ход лечения, постоянное совершенствование применения лекарственной терапии [2]. Такое определение полностью созвучно с определением ВОЗ.

В латвийском Законе о фармации (1997) впервые появился термин "фармацевтическая опека"; ФП рассматривается как составная часть первичного медицинского обеспечения. Ее в рамках своей компетенции осуществляет фармацевт в аптеке, изготавливая ЛС, распространяя готовые препараты и предоставляя информацию о них [11].

В.П. Черных с соавт. [14] трактуют ФП так: "Под фармацевтической опекой в широком смысле этого слова подразумевается высококвалифицированная консультация больных по условиям рационального применения лекарств: времени приема, сочетанию с пищей, друг с другом, условиям правильного хранения, выбору лекарственной формы, правилам использования новых лекарственных форм и др.". И.А. Зупанец и соавт. [13] считают, что "фармацевтическая опека — это комплексная программа взаимодействия провизора и пациента, провизора и врача в течение всего периода лекарственной терапии, начиная с момента отпуска лекарства до полного окончания его действия; ответственность провизора перед конкретным пациентом за рекомендацию, консультации и результат лечения лекарственными препаратами". Украинские ученые в основном разрабатывают концепцию, этапы фармацевтической опеки, а также информационный материал для осуществления ФП пациентам при лечении препаратами безрецептурного отпуска.

Сравнительная характеристика признаков, приводимых в существующих дефинициях ФП, представлена в таблице.

Анализ структуры дефиниций ФП свидетельствует, что такие признаки как "система", "комплексная программа", присутствуют в определениях Л.В. Мошковой, Г.Т. Глембоцкой, Н.Б. Дремовой, И.А. Зупанца, а также в определениях ВОЗ и в нидерландском.

Признак "обеспечение лекарственного лечения" представлен в определениях ВОЗ, Н.Б. Дремовой, Г.Т. Глембоцкой, в латвийском. В публикации Л.В. Мошковой этот признак сформулирован как "удовлетворение потребностей населения в приобретении необходимых ЛС, ИМН"; аналогично он представлен и в дефиниции по П.В. Лопатину. Украинские ученые подразумевают под этим признаком "рациональное применение ЛС, заключающееся во времени приема, сочетании с пищей, их взаимодействии, хранении, выборе лекарственных форм, соблюдении правил использования новых лекарственных форм и т.д."; в Нидерландах он звучит как "постоянное совершенствование применяемой терапии".

Еще один важный общий элемент — признак "качество жизни пациентов" — встречается во многих определениях (С.Д. Helper и L.M. Strand, ВОЗ, Н.Б. Дремова, Г.Т. Глембоцкая).

**СРАВНИТЕЛЬНАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ПРИЗНАКОВ,
ПРИВОДИМЫХ В СУЩЕСТВУЮЩИХ ДЕФИНИЦИЯХ ФП**

Элементы определения ФП	Литературный источник дефиниции											
	[9]	[7]	[8]	[3]	[5]	[12]	[15]	[14]	[13]	[16, 17]	[11]	[2]
Система	+			+	+							+
Комплекс мероприятий			+					+				
Комплексная программа										+		
Обеспечение лекарственного лечения	+				+							
Обеспечение лекарственной терапии				+								
Составная часть медицинского обеспечения												+
Удовлетворение потребностей населения в приобретении необходимых ЛС, ИМН			+									
Постоянное совершенствование применяемой терапии												+
Рациональное применение ЛС									+			
Качество жизни пациентов	+				+						+	
Оказание информационных и образовательных услуг								+				
Консультирование пациентов (больных)							+		+			
Информация о ЛС												+
Оказание научно-консультативных услуг населению по выбору эффективных ЛС, их хранению, использованию, порядку приобретения			+									
Ответственность провизора перед конкретным пациентом										+	+	
Ответственность фармацевта	+											
Взаимодействие провизора—пациента—врача						+				+		
Ответственность врача	+											
Наблюдение врача за употреблением ЛС пациентом							+					
Наблюдение фармацевта за употреблением ЛС пациентом							+					
Участие фармацевта в лекарственной терапии												+

Некоторые авторы считают, что понятие "фармацевтическая помощь" включает в себя информацию о ЛС [11], консультирование больных о ЛС [12, 13], оказание научно-консультативных услуг населению по выбору эффективных ЛС, хранению, использованию, порядку их приобретения [7, 15], оказание образовательных услуг по вопросам применения ЛС [15].

