



Оңтүстік Қазақстан
медицина академиясының

ХАБАРШЫСЫ

• ВЕСТНИК •

Южно-Казакстанской медицинской академии

“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medical academy

REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

ТОМ III

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ
ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ

№4 (84), 2018

РЕСПУБЛИКАНСКИЙ
НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ

ОҢТУСТІК ҚАЗАҚСТАН МЕДИЦИНА АКАДЕМИЯСЫНЫҢ ХАБАРШЫСЫ

№ 4 (84), 2018, том III

РЕСПУБЛИКАЛЫҚ ҒЫЛЫМИ ЖУРНАЛ РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНЫЙ ЖУРНАЛ
“VESTNIK”

of the South-Kazakhstan medicina academy
REPUBLICAN SCIENTIFIC JOURNAL

Основан с мая 1998 г.

Учредитель:

АО «Южно-Казakhstanская медицинская академия»

Журнал перерегистрирован Министерством информации и коммуникаций Республики Казахстан Регистрационное свидетельство №17199-ж от 04.07.2018 года.
ISSN 1562-2967

«Вестник ЮКМА» 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 200 экз. Журнал отпечатан в типографии ОФ «Серпилис», г. Шымкент.

Главный редактор

Рысбеков М.М., доктор мед. наук., профессор

Заместитель главного редактора

Нурмашев Б.К., кандидат медицинских наук, асс.профессор

Редактор научного журнала

Шаймерденова Р.А.

Редакционная коллегия:

Абдурахманов Б.А., кандидат мед.н., доцент
Абуова Г.Н., кандидат мед.н., доцент
Анартаева М.У., доктор мед.наук, доцент
Душанова Г.А., доктор мед.наук, профессор
Кауызбай Ж.А., кандидат мед.н., доцент
Ордабаева С.К., доктор фарм.наук, профессор
Орманов Н.Ж., доктор мед.наук, профессор
Сагиндыкова Б.А., доктор фарм.наук, профессор

Сисабеков. К.Е., доктор мед. наук, профессор
Шертаева К.Д., доктор фарм.наук, профессор

Редакционный совет:

Бачек Т., асс.профессор(г.Гданьск, Республика Польша)
Gasparyan Armen Y., MD, PhD, FESC, Associated Professor (Dudley, UK)
Георгиянц В.А., д.фарм.н., профессор (г.Харьков, Украина)
Дроздова И.Л., д.фарм.н., профессор (г.Курск, Россия)
Корчевский А. Phd, Doctor of Science (г.Колумбия, США)
Раменская Г.В., д.фарм.н., профессор (г.Москва, Россия)
Чолпонбаев К.С., д.фарм.н., проф. (г. Бишкек, Кыргызстан)
Халиуллин Ф.А., д.фарм.н., профессор (г.Уфа, Россия)
Иоханна Хейкиля, (Университет JAMK, Финляндия)
Хеннеле Титтанен, (Университет LAMK, Финляндия)
Шнитовска М.,Prof.,Phd., M.Pharm (г.Гданьск, Республика Польша)



**Материалы VI международной научной конференции молодых ученых и студентов, инициированной Фондом Первого Президента Казахстана – Елбасы и Южно-Казахстанской медицинской академией,
«Перспективы развития биологии, медицины и фармации»
7-8 декабря 2018 года, г. Шымкент, Республика Казахстан**

Секция «ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»

ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

Беридзе Р.М., Конюшенко А.А., 4 курс, лечебный факультет, г. Гомель, Республика Беларусь, renat.beridze@mail.ru

Научный руководитель: **Палковский О.Л.**, ст. преподаватель, г. Гомель, Республика Беларусь

Введение. Рассеянным склерозом (РС) сегодня в мире страдают около 3 млн человек. У большинства первые симптомы возникают в возрасте от 20 до 40 лет. В Республике Беларусь (РБ) общая заболеваемость составляет около 41 случая на 100 тыс. населения. Рассеянный склероз относится к мультифакториальным болезням. Его развитие обусловлено взаимодействием факторов внешней среды и наследственной предрасположенности, реализуемой полигенной системой, определяющей особенности иммунного ответа и метаболизма. Среди факторов внешней среды, рассматриваемых как «запускающие механизмы» РС, выделяют недостаток в организме витамина D. В Республике Беларусь, как и в других европейских странах, отмечается увеличение распространения случаев рассеянного склероза (свыше 40 случаев на 100 тысяч населения). Хотя для профилактики, а также для успешного лечения пациентов с РС лекарственных средств нет, в настоящее время существуют препараты, способные уменьшить частоту возникновения и тяжесть обострений заболевания [1].

Цель. Анализ тактики лечения РС в РБ по сравнению с признанными мировыми стандартами.

Материалы и методы исследования. Материалом для исследования явились Реестр лекарственных средств Республики Беларусь, Приказы Министерства здравоохранения Республики Беларусь по лечению неврологических заболеваний, а также публикации, содержащие информацию об эпидемиологии и лечении РС в РБ и ряде других европейских стран, размещенные в англоязычных ресурсах «U.S.National Library of Medicine» и в ряде русскоязычных изданий («Медицина и здравоохранение», «Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова», «Лекарственный вестник») за период 2009 - 2017 гг.

Результаты исследования. Основные цели лечения при РС: купирование и профилактика обострений, замедление прогрессирования процесса. Препаратами выбора для лечения тяжелых обострений РС остаются кортикостероиды. Наибольшего эффекта от их применения можно ожидать при длительности заболевания менее 5 лет. В настоящее время доказана эффективность 6 препаратов, воздействующих на аутоиммунные процессы при РС. Они относятся к 4 различным классам: интерфероны бета – интерферон бета-1b (бетаферон, экставиа, ронбетал, инфибета), интерферон бета-1a (авонекс, ребиф, генфаксон), глатирамера ацетат (копаксон), иммуносупрессор митоксантрон (новантрон, онкотрон) и натализумаб (антегрин, тизабри). Интерфероны бета и глатирамера ацетат являются препаратами первого ряда [2].

Препаратами выбора для лечения тяжелых обострений РС в Республике Беларусь остаются кортикостероиды. Они ограничивают воспалительный процесс и степень разрушения миелина, особенно показаны во время острых эпизодов, частых рецидивов. Наибольшего эффекта от их применения можно ожидать при длительности заболевания менее 5 лет. Также достаточно широко используют в сочетании с гормонотерапией плазмаферез, который основан на удалении из крови аутоантител (происходит «очистление» крови). Это основные (базисные) методы лечения в РБ.

Помимо этого, широко используется симптоматическая терапия, которая направлена на лечение отдельных проявлений заболевания: спастичности-миорелаксанты; хронической усталости и патологической утомляемости — амантадины, антидепрессанты; дисфункции мочевого пузыря — дриптан, детрузитол; пароксизмальных симптомов (невралгия тройничного нерва, симптом Лермитта и др.) — антиконвульсанты; хронических болей антидепрессанты, НПВС, прегабалин.

За рубежом для лечения больных РС используют препараты интерферона и глатирамера ацетат, относящиеся к превентивному ряду. К превентивному ряду, как уже было сказано, относятся иммуномодуляторы (препараты бета-интерферона-бета-интерферон-1b, бета-интерферон-1a, глатирамера ацетат), иммуносупрессоры (митоксантрон, кладрибин, циклофосфан, а также натализумаб из группы моноклональных антител) и др. Однако это лечение очень дорогостоящее — стоимость лечения составляет порядка 15-18 тысяч долларов в год. Кроме того, в апреле 2017 года управление по контролю лекарственных препаратов (FDA, США) предоставило препарату Ocrevus® статус «прорыв в терапии», цена которого составляет примерно 20 тысяч евро. Ocrevus® – это первое одобренное лекарственное средство, получившее подобный статус по показанию «рассеянный склероз» [3].

Отсутствие регистрации некоторых препаратов, получивших признание за границей, в Республике Беларусь объясняется тем, что большинство орфанных препаратов создаются на основе дорогостоящих биотехнологий. Стоимость препаратов является одной из основных проблем для пациентов, а схемы терапии - для бюджета РБ. Например, 3-летний курс препарата «Бетаферон» в 1993 г. стоил 11.500 долларов, а в 2017 уже 91.300 (цена увеличилась на 691%). Курс лекарственного средства «Авонекс» в 1996 г. стоил 8.700 долларов, в 2017 – 68.300 (увеличение цены на 889%). Препарат «Ребиф» в 2014 г. стоил 15.300, в 2017 – 91.000 (увеличение на 496%). А цена препарата «Копаксон», относящегося к группе глатирамера ацетата, в 2014 г. составляла 8.300 долларов, а в 2017 стала 91.400, что говорит об увеличении цены на 1002%.

18 января 2018 года Министерством здравоохранения был утвержден клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население)», в котором в состав схем лечения рассеянного склероза входят следующие препараты: «Интерферон β -1a», «Интерферон β -1b», иммунодепрессант «Финголимод» [4].

Выводы. Тактика фармакотерапии РС в РБ существенно отличается от мировых стандартов терапии, в первую очередь, в плане профилактики развития обострений. Основная проблема связана с отсутствием на фармацевтическом рынке РБ лекарственных средств превентивного ряда. Немаловажное значение является стоимость препаратов, дороговизна схем лечения превентивными средствами.

Литература

1. Лорина, Л. В., Джапаралиева, Н. Т., Михеева, Л. М. Современные принципы терапии рассеянного склероза / Л. В. Лорина, Н. Т. Джапаралиева, Л. М. Михеева // Медицина и здравоохранение, 2015. – №4. – С. 163 – 164.
2. Бойко, А. Н., Гусев, Е. И. Бета-интерфероны при рассеянном склерозе / А. Н. Бойко, Е. И. Гусев // Журнал неврологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. Спец. выпуск, 2014. – С. 65 – 71.
3. Мирошникова, В. В., Саранов, А. А., Аракелян, А. С., Рыбак, В. А. Современная терапия рассеянного склероза / В. В. Мирошникова, А. А. Саранов, А. С. Аракелян, В. А. Рыбак // Лекарственный Вестник, 2013. – №1(49). – С. 20 – 35.
4. Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов с заболеваниями нервной системы (взрослое население) [Электронный ресурс] : постановление Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 18 янв. 2018 г., № 8 // Законодательство Республики Беларусь. – Минск, 2018.

THE ROLE OF GMP IN KAZAKHSTAN

A.S. Sandibekova, 4th year student of TPhM, Almaty, RK
aidanasandibekova@gmail.com

G.O.Ustenova Head of the Department of medicine technology and engineering disciplines, d.t.s., Prof., Almaty, RK.

Introduction. The main factor in the global system of drug supply is the provision of important drugs that meet quality standards, safety, and should be at an affordable price. The document defining requirements to quality control of medicines is the standard of good manufacturing practice.

The standard of good manufacturing practice sets out the requirements for the proper production of medicines, active pharmaceutical substances used as raw materials. The implementation of the standard of good manufacturing practice in the pharmaceutical enterprises of the Republic makes it possible to monitor the process, the conditions of production, which directly affect the quality of dosage forms.

Objects and methods of research. Today, about 80 enterprises of the pharmaceutical industry of the country produce more than 11 thousand tons of medicines and medical products in the amount of 42.4 billion tenge per year, which, for example, is 37 times more than 20 years ago, in 1998 [1].

Since January 2016, the common market of medicines for the countries of the Eurasian economic Union has been functioning. At the same time, Kazakhstan has the highest level of imports of pharmaceuticals compared to other EAEU members. Thus, the share of imported pharmaceutical products in the market of Kazakhstan is 88%, in Belarus, for example, 75%, in Russia — 82%, given that according to the WHO recommendations, the share of domestic production should be at least 25% of the total volume of medicines consumed in the country.

Results and discussions. Only medicines of GMP standard should be produced and sold on the territory of the EAEU. Standards of good pharmaceutical practices were approved in the system of state standard of the Republic of Kazakhstan in 2006. Since March 2014, all foreign companies exporting products to Kazakhstan had to confirm that they work according to the GMP standard, otherwise the import of their products into the country was prohibited. In 2015, GMP standards were updated to meet the requirements of the EU and the EAEU. Since January 1, 2018, GMP standards have made mandatory for Kazakh producers. Production facilities that have not yet implemented GMP may apply for safety and quality assessment of products and sell drugs before the expiration of their registration certificates [2].

The procedure of certification for compliance of a medicinal product with GMP standards in international practice is complex, and its main purpose is to confirm the safety and efficacy of products. In this regard, in order to achieve this goal, specialists of accredited certification organizations are not limited to the evaluation of a number of sample samples of medicines, as often provided by other standards. The procedure for establishing the required level of quality of medicines also includes the assessment of the enterprise itself engaged in its production. As a result, experts involved in certification procedures analyze a specific drug and the process of its release in the following areas:

- assessment of production for compliance with safety criteria, including its verification of the probability of foreign impurities and substances entering the product;
- evaluation of production to meet technical requirements for production, including the conditions regarding humidity, temperature and other parameters in the production facilities;
- assessment of the quality, safety and efficacy of medicines produced at a particular enterprise;
- assessment of compliance of production parameters and characteristics of the drug with the regulatory documents adopted within the GMP procedure [3].

Conclusion. Manufacturers that have GMP certificate of conformity in Kazakhstan JSC "Himfarm" (SANTO company).LLP "VIVA Pharm».LLP "Petoleum». Too " Eikos Pharm». LLP "Kelun farm». LLP "Abdi Ibrahim global farm». JV "Ecofarm». Pharmaceutical company Romat LLP». CJSC "Nobel Almaty pharmaceutical factory", etc [4].

A GMP facility must provide an environment for the safe processing and manipulation of tissues for use in humans under the new and stricter regulations. Its versatility in an academic center should allow for new protocols to be developed and readily applied in the ever changing and more demanding field of cellular and gene therapy.

1. References

2. The business information centre Kapital.kz <https://kapital.kz>
3. Inform the BUREAU <https://inforburo.kz>
4. Order of the Minister of health and social development of the Republic of Kazakhstan dated may 27, 2015 № 392. Registered in the Ministry of justice of the Republic of Kazakhstan on June 30, 2015 № 11506
5. Online magazine Attek experts <https://www.centrattek.ru>

ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ

Афендикова А.В. , руководитель: канд. фарм. н. **Подколзина М.В.**

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина, anastasiya.afendikova@gmail.com

Миома матки (фибромиома) — это доброкачественная опухоль из мышечной (мышечной и соединительной) ткани. Миома матки возникает в результате того, что клетки матки спонтанно начинают активно делиться. Причины этого явления до конца не выяснены, однако установлено, что оно стимулируется гормонами и связано прежде всего с повышенной секрецией эстрогенов. То есть, эстрогены стимулируют рост миомы, а прогестерон, напротив, вызывает ее обратное развитие. Но это не значит, что нормальный баланс содержания эстрогенов и прогестерона в крови однозначно свидетельствует об отсутствии миомы. Установлено, что местное изменение уровня эстрогенов в матке чаще всего не отражается или очень незначительно отражается на содержании гормонов этой группы в крови[2,3].

Миома матки является достаточно распространенной женской патологией, которая чаще всего диагностируется у пациенток в возрасте от 30 до 40 лет и практически не встречается у девочек до наступления полового созревания, как и у женщин после климакса. По статистике миома чаще поражает жительниц сельской местности, чем городской. На сегодняшний день около 80% всех операций в гинекологии проводится по поводу миомы матки – 90% из этих операций – удаление матки. В Украине у каждой третьей женщины после 55 лет удалена матка в связи с диагнозом “миома матки. На ранних стадиях, пока миоматозные узлы небольшие, опухоль ничем себя не проявляет и обнаружить ее может только врач. Неутешительная статистика ставит эту патологию на лидирующие позиции среди болезней женских репродуктивных органов[2,4].

Медикаментозное лечение миомы. Медикаментозная терапия является методом выбора у женщин, которые не подлежат хирургическому лечению или отказываются от него. Медикаментозное лечение включает в себя негормональные средства и препараты гормональной терапии. Негормональные средства - преимущественно симптоматическая терапия: гемостатики (при кровотечении) и спазмолитики, нестероидные противовоспалительные препараты (при болевом синдроме), а также меры, направленные на лечение патологических состояний, которые могут способствовать росту миомы матки (патология щитовидной железы, воспалительные процессы гениталии) и на нормализацию обмена веществ (антиоксиданты, антиагреганты, поливитамины, фитотерапия).

Гормональная терапия - основа медикаментозного лечения миомы представляет собой корректирующую гормональную терапию, направленную на уменьшение как системной, так и локальной дисгормонемии. Оральные контрацептивы приводят к уменьшению размеров миомы, но могут уменьшать менструальную кровопотерю со значительным повышением гематокрита и других показателей гемограммы и могут применяться для гемостаза. Прогестагены применяются в комплексе медикаментозного лечения миомы, которая сопровождается гиперпластическими процессами эндометрия с целью уменьшения локальной гиперэстрогемии. Используются препараты дозы и режимы, обеспечивающие стромальную супрессию эндометрия (дидрогестерон 20-30 мг с 5-го по 25 день менструального цикла (МЦ), норэтистерон (10 мг с 5 по 25 день МЦ) и линестрол (20 мг с 5 по 25 день МЦ). Лечение агонистами Гн-РГ эффективно уменьшает размер узлов и матки, но применяется не более 6 месяцев в связи с развитием синдрома медикаментозной менопаузы при длительном применении. Женщинам с миомой, имеющих гиперпластические процессы эндометрия рекомендуется применение Гн-РГ (гозерелин) совместно с назначением дидрогестерон по 20 мг с 5 по 25 день (в течение первого цикла). Лечение агонистами Гн-РГ (гозерелин) в комбинации с ЗГТ ("add-back" терапия эстрогенами и прогестинами) приводит к уменьшению размеров миомы, не вызывает проявлений медикаментозной менопаузы и является альтернативным методом лечения для женщин, имеющих противопоказания к хирургическому лечению или информированный отказ от операции. Женщинам с диагностированной лейомиомой, которые имеют кровянистые выделения при применении ЗГТ, следует рекомендовать уменьшить дозу эстрогенов, или увеличить дозу прогестерона. Наблюдений относительно подтверждения уменьшения размеров миомы при применении ВМС, выделяющие прогестагены, недостаточно, однако положительная динамика клинических проявлений позволяет рекомендовать этот метод в лечении миомы [2,3].

На сегодняшний день в Украине зарегистрировано не много лекарственных препаратов для лечения миомы матки без хирургического вмешательства. В основном ценовая политика таких препаратов очень высокая, поэтому не каждый гражданин может позволить себе приобрести их. Это в свою очередь приводит к ухудшению состояния больных и увеличению статистики заболевания. Основными препаратами выбора в аптеках являются: Эсмия (Половые гормоны и модуляторы системы половых органов. Код G03X B02) 4384,85 грн; Диферелин (Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона. Код L02A E04.) 5495,00 грн; Мирена №1 (Внутриматочный контрацептив. Код G02B A03.) 2054,50 грн; а так же препараты других групп: Норколут (Гормоны половых желез и препараты, применяемые при патологии половой сферы. Гестагены. Код G03D C02.) 135,50 грн; Омнадрен (Андрогены. Код G03B A03.) 617,30 грн; Золадекс (Аналоги гонадотропин-рилизинг гормона. Код L02A E03.) 2290,00 грн; Марвелон (Гормональные контрацептивы для системного применения. Эстрогены и гестагены в фиксированных комбинациях. Код G03A A09.) 933,54 грн; Логест (Гормоны половых желез и препараты, применяемые при патологии половой сферы. Гормональные контрацептивы для системного применения. Код G03A A10.) 237,78 грн.

Исходя из полученных данных можно сделать вывод, что препараты для лечения миомы матки в аптеках Украины не удовлетворяют потребности потребителей - в основном из-за высокой ценовой политики, а так же ограниченного ассортимента. Поэтому будет целесообразно в дальнейшем изучать проблему доступности лекарственной помощи больным миомой матки и создавать отечественные, более доступные для жителей Украины лекарственные препараты исследуемой группы.

Список литературы

1. Аптечная справочная «Таблетки.юа» [Электронный ресурс]
2. Миома матки: лечение без операции народными средствами/ Медицинский сайт «Миома.ру» [Электронный ресурс].
3. Миома матки: причины, диагностика и лечение / Медицинский портал «МедпроталМедиа» [Электронный ресурс].
4. Эндovasкулярная хирургия в Украине. /Медицинский портал WWW.EVSU.ORG - EndoVascularSurgeryofUkraine. [Электронный ресурс].

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРИНЦИПОВ И ПРОБЛЕМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ФАРМАКОНАДЗОРА В УКРАИНЕ

Борщ Т. А., 2 курс (магистратура), фармацевтический факультет Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина, tayaborsh@ukr.net
Цурикова О.В., канд. фармацевт. наук, ассистент, г. Харьков, Украина

В системе фармацевтического обеспечения населения фармаконадзор играет ключевую позицию в обеспечении населения качественными препаратами (ЛП). Согласно Директиве 2001/83/ЕС Европейского парламента и Совета Европейского Союза (ЕС) от 08.07.2004 г., система фармакологического надзора определяется как государственная система сбора данных о побочных реакциях в процессе потребления ЛП,

позволяющая принятие соответствующих и эффективных регуляторных решений в отношении зарегистрированных на фармацевтическом рынке (ФР) препаратов [2,3]. С момента создания первых элементов системы фармаконадзора в Украине прошло уже около 20 лет. Так, в 1996 году в Украине был организован Центр побочного действия лекарственных средств (ЛС) в составе Государственного фармакологического центра (ГФЦ), а с 1999 года стал функционировать отдел фармакологического надзора. С 2002 г. Украина является членом Международной программы по мониторингу лекарственных средств («Drug Monitoring Programme»).

В результате систематизации данных нормативно-правовой базы, которая регулирует фармацевтическую деятельность в Украине и источников специальной литературы нами установлено, что современная система фармаконадзора функционирует на трех основных уровнях:

- локальный (представлен учреждениями здравоохранения, в которых непосредственно осуществляется оказание медицинской помощи населению и где осуществляется сбор и генерация всех возможных побочных действий препаратов);
- региональный (представлен региональными отделениями по фармаконадзору в административно-территориальных единицах страны);
- центральный (осуществляется Департаментом после регистрационного надзора Государственного экспертного центра – ГЭЦ).

Основным моментом в проведении регистрации ЛП является экспертиза материалов регистрационного досье в Государственном фармакологическом центре (ГФЦ) Министерства здравоохранения (МЗУ). Данная процедура проводится в три основных этапа: «первичная экспертиза» – анализ заявки на регистрацию ЛП на предмет того, относится ли данный препарат к числу запрещенных к применению в Украине. Кроме этого проводится предварительная оценка возможной стоимости ЛП и объема экспертизы, которая существенно отличается в зависимости от того, это генерический ЛП или оригинальный препарат; «предварительная экспертиза», которая представляет собой оценку соответствия поданных на регистрацию документов установленным требованиям; «специализированная экспертиза» – анализ результатов доклинических и клинических исследований, аналитически-нормативной документации, инструкций к применению, листка-вкладыша и другой информации, которая сопровождает ЛП на этапе регистрации и в дальнейшем будет представлена на фармацевтическом рынке (ФР) потребителям [1,2].

В случае недостаточности данных или низкого уровня их критичности проводится дополнительная экспертиза, которая представляет собой экспериментальную лабораторную или клиническую перепроверку данных регистрационного досье на ЛП. На данный момент можно с полной уверенностью утверждать, что в Украине построена современная система качества инспектора, а лицензионные условия приведены к требованиям GMP и GDP. Продолжается в Украине также разработка национальной редакции «Надлежащей фармацевтической (аптечной) практики» (GPP). С 2003 г. была введена процедура добровольной сертификации по правилам GMP, а с 2009 г. требования GMP стали обязательным элементом лицензионных требований по ведению оптовой деятельности на ФР Украины. Установлено, что экспертиза в рамках проведения государственной регистрации ЛП осуществляется в Украине компетентными экспертами и экспертными организациями (ГЭЦ). На данный момент в украинской законодательно-правовой базе определены нормативные требования к экспертам, порядку проведения экспертизы, ее срокам и т.д. С точки зрения профессионального подхода к проведению экспертных оценок регистрационных материалов ЛП, поданных на регистрацию существующая в Украине процедура существенно отличается от практики в других странах СНГ. Эксперты ВОЗ отмечают, что в организации и проведении экспертной оценки регистрационных материалов в Украине достигнут достаточно адекватный уровень по сравнению с практикой в странах Европейского Союза (ЕС) [1,2]. При этом, нельзя не отметить про существование проблемы конфликта интересов в рамках экспертной организации и отдельных экспертов. Этот факт отмечался в 2008 г. в материалах отчета экспертов ВОЗ, Европейской комиссии и Агентства США по международному развитию. В рамках работы данной комиссии также отмечалось, что следует строго обеспечивать отсутствие такого конфликта на уровне штатных и внештатных экспертов ГЭЦ [1]. Это будет способствовать сведению к минимуму лоббированию интересов той или иной фармацевтической компании на ФР. Например, на организационном уровне системы конфликт интересов заключается в том, что лаборатория биоэквивалентности ГЭЦ проводит исследования для субъектов ФР, которые затем подают материалы этих исследований в структуре регистрационного досье и, естественно, потом успешно регистрируют свои препараты в Украине. По-мнению, международных экспертов необходимое решение этой проблемы находится в применении как административных, так и нормативно-правовых механизмов государственного регулирования фармацевтической деятельности [1,2]. В Украине с конца 2011 г. введена законодательно-нормативная норма, предусматривающая регистрацию (перерегистрацию) только тех ЛП, которые произведены в условиях GMP. Все регуляторные механизмы (лицензирование, регистрация и государственный контроль ЛП) должны быть связаны между собой. К сожалению, в Украине такая практика отсутствует и все механизмы в сфере их реализации на ФР разведены между различными органами исполнительной власти и экспертными организациями. Так, например, вопросами государственного контроля и лицензирования всех видов фармацевтической

деятельности (производство, оптовая и розничная реализация ЛП) в Украине занимается Гослекслужба, а государственной регистрацией – МЗУ, при экспертной оценке регистрационных материалов ГЭЦ. Необходимо также отметить, что данная проблема характерна для многих стран СНГ, в т.ч. Центральной Азии (Узбекистан, Таджикистан, Туркменистан, Кыргызстан). В рамках реализации комплекса мер, связанных с дерегуляцией ФР в 2016 г. серьезно рассматривался вопрос о введении упрощенной процедуре регистрации для всех ЛП, которые предполагается позиционировать на ФР Украины.

В заключении следует отметить, что значительные изменения в регулировании системы фармаконадзора и регистрации ЛП в Украине позволяют существенно снизить уровень общественной напряженности в государстве по целому комплексу вопросов, касающихся организации оказания доступной фармацевтической помощи населению в условиях финансового и социально-экономического кризиса в стране.

Список литературы

1. Кузьмин М. Почему лекарства в ЕС дешевле, чем в Украине? / М. Кузьмин – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.eurointegration.com.ua/rus/articles/2016/01/19/7043410/>
2. Левашова И. Г. Надлежащие практики в фармации: Учебник / И. Г. Левашова, А. Н. Мурашко, Ю. В. Подпрудников. – К.: Морион, 2006. – 256 с.
3. Мешковский А. П. Международная гармонизация в регулировании лекарственного рынка / А. П. Мешковский, И. А. Самылина, Н. В. Пятигорская // Фармацевтический бюллетень. – 2011. – №2. – С. 56-59.

АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ ПО ВНЕДРЕНИЮ НАЦИОНАЛЬНЫХ РУКОВОДСТВ «НАДЛЕЖАЩЕЙ АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКЕ» В СИСТЕМУ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СТРАН МИРА

Гаврилюк Я. Д., 1 курс (аспирантура), фармацевтический факультет Национального медицинского университета имени А.А. Богомольца, г. Киев, Украина, varoslava.gavrylyuk@gmail.com
Гала Л. А., канд. фармацевт. наук, доцент, г. Киев, Украина, gala.liliya@gmail.com

В современных условиях развития гуманистических тенденций здоровье людей является наивысшей общественной ценностью, а формирование условий для сохранения жизни и повышения ее качества рассматривается как приоритетное направление развития любого государства. За последнее время все больше внимания уделяется анализу роли фармацевтов и провизоров в процессе сохранения здоровья граждан и повышение его качества, а также вопросам рационального использования ограниченных ресурсов здравоохранения. Уже в течение нескольких десятилетий усилия влиятельных международных организаций (World Health Organization – WHO, International Pharmaceutical Federation – FIP) и ученых направлены на глубокое философское переосмысление современной роли фармацевтов с целью разработки современных направлений повышения их деятельности в системе фармацевтического обеспечения населения [1-3]. Качественные и количественные изменения, произошедшие на современном фармацевтическом рынке, а также в отношениях между врачами, пациентами, операторами фармацевтического рынка, государством привели к формированию нового видения современной роли фармацевтических работников в контексте развития фармацевтической помощи [1,2,5]. С 90-х годов прошлого века вопрос трансформации современной роли фармацевтов в системе фармацевтического обеспечения населения не теряет своей актуальности [2-4]. Особое значение проблема пересмотра современной роли фармацевтов в решении вопросов рационального использования ограниченных ресурсов здравоохранения приобретает в рамках эффективного внедрения норм и требований «Надлежащей аптечной практики» («Good Pharmaceutical Practice», GPP). Стандарт «Надлежащей аптечной практики» (НАП) во многих странах мира рассматривается как современная идеология в построении эффективных моделей организации фармацевтической деятельности на розничном сегменте рынка лекарств. Вышеуказанное утверждение и определило основную цель проведения наших исследований.

В результате анализа национальных руководств по GPP, действующих в разных странах Европейского Союза (ЕС), а именно в Германии, Франции, Великобритании, Норвегия, Ирландия и странах СНГ нами установлено следующее. Национальные руководства по GPP, которые внедрены в фармацевтическую практику в странах ЕС, разработаны профессиональными и общественными организациями, а не государственными органами исполнительной власти. То есть, указанный процесс находится в плоскости общественного регулирования фармацевтической деятельности, как социально ориентированной формы общественной деятельности. В отличие от стран ЕС, в странах бывшего СССР разработчиком указанных стандартов является орган исполнительной власти (Министерства здравоохранения, МЗ), на который возложены основные функции по регулированию медицинской и фармацевтической деятельности в стране. Следующей важной отличительной чертой процесса разработки и внедрения стандартов GPP в странах ЕС является наличие в национальных руководствах различных подходов в формировании логического наполнения документа и формирования его структуры в целом.

При этом, во всех исследуемых национальных руководствах по НАП, действующих в странах ЕС сохраняется единая стратегия внедрения GPP в фармацевтическую практику, предложенная WHO и FIP. Кроме этого, сохранены основные методические подходы в организации механизмов реализации норм и требований, прописанных в указанных стандартах. Как свидетельствует мировой опыт, стандарты НАП разрабатываются профессиональными фармацевтическими организациями или национальными органами власти, ответственными за составление документов и в дальнейшем используются специалистами аптек в качестве руководства для ежедневной работы и оценки их профессиональной деятельности. Кроме этого, они могут использоваться владельцами аптечного бизнеса – для проведения внутреннего аудита качества предоставления фармацевтических услуг населению, контролирующими органами – при определении уровня эффективности оказания фармацевтической помощи больным и клиентам аптеки и т.д. При этом минимальный объем требований, которые должны быть реализованы аптеками в своей деятельности, утвержден в нормативно-правовых документах (НПД), принятых соответствующими органами страны. Внедряя национальные стандарты GPP страны СНГ пошли двумя путями. Так, в одних странах, например, в Республике Узбекистан за основу будущего стандарта НПА был взят базовый документ GPP, который был предложен WHO и FIP в редакции 1999 года. Таким образом, можно утверждать о сохранении стратегического направления, предложенного WHO и FIP на пути эффективной реализации норм и требований НПД в фармацевтической деятельности на розничном сегменте рынка. При этом возникает много вопросов относительно отсутствия подзаконных НПД, в которых рассматривались вопросы эффективной реализации механизмов, с помощью которых общество может влиять на процесс оказания эффективной фармацевтической помощи. В Республике Беларусь и Российской Федерации (РФ) национальное руководство GPP утверждено в виде систематизированного или объединяющего документа, в котором представлены существующие в стране требования по организации фармацевтической деятельности вообще и розничной реализации лекарств и изделий медицинского назначения, в частности. В Республики Беларусь и РФ дефиниция «Надлежащая аптечная практика», которая представлена в руководствах по GPP соответствует действующей нормативно-правовой базе. В отличие от европейских государств нормы и требования, прописанные в национальных руководствах GPP стран СНГ являются обязательными к исполнению, а контроль за их выполнением возложен на соответствующие государственные органы, представляющие исполнительную власть.

В заключении проведенных исследований необходимо отметить, что безусловным является тот факт, что эффективная реализация рекомендованных к применению норм и требований GPP может наблюдаться только при наличии развитого профессионального и общественного движения в фармации, а также действенного опыта взаимодействия с государственными органами и ведомствами. На пути внедрения современных требований по предоставлению населению эффективной фармацевтической помощи и услуги в соответствии с требованиями GPP необходимо формирование консолидированной позиции фармацевтических специалистов, потребителей фармацевтических услуг, операторов рынка ЛС и государственных органов.

Список литературы

- Hepler C, Strand L. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *J Hosp Pharm.*47; 1990:533-543.
- Fred M. Eckel, The Pharmacist's Expanded Role. *Pharmacy Time*. Available from: <http://www.pharmacytimes.com/publications/issue/2015/october2015/the-pharmacists-expanded-role>
- New tool to enhance role of pharmacists in health care. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/news/new/2006/nw05/en/index.html>
- Mil V. Pharmaceutical care the future of pharmacy. Available from: <http://dissertations.ub.rug.nl/FILES/faculties/science/2000/j.w.f.van.mil/titlecon.pdf>
- The Role of Pharmacists in a Changing Health Care Environment. Available from: <https://cvshealth.com/thought-leadership/the-role-of--pharmacists-in-a-changing-health-care-environment>

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОТПУСКА КОМБИНИРОВАННЫХ КОДЕИНОСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УКРАИНЕ

Кириленко А.А., 5 курс, факультет «Фармацевтический», **Лебедин А.Н.**, ас., к. фарм.н.
Национальный фармацевтический университет, Кафедра организации и экономики фармации
г. Харьков, Украина, alla_leb7@ukr.net

Среди проблем мирового сообщества едва ли не самой острой является проблема наркозависимости. В мире около 250 млн. больных наркоманией (4% населения), ежедневно умирает 330 человек. Наркозависимость общее название болезней, которые возникают вследствие систематического, в нарастающем количестве употребления веществ, включенных в утвержденный на официальном уровне список наркотиков. Украина один из лидеров по темпам распространения наркомании среди населения в Европе.

На учете в Министерстве внутренних дел (МВД) Украины около 150 тыс. наркозависимых. По данным международных организаций: Всемирной организации охраны здоровья (ВОЗ) и UNAIDS, в Украине употребляют наркотические лекарственные средства (ЛС) 1-1,5 млн. чел. (инъекционных наркоманов более 425 тыс. чел., тяжелые наркотики употребляют 550 тыс. чел.). Ежегодно количество увеличивается на 8-10%. Статистические данные за последние десятилетия указывают на то, что современная наркомания активно переходит в статус аптечной, вытеснив при этом инъекционную наркоманию. Это означает, что наркотические вещества приобретают прямо в аптечных учреждениях, как вполне легальные препараты [1].

Среди ЛС обезболивающего действия аптечного ассортимента в Украине у населения пользуются большим спросом комбинированные кодеиносодержащие ЛС. На сегодняшний день препараты данного списка используются не только в лечебных целях, но также широко известны в кругах наркоманов. В состав этих препаратов входит кодеин. Кодеин считается одним из самых часто используемых опиатов, он входит в Национальный перечень основных лекарственных средств (ОЛЗ). Его используют при лечении симптомов боли, кашля, диареи. При постоянном применении кодеин может вызывать сильную физическую зависимость. Потребители наркотических средств используют кодеиносодержащие препараты для изготовления наркотика «дезоморфин». Одна доза наркотика получается из 10 таблеток кодеинового лекарственного средства, содержащего по 8-15 мг кодеина фосфата. В настоящее время установить точное количество зарегистрированных лиц, употребляющих дезоморфин, невозможно, поскольку формы государственной статистической отчетности не предусматривают учет лиц, потребляющих кодеиносодержащие лекарственные средства без назначения врача с целью достижения наркотического опьянения.

По данным аналитической компании «SMD» (Support in Market Development) в 2015 году продажи кодеиносодержащих лекарств в украинских аптеках превысил 14 млн. упаковок. Группа препаратов данного типа постоянно растет. Большинство из них продается в аптеках без рецепта [1].

В случае нарушения порядка продаж ЛС, относящихся к наркотическим средствам и психотропным веществам провизор несет уголовную ответственность. Аптечные учреждения, которые в соответствии с лицензией осуществляют розничную реализацию наркосодержащих препаратов, находятся в зоне риска.

Основными статьями Уголовного кодекса (УК) Украины о нарушении порядка продаж лекарственных средств, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, прекурсоры являются: Статья 319, Статья 320.

Содержание Статьи 319 УК Украины гласит о «Незаконная выдача рецепта на право приобретения наркотических средств или психотропных веществ» наказывается: штрафом до 70_необлагаемых минимумов доходов граждан (НМДГ) или административным арестом от 3 до 6 месяцев, или общественными работами сроком от 160 до 240 часов, либо ограничением свободы до 3 лет, либо лишением права занимать определенные должности на срок до 3 лет.

Статья 320 УК Украины предусматривает нарушение установленных правил оборота наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов и прекурсоров. В ней говорится, в частности, о нарушении правил производства, изготовления, хранения, учета, отпуска, распределения, торговли, перевозки, пересылки или использования наркотических средств, психотропных веществ, их аналогов или прекурсоров, предназначенных для производства или изготовления этих средств или веществ.

Административные нарушения порядка продаж лекарственных средств, содержащих наркотические средства и психотропные вещества, прекурсоры (НППр) изложены в Статье 441 УК Украины об административных нарушениях «Незаконное производство, хранение, перевозка, наркотических средств без цели сбыта в небольших размерах». Штраф от 25 до 50 НМДГ или административный арест на срок 15 суток, или общественные работы сроком от 20 до 60 часов [2, 3].

За 2017 г. проанализированы 107 обвинительных приговоров о привлечении к уголовной ответственности работников аптек (заведующие аптек, провизоры, фармацевты, стажеры аптеки) по Статье 320 УК Украины. Из 107 приговоров 92 (86%) касались нарушений правил торговли наркосодержащими препаратами, 15 (14%) других нарушений правил их обращения. В 80,4% случаев предметом преступления выступали комбинированные препараты, содержащие малое количество наркотических средств и (или) психотропных веществ.

30 октября 2014 г. в МОЗ Украины состоялось совещание, где было решено усилить контроль над оборотом комбинированных лекарственных средств, содержащих кодеин. В ней принимали участие: ГП «Государственный экспертный центр МЗ Украины», ГП «Украинский медицинский мониторинговый центр по алкоголю и наркотикам МОЗ Украины», Государственная служба Украины по лекарственным средствам, Государственная служба Украины по контролю за наркотиками, Служба безопасности Украины (СБУ), Министерство внутренних дел (МВД) Украины, производители лекарственных средств, общественные организации, импортеры.

На заседании было принято решение: отнести кодеиносодержащие препараты к категории рецептурных; установить их на предметно-количественный учет; ввести аптечный отпуск комбинированных лекарственных препаратов, содержащих малое количество наркотических средств разрешенных к отпуску без рецепта врача, в количестве не более двух упаковок [4].

Список литературы

1. Габуда А. С. Сучасні підходи до боротьби з незаконним обігом наркотиків в ООН / А. С. Габуда, В. М. Вовк, А.П. Калініченко, А.В. Ляшук та ін. // Основні напрями та проблеми протидії наркоманії. - Нац. акад. внутр. справ, 2017. – 122 с.
2. Головня І. І. Контроль над обігом наркотиків на міжнародній арені / І. І. Головня, В.М. Вовк, А.П. Калініченко, А.В. Ляшук та ін. // Основні напрями та проблеми протидії наркоманії. - Нац. акад. внутр. справ, 2017. – 122 с.
3. Козаченко О. В. Кримінально-правові проблеми боротьби з розповсюдженням наркоманії / О. В. Козаченко, Н. А. Мирошніченко // – Одеса : Юрид. л-ра, 2005. – 156 с.
4. Якімова С. В. Детермінація злочинності у сфері обігу наркотичних засобів, психотропних речовин, їх аналогів або прекурсорів // Якімова С. В. Вісник Національного університету "Львівська політехніка". Юридичні науки. - 2014. - № 782. - С. 193-198.

К ВОПРОСУ О ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ

Латыпова Ю.О., аспирант кафедры фармацевтических дисциплин, ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, г. Тюмень
e-mail: valer_svez@mail.ru

Научный руководитель: **Кныш О.И.**, д.фарм.н., профессор, заведующая кафедрой фармацевтических дисциплин ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, г. Тюмень, e-mail: knysho@mail.ru

Актуальность. Одной из приоритетных задач государства является обеспечение сельского населения доступной и качественной медицинской и фармацевтической помощью. В населенных пунктах Тюменской области с численностью от 100 до 2 тыс. человек создаются современные фельдшерско-акушерские пункты (ФАП), медицинское обслуживание сел, где проживают менее 100 человек, осуществляется с использованием выездных врачебных бригад на базе мобильных медицинских комплексов. Реализация жителям села лекарственных препаратов (ЛП) разрешена ФАП, имеющим лицензию на фармацевтическую деятельность. Проблема организации обеспечения ФАП необходимым набором эффективных и безопасных ЛП, доступных по стоимости, остается актуальной, требует постоянного анализа с позиции рациональности ассортимента, соблюдения правил хранения, отпуска населению [1, 2, 3].

Цель: провести многосторонний анализ фактического лекарственного ассортимента ФАП (на примере Нижне-Тавдинского района) для разработки рекомендаций по оптимизации лекарственного обеспечения сельского населения Тюменской области.

В Тюменской области создано единое медицинское пространство, что в целом позволяет обеспечивать преемственность оказания медицинской помощи пациентам от ФАП до областных специализированных клиник. В 2015-2017 гг. первичную медико-санитарную помощь населению на селе оказывали 758 обособленных подразделений медицинских организаций (МО), из них 684 ФАП, 40 врачебных амбулаторий, 22 участковые больницы, 20 врачей общей врачебной (семейной) практики. Лицензию на фармацевтическую деятельность в части розничной торговли ЛП имеют 560 (82%) ФАП, обслуживающего 15,5% общей численности населения области. На всех уровнях оказания медицинской помощи применяются стандарты медицинской помощи. Приказом Департамента здравоохранения Тюменской области от 08.10.2010 №174ос «Об организации отпуска лекарственных препаратов медицинскими организациями и их обособленными подразделениями (амбулаториями, фельдшерскими и фельдшерско-акушерскими пунктами, отделениями общей врачебной (семейной) практики), расположенными в сельских поселениях, в которых отсутствуют аптечные учреждения» утвержден перечень ЛП, продажа которых может осуществляться МО (далее Перечень). Данный Перечень включает 145 торговых наименований (ТН) ЛП и 5 наименований медицинских изделий (МИ). При этом предусматривается, что Перечень, хотя и содержит определенные ограничения, носит рекомендательный характер и, по сути, может быть расширен за счет ТН ЛП разных производителей и ценовых категорий. Анализ данного Перечня с позиции рациональности показал, что из 119 международных непатентованных наименований (МНН) ЛП только 53 наименования (44,5%) являются жизненно необходимыми важнейшими (ЖНВ) ЛП, ценообразование на них подлежит государственному регулированию. В Перечне преобладают безрецептурные препараты, их доля составляет 72,3%; присутствуют препараты только из 10 классов АТХ-классификации. Наполненность крупных групп препаратами из перечня ЖНВ ЛП по разным классам составляет от 29% (R дыхательная система) до 71% (J противомикробные препараты системного действия). Класс C сердечно-сосудистая система представлен 16 МНН, из которых только 9 МНН (56%)

являются ЖНВ ЛП. По некоторым классам наполненность ассортимента единичная или нулевая (S органы чувств, H гормональная система).

Нижне-Тавдинский район относится к территориям области с относительно высокой численностью населения, 100%- сельское население. Изучение статистики сети МО показало, что в районе 31 населенный пункт охватывается медицинским обслуживанием в зонах и вне зоны функционирования районной больницы. В 21 сельском поселении работают лицензированные ФАП. Население, обслуживаемое ФАП, составляет 64,3%. В среднем на 1 ФАП приходится 502 человека, на ФАП, имеющий лицензию, 675 человек. С целью определения направлений совершенствования ассортиментного перечня ЛП и МИ нами проведен более детальный и многосторонний анализ фактического ассортимента имеющихся ЛП на ФАП, с учетом спроса на фармацевтические товары сельских жителей. Так, проведенный анализ требований-накладных на отпуск ЛП и МИ в ФАП района показал, что наиболее востребованными для продажи сельским жителям оказались всего 70 товарно-ценовых позиций (ТЦП) препаратов (30% наименований, или 50% всех упаковок), в том числе уголь активированный табл. 250мг №10, парацетамол табл. 500мг №10, цитрамон П табл. №10, ацетилсалициловая кислота табл. 500мг №10, аскорбиновая кислота табл. 75мг №10, таблетки от кашля №10, амосин табл. 500мг (250мг) №10, сульфацил натрия глазные капли 20% 5 мл, фурацилин табл. 20мг №10, анальгин табл. 500мг №10, валидол табл. 60мг №10, эналаприл табл. 10мг №20, ревит драже №100 и другие. В ходе анализа выявлено, что наибольшим спросом у сельского населения пользуются ЛП в ценовом диапазоне до 100 руб. Составлен рейтинг преобладающих фармакологических групп по доле (%) в отпущенных упаковках, составляющих в общей сложности 46,5%. На первом месте препараты из группы НПВС (17,9%). В структуре отпуска ЛП по сумме наибольшая доля приходится на АТХ-классы: Дыхательная система (R) – 18,1%, Пищеварительный тракт (A) – 17,2%, Костно-мышечная система (M) – 13,2%, Нервная система (N) – 12%. Вместе эти 4 класса составляют 60,5% от общей суммы отпущенных фармтоваров. Сопоставление фактически заявленного набора ЛП с нормативным перечнем показало, что ФАП не заявлено 88 ТН из перечня ЛП, утвержденного департаментом здравоохранения. Вместе с тем, затребованы и отпущены не входящие в ассортимент нормативного перечня 140 ТЦП, из которых 21 ТЦП приходится на МИ и 4 на БАД. Эти данные свидетельствуют о том, что утвержденный Перечень не соответствует потребностям сельских жителей и нуждается в корректировке.

Таким образом, исследование показало, что в Тюменской области в целом налажено взаимодействие между организациями-участниками обеспечения ЛП жителей сельских поселений. Однако, требует оптимизации номенклатура ЛП с учетом структуры заболеваемости жителей специфика потребительского спроса. Анализ ассортимента необходим в процессе мониторинга с целью более точного определения потребности населения в ЛП конкретных фармакотерