



Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік
фармацевтика академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

TOM V

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№4(77), 2016

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА
АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 4 (77), 2016, Том 5

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan state pharmaceutical academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL
Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

«Республиканское государственное предприятие на праве хозяйственного ведения «Южно-Казakhstanская государственная фармацевтическая академия»

Журнал зарегистрирован Министерством связи и информации Республики Казахстан
Регистрационное свидетельство №11321-ж от 24.02.2011 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКГФА» зарегистрирован в Международном центре по регистрации сериальных изданий ISSN (ЮНЕСКО, г.Париж, Франция), присвоен международный номер ISSN 2306-6822

Журнал индексируется в КазБЦ; в международной базе данных Information Service, for Physics, Electronics and Computing (InspecDirect)

Адрес редакции:
160019 Республика Казахстан,
г. Шымкент, пл. Аль-Фараби, 1
Тел.: 8(725-2) 40-22-08, 40-82-22(5113)
Факс: 40-82-19
www.ukgfa.kz, ukgma.kz
E-Mail: medacadem@rambler.ru,
raihan_ukgfa@mail.ru
Тираж 300 экз. Журнал отпечатан в типографии ОФ «Серпилиси», г. Шымкент.

Главный редактор

Сексенбаев Б.Д., доктор мед. наук., профессор, академик КазНАЕН

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А.

Редакционная коллегия:

Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Булешов М.А., доктор мед наук, профессор
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Махатов Б.К., доктор фарм.наук, профессор, академик КазНАЕН

Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Оспанова С.А., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор
Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Патсаев А.К., доктор хим.наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Азизов И.К., д.фарм. н., профессор (г. Ташкент, Узбекистан)
Галимзянов Х.М., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated Professor (Dudley, UK)
Гладух Е.В., д.фарм.н., профессор (г. Харьков, Украина)
Исупов С.Д., д.фарм.н., профессор (г. Душанбе, Таджикистан)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г. Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г. Колумбия, США)
Костенко Н.В., д.м.н., профессор (г. Астрахань, Россия)
Маркарян А.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Попков В.А., д.фарм.н., профессор (г. Москва, Россия)
Тихонов А.И., д.фарм.н., профессор (г. Харьков, Украина)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)
Nannette Turner, Phd.MPH (г. Колумбия, США)
Шнитовска М., Prof., Phd., M. Pharm (г. Гданьск, Республика Польша)



**Материалы IV Международной научной конференции молодых ученых и студентов «ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ БИОЛОГИИ, МЕДИЦИНЫ И ФАРМАЦИИ», инициированной СОВЕТОМ МОЛОДЫХ УЧЕНЫХ ФОНДА ПЕРВОГО ПРЕЗИДЕНТА РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН – ЛИДЕРА НАЦИИ и ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ АКАДЕМИИ, В ГОД ПРАЗДНОВАНИЯ 25-ЛЕТИЯ НЕЗАВИСИМОСТИ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
9-10 декабря 2016 года, г. Шымкент, Республика Казахстан**

Секция: «ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»

Уснадин Ж.Н., Ермахан Ф.Е., - 6 курс, zhanagul.usnadinova@mail.ru.

Шалдар А.А.- 5 курс , факультет «Общая медицина»

Научный руководитель: к.м.н. ассистент **Каныбеков А.К.**, к.м.н.доцент **Рахматуллин Ю.Я.**,
к.м.н. доцент **Маленкова С.А.**

Кафедра общей хирургии КазНМУ им. С.Д. Асфендиярова г. Алматы, Республика
Казахстан

ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ПЕРИКАРДИТА

Введение. В повседневной практике хирургам зачастую приходится иметь дело с пациентами, у которых острый перикардит развивается после различных ранений сердца и перикарда. Общая летальность при гнойном перикардите составляет 23,6%[1;2]. Острые выпотные перикардиты наблюдаются и сегодня, но и сегодня нет единого мнения в выборе оптимальной лечебной тактики у таких пациентов. Сторонники ранней перикардотомии считают это пособие обязательным при гнойном плеврите любой этиологии, несмотря на широкие возможности современной антибактериальной терапии[3].

Цель исследования. Поделиться с наблюдением довольно редкого патогенеза тампонады сердца и показать, что несмотря на позднее обращение пострадавшего за медицинской помощью и диагностических трудностей ранняя перикардотомия оказалось спасительный.

Материалы и методы. Хотим проиллюстрировать случай ножевого ранения грудной клетки с тотальным пневмотораксом, осложнённый гнойным перикардитом и тампонадой сердца. Больной К., 38 лет доставлен машиной скорой помощи с жалобами на сильные боли левой половине грудной клетки, затрудненное дыхание, одышку, слабость, повышение температуры. Со слов больного три дня тому назад во время употребления алкоголя, сын нанес ему ножевое ранение в левую половину грудной клетки. Пострадавший никуда не обращался. Состояние больного средней степени тяжести. Кожные покровы бледноватые. Левая половина грудной клетки при дыхании отстаёт по сравнению с правой. При перкуссии левой половины грудной клетки выявлен тимпанит. Аускультативно дыхание не прослушивается. Местно: в левой половине грудной клетки в 5-ом межреберье по средне ключичной линии имеется рана 2,0-0,5см с ровными краями, незначительным гнойным отделяемым, вокруг гиперемия кожных покровов. Проведена ПХО раны. На рентгенограмме грудной клетки-левосторонний тотальный пневмоторакс, в плевральной полости жидкости нет. Учитывая имеющийся левосторонний пневмоторакс во втором межреберье по средне ключичной линии установлен дренаж по Бюлау, одномоментно эвакуировано около двух литров воздуха. Через три дня при повторной рентгенографии пневмоторакс отсутствует, легкое полностью расправилось, дренаж удален. Больной продолжал получать антибактериальную, противовоспалительную, симптоматическую, дезинтоксикационную терапию. Рана в области грудной стенки очистилась от гнойного налета, гиперемия кожи исчезла, начала появляться грануляционная ткань. Состояние больного намного

улучшилось. Особых жалоб кроме слабости, незначительных болей в левой половине грудной клетки не предъявляет, однако у больного появилась субфебрильная температура, в связи с чем, была произведена рентгенография грудной клетки. На рентгенограмме тень сердца намного увеличена в размере, почти полностью занимает нижнюю половину грудной клетки. У больного прогрессивно стала нарастать слабость, одышка, появились боли в сердце, кашель. При аускультации появилась глухость тонов сердца. Больному произведена ЭКГ. На ЭКГ выявлено: отрицательный зубец Т, конкордантный подъем st-сегмента, снижение вольтажа комплекса QRS. В тот же день больной консультирован кардиохирургом. Диагностирована тампонада сердца. Больной по экстренным показаниям взят на операцию. Произведена экстраплевральная перикардиотомия: произведен вертикальный разрез по средней линии живота в верхней части эпигастрия. Мечевидный отросток резецирован. Тупо расслоены волокна диафрагмы, осуществлен доступ к перикардиальному листку, который вскрыт между двумя наложенными на перикард швами-держалками. Тем самым создано окно диаметром до 5см, при этом выявлен гнойный перикардит. Электроотсосом эвакуировано около литра гнойной жидкости. Полость перикарда тщательно санирована. При ревизии целостность перикарда не нарушена. На перикард наложены редкие швы с оставлением дренажа. Производилась ежедневная перевязка больного, в связи с прекращением выделений из перикардиальной полости дренаж удален. Швы послеоперационной раны сняты через восемь суток. На контрольной рентгенограмме со стороны органов грудной полости патология отсутствует. Больной выписан из стационара через десять дней после перикардиотомии, повторно осмотрен через шесть месяцев, жалоб не предъявляет.

Результаты и обсуждения. Иллюстрируемый случай показывает, что 1)при проникающем ножевом ранении грудной клетки сопровождающимся пневмотораксом, даже при целостности перикарда может развиться гнойный перикардит, тампонада сердца. 2) своевременная диагностика тампонады сердца и рациональная тактика кардиохирурга, даже при позднем обращении определяют благоприятный исход.

Список литературы:

1. Абакумов М.М. со авторами. Профилактика и лечение посттравматического перикардита. Хирургия, 2010, № 4, 16 -20.
2. Ермолов А.С. со авторами. Диагностика и лечение ранений сердца и перикарда. Хирургия, 2001, №1, 18-21.
3. Самохвалов И.М. со авторами. Диагностика и хирургическая тактика при ранениях сердца и перикарда. Вестник хирургии, 2001, № 5, 102-107.

Уснадин Ж.Н.- 6- курс, zhanagul.usnadinova@mail.ru.

Босынбек Г.К.- 5 курс, факультет «Общая медицина»,

Научные руководители: к.м.н., ассистент Каныбеков А.К. assan.kanybekov@mail.ru, к.м.н.,
доцент **Маленкова С.А.**

Кафедра общей хирургии КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова г. Алматы, Республика Казахстан.

ЛЕЧЕНИЕ ПИТОРАКСА

Введение. Эмпиема плевры (синонимы: пиоторакс, гнойный плеврит) - воспаление париетальной и висцеральной плевры с накоплением в образовавшейся между ними полости гнойного или фибринозно-гнойного экссудата. Частота эмпиемы плевры достаточно велика и в зависимости от причины ее возникновения существенно колеблется. Так, абсцессы легкого осложняются эмпиемой в 8-15%, гангрена легкого в 55-90%, ранения грудной клетки в 5-21%, пневмония в 2-8%, после операций на легких в 5-30% клинических наблюдений. При этом частота данного осложнения в последние годы имеет тенденцию к увеличению. Летальность при эмпиеме плевры достигает 5-30% [1;2;3;4].

Цель исследования. Показать на примере указанного клинического наблюдения, возможность развития тотальной эмпиемы плевры без предшествовавшего деструктивного процесса в легких, что расширяет диагностические возможности этих патологий.

Материалы и методы. В клинической практике эмпиема плевры криптогенного происхождения встречается исключительно редко. Вашему вниманию предоставляется больной С. 45 лет доставлен экстренно в ППХ с диагнозом: эмпиема плевры слева. Жалобы на сильные боли в левой половине грудной клетки, повышение температуры до 38,5 по вечерам, слабость. Болен в течение 1-го месяца. Начало болезни связывает с переохлаждением. При поступлении общее состояние средней тяжести, число дыханий 24 в минуту, левая половина грудной клетки отстаёт в акте дыхания. Перкуторно слева притупление перкуторного звука. Дыхание слева не прослушивается. Обследован: ОАК лейкоциты -21. 10.9/л, сахар крови – 3,8 ммоль на литр, на рентгенограмме грудной клетки слева определяется затемнение на уровне 2-го ребра. Заключение: эмпиема плевры слева. Выполнена пункция плевральной полости в 7-ом межреберье слева по задне-подмышечной линии, получен гнойный экссудат, дренирование плевральной полости слева в месте пункции и во втором межреберье слева по средне-ключичной линии по методу Бюлау. Получено два литра зловонного гноя. Далее клинически положительная динамика на фоне антибактериальной, дезинтоксикационной терапии и систематической санации плевральной полости.

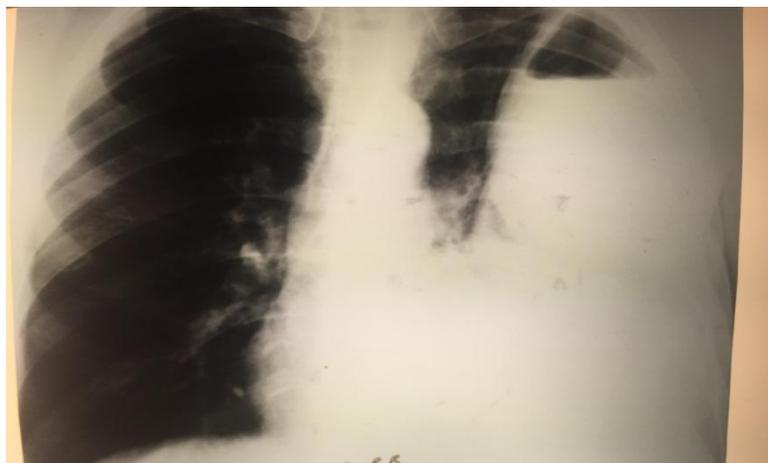


Рис.1. Рентгенограмма при поступлении больного

На 5-ый день пребывания в клинике рентгенологический контроль (прямая и боковая проекция): слева в нижних отделах легочный рисунок усилен. Пневмосклероз. Левый купол диафрагмы четко не определяется, синус не прослеживается, средостение не смещено. Заключение: левосторонний плеврит в пределах заднего costo-диафрагмального синуса. Спаечные изменения. На 6-ой день пребывания в клинике выполнено УЗИ плевральных полостей. Заключение: в синусе слева 30-40 мл жидкости. На 7-ой день из-за отсутствия выделений из дренажных трубок последние удалены. На 8-ой день пребывания в клинике больной выписан на амбулаторное долечивание в удовлетворительном состоянии.

Результаты и обсуждения. Интерес наблюдения заключается в том, что, как правило, эмпиемы плевры бывают: первичные (посттравматические, послеоперационные); вторичные (при заболеваниях органов грудной клетки, брюшной полости и забрюшинного пространства, туберкулезе, сифилисе); метастатические - при сепсисе. В нашем наблюдении указанных вариантов не прослеживается, то есть речь идет о криптогенной эмпиеме, что встречается исключительно редко и потому представляет интерес.

Список литературы:

1. Войно – Ясенецкий В.Ф. Очерки гнойной хирургии. М.-Сиб. 2008. 704 с.
2. Гостишев В.К. Инфекции в торакальной хирургии. М.: Медицина, 2004, 583 с.
3. Гостишев В.К. Инфекции в хирургии. Руководство для врачей, М. Геотар – медиа. 2007, 763 с.
4. Колесников И.С., Лыткин М.И. Хирургия легких и плевры. Л.; Медицина, 2000, 210 с.

СЕКЦИЯ «ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»

Орынбасарова Г. – магистрант, **Исмаилова М.**, студентка 406 гр., **Блинова О.В.**,
к.фарм.н., ас. профессор, **Утегенова Г.И.**, к.фарм.н., и.о.доцент
Научный руководитель: **Шертаева К.Д.**, д.фарм.н., профессор
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика
Казахстан

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КАДРОВ

Введение. Век стремительного развития технологии, роста разнообразной информации в том числе и в сфере лекарственного обеспечения, стремительно диктует прохождение циклов повышения квалификации фармацевтов в силу соответствия диктату времени.

В связи с чем, масштабы подготовки фармацевтических кадров требуют необходимость в пропорциональном увеличении числа нуждающихся в переподготовке и усовершенствования специалистов и научно-обоснованного прогнозирования их потребности.

Цель исследования: Разработать методику определения количественных и качественных показателей потребности нуждающихся в последипломном обучении в современных условиях.

Результаты и обсуждение. На основе изучения специальной литературы и определения количественных и качественных показателей потребности нуждающихся в последипломном обучении, нами адаптированы к современным условиям следующие формулы расчета:

$$X = \frac{\Phi_1 - B_1}{5} \quad (1)$$

$$T\% = \frac{\Phi - B.п.}{5 \cdot \Phi} \cdot 100\% \quad (2)$$

где: X_i - годовая потребность в повышении квалификации фармацевтов по i -той специальности
 B_i - условное выбытие кадров по формуле 2

$T\%$ - объем последипломной подготовки фармацевтических кадров по i -той специальности в регионе (использование бюджета рабочего времени для обучения кадров)

n - среднерасчетный срок последипломного обучения по i -той специальности

5- количество лет- соответствует периодичности курсов прохождения квалификации в фармацевтов.

Далее, на основании расчетных показателей охвата последипломным обучением и других данных, нами модифицирована формула расчета определения потребности в профессорско-преподавательских кадрах, необходимых для обеспечения учебного процесса (формула 3)

$$\text{ППС} = \frac{i \cdot n \cdot 30}{y \cdot 360} \quad (3)$$

где ППС - количество ППС

i – расчетное количество нуждающихся в последипломном обучении

n – среднерасчетный срок обучения на курсах ФПК

y – нагрузка на одного преподавателя

Коэффициент 30 соответствует количеству дней в периоде (30 дней в месяце и соответственно 360 в году)

Выводы.

Считаем, что данные расчеты станут поводом для разработки принципиально новых методических подходов, организационных принципов управляемого обучения, самообучения и самоконтроля знаний, направленных по оптимизацию учебного процесса, повышение его эффективности всех форм обучения.

Список литературы

1. Буравцов, В.И. Научное обоснование совершенствования системы последипломного медицинского образования в СевероЗападном федеральном округе Российской Федерации/ Буравцов В.И.//Вестник Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. – 2011. – Т.3, №2. – С. 7-13.
2. Дистанционное обучение в электронном здравоохранении/Е.А. Белозерова [и др.]//Информационное общество. – 2007. – вып. 1 – 2 – С. 85 – 93. – Режим доступа: <http://emag.iis.ru/arc/infosoc/emag.nsf/ВРА/811223ae-47fe1af0c32574630048086b> (дата обращения 05.02.2014).
3. Андреев, А.А. Введение в дистанционного обучения: учеб.метод. пособие / А.А. Андреев. – М. ВУ, 1997. – 345с.
4. Зайченко, Т.П. Основы дистанционного обучения: теоретико-практический базис: учебное пособие / Т.П. Зайченко. – СПб.: Изд-во РГПУ им. А. И. Герцена, 2004. – 167с.

Бадагова Е.И. – студентка 5 курса фармацевтического факультета, E-mail: badagova-e@mail.ru

Научный руководитель: **Викулова К.А.**, к.фарм.н., доцент,

E-mail: yikulova-ka@yandex.ru

ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень, Россия

ОБ ИЗУЧЕНИИ ВОПРОСОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЕДЕНИЯ ПРЕДМЕТНО-КОЛИЧЕСТВЕННОГО УЧЕТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ АПТЕК АО «ФАРМАЦИЯ»)

Введение. Одна из центральных проблем, изучаемых современной наукой является проблема регулирования отношений в сфере обращения лекарственных средств (ЛС), подлежащих предметно-количественному учету (наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, сильнодействующих и ядовитых веществ и прочих лекарственных средств).

Сегодня на всех уровнях достаточно широко обсуждаются проблемы доступности для населения ЛС, подлежащих предметно-количественному учету (ПКУ), поэтому необходимо детально изучать особенности обращения и потребления «подконтрольных» веществ в качестве ЛС на всех этапах товаропроводящей сети, в том числе в аптечных организациях [1,2].

Цель исследования. Изучение вопросов организации и ведения предметно-количественного учета лекарственных средств в аптечных организациях (на примере АО «Фармация»).

Материалы и методы. Методологическую основу составили труды ученых в области обращения ЛС, подлежащих ПКУ, аналитические и статические материалы, Интернет-ресурсы, данные собственных исследований. В работе использовались методы: контент-анализ законодательных актов и нормативно-правовых документов, социологический (анкетирование фармацевтических работников). В качестве объекта исследования выступили 22 центральные районные аптеки оптово-розничной сети АО «Фармация», расположенные на юге Тюменской области.

Результаты и обсуждения. В результате аналитического обзора литературных источников и нормативных правовых документов изучены основные этапы

историческогостановления и современного регулирования обращения ЛС, подлежащих ПКУ на международном уровне и в РФ. На сегодняшний день актуальным в РФ является Перечень лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету, утвержденный приказом Минздрава России от 22.12.2014 №183н (в ред. от 15.10.2015).

В перечень входит 142ЛС(фармацевтические субстанции и лекарственные препараты) по 4 разделам: ЛС, содержащие наркотические средства и психотропные вещества; ЛС, содержащие сильнодействующие и ядовитые вещества; комбинированные лекарственные препараты, содержащие кроме малых количеств наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров, другие фармакологические активные вещества; и иные ЛП: прегабалин, тропикамид, циклопентолат[3].

С целью изучения организации и ведения ПКУ ЛС в аптеках региона нами проведено анкетирования фармацевтических работников аптечной сети АО «Фармация». По результатам анкетирования, был составлен портрет респондента: руководитель аптеки, женщина среднего возраста (40-55 лет) с высшим фармацевтическим образованием и стажем работы в должности руководителя организации от 20 лет и выше. Респондентам были заданы вопросы по изучению проблем организации и ведению ПКУ ЛС.

В результате анкетирования, было выяснено, что в 96 % аптечных организаций сети ОАО «Фармация» присутствуют в ассортименте 54 наименования ЛС, зарегистрированных на территории РФ включенных в Перечень ПКУ. Так, в ассортиментном «портфеле» аптек имеются ЛС, содержащие наркотические средства и психотропные вещества списка II (19%), психотропные вещества списка III (34%), прекурсоры (11%), сильнодействующие (30%) и ядовитые вещества (2%), иные ЛС, подлежащие ПКУ (4%).

Данный факт позволяет говорить о высокой ответственности аптек с целью организации доступности данных ЛП для населения Тюменской области, в том числе в сельских районах. Кроме того, анкетирование позволило определить, что учёт этих ЛС ведётся надлежащим образом с применением современных унифицированных форм специальных журналов учета (100%).

В то же время, выявлена недостаточная осведомленность фармработников о том, какие именно ЛП в разрезе отдельных «подконтрольных» веществ подлежат ПКУ, и каким НПА регламентирован современный Перечень ЛС, подлежащих ПКУ (4% респондентов затруднились назвать действующий приказ Минздрава России).

Результаты анкетирования позволили сформулировать рекомендации для руководства АО «Фармация» по проведению тематических фармкружков по изучаемой проблеме среди фармработников.

Выводы. Изучение вопросов введения предметно-количественного учета ЛС на примере аптек АО «Фармация» методом анкетирования позволил определить, что организация и ведение ПКУ находится на должном уровне, ассортимент ЛП позволяет обеспечить доступность городского и сельского населения к ЛП для выполнения врачебных назначений. Кроме того, выявлена необходимость разработки информационно-методических рекомендаций по вопросам организации ПКУ ЛС в аптечных организациях.

Список литературы

1. Захарочкина, Е.Р. Иные препараты из перечня ПКУ: особенности обращения / Е.Р. Захарочкина // Новая аптека эффективное управление для руководителей. – 2015. - №12. – С.26-31.
2. Каминская, И., Мошкова, Л. Доступность НС и ПВ для медицинских целей: экскурс в историю/ И. Каминская, Л. Мошкова // Новая аптека. Эффективное управление (для руководителя). – 2015. – №10.
3. Об утверждении Перечня лекарственных средств, подлежащих предметно-количественному учету: Приказ Минздрава России от 22.04.2014 № 183н.

Бачева Н.Н. – студентка 5 курса фармацевтического факультета, E-mail: pugovka-klepa@mail.ru
Научный руководитель: Викулова К.А., к.фарм.н., доцент, E-mail: vikulova-ka@yandex.ru
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г.
Тюмень, Россия

ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НА ПРИМЕРЕ АПТЕЧНОЙ СЕТИ АО АТД «ПАНАЦЕЯ» Г. ТЮМЕНИ)

Введение. В соответствии с Налоговым кодексом РФ под налоговой системой понимают совокупность налогов и сборов, установленных государством и взимаемых с целью создания центрального общегосударственного фонда финансовых ресурсов, а также совокупность принципов, способов, форм и методов их взимания. Аптечные организации (юридические лица и индивидуальные предприниматели) при осуществлении предпринимательской деятельности выступают в качестве налогоплательщиков, которые обязаны применять установленные законодательством системы налогообложения. Так, аптечные организации могут находиться на следующих налоговых режимах: общепринятой (традиционной) системе налогообложения (ОСНО), упрощенной системе налогообложения (УСНО), системе налогообложения в виде единого налога на вмененный доход (ЕНВД), либо применять смешанную систему налогообложения в зависимости от отдельных видов работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность.

Цель исследования. Изучение особенностей налогообложения аптечных организаций на примере аптечной сети АО АТД «Панацея» г. Тюмени. Для решения поставленной цели необходимо решить следующие задачи: провести анализ законодательной, научной и учебной литературы по изучаемому вопросу; проанализировать режимы налогообложения аптечных организаций как налогоплательщика в соответствии с НК РФ; изучить систему налогообложения в аптечной сети АО АТД «Панацея»; определить ответственность налогоплательщика в соответствии с действующим российским законодательством.

Материалы и методы. В работе использовались методы: контент-анализ законодательных актов и нормативно-правовых документов, сравнительный и ситуационный анализ. В качестве объекта исследования выступила аптечная сеть АО АТД «Панацея» (18 структурных подразделений).

Результаты и обсуждения. Изучение применяемой системы налогообложения в аптечной организации АО АТД «Панацея» проводилось с учетом этапов развития аптечной сети, которые условно можно разделить на два временных промежутка: до 2015 года, с 2015 года по настоящее время. Это связано с тем, что в 2015 году произошла реорганизация аптечной сети АО АТД «Панацея», к ней присоединились аптечные организации АО «Тюменская фармация». Так, в период до 2015 года аптечная сеть применяла смешанную систему налогообложения (ОСНО и ЕНВД) в зависимости от отдельных видов фармацевтической деятельности, осуществляемых ее 10 структурными подразделениями. Под ОСНО попадали следующие виды фармацевтической деятельности – розничная торговля лекарственными препаратами (ЛП), отпуск ЛП (в т.ч. по программе ОНЛС), а также изготовление ЛП (рецептурно-производственный отдел) в аптеках сети; под ЕНВД подходили структурные подразделения, осуществляющие розничную торговлю ЛП (площадь торгового зала не более 150 кв.м., численность работников не более 100 человек) – это аптечные пункты и аптечные киоски сети. В 2015 году в связи с существенными изменениями в организационной структуре предприятия руководителем аптечной сети принята новая «Учетная политика для целей налогообложения» с полным переходом на традиционную систему налогообложения (ОСНО) как наиболее целесообразную в рамках современного налогового законодательства. Таким образом, аптечная сеть является добросовестным налогоплательщиком всех основных налогов по системе ОСНО: федеральных налогов (налог на добавленную стоимость, акцизы, налог на прибыль организаций, налог на доходы физических лиц как налоговый агент); территориальных налогов (налог на имущество организаций, транспортный налог), местных налогов (земельный налог). Данный факт свидетельствует о достаточной налоговой нагрузке на аптечное предприятие, увеличения доли затрат для целей налогообложения,

что в настоящее время, в условиях жесткой конкуренции делает аптечную сеть более уязвимой для работы на фармацевтическом рынке. Кроме того, нами рассмотрены отдельные виды налоговой ответственности за невыполнение налогоплательщиком требований налогового законодательства, которая устанавливается двумя кодексами – НК РФ и КоАП РФ. Данными актами предусмотрено наложение штрафов за нарушение условий предоставления налоговой декларации, грубые нарушения правил учета доходов, расходов и объектов налогообложения (ведения бухгалтерского учета и отчетности), неуплата или неполная уплата сумм налога, непредставление сведений, необходимых для осуществления налогового контроля. Следовательно, аптечная организация должно надлежащим образом исполнять требования налогового законодательства при ведении предпринимательской деятельности для целей налогового учета.

Выводы. В результате исследования нами изучены особенности налогообложения аптечной организации (на примере аптечной сети), осуществляющей различные виды работ (услуг), составляющих фармацевтическую деятельность в соответствии с требованиями современного налогового законодательства.

Бодрусева Е.С., студентка 5 курса, фармацевтический факультет, E-mail: katyuha_ezhik@mail.ru

Викулова К.А., доцент кафедры УЭФ, E-mail: vikulova-ka@yandex.ru

Научный руководитель: **Кныш Ольга Ивановна**, д.ф.н., профессор
ФГБОУ ВО Тюменский государственный университет Минздрава России, г.
Тюмень, Россия

ОБ ИЗУЧЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ПРОВЕДЕНИЮ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ЭКОЛОГИЧЕСКОГО АУДИТА

Актуальность. Проблемы охраны окружающей среды на сегодняшний день становятся не просто главными в осуществлении устойчивого развития общества, но и весьма острыми для самого выживания человека. Это связано с тем, что антропогенное воздействие на окружающую среду достигло угрожающего уровня.

Вредные выбросы и сбросы, отходы производства и потребления нарушают экологический баланс нашей планеты и ведут к глобальному изменению климата на Земле, которое с каждым годом становится все ощутимее. Главная причина тому – несовершенство социально-экономического устройства нашего общества, где господствует идея получения максимальной прибыли.

В последнее время в РФ к экологическим проблемам оказывается повышенное внимание. В соответствии с Конституцией РФ каждый имеет право на благоприятную окружающую среду, каждый обязан сохранять природу и окружающую среду, бережно относиться к природным богатствам, которые являются основой устойчивого развития, жизни и деятельности народов, проживающих на территории России.

Как известно, 2013 год был объявлен в России Годом охраны окружающей среды, а 2017 год - Годом экологии. В федеральном законе №7-ФЗ «Об охране окружающей среды» закреплены обязательные для исполнения требования по соблюдению установленных норм и в сфере обращения лекарственных средств (ЛС) [3]. В связи с этим актуальным является внедрение нового направления аудиторской деятельности - фармацевтического экологического аудита.

Цель исследования. Изучить современные подходы к проведению экологического аудита в фармацевтических организациях.

Методы и материалы: контент-анализ, аналитический, сравнительный, логические методы, системный подход.

Результаты и обсуждения. Анализ литературных источников позволил определить основные этапы развития экоаудирования в мировой и отечественной практике. Так, экологический аудит в РФ документирован и частично закреплен в нормативных документах на

государственном уровне и распространяются на субъекты занятые производством в отрасли народного хозяйства.

Еще на рубеже 1970-80-х годов в мире зародился экологический аудит как комплексная документированная оценка соблюдения субъектом хозяйственной и иной деятельности требований (нормативов) в области охраны окружающей среды, требований международных стандартов и подготовка рекомендаций по улучшению такой деятельности [3].

Требования к экоаудированию предъявляются также и к организациям в сфере обращения ЛС. Производство лекарственных препаратов, как отрасль промышленности, безусловно, влияет на окружающую среду: выбросы в атмосферу, отходы производства, утилизация реагентов, фармацевтических субстанций и др.

Фармацевтические организации (организации оптовой торговли лекарственными средствами, аптечные организации) при осуществлении работ, составляющих фармацевтическую деятельность, также являются хозяйствующими субъектами, оказывающими влияние на экологическую обстановку на микро- и макроуровне. Так, аптечные организации осуществляют утилизацию отходов (сливов), возникающих в результате производственного цикла по изготовлению и анализу ЛС (фармацевтических субстанций, лекарственных препаратов), уничтожение ЛС с истекшим сроком годности и другими операциями, что ведет к необходимости экоаудирования.

Проблемы изучения экологии в фармацевтических организациях рассматривались такими авторами как: Гусевой Т. В., Курскиным В. А., основные понятия и подходы отражены в работах Викуловой К.А., Кныш О.И. в рамках научного направления по исследованию комплексного фармацевтического аудита.

На сегодняшний день, под фармацевтическим экологическим аудитом понимают независимую комплексную документированную оценку деятельности субъекта, осуществляющего фармацевтическую деятельность, на соответствие природоохранным требованиям, включающая выбор экологической политики организации, обоснование экологической безопасности и рисков, с учётом международных стандартов и иных нормативных документов.

Целью такого аудита является содействие субъектам фармацевтической деятельности в определении своей экологической политики, формирование приоритетов по осуществлению мероприятий, в том числе предупредительных, направленных на соблюдение установленных экологических требований, а также создание механизма реализации эффективного регулирования природопользования и обеспечения устойчивого развития [1, 2].

Выводы. Производители ЛС и фарморганизации должны самостоятельно заботиться об экологической безопасности при осуществлении своей деятельности, внедряя в свои системы менеджмента качества процессы экологического аудита.

Следовательно, необходимо разработать организационно-методические подходы к его проведению в субъектах сферы обращения ЛС. Особенное внимание стоит обратить на проблему проведения экологического аудита в производственных аптеках.

Список литературы

1. Викулова, К.А. Организационно-методические подходы к проведению аудита фармацевтических организаций (на примере Тюменской области): автореф. дис. ... канд. фарм. наук / К.А. Викулова // ПГФА – Пермь – 2004. – 26 с.
2. Иванова, В.Ю. Об актуальности проведения фармацевтического экологического аудита / В.Ю. Иванова // Материалы 49-й Всероссийской научной конференции с международным участием студентов и молодых ученых «Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации». – Тюмень: ООО «Печатник», 2015. – С.72.
3. Федеральный закон от 10.01.2002 № 7-ФЗ «Об охране окружающей среды»

Егорова А.О., аспирант кафедры УЭФ, E-mail: alexa_kizim@mail.ru
Научный руководитель: Кныш О.И., д.ф.н., профессор
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г.
Тюмень, Россия

ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ГОСУДАРСТВЕННУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Актуальность. Лекарственное обеспечение (ЛО) категорий граждан, имеющих право на льготы, на протяжении долгих лет является острой проблемой системы здравоохранения (ЗО) Российской Федерации (РФ). На сегодняшний день около 60% граждан, имеющих право на льготное ЛО (ЛЛО) в Тюменской области (ТО), получают ЛП в рамках программы обеспечения мерами социальной поддержки (МСП), финансируемой из областного бюджета.

Цель исследования: изучить организацию лекарственного обеспечения лиц, имеющих право на государственную социальную поддержку в Тюменской области.

Материалы и методы исследования. В исследовании использовались методы контент-анализа научной литературы и нормативных документов по фармацевтической деятельности, ситуационно-логический, аналитический.

Результаты и обсуждение. Как показал анализ на территории Тюменского региона действует постановление Администрации ТО от 15.12.2004 №178-пк «О мерах социальной поддержки, осуществляемых путем возмещения расходов на оплату ЛП для медицинского применения и МИ», согласно которому установлены категории граждан, имеющие право на МСП, а также порядок и условия предоставления им социальной поддержки. Постановление действует до настоящего времени в современной редакции.

Возмещение стоимости ЛП и МИ для амбулаторного лечения возможно в пределах Перечня, утвержденного Постановлением Правительства ТО от 25.12.2015 № 602-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2016 год», и осуществляется в размере 50% или 100% стоимости (в зависимости от категории граждан, которым оказана помощь). Данный Перечень утверждается Формулярной комиссией Департамента здравоохранения ТО, содержит 396 МНН ЛП и 5 наименований МИ (по состоянию на февраль 2016 г.). В системе лекарственного обеспечения лиц, имеющих право на МСП в ТО, представлены следующие участники: лицо, имеющее право на МСП в части ЛО (пациент), медицинские и аптечные организации, ТФОМС и органы социальной защиты населения. В МО лечащим врачом по результатам осмотра осуществляется назначение ЛП и МИ на основании соответствующего стандарта оказания медицинской помощи (СМП) и оформление рецепта на ЛП и/или МИ, отпуск которых осуществляется в АО. Кроме этого, в АО ведется учет отпущенных ЛП и МИ с применением информационной автоматизированной технологии и ежемесячное составление сводного реестра соответствующих рецептов, которые предоставляются в организации здравоохранения, наряду со счетами за отпущенные ЛП и МИ. Возмещение расходов на оплату ЛП и МИ АО производится организациями здравоохранения в порядке, утвержденном договором между ними, и объеме, установленным договором между МО и ТФОМС.

Организации здравоохранения ведут учет получателей соответствующей МСП и представляют информацию о них в соответствии с установленным порядком персонифицированного учета предоставления МСП в Тюменской области; формируют сводный персонифицированный реестр оформленных рецептов и отпущенных ЛП в электронном виде в соответствии с требованиями, установленными ТФОМС ТО, ежемесячно передают данный реестр в ТФОМС и Департамент здравоохранения ТО.

Органы социальной защиты населения Тюменской области ведут учёт граждан, имеющих право на МСП, за исключением лиц, страдающих отдельными категориями заболеваний. Кроме этого, на ЛЛО при получении МП в амбулаторных условиях за счёт средств регионального бюджета имеют право граждане, страдающие жизнеугрожающими и хроническими

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями. В соответствии с Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан» к ним относятся заболевания, которые имеют распространенность не более 10 случаев заболевания на 100 тысяч населения.

Постановлением Правительства РФ от 26.04.2012 № 403 «О порядке ведения Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, и его регионального сегмента» утвержден перечень орфанных заболеваний, который включает 24 нозологии.

В Тюменской области ведется регистр лиц, страдающих орфанными заболеваниями, порядок ведения которого утвержден Приказом Департамента здравоохранения ТО от 01.10.2012 №385-ос «Об утверждении положения о порядке ведения регионального сегмента Федерального регистра лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями, приводящими к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности».

Выводы. На основе контент-анализа научной литературы и законодательно-нормативных актов изучено современное состояние организации лекарственного обеспечения лиц, имеющих право на государственную социальную поддержку в ТО, показаны особенности и основные тенденции организации ЛЛО населения на уровне субъекта РФ.

Список литературы

1. Постановлением Правительства ТО от 25.12.2015 № 602-п «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Тюменской области на 2016 год».

Золотарева Л.А. – студентка 5 курса фармацевтического факультета, E-mail:

lyudazoloto@gmail.com

Научный руководитель: **Викуллова К.А.**, к.фарм.н., доцент, E-mail: vikulova-ka@yandex.ru
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень, Россия

**МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ
ПРЕПАРАТОВ И ПРОЧИХ ТОВАРОВ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА С
ПРИМЕНЕНИЕМ АПО «ПАРУС» НА ПРИМЕРЕ АПТЕЧНОГО СКЛАДА АО
«ФАРМАЦИЯ»**

Введение. Современное понимание термина «товар» можно рассматривать с нескольких позиций. Так, с позиций маркетинга под товаром понимают все, что может удовлетворить нужду или потребность и предлагается рынку с целью привлечения внимания, приобретения, использования или потребления (Ф.Котлер). С позиций бухгалтерского учета товары являются частью материально-производственных запасов (МПЗ), приобретенных или полученных от других юридических или физических лиц и предназначенные для продажи (ПБУ 5/01). В соответствии с №61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» аптечные организации, имеют право приобретать и продавать наряду с лекарственными препаратами иные товары аптечного ассортимента. В настоящее время фарморганизации находятся в условиях высокой конкуренции, поэтому важно правильно провести анализ товарного ассортимента и рационально спланировать сроки и объемы закупок. Для этих целей применяются маркетинговые исследования ассортимента товаров (например, ABC-, XYZ- и VEN-анализ и др.).

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

Цель исследования. Изучение ассортимента лекарственных препаратов и прочих товаров аптечного ассортимента с применением АПО «Парус» (на примере аптечного склада АО «Фармация»).

Материалы и методы. В работе использовались методы: контент-анализ нормативных актов, научной и учебной литературы, ассортиментного анализа (ABC-анализ), метод статистической группировки, графический анализ, метод компьютерных технологий. Объект исследования: товарный ассортимент аптечного склада АО «Фармация».

Результаты и обсуждения. С товародвижением в фарморганизации связано большое количество бизнес-процессов: управление закупом, товарными запасами, ценообразованием, продажами и лояльностью покупателей. С нарастанием количества бизнес-процессов в организации растет и количество информации, которую необходимо контролировать. Для извлечения большей выгоды и более слаженной работы необходима автоматизация бизнес-процессов предприятий, которая позволяет осуществлять контроль всех этапов товародвижения и вносит в производственный процесс значительные коррективы.

Таблица 1 – Результаты ABC-анализа товаров аптечного ассортимента

№	Наименование	продажи в месяц (тыс.руб)	накопительный вклад	
1	Нурофен для детей суспвнутр прим(фл) 100мг/5мл 150мл №1	99178	0,19%	А
2	Ревит драже №100	98782	0,37%	
3	Табекстабл п/о плен 1.5мг №100	98485	0,56%	
.....				
2008	Милдронат р-р д/парабульбарного и в/в (амп) 100мг/мл 5мл №10	156941	79,58%	В
2009	Фортранс пор д/р-равнутр прим(пак) 64г №4	152160	79,86%	
2010	Конкортабл п/о плен 5мг №30	150955	80,15%	
2011	Аугментинтабл п/о плен 875мг+125мг №14	15988	80,18%	С
.....				
2340	Зовиракс крем(туба) 5% 5г №1	11351	94,96%	
2341	ТерафлексАдванскапс 250мг+100мг+200мг №120	11350	94,98%	С
2342	Энаптабл 5мг №20	11344	95,01%	
2343	Стрепсилстабл д/рассас д/детей №16	11343	95,03%	
.....				
2735	Бинафин крем(туба) 1% 10г №1	160	100,00%	С
2736	Презервативы Feel №12	42	100,00%	
		53232204		

Начиная с 2008 года, на аптечном складе АО «Фармация» ведется оперативный электронный учет МПЗс применением АПО «Парус». Программа позволяет управлять заказами, создавать план отгрузок, контролировать качество работы по отдельным материально-

ответственным лицам, осуществлять внесение, хранение и быстрый поиск приходных и расходных документов, управлять остатками, резервами, перемещением товара и др.

Для анализа ассортимента на аптечном складе нами выбран метод ABC-анализа интегрированной базой данных в формат MSExcel из АПО «Парус» для статистической обработки данных. Методика проведения ABC-анализа предполагала следующее: определение объекта анализа (основной ассортимент аптечного склада), определение параметров (объем продаж в розничных ценах), ранжирование показателя в порядке убывания объема продаж, определение вклада каждой товарной позиции, определение совокупного % (с учетом накопительного вклада), определение группы А, В и С. Результаты ABC-анализа показали, что из 2736 наименований товаров аптечного ассортимента 80% объема продаж (группа А) составляют 2009 позиций, группа В (15%) - 331 позиция до 5% - 394 позиции основного ассортимента (табл. 1).

Выводы. Таким образом, нами было проведено маркетинговое исследование основного ассортимента аптечного склада АО «Фармация» с применением АПО «Парус».

Латыпова Ю.О., аспирант кафедры УЭФ, E-mail: knyshe@mail.ru

Научный руководитель: **Кныш О.И.**, д.ф.н., профессор

ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень, Россия

АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ГОСУДАРСТВЕННУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ В РФ

Введение. На сегодняшний день гарантом получения необходимых медицинских услуг и медикаментозной терапии населением на территории РФ выступает государство путем реализации программ по льготному лекарственному обеспечению (ЛЛО), организация которого выступает индикатором качества и доступности медицинской помощи в целом. Системой ЛЛО предусмотрено обеспечение ЛП групп населения и категорий заболеваний при амбулаторном лечении по рецептам врачей бесплатно или с 50% скидкой. Данная система в РФ реализуется через государственные программы, финансируемые из различных источников.

Цель исследования: проанализировать нормативно-правовую базу по организации лекарственного обеспечения лиц, имеющих право на государственную социальную поддержку в РФ.

Материалы и методы исследования. Законодательные и нормативные акты по фармацевтической деятельности в РФ. Использовались методы исследования: исторический, логический, контент-анализа.

Результаты и обсуждение. Как показал анализ система ЛЛО начала функционировать в России с 2005 года (в рамках ФЗ №122 от 2004г.). С 2008 года данная система стала называться программой обеспечения необходимыми ЛС (ОНЛС), а с 2011 года – программой обеспечения необходимыми ЛП (ОНЛП).

На сегодняшний день Федеральным законом №178-ФЗ от 17.07.99 г. «О государственной социальной помощи» определены категории граждан, имеющие право на дополнительное лекарственное обеспечение по программе ОНЛП, в соответствии с которой осуществляется их бесплатное обеспечение ЛП [1, 2].

Анализ нормативно-правовой базы за последние двадцать лет показал, что система ЛЛО в РФ реализуется через следующие государственные программы, финансируемые из различных источников: программа обеспечения необходимыми лекарственными препаратами в рамках набора социальных услуг (программа ОНЛП, финансируемая за счет денежных средств федерального бюджета); программа обеспечения пациентов дорогостоящими препаратами по семи высокозатратным нозологиям (программа «7 ВЗН», финансируемая за счет денежных средств

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

федерального бюджета); программа по оказанию мер социальной поддержки (МСП), осуществляемых путем возмещения расходов на оплату ЛС и МИ определенным категориям граждан в соответствии с постановлением Правительства РФ от 30 июля 1994 г. №890 «О государственной поддержке развития медицинской промышленности и улучшения обеспечения населения и учреждений здравоохранения ЛС и МИ» (финансируется за счёт денежных средств регионального бюджета); программа обеспечения ЛП лиц, страдающих жизнеугрожающими и хроническими прогрессирующими редкими (орфанными) заболеваниями (финансируется за счёт денежных средств регионального бюджета).

Перечень ЛП для обеспечения граждан, имеющих право на ГСП в виде НСУ утверждён распоряжением Правительства РФ от 26.12.2015 №2724-р «Об утверждении перечня жизненно необходимых и важнейших ЛП на 2016 год, а также перечней ЛП для медицинского применения и минимального ассортимента ЛП, необходимых для оказания медицинской помощи». Наряду с федеральными программами ОНЛП и 7 ВЗН во всех регионах страны действуют региональные программы ЛЛЮ отдельных категорий граждан, страдающих теми или иными заболеваниями, не инвалидов. Нормативно – правовые документы субъектов РФ определяют перечень заболеваний и категорий граждан, имеющих право на меры социальной поддержки, осуществляемые путем возмещения расходов, финансируемых за счёт денежных средств субъектов РФ.

Выводы. Таким образом, разработанная нормативно-правовая база по организации лекарственного обеспечения лиц, имеющих право на государственную социальную поддержку, позволяет получать отдельным категориям граждан РФ по программам ЛЛЮ бесплатно ЛП и МИ за счет средств федерального бюджета и бюджета субъектов РФ, что значительно повышает уровень гарантий медицинской и лекарственной помощи со стороны государства.

Список литературы

1. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ.
2. О государственной социальной помощи: Федеральный закон: Федеральный закон от 17.07.1999 №178-ФЗ.
3. О нормативе финансовых затрат в месяц на одного гражданина, получающего государственную социальную помощь в виде социальной услуги по обеспечению лекарственными препаратами, медицинскими изделиями, а также специализированными продуктами лечебного питания для детей-инвалидов, на 2016 год: Федеральный закон от 29.12.2015 №383-ФЗ.

Огурцова О.И. – студентка 5-го курса фармацевтического факультета, Olliewilde@bk.ru
Научный руководитель: **Рябова Е.И.**, к.ф.н., доцент, ryabova_72@mail.ru
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень, Россия

**МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВИТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ ГОРОДА КУРГАНА**

Введение. Витамины и микроэлементы играют важную роль в ферментативных реакциях организма, их нехватка ведет к серьезным заболеваниям. Рацион питания человека не может пополнить нехватку витаминов в организме, поэтому врачи рекомендуют принимать их не только людям, которым они необходимы по показаниям (беременные и кормящие женщины, дети, подростки и т. д.), но и в качестве профилактики авитаминоза здоровым людям [1]. Правильный выбор препарата, его дозировка, длительность применения, возможность одновременного использования с другими лекарственными средствами является актуальным для улучшения качества жизни здорового человека.

Цель исследования. Целью данной работы является проведение маркетингового исследования витаминных препаратов на фармацевтическом рынке г. Кургана.

Материалы и методы. Использовались метод группировки, графический, сравнительный, социологический, контент-анализ. Исследование проводилось по прайс-листам поставщиков и учетно-отчетной документации аптек г. Кургана:

Результаты и обсуждение. В Российской Федерации по актуальным данным интернет ресурса Государственного реестра лекарственных средств зарегистрировано более 200 наименований витаминов в качестве лекарственных препаратов [2]. На Курганском фармацевтическом рынке присутствует 175 наименований. В большинстве аптечных организаций города ассортимент витаминов в среднем составляет 68 наименований (39% от зарегистрированных в Государственном реестре ЛС), при этом преобладают поливитамины (рис.1)

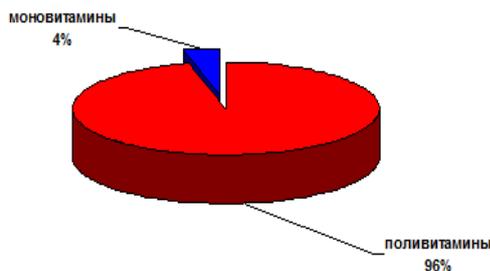


Рисунок 1 – Соотношение моно и поливитаминов в аптеках г.Кургана

При анализе производителей моновитаминов оказалось, что препараты отечественного производства преобладают над зарубежными (соотношение 60 и 40%), а среди производителей поливитаминных препаратов лидируют зарубежные (67%).

Самой распространенной лекарственной формой витаминных препаратов являются таблетки, покрытые оболочкой (75%), жевательные таблетки (12%) и таблетки шипучие (4%). Остальные препараты представлены в виде драже, капель, капсул, пастилок.

При ценовом анализе ассортимента витаминных препаратов выявлены 10 позиций наиболее дорогостоящих витаминов (табл.1).

Таблица 1 – Наиболее дорогостоящие витаминные препараты

№	Препарат	Производитель	Цена поставщика,руб
1	Элевит пронталь таб.№ 100	Bayer	1269,1
2	Витрум пренатал форте таб.№ 100	Unipharm	1023,9
3	Витрум Кардио таб.№60	Unipharm	890,5
4	Витрумпренатал таб.№100	Unipharm	841,5
5	Витрум бьюти элит №30	Unipharm	770,3
6	Витрум вижи форте №60	Unipharm	745,3
7	Витрум вижи №60	Unipharm	735,4
8	Берокка плюс таб.№30	Bayer	525,5
9	Кальцемин Адванс таб.№120	Bayer	525,3
10	Берокка плюс таб.№20	Bayer	485,7

По объему реализации в стоимостном выражении и по количеству упаковок лидируют витамины торговой марки Витрум, на втором месте Мультитабс и далее Супрадин.

Выводы. Изучен ассортимент витаминных препаратов в аптечных организациях г. Кургана. Препараты зарубежного производства преобладают над отечественными (81%). Самой распространённой формой витаминов являются таблетки, покрытые оболочкой (75%). Выявлено 10 позиций наиболее дорогостоящих витаминов зарубежного производства. Для дальнейшего расширения ассортимента витаминных препаратов необходима информационная работа с фармацевтическими работниками.

Список литературы

1. Витамины и здоровье (Основы нутрициологии. Часть II).[Электронный ресурс]-Режим доступа: http://nsp-zdorovje.narod.ru/article_zd.htm/vit.htm
2. Государственный реестр лекарственных средств России [Электронный ресурс] - Режим доступа: <http://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>

Викулова К.А., доцент кафедры УЭФ, E-mail: vikulova-ka@yandex.ru

Черепанова Л.Л., 5 курс, фармацевтический факультет, E-mail: cherepanovaLiliy@mail.ru

Научный руководитель: **Кныш О.И.**, д.ф.н., профессор

ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень, Россия

**ОБ ИСТОРИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ИНСПЕКТИРОВАНИЯ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

Актуальность. Самой важной задачей фармацевтической помощи является обеспечение потребителя качественными, эффективными, безопасными лекарственными средствами (ЛС), а также установление методов регулирования и контроля за деятельностью фармацевтических организаций.

Поэтому аптечным организациям, осуществляющим отдельные виды фармацевтической деятельности, следует надлежащим образом соблюдать установленные государством нормы и требования, связанные с обращением ЛС и осуществлять внутренний и внешний аудит (контроль).

Цель исследования: изучить исторические аспекты формирования системы фармацевтического инспектирования аптечных организаций.

Методы и материалы. Контент-анализ литературных источников и нормативно-правовых актов в сфере обращения лекарственных средств, сравнительный, аналитический, логический методы.

Результаты обсуждения. Система контроля за обращением ЛС начала формироваться в Древней Руси. Так, при Иване Грозном боярам доверялось «надкушивать» приготовленные для государя лекарства, а в конце XVII в. при Аптекарском приказе анализ лекарств проводили алхимики, при Петре I - в химической лаборатории при Берг-коллегии, во времена Екатерины II эту задачу решала Медицинская коллегия, к концу столетия - губернские врачебные управы.

В результате министерской реформы Александра I управление фармацевтическим делом было передано в ведение Министерства внутренних дел, при котором были созданы Медицинский департамент и Медицинский совет, за последним были закреплены обязанности контроля. Со второй половины XIX века рост числа аптек привел к увеличению некачественных лекарств и фальсификата.

В связи с этим министерством были изданы «Правила для открытия аптек», регламентирующие процедуру их освидетельствования. Сводилась она к периодическим (не реже 3 раз в год) «нечаянным» ревизиям аптек представителями «врачебных правлений», в ходе которых оценивалось общее состояние аптеки, соблюдение требований по хранению, производству и отпуску лекарств, отбирались образцы для экспертизы, проверялось соответствие цен аптекарской таксе. В случае выявления нарушений предусматривалось наказание.

На рубеже XIX-XX вв. проблема контроля аптек приобрела еще большую остроту в связи с активным ввозом медикаментов из-за рубежа, распространением и усовершенствованием способов фальсификации, существенным увеличением количества аптек, функцией которых теперь все чаще становилось не производство, а отпуск готовых ЛП.

В настоящее время в РФ контроль (надзор) за субъектами, осуществляющими фармдеятельность, выполняет Росздравнадзор и его территориальные управления в субъектах РФ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

путем проведения проверок: плановых, внеплановых, документарных и выездных (№294-ФЗот 2008 г.).

Контент-анализ различных литературных источников позволил определить происхождение слова «инспектирование (инспекция)», результаты которых представлены в табл.1.

Таблица 1 - Происхождение слова «инспектирование (инспекция)»

	Источник	Определение
1	Толковый словарь Ожегова С.И.	<u>Инспекция</u> - организация, осуществляющая инспектирование чего-либо (проверять правильность чьих-нибудь действий в порядке надзора и инструктирования)
2	Словарь синонимов	<u>Инспекция</u> - контроль, проверка, надзор
3	Экономический словарь	<u>Инспекция</u> - органы государственного управления, выполняющие функции надзора, проверки, контроля за надлежащим исполнением официально установленных правил и норм работы, деятельности предприятий, организаций, фирм, их служебного персонала.
4	Большой юридический словарь	Инспекция (от лат. inspectio - осмотр) - орган, осуществляющий контроль за соблюдением установленных государством правил. В задачи И. входит не только проверка исполнения, но и принятия на месте мер, чтобы устранить нарушения
5	Словарь иностранных слов, вошедших в состав русского языка	Инспекция 1)осмотр начальником заведываемой им части. 2) часть управления, вверенная инспектору.
6	Словарь бизнес-терминов	<u>Инспекция</u> - орган управления, призванный следить за выполнением установленных правил и совмещающий контрольные функции с определенными административными правами. В задачи И. входит принятие на месте мер к исправлению недостатков.

Применительно к аптечным организациям термин «инспекция» стоит рассматривать в свете «фармацевтического инспектирования (ФИ)» как одного из видов ведомственного контроля (надзора), основное назначение которого заключено в проверке государственными органами исполнительной власти в сфере здравоохранения деятельности аптечных организаций, выполнения ими действующих законодательных и нормативных актов, обеспечивающих гарантии населению в получении качественной, эффективной и безопасной лекарственной помощи (Кононова С.В., Ярошенко Н.П., 2003).

Основная задача ФИ: инспектор в процессе проверки деятельности аптеки не только осуществляет проверку с оформлением акта, но и оказывает практическую помощь в ликвидации выявленных нарушений.

Выводы. Таким образом, с целью достижения высокого уровня качества оказания надлежащей фармацевтической помощи населению актуальным является необходимость введения должности «фармацевтического инспектора» в штат работников аптечных организаций.

На сегодняшний день, основной вид профессиональной деятельности, обобщенные трудовые функции и отдельные трудовые действия инспектора-провизора предусмотрены проектом «Профессионального стандарта «Фармацевтический инспектор».

Ювченко Ю.С.— студентка 5-го курса фармацевтического факультета,
FUNta-94@mail.ru

Научный руководитель: Рябова Е.И., к.ф.н., доцент, ryabova_72@mail.ru
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г.
Тюмень, Россия

РАЗРАБОТКА СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ВИТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Введение. Витамины — группа низкомолекулярных органических соединений относительно простого строения и разнообразной химической природы. Это сборная, в химическом отношении, группа органических веществ, объединённая по признаку абсолютной необходимости их для гетеротрофного организма в качестве составной части пищи. Витамины содержатся в пище в очень малых количествах, и поэтому относятся к микронутриентам.

В последние годы фармацевтический рынок витаминов является одним из конкурентных сегментов, где прослеживается тенденция расширения линии ассортимента брендов для различных категорий потребителей. Анализируемый сегмент характеризуется достаточно высокой насыщенностью торговых наименований препаратов и большим количеством присутствующих в нем производителей.

Цель исследования. Целью данной работы является разработка социально-демографического портрета потребителей витаминных препаратов в г. Кургане и анализ предпочтений потребителей при выборе витаминов.

Материалы и методы. Использовался социологический метод исследования. Источником информации для анализа являлись анкетные данные.

Результаты и обсуждение. Для изучения потребителей разработана анкета, включающая 22 вопроса. В анкетировании приняли участие 130 человек. В качестве основной характеристики респондентов использованы критерии: пол, возраст, социальная принадлежность, уровень образования.

Анализ анкетных данных показал, что большая часть потребителей витаминов - женщины (80% от общего числа респондентов). Среди потребителей данной категории преобладают женщины в возрасте до 21 года.

75% респондентов имеют незаконченное высшее образование, 9% - высшее, все остальные среднее образование.

Нами проанализированы факторы, влияющие на принятие решения о покупке витаминов. Для респондентов были представлены следующие факторы: рекомендации врача, рекомендации провизора или фармацевта, реклама в СМИ, советы знакомых, другое. Результаты опроса показали (рис.1), что наибольшее количество посетителей аптеки приобретают витамины по рекомендации врачей (35%) и провизоров (31%).

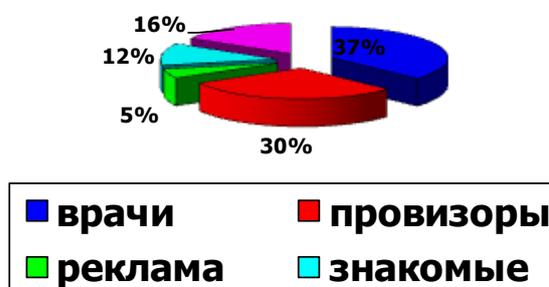


Рисунок 1 – Доминирующие факторы при покупке витаминных препаратов

Одним из разделов исследования являлось определение частоты покупаемых витаминов. 94% респондентов используют витамины с целью профилактики, и только 6% - для лечения. Поскольку витамины применяют в целях профилактики различных сезонных заболеваний, их покупка также носит сезонный характер. Чаще принимают витаминные средства с поздней осени до весны. Летний период характеризуется спадом использования витаминных средств.

Критерием выбора витаминных препаратов для большинства респондентов являются факторы: эффективность препарата, его качество, цена, бренд. Ранжирование данных факторов среди посетителей аптеки показано на рис.2.

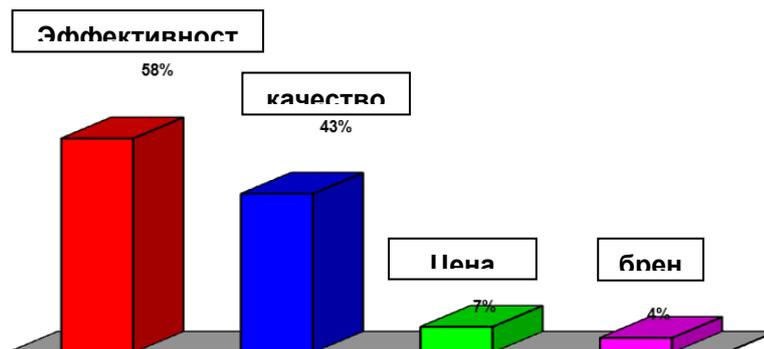


Рисунок 2 – Критерий выбора витаминных препаратов

Проанализированы затраты покупателей на приобретение витаминов. Оказалось, что большинство опрошенных (74%) расходуют на покупку до 500 рублей и только 5% свыше 1 тысячи рублей.

Выводы. Разработан социально – демографический портрет потребителей витаминных препаратов на Курганском фармацевтическом рынке. Это – женщины (80%), преимущественно от 21 до 30 лет (44%), имеющие незаконченное высшее образование (75%). Проведенный анализ показал, что 98% респондентов принимают витамины, 79% респондентов положительно относятся к витаминным средствам. 91% опрошенных считают действие витаминов эффективным, 84% принимают витамины, обладающие общеукрепляющим действием. 74% анкетированных тратят для приобретения витаминов до 500 рублей.

Килеева О.П., зам. директора по УР, Медицинский колледж Запорожского государственного медицинского университета, e-mail: kileeva.op@zsmu.zp.ua

Бушуева И.В., профессор, д.ф.н., e-mail: valery999@ukr.net

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КОСМЕЦЕВТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ АКНЕ

Введение. В наши дни проблема акне, или угрей, очень распространена. По распространенности акне находится на втором месте среди кожных заболеваний в мире, уступая только экземе. Все чаще она беспокоит не только молодежь, но и людей зрелого возраста. Тенденция «взросления» этого заболевания в настоящее время, его значительное влияние на психоэмоциональную сферу, социальный статус и общественную адаптацию больных

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

обусловливают актуальность данной проблемы и необходимость разработки новых эффективных методик комплексного лечения.

Цель исследования. Угревая болезнь (УБ), или акне, - полиморфное мультифакториальное заболевание, в основе которого лежит патология пилосеборейного комплекса, связанная с его функциональной активностью и развитием воспалительных и невоспалительных высыпаний на участках кожи с большим количеством сальных желез. Заболеванию подвержены около 85% лиц в возрасте от 12 до 24 лет, а в возрастных группах 25-34 и 35-44 года заболеваемость составляет 8 и 3% соответственно.

На основании исследования номенклатуры космецевтиков, установить закономерности реализации этой группы на фармацевтическом рынке Украины.

Материалы и методы. Препараты азелаиновой кислоты (АК) обладают бактериостатической активностью в отношении [Propionibacterium acnes](#) и [Staphylococcus epidermidis](#), снижают выработку жирных кислот, способствующих возникновению [акне](#). Уменьшают образование [комедонов](#).

Влияя на процесс ороговения клеток эпидермиса, подавляют рост и активность аномальных меланоцитов, вызывающих гиперпигментацию типа мелазмы. Оказывают противоугревое, депигментирующее действие.

АК входит в состав таких кремов и гелей как: АкнеСтоп, Акне-Дерма, Азелекс (*Azelex*), Азогель, Азикс-Дерм (*Azix-Derm*), Скинорен (*Skinoren*) и других (таблица 1) [1].

Результаты.

Таблица 1 Перечень препаратов в состав которых входит АК

№ п/п	Препарат	Производитель	Цена
1	АкнеСтоп, крем 20%	Корпорация «Артериум», Украина	102,02 грн.
2	Азогель, гель 15%	«Фитофарм», Украина	109,95 грн.
3	Акне-Дерма, крем 20%	Фарм предприятие «Уникс», Польша	47,37 грн.
4	Азикс-Дерм, Крем 20%	Ranbaxy, Индия	593,66 грн.
5	Скинорен, крем 20%	«Bayer Pharma», Германия	258,05 грн.
6	Скинорен, гель 15%	Интендис Мануфэкчуринг СпА, Италия	289,16 грн.
7	Азелекс, гель 15%	ОАО «Акрихин», Россия	612,75 грн.

Вывод. На основании табл.1 видно, что на рынке Украины препараты, применяемые для лечения и профилактики УБ, содержащие в своем составе АК представлены 7 производителями, что является крайне дефицитным при наличии нарастания вышеизложенной патологии. Отечественные препараты (Украина) представлены 2-я предприятиями, что составляет около 28,6% от общего количества представителей на фармацевтическом рынке Украины. Производитель стран СНГ (Россия) представлена одной позицией, что составляет 14,3%.

Т.о., видно что рынок Украины находится в состоянии напряжения как по количеству отечественных препаратов данного направления, так и зарубежных производителей.

На этот аспект нужно обратить должное внимание при государственных закупках ЛС для лечения и профилактики заболеваний кожи.

Список литературы

1. https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%90%D0%B7%D0%B5%D0%BB%D0%B0%D0%B8%D0%BD%D0%BE%D0%B2%D0%B0%D1%8F_%D0%BA%D0%B8%D1%81%D0%BB%D0%BE%D1%82%D0%B0

Suyunov N.D.

Tashkent Pharmaceutical Institute, City Tashkent, Republic of Uzbekistan
E-mail: suyunov5555@rambler.ru

PREVALENCE AND MORBIDITY PROGNOSIS OF ALLERGIC RHINITIS, POLLINOSIS

Introduction. Half of all forms of chronic rhinitis is allergic rhinitis, the prevalence of which is increasing every year. Allergic rhinitis is characterized by inflammatory infiltration, mainly consisting of leukocytes and mast cells. Depending on the form of the disease there is seasonal allergic rhinitis occurring during flowering of herbs and flowers, and perennial rhinitis, which may disturb in any season.

Mild course of allergic rhinitis symptoms do not impair the performance and do not interfere with sleep. With an average it is noted a moderate decrease of daily activity, sleep quality impairment. About severe allergic rhinitis testify the expressed these symptoms [3].

Aim of the Research. To study the prevalence and prognosis of diseases with allergic rhinitis, hay fever.

Materials and methods. The generally accepted in modern science methodology and techniques have been used in the course of scientific research: comparative, correlation, regression, mathematical, analytical.

Results and discussions. The features of spread and prognosis of allergic rhinitis, hay fever were studied. The analysis of the incidence of allergic rhinitis, hay fever in dynamics for 2000-2013 years was conducted. Scientific prognosis of allergic rhinitis, hay fever in the Republic of Uzbekistan until 2023 was substantiated. In this case, the arithmetic mean value for the independent variable is determined from the point of time indicated by a series of natural numbers [1, 2]:

$$\bar{x} = \frac{1+14}{2} = 7,5$$

Then, we calculate the deviation of members of the line of the dependent variable y from this value (with signs) and perform calculations shown in Table 1. Substituting these values in the formula (1) and (2), we define the parameters of a linear equation:

$$a = \frac{\sum y_i}{n} = \frac{3802}{14} = 271,6$$

$$b = \frac{\sum y(x_i - \bar{x})}{\sum (x_i - \bar{x})^2} = \frac{1154}{227,5} \approx 5,07$$

Hence the formula for balancing the dynamics of spread allergic rhinitis, hay fever, and its prognosis among the population of Tashkent city is as follows:

$$y_x = 271,6 + 5,07(x_i - x_{cp})$$

Calculated on this equation the value \bar{y}_x the dependent variable is placed in the last column of Table 1 More than a visual representation of this gives Figure 1, which shows the calculated scrap and smoothly running the line of the series.

Table 1- Dynamics of allergic rhinitis, hay fever per 100 thousand of population of Tashkent city in absolute rate

Year	x_i	The prevalence of allergic rhinitis, hay fever, y_i	$x_i - x_{cp}$	$y(x_i - x_{cp})$	$(x_i - x_{cp})^2$	y_x	ε
2000	1	299	-6,5	-1944	42,25	239	25,3
2001	2	223	-5,5	-1227	30,25	244	8,5
2002	3	178	-4,5	-801	20,25	249	28,4
2003	4	212	-3,5	-742	12,25	254	16,5
2004	5	242	-2,5	-605	6,25	259	6,5
2005	6	304	-1,5	-456	2,25	264	15,2
2006	7	301	-0,5	-150,5	0,25	269	11,9
2007	8	301	0,5	150,5	0,25	274	9,8
2008	9	318	1,5	477	2,25	279	13,9
2009	10	307	2,5	767,5	6,25	284	8,0
2010	11	252	3,5	882	12,25	289	12,9
2011	12	266	4,5	1197	20,25	294	14,3
2012	13	289	5,5	1589,5	30,25	299	13,3
2013	14	310	6,5	2015	42,25	305	13,7
Σ	105	3802		1154	227,5		14,2

$$y_x = 271,6 + 5,07(x_i - x_{cp})$$

The resulting smooth line can be extended to give a prognosis on 2014-2023 years. This refers to the inertia of the interrelations, which ensures the keep in generalities the mechanism of formation of the phenomenon, and the inertia of the nature of the dynamics of the process (temperature, direction, stability) for a sufficiently long periods of time. Dynamics in absolute rate of allergic rhinitis, hay fever, diseases registered, only per 100 thousand of population in the years 2000-2013 is accounted for Tashkent city, 299 cases were reported in 2000, in 2006 - 301, in 2013 - 310 up (Σ 105, 3802) cases.

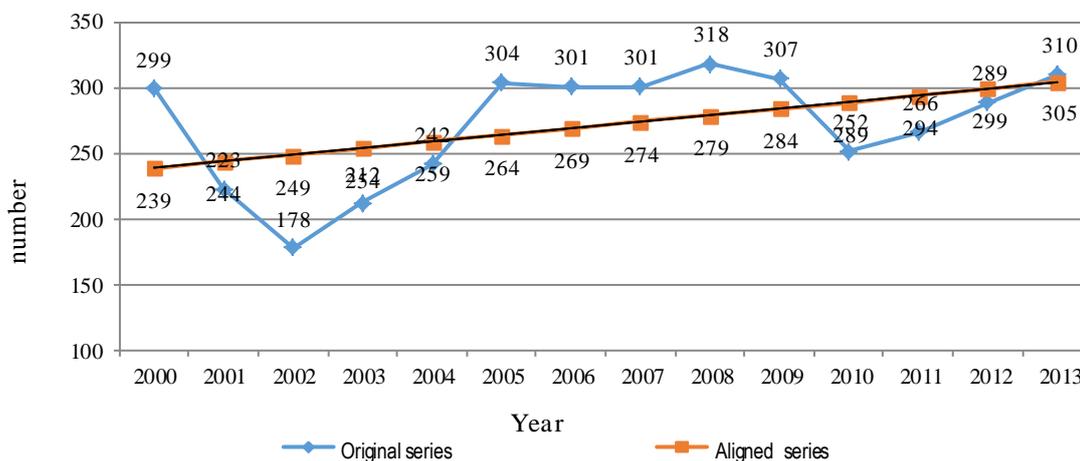


Figure 2. Scrap and calculated smoothly running lines

The aligned data of calculated continuously running line of prevalence allergic rhinitis, hay fever per 100 thousand of population in Tashkent city allergic rhinitis, hay fever in 2000 was reported 239 cases, in 2006 - 269, in 2013 - 305 cases. These figures are given in Table 2. The resulting smooth line can be extended to give a prognosis for 2014-2023 years. To talk about the reliability of the statistical

prognosis of the dynamics of any phenomena is possible only while maintaining overall trends, i.e. with a certain degree of inertia phenomena.

Table 2 - Prognosis prevalence of allergic rhinitis, hay fever (per 100 thousand of population) for 2014-2023 years

Region	Year									
	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
Tashkent city	310	315	320	325	330	335	340	345	350	355
Andizhan region	68	71	74	76	79	82	86	89	90	94
Bukhara region	259	258	258	257	256	255	254	253	252	252
Dzhizakh region	205	210	215	219	224	229	234	239	244	249
Kashkadarya region	157	151	145	139	133	127	122	116	110	104
Navoi region	446	457	467	477	487	498	508	518	528	539
Namangan region	134	137	141	144	147	148	152	156	158	161
Samarkand region	131	133	135	137	139	141	143	145	148	150
Surkhandarya region	233	244	246	248	250	252	254	256	258	261
Syrdarya region	121	120	118	117	116	114	113	112	110	109
Tashkent region	203	202	200	199	198	196	195	193	192	190
Fergana region	188	192	197	201	205	210	214	219	223	228
Khorezm region	685	674	664	653	643	632	622	611	601	690
The Republic of Karakalpakstan	149	149	150	150	151	151	152	152	153	153
The Republic of Uzbekistan	190	187	183	180	177	173	170	166	163	159

According to the prognosis prevalence of diseases of allergic rhinitis, hay fever in 2016 in Tashkent city per 100 thousand of population expected 320 cases, in 2020 - 340 cases, in 2023 - 355 cases. In Navoi region is expected 467 cases, in 2020 - 508, in 2023 - 539. In the republic per 100 thousand of population in 2016 it is expected 183 cases of illness, in 2020 - 170, in 2023 - 159. A prognosis of allergic rhinitis, hay fever until 2023 for the Republic of Uzbekistan was made. The obtained results in the future will allow to calculate in advance the need for health care institutions in pharmaceuticals. The results can be used for the purpose of proper organization, diagnosis and treatment of allergic rhinitis, hay fever in outpatient and inpatient settings. All these measures will contribute to the improvement of providing system of public and medical institutions with quality and highly effective drugs.

Conclusion. It has been analyzed the level of prevalence of disease with allergic rhinitis, hay fever in the Republic of Uzbekistan for the period from 2000 to 2013. It has been made and analyzed the prognosis of allergic rhinitis, hay fever until 2023 for the Republic of Uzbekistan. The prognosis prevalence of allergic rhinitis, hay fever in the Republic until 2023 – per 100 thousand of population will be 159 cases.

List of literature.

1. Суюнов Н.Д. Фармакоэкономический анализ и оптимизация лекарственного обеспечения пациентов с заболеваниями органов дыхания Монография. – Ташкент, 2013. «Фан». – 240 с. 2. Новиков Д.А., Новочадов В.В. Статистические методы в медико-биологическом эксперименте (типовые случаи). – Волгоград: Изд-во ВолГМУ, 2005. – 84 с. Суюнов Н.Д. Аллергический ринит: основные аспекты заболевания и характеристика лекарственных препаратов, используемых при фармакотерапии // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2012. – №1. – С. 106-109.

Суянов Н.Д. – доцент кафедры Организации фармацевтического дела Ташкентского фармацевтического института, E-mail: suyunov5555@rambler.ru. Ташкентский фармацевтический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

РЕТРОСПЕКТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ

Введение. В настоящее время аллергический ринит является не только самыми широко распространенными заболеваниями в структуре болезней органов дыхания. По данным Всемирной организации здравоохранения) по поводу аллергических болезней в лечебно-профилактические учреждения обращается 10–30% населения *мира*, аллергический ринит встречается у 10–25%. По республике показатель заболеваемости аллергический ринит увеличился с 9 до 16%. Как показывают официальные данные, согласно статистическим показателям Института здоровья и медицинской статистики Министерства здравоохранения Республики Узбекистан, в 2014 г. в структуре общей заболеваемости БОД зарегистрирован 23,84%, в то время, как заболеваемость аллергический ринит (поллиноз) – у 186 человек на каждые 100 тыс. населения. Ожидается, что до 2023 г. прогнозный показатель аллергический ринит (поллиноз) – 159 человек каждые 100 тыс. населения [1, 2].

Цель исследования. Изучить ретроспективные исследования амбулаторных карт и историй болезни больных аллергическим ринитом, бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких.

Материалы и методы. В ходе научных исследований применены современные сравнительный, логический и статистический методы.

Результаты и обсуждения. Изучены 248 историй болезни пациентов хронической обструктивной болезни легких, находящихся на стационарном лечении в Республиканском специализированном научно-практическом медицинском центре фтизиатрии и пульмонологии им. Ш. Алимova. По результатам анализа длительность стационарного лечения составила 9 койко-дней. Легкая форма отмечалась у 17,6% больных, средняя – у 51,0%, тяжелая – у 31,4% (рисунок 1).

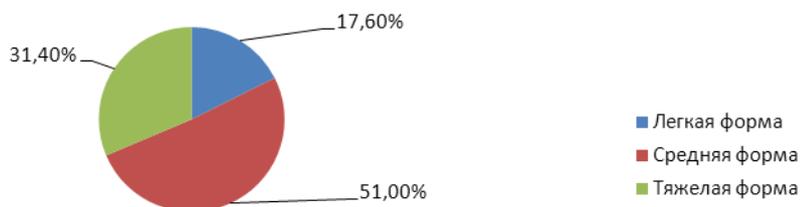


Рисунок 1. Ретроспективный анализ истории хронической обструктивной болезнью легких

Больные хронической обструктивной болезнью легких в возрасте 15–18 лет составляли 6,5%, старше 18 лет – 93,5%. Мужчин было 51,5%, женщин – 48,5%, сельских жителей – 59,0%, городских – 41,0%. В изученных историях болезни документированы такие сопутствующие заболевания, как ишемическая болезнь сердца (39,2%), гипертоническая болезнь (11,8%), бронхиальная астма (18,8%), хронический бронхит (10,7%), язвенная болезнь желудка (9,5%), а также остеопороз, депрессивный синдром, артрит, сахарный диабет, рефлюкс-эзофагин и др. В Республиканском научно-специализированном аллергологическом центре проведен анализ 276 историй болезни амбулаторных больных аллергическим ринитом. При этом аллергическим ринитом легкой формы течения установлены у 31,3%, средней – у 41,0%, тяжелой – у 27,7% (рисунок 1). Мужчины составили 55%, женщины – 45%. Сельских жителей было 57,0%, городских

– 43,0%. Как сопутствующие заболевания диагностированы: поллиноз (41,6% случаев), бронхиальная астма (14,8%), хронический бронхит (4,2%), бронхит (7,5%), атопический дерматит (2,2%) и др.

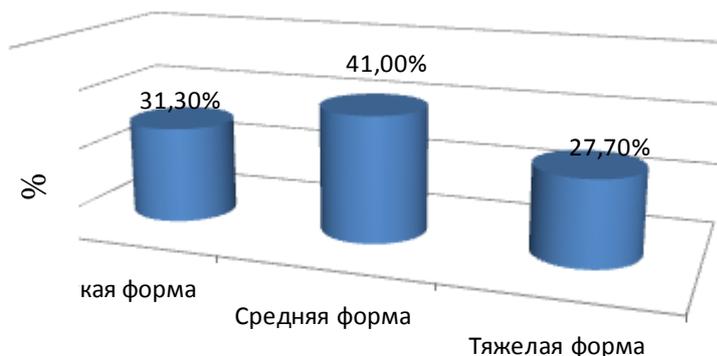


Рисунок 2. Ретроспективный анализ истории болезни аллергического ринита

Анализ 274 историй болезни больных бронхиальной астмой показал, что 1 раз в год стационарное лечение получили 92% из них, 2 раза – 8%. Количество койко-дней в среднем составило 11. У 9,4% больных бронхиальной астмой протекала в легкой форме, у 9,6% – в среднетяжелой, у 81% – в тяжелой (рисунок 3).

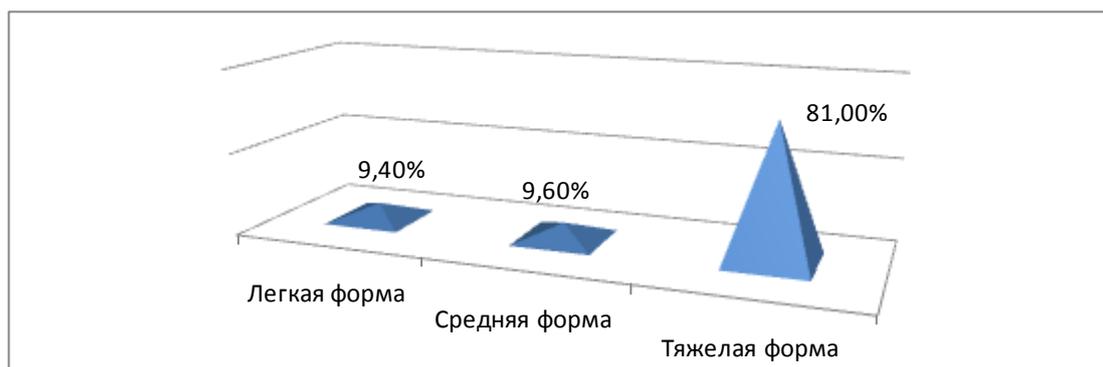


Рисунок 3. Ретроспективный анализ истории болезни бронхиальной астмой

Из них женщины составили 55%, мужчины – 45%. Больных в возрасте 15–18 лет было 7,5%, старше 18 лет – 92,5%. Сельских жителей было 39%, городских – 61%. Из сопутствующих заболеваний имели место гастрит (18%), хронический бронхит (11,5%), ишемическая болезнь сердца (8%), острый бронхит (6%), хронический фарингит (4,5%), фарингит (7%), аллергические состояния (6%), ревматизм (6%), язвенная болезнь желудка (7,5%) и др.

Выводы. Аллергический ринит, бронхиальная астма и хроническая обструктивная болезнь легких часто взаимосвязаны. Больных аллергическим ринитом средней формы течения было 51,0%, бронхиальной астмы – 9,6%, аллергическим ринитом – 41,0%. На основе анализа историй болезни определены особенности структуры заболеваемости, а также тяжесть и форма заболевания, возраст и пол пациентов, сопутствующие заболевания. Так, аллергическим ринитом тяжелой формы страдают 27,7% обследованных, бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких – соответственно 81 и 31,4%.

Список литературы

1. Суюнов Н.Д. Аллергический ринит: основные аспекты заболевания и характеристика лекарственных препаратов, используемых при фармакотерапии // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2012. – №1. – С. 106-109. 2. Суюнов Н.Д. Фармакоэкономический анализ и оптимизация лекарственного обеспечения пациентов с заболеваниями органов дыхания / Монография. – Ташкент. Фан, 2013. – 240 с.

Суюнов Н.Д. – доцент кафедры Организации фармацевтического дела Ташкентского фармацевтического института, E-mail: suyunov5555@rambler.ru. Ташкентский фармацевтический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ (ПОЛЛИНОЗОМ)

Введение. Одно из самых распространенных заболеваний в мире – аллергический ринит, который отмечается примерно у 10–25% населения. В США число больных аллергией превышает 40 млн. из них 25–30 млн. страдают АР. В Великобритании распространенность аллергического ринита составляет – 16%, в Германии от 13 до 17%, в Дании – 19%. По данным литературы, распространенность аллергического ринита в РФ в возрастной группе населения от 18 до 24 лет составляет от 12 до 24%. Согласно эпидемиологическим анализом, распространенность аллергического ринита достигает до 40%. А частота симптомов этого заболевания в различных популяциях варьирует от 1 до 39,7%, выявлена тенденция к росту этого показателя.

В Республике Узбекистан распространенность аллергического ринита колеблется от 12 до 24%. Следует отметить, что в разных регионах республики отмечается гиподиагностика этого заболевания. В Республике Узбекистан по поводу поллиноза к врачам обращаются от 10 до 20% населения, аллергического ринита – от 9 до 16% а по некоторым данным – до 32,7%. В связи с этим, растет потребление лекарственных средств, назначаемых больным. Как показывает исследование распространения аллергического ринита. В Республике Узбекистан, этим заболеванием чаще страдает население, проживающее на территории с плохой экологией. В среднем по республике количество заболевших аллергического ринита – среди женщин достигает 48,5%, мужчин – 51,5% [1, 4].

Цель исследования. изучить распространенность заболеваний аллергическим ринитом, (поллинозом).

Материалы и методы. использованы общепринятые в современной науке методы сравнительный, логический, аналитический.

Результаты и обсуждения. Эпидемиологическую ситуацию по болезням аллергического ринита (поллиноза) нельзя считать благоприятной, потому что много случаев среди населения республики.

Одним из путей повышения эффективности противоэпидемиологического обслуживания населения является научная обоснованность планирования профилактических мероприятий. Основой для разработки целенаправленных планов являются результаты ретроспективного эпидемиологического анализа заболеваемости, данные о распространенности заболевания аллергическим ринитом (поллинозом), в абсолютных показателях на 100 тысяч населения по отдельным регионам [2, 3, 4]. Проанализированы статистические данные абсолютных показателей на 100 тысяч населения по отдельным регионам в 2000–2013 гг. официально зарегистрированные Институтом здоровья и медицинской статистики Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Данные о распространенности заболевания аллергического ринита (поллиноза) в абсолютных показателях на 100 тысяч населения по отдельным регионам (рисунок 1).

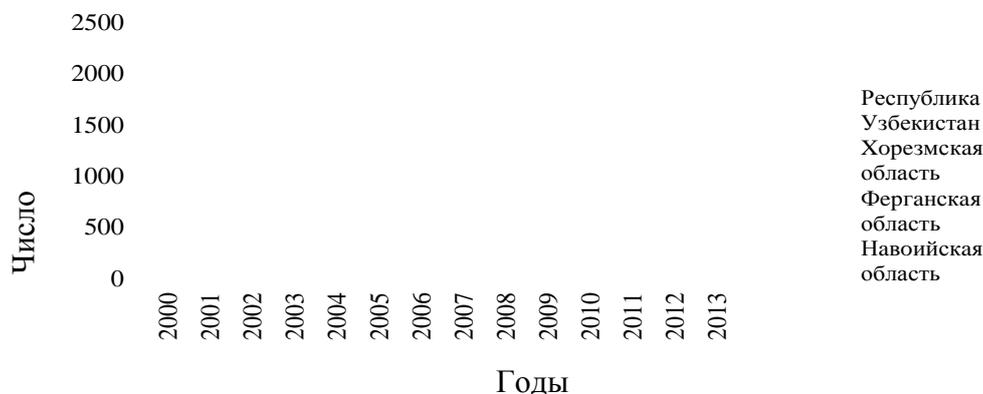


Рисунок 1- Распространенность заболеваемости аллергическим ринитом (поллинозом) на 100 тысяч населения (в абсолютных показателях)

Самая высокая заболеваемость аллергическим ринитом, (поллинозом) приходится на Джиззахскую область, на 100 тысяч населения в 2000 г. было зарегистрировано 117 случаев, в 2006 г. – 279, в 2013 г. – 192, в Навоийской области в 2000 г. распространенность этих заболеваний составила 224 случая, в 2006 г. – 466, в 2013 г. – 268, в Ферганской области – соответственно 69, 186 и 188, в Хорезмской области – 736, 906 и 576.

Таблица 1 - Аллергический ринит (поллиноз) зарегистрировано заболеваний, на 100 тысяч населения

Регион	годы													
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
г. Ташкент	299	223	178	212	242	304	301	301	318	307	252	266	289	310
Андижанская область	135	80	79	67	75	74	75	68	61	56	48	43	41	49
Бухарская область	308	208	239	258	258	287	341	343	202	226	301	298	205	248
Джиззакская область	117	119	149	143	143	162	279	168	168	175	169	175	190	192
Кашкадарьинская область	295	232	164	199	203	240	215	190	193	206	192	166	167	157
Навоийская область	224	249	167	318	488	473	466	469	345	455	506	323	423	268
Наманганская область	342	220	305	134	147	151	71	100	80	53	47	58	65	85
Самаркандская область	115	72	112	113	124	95	118	108	129	130	118	125	116	131
Сурхандарьинская область	438	518	404	315	388	302	262	363	398	254	192	145	134	155
Сырдарьинская область	101	110	144	138	164	168	148	131	158	138	87	115	113	114
Ташкентская область	365	316	88	178	195	177	159	188	192	224	202	231	234	254
Ферганская	69	67	73	15	21	15	18	27	18	29	13	12	11	118

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

область				6	3	3	6	1	9	9	3	2	1	
Хорезмская область	73 6	73 2	72 4	74 2	82 9	82 9	90 6	90 0	10 09	86 3	68 7	63 1	53 8	576
Республика Каракалпақстан	19 3	11 5	10 1	13 6	14 6	16 6	14 3	13 6	16 6	15 6	13 6	13 8	15 0	151
Республика Узбекистан	26 1	22 1	19 3	20 5	23 5	22 9	23 2	24 4	23 6	23 5	19 4	18 4	17 7	186

В целом по Республике Узбекистан распространенность аллергического ринита (поллиноза) составила в 2000 г. 261, в 2006 г. – 232, в 2013 г. – 186 случаев. Одним из путей повышения эффективности противоэпидемиологического обслуживания населения является научная обоснованность планирования профилактических мероприятий. Основой для разработки целенаправленных планов являются результаты ретроспективного эпидемиологического анализа и прогнозирования заболеваемости. Полученные анализы обоснованы ожидаемыми показателями прогноза заболеваемости аллергического ринита (поллиноза) отдельных регионов и в целом по Республике Узбекистан.

Выводы. Проанализирован уровень распространённости заболеваемости аллергическим ринитом, поллинозом в Республике Узбекистан за период с 2000 по 2013 годы. Следующий этап исследований на основе математического моделирования заболевания аллергическим ринитом, поллинозом проведен анализ прогноза динамики его распространенности за 2000–2013 годы.

Список литературы

1. Суюнов Н.Д. Аллергический ринит: основные аспекты заболевания и характеристика лекарственных препаратов, используемых при фармакотерапии // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2012. – №1. – С. 106-109.
2. Гланц С. Медико-биологическая статистика / Пер. с англ. – М., 1999. – 459 с.
3. Лакин Г. Ф. Биометрия: 2-е. Учеб. пособие. – М.: Высшая школа, 1994. – 252 с.
4. Суюнов Н.Д. Анализ распространенности заболеваний органов дыхания по регионам Республики Узбекистан // Интеграция образования, науки и производства в фармации: Материалы науч.-практ. конф. – Ташкент, 2011. – С. 200-201.
5. Суюнов Н.Д. Фармакоэкономический анализ и оптимизация лекарственного обеспечения пациентов с заболеваниями органов дыхания / Монография. – Ташкент. Фан, 2013. – 240 с.

Садыкова Ш. Б. – фармация факультетінің 5 курс студенті, E-mail: bukeeva64@mail.ru,

Нысанова Б. А. – фармация факультетінің 5 курс студенті.

Фармацевтикалық пәндер курсымен химиялық пәндер кафедрасы

Ғылыми жетекші: б.ғ.к., аға оқытушы **Уразғалиев К.Ш.**, фарм.ғ.к., доцент м.а. **Сагинбазарова А.Б.**

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан мемлекеттік медицина университеті,

Ақтөбе қаласы, Қазақстан Республикасы

**АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫ ДӘРІХАНАЛАРЫНЫҢ ЖҰМЫСТАРЫ ТИІСТІ
 ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ (GPP) ХАЛЫҚАРАЛЫҚ СТАНДАРТТАРЫНА
 СӘЙКЕСТІГІНЕ ҚАТЫСТЫ СҰРАҚТАРЫ**

Маңыздылығы. Халықты сапалы дәрілік заттармен қамтамасыз ету мақсатында, қазіргі заманда фармация саласының дамуына байланысты, дәріхана мекемелерінің жұмысына жоғары талап қойғандығы туралы мамандар арасында (GPP – GoodPharmacyPractice) [1], стандарты туралы сөз бұрыннан қозғалып келеді. Жоғарыда келтірілген стандарттың ұстанымы дайын өнімнің сапасын бақылау жүйесінен халықты тиімді және қауіпсіз дәрілік заттармен қамтамасыз

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

өтуге кепілдік беру жүйесіне өтуге ықпал етеді. ҚР 2005ж. фармацевтика қызметіне халықаралық нормаларды енгізуге бағыт алды [2].

Мемлекеттік стандарт СТ ҚР 1615-2006 (тиісті дәріханалық тәжірибеге жалпы ереже) 2006ж. жасалып бекітілді. ҚР Кодекс «Халық денсаулығы және денсаулық сақтау жүйесі туралы» 2015ж. 16сәуірдегі өзгертулер мен толықтыруларды енгізуге байланысты, 2018ж. 1 қаңтардан бастап GxP стандарттары Қазақстандық фармацевтикалық нарықта заңды түрде міндетті деп табылады [3].

Зерттеу мақсаты. Ақтөбе қаласы бойынша дәріханалардың тиісті дәріхана стандарттарына өту дайындығын талдау.

Материалдар мен әдістер. Фармацевтикалық мамандарға анонимді сауалнама жүргізу арқылы зерттелді. Зерттеу объектісі GxP стандарттары бойынша білімі болды.

Ақтөбе қаласында 30 фармацевт мамандардан сауалнама алынды.

Нәтижесі және талқылауы. Сауалнама қорытындысы бойынша, дәріхана мамандары бұл стандартқа өтуге дайын емес. Ұйым басшылары GxP сұрақтары бойынша ең көп хабардар болды. Орта нәтиже көрсеткен дәріхана меңгерушісі. Ең аз көрсеткіш көрсеткен бірінші үстел фармацевтері. Біз алған қорытындымыз бойынша 2006 жылы қабылданған СТ ҚР 1615-2016 «Тиісті дәріханалық тәжірибе» стандартының еріктілік дәрежесімен түсіндіріледі.

Регламенттелген сақтау жағдайларын орындаудан кері шегіну немесе орындалмаушылық дәрілік заттардың сапасын төмендеуіне әкелуін ескеру керек (белсенділіктің өзгеруі, токсикалық, уыттылықтың жоғарылауы, жарамдылық мерзімінің азаюы және науқасқа қауіпті болуы). GxP стандартының негізгі принциптерін білу және сақтау ол барлық дәрілік заттармен жұмыс жасайтын субъектілер міндетті. Оларды медициналық бақылаусыз немесе дұрыс қолданбау науқас өмірі мен денсаулығына кері әсер етеді.

Қорытынды. Ақтөбе қаласының дәрілік айналым саласындағы субъектілердің барлығы әр адамның денсаулығын жақсартуға бағытталған тиісті дәріхана тәжірибе стандарттарының негізгі талаптарымен таныс емес. Фармацевтикалық мамандар GxP сұрағы бойынша нормативтік құқықтың базасымен жеткілікті таным емес яғни бұл көрсетілетін фармацевтикалық қызметтің сапасын төмендеуіне әкеледі.

Әдебиеттер

1. Фармацевтическое обозрение Казахстана , 31.10.2015г.
2. Государственный стандарт СТ РК 1615-2006 (Надлежащая аптечная практика. Основные положения).
3. Приказ МЗСР от 14.09.2015 г. №713 «Об утверждении Правил оптовой и розничной реализации лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники»

Грицанюк А.А., V курс, I-фармацевтический факультет, albaaanna@gmail.com

Заричная Т.П., доцент

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Аптечное дело - неотъемлемая составляющая фармацевтического сектора, поскольку именно от нее во многом зависит результат лечения. Аптека - это живой организм, в котором существует много проблем, в том числе управленческой деятельности.

Цель работы – изучение проблем управления персоналом в аптечной сети.

На первом этапе были выделены проблемы управления персоналом, которые наиболее часто встречаются в работе аптек: неполная укомплектованность кадрами; текучесть кадров; отсутствие благоприятного микроклимата в коллективе; отсутствие коллегиального отношения администрации к персоналу; несформированность корпоративной культуры; несовершенство методов и способов мотивации сотрудников; нарушение норм рабочего времени согласно КЗоТ; несоблюдение этических и деонтологических норм сотрудниками аптеки в отношении посетителей; несовершенство системы вознаграждения персонала за выполнение, перевыполнение

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

плана; внедрение новых методик для повышения качества работы персонала; несоблюдение внутриаптечного распорядка работы аптеки персоналом; несовершенство системы контроля над работой и соблюдением дисциплины персоналом; отсутствие возможности карьерного роста персонала аптеки.

Далее была составлена анкета, состоящая из двух частей: сведения о респонденте(образование, стаж работы, стаж работы на руководящей должности) и блока выделенных проблем, которые будут оценены заведующими аптеками по пятибалльной системе.

Таким образом, были выделены проблемы в управлении персоналом в аптечных учреждениях, которые были включены в анкету для дальнейшей оценки заведующими аптеками.

Список литературы

1. Википедия. Свободная энциклопедия. [Электронный ресурс] - Режим доступа: https://ru.wikipedia.org/wiki/Управление_персоналом.
2. Дейнека А.В. Управление персоналом/А.В. Дейнека. М.: Издательско-торговая корпорация «Дашков и К°», 2010. – 292 с.

Бузивская И.С., V курс, I-фармацевтический факультет, darinkairinka251@gmail.com

Заричная Т.П., доцент

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

АНАЛИЗ ФИРМЕННОЙ СТРУКТУРЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Больше тридцати лет мир живет с проблемой ВИЧ-инфекции. Эта болезнь неизлечима, трудно диагностируемая, приводит к летальному исходу. Актуальным является своевременное обеспечение населения лекарственными средствами для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции.

Цель работы - анализ фирменной структуры отечественного рынка лекарственных средств для лечения ВИЧ-инфекции.

Объектом исследования стали противовирусные препараты, которые применяют для лечения указанной патологии, зарегистрированные в «Государственном реестре лекарственных средств Украины» (код АТС «J05»).

В результате исследования установлено, что на фармацевтическом рынке Украины в обороте находится 101 препарат изучаемой группы из двенадцати стран, в том числе Украины.

Наибольший удельный вес (55,4%) занимают лекарственные средства произведенные семью индийскими фармацевтическими компаниями.

Остальные, 45,6% данных препаратов поступают из США(5,7%), Великобритании, Польши, Германии (по 4,8%), Канады, Италии(по 3,9%),Нидерландов (2,9%), Швейцарии, Испании, Румынии(по 0,99%).

Украинские фармацевтические фирмы-производители(ЧАО «Технолог», ООО «Юрия-Фарм», ЧАО «Фармацевтическая фирма «Дарница») поставляют на данный сегмент рынка только 10% лекарственных средств изучаемой группы, в связи с чем актуальным является разработка и производство лекарственных препаратов для профилактики и лечения СПИДа отечественными производителями.

Список литературы

1. Википедия. Свободная энциклопедия. [Электронный ресурс] - Режим доступа: https://uk.wikipedia.org/wiki/Лекарственные_средства_для_лечения ВИЧ_инфекции
2. Государственный реестр лекарственных средств. [Электронный ресурс] - Режим доступа: www.driz.kiev.ua
3. Компендиум 2014 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко – К.:МОРИОН, 2014. – 2320 с.

Абд-ель-кадер Самира, V курс, I-фармацевтический факультет, abdelcader. samirazafitiana@gmail.com

Научный руководитель: Заричная Т.П., доцент
Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРЕБОВАНИЙ К АПТЕЧНОМУ ЗАВЕДЕНИЮ В УКРАИНЕ И НА МАДАГАСКАРЕ

Основным заведением фармацевтического обеспечения больных в амбулаторно-поликлинических и стационарных условиях является аптека.

Цель данной работы - сравнительный анализ требований к аптеке в Украине и на Мадагаскаре.

В результате анализа установлено, что и в Украине и на Мадагаскаре все аптеки, независимо от формы собственности, должны отвечать лицензионным условиям и требованиям санитарно-противоэпидемического режима, установленных действующими нормативно-правовыми актами.

Также выявлено, что на Мадагаскаре, в отличие от Украины, не разрешается размещение аптек в помещениях торговых центров, отелей, аэропортов, вокзалов.

Сравнительный анализ показал некоторые отличия требований к составу и площадям аптечных помещений в исследуемых странах.

Так, минимальная площадь как городских, так и сельских аптек на Мадагаскаре должна составлять не менее 300 м².

В Украине, для городских аптек этот показатель должен быть не менее 50 м² а для сельских - 30 м².

Отличительным также является состав помещений в аптеке.

Так, в аптеках Украины, кроме торгового зала, помещения для хранения запасов лекарственных средств и изделий медицинского назначения, кабинета заведующего, кладовой для хранения инвентаря для уборки, туалета, которые предусмотрены и в аптеках Мадагаскара, имеются комната персонала и гардеробная.

Нужно также отметить, что на Мадагаскаре функционируют только аптеки для реализации готовых лекарственных средств, в отличие от Украины, где существуют аптеки с правом изготовления нестерильных и стерильных лекарственных форм.

Таким образом, в результате сравнительного анализа требований к аптекам Украины и на Мадагаскаре установлены определенные отличия.

Исследование данного вопроса будет продолжено.

Список литературы

О кодексе здоровья. Закон Мадагаскара № 2011-002 от 17 июля 2011.

О лекарственных средствах: Закон Украины №123/96-ВР от 04.04.1996г.

[Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80>

Об утверждении Лицензионных условий осуществления хозяйственной деятельности по производству лекарственных средств, оптовой, розничной торговли лекарственными средствами :Приказ МЗИУкраине №723 от 31.10.2011 г. [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/z1420-11>

Крына О.В. – студентка 5-го курса фармацевтического факультета, kryna-olesya@mail.ru
Научный руководитель: Рябова Е.И., к.ф.н., доцент, ryabova_72@mail.ru
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, г. Тюмень,
Россия

МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ГЛЮКОЗУ

Введение. Актуальность данной темы обусловлена тем, что глюкоза участвует в различных процессах обмена веществ в организме, усиливает окислительно-восстановительные процессы, улучшает антиоксидантную функцию печени, усиливает сократительную деятельность сердечной мышцы.

Вливание растворов декстрозы частично восполняют водный дефицит. Декстроза, поступая в ткани, фосфорилируется, превращаясь в глюкозо-6-фосфат, который активно включается во многие звенья обмена веществ организма.

Цель исследования. Целью данной работы является изучение ассортимента готовых лекарственных форм, содержащих глюкозу; анализ состояния российского рынка препаратов глюкозы в растворе, обзор производителей готовых лекарственных препаратов глюкозы в растворе.

Материалы и методы. Использовались контент-анализ литературных данных, маркетинговые методы исследования. Анализ проводился по актуальным данным интернет ресурса Государственного реестра лекарственных средств России.

Результаты и обсуждение. Изучались лекарственные препараты, содержащие глюкозу как активное вещество, разрешенные к применению в Российской Федерации, включенные в Государственный реестр лекарственных средств РФ [1].

По данным регистрации на 2016 год количество видов зарегистрированных лекарственных форм глюкозы (международное непатентованное наименование – декстроза) составило 7, товарных позиций (ТП) – 214 (табл. 1).

Таблица 1 – Виды зарегистрированных в Государственном реестре РФ лекарственных форм глюкозы (декстрозы) и количество их товарных позиций

Лекарственные формы	Количество ТП	% от общего количества ТП
Таблетки	34	15,9%
Раствор для инфузий	104	48,6%
Порошок	15	7,0%
Раствор для внутривенного введения	38	17,8%
Эмульсия для инфузий	5	2,3%
Раствор гемоконсерванта	17	7,9%
Суппозитории вагинальные	1	0,5%
Итого	214	100%

Наибольшее количество товарных позиций представлено у растворов для инфузий (48,60% от общего количества ТП), растворов для внутривенного введения (17,80%) и таблеток (15,90%).

Из асептических растворов глюкозы, представленных на российском рынке, 200 - препараты отечественного производства и лишь 29 - зарубежного.

Лидерами среди зарубежных стран по производству асептических растворов глюкозы являются Беларусь и Индия (табл. 2).

Таблица 2 – Зарубежные страны - производители асептических растворов глюкозы

Название фирмы-производителя	Количество выпускаемых препаратов	% от общего количества препаратов
Белорусско-голландское совместное предприятие общество с ограниченной ответственностью «Фармлэнд» (Беларусь)	6	20,7%
Несвижский завод медицинских препаратов ОАО (Беларусь)	2	6,9%
Б.БраунМельзунген АГ (Германия)	4	13,8%
Бакстер С.Л. (Испания)	5	17,2%
БакстерХелскеа Лимитед (Великобритания)	2	6,9%
Хэбэй Тяньчэн Фармасьютикал Ко., Лтд – (Китай)	2	6,9%
Нирма Лимитед (Индия)	2	6,9%
КоргемФармасьютикалзПрайвит Лимитед (Индия)	6	20,7%
Итого	29	100%

Вывод. Асептические растворы глюкозы в России выпускают 30 отечественных и 8 зарубежных фирм производителей. По количеству выпускаемых препаратов среди российских производителей лидирует ОАО «Фирма Медполимер» (125 ФП)

Список литературы

1. Государственный реестр лекарственных средств России[Электронный ресурс]-Режим доступа: <http://grls.rosminzdrav.ru/Default.aspx>

Клименко Т. В., 5 курс фармацевтического факультета, tato4ka618@gmail.com
Научный руководитель: **Червоненко Н.М.**, к.фарм.н., доцент, prigodnaya26@mail.ru
Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

АНАЛИЗ ФИРМЕННОЙ СТРУКТУРЫ УКРАИНСКОГО РЫНКА ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ

Введение. Желчнокаменная болезнь известна с глубокой древности. Упоминания о ней встречаются в трудах врачей эпохи Возрождения.

Заболеваемость желчнокаменной болезнью в последние десятилетия резко повысилась и продолжает возрастать. В развитых странах эта «болезнь благополучия» по частоте конкурирует с язвенной болезнью желудка и двенадцатиперстной кишки и приобретает значение социальной проблемы[1].

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ, холелитиаз) рассматривается как полиэтиологическое дистрофически-дисметаболическое заболевание гепатобилиарной системы с преимущественным формированием камней в желчном пузыре. Литогенность желчи - наиболее характерный признак образования холелитиаза [3]. Бессимптомный холелитиаз является доминирующей формой заболевания. Для лечения этой клинической формы в последние десятилетия активно применяются различные методы растворения желчных камней. Биохимический метод растворения желчных камней при помощи урсодезоксихолиевой кислоты (УДХК) занимает в настоящее время ведущие позиции[2].

Цель исследования. Проанализировать фирменную структуру препаратов кислоты урсодезоксихолиевой на рынке Украины.

Материалы и методы. В ходе работы проведен анализ, использованы следующие методы анализа: информационный, поисковый, аналитические методы анализа, сравнительный, и другие данные на (сентябрь 2016г.).

Результаты и обсуждения. Анализ показал, что рынок Украиныданной группы препаратов формируют 8 стран. В отечественном Государственном реестре лекарственных средств зарегистрировано 11 торговых наименований препаратов УДХК, которые поставляют на наш рынок 8фирм - производителей.

Почти 3/4 лекарственного сегмента УДХК составляют зарубежные фирмы.

Среди зарубежных стран итальянским фармацевтическим фирмам Франчия Фармасьютичи индустрия Фармако Биолоджика С. Р. Л. и Magic pharmaceuticals принадлежит 18,1% сегмента лекарственных средств. Остальные 54,6% рынка препаратов данной группы приходится на другие 6 фирм: Alpen Pharma AG (Швейцария), Абди Ибрахим Илач Сана ве Тиджарет А.Ш., (Турция), Pharma science (Канада), Mega Lifesciences (Тайланд), PRO. MED.CS (Чехия), Сан Фармасьютикал Индастриз ЛТД (Индия) - доля каждой из них составляет по 9,1%.

Украинским фирмам (Кусум Фарм ООО, Дарница ЧАО, ООО Фармекс Груп) на рынке препаратов группы УДХК принадлежит только 23,7% .

Выводы. Рынок лекарственных препаратов УДХК Украины преимущественно зарубежный- 76,3%.

Список литературы

1. Желчнокаменная болезнь [Электронный ресурс]Энциклопедия традиционной и нетрадиционной медицины-Режим доступа:<http://bibliotekar.ru/med/med3-3.htm>.

2.ЦукановВ. В. Современные аспекты патогенеза и лечения холелитиаза/ В. В. Цуканов, А. В. Васютин, Ю. Л. Тонких// Сибирской медицины журнал «Иркутск», 2015, Выпуск 1, С.10-13.

3. Плотникова Е. Ю. Заболевания билиарного тракта, ассоциированные с высокой литогенностью желчи[Электронный ресурс]Е. Ю. Плотникова, В. Н. Золотухина, Т.Ю. Грачева, А.Д. Багмет, А. П. Рубан – Режим доступа: <http://www.lvrach.ru/2015/08/15436278/>.

Фесенко М.С., 5 курс фармацевтического факультета, mishkafesy@gmail.com
Научный руководитель: **Червоненко Н.М.**, к.фарм.н., доцент, prigodnaya26@mail.ru
Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье, Украина

ИНТЕРНЕТ-ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ Г. ЗАПОРОЖЬЕ

Введение. Настоящее время по праву можно назвать эпохой новой технической революции. Стремительное развитие информационных технологий изменило мир, и такие явления, как мобильная связь, Интернет, электронная почта, занимают все более прочное место в нашей жизни. Современный фармацевтический рынок уже немыслим без этих новинок [1].

Использование сети Интернет сейчас становится одним из ключевых инструментов продвижения и распространения продукции. Многие производители и торговые сети для увеличения лояльности потребителей активно используют Интернет-ресурсы для реализации товаров. Аптечный бизнес не является исключением, все большее число аптек стремятся иметь свое представительство сети [3].

Если раньше месторасположение аптеки традиционно было наиболее важным фактором, определяющим ее коммерческий успех, то теперь многие потребители уже не готовы стоять в очереди, не говоря уже об обсуждении своих проблем со здоровьем в присутствии посторонних [2].

Цель исследования. Целью нашей работы было изучить наличие и содержание интернет-представительств аптечных сетей города Запорожья.

Материалы и методы. В ходе исследования использовались следующие методы анализа: поисковый, сравнительный, логический и др.

Результаты и обсуждения. В качестве объектов изучения были взяты интернет-представительства 4 крупных сетей города: 1-«Народная аптека», 2-«Аптека низких цен», «Копейка», «Благодия», 3-«Живая вода», «Благодать», 4-«Доктор Мом».

Исследование показало, что для всех сайтов аптек общими являются следующие 6 разделов: общие сведения, информация об акциях, контакты (контактные телефоны, адреса аптек), каталог лекарственных средств (ЛС), оформление заказа, информация об оплате.

Кроме того в сети аптек «Доктор Мом», «Аптеки низких цен», «Живая вода» веб-сайты информируют о вакансиях в данной аптеке.

Для оптимизации своей работы аптеки обращают внимание на обратную связь с потребителем, создавая в интернете-представительствах такой раздел, как «Отзывы» («Живая вода», «Аптеки низких цен»).

Только в аптеках «Доктор Мом» на сайте есть раздел, который позволяет потребителям задавать вопросы.

Особенностью сети «Народная аптека» явилось то, что каталог ЛС разделен на группы, что позволяет потребителю осуществлять поиск препаратов не по конкретному именованию, а по определенной группе: медикаменты, мама и малыш, лечебная косметика, медицинская техника, товары медицинского назначения, ежедневная гигиена, биологически активные добавки.

Выводы. Каждая аптека для удобства потребителя пытается расширить «стандартную структуру» веб-сайтов, вводя в их структуру дополнительные разделы: вакансии, отзывы, возможность задавать вопросы, разделение каталога ЛС на определенные группы.

Список литературы

1. Матвеева Виктория Качественный сайт - визитка компании [Электронный ресурс] / Виктория Матвеева. - Еженедельник АПТЕКА. - 2001. - №279(8). - Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/11553>.
2. Лукьянчук Евгения Место интернет-аптек во всемирной паутине [Электронный ресурс] / Евгения Лукьянчук. -Еженедельник АПТЕКА. 2011.- №811(40). - Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/100525>.
3. Лобова Е. Д., Смолина В. А. Использование Интернет-технологий при оказании фармацевтической помощи. // Саратовский научно-медицинский журнал, 2014, № 10(2). С. 322–326.

Харенко А.М., 5 курс, фармацевтический факультет, **Вицингловская Л.С.**, 3 курс, фармацевтический факультет, harenko.alexandra@yandex.ru
Научный руководитель: **Червоненко Н.М.**, к.фарм.н., доцент, prirodnaya26@mail.ru
Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье, Украина

ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ВЕБ-САЙТОВ АПТЕК

Введение. В настоящее время аптечные учреждения все чаще стали размещать в сети Интернет свои Веб-сайты. В современных условиях ведения аптечного бизнеса иметь свой Веб-сайт становится не просто престижно, но и полезно. Он выполняет как рекламную, так и представительскую функцию, создавая у посетителей положительный образ аптеки как современного предприятия, проявляющего заботу о своих клиентах [1].

С помощью некоторых интернет-ресурсов можно быстро и без труда сравнить стоимость интересующего лекарственного средства (ЛС) в разных аптеках. Другим немаловажным преимуществом интернет-аптек является возможность соблюсти приватность или даже анонимность. Покупатель может чувствовать себя более комфортно при приобретении препарата или при консультации с помощью электронной почты, видеосвязи или других сервисов, предоставляемых интернет-аптеками [2].

Кроме того, использование подобных сервисов очень удобно для людей с ограниченными физическими возможностями или живущих вдали от аптечных учреждений, или имеющих напряженный рабочий график [3].

Цель исследования. Изучение структуры Веб-сайтов аптек г. Кривого Рога (Украина).

Материалы и методы.

Для достижения поставленной цели использованы поисковый, сравнительный и логический методы анализа.

Результаты и обсуждения. Кривой Рог один из городов Украины. Его территория разделена на 7 административных районов. Лекарственное обеспечение городского населения осуществляют 319 аптек различных форм собственности (данные на 01.01.2016г.). Нами, для изучения Веб-сайтов аптек отобрано по 2 аптеки из каждого района города. Аптеки отобраны в случайном порядке, период исследования- июль-август текущего года. В объеме выборки аптеки крупных аптечных сетей составили 58,8%. Анализ Веб-сайтов осуществлялся по следующим разделам:общая информация (Акции, Новости, Классификация продукции по видам: готовые лекарственные средства (ГЛС), лекарственное растительное сырье (ЛРС), изделия медицинского назначения (ИМН) или по фармакологическим группам, «Мама и ребенок», «Гигиена и уход», Цены, Отзывы, Адреса аптек, Новинки (новые ОТС-препараты), Аптечная справка (номера телефонов аптек), О компании), доставка товаров по указанному адресу, советы или статьи по актуальным вопросам медицины и фармации, дисконтные программы,вакансии, связь с аптекой: по телефону, через социальные сети или мобильное приложение, электронную почту и др. В результате изучения интернет-ресурсов аптек в структуре сайтов встречаются следующие разделы: связь с аптекой по телефону- 100%, через электронную почту или имеют свою мобильную версию сайта- 58,82%, услуги по доставке товара - 70,59%, советы и статьи по актуальным вопросам медицины и фармации, профилактике эпидемий –41,18%. Предоставляют вакансии персонала – 29,41%, фирменные дисконтные карточки (дисконтные программы) - 17,67%, социальные программы (по гипертонической болезни и сахарному диабету) -11,76%. Только сеть «Пані аптека»предлагает прайс-лист зоотоваров- 5,9%.

Вывод. Структура разделов Веб-сайтов аптечных сетей разнообразна: наименьшее количество разделов - 2, максимальное – 6.

Список литературы

1. Росина Наталья Аптечные представительства в интернете [Электронный ресурс] / Наталья Росина. – Провизор. – 2010. - №5. – Режим доступа: http://www.provisor.com.ua/archive/2010/N05/artint_0510.php.
2. ЛукьянчукЕвгенияМестоинтернет-аптековвсемирнойпаутине [Электронный ресурс] / Евгения Лукьянчук. - Еженедельник АПТЕКА. - 2011.- №811(40). - Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/100525>.
- 3.Заказы лекарств в интернет-аптеках: рисковать или осторожничать?[Электронный ресурс]- Режим доступа:<http://medinfo.ua/analytic/00014e19108d4d70f9519c979dbbf028/displayarticle>.

Khaliq R.N.—the 3 rd year student, of PharmaceuticalFacultyE-mail or_j@mail.ru

Scientific Supervisor: **O. S. Yakovleva**, Candidate of Pharmaceutical Sciences, Senior Lecturer, E-mail yakovleva.os@zsmu.zp.ua

Zaporozhzhya State Medical University, c. Zaporizhzhya, Ukraine

PHARMACOLOGICAL SUPERVISION IN UKRAINE: THE RESULTS OF THE SURVEY OF PHARMACEUTICAL PROFESSIONALS

Introduction. Ukraine is currently in the process of the development of the system of pharmacological supervision, which involves monitoring and receiving from the health service data on adverse reactions and unfavorable events that occur during medical use of drugs. According to the applicable laws and regulations that govern the implementation of pharmacological supervision in

Ukraine there was approved the procedure for filing reports of undesirable effects of drugs, according to which data on drug safety should be provided not only by doctors, but also by pharmacists.

Earlier studies have shown that the development and implementation of the procedure of pharmacological supervision at the level of pharmacies in Ukraine remains uncompleted. In particular, it was stated that there is no procedure for the involvement of pharmacists in hospitals and health care institutions as well as employees of the pharmacy network to inform about the occurrence of adverse reactions and unfavorable events when using drugs that are not related to their inadequate quality[1,2].

The aim of the research is to study the attitude of pharmaceutical professionals to the participation in monitoring of the safety and efficacy of medicines at the pharmaceutical level

Materials and Methods:For the conduction of the survey of pharmacist there was developed a special questionnaire with the formalized data carriers.The study was conducted in October of 2016 among pharmacist of Zaporozhyedrugstores. At the beginning of the study the sample size were calculated in compliance with the terms of representativeness.Taking into consideration the percentage of response to the questionnaire and errors in their completing there were distributed 200 pieces and collected - 167 (83.5%). After checking for the correctness and consistency of their filling prior to the analysis were selected 153 questionnaires.

Results and discussion:Currently, it is believed that the main solution of the problem of prevention of complications in medical use of drugs is the production and release to the pharmaceutical market of new, more qualitative, effective and safe medicines. Another way, as WHO experts say,is the development of a system of implementation of better control over their safety.The latest is called pharmacological supervision.

The survey of the participants in the questionnaire on the implementation of pharmacological supervision at the level of the pharmaceutical institutions of Ukraine showed that the majority of pharmacy professionalsare positive aboutthe collection and provision of information on adverse reactions or undesirable events of drugs. Almost all respondents noted that in recent years, each of them repeatedly faced with the case of adverse action of drugs.

Most respondents that participated in the survey are employees of drugstores with the retail sale of drugs. It makes 89% ofthe total number of respondents.More than 9% of respondents work in hospital pharmacies, about 2% was represented by teachers of medical (pharmaceutical) educational institutions.

Among the major problems depicted by the respondents was the strengthening of methodological and informational work of the regional offices of pharmacological supervision. Urgently is requiredthe strengthening of the system of monitoring of drug safety(59%).57%of the respondents feel uncomfortable as they should be distracted from primary duties while filling in the card-reports of adverse reactions of drugs. About 17% had some difficulty sending the received data.

Regarding the support of the pharmaceutical staff activities that will contribute to the improvement of the implementation of pharmacological supervision in Ukraine, the most positive respondents are the following:- The formation of the informative field of drug safety (91%);- The development of training programs (87%);- Active involvement of consumers of drugs to the pharmacological supervision (47%);- The development and implementation of pre- and postgraduate training programs in higher medical (pharmaceutical) establishments on the security issues of medicines and of pharmacological supervision (53%);- The formation of an objective standpoint in mass media on the safety issues of drugs (61%);- The organization and ensuring the effectiveness of the process of collecting information on adverse reactions of medicinal products from their consumers (67%).

Conclusion.Overall, the domestic pharmaceutical professionals consider it necessary to actively use their capacity in the process of pharmacological supervision, particularly by providing information about possible side effects of medications and adherence to protocols of pharmacist in the case of undesirable effects of drugs. It should be noted that the further implementation of the system of pharmacological supervision at the level of pharmacies requires further investigation concerning the procedure for its implementation.

List of literature

1. Ветютнева Н. О., Убогов С. Г., Филипчук Л. Б., Буднікова Т. М., Федорова Л. О. Щодо проблеми здійснення фармаконагляду на рівні аптечних закладів / : Актуальні питання безпечного застосування ліків / Мат.наук-практ. конф. – Тернопіль, ТДМУ, 2013. – С. 3-4.

2. Приходько О. Об'єктивно про фармаконагляд в Україні // Щотижневик «Аптека». – 2014. – № 46(967). – С. 13.

3. Приходько О. Роль і місце фармаконагляду у регулюванні обігу лікарських засобів: чи відповідають українські вимоги європейським правилам? // Щотижневик «Аптека». – 2016. – № 23 (1044). – С. 19.

Тукинова Л., 4 курс, фармацевтический факультет, t.l.z@bk.ru
Научный руководитель: **Мусина.А.Е.**, PhD докторант, musina_med@mail.ru
Государственный медицинский университет г. Семей, Казахстан

ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА

Артериальная гипертензия (АГ) является одним из ключевых патологических состояний в клинике внутренних болезней. Ее наличие определяет повышенный риск развития большого комплекса сердечно-сосудистых заболеваний и, в конечном счете, снижение продолжительности и качества жизни, ограничение трудоспособности. Основной задачей лечения АГ является достижение контроля АД [1].

Приверженность больных к медикаментозному лечению – фактор его эффективности, не менее значимый, чем клиническое действие препаратов [2]. Процесс развития терапии артериальной гипертензии в той же мере сопряжен с увеличением приверженности к лечению, как и с улучшением фармакодинамических характеристик препаратов. Наиболее существенные различия между странами с высоким уровнем медицинской помощи и с развивающимися системами здравоохранения в плане лечения АГ заключаются именно в степени приверженности к лечению [3,4], причем как к немедикаментозному, так и, главным образом к медикаментозному.

Уровень приверженности больных к медикаментозному лечению может оцениваться только в амбулаторно-поликлинических условиях, и именно в этом случае данный параметр становится ведущим[5].

Цель исследования – выявление структуры антигипертензивной терапии и определение степени приверженности больных артериальной гипертензией к медикаментозному лечению в условиях Семейского региона

Материалы и методы. Подвергнуты анкетному опросу 300 больных с артериальной гипертензией I-III степени. Распределение обследованных по степени повышения АД осуществлялось по классификации ВОЗ/МОГ. Всего в исследование включены 92 больных с АГ I степени (30,7%), 143 – II степени (47,7%) и 65 – с АГ III степени (21,6%).

По данным, полученным от врачей, определялась структура врачебных назначений, пациенты предоставляли те же данные и сведения о реально принимаемых препаратах. Результаты, представлявшие несовпадения по назначаемым препаратам, подвергались проверке и выборочной отбраковке для получения более достоверной информации. Было выделено 10 классов антигипертензивных препаратов и категории применения сочетаний препаратов различных классов и их фиксированных комбинаций.

Результаты. Обращает на себя внимание, что структура назначенных и принимаемых препаратов совпадает не полностью. Заметно превышение частоты назначения и приема препаратов из класса ингибиторов АПФ. На втором месте среди средств монотерапии находились антагонисты кальциевых каналов, далее следовали бета-адреноблокаторы.

Относительно невысокими были также соответствия приема назначению для сочетаний нескольких антигипертензивных препаратов – 84,9%, у фиксированных комбинаций препаратов показатель был даже меньшим, чем для сочетаний – 80,9

При проведении анкетирования больных амбулаторной группы, определяющего степень их приверженности к приему антигипертензивных препаратов, получены следующие результаты

Полная приверженность была выявлена только в 41,1% случаев. Неполная приверженность к лечению имела место в 32,0% случаях. АД. В 7,1% случаев больные использовали альтернативные назначенным лечащим врачом подходы и схемы к медикаментозной терапии артериальной гипертензии. Отсутствие антигипертензивной терапии было определено в 18,1% случаев, что является достаточно высоким показателем. Среди пациентов данной категории было весьма много лиц, имеющих высокий и очень высокий риск развития сердечнососудистых осложнений.

Выводы. Результаты проведенного исследования показывают явные недостатки в осуществлении фармакотерапии АГ в условиях ПМСП г.Семей. В целом частота регулярного приема препаратов составила только 43,7% от числа назначений, отсутствия лечения – 27%. Коррекции требует и структура назначений и, особенно, подходы к работе с пациентами, направленные на повышение приверженности к лечению и четкости выполнения рекомендаций.

Список литературы

1. Кобалава Ж.Д., Котовская Ю.В. Артериальная гипертензия в XXI веке: достижения, проблемы, перспективы. 2-е изд. – М: Бионика Медиа. – 363 с.
2. Loghman-Adham M. Medication noncompliance in patients with chronic disease: issues in dialysis and renal transplantation // Am. J. Manag. Care. – 2003. – Vol.9(2). – P.155-171.
3. Козловский В.И., Симанович А.В. Приверженность к терапии у пациентов с артериальной гипертензией II степени: обзор литературы и собственные данные // Вестн. Витебского гос. мед. универ. – 2014. – Т.13, №2. – С.6-16.
4. Леонова М.В., Белоусов Д.Ю., Штейнберг Л.Л. и др. Анализ врачебной практики проведения антигипертензивной терапии в России (по данным исследования ПИФАГОР III) // Фарматека. – 2009. - №12. – С.114-119.
5. Шальнова С.А., Баланова Ю.А., Константинов В.В. и др. Артериальная гипертензия: распространенность, осведомленность, прием антигипертензивных препаратов и эффективность лечения среди населения Российской Федерации // Рос. кардиол. журнал. – 2006. - №4. – С.45–50.

Санина В. А. – студентка 5 курса фармацевтического факультета, vikulya.sanina.95@mail.ru

Ткаченко Н.А. – к.фарм.н., доцент кафедры управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического правоведения tkachenkonat@bk.ru

Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье, Украина

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УКРАИНСКОГО РЫНКА СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА

Введение. Себорейный дерматит (СД) волосистой части головы – это крайне специфическое заболевание, которое сопровождается нарушением работы сальных желез и ведет к появлению ряда характерных симптомов, возбудителем которого являются грибы рода *Pityrosporum*, *P.ovale* (дрожжеподобные липофильные грибы). Согласно статистике себорейный дерматит у взрослых встречается примерно в 3-5% общего числа взрослого населения, что находится в возрастной группе в пределах 20-50 лет. Актуальным является вопрос исследования рынка средств данной группы с позиции социально-этического маркетинга, изучение потенциала рынка, позиционирование данной группы препаратов, учитывая потребности разных категорий потребителей – врачей-дерматологов, косметологов, провизоров и конечных потребителей. Для решения этих и других проблем необходимо провести комплексный анализ, оценку номенклатуры и ассортимента препаратов, рыночных возможностей, которые открываются перед предприятиями – производителями, динамику спроса и развитие сбыта лечебных средств для лечения себорейного дерматита.

Цель. Изучение современного состояния украинского рынка средств, применяемых для лечения и профилактики СД волосистой части головы.

Методы и материалы. Методология сбора и анализа данных включает: системный анализ, комплексный подход, методы информационного поиска, ретроспективный анализ, контент-анализ и обобщение данных. Материалом для исследований послужили Государственный реестр лекарственных средств Украины, справочник «Компендиум», официальные сайты производителей продукции, прайс-листы, рекламные буклеты, каталоги продукции, а также сопроводительная документация на лекарственные средства данной фармакотерапевтической группы, которая поступает в аптеки г.Запорожья.

Результаты и обсуждение. На первом тапе исследований была проанализирована ассортиментная структура украинского фармацевтического рынка. В соответствии с АТС-классификацией группа «лекарственные средства» представлена препаратами подгрупп: J02A - противогрибковые средства для системного применения в дерматологии, D01A - противогрибковые препараты для местного применения, R06A - антигистаминные средства для системного применения, N02A - простые препараты кортикостероидов для системного применения, D19 - другие дерматологические препараты, A11H - прочие простые препараты витаминов, A11J - другие комбинированные витаминные препараты, N07X - прочие средства, действующие на нервную систему, D08A - антисептические и дезинфицирующие средства, A09 - средства заместительной терапии, применяемые при расстройствах пищеварения, включая ферменты.

В лечении СД дерматологи широко используют лечебную косметику. Среди косметических средств для лечения СД преобладает лечебная косметика таких фирм-производителей, как: линия Sebovalis(Sesderma, Испания), комплекс Cu-Zn (Uriage, Франция) содержит пидолат меди и цинка, увлажняющие и реструктуризирующие агенты, термальную воду, «Березовая серия» (Эффект, Украина), гели и кремы Quasis (Швейцария), очищающий гель Uriage DS Gel Nettoyant (Франция), Bioderma (Франция), линия продуктов Sensibio (Франция), косметические средства растительной серии (Эффект, Украина), шампунь и мыло серии Ducray Kelual(Франция), серия Vichy Normaderm и Vichy Dercos Neogenic, (Франция).

Также в терапии СД используют специальные пищевые добавки. Данный сегмент рынка представлен препаратами в виде твердых (комплекс витаминов в таблетках и капсулах) и жидких форм (сиропа и питательные масла). Кроме того, большое внимание в терапии СД врачи-дерматологи уделяют диетотерапии. Питание больных СД основано на потреблении большого количества овощей, фруктов и ограничении потребления углеводов, жиров, острых, холестерин-содержащих продуктов, также шоколада, кофе, алкоголя, молочных продуктов, морепродуктов, цитрусовых и пищевых добавок с консервантами и красителями.

На втором этапе исследований была изучена фирменная структура выше указанных сегментов фармацевтического рынка Украины. Установлено, что во всех трех сегментах преобладает продукция зарубежных компаний. Производителями лекарств для лечения и профилактики СД выступают отечественные компании: Дарница, Здоровье, Технолог Украина, Киевский витаминный завод, Артериум, Лектравы, Витамины, Фармак. Импортная продукция представлена такими производителями, как Нижфарм и Фармстандарт Лексредства (Россия), Олайнфарм (Латвия), Фарматис (Франция), Арпимед (Армения).

На третьем этапе исследований изучена ценовая конъюнктура рынка. Все средства распределены на три ценовые категории: эконом класс (достаточно недорогие средства от 30 до 80 гривен), бизнес – класс (стоимость колеблется от 80 до 160 гривен) и vip – класс (стоимость свыше 160 гривен).

Выводы. Изучено ассортиментную и фирменную структуру, а также ценовую конъюнктуру украинского рынка средств, используемых для лечения СД. Полученные данные указывают на необходимость расширения ассортимента путем производства новых, более эффективных и доступных для потребителя отечественных препаратов.

Список литературы

- Илешина Т.В. Себорейный дерматит [Электронный ресурс] //РМЖ. – 2006. – Режим доступа: <http://www.medlinks.ru/article.php?sid=24499>
Давидович М.И. Опыт применения УФБ 311 нм в лечении себорейного дерматита / М.И.Давидович // РМЖ. - 2015. - №9. - С. 525.

Рыжкова С.Е. – студентка 5 курса фармацевтического факультета, seta_rjjk@mail.ru
Ткаченко Н.А. – к.фарм.н., доцент кафедры управления и экономики фармации,
медицинского и фармацевтического правоведения tkachenkonat@bk.ru
Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье, Украина

ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ И КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО

Введение. Витилиго – заболевание, обусловленное нарушением процесса пигментации кожи с образованием депигментированных пятен.

Принято считать, что эта болезнь не представляет прямой угрозы для жизни или здоровья человека. Однако, само по себе витилиго чаще всего является следствием каких-либо нарушений в организме, оставлять которые без внимания не стоит. Кроме того, больным нередко требуется психологическая помощь, так как выраженный косметический дефект приводит к психологическим травмам, депрессиям, развитию комплекса неполноценности по поводу собственной внешности [1,2]. Витилиго страдают 1-4 % людей во всем мире. Заболевание может возникнуть в любом возрасте, но чаще всего проявляется в раннем. У 50% людей появляется до 20 лет. Им болеют одинаково и мужчины, и женщины всех рас. Актуальным является вопрос правильного выбора необходимых средств лечения, как местного, так и системного применения и профилактики указанного заболевания.

Рынок лекарственных средств для лечения витилиго реагирует на современные достижения в медицине и фармации: ассортимент постоянно пополняется более эффективными и безопасными средствами, что требует от дерматологов, косметологов и провизоров хорошей ориентации и знания этого рынка.

Цель: формирование информационного массива о лекарственных и косметических средствах для лечения и профилактики витилиго на основе изучения современного украинского фармацевтического рынка.

Методы и материалы. Во время исследования был произведен поиск, анализ, обобщение и систематизация информации с помощью электронной базы Государственного реестра ЛС, справочника «Компендиум» и Государственного формуляра лекарственных средств.

Результаты и обсуждение. В терапии и профилактике витилиго сегодня дерматологи и косметологи используют широкий ассортимент средств, который можно разделить на две большие группы: лекарственные средства и косметические средства.

В результате анализа ассортиментной структуры украинского фармацевтического рынка, который проводился на основе АТС-классификации, было установлено, что сегмент лекарственных средств представлен препаратами групп: A05BA (гепатопротекторные препараты) - 5%, A09AA02 (различные полиферментные препараты) - 5%, A11DA (простые препараты витамина B1) - 5%, A11GA (простые препараты аскорбиновой кислоты (витамина С) – 5%, A11H (прочие простые препараты витаминов) – 2,5%, A11J (другие комбинированные витаминные препараты) -2,5%, A12CB(другие минеральные добавки) -5%, A13A (тонирующие средства) - 5% , D02AB (препараты со смягчающим и защитным действием) -5%, D07A (простые препараты кортикостероидов, используемых в дерматологии) - 6%, D05A(дерматологические средства) - 11%, D11AX20 (разные дерматологические препараты)-33%, N05C M50 (другие снотворные и седативные средства)- по 3,5%, L03A X21 (прочие иммуностимуляторы) – 3%.

Второй сегмент – косметические средства разделили на две подгруппы: защитная и маскирующая косметика. Средства первой подгруппы в своем составе имеют вещества, обладающие солнцезащитными фармакологическими свойствами. Косметические защитные средства включают геле- и кремообразные косметические формы в виде лосьонов, мазей, гелей, спреев, кремов, масел, что составляет 80% всех лекарственных форм этой группы средств. В состав косметических маскирующих средств входят корректирующие карандаши, маскирующие карандаши, тональные кремы, компактные пудры и др.

При изучении фирменной структуры рынка нами установлено, что все два сегмента распределены среди отечественных и иностранных производителей неравномерно. Большая часть (60%) сегмента лекарственных препаратов представлена отечественными компаниями: Лубныфарм, Тернофарм, Дарница, Здоровье, Виола ФФ, Фитофарм. Доля зарубежных производителей составила 40% и представлена компаниями GlaxoSmithKline Export (Великобритания), Dermapharm AG(Германия), Teva (Израиль).

В сегменте «косметические средства» 80% украинского рынка приходится на продукцию зарубежных компаний: Кувранс (Pierre Fabre Dermo-Cosmetique), Витадай (Vitadye ICN), Дай-о-Дерм (Du-o-derm, Owen laboratories), Кавермак (Covermark, Lydia Oyleary), Дермабленд (Dermablend, Flori Roberts).

Вывод. Проведены исследования современного состояния украинского рынка лекарственных и косметических средств для лечения витилиго: изучена ассортиментная и фирменная структура. Установлена необходимость расширения ассортимента новыми лекарственными формами, что и обуславливает перспективное направление для дальнейших исследований.

Список литературы

1. Кожные и венерические болезни [Электронный ресурс] : учебник / Скрипкин Ю.К., Кубанова А.А., Акимов В.Г. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2012. – Режим доступа: <http://www.studmedlib.ru/book/ ISBN 9785970419939.html>.
2. Вітіліго. Медичний онлайн довідник [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://virgo.org.ua/index.php/dermatologiya>

Бондар А.И., студент 5-го курса фармацевтического факультета, realbondar.andriy@bigmir.net

Научный руководитель: **Левицкая О.Р.**, к.фарм.н., доцент, levytska.oksana@gmail.com

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ

Введение. Санаторно-курортное лечение - это вид медицинской помощи, осуществляемой с профилактической, лечебной или реабилитационной целью, с применением природных лечебных факторов в условиях пребывания на курорте или лечебно-оздоровительной местности, в санаторно-курортных учреждениях [1].

Санаторно-курортное лечение часто связано с медикаментозным обеспечением, поэтому исследования в этом направлении являются актуальными.

Цель исследования. Изучение медикаментозного обеспечения процесса санаторно-курортного лечения на примере санатория «Кристалл» частного акционерного общества «Трускавецкурорт» (Украина).

Материалы и методы. Использованы методы информационного поиска, анализа и обобщения, АВС-анализа.

Результаты и обсуждение. Санаторий «Кристалл» - это многопрофильный лечебно-оздоровительный санаторий, специализирующийся, главным образом, на лечении болезней желудочно-кишечного тракта, урологических, гинекологических заболеваний.

Сопутствующий профиль составляет лечение заболеваний сердечно-сосудистой и эндокринной систем, опорно-двигательного аппарата, неврологических заболеваний, болезней органов дыхания.

В санатории есть четыре медицинских отделения: два терапевтических и два урологических; проктологический и процедурный кабинеты, а также кабинеты лечебной физкультуры и массажа. Лечебно-оздоровительные процедуры отпускаются по назначению врача

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

и осуществляются в курортной поликлинике №2 и бальнеозокеритолечебнице №2, поскольку одним из основных методов лечения в санатории «Кристалл» является бальнеотерапия.

Процесс лечения в санатории «Кристалл» сопровождается использованием лекарственных средств (ЛС) и изделий медицинского назначения (ИМН).

Анализ номенклатуры ЛС и ИМН за период январь - июнь 2016 г. показал, что в исследуемом периоде была приобретена 21 номенклатурная позиция ИМН в частности, перчатки смотровые, шприцы медицинские одноразовые разного объема, бинты, лейкопластыри и т.п.

На их приобретение было потрачено несколько больше 10 тыс. гривен. Кроме того, в рассматриваемом периоде было приобретено 3 номенклатурные позиции дезинфицирующих средств на сумму 4153 грн.

Далее нами проведен анализ номенклатуры приобретенных ЛС в контексте основных анатомических групп по АТХ-классификации, терапевтических подгрупп (групп третьего уровня) и отдельных ЛС, а также осуществлен анализ средств на их приобретение.

Установлено, что всего было закуплено 74 ЛС в виде 81 номенклатурной позиции, на приобретение которых потрачено почти 7,5 тыс. грн. Эти ЛС представляли 10 анатомических групп. Максимальный удельный вес составили средства, действующие на пищеварительную систему и метаболизм (группа А) - 21,6%.

Одинаковый удельный вес (по 17,6%) составляли ЛС таких анатомических групп, как средства, влияющие на сердечно - сосудистую и нервную системы (группы А и N). Удельный вес дерматологических средств (группа D) составил 16,2%.

Удельный вес ЛС других анатомических групп находился в пределах от 1,3% (группа G - средства, влияющие на мочеполовую систему и половые гормоны) до 10,8% (группа R - средства, действующие на респираторную систему).

Анализ структуры приобретенных ЛС в разрезе групп третьего уровня показал, что было приобретено ЛС 40 терапевтических подгрупп.

При этом почти 40% приобретенных составляли ЛС пяти терапевтических подгрупп, а именно: N02B - Другие анальгетики и антипиретики, D08A - Антисептические и дезинфицирующие средства (по 10,8%), N05C - Снотворные и седативные препараты (6,8%), C01E - Другие кардиологические препараты (5,4%) и B05X - Дополнительные средства для внутривенного введения (4,1%).

ABC-анализ [2] средств на приобретение всей продуктовой номенклатуры, которая включала ЛС, ИМН и дезинфицирующие средства показал, что группу А сформировало 19 номенклатурных позиций (18,1%), на которые было потрачено 79,5% средств.

Группу В - 23 номенклатурные позиции (21,9%), на приобретение которых было потрачено 13,8% средств, и группу С сформировали 63 номенклатурные позиции (60%), на которые было потрачено 6,7% средств.

Следует отметить, что в группу А вошли пять ЛС, а именно: спирт этиловый, Каптопрес-Дарница, вазелин весовой, ромашки аптечной цветы для наружного применения и Но-шпа (раствор для инъекций в ампулах). Другие номенклатурные позиции - это ВМП и все дезинфицирующие средства.

Выводы. Результаты исследования могут быть использованы для улучшения медикаментозного обеспечения санаторно-курортного лечения путем оптимизации номенклатуры необходимых ЛС и ИМН, а также планирования затрат на их приобретение.

Список литературы

1. Організація санаторно-курортного лікування та оздоровлення в Україні [Електронний ресурс] / В.В. Кулик, А.М. Торохтін, О.А. Владимиров [та ін.]. - Режим доступа: http://www.vafk.com/gallery/1_6.pdf
2. Громовик Б.П. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади / Б.П. Громовик, Г.Д. Гасюк, О.Р. Левицька. – Вінниця, Нова книга, 2004. – 464 с.

И.Л.Чухрай, iryna_chukhray@ukr.net

Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г.Львов, Украина

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ПРОБИОТИКОВ УКРАИНЫ

Введение. Основными факторами качественного фармацевтического обеспечения населения являются эффективность и безопасность лекарственных средств (ЛС), а также их экономическая доступность, на которую напрямую влияет приоритет отечественного производителя на рынке ЛС.

Поэтому с целью установления тенденций формирования ассортимента ЛС, их экономической доступности, а также оптимизации обеспечения населения ЛС целесообразно провести маркетинговый анализ рынка ЛС.

Цель исследования. Анализ фармацевтического рынка пробиотиков Украины и определение его основных тенденций.

Материалы и методы. Государственный реестр лекарственных средств (ЛС), методы – контент-анализ и аналитический метод.

Результаты и обсуждение. Аптечный ассортимент пробиотиков в Украине формируется за счет ЛС и биологически активных добавок. Объектом нашего исследования были пробиотики, зарегистрированные в качестве ЛС.

Современный украинский рынок лекарственных средств – пробиотиков насчитывает 22 торговых наименования без учета лекарственных форм [1]. Среди зарегистрированных пробиотиков третью часть составляют препараты украинского производства.

Импортные пробиотики представлены 10 странами-производителями, а именно: Канада (3 ЛС), Словения (3 ЛС), Франция (2 ЛС), Швейцария (2 ЛС), Дания (1 ЛС), Великобритания (1 ЛС), Австралия (1 ЛС), Германия (1 ЛС), Нидерланды (1 ЛС) и Грузия (1 ЛС). Формы выпуска пробиотиков – капсулы, суспензия, порошок.

Все пробиотики, за исключением мутафлора, имеют бесрецептурный статус. По АТС-классификации все пробиотики относятся к группе А - Средства, влияющие на пищеварительную систему и метаболизм.

Основной группой микроорганизмов, используемой в составе пробиотических препаратов, являются бактерии рода *Bifidobacterium* и *Lactobacillus*, которые входят в состав нормальной микрофлоры человека. Следует обратить внимание на наличие в некоторых пробиотиках нетипичных или условно-патогенных для нормофлоры человека микроорганизмов (бациллы, энтерококки, эшерихии и др.).

Выводы. Проведен анализ украинского рынка лекарственных средств, в состав которых входят пробиотические микроорганизмы.

Установлено, что в Украине зарегистрировано 22 торговых наименований ЛС с пробиотиками, третью часть которых составляют пробиотики украинского производства.

С целью оптимизации ассортимента пробиотиков и повышения их экономической доступности рекомендуется отдавать предпочтение препаратам отечественного производства, которые разработаны с учетом особенности состава микрофлоры жителей Украины и являются более экономически доступными.

Список литературы

1. Державний реєстр лікарських засобів [Электронный ресурс] – Режим доступа к ресурсу: <http://www.drlz.kiev.ua/>

Горячева Х. Д. - студентка 6 курса, фармацевтический факультет (заочная форма обучения),
qwertydulibi@rambler.ru

Научный руководитель: **Громовик Б.П.**, д.фарм.н, проф.,
заведующий кафедрой организации и экономики фармации, hromovyk@gmail.com
Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов,
Украина

ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ОТНОСИТЕЛЬНО ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ ПОДГУЗНИКОВ ОДНОРАЗОВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

Введение. В последние десятилетия широкое использование получили подгузники одноразового использования для детей (ПОИДт)[2]. В рамках пилотажного исследования было изучено мнения родителей о необходимости применения таких подгузников, частоте и возрастных рамках их использования, возможных проблемах и болезнях, которые могут возникнуть у ребенка при применении ПОИДт[1]. Вместе с тем, не нашли должного освещения вопросы отношения родителей к потребительским свойствам ПОИДт.

Цель исследования - изучение мнения и отношения родителей к ПОИДт и определения путей улучшения их применения.

Материалы и методы. Было опрошено 86 родителей в одном из райцентров Львовской области. Методом сбора первичных социологических данных был выборочный очно-заочный опрос, инструментом сбора данных - авторская анкета, срок реализации исследования: июль - сентябрь 2016 года.

Результаты и обсуждения. Респонденты в общей выборке распределились по признаку пола следующим образом: женщины - 68,6%, мужчины - 31,4%. Что касается возраста, то две пятых опрошенных (41,9%) имели от 21 до 30 лет, а треть (33,7%) - от 31 до 40 лет. При этом самому молодому респонденту было 17, а самому старшему - 44 года.

По семейному положению более половины (57,0 %) составляли респонденты, находящиеся в официальном браке, остальная часть - холостые / незамужние, разведённые (официально и неофициально) или вдовцы / вдовы. Общий уровень образования свидетельствует о том, что в выборку попала почти половина (46,5%) респондентов с полным высшим образованием, почти по одной пятой - со средним специальным (20,9%) и незаконченным высшим (18,6 %) и еще более десятая часть (14,0%) - с полным средним образованием.

Данные оценки статуса по занятости показали, что поровну респондентов (41,9%) находились в отпуске по уходу за ребенком или работали. Остальные студенты (9,3%), безработные (4,7%) и домохозяйки (2,3%).

Выявлено, что две пятых опрошенных (41,9%) имели детей от 1 месяца до 3 лет. По возрасту несколько более половины из них (54,7%) были девочками, несколько меньше половины (45,3%) - мальчиками.

По результатам проведенного исследования было установлено, что источником информации о ПОИДт для почти половины опрошенных (45,5%) были советы знакомых, для менее трети (28,4%) - провизоров (фармацевтов), для не менее десятой части - рекомендации врачей (14,8%) и средства массовой информации (11,4%).

Выявлено, что две пятых родителей покупают ПОИДт на рынках (41,9%), менее трети (27,9%) - в аптеках, выше десятой части, но поровну (15,1%), - в специализированных или в любых магазинах, если там продаются ПОИДт. В сутки используют от 1 до 10 ПОИДт при среднем показателе 5.

Абсолютное большинство респондентов дали предпочтение 4 торговым маркам ПОИДт - Pampers (26,7%), Huggies (27,9%), Libero (23,3%), DADA (17,4%). Остальные опрошенные (8,1%) пользуются ПОИДт других торговых марок (Moltex, Fixies, GOO.N, Merries, Pufies).

При выборе ПОИДт родители, прежде всего, обращают внимание на цену (44,2%), далее на торговую марку (27,9%), отзывы других пользователей (14,0%) и назначения ПОИДт по полу (девочке или мальчику) (11,6%). Удивительно то, что на целостность упаковки и срок годности обращает внимание мало родителей (3,5 и 2,5% соответственно).

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

Только чуть более половины опрошенных (53,5%) удовлетворены качеством ПОИДт, менее пятой части (17,4%) - не довольны, а менее трети (29,1%) - не придают этому значения. В свою очередь, только более пятой части респондентов (21,2%) удовлетворены ценовой политикой по ПОИДт, почти две трети (65,8%) - не воспринимают действующего ценообразования, а более десятой части (13,2%) - не придают этому значения.

В процессе опроса родители высказывания свои пожелания по характеристикам ПОИДт, а именно: более половины из них (58,1%) желают снижения цены, почти двадцатая часть (19,8%) хотела бы покупать ПОИДт различных производителей, упакованы по несколько (3-5) штук, более десятой части (11,6%) желают улучшить всасываемость и воздухопроницаемость ПОИДт, а десятая часть (10,5%) хочет расширения ассортимента.

Выводы. Установлено мнение и отношение родителей к ПОИДт и определенных пожелания по их совершенствованию.

Список литературы

1. Вертегел А.А. Психологические и гигиенические проблемы, связанные с использованием современных средств ухода за ребенком [Электронный ресурс] / А.А. Вертегел // Клиническая и специальная психология. - 2012. - №1. – Режим доступа : <http://psyjournals.ru/psyclin/2012/n1/49971.shtml>.

2. Зазуляк Т.С. Гігієнічнообґрунтування критеріїв безпеки для здоров'ядітей підгузників, виготовлених на основі полімерних матеріалів: автореф. дис. на здобуття наук. ступ. канд.біол.наук: спец. 14.02.01. – гігієна / Т. С. Зазуляк. – К., 2007. – 20 с.

Нагимова Г. М. - заочный аспирант 2 курса обучения каф. управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения, фармацевтический факультет, nagimova-guzel@mail.ru

Научный руководитель: **Ивакина С. Н.** – к. фарм. н., доц., каф. управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения, ivakinasn@mail.ru
ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет» Минздрава России
г. Уфа, Республика Башкортостан

АНАЛИЗ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ

Введение. По данным мировой статистики ВОЗ железодефицитной анемией (ЖДА) страдает 1,8 млрд. человек, а 3,6 млрд. человек имеют скрытый дефицит железа [5].

В Российской Федерации (РФ) регистрируется около 10-15% взрослого населения с ЖДА, при этом среди женщин репродуктивного возраста распространенность составляет 30%. Республика Башкортостан является одним из лидирующих регионов РФ по дефициту железа среди населения, в котором значения заболеваемости превышают общероссийские данные в 2,2 раза [3; 4].

ЖДА приводит к снижению качества жизни и трудоспособности населения, так как сопровождается быстрой утомляемостью, слабостью, одышкой, сердцебиением, головокружениями [3].

Для лечения ЖДА применяют препараты железа. На современном фармацевтическом рынке РФ отмечается многообразие железосодержащих лекарственных препаратов (ЛП) как по действующим веществам, так и по фирмам-производителям и формам выпуска. Также следует отметить, что данная группа препаратов является рецептурной. Немаловажным фактором, в условиях сложившегося социально-экономического кризиса, является стоимостная политика на тот или иной препарат. Поэтому актуальным является анализ имеющихся препаратов железа с точки зрения характеристик рынка и экспертной оценки.

Цель исследования. На основе данных Государственного реестра лекарственных средств и Реестра лекарственных средств, а также с применением экспертной оценки выявить наиболее эффективные, безопасные и доступные препараты железа.

Материалы и методы. В процессе исследования были использованы следующие методы: сравнения и группировок, контент-анализа, анкетирования. Результаты исследования обработаны с помощью компьютерных технологий на ПЭВМ в WindowsXP.

Результаты и обсуждение. В настоящее время на фармацевтическом рынке РФ по данным Государственного реестра лекарственных средств и Реестра лекарственных средств зарегистрировано 42 торговых наименования, содержащих 21 международное непатентованное наименование (МНН) препаратов железа [1; 2].

При проведении анализа ценовой доступности наиболее доступными (от 200 до 400 руб.) признаны: Железа сульфат (Тардиферон), Железа fumarat+Фолиевая кислота (Ферретаб), Железа сульфат+Серин (Активферрин), Железа сульфат+Серин+Фолиевая кислота (Активферрин композитум). По результатам экспертной оценки врачей всех специальностей (терапевтов, гинекологов, гематологов) наиболее эффективными и безопасными являются Железа протеин сукцинилат (Ферлатум), Железа [III] гидроксид полимальтозат (Феррум Лек, Мальтофер) [Железа глюконат + Марганца глюконат + Меди глюконат](#) (Тотема).

Как видно из приведенных данных, наиболее эффективные и безопасные железосодержащие препараты может приобрести не каждый потребитель с ЖДА, так как они являются неприемлемыми по цене (более 400 руб.). Доступные по стоимостной политике препараты железа имеют среднюю частоту проявления побочных действий (у 50% потребителей), а эффект наступает только после 1-го курса применения.

Таким образом, лечащий врач может назначить железосодержащий препарат, исходя из уровня дохода пациента с ЖДА, в то же время опираясь на данные эффективности и безопасности того или иного препарата.

Выводы.

- 1) Проведен анализ железосодержащих препаратов по критериям эффективности, безопасности и доступности с использованием различных методов исследования
- 2) Выявлены наиболее эффективные, безопасные и доступные железосодержащие препараты

Список литературы

1. Государственный реестр лекарственных средств [Электронный ресурс].-Режим доступа: <http://www.rlsnet.ru/>. – (Дата обращения: 05.11.2016)
2. Государственный реестр лекарственных средств [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.grls.rosminzdrav.ru/>. – (Дата обращения: 05.11.2016).
3. Михеева, О.М. Железодефицитная анемия как основное проявление грыжи пищеводного отверстия диафрагмы /О. М. Михеева, И. А. Комиссаренко, А. О. Аكوпова// Эффективная фармакотерапия. – 2014. - № 7. – С. 8-10
4. Общая заболеваемость всего населения России в 2014 году. 2015: Статистический сборник / Ред. колл.: Г. А. Александрова, А. В. Поликарпов и др. – М.: Росстат, 2015. ч. 2 – 142 с.
5. Worldwide prevalence of anaemia 1993–2005. WHO global database of anaemia. Edited by de Benoist B et al. World Health Organisation; 2008.

Ассахли Камаль, V курс, 2- международный факультет, katia86ci4@gmail.com

Научный руководитель: Синча Н.И., доцент

Запорожский государственный медицинский университет, Запорожье, Украина

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ ФАРМАЦИИ В МАРОККО

Королевство Марокко – государство на северо-западе Африки, которому присущи определенные подходы в организации предоставления населению медицинской и фармацевтической помощи.

Целью нашего исследования явилось изучение некоторых аспектов оказания лекарственной помощи населению Марокко. Для этого был проведен анализ научной литературы и интернет-источников за последние три года.

Проведенный анализ показал, что в стране с населением 33 млн. чел. функционирует более 14000 марокканских аптек, 35 фармацевтических предприятий производят 3600 именованных лекарственных средств, что на 70% удовлетворяет потребности страны.

Аптеки в Марокко в основном частные, население страны обеспечивается готовыми лекарствами, производственных аптек нет.

Владельцем аптеки должен быть специалист с высшим фармацевтическим образованием, для открытия аптеки необходима лицензия. Один фармацевт имеет право открыть только одну аптеку. После открытия аптека имеет льготы по налогообложению.

Минимальная площадь аптек 24 кв.м, они оборудуются всем необходимым, в первую очередь, холодильниками для хранения термолабильных веществ

Лекарственные средства в витринах аптек располагаются не по фармакотерапевтическим группам, а по алфавиту.

Список литературы

Аптеки в Марокко // [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://survivalru.org/news/marokko/3651>.

Братишко Ю. С., к. фарм. н., доц., 19831114@mail.ru

Научный консультант: **Посылкина О.В.**, д. фарм. н., проф.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

ВНЕШНЯЯ СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ

Введение. Сегодня все больше украинских фармацевтических компаний (ФК) занимается вопросом формирования и развития такого направления своей деятельности как социальная ответственность (СО). В фармации пути управления социально-экономическим развитием и социально ответственной деятельностью ФК разрабатывались в работах Котвицкой А.А. [3], Кныша Е.Г., Мнушко З.Н., Немченко А.С., Партышева А., Пономаренко Н.С., Посылкиной О.В. [1], Толочко В. М. [2] и др. Но, несмотря на значительный научный вклад этих ученых, недостаточно разработанными остаются методические аспекты формирования и комплексного управления надлежащей системой внешней СО украинских ФК в условиях внедрения менеджмента качества, что делает актуальной дальнейшую разработку данной проблематики.

Цель исследования. Целью данной работы является исследование и анализ основных форм реализации внешней социальной ответственности ФК; выявление направлений внешней социальной ответственности ФК, которые требуют более эффективного управления; а также

разработка рекомендаций относительно сбалансированного управления системой социальной ответственности фармацевтического бизнеса (СОФБ).

Материалы и методы. В процессе исследования использовались методы эмпирического и теоретического познания, методы идеализации и формализации, методы системного анализа и моделирования, абстрактно-логический метод и методы экспертной оценки. Методологической и теоретической базой исследования являются научные труды отечественных и зарубежных авторов в фармацевтической отрасли, материалы сети Интернет.

Результаты и обсуждения. Внешняя СОФБ – это способность ФК брать на себя обязательства за последствия их деятельности перед государством и органами государственной власти, органами местного самоуправления, местным сообществом, обществом и общественными организациями, потребителями, клиентами, пациентами, врачами и провизорами, поставщиками, бизнес-партнерами, конкурентами, финансово-кредитными и налоговыми учреждениями, инвесторами, средствами массовой информации и другими внешними заинтересованными сторонами [1].

По результатам проведенных исследований можно сделать выводы, что к внешней СО ФК относятся: 1) деловая практика по внедрению в ФК Украины систем менеджмента качества для обеспечения населения лекарственными средствами надлежащего качества, что подтверждается наличием у ФК соответствующих сертификатов – так в современных ФК внедрение систем менеджмента качества подтверждается наличием сертификатов GxP, ISO 9000, ISO 13485 и др.; 2) деловая практика по внедрению в ФК Украины систем экологического менеджмента для обеспечения ответственного обращения с окружающей средой, что подтверждается наличием у ФК соответствующих сертификатов (ISO 14000, ISO 50000 и др.); 3) деловая практика по внедрению ФК Украины систем социально ориентированного менеджмента и социальной ответственности для обеспечения долгосрочных преимуществ и построения партнерских отношений с ключевыми стейкхолдерами, что подтверждается наличием у ФК соответствующих сертификатов – так некоторые ФК Украины присоединились к инициативе ООН по вопросам социальной ответственности и участвуют в реализации положений Глобального договора, внедряют стандарты ISO 26000, SA 8000. Другими направлениями внешней СО ФК Украины сегодня являются: наличие на собственном официальном Интернет-сайте ФК раздела по социальной ответственности; обнародование целей деятельности ФК; раскрытие информации о миссии ФК; наличие реализованных социальных программ развития; раскрытие информации о корпоративной социальной ответственности ФК; наличие разработанных документов, подтверждающих нацеленность деятельности на социальную ответственность; раскрытие информации о благотворительности, меценатстве и уровень социально ориентированных расходов; составление и обнародование социальной (нефинансовой) отчетности; наличие в свободном доступе финансовых отчетов о деятельности ФК; участие в конкурсах по социальной ответственности и др. Таким образом, по результатам проведенного анализа можно определить ФК-лидеры по уровню внешней СО: ОАО «Фармак», корпорация «Артериум», ОАО НПЦ «Борщаговский ХФЗ». Подобная ситуация вполне закономерна, поскольку именно эти ФК являются безусловными лидерами на фармацевтическом рынке Украины, им присущ европейский стиль работы и высокий уровень корпоративной культуры.

Вывод. Итак, сегодня большинство исследуемых ФК осознают необходимость реализации политики СО, но, учитывая проведенные исследования, масштабы внешней СО являются более разветвленными, чем внутренней. Поэтому, современным ФК следует больше внимания уделять не только внешним социальным программам, но и больше беспокоиться о собственном персонале (организация дополнительного пенсионного обеспечения персонала, финансирование получения руководством второго высшего образования, развитие современных форм и методов мотивации персонала и др.).

Список литературы

1. Братішко, Ю. С. Посада менеджера із соціальної відповідальності сучасної фармацевтичної компанії : Соціальна відповідальність бізнесу і адміністрації – створення інноваційного управління : монографія / Ю. С. Братішко, О. В. Посилкіна; за ред. В. Дучмала. – Бердянськ : Вид-во Ткачук О. В., 2015. – С. 54–63.

2. Толочко, В. М. Посилення соціальної відповідальності в діяльності аптечних закладів України / В. М. Толочко, М. В. Зарічкова // Соціальна фармація : стан, проблеми та перспективи : міжн. наук.-практ. інтернет-конференції, 17-20 бер. 2014 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х. : НФаУ, 2014. – С. 128 – 132.

3. Черкашина, А. В. Дослідження сучасного стану соціальної відповідальності найбільших аптечних мереж міста Харкова / А. В. Черкашина, А. А. Котвіцька // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2014. – № 3. – С. 36–42.

Аннотация

В работе освещены формы и направления реализации социальной ответственности фармацевтических компаний в условиях внедрения систем менеджмента качества. Определены составляющие и объекты социальной ответственности фармацевтического бизнеса. Автором проведен анализ основных направлений внешней социальной ответственности фармацевтического бизнеса в Украине.

Ключевые слова: социальная ответственность, социальное развитие, фармацевтическая компания.

Forms and the directions of realization of social responsibility of the pharmaceutical companies in the conditions of introduction of systems of quality management are covered in article. In article components and objects of social responsibility of pharmaceutical business are defined. The author has carried out the analysis of external social responsibility of pharmaceutical business in Ukraine.

Key words: social responsibility, social development, pharmaceutical company.

Мачавариани Е.А.- соискатель кафедры управления и экономики фармации,
медицинского факультета, mackatya@yandex.ru

Научный руководитель: **Лагуткина Татьяна Петровна**, д.ф.н., профессор,
lagutkina.t@gmail.com

Российский Университет Дружбы Народов, г. Москва, Россия

АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ

Введение. К настоящему времени все более актуальной становится оценка приверженности (комплаентности) больных выбранному методу лечения, которая подразумевает в первую очередь прием определенных ЛС в соответствии с клиническими рекомендациями [1].

Цель исследования – анализ факторов, влияющих на приверженность лечению больных артериальной гипертензией.

Известно, что эффективность лечения и приверженность к терапии зависят от наличия факторов риска, отягощающих течение заболевания [2]. Показано, что у больных с более высокой приверженностью лечения величины систолического и диастолического артериального давления (АД), как правило, достоверно ниже, чем у тех, кто не полностью придерживается указаний врача или совсем им не следует. Косвенным маркером низкой приверженности режиму лечения является ситуация, когда пациент с АД продолжает курить [4].

Считается, что из всех факторов, влияющих на приверженность к лечению и ассоциированных с терапией, основным является наличие или отсутствие побочных эффектов. Однако, следует отметить, что жалобы пациентов на побочные эффекты на фоне приема плацебо подтверждают типичное для многих больных субъективное неприятие медикаментозного лечения, опасения по поводу вреда для здоровья, который приносит длительный прием «химических» ЛС [3].

Приверженность лечению тесно связана с характером и особенностями заболевания, которым страдает пациент. Очевидно, что комплаентность тем ниже, чем более малосимптомна болезнь. Поэтому низкая приверженность лечению весьма характерна для больных АД, которая

длительно может протекать без клинических проявлений. На приверженность больных сердечно-сосудистыми заболеваниями лечению в значительной мере влияет характер терапии: выбор препаратов, доза ЛС, кратность и схема приема, их эффективность и переносимость. Первый опыт приема рекомендованных препаратов часто надолго определяет отношение к лечению, что, безусловно, следует учитывать [4].

Так же, в ходе контент-анализа, нами было выявлено, что среди причин низкой эффективности терапии - неправильный выбор препаратов, основанный зачастую в большей степени не на объективных особенностях пациента, учтенных в соответствующих разделах рекомендаций экспертов, а на преувеличении риск нежелательных эффектов [1].

Согласно данным ряда исследований, низкая приверженность лечению в большинстве случаев обусловлена осознанным решением пациентов, основанном на недостаточной информированности и недопонимании серьезности осложнений заболевания, общем неприятии (отрицании) лечения и лишь в части случаев – следствием желания минимизировать побочные эффекты терапии [3].

Низкая приверженность пациентов к мероприятиям по вторичной профилактике АГ нередко обусловлена низкой мотивацией к модификации образа жизни, низкой информированностью о факторах риска, а также недоверием к рекомендациям врача. В ряде исследований показано, что приверженность к выполнению врачебных рекомендаций тесно связана со знаниями пациента о болезни, собственным восприятием здоровья и преимуществ, получаемых от лечения и изменения образа жизни [2].

У большинства больных основными факторами, влияющими на приверженность лечению, являются недостаток мотивации к постоянному контролю уровня артериального давления и сам факт постановки диагноза артериальной гипертензии («эффект ярлыка») [4].

Заключение. В результате проведенного контент анализа были выявлены основные факторы, оказывающие влияние на приверженность лечению больных артериальной гипертензией.

Список литературы

- Дорофеева В.В., Синайская О.В. Маркетинговые исследования закономерностей потребительского поведения при выборе лекарственных препаратов // Вестник ВГУ. Серия: Химия, Биология. Фармация. - 2004. - № 2. - С.193-198.
- Осипенко М.Ф., Бикбулатова Е.А., Константинов В.И. Комплайнс: определяющие факторы и пути оптимизации приверженности к лечению // Сибирское медицинское обозрение. – 2010. - № 5. – С. 94-97.
- Попов В.В., Буланова Н.А., Иванов Г.Г. Современные мишени антигипертензивной терапии // Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. - 2012. - № 8 (1). – С.88-94.
- Терещенко С.Н. Гипертонические кризы / под. ред. С.Н. Терещенко, Н.Ф. Плавунова. - М.: МЕДпресс-информ, 2013. – 208 с.

Верещагин И., студент 4-го курса медицинского факультета, dnukherr@yandex.ru
Научный руководитель: **Грибкова Е.И.**, к.фарм.н., доцент, LenaIMK@yandex.ru

МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ НАПРАВЛЕННОСТЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ УСЛУГИ В АПТЕКЕ, НА ПРИМЕРЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ

Введение: Смертность от гриппа в России увеличилась в январе–сентябре 2016 года в три раза по сравнению с январем–сентябром 2015. Эти тревожные данные в очередной раз поднимают проблему профилактики и лечения вирусных заболеваний различной этиологии.

Высокая популярность и востребованность иммуномодуляторов приводит к необходимости изучения не только терапевтических, но и различных других характеристик данных препаратов.

Целью данного исследования: изучить факторы, обеспечивающие адресность информационной услуги в аптечной организации.

Материалы и методы: В процессе исследования использовались методы: логический, статистический, социологический (анкетирование и интервьюирование).

Учитывая большое разнообразие лекарственных препаратов из группы иммуномодуляторов, нами была разработана база данных, которая содержала следующие показатели: лекарственная форма, курс лечения, побочные действия, противопоказания, способы приема, возможность профилактики[1],[2].

В ходе анализа разработанной базы данных нами были выделены факторы, которые способствуют оптимизации информационной услуг по исследуемой группе.

В рамках исследования, была предложена следующая бальная оценка факторов: прием препарата *per os*: +1 балл; необходимость приема препарата один раз в день: +1 балл; изменение кратности приема в течение одного дня: -1 балл; длительность приема с целью лечения меньше недели: +1 балл; длительность приема с целью лечения больше десяти дней: -1 балл; возможность использовать с целью профилактики: +1 балл; отсутствует показание к профилактике: -1 балл; длительность приема с целью профилактики меньше 2 недель: +1 балл; длительность приема с целью профилактики дольше месяца: -1 балл; безрецептурный отпуск: +1 балл; рецептурный отпуск: -1 балл; каждое противопоказание: -1 балл.

В результате, разработанная нами оценка, позволила выявить препараты, которые могут быть наиболее востребованными потребителями. Совокупная оценка характеристик, влияющих на приемлемость исследуемых препаратов, позволяет с точностью характеризовать препараты Умвиферона: “Арбидол” и “Арбидол-максимум” как наиболее приемлемые ЛС из рассматриваемого списка. Тем самым помочь сотруднику аптеки повысить качество оказания информационной услуги.

Данные препараты обладают оптимальным соотношением всех рассматриваемых характеристик, за исключением частоты приема с целью лечения, и двумя противопоказаниями к применению.

Препараты “Эргоферон”, “Полиоксидоний”, “Бронхо-мунал” характеризуются приблизительно равным числом позитивных и негативных характеристик. “Бронхо-мунал” теряет баллы за счет длительных сроков лечения и профилактики и рецептурного характера отпуска данного препарата.

Недостатками “Полиоксидония” являются форма выпуска (Суппозитории вагинальные и ректальные 6 мг), противопоказания и длительность срока лечения. “Эргоферон” – препарат с неоднозначными характеристиками сроков лечения и профилактики, обладает сложной схемой приема.

Наиболее низкие значения приемлемости исследованию получили “Кагоцел”, “Эргоферон”, у которых производители указал 7 и 8 противопоказаний соответственно и “Деринат” - единственный препарат из рассматриваемого списка, который не используется в качестве профилактического средства и обладает менее удобной лекарственной формой (раствор, предназначенный для закапывания в нос), длительным сроком приема с целью лечения.

Результаты и обсуждения: В ходе данного исследования была разработана база данных иммуномодуляторов, зарегистрированных на российском фармацевтическом рынке.

Проведена оценка основных характеристики иммуномодулирующих препаратов и выявлены ЛП с наивысшей степенью приемлемости.

Список литературы

- Грибкова Е.И., Зверева В.И. Изучения рынка иммуностимулирующих лекарственных средств на основе растений рода *Echinacea*. Материалы III Международной студенческой конференции «Клинические и теоретические аспекты современной медицины» Москва, РУДН, 2011, С.182-183
- Грибкова Е.И., Семкина О.А. Разработка настойки корневищ с корнями Эхинацеи и маркетинговый анализ рынка иммуностимулирующих средств. Научно-информационный журнал «Жизнь без опасностей» Москва, 2013, С.66-72

Брагин Т.С. - аспирант кафедры управления и экономики фармации, медицинского института
t.braggin@mail.ru

Научный руководитель: **Смирнов А.И.**, к.фарм.н., smi7210345@gmail.com
Российский университет дружбы народов, Москва, Россия

ОБОСНОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ТРАНСПОРТНО-ЛОГИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Введение. В соответствии с действующим законодательством РФ перевозка лекарственных средств (ЛС) является одним из этапов их обращения и входит в содержание фармацевтической деятельности. Включение перевозки ЛС в сферу интересов аптечных организаций требует адаптации современных логистических технологий к условиям работы розничного звена фармацевтического рынка, разработки стандартных процедур их проведения и оптимальных критериев оценки. [1,2,3,4]

Цель исследования. Изучение факторов, оказывающих влияние на логистическую деятельность аптечных организаций, в частности осуществление транспортно-логистических операций, для обоснования комплекса актуальных логистических технологий.

Материалы и методы. Для формирования информационного массива применялся социологический метод исследования, в качестве инструментария использовалась сложно генерированная анкета для сотрудников аптечных организаций Москвы и Московской области.

В опросе приняли участие свыше 150 специалистов, главным критерием включения в референтную группу была занимаемая должность, а именно: руководитель аптечной организации, заместитель и руководитель структурного подразделения. Сто процентов респондентов имели высшее фармацевтическое образование и стаж работы более 5 лет.

Результаты и обсуждение. В результате картографического анализа установлено, что аптечные организации (АО), специалисты которых составили референтную группу, равномерно располагались в пределах московской кольцевой автодороги и в непосредственной близости от нее. Большинство АО (90%) имели график работы с 9.00 до 21.00.

В среднем для заказа ЛС использовалось 6 ± 2 поставщиков. Изучение транспортно-логистических показателей позволило выявить наиболее значимые из них и установить значения, которые далее рассматривались как стандартные.

Основным способом отправки заявки поставщикам товара являлся заказ по электронной программе конкретного поставщика, в случае сбоя системы использовалась электронная почта или телефонный звонок.

Минимальная сумма заказа составляла 5000 рублей. Выявлено, что среднее число прибытий груза за единицу времени (сутки) было равно 8. Самым распространенным интервалом времени доставки товара в аптеку был период с 12.00 по 14.00.

В соответствии с договорами купли-продажи между аптеками и дистрибьюторами средний срок доставки составлял 3 рабочих дня, в то же время значительная часть респондентов указали, что реальный срок доставки был меньше определенного договором и составлял один день.

При анализе частоты поставок в течение рабочей недели, были выявлены два дня пиковой нагрузки: вторник и пятница. В качестве проблемных моментов при осуществлении транспортно-логистических операций отмечались задержка поставки (до 21 часа), отсутствие требований и контроля за санитарным состоянием транспортных средств, соблюдением условий транспортировки товаров и пр.

В результате анализа качественных показателей поставки товаров аптечного ассортимента, в том числе ЛС, обоснованы стандартные значения и определены проблемные области. В большинстве случаев товары в аптечные организации поставлялись без нарушений условий договора и повреждений (88,0%), в то же время в 8,0% были выявлены случаи механического повреждения товара при транспортировке (первичной или вторичной упаковки);

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

3,0% товара поступило без сопроводительных документов; в 1,0% случаев отмечалось нарушение температурного режима «холодовой цепи».

Установлено, что только 32,0% дистрибьюторов относятся негативно к возврату товаров. Среднее время возврата товара поставщику составляло 5 дней, а при согласованных по договору сроках изъятия поставщиком указанных товаров данное время варьировалось от 2 до 80 дней.

Вывод. Результаты исследования показали, что отсутствие определенных стандартов и требований к перевозке ЛС и качеству транспортных услуг, сформулированных в контексте фармацевтической деятельности, создает определенные трудности в работе аптечных организаций.

Поэтому активное внедрение логистических технологий на основе стандартных процедур и критериев их оценки будет способствовать сохранению и поддержанию качества товаров аптечного ассортимента на заключительном этапе товародвижения.

Данная составляющая бизнес-процессов АО, которая определяет не только конечный финансовый результат предприятия, но и социально-значимый - наличие, доступность, возможность заказа и оперативной доставки лекарственных препаратов в аптеки для удовлетворения запросов конечных потребителей.

Список литературы

1. ФЗ «Об обращении лекарственных средств» от 12 апреля 2010 года № 61-ФЗ.
2. Межгосударственный стандарт. ГОСТ ISO 9000:2011. Системы менеджмента качества. Основные положения и словарь (ISO 9000:2005, IDT). Издание официальное. Москва. Стандартинформ. 2012.
3. Скрипачева Л. О внедрении стандарта GPP в Казахстанских аптеках // Эмити Pharm. – 2013. - No 3. - С. 20-23.
4. Шопабаета А.Р., Евтушенко О.Н., Тулегенова А.Р. Анализ Готовности Перехода Казахстанских Аптек на стандарты GPP // Вестник КазНМУ, No5 – 2014 - С. 165-167

Әжібай А.Ғ. Тұрарбекова Г.Қ - Қоғамдық денсаулық сақтау факультеті 2,3курс agishon@bk.ru
Ғылыми жетекшісі – ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г. Isataeva@mail.ru
С.Ж.Асфендияровтыңдағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы, Қазақстан

ДӘРІЛІК ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ БІР БӨЛІГІ РЕТІНДЕ

Кіріспе. Қазіргі кезде дәрілік қамтамасыз етудің интеграциялық түрі жүйелік сипатта жүргізіледі [1, 2].

Мақсаты – Қазақстандағы дәрілік заттармен қамтамасыз ету үрдісіне жүйелі талдау жасау.

Материалдар мен әдістер. Жүйелі талдау әдісі.

Зерттеу қорытындылары. Әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастарды дәрілік заттармен қамтамасыз ету үрдісінде жүйелі зерттеу әдісін қолдану келесі себептермен мүмкін болды:

- дәрілік заттармен қамтамасыз ету үрдісі мен оның науқастардың өмір сапасына әсері фармацевтикалық тармақ үшін жүйелі болып табылады;

- науқастарды дәрілік заттармен қамтамасыз ету арнайы жайттарға байланысты (аймақтағы аурушандық, экология мен табиғи ауа райылық әсерлер, елдегі дәрілік заттар саясаты, демографиялық және көшіп қонышылық үрдістер, фармацевтикалық кәсіпорындардың болуы);

- Әлеуметтік маңызды ауруларды дәрімен қамтамасыз ету үрдісіне әсер ететін жайттарды анықтау ҚР да, басқа әлем елдерінде де науқастардың дәрілік көмекпен қанағаттандырылу дәрежесіне (дәрілік заттар саласындағы саясаттың сапалық деңгейіне) байланысты;

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

- ҚР дәрілік заттармен қамтамасыз ету үрдісінің дамуының басты көрсеткіштері, дәрілік заттардың толыққандылығы мен қолжетімділігі, тегін және жеңілдікпен берілетін дәрілік заттарды тарату ғұрпы мен мәдениеті;

- жаңа экономикалық жағдайлардағы дәрілік заттарды тарату үрдісіне қатысушылардың бағыты мен атқаратын рөлінің талдауы;

- өз мақсаттарын жүзеге асыруға талпынған денсаулық сақтау ұйымдарын басқаратын мемлекеттік мекемелердің ресурстарын талдау;

- әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастарды дәрілік заттармен қамтамасыз ету үрдісінің басқа санаттағы адамдардан ерекшелік көрсеткіштері (тегін және жеңілдікпен берілетін дәрілік заттар негізінде дәрілік заттар номенклатурасын кеңейту);

- жүйелі талдау әдісін қолданудың мақсаты дәрілік көмек көрсету үрдісінің барлық қатысушыларымен құрылым шекараларын анықтау, тармақтық құрылымын зерттеуде жатыр (табиғи-климаттық, саяси, экономикалық, экологиялық, көшіп қону факторларын ескергенде);

Жүйелі сипаттан қарағанда дәрілік қамтамасыз ету үрдісі елдің, қоғамдық жүйенің макроэкономикасының ірі бөлшегін құрайды. Сыртқы орта кезеңді өзгерістегі бөлшек болып табылады, осыған орай осындай өзгерістерді оның көрсеткіштерін талдау арқылы тұрақты бақылау маңызды.

Халық дәрілік препараттарды тұтынушылар болып табылады және сол себепті оның құрамы әлеуметтік-демографиялық, экономикалық және басқа да сипаттағылары дәрілік қамтамасыз етудің барлық субъектілердің арақатынастық және ұйымдастырушылық тетіктерін құраушы болып табылады.

Сыртқы макроортадағы дәрілік заттармен қамтамасыз ету көрсеткіштерін талдауда біздер STEP PV технологиясын қолдандық, ол кеңейтілген нұсқадағы талдау әдісі. Бұндай нұсқада STEP PV бөлшектері – әлеуметтік (social), технологиялық (technological), экономикалық (economical), саяси (political) – сыртқы табиғи орта факторларымен толықтырылған және Personal values қоғамының жекеленген байлығы (мәдениеті мен ғұрпы) болып табылады.

Қорытынды

Кез келген жүйе, соның ішінде дәрілік қамтамасыз етуде онымен өзара әсерлес сыртқы ортамен бірге қарастырылуы тиіс. Сыртқы ортаның кейбір факторлары жүйе тарапынан түсетін әсерлерге көнбейді, басқа жүйелерге әсер етуі мүмкін. Бірақ әрбір жағдайда сол және басқа да факторлардың сипатын алу шарт.

Әдебиеттер

1. Мошкова Л.В., Гришин А.В. Развитие информационных технологий в системе организации лекарственного обеспечения // Фармация. – 2000. - № 5-6. – С.12-14
2. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Исследование вопросов справедливости и этики при оказании лекарственной помощи больным социально значимыми заболеваниями по регионам РК // Материалы Международной конференции «Фармацевтическая биоэтика». – Москва. – 2007. – С. 37 - 39

Әжібай А.Ғ. Тұрарбекова Г.Қ. Қоғамдық денсаулық сақтау факультеті 2,3курс agishon@bk.ru

Ғылыми жетекшісі – ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г. Isataeva@mail.ru

С.Ж.Асфендиярұлындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы, Қазақстан

ДӘРІЛІК КӨМЕК КӨРСЕТУ БОЙЫНША ДДҰ ҰСЫНЫСТАРЫ

Өзектілігі. Қазақстанның Республикасының заманауи жағдайларда дамуында хадықты дәрілік заттармен қамтамасыз ету тетіктері фармацевтикалық мекемелердің нарықтық қызметтерінің халықты әлеуметтік қорғауға бағытталған мемлекеттік реттеу шараларының ұштасуымен сипатталады/1, 2, 3/.

Зерттеу жұмысының мақсаты – ҚР дәрілік затпен қамтамасыз етудің даму ерекшеліктерін зерттеп талдау.

Материалдар мен әдістер – контент-анализ әдістері, әлеуметтік-маркетингтік зерттеулер.

Нәтижелер мен талқылаулар. Сондықтан әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастарды кепілдемелі көлемдегі дәрілік заттармен қамтамасыз ету қиын шешімді.

Қазіргі таңда ҚР фармацевтикалық нарықтың әлеуметтік институтының құрылуы мен дамуындағы келесі маңызды кезеңдер айқындалды.

Қазақстан Республикасында әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастарды дәрілік заттармен қамтамасыз етумен байланыста ауыртпалықтарды қазіргі таңда шектеулі бюджеттік қаржыландыру шарттарында, дәрілік заттарға баға орнату жүйесінің болмау жағдайларында, фармацевтикалық нарықта саны көп әрі бағасы қымбат дәрілік заттардың болуында шешуге тура келеді.

Ондағы маңызды орынды денсаулықтары тұрақты немесе курстық медикаментозды емді қажет ететін, бірақ материалдық жағдайлары өмірлік маңызды және қажетті дәрілік затты алуға мүмкіндік бермейтін науқастар алады.

Дәрілік заттармен қамтамасыз ету ауыртпалықтарын шешуде ДДҰ ресурстары шектеулі елдерге фармацевтикалық секторды («Ұлттық Дәрілік Саясатты») өндіруді және енгізуді ұсынады. Ұлттық Дәрілік саясаттың маңызды бөлшегі болып негізгі дәрілік препараттар тізімі болып табылады.

Бұндай тізімге дәрілік препараттарды таңдау көрсеткіштеріне маңызды ауруларды емдеу және алдын алуда қолданылуы, дәлелденген тиімділік пен қауіпсіздігі, бұл препараттардың бағасы мен тиімділігі арасындағы арақатынастың ескерілуі жатады.

Негізгі дәрілік заттар тізімі емдеусызбасының бағасын анықтаудың, дәрілік заттарға мұқтаждықтың, сонымен қатар оған енген препараттарды бақылайтын құжаттар мен ақпараттарды дайындаудың негізі болып табылады.

ҚР ең жоғары деңгейде аурушаңдық көрсеткіші артып жатқан аурулар қатарына туберкулез, вирусты гепатит жатады. Бұл тенденция бірнеше жылдың барысында сақталып тұр.

Жүргізілген зерттеу барысында әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастар ақы төлей алу қабілеті бар сұраныстар мен тұтынушылық артықшылықтарымен сипатталатынын ескердік. Ақы төлеуге қабілетті сұранысты анықтауда тұтынуға қажетті кіріс деңгейі маңызды.

Қазіргі таңда ҚР төмендегі сипаттамалр тән кезеңдерөткерілмеді:

1. Фармацевтикалық нарықтың әлеуметтік тетік ретіндегі нормалары және қағидаларымен байланысты үрдістерді құру мен беіту;
2. Айтылып отырған әлеуметтік институттың мүшелерін қамтитын жүйенің құрылуы, себебі осы тетікті құраушылардың барлығы өзара тығыз байланыста деп айтуға әлі ерте.

Қорытынды

1. Дәрілік заттармен қамту үрдісін зерттеу нарықтық жағдайларда дәрілік заттармен қамту үрдісі толықтай коммерцияланғанын көрсетті, ол өз кезегінде әлеуметтік маңызды аурулармен ауыратын науқастарға көрсетілетін дәрілік көмектің сапасына кері әсерін тигізеді.

2. ҚР бөліп сатушы дәріханалық ұйымдар мен дистрибьюторлық жүйелердің біркелкі дамып таралмауы дәрілік заттармен қамтамасыз етуге теріс әсер етеді.

Республикада денсаулық сақтау ұйымдарының фармацевтикалық тармағында жүргізілген реформалардың нәтижесінде мемлекеттік дәріханалық ұйымдар аздаған көлемде қалды. Дистрибьюторлар отандық дәрілік заттарды таратуға экономикалық қызығушылық танытпайды, яғни бұл осы аурумен ауыратын науқастардың дәрілік заттарға қол жетімділігін төмендетеді.

Әдебиеттер

1. Health Sectors Reforms: Key issues in less developed countries. – WHO. – 2005. – 32 p.
2. Antezana F.S., Velasques G. Health economics and health sectors reforms // WHO. – 2006. – 18 P.
3. Тельнова Е.А. Международный опыт организации лекарственного обеспечения льготной категории населения Фармация, - 2005. – №5 - с.45-47

Әжібай А.Г., Тұрарбекова Г.- Қоғамдық денсаулық сақтау факультеті 2,3курс, agishon@bk.ru
Ғылыми жетекшісі – ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г.lsataeva@mail.ru

С.Ж.Асфендияроватындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы, Қазақстан

ТАБИҒИ РЕСУРСТАР – ЕЛДЕГІ ДӘРІМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІҢ ДАМУЫНЫҢ НЕГІЗІ

Өзектілігі. Дәрілік өсімдіктерге бай Қазақстан мен Ресей елдері дәрілік препараттарды солардың негізінде өндіре алады.

Мақсаты – ҚР дәрілік қамтамасыз етуді дамытуда табиғи ресурстарды пайдалану мүмкіндігін зерттеу.

Материалдар мен әдістер – контент-анализ.

Нәтижелер мен талқылаулар. Біздің зерттеу жұмыстарымыз көрсеткендей қазірдің өзінде дәрілік шөптердің мәдени түрін өндірумен айналысып жатқан ұйымдар бар. «Клон» ҒӨҰ түрлі облыстардың орман шарушылықтарында теңіз балдыры, ит раушан, ырғай сияқты өсімдіктердің элиталық сыныптарынан плантациялар құрылған [1, 2].

1. «Алем-Ген» фирмасы левзеи, валериан, шалфей, түймедақ, пустырник өсіру бойынша агротехникалық шараларды өндірді. Олардың плантациялық өсірілімдеріне 30 га жер бөлінген.

2. Ауылшаруашылық Министрлігінің экология-биологиялық орталығы левзей, сафлоровидной, күлгін родиола, дәрілік шалфей, бадан, дәрілік валериан, ромашка мен жалбыздың жатырлық плантациялары құрылған.

3.«Химфарм» АҚ-ның «Дармин» совхозында дәрілік өсімдіктік шикізат өндіру жұмыстары жүргізілуде.

Мемлекеттік бағдарлама барысында нарықтық қатынастарға өтуде фармацевтикалық және медициналық өндірісте плантация құруда жаңа жағдайларда қолданылатын жабайы өсімдік шикізаттарын жинау жоспарлануда.

Жаңа экономикалық жағдайларда жабайы дәрілік шикізаттарды ғылыми негізделген ұсыныстарды ескере отырып, лицензиялық негізде өндіру қажет.

Дайындалатын дәрілік өсімдікті шикізат көлемін жоспарлауда ТМД елдерінің басқа жақтарынан да келетінін ескеру қажет.

Көрші елдер Ресей фармацевтикалық кәсіпорындарына мия тамыры, эфедра, гармалы өсімдігін, жусан, ит раушан, аконит тамыры мен теңіз балдырын жеткізе алады.

Соңғы жылдары қазақстандық ғалымдар жергілікті өсімдікті шикізаттан өндірілетін жаңа дәрілік заттар өндіруде. Бұл өнімдерді өсімдікті шикізаттардан фармацевтикалық өнім өндіруді дамытудың негізіне алу жоспарлануда.

Қорытында. Фармацевтикалық және медициналық өндірістің басты бағыттарын дамыту, дәрілік заттардың импортына тәуелділікті өзіндік өндіріс қуаттылығын, шикізат көздерін, ғылыми-техникалық потенциалдарды барынша қолдану және заманауи технологиялар негізінде жаңа фармацевтикалық өндіріс орындарын құру арқылы жоспарлы

Әдебиеттер

1. Багирова В.Л. Использование инновационного потенциала фармацевтической промышленности для улучшения лекарственного обеспечения в РК // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2006. – № 40 (1). – С. 122-124.
2. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Разработка инновационных препаратов – основа повышения качества лекарственного обеспечения больных социально значимыми заболеваниями в Республике Казахстан // Российский медицинский журнал. – 2007. - № 5.- С.28-33

Рамазан Мадина Нұрланқызы, Мақсұт Нұрлы Ардаққызы - ҚДС факультетінің 2 курс студенттері

Ғылыми жетекшісі – **ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г.**

С.Ж.Асфендияроватындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ДӘРІЛІК ЗАТТАР

Өзектілігі.Өзіндік дәрілік препараттар өндіру мен шығару маңыздылығы даусыз /1, 2/.

Мақсаты – ҚР фармацевтикалық кәсіпорындарындағы инновациялық дәрілік заттарды өндіруді зерттеп талдау.

Материалдар мен әдістер – контент-анализ.

Зерттеу нәтижелері. Біз жасаған талдау жұмыстары көрсеткендей, бүгінгі таңда қазақстандық фитохимия Институтымен 20 аса түпнұсқалық фитопрепараттар дайындалған.

Олардың алтауы өмірлік маңызы бар дәрілік заттар мен дезинфекциялық заттар қатарына енген. Қазақстандық химиктер мен фармакологтар жоғары ғылыми дәрежеге ие, ол өз кезегінде оларға жан-жақты, сапасы мен тиімділігі жағынан жергілікті және халықаралық нарықтағы бәсекеге қабілетті препараттар шығаруға мүмкіндік береді. Қазақстанда Республикалық мақсатты ғылыми-техникалық «Медицинада, ауыл шаруашылығында және өндіріс орындарында биотехнология және гендік инженерия әдістерін қолдану» бағдарламасының барысында биотехнологиялық бағыттағы кәсіпорындармен розеофунгин антибиотиктерін, ферментті препарат имозимді, дисбактериоз еміндегі бифидумбактерияларды өндіру құрылып, ұйымдастырылды. Шымкент қаласындағы Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік медициналық академиясында мия шөбінің тамыры негізінде жаңа кешенді препарат «Биаскин» өндірілді. Капсула түрінде ұсынылып отырған түрінің құрамы келесідей: биосластин, аскорбин қышқылы, крахмал. Бұл кешеннің бірегейлігі оның екі белсенді заттан тұратындығында – биосластин және аскорбин қышқылы, бұлар өз кезегінде антиоксидантты және гепатопротекторлық белсенділікті күшейтеді.

Кейбір қазақстандық зерттеушілер барлық қатерлі ісік жасушаларына тән маркер-ақуыздарға тән иммуноглобулиндер ала алды. Соның негізінде Нормоген препараты өндірілген. Ол клиникаға дейінгі тәжірибелермен расталған басқа да онкологиялық иммундық биологиялық заттармен барынша артықшылығымен ерекшеленеді. Оңтүстік Қазақстандық фармацевтикалық Академия негізінде, сонымен қатар, Глицирразид В₆ препараты шығарылған, ол макрофагтармен даралап ұсталатын, лизосоматропты, макрофагтардың қызметтік әрекеттерін іске асыратын қасиетке ие декстрандық матрицадағы изониазидтің пролонгирленген түрінде рөл атқарады. Айтылып отырған препараттар алдыңғы қатарлы қазақстандық және ресейлік медицина орталықтарында клиникалық тәжірибелерден өткен.

Қорытынды. Сонымен, біз жүргізген зерттеу жұмыстары әлеуметтік маңызды ауруларды емдеуге қажетті препараттарды өндіруге барынша болашағы зор іс шараларды айқындауға мүмкіндік берді. **Оларға өзіндік түп нұсқалық фармацевтикалық өнім өндірумен айналысатын кәсіпорындар жатады: ҚР ҒБҰ Фитохимия Институты, Алматы қаласының «Фирма Қызыл-Май» ПК, Шымкент қаласының «Химфарм» АҚ, Алматы қаласының «Экафарм» СП ЖШС, Алматы қаласының «Глобалфарм» СП ЖШС, Павлодарлық ХФЗ, «Тес» ЖШС.**

Әдебиеттер

1. Адекенов С.М. Современное состояние и перспективы производства отечественных фитопрепаратов и биотехнологической продукции для медицины // Фармация Казахстана. – 2003. - №2. – С.21-25.
2. Адекенов С.М. Салсоколлин - отечественный гепатопротектор с доказанной эффективностью // Казахстанский фармацевтический вестник. – 2004. - № 17.

Рамазан Мадина Нұрланқызы , Мақсұт Нұрлы Ардаққызы - ҚДС факультетінің 2 курс студенттері

Ғылыми жетекшісі – ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г.

С.Ж.Асфендияроватындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы, Қазақстан

ҚР ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ НАРЫҚТАҒЫ СҰРАНЫСТЫ ТАЛДАУ

Өзектілігі. Бүгінгі таңда ҚР фармацевтикалық нарығында сұраныстың тууы негізінен халықтың – ҚР оның негізгі субъектісінің, жергілікті халқы, 1990 жылдан бері төмендеп келе жатқан санына байланысты, негізінен миграциялық (көшіп қону) үрдістерінің артуында.

Мақсаты – елдегі фармацевтикалық нарықтағы сұраныстың тууына әлеуметтік-демографиялық көрсеткіштердің әсерін талдау.

Халық, науқастардың жиынтығы ретінде, **ең алдымен**, санының өзгеру сипатымен және жастық ерекшелігімен, **екіншіден**, ол елдегі ауру құрылымымен және көлемімен сипатталады.

Фармацевтикалық нарықтың тереңдігіне әсерін тигізетін негізгі көрсеткіштер:

- демографиялық көрсеткіштер;
- аурушандық деңгейі;
- территориялық орналу көрсеткіші.

Елдің халық саны 2009 жылдың 1 қаңтарында 15219,3 мың. адамды құрады, оның ішінде қалалықтар саны - 8696,5 мың. (57,1%), ауылдықтар саны - 6522,8 мың адам (42,9%).

ҚР соңғы халық санағы 2009 жылы жүргізілді. Барлық ТМД елдері үшін, соның ішіне ҚР қосқанда, өткен ғасырдың 90-шы жылдары кейінгі онжылдықтармен салыстырғанда айтарлықтай төмендей түсті.

Қазақстанның ең ірі қаласы болып Алматы қалуда- 450 мың; халқы бар қала қатарына Қарағанды, Шымкент, Тараз, Астана, Өскемен, Павлодар жатса; ал 300 мыңға дейін тұрғыны бар қалаларға Семей, Ақтөбе, Қостанай, Петропавл кірсе, 200 мыңды халық бар қалаларға Орал, Теміртау, Атырау, Қызылорда, Ақтау, Екібастұз, Көкшетау, Рудный жатады. Қалған қалалардың халық саны 100 мың адамнан. 9 кестеде ҚР халқының экономикалық құрылымының толқуы көрсетілген.

Сонымен, мемлекеттік мекемелердің зейнеткерлердің дәрілік заттарға мұқтаждығын қамтамасыз етуі кеңейтілді. Қазақстандағы еңбекке жарамды халықтың демографиялық көрсеткіштерінің ерекшелігі, балалар санының еңбекке жарамды халықтың үлкендерінен 2,5 есеге артық болуында (1 кесте).

Халықтың санының табиғи жолмен өсуі ҚР туу көрсеткішінің санының жоғары болуында. Бірақ ҚР туу көрсеткіші әр аймақта әр түрлі. Сонымен ол оңтүстік Қазақстантан облысында жоғары - 26,5, ал төмен көрсеткіш шығыс Қазақстан облысында- 12,2.

Қорытынды.

Халық санының табиғи жолмен өсуі отандық дәрілік заттар өндіру мен фармакологиялық нарыққа жалпы оң әсерін тигізеді.

Әдебиеттер

1. Медик В.А. Пути совершенствования лекарственного обеспечения населения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2000.- №1.- С.45-47.
2. Просвещение населения по вопросам использования лекарств: растущая потребность // Монитор основных лекарств. – Женева: ВОЗ, 2011. - №2. – С. 1-16.
3. Правительство анализирует состояние фармацевтической отрасли республики // Фармация Казахстана. – 2003. - №4. – С.5-6.

Рамазан М.Н., Мақсұт Н.А.- ҚДС факультетінің 2 курс студенттері
Ғылыми жетекшісі – ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г.
С.Ж.Асфендияроватындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАН ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ӨНДІРІСІ МЕН ДАМУЫ

Өзектілігі. Отандық фармацевтикалық өндірістің дамуы дәрілік заттармен қамтамасыз етудің көптеген ауыртпалықтарын шешуге мүмкіндік береді /1, 2/.

Мақсаты – ҚР фармацевтикалық өндірістің заманауи жағдайын талдау.

Материалдар мен әдістер – контент-анализ.

Нәтижелер мен талқылаулар. Зерттеу жұмыстарының көрсеткені қазіргі таңда республикада медициналық және фармацевтикалық өнімдер өндіретін 100 ірі және орташа компаниялар бар (олардың көпшілігі дәрілік өсімдікті шикізат дайындау мен галендік өнім өндірумен айналысады) - 600 артық атауы, 100 ден көбі, негізгі өмірлік маңызы бар дәрілік заттар құрамына кіреді. Өнімнің жалпы жылдық көлемі шамамен 22-23 млн. долларға емептелінеді. Басты отандық медикаменттерді шығаратын өндіріс орындары болып – «Химфарм» АҚ, «Алматы фармацевтикалық фабрикасы» АҚ, Батыс Қазақстандық АҚ, «Береке» АҚ және т.б. саналады. Соңғы жылдары «Химфарм» ААҚда екі жүзден аса атаулы дәрілік дайын заттардың шыққандығы анықталған. Қазақстанның негізгі өмірлік маңызы бар дәрілік препараттарының ресми тізіміне 449 атау кіреді, оның жүзге тартары қазіргі сәтте «Химфарм» АҚ өндіріледі.

Зерттеу жұмыстары «Химфарм» АҚ жылына 12 миллион пакет жылдамдықпен инфузиялық ерітінділер өндіретін жаңа технологиялар мен жабдықтар қолданылатын автоматтандырылған цех ашуды жоспарлайтындығын көрсетті.

Қазақстанда алғаш рет «Химфарм» АҚ халық сұранысын толықтай қанағаттандыратын заманауи өндірістегі дәрілік заттарды мазь және суппозиторилер түрінде шығаруды көздеуде. Әлеуметтік маңызы бар ауруларды емдеуге арналған дәрілік заттарды өндіру үшін қажетті дәрілік өсімдікті шикізатты орау «Алтын Тамыр» (Алматы қ.), «Фармация» ААҚ (Қарағанды, Қызылорда, Қостанай ққ) сияқты ауылшаруашылық кәсіпорындарында жүргізіледі. Бірақ қазақстандық бір де бір кәсіпорын халықаралық стандарттардың менеджмент сапасына сай келмейді. Өз кезеңінде бұл ҚР фармацевтикалық және медициналық өндірісін дамыту Бағдарламасының тармақтық жобасының бастамасы болды.

Оның негізгі мақсаты – ҚР дәрілік саясат концепциясын іске асыру, негізінен, халықты қауіпсіз, тиімді және сапалы отандық және импорттық өнімдермен қамтамасыз ету. Бірақ, кейбір отандық дәрілік препарат өндірушілерде инновациялық өндіріс болғанына қарамастан, олардың көпшілігі өздерінің түр түрлі саясаттарын дженериктер негізінде жүргізеді. Жалпы бұл саясат, кейбір зерттеушілердің белгілеуі қарағанда, келісілмеген және қазақстандық өндірушілер көбіне бір бірімен бәсекелеседі.

Қорытынды. Бүгінгі таңда ҚР дәрілік препараттарды өндіретін біртекті мемлекеттік стратегия жоқ және өндірушілер бір уақытта меңгерілген бағытта жасанды қайта өндіріс жағдайына түсіп, дәрілік заттар түрін сатылымға қарай құрады, ол өз кезегінде мемлекет халқын дәрілік заттармен қамтамасыз етудегі жағдайлардың оңалуына әсерін тигізбейді және денсаулық сақтау жүйесі мен дәрілік заттармен қамтамасыз ету Концепциясын жартылай ғана іске асырады.

ӘДЕБИЕТТЕР

1. Сатаева Л.Г. Методические подходы к лекарственному обеспечению больных социально значимыми заболеваниями в РК // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2006. – №40 (1). – С. 97-99.
2. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Анализ проблем развития фармацевтической промышленности в Республике Казахстан // Вестник Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. – 2007. - № 1. – С. 148 – 153

Рамазан М.Н., Мақсұт Н.А. - ҚДС факультетінің 2 курс студенттері
Ғылыми жетекшісі – **ф.ғ.к, доцент Сатаева Л.Г.**
С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық медициналық университеті, Алматы, Қазақстан

ҚАЗАҚСТАНДА ТАҒАЙЫНДАЛАТЫН ГЕНЕРИКАЛЫҚ ПРЕПАРАТТАР

Өзектілігі. Қазіргі таңда фармацевтикалық нарықта 16000 атаулы дәрілік заттар көрсетілуде, денсаулық сақтау министрлігімен 6 мыңнан астамы тіркелген.

Мақсаты—фармацевтикалық нарық жағдайын талдау.

Материалдар мен әдістер – контент-анализ.

Зерттеу нәтижелері. Әдебиет көздерінде белгілендей, фармацевтикалық нарықта жаңа дәрілік заттарды өндіру мен шығаруға қажетті қаражаттың жеткіліксіздігіне байланысты фармацевтикалық нарықта бұл тармақта инвестиция қызығушылығы мен сатып алушылық төмендегендіктен, қазіргі таңда дженериктер нарығы (бүкіләлемдік тенденция) басым болып табылады.

Басқа мемлекеттердің тәжірибесіне сүйене отырып, Ресей нарығында дәрілік заттарды генерикалық ауыстыруға байланысты нормативтік актілер жүйесін құруға болады.

Дәл осындай жолмен кезінде Германия, Франция, АҚШ және т.б. дамыған мемлекеттер жүрген. Генерикалық орын алмастыру бірден бірнеше қатар артықшылықтар береді. Біріншіден, қымбат дәрілік заттар алуға кететін шығындар азаяды.

Екіншіден, отандық фармацевтикалық кәсіпорындарда импорт жолымен келетін дәрілік заттарға ұқсас жаңа дәрілік препараттар ашуға қызығушылық пайда болады. Нәтижесінде осы екі көрсеткіштер бірігіп, дәрілік затпен қамтамасыз ету сапасын жақсартады және дәрілік заттар импортын реттейді.

Шетелдік компаниялар жаңа дәрілік препараттарды әкеліп, ал өзіміздің отандық өндірушілер өндіре алатын препараттарды әкелуді қысқартады. Қазір фармацевтикалық нарықта тұтынушы сатушы маркаға қаражат жұмсайтын болды, нәтижесінде дәрілік препарат бағасы бірнеше есе жоғарылайды.

Қорытынды. Зерттеу жұмысы бүгінгі күні емдік тәжірибеде көбінесе генерикалық дәрілік препараттар тағайындалы және қолданылатынын көрсетті. Фармацевтикалық өндірістегі инвестицияға кері әсерін тигізетін көрсеткіштер: фармацевтикалық нарықтың аздаған сыйымдылығы.

Әдебиеттер

1. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Развитие социального механизма фармацевтического рынка в Республике Казахстан // Фармацевтический бюллетень. – 2014. - № 3-4. – С. 11 – 12.

Тоқтасын І. Б., Мақсұт Н. А. - «Қоғамдық денсаулық сақтау» факультетінің 2-курс студенті, 3-курс студенті. Ғылыми жетекшісі - ф.ғ.к, доцент **Сатаева Л.Г.**

С.Ж.Асфендияров атындағы Қазақ Ұлттық Медицина университеті. Алматы, Қазақстан

САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН 2011- 2015 БАҒДАРЛАМАСЫ

Кіріспе: Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласын дамытуға, профилактикалық іс-шараларды, мақсатты зерттеп-қарауды күшейтуге, диагностиканы жетілдіруге, негізгі әлеуметтік мәні бар ауруларды емдеу мен оңалтуға арналған маңызды бағдарлама.

Мақсаты: «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының негізгі мақсаты - елдің орнықты әлеуметтік-демографиялық дамуын қамтамасыз ету үшін азаматтардың денсаулығын жақсарту болып табылады. 2015 жылға дейін денсаулық сақтау саласында негізгі басымдық медицинаның профилактикалық және әлеуметтік бағдарды күшейту болады.

Әдісі: «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының негізгі әдісі – Халық денсаулығын көтеріп, аурушандықты, өлім-жітімдікті төмендетуге бағытталған және еліміздегі денсаулық саласына қатысты шешімдерге арналған негізгі әдістер болып табылады.

Нәтижесі: Қазақстанға алғашқы денсаулық сақтауды дамытуға, мемлекеттік дәрігерлік ұйымдардың тиімділігін, ашықтығын және есеп беретін менеджментке басымдық беруді, қоғамдық денсаулық сақтау қызметін құру және дамытуды, жүйеге қатысушылардың бәріне ортақ жауаптылықты дамыту арқылы денсаулық сақтау жүйесін қайта құруды қамтамасыз ету барысындағы мәселелер нәтижелі болмақ. Мемлекеттік бағдарламаны іске асыру жолдарының бірі адам ресурстарының сапасын жетілдіру болып табылады. Сол желілдірудің арқасында денсаулық саласындағы іс – әрекеттер нәтижесін беруде.

Қорытынды: Бірыңғай ұлттық денсаулық сақтау жүйесіндегі медициналық көмекті қаржыландыру және басқару, ұйымдарды жетілдіру бағытында стационар алмастырушы және жоғарғы технологиялар көлемін арттыру есебінен стационарлық көмекке қолжетімділік қамтамасыз етілді. Медициналық ұйымдарды медициналық техникамен жабдықтауды жақсарту, халық үшін дәрілік заттардың сапасын және қолжетімділігін арттыру сияқты мәселелер де өз шешімін тапты.

Қорыта айтқанда, «Саламатты Қазақстан» бағдарламасының алғашқы нәтижелері жаман емес. Денсаулық сақтау саласының барлық саласында ілгерілеушілік басым екендігі байқалады. Сонымен қатар бағдарлама мақсаты мен міндетіне қарай, қорытындысы өз нәтижелерін көрсетуде.

Жакова А.В. – аспирант кафедрсы Управления и экономики фармации, медицинского института,
zhakova_rudn@mail.ru

Научный руководитель: **Лоскутова Е.Е.**, д.фарм.н., профессор, ekaterinaloskuttova@gmail.com
Российский университет дружбы народов, г. Москва, Россия

РОЛЬ АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ В РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ 4С-МАРКЕТИНГА

Введение. Динамично меняющиеся условия системы обращения лекарственных средств требуют от всех субъектов, в том числе аптечных организаций, поиска новых маркетинговых технологий для оптимизации взаимодействия специалистов с потребителем и создания современных маркетинговых систем, ориентированных на качество жизни потребителей [1,2,3,4].

Цель исследования. Оценка востребованности современных маркетинговых технологий среди специалистов аптечных организаций.

Материалы и методы. Исследование проводилось на базе 24 аптек Москвы и Московской области. В качестве инструментария использованы оригинальные анкеты для аптечных работников. Опросник содержал вопросы, соответствующие элементам модели 4С-маркетинга, концепция которой была предложена Б. Лотербоном в 1990 г. [5], и включал 4 блока: 1) оценка потребностей; 2) оценка расходов; 3) оценка удобства; 4) оценка коммуникационного процесса. В исследовании приняло участие 112 специалистов, среди которых было выделено три референтные группы по занимаемой должности: руководители (13,0%), провизоры (30,0%) и фармацевты (40,0%) и три референтные группы по опыту работы: до 5 лет (37,0%), от 5 до 10 лет (33,3%) и более 10 лет (33,3%). Обработка материалов проводилась с помощью программы Microsoft Excel 2010, методом группировки и анализа таблиц сопряженности.

Результаты и обсуждения. Проведенное исследование показало, что с точки зрения специалистов аптечных организаций, наиболее важными показателями, которые характеризуют нужды и запросы потребителей являются: возраст (88,0%), цель покупки (77,5%), нозологическая форма заболевания (76,0%). Менее значимыми оказались семейное положение (5,0%) и образование (13,0%). В расходы потребителей, наряду с материальными и временными затратами, включались психологические затраты, которые рассматривались как переживания, связанные с различными аспектами покупки, например, отсутствием необходимого лекарственного препарата (ЛП), некорректным отношением аптечного работника и др. Большая часть специалистов (96,5%)

считают, что ценовой фактор оказывает самое важное значение при приобретении ЛП, что является логичным в условиях современной экономической ситуации. Психологические аспекты, не рассматриваются специалистами как существенные факторы, влияющие на покупку, например, негативное отношение специалиста к потребителю только в 19,0% случаев, как считают аптечные работники, может оказать влияние на совершение покупки. Показатели, характеризующие удобство процесса покупки товаров аптечного ассортимента, были разделены на две группы: а) удобство, связанное с ЛП (лекарственная форма, схема применения и др.); б) удобство, совершения покупки. По мнению провизоров и фармацевтов, вторая группа факторов является более значимой, в частности, такие показатели как отсутствие очереди (71,0%) и удобная выкладка товаров на витрине (70,0%). В тоже время, специалисты считают, что в 53,0% случаев удобство использования лекарственной формы и в 38,0% схема применения являются менее приоритетными для потребителей. Факторы, влияющие на осуществление взаимодействия между специалистом и покупателем, также были разделены на две группы: 1) информативность консультации; 2) качество осуществления коммуникации. В группе информационного компонента консультации наиболее важными признаками, которые необходимо учитывать при взаимодействии с потребителями, являются понятность консультации (76,0%) и достоверность (62,0%). В коммуникационном компоненте определяющими являются профессионализм специалиста (75,0%) и доброжелательность (54,0%).

Вывод. Результаты исследования показали, что взаимоотношения между специалистами и потребителями осуществляются в рамках традиционных представлений. В тоже время, концепция 4С-маркетинга предполагает кардинальное смещение ориентиров на потребителя в деятельности аптечных организаций, что позволит им более эффективно решать социальные задачи и качественно осуществлять фармацевтическую помощь.

Список литературы

1. Бурибаева Ж.К., Махамбетов Д.Ж., Степкина Е.Л. Об актуальности использования маркетинговых инструментов в управлении здравоохранением Казахстана // *J.Medicine (Almaty)*. – 2015. - № 12 (162). – Р. 2-4
2. Жураховская Д.В., Лоскутова Е.Е., Виноградова И.А. Маркетинговый анализ фармацевтического рынка нестероидных противовоспалительных препаратов на региональном уровне // *Современные проблемы науки и образования*. – 2014. - №2
3. Лагуткина, Т.П. Стандартизация и адаптация в фармацевтическом маркетинге /Т.П. Лагуткина, М.М. Бахлोल // *Вестник современной клинической медицины*. – 2016. – Т. 9, - вып.1. – С.40-45. – ISSN 2079-553X.
4. Неволина Е.В. Первые шаги к надлежащей аптечной практике. Часть 1. Эволюция стандартов / Е.В. Неволина // *Российские аптеки*. – 2007. - №3. – С. 12-14.
5. Lauterborn, B. (1990). *New Marketing Litany: Four Ps Passé: C-Words Take Over. AdvertisingAge*, vol.61, no.4, pp. 26.

Грушковская Д.Т., доцент кафедры организации и экономики фармации, фармацевтический факультет, dzvinka3005@gmail.com
Львовский национальный медицинский университет имени Данила Галицкого, г. Львов, Украина

ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ МАКРОСРЕДЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ФИРМ

Введение. В современных условиях повышение уровня динамичности среды функционирования фармацевтических фирм становятся все более актуальными вопросы оценки влияния факторов макросреды на их деятельность. Для сохранения и усиления своего положения на рынке, важно вовремя заметить изменения, которые влияют на деятельность фармацевтической фирмы, определить и реализовать меры, направленные на адаптацию к новым реалиям и тенденциям [1].

Цель исследования. Проанализировать динамику развития факторов макросреды и определить особенности их влияния на фармацевтический рынок.

Материалы и методы. При выполнении работы использованы методы информационного поиска, анкетного опроса, сравнения и анализа.

Результаты и обсуждения. На основании выполненного исследования современных подходов к определению состава факторов макросреды и с учетом специфики отрасли, выделены такие составляющие влиятельных компонент, как экономическая, демографическая, экологическая, политико-правовая, социально-культурная, научно-техническая.

С целью ранжирования факторов макросреды, нами был проведен опрос студентов по значимости каждого из них. По полученным результатам, 80% респондентов на первое место ставят экономические факторы, 2-е - политическая сфера, 3 и 4 - научно-технологические и социокультурные факторы соответственно [4].

Поскольку успешная деятельность на международном рынке обуславливается способностью оценить и правильно понять социально-культурные особенности страны, где фармацевтическая компания стремится осуществлять свою деятельность, нами был сделан акцент именно на социо-культурных факторах, включающих социальные институты, особенности господствующих в обществе традиций, привычек, уровня образования.

Фармацевтическое предприятие для достижения успеха в рыночной среде должно учитывать изменение таких факторов и ориентировать свою деятельность на определенный уровень культуры потребителей, а также позиционировать свой продукт таким образом, чтобы как можно лучше удовлетворить потребности целевой группы потребителей [2,3].

В частности, нами было исследовано влияние религиозной составляющей на развитие фармацевтического рынка. Объектами исследования выбрали Ислам и Иудаизм, как представители наиболее контрастных вероисповеданий.

Провели анкетный опрос студентов 5 курса фармацевтического факультета (англоязычное отделение), по результатам которого 59% респондентов владеют информацией о разделе лекарственных средств на «Харам» (Haram-pharmaceuticals) и «Халяль» (Halal-pharmaceuticals), 43% четко дифференцируют эти понятия между собой, и только 1,2% (все респонденты являются мусульманами) при выборе фармакотерапии предпочитают исключительно лекарственные средства, которые разрешены к использованию согласно Шариату, то есть, Halal-pharmaceuticals. Установлено, что доля «Халяль» ЛС составляет 26% от всей доли рынка, доля кошерной ЛС (разрешены в Иудаизме) составляет 13% соответственно.

Вывод. С учетом современных научных подходов и специфики функционирования фармацевтической отрасли, к основным факторам макросреды, которые влияют на функционирование фармацевтических фирм, отнесены экономическую, демографическую, политико-правовую, социально-культурную, научно-техническую и экологическую составляющие внешней бизнес-среды.

Постоянный мониторинг и анализ влияния факторов макросреды позволит разработать и внедрить мероприятия для обеспечения устойчивой позиции и конкурентоспособности фармацевтических фирмы на рынке.

Список литературы

1. Грушковська Д.Т. Вплив макрооточення на діяльність фармацевтичних організацій в Україні / Д.Т. Грушковська // Фармацевтичний часопис. -2014.-№4.-С.77-79.
2. Дубоделова А.В. Особливості впливу макрофакторів бізнес-середовища на забезпечення конкурентоспроможності вітчизняних виробників лікарських засобів /А.В.Дубоделова, Х.Ю.Малкуш// Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. - 2011.- № 4.-С.38-42.
3. Мнушко З.М. Оцінка впливу факторів макросередовища на роботу аптечних закладів /З.М.Мнушко, І.В.Підліснюк, І.В.Пестун//Вісник фармації. – 2008.-№2.-С.34-37.
4. Пестун І.В. Взаємозв'язок інноваційності аптек з оцінкою та реакцією на зміни макросередовища /І.В. Пестун, І.В. Бондарєва, З.М. Мнушко, М.М. Нессонова// Актуальні питання фармацевтичної і медичної науки та практики. - 2011.- випуск XXIV, -№3.-С.62-66.

Гулбану Бакыт – студент 5-го курса, медицинский институт, специальность фармация , E-mail: gbn220495@mail.ru

Ландышев Николай – студент 2 курса, медицинский институт, специальность фармация, E-mail: nikolay.landyshev@gmail.com

Научный руководитель: Галкина Г.А., к.фарм.н., ст.преподаватель кафедры управления и экономики фармации, galkina_ga@pfur.ru

Российский университет дружбы народов, г. Москва, Российская Федерация

НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РЫНКОВ КАЗАХСТАНА И РОССИИ

Введение. Создание Евразийского экономического сообщества с целью гармонизации сотрудничества России, Беларуси и Казахстана актуализирует исследования фармацевтического рынка Казахстана. По мнению аналитиков, его ожидает высокий темп роста, обусловленный Стратегией развития Казахстана до 2030 года, базирующейся на перспективе развитой рыночной экономики с высоким уровнем иностранных инвестиций.

Цель исследования. Сравнительный анализ фармацевтических рынков Казахстана и России.

Материалы и методы. В работе использованы методы исторического и логического анализов, контент-анализ, системный и экономико-статистический методы и др.

Для экспериментальной части мы разработали следующий дизайн: (1) сбор литературных и статистических данных; (2) анализ структуры рынков и ассортимент; (3) правила ценообразования; (4) изучение факторов, влияющих на выбор потребителем аптечной организации; (5) выявление основных проблем гармоничного сотрудничества и разработка механизма их ликвидации.

Результаты и обсуждение. В данный момент мы представляем результаты лишь первого этапа наших исследований, включающего в себя общий анализ рынков и изучение предпочтений потребителей.

Таблица 1 – Результат анализа литературных источников по теме исследования

Показатель	Казахстан	РФ
Объем рынка 2015 г.	\$1,8 млрд.	\$19,2 млрд.
в т.ч. на душу населения	\$101,4	\$131
Объем розничного рынка ГЛС	\$1,2 млрд.	\$11,5 млрд.
Участники рынка	производители, оптовые организации, аптечные организации, конечные и промежуточные потребители	производители, оптовые организации, аптечные организации, конечные и промежуточные потребители
Зарегистрированных ЛС	1724	14118
Тенденции	увеличение доли дженериков, гарантии сбыта, увеличение объемов фармацевтического производства (организация контрактного производства с зарубежными компаниями), увеличение потребления отечественных дженериков	высокая доля дженериков, склонность к самолечению, основная часть расходов за покупку лежит на населении, увеличение доли российских препаратов

Были выявлены факторы выбора аптечных организаций потребителями в Казахстане. Ими оказались: шаговая доступность аптеки, качество товара, уровень цен, представленный

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

ассортимент и удобный график работы [3]. При проведении сравнительного исследования в Москве факторами выбора оказались: месторасположение аптечной организации, далее следуют доверие к аптечной организации, уверенность в качестве приобретаемых товаров, широта ассортимента, и замыкает пятерку лидеров, собственно, цена.

Вывод. Из представленных данных видно, что в пересчёте на одного гражданина объём рынков близок. Однако сильная диспропорция в населении (17,5 млн против 146,5 млн соответственно) приводит к тому, что общие объёмы рынков в чистом выражении, равно как и объёмы рынков ГЛС, отличаются значительно. Предпочтения потребителей схожи, во многом благодаря близости менталитетов россиян и казахов. На обоих рынках присутствуют все их участники: производители, дистрибьюторы, промежуточные и конечные потребители. Выявлено сильное различие в количестве зарегистрированных ЛС.

Список литературы

- DSM Group et al. Pharmaceutical Market in Russia. – 2015
IPT group <http://gmpnews.ru/2015/10/ipt-group-predstavila-issledovanie-farmrynka-rossii-2015/>
Аналитическая компания Aquetas. Фармацевтический рынок Казахстана: история, основные направления развития и текущее состояние.-2015
Евстратов А. В., Рябова Г. А. Основные тенденции и перспективы развития фармацевтического рынка Российской Федерации // Молодой ученый. — 2014. — №19. — С. 299-304.

Сетбай М. -3 курс, специальность МПД, setbay@mail.ru, кафедра политики и управления здравоохранением. Научный консультант – к.ф.н., доцент **Сатаева Л.Г.**
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан

ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДПРИЯТИЯ

Актуальность: Важность изучения влияния внешней среды на деятельность организации отмечалась многими исследователями.

Цель исследования. Изучить внешние экономические факторы воздействия на деятельность фирм, реализующих лекарственные товары и услуги.

Методы и материалы. Использованы полевые и кабинетные методы анализа.

Результаты исследования. Установлено, что к экономическим факторам внешней среды организаций, реализующих косметологические товары и услуги, можно отнести изменение налогов и обязательных платежей, развитие рыночной инфраструктуры, потребительские предпочтения, уровень жизни, платежеспособность населения, а также уровень инфляции, ставка процента, курсы обмена валют и др.

Уровень процентной ставки по кредитованию предприятий в экономике оказывает значительное влияние на потребительский спрос. При наличии высоких ставок процента количество желающих взять кредит значительно уменьшается; снижается потенциальная привлекательность различных стратегий. Темп экономического роста влияет на возможности и угрозы для организации. Когда происходит рост в экономике, увеличиваются расходы потребителей, что вызывает конкурентное давление на организацию из-за быстрого роста числа предприятий в привлекательной области.

Вывод. Анализ внешней среды представляет собой один из инструментов, благодаря которому руководство организации может проектировать систему контроля за жизненно важными внешними процессами и ресурсами. Фирма не имеет возможности жестко контролировать внешнюю среду, но может и должна эффективно приспосабливаться к ней, неустанно следить за ее изменениями, прогнозировать и своевременно реагировать.

Литература

- Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Методические подходы к лекарственному обеспечению больных социально значимыми заболеваниями в РК // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2006. – №40 (1). – С. 97-99.

Сетбай М. (3 курс, специальность МПД), setbay@mail.ru, Кафедра политики и управления
здравоохранением
Научный консультант – к.ф.н., доцент **Сатаева Л.Г.**
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

СОВРЕМЕННАЯ РЕКЛАМА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ

Актуальность: Важность рекламы для фармацевтической продукции неоспарима, так как это влияет на ее узнаваемость и дальнейшую реализацию /1/.

Цель исследования. Стало выявление и анализ отношения потребителей к рекламе лекарственных препаратов, с которой они сталкиваются на телевидении, в газетах, в аптеках и аптечных пунктах.

Материалы и методы. Результаты опроса.

Результаты исследования. С помощью методов анализа опросных листов и синтеза полученных результатов, в результате обработки полученных данных были выявлены следующие тенденции: 50% респондентов нейтрально относятся к рекламе и воспринимают ее количество как неизбежность; 28% опрошенных высказываются негативно к рекламе лекарственных препаратов; при этом 22% респондентов извлекают из рекламы информацию о новой продукции, и в дальнейшем обращают на нее внимание. При ответе на вопросе том, как часто просмотр рекламы приводит в дальнейшем к покупке лекарственных препаратов, респонденты поделились практически поровну на три части между вариантами ответов «практически не покупаю», «всегда покупаю», «консультируюсь сначала с врачом».

Вывод. Таким образом, усилия по рекламе и продвижению лекарственных препаратов должны быть направлены на конечных потребителей (приобретающих лекарства для лечения), врачей (назначающих рецептурные препараты), работников аптек (провизоров), нередко оказывающих решающее влияние на выбор покупателем того или иного препарата. Нужно изучать и учитывать социальные и профессиональные особенности каждой из этих групп, а затем формировать адресные рекламные обращения специально для каждой группы. Такие приемы позволят значительно повысить эффективность рекламной кампании лекарственных препаратов за счет большей доступности рекламного обращения для восприятия адресата.

Литература

1. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Развитие социального механизма фармацевтического рынка в Республике Казахстан // Фармацевтический бюллетень. – 2014. - № 3-4. – С. 11 – 12.

Сетбай М. - 3 курс, специальность МПД, setbay@mail.ru
Кафедра политики и управления здравоохранением
Научный консультант – к.ф.н., доцент **Сатаева Л.Г.**
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИМПОРТОЗАМЕЩАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Актуальность: Важность анализа международного опыта нормативно-правового регулирования импортозамещающего производства лекарственных средств весьма актуальна /1, 2/.

Цель исследования. Анализ нормативно-правового регулирования импортозамещающего производства ЛС в Украине и странах СНГ.

Результаты исследования. Исходя из результатов анализа, установлено, что во всех странах бывшего СССР законодательно утверждены программы импортозамещения ЛС. К основным эффективно действующим программам относятся следующие:

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «СалауаттыҚазақстан» на 2011-2015 гг.;

• Государственная программа по развитию импортозамещающих производств фармацевтических субстанций, готовых лекарственных и диагностических средств в Республике на 2015-2020 гг.

К сожалению, в РК пока не утверждена программа, которая бы регулировала импортозамещающее производство ЛС отсутствует, а его отдельные направления освещаются в «Концепции развития фармацевтического сектора отрасли здравоохранения Украины на 2011-2020 гг.», утвержденной Приказом Министерства здравоохранения от 13.09.2010 г. № 769.

Вывод. Таким образом, разработка оптимальной стратегии импортозамещения ЛС и ее законодательное утверждения выступает одним из путей улучшения обеспечения населения эффективными, качественными и доступными ЛС, а также приоритетным направлением государственной политики в отечественном фармацевтическом секторе.

Литература

1. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Методические подходы к лекарственному обеспечению больных социально значимыми заболеваниями в РК // Проблемы социальной медицины и управления здравоохранением. – 2006. – №40 (1). – С. 97-99.
2. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Анализ проблем развития фармацевтической промышленности в Республике Казахстан // Вестник Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова. – 2007. - № 1. – С. 148 – 153

Сетбай М. - 3 курс, специальность МПД, setbay@mail.ru

Кафедра политики и управления здравоохранением

Научный консультант – к.ф.н., доцент **Сатаева Л.Г.**

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕК

Актуальность: Особенностью современного фармацевтического рынка является постоянный рост конкуренции, непрекращающийся рост цен на фармацевтическую продукцию от поставщиков. Для выполнения социальной миссии и получения коммерческой выгоды аптеки постоянно ведут поиск способов повышения конкуренции и оптимизации работы посредством внедрения систем менеджмента качества (СМК). СМК в настоящее время тесно связано с термином «Сертификат ISO».

Цель – провести анализ внедрения системы менеджмента качества в аптеках РК.

Результаты: Стандарты ISO определяют основные положения функционирования системы менеджмента качества. Многие аптеки работают в соответствии со стандартами ISO, поэтому внедрение СМК позволяет организовать бизнес-процессы и гарантировать, что они обеспечены достаточными ресурсами и документами. Наше исследование сосредоточено на вопросе изучения состояния внедрения систем управления качеством в работу аптек и фармацевтических компаний. В процессе исследований нами были использованы эмпирические методы, экспериментальные и теоретические: логический анализ, гипотетический синтез и теоретические обобщения. Обеспечение качества фармацевтических услуг требует решения сложных стратегических задач по следующим направлениям: оптимальный баланс управленческих решений между социальными и экономическими

показателями деятельности аптеки; повышение качества фарм. помощи путем анализа недостатков и повышения конкурентоспособности; оптимизация партнерского взаимодействия с потребителями

фармацевтических услуг, организация льгот для некоторых слоев населения; корпоративный подход к повышению эффективности расходов на фарм. помощь. СМК отечественным фарм.

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

компаниям необходимы для выхода на внешний фармацевтический рынок, привлечения иностранных инвесторов, совместных проектов с иностранными фирмами и престижа на внутреннем и международном уровне.

Вывод: По нашему мнению, фармацевтическим компаниям для внедрения СМК необходимы: анализ существующего состояния контроля качества фарм. продукции и услуг; ситуационный анализ и диагностика проблем управления качеством; определение ресурсных возможностей и потребностей в ресурсах; мотивация сотрудников организации; разработка и внедрение СМК-программ; построение системы обучения по целевому принципу. Решив внедрить систему менеджмента качества (СМК), фармацевтическая организация должна быть готова к тому, что надлежит постоянно совершенствовать свою деятельность.

Список литературы

1. Просвещение населения по вопросам использования лекарств: растущая потребность // Монитор основных лекарств. – Женева: ВОЗ, 2011. - №2. – С. 1-16.
2. Правительство анализирует состояние фармацевтической отрасли республики // Фармация Казахстана. – 2003. - №4. – С.5-6.

Сетбай М. -3 курс, специальность МПД, setbay@mail.ru, кафедра политики и управления здравоохранением, научный консультант – к.ф.н., доцент **Сагаева Л.Г.**
Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г.Алматы, Казахстан

АСПЕКТЫ КОНТРОЛЛИНГА В МЕНЕДЖМЕНТЕ ДЛЯ ФАРМАЦИИ

Актуальность: Важность контроля и контроллинга является существенной и имеет большое значение для организаций [1, 2].

Целью исследования. Является разработка основ формирования системы контроллинга в фармации.

Материалами и методы. Системный метод научного познания, метод экономического анализа; метод выборочного исследования; метод экспертной оценки; таксономический метод; методы кластерного, дискриминантного и регрессионного анализа.

Результаты исследования. Система контроллинга (СК) – это системно-стратегический подход к управлению социальной деятельностью субъектов фармацевтической отрасли, который заключается в придании деятельности ФП социально ответственной направленности. СК координирует социальную систему управления ФП путем планирования, контроля и информационного обеспечения социально ответственной деятельности на различных уровнях управления.

В результате исследования сформулированы цели, задачи, объекты, субъекты, методы, функции, инструменты и этапы внедрения СК на ФП. В исследовании выделены принципы социально ориентированного управления ФП, разработана иерархия уровней СК. Выявлены ограничения в применении СК на ФП и преимущества СК по сравнению с прочими подходами к управлению ФП.

Выводы. Таким образом, внедрение на ФП системы СК позволяет определить и оценить проблемы в сфере фармацевтического менеджмента; создать основы развития системы менеджмента качества; разработать эффективную систему управления социально-ответственной деятельностью ФП. Предложенная система СК будет способствовать повышению конкурентоспособности ФП благодаря более эффективному и быстрому достижению стратегических целей социально-экономического развития.

Список литературы

1. Багирова В.Л., Сатаева Л.Г. Развитие социального механизма фармацевтического рынка в Республике Казахстан // Фармацевтический бюллетень. – 2014. - № 3-4. – С. 11 – 12.

Тристан И.В. – студентка 5-го курса медико-фармацевтический факультет, tristaninna999@gmail.com.

Научный руководитель: **Яковлева Л. В.**, д. фарм. н., проф., зав. кафедры фармакоэкономики, iakovlievalv@gmail.com

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ СРЕДСТВА: ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ В УКРАИНЕ

Введение. Туберкулёз – это инфекционное заболевание, которое вызывается возбудителем – микобактериями туберкулёза и характеризуется образованием специфических гранулём в разных органах и тканях [1].

Туберкулез на сегодня – это актуальная медико-социальная проблема не только в Украине, но и во всем мире. Согласно мировой статистике, от данного заболевания каждый год во всем мире умирает 2 млн. людей. Ситуация с туберкулезом в Украине очень сложная – начиная с 1995 г. зарегистрирована эпидемия, которая постоянно прогрессирует и приобретает угрожающие масштабы [2]. Только благодаря этому коварному заболеванию Украина ежегодно теряет 10 тысяч граждан. Диагноз "туберкулез" каждый год устанавливают на 8% чаще, чем в предыдущем году, то есть, наблюдается постоянная тенденция к росту заболеваемости [3].

Цель исследования. Изучение ассортимента и экономической доступности противотуберкулезных лекарственных средств на фармацевтическом рынке Украины за 2013-2015 гг.

Материалы и методы исследования. Анализ ассортимента противотуберкулезных лекарственных средств (ПЛС) и их социально-экономической доступности в течение 2013-2015 годов проводили по данным информационно-поисковой системы «Морион», которая позволяет анализировать ассортимент, средние розничные цены, количество реализованных упаковок ЛС за определенный период. Для анализа социально-экономической доступности ПЛС рассчитывали показатель адекватности платежеспособности (Ca.s), что показывает долю заработной платы, которая расходуется на приобретение одной упаковки на месяц лечения ЛС и рассчитывается по формуле: $Ca.s = P / Wa.w \times 100\%$, где Ca.s – показатель адекватности платежеспособности; P – средняя розничная цена одной упаковки ЛС; Wa.w – средняя заработная плата за год. Величины средней заработной платы в Украине за исследуемые годы находили на сайте: www.ukrstat.gov.ua. Все ПЛС были разделены на три категории: высокодоступные, значение показателя адекватности платежеспособности (Ca.s) которых было меньше 5%, среднедоступные (Ca.s более 5% и менее 15%) и малодоступные (Ca.s более 15%).

Результаты и их обсуждение. При анализе фармацевтического рынка Украины за 2015 год на базе 11 МНН представлено 25 торговых наименований (ТН) противотуберкулезных препаратов, среди которых 23 препарата отечественного и 2 импортного производства.

Рынок противотуберкулезных препаратов формируется лекарственными средствами из 6 стран, среди которых украинские фирмы- производители заняли первую позицию по количеству употребляемых препаратов в 2015 году – 22 ТН, также лидирующие места занимают Россия, Индия и Беларусь. Анализ ТН за 2013-2015 годы показал, что количество препаратов Изониазид отечественного производства увеличивается с течением времени: в 2013 году – 7 ТН, в 2014 году – 8 ТН, в 2015 году – 9 ТН. В структуре импортных препаратов наблюдается тенденция снижения их на рынке Украины.

Далее был проведен сравнительный анализ цен за 2013 – 2015 годы. Самый дешевый препарат из группы противотуберкулезных – Изониазид-Дарница, Дарница (Украина), табл. 300

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

мг контуρν. ячейк. ул., №10– 1,52 грн, а самым дорогим является Териз, Macleods Pharmaceuticals (Индия), капс. 250 мг стрип, №100 – 5302,00 грн.

В течение исследуемого периода большинство препаратов были высокодоступными. К высокодоступным ПЛС были отнесены МНН: Рифампицина, Са.s для которых составил в 2013 году – 1,70 %, в 2014 г. – 1,41 %, в 2015 г. – 2 % ; Изониазида (2013 г. – 1,0 %, 2014 г. – 0,87 %, 2015 г. – 0,44 %); Пиразинамида (2013 г – 1,6 %, 2014 г – 1,55 %, 2015 г. – 1,56 %). К среднестатистическим ПЛС отнесены некоторые ТН на основе МНН Изониазида (2014 г. – 10,54 %, 2015 г – 11,6 %). К малодоступным препаратам отнесены Натрий аминосалицилат (2013 г. – 43,3 %, 2014 г. – 48,4 %, 2015 г. – 54,3 %); Рифамицин (2013 г. – 46,8 %, 2014 г. – 49,15 %).

Выводы. Полученные данные свидетельствуют о том, что противотуберкулезные лекарственные средства представлены на рынке в достаточном ассортименте. Это дает возможность врачу выбирать лекарственный препарат с учетом его эффективности и безопасности. Уход из рынка иностранных противотуберкулезных лекарственных средств объясняется тем, что в нашей стране лечение туберкулезных больных проводится бесплатно, поэтому государственные закупки лекарственных средств осуществляются по минимальным ценам, что в большей мере соответствует отечественным.

Наиболее доступными противотуберкулезными средствами для среднестатистического жителя Украины являются препараты Рифампицина, Пиразинамида и некоторые ТН Изониазида. А высокодоступными являются препараты МНН Натрий аминосалицилата и Рифамицина.

Список литературы

1. Гордиенко С.М. Туберкулез. Оценка ситуации // Здоров'я України. – 2004. – № 22 – С. 16-17.
2. Епідеміологія туберкульозу у світі, сучасні підходи до організації протитуберкульозних заходів / Ю.І. Феценко, В. М. Мельник, В. Г.Магусевич, Л.Ф. Антонченко // Український пульмонологічний журнал. – 2003. – № 4. – С. 5-11.
3. Шаповал О. Н. Туберкулез в Украине: проблемы и перспективы лечения / О. Н. Шаповал // Провизор. – 2006. - № 2 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.provisor.com.ua/archive/2006/N2/art_20.php

Хоменко О. В. – студентка 5 курса, медико-фармацевтический факультет,
oksana199536homenko@gmail.com

Научный руководитель: **Яковлева Л. В.**, д. фарм. н., проф., зав. кафедрой фармакоэкономики,
iakovlievalv@gmail.com

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

**АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И ДОСТУПНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ
ПРЕПАРАТОВ ГРУПП ПЕНИЦИЛЛИНОВ И ЦЕФАЛОСПОРИНОВ НА
ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ**

Введение. Группа антибиотиков включает большое количество препаратов. Одной из многочисленных групп антибиотиков является группа бета-лактамов антибиотиков, которая объединяет пенициллины, цефалоспорины, карбапенемы и монобактамы.

Антибиотики используются для лечения бактериальных инфекционных заболеваний. Устойчивость к антибиотикам развивается в случае изменения бактерий в ответ на применение этих препаратов. Следствием устойчивости к антибиотикам являются рост медицинских расходов, более продолжительные госпитализации и рост смертности.

Необходимо срочно изменить порядок назначения и использования антибиотиков во всем мире. Даже в случае разработки новых ЛС серьезная угроза устойчивости к антибиотикам будет сохраняться, если подходы к их применению не изменятся [1, 2].

Цель исследования. Изучение ассортимента, доступности и ценовых характеристик бета-лактамов антибактериальных препаратов, таких как пенициллины и цефалоспорины на украинском фармацевтическом рынке за 2013-2015 годы.

Материалы и методы. Анализ ассортимента антибактериальных средств групп пенициллинов и цефалоспоринов и их социально-экономической доступности в течение 2013-2015 годов проводили по данным информационно-поисковой системы «Морион» [3], которая позволяет анализировать ассортимент, средние розничные цены, количество реализованных упаковок ЛС за определенный год. Для анализа социально-экономической доступности ЛС был использован показатель адекватности платежеспособности (Ca.s.) – соотношение стоимости семидневного курса антибактериальной терапии средней заработной платы в Украине. Значение величины средней заработной платы в Украине за исследуемый год находили на сайте: www.ukrstat.gov.ua. Все торговые наименования ЛС были разделены на три категории: высокодоступные, значение показателя адекватности платежеспособности (Ca.s.) которых было менее 5%, среднедоступные (Ca.s. более 5% и менее 15%) и малодоступные (Ca.s. более 15%) [4-5].

Результаты и их обсуждение. На украинском фармацевтическом рынке препараты групп пенициллинов и цефалоспоринов представлены в широком ассортименте. При анализе фармацевтического рынка Украины 2015 года было установлено, что предлагается 85 ТН группы пенициллина на основе 11 МНН, а цефалоспоринов – 271 ТН на основе 17 МНН.

Диапазон цен ТН группы пенициллина составляет от 4,34 до 1333,82 грн, а ТН цефалоспоринов – от 2,24 до 1263,71 грн. за упаковку. Наиболее дешевым препаратом из группы пенициллинов является ампициллин, Артериум Корпорация ОАО (Украина, Киев), пор. д/п ин. р-ра 0,5 г фл., №1, а наиболее дорогим - пенициллин G натриевая соль Сандоз®, Sandoz (Швейцария), пор. д/п ин. р-ра 1000000 МЕ фл., №100

Наиболее дешевым препаратом из группы цефалоспоринов является лекарственное средство (ЛС) первого поколения Цефазолин, Авант ООО (Украина, Киев), пор. д/п ин. р-ра 500 мг фл., №1, а наиболее дорогим - Орзид®, Orchid Chemicals and Pharmaceuticals (Индия), пор. д/п ин. р-ра 1000 мг фл., №50 ЛС третьего поколения. Большинство препаратов как из группы пенициллинов, так и цефалоспоринов представлены иностранными производителями.

Было выявлено, что в 2015 году большинство лекарственных средств группы пенициллинов являются высокодоступными (показатель Ca.s. < 5%). Высокодоступных ЛС в группе пенициллинов насчитывается 61% от всех ЛС, среднедоступных – 14%, малодоступных – 25%. Большинство лекарственных средств группы цефалоспоринов являются высокодоступными и среднедоступными (Ca.s. более 5% и менее 15%). Высокодоступных насчитывается 35% от всего количества ЛС, среднедоступных – 36%, малодоступных – 29%.

Вывод. Полученные данные свидетельствуют о том, что антибактериальные препараты групп пенициллинов и цефалоспоринов представлены на фармацевтическом рынке в широком ассортименте, что позволяет врачу выбрать лекарственные препараты на основе их безопасности и эффективности, индивидуальных особенностей пациента, степени тяжести заболевания. Цены в зависимости от производителя колеблются от низких до высоких, что дает возможность пациенту выбрать препарат с учетом его экономических возможностей. Большинство антибактериальных ЛС группы пенициллинов являются высокодоступными для украинского потребителя, так как значение показателя адекватности платежеспособности для них составляет меньше 5%. А ЛС группы цефалоспоринов являются высоко- и среднедоступными.

Список литературы

1. Урекешов Б.С. Мікробіологічні основи антимікробної терапії та антибіотикорезистентності бактерій. –Навчальний посібник. –Актобе. – 2009. – 102 с.
2. Навашин С.М., Фомина І.П. Рациональная антибиотикотерапия . – М., 1982. - 496 с
3. Программный комплекс «Аптека» компании «Морион» [Электронный ресурс]. – режим доступа к сайту: НТГ:// pharmbase.com.ua/poisk
4. Мнушко З. М. Система забезпечення доступності лікарських засобів / З. М. Мнушко, І. В. Тіманюк // Вісник фармації. – 2007. – №1 (49). – С. 52–57.
5. Громовик Б. П. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади / Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк, О. Р. Левицька. – Вінниця: Нова книга, 2004. – 464 с.

В.С. Левченко – студентка 5 курса, медико-фармацевтический факультет, vika11061995@mail.ru

Научный руководитель: **Ткачева О.В.**, д. фарм. н., доцент кафедры фармакоэкономики,
tkachevaov@gmail.com

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА И ДОСТУПНОСТИ В УКРАИНЕ

Введение. Грибковые инфекции в наше время являются одной из самых распространенных болезней. Частота инфицированности населения европейских стран только микозами стоп составляет от 20 до 70% [1]. В частности в Украине более чем в 31% населения выявлены грибковые заболевания [2]. Этому в значительной степени способствовали социальные, медицинские и фармакологические факторы. Среди первых следует выделить ухудшение санитарно-просветительской работы, расширение сети услуг для населения, таких как бассейны, сауны, косметологические кабинеты, что при несоблюдении соответствующих санитарных норм могут быть очагами инфекции, а также определенные проблемы в лечении больных с грибковыми заболеваниями из социально неблагополучных слоев населения [1]. К медицинским факторам можно отнести общее ухудшение показателей иммунитета среди населения, использование инвазивных методов диагностики рост числа случаев заболеваний, часто сопровождающиеся грибковыми инфекциями (сахарный диабет, онкологические заболевания, ВИЧ-инфекция и др.) [1].

Цель исследования. Изучение ассортимента и экономической доступности противогрибковых лекарственных средств, используемых для местного применения на фармацевтическом рынке Украины за 2013-2015 гг.

Материалы и методы. Анализ ассортимента лекарственных средств проводили с помощью информационно-поисковой системы «Морион». Для анализа социально-экономической доступности рассчитывали показатель адекватности платежеспособности (Ca,s.), что показывает долю заработной платы, которая расходуется на приобретение одной упаковки и рассчитывается по формуле : $Ca,s.=P/Wa.w.x100\%$. Все ЛС были разделены на три категории: высокодоступные, значение показателя адекватности платежеспособности (Ca,s.) которых было менее 5%,среднедоступные(Ca,s. более 5% и менее 15%) и малодоступные(Ca,s. более 15%) [3, 4].

Результаты и обсуждение. В 2013 году на фармацевтическом рынке было представлено 91 ТН из 24 МНН, а в 2014-2015 годах препаратов на рынке насчитывалось по 90 ТН. Диапазон цен составил от 1,78 до 373,76 грн. Наиболее дешевым препаратом стала «Кислота салициловая», Киевская ФФ ОКП (Украина) р-н спиртовой 1% 40 мл., а самым дорогим – препарат «Миколак», Алвоген (Украина), лак для ногтей 5% фл. 2,5 мл.

На фармацевтическом рынке Украины противогрибковые лекарственные средства для местного применения представлены в различных лекарственных формах: крем, раствор спиртовой для наружного применения, мазь, шампунь, гель, паста кожная, спрей для наружного применения, лак для ногтей. Наиболее широко препараты на рынке представлены в виде мази и геля.

В течении исследуемого периода большинство препаратов было высокодоступными (13 из 24 МНН). К высокодоступным (100%) были отнесены такие препараты: клотримазол, нистатин, натамицин, миконазол, эконазол, изоконазол, кетоконазол, фентиконазол, омоконазол, фентиконазол, флуконазол в комбинации, ундециленовая кислота, гризеофульвин, Ca,s. для которых составил менее 5%. К среднедоступным был отнесен бифоназол – показатель Ca,s., для которого в 2014 г. составил 5,31%, бифоназол в комбинации (2013 г. – 5,50 %, 2014 г. – 6,09 %), тербинафин (2014 г. – 5,03 %, 2015 г. – 5,67 %), аморольфин (2014 г. – 10,64 %, 2015 г. – 8,91 %) нафтифин (2015 г. –10,55 %), тербинафин (2013 г. – 9,92 %, 2014 г. –12,11%). К малодоступным препаратам отнесен только тербинафин (2015 г. – 19,52 %).

Выводы. Полученные результаты свидетельствуют о том, что противогрибковые средства для местного применения на украинском фармацевтическом рынке представлены в широком ассортименте МНН, преимущественно препаратами зарубежного производства. В период с 2013 по 2015 годы большинство из них представлены в ограниченном количестве торговых

наименований, но являются высокодоступными, что положительно влияет на финансовые возможности украинских пациентов.

Список литературы

1. «Круглый стол» по проблемам эпидемиологии, клиники и лечения микозов кожи и ее придатков // Дерматология и венерология. – 2001. – № 4 (14). – С. 64–79.
2. Сазонова А. Ламикон жизнь без грибка /А. Сазонова // Провизор. – 2007. – № 19. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://www.provisor.com.ua/archive/2007/N19/lamikon_n.php?part_code=62&art_code=6130
3. Мнушко З. М. Система забезпечення доступності лікарських засобів / З. М. Мнушко, І. В. Тіманюк // Вісник фармації. – 2007. – №1 (49). – С. 52–57.
4. Громовик Б. П. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади / Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк, О. Р. Левицька. – Вінниця: Нова книга, 2004. – 464 с.

Колесник А.В., студентка 5-го курса, медико-фармацевтический факультет,
alla.kolesnik.1992@mail.ru

Научный руководитель: **Ткачева О.В.**, д. фарм. н., доцент кафедры фармакоэкономики,
tkachevaov@gmail.com

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА: ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ В УКРАИНЕ

Введение. Одной из наиболее актуальных проблем в Украине является состояние здоровья населения, в том числе его составляющей – стоматологического здоровья. Низкий уровень стоматологической помощи, прежде всего детского населения и беременных женщин, отрицательно влияет на состояние общего здоровья на протяжении всех периодов жизни человека, что обуславливает социальные и финансовые проблемы, также отрицательно влияет на уровень социально – экономического развития страны [1].

Заболевания полости рта достаточно разнообразны. Слизистая оболочка ротовой полости – важный барьер между организмом и внешней средой, и поэтому так важно тщательно следить за её состоянием [2].

Проведенный в последние годы мониторинг свидетельствует о высоком уровне стоматологической заболеваемости населения Украины, который значительно превышает заболеваемость в странах Европы. Например, распространённость кариеса зубов временного прикуса у 6 – летних детей составляет 87,9 % (в странах Евросоюза – 20 %); распространённость кариеса зубов постоянного прикуса у 12 – летних детей – 72,3 % (в странах Евросоюза – 1,5 %). Распространённость хронического катарального гингивита среди детей возрастом 12-15 лет составляет в среднем 70-80 %, достигая в отдельных регионах 95-98 % [1].

Цель исследования. Изучение ассортимента и экономической доступности лекарственных средств, используемых для применения в стоматологии на фармацевтическом рынке Украины в период с 2013 по 2015 г.

Материалы и методы. Анализ лекарственных препаратов, используемых в стоматологии, их социально-экономическую доступность проводили в течении 2013-2015 годов по данным информационно-поисковой системы «Морион» [3]. Для анализа социально-экономической доступности стоматологических средств рассчитывали показатель адекватности платежеспособности (Ca.s.), что показывает долю заработной платы, которая расходуется на приобретение одной упаковки лекарственных средств и рассчитывается по формуле: $Ca.s = P / Wa.w. \times 100\%$, где Ca.s. – показатель адекватности платежеспособности; P – средняя розничная цена упаковки лекарственного средства в год; Wa.w. – средняя заработная плата за год [4-5]. Величины средней заработной платы в Украине находили на сайте: www.ukrstat.gov.ua. Все

лекарственные средства были разделены на 3 категории: высокодоступные, (Ca.s. <5 %), среднедоступные (Ca.s. > 5% <15%) и малодоступные (Ca.s. > 15%).

Результаты и обсуждение. На фармацевтическом рынке Украины в 2013 году стоматологические лекарственные средства (СЛС) были представлены 8 МНН. Ассортимент насчитывал 104 ТН, из которых 82 отечественного производства и 22 импортного производства. В 2014 году было представлено 102 ТН, из которых 83 ТН отечественного производства и 19 ТН – импортного. В 2015 году было представлено 91 ТН, из которых 73 ТН отечественного производства и 18 ТН импортного производства.

В течении 2013-2015 гг. основная доля ассортимента СЛС была отечественного производства. Диапазон розничных цен варьировал от 1,25 грн. (2013 год) до 6968,38 грн. (2015 год). Самым дешевым на рынке был СЛС «Метрогекс», Dr. Reddy's (Индия), гель дентал. туба 10 г, а самым дорогим – «Периочип», Dexcel Ltd (Израиль), вкладки дентальные 2,5 мг блистер, №20.

В течении исследуемого периода все препараты за исключением СЛС «Периочип» были высокодоступными для населения Украины, поскольку показатель Ca.s. для них составил менее 5 %. К малодоступным препаратам в 2015 г. был отнесен «Периочип», Dexcel Ltd (Израиль).

Выводы. Таким образом, проведенный анализ ассортимента стоматологических средств за период 2013-2015 года показал, что на фармацевтическом рынке большинство препаратов отечественного производства и почти все они высокодоступные, что позволяет использовать эти препараты различным слоям населения.

Список литературы

1. Павленко О. В. Пути реформирования системы оказания стоматологической помощи населению Украины. Дискуссия / О. В. Павленко, О. М. Вахненко // Современная стоматология. – 2013. – № 2. – С. 180-181.
2. Барер Г. М. Терапевтическая стоматология: учебник: в 3 ч. / Г. М. Барер. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – Ч. 2. – Болезни пародонта. – 224 с.
3. Программный комплекс «Аптека» компании «Морион» [Электронный ресурс]. – Режим доступа к сайту: НТТ: //pharmbase.com.ua/poisk/
4. Мнушко З. М. Система забезпечення доступності лікарських засобів / З. М. Мнушко, І. В. Тіманюк // Вісник фармації. – 2007. – №1 (49). – С. 52–57.
5. Громовик Б. П. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади / Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк, О. Р. Левицька. – Вінниця: Нова книга, 2004. – 464 с.

Старжинская А. А., студентка 5-го курса, медико-фармацевтический факультет,
starzhinskaya94@mail.ru

Научный руководитель: **Ткачева О.В.**, д. фарм. н., доцент кафедры фармакоэкономики,
tkachevaov@gmail.com

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

ПРОТИВОВИРУСНЫЕ СРЕДСТВА: ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ В УКРАИНЕ

Введение. Острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ) являются наиболее распространенными инфекционными заболеваниями. ОРВИ среди причин временной потери работоспособности занимают первое место. В Украине ежегодно ОРВИ болеют от 10 до 14 млн. человек, что составляет 25-30% всей и около 75-90% инфекционной заболеваемости в стране [1]. Доказано, что применение противовирусных препаратов при ОРВИ у взрослых и детей способствует уменьшению длительности течения заболевания, облегчению его симптомов, снижению рисков обострения хронических заболеваний и тяжелых осложнений после перенесенного вирусного заболевания.

Цель исследования. Изучение ассортимента и экономической доступности противовирусных лекарственных средств, используемых для лечения ОРВИ на фармацевтическом рынке Украины в период с 2013 по 2015 годы.

Материалы и методы. Анализ противовирусных лекарственных средств (ПЛС), используемых для лечения ОРВИ, их социально-экономическую доступность проводили в по данным информационно-поисковой системы «Морион» [2]. Для анализа социально-экономической доступности противовирусных средств рассчитывали показатель адекватности платежеспособности (Ca.s.), что показывает долю заработной платы, которая расходуется на приобретение одной упаковки лекарственных средств. Величины средней заработной платы в Украине за исследуемые годы находили на сайте: www.ukrstat.gov.ua. Все противовирусные лекарственные средства были разделены на 3 категории: высокодоступные, значение показателя адекватности платежеспособности (Ca.s.) которых было меньше 5 %, среднедоступные (Ca.s. более 5% и менее 15%) и малодоступные (Ca.s. более 15%) [3-4].

Результаты и обсуждение. ПЛС для системного применения, которые назначают для лечения ОРВИ, по международной АТС классификации относятся к группе J05. Для лечения ОРВИ у взрослых и детей на фармацевтическом рынке Украины в 2015 году было представлено 62 ТН среди таких МНН: J05A C02 римантадин – 7 ТН, J05A H01 занамивир – 1 ТН, J05A H02 осельтамивир – 1 ТН, J05A X05 инозин пранобекс – 11 ТН, J05A X13 умифеновир – 14 ТН и J05A X20 прочие противовирусные средства – 28 ТН.

Украинский рынок ПЛС, используемых для лечения ОРВИ, формируется из производителей 10 стран, среди которых в наибольшем количестве представлены фирмы-производители из Украины (44 ПЛС), Российской Федерации (5 ПЛС), Германии и Израиля (по 4 ПЛС), Беларуси и Венгрии (по 3 ПЛС). В 2015 году на рынке Украины было представлено 62 препарата 22 производителей, среди которых было 11 отечественных и 11 иностранных компаний.

Все ПЛС для лечения ОРВИ на рынке представлены в виде 7 лекарственных форм: таблетки, капсулы, суспензии оральные, капли оральные, сиропы, растворы для инъекций, гель для наружного и местного применения. Наиболее широко ПЛС представлены в виде таблеток и капсул. В течение 2013-2015 гг. на фармацевтическом рынке Украины преобладали ПЛС отечественного производства. Диапазон розничных цен варьировал в широком диапазоне – от 4,49 грн. (2013 год) до 1603,02 грн. (2015 год). Самыми недорогими были препараты римантадина, а дорогими – занамивира.

В течении исследуемого периода доступность ПЛС увеличилась. В 2013 году к высодоступным были отнесены 100% римантадина и умифеновира, 90,9% - инозина пранобекса, 86,5% - прочих ПЛС, 66,7% - осельтамивира, среди занамивира высокодоступных не было. К среднедоступным были отнесены: занамивир (100%), осельтамивир (33,3%), инозин пранобекс (9,1%), прочие (5,4%). К малодоступным было отнесено только 8,1% прочих ПЛС. В 2014-2015 гг. уже все препараты (100%) были высокодоступными для населения Украины.

Выводы. Полученные данные за 2013-2015 годы свидетельствуют о том, что противовирусные лекарственные средства, используемые для лечения ОРВИ, представлены на рынке в широком ассортименте. Цены в зависимости от производителя варьируют от низких до высоких, что дает возможность выбора, а также делает лечение доступным для различных слоев населения. Наиболее доступными для среднестатистического жителя Украины являются препараты римантадина, умифеновира, инозина пранобекса, и прочие противовирусные средства.

Список литературы

1. Пипа Л. В. Острые респираторные вирусные инфекции и грипп: клиника, диагностика, профилактика / Л. В. Пипа // Новости медицины и фармации. – 2008. – № 2 (233) [Электронный ресурс]. – Режим доступа к статье: <http://www.mif-ua.com/archive/article/4384>
2. Програмный комплекс «Аптека» компании «Морион» [Электронный ресурс]. – Режим доступа к сайту: <http://pharmbase.com.ua/poisk/>
3. Мнушко З. М. Система забезпечення доступності лікарських засобів / З. М. Мнушко, І. В. Тіманюк // Вісник фармації. – 2007. – №1 (49). – С. 52–57.
4. Громовик Б. П. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади / Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк, О. Р. Левицька. – Вінниця: Нова книга, 2004. – 464 с.

Рубашко В. М. – студентка 5-го курса, медико-фармацевтический факультет,
tristaninna999@gmail.com.

Научный руководитель: Матяшова Н.А., к. фарм. н., ассистент кафедры фармакоэкономики,
FEKnfau@ukr.net

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ СРЕДСТВА: ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ В УКРАИНЕ

Введение. За почти 25 лет своей истории ВИЧ-инфекция приобрела характер пандемии и, по определению Генеральной Ассамблеи ООН, стала глобальным кризисом человечества. Сегодня СПИД является новой формой чрезвычайной ситуации в планетарном масштабе, беспрецедентной угрозой человеческому развитию. ВИЧ-инфекция - уникальное в истории явление по скорости распространения, масштабами и глубиной последствий. По последним данным от СПИДа в мире умерло более 20 млн. человек, а с ВИЧ-инфекцией живет почти 40 млн. Болезнь продолжает наступать, разрушая жизни людей и нанося вред обществу [1, 2].

Несмотря на наличие на мировом рынке эффективных антиретровирусных препаратов (АРВ), способных продлить жизнь ВИЧ-инфицированным, их высокая стоимость ограничивает доступность лечения для большинства больных.

Цель исследования. Изучение ассортимента, доступности и ценовых характеристик антиретровирусных препаратов на украинском фармацевтическом рынке за 2013-2015 годы.

Материалы и методы. Анализ ассортимента антиретровирусных препаратов и их социально-экономической доступности проводили в течении 2013-2015 годов по данным информационно-поисковой системы «Морион», которая позволяет анализировать ассортимент, средние розничные цены. Для анализа социально-экономической доступности рассчитали показатель адекватности платежеспособности (Ca.s.), что показывает долю заработной платы, которая расходуется на приобретение одной упаковки ЛС и рассчитывается по формуле: $Ca.s. = P/Wa.w. \times 100\%$. Все ЛС были разделены на три категории: высокодоступные, значение показателя адекватности платежеспособности (Ca.s.) которых было меньше 5%, среднеступные (Ca.s. более 5% и менее 15%) и малодоступные (Ca.s. более 15%) [3-4].

Результаты и обсуждение. На фармацевтическом рынке в 2015 году антиретровирусные препараты были представлены 8 МНН, из которых 6 МНН – монопрепараты и 2 МНН – комбинированные. Ассортимент антиретровирусных препаратов насчитывает 21 ТН, которые были представлены в виде 3 лекарственных форм (таблетки, сироп, раствор оральный) и в различных дозировках.

В течении 2013-2015 гг. основная доля ассортимента антиретровирусных препаратов была представлена иностранными производителями. Диапазон розничных цен варьирует от 50.85 до 19294.25 грн. Наиболее дешевым препаратом является Невимун, Cipla (Индия), табл. 200 мг, №60, а наиболее дорогим Исентресс, Merck & Co (США), табл. п / о 400 мг фл., №60.

В течении исследуемого периода большинство препаратов были малодоступными. В 2013 году к высокодоступным препаратам относятся Тенофовир дизопроксил (Тенвир) у которого Ca.s = 4,35%, к среднеступным относится Инозин пранобекс (Новирин) Ca.s = 13,73%, остальные препараты – малодоступные (Ca.s = 58,46%). В 2014 к высокодоступным отнесен Ламивудин (Ламивудин Дарница), Невирапин (Невимун), Эмтрицитабин, Тенофовир дизопроксил и эфавиренз (Атрипла), Ca.s которых составил 1,5 %; препараты средней доступности отсутствуют и к высокодоступным относятся остальные препараты с показателем Ca.s = 50,85 %. В 2015 году абсолютно все препараты являются малодоступными (Ca.s = 63,80%).

Вывод. Таким образом, проведенный анализ антиретровирусных средств за период 2013-2015 гг. показал, что на фармацевтическом рынке Украины большинство препаратов иностранного

производства, однако отечественные препараты более доступны, несмотря на то, что они представлены в значительно меньшем количестве.

В ходе анализа установлено, что только 3 ТН из 21ТН являются высокодоступными, и с каждым годом доступность снижается. Так мы наблюдаем, что в 2015 году абсолютно все препараты малодоступны, и это является основной проблемой антиретровирусных препаратов.

Список литературы

1. Покровский В.В. Клинические рекомендации: «ВИЧ – инфекция и СПИД» «ГЭОТАР Медиа» 2006.
2. Кравченко А.В. Антиретровирусная терапия взрослых, инфицированных ВИЧ. // Фарматека №13. 2003.
3. Мнушко З. М. Система забезпечення доступності лікарських засобів / З. М. Мнушко, І. В.Тіманюк // Вісник фармації. – 2007. – №1 (49). – С. 52–57.
4. Громовик Б. П. Фармацевтичний маркетинг: теоретичні та прикладні засади / Б. П. Громовик, Г. Д. Гасюк, О. Р. Левицька. – Вінниця: Нова книга, 2004. – 464 с.

Ахметов Н.Р. – фармацевтика факультетінің 1-курс магистранты, nurlan_myrza_20.92@mail.ru

Жұмабаев Н.Н. – фармацевтика факультетінің 4-курс студенті

Ғылыми жетекші: **Жұмабаев Н.Ж.**, ф.ғ.к., проф.л.а.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Қазақстан Республикасы, Шымкент қ.

ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ КАДРЛАРДЫҢ ҚАЖЕТТІЛІГІН АНЫҚТАУ

Кіріспе. Фармацевтика саласы пайдаланылатын ресурстардың ауқымы мен жұмыспен қамтылған қызметкерлердің саны бойынша ірі салалардың бірі болып табылады. Осыған байланысты кадрлық потенциалды кешенді және объективті зерттеу персоналды басқару мен реттеудің маңызды элементіне айналып отырғаны белгілі. Мысалы, АҚШ-та фармация мамандығы қажетті мамандар болып есептелінеді. Егерде 1-ші және 2-ші орындағы қажетті мамандар программистер мен медбикелер болатын болса, 3-ші орындағы қажетті мамандар - фармацевтика саласының мамандары болып отыр.

Зерттеудің мақсаты. Фармацевтикалық кадрлардың қажеттілігін ғылыми тұрғыда анықтау.

Зерттеудің әдістері мен материалдары. Фармацевтикалық қызметпен шұғылданатын объектілер жөніндегі мәліметтер. Халық санының табиғи өсімі мен өлімі, көші-қон саны жөніндегі мәліметтер және т.б.

Нәтижелер мен талдаулар. 2015-2020 жж фармацевтикалық кадрлардың қажеттілігін анықтау үшін ҚР Денсаулық Сақтау және Өлеуметтік Даму министрлігінің 2015 жылғы статистикалық мәліметтерге сүйендік.

Керекті мәліметтер:

Халық санының табиғи өсімі 5 жылға орташа 381828.

100 000 адамға шаққандағы фармацевттердің саны 43.

Анықтау үшін: $381828 \times 43 = 16\,418\,604$

$16\,418\,604 : 100\,000 = 164$

Яғни, 1 жылға 164 кадр қажет. Кадрлар санының азаю қарқынын біле отырып, келесі жылдарға осы жолмен анықтауға болады.

2014 жылдан 2015 жылға кадрлардың азаю қарқыны 2% болғанда, 2016 жылға фармацевтикалық кадрлардың қажеттілігі төмендегідей болады:

$164 - 100\%$

$x - 2$

$164 \times 2 = 328$

$328 : 100 = 3,28 \sim 3,3$

$164 + 3 = 167 \sim 170$

Қорытынды. Фармацевтикалық кадрларға болашақтағы қажеттілікті анықтау – тек қана сандық болжам емес. Кадр жөніндегі саясатты қалыптастыратын лауазымды қызметкерлерге кадрларды қолдану мәселесіне, олардың біліміне, жұмысқа орналастыруға, мотивациялау мен басқаруға ерекше назар аудару қажет. Фармацевтика саласындағы кадрлардың жеткіліктілігіне қармастан, осы салада мамандарды оқытып, олардың отандық еңбек нарығында қажетсіз екенін ұғынып, немесе жұмыстың жағдайы мен жалақының төмендігінен басқа мемлекеттерден жұмыс іздетудің ешқандай мағынасы жоқ.

Әдебиеттер

1. Турумбетова Т.Б., Мусина Г.А., Кабдуллина М.М., Жашкенова Н.С. // Методы планирования, прогнозирования кадровых ресурсов здравоохранения // Астана 2015ж.
2. G.Dussault, J. Buchan, W.Sermeus, Z. Padaiga // Оценка будущих потребностей в кадровых ресурсах здравоохранения// Ла-Юльп 2010 г.
3. Статистикалық мәліметтер ҚР Денсаулық Сақтау және Әлеуметтік Даму Министрлігінің ресми сайтынан алынды

Самандарова О.Д. – магистр-студентка 2 курса кафедры организации фармацевтического дела. Научный руководитель: **Суянов Н.Д.** – доцент кафедры организации фармацевтического дела Ташкентского фармацевтического института, E-mail: suyunov5555@rambler.ru. Ташкентский фармацевтический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В ТРАВМАТОЛОГИИ

Введение. Сочетанная травма остается одной из актуальных сложных проблем неотложной хирургии в медицине. Это обусловлено, прежде всего тем, что решение диагностических и лечебных задач в таких случаях лежит на стыке травматологии, хирургии, неврологи, реанимации и ряда других дисциплин и требует разносторонней ориентации и компетентности врача. Как правило, после получения травмы пациентов доставляют на попутном транспорте в ближайшее медицинское учреждение сельской местности. Необходимо быстро оценить состояние пострадавшего и наметить план оказания первой помощи, провести непрямой массаж сердца, остановку кровотечения, фиксацию перелома, наложение повязок на раны, введение лекарственных средств и т.п. [2].

Маркетинговая характеристика была рассчитана коэффициентом полноты ассортимента, который вычисляется как соотношение числа позиций изучаемой группы лекарственных средств на фармацевтическом рынке (полнота фактическая, к числу ассортиментных позиций) [3]. На фармацевтическом рынке насчитываются десятки тысяч наименований лекарственных средств, число которых постоянно увеличивается. При этом не менее 70 % из них являются аналогами или второстепенными, малоэффективными лекарственными средствами с нежелательными побочными действиями. Многие новые лекарственные средства значительно дороже существующих препаратов. В связи с этим изучение номенклатуры и оценки стоимостных характеристик лекарственных средств [1], назначаемых для лечения больных травматологией, как в стационарных, так и в амбулаторных условиях Республики Узбекистан, с целью последующего отбора наиболее перспективных из них, представляют несомненный интерес.

Цель исследования. Изучение ассортимента используемых в травматологии лекарственных средств проводится на основе контент-анализа Государственного Реестра.

Материалы и методы. Основными методами исследования служили экономико-статистический, группировки и сравнения используемых лекарственных средств в травматологии. В ходе научных исследований были использованы методы: сравнительный, статистический анализ.

Результаты и обсуждения. Изучение ассортимента лекарственных средств, используемых в травматологии, проводили на основе контент анализа Государственного Реестра лекарственных

ОЎҚУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

средств и медицинских изделий, зарегистрированных в Республике Узбекистан [4]. В результате за 2016 год, установлен действующий ассортимент в виде 1132 торговых наименований лекарственных средств, используемых в травматологии, содержащих 87 под международными названиями.

Таблица 1 - Контент анализ Государственного Реестра

Наименование источника	Количество фармакотерапевтических групп	Количество торговых наименований лекарственных средств, используемых в травматологии	Процент
Государственный Реестр лекарственных средств и медицинских изделий, зарегистрированных в Республике Узбекистан	Ингибиторы костной резорбции	33	2,9
	Стимуляторы регенерации тканей	39	3,5
	Местно анестезирующие средства	93	8,2
	Анальгетики	184	16,3
	Нестероидные противовоспалительные средства	280	24,7
	Антибиотики	503	44,4
Итого	6	1132	100

Обновление ассортимента (I_0) по группе лекарственных средств, рассчитываемое по формуле [1]:

$$I_0 = m / M \times 100 \%$$

Где m – количество наименований новых лекарственных средств за 2015 год;

M – общее количество используемых наименований лекарственных средств в травматологии за 2015 год.

Оказалось равным: $I_0 = 68 : 1132 \times 100 \% = 0,06$ (или обновление за год на 6 %). Изучение рынка лекарственных препаратов, используемых для лечения травматологии с целью оценки их объема, имеет большое значение.

Выводы. Установлена структура ассортимента, используемых лекарственных средств в травматологии. Проведен контент-анализ ассортимента используемых лекарственных средств в травматологии по данным Государственного Реестра лекарственных средств и медицинских изделий, зарегистрированных в Республике Узбекистан. Контент-анализом используемых лекарственных средств в травматологии выявлены номенклатуры назначаемых для лечения.

Список литературы

1. Бат Н.М. Теоретические основы формирования системы управления на региональном уровне качеством лекарственной помощи больным туберкулезом: Дис. . . . д-ра фарм. наук. – Пятигорск: КГМА, 2004. – С. 57.
2. Маманазаров К.М. Основные принципы транспортировки из сельского врачебного пункта пострадавших с сочетанной черепно-мозговой и спинальной травмой // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2006. – № 5. – С. 47-48.
3. Челомбитко Е.В. Сравнительный фармакоэкономический анализ антимикробных лекарственных средств фторхинолонового ряда, представленных на фармацевтическом рынке Ставропольского края: Дис. . . . канд. фарм. наук. – Пятигорск: ПГФА 2008. – С. 17–18.
4. Ҳузбекистон Республикасида қайд этилган дори воситалари ва тиббий буюмлар Давлат Реестри = Государственный Реестр лекарственных средств и медицинских изделий, зарегистрированных в Республике Узбекистан: Официальное издание. – 18 –перераб. и доп. изд. – Ташкент, 2014. – С. 9-612.

Самандарова О.Д. – магистр-студентка 2 курса кафедры организации фармацевтического дела. Научный руководитель: **Суёнов Н.Д.** – доцент кафедры Организации фармацевтического дела Ташкентского фармацевтического института, E-mail: suyunov5555@rambler.ru. Ташкентский фармацевтический институт, г. Ташкент, Республика Узбекистан

РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРАВМАМИ, ОТРАВЛЕНИЯМИ И НЕКОТОРЫМИ ДРУГИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИМИ ПРИЧИНАМИ

Введение. В Узбекистане быстро развивающаяся промышленность и механизация сельского хозяйства вызвали необходимость в профилактике промышленного и сельскохозяйственного травматизма, организации учета и правильного лечения травм. Потребовалось создать единый научно-методический и оперативный центр по профилактике травматизма и борьбе с ним. Научно-исследовательский институт травматологии и ортопедии поддерживает связи с ведущими учреждениями стран Союз Независимых Государств и дальнего зарубежья. В последние годы научно-исследовательская и лечебно-диагностическая работа вышла на новые качественный уровень, а также улучшена материально-техническая база. По проблеме травматизма институт работает под руководством Европейского бюро Всемирной организации здравоохранения, координатором по региону является директор института [1].

Цель исследования. Изучить распространенность заболеваний травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешними причинами на 100 тысяч населения.

Материалы и методы. В ходе научных исследований были использованы общепринятые в современной науке методологии и методы, сравнительный, экономико-статистический, логический, аналитический.

Результаты и обсуждения. Анализированы статистические данные травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин на 100 тысяч населения по отдельным регионам в 2013–2015 гг. официально зарегистрированные Институтом здоровья и медицинской статистики Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Данные о распространенности заболевания травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин на 100 тысяч населения по отдельным регионам.

По городу Ташкент распространенность травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин на 100 тысяч населения зарегистрировано заболеваний: дети до 14 лет составила в 2013 г. 7049, в 2014 г. – 8380, в 2015 г. – 5188 случаев. Подростки (15-17 лет) составила в 2013 г. 17748, в 2014 г. – 19703, в 2015 г. – 23135 случаев. Взрослые составила в 2013 г. 5130, в 2014 г. – 4790, в 2015 г. – 4086 случаев. По Бухарской области распространенность травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин на 100 тысяч населения зарегистрировано заболеваний: дети до 14 лет составила в 2013 г. 4659, в 2014 г. – 4420, в 2015 г. – 5410 случаев. Подростки (15-17 лет) составила в 2013 г. 9701, в 2014 г. – 11050, в 2015 г. – 14695 случаев. Взрослые составила в 2013 г. 5151, в 2014 г. – 6630, в 2015 г. – 5708 случаев.

В целом по Республике Узбекистан распространенность травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин на 100 тысяч населения зарегистрировано заболеваний: дети (до 14 лет) составила в 2013 г. 2809, в 2014 г. – 2730, в 2013 г. – 2709 случаев. Подростки (15-17 лет) составила в 2013 г. 6058, в 2014 г. – 5899, в 2013 г. – 7550 случаев. Взрослые составила в 2013 г. 3035, в 2014 г. – 2957, в 2013 г. – 2845 случаев.

Одним из путей повышения эффективности лекарственного обеспечения населения является научная обоснованность планирования лечебно профилактических мероприятий. Для разработки прогноза являются результаты распространенности анализа заболеваемости. Данные анализы обоснованы ожидаемыми показателями прогноза заболеваемости травмы, отравления и некоторые другие последствия воздействия внешних причин на 100 тысяч населения. Зарегистрировано заболеваний в отдельных регионах и в целом по Республике Узбекистан.

Выводы. Анализ показал, что самые распространенные заболевания наблюдаются на территориях с неблагоприятной экологией, частности в городе Ташкенте и в Бухарской области. В результате исследований уровень распространенности заболеваемости травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин на 100 тысяч населения в Республике Узбекистан зарегистрирован за период с 2013 по 2015 годы. Очередной этап исследования на основе математического моделирования [2] заболевания травмами, отравлениями и некоторыми другими последствиями воздействия внешних причин на 100 тысяч населения – проведение анализа прогноза динамики распространенности заболеваемости в последующие годы.

Список литературы

1. Азизов М.Ж., Семенюта А.Я., Хачатурян А.Ю. К 75-летию научно-исследовательского института травматологии и ортопедии // Медицинский журнал Узбекистана. – Ташкент, 2007. – № 6. – С. 94-95.
2. Суянов Н.Д. Фармакоэкономический анализ и оптимизация лекарственного обеспечения пациентов с заболеваниями органов дыхания / Монография. – Ташкент. Фан, 2013. – 240 с.

Евстафьева Т.Г., студентка 4 курса фармацевтического факультета, E-mail: evst.tany@mail.ru,
Безносова Н.Ю., интерн

Научный руководитель: **Задираченко Л.Н.**, к.ф.н., доцент
ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет, г. Тюмень, Россия

ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК О ПРИМЕНЕНИИ СТАТИНОВ НА ОСНОВЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА

Введение. Оказание информационно-консультативной помощи покупателю, обратившемуся в аптеку, является важной трудовой функцией провизора, предусмотренной профессиональным стандартом [1,2]. Учитывая, что врачи выписывают рецепты на статины по международному непатентованному наименованию, вопрос квалифицированного подбора провизором торгового наименования (ТН) лекарственного препарата (ЛП) с предоставлением информации, ориентированной на персональные потребности покупателя, приобретает особую актуальность [3].

Цель исследования: выявить осведомленность и информационные потребности посетителей аптеки по вопросам применения статинов.

Материалы и методы. Исследование проводилось среди посетителей аптек г. Тюмени социологическим методом (анкетирование) на основе специально разработанной анкеты.

Результаты и обсуждение. В ходе анализа данных анкетирования установлено, что респонденты распределились следующим образом: *по гендерному признаку* – женщины (48%), мужчины (52%); *по возрасту*: 31-40 лет (2%); от 41-50 лет (18%), от 51-60 лет (38%), старше 61 лет (42%); *по среднемесячному доходу на одного члена семьи*: от 5 до 20 тыс. руб. (84%); от 20 до 50 тыс. руб. (14%); свыше 50 тыс. руб. (2%); *по уровню образования*: среднее общее (6%), среднее специальное образование (34%), неоконченное высшее (2%); высшее специальное (58%). Большинство респондентов посещают аптеку довольно редко (не чаще 1-2-х раз в месяц) – 54%; редко (реже 1 раза в месяц) – 22%; часто (не меньше 1 раза в неделю) – 24%. На вопрос «были ли раньше знакомы со значением слова статины?» положительно ответили 60%, отрицательно 24%, узнали недавно о данной группе ЛП 16% опрошенных. В ходе исследования выявлено, какие именно ТН ЛП из группы статинов, по мнению посетителей, чаще назначают врачи: аторвастатин, симвастатин, липримар, реже – розувастатин. Большинство посетителей (48%) предпочитают приобретать статины в данной конкретной аптеке, 36% выбирают аптеку около дома, 6% предпочитают аптеку рядом с поликлиникой и 10% респондентов не имеют предпочтений относительно конкретной аптеки.

На вопрос, «По каким причинам вы переставали принимать или не начинали принимать статины», большинство респондентов (44%) ответили, что опасались появления побочных эффектов, 30% посетителей соблюдали диету или использовали народные средства, 10% не были

уверены в необходимости приема этих препаратов, 10% забывали о приеме ЛП, 8% респондентов ссылались на увеличение стоимости лечения за счет дорогих статинов.

На вопрос, «Что является для Вас особенно важным при приобретении ЛП из группы статинов», 54% отметили «цена за упаковку»; 46% особенно важным считают «качество препарата». При выборе конкретного ЛП из группы статинов 82% респондентов руководствуются рекомендациями врача.

На вопрос о том, какую информацию о статинах посетители аптеки хотели бы получить от провизора в момент приобретения ЛП из группы статинов, 44% ответили, что их интересует информация о том, какие побочные эффекты от приема препарата могут быть; 38% хотели бы узнать у провизора, как и в каких дозах принимать препарат; для 10% опрошенных важен вопрос о том, как снижать холестерин без лекарств, и лишь некоторые посетители аптеки интересуются, какие ЛП можно применять безопасновместе со статинами и где приобрести ЛП в случае их отсутствия в данной аптеке.

Опираясь на результаты анкетирования, нами выбраны наиболее высокие уровни позиций по вопросам анкеты и составлен «профиль» целевой аудитории потребителей статинов для более предметного и дифференцированного фармацевтического консультирования (рис.).

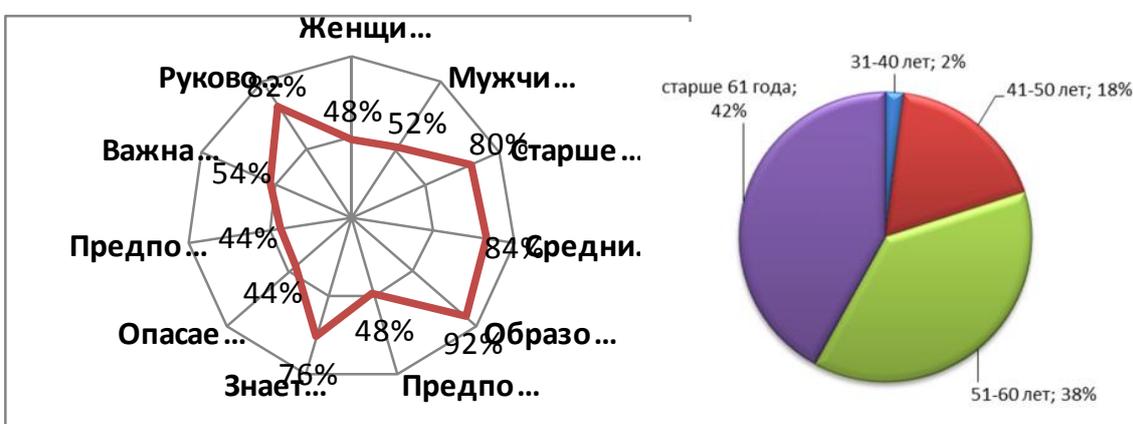


Рисунок – Профиль целевой аудитории – потребителей статинов

Выводы. В результате исследования выявлено, что посетители аптек, принимающие статины, в основном, руководствуются рекомендациями врача. Вместе с тем, посетители при выборе конкретного ЛП под ТН ориентируются на рекомендации провизора, особенно в части их стоимости. Эти данные могут помочь провизору разработать алгоритм фармацевтического консультирования, а также наладить терапевтическое взаимодействие с врачами, взяв на себя часть информационного обеспечения пациентов.

Список литературы

1. Егорова, С.Н. Стандарты фармацевтического консультирования как регуляторная мера рационального использования лекарственных средств безрецептурного отпуска / С.Н. Егорова, Л.Н. Минапов // Материалы Всероссийского съезда фармацевтических работников. - ООО «Бионика медиа». -2014.-С. 90-91.
2. Саратовцева, Н.С. Фармацевтическое консультирование как профессиональная компетенция провизора / Н.С. Саратовцева. Научные руководители: д.м.н., профессор Оковитый С.В., к.ф.н., доцент Васягина Ю.А. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://pharm-spb.ru/docs/diplom/Saratovzeva%20N.S._2013.pdf, свободный.
3. Ягудина, Р.И. Лекарственная информация: результаты социологического опроса потребностей пациентов и позиции врачей и провизоров / Р.И. Ягудина, И.Г. Комиссинская, Е.Е. Аринина, Б.Б. Кондратьева // Ремедиум. – 2015. – № 3. – [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.remedium.ru/state/detail.php?ID=66169>

Ерметов А.Р.-студент 1-го курса, фармацевтического факультета, akosik.poposik@mail.ru

Научный руководитель: **Орманова Г.К.**, к.п.н., и.о.доцента кафедры медбиофизики,

Ganya_66@mail.ru

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика
Казахстан

СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОБОРУДОВАНИЯ ПО ПРОИЗВОДСТВУ МАРЛЕВЫХ БИНТОВ

Введение.Перевязочные материалы относятся к парафармацевтике. Они служат для изготовления и наложения повязок с целью защиты от вторичной инфекции и других внешних влияний, а также для остановки кровотечения и подсушивания ран при хирургических операциях.

Данный сегмент товаров насчитывает более 2,3 тыс. наименований. В Казахстане около 150 компаний производят перевязочные средства. Рынок перевязочных средств развивается быстрее, чем фармрынок в целом (по данным «Исследования рынков РК»). В данной группе товаров наблюдается не только увеличение продаж, но и улучшение функциональности изделий и их ассортимента. Марлевый бинт в этом сегменте занимает третье место по потреблению, что объясняется высоким спросом данного товара среди лечебных учреждений и обычных потребителей.

Цель исследования. Организация производства марлевых бинтов и их стерилизации с помощью автоклава.

Материалы и методы.В соответствии с ГОСТом 1172-93 медицинские бинты бывают стерильные и нестерильные. Первые изготавливают из отбеленной марли с плотностью от 10x10 до 15x15 нитей на 1 см². Нестерильные бинты делают из отбеленной, и из суровой марли. Также нестерильные бинты отличаются от стерильных круглым срезом (их не прессуют). Срок годности стерильных бинтов – 5 лет, нестерильных – 6 лет. По размеру они бывают широкие (10см x 16м), средние (7см x 14м) и узкие (5см x 10м).

По общим требованиям, все перевязочные средства должны быть стерильными, атравматичными, прочными, проницаемыми, мягкими, удобными, безвредными для человеческого организма (без токсинов), гигроскопичными, а также обладать хорошей капиллярностью и смачиваемостью. Основными показателями качества для них является цвет, капиллярность (способность материала поднимать жидкость из нижних слоев в верхние слои), химическая нейтральность, поглотительная способность, влажность, запах [1].

Производство бинтов полного цикла выполняется в несколько стадий. Для начала изготавливают марлю. Её прядут из хлопка на ткацких станках. Затем марлю, расположив на стеллажах, сшивают на швейной машине. В рулоны её сворачивают на бинторулоночной машине, которая состоит из остова и системы валиков. Наматывается обычно 5,7 или 10 метров, при этом следует следить за качеством намотки, расправляя марлю, чтобы все рулоны были ровными и не получилось бракованного товара. Рулоны со швами используют для изготовления бинтов второго сорта. Выпускается марля в рулонах по 800—1000 м или в кипах по 1000—2000 м. Далее марлевые рулоны для стерильных бинтов подвергают прессовке на бинтопротяжном двухвалковом механическом прессе, чтобы сечение у них было плоским, а не круглым. Затем рулоны вытягивают под рифлёными роликами и разрезают на бинты. Для этого используется резательная машина, имеющая дисковый механический нож. После резки готовые бинты обматывают белой нитью и помещают в пергаментную бумагу на движущемся транспортере или на деревянных столах, окрашенных масляной краской. Края бумаги склеивают 5%-ым антисептическим крахмальным клейстером. Бинты сушат около часа, после чего происходит их стерилизация [2].

Существует несколько методов стерилизации: паровая стерилизация (автоклавирование водяным паром под давлением), воздушный (обработка сухим горячим воздухом), инфракрасное излучение, гласперленовый (обработка в среде нагретых стеклянных шариков), газовый, жидкостный, плазменный и др.

Место, где стерилизуются бинты, обычно разделяют на две половины: в одной – бинты поступают на стерилизацию, на другой – принимают стерильные бинты. При паровом методе

бинты нужно выдержать 30-45 минут при температуре 119—120° С. После окончательной просушки каждую партию товара тестируют на наличие отклонений от нормы.

В итоге стерильные бинты укладывают по 1000-1500 штук в фанерные ящики, не пропускающие влаги, которые закрывают фанерой и окантовывают полосовым железом. Нестерильные бинты заворачивают бумагой или пленкой, по 5-30 штук (не более), складывают в картонные коробки или пачки и скрепляют бандеролью [3].

Стоимость линии производства марлевых бинтов колеблется от 2500 тысяч тенге до 1 млн. тенге, в зависимости от качества и новизны оборудования. В такую линию обычно включены намоточные (руловочные) машины, машины для прессовки, резак ленточного типа и конвейер. За дополнительную плату они комплектуются высокоскоростными горизонтальными упаковочными машинами. Их стоимость, в зависимости от функциональности, варьируется от 110 до 1900млн. тенге. Паровой стерилизатор (автоклав) можно приобрести за цену от 250 тысяч тенге и далее.

Для производства бинтов марлю можно (и лучше) закупать, так как для её изготовления понадобится закупить много дорогостоящего оборудования. Если брать по максимуму, сюда войдёт оборудование для перемотки марли (19800\$), линия для отбеливания марли (169 000\$), рама для поворота марлевой тубы (19000\$) и оборудование для сушки марли (102 000\$). А стоимость рулона марли 0,9м x1000м составляет всего 25000 - 50000 тенге.

Таким образом, первоначальные инвестиции, необходимые для открытия производства марлевых бинтов, при учёте затрат на оборудование, сырьё, аренду, документы, зарплату персонала, составят около 3-4 млн. рублей. Окупится бизнес за 1-3 года.

Помещение под производство бинтов должно быть просторным и стерильным. Помимо производственной линии требуется санузел, склад под сырьё, отдельное помещение под хранение товара. Оно должно быть сухими, хорошо проветриваемыми и иметь постоянную температуру. Стерильные и нестерильные бинты хранятся в отдельных комнатах. Должен быть организован отдельный подъезд для грузовой машины.

Для персонала потребуется около 10 человек, среди которых будет два технолога, несколько операторов на линию производства, подсобные рабочие, наладчик оборудования и водитель.

По ГОСТу 9412-93 марля должна иметь следующие параметры: длина в рулоне – 800-1200 метров (отбеленная), 5000-8000 (суровая), ширина – 72, 5; 92; 97 (+/- 1,5) см (суровая), 68; 84; 90 (+/- 1,5) см (отбеленная). Рулон марли, предназначенный для изготовления бинтов, не должен иметь несшитых кусков марли или сшивку марли с различными видами кромки.

В марле недопустимы две группы пороков внешнего вида:

1-я группа - отверстия по фону марли (полотну марли) размером более 5 см, масляные грязные пятна, стянутая кромка более 1 м по длине ткани;

2-я группа – недосеки более трех нитей, недолет утка более трех нитей, отверстия по фону марли размером более 5 см, бахрома на кромке более 1,5 см с одной и более 2 см с другой стороны [4].

Вывод. Естественным образом основными потребителями фармацевтической продукции являются аптеки и лечебные учреждения. Главной целью будет налаживание контактов с крупными сетями аптек. Завоевать спрос лечебных учреждений будет сложнее. Для этого надо производить качественный и дешёвый товар, так как они обычно объявляют тендер на закупку, где прописаны все условия для поставщиков.

Изучив производство марлевых бинтов, мы видим что технология развивается и выходит на новый уровень. Нашей целью является изучив инновации в данной области развить технологию производства и вывести на рынок новый, усовершенствованный продукт.

Список литературы

Меньшутин Н.В., Мишина Ю.В., Алвес С.В. Инновационные технологии и оборудование фармацевтического производства. – Бином. 2016г

Сливкин А.И и др.: под ред. Краснюка. Фармацевтическая технология. Издатель: ГЭОТАР-Медиа. 2015г.

Кристина Черухина. Технология производства и сырьё. – Москва. 2016г.

www.medtech.kz www.kazmed.kz www.labmed.kz

Жабборов Расул - студент 3-го курса, фармацевтического факультета
Научный руководитель: **Карпенко Л.А.**, к.ф.н., доцент, karpenko_2015@ukr.net
Национальный фармацевтический университет, г.Харьков, Украина

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Введение. Согласно статистическим данным ежегодно в Узбекистане имеют тенденцию к росту показатели природных и техногенных чрезвычайных ситуаций (ЧС), которые приводят не только к нарушениям нормальных условий жизни людей, а также к тяжелым травмам и даже потери жизни. В этих условиях первоочередной задачей государства является организация бесперебойного снабжения формирований и учреждений Государственной службы экстренной медицинской помощи (ГСЭМП) при ЧС Республики Узбекистан лекарственными средствами и медицинскими изделиями. Эта обязанность ложится на органы управления ГСЭМП при ЧС всех уровней, начиная с Министерства здравоохранения и заканчивая руководителем медицинского учреждения.

Цель исследования. Изучение современного состояния, законодательной базы и органов обеспечения медицинским имуществом системы медицинского снабжения ГСЭМП и населения при ЧС в Республике Узбекистан.

Материалы и методы. Законодательная база Республики Узбекистан, касающаяся развития в стране системы экстренной медицинской помощи населению при ЧС; статистические и опросные методы.

Результаты и обсуждения. С целью создания единой системы экстренной медицинской помощи населению при ЧС в Узбекистане в 1999 году было принято Положение о ГСЭМП при ЧС, которое определило место ГСЭМП при ЧС в Государственной Системе предупреждения и действий в ЧС, а также ее основные задачи, функции, структуру, принципы и организацию работы в ЧС [1]. В утверждении Положения о ГСЭМП при ЧС принимали участие несколько министерств, в том числе Министерство здравоохранения Республики Узбекистан, Министерство по ЧС, Министерство обороны, Министерство внутренних дел, а также Государственная акционерная железнодорожная компания «Узбекистон темир йуллари». Деятельность ГСЭМП при ЧС регламентируется Законом «Об охране здоровья граждан Республики Узбекистан» от 29.08.1996 года, постановлением Кабинета Министров Республики Узбекистан № 558 «О государственной системе предупреждения и действий при ЧС в Республике Узбекистан» от 23.12.1997 года [2, 3].

ГСЭМП при ЧС является функциональной подсистемой Государственной системы предупреждений и действий при ЧС. Основной задачей Службы является предоставление населению бесплатной медицинской помощи на всех этапах лечебно-эвакуационного обеспечения при возникновении ЧС.

Одним из важных условий реализации задач службы ликвидации последствий катастроф есть ее достаточное обеспечение материально-техническими средствами, в том числе медицинским имуществом.

Медицинское снабжение - это система научных знаний и практических действий, направленных на своевременное и полное обеспечение потребностей службы экстренной медицинской помощи в медицинском имуществе во всех режимах функционирования.

ГСЭМП при ЧС имеет два организационных уровня – республиканский и областной (территориальный).

Резерв медицинского имущества, предназначенный для обеспечения оперативной деятельности службы хранится в готовности к немедленной выдаче на складах и аптеках Республиканского Научного Центра экстренной медицины (РНЦЭМ), лечебно-профилактических учреждениях и станциях переливания крови.

Аптеки и аптечные склады РНЦЭМ функционируют в трех рабочих режимах – повседневной деятельности, повышенной готовности и чрезвычайном режиме.

Положением о ГСЭМП при ЧС в Узбекистане также официально утверждены организации, поставляющие медицинское имущество для нужд службы медицины катастроф.

Неснижаемый запас медицинского имущества ГСЭМП при ЧС создается на складах и снабженческих организациях, например таких, как «Уздоридармон», «Тибтехника», «Тибтаъминот».

Закладку на хранение, отгрузку, доставку к месту назначения, учет, контроль и своевременное освежение запаса лекарственных средств и медицинских изделий осуществляют органы снабжения медицинским имуществом Государственной Акционерной ассоциации «Уздоридармон», РПТО «Узтибтехника» и предприятие «Тибтаъминот». Пополнение резерва медицинского имущества производится за счет неснижаемого запаса в течение 10 дней с момента подачи заявки на его пополнение.

Выводы. Изучено современное состояние, законодательная база и проанализированы органы обеспечения медицинским имуществом системы медицинского снабжения ГСЭМП и населения в условиях ЧС в Республике Узбекистан.

Список литературы

1. О Государственной службе экстренной медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях Республики Узбекистан [Электронный ресурс]: Положение от 01.03.1999. – Режим доступа: <http://www.lex.uz/mobileact/653461>
2. Об охране здоровья граждан [Электронный ресурс]: Закон Республики Узбекистан // Ведомости Олий Мажлиса Республики Узбекистан. – 1996. - Режим доступа: <http://www.lex.uz/mobileact/41329>
3. О государственной системе предупреждения и действий в ЧС Республики Узбекистан [Электронный ресурс]: постановление КМРУ № 558 от 23.12.1997 г. – Режим доступа: <http://www.lex.uz/mobileact/604031>

Секция «ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА»

Серікқанқызы Ш., Жаскайрат Д.Ж., Герасимов Д.А., Вахонина К.А.
e-mail: adlet-shynar@mail.ru

Научный руководитель: **Мансарина А.Е.** – к.м.н., старший научный сотрудник, niu.rm@irime.kz
Научно-исследовательский институт радиационной медицины и экологии,
г. Семей, Республика Казахстан

СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РЕГИСТРАЦИОННЫХ, МЕДИЦИНСКИХ ИДОЗИМЕТРИЧЕСКИХ СВЕДЕНИЙ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, ПРОЖИВАЮЩИХ В АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. Авария на Чернобыльской АЭС является по масштабу одной из крупнейших за всю историю человечества. Для ликвидации последствий катастрофы было привлечено несколько тысяч человек, в том числе и казахстанцев. При выполнении аварийно-спасательных работ все эти лица (ликвидаторы) в разной степени подвергались воздействию вредных факторов и, прежде всего, ионизирующего излучения[1].

Цель исследования. Сбор регистрационных, дозиметрических, медицинских сведений о ликвидаторах последствий аварии на Чернобыльской АЭС и их потомках, проживающих на территории Атырауской области, внесение регистрационных, дозиметрических, медицинских сведений в Реестр персонифицированного учета (РПУ), статистическая обработка регистрационных, медицинских и дозиметрических сведений.

Результаты и обсуждения. На территории Атырауской области проживает 174 ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС. Наибольшее количество ликвидаторов от общего числа зарегистрированных в РПУ ликвидаторов Атырауской области проживают в г.а. Атырау – 99

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

человек (56,89%). Наименьшее количество ликвидаторов проживают в Индерском районе – 2 человека (1,14%).

Учитывая, что авария на ЧАЭС произошла в 1986 году, средний возраст представленных контингентов, на момент аварии составлял, в среднем – 29,2 лет. Общее число зарегистрированных в РПУ потомков, рожденных после ликвидации, составило 159 человек, из них дети 138 человек (86,79%), внуки – 21 человек (13,20%).

В Атырауской области зарегистрировано 174 человека ликвидаторов, из них: живых – 153 человек (87,93%), умершие – 21 человек (12,06%).

Из 174 человек только у 63 человека есть информация о дозе облучения, что составляет 36,21% от общего числа зарегистрированных ликвидаторов. Дозы внешнего облучения ликвидаторов варьируется в широких пределах: эквивалентная доза от 0,2 до 24,8 Бэр, экспозиционная доза от 0,1 до 24,2 Рентген.

Наибольшее количество человек в Атырауской области, зарегистрированы в дозовой группе от 5 до 10 – 9 (31,03%). От общего числа ликвидаторов с зарегистрированной экспозиционной дозой (34 человек) наибольшее количество ликвидаторов (29,41%) получили дозу в диапазоне от 5 до 20 Рентген.

В промежутке 1986-1990 годы из Атырауской области 174 ликвидаторов было задействованы ликвидации последствия аварии на ЧАЭС, из них – 104 человек работали в 30-километровой зоне, и их здоровье было подвержено влиянию радиации в большей степени.

В РПУ из Атырауской области зарегистрировано 246 случаев заболеваний. Основными классам заболеваний, зарегистрированных у ликвидаторов последствий аварии на ЧАЭС являются:

- болезни системы кровообращения (I00-I99)– 120 случая (48,78%) от общего числа зарегистрированных заболеваний,
- болезни органов пищеварения (K00-K93) – 43 случая (17,48%),
- болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99) –24 случая (9,76%),
- болезни мочеполовой системы N00-N99 – 22 случая (8,94%).

Максимальный среднемноголетний показатель уровня заболеваемости болезнями органов пищеварения отмечен у ликвидаторов в возрастной группе 50-59 лет (52%), а минимальный - в возрастной группе старше 40-49 лет. В основном преобладает заболевания органов пищеварения – гастрит, дуоденит и холецистит.

Вывод. Создан Реестр персонифицированного учета ликвидаторов аварии на Чернобыльской атомной электростанции и их потомков по численному, возрастно-половому составу на основе данных анкетирования ликвидаторов, медицинских наблюдений за состоянием здоровья и архивным данным эффективных эквивалентных доз облучения. Собраны регистрационные, дозиметрические, медицинские сведения о ликвидаторах последствий аварии на Чернобыльской атомной электростанции и их потомках, проживающих на территории Атырауской области, проведена статистическая обработка регистрационных, дозиметрических, сведений, проведен анализ медицинских последствий для ликвидаторов ЧАЭС. Это исследование может послужить научной основой для внесения предложений по улучшению социально-медицинского обеспечения чернобыльцев и их потомков.

Список литературы

1. Бирюков А.П., Болохоненкова М.А., Кочергина Е.В., Круглова З.Г., Зеленская Н.С., Соловьева О.А. Регистрация заболеваемости участников ликвидации последствий аварии на ЧАЭС в различных дозовых группах //Альманах клинической медицины (Труды IV научно-практической региональной конференции «20 лет после аварии на Чернобыльской АЭС. Медицинские последствия. МЗ и СР РФ, МЗ Московской области, МОНИКИ им. М.Ф.Владимирского» - Москва, 2006. –Т.Х. –С.9-15)

Соколовская И.А., к.мед.н., старший преподаватель, irimasokol10@meta.ua
Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье, Украина

ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПСОРИАЗОМ В ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. В Украине статистические данные по заболеваемости псориазом существенно отличаются от средних показателей в Европе и мире. Так, в 2011 году распространенность псориаза в абсолютных числах составило 102100 пациентов, среди которых было 6698 детей, а заболеваемость составила 223,9 на 100 000 в общей популяции, в том числе 83,7 на 100 000 среди детей. Это может быть обусловлено как несовершенством медико-статистических систем так и гиподиагностики псориаза вследствие низкого уровня обращений пациентов [1].

Инвалидность или психосоциальная стигматизация связаны с более тяжелым течением псориаза, и являются причинами значительной нагрузки на пациента [2,3]. Проявления псориаза существенным образом влияют на качество жизни пациентов, так и их семей, причем не только в физическом, но и в психологическом и социальном аспектах. Внешний вид кожи, большие площади поражения, постоянный дискомфорт нередко становятся причинами развития невротических состояний пациентов, что обуславливает социальную дезадаптацию, затрудняет процессы обучения, труда и отдыха

Цель исследования. На основесоциально-гигиенического мониторинга, определить особенности заболеваемости псориазом и его распространенности среди населения Запорожской области в условиях неблагоприятных факторов окружающей среды.

Материалы и методы. Гигиенические, клинико-лабораторные, функциональные, эпидемиологические, статистические.

Результаты и их обсуждения. Эколого-гигиеническая ситуация в Украине и ее регионах оценивается как напряженная, что происходит за счет ухудшения качества атмосферного воздуха, питьевой воды, почвы населенных мест, качества и полноценности питания населения, социально-бытовых условий проживания. Наиболее значимым для человека объектом среды является атмосферный воздух населенных мест, его качественный состав. В атмосферу Украины - ежегодно поступает не менее 10 млн. тонн выбросов химических веществ, в структуре которых наибольшую долю составляют: диоксид серы (до 35%), оксид углерода (до 30%), углеводороды (1,2%), оксиды азота (1%) и до 2% специфические загрязнители. В научной литературе накоплен значительный материал об изменениях в уровнях и структуре заболеваемости населения в экологически неблагополучных территориях, таких как Запорожская, в частности растет в 2-4 раза частота обращаемости в лечебные учреждения по поводу заболеваний органов дыхания, кровообращения, кожи и подкожной клетчатки. Население отдельных сельских районов города Запорожья, расположенных вблизи промышленных центров, испытывает дополнительную антропогенную нагрузку и подвергается более высокому риску развития различной патологии у населения, а существующие социально-экономические, производственные, санитарно-гигиенические и медицинские различия между городом и селом могут только усугубить показатели заболеваемости сельских жителей. Одним из факторов загрязнения окружающей среды города Запорожья, являются аэрогенные выбросы и атмосферные осадки, содержащие токсиканты. Основные источники поступления загрязняющих веществ в атмосферный воздух представлены промышленными предприятиями города и автотранспортом. Несмотря на то, что большинство предприятий страны работает не на полную загрузку оборудования, а порой вообще простаивает, острота вопроса о качестве атмосферного воздуха остается актуальной. На основе различных методов исследования установлено, что наибольшую распространенность заболеваемости псориазом в Запорожской области имеют такие районы: Запорожский, Гуляйпольский, Веселовский, Куйбышевский, Приморский, Васильевский, где она составляет около 269,6 - 513,8 сл. / 100 тыс. Число случаев заболеваемости псориазом среди детей Ореховского района составляло почти половину всех обращений в лечебные учреждения данного района ($38,9 \pm 1,1\%$ и $40,0 \pm 1,15\%$) (данные 2012-2013 гг.).

Выводы. На основе социально-гигиенического мониторинга распространенности псориаза нами был сделан вывод, что, среди районов-лидеров по показателям заболеваемости населения, ведущие места занимают населенные пункты с высоким уровнем загрязненности и опасности. К ним относятся: г. Запорожье, Гуляйпольский, Приморский, Куйбышевский районы. В Ореховском районе отмечен высокий процент заболевшего псориазом населения детского возраста. В этих населенных пунктах активно развита легкая и тяжелая промышленность.

Список литературы

1. Беляев Е. Н. Социально-гигиенический мониторинг в решении стратегических задач среды обитания и здоровья населения / Е. Н. Беляев, В. И. Чибураев, М. В. Фокин // Гигиена и санитария. 2002. - №3. - С. 9-12.
2. Гистологические и иммуногистохимические изменения кожи больных псориазом; при лечении ПУВА-ваннами / В. А. Волнухин и др. // Вестник дерматологии и венерологии. 2007. — №2. - С. 3-7.
3. Гринхальх Т. Доказательная медицина: пер. с англ. / Т. Гринхальх; под ред. А. Г. Чучалина. — 2-е изд. М., 2007. — 240 с.
4. Гублер Е. В. Вычислительные методы анализа и распознавания патологических процессов / Е. В. Гублер. М.: Медицина, 1978. — 296 с.

Scientific adviser C. of med. sciences, **Sokolovskaya IA, irinasokol10@meta.ua**
Department of General Hygiene and Ecology
Zaporozhye State Medical University, Zaporozhye, Ukraine

THE IMPACT ON THE PREVALENCE OF PSORIASIS LIFESTYLE

Relevance. Psoriasis in all its clinical forms is the most common chronic skin disease. According to the International Federation of psoriasis prevalence in the world is about 3% [1,2]. Policausal, the high prevalence and the difficulty of treating psoriasis determine urgency of the fight against this disease [3].

Epidemiological, clinical and social importance of psoriasis in the present conditions cannot be overestimated. Psoriasis in all its various clinical forms is one of the most common chronic inflammatory skin diseases. For most patients, the disease is long-standing restrictions on the various aspects of everyday life with great personal cost, sometimes with severe stigma and discrimination.

Objective. To establish the relationship between the levels of incidence of psoriasis and the patient's lifestyle.

Objectives:

1. Examine the way of life in patients with psoriasis.
2. To study the incidence of psoriasis in the industrial metropolis.

Material and methods. We observed 315 patients with psoriasis, including 109 women and 196 men. In the study sample consisted of patients aged 18-65 years. The study did not include patients with psychoactive addiction or severe laboratory abnormalities.

All patients provided written informed consent to participate in research. To assess the combined effect of environmental factors used approach, which is based on comparison of the district average performance of its individual factors with relevant regional average figures, taken as a standard (reference).

Results and discussion. It was found that the prevalence of psoriasis in the city was 269.1 cases of 100 thousand. In the course of severity of psoriasis is most influenced by: the unfavorable family environment; the presence of harmful factors of production and the experience of working with them for more than 5 years; start drinking and smoking initiation before the age of 18 years; mental strain and stress.

The majority of patients discharged after hospital treatment with the residual effects. They are characterized by low physical and social activity associated with the skin condition and the common symptoms of the disease.

The most significant relative risk of transition from the group with mild disease in the group with moderate form, with increasing values include the patient's age, marital status, social group. Ranking indicators the most important values of the relative risks of the transition from the group with moderate form of the disease in the group with severe with increasing values were as follows: smoking more than a pack of cigarettes a day, early use (under 18) alcoholic beverages, nervous and mental stress at work and the low average income of a family of the patient [4].

The debut of psoriasis is most common between the ages of 26 to 40 years (43.1%). As triggered were psycho-emotional overstrains and stress (60.5%), hypothermia and colds (17.8%), receiving medicinal products (5.1%), alcohol (5.7%), physical injuries (5.1 %) [5,6].

The greatest proportion of patients who have bad habits, living in environmentally disadvantaged areas of the metropolis. The highest prevalence of psoriasis in Zaporizhia region registered in the city of Zaporozhye, Gulyai-Pole, Veselovsky, Kuibyshev, Primorsky and Vasilevsky areas. In these administrative units of the prevalence of psoriasis it is in the range 269.6 - 513.8 cl / 100 thousand.

Conclusions:

1. Psoriasis is a disease with a multifactorial etiology. Genetic factors and environmental influences carry the cumulative impact on the pathogenesis of the disease.
2. The main trigger factors include infectious and parasitic diseases, stress and psychosomatic factors, bad habits and poor diet, intake of drugs, metabolic disorders.
3. Alcohol intoxication and smoking increase the risk of psoriasis contribute to the generalization of the process and the emergence of complicated forms; shorten the period of remission and limited treatment options.
4. In order to achieve sustained remission in patients with psoriasis is required to carry out the correction of exogenous and endogenous trigger factors in order to minimize their impact.
5. Materials socio-hygienic monitoring the incidence of psoriasis Zaporozhye region should be used to develop management solutions for the protection of air and water pollution from anthropogenic

Literature

1. Belyaev EN Socio-hygienic monitoring in the solution of strategic tasks of habitat and population health / EN Belyaev, VI Chiburaev, MV Fokin // Hygiene and sanitation. 2002. - №3. - S. 9-12.
2. Vahitov Sh.M. Family Medicine: marketing approach: Monograph / S. M. Vahitov, VA Gaponenko // Kazan, state. honey. Univ seemed mountains. cardiology. Dispensary. Kazan: Medicine, 2006 - 76 ..
3. Galiullin AN Methodological and organizational bases of medical and social prevention: fav. Essays / AN Galiullin. Kazan: b. and., 2004.- 110c.
4. Histological and immunohistochemical changes in the skin of patients with psoriasis; in the treatment of PUVA bath / VA Volnukhin et al. // Journal of Dermatology and Venereology. 2007. - №2. - P. 3-7.
5. Grinhalt T. Evidence-based medicine: Per. from English. / T. Grinhalt; ed. AG Chuchalina. - 2nd ed. M., 2007. - 240 p.
6. Gubler EV Computational methods of analysis and detection of pathological processes / EV Gubler. M.: Medicine, 1978. - 296 p.

Фам Т.Н.Х., - студентка 3-го курса, Пмедицинского факультета, kzhezhel@bk.ru
Научный руководитель: **Соколовская И. А.**, к. мед.н., старший преподаватель,
irinasokol110@meta.ua

Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье, Украина

НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИИ ГОРОДА ЗАПОРОЖЬЕ

Введение. Запорожье является четвертым по величине индустриальным центром Украины с развитым машиностроением, чёрной и цветной металлургией, химической и строительной промышленностью. В районе Запорожья на Днепре сооружена самая крупная

гидроэлектростанция днепровского каскада – ДнепроГЭС, такие крупные предприятия как "Запорожсталь", "Днепроспецсталь" и машиностроительный комплекс "АвтоЗАЗ"[1]. В связи с этим уровень загрязненности воздуха города превышает допустимые нормы, что непосредственно влияет на состояние здоровья населения.

Цель исследования. Проанализировать степень загрязненности воздуха и влияние внешних факторов на здоровье населения города. Выявить статистику наиболее распространенных техногенных заболеваний и предложить методы их профилактики.

Материалы и методы. Статистический метод, исторический метод, метод социологических исследований, экспериментальный метод, описательный метод.

Результаты и обсуждения. Ежедневно в воздух Запорожья выбрасывается более 150 химических веществ, многие из них относятся к 1—2 классам опасности (двуокись марганца, [бензапирен](#), соединения свинца, хрома и др.). Интенсивное загрязнение пылью (до 40 %), [фенолом](#) и [сероводородом](#) (до 50—60 %), окислами азота (до 40 %), [фтором](#) и [хлором](#) — определяет фон этого неблагоприятия. Качество атмосферного воздуха, согласно «Санитарным правилам охраны атмосферного воздуха в населенных пунктах», оценивается по уровню загрязнения как «недопустимое», а по степени опасности — «умеренно опасное»[2]. В результате ежедневного воздействия промышленных ядов, электромагнитных полей и шумового загрязнения жители Запорожья в наибольшей степени подвергаются риску возникновения техногенных заболеваний. К нему относятся такие факторы как:

- Загрязненность шумом (шум машин на городских трассах), в следствие которого возникают частые головные боли, хроническая усталость, слабость и потеря сил, проблемы со сном.

- Химическая загрязненность воздуха. К химическим загрязнителям относятся тяжелые металлы, нитраты и нитриты, мышьяк, органические ксенобиотики, асбест. В особенности проявляется отравляющее действие тяжелых металлов в связи с промышленностью Запорожья, они способны накапливаться в организме на протяжении всей жизни. Оказывают такие патологические действия: вызывают патологии развития у детей в раннем возрасте и в перинатальный период. Свинец замещает кальций в скелете, делая его более хрупким, накапливается в ногтях, волосах, зубах. Органические соединения свинца могут вызывать нервные заболевания и патологии головного мозга. Так же металлы могут вызывать проблемы ЖКТ, психические расстройства, проявляют канцерогенное действие, что приводит к увеличению риска заболевания раком.

- Резкие неестественные запахи, такие как: выхлопные газы или выбросы ближайшего промышленного предприятия, приводят к повышению риска развития заболеваний – экземы, нейродермита, псориаза, бронхиальной астмы, а так же различных аллергических реакций.

- Вибрации, возникающие в результате действия механизмов, негативно влияют на вестибулярный аппарат, циркуляцию крови, обмен веществ и нервную систему.

- Электромагнитные поля - результат излучения радиолокационных станций и вышки мобильной связи, сотового телефона и персонального компьютера, могут вызвать нарушения работы сердца, психические расстройства.

Профилактика. Для предотвращения техногенных заболеваний следует скомпенсировать негативное влияние химических и физических загрязнителей, усилить иммунную систему. Укрепить естественную защиту организма от влияния негативных факторов среды помогают адаптогены растительного происхождения – женьшень, эхинацея, элеутерококк. Для укрепления иммунной системы так же необходимо соблюдать правильный режим дня, придерживаться правил здорового питания и вести активный образ жизни, помнить о здоровом сне (его продолжительность должна составлять не менее 7-8 часов в сутки).

Вывод. В результате исследований и статистического анализа самыми распространенными заболеваниями являются: аллергические заболевания-крапивница, дерматит, нейродермит, ринит, конъюнктивит и бронхиальная астма; атеросклероз, который является первым шагом к более серьезным патологиям сердечнососудистой системы и возникающий так же из-за неправильного питания и гиподинамии; ишемическая болезнь сердца, возникающая от малоподвижного образа жизни. Исходя из перечисленных заболеваний были предложены методы профилактики.

Список литературы

1. Словарь современных географических названий / Под общ.ред. акад. [В. М. Котлякова](#). — Электронное издание. — Екатеринбург: У-Фактория, 2006.— Режимдоступа:ru.wikipedia.org
2. Роман Прядун. [Чтобы улучшить экологию, нужно время... и деньги](#). газета "Запорозька Січ" (22 апреля 2010). Режим доступа: <http://nbuv.gov.ua/>

Эйхгорн С.А., Чумак И.И. -2 курс,мед.факультет, специальность «стоматология»
Научный руководитель: [Соколовская И.А.](#) к.м.н., старший преподаватель
Запорожский государственный медицинский университет, г.Запорожье, Украина

МИРОВАЯ ПРОБЛЕМА ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПРЕСНЫХ ВОДОЕМОВ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ

Введение. Основной причиной современной деградации природных вод Земли является антропогенное загрязнение. Загрязнение гидросферы, особенно поверхностных вод, огромно и происходит давно.

Цель исследования. На основе данных собранных учеными определить характерные причины загрязнения пресных водоемов по всему миру и предложить оптимальные пути их решения [1,2]

Материалы и методы. Методы исследования: гигиенические, клинико-лабораторные, функциональные, статистические. Материалы: научно-популярные образовательные статьи [3,4,5]

Результаты и обсуждения. Загрязнение поверхностных и подземных вод можно распределить на такие типы:

- *механическое* - повышение содержания механических примесей, свойственное, в основном, поверхностным видам загрязнений;(увеличение % примесей Hg, Pb, PO₄⁻)[2]
- *химическое* - наличие в воде органических и неорганических веществ токсического и нетоксического действия; (увеличение % примесей Cl, SO₄²⁻, NO₂⁻)
- *бактериальное и биологическое* - наличие в воде разнообразных патогенных микроорганизмов, грибов и мелких водорослей;(E.Coli, [Vibrio cholerae](#), [Salmonella typhi](#), [Enteroviruses](#), [Entamoeba histolytica](#))
- *радиоактивное* - присутствие радиоактивных веществ в поверхностных или подземных водах;(Ra₂₂₆, U₂₃₈, Pu₂₃₄)
- *тепловое* - выпуск в водоемы подогретых вод тепловых и атомных электростанций.(92°C)

Что касается города Запорожье, за девять месяцев 2013 года на микробиологические исследования отобрано 7444 пробы питьевой воды, из них 148 (1,9 %) не соответствуют требованиям (для сравнения: за девять месяцев 2012 г. – 1,1 %, за 2012 год – 1,44 %, средний многолетний показатель составляет 1,13 %). На химические показатели отобрано 7506 проб, из них 1139 (11 %) – с отклонениями от гигиенических нормативов (за девять месяцев 2012 г. – 12,57 %, в 2012 году – 11,4 %, средний многолетний показатель составляет 14,45

– Около 80 % воды подземных источников Запорожской области имеют превышение показателей по содержанию железа, марганца, общей минерализации и жесткости и не соответствуют требованиям для питьевой воды, что является значительным фактором степени риска для населения и требует проведения соответствующих мероприятий по доведению их до питьевого качества

Основными загрязнителями подземных вод Запорожской области являются: а) промышленные отходы и прежде всего промышленные сточные воды; б) некондиционные природные воды; в) бытовые стоки и отходы; г) сельскохозяйственные удобрения и ядохимикаты.

Варианты очистки водоемов:

- Механическая очистка позволяет выделять из бытовых сточных вод до 60-75 % нерастворимых примесей, а из промышленных – до 95 %, многие из которых, как ценные примеси, используются в производстве.

- Химической очисткой достигается уменьшение нерастворимых примесей до 95 % и растворимых до 25 %

- Биологический методоснованный на использовании закономерностей биохимического и физиологического самоочищения рек и других водоемов.[6,7]

Вывод. На основе приведенных типов загрязнения поверхностных и подземных вод от данных типов примесей, можно сделать вывод, что самыми оптимальными и результативными являются три вида очистки: механическим, химическим и биологическим методом.

Список литературы

Авезов Р.Р., Орлов А.Ю. Солнечные системы отопления и горячеговодоснабжения. – Ташкент: Фан, 1988.

Алферова А.А., Нечаев А.П. Замкнутые системы водного хозяйствапромышленных предприятий, комплексов и районов. – М.: Стройиздат, 1987.

Бурдаков В.П. Электроэнергия из космоса. – М.: Энергоатомиздат, 1991.

Дверняков В.С. Солнце – жизнь, энергия. – К.: Наукова думка, 1986.

Колтун М.М. Солнце и человечество. – М.: Наука, 1981.

Методы охраны внутренних вод от загрязнения и истощения / Под ред. И.К.

Гавич. – М.: Агропромиздат, 1985.

Охрана окружающей природной среды / Под ред. Г.В. Дуганова. – К.: Выща школа, 1990.

Фильчакова А.И., Понич А.Н., Соколовская И.А., кафедра общей гигиены и экологии

Научный руководитель: старший преподаватель, к.мед.н. **Соколовская И.А.**

Запорожский государственный медицинский университет, г. Запорожье, Украина

ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА

Введение. Экологическая проблема — это изменение природной среды, в результате (антропогенных воздействий или стихийных бедствий), ведущее к нарушению структуры и функционирования природы. [1].

Загрязнение окружающей среды является актуальнейшей проблемой современности, т. к. антропогенная деятельность затрагивает все земные сферы: атмосферу, гидросферу и литосферу. При этом, человек, являясь главным виновником сложившейся экологической ситуации, становится и главнойеежертвой.[1]

Цель исследования. Всесторонняя оценка климатических условий необходима для решения разных вопросов, связанных с биологическим компонентом.[2].

Материалы и методы. Использовали географическую карту размещения агроклиматических зон в Украине: выделяются четыре агроклиматические зоны, постепенно переходящие одна в другую. В северо-западной части расположена тёплая зона с достаточной увлажненностью. На юго-восток от неё протягивается тёплая зона со средней увлажненностью. Далее в юго-восточном направлении находится очень тёплая засушливая зона, а вся южная часть страны размещена в умеренно жаркой засушливой зоне.[3].

Изменения климата и их негативные последствия сказываются и на уровне экосистем, в частности биотическом их компоненте. В качестве примера приведу только проблему болот, относящихся к типам экосистем, которые депонируют углерод, поэтому занимают особое место в процессах кругооборота и баланса CO₂ на планете. Болота занимают 3% территории суши, аккумулируют 550 гигатонн углерода в торфе. В Украине запасы торфа составляют 2,26 млрд. т., а это 0,4% мировых запасов. Вследствие уничтожения, осушения болот происходит мощная эмиссия углекислого газа и метана — то есть из накопителей болота превращаются в источники загрязнения атмосферы и фактор изменений климата. На сегодняшний день 45% запасов торфа в Украине уже выработаны. Деградация болот на планете происходит слишком быстрыми темпами, а потому остро возникла проблема их сохранения как аккумуляторов влаги, углерода, запасов энергии.[4].

Также, Украина по выбросам парниковых газов входит в двадцатку наибольших загрязнителей планеты, однако несмотря на значительный взнос Украины в глобальное потепление, решению проблемы внимания практически не уделяется. Ей угрожают аномальные температурные условия, преобразования степей южного региона в пустыни, затопление прибрежных районов Черного и Азовского морей, острый недостаток питьевой воды в южных и восточных областях. Это все угрожает экономическому развитию страны уже в следующие десятилетия.[5]. Что касается нашего города, то Запорожье находится на 7 месте в рейтинге самых экологически-загрязнённых городов, индекс загрязнённости которого составляет 12,9.[6]. Ведомство провело 153 исследования по 20 ингредиентам. Превышения предельно-допустимой концентрации (ПДК) зафиксированы в 39 пробах, что составляет 25,5 % общего количества. Несмотря на то, что сейчас большинство промпредприятий Запорожья работают в связи с кризисом не на полную мощность, это выше показателя загрязнённости воздуха за соответствующую неделю 2008 года на 2,7%. В то же время, по ежедневным сводкам промпредприятий нарушений работы газопылочно-очистного и технологического оборудования не отмечалось, сообщает СЭС.[7].

Наиболее значительные превышения ПДК вредных веществ в Запорожье зафиксированы по содержанию в воздухе фенола - в 2 раза выше ПДК, сероуглерода - в 2,3 раза выше ПДК, и двуокси азота - в 1,5 раза выше ПДК.[7]. По данным Запорожской горСЭС, в зоне жилой застройки под факелом выбросов промышленных предприятий было выполнено 2317 исследований состояния атмосферного воздуха, из которых с превышением ПДК – 338, что составляет 14,5% от общего количества исследований (за аналогичный период 2011 года – 2069 исследований, из них 10% - с превышениями, средний многолетний – 20,5%). Исследования проводились по 23 ингредиентам. Наиболее воздух был загрязнен в Орджоникидзевском и Заводском районах.[8]. Максимальные превышения предельно-допустимых концентраций установлены в Заводском районе на ул. Орджоникидзе: по фенолу – 1,15 ПДК; по сероводороду – 1,05 ПДК.[9]. Специалисты объясняют рост уровня загрязнения атмосферного воздуха отключением на предприятиях очистного оборудования, работа которого существенно повышает объемы энергопотребления заводов и увеличивает сроки производственных процессов.[9].

Вывод. После изучения материалов, был сделан вывод что глобальные проблемы порождены противоречиями общественного развития, резко возросшими масштабами воздействия деятельности человечества на окружающий мир и связаны также с неравномерностью социально-экономического и научно-технического развития стран и регионов. Решение глобальных проблем требует развертывания международного сотрудничества.[1].

Список литературы

1. <http://moluch.ru/archive/58/8206/>
2. http://socfil.narod.ru/glava_2_3.htm
3. <http://ru.rfwiki.org/>
4. <http://coolreferat.com/>
5. <http://www.ecoindustry.ru/news/view/11994.html>
6. <http://euroinfo.tv/>
7. <http://korrespondent.net>
8. <http://reporter-ua.com/>
9. <http://zp.comments.ua/>

Хамитова Л.И., студентка 6-го курса, педиатрического факультета, liliavtomat@mail.ru
Научный руководитель: **Горева Е.А.**, к.м.н., асс., drpetrenko@yandex.ru
Южно-Уральский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения
РФ, г. Челябинск, Российская Федерация

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ГИПОТИРЕОЗА У ДЕТЕЙ В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ

Введение. Гипотиреоз - клинический синдром, обусловленный длительным стойким недостатком гормонов щитовидной железы в организме или снижением их эффекта на тканевом

уровне [1]. Казахстан, Россия, в том числе, Челябинская область, являются эндемичными районами по дефициту йода, вследствие этого сохраняется высокий показатель проявлений синдрома гипотиреоза на данных территориях. Гипотиреоз является одним из самых частых заболеваний эндокринной системы, что делает эту клиническую проблему крайне актуальной для врачей различных специальностей [2]. Патогенез гипотиреоза сводится к недостатку тиреоидных гормонов, который сказывается практически на всех видах обмена веществ в организме [3]. Классическую клиническую картину гипотиреоза описывают с помощью следующих терминов: «апатичный», «замедленный», «заторможенный», «маскообразный», «грузный», «тяжелый», «вялый», «бесстрастный», «депрессивный» [4].

Цель исследования. Выявить особенности клинических проявлений синдрома гипотиреоза у детей в эндемичном регионе на базе МБУЗ ОТКЗ ЧГКБ №1 г. Челябинска.

Материалы и методы. Ретроспективный анализ истории болезней детей методом поперечного среза. Критерии включения: дети с синдромом гипотиреоза, прошедшие обследование в ГКБ №1 г. Челябинска в соматических отделениях за период 2007-2015 год.

Результаты и обсуждения. Были проанализированы 92 истории болезни детей: из кардиологического (40 человек), гастроэнтерологического (33), аллергологического (19) отделений. Дети поступали в стационар как соматические пациенты, а не эндокринные больные. Количество детей мужского пола – 62 (67,39%) человека, женского – 30 (32,60%). Возрастной состав пациентов: от 3 до 6 лет – 15,2%, 7-10 лет – 16,3%, 11-14 лет – 40,2%, 15-17 лет – 28,2%. Оценка по Апгар у обследованных детей: 4 балла - у 1 человека (1,08%), 6 баллов у 19 (6,52%), 7 баллов у 67 (72,82%), 8 – у 3 (8,69%) человек. Все дети родились доношенными. Ведущие жалобы при поступлении в стационар: запоры у 16 пациентов, брадикардия - у 35 пациентов, повышены АЛТ (аланинаминотрансфераза), АСТ (аспартатаминотрансфераза) у 14 пациентов. Синдром гипотиреоз был выявлен у 92 детей в ГКБ №1 во время обследования. При обследовании в стационаре в ГКБ №1 уровень ТТГ повышен у 80 пациентов, у 12 – верхняя граница нормы. Проявления гипопункции щитовидной железы выражались: задержкой нервно-психического развития у 23 (25%) детей, нормохромной анемией у 15 (16,30%) человек, ДЖВП (дискинезия желчевыводящих путей) по гипотоническому типу у 10 (10,86%) пациентов. Клинически у 21 (22,82%) пациента было одутловатое лицо, микседематозные изменения кожи и подкожной клетчатки определены у 31 (33,69%) человека. Запоры, не связанные с органической патологией кишечника, обнаружены у 16 (17,39%) пациентов. Сопутствующая патология при гипотиреозе: 6 (6,52%) детей с хроническим нехеликобактерным гастритом, атопический дерматит у 5 человек (5,43%), хронический холецистит у 3 человек (3,26%), блокада правой ножки пучка Гиса у 2 человек (2,17%), реактивный панкреатит у 2 человек (2,17%). У пациентов в клинической картине синдрома гипотиреоза достоверно чаще преобладал один синдром, другие проявления гипотиреоза проявлялись минимально. По результатам обследования все дети с выявленным синдромом гипотиреоза после выписки были направлены к эндокринологу.

Вывод: 1) в клинической картине гипотиреоза преобладали моносимптомные формы заболевания; 2) ведущими клиническими проявлениями были - микседематозное поражение кожи и подкожной клетчатки (отеки), поражение нервной системы (задержка НПР), анемия, нарушения функции желудочно-кишечного тракта (запоры, ДЖВП по гипотоническому типу); 3) врачам любых специальностей необходимо в условиях проведения неонатального скрининга или обследования в стационаре, учитывая эндемичность региона, всегда включать в круг заболеваний, при минимальных проявлениях для дифференциальной диагностики, гипотиреоз.

Список литературы

- И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко, В.Ф. Фадеев. Эндокринология учебник для вузов Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2007
Петунина Н.А. Синдром гипотиреоза // РМЖ. 2005. №6. С. 295
О.В. Шагун, Л.Ю. Хамнуева, Л.С. Андреева Йоддефицитные заболевания и синдром гипотиреоза: этиология, патогенез, диагностика, лечение. Учебное пособие. Иркутск, 2009
И.И. Дедов, Г.А. Мельниченко. Эндокринология Национальное руководство ООО Издательская группа «ГЭОТАР-Медиа», 2013

Uldasheva S. – HT-14 ra, Higher school "Chemical engineering and biotechnology"

Iztleuov G.M. cand.chem. sience, Baisbai O. cand. technic. sience,

Dusenova S.-senior lecture, Erimbetova A. -senior lecture

Orazova M.- senior lecture, Doltaeva B.Z.-professor
SKSU by M.Auezova, Shymkent

WASTEWATER GENERATORS IDENTIFYING WATER USERS

Introduction. An industrial wastewater survey should gather enough information so professionals can develop a wastewater management plan. Such data include identification of the wastewater sources, and corresponding chemical compositions, quantities, variations, distribution, and discharge frequencies and durations of all process wastestreams. The data are used to describe the facility's wastewater, develop or model potential management strategies, and provide a baseline for evaluating the effects of changes in production, water conservation, or regulations [1].

Purpose of the study. The best way to collect such information is to discuss and diagram facility operations with the production manager and shift supervisors. The result should be accurate facility drawings showing the locations of various processing units and their relationship with water supply and wastewater generation and associated collection systems.

To develop an effective strategy, wastewater management professionals need to fully understand how each manufacturing process uses water and generates wastes. Then, each wastestream should be analyzed to determine its frequency, duration, flow rate, and pollutant types and concentrations. If possible, flows should be measured and samples collected via permanent monitoring stations; otherwise, temporary data-collection points should be used. The frequency, extent, and type of monitoring and sampling needed depend on each wastestream's nature and variability. To ensure that each wastestream is characterized appropriately, a sampling and analytical plan should be prepared [2-4]. Once all wastestreams have been fully characterized, they can be sorted based on pollutant types or concentrations, or applicable EPA categorical effluent standards.

Materials and methods. Surveyors also should obtain environmental reports, community right-to-know reports or discharge monitoring reports), as well as monthly and annual records of chemical and raw material use and production. This information helps wastewater management professionals correlate material use and waste generation.

Results and discussion. *Identifying Categorical Wastestreams.* The standard industrial classification (SIC) code is typically used to determine applicability to industrial categorical effluent standards. Any wastestreams covered by federal categorical effluent standards should further be identified as subject to concentration limits, raw materials-based standards, or production-based standards. Production-based standards, for example, directly relate the allowable mass rates of specific pollutants to the appropriate process's production rate. If categorical and noncategorical wastewater sources are combined before compliance sampling, the combined wastestream formula is used to determine compliance with the categorical limits. (For more information on this subject, see U.S. EPA, 1985.)

Identifying Wastewater Generators. The in-plant survey should identify wastestreams from both production processes and pollution-control efforts (e.g., wet air scrubber blowdown, sludge dewatering, product change washouts, site cleanup, yard drainage, noncontact cooling water, boiler blowdown, or secondary containment spillage). Although some of these wastestreams may be small and discharged infrequently (e.g., slugs), they could seriously affect the overall wastewater's treatability. Many industrial facilities consider treating hazardous wastes onsite because of the restrictions and costs associated with offsite disposal.

Surveyors should categorize wastestreams according to pollutant types. Doing so may reveal incompatibilities that must be resolved before the wastestreams can be combined. For example, plating shops may generate both acidic and cyanide-laden wastestreams that would be dangerous to combine until after the cyanide has been removed. Categorizing wastestreams also may reveal some that only contain conventional pollutants (e.g., BOD and suspended solids) and so may simply be discharged to a publicly owned treatment works (POTW) or a biological treatment plant onsite without additional treatment.

Conclusions. Some wastewaters—especially high-strength, complex industrial wastewaters—exhibit inhibited results when the BOD analysis involves a minimum number of dilutions and unacclimated seed (e.g., seed from a local POTW or commercial laboratory). The COD test is not subject to the effects of inhibition and can also be used to characterize industrial wastewaters. Chemical oxygen demand may be used to approximate BOD if the compounds contributing to BOD are consistent enough for a typical COD-to-BOD ratio factor to be applied. Chemical oxygen demand analyses may be run onsite in 2 to 3 hours, while BOD analyses, because of the incubation period, take 5 days in a laboratory to complete. When using COD to characterize a wastewater's organic strength, analysts must account for any inorganic, oxidizable components (e.g., ferrous, nitrite, sulfide, and sulfite) that may contribute to the COD concentration.

Literatur

1. Climate Change 2001. Synthesis report. ,Cambridge University Press, UK, 2003.
2. G. I. Marchuk, Mathematical Modelling in Environmental Problems ,Nauka, Moscow ,1982.
3. G. I. Marchuk, Adjoint Equations and Analysis of Complex Systems Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1995.
4. V. V. Penenko, Methods of Numerical Modelling of Atmospheric Processes, Gidrometeoizdat, Leningrad, 1981.
5. V. V. Penenko and A. E. Alojjan. Models and methods for environment protection problems Nauka, Novosibirsk, 1985.

Окроадзе О.Ю.- студент 1-го курса, медицинского факультета, okroadze@mail.ru

Ермолаева О.А.- старший преподаватель кафедры «Гигиена-1 и эпидемиология»,
olga83_07@mail.ru

Махмутов Н.С. - студент 4-го курса, медицинского факультета nur_va.95@list.ru

Ширинова М.К.- магистр медицинских наук, преподаватель кафедры «Гигиена-1 и эпидемиология» seapearla92@mail.ru

Научный руководитель: **Кулбалиева Ж.Ж.**, к.м.н., и.о.доцента кафедра морфологических и физиологических дисциплин, физической культуры с валеологией. zhann_7@mail.ru

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ

Введение. Проблема кариеса зубов имеет большое медицинское и социальное значение. Несмотря на определенные успехи в профилактике и лечении этого заболевания, распространенность и интенсивность кариеса у детей остаются очень высокими. Данные основных показателей стоматологических заболеваний среди детского населения характеризуют эпидемиологическую ситуацию и предопределяют проблемы стоящие перед стоматологической службой, отраженные в настоящей программе до 2019 года. Распространенность кариеса зубов: у 6-летних детей – 85,6%, у 12 летних детей – 74,6%, у 15- летних детей – 76,5% [1].

Цель исследования. Изучение распространенности кариеса зубов среди школьников города Шымкент и сельской местности.

Материалы и методы исследования. В исследование были включены 2 общеобразовательные средние школы города и села. Оценивали состояние полости рта, распространенность кариеса среди детей от 7 до 16 лет. Среди учащихся проведено анкетирование 525 человека, из них 230 девочек и 295 мальчика. Литературный и систематический обзор.

Результаты обсуждения. Анализ материала свидетельствовал о высокой распространенности кариеса зубов у школьников, как в городе, так и в сельской местности [2]. В

в целом распространенность кариеса у школьников среди городских детей составляла 85,13%, в сельской местности – 89%. Особенно высока распространенность и интенсивность кариеса у школьников младших классов. У школьников 4- 7 классов количество кариозных зубов уменьшалось за счет смены молочных зубов. В 8- 10 классах процент распространения кариеса и интенсивность поражения вновь увеличивались. При этом, выявлено, что мальчики в большей степени страдают кариесом, чем девочки[3]. Обработка медкарт показала, что процент мальчиков, имеющих кариозные полости, находится в пределах от 52 % до 68%, а девочек – от 32 % до 48 %. Санация полости рта у городских школьников проводилась ежегодно, в сельской местности - нерегулярно. Это объяснялось недостатком врачебных кадров, отсутствием обслуживающего медицинского персонала, недостатком оборудования и инструментария. Так, в течение 2015-2016 года в сельской местности профилактически были осмотрены 60% школьников, в городе- 91,2% школьников.

Вывод. В городе во всех возрастных группах процент распространенности и индекс поражения ниже, чем в сельской местности. Регулярно и в полном объеме проводимая плановая профилактическая санация полости рта не только предупреждала появление осложненных форм кариеса и раннюю потерю зубов, но и появления кариеса в целом.

Список литературы

1. Программа комплексной профилактики основных стоматологических заболеваний среди детского населения на 2016-2020 гг.
2. СанПиН №179 от 29 декабря 2014 года «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования».
3. Маликов К.С., Коннова Л.П., Худайбердыев Г.И., Байжанов Б. Состояние полости рта у детей с поражениями ЦНС // Материалы 2-го съезда стоматологов Казахстана. Алма-Ата, 1980. С. 477-479.

Шадман Ч.М.- студент 1-го курса, медицинского факультета, Chinas_95@mail.ru

Ермолаева О.А.- старший преподаватель кафедры «Гигиена-1 и эпидемиология»,
olga83_07@mail.ru

Махмутов Н.С. - студент 4-го курса, медицинского факультета nur_ya.95@list.ru
Сидоренко О.О. -преподаватель 2 категории школы-гимназии №38 им.Н.Д.Ондасынова,
oksana131278@mail.ru

Научный руководитель: **Ширинова М.К.**, магистр медицинских наук, преподаватель кафедры
«Гигиена-1 и эпидемиология» seapearla92@mail.ru

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика
Казахстан

ВЛИЯНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ДОСОК НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЕ УЧАЩИХСЯ

Введение. За последние годы в образовательном процессе школ интерактивные доски нашли широкое применение [1]. Общеизвестно, что применение интерактивных досок в ходе педагогического процесса значительно расширяет иллюстративный материал, позволяет предложить учащимся более полную и точную информацию об изучаемом предмете или явлении [2]. Но возникает вопрос «Оказывает ли это влияние на здоровье человека, ведь интерактивная доска это техническая вещь, то должно быть и излучение?» Мы решили провести исследование (измерить радиоактивный фон в классах и состояние здоровья школьников при работе доски).

Цель исследования. Оценка и анализ влияния интерактивной доски на здоровье школьников.

Материалы и методы. Литературный обзор, СанПиН №179 от 29 декабря 2014 года «Санитарно-

эпидемиологические требования к объектам образования», инструментальный метод (дозиметр-радиометр), анкетирование.

Результаты обсуждения. В ходе нашего исследования приняли участие 15 учителей, 100 учеников. 88,6% респондентов указали, что использование на уроке интерактивной доски повышает учебную мотивацию учащихся, что может способствовать сохранению уровня их работоспособности. Головные боли, ощущение тяжести в голове – отмечают 12,2% учителей; 21,1% – указывают на периодический характер их возникновения. 18,3% учителей постоянно и 31,7% учителей «иногда» отмечают у своих воспитанников симптомы зрительного утомления.

Дети в основном жалуются на боли в области глаз [3]. Среди факторов, связанных с использованием интерактивной доски и способных оказать негативное влияние на самочувствие и состояние здоровья учащихся, 58,3% респондентов называют яркий световой поток от видеопроектора, 14,1% указывают на возможное влияние электромагнитных излучений, а 12,3% отмечают повышение температуры воздуха, субъективно ощущаемое у проекционного экрана. Изменение психоэмоционального состояния (ощущение дискомфорта) после уроков с использованием интерактивной доски отметили 32,9% учителей (учитывались ответы тех, кто испытывал дискомфорт как «изредка», так и «постоянно»). Боли и ощущение мельканий перед глазами, нечеткое изображение при восприятии удаленных предметов, головные боли – явления, характерные для состояния сниженной работоспособности, – 15,2% учителей связывают с интерактивной доской [4].

Вывод. Таким образом, предварительные результаты свидетельствуют, что использование интерактивной доски в учебном процессе расширяет дидактические возможности обучения детей и сопровождается, с одной стороны, увеличением объема учебной нагрузки, а с другой – появлением жалоб астенического характера, указывающее на развитие общего (треть опрошенных) и зрительного утомления (половина опрошенных).

Полученные данные по радиационному фону имеют среднее значение, который получен при исследовании общего радиационного фона в школе и равен 0,14 МкР/ч. Эти показатели (полученные в результате исследований радиационного фона в классах) соответствуют разрешенным нормам. Несмотря на сложность этой техники, она не оказывает существенного влияния на здоровье учащихся.

Список литературы

1. Иванова И. И. Методические рекомендации по использованию интерактивной доски в учебном процессе / И. И. Иванова ; [под ред. Ганичевой Е. М.] ; Департамент образования Вологод. обл., Вологод. ин-т развития образования. – Вологда: ВИРО, 2012
2. Кузнецов А.И., Шехман С. А. Интерактивные доски: теория и практика. // Мир ПК. - 2007.
3. Муранов А. А., Федорова Ю. В. От доски меловой к доске интерактивной // Информатика и образование. - 2010. - № 9. - с. 66.
4. СанПиН №179 от 29 декабря 2014 года «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам образования»

Шәріп Ә.К., Серікбай Г.Ж., 4-курс Қоғамдық денсаулық сақтау мамандығы студенті
gulmir96@bk.ru,

Жумагалеева Д.С.- «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының оқытушысы,

Долтаева Б.З. – м.ғ.к., профессор м.а. doltaeva68@mail.ru

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы
Ғылыми жетекші: **Домбаева Ф.М.,** 2-курс магистрант faridadombaeva@mail.ru Оңтүстік Қазақстан
мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

**МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ АРАСЫНДА ЖАҚЫННАН КӨРГІШТІК АУРУЫНА
ЖАРЫҚТАНДЫРУДЫҢ ӘСЕРІН АНЫҚТАУ**

Кіріспе. Қазіргі таңда офтальмолог-мамандарды толғандырып отырған негізгі 3 проблема бар. Олардың алғашқылары егде адамдар арасындағы суқараңғылық пен катаракта болса, үшіншісі балалар арасындағы жақыннан көргіштік немесе медицина тілімен айтқанда миопия дерті. Мамандар мұнымен күресуде тек дәрігерлер ғана емес, әрбір адам өзінің үлесін қосса дейді. Себебі, соңғы деректер көрсеткендей Қазақстанда балалардың 5 пайызы мектепке көзілдірік тағып барса, мектеп бітіргенде олардың саны 35 пайызға дейін өсіп отыр[1]

Зерттеу мақсаты. Жасанды жарықтандырудың әсерін анықтап, жақыннан көргіштік ауруын азайту.

Материалдар мен әдісі. Жасанды жарықтандыру туралы және оның жас балаларға кері әсері. Статистика бойынша қанша бала зардап шегіп отырғаны туралы мәлімет алынған.

Нәтижелер мен талқылаулар. Жасанды жарықтандыру кең ауқымды проблемалардың бірі болып отыр. Жасанды жарықтандырудың әсерінен жақыннан көргіштік ауруы балалар арасында жыл сайын еселеп артып отыр. Сол себептен алдын-алу мәселелерін ұйымдастырып жақыннан көргіштік ауруын балалар арасында азайту керек.

Офтальмологтар соңғы уақытта балалар арасында да көз ауруларының көбейіп бара жатқандығын айтып дабыл қағуда. Мұнан бөлек, қазіргі таңда балалар жасанды жарықтандыруға аса көп мөлшерде шамадан тыс пайдалануда мәселен, бала компьютерде ойындар ойнайды, ұялы телефон, планшетпен сағаттар бойы отыратыны жасырын емес. «Күні-түні телефонға, теледидарға, компьютерге шұқшиған баланың көзі тек жақыннан жақсы көруге қалыптасады. Нәтижесінде алыстан көрмеушілік дерті пайда бола бастайды. Ғалымдардың зерттеу жұмыстарының деректеріне қарағанда, дүние жүзінде жақыннан көргіштік көз ақауы бар (миопия) балалардың саны жыл сайын көбейіп, оның диоптриялық дәрежесі жоғарылай беретіндігі анықталып отыр. Миопия сөзі грек тілінен аударғанда «көзімді сығырайтып қараймын және көзқарас, көру» деген мағынаны білдіреді. Яғни, алыстан жақсы көре алмайтын адамның сығырайып қарайтын әдетіне сай айтылса керек. Қазақ мұндайды «сығыр» деп те айтады. Медициналық көзқарас тұрғысынан алғанда, жақыннан көргіштік (миопия) немесе күшті рефракция — жарық сәулесі, яғни бейнелер көздің торлы қабығының тікелей өзіне емес, алдыңғы жағына жинақталады. Бұл жағдайда көздің өткірлігі тек жақыннан байқалады; алыстағы заттардың көрінуі тұманданып бұлдырай түседі. Орта мектепті бітіретін оқушылардың 40%-ға жуығында миопия кездесетін көрінеді. Оның себептері өте көп. Мысалы, сыртқы ортаның қолайсыздығынан жақын жерден баланың көзіне үнемі күш түсуі. Яғни, жарық қуаты жеткіліксіз күңгірт, алакөлеңке жерде жазу, сурет салу, оқу және т.б., отыратын үстелдің, партаның және орындықтың баланың бойына сәйкес болмауы, ұзақ уақыт бойы теледидар көру. Жақыннан көргіштіктің дәрежесі диоптрия бірлігі арқылы анықталады. Жақыннан көргіштіктің бірлігі артқан сайын баланың алыстан көруі нашар болады[2].

Миопия дәрежесіне қарай үшке бөлінеді:

- 1,0-ден 3,0 диоптрияға дейінгі әлсіз;
- 3,25-тен 6,0-ға дейін орташа;
- 6,25 диоптриядан бастап жоғары.

Жақыннан көргіштік баланың мінез-құлқына, тіпті тәртібіне де әсер етіп өзгертеді. Ол ұмытшақ болып, тез шаршайды. Қолындағы заттарын көзіне тақап қарайды, шүйлігеді, басын төмен салбыратып жүреді, бүкшеңдей бастайды. Бұлардан басқа, көзі талып, басы ауырады. Кейбір балалар алған затын мұқият қараудан титықтап, ақырында көзі қитарлана бастайды. Осындай ауру белгілері бар балаларды көз дәрігеріне (офтальмолог) көрсету қажет. Медицинада жақыннан көргіштікті тұқым қуалайтын және жүре пайда болған деп екіге бөліп қарастырады. Ата-анасының біреуінің көзі алыстан нашар көретін болса, ол балаға да әсер етуі мүмкін. Әрі мұндай туа біткен миопияның асқыну қарқыны да жоғары болады. Жүре пайда болған миопияның себептері жетерлік. Компьютерлік ойындар, теледидарға ұзақ қарау баланың көзіне аса зиян.

Бұдан басқа себептерге:

1. Дұрыс тамақтанбау;
2. Күн сәулесі түспейтін, тек электр жарығының астында ойнау;
3. Омыртқа жотасының қисайып, жүрісінің бұзылуы;
4. Қимыл-қозғалыс ойындарының аздығы;
5. Тым ұсақ ойыншықтармен ойнау;

6. Иммунитеттің әлсіздігі жатады.

Статистикалық мәліметтерге сүйенсек, балалар мен жасөспірімдердің арасында соңғы 10 жылмен салыстырғанда жақыннан көргіштік ауруының таралуы 1,5 есеге өсіп отыр. Мектеп бітіруші жасөспірімдер арасында жақыннан көргіштік ауруы 26%-ға, гимназия және лицей оқушыларының арасында 50%-ға артқан. Ал жақыннан көргіштік ауруының жоғарғы дәрежесі 10-12%-ға жетіп отыр. Біздің елімізде 10 млн адам жақыннан көргіштік ауруымен сырқаттанған. Мысалы ретінде, Өскемен қаласында 2015 жылы амбулаториялық орталықта мектеп оқушыларында тексеру өткізілді. Соның ішінде 1905 баланың ішінде 146 қыз және 80 бала жақыннан көргіштік сырқатымен анықталды. [4].

Қорытынды. Қорытындылай келе, жасанды жарықтандырудың әсерінен қаншама балалар жақыннан көргіштік ауруына шалдығып отыр. Статистикалық мәліметтерге сүйенсек жыл сайын жақыннан көргіштік ауруы өршу үстінде, мәселен соңғы жылдармен салыстырғанда 10% артқан. Сол себептен жыл сайын офтальмолог маман дәрігерлерге қаралып, тексеріліп тұруы керек.

Әдебиеттер

1. <http://www.horosheezrenie.ru/narushenie-zreniya-miopiya-blizorukost-u-detej/>
2. <http://myfamilydoctor.ru/profilaktika-i-lechenie-miopii-u-detej/>
3. <http://ozrenii.com/story/miopiya-u-detej/>
4. Бөлешов М.Ә. Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы. –Алматы: Эверо, 2015

Базарбаева Д.Т., 3-курс фармация мамандығының студенті,
Жумагалева Д.С.- «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының оқытушысы,
Долтаева Б.З. – м.ғ.к., профессор м.а. doltaeva68@mail.ru. Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы
Ғылыми жетекші: **Тойжанов Б.Қ.**, магистр, toizhanov@mail.ru
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ. Қазақстан Республикасы
Айботаева Ш.А., Шымкент қ. Абай аудандық ТҚҚБ бас маманы

АВТОКӨЛІК ЖУАТЫН ОРЫНДАРЫНДА ҚОЛДНАТЫН СУ ҚОРЫН ҮНЕМДЕУ ЖӘНЕ ТАЗАРТУ ҚОНДЫРҒЫЛАРЫН ОРНАТУ ТИІМДІЛІГІ

Кіріспе. Қазіргі таңда өркениеттің және қоғамның дамуы нәтижесінде ғаламшарымыздағы экологиялық ахуалдың нашарлағаны барлығымызға белгілі. Өндірістік орындардың, өнеркәсіптердің, ірі және шағын кәсіпорындардың көптеп салынуынан, автокөліктердің санының күрт көбеюі нәтижесінде табиғи қорлардың мөлшері азаюда және тиімсіз пайдалануда сонымен бірге қоршаған орта нысандары қатты ластануда. Бүгінде тұщы су қоры өзекті мәселелердің бірі болып отыр, қазіргі таңда тұщы суды тұрмыстық және тағы басқа мақсатта көптеп қолданылады.

Зерттеу мақсаты. Ғаламдық мәселелердің бірі болған тұщы су қорын үнемдеу. Қалалық және ауылды елді мекендердегі көлік жуатын орындарда автокөлікті жууға жұмсалатын тұщы су мөлшерін азайту немесе басқа су көздерін қолдану. Автокөлікті жууға жұмсалған суларды тазартып қайтадан бірнеше рет қолдану және автокөлік жуатын орындарға тазарту қондырғыларын орнату.

Материалдар мен әдістер. Көптеген зерттеу мәліметтері бойынша ОҚО автокөліктердің жалпы саны 545 мыңды құрайды, соңғы төрт жылдың ішінде автокөліктердің саны 267713 ден 545477 дейін жеткен яғни екі есе өсті десекте болады. Облыстағы автокөліктердің 30%-ы Шымкент қаласында тіркелген, сонымен қатар қалада 81 бағытта жүретін 1200 бірлік қоғамдық транспорттар бар[1]. Қазіргі таңда Шымкент қаласындағы заңды түрде жұмыс атқаратын автокөліктік тұрақтардың нақты саны 7 және тіркелмеген тұрақтар саны оданда көп[2]. Автокөліктерді жуу нәтижесінде жыл – сайын мұнайдың қалдықтары 12 кг нан 500 кг дейін

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ

№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

қаланың жалпы кәріз жүйесіне түсіп отырады, сонымен бірге көліктерді жууға көп мөлшерде су жұмсалады. Автокөліктерді жуатын орындар суды, қалаларды және елді мекендерді, кәсіпорындарды сумен қамтамасыз ететін орталықтандырылған су құбырларынан алады. Көлік жуатын орындардағы ең қарапайым құрылғының өзі жоғары қысымда бір көлікті жуған кезде сағатына 700-1200 литр қажет, орта есеппен тәулігіне 12 сағат жұмыс істейтін болса жұмсалатын су мөлшері шамамен 11000 л құрайды. Автокөлік жуатын орындардың көпшілігі жаз мезгілінде ұзақ уақыт бойы жұмыс жасайды ал қысқы уақытта керсінше. Шымкент қаласындағы Тұтынушылардың құқығын қорғау басқармасында тіркелген автокөлік жуатын орындардың жалпы саны 50 жуық. Біздің зерттеулеріміз бойынша қалалық автокөлік жуатын орындардың дерлік барлығы жуған қалдық суларды тазартатын қондырғылары жоқ, тікелей кәріз жүйелеріне құйылады. Бұл мәселелердің алдын алу үшін, автокөлікті жуатын орындарда өзіндік тазарту қондырғыларын орнату қажет.

Нәтижелер және талқылаулар. Зерттей келе автокөліктерді жуатын орындарды ашу үшін құзырлы органдардан рұқсат алады. Құзырлы органдар автокөлік жуатын орындарды ашуға немесе іске қосу үшін рұқсат алу кезінде жеке тазарту қондырғыларының болуын талап ету. Шымкент қаласы негізінен орталықтандырылған жерасты су көздерімен қамтамасыз етіледі яғни автокөлік жуатын орындар осы су көздерін пайдаланады. Автокөліктерді жууға жұмсалатын орталықтандырылған судың орнына ашық су көздерін пайдалануы керек.

Қорытынды. Автокөлік жуатын орындарда тазарту қондырғыларын орнату бір рет қолданған суды бірнеше рет қолдануға болады яғни экономикалық және экологиялық жағынан тиімді болып келеді және тұщы су мөлшері аз жұмсалады.

Әдебиеттер

1. <http://shymkent.inform.kz/article/13146>
2. <http://tvk-uko.kz/2015/02/23/platnaya-parkovka-v-shy-mkente-naskol-ko-zakonno/>
3. <https://www.zakon.kz/4578755-shymkent-okazalsja-v-spiske-gorodov.html>
4. Неменко Б.А., Кенесариев У.И. Коммунальная гигиена, 2003год.

Домбаева Ф.М., 2-курс магистрант, faridadombaeva@mail.ru,

Жумагалеева Д.С., - «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының оқытушысы,

Долтаева Б.З. – м.ғ.к., профессор м.а. doltaeva68@mail.ru.

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

Ғылыми жетекші: м.ғ.к., доцент м.а. **Токкулиева Б.Б.**

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ, Қазақстан Республикасы

ТҰРМЫСТЫҚ ЖАРАҚАТПЕН АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗУДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ- ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ

Кіріспе. Қазіргі заманғы тұрмыстық жарақаттардың ерекшеліктері адам өміріне ғылыми-технологиялық прогрестің қарқынды ену байланысты болып отыр. Көптеген елдерде демалу аймақытарында, жұмыс кезінде, сонымен қатар жұмыс және одан қайту жолында қоғамдық қауіпсіздікті қамтамасыз етуге бағытталған ауқымды заңнамалар бар. Тұрғын үйлердің қауіпсіздігі заңнамамен қорғалғанымен (сейсмологиялық) абайсызда және төтенше жағдайларда қауіпсіздікті толықтай қамтамасыз ете алмайды. Тұрмыстық жарақат ОҚО бойынша ересек тұрғындар арасында төтенше жағдайда ауруханаға жатқызу себептері арасында бірінші орынды иеленді және өсу қарқыны жыл сайын ұлғаюда [1].

Тұрмыстық жарақаттардың зардаптарынан туындаған өлім-жітім Қазақстан Республикасы тұрғындарының арасындағы жалпы өлімнің 11,9%-ын құрайды және өлімге алып келетін себептердің ішінде үшінші орынды қамтып тұр. Жыл сайын Республикамыздағы тұрғындар арасында тірек-қимыл жүйесімен жарақаттану деңгейі жалпы жарақаттардың шамамен 13%-ын құрайды, оның ішінде 1,7 мыңнан астам адам қайтыс болады, ал 3 мыңнан астам адам мүгедектер

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

қатарына қосылады. Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымының 2003 жылы жариялаған мәліметтеріне қарағанда, жыл сайын жол-көлігі жарақатынан бүкіл әлемде 1,2 миллион адам қайтыс болса, 50 миллион адам мүгедек болып қалады екен. Еуропа мемлекеттерінде соңғы 10 жылда жарақаттанғандарға көрсетілетін медициналық көмек сапасы айтарлықтай жоғарылап, жарақаттан туындайтын өлім деңгейі 30%-ға дейін төмендеді.

Зерттеу мақсаты. Тұрмыстық жарақат алған науқастардың ауруханаға жатқызудың өзектілігі мен оларды оңалту жұмысын бағалау [1.2].

Материалдары мен әдістері. Зерттеу барысында, статистикалық материалдарды өңдеу және жинақтаудың кешендік әдістері қолданылды. Деректер қоры ретінде ОҚО бойынша «Денсаулық сақтауды дамытудың электронды орталығы» деректері қолданылды.

Нәтижелер және талқылаулар. Оңтүстік Қазақстан облысының аудандары мен қалаларында жарақат алғандардың алғашқы аурушандығын ресми мәліметтер негізінде зерттедік. Аудан тұрғындарының алғашқы аурушандығының орташа көрсеткіші 1285,2‰00-ден 1489,3‰00 дейін жетті. Аудандар бойынша көрсеткіштік ең жоғарғы деңгейі Мақтарал (2716,3‰00), Арыс (2024,4‰00), Түлкібас (2154,6‰00) және Қазығұрт аудандарында (1874,6‰00) тіркелді. Осы аудандар ірі трассалардың бойында жайғасқан және автотранспорттың қозғалысы аса қауырт. Ал, жарақаттанудан туындайтын аурушандықтың ең төменгі деңгейі (577,5‰00-ден 1120,6‰00 дейін) Созақ, Шардара (1145,3‰00) аудандарында анықталып отыр. Осы екі аудандағы эпидемиологиялық жағдайдың саябыр болуы олардың орталық трассалардан шалғай орналасуы себеп болуында. Математикалық модельдеу әдісінің көмегімен жарақаттанудан туындаған аурушандықтың даму бағытын сандық және сапалық тұрғыда анықтадық. Көрсеткіштің 2005 – 2014 жылдардағы динамикасындағы даму бағытын анықтау үшін аппроксимациялық қызметтің көмегіне жүгініп, тренд жасауға күш салдық. Облыс тұрғындарының 2005 – 2014 жылдардағы жарақаттанудан туындаған аурушандығы 2791,2‰00-ден 2694,0‰00-ге дейінгі аралықта орналасқандығы белгілі болды. Басқаша айтқанда алғашқы аурушандық көрсеткішінің біршама төмендегені байқалады. Осы жағдайдың қалыптасуына бірінші кезекте қала тұрғындары арасындағы жарақаттанудан туындаған аурушандығының 4127,7‰00 -ден 3239,4‰00 -ге дейін азаюы себеп болды [3].

Тұрмыстық жарақатпен науқастарды ауруханаға жатқызу 2015 жылы 1976 науқас түскен, олардың ішінен 1611 науқас ургентті түрде болса, 365 науқас жоспарлы түрде ем алған. Жалпы ургентті түрде түскен науқастардың 51,3% жарақатты үй жағдайында алған. Тұрмыс жағдайында жарақат алған науқастардың тек қана 17,5% оңалту-сауықтыру шараларынан өтсе, 4,1% қойылған металл бекіткіштері үшін 3 және 2 мүгедектік топ алған.

Қорытынды. ОҚО бойынша 2015 ж тұрмыстық жарақаттын талдауы көрсетілген. Ай сайын жарақат емдеу ауруханасына орта есеппен 124 адам түсетіндігі анықталды, олардың ішінде 51,3% (n=50) тұрмыстық жарақат алғандар.

Әдебиеттер

1. Калыгин А. Б. Социально-гигиеническая актуальность травматизма и проблемы лечения больных с травматической патологией в крупном городе // В сб. Актуальные проблемы практической медицины. – М.: 2000 – С. 43-45.
2. Алимова Л. Б., Булешова А. М., Жанабаев Н. С., Бейсенбаев А. А. Социологическая оценка амбулаторной травматологической помощи населению крупного мегаполиса Южно-Казахстанской области. -2013. –С.34
3. А.М. Булешова, М.А. Булешов, Н.С. Жанабаев, Г.Е. Мамбетов, Р.Е. Ботабаева. Оңтүстік Қазақстан тұрғын халықтарының тұрмыстық жарақаттарынан туындайтын элеуметтік-гигиеналық мәселелер. - 2016, - 47

Б.Б.Мусаева, А.М.Турлыбаева, Б.З.Долтаева, А.Т.Масабаева, Б.Н.Карибаева
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент
Департамен по защите прав потребителей Южно-Казахстанской области

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БЕШЕНСТВУ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. Бешенство - вирусное зооантропонозное заболевание теплокровных животных и человека, сопровождающееся явлениями полиэнцефаломиелита, при клиническом проявлении которого заболевание обязательно заканчивается смертельным исходом. Несмотря на прогресс эпидемиологического контроля, заболеваемость бешенством на земном шаре остаётся высокой. Ежегодно в мире умирает от бешенства 40-70 тыс. человек и около 10 млн. человек ежегодно получают антирабическую помощь [1].

К сожалению, клиницисты уделяют бешенству мало внимания, так как в Казахстане заболевание встречается достаточно редко. Единичные случаи болезни не позволяют проводить каких-либо серьезных научных разработок с достоверными результатами.

Южно-Казахстанская область занимает лидирующее положение в Республике по количеству природных очагов бешенства. Ежедневно в Центре Амбулаторной Хирургии Травматологии и Гинекологии города Шымкента оказывают помощь в среднем 15–17 укушенным. И потому вопросам профилактики этого заболевания медики всегда уделяли самое серьезное внимание. Рабиологи области считают: для того чтобы значительно снизить риск заболевания, необходим комплекс социально-профилактических мер. В частности, организация отлова бродячих животных. [3]

Цель исследования. Целью нашего исследования явилось изучение эпидемиологической ситуации по бешенству в Южно-Казахстанской области с 2011- 2015г.г. Нами был проведен анализ данных по защите прав потребителей по Южно-Казахстанской области.

Материалы и методы. Статистические данные о заболеваемости бешенством домашних, сельскохозяйственных и диких животных, а также сведения заболеваемость бешенством животных в ЮКО с 2011 - 2015года, основные источники бешенства на территории ЮКО с 2011-2015годы получены из Департамента по защите прав потребителей в ЮКО и антирабическая помощь в 2011-2015годы которые получены сведения из ЦАХиТГ города Шымкент.



Рис.1 - Заболеваемость бешенством в Южно-Казахстанской области в 2011-2015гг.

Заболевание распространено на всей территории ЮКО, особенно в Казыгуртских, Мактааральских, Сайрамских, Тулебийских районах, а также в г.Кентау.

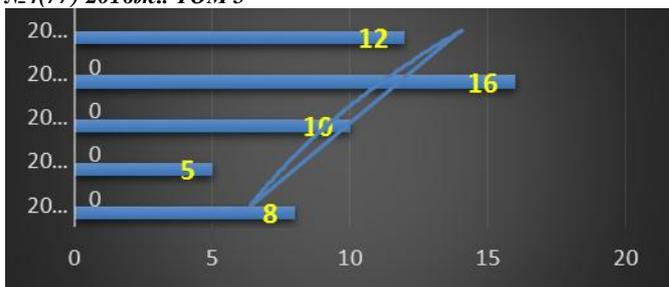


Рис.2 - Заболеваемость бешенством животных в Южно-Казakhstanкой области.

Следовательно, в последние три года мы наблюдаем активизацию природных очагов бешенства на территории Южно-Казakhstanской области. В настоящее время основным источником инфекции являются собаки. За последние три года они составили 61% всех животных, у которых лабораторно было подтверждено бешенство. Особую тревогу вызывает заболеваемость бешенством домашних и сельскохозяйственных животных.

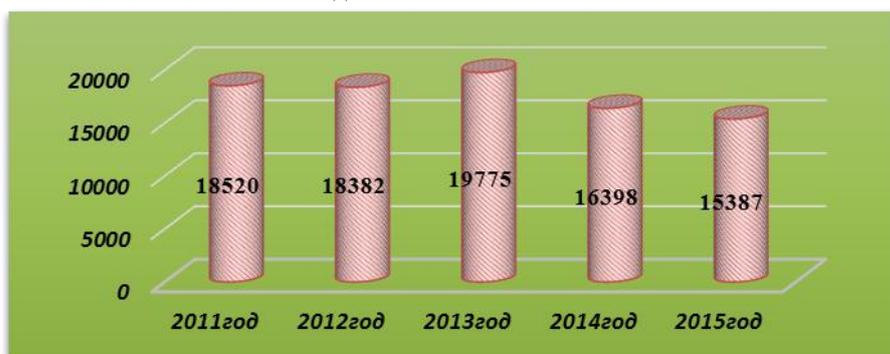


Рис.3 - Укус животных за 2011-2015г.г в ЮКО

Ежегодно на территории Южно-Казakhstanской области за медицинской помощью обращается около 18000-20000 человек, покусанных дикими и домашними животными. В 2013 году от контакта с животными пострадало 19775 человек. В сравнении с 2012 году мы отмечаем рост показателей на 1393 человек. Назначение на вакцинацию антирабической вакциной после укуса животного в 2011-2015гг получили 100%

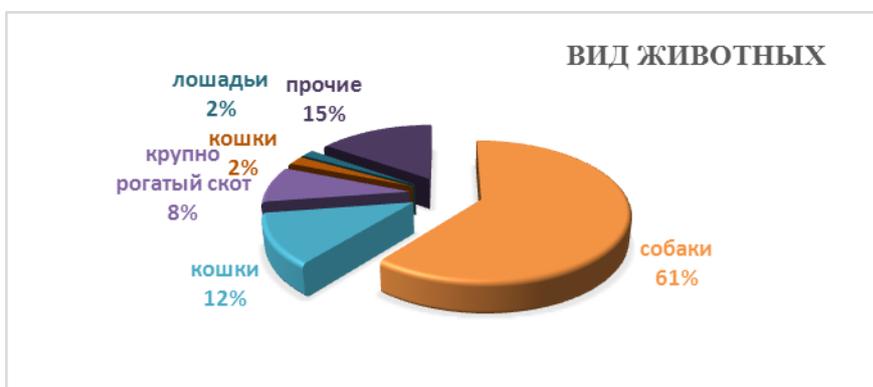


Рис.4 - Основные источники бешенства на территории ЮКО в 2011-2015гг

Результаты и обсуждения. Значение различных групп животных, формирующих заболеваемость бешенством на территории области за период с 2011 по 2015 гг., характеризовалось ростом заболеваемости диких животных и возрастанием интенсивности вовлечения в эпизоотический процесс домашних животных (собак и кошек). Подъемы заболеваемости бешенством животных преимущественно через 3 года обусловлены биологией собак: после эпизоотии количество заболевших бешенством собак снижается, их численность восстанавливается в течение 3–4 летнего периода, что ведет к новому подъему заболеваемости. Это является крайне неблагоприятным фактором, так как в этом случае увеличивается риск заболевания человека и возрастают экономические потери.

Вывод. Эпизоото-эпидемиологическая ситуация по бешенству в Южно-Казахстанской области относительно спокойная и сдерживается проводимой профилактической работой, но, учитывая увеличение числа животных с подтвержденным бешенством в течение последних трёх лет, можно ожидать подъём заболеваемости среди животных и рост опасности передачи инфекции человеку. Всемерно повышать внимание к данной инфекции как со стороны медицинских работников, так и со стороны всех заинтересованных служб и ведомств, совершенствовать №140 Приказ от 19.02.2003г «Профилактика заболевания бешенства».

Список литературы

1. А.Л. Бондаренко, Л.В. Опарина, О.Н. Любезнова, Л.В. Мельникова Анализ эпидемиологической ситуации по бешенству в Кировской области Медицинский Альманах № 2 (7) июнь 2009 стр 161-164
2. Мусабеков А.А., Сапаров Т.Т., Альжанова К.А. и др. Бешенство в Актюбинской области республики Казахстан // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2005. №4. С. 46-47.
3. В.И. Еремин Эпизоотическая ситуация при бешенстве в Саратовской области Саратовский научно-медицинский журнал. 2011. Т. 7, № 4. Стр 861-864

Турлыбаева А.М. - №7 Шымкент қалалық емханасының дәрігер-эпидемиологы, Шымкент қ.,
Долтаева Б.З. - ОҚМФА «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының меңгерушісі, Шымкент қ.

Кускеева Г.С. - Облыстық «Ана мен бала» оналту орталығының дәрігер-эпидемиологы, Шымкент қ.

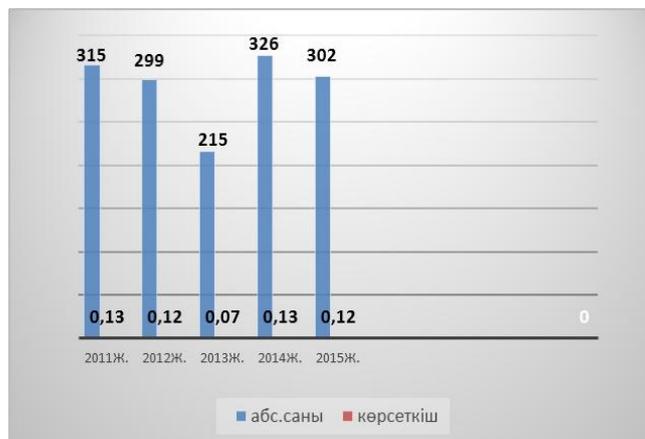
Масабаева А.Т. - ОҚМФА «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының аға оқытушысы, Шымкент қ.

Сапарова С.М. - КР УЭМ «УСО» ШЖК РМК «Шымкент қаласы бойынша дезинфекция орталығы»

2011-2015 ж.ж ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА: ОҚО АУРУХАНАШІЛІК ЖҰҚПАЛАРДЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУ

Кіріспе. АІЖ- науқас ауруханаға түскенде немесе емдік жәрдем алғанда, және де аурухана қызметкері осы мекемеде жұмыс атқару кезінде шалдыққанда, кесел симптомдары ауруханда немесе ауруханада болғаннан кейін пайда болуына қарамастан, клиникалық белгілері бойынша анықтауға болатын кез-келген жұқпалы ауру.

Жұқпалы аурулардың асқынуларынан сақтанудың маңызды саласы ретінде инфекциялық бақылау ілімінің 200жылдан астам даму тарихы бар. Қазіргі кезде инфекциялық бақылауды емдеу-профилактикалық мекемелердің өз күшімен жүргізу ұсынады. Ол үшін аурухана штатына АІЖ-ға бақылау жасайтын госпиталді эпидемиолог және де инфекциялық бақылау бойынша медбике лауазымы енгізіліп, бактериологиялық зертхана ашу немесе басқа да бір емдеу-профилактикалық мекемелердің бактериологиялық зертханалары пайдаланып отыр. АІЖ соншалықты қауіптілігі бір бұқркетпе басталса оны тоқтату өте қиын.

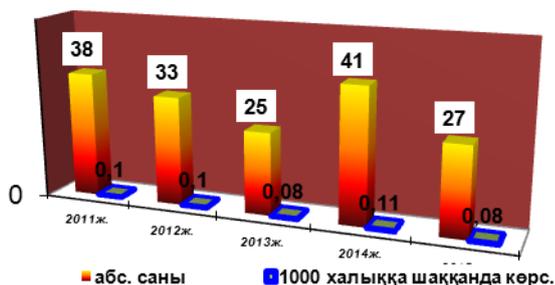


1-сурет. ҚР бойынша 2011-2015жж. аралығында тіркелген АІЖ абс.саны және көрсеткіштері

Зерттеу мақсаты. ОҚО бойынша АІЖ қаншалықты деңгейде таралып, берілу механизмін және берілу факторларын зерттеу. Зерттеу материалдары ОҚО Тұтынушылар құқығын қорғау Департаментінің 2011-2015ж.ж шығарған статистикалық мәліметі.

Нәтижелер мен талқылаулар.

Көріп тұрғандарыңыздай зерттеуіміздің нәтижесі бойынша 2011жылдан бері алғанда облысымыздың ішінде АІЖ тіркелу сызығы жоғарылап отыр. Мысалы, 2011 жылы 315 болса, 2015 жылы 302 тең болып отыр.



2-сурет. ОҚО бойынша 2011-2015жж. тіркелген АІІ абс саны және көрсеткіштері

2-сурет көріп отырғанымыз 2011-2015ж.ж жиналған есептердің зерттеулерінің нәтижелері көрсетіліп тұр. Алдыңғы 2011-2015жылдар аралығына қарағанда төмен. Мысалы, 2011 жылы 38 - 0,1%, 2012жылы 33-0,1%, ал 2015 жылы 27-0,08% болып тұр.

Қорытынды. Перзентханалар мен бактериологиялық зертханасы жоқ стационарларда өзіндік немесе орталықтанған микробиологиялық зертханалар ашу; Стационарларда ауруханаішілік инфекцияларды активті іздеуді, төменгі тыныс жолдарының, қан ағымы жүйесі, зәр шығару жолдарының инфекцияларын диагностикалау жолға қою. Медициналық қалдықтарды жинау, тасымалдау, жою жұмыстарын санитарлық талаптарға сәйкестендіру бойынша тиісті шаралар қабылдау; Медициналық ұйымдарды заманауи дезинфекциялау-стерилизациялау құрал жабдықтармен қамтамасыз ету.

Әдебиеттер

1. Приказ МЗ РК №19 от 15.01.2014г «Правила проведения инфекционного контроля в медицинских организациях»
2. Покровский В.И., Акимкин В.Г., Брико Н.И. и др. Национальная концепция профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи, и информационный материал по ее положениям. Нижний Новгород, 2012, 83 с

Б.Б.Мусаева, А.М.Турлыбаева, А.Б.Мусаева, Б.З.Долтаева., П.А.Сламбекова
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент

АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БРУЦЕЛЛЕЗУ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011-2015г.г

Введение. Бруцеллез – хронически протекающая болезнь животных и человека, вызываемая бактериями, объединенными под общим названием *Brucella*. По современной классификации Объединенного Комитета экспертов ФАО/ВОЗ по бруцеллезу род *Brucella* состоит из шести видов, которые подразделяются на ряд биоваров. На территории Казахстана циркулируют *B.melitensis*, *B.abortus*, *B.suis* и *B.ovis*. Заболеваемость бруцеллезом сохраняет свою актуальность для современного здравоохранения в Республике Казахстан вследствие полиморфности клинических проявлений, затрудняющих клиническую диагностику, склонность к хроническому течению, приводящее к инвалидизирующим последствиям.

Цель исследования. Изучить эпидемический процесс бруцеллеза в ЮКО за 2011-2015гг.

Материалы и методы. Анализ статистических данных инфекционной заболеваемости по впервые диагностированному бруцеллезу в ЮКО за 2011-2015гг.



Рис.1-Динамика заболеваемости бруцеллезом в ЮКО за 2011-2015гг (на100тыс. населения)

Результаты и обсуждения. Эпидемиологическая ситуация по бруцеллезу в РК на протяжении последних лет немного улучшила свои показатели, но несмотря на реализацию системы эпидемиологического мониторинга бруцеллез все еще остается эндемичной инфекцией людей и животных в РК, особенно ЮКО. Как известно Казахстан входит в десятку стран с самыми высокими уровнями заболеваемости впервые диагностированными бруцеллезом людей. В исследуемый период с 2011-2015гг в ЮКО отмечалась тенденция снижения показателей. Вследствие эпидемиологического неблагополучия по бруцеллезу и нарушений санитарно-гигиенических норм и правил при ведении животноводства бруцеллез остается широко распространенной инфекцией и основной причиной экономических потерь в животноводческой отрасли сельского хозяйства, что усугубляется заболеванием людей, которое нередко приводит к потере трудоспособности и инвалидности. Необходимым условием профилактики бруцеллеза среди людей и животных является безусловное выполнение мероприятий, предусмотренных приказом МНЭ РК от 25.02.2015г №136 Об утверждении Санитарных правил «Санитарно-эпидемиологического требования к организации и проведению санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий по предупреждению особо опасных инфекционных заболеваний»

Выводы. Результаты анализа эпидемиологической обстановки по бруцеллезу в ЮКО за 2011-2015гг свидетельствуют о снижении уровня заболеваемости бруцеллезом, однако показатели

остаются на высоком уровне, что требует разработки противобруцеллезных мероприятий, направленных на профилактику заболеваемости людей бруцеллезом.

Список литературы

1. Ряплова И.В. Бруцеллез в оренбуржьевестник ОГУ №16 (135)/декабрь`2011 стр337-340
2. О.Б. Генджиева, А.В. Руденко Эпизоотология и эпидемиология бруцеллеза в республике калмыкиявестник калмыцкого университета2013 г. №1(17) стр 10-18
3. Ряплова, Ирина Викторовна Диссертация на тему Современные особенности эпидемического процесса бруцеллеза2008 стр 23-26

Жаксылық Ә.А., 2 курс магистранты, nur-ali@list.ru.

Жумагалева Д.С.- «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының оқытушысы,
Ғылыми жетекшілер: **Долтаева Б.З.**, м.ғ.к. профессор, медицина факультетінің деканы,
doltaeva68@mail.ru,

Бөлешов М.Ә. м.ғ.д. профессор, қоғамдық денсаулық сақтау кафедрасының меңгерушісі.
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

ӨМІР СҮРУ САЛТЫНА ЖӘНЕ МЕДИЦИНА САЛАСЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІНЕ БАЙНАЛЫСТЫ АДАМДАРДЫҢ ОРТАША ӨМІР СҮРУ ҰЗАҚТЫҒЫНА ЭВОЛЮЦИЯЛЫҚ БОЛЖАМ ЖАСАУ

Кіріспе. Мемлекет халқының өмір сүру ұзақтығының жоғары болуы, мыңжылдық даму мақсаттары көрсеткіштерінің бірі ретінде елдің әлеуметтік және экономикалық дамуының аса маңызды қырын көрсетеді.

Біріккен Ұлттар Ұйымы мен Дүниежүзілік Денсаулық Сақтау Ұйымы елдің өркениеттілігінің негізгі көрсеткішінің бірі болып халықтың денсаулық деңгейі мен оның өмір ұзақтығы болып табылады деп санайды. Осы саладағы зерттеулерге заманауи дамыған елдердің барлығында дерлігі, сондай-ақ көптеген дамушы мемлекеттерде, басқа салалардағы шығындардан асып түсетін, мемлекеттік және жеке қаржыларды жұмсайды.

Зерттеу мақсаты. Осыған байланысты елдің демографиялық даму деңгейін өлшейтін басты көрсеткіш ретінде өмір сүру ұзақтығына өлімнің әрбір әсері мен себебін анықтау.

Нәтижелер мен талқылаулар. Орташа өмір сүру ұзақтағы мен салты туралы алғашқы ақпараттарды археологтар мен антропологтар архелогиялық қазба жұмыстары барысында ұсынды. Нәтижесінде, неолит, тас, темір, қола, дәуірлерінде орташа өмір сүру ұзақтығы (ары қарай – ОӨСҰ) бар-жоғы 20 мен 30 жас болған.

Ал орта ғасырда адамдар орташа 28-29 жасқа дейін өмір сүрген, оның ішінде еркектерге қарағанда әйелдер өлімі көптеп тіркелген.

XIX ғасырда Еуропада ОӨСҰ 40 жас, Ресейде 32 жас, ал Африка елдерінде 28 жас болған. Осындай едәуір төмен ОӨСҰ себебі, ол кезде тұрмыстық техникалар мен шаруашылық заттар (сабын, ыдыс жуу ерітінділері және т.б.) жоқтың қасы, ал медицинаның әлсіз тұсы еді, сондықтан адамдар күрделі емес, жәй инфекциялық аурулардан, атап айтқанда туберкулез, пневмония, грипп, диарея, энтериттен де өлімге ұшыраған.

XX ғасырда ғылыми-техникалық революция салдары ОӨСҰ оң әсерін тигізді. Бұл жағдай барлық мемлекет үшін тиімді болып есептелді, себебі мемлекеттің басты капиталы адамның өмір салты өзгеріп, өмір сүру жеңілдеді және жемісі ОӨСҰ өсті. Ауа тамшылы жолдармен берілетін аурулардың және басқа да инфекциялық аурулардың емі табылып, медицина алға ілгерледі.

XX ғасырдың 3 ерекшелігі бар, 1) ауылдағы адамдар, қаладағылардан ұзақ өмір сүрді, өйткені қалада жылдам даму, өнеркәсіп орындарының көптігі, халықтың әлеуметтік жағдайының төмендігі де өз әсерін тигізді; 2) тұрмысқа қажетті және ауылшаруашылық техникалар (телевизор, телефон, холодильник, жасанды жарық, газ плиталары және т.б.) ойлап табылды, бірақ адамдар

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

жоғарыдағы техникалармен тоқтамай, әскери ұрыс-керіс техникалырында жасауды ұйғарды. 3) медицина да дамып қана қоймай, зерттеулерді өз шеңберінен шығарып алып, әлеуметтік маңызды ауруларды да (СПИД, ВИЧ және т.б.) дүниеге әкелді.

Сондықтан ОӘСҰ шкаласы 40-50 жасты көрсетті. Жоғары да аталған ерекшеліктерге сипаттама берсек, дүниежүзілік соғыс пен жаппай ашаршылық және атом бомбалары жарылыстарының зардаптары, ауыр түрдегі жұқпалы аурулар, адамдардың физикалық ерекшеліктеріне (жасына, жынысына және т.б.) назар аудармау, еңбек жүктемелерді дұрыс бөлмеу.

XX ғасырдың II жартысында жоғарыда көрсетілген факторлардың басым көпшілігі жойылып, ОӘСҰ 60 жасты көрсетті.

XXI ғасырдың жетістіктері мол, оған дәлел геронтология ғылымының жетекші ғалымдары қарттықты созылмалы ауру деп санап, Дүниежүзілік денсаулық сақтау ұйымына, аурулар және созылмалы аурулар тізіміне енгізуді сұрып хат жолдаған. Өйткені күрделі жүрек-қан тамыр, жүйке жүйесі және басқа да аурулардың емі бар, жақында ісік ауруын да жеңеміз деп уәде беруде. Қазірдің өзінде апта сайын қарттықпен күресудің тиімді әдістері пайда болуда.

Қорытынды. Бүгінде өлімнің негізгі себептерінің 55 пайызы анықталған, олардың қатарына темекі тарту, қалыпты дене салмағын ұстамау, қимыл жеткіліксіздігі, дене шынықтырумен айналыспау, алкогольді пайдалану, салауатты тамақтанбау, яғни тиімсіз өмір салтын ұстану.

Геронтологтардың болжамы бойынша қазіргі кезде ОӘСҰ 120-140 жасқа жететін шамада екенбіз, және сондай адамдар да бар екен, өйткені салауатты өмір салтының маңыздылығын дамыған мемлекеттегі халық сезініп, жасауда.

Әдебиеттер

1. Бөлешов М.Ә. Қоғамдық денсаулық және денсаулықты сақтау. Оқулық. Алматы, 2012. 24 б., 95 б., 236 б.
2. Сәрсенбаева Г.Ж. Қоғамдық денсаулықты сақтау. Оқулық. Қарағанды, 2013. 9 б., 18-35 б.
3. Кенесариев Ү.И. Гигиена. Оқулық. Алматы, 2010. 4-30 б.
4. Торғаутов Б.К. Жалпы гигиена. Оқулық. Шымкент, 2011. 4-15 б., 307 б.
5. Борисов В.А. Демография. Оқу құралы. М., 2001
6. Народонаселение. Энциклопедический словарь. М., 1994
7. Харченко Л.П. Демография. Оқу құралы. М., Омега-Л, 2006

Деулин Б.И., преподаватель БОУ ОО СПО «Орловский технологический техникум», Россия, г. Орел, E-mail: boris1967or@qip.ru

Сучкова Т.Н., к.б.н., ст. препод. ФГБОУ ВО «Орловский государственный аграрный университет им. Н.В. Парихина», Россия, г. Орел, E-mail: tanya081181@yandex.ru

Ермолаева О.А.- магистр, старший преподаватель кафедры «Гигиена-1 и эпидемиология», olga83_07@mail.ru,

Серикпаева Т.Т. – преподаватель кафедры «Гигиена-1 и эпидемиология», Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, Казахстан, г.Шымкент

АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ ОДНОЛУЧЕВОЙ СПЕКТРОФОТОМЕТР С ЛАЗЕРНЫМ ИСТОЧНИКОМ СВЕТА

Введение. Оптические методы анализа получили широкое распространение при исследовании химического состава веществ. Для их реализации был освоен серийный выпуск фотоколориметров и спектрофотометров. Однако эти приборы, выпускаемые отечественной промышленностью, например, ФЭК101, ФЭК54М, ФЭК60, ФЭК56 имеют ламповые источники светас малой спектральной яркостью. Поэтому, предел измеряемой оптической плотности, не

превышает значение «2». Тем самым ограничивается верхний предел обнаружения исследуемых ингредиентов в пробах, и возникают трудности при контроле оптически плотных сред.

Цель исследования. Увеличение рабочего диапазона оптических плотностей и уменьшение временных затрат на проведение анализа.

Материалы и методы. Прибор позволяет исследовать различные характеристики и химсостав твердых и жидких проб оптическими методами.

Результаты и обсуждения. Для выполнения поставленной цели на рис. 1 представлен автоматизированный однолучевой спектрофотометр с лазерным источником света, состоящий из: 1- зеркало; 2 – перестраиваемый интерферометр; 3 - стойка-радиатор; 4 - линза; 5 - лазер накачки; 6 - призма; 7 - выходное зеркало; 8 - поляризационный ослабитель; 9 - светоделительное зеркало; 10 - кювета; 11 - фотопреобразователь; 12 – усилитель; 13 – фотопреобразователь; 14 – двухканальный аналого-цифровой преобразователь (АЦП); 15 – шаговый двигатель; 16- шаговый двигатель; 17 – электромагнитное реле; 18 – ключ; 19 – ключ; 20 - электромагнитное реле; 21 – ключ; 22 - ключ; 23 - счетчик импульсов; 24- счетчик импульсов; 25 – генератор импульсов; 26 - ключ; 27 - цифро-аналоговый преобразователь (ЦАП); 28 – компьютер.

Глухое зеркало 1 и выходное зеркало 7 образуют резонатор лазера. Перестраиваемый интерферометр 2 служит для установки требуемой длины волны излучения лазера внутри диапазона. Это осуществляется путем подачи на пьезоэлемент интерферометра 2 соответствующего уровня напряжения от компьютера 28 через ЦАП 27. Стойка-радиатор 3 служит для крепления в ней дискообразных активных лазерных элементов. Смена диапазона излучения осуществляется заменой активного лазерного элемента, путем поворота барабана стойки 3 за счет вращения шагового двигателя 15. Призма 6 предназначена для поворота излучения на требуемый угол и его диспергирования. Поляризационный ослабитель 8 ослабляет лазерное излучение и позволяет прибору работать с образцами как большой, так и малой оптической плотности. Ослабление осуществляется за счет вращения поляризаторов поляризационного ослабителя 8. Вращение реализуется шаговым двигателем 16. Светоделительное зеркало 9 отражает часть лазерного излучения (около 1%) на фотопреобразователь 13 которое служит в качестве репера, остальное излучение поступает на кювету 10 с пробой. Это необходимо для сравнения интенсивностей света, прошедшего через пробу с исходной и определения оптической плотности исследуемого образца. Элементы 20-23 служат для управления шаговым двигателем 15 от компьютера 28. Элементы 17-19 и 24 выполняют ту же функцию в отношении шагового двигателя 16 [1].

Общее управление спектрофотометром и обработка результатов измерений осуществляется с помощью компьютера 28

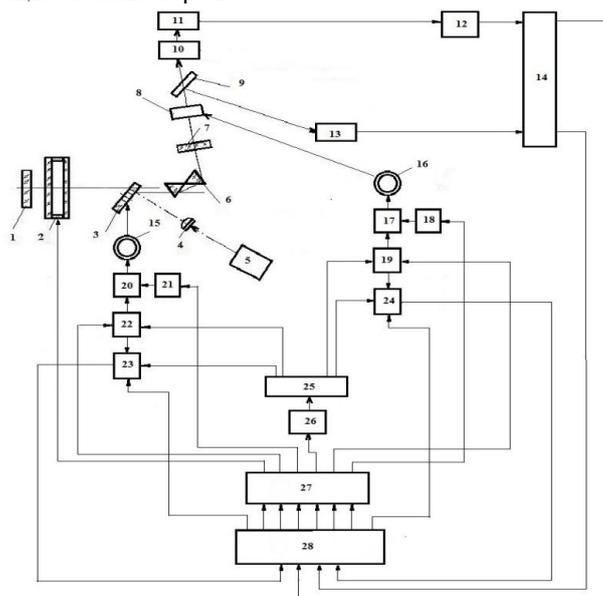


Рис. 1. Функциональная схема автоматизированного однолучевого спектрофотометра с лазерным источником света

Выводы. Прибор может работать с пробами верхний предел оптической плотности, которых, достигает значения «4,6», а его автоматизация сокращает временные затраты на проведение анализа проб.

Список литературы

1. Деулин, Б.И. Автоматизированный электропривод для управления двумя шаговыми двигателями от одного генератора импульсов // Орел: издательство ОрелГАУ, «Агротехника и энергообеспечение» № 3 (12), 2016. – С. 46-51.

Авизова З.К. - студентка 5-го курса ЮКГФА, г.Шымкент, РК, Zeunepa@mail.ru
Научный руководитель - **Куандыков Е.К.** - к.м.н., и.о. доцента, ЮКГФА, г.Шымкент, РК, gipokrat78@mail.ru

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ

Введение. Охрана и укрепление здоровья студенчества в основном определяется образом жизни. Проблема питания сегодня актуальна как для всех слоев населения, так и для всех уровней образования, начиная с дошкольного и заканчивая послевузовским. Если принять уровень здоровья студентов I курса за 100 %, то на II курсе оно снижается в среднем на 10 %; на III – на 15–17 %, на IV курсе – более чем на 25 %.

Полноценное питание является одним из важнейших факторов, формирующих здоровье населения, однако проблема современного общества – это абсолютно неадекватное отношение к питанию.

Недостаточное потребление жизненно-важных микронутриентов в настоящее время является массовым и постоянно действующим фактором, отрицательно влияющим на здоровье, рост, развитие и жизнеспособность всей нации [1, 2].

Сегодня трудно найти тех, кто заботясь о своем здоровье, старается питаться правильно. Эта тенденция особенно имеет место среди студентов, чей рацион, в основном, состоит из того, что можно дешевле купить и быстрее приготовить. В последнее время многими российскими учеными отмечен рост заболеваемости среди студентов [1, 2].

Питание является дестабилизирующим фактором физического развития и формирования здоровья юношей и девушек. Недостаточное обеспечение юношеского организма основными питательными веществами, неадекватность и несбалансированность рациона оказывают отрицательное влияние на физическое развитие и увеличивают риск заболеваемости [3, 4].

Цель исследования - изучение социально-гигиенических факторов, влияющих на образ питания студенческой молодежи.

Материалы и методы. Для реализации поставленной цели был использован анкетный (метод частоты использования пищевых продуктов) и бюджетный метод. Содержание анкет включало в себя данные о возрасте, количестве членов в семье, ежедневных затратах на питание, предпочтениях в пище.

В процессе исследования был определен контингент выборки - студенты 1-4 курсов различных ВУЗов ЮКО. Объем выборки составил 100 человек: 50 девушек и 50 юношей в возрасте $18,6 \pm 0,14$ и $21,2 \pm 0,18$ лет соответственно. Статистические расчеты, а также графическое представление данных проведены с помощью стандартных программ MicrosoftExcel.

Результаты и обсуждения. Результаты исследования показали, что 78% опрошенных получают стипендию, а 22% не имеют такой возможности. Совместное проживание с родителями или же близкими родственниками, также благоприятно отражается на структуре питания. Это позволяет своевременно питаться, экономить на расходах, нет необходимости оплачивать жилье и т.д. На съемной квартире проживают 12,6% респондентов, у родственников – 19%; в общежитии –

28,8% и оставшиеся 39,6% живут с родителями.

Общеизвестно, что большинство студентов между занятиями питаются в общественных местах, столовых, буфетах. Ежедневные затраты на один прием пищи в обед у 1/5 опрошенных составляет приблизительно от 200 до 300 тг; на 300-400 тг – обедают 18,4 %, на 400-500 тг могут позволить себе 34,2%, на 500-600 тг – 22%; и лишь 5,6% на сумму 600-800 тенге.

Несмотря на то, что будучи информированными, студенты не всегда бережно относятся к охране своего здоровья. Выявлено, что менее половины 43,8% студентов завтракают ежедневно, 20% - только 1-2 раза в неделю и 14,8% признаются, что никогда не едят утром. Такое нарушения режима питания чревато очень многими неблагоприятными последствиями, которые могут привести к серьезным патологическим изменениям (гастрит, язвенная болезнь, холецистит, снижение иммунитета и т.д.) порой даже и необратимым.

При оценке качественного состава пищи студентов часто выявляется несбалансированность питания по ряду основных компонентов – низкое содержание белков животного происхождения, жиров растительного происхождения, макро- и микроэлементов в продуктах питания. На вопрос: «Как сами студенты характеризуют свой суточный рацион питания?», только половина 53,2% указали как сбалансированный (принимают достаточное количество мясных, молочных продуктов, овощей и фруктов и т.д.). Остальные 1/3 опрошенных, ежедневно питаются преимущественно углеводной пищей, а 13,8% вообще считают свой рацион недостаточным по объему и не рациональным по составу.

Отмечено редкое употребление горячих блюд, в т. ч. первого блюда, поздний по времени приема ужин. Однако более половины студентов не беспокоятся по этому поводу.

Беспокоит рост популярности у студентов продуктов питания быстрого приготовления, которые, как известно, они содержат ароматизаторы, красители, модифицированные компоненты, в т. ч. сэндвичи, чипсы, газированные сладкие и энергетические напитки [5].

Вывод. Таким образом, на основании проведенного анализа можно сделать следующие выводы: 1) одним из основных факторов, влияющих на полноценное питание студентов является их покупательская способность, т.е. материальные возможности напрямую характеризуют их рацион; 2) существуют серьезные проблемы в процессе формирования рационов питания и стереотипа пищевого поведения данной группы населения; 3) имеется необходимость внедрения диетического питания в студенческие столовые; 4) разработка комплекса мероприятий по повышению культуры питания, что послужило бы реальным вкладом в оздоровление студенческой молодежи; 5) требуется разработка концепции здорового питания на государственном уровне.

Список литературы

- Квашнина С.И., Решетнева М.В., Хайруллина В.И. Субъективная оценка состояния питания студентов Тюменского нефтегазового университета // Журнал экспериментального образования. 2010. № 7. -С. 29.
- Сорокун И.В. Оценка фактического питания студентов Сургутского педагогического университета // Вопросы питания. -М.: Изд-во ООО Издат. группа «ГЭОТАР-Медиа», 2008. Т. 77. № 5. -С. 59-61.
- Аношкина Н.Л., А.В. Гулин. Оценка влияния питания на физическое развитие интраутериональный статус лиц юношеского возраста // Вестник ТГУ, т.17, вып.1, 2012. -С. 292-294.
- Щелкановцев В.А., Маюрникова Л.А., Зинчук С.Ф. Оценка стереотипов питания школьников и студентов г. Кемерово // Сибирский медицинский журнал № 1`2007. -С. 58 – 62.
- Османов Э.М., Ронжина Г.П., Дорофеева Е.А., Пышкина А.С. Проблемы питания современного студента // Вестник ТГУ, т.15, вып.2, 2010. -С. 685 – 687.

Жұманазар Н.Н., 3 курс студенті, «Фармация факультеті,
Нұрмаханбетова А.Е. – магистрант, Жунисова А.Б. – оқытушы,
Тайжанова М.А. - «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының аға оқытушысы,
Жумагалева Д.С.- «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының оқытушысы,
Долтаева Б.З. – м.ғ.к., профессор м.а. doltaeva68@mail.ru.

Ғылыми жетекші: Бухарбаев Е.Б. - медицина ғылымдарының магистрі kz_erkin@mail.ru
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУШАҢДЫҒЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІН САЛЫСТЫРУ

Кіріспе. Туберкулез Қазақстан Республикасы денсаулық сақтау саласының ең өзекті мәселелерінің бірі болып қала беруде. Оның ең маңызды себебі, тұрғындар арасындағы туберкулезбен аурушандық, одан туындайтын мүгедектік пен өлім оқиғалары аса жоғары деңгейде қала беруде. Мысалы, Америка құрама штаттарындағы тұрғын халықтарының туберкулезбен аурушандығы 2014 жылы 100000 адамға балап есептегенде балалар мен жасөспірімдер арасында 3,5 оқиғаны түзесе, Қазақстан Республикасында 56,5 оқиғаны құрап отыр. Егер АҚШ-та осы аурудан өлім оқиғалары мүлдем тіркелмесе, біздің Республикамызда 15,2 оқиғаға жетті. Туберкулезбен сырқаттанған тұрғындардың 90%-нан астамы өкпе туберкулезімен ауырады.

Зерттеу мақсаты. Балалар мен жасөспірімдер арасында туберкулездің алдын алу және ерте кезеңнен анықтау шараларын ұйымдастыру.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу 2015-2016 ж көлемінде жүргізілді. Зерттеу нысанына ОҚО балалар мен жасөспірімдер арасында туберкулезге шалдығу көрсеткіші алынды. [1].

Нәтижелер мен талқылаулар.

1. Туберкулез ауруларынан туындайтын аурушандық, мүгедектік және өлім оқиғаларын азайту үшін олардың ауруының бастапқы даму кезеңінде анықтаудың скринингтік әдісі жолға қойылуы тиіс.
2. Аурулар туберкулез патологиясының даму кезеңіне сай диспансерлік бақылауға алынып, сапалы емдік-реабилитациялық шаралармен қамтамасыз ету қажет.
3. Туберкулезге шалдыққандардың арасында салауатты өмір сүру салтын және санитарлық білімін жоғарлатуға бағытталған шаралардың белсенділігін арттыру қажет.[2].

1 Кесте – 2015-2016 жылдардағы балалар мен жасөспірімдердің аурушандығы, мүгедектігі және өлім-жітімі туралы мәлімет

Жас топтары	Аурушандық			Мүгедектік			Өлім-жітім		
	ОҚО	Шымкент	Аудандар	ОҚО	Шымкент	Аудандар	ОҚО	Шымкент	Аудандар
1- жасқа дейін	9,68	8,92	10,04	-	-	-	6,88	6,43	6,97
1	5,42	5,11	5,89	-	-	-	2,48	2,34	2,59
2	4,87	4,52	5,02	-	-	-	1,80	1,72	1,94
3	3,61	3,49	3,74	-	-	-	0,48	0,43	0,55
4	1,83	1,72	1,94	-	-	-	0,24	0,21	0,26
5-9	14,83	13,62	15,16	-	-	-	0,36	0,32	0,39
10-14	21,29	20,04	22,62	1,42	1,38	1,47	4,08	4,00	4,11
15-19	49,18	49,16	49,22	2,38	2,19	2,62	5,62	5,42	5,76

2 Кесте - 2002-2003 жылдан 2014-2015 жылдар арасында туберкулезден туындайтын өлім көрсеткішінің төмендеуінен тұрғындардың өмір сүру ұзақтығының артуы

Жасы жыл-мен есептеген -де	Болашақ өмір сүру ұзақтығының орташа деңгейі				Белгілі жасқа дейін өмір сүруші тұрғындардың саны			
	2003-2004	Туберку-лезден туындай-тын өлімнің төмендеу деңгейі	Айырмашылығы		2015-2016	Туберкулезден туындайтын өлімнің төмендеу деңгейі	Айырмашылығы	
			Абс. саны	%			Абс. саны	%
0	41,38	44,93	3,55	8,579	120000	120000	0	-
1	49,82	53,90	4,08	8,189	8905	89527	477	0,535
3	57,59	63,0	5,41	9,393	68415	69698	1283	1,875
5	59,23	63,20	3,97	6,702	64802	66283	1481	2,285
10	55,72	59,78	4,06	7,286	62972	64477	1505	2,389
15	51,33	55,11	3,72	7,238	62251	63048	1791	2,877
20	47,27	50,79	3,52	7,446	61119	63295	2176	3,560

Қорытынды. Аурушандықтың жоғары деңгейі 45-49 жас тобында (166,43/0000), ал төменгі деңгейі 1-14 (166,43/0000) деңгейін көрсетеді. Жұмысқа қабілетті туберкулёзге шалдыққан мүгедектер 2,87-16,42/0000, жас өспірімдерде 1,96/0000 дейін, балаларда 0,95% құрайды. Емдік профилактикалық іс шараларды деңгейі егде жасқа (50-59 жас) ауысты және 11,43%/0000 құрады. Ерлердің өлім деңгейі 22% әйелдер көрсеткішінен басым түсті. 5 жастағы балалар үшін орташа өмір сүру ұзақтығы ерте анықтау және туберкулёздің алдын лау ұйымдастыруды жақсарту үшін алгоритмді пайдалану 5,41 жасқа (9,393%), 100000 туылған адамдардың 6021 адам (14,3%), 60 жасқа дейін өмір сүргендер көрсетілді. Жалпы жастағы адамдардың әрбір 100 туылған үшін 355 адам жұмысқа қабілетті жаста (20-59жас) 176 адамға шаққанда өсті. Осылайша туберкулёзбен табысты күресу облыстағы еңбек ресурстарын сақтады. Алайда, бізді туберкулёздің дәріге тұрақты формасымен сырқаттанушылық динамикасы алаңдатады. Ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол іздейік!!!

Әдебиеттер

1. World Health Organization. Report: Basis for the development of an evidencebased casemanagement strategy for MDR TB within the WHO'sDOTS strategy. Geneva:World Health Organization, 1999с.WHO/TB/99.26Q.
2. Абсадыкова Ф.Т. Распространение и особенности течения туберкулеза у детей / Ф.Т. Абсадыкова, Е.Б. Морозько, М.К. Айбекова // Проблемы туберкулеза. 2003.-№ 1.-С. 11-13.
3. World Health Organization. Global Tuberculosis Control:WHO Report 1999. Geneva:WorldHealthOrganization, 1999b.WHO/CDS/CPC/TB/99.259.

Қонысбаев А.Н., «Жалпы медицина»,117 А, adol.aidalet@gmail.com

Ғылыми жетекшісі: **Сраз Б.Б.,** Srazh_bekbolsyn@mail.ru

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан Мемлекеттік медицина университеті, Ақтөбе қаласы,Қазақстан Республикасы

БІЗ ТҰТЫНЫП ЖҮРГЕН ЖЕМІС – ЖИДЕК САПАСЫ ҚАНДАЙ?

Кіріспе. Қазіргі таңда дүние жүзіндегі ең бір дамып келе жатқан ғылымдардың бірі гендік инженерия. Бұл ғылымның адамға әкелетін пайдасы неғұрлым көп болғанымен, тигізетін зияны да аз емес. ГМА (генетикалық модификацияланған ағза) – гендік инженерия жолымен тірі ағзаның құрамының өзгеруі. Мысалы, картоп көкөнісінің құрамына сарышаян генін қосқан жағдайда біз

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ

№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

ешқандай жәндік жемейтін картоп сұрыпын ала аламыз немесе кез келген жеміске Антарктида балығының генін қосу нәтижесінде біз суыққа төзімді жеміс сұрыпын аламыз. Ғылыми жобадан екі түрлі пікірді ұстана отырып, дәлелдер келтірілді.[2]

Зерттеу мақсаты. Жобаның басты мақсаты болып жергілікті жердегі жемістердің сапасын анықтап ғана қоймай, сонымен қатар, қарапайым халыққа соны жеткізу, яғни, профилактика жүргізу.

Материалдар және әдістер. Сауалнама жүргізу, сұхбат және бақылаулар.

Нәтижелер және талқылаулар. ГМА жақтаушылар.

1.ГМА-тарды қолдану немесе тұтыну болашақта адам өмірінің саяси және экономикалық жақтарына үлкен әсерін тигізеді. Себебі, жыл сайын адам саны өсуде. БҰҰ-ның айтуы бойынша, алдағы 35 жыл аралығында дүние жүзіндегі адамдар саны 10 млрд.- қа жуық болады. Дәстүрлі егіншілікке көшкен жағдайда, адамдар саны өсуі баяулай бастайды, ал егерде ГМА-тарды тұтынған жағдайда адамдардың аштыққа ұшырамауы әбден мүмкін.[4]

2. ГМА медицинада кеңінен тараған. 1982 жылы генетикалық модификацияланаған бактериялар инсулин гормонын өңдеуде қолданған. Дәрігерлер болашақта СПИД, құс және шошқа тұмауы ауруларына төтеп беретін дәрі-дәрмектер шығаратына үміт артып отыр. ГМА арқылы адамдар қартайғанда әлсіз болмайды деген ойлар туындап жатыр.[6]

3.Бүгін ГМА тез сатылып кетілуде және үлкен мөлшерде пайда әкелуде. Мысалы, қазіргі таңда әлемнің 150 млн га жері трансгенді өндіріске тиісілі, оның 66%-ы АҚШ-та, ал 22%-ы Аргентинада орналасқан. Осы өндіріспен айналысатын фирмалар шамамен 700 млрд доллар капиталына ие болып отыр.

ГМА даттаушылар. ГМА -тарды тұтыну нәтижесінде төмендегі өзгерістерге әкеліп соғуы мүмкін:

- Адам денесінің аллергиялық реакциялардың беруі. Мысалы, АҚШ – та азықтар тұтынуға рұқсат етілген. Бірақ халықтың 70%-ы аллергиядан зардап шегіп отыр, ал кересінше, Швецияда не болғаны халықтың 7%-ы ғана. Себебі, онда бұл азықтарға тыйым салынған;
- Асқазанның структурасының өзгеруі нәтижесінде ішек микрофлораларының антибиотиктарға баянды болуы;
- Адам ағзасының иммунитетінің төмендеуі, сонымен қатар, зат алмасу процесінің бұзылуы.
- Адам ағзасының мутацияға ұшыратып, рак жасушаларының көбеюі әкеледі. Одан өте келе адам рак ауруына шалдығады[1]

Зерттеу барысында екі түрлі тәжірибе жүргізілген болатын. Біріншісі, Ақтөбе қаласындағы «Дина» супермаркетіндегі сатылатын азықтардың дұрыс таңбалағанына көз жеткізу болды, яғни, ГМА-сыз таңбасы бар азықтар саны анықталды. Екіншісі, бау-бақшадан өсіп шыққан алма мен супермаркеттегі алма сұрыптарының арасындағы айырмашылықты анықтау үшін лабораторияда эксперимент жасалды. Сонымен қатар, Ақтөбе қаласының тұрғындар арасында сауалнама жүргізілді [Кесте 1]. SWOT талдау.

1 Кесте - ГМА-ның пайдалы және пайдасыз тұстары көрсетілген.

<p>Strengths(Басым жақтары) Әрбір мемлекеттің супермаркеттерінде ГМА-тар өте арзан бағада сатылып жатыр. Трансгенді ағзалардың пішіндері қарапайым жемістерден бірнеше есе үлкен болады. ГМА-лар аз уақытта ішінде тез пісіп жетіледі. Салқын қыс айларында өз сапасы мен дәмін жоғалтпай, суыққа төзімді болып өседі.</p>	<p>Weaknesses(Әлсіз жақтары) Өзіміздің пайдалы жеміс – көкөніс сұрыптарының жоғалып кетуі. Тәжірибелерге қолднылатын тышқан сияқты жануарлардың ұсқынсыз болып айналуы. Адамдардың денсаулығы теріс әсер бері мүмкіндігі. Кішкентай жәндіктердің жойылуы нәтижесінде экожүйенің бұзылуы.</p>
<p>Opportunities(Мүмкіндіктер) Үлкен көлемде егіннің нәтижесінде егін шаруашылығын дамыту мүмкіндіктері.</p>	<p>Threats(Қауіп-қатерлер) ГМА-тарды тұтыну нәтижесінде рак ауруына шалдығу қаупі.</p>

Қауіпті аурулардан дәрі жасап шығару мүмкіндігі. Мемлекеттің капиталын одан әрі арттырып, экономиканы тағы бір сатыға жоғары көтеру. Гендік инженерияны дамытып, жұмыссыздықтың мөлшерін азайту мүмкіндіктері.	Адамдарға теріс әсер еткен жағдайда аштықтың пайда болу қаупі жоғарлайды. Ғылыми түрде зиян екені дәлелденсе, мемлекет дағдарысқа ұшырайды.
--	---

Қорытынды. Осы жобаның басты сұрағы ретінде генетикалық модификацияланған азықтардың адамдарға пайдалы немесе зиянды ма деп қарастыруға болады. Бірақ бұл сұраққа әлі күнге дейін жауап табылған жоқ. Себебі, бұл мәселе қазіргі күнге дейін зерттеліп, қарастырылып жатыр. Адамға зияны жоқ деген аргументтер болғанымен, жан-жануарларға теріс әсер ететінің практика жүзінде көрген болатынбыз. Сонда да көптеген халықтың көп бөлігі трансгенді ағзаларға қорқынышпен қарайды, сондықтан да біз генетикалық модификацияланған азықтарды кеңінен қолдануды қостаймыз. Осындай мәселелерге байланысты қазақ халқында «Сақтықта қорлық жоқ» деп айтылған керемет сөз бар. Қорыта айтқанда, әрбір азамат ГМА-тар туралы мәліметтермен ақпараттану қажет және азықты сатып алар алдында өз бетінше таңдау жасағанын жөн.

Әдебиеттер

Дыбан А. П., Городецкий С. И. Интродукция в геном млекопитающих чужеродных генов: пути и перспективы // Молекулярные и клеточные аспекты биотехнологии. Л.: Наука, 1986. С. 82 — 97.
Валиханова Г. Ж. Биотехнология растений. Алматы: Конжык, 1996. 272 с.
Щелкунов С. Н. Генетическая инженерия. Ч. 1. Новосибирск: Изд-во Новосибирского ун-та, 1994. 304 с.
Лутова Л. А., Проворов Н. А., Тиходеев О. Н. и др. Генетика развития растений. СПб.: Наука, 200. 539 с.
Барановов В. С. Генная терапия – медицина XXI века // Соросовский образовательный журнал. № 3. 1999. С. 3 – 68.

Дүйсенбиева Л.А. – медицина факультетінің 4-курс студенті, luizaduisenbi@mail.ru.

Жумагалеева Д.С.- «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының оқытушысы,

Долтаева Б.З. – м.ғ.к., профессор м.а. doltaeva68@mail.ru.

Ғылыми жетекшілер: **Жақсылық А.А.** – 2 курс магистранты, Гигиена-1 және эпидемиология кафедрасының оқытушысы, nur-ali@list.ru

Нуралиева Г.Н., Тойжанов Б.Қ. – магистр, Гигиена-1 және эпидемиология кафедрасының оқытушысы

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ҚАРТАЮҒА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАРДЫ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ

Кіріспе. Қоршаған ортаның ластануы, көптеген химиялық қоспалар, шу мен діріл, қартаюға әсер ететін факторлар бүгінде өткір мәселе болып отыр. Қоршаған ортаның ластануын кешенді зерттеу қазіргі және келешек ұрпақтың қауіпсіздігін қамтамасыз ету шараларын қабылдау үшін қажетті, маңызды ақпараттарды алуға бағытталған. Химиялық қоспалардың, шу мен дірілдің адам денсаулығына оң немесе теріс әсерін шешу бүгінгі күннің өзекті мәселесі.

Зерттеу мақсаты. Қалада бөлініп шығатын түрлі ластағыштардың, шу мен дірілдің, сонымен қатар, инфрадыбыстың адам денсаулығына, әсіресе қартаюға әсерін анықтап, сапалық сипаттама беру.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу барысында сипаттамалы әдістер, сондай-ақ түрлі компоненттік, талдау әдістері қолданылды. Химиялық қоспасы бар өнімдерді қарқынды өндіру және қоршаған ортадағы шу мен дірілдің, сонымен қатар, инфрадыбыстардың қартаюдың бірден бір себебі екендігін сипаттау.

Нәтижелер мен талқылаулар. Қазіргі заманауи қаланың жағдайында адамдар әлеуметтік орта мен экологиялық және гигиеналық факторлардың, көп жағдайда олардың денсаулық жағдайының кері өзгеруін анықтайтын кең кешенді әсерге ұшырап отыр.

Адамның жасы, жынысы және жеке ерекшеліктері оның функционалдық мүмкіндіктерінің шегін анықтайды, ағзаның қоршаған ортаға бейімделу дәрежесі, сонымен қатар физикалық және әлеуметтік әсері оның денсаулық деңгейін сипаттайды. Кері әсерлерге төтеп берудің күрт төмендеуі бейімділік механизмдердің бұзылуы мен зорығуының нәтижесі болып табылады. Өмірлік маңызды биологиялық және әлеуметтік қажеттіліктердің дәрежесін анықтайтын ағзаның функционалдық мүмкіндіктерін бейімділік потенциалы құрайды.

Қоршаған ортаның ластануы адамның физикалық және психикалық денсаулығына, өмірлік тонусына және еңбек өнімділігіне әсер етеді.

Адамның ағзасы жаңа экологиялық ортада қалыпты функциялық қызметін атқара алмауы мүмкін, сондықтан соны қиын жағдайларға әкеп соқтырады. Адам ағзасының қоршаған ортаның жаңа кері факторларына әсерін белгісіз бұрынғы медициналық аурулардың тууымен, сонымен қатар патологиялардың көптеген ауыр формалары мен олардың таралуының көбеюімен сипаттаймыз. Әсіресе өндірістік дамыған қала жағдайында тұратын адамдарда көптеп кездеседі. Бұл жерде: ауаның, судың, жердің, азық-түліктердің химиялық ластануы; акустикалық жайсыздық (шу, діріл және инфрадыбыстар); құрылыс барысында сапасыз материалдарды қолдану; зиянды энергетикалық сәулелер; гепатогендік аймақтар байқалады.

В.В. Худолея, С.В. Зубарева және О.Т. Дятлеченкокласификацияларына сәйкес, біздің еліміздің заманауи даму кезеңінде денсаулық көрсеткіштерінің негізгі өзгерістеріне төмендегілерді жатқызамыз: денсаулық көрсеткішінің өзгеру қарқынының жылдамдауы; халықтың қартаюын сипаттайтын демографиялық өзгерістердің жылдамдауы; қанайналым жүйесі аурулары деңгейінің жоғарылауы; эндокриндік аурулардың, сонымен қатар, жұқпалы аурулардың күрт өсуі; көптеген патологиялардың туындауы.

Халықтың көзқарасы бойынша, қазіргі таңда қартаюдың бірден-бір себебі атмосфераның ластануы болып отыр. Одан бөлек көптеген химиялық қоспасы бар заттар, шу мен діріл, сонымен қатар, инфрадыбыс та адам организміне белсенді әсер етеді. Өртүрлі химиялық қоспалар адам организміне бірнеше әсер тигізуімен сипатталады. Ол қоспалардың көбісі тыныс алу жолдарына, көру мүшесіне кері әсерін тигізеді. Тіпті олардың ең аз мөлшерінің өзі иммундық жүйеге әсер ете отырып, адам ағзасының қорғаныштық қасиетін әлсіретеді.

Еңбек қауіпсіздігі көзқарасынан шу мен діріл өндірісте кеңінен таралған зиянды фактор. Адамның еңбек үрдісі кезінде шу мен дірілден бөлек инфрадыбысты тербелістер де зиянды әсерін тигізеді.

Қоршаған ортаны ластаудың физикалық түрінің ең маңыздысына акустикалық шу жатады. Зияндылық дәрежесі бойынша шу химиялық ластаудан кейінгі екінші орында. Қоршаған ортадағы шу көптеген көздерден шығады. Олардың негізгілеріне мыналарды жатқызамыз: транспорт құралдары, қаладағы көп қабатты үйлерге жақын орналасқан түрлі ойын-сауық орталықтары, желдету құралдары, электронды жарнамалық билбордтар және т.б. Шудың жоғарғы деңгейі тұрғын үйлерде, мектептерде, ауруханаларда, демалыс орындарында т.б. болады, нәтижесінде, жүйке жүйелерінің ауырпалығының артуына, демалыс тиімділігінің төмендеуіне, аурушандықтың көбеюіне әкеп соғады. Шудың тұрақты әсерінен адам организмінде патологиялық өзгерістер туындайды.

Өндірісте және транспортта кеңінен пайдаланылып жүрген машиналар мен құрылғылар адамға қолайсыз әсер ететін дірілді тудырады. Бұлар көбіне транспорттық құралдар мен қолмен істейтін машиналар. Дірілдің әсері жұмысшының жағдайын, жұмыс өнімділігін төмендетіп қана қоймайды, сонымен қатар организмнің физиологиялық функциясының бұзылуына, көбіне орталық жүйке жүйесіне әсер етеді.

Адамда инфрадыбыстың әсерінен көкірек клеткаларында діріл, ұйқыбасу, шаршау сезіледі және сөйлеу қабілеті төмендейді, сонымен қатар, құлақтың шыңылдауы, ішкі органдардың тартылуы сезіледі. Барлық аталған құбылыстар адамның қалыпты тіршілік жағдайын бұзады.

Қорытынды. Қоршаған ортаның сапасы өмір салтының 77% жағдайында ауру себептері болса, 55% жағдайында уақытынан ерте өлу себебі болып отыр. Халықтың басым көпшілігінде патология алды жағдай қалыптасқан.

Генетикалық құрылымның химиялық қоспалармен бұзылуы, шу мен дірілдің әсері, үнемі қолайсыз жағдайдағы аймақтарда өмір сүру қартаюға және өмір сүру ұзақтығының төмендеуіне әкеп соқтырып отыр.

Әдебиеттер

Хамзин С.Қ. Құрылыс өндірісінің ұйымдастырылуы мен технологиясы. Курстық және дипломдық жобалау: Оқу құралы. 2 – басылым. – Астана: Фолиант, 2011 – 208 б. – ISBN 9965 – 35 – 136 – 8.
МЕМСТ 17.2.3.01-86 Табиғатты қорғау. Атмосфера. Елді мекендердің ауа сапасын бақылау ережесі.

Методические указания по определению выбросов загрязняющих веществ в атмосферу из резервуаров РНД 211.2.02.09-2004. Астана, 2005.

Жантасов Қ.Т., Кочеров Е.Н., Наукенова А.С., Жантасов М.Қ. Еңбекті қорғау және тіршілік қауіпсіздігі. Оқулық. – Шымкент: М. Әуезов атындағы Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік университеті, - Алматы, Эверо, 2014 – 69 б. – ISBN 978 – 601 – 217 – 331 – 4.

Бекпатша Б.Қ. – медицина факультетінің 4-курс студенті,
Жумагалеева Д.С. - «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының оқытушысы,
Долтаева Б.З. – м.ғ.к., профессор м.а. doltaeva68@mail.ru.
Ғылыми жетекшілер: **Жақсылық А.А.** – 2 курс магистранты, Гигиена-1 және эпидемиология кафедрасының оқытушысы, nur-ali@list.ru
Кубеева З.Е., Тойжанов Б.Қ. – магистр, Гигиена-1 және эпидемиология кафедрасының оқытушысы toizhanov_b@mail.ru
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

САБАҚ КЕСТЕСІНІҢ ОҚУШЫЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІН ЗЕРТТЕУ

Кіріспе. Оқушылардың салауатты өмір салтын қалыптастыру ең алдымен, оқу процесінде жүзеге асырылады. Оқушылардың қызмет қабілетінің дұрыс болуы, негізінен, гигиеналық тұрғыдан дұрыс жасалған сабақ кестесіне байланысты болады. Қазіргі таңда көптеген мектептерде осы айтылған қиыншылықтар әсерінен сабақ кестесінің дұрыс қойылмауын кездестіріп жатамыз және осы мәселені шешу бүгінгі күннің өзекті мәселесі болып табылады.

Зерттеу мақсаты. Сабақ кестесінің оқушылардың денсаулығына кері әсерін зерттеп, оқушылардың күн тәртібіне сәйкес қойылуын қадағалау және сипаттама беру.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу барысында сипаттамалы, салыстырмалы әдістер, сондай-ақ талдау және жүйелеу әдістері қолданылды. Зерттеу жүргізу арқылы сабақ кестесінің оқушылардың денсаулығына әсерін анықтап, көрсеткіштерін салыстыру арқылы денсаулық жағдайына баға беру.

Нәтижелер мен талқылаулар. Зерттеу нәтижесі бойынша, дұрыс қойылмаған сабақ кестесінің әсерінен оқушылардың денсаулығында ауытқулар анықталды, соның ішінде күрделі сабақтарды дұрыс қоймауының салдарынан оқушылар арасында қателіктер жіберуі көбейгендігі, оқуға ынтасының төмендеуі, зейінінің нашарлауы, ойлау қабілетінің төмендеуі, шаршау, қажу анықталды.

Қазіргі ғылыми зерттеу жұмыстары бойынша оқушылардың биоритмді жалықпауы-жұмысқа құштарлығы И.Г.Сивков кестесіне сай, сабақтың тек қиындығына қарап қоймай, оқушы денсаулығына қанша күш түсіріп, оның шаршамауына әсер ететінін ескеру керек.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

1 Кесте - Жалпы білім пәндерінің күрделілігі туралы дәреже шкаласы
(И.Г.Сивков.1975)

Пән	Балл
Математика,орыс тілі(ұлттық мектептер үшін)	11
Шет тілі	10
Физика,химия	9
Тарих	8
Қазақ тілі,әдебиет	7
Жаратылыстану,география	6
Денешынықтыру	5
Еңбек	4
Сызу	3
Сурет сабағы	2
Ән сабағы	1

Сабақ кестесін жасағанда қиын пәндерді,сонымен қатар алтыншы, жетінші баллдық жүйесіне байланысты аптаның ең жемісті күндері сейсенбі, сәрсенбі, бейсенбі күндеріне қоюға болады. Аптаның соңғы күндерінде, оқушылардың еңбек қабілеттігі төмендеген кезде, сабақ кестесіне жеңіл сабақтар қойылады. Қиын пәндерді сабақ кесте бойынша бірінші және соңғы сабаққа қоймауға тырысу керек. Сонымен қатар, сабақтың, үзіліс уақытының ұзақтығына мән беру керек.

2 Кесте - Жалпы орта мектебінің 5А сыныбының сабақ кестесі

5А						
	Дүйсенбі	Сейсенбі	Сәрсенбі	Бейсенбі	Жұма	Сенбі
1	Тарих	Орыс тілі	Тарих	Ағылшын	Орыс тілі	Қазақ тілі
2	Орыс тілі	Қазақ тілі	Ағылшын	Математика	Математика	Д -т
3	Еңбек	Жаратылыс т	Математика	Жаратылыс т	Қазақ тілі	Д Тарих
4	Бейнелеу	Қазақ тілі	Еңбек	Қазақ тілі	Қазақ тілі	Математика
5	Оқн/жже	Математика	Д-т	Өзін-өзі тану	Бейнелеу ф	Д Тарих ф
6		Ән күй	Ағылш ф	Д.-т		Тәрбие сағ
7						

Сабақ кестеден көріп отырғанымыздай дүйсенбі күніне аса қиын сабақтар қойылмаған,яғни бұл И.Г. Сивков баллдық жүйесіне сәйкес келеді. Сондай-ақ аптаның екінші, үшінші, төртінші күндеріне қиын сабақтарды қоюға рұқсат етілгендіктен, бұл күндеріне қойылған сабақ кестесі дұрыс деп есептеледі. Алайда аптаның соңғы күндері оқушының ойлау және еңбек қабілеті төмендейтіндіктен сабақ кестесінің сенбі күніне математика пәнін қоймауы керек еді.

Қорытынды. Сонымен,сабақ кестесінің оқушылардың денсаулығына әсері зерттеліп анықталды және денсаулық жағдайына баға берілді. Дұрыс қойылған сабақ кестесінің оқушылардың денсаулық жағдайына оң әсер ететіндігі,яғни ойлау, еңбек қабілеттерін,ынтасын жоғарылататыны анықталса, дұрыс емес қойылған сабақ кестесі қарама –қарсы көрсеткіштерді көрсететіні анықталды.

Әдебиеттер

1. Неменко Б.А. Оспанова Г.К Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы(Оқулық).- Алматы 2002.344б.
2. Кучма В.Р. Гигиена детей и подростков., М., Медицина, 2004.,
3. Бөлешов М.Ә.Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы:оқулық –Эверо,2015

4. Ерманова С.А. Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы. Ақ-нұр, 2014
5. И. Г. Сивков. Сабақ кестесіне қойылатын гигиеналық талаптардың мөлшері.

Жақсылықова М.Р., Жолдастай А.Б. -4 медицина факультетінің студенті
Ғылыми жетекшілер: **Жақсылық А.А.** – 2 курс магистранты, Гигиена-1 және эпидемиология кафедрасының оқытушысы, nur-ali@list.ru.

Тайжанова М.А..- «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының оқытушысы,

Долтаева Б.З. – м.ғ.к., профессор м.а. doltaeva68@mail.ru.

Тойжанов Б.Қ. – магистр, Гигиена-1 және эпидемиология кафедрасының оқытушысы
toizhanov_b@mail.ru

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ОҚУШЫЛАРДЫҢ САБАҚ КЕСТЕСІНІҢ ҚҰРАСТЫРУЫНА ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒА БЕРУ

Кіріспе. Сабақ кестесін құру барысында негізгі гигиеналық талаптар ескерілуі тиіс. Қазіргі ғылыми зерттеу жұмыстары бойынша оқушылардың биоритмді жалықпауы – жұмысқа құштарлығы И.Г. Сивков кестесіне сай, сабақтың тек қиындығына қарап қоймай, оқушы денсаулығына қанша күш түсіріп, оның шаршамауына әсер ететінін ескеру керек. Бүгінгі күні ғалымдардың зерттеулері бойынша сабақ кестесін құрған кезде, оқушының денсаулығы ескерілуі тиіс. Сабақ кестесін жасауға бірнеше талаптар қойылуы тиіс.

- 1) Мектеп бітірушілер мен бірінші сынып оқушыларының оқу жұмысы қиындығын есептей отырып, жас ерекшеліктерін аңғарып, сыныптарды ауысым бойынша дұрыс бөлу;
- 2) Күн тәртібі бойынша, оқу апталығының ішінде, барлық оқу жылы бойынша, оқушылардың, мұғалімдердің еңбек қабілеттілігінің биік деңгейін сақтау;
- 3) Қиын пәндерді сабақ кесте бойынша бірінші және соңғы сабақ ретінде қоймауға тырысу керек: ең жемісті сабақтар – екінші, үшінші, төртінші;
- 4) Үй тапсырмасы көлемді, көп дайындық пен уақытты талап ететін сабақтарды аптаның әр күндеріне бөлу қажеттілігі туады.

Зерттеу мақсаты. Сабақ кестесінің оқушылардың денсаулығына кері әсерінің тимеуіне көз жеткізіп отырып құру. Сабақ кестесінде жасқа байланысты ауырлықтың болмауы.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу барысында сипаттамалы, салыстырмалы әдістер, сондай-ақ түрлі компоненттік, талдау және жүйелеу, салыстыру әдістері қолданылады. Сабақ кестесінің дұрыс құрастыруы оқушы денсаулығына көп әсерін тигізеді. Оқушылар арасындағы көп кездесетін аурулардың түрлері бірінші орында тыныс алу жолдары, екінші аскорыту, үшінші көру қабілеттері мен есту жолдары, осының бәрі оқу процесінде ақыл – ойға әсер етеді. Осының бәрін ескере отырып сабақ кестесі салыстырмалы түрде құрылуы тиіс. Зерттеу жүргізу арқылы сабақ кестесінің жас ерекшелігі мен құрылуына баға беру.

Нәтижелер мен талқылаулар. Мектептерде сабақтың ұзақтығы 45 минут. Бастауыш сыныптарға оқу процесін жүйелі әрі сапалы жүргізуде сабақ кестесінің дұрыс жасалауының айтарлықтай маңызы зор, сондықтан сабақ кестесін жасау кезінде оқушылардың психологиялық-физиологиялық, гигиеналық ерекшеліктері ескерілуі керек. Дүйсенбі мен сенбі аптаның бірінші және соңғы күндері болғандықтан, кімге де болса ауырлығы ескеріліп, дене тәрбиесі пәні негізге алынуы тиіс. Сонымен қатар үзіліс арасында жасалатын дене жаттығулары баланың дамуы мен денсаулығына білім алуына, дағдыларды қалыптастыруда, оқушылардың денсаулығын, ақыл-ойын дамытуда, оқыту мазмұны мен оқу жұмысын дұрыс жолға қою арқылы жүзеге асады. Когнитивті үлгідегі сабақтар: тәжірибе сабақ; бақылау сабақ; ізденіс сабағы; зертханалық — практикалық сабақ; проблема қою және оны шешу сабағы; жаңалық ашу сабағы. Ұйымдастыру қызметтік үлгідегі сабақтар: мақсатты есептеу сабағы; нормативті-шығармашылық сабақ; топтық жұмыс сабағы. Коммуникативтік үлгідегі сабақтар: Конференция сабағы; жарыс сабағы; спектакль сабағы; дөңгелек үстел; сабағы; балдық көрсеткіш бойынша норма мен құрылуы қажет.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

Қорытынды. Салыстыру әдісі арқылы дұрыс ұйымдастырылған сабақ кестесі жақсы білім алумен қатар оқушылардың дамуы мен сана сезімінің ерікті түрде өсуіне оңтайлы жағдай жасайтынына көз жеткізілді. Сабақ кестесінің баллдық жіктемемен құрылуына баға берілді. Есептік көрсеткіштің талдау нәтижесінде 6-7 жастағы балалар үшін үзіліссіз уақыт (диктант) 8 минут, 10-12 жастағы балалар үшін 14 минут 45 секунд, 14-15 жастағылар үшін 20-22 минуттан аспау керек екені анықталды. Ең көп шалдығу әсерін көрсететін пәндерге 2-ші сыныпқа табиғаттану, 4-ші сыныпқа тарих, 5-ші сыныпқа ботаника, география, әдебиет, 6 сыныпқа физика, 7-ші сыныпқа-химия пәні екені көрсетілді

Әдебиеттер

Неменко Б.А. Оспанова Г.К. Балалар мен жасөспірімдер гигиенасы. Оқулық- Алматы Ғылым 2002

Шал А.Л.– медицина факультетінің 4-курс студенті, Shalaizhan@mail.ru,
Жумагалеева Д.С.- «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының оқытушысы,
Долтаева Б.З. – м.ғ.к., профессор м.а. doltaeva68@mail.ru.

Ғылыми жетекшілер: **Жақсылық А.А.** – 2 курс магистранты, Гигиена-1 және эпидемиология кафедрасының оқытушысы, nur-ali@list.ru

Тойжанов Б.К. – магистр, Гигиена-1 және эпидемиология кафедрасының оқытушысы
toizhanov_b@mail.ru

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗ ДЕРТІНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒА БЕРУ

Кіріспе. Соңғы жылдары студенттер арасында қарқындап жатқан туберкулез ауруы маңызды мәселелердің бірі болып отыр. Оның негізгі себептері: дұрыс тамақтанбау, тиімсіз күн тәртібі, оқу бағдарламасының ауырлығы, тұрмыстың нашарлығы, зиянды әдеттер, ұйқының жетіспеушілігі, созылмалы эмоционалды стресс осы аурудың дамуына алып келеді.

Зерттеу мақсаты. Қарқындап бара жатқан құрт ауруының алдын алу және туберкулездің жазылмайтын дерт емес екендігін студенттерге түсіндіру. Студенттерді салауатты өмір салтына насихаттап, жыл сайынғы медициналық тексерістен өздері өтуіне ықпал жасау.

Материалдар мен әдістер. Зерттеу барысында сипаттамалы, салыстырмалы әдістер, сондай-ақ статистикалық салыстыру әдістері қолданылды. Зерттеу жүргізу арқылы студенттер арасындағы туберкулездің қаншалықты дамығандығын анықтау, статистика көрсеткіштерін салыстыра отырып гигиеналық баға беру.

Нәтижелер мен талқылаулар. Көбінесе туберкулез ауруы – жұмысқа қабілетті жас аралығында кездеседі. Туберкулезбен ауырғандардың 70% - жастар және еңбекке жарамды жастағы адамдар (15-40 жас). Бұл өз кезегінде мемлекет дамуына және оның экономикасына кері әсер етеді.

1 Кесте- **Қазақстан бойынша туберкулезден қайтыс болған адамдар саны**

2015	576 ад
2014	634ада
2013	729 ад
2012	1189 ад
2011	1786 ад
2010	2055 ад

1-кестеде көрсетілген адамдарды санының 40-45% студенттер өлімі құрайды екен. Яғни 2010 жылдан бастап 2700-ге жуық студент осы дерттің зардабынан көз жұмды деген сөз.

Қорытынды. Туберкулезбен тек денсаулық сақтау қызметкерлері ғана күресіп үлкен нәтижеге жете алмайтынына жоғарыда айтылғандарды назарға алсақ сөзсіз белгілі, тіпті мемлекеттің денсаулық сақтау саласындағы саяси бағдарламаларына да қарамастан өз денсаулығына әр адам жоғары жауапкершілікпен қарауы керек. Яғни әрбір тұрғын уақтылы медициналық тексеруден өтіп, салауатты өмір салтын ұстаса, дерттің дәрмені таусылары хақ. Жоғарғы оқу орнында оқитын студенттер жыл сайын түпкілікті тексеруден өтудің орнына, қалтасындағы соңғы тиыны болса да санап беріп жалған санитарлық кітапша жасататынын көріп жүрміз. Демек, бұл дертке шалдыққан адам біздің де арамызда болмасына кім кепіл?! Сондықтан, дана халқымыздың «Ауырып ем іздегенше, ауырмайтын жол ізде» деген сөзін басшылыққа ала отырып дұрыс шешім қабылдап, өз денсаулығымызға немқұрайлылық танытпай дер кезінде дерттің алдын ала білейік.

Ұсыныс. Әрбір курста өтілетін пәндердің СОӨЖ немесе тәжірибелік сабақтар бағдарламасына туберкулез дерті жайлы тақырыптарды міндетті түрде енгізу.

Облыстық немесе қалалық туберкулез диспансерлерімен бірлесе отырып студенттерге лекциялар, дөңгелек столдар өткізу.

Жоғарыда тілге тиек еткен студенттердің медициналық тексеруден өтуін академия мен қаламыздағы кез келген медициналық орталығы бірлесе отырып кесте құрып, студенттерді топ тәлімгерлерімен бірге жіберіп бақылауда ұстаса. Мәселен біздің академияда медицина және фармация факультеттерінде 2135 студент бар. Төмендегі кестемен жұмыс жасасақ 3 аптаның ішінде медицина және фармация факультеттерінің барлық студенттерін жеке медициналық кітапшадан өтуін толық қамти аламыз.

2 Кесте - ОҚМФА студенттерінің топтары

Медицина факультеті						
Мамандықтар	1курс	2курс	3курс	4курс	5курс	Жалпы студенттер саны
ҚДС	2 топ	4 топ	6 топ	11 топ	21 топ	482
МІ	2 топ	2 топ	1 топ	4 топ	X	157
ДЕІ	3 топ	5 топ	7 топ	9 топ	7 топ	366
ЖМ	20 топ	X	X	X	X	277
Фармация факультеті						
Фарм	12 топ	12 топ	11 топ	13 топ	14 топ	681
ФӨТ	4 топ	4 топ	4 топ	5 топ	X	172

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

Кез келген медициналық орталықтың жұмыс кестесі дүйсенбіден жұмаға дейін, сағат 9:00-17:30 аралығында, яғни 8,5 сағат. Бір топқа 40 минуттан есептегенде, бір күнде 13 топ тексеруден өте алады.

Кесте 3 - Медициналық тексеруден өту кестесі

Дүйсенбі	Сейсенбі	Сәрсенбі	Бейсенбі	Жұма	Сенбі
ҚДС 1,2,3 курс	ҚДС 4курс	ҚДС 5 курс 10топ	ҚДС 5 курс 10топ	МІ 1,2,3,4 курстар	ДЕІ,2,3 курстар
ДЕІ 1,4курстар	ДЕІ 5 курс	ЖМ 1курс 10 топ	ЖМ 1курс 10 топ	Фарм 1 курс	Фарм 2 курс
Фарм 3 курс	Фарм 4 курс	Фарм 5 курс	ФӨТ 1,2,3 курс	ФӨТ 4 курс	

Әдебиеттер

1. <http://1tuberkulez.ru/lechenie/tuberkulez-diagnostika.html>
2. <http://www.tubunet.ru/dolzhen-znat-kazhdyj/diagnostika-tuberkuleza.html>
3. Қазақстан Республикасы 2010-2015 статистикалық жинақ. Алматы: Қазстатақпарат. 2002-4326.
4. http://lite.bnews.kz/kz/news/obshchestvo/zdorove/elimizde_tuberkulezdin_aldin_alu_ailigibastaldi-2016_02_24-1258885
5. [Stat.kz](http://stat.kz)
6. http://bnews.kz/ru/news/obshchestvo/v_rk_pokazatel_zabolevaemosti_tuberkulezom_snizilsya_na_61-2015_04_14-1122805

Батырова Г.А.- докторант PhДспециальности 6D110100 «Медицина», batgul77@mail.ru

Научный руководитель: **Кудабаева Х.И.**, к.м.н., доцент, hatima_aktobe@mail.ru

Западно-Казахстанский государственный медицинский университет им. Марата Оспанова, г.Актобе, Республика Казахстан

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ

Введение. Стабильность элементного состава организма человека является одним из условий его нормального функционирования. Интенсивное антропогенное воздействие химических факторов приводит к дисбалансу микроэлементов, вызывая широкий спектр нарушений в организме. Наиболее чувствительным контингентом к неблагоприятным условиям геохимической среды являются дети [1;2].

Цель исследования. Провести сравнительный анализ содержания условно-эссенциальных и токсичных микроэлементов в волосах у детей в зависимости от пола.

Материалы и методы. Одномоментное поперечное исследование проводилось на территории Западно - Казахстанской области Республики Казахстан. Исследование одобрено Локальной этической комиссией (протокол №11 от 30.11.2015 г.). Информированное согласие получено у родителей или опекунов детей, участвующих в исследовании. Биомониторинг микроэlementного состава волос проводился у 195 детей 6-12 лет. Обследованы 99 девочек (51%) и 96 мальчиков (49%). Исследование биоэlementного состава волос проводилось в Центре биотической медицины (г. Москва) с помощью масс-спектрометрии с индуктивно-связанной плазмой на спектрометре NexION 300D (PerkinElmer Inc., США), оборудованном пробоотборником ESI SC-2 DX4 (Elemental Scientific Inc., USA).

Результаты и обсуждение. У обследованных 99 девочек (51%) и 96 мальчиков (49%) средний возраст составил 9,4±1,0 лет, рост –134,1±7,4 см, вес – 30,03±8,0 кг, ИМТ - 16,5±2,9. Сравнение содержания условно-эссенциальных и токсичных микроэлементов показало статистически значимую разницу с превышением показателей у мальчиков. Концентрация

микроэлементов у мальчиков превышала: Al в 1,8 раз, As в 1,45 раз, В в 2,4 раза, Be в 1,4 раза, Cd в 3,9 раз, Li в 2,7 раз, Pb в 2,9 раз, Sn в 1,4 раза, V в 1,9 раза в сравнении с девочками. По содержанию Hg, Ni, Si достоверных различий в группах мальчиков и девочек не обнаружено.

Вывод. Содержание Al, As, В, Be, Cd, Li, Pb, Sn, V в волосах мальчиков статистически достоверно значительно превышало показатели концентрации элементов девочек, за исключением Hg, Ni, Si.

Список литературы

1. Кубасова Е. Д. Физиологическая характеристика биоэлементного статуса и его влияние на состояние щитовидной железы детей Архангельской области // дис... канд. биол. наук: 03.00.13 / Кубасова Елена Дмитриевна. – Архангельск, 2007. – 120 с.
2. Курганов В.Е., Поляков А.Я., Романова И.П. Особенности содержания микроэлементов в волосах младших школьников в различных условиях антропогенной нагрузки // Гигиена и санитария. 2015. №2 С.79-82.

Ефимова А.С. – студентка 5-го курса, медицинского факультета, naqa94naqa@gmail.com
Ахметгалеева М.М. – студентка 5-го курса, медицинского факультета, astra7691@rambler.ru
Нуралиева Г.Н. – старший преподаватель кафедры «Гигиена – 1 и эпидемиология»,
nuralieva70@bk.ru

Сапарова С.М. – замдиректора филиала РГП на ПХВ «НЦЭ КЗПП МНЭ РК» «Центр дезинфекции» по г.Шымкент

Научный руководитель – **Масабаева А.Т.**, старший преподаватель кафедры Гигиена 1 и эпидемиология, aigul.masabaeva.66@mail.ru

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. В статье авторы анализируют заболеваемость СПИДом в Южно-Казахстанской области Республики Казахстан в сравнительном аспекте за 2015-2016 гг. за 10 месяцев.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения от СПИДа ежегодно в мире умирает млн человек. [1].

В настоящее время проблема ВИЧ-инфекции остается одной из актуальных в общественном здравоохранении.

Цель исследования. Изучить и сравнить уровни распространенности и динамику эпидемии ВИЧ-инфекции среди населения, проживающего в Южно-Казахстанской области за 10 месяцев 2015 и 2016 годы по данным областного Центра СПИД.

Материалы и методы. Изучены статистические данные областного Центра СПИД.

Результаты и обсуждения. В Казахстане на 1 января 2015 г. нарастающим итогом зарегистрировано 22 тысячи ВИЧ-инфицированных, умерло 1452 больных СПИДом. В Южно-Казахстанской области на 1 октября 2015 г. нарастающим итогом зарегистрировано 2714 ВИЧ-инфицированных, из них дети – 252., а на 1 октября 2016 г. зарегистрировано 2945 ВИЧ-инфицированных, из них дети 261. Новых выявленных случаев за 2016 г. -183, что на 6 случаев больше, чем за аналогичный период 2015 года. По социально-профессиональному составу: неработающие – 60,7%, что на 2,8% меньше, чем в 2015 году; работающие – 21,3%, на 3,8% больше, чем в 2015 году. По полу: из 183 вновь выявленных случаев мужчин -85, женщин -98. Уровень распространенности и динамики эпидемии ВИЧ-инфекции на территории Южно-Казахстанской области среди лиц 11-14 лет – 0,6%, 15-19 лет – 2,4%, 20-29 лет – 29,9%, 30-39 лет – 34,2%, 40-49 лет -17,7%, 50-59 лет – 5,5%. Пути передачи ВИЧ-инфекции среди населения ЮКО: гетеросексуальный-41,8%, парентеральный – 42,2%, не установлен -8,5%. [4]

Вывод. ВИЧ-инфекция, имеет многофакторный, легко реализуемый механизм заражения, обеспечивающий возможности широкого распространения в ЮКО преимущественно среди активного, трудоспособного контингента населения в возрасте -30-39лет-34,2%. ВИЧ-инфекция проникает в различные социально-возрастные слои населения. Основной контингент инфицированных составляют неработающие лица – 66,7%, среди которых в своем большинстве – потребители инъекционных наркотиков, принадлежащие к менее обеспеченной социальной категории населения, и заключенные. Среди населения ЮКО преобладает парентеральный путь передачи ВИЧ-инфекции -42,2%, что диктует повышение уровня информированности по вопросам профилактики предотвращения ВИЧ/СПИДа.

Список литературы

1. 1.Приказ МЗСР РК от 23.05.2015 г. №508 « Об утверждении Правил обязательного конфиденциального медицинского обследования на наличие ВИЧ-инфекции лиц по клиническим и эпидемиологическим показаниям»
2. Приказ РЦ СПИД от 22 июля 2015 г. № 38 «Об утверждении методических рекомендаций об организации и проведении эпидемиологического слежения за распространенностью ВИЧ-инфекции в уязвимых группах в РК»
3. Приказ МЗРК от 05.03.2012г. №144 « О внедрении систем электронного слежения за случаями ВИЧ-инфицирования в РК»
4. Данные областного центра СПИД ЮКО.

Қазыхан Абылайхан - 302-ші топ студенті, медициналық факультет, Ескерова С.У.- м.ғ.к., и.о. доцент.

Байконсова Л.О.- м.ғ. магистрі, lauritta1988@mail.ru

Төлеуова А.Е.- «Гигиена-2» кафедрасының аға оқытушысы

Ғылыми жетекші: **Уркимбаева Б.Т.** –«Гигиена-2» кафедрасының оқытушысы,
Оңтүстік Қазақстан мемлекетік фармацевтикалық академия, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы.

ОҚУ БӨЛМЕЛЕРІНІҢ МИКРОКЛИМАТЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ

Кіріспе. Адам өмірінің 2\3 бөлігін жабық бөлмеде өткізетіндігі туралы ғылыми зерттеулерден белгілі. Бөлме микроклиматы жағдайымен студенттердің денсаулық жағдайы тікелей байланысты болғандықтан бөлмедегі ауа температурасы мен ылғалдылығының гигиеналық маңызы ерекше. Бөлмедегі микроклиматтық көрсеткіштердің өзгерісінен студенттердің патологиялық ауытқулар байқалып, жұмысқа қабілеттілігі төмендейді.

ЖОО ғимаратындағы студенттердің денсаулығын сипаттайтын көрсеткіштер арасында оқу бөлмелерінің санитарлық-гигиеналық талаптарға сай болуы аса маңызды. Біздің осы мәселені қарастыру мақсатымыз студенттердің білім алу үдерісіне оқу бөлмелерінің санитарлық талаптарға сай келмеуі, олардың жұмыс жасау қабілетін төмендеткенімен қоймай, денсаулығында патологиялық өзгерістерге алып келеді. Студенттердің денсаулығын жақсартуда және түрлі аурулардың алдын алуда дәріс және оқу бөлмелерінің микроклиматы, бөлме ауасының ылғалдылығы, ауа температурасы, ауа қозғалыс жылдамдылығы, ауа қысымы, желдетуі айтарлықтай әсер етеді[1,3].

Зерттеудің мақсаты. ОҚМФА оқу бөлмесі микроклиматының оқу үрдісі барысында өзгеруін зерттеу. Материалдар және әдістер: оқу бөлмелері мен мен дәріс залдарының микроклиматтың ылғалдылығын, температурасын анықтау .

Нәтижелермен талқылаулар. Қойылған мақсатты орындау үшін арнайы аспап қолданыдық. Термогигрометр. Дәріс және оқу бөлмелерінде ауа температурасы мен салыстырмалы ылғалдылығын бақылап отыру гигиеналық тұрғыдан маңызды . Біз термогигрометр аспабын қолданып, ғимараттың 1 және 2- ші қабатында орналасқан «Әлеуметтік – гуманитарлық

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

пәндер» кафедрасының оқу және дәріс бөлмелерін, «Гигиена -2» кафедрасының оқу бөлмелеріне зерттеу жүргіздік . Жүргізілген зерттеулер нәтижесі №1 кестеде көрсетілген.

1 кесте - Әлеуметтік – гуманитарлық пәндер кафедрасының дәріс және оқу бөлмелерінің температурасы мен салыстырмалы ылғалдылық көрсеткіштері

Оқу бөлмелері	Сабаққа дейін		Үзіліс кезінде		Сабақтан кейін		Норма бойынша	
	t ⁰ C	С.ылғалдыл ық%						
№ 101	18,8	62,9	19,1	62,6	19,0	63,0	18-21	40-60
№ 104	20,8	62,4	21,0	61,5	20,0	62,5		
№ 105	21,0	54,6	22,1	51,4	22,7	52,6		
№ 209	18,3	45,5	18,4	45,5	18,4	45,8		
№ 210	16,1	59,7	17,3	54,5	17,1	55,5		

2 кесте – Гигиена - 2 кафедрасының дәріс және оқу бөлмелерінің температурасы мен салыстырмалы ылғалдылық көрсеткіштері

Оқу бөлмелері	Сабаққа дейін		Үзіліс кезінде		Сабақтан кейін		Норма бойынша	
	t ⁰ C	С.ылғалдыл ық%						
№1	19,7	32,6	20,4	31,9	20,4	31,9	18-21	40-60
№2	19,4	32,6	20,4	31,9	20,4	31,9		
№3	19,5	32,8	20,4	31,9	20,4	31,9		
№4	19,4	32,8	19,8	32,0	19,9	32,0		
№5	19,4	32,8	19,7	32,0	19,8	32,0		

Қорытынды. Зерттеу нәтижесінде сабақ басталғанға дейін ауа температурасының 0,2±0,4⁰C артуы №101, №104, №105, №209 оқу бөлмелерінде байқалса, үзіліс кезінде және сабақтан кейін ауа температурасының 0,5±2⁰C артуын, ал №210 дәріс залында 2,1⁰C төмендегенін, ал салыстырмалы ылғалдылық 2,6 %-көрсеткіштерінің №101, №104, №105, №209 оқу №210 оқу бөлмелерінде жоғары екендігі байқалады. «Гигиена-2» кафедрасында оқу бөлмелері микроклиматы жоғары температураны көрсетті.

Әдебиеттер

1. Оңтүстік қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы №4 (73)-2015ж. Тезисы, ТОМ V
2. Бектұрғанов Р.С., Сералиева М.Ш., Жалпы гигиена пәнінен тәжірибелік сабақтарға арналған нұсқаулық. Шымкент 2010ж. 47-54
3. ҚР. «Балалар мен жасөспірімдерді тәрбиелеу мен білім беру объектілеріне қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар» санитариялық қағидалары: 30 желтоқсан 2011 жылғы. №1684/Құзақстан Республикасы Үкіметінің Қаулысы.

Уркимбаева Б.Т. –«Гигиена-2» кафедрасының оқытушысы,
Ғылыми жетекші: профессор Юлдашов А.Ю.
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтикалық академия, Шымкет қ., Қазақстан Республикасы

ФОСФОР ЖӘНЕ ФОСФОР ҚОСЫЛЫСТАРЫНЫҢ ТҰРМЫСТАҒЫ, АУЫЛ ШАРУАШЫЛЫҒЫНДАҒЫ ҚОЛДАНАНЫСТАҒЫ ЗИЯНДЫЛЫҒЫН БАҒАЛАУ

Кіріспе. Фосфор және оның органикалық емес қосындыларымен улану жағдайлары, ағзаға фосфор және құрамында фосфоры бар органикалық емес (родентицидтер, инсектицидтер, фосфин) қосындылардың түсуі нәтижесінде пайда болады. Фосфор және оның органикалық емес қосындыларының улылығын жедел улану және сүлелі улану кездеседі. Мақта егетін аудандарда созылмалы аурушандылық қызметкерлер арасында асқазан ішек жолдары-12,2%, қан айналым жүйесі-15,3%,жүйке жүйесі-2%,тыныс жолдарының аурушандығы-6,5%көп кездеседі. [1].

Зерттеудің мақсаты. Фосфор және фосфор қосылыстарының тұрмыстағы, ауылшаруашылығындағы қолданыстары адам өміріне кері әсерін тигізуде. Мақалада фосфор және фосфор қосылыстарының адам денсаулығына зияндылығының алдын-алуынбағалау.

Материалдар мен әдістер. Мақалада материалдарға талдау жасалынып, өңделді.

Нәтижелермен талқылаулар. Күнделікті тұрмыста қолданылып жүрген ыдыс және кір жуатын тауарлардың құрамында 55 мыңнан астам біздің ағзамызға қауіпті химиялық қоспалар бар. Олар көзге, тыныс алу жолдарына әсер етіп, жүйке жүйесі ауруларына шалдықтыратыны белгілі. Тіпті алынған деректерден қатерлі ісік ауруының тудырушы себепкер екені белгілі болды. Соңғы жылдары тұрмыста қолданылатынхимиялық заттар түрі көп болғандықтан,үнемі қолданыста болатыны айтпасақта түсінікті(түрлі хош иісті сабын, сусабын, гель, кір жуатын ұнтақ құрамында әр-алуан химиялық қоспаларымен). Міне, осы заттардың адам ағзасына кері әсерініңтигізетін зияндылығын айтуға болады. Мысалы, денсаулыққа зияндылығын атап өтсек - тері, ауыз, асқазан аурулары мен жүйке жүйесінің бұзылуына және т.б. аурулардың себепкері. Еуропа, Америка елдерінде жүргізілген зерттеу жұмыстары нәтижесінде химиялық қоспасы бар өнімдердің адам ағзасына зияндылығы дәлелденді.

Жуылған кір таза шайылмағандықтан, талшықтары матада қалып қояды да, адам ағзасына зияны тиеді. Мысалы, қышыма, қотыр сияқты тері аурулары осыдан келіп шығады. Перзентханада жаңа туған сәби түсініксіз жағдайда шетінеп қаладығын тексергенде, жаялықтарда кір жуу ұнтағындағы фосфаттың мөлшері 60 пайыздан артып кеткені анықталады.Ыдыс-аяқ жуатын химиялық қоспаларға да мұқият болған жөн. Ыдыстарда дұрыс шайылмай қалған химиялық заттар тамақпен бірге ілесіп, адам ағзасына зақымдағаны анықталды [2].

Қорытынды. Сонымен, тұрмыста, ауылшаруашылығында қолданыстағы фосфор және фосфор қосылыстарының адам ағзасына кері әсерін ескере отырып, сәбилер киімдерін кір жуатын ұнтақпен мейлінше аз жууды, сондай-ақ тері арқылы берілу жолдарын үзу мақсатында, арнайы қолғап киюді, киім-кешектерді мұқият шаюды ескеру қажет және де сұйықтықтың адам ағзасына қауіп төмендету мақсатында ыдыс-аяқтарды екі немесе одан да көп рет шаю тәртібін ұстанған жөн. Ауыл шаруашылығындағы қызметкерлердің денсаулығының алдын алу үшін арнайы киімдерді кию қажет. Осыған орай, студенттер арасында фосфор және фосфор қосылыстарының адам ағзасына кері әсерін алдын алу мақсатында ағарту шаралары жүргізілді.

Әдебиеттер

1. Кәсіптік аурулардың диагностикасы мен емі(әдістемелік нұсқау) З.К.Жұмадилова, Г.К.Қапашова, М.Б.Селгазина Семей 2009ж. 102-103б
2. «КЭСІПТІК АУРУЛАР» Бекмурзаева Э.Қ., Сейдахметова А.А., Сейдалиева Ф.М., Абдукаримова Ж.М., Умиралиева Г.А., Ибрагимова Р.Б., Садыкова Г.С., Қорғанбаева Х.Т., Байдуллаев Б.М., Азизова А.А., оқу құралы, Шымкент 2012.

Amzeeva Jasmin - MHT-16 nka, **Jusabek Aigerim** – MHT-16 nka, Higher school "Chemical engineering and biotechnology"
Iztleuov G.M., cand.chem. science, Baisbai O., cand. technic. Science, Dusenova S.-senior lecture,
Suleimenova I.T.- senior lecture, **Orazova M.**- senior lecture
SKSU by M.Auezova, Shymkent

ELEKTRODIALIS SCOPE AND OPERATION

Introduction. Electrodialysis can be applied to the continuous-flow type of operation needed in industry. Multi-membrane stacks can be built by alternately spacing anionic- and cationic-selective membranes. Among the technical problems associated with the electrodialysis process, concentration polarization is perhaps the most serious. Other problems in practical applications include membrane scaling by inorganics in feed solutions as membrane fouling by organics [1-2].

Purpose of the study. The technologies discussed in this chapter are changing relatively rapidly, and hence you need to stay in touch with vendor developments. Remember to refer to the Glossary at the end of the book if you run across any terms that are unfamiliar to you.

Materials and methods. Membrane processes can be operated as: Dead-end filtration; and Cross-flow filtration, Electrodialysis aparat

Results and discussion. The principle behind electrodialysis is that electrical potential gradients will make charged molecules diffuse in a given medium at rates far greater than attainable by chemical potentials between two liquids as in conventional dialysis. When a DC electric current is transmitted through a saline solution, the cations migrate toward the negative terminal, or cathode, and the anions toward the positive terminal, the anode. By adjusting the potential between the terminals or plates, the electric current and, therefore, the flow of ions transported between the plates can be varied.

There are five types of membrane processes, which are commonly used in water and wastewater treatment:

- Through these processes dissolved substances and/or finely dispersed particles can be separated from liquids. All five technologies rely on membrane transport, the passage of solutes or solvents through thin, porous polymeric membranes.
- A membrane is defined as an intervening phase separating two phases forming an active or passive barrier to the transport of matter. Membrane processes can be operated as: (1) Dead-end filtration; and (2) Cross – flow filtration.
- filtration refers to filtration at one end. A problem with these systems is frequent
- membrane clogging. Cross-flow filtration overcomes the problem of membrane clogging and is widely used in water and wastewater treatment.

The membrane itself is a polymeric coating or extrusion with inverted conical shaped pores. Membrane filters do not plug because the pore diameter is smaller at the top, which is the point of contact with the wastewater. Material passing through the membrane passes unimpeded through the membrane structure, therefore eliminating accumulation of material within the filter. Wastewater is pumped across the membrane surface at high flow rates. This parallel fluid flow eliminates the cake-like build-up typical of conventional filters such as bags and cartridges which must be frequently replaced. Some wastewater contaminants slowly accumulate on the membrane surface, forming a thin film, during normal operating conditions. This fouling process is normal and causes the filtration rate to slowly decrease with time. When membranes no longer produce clean water at the desired rate they are cleaned in place with soap and water and returned to service. Membranes can be repeatedly cleaned for years of productive, dependable service prior to replacement[2-5].

Most of these processes are oftentimes used with chemical mechanical polishing (CMP), which is fast becoming the established technology for planarizing multilevel devices. This process requires large quantities of ultrapure water for rinsing slurry particles off the polished wafers. Treatment by this method is generally needed in order to maintain an acceptable level of total suspended solids (TSS) in industrial

wastewater effluent. With large quantities of particles in the CMP wastewater stream, crossflow filtration is the most economical method for TSS removal.

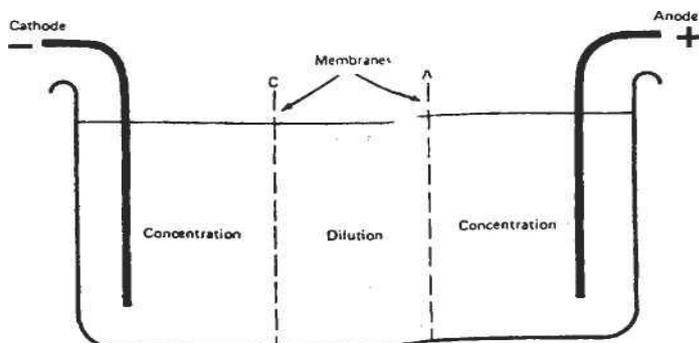


Figure 1 - Electro dialysis cell diagram,

Conclusions. Nowadays, electrochemical technologies have reached such a state that they are not only comparable with other technologies in terms of cost but also are more efficient and more compact. For some situations, electrochemical technologies may be the indispensable step in treating wastewaters containing refractory pollutants.

References

1. Climate Change 2001. Synthesis report.,Cambrige University Press, UK, 2003.
2. G. I. Marchuk, Mathematical Modelling in Environmental Problems ,Nauka, Moscow ,1982.
3. G. I. Marchuk, Adjoint Equations and Analysis of Complex Systems Kluwer Academic Publishers, Dordrecht, 1995.
4. V. V. Penenko, Methods of Numerical Modelling of Atmospheric Processes, Gidrometeoizdat, Leningrad, 1981.
5. V. V. Penenko and A. E. Alojjan.Models and methods for environment protection problems Nauka, Novosibirsk, 1985.

Жақай М.А. - студентка 3-го курса, фармацевтического факультета, makosya_2096@mail.ru
Жунисова А.Б. – преподаватель кафедры «Гигиена-1 и эпидемиология», **Жумагалеева Д.С.**-
преподаватель кафедры «Гигиена-1 и эпидемиология»

Долтаева Б.З. – к.мед.н., и.о.профессора, doltaeva68@mail.ru.

Научный руководитель: **Бухарбаев Е.Б.**, магистр, преподаватель, Гигиена-1 и эпидемиология,
kz_erkin@mail.ru

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика
Казахстан

УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ. ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ

Введение. Одним из факторов окружающей среды, влияющим на жизнь человека является ультрафиолетовое излучение (рис. 1). Оно составляет около 7% от общего излучения Солнца, а интенсивность его воздействия значительно выше видимой части спектра.

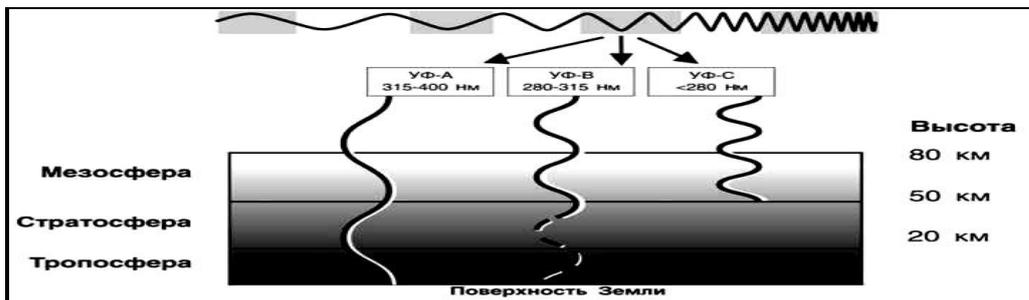


Рис. 1. Глубина проникновения ультрафиолетового излучения Солнца к поверхности Земли

В соответствии с существующей классификацией диапазон ультрафиолетового излучения выглядит следующим образом (рис. 2):

- а – (750 – 952 ТГц) УФ-А – 400-315 нм, длин-новолновое излучение;
- б – (952– 1070 ТГц) УФ-В – 315-280 нм, сред-неволновое излучение;
- в – (1070 – 2000 ТГц) УФ-С – 280-200 нм, коротковолновое излучение

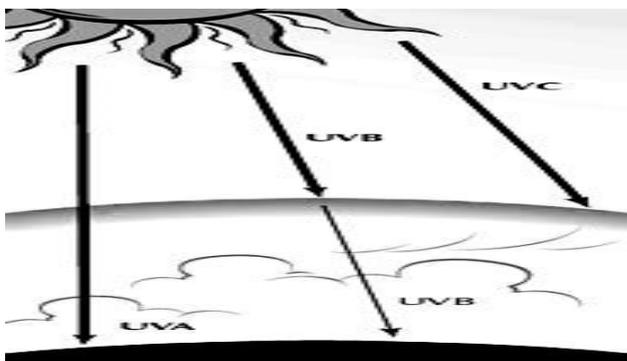


Рис. 2. Диапазоны ультрафиолетового излучения

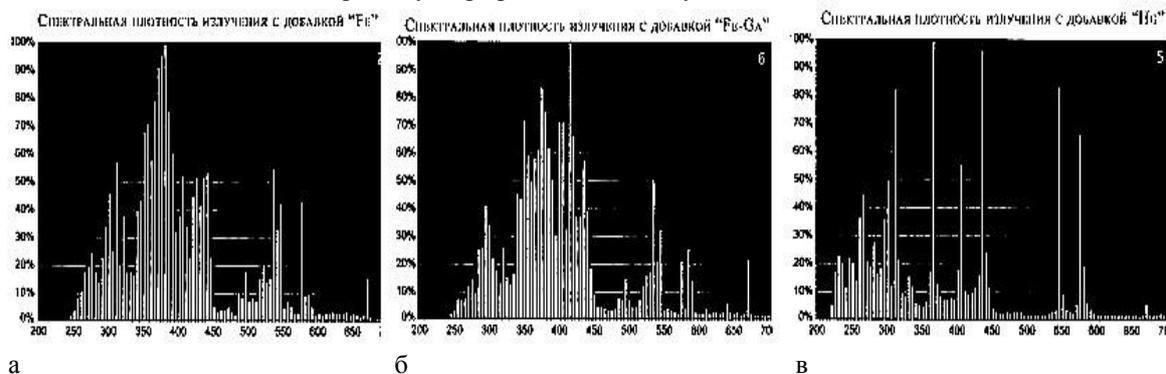
Спектр УФ-излучения в соответствии с приведенной классификацией приведен на рис. 3.

Схема отражения УФ- излучения от земной поверхности приведена на рис. 4.

Спектр при длине волны менее 200 нм излучение считается ионизирующим.

Широкое использование разнообразных искусственных источников ультрафиолетового излучения и разнообразные их применения в различных сферах: в промышленности, в быту, сфере услуг и медицине делает **актуальной** задачу корректных измерений величины и качества этого излучения.

Особое значение имеют измерения ультрафиолетового излучения в медицине [1 – 3].



Цель исследования. Расчет специальных поправок для учета спектральных погрешностей, которые имеют решающее значение для качества измерения ультрафиолетового излучения в медицине.

Материалы и методы. Качественные характеристики излучения получают с помощью спектроскопических методов, количественные – приборами типа спектрорадиометров. По результатам проведенной научной работы была разработана методика МВУ 11-038-2007 «Источники ультрафиолетового излучения. Методика выполнения измерений параметров ультрафиолетового излучения»

Результаты и обсуждения. Использование ультрафиолетового излучения в медицине имеет 3 аспекта: – собственно лечебное воздействие; – обеззараживание; – лечение светового голодания.

Для обеспечения безопасного использования ультрафиолетового излучения необходимо:

Разработать нормативы УФ-излучения при использовании его с медицинской целью.

Сделать контроль выходных параметров излучателей ультрафиолетового спектра обязательной процедурой и внести указанные излучатели в реестр средств измерительной техники.

Внести работу с УФ-излучателями в справочник работ во вредных и опасных условиях труда.

Разработать нормативы для измерения озона в помещениях где работают источники УФ-излучения.

Вывод. Использование разработанной методики и поправок для измерений в неионизирующей области УФ-излучений позволяют существенно укоротить процесс измерений, а также значительно упростить его. Усовершенствования, которые получены в процессе проведенной работы, способствуют широкому распространению измерений в области ультрафиолета, вследствие чего и лечение, и загар, и обеззараживание станут более безопасными и качественными.

Список литературы

1. Сарычев Г.С. Профилактическое УФ излучение и стандарт МКО по фотобиологической безопасности ламп и ламповых систем / Г.С. Сарычев, Г.Н. Гаврилки- на // Светотехника. – 2003. – № 1. – С. 38-39.
2. Общесоюзные санитарно-гигиенические и санитарно-производственные правила и нормы. Санитарные нормы ультрафиолетового излучения в производственных помещениях, - Министерство здравоохранения СССР. – М., 1988.
3. ДСТУ-Н РМГ 69-2007 ГСИ. Характеристики оптического излучения соляриев. Методика выполнения измерений.
4. ДСТУ-Н РМГ 70-2007 ГСИ. Характеристики ультрафиолетового излучения бактерицидных облучателей. Методика выполнения измерений.
5. ДСТУ-Н РМГ 71-2007 ГСИ. Характеристики ультрафиолетового излучения источников медицинского назначения. Методика выполнения измерений.

Ескерова С.У., Аскарлов К.А., Аманбаева Б.К., Төлеуова А.Е., E-mail: ukfprof@mail.ru

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Казахстан
Южно-Казахстанский филиал РКП «НЦГТПЗ» МЗСР РК, г.Шымкент, Республика Казахстан

ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬЯ

Введение. Современные экологические проблемы Республики Казахстан сложны, многообразны и территориально дифференцированы. Одним из таких регионов является область высыхания Аральского моря [1, 2]. Сложившееся экологическое неблагополучие в регионе отражается на здоровье населения. Загрязнение среды обитания может вызвать у человека ряд

острых патологических процессов, обострение хронических заболеваний, влияя на тяжесть и длительность их течения [3]. Для жителей Приаралья, данное негативное явление среды обитания приобрело особо значимую проблему, которые испытывают на себе влияние комплекса специфических факторов риска, обусловленных последствиями деградации природной среды в связи с экологической трагедией Арала [4, 5].

Цель исследования. Изучение заболеваемости населения Приаралья.

Материалы и методы. Исследования были проведены по пяти районам Кызылординской области. Ретроспектива анализируемых показателей составила 10 лет, за период с 2004 по 2013 годы.

Результаты и обсуждения. За анализируемый период самые высокие показатели общей заболеваемости населения наблюдались в Казалинском и Аральском районах, хотя в целом в РК, она имела стабильный уровень.

Сравнительный анализ общей среднесуточной заболеваемости среди всего населения в исследуемых районах показал, что в Казалинском районе изучаемый показатель превышал среднереспубликанский показатель в 1,5 раза, в Жалагашском районе превышение составило 12%, в Аральском районе она была на уровне РК (рисунок 1). В остальных районах представленные показатели были ниже среднереспубликанских значений.

Болезни крови, кроветворных органов и иммунной системы в целом по РК увеличились в 1,3 раза. Аналогичную динамику эти заболевания имели во всех районах (4-15%). По Кызылординской области наблюдались снижение динамики психических расстройств и расстройства поведения от 26 до 80% (Кармакшинский). Болезни нервной системы, как и в целом по РК, наблюдались в Аральском, Кармакшинском, Жалагашском и особенно Казалинском районах (16-68%).

Уровень болезней глаза и его придатков в большинстве районов снижался, особенно в Аральском и Казалинском районах (69-72%). Частота же болезней уха и сосцевидного отростка по РК снизилась на 14%. Исключение составил Жалагашский район, в котором эта группа заболеваний возросла в 1,4 раза. Уровень болезней крови, кроветворных органов и иммунной системы в РК возросла в 1,3 раза, аналогичная динамика наблюдалась в Жалагашском районе.

В целом по РК первичные заболевания органов дыхания существенно не изменялись. Практически во всех районах отмечалась тенденция к снижению, только в Жалагашском районе они повысились (до 1,5 раз). Более выраженное снижение первичной заболеваемости органов пищеварения по сравнению, чем в РК, отмечалось в Аральском и Казалинском районах (23-42%), в остальных районах области эта группа болезней постепенно возрастала (в 1,1-1,2 раза).

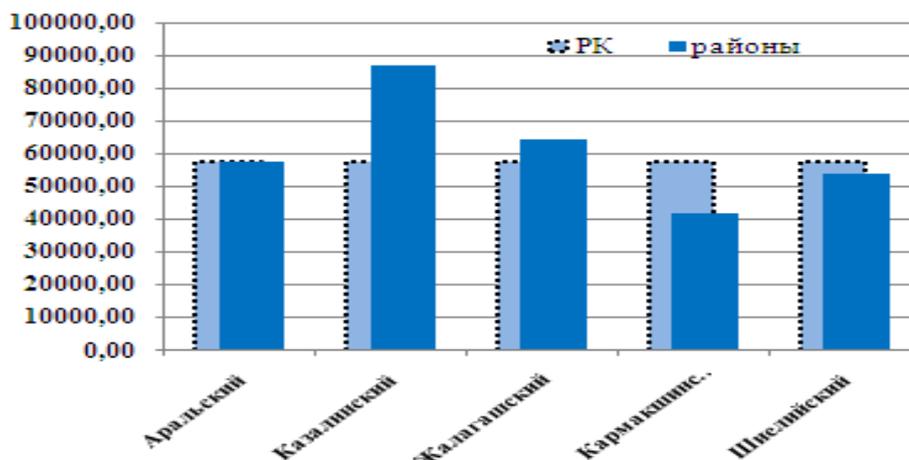


Рис.1 - Уровни общей среднесуточной заболеваемости населения

Вывод. Таким образом, анализ показателей среднесуточной заболеваемости в динамике и по частоте возникновения среди всего населения Кызылординской области, позволил выявить

лидирующие классы болезней, которые составили практически 70%. Это болезни органов дыхания, крови, кроветворных органов и иммунной системы, органов пищеварения, мочеполовой системы, кожи и подкожной клетчатки. Данные классы болезней входят в группу экологообусловленных заболеваний и могут быть индикаторами прямого и косвенного влияния неблагоприятных экологических факторов региона на заболеваемость населения.

Список литературы

1. Карлиханов Т.К., Джамактиков Х. и др. Научные основы решения глобальных проблем Арала и их последствия //Экология и устойчивое развитие. 2003, №5, 9-12.
2. Пивоваров Ю.П., Шеина Н.И. Проблема непредсказуемого антропогенного воздействия на состояние природной среды в странах Юго-Западной Азии //Гигиена и санитария. 2013, №6, 21-25.
3. Мусийчук Ю.И., Ломов О.П. Методология комплексной оценки состояния здоровья населения при проведении социально-гигиенического мониторинга //Гигиена и санитария. 2008, №3, 89-91.
4. Омирбаева С.М., Кулкыбаев Г.А. и др. Проблемы оценки риска воздействия факторов окружающей среды на здоровье населения Республики Казахстан //Медицина труда и промышленная экология. 2007, №2, 3-4.
5. Рахманин Ю.А. Актуализация проблем экологии человека и гигиены окружающей среды и пути их решения //Гигиена и санитария. 2012, №5, 4-8.

Аскаров К.А., Жанадилов Ш., Аманбаева Б.К., E-mail: ukfprof@mail.ru

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан

Южно-Казахстанский филиал РГКП «НЦГТПЗ» МЗСР РК, г.Шымкент, Республика Казахстан

СОВРЕМЕННАЯ ЭКОЛОГИЯ ПРИАРАЛЬЯ

За годы независимости Казахстан обеспечил формирование и последовательную реализацию государственной политики в области охраны окружающей среды и рационального использования природных ресурсов. О постоянном внимании к этим вопросам свидетельствуют целый ряд Указов Президента РК, Постановлений Правительства РК, разработка целевых Государственных программ по улучшению экологической обстановки и здоровья населения [1].

Республика Казахстан является уникальным в мире объектом по наличию полезных ископаемых (огромные запасы металлов и др.). В сельском хозяйстве преимущественное положение занимает производство разных видов зерен, мясомолочной продукции, а также хлопчатника и сахарной свеклы. В тоже время на территории Казахстана, за предыдущее столетие, сформированы большое количество антропогенных экологических ландшафтов, они многообразны и территориально дифференцированы [2].

Экология и здоровье человека - одна из актуальных проблем, как для Казахстана, так и всего мирового сообщества. Одним из таких регионов является область высыхания Аральского моря – крупнейшая экологическая катастрофа антропогенного происхождения. Этот процесс сочетается с неблагоприятными природно-климатическими условиями южных пустынь Казахстана. При классификации экологически неблагополучных территорий казахстанской части Приаралья к зоне экологической катастрофы были отнесены Аральский и Казалинский районы Кызылординской области и Шалкарский район Актюбинской области [3].

На сегодняшний день Приаралье были посвящены изучение проблем катастрофических изменений природной среды, исследования носили фрагментарный характер. А исследования состояния здоровья населения региона разрознены, посвящены заболеваниям отдельных органов и систем, которые, как правило, связываются с отдельными неблагоприятными факторами среды обитания населения [4,5].

Сложившееся экологическое неблагополучие в регионе отражается на здоровье населения. По данным ряда авторов в Кызылординской области существенно изменены демографические процессы, обусловленные увеличением общей и младенческой смертности. Основными причинами смертности населения являются болезни системы кровообращения, злокачественные новообразования, болезни органов дыхания и пищеварения. Высока и уровень инвалидности населения региона, из-за болезней системы кровообращения, туберкулез органов дыхания, психические заболевания, злокачественные новообразования и травм разных локализаций [5].

Вместе с тем, до настоящего времени не сформирована научно обоснованная система комплексной оценки интенсивности изменения среды обитания, риска возникновения патологии и характера ее воздействия на население, особенно в условиях комплексного, комбинированного и сочетанного воздействия факторов различной природы Приаралья на организм человека. Недостаточно обоснованы мероприятия по охране здоровья населения региона на индивидуальном и популяционном уровне, принципы совершенствования организации безопасности санитарно-эпидемиологических условий жизни населения. Отсутствуют научно-обоснованные управленческие решения, включающие ранжирование рисков, обоснование их причинной обусловленности, определения приемлемости риска и разработки стратегии его снижения и контроля. Для этого необходим поиск наиболее чувствительных (индикаторных) групп населения, что обеспечит унификацию мониторинга условий жизни и состояния здоровья населения Приаралья. Это позволит оптимизировать условия проживания и предупреждения возникновения патологических изменений в организме детского и взрослого населения, позволят разработать организационные мероприятия по охране здоровья населения региона, совершенствованию организации безопасности санитарно-эпидемиологических условий жизни населения с учетом региональной специфики Приаралья.

Список литературы

1. Программа по комплексному решению проблем Приаралья на 2007-2009 г.г., утвержденная постановлением Правительства РК № 915 от 26 сентября 2006 года.
2. Экологическая миграция и ее последствия для социальной политики на примере Кызылординской области»: отчет по заказу Кластерного бюро ЮНЕСКО. -Алматы, -2013. 47 с.
3. Куандыков Е.Н. Гигиенические проблемы состояния здоровья населения экологически неблагоприятного региона (на примере Кызылординской области): автореферат. ... канд. мед. наук: 14.00.07. -Караганда: НЦГТПЗ МЗ РК, -2003. 29 с.
4. Альназарова А.Ш. Показатели смертности населения как критерии экологического неблагополучия Кызылординской области //Consilium.№2(26),-2010. 31-33.
5. Позднякова А.Л., Толеугайулы К.Т., Астанин Д.И. и др. Медико-демографическая ситуация в Кармакшинском районе Кызылординской области //Экология промышленного региона и здоровье населения: материалы Республиканской научно-практической конференции, посвященной 70-летию академика НАН РК Г.А.Кулқыбаева -Караганда, -2010, 102-107.

Аскаров К.А., Ескерова С.У., Аманбаева Б.К., E-mail: ukfprof@mail.ru
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г.Шымкент, Республика Казахстан
Южно-Казахстанский филиал РГКП «НЦГТПЗ» МЗСР РК, г.Шымкент, Республика Казахстан

АНАЛИЗ ПОДРОСТКОВОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ ПРИАРАЛЬЕ

Введение. Одним из наиболее чувствительных биологических показателей, отражающих качество окружающей среды в экологически неблагоприятных регионах, является состояние здоровья подрастающего поколения. Так эпидемиологические исследования, проведенные

ведущими учеными стран Евросоюза, показали, что у детей под воздействием отрицательных факторов среды обитания наблюдается рост числа хронических заболеваний органов дыхания [1,2]. Снижение иммунного статуса продуцирует значительную заболеваемость детей и подростков инфекционными заболеваниями. Нельзя исключить связи болезней органов дыхания с атмосферным переносом вредных солей и пыли, поднимаемых с осушенного дна Аральского моря, а высокой минерализации воды с этиологией заболеваний пищеварительной системы [3].

Цель исследования. Изучение здоровья подростков, как основного индикатора состояния здоровья населения, в экологически неблагоприятном регионе Приаралья.

Результаты и обсуждения. Анализ общей среднемноголетней заболеваемости среди подростков Кызылординской области за последние десять лет показал, что по Казалинскому и Жалагашскому районам показатели превышали средние значения по РК в 1,2 раза. В остальных районах показатели были значительно ниже среднереспубликанских уровней.

Среди классов болезней (МКБ-10), согласно ранжированию подростков, лидировали болезни органов дыхания, органов пищеварения, крови, кроветворных органов и иммунной системы, мочеполовой систем и болезни кожи и подкожной клетчатки. Пять лидирующих классов входящих в группу предположительно можно отнести к экологически обусловленным заболеваниям (рисунок).

По нашему мнению, эти заболевания свидетельствуют о прямом и косвенном влиянии неблагоприятных токсических веществ региона на здоровье подрастающего поколения. Так, нельзя исключить связи болезней органов дыхания с переносом вредных солей и пыли, поднимаемых с осушенного дна Аральского моря, низкого качества и высокой минерализации воды с этиологией заболеваний пищеварительной системы и почек.

На долю лидирующих классов заболеваний приходилось 73,6%, остальные классы болезней составили 26,4%. Это были: травмы и отравления (5,5%); болезни глаза и его придатков (5,1%), уха и сосцевидного отростка (4,9%); болезни нервной системы (3,0%), инфекции и паразитарные болезни (2,7%), эндокринные болезни, расстройства питания и обмена веществ (1,9%), болезни костно-мышечной системы (1,5%), системы кровообращения (1,3%), врожденные аномалии и хромосомные нарушения (0,3%), психические расстройства и расстройства поведения (0,2%) и новообразования (0,04%) (Рисунок 1).

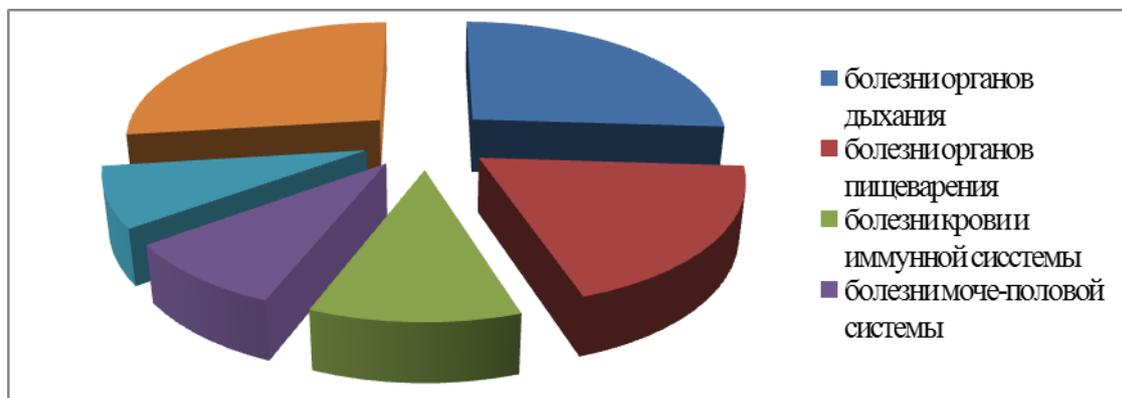


Рис.1 Лидирующие классы болезней среди подростков по Кызылординской области

При анализе уровней общей заболеваемости среди подростков, проживающих в исследуемых районах Кызылординской области, в динамике наблюдалось снижение показателя на 25%. Наиболее нестабильная динамика наблюдалась в Казалинском районе, обозначенном как зона экологической катастрофы, где пик прироста заболеваемости в 2006-2008 годах был в 2-3 раза выше республиканских показателей. Затем показатели за период с 2007г. по 2013г. уменьшились на 70,8%. Несмотря на то, что Аральский район также входит в зону экологической катастрофы, уровень заболеваемости в целом в нем был ниже республиканских показателей.

Вывод. Таким образом, на основании проведенного анализа, виден неблагоприятно высокий рост показателей заболеваемости среди подростков по классам предположительно экологически обусловленных болезней в Казалинском районе. В целом необходимо отметить преобладающую благоприятную динамику в снижении заболеваемости у подростков, что отражает качество работы медицинских учреждений. Настораживает неблагоприятная динамика по ряду классов болезней в Жалагашском районе.

Список литературы

1. Мажитова З.Х. Национальный профиль здоровья детей в экологически неблагоприятных регионах Республики Казахстан //Экологически зависимые болезни у детей (клиника, патоморфогенез, диагностика, лечение, реабилитация).-Алматы, -2007, 9-11.
2. Исенова Д.Б. Показатели тофи-технологии для моделирования экосистемы Каспийского моря //Вестник КазНТУ им. К.И. Сатпаева. -2009, №2 (72). 40-44.
3. Нуржанова А.А. Проблема загрязнения окружающей среды устаревшими пестицидами //Доклады НАН РК. -2008, №4. 20-24.

Ахаева Л.Ж. – оқытушы, laura.jak90@mail.ru, **Тоқтамисова Ж.Е., Беккулқызы А.** - оқытушы, **Ескерова С.У.** - м.ғ.к., доцент, sarahesu@mail.ru,
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

АЛКОГОЛЬСІЗ СУСЫНДАРДЫҢ АҒЗАҒА ӘСЕРІН САРАПТАУ

Күнделікті тағам құрамында консерванттардың шектен тыс мол болуы адам ағзасына орасан зардап келтіретіні жөнінде ғалымдар мен дәрігерлер әлем бойынша дабыл қағып отыр. Алайда осы жаһандық мәселе болып отырған консерванттарды өзімізбен қоса балаларымызға да тұтынуға қарсылық танытпаймыз. Осы орайда ата –аналар, балалар үшін сусындардың әсері мен құрамына үңіліп көрейік және ағзамызға әсерін бағалайық.

Түріне және өңдеу әдісіне байланысты сусындардың тұрақтылығы (тәуліктен кем емес) келесідей: газдалған, пастерленбеген және консервантсыз сусындар үшін-10, пастерленген сусындар үшін-30, консервантты-20, газдалмаған-5, бөшкеде және автоцестернада ашытылған сусындар-2, бөтелкедігі үшін-5, табиғи су минералы-60 тәуліктен кем емес болуы керек.[1,2]

Газдалған сусындар құрамында қантты қоспалар: Газды сусындарды ішкеннен 20 минуттан кейін қанның құрамындағы шекер мөлшері артады. Соған байланысты шекер мөлшерін төмендету мақсатында ағзамыз өзінен инсулин шығара бастайды. Бауыр бұл шекерді жылдам түрде майға аналдырады. Яғни әрбір газды сусын семіру қауіпін 1,6 есе арттырады. Бұл орайда жүрек-қан тамырлары ауруларының 70 пайызы семіздікке байланысты. Қант диабетіне шалдығу қауіпі 80 пайызға көп. Газды сусындардың құрамында фосфор қышқылы мен жоғары мөлшерде фосфат бар. Зәр жолымен сыртқа шығатын фосфор, өзімен бірге ағзаға қажетті кальций элементтерін алып кетеді. Газды сусындар ұзақ (тұрақты) тұтынылған жағдайда остеопороз қауіпін арттырып, сүйектің сынуына жол ашады. Жыныстық тұрғыда уақытынан ерте жетілуге және жыныс мүшелері ауруларына жол ашады. [3,4]

Газды сусындарға қосылатын бензоат натрия өнімнің жарамдылық мерзімін ұзартатын химиялық тұз болып табылады. Бұл элемент экзема, астма және өзге де тері ауруларына себеп болуы мүмкін. Газды сусындардағы қышқылдар мен шекерлер тіс эмалін кетіреді, тіс және тіс абсцесіне жол ашады. Газды сусындарға жоғары мөлшерде жүгерінің фруктозалы шырыны қосылады. Бұл зат жүрек және қант диабеті ауруларына себеп болатын зат алмасу процесінің нашарлау қауіпін арттырады. Ұзақ (тұрақты) тұтынылған жағдайда бүйректегі тасқа және басқа да бүйрек ауруларына жол ашатын жоғары мөлшерде фосфор қышқылы қосылады. Газды сусындардың ыдыстарында, пластикалық бөтелкелерде едәуір мөлшерде ВРА элементтерінен құралған қатерлі ісік тудыратын қабат түзіледі. [5,6]

Соңғы кездері көп қолданыста жүрген сусындардың бірі-энергетикалық сусындар. Энергетикалық сусындар тек химиялық қоспалардан дайындалады: кофеин, карантин, таурин аминқышқылы, глюкоза, матеин, мелатонин және кей сусындарға гуарана тропикалық жемісін

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

қосады. Енді құрамға енген бұл заттардың қасиеттеріне жеке тоқталайық. Кофеин жүрек қан тамыр жүйелерінің жұмысын жақсартады, әсерінен адамның ми қызметінің жұмысын жеделдетеді. Карантин адам ағзасындағы майды қышқылдандырады, нәтижесінде бұлшықеттер жиырылып, шаршау сезілмейді. Таурин аминқышылы медицинада жүрек ауруларын емдеу үшін пайдаланады. Бірақ, 0,5 литр энергетикалық сусынға не себепті 1000 мг. таурин қышқылы қажет?! Оны көп мөлшерде қабылдау, керісінше кері әсер етеді. Глюкоза қанды көбейтеді. Бірақ дозасының тым көбеюі ағзаға қауіп төндіреді. Матеин – тропикалық жеміс ағашы, ол қарынның ашқанын білдірмейді. Мелатонин – денеге алдамшы күш беретін химиялық зат. Бұл қоспалардан кейін сусын көп мөлшерде газдалады. Газдың денсаулыққа зияны аз емес. [7,8]

Алкогольсіз сусындардың зиянды әсері, жоғарыда айтылғаннан бөлек асқазан ішек жолдары аурулардың ұлғаюына, денсаулық индексінің төмендеуіне әсер етеді. Бүгінгі медицина мен қоғамның үлкен мәселелерді артық салмақ пен жүрек қан тамырлар жүйесі ауруларының да бірден бір себепші көзі.

Әдебиеттер

1. Щелкановцев В.А., Маюрникова Л.А., Зинчук С.Ф. Оценка стереотипов питания школьников и студентов г. Кемерово //Сибирский медицинский журнал № 1`2007. -С. 58 – 62.
2. Османов Э.М., Ронжина Г.П., Дорофеева Е.А., Пышкина А.С. Проблемы питания современного студента //Вестник ТГУ, т.15, вып.2, 2010. -С. 685 – 687.

Беккулқызы А. - оқытушы, alia_kj91@mail.ru, **Тоқтамисова Ж.Е., Ахаева Л.Ж.** – оқытушы, laura.jak90@mail.ru, **Ескерова С.У.**, м.ғ.к., доцент m.a.saragesu@mail.ru,
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

ГЕПАТИТТІҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ЕЛДЕГІ АУРУШАҢДЫҚ ДЕҢГЕЙІН БАҒАЛАУ

Жыл сайын жер жүзінде 28-шілде күні Бүкіләлемдік гепатиттермен күрес күні деп атап өтіледі. Себебі жер бетінде қаншама адамзат баласын өлім жағдайына дейін алып баратын вирусты гепатит ауруын алдын алу шаралары жүргізіліп, вакцина егіліп жатса да індет тұсалып жатқан жоқ. Әсіресе гепатиттің А түрімен елімізде 14 жасқа дейінгі балалар көп тіркеледі. Бұл болашақ егемендіміздің туын ұстар ұрпақтың денсаулығына алаңдататын жағдай. Дүниежүзілік статистикалық мәліметке көз салсақ жылына 1,4млн. адам гепатит А вирусын жұқтырса 240 млн. адам гепатит В вирусін жұқтырады, сонымен қатар гепатит С вирусін 150млн. жуық адам жұқтырса соның 350мыңы өлім құшады екен екен. Гепатитті жою, тіпті мыңға бір жағдай жетістігіне жету әзірге мүмкін болмай отыр. [1]

Гепатиттің алдын алуда СЭҚБ мамандары жүргізетін санитарлық ағарту жұмыстарының маңызы зор. Қазақстанда гепатит бойынша эпидемиологиялық жағдайды тұрақтандыру үшін мемлекеттік, халықаралық және қоғамдық ұйымдардың өзара әрекеттестігін арттырып гепатиттің алдын алу шараларын жақсарту болып табылады. Гепатиттің алдын алуда тұрғындар, әсіресе педагогтар, ата-аналар мен балалар арасында балаларды вакциналаудың тиімділігі мен вирустық гепатитінен қорғау шаралары туралы көбірек ақпарат тарату, балаларды 2 жасынан бастап жоспарлы түрде вакциналаумен толық қамту, инфекцияның тұрмыстық қарым-қатынас жасау арқылы жұқтырылуына жол бермеу үшін мектепке дейінгі балалар мекемелерінде, мектептерде және басқа да оқу орындарында, жеке гигиена мен ауыз су тәртібінің сақталуына назар аударып, тиісті санитарлық-гигиеналық жағдайды қамтамасыз ету (сабын, дәретхана қағазы), сонымен қатар гепатит В,С топтары қан, жыныстық қатынас арқылы жұғатынын ескеріп, абайсызда болатын жыныстық қатынастан сақтану керектігін ескерту және т.б. шаралармен халықты сауаттандыру гепатитті азайтуға бірінші қадам болмақ. Гепатитпен тек денсаулық сақтау қызметкерлері күресіп үлкен нәтижеге жете алмайды, тіпті мемлекеттің өте жоғарғы деңгейдегі қолдауы негізінде де денсаулыққа байланысты ортақ жауапкершілік болу керек. Яғни тұрғындардың өз денсаулығына жауапкершілігін арттырып, уақытылы тексеріліп, қоғам өкілдеріне ат салысу, гепатиттің алдын алу жолдарын жеткізу де, уақытылы үздіксіз емделудің нәтижелі жазылу кепілі екендігін емделудің ішінде кеңінен насихаттау бұл ауруды тоқтатуға жол ашады. Осы тұрғыда халықты сауаттандыру жұмыстарындасанитарлық ағарту жұмыстары

гепатиттің алдын алуына үлкен ықпал етеді. Санитарлық ағарту жұмыстарының тиімді жолы бұқаралық ақпарат құралдары (БАҚ) арқылы жүзеге асыру, көптеген аймақтарды ақпаратпен қамтамасыз етуге мүмкіндік береді. Гепатиттің алдын алудың бірден бір жолы ол гигиеналық талаптардың орындалуы екенін ұмытпаған жөн. [2,3,4]

Гепатит А-фекальды-оральды жолмен берілетін, бауыр жасушалары зақымданып, морфологиялық бұзылыстар туындатып, жедел гепатит белгілері дамиды жұқпалы вирусты ауру. Гепатит А вирусы сыртқы орта жағдайына төзімді, 21° С- та бірнеше апта бойы заттарда сақталады, 85° С-та белсенділігін толық жояды. Төменгі температурада жақсы сақталады. Хлордың әсеріне төзімді, сондықтан тазартылған ауыз суларда сақталу қабілеттілігі бар. Гепатит вирусы дезинфектанттарға (үй жағдайында пайдаланатын тазарту заттарына) өте төзімді. Үй жағдайында науқас қолданған заттарды, ыдыстарды, көрпе төсектері мен киімдерін және т.б. мүмкін болатын заттарды 5 минутқа қайнату арқылы инфекцияны жоя аламыз. *Инфекция көзі* - іңдеттің айқын немесе симптомсыз түрімен ауырған адамдар. Жұғу механизмі-фекальді-оральды, яғни ластанған тағамдар, су, тұрмыстық заттар, қол, ойыншықтар арқылы жұғады. Вирустың су және тағамдар арқылы таралып эпидемиялық жағдайға жетеді. Жазғы және күзгі айларда науқастанушылық деңгейі көтерілетіні байқалады. Көбінесе балалар жиірек ауырады. Жасырын кезеңнің соңында және ауру басталған кездің алғашқы күндерінде (дене сарғаюы басталғанға дейін) науқас адамның айналасындағыларға жұқтыру қаупі өте күшті. Себебі, бұл кезде вирус нәжіспен мол бөлінеді. [5,6]

Гепатит В,С-қан арқылы және қанмен жанасу (контакт) механизмімен берілетін, бауыр зақымданып, жедел және созылмалы гепатит дамуымен сипатталатын жұқпалы ауру. Гепатит В кезінде қоздырғыштың ену қақпасы қан тамырлары болғандықтан вирус бірден қанға түседі. Қан айналымымен ағзалардың бәріне таралады да, ең алдымен гепатоциттерде орнығады. Бұл вирустың ағзада жедел дамып, асқынға жол ашады. Дер кезінде тексеріліп, ем қабылдамаған жағдайда өліммен аяқталады.[7]

Гепатитке қарсы вакцина егілгенімен, гепатиттің таралуын мемлекет қылмыстық атқару жүйесіндегі рақымшылық жасау іс-шаралары және шет елден елімізге жұмыс іздеп келген келімсектер, көші-қон бағдарламасымен елге оралған қандастар, еш жерде тіркеуде жоқ азаматтар, жеңіл жүрісті қыздардың іс-әрекетімен байланыстырсақ болады. Қылмыстық атқару жүйесі, көші-қон бағдарламасы басқармасы, СЭҚБ мен бірге медициналық қызметкерлермен бірлесе жұмыс атқарса осы жұқпалы гепатит вирусының таралуын төмендетер еді.

Қорыта келе Қазақстан Республикасының үкіметінің қаулысы «Инфекциялық аурулардың алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптар» санитариялық қағидалары құжатына сәйкес. Вирустық гепатиттердің алдын алу бойынша санитариялық-эпидемияға қарсы (профилактикалық) іс-шараларды ұйымдастыруға және жүргізуге қойылатын санитариялық-эпидемиологиялық талаптардың нәтижесінде вирусты гепатиттердің алдын алып, нолдік көрсеткішке дейінгі жетістікке қол жеткізуге міндеттіміз және бұл жолдағы еңбек зая кеткен жоқ. Нолдік жетістікке қол жеткізу тиісті органдардың қызыметіне ғана байланысты емес, тұрғындардың сауаттылығы мен денсаулығына, болашағына деген ортақ жауапкершіліктің болуы жетістікке жетудің бір қадамы.

Ералхан А.Қ. - 4-ші курс студенті, медицина факультеті, akmaral_eralkhan@mail.ru
Серикова Ы.Б. - 4-ші курс студенті, **Ескерова С.У.** - м.ғ.к., доцент м.а., sarahesu@mail.ru
Жетекшісі: **Байконсова Л.О.** – м.ғ. магистрі, lauritta1988@mail.ru
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы.

ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ СТУДЕНТТЕРДІҢ САЛАУАТТЫ ТАМАҚТАНУ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ

Кіріспе. Қазіргі уақытта тұрғындар денсаулығына бірнеше факторлар әсер етуде, атап айтсақ: экологиялық ортаның бұзылуы, организмге қажет компоненттердің жеткіліксіз түсуі,

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

дұрыс тамақтанбау, сапасы төмен азықтар және т.б. Тұрғындардың денсаулығы көп жағдайда тамақтану құрылымына, тиімді тамақтану ережелері мен салауаттылығына байланысты.

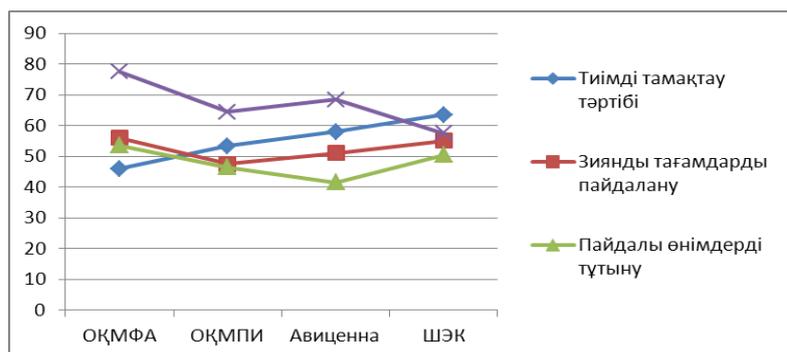
Соңғы жылдарда студенттер арасында аурушандық көрсеткішінің біршама жоғарлауы әлеуметтік-экономикалық жағдайдың төмендеуіне байланысты болып отыр.[1,2] Осы топтағы тұрғындардың сапалы және үйлесімді тамақтануының төмендеуіне алып келеді.

Мақсаты. Қазіргі заманғы студенттердің салауатты тамақтану тәртібін сақтау қарым-қатынасын анықтау және талдау жасау.

Материалдар мен әдістер. Берілген зерттеу жұмысына сауалнамалық зерттеу әдісі қолданылды. Бұл әдіс мәліметтерді өңдеу және талдау үшін ыңғайлы, сондай-ақ ақпараттарды жинау уақытын айтарлық қысқартуға мүмкіндік береді. Зерттеу жұмысына медициналық бағыттағы білім беру орындары: ОҚМФА-50 студент; Авиценна колледжінен - 50 студент және ОҚМПИ -50 студент; Шымкент экономикалық колледжінен-50 студент қатысты.

Нәтижелермен талқылаулар. Зерттеу нәтижесінде, (1 график) тиімді тамақтану тәртібін колледж студенттері (ШЭК, Авиценна) сақтайтыны анықталды. Ағзаға қажетті пайдалы тағамдарды, атап айтсақ, сүт, балық, ет, бұршақ және жарма өнімдерін ОҚМФА студенттері жиі тұтынатындығы белгілі болды. Тұрғындардың дұрыс тамақтануы үшін салауатты тамақтану бойынша мәліметтің жеткілікті болуы қажет екендігі белгілі. Медициналық ЖОО-ның студенттері салауатты тамақтану жайында жеткілікті ақпаратқа ие болғанымен, жылдам дайындалатын тағамдарды (фаст-фуд, чипсы және т.б.) көп қолданатындығы анықталды. (Кесте 1, график 1).

1 График. Оқу орындары студенттерінің жалпы тамақтану көрсеткіштері(100 % есептегенде)



1 Кесте - Студенттердің тиімді тамақтану туралы ақпараттандырылуы.(%-дық көрсеткішпен)

Оқу орындарының атауы	Артық дене салмағы денсаулық үшін зиян ба?		Семіздік қант диа-бетінің, жүрек және тамыр ауруларының, қатерлі ісіктердің себебі бола алады ма?		Дұрыс тамақтанбау артық салмақтың себебі болуы мүмкін ба?		Сіздің жеген тағамдарыңыз денсаулыққа әсер етеді ма?	
	ия	жоқ	ия	жоқ	ия	жоқ	ия	жоқ
ОҚМФА	84	16	76	24	70	30	80	20
ОҚМПИ	60	40	64	36	62	38	72	28
Авиценна	68	32	70	30	66	34	70	30
Шымкент экономикалық колледжі	44	56	52	48	66	34	68	32

Қорытынды. Сауалнама нәтижесі бойынша студенттер салауатты тамақтану тәртібін біле тұра, сақтамайтындығы анықталды. Студенттердің басым бөлігі тәулігіне 1-2 рет тамақтанатындығы, тамақтың негізгі бөлігін кешкі уақытта қабылдайтыны белгілі болды. Сауалнама жүргізілгендердің көпшілігі ұтымсыз тамақтану тәртібін уақыттың жеткіліксіздігімен және оқу жүктемесінің ауырлығымен түсіндірді.

Әдебиеттер

1. Қайырлыққызы А., Мокроусова О., Бондарь Ю., Завертнева Е. // «Оценка состояния фактического питания студентов-иностранцев».
2. Шарманов Т.Ш. «Тағам гигиенасы» Алматы «Эверо» // 2014ж; 29-бет;

Төлеуова А.Е. – аға оқытушы, ai_ol_ak.83@mail.ru, **Ескерова С.У.**, к.м.н., и.о. доцента, sarahesu@mail.ru

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ НЕГІЗІ- ДҰРЫС ТАМАҚТАНУ

Халық арасында пайда болған аурудың 60% дұрыс тамақтанбаудан дамидыны белгілі болып отыр. Ал дұрыс тамақтану мәселесі бүгінгі күннің маңызды мәселесі, өйткені тұрғындардың тамақтануына әлеуметтік жағдай, уақыттың жетіспеушілігі, тамақтану мәдениетін жете білмейтіндігі, қазіргі заманғы өмір сүру қарқыны секілді факторлар әсер етеді. [1]

Тамақтану – ағзаның маңызды физиологиялық сұранысы, ол негізгі функцияларды, өсу-жетілу және қамтамасыз етуге бағытталады. Тиімді тамақтану деп ағзаның энергетикалық, пластикалық және басқада сұраныстарын қанағаттандыратын, зат алмасудың қажет деңгейін қамтамасыз ететін тамақтануды айтамыз. [2]

Жастардың арасында кең тараған, әрі тез дайын болатын, әр түрлі химиялық қоспаларға толы тағамдарды пайдаланатыны, сонымен қоса әртүрлі дүкен сөрелеріндегі дайын тағамдар мен жартылай дайын фабрикаттарды, кондитерлік өнімдерді тұрақты түрде, үнемі пайдалану мамандарды алаңдатып отыр. Сондықтан дұрыс тамақтанудың заңдылықтарын сақтамау көптеген қауіпті аурулар дамуының факторы болады. Өкінішке орай, соңғы жылдардың статистикасы бойынша жастар арасында артық салмақтан, жүрек-қан тамырларының ауруларынан, қант диабетінен және т.б. азап шегетіндер саны артып келеді. Аталған аурулардың алдын алуға болады, ол үшін салауатты өмір салтын ұстану қажет және ең бастысы дұрыс тамақтануды қолға алған жөн. [3]

Көп жағдайда жастар ретсіз, жол-жөнекей, құрғақтай, күніне 1-2 рет тамақтанады, көбі асхана қызыметін қолданбайды, тағамдарында басым бөлікті көмірсулар алады, себебі олар арқылы қуат шығындарын толтыру жеңіл. Ағзаның дұрыс өмір сүруі үшін сәйкестендірілген тағаммен бірге: ақуыз, май, көмірсулар, дәрумендер, микроэлементтер түсіп отыруы қажет. [4]

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясының «Гигиена-2» кафедрасының мамандары 18-20 жас аралығындағы 120 студентке 25 сұрақтан тұратын сауалнама құрастырылып, тамақтану тәртібі мен денсаулық жағдайына зерттеу жүргізген. Сауалнамаға қатысқандардың 24 ұл бала, 96 қыздар. Сауалнаманың нәтижесі бойынша студенттер арасында тамақтану тәртібін сақтамайтындар - 76,8% құраса, тамақтану тәртібін сақтайтындар небәрі - 23,2%. [1]

Студенттер арасында тез дайындалатын тағамдарды жиі пайдаланатындар - 88,3%, сонымен қатар «қандай азықты жиі пайдаланасыз?» деген сұраққа жауап бергендер: фаст-фуд өнімдерін пайдаланатындар - 25,8%, нан - 29,1%, сүт өнімдері - 2,5%, ет өнімдерін - 10,8%, жеміс-жидектерді - 16,6%, тәтті тағамдарды - 15,2% құрап отыр. [1]

Дұрыс тамақтануға кедергі жасайтын факторларды қарастырғанда сауалнама барысында әлеуметтік жағдай, уақыт тапшылығы, қымбатшылық себептер анықталды. Соның ішінде әлеуметтік жағдай - 19,2%, уақыт тапшылығы - 43,3%, қымбатшылық - 37,5% құрады. Студенттердің тамақтану тәртібін зерделегенде күніне 2 рет тамақтанатындар 45,9%, 4 рет тамақтана-

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

тындар 11,6% құрады. Күніне 2 рет тамақтанатын студенттер себебін негізінен уақыт тапшылығымен байланыстырды.

Ішімдікті пайдаланатындар - 15,8% құраса, тағаммен бірге шайды - 60,8%, шырынды - 10%, газдалған сусындарды - 9,2%, кофені - 20% пайдаланатындығы анықталды. «Күнделікті жеп жүрген тағамыңыз сіз үшін маңызды ма?» - деген сұраққа студенттердің 69,8% - ол жағы маңызды емес деп, ал 30,2% - маңызды деп жауап берді. [1]

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармация академиясының «Гигиена-2» кафедрасының мамандары 21-22 жас аралығындағы 220 студентке 25 сұрақтан тұратын сауалнама құрастырылып, тамақтану тәртібі мен денсаулық жағдайына зерттеу жүргізген. Сауалнамаға қатысқандардың 24 ұл бала, 96 қыздар. Сауалнаманың нәтижесі бойынша студенттер арасында тамақтану тәртібін сақтамайтындар - 42,3% құраса, тамақтану тәртібін сақтайтындар - 57,7% .[5] Сауалнамаға қатысқан студенттер күніне бір рет тамақтанатындар саны- 18,6%, төрт рет тамақтанатындар саны -33%, 3 рет - 28%, 2 рет - 7,7%, 5 рет - 12,7% көрсеткіштерге ие екен. [5]

ОҚМФА-ның студенттеріне таратылған сауалнаманы талдау барысында аптасына 1 рет студенттердің негізгі тамақтық азық түліктердің ішінен ет өнімдерін пайдаланатындар - 60%, ал сүт өнімдерін пайдаланатындар - 40% құраса, ең пайдалы, әрі құнды болып саналатын балық пен көкөніс, жеміс-жидектерді пайдаланатындардың көрсеткіші төмен болып отыр. Бұл жас ағза үшін құрамында маңызды тағамдық заттарға деген (ақуыз, май, көмірсу, дәрумендер мен минералды заттардың) физиологиялық қажеттілікті айтарлықтай төмен деп айтуымызға мүмкіндік береді.[1,5]

Қорыта келе студенттер арасында дұрыс тамақтанбау көрсеткіші 59,55% құрады, бұл студенттердің өз денсаулығына немқұрайлы қарап, олардың психологиялық және физикалық денсаулығының нашарлауына соқтырады. Ал жастар болашағымыз екенін ескерсек, бұл үлкен мәселе туындатады.

Әдебиеттер

1. Ескерова С.У., Сарсенбекова А.Б., Әлсеркеева З.И.//Студенттердің тамақтану ерекшеліктерін зерттеу және гигиеналық баға беру//ОҚМФА, Шымкент қ.// Вестник 2014
1. Л.А.Проскурякова, Журнал гигиена санитария // М.: 2008ж. 49-51 бет
2. Л.З.Тель, Е.Д.Даленов, А.А.Абдулдаева, И.Э.Коман, Нутрициология // А.: 2012 ж. 377-406 б
3. А.А.Королев, Гигиена питания, Академия // 2008 ж. 399 б
4. Сералиева М.Ш., Илакбаева Ү.С. Тағам гигиенасы // Ш.: 2009ж. 54 б

Тоқтамисова Ж.Е. – преподаватель, **Беккулқызы А.** - преподаватель, alia_kj91@mail.ru,
Ахаева Л.Ж. – преподаватель, laura.jak90@mail.ru, **Ескерова С.У.**, к.м.н., и.о.
доцента, sarahesu@mail.ru

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Республика Казахстан.

ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИБРАЦИИ НА ОРГАНИЗМ

Человеческое здоровье на прямую зависит от окружающей среды. Вибрация которая воздействует на человека вызывает некоторые изменения в организме. При изучении вибраций тела принято выделять общую вибрацию всего тела и локальную.

Вибрация — физический фактор, действие которого определяется передачей человеку механической энергии от источника колебаний. По своей физической природе вибрация представляет собой механические колебательные движения, повторяющиеся через определенные периоды. Основными параметрами, характеризующими вибрацию как сложный колебательный процесс, являются спектр частот, виброскорость или виброускорение. [1].

На современном этапе научно-технического прогресса резко возросло число факторов, оказывающих неблагоприятное влияние на организм человека. Наиболее распространенным среди

них является вибрация, обладающая высокой биологической активностью. Кратковременная вибротерапия применяется при лечении ряд заболеваний, однако длительная вибрация, даже при небольшой интенсивности, приводит к разнонаправленным сдвигам, которые в свою очередь изменяют уровень окислительно –восстановительных процессов, вызывают напряжение регуляторных механизмов, понижают резервные возможности организма, нередко становясь причиной формирования патологических процессов [2].

При изучении действия вибрации на организм человека нужно учитывать, что колебательные процессы присущи живому организму прежде всего потому, что они в нем постоянно протекают. Внутренние органы можно рассматривать как колебательные системы с упругими связями. Их собственные частоты лежат в диапазоне 3–6 Гц. При воздействии на человека внешних колебаний таких частот происходит возникновение резонансных явлений во внутренних органах, способных вызвать травмы, разрыв артерий, летальный исход. Собственные частоты колебаний тела в положении лежа составляют 3–6 Гц, стоя — 5–12 Гц, грудной клетки — 5– 8 Гц. Воздействие на человека вибраций таких частот угнетает центральную нервную систему, вызывая чувство тревоги и страха. [3,4].

Воздействие производственной вибрации на человека вызывает изменения как физиологического, так и функционального состояния организма человека. Изменения в функциональном состоянии организма проявляются в повышении утомляемости, увеличении времени двигательной и зрительной реакции, нарушении вестибулярных реакций и координации движений. Все это ведет к снижению производительности труда. Изменения в физиологическом состоянии организма — в развитии нервных заболеваний, нарушении функций сердечно-сосудистой системы, нарушении функций опорно-двигательного аппарата, поражении мышечных тканей и суставов, нарушении функций органов внутренней секреции. Все это приводит к возникновению вибрационной болезни. [4,5].

Вредность вибрации усугубляется одновременным воздействием на работающих пониженной температуры воздуха рабочей зоны, повышенного уровня шума, охлаждения рук рабочего при работе с ручными машинами, запыленности воздуха, неудобной позы и др.

Список литературы

1. Алексеев Г.А., Погорелов В.М. Состояние эритроцитов периферической крови при воздействии вибрации. *Медицина труда и промышленная экология*. 1995; 5: 27–30.
2. Артамонова В.Г., Шаталов М.Н. *Профессиональные болезни*. М.; 1996.
3. Любченко П.Н., Ковалева Л.И., Горенков Р.В., Алексеева Г.А., Яньшина Е.Н. Биоэлектрическая активность миокарда и центральная гемодинамика у больных вибрационной болезнью. *Медицина труда и промышленная экология*. 1996; 12: 11–4.
4. Минасян С.М. *Интегративные структуры мозга при вибрации*. Ереван; 1990.
5. Муравлева Л.Е., Кулмагамбетов И.Р., Синявский Ю.А., Сарсенбаев Б.А., Койков В.В., Клюев Д.А. и др. Влияние несимметричного диметилгидразина на уровень внеклеточных нуклеиновых кислот в крови растущих животных.

**Аймаков М., Абдикадырова А., Амангельдиева Г.- магистранты, Алиев Д.С.,
Масабаева А.Т.**

Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, РК

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ САНИТАРНО-ЗАЩИТНОЙ ЗОНЫ ПО КОНГО- КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ НА ЭНДЕМИЧНОЙ ТЕРРИТОРИИ

Введение. В Государственной программе по развитию медицины «Саламатты Қазақстан» одним из четырех путей снижения заболеваемости ККГЛ запланировано создание вокруг населенных пунктов противоклещевых санитарно-защитных зон. В этом направлении остается

актуальным вопросом определение эндемичности населенных пунктов и расчет необходимой площади СЗЗ.

Цель исследования. Создание защитных зон вокруг населенных пунктов мест концентрации населения современным проживанием. Оно осуществляется путем уничтожения клещей в природных биотопах, которое проводят в течение эпидемического сезона в неблагополучных по ККГЛ районах в полосе шириной не менее 200-300 м. При появлении больных ширина защитной зоны должна быть увеличена до 500-1000 м.[2]

Материалы и методы. Выделение территорий наибольшего риска заражения людей Конго-Крымской геморрагической лихорадкой (ККГЛ) проводится на основе карты административной территории, где имеются сведения физико-географического, социально-хозяйственного характера, а также данные по регистрации очагов для определения потенциально опасных зон, прогнозирования возможного появления новых очагов и решения вопросов организационного характера.

Результаты и обсуждения. Считаю целесообразным сначала определить эндемичность населенных пунктов по ККГЛ, классифицировать по категориям риска, составляем список населенных пунктов по районам. Из них выбираем населенные пункты 1 и 2 категории, т.е. высокого и среднего риска для разделения на три группы по схематичной проекции границ:

1 группа – населенные пункты с кругообразными схематичными проекциями границ;

2 группа – населенные пункты с прямоугольнообразными схематичными проекциями границ;

3 группа – населенные пункты с разнообразными схематичными проекциями границ.

Учитывая то, что эпидемическим очагом ККГЛ в эндемичной территории считают весь населенный пункт, где есть хотя бы один больной, а вне эндемичной территории, границы эпидемического очага сужаются до конкретного места нахождения больного (отдельное домовладение, квартира или медицинское учреждение) предлагаем границей санитарно-защитной зоны (СЗЗ) считать не административную границу округа или населенного пункта, а границы крайне расположенных домовладений по проекции населенного пункта по эпидемиологическим соображениям. Для вычисления используем данные географических карт с учетом масштаба.[1]

1 группа – вычисление площади СЗЗ населенных пунктов с кругообразными схематичными проекциями границ.

$$S (СЗЗ) = \pi R^2 - \pi r^2$$



Если вычесть из площади наружного круга площадь внутреннего круга находим площадь СЗЗ.

2 группа – вычисление площади СЗЗ населенных пунктов с прямоугольнообразными схематичными проекциями границ.

$$S (СЗЗ) = AB - ab$$



Если вычесть из площади наружного прямоугольника площадь внутреннего прямоугольника находим площадь СЗЗ.

3 группа – вычисление площади СЗЗ населенных пунктов с разнообразными схематичными проекциями границ.

Площади участков различной конфигурации высчитываются по отдельности и складываются. В этих случаях можно использовать сумму периметров.[1]

Надо учесть, что в ЮКО полоса СЗЗ рассчитывается в пределах - 300 метров в ширину.

Вывод. До сих пор в Казахстане нет кадастра природных очагов ККГЛ. Эта задача в ближайшие годы должна стать основной при проведении мониторинга ККГЛ в южных регионах

республики. На современном этапе невозможно осуществлять планирование и проведение профилактических мероприятий ККГЛ без постоянно обновляемых карт природных очагов этой инфекции.

Список литературы

1. Приказ КГСЭН МЗ РК № 25 Методические рекомендации «Совершенствование диагностики и профилактики Конго-Крымской геморрагической лихорадки населения»
2. Совместный приказ КГСЭН МЗ РК № 188 и КГИ АПК РК № 117. Методические рекомендации «Унификация методологии проведения противоклещевой обработки скота, скотопомещений и создания санитарно-защитных зон на эндемичных по Конго-Крымской геморрагической лихорадке территориях республики».

Бейсева Ш., Кенжибаев Ж., Сунатулла М. - магистранты, **Алиев Д.С., Масабаева А.Т.**
Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, РК

КРИТЕРИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ЭНДЕМИЧНОСТИ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОМРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В УСЛОВИЯХ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ

Введение. В целях направления мероприятий для стабилизации эпидемиологической ситуации по Конго-Крымской геморрагической лихорадке возникла необходимость уточнения неблагополучных регионов. В связи с этим анализируя данные по эпидемическому процессу в условиях ЮКО, собранных за последние годы, а также используя опыт предлагаем критерии определения эндемичности населенных пунктов по ККГЛ и классификацию по степени риска заражения.

Цель исследования. В силу специфических особенностей Конго-Крымской геморрагической лихорадки (ККГЛ), как природно-очаговой болезни (наличие множественных источников инфекции в природных биотопах, общественных хозяйствах и на частных подворьях) на эндемичной территории эпидемическим очагом ККГЛ считают весь населенный пункт, где есть хотя бы один больной. В городах и поселках, дислоцированных вне эндемичной территории, границы эпидемического очага сужаются до конкретного места нахождения больного (отдельное домовладение, квартира или медицинское учреждение).[1]

Материалы и методы. Плановые профилактические мероприятия по ККГЛ проводятся на эндемичных по ККГЛ территориях. Для выбора потенциального населенного пункта по созданию санитарно-защитной зоны (СЗЗ) предлагаем критерии и классификацию эндемичности в условиях ЮКО, с последующими правилами расчета площади санитарно-защитных зон, что поможет районированию и созданию кадастра неблагополучных территорий.[2]

Результаты и обсуждения. Эндемичные территории с высоким риском заражения по ККГЛ это те территории где:

- 1) зарегистрированы больные ККГЛ за последние 3 года;
- 2) за последние 3 года выделены вирусы ККГЛ у клещей;
- 3) зарегистрированы укусы клещами людей с показателями выше среднерайонного показателя;
- 4) регистрируется рост укусов клещами людей за последние 3 года;
- 5) заклещеванность выше за последние 3 года по данным разведки и проверки зоолого-паразитологической группы.
- 6) индекс обилия, индекс встречаемости выше среднерайонного и, или среднеобластного показателя;
- 7) высокая численность природных биотопов, являющихся источником инфекции (грызуны, ежи, зайцы, птицы и др.)

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

- 8) плотность домашних животных (КРС, МРС, верблюдов, лошадей) выше среднерайонного и, или среднеобластного показателя;
- 9) климатические, физико-географические, социально-хозяйственные характеристики благоприятствуют клещам.
- 10) плотность населения из группы риска выше среднерайонного и, или среднеобластного.
Эндемичные территории с со средним риском заражения по ККГЛ это те территории которые предполагают вышеуказанные критерии имевшие место за последние 5 лет, а низкий риск заражения – за последние 10 лет.

Плановые профилактические противоклещевые обработки по ККГЛ по созданию СЗЗ предлагаем проводить на эндемичных территориях с высоким и со средним риском заражения. [1]

Вывод. Оптимальным для получения максимального превентивного эффекта в условиях южных регионов Казахстана является ежегодное проведение в природных очагах ККГЛ не менее 2-3 туров плановых противоклещевых мероприятий в качестве заблаговременной профилактики. Только так в настоящее время можно добиться перелома ситуации в природных очагах ККГЛ.

Список литературы

1. Приказ КГСЭН МЗ РК № 25 Методические рекомендации «Совершенствование диагностики и профилактики Конго-Крымской геморрагической лихорадки населения»
2. Совместный приказ КГСЭН МЗ РК № 188 и КГИ АПК РК № 117. Методические рекомендации «Унификация методологии проведения противоклещевой обработки скота, скотопомещений и создания санитарно-защитных зон на эндемичных по Конго-Крымской геморрагической лихорадке территориях республики».

Муталипова Г., Жанша Г. - 502 «А» МШ тобы студенті,
Масабаева А.Т. - ОҚМФА «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының аға оқытушысы,
Шымкент қ.

Турлыбаева А.М.-№7 қалалық емханасының дәрігер-эпидемиологы,
Алиев Д.С. - ОҚМФА «Гигиена-1 және эпидемиология» кафедрасының оқытушысы, Шымкент қ.
Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қ., Қазақстан Республикасы

**2014-2015 ж.ж. ОҚО ҚЫРЫМ-КОНГО ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ.
ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУЫ**

Кіріспе. Республикамыздың Оңтүстік Қазақстан облысы Конго-Қырым геморагиялық қызбасы ауруының эпидемиологиялық қолайсыз аумағына жатады. Бүгінге қалыптасып отырған эпидемиологиялық ахуалды тұрақтандыруға, Конго-Қырым геморагиялық қызбасын эпидемиологиялық қадағалау және оның алдын алу жүйесін жетілдіру жобасы енгізілген, жобаға сәйкес аурудың зерттеу жүргізу хаттамасы, әр бір ауруға күдікті жағдайлардың зерделеуіне арналған сауалнама қолданылады. [1]

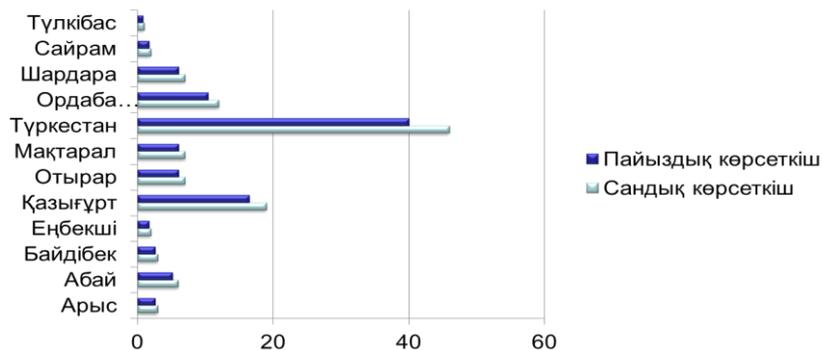
Зерттеу мақсаты. Мақсаты: Оңтүстік Қазақстан облысы халықтары арасында Конго-Қырым геморагиялық қызбасы ауруының орын алу жағдайын зерттеу және оның алдын алу іс-шараларын жетілдіру

Материалдар мен әдістер. 2014-2015 жылдарда Оңтүстік Қазақстан облысы халықтарының Конго- Қырым геморагиялық қызбасымен ауруына ретроспективті талдау жүргізу.

Нәтижелер мен талқылаулар. Ісуретте көрсетілген диаграммада 2014-2015 жылдары ОҚО бойынша Түркістан қаласында және Қазығұрт аудандарында талдаулары оң нәтиже көрсеткен.

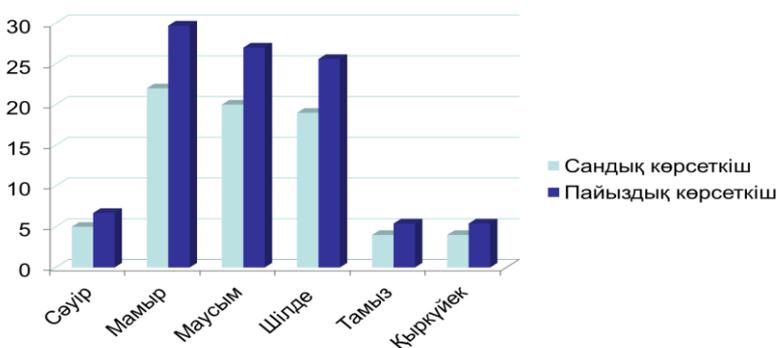
Ал ең төмен нәтиже көрсеткен аудандар қатарына Еңбекші ауданы, Бәйдібек ауданы және Арыс қаласы жатады.

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

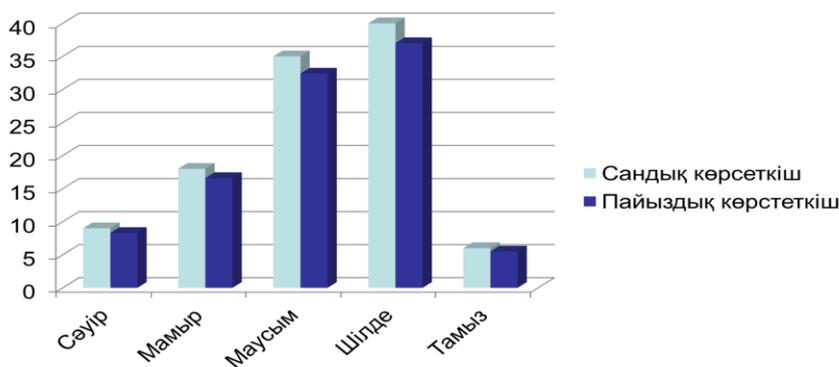


Сурет-1.2014-2015 жылдарында Оңтүстік Қазақстан облысында кене шаққандардың саны өсіп, талдаулары оң қорытындымен шыққан «Конго- қырым қанды безгегі» жағдайы тіркелген.

Төмендегі 2-суретте көріп отырғанымыздай 2014 жылдың айлық есебін алып қарайтын болсақ ең көп КҚГҚ тіркелгені мамыр ,маусым ,шілде айларына тура келіп тұр. Себебі көктем-жаз айлары КҚГҚ эпидемиялық маусымы болып табылады.



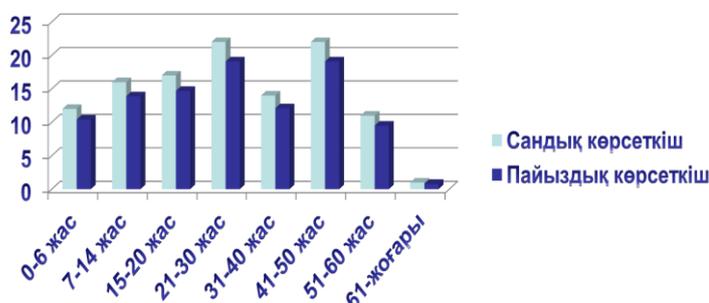
Сурет -2. Конго Қырым Қанды Қызбасының 2014 жылғы эпидемиологиялық зерттеудің айлық көрсеткіші



Сурет-3. Конго Қырым Қанды Қызбасының 2014 5жылғы эпидемиологиялық зерттеудің айлық көрсеткіші

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016жж. ТОМ 5

3суретте 2015жылғы ОҚО тіркелген КҚГҚ айларға бөлінген мәліметі яғни 2014-2015ж.ж салыстыра қарайтын болсақ 2 суретте көрсетілгені бойынша КҚГҚ эпидемиялық маусымы көктем жаз айларын оның ішінде мамыр,маусым, шілде айларыекендігін тағы бір дәлелдеп тұр.



4-сурет. 2014-2015ж.ж тіркелген КҚГҚ жас аралығына бөлінген диаграммасы.

4-суретте көрсетілген диаграмма бойынша 2014-2015ж.ж аралығында тіркелген КҚГҚ оң мәнді болған науқастарды жас аралығына бөлу нәтижесі көрсетілген. Көріп отырғанымыздай ең белсенді жұмыс істеуші жас аралығы яғни 21-30жас аралығындағы науқастарда оң мәнді нәтиже көптеп тіркелген. Ал керісінше 60жасан асқан адамдар арасында мүлдем тіркелмеген.[4]

Қорытынды. Жүргізілген талдау, Оңтүстік Қазақстан облысы елді мекендерінің эпидемиологиялық қолайсыз аумағында кенеге қарсы дезинфекциялық, дезинсекциялық іс-шараларды және халықтың арасында санитариялық ағарту жұмыстарын жүргізуді жетілдіруді айқындайды.

Әдебиеттер

1. Крымская геморрагическая лихорадка [Текст] / А.Е. Бейсетаева, Ш.Ж. Курманбекова, Г.С. Омарова // Вестник ЮКГФА. – 2012. – №4 . – С. 16-18.
2. О лечении Конго-Крымской геморрагической лихорадки на современном этапе / Абуова Г.Н., Шшеничная Н.Ю., Нурмашева А.А. и др. // Вестник ЮКГФА. – 2013. – №2 (63). – С. 10-11.
3. Конго-Қырым қанды қызбасын эпидемиологиялық қадағалау жүйесін жетілдіру / Есенбаева А.Н., Алиев Д.С., Акимханов Б.С. Медетов Ж.Б., Абуова Г.Н. / ОҚМФА хабаршысы. – 2013. – № 4(65). – Б. 200- 201.
4. Оңтүстік қазақстан облысы халықтарының 2011-2015 жылдарда конго-қырым геморагиялық қызбасымен ауруы жағдайын эпидемиологиялық тұрғыда бағалау нұрмаханбетова а.е. Ғылыми жетекші: м.ғ.к. Утепов п.д. Мұхтарқызы ф.м оңтүстік қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы хабаршы № 4(73)-2015ж. Тезисы, том 3 63-64бет

Жанабаев Кемалиддин, Назарбаев зияткерлік мектебі, 10-сынып.

Ғылыми жетекші: **Абдрахманова Ж.Ж.**, аға оқытушы, zhanil15@mail.ru

Оңтүстік Қазақстан мемлекеттік фармацевтика академиясы, Шымкент қаласы, Қазақстан Республикасы

ИОНДАУШЫ СӘУЛЕЛЕРДІҢ БИОЛОГИЯЛЫҚ ӘСЕРІН ЗЕРТТЕУ

Кіріспе. Иондаушы сәулелердің биологиялық жүйелерге әсері аса жоғары және күрделі, өйткені олар түскен тірі ортада иондау процесі жүріп, активтілігі жоғары еркін радикалдар түзіледі. Бұл радикалдар тірі жүйеге тән химиялық, биохимиялық реакциялардың ретін, жүру

тәртібін бұзып, ағзаға тән емес функционалды өзгерістер кіргізіп, соңында морфологиялық өзгерістерге душар етеді. Егер доза үлкен болса, тіршілік иесі өліп кетуі мүмкін.[4]

Зерттеу мақсаты. Бұл зерттеу жұмысында қарастырылған мәселелер қазіргі таңда өзекті болып табылады. Зерттеу нәтижелері адамдардың осы мәселеге деген қызығушылығын арттырып, қоршаған ортаның экологиялық мәселелеріне мән берулеріне септігін тигізеді.

Радиацияның биологиялық жүйелерге әсері толық анықталмаса да көптеген зерттеулердің нәтижесінде мына жағдайлар анықталған. Біріншіден, иондаушы сәулелер жұтылғанда жұтылған ортада иондар пайда болады. Екіншіден, химиялық, биохимиялық реакциялар кезінде еркін радикалдар бөлініп, ол радикалдар ортада бірсыпыра өзгерістер әкеледі. Үшіншіден, ортадағы өзгерістер клетка, ұлпа, мүшелерінің функцияларын /атқаратын қызмет/ және өзгерген ұлпада, клеткада құрылым (құрылыс) өзгерістерін туғызады. Биологиялық жүйелер өте күрделі болғандықтан иондаушы сәуленің әсер механизмін түсіну үшін, осы үш жағдайды бір уақытта, бір тұрғыдан байланыстыра қарастыру керек.

Әсіресе тірі табиғат: адам мен жан-жануарлар, өсімдіктер мен басқа да тіршілік иелері зор зардап шегеді.

Қандай доза шегінде жұмыс істеуге болады, қандай доза денсаулыққа зиян немесе адам өміріне қауіпті деген сұрақтарға да жауап беруіміз керек.

Иондағыш сәулелерден қорғана білу үшін олардың өтімділік қасиеттерін білген жөн. Радиоактивті изотоптармен жұмыс істегенде, олардың өтімділігіне орай тиісті қауіпсіздік ережесін бұлжытпай орындау керек.

Альфа-бөлшек парак қағазға тұтылып, одан өте алмайды. Алайда адам терісінде қалып қойса немесе ішкі органдарына тыныс жолымен, яғни жеген тағамы арқылы етіп кетсе, өте қауіпті.

Бета-бөлшектердің өтімділік қабілеті үлкен. Олар адам ағзасына 1—2 см тереңдеп ене алады. Алайда бірнеше миллиметр алюминий қаңылтыры оны толық жұтып алады.

Гамма-сәуленің өтімділік қабілеті аса күшті. Сондықтан одан қорғану үшін қорғасынның немесе бетон плиталардың қалың қабаты пайдаланылады.

Тірі ағза клеткаларының радиациядан алған энергиясы мол болған сайын, олардың биофизикалық қасиеттері өзгеріп, тіпті генетикалық деңгейдегі бұзылуы арта береді. Сондықтан радиацияның ағзаға беретін энергия мөлшерін бағалай білудің маңызы зор.[2]

Шынында да, Күн бетінен келетін радиация біркелкі емес. Алапат қысым, ғаламат температура жағдайында Күн төсінен ыстық плазма оқтын-оқтын буырқана атқылап, жүздеген мың километрге шапшып, төңірегіне тарайды. Осындайда өте өтімді күн радиациясынан денені қорғамау денсаулыққа зиян келтіреді.

Радиоизотоптармен жұмыс жасайтын адамдар үшін бір жылдық шекті босатылған доза (ШБД) 0,05 Гр-ден аспауы керек. Қысқа уақытта алынған 3—10 Гр адам өміріне аса қауіпті. Елді мекен тұрғындарының бір жыл ішінде алатын шекті босатылған дозасы $5 \cdot 10^{-3} \text{ Гр} = 5 \text{ мГр-ден}$ аспауы тиіс.[3]

Материалдар мен әдістер. Зерттеу материалдары ақпараттық технологияларда өңделіп нәтижелері бойынша гистограммалар тұрғызылды.

Нәтижелер мен талқылаулар. Сауалнама нәтижелері бойынша сандық және сапалық талдау жүргізілді.

Қорытынды. Жүргізілген сауалнама қортындысы адамдардың осы мәселелерге көзқарасын арттырудың қажет екендігін көрсетті. Зерттеу барысында мекемедегі доза қуаты 20/25 мкР/с көрсетті және ол жергілікті жағдайға байланысты өзгеріп отыратындығы байқалды. Бұл көрсеткіш қауіпсіздікті көрсеткенмен зиянды жағы туралы ойлануға мәжбүр етеді. Айналадағы ортаны радиация қалдықтарымен ластау - адамға да, табиғатқа да жасалған зиянкестік. Міне, сондықтан қоршаған табиғи ортаның тазалығын сақтауда әр адамға зор жауапкершілік жүктеледі.[1]

Әдебиеттер

1. Легеза В.И., Гребенюк А.Н., Бутомо Н.В. и др. Медицинские средства противорадиационной защиты: Пособие для врачей / Под ред. В.И.Легезы, А.Н. Гребенюка. – СПб.: Лань, 2001.
2. Малаховский В.Н., Гребенюк А.Н. Проблема радона. Радиобиологические и гигиенические аспекты //Морской медицинский журнал. – 2001. – Т. 8, № 1.

3. Нормы радиационной безопасности (НРБ-99). – М.: Госкомсанэпиднадзор РФ, 1999. 117 с.
4. Садықов С.С. Иондаушы сәуленің физикалық және биологиялық негіздері: Оқулық. – Алматы, 2002.171 б.

Горбунова А.С., Ибрагимов Э.М. – магистранты 1-го курса Института фундаментальной медицины и биологии, GorbunovaAnna94@gmail.com

Научный руководитель: **Яковлева Г.Ю.**, к.б.н., доцент, yakovleva_galina@mail.ru
Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия

ИЗМЕНЕНИЕ БЕЛКОВОГО ПРОФИЛЯ *BACILLUS PUMILUS* GA-1 КАК РЕЗУЛЬТАТ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ 2,4,6-ТРИНИТРОТОЛУОЛА

Введение. Нитроарилы представляют большую группу загрязнителей, чрезвычайно опасных для экологического профиля в виду их стабильности, токсичности и мутагенности. Токсичность одного из самого широко распространенного нитроарила, 2,4,6-тринитротолуола (ТНТ), была показана на различных видах организмов – от бактерий до млекопитающих [2; 3; 5]. Наиболее действенным и ненаносящим вреда окружающей среде является биологический метод трансформации ТНТ. Вследствие этого активно разрабатываются методы биодegradации с использованием микроорганизмов: грибов, аэробных и анаэробных бактерий [1; 4]. В основе адаптации микроорганизмов к токсическим веществам лежит использование как специальных ферментов детоксикации, так и различных ферментных систем обмена веществ клетки.

Цель исследования. Изучение влияния 2,4,6-тринитротолуола на изменение белкового профиля *Bacillus pumilus* GA-1.

Материалы и методы. С помощью метода двумерного гель-электрофореза был проведен анализ изменения протеомного профиля *B. pumilus* GA-1 под действием ТНТ. Продукты микробной трансформации данного ксенобиотика были идентифицированы с использованием высокоэффективной жидкостной хроматографии (ВЭЖХ) и ионообменной хроматографии.

Результаты и обсуждения. На первом этапе работы была оценена возможность *B. Pumilus* GA-1 расти на синтетической среде в присутствии различных концентраций ТНТ (20–200 мг/л). Несмотря на подавление роста культуры в присутствии ксенобиотика, к 24 ч *B. Pumilus* GA-1 полностью элиминировала ТНТ из среды культивирования при его исходной концентрации 20 и 50 мг/л и к 48 ч на 40, 24 и 18 % при концентрации 100, 150 и 200 мг/л соответственно. Трансформация ТНТ при всех исследуемых концентрациях шла по пути восстановления нитрогрупп с образованием 4-амино-2,6-динитротолуола.

Сравнительный протеомный анализ продемонстрировал различие в составе белков в клетках *B. Pumilus* GA-1, находящихся в контакте с ТНТ (20 и 200 мг/л), с клетками контрольного (без ТНТ) варианта. Высокие концентрации ксенобиотика (200 мг/л) оказывали более выраженное токсическое действие в отношении *B. pumilus*, что нашло свое отражение в изменении белкового профиля данного микроорганизма. Количество совпадающих белков контрольного и опытного вариантов было значительно меньше, чем при действии низкой концентрации ксенобиотика (20 мг/л). Значительно увеличилось количество ингибируемых белков. Так если при действии ТНТ в концентрации 20 мг/л мы визуально наблюдали подавление продукции лишь 3 белков, то ТНТ в концентрации 200 мг/л ингибировал экспрессию 38. При действии высокой концентрации ксенобиотика, кроме ингибируемых белков, были протектированы 26 белков, которые индуцировались в присутствии ТНТ. Среди индуцируемых белков *B. Pumilus* GA-1 преобладали белки, ответственные за восстановительный путь трансформации ксенобиотика, снятие окислительного стресса и репарацию молекулы ДНК и клеточной стенки. В числе ингибируемых ТНТ белков отмечались белки характерные для клеток, находящихся на стадии активного роста.

Вывод.

1) ТНТ в концентрации 50-200 мг/л подавлял рост *B. Pumilus* GA-1. При концентрации ксенобиотика 20 мг/л рост *B. Pumilus* GA-1 отмечался только после элиминации ТНТ из среды культивирования.

2) Штамм *B. Pumilus* GA-1 трансформировал все исследуемые концентрации ТНТ с образованием 4-амино-2,6-динитротолуола. 20 и 50 мг/л трансформировались полностью на 4 и 24 час культивирования соответственно. ТНТ в концентрации 100, 150 и 200 мг/л трансформировался к 24 часу на 40, 24 и 18 % соответственно.

3) На 4 час культивирования ТНТ индуцировал белки, ответственные за восстановительный путь трансформации ксенобиотика, снятие окислительного стресса и репарацию. Среди ингибируемых ТНТ белков преобладали белки характерные для активно делящихся клеток.

Список литературы

1. Зиганшин, А. М. Восстановление ароматического кольца 2,4,6-тринитротолуола как путь его деградации / Дисс. канд. биол. наук // Каз. гос. ун-т. – Казань. 2007.- 112 с.
2. Куриненко, Б. М. Особенности токсического эффекта 2,4,6 тринитротолуола в отношении *Bacillussubtilis* SK1 / Б.М. Куриненко, Г.Ю. Яковлева, Н.А. Дениварова, Ю.В. Абреимова // Прикл. биохимия и микробиология.-2003.- Т.39.- № 2.- С.194-198.
3. Куриненко, Б. М. Особенности токсического действия 2,4,6 – тринитротолуола в отношении *Escherichiacoli* K12 / Б.М. Куриненко, Н.А. Дениварова, Р.Э. Давыдов, Г.Ю. Яковлева // Прикладная биохимия и микробиология.- 2007. - Т.43.- С.59-64.
4. Наумова, Р. П. Изучение возможности глубокой бактериальной деструкции 2,4,6-тринитротолуола / Р.П. Наумова, С.Ю. Селивановская, Ф.А. Мингатина // Микробиология. 1988. - Т.57.- №2. - С.218-222.
5. Яковлева, Г. Ю. Особенности токсического действия 2,4,6-тринитротолуола на штаммы *Bacillussubtilis* SK1 и *Pseudomonas fluorescens* B-3468 / Дисс. канд. биол. наук // Каз. гос. ун-т. – Казань. 2003.- 109 с.

Халмурадова П.А., Ахметгалиева Л.Т.- студенты 4-го курса,
Горбунова А.С. – магистрант 1-го курса Института фундаментальной медицины и биологии,
polina.moon@mail.ru

Научный руководитель: **Яковлева Г.Ю.,** к.б.н., доцент, yakovleva_galina@mail.ru
Казанский (Приволжский) федеральный университет, г. Казань, Россия

ТРАНСФОРМАЦИЯ 2,4,6-ТРИНИТРОТОЛУОЛА *SACCHAROMYCES CEREVISIAE* XII В УСЛОВИИ БРОЖЕНИЯ

Введение. 2,4,6-тринитротолуол (ТНТ) является опаснейшим из загрязняющих веществ вследствие наличия у него мутагенных свойств и устойчивости к биодеградации. Биологическая очистка при помощи микроорганизмов является одним из универсальных и безопасных способов удаления химических соединений из загрязненных объектов. Исследования показывают, что не только бактериальные штаммы способны трансформировать ТНТ, но и такие микроорганизмы, как дрожжи [1; 2; 3].

Цель исследования. Оценка токсического действия 2,4,6-тринитротолуола в отношении *Saccharomyces cerevisiae* XII при его трансформации в условиях брожения.

Материалы и методы. Концентрацию биомассы определяли нефелометрическим методом. Количество выделения углекислого газа (г/сут) определяли по убыли веса флаконов. После чего, опираясь на полученные данные, рассчитывали скорость образования углекислого газа.

Скорость трансформации ТНТ оценивали по убыванию его концентрации в культуральной жидкости. Для определения данного нитроароматического соединения использовали метод, основанный на цветной реакции ТНТ с Na_2SO_3 в щелочных условиях.

Результаты и обсуждения. Токсичность ксенобиотиков в первую очередь проявляется в подавлении роста микроорганизмов. Поэтому на первом этапе работы мы оценили влияние различных концентраций ТНТ на рост *Saccharomyces cerevisiae* XII в процессе брожения. При концентрациях 50,100 и 150 мг/л рост снижался в среднем в 1.7 раз, а при концентрации 200 мг/л – в 2.8 раз.

О росте культуры можно судить не только по увеличению оптической плотности среды культивирования, но и по показателям интенсивности метаболизма (образование CO₂). Процесс брожения наблюдался при всех выбранных нами концентрациях ксенобиотика. В вариантах с концентрациями ТНТ 50 и 100 мг/л образование CO₂ снижалось по сравнению с контрольным (без ТНТ) вариантом в среднем в 1.2 раза, при концентрациях 150 и 200 мг/л – в 1.3 и 1.4 раза, соответственно. Уменьшение образования CO₂ в присутствии ксенобиотика в концентрации 20 мг/л не наблюдалось.

Максимальная скорость образования CO₂ отмечалась в контрольном варианте начиная со 2 суток брожения, при низких концентрациях ТНТ (25 и 50 мг/л) – с 3 суток. Во всех этих вариантах эксперимента брожение с максимальной скоростью продолжалось вплоть до 5 суток культивирования. При высоких концентрациях ТНТ (100 мг/л и выше) образования CO₂ с максимальной скоростью отмечалось только на 4 сутки культивирования. Причем она в среднем в 1,2 раза была ниже максимальной скорости брожения в контрольном варианте.

На следующем этапе нашей работы мы оценили способность дрожжей трансформировать разные концентрации ТНТ. *S. Cerevisiae XII* оказалась способна элиминировать все исследуемые нами концентрации ТНТ. На 7 сутки ТНТ полностью отсутствовал в культуральной жидкости с начальной концентрацией 20 и 50 мг/л. Концентрация 100 мг/л была элиминирована на 81%, 150 мг/л – на 73% и 200 мг/л – на 71%.

Вывод.

1) Концентрация 2,4,6-тринитротолуола 20 мг/л не влияла на рост культуры *Saccharomyces cerevisiae XII* в условиях брожения. При концентрациях 50,100 и 150 мг/л рост снижался в среднем в 1.7 раз, а при концентрации 200 мг/л – в 2.8 раз.

2) По сравнению с контрольным (без ТНТ) вариантом концентрации 2,4,6-тринитротолуола 50 и 100 мг/л снижали образование CO₂ в среднем в 1.2 раза, 150 и 200 мг/л – в 1.3 и 1.4 раза соответственно, Уменьшение образования CO₂ в пробе с концентрацией ксенобиотика 20 мг/л не наблюдалось.

3) Максимальная скорость образования CO₂ в контрольном варианте отмечалась со 2 суток брожения, при низкими концентрациями ТНТ (25 и 50 мг/л) – с 3 суток, и продолжалась вплоть до 5 суток культивирования. При высоких концентрациях ТНТ (100 мг/л и выше) образования CO₂ с максимальной скоростью наблюдалось только на 4 сутки культивирования.

4) *Saccharomyces cerevisiae XII* способна трансформировать все исследуемые концентрации 2,4,6-тринитротолуола в условиях брожения, полностью элиминируя концентрации 20 и 50 мг/л, и на 81, 73 и 71% концентрации 100, 150 и 200 мг/л соответственно.

Список литературы

1. Зарипов, С. А. Альтернативные пути начальной трансформации 2,4,6-тринитротолуола дрожжами / С.А. Зарипов, А.В. Наумов, Е.В. Никитина, Р.П. Наумова // Микробиология. - 2002.- Т.71.- № 5. С. 648-653.
2. Зиганшин, А. М. Восстановление ароматического кольца 2,4,6-тринитротолуола как путь его деградации : диссертация кандидата биологических наук/ А. М. Зиганшин ; Казан.гос. ун-т.- Казань, 2007.- С. 76-89.
3. Хияяс, И. В. Биодegradация 2,4,6-тринитротолуола клетками дрожжей *Yarrowialipolytica* в присутствии ферригидрита и в условиях полунепрерывного режима культивирования : дис. канд. биол. наук И. В. Хияяс; Казанский.фед. ун-т.- Казань, 2013.- С. 65-73.

УДК 316. 452

Таштемиров С.Ф. врач-дерматовенеролог, Областной дерматовенерологический диспансер, г. Шымкент, Южно-Казахстанская область, Республика Казахстан

СЕФПОТЕК В ЛЕЧЕНИИ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН

Аннотация

В работе описан опыт применения препарата Сефпотек при лечении неосложненных форм гонореи у мужчин. Целью исследования является анализ эффективности применения антибиотика Сефпотек при лечении свежего неосложненного гонорейного уретрита у 27 мужчин.

Ключевые слова: гонорея, антибиотики, терапия, сефпотек

Несмотря на некоторое снижение уровня заболеваемости гонококковой инфекцией в последнее десятилетие, в мире ежегодно выявляется около 60 млн случаев заболевания. В США, где регистрируется до 700 000 новых случаев гонококковой инфекции в год, а также во многих странах Европы заболевание является вторым по распространенности среди ИППП. В России начиная с 2001 года отмечается снижение показателей заболеваемости гонококковой инфекцией, однако ее уровень продолжает оставаться высоким. Гонорейная инфекция остается трудноконтролируемым заболеванием. Официальная регистрация этого заболевания в любой стране не отражает существа проблемы. Заболеваемость гонореей в Южно-Казахстанской области характеризуется сменой периодов снижения уровня заболеваемости периодами подъема. Так, если в 2012 заболеваемость гонореей была на уровне 803 случая в год, то в 2013 этот показатель году составлял 594, в 2014 году – 657.

Вопросы терапии гонококковой инфекции не теряют своей актуальности и выбор препарата иногда представляет собой для врачей проблему. Угрожающим фактом является развитие резистентности гонококка к различным антимикробным препаратам. Анализ литературы по данному вопросу показывает, что в 1993-1994гг. штаммы гонококка, резистентные к пенициллину, выявлены у 26% женщин и 33% мужчин в Амстердаме, у 5% женщин и у 16% мужчин в Стокгольме, у 25% больных в США (в последнем случае, кроме этого, 20% культур гонококка оказались устойчивыми к тетрациклину). В странах Юго-Восточной Азии, по данным ВОЗ, резистентность гонококка к пенициллину в 1987 г. составила 74-98%, к тетрациклину достигла 100%, при этом в США выделено 21,7%, в Швеции – 1,8-7,7% штаммов, устойчивых к тетрациклину. Результаты первого серьезного исследования мониторинга чувствительности гонококка к антибиотикам, проведенного в России в 1999 г. Л.С. Страчунским, повергло в замешательство всех специалистов, занимающихся данной проблемой: оказалось, что общий уровень резистентности к пенициллину составил 78%, к тетрациклину – 96% всех выделенных штаммов *N.gonorrhoeae*, что было сопоставимо лишь с развивающимися странами. Полученные данные заставили коренным образом пересмотреть существующие рекомендации по лечению гонорейной инфекции, которые не изменялись в течение многих лет и содержали перечень различных препаратов пенициллиновой и тетрациклиновой групп (оксациллин, бициллины, ампиокс, ампициллин, метациклин, рондомицин, доксициклин и др.). Как оказалось, их не следует применять в терапии гонореи в связи с развитием перекрестной резистентности гонококка. Арсенал врачей-дерматовенерологов регулярно пополняется новыми антибактериальными препаратами для эффективной терапии гонококковой инфекции. Наше внимание привлек препарат "Сефпотек" - антибиотик из группы цефалоспоринов III поколения, действующий бактерицидно, нарушая синтез клеточной стенки бактерий. После однократного и многократного приема от 100 до 400 мг препарата через 1.9-3.1 ч достигается терапевтическая концентрация 1.0-4.5 мг/л. Абсолютная биодоступность - 50%. Связывается с белками крови (20-30%). Около 30-35% дозы выводится с мочой в неизменном виде в течение 12 ч. $T_{1/2}$ колеблется от 2.1 до 2.8 ч. Показания для назначения препарата являются неосложненные инфекции мочевыводящих путей (**цистит**); неосложненная гонорея; неосложненные инфекции аноректальной области у женщин, вызванные *Neisseria gonorrhoeae*;

Материалы и методы.

Под нашим наблюдением находились 27 мужчин в возрасте от 18 до 50 лет (средний возраст больных составил 33 ± 2 года). Из них 19 обратились за медицинской помощью на 1-ой неделе болезни и 8 – в более поздние сроки (от 8 до 12 дней после возникновения признаков уретрита). Больные с наличием сопутствующих негонококковых урогенитальных инфекций (трихомониаз, хламидиоз, уреаплазмоз, кандидоз) не включались в наблюдение. Диагноз гонореи у всех больных подтверждали на основании положительных данных микроскопического и культурального методов исследования. Урогенитальный кандидоз исключали по отрицательным результатам микроскопии мазков, трихомониаз – по данным микроскопического и культурального исследований, хламидиоз и уреаплазмоз – по отрицательной полимеразной цепной реакции. До начала лечения у всех больных проводили общие анализы мочи и крови, ставили комплекс серологических реакций на сифилис, лабораторными тестами исключали ВИЧ-инфекцию и вирусный гепатит В. По результатам комплексного обследования у 18 диагностировали свежий передний острый или подострый гонорейный уретрит и у 7 – свежий передний торпидный. Всем больным назначали Сефпотек по рекомендуемой схеме – по 200 мг через 1 раз в день. Через 24 часа после начала лечения исследовали отделяемое из уретры на гонококки. Критерий излеченности определяли через 7-10 дней по завершении терапии. Всем больным проводили комбинированную провокацию с последующим трехкратным исследованием мазков микроскопическим методом, посевом отделяемого на питательные среды и однократной микроскопией секрета предстательной железы.

Результаты.

При применении Сефпотек рези при мочеиспускании 17 больных прекращались к исходу 1-х суток после начала лечения, у 10 – на 2-е. В эти же сроки у больных исчезали свободные гнойные выделения из уретры, однако умеренные слизистые выделения сохранялись. В мазках, взятых через 24 часа после начала лечения, определялись лейкоцитоз (до 15-20 в поле зрения) и умеренное количество слизи, но гонококки ни в одном случае не обнаруживались. Полное исчезновение выделений из уретры у больных наступало через 3-4 дня. В эти же сроки у больных по данным 2-стаканной пробы наступало полное просветление первой порции мочи. Разрешение гиперемии и отечности губок уретры у пациентов наблюдалось через 4-5 дней. При контрольном обследовании через 7-10 дней: комбинированной провокации и трехкратного исследования отделяемого из уретры у 24 пациентов констатировано этиологическое излечение. У 3-х больных сохранялся постгонорейный уретрит. В мазках из уретры у этих больных определялись лейкоцитоз от 12 до 18 в поле зрения, умеренное количество слизи и грамположительная кокковая флора. Эти больные оставались под наблюдением в течение 2 недель. За указанный срок постгонорейный уретрит разрешился у них без дополнительного лечения.

Выводы.

1. Этиологическое излечение свежего неосложненного гонорейного уретрита при лечении Сефпотеком у мужчин достигается в 100% случаев и клиническое – в 91,3%.
2. Сефпотек в рекомендуемых дозах обеспечивает удобный режим лечения, хорошо переносится больными.

Источники финансирования:

Исследование выполнено на базе Областного дерматовенерологического диспансера г.Шымкент Южно-Казахстанской области

Конфликт интересов:

Автор данной статьи подтверждает отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить

Литература

- Молочков В.А., Ильин И.И. Хронический урогенитальный простатит. – М., 1998.
Алферов В.Н., Калинин Я.Н. // Вест. дерматол. – 1985. - № 5. – с. 71-73.
Диагностика, лечение и профилактика заболеваний, передающихся половым путем: Метод. материалы / под ред. К.К.Борисенко. – 1980.
Козлова В.И., Пухнер А.В. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий. – М., 1995. – С.174-178.
Кубанова А.А. Вестник дерматологии и венерологии 2002; 1:4-8.

ТҮЙІН

Таштемиров С.Ф. дәрігер-дерматовенеролог, Областық тері-венерология диспансері, Шымкент қ., Оңтүстік Қазақстан облысы, Қазақстан Республикасы

ЕРЛЕРДЕ СОЗДЫ ЕМДЕУДЕ «СЕФПОТЕК» ПРЕПАРАТЫ

Бұл мақалада ерлердегі создды емдеудегі «Сеппотек» препараты мәселелері қарастырылады. Терапия нәтижесі тиімділігінің бағасы 27 науқаста субъективті және объективті оның ішінде тызылдау, жыныс жолдарынан ірінді, шырышты ірінді бөлінудің шықпауы, уретраның шырышты қабығы түсінің қалыпқа келуі, сондай-ақ физикалды және инструменталды зерттеулердің оң динамикасы сияқты мәліметтердің негізінде жүргізілді. **Кілт сөздер:** соз, антибиотиктер, емі, сеппотек

ABSTRACT

Tashtemirov S.F. Dermatovenerologic Regional Hospital, Shymkent, South Kazakhstan region
**EXPERIENS WITH THE DRUG "SEHPOTEK" IN THE TREATMENT OF GONORRHEA
IN MEN**

The aim of this study was to investigate the efficacy of "Sephpotek" in the treatment of gonorrhoea in men. We observed 27 men aged 18 to 50 years old. Showed high efficacy and safety of treatment ordigilom gonorrhoea in men.

Key words: gonorrhoea, antibiotics, treatment, sephpotek

СОДЕРЖАНИЕ

<p>Секция: «ИННОВАЦИИ В МЕДИЦИНЕ: ОТ ТЕОРИИ К ПРАКТИКЕ»</p> <p>Уснадин Ж.Н., Ермахан Ф.Е., Шалдар А.А., Каныбеков А.К., Рахматуллин Ю.Я., Маленкова С.А. ЛЕЧЕНИЕ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ПЕРИКАРДИТА</p>	3
<p>Уснадин Ж.Н., Босынбек Г.К., Каныбеков А.К., Маленкова С.А. ЛЕЧЕНИЕ ПИТОРАКСА</p>	4
<p>СЕКЦИЯ «ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ» Орынбасарова Г.О., Жарылкасымова У., Шертаева К.Д., Блинова О.В., Утегенова Г.И., ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПОТРЕБНОСТИ В ПОСЛЕДИПЛОМНОЙ ПОДГОТОВКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КАДРОВ</p>	6
<p>Бадагова Е.И., Викулова К.А. ОБ ИЗУЧЕНИИ ВОПРОСОВ ОРГАНИЗАЦИИ И ВЕДЕНИЯ ПРЕДМЕТНО-КОЛИЧЕСТВЕННОГО УЧЕТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ (НА ПРИМЕРЕ ЦЕНТРАЛЬНЫХ РАЙОННЫХ АПТЕК АО «ФАРМАЦИЯ»)</p>	7
<p>Бачева Н.Н. Викулова К.А. ИЗУЧЕНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ НАЛОГООБЛОЖЕНИЯ АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЙ (НА ПРИМЕРЕ АПТЕЧНОЙ СЕТИ АО АТД «ПАНАЦЕЯ» Г. ТЮМЕНИ)</p>	9
<p>Бодрусев Е.С., Викулова К.А. ОБ ИЗУЧЕНИИ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ПРОВЕДЕНИЮ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ЭКОЛОГИЧЕСКОГО АУДИТА</p>	10
<p>Егорова А.О., Кныш О.И. ИЗУЧЕНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ГОСУДАРСТВЕННУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ В ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ</p>	12
<p>Золотарева Л.А., Викулова К.А. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ И ПРОЧИХ ТОВАРОВ АПТЕЧНОГО АССОРТИМЕНТА С ПРИМЕНЕНИЕМ АПО «ПАРУС» НА ПРИМЕРЕ АПТЕЧНОГО СКЛАДА АО «ФАРМАЦИЯ»</p>	13
<p>Латыпова Ю.О., Кныш О.И. АНАЛИЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЙ БАЗЫ ПО ОРГАНИЗАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛИЦ, ИМЕЮЩИХ ПРАВО НА ГОСУДАРСТВЕННУЮ СОЦИАЛЬНУЮ ПОДДЕРЖКУ В РФ</p>	15
<p>Огурцова О.И., Рябова Е.И. МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ВИТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ ГОРОДА КУРГАНА</p>	16
<p>Черепанова Л.Л., Кныш О.И., Викулова К.А., ОБ ИСТОРИЧЕСКИХ АСПЕКТАХ ФОРМИРОВАНИЯ СИСТЕМЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ИНСПЕКТИРОВАНИЯ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.</p>	18
<p>Ювченко Ю.С., Рябова Е.И. РАЗРАБОТКА СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКОГО ПОРТРЕТА ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ВИТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ.</p>	20
<p>Килеева О.П., Бушуева И.В. ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ КОСМЕЦЕВТИЧЕСКИМИ СРЕДСТВАМИ ПРИ ЛЕЧЕНИИ И ПРОФИЛАКТИКЕ АКНЕ.</p>	21
<p>Suyunov N.D. PREVALENCE AND MORBIDITY PROGNOSIS OF ALLERGIC RHINITIS, POLLINOSIS</p>	23

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

Суюнов Н.Д. РЕТРОСПЕКТИВНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ИСТОРИЙ БОЛЕЗНИ ПРИ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ ОРГАНОВ ДЫХАНИЯ	26
Суюнов Н.Д. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ АЛЛЕРГИЧЕСКИМ РИНИТОМ (ПОЛЛИНОЗОМ)	28
Садыкова Ш. Б., Нысанова Б. А, Уразгалиев К.Ш., Сагинбазарова А.Б. АҚТӨБЕ ҚАЛАСЫ ДӘРІХАНАЛАРЫНЫҢ ЖҰМЫСТАРЫ ТИІСТІ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕ (GXP) ХАЛЫҚАРАЛЫҚ СТАНДАРТТАРЫНА СӘЙКЕСТІГІНЕ ҚАТЫСТЫ СҰРАҚТАРЫ.	30
Грицанюк А.А., Заричная Т.П. ИЗУЧЕНИЕ ПРОБЛЕМ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	31
Бузивская И.С., Заричная Т.П. АНАЛИЗ ФИРМЕННОЙ СТРУКТУРЫ ОТЕЧЕСТВЕННОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ	32
Абд-ель-кадерСамираV., Заричная Т.П. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ТРЕБОВАНИЙ К АПТЕЧНОМУ ЗАВЕДЕНИЮ В УКРАИНЕ И НА МАДАГАСКАРЕ.	33
Крына О.В., Рябова Е.И. МАРКЕТИНГОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ, СОДЕРЖАЩИХ ГЛЮКОЗУ	34
Клименко Т.В., Червоненко Н.М. АНАЛИЗ ФИРМЕННОЙ СТРУКТУРЫ УКРАИНСКОГО РЫНКА ПРЕПАРАТОВ УРСОДЕЗОКСИХОЛИЕВОЙ КИСЛОТЫ	35
Фесенко М.С., Червоненко Н.М. ИНТЕРНЕТ-ПРЕДСТАВИТЕЛЬСТВА АПТЕЧНЫХ СЕТЕЙ Г. ЗАПОРОЖЬЕ	36
Харенко А.М., Вицингловская Л.С., Червоненко Н.М ИЗУЧЕНИЕ СТРУКТУРЫ ВЕБ-САЙТОВ АПТЕК	37
Khaliq R.N., O. S. Yakovleva. PHARMACOLOGICAL SUPERVISION IN UKRAINE: THE RESULTS OF THE SURVEY OF PHARMACEUTICAL PROFESSIONALS	38
Тукинова Л., Мусина.А.Е. ПРИВЕРЖЕННОСТЬ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ К МЕДИКАМЕНТОЗНОМУ ЛЕЧЕНИЮ В УСЛОВИЯХ АМБУЛАТОРНО-ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ В СЕМЕЙСКОМ РЕГИОНЕ КАЗАХСТАНА.	40
Санина В. А., Ткаченко Н.А. МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ УКРАИНСКОГО РЫНКА СРЕДСТВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ СЕБОРЕЙНОГО ДЕРМАТИТА.	41
Рыжкова С.Е., Ткаченко Н.А. ИССЛЕДОВАНИЯ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ И КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, КОТОРЫЕ ПРИМЕНЯЮТСЯ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ВИТИЛИГО	43
Бондар А.И, Левицкая О.Р ИССЛЕДОВАНИЕ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ	44
И.Л.Чухрай. МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА ПРОБИОТИКОВ УКРАИНЫ	46
Громовик Б.П., Горячева Х. Д. ИЗУЧЕНИЕ МНЕНИЯ РОДИТЕЛЕЙ ОТНОСИТЕЛЬНО ПОТРЕБИТЕЛЬСКИХ СВОЙСТВ ПОДГУЗНИКОВ ОДНОРАЗОВОГО ИСПОЛЬЗОВАНИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ	47
Нагимова Г.М., Ивакина С.Н. АНАЛИЗ ЖЕЛЕЗОСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ	48
Ассахли Камаль, Синча Н.И. Некоторые аспекты фармации в Марокко	50
Братишко Ю. С., Посылкина О.В.	50

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

ВНЕШНЯЯ СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЙ	
Мачавариани Е.А., Лагуткина Т.П. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА ПРИВЕРЖЕННОСТЬ ЛЕЧЕНИЮ БОЛЬНЫХ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИЕЙ	52
Верещагин И., Грибкова Е.И. МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ, ОБЕСПЕЧИВАЮЩИХ НАПРАВЛЕННОСТЬ ИНФОРМАЦИОННОЙ УСЛУГИ В АПТЕКЕ, НА ПРИМЕРЕ ИММУНОМОДУЛЯТОРОВ	53
Брагин Т.С., Смирнов А.И. ОБОСНОВАНИЕ КРИТЕРИЕВ ОЦЕНКИ ТРАНСПОРТНО-ЛОГИСТИЧЕСКИХ ОПЕРАЦИЙ В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	55
Әжібай А.Ғ., Тұрарбекова Г.Қ., Сатаева Л.Г. ДӘРЛІК ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУ ҚОҒАМДЫҚ ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ БІР БӨЛІГІ РЕТІНДЕ	56
Әжібай А.Ғ. Тұрарбекова Г.Қ. , Сатаева Л.Г. ДӘРЛІК КӨМЕК КӨРСЕТУ БОЙЫНША ДДҰ ҰСЫНЫСТАРЫ	57
Әжібай А.Ғ. Тұрарбекова Г.Қ. , ТАБИҒИ РЕСУРСТАР – ЕЛДЕГІ ДӘРІМЕН ҚАМТАМАСЫЗ ЕТУДІҢ ДАМУЫНЫҢ НЕГІЗІ.	58
Рамазан М.Н. , Мақсұт Н.А., Сатаева Л.Г. ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДАҒЫ ИННОВАЦИЯЛЫҚ ДӘРЛІК ЗАТТАР	60
Рамазан М.Н. , Мақсұт Н.А., Сатаева Л.Г.. ҚР ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ НАРЫҚТАҒЫ СҰРАНЫСТЫ ТАЛДАУ.	61
Рамазан М.Н. , Мақсұт Н.А., Сатаева Л.Г. ҚАЗАҚСТАН ДЕНСАУЛЫҚ САҚТАУ ЖҮЙЕСІНІҢ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ ӨНДІРІСІ МЕН ДАМУЫ.	62
Рамазан М.Н. , Мақсұт Н.А., Сатаева Л.Г. ҚАЗАҚСТАНДА ТАҒАЙЫНДАЛАТЫН ГЕНЕРИКАЛЫҚ ПРЕПАРАТТАР.	63
Тоқтасын І.Б., Мақсұт Н.А., Сатаева Л.Г. САЛАМАТТЫ ҚАЗАҚСТАН 2011- 2015 БАҒДАРЛАМАСЫ	63
Жакова А.В., Лоскутова Е.Е РОЛЬ АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ В РЕАЛИЗАЦИИ КОНЦЕПЦИИ 4С-МАРКЕТИНГА	64
Грушкова Д.Т ИССЛЕДОВАНИЕ ВЛИЯНИЯ ФАКТОРОВ МАКРОСРЕДЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ФИРМ	65
Гулбану Бакыт, Ландышев Н., Галкина Г.А. НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ РЫНКОВ КАЗАХСТАНА И РОССИИ	67
Сетбай М., Сатаева Л.Г. ВЛИЯНИЕ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ ПРЕДПРИЯТИЯ.	68
Сетбай М., Сатаева Л.Г. СОВРЕМЕННАЯ РЕКЛАМА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОДУКЦИИ.	69
Сетбай М., Сатаева Л.Г. АНАЛИЗ МЕЖДУНАРОДНОГО ОПЫТА НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ИМПОРТОЗАМЕЩАЮЩЕГО ПРОИЗВОДСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ	69
Сетбай М., Сатаева Л.Г. ВНЕДРЕНИЕ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В ДЕЯТЕЛЬНОСТИ АПТЕК.	70
Сетбай М., Сатаева Л.Г. АСПЕКТЫ КОНТРОЛЛИНГА В МЕНЕДЖМЕНТЕ ДЛЯ ФАРМАЦИИ.	71
Тристан И.В., Яковлева Л. В., ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНЫЕ СРЕДСТВА: ИССЛЕДОВАНИЕ	72

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж., ТОМ 5

АССОРТИМЕНТА И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ В УКРАИНЕ.	
Хоменко О. В., Яковлева Л. В. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА И ДОСТУПНОСТИ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫХ ПРЕПАРАТОВ ГРУПП ПЕНИЦИЛЛИНОВ И ЦЕФАЛОСПОРИНОВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ.	73
В.С. Левченко, Ткачева О.В. ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ СРЕДСТВА ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ: ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА И ДОСТУПНОСТИ В УКРАИНЕ.	75
Колесник А.В., Ткачева О.В. СТОМАТОЛОГИЧЕСКИЕ СРЕДСТВА: ИССЛЕДОВАНИЕ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ В УКРАИНЕ .	76
Старжинская А. А., Ткачева О.В. ПРОТИВОВИРУСНЫЕ СРЕДСТВА: ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ В УКРАИН.	77
Рубашко В. М., Матяшова Н.А. АНТИРЕТРОВИРУСНЫЕ СРЕДСТВА: ИССЛЕДОВАНИЕ АССОРТИМЕНТА И СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ В УКРАИНЕ.	79
Ахметов Н.Р., Жұмабаев Н.Н., Жұмабаев Н.Ж ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ КАДРЛАРДЫҢ ҚАЖЕТТІЛІГІН АНЫҚТАУ.	80
Самандарова О.Д., Суюнов Н.Д. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В ТРАВМАТОЛОГИИ.	81
Самандарова О.Д., Суюнов Н.Д. РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ТРАВМАМИ, ОТРАВЛЕНИЯМИ И НЕКОТОРЫМИ ДРУГИМИ ПОСЛЕДСТВИЯМИ ВОЗДЕЙСТВИЯ ВНЕШНИМИ ПРИЧИНАМИ .	83
Евстафьева Т.Г., Безносова Н.Ю., Задираченко Л.Н ИЗУЧЕНИЕ ОСВЕДОМЛЕННОСТИ ПОСЕТИТЕЛЕЙ АПТЕК О ПРИМЕНЕНИИ СТАТИНОВ НА ОСНОВЕ СОЦИОЛОГИЧЕСКОГО ОПРОСА.	84
Ерметов А.Р., Орманова Г.К СОВРЕМЕННЫЕ МЕДИЦИНСКИЕ ОБОРУДОВАНИЯ ПО ПРОИЗВОДСТВУ МАРЛЕВЫХ БИНТОВ.	86
Жабборов Р., Карпенко Л.А ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОГО СНАБЖЕНИЯ СЛУЖБЫ ЭКСТРЕННОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ И НАСЕЛЕНИЯ ПРИ ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЯХ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	88
Секция «ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА»	
Серікқанқызы Ш., Жасқайрат Д. Ж., Герасимов Д. А., Вахонина К. А. Мансарина А. Е. СТАТИСТИЧЕСКАЯ ОБРАБОТКА РЕГИСТРАЦИОННЫХ, МЕДИЦИНСКИХ ИДОЗИМЕТРИЧЕСКИХ СВЕДЕНИЙ ЛИКВИДАТОРОВ ПОСЛЕДСТВИЙ АВАРИИ НА ЧЕРНОБЫЛЬСКОЙ АЭС, ПРОЖИВАЮЩИХ В АТЫРАУСКОЙ ОБЛАСТИ	89
Соколовская И.А. ВЛИЯНИЕ ФАКТОРОВ ВНЕШНЕЙ СРЕДЫ НА ОСОБЕННОСТИ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАСЕЛЕНИЯ ПСОРИАЗОМ В ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ	91
Sokolovskaya I.A. THE IMPACT ON THE PREVALENCE OF PSORIASIS LIFESTYLE	92
Фам Т.Н.Х., Соколовская И. А. НАИБОЛЕЕ ЗНАЧИМЫЕ ПРОБЛЕМЫ ЭКОЛОГИИ ГОРОДА ЗАПОРОЖЬЕ	93
Эйхгорн С.А., Чумак И.И., Соколовская И.А.	95

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

МИРОВАЯ ПРОБЛЕМА ЗАГРЯЗНЕНИЯ ПРЭСНЫХ ВОДОЕМОВ И ПУТИ ИХ РЕШЕНИЯ	
Фильчакова А.И., Понич А.Н., Соколовская И.А. ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА	96
Хамитова Л.И., Горева Е.А. КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ СИНДРОМА ГИПОТИРЕОЗА У ДЕТЕЙ В ЙОДДЕФИЦИТНОМ РЕГИОНЕ	97
Uldasheva S., Iztleuov G.M., Baisbai O., Dusenova S., Erimbetova A., Orazova M.M., Doltaeva V.Z. WASTEWATER GENERATORS IDENTIFYING WATER USERS	98
Окродзе О.Ю., Ермолаева О.А., Махмутов Н.С., Ширинова М.К., Кулбалиева Ж.Ж. ОЦЕНКА РАСПРОСТРАНЕННОСТИ КАРИЕСА ЗУБОВ СРЕДИ ШКОЛЬНИКОВ ГОРОДСКОЙ И СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ	100
Шадман Ч.М., Ермолаева О.А., Махмутов Н.С., Сидоренко О.О. , Ширинова М.К. ВЛИЯНИЕ ИНТЕРАКТИВНЫХ ДОСОК НА СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ И РАЗВИТИЕ УЧАЩИХСЯ	101
Шәріп Ә.К., Серікбай Г.Ж., Жумагалеева Д.С., Долтаева Б.З., Домбаева Ф.М. МЕКТЕП ОҚУШЫЛАРЫНЫҢ АРАСЫНДА ЖАҚЫННАН КӨРГІШТІК АУРУЫНА ЖАРЫҚТАНДЫРУДЫҢ ӘСЕРІН АНЫҚТАУ	102
Базарбаева Д.Т., Жумагалеева Д.С., Долтаева Б.З., Тойжанов Б.Қ., Айботаева Ш.А. АВТОКӨЛІК ЖУАТЫН ОРЫНДАРЫНДА ҚОЛДАНАТЫН СУ ҚОРЫН ҮНЕМДЕУ ЖӘНЕ ТАЗARTU ҚОНДЫРҒЫЛАРЫН ОРНАТУ ТИІМДІЛІГІ	104
Домбаева Ф.М., Жумагалеева Д.С., Долтаева Б.З., Токкулиева Б.Б. ТҰРМЫСТЫҚ ЖАРАҚАТПЕН АУРУХАНАҒА ЖАТҚЫЗУДЫҢ МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК АСПЕКТІЛЕРІ	105
Б.Б.Мусаева, А.М.Турлыбаева, Б.З.Долтаева, А.Т.Масабаева, Б.Н.Карибаева АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БЕШЕНСТВУ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	107
Турлыбаева А.М., Долтаева Б.З., Кускеева Г.С., Масабаева А.Т., Сапарова С.М. 2011-2015 ж.ж ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫНДА: ОҚО АУРУХАНАШІЛІК ЖҰҚПАЛАРДЫ ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУ	109
Б.Б.Мусаева, А.М.Турлыбаева, А.Б.Мусаева, Б.З.Долтаева., П.А.Слаббекова АНАЛИЗ ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЙ СИТУАЦИИ ПО БРУЦЕЛЛЕЗУ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ ЗА 2011-2015г.г	111
Жақсылық Ә.А., Жумагалеева Д.С., Долтаева Б.З., Бөлешов М.Ә. ӨМІР СҰРУ САЛТЫНА ЖӘНЕ МЕДИЦИНА САЛАСЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІНЕБАЙНАЛЫСТЫ АДАМДАРДЫҢ ОРТАША ӨМІР СҰРУ ҰЗАҚТЫҒЫНАЭВОЛЮЦИЯЛЫҚ БОЛЖАМ ЖАСАУ	112
Деулин Б.И., Сучкова Т.Н., Ермолаева О.А., Серикпаева Т.Т. АВТОМАТИЗИРОВАННЫЙ ОДНОЛУЧЕВОЙ СПЕКТРОФОТОМЕТР С ЛАЗЕРНЫМ ИСТОЧНИКОМ СВЕТА	113
Авизова З.К., Куандыков Е.К. СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ХАРАКТЕРА ПИТАНИЯ СТУДЕНТОВ	115
Жұманазар Н.Н., Нұрмаханбетова А.Е., Жунисова А.Б., Тайжанова М.А., Жумагалеева Д.С., Долтаева Б.З., Бухарбаев Е.Б. МЕКТЕП ЖАСЫНДАҒЫ БАЛАЛАР МЕН ЖАСӨСПІРІМДЕР АРАСЫНДА ТУБЕРКУЛЕЗ АУРУШАҢДЫҒЫНЫҢ ДЕҢГЕЙІН САЛЫСТЫРУ	117
Қонысбаев А.Н., Сраж Б.Б. БІЗ ТҰТЫНЫП ЖҮРГЕН ЖЕМІС – ЖИДЕК САПАСЫ ҚАНДАЙ?	118
Дүйсенбиева Л.А., Жумагалеева Д.С., Долтаева Б.З., Жақсылық А.А. Нуралиева Г.Н., Тойжанов Б.Қ.	120

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

ҚАРТАУҒА ӘСЕР ЕТЕТІН ФАКТОРЛАРДЫ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ЖӘНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒАЛАУ	
Бекпатша Б.Қ., Жумагалеева Д.С., Долтаева Б.З., Жақсылық А.А.Кубеева З.Е., Тойжанов Б.Қ. САБАҚ КЕСТЕСІНІҢ ОҚУШЫЛАРДЫҢ ДЕНСАУЛЫҒЫНА ӘСЕРІН ЗЕРТТЕУ	122
Жақсылықова М.Р., Жолдастай А.Б., Жақсылық А.А., Тайжанова М.А., Долтаева Б.З., Тойжанов Б.Қ. ОҚУШЫЛАРДЫҢ САБАҚ КЕСТЕСІНІҢ ҚҰРАСТЫРУЫНА ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒА БЕРУ	124
Шал А.Л., Жумагалеева Д.С., Долтаева Б.З., Жақсылық А.А., Тойжанов Б.Қ. СТУДЕНТТЕР АРАСЫНДАҒЫ ТУБЕРКУЛЕЗ ДЕРТІНЕ ГИГИЕНАЛЫҚ БАҒА БЕРУ	125
Батырова Г.А., Кудабаева Х.И. ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ МИКРОЭЛЕМЕНТНОГО СТАТУСА У ДЕТЕЙ	127
Ефимова А.С., Ахметгалеева М. М., Нуралиева Г.Н., Сапарова С.М., Масабаева А.Т. АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ В ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ ОБЛАСТИ	128
Қазыхан Абылайхан, Ескерова С.У., Байконсова Л.О., Төлеуова А.Е. Уркимбаева Б.Т. ОҚУ БӨЛІМЕЛЕРІНІҢ МИКРОКЛИМАТЫН ЗЕРТТЕУ НӘТИЖЕЛЕРІ	129
Уркимбаева Б.Т., Юлдашов А.Ю. ФОСФОР ЖӘНЕ ФОСФОР ҚОСЫЛЫСТАРЫНЫҢ ТҮРМЫСТАҒЫ, АУЫЛ ШАРУАШЫЛЫҒЫНДАҒЫ ҚОЛДАНАНЫСТАҒЫ ЗИЯНДЫЛЫҒЫН БАҒАЛАУ	131
Amzeeva Jasmin, Jusabek Aigerim, Iztleuov G.M., Baisbai O., Dusenova S., Suleimenova I.T., Orazova M. ELEKTRODIALIS SCOPE AND OPERATION	132
Жакай М.А., Жунисова А.Б., Жумагалеева Д.С., Долтаева Б.З., Бухарбаев Е.Б. УЛЬТРАФИОЛЕТОВОЕ ИЗЛУЧЕНИЕ В МЕДИЦИНЕ. ПРОБЛЕМЫ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ	133
Ескерова С.У., Аскаров К.А., Аманбаева Б.К., Төлеуова А.Е., ИЗУЧЕНИЕ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ НАСЕЛЕНИЯ ПРИАРАЛЬЯ	135
Аскаров К.А., Жанадилов Ш., Аманбаева Б.К. СОВРЕМЕННАЯ ЭКОЛОГИЯ ПРИАРАЛЬЯ	137
Аскаров К.А., Ескерова С.У., Аманбаева Б.К. АНАЛИЗ ПОДРОСТКОВОЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ В ЭКОЛОГИЧЕСКИ НЕБЛАГОПОЛУЧНОМ ПРИАРАЛЬЕ	138
Ахаева Л.Ж., Токтамисова Ж.Е., Беккулкызы А., Ескерова С.У. АЛКОГОЛЬСІЗ СУСЫНДАРДЫҢ АҒЗАҒА ӘСЕРІН САРАПТАУ	140
Беккулкызы А., Токтамисова Ж.Е., Ахаева Л.Ж., Ескерова С.У. ГЕПАТИТТІҢ АЛДЫН АЛУ ЖӘНЕ ЕЛДЕГІ АУРУШАҢДЫҚ ДЕҢГЕЙІН БАҒАЛАУ	141
Ералхан А.Қ., Серикова Ы.Б., Ескерова С.У., Байконсова Л.О. ҚАЗІРГІ ЗАМАНҒЫ СТУДЕНТТЕРДІҢ САЛАУАТТЫ ТАМАҚТАНУ ЖАҒДАЙЫН БАҒАЛАУ	142
Төлеуова А.Е., Ескерова С.У. САЛАУАТТЫ ӨМІР САЛТЫ НЕГІЗІ- ДҰРЫС ТАМАҚТАНУ	144
Токтамисова Ж.Е., Беккулкызы А., Ахаева Л.Ж., Ескерова С.У. ВОЗДЕЙСТВИЯ ВИБРАЦИИ НА ОРГАНИЗМ	145
Аймаков М., Абдикадырова А., Амангельдиева Г., Алиев Д.С., Масабаева А.Т. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ПЛОЩАДИ САНИТАРНО-ЗАЩИТНОЙ ЗОНЫ ПОКОНГО- КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКЕ НА ЭНДЕМИЧНОЙ ТЕРРИТОРИИ	146
Бейсеева Ш., Кенжибаев Ж., Сунатулла М., Алиев Д.С., Масабаева А.Т. КРИТЕРИИ И КЛАССИФИКАЦИЯ ЭНДЕМИЧНОСТИ КОНГО-КРЫМСКОЙ ГЕМОРАГИЧЕСКОЙ ЛИХОРАДКИ В УСЛОВИЯХ ЮЖНО-КАЗАХСТАНСКОЙ	148

ОҢТҮСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕМЛЕКЕТТІК ФАРМАЦЕВТИКА АКАДЕМИЯСЫ ХАБАРШЫ
№4(77)-2016ж.. ТОМ 5

ОБЛАСТЫ	
Мугалипова Г, Жанша Г., Масабаева А.Т. Турлыбаева А.М., Алиев Д.С. - 2014-2015 ж.ж. ОҚО ҚЫРЫМ-КОНГО ГЕМОРАГИЯЛЫҚ ҚЫЗБАСЫ. ЭПИДЕМИОЛОГИЯЛЫҚ ТАЛДАУЫ	149
Жаңабаев Кемалиддин, Абдрахманова Ж. Ж. ИОНДАУШЫ СӘУЛЕЛЕРДІҢ БИОЛОГИЯЛЫҚ ӘСЕРІН ЗЕРТТЕУ	151
Горбунова А.С., Ибрагимов Э.М., Яковлева Г.Ю. ИЗМЕНЕНИЕ БЕЛКОВОГО ПРОФИЛЯ <i>BACILLUS PUMILUS</i> GA-1 КАК РЕЗУЛЬТАТ ТОКСИЧЕСКОГО ДЕЙСТВИЯ 2,4,6-ТРИНИТРОТОЛУОЛА	153
Халмурадова П.А., Ахметгалиева Л.Т., Горбунова А.С., Яковлева Г.Ю. ТРАНСФОРМАЦИЯ 2,4,6-ТРИНИТРОТОЛУОЛА <i>SACCHAROMYCES CEREVISIAE</i> XII В УСЛОВИИ БРОЖЕНИЯ	154
Таштемиров С.Ф. СЕФПОТЕК В ЛЕЧЕНИИ ГОНОРЕЙНОЙ ИНФЕКЦИИ У МУЖЧИН	156