Ряд авторов подробно рассматривает такие элементы, как "взаимодействие провизора—пациента—врача" [4, 5, 12, 13] и "ответственность провизора перед конкретным пациентом" [13, 14].

На основании сравнительного анализа структурных элементов дефиниций ФП, а также результатов собственных исследований предлагаем следующую интегрированную формулировку: **ФП — это система обеспечения лекарственного лечения, предусматривающая комплекс мероприятий (консультирование, составление плана лекарственной терапии, наблюдение за пациентом в ходе лечения, оценка результатов лечения пациента и т.д.) для улучшения качества жизни пациента, при которой преду-**

сматривается взаимодействие провизора—пациента—врача и их ответственность за состояние здоровья пациента на основании действий и решений, принимаемых врачом и фармацевтом.

Однако эта формулировка не отвечает существующим требованиям к дефинициям понятий, прежде всего, — с точки зрения краткости, поэтому возникла необходимость более полно изучить семантические, логические и терминологические аспекты понятия ФП.

Логико-семантический анализ предметной области понятия "фармацевтическая помощь"

На основании проведенного сравнительного анализа массива дефиниций установлено, что структуру и содержание ФП можно обобщенно представить как совокупность трех видов обеспечения — лекарственное обеспечение пациентов с конкретным заболеванием, информационное обеспечение пациентов и врачей о ЛС для лечения конкретного заболевания, организационно-методическое обеспечение фармакотерапии пациентов с конкретным заболеванием (рис. 2).

Международным стандартом ФП, рекомендованным FIP для использования на национальном уровне, предусмотрены как дополнение к основной фармацевтической деятельности следующие виды деятельности:

- ведение конфиденциальной документальной базы данных о пациенте (персональная информация) и о ЛС, предоставляемых данному пациенту;

- обучение пациента правилам безопасного и эффективного применения ЛС при его конкретном заболевании, а также правилам обращения с устройствами (оборудованием), необходимыми для мониторинга или введения ЛС (сотрудничество с пациентом);

- участие в разработке плана терапии (фармакотерапевтический план) рецептурными средствами с пациентом и врачом, выписавшим рецепт;

- контроль и регистрация сведений о достижении желаемых результатов фармакотерапии на основании обсуждения их с пациентом; в случае необходимости — представление отчета о результатах фармакотерапии другим специалистам здравоохранения, оказывающим помощь данному пациенту.

Согласно стандартам FIP, фармацевтический работник, осуществляющий эти дополнительные функции, должен получать за них соответствующее денежное вознаграждение.

Из последнего положения следует, что ФП — это дополнение к основной фармацевтической деятельности в аптеке. Какая-либо аптечная организация может заниматься ФП по решению коллектива, но вменять ФП в обязанность для всех аптек на современном этапе фармации не представляется возможным.

Дополнительная профессиональная деятельность, как и основная, должна контролироваться и оцениваться как самой аптечной, так и вышестоящей (управляющей) организацией. Следовательно, должны быть единые критерии и показатели оценки, что может быть достигнуто лишь при создании национального стандарта ФП. На основе последнего каждая аптека, которая занимается или планирует заниматься оказанием ФП, должна разработать собственный стандарт — стандарт предприятия, где, помимо контролируемых критериев, могут присутствовать и другие, специфические для данной аптеки, критерии.

Принципиальное значение имеет тот факт, что национальный стандарт, согласно Федеральному закону "О техническом регулировании" № 184-ФЗ от 27.12.02, носит рекомендательный, а не обязательный характер. Однако организация, которая сможет обоснованно ссылаться на соответствие предоставляемой ею ФП национальному стандарту, будет цениться у специалистов здравоохранения и населения выше, чем организация, не имеющая таких оснований.

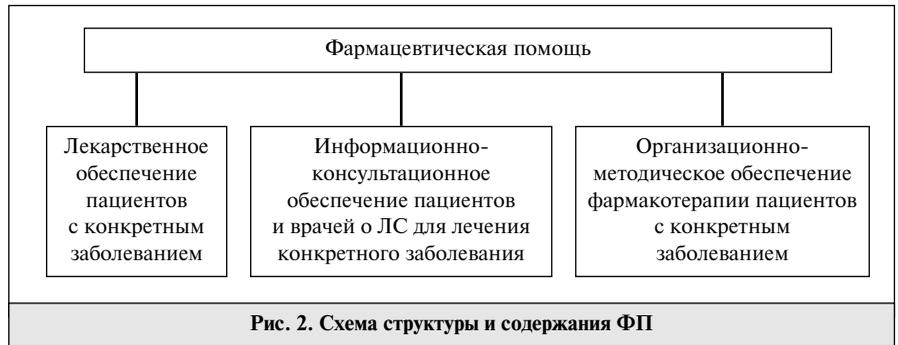


Рис. 2. Схема структуры и содержания ФП

Поскольку условия профессиональной деятельности аптеки для населения и больничной аптеки различны, то должны различаться и организационные аспекты ФП, предоставляемой ими, что целесообразно отразить в национальном стандарте ФП.

Основная идея ФП состоит в концентрации профессиональной деятельности фармацевтического работника на конкретном пациенте с конкретным заболеванием и одновременно — в расширении поля деятельности (следовательно — сферы профессиональной ответственности) за счет "ведения больного" в аптеке — документирования его персональных данных, ведения "истории" отпущенных этому пациенту ЛС, регистрации и информирования лечащего врача пациента о результатах применения ЛС. Важным элементом ФП является обязательное обучение пациента правилам применения приобретенного ЛС или устройства для введения ЛС, в отличие от основной фармацевтической деятельности, при которой такая услуга оказывается только в том случае, когда о ней попросил сам пациент.

Это особенно актуально при безрецептурном отпуске ЛС из аптек для населения. Благодаря такому подходу открываются следующие возможности:

- контроль лекарственной самопомощи населения;
- формирование оптимального лекарственного ассортимента для пациентов с заболеванием, на фармакотерапию которого ориентирована ФП в данной аптеке (по существу — фармакотерапевтическая специализация аптеки);
- помощь врачам в предупреждении нерациональных лекарственных назначений и лекарственных взаимодействий путем информирования об отпущенных пациенту безрецептурных ЛС и проблемах, возникших при их применении;
- рост авторитета аптечного учреждения и фармацевтического работника среди пациентов и врачей.

Перед внедрением ФП в аптеке для населения необходимо провести исследование постоянных категорий пациентов для выявления их заболеваний (это необходимо для формирования специализации аптеки), а также выявить наибольшие по товарообороту в данной аптеке фармакотерапевтические группы ЛС, состав врачей-специалистов, работающих в близлежащей поликлинике или занимающихся частной практикой, и т.д.

В больничных аптеках перечисленные выше задачи решаются проще, однако для них на первое место выдвигается необходимость убеждения руководителей лечебного учреждения и врачей в том, что расширение функций фармацевтических работников, т.е. внедрение ФП, целесообразно и полезно.

Таким образом, анализ предметной области понятия "фармацевтическая помощь" позволяет прийти к следующим выводам:

- *объект ФП* — пациент с конкретным заболеванием;
- *предмет ФП* — качество фармакотерапии конкретного заболевания;
- *основные принципы ФП*: индивидуальный подход к пациенту; постоянное взаимодействие фармацевтического работника с пациентом и его врачом в ходе фармакотерапии конкретного заболевания рецептурными и безрецептурными ЛС; систематическое повышение уровня знаний фармацевтического работника в области фармакотерапии данного заболевания, информации о ЛС, психологии общения, развития рынка ЛС; соблюдение профессиональной этики и конфиденциальность; стандартизация и контроль;
- *цель ФП* — обеспечение надлежащего качества (надежность, обоснованность, эффективность, экономичность) фармакотерапии конкретного пациента с конкретным заболеванием;
- *задачи (методы и средства) ФП*: предоставление пациенту ЛС требуемого качества; обучение пациента правильному применению ЛС; контроль применения безрецептурных ЛС на основе постоянного сотрудничества с пациентом; ведение базы данных о пациенте, отпущенных ему ЛС и результатах их применения; сотрудничество с врачом при составлении плана фармакотерапии рецептурными ЛС; информирование врача о ЛС, о течении и осложнениях фармакотерапии безрецептурными средствами у конкретного пациента;
- *результат ФП* — документально подтвержденное улучшение качества жизни пациента (рис. 3).

Определение понятия "фармацевтическая помощь"

Согласно правилам терминологических исследований [8], ключевыми моментами при создании определения понятия являются:

- выбор родового (вышестоящего) понятия позволяет установить место, занимаемое данным понятием в существующей системе научного знания (признак родового сходства);
- выбор из множества признаков, характеризующих анализируемое понятие, таких необходимых и достаточных признаков, которые отличали бы данное понятие от близких, аналогичных понятий (признаки видового отличия).

Как показано в таблице, чаще всего понятие "фармацевтическая помощь" относят к роду систем ("система", "комплекс мероприятий", "комплексная программа" и др.). Результаты проведенного нами анализа предметной области ФП дают основания утверждать, что другие существующие родовые признаки ФП, относящие это понятие к разновидностям "обеспечения", "консультаций", "предоставления услуг", отражают лишь какую-либо часть объема понятия.

В связи с тем, что нарушается требование полноты отражения объема понятия, предъявляемое к научным дефинициям, эти родовые признаки не могут использоваться в новой дефиниции.

Таким образом, исходя из представлений о ФП, сложившихся за рубежом и в России, следует признать, что понятие системы как совокупности элементов и связей между ними оптимально соответствует комплексу взаимосвязанных задач ФП.

В процессе видовой характеристики ФП как системы принимали во внимание следующие признаки, приведенные в существующих определениях:

- отраслевая принадлежность системы (фармация);
- генеральная цель системы;
- функциональные компоненты (задачи) системы.

Признак отраслевой принадлежности выделяет систему ФП из множества аналогичных отраслевых систем, следовательно, он необходим для видовой идентификации понятия, но недостаточен.

Признак генеральной цели системы ФП отличает систему ФП от других организационных фармацевтических систем, например, от системы контроля качества ЛС, системы снабжения аптечных организаций и т.п., следовательно, он также необходим. Предварительная дефиниция понятия ФП включает 2 видовых признака:

"ФП — фармацевтическая система, цель которой состоит в обеспечении надлежащего качества фармакотерапии конкретного пациента с конкретным заболеванием". Полученная формулировка характеризуется недостаточно четким разграничением понятий системы ФП и системы лекарственного обеспечения, следовательно, 2 видовых признаков недостаточно для полной идентификации понятия; необходим, по крайней мере, еще 1 признак.

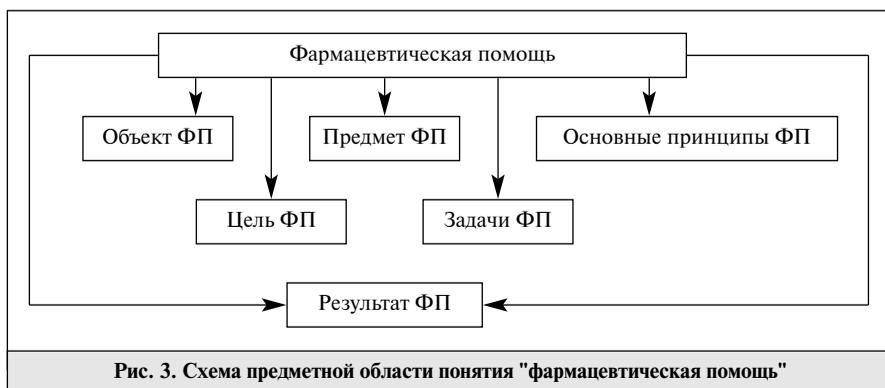


Рис. 3. Схема предметной области понятия "фармацевтическая помощь"

Функции или задачи системы ФП специфичны для этого направления деятельности, в связи с чем они могут быть использованы в качестве видового признака, причем наиболее отличительная их черта — наличие обязательной организационно-методической функции; столь же систематический, а не случайный характер носит и информационная функция ФП.

С учетом выбранного родового и 3 видовых признаков, а также требований краткости и соответствия нормам русского языка нами определено понятие ФП в следующей формулировке:

Фармацевтическая помощь — система лекарственного, информационного и организационно-методического обеспечения индивидуализированной фармакотерапии конкретных заболеваний.

Из формулировки дефиниции исключен термин "фармацевтическая", так как выражение "система лекарственного ... обеспечения" однозначно относится к фармации. Термин "организационно-методическое обеспечение" обозначает организующую и контролирующую (в случае безрецептурных ЛС) роль фармацевтического работника в ФП, его регистрационные (ведение документальной базы данных о пациентах и ЛС) и обучающие (инструктирующие) функции. Термин "информационное ... обеспечение" обозначает не только собственно предоставление информации о ЛС пациенту и врачу, но и коммуникации, способствующ-

щие сотрудничеству (взаимодействию) провизора, пациента и врача в процессе фармакотерапии. Термин "индивидуализированная фармакотерапия" обозначает направленность фармакотерапии на характерные именно для данного пациента проявления и течение определенного заболевания, учет его "лекарственной истории" и эффективности ЛС, применявшихся пациентом ранее, *при осознанном, информированном и последовательном участии пациента в процессе фармакотерапии.*

Предложенное нами определение понятия "фармацевтическая помощь" отвечает обязательным требованиям к дефинициям, а также важному факультативному требованию — возможности построения классификаций на основе дефиниции.

Такая возможность обусловлена заключительным элементом дефиниции — выражением "конкретные заболевания". В связи с этим система ФП может четко классифицироваться на подсистемы по признаку заболевания, например, ФП больным бронхиальной астмой, ФП больным диабетом, ФП больным язвой желудка и двенадцатиперстной кишки и т.д. Как показано выше, в настоящее время прослеживается именно такая тенденция к подразделению ФП в отечественной научной литературе, что служит косвенным подтверждением правильности нашего подхода к определению понятия "фармацевтическая помощь".

ЛИТЕРАТУРА

- Акижигитов Г.Н., Бенюмович М.С., Чикорин А.К. Англо-русский медицинский словарь — М.: Русский язык. — 1988. — 608 с.
- Глембоцкая Г.Т. Система фармацевтической помощи в Нидерландах // Эконом. вестн. фармации. — 1999. — № 6. — С.93—95.
- Глембоцкая Г.Т., Маскаева А.Р. Концепция фармацевтической помощи: реалии и перспективы // Новая аптека. — 2000. — № 5. — С.11—14.
- Дремова Н.Б. Основные направления практической деятельности клинических фармацевтов за рубежом // Фармация. — 1982. — № 5. — С.44—45.
- Дремова Н.Б., Литвинова Т.М. Фармацевтическая помощь: концепция, направления (на примере пациентов, больных раком молочной железы) // Новая аптека. — 2001. — № 7. — С.35—43.
- Коржавых Э.А., Мошкова Л.В. Методика упорядочения фармацевтической терминологии // Эконом. вестн. фармации. — 2002. — № 8. — С.55—64.
- Лопатин П.В., Прохоров А.В. Организация и экономика фармации как объект исследования // Фармация. — 1992. — № 2. — С.8—11.
- Методика количественной оценки фармацевтической помощи населению и рекомендации по ее повышению / Л.В. Мошкова, Е.С. Зверева, И.А. Левицкая, Н.И. Подгорбунских // Эконом. вестн. фармации. — 2003. — № 3. — С.90—95.
- Мешковский А.П. Важнейшие рекомендации Международной фармацевтической федерации / А.П. Мешковский // Новая аптека. — 2003. — №3. — С.19—24.
- Музыра Ю.А., Лидер М.Б. Оценка доступности и перспектив развития фармацевтической помощи на территориальном уровне // Новая аптека. — 2003. — №1. — С.13—19.
- Озолина В.М. Самолечение и фармацевтическая опека в Латвии // Провизор. — 2002. — №16. — С.17.
- Солонина А.В. Нормативно-правовое обеспечение организации фармацевтической деятельности // Новая аптека. — 2003. — №9. — С.18—42.
- Фармацевтическая опека — важнейший аспект клинической фармации / И.А. Зупанец, В.П. Черных, С.Б. Попов, Н.В. Бездетко и др. // Провизор. — 2000. — № 11. — С.6—9.
- Фармацевтическая опека / Под ред. И.А. Зупанец, В.П. Черных, В.Ф. Москаленко. — Х.: Золотые страницы, 2002. — 262 с.
- Шарахова Е.Ф., Петухова О.В. Система противоастматической фармпомощи: информационные потребности и их обеспечение // Новая аптека. — 2002. — № 11. — С.25—29.
- Helper C.D., Strand L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care // Am. Journal Hosp. Pharm. — 1990. — Vol. 47. — P.533—543.
- Helper C.D. The future of pharmacy pharmaceutical care // Am. Pharm. — 1990. — NS 30 (Oct.). — P.23—29.
- Pharmaceutical care. Liverpool John Moores University Seminar // Pharm. J. — 1998. — Vol. 260. — P.877—878.

SUMMARY

Pharmaceutical care: term and concept
N.B. Dremova, A.I. Ovod, E.A. Korzhavykh, T.M. Litvinova

The paper presents the results of a terminological study of the concepts of pharmaceutical care, which have been developed in Russia and foreign countries. Based on

the definitions given in the literature, the contents (subject area) of the concept "pharmaceutical care" have been studied, by using the methods of terminological and logicosemantic analysis, and the general, most significant signs of this concept have been revealed. By taking into account the

requirements for the scientific term and its definition, the authors have formulated an integrated definition by which pharmaceutical care is a system of medicinal, informational, organizational, and methodological provision of individualized pharmacotherapy for specific diseases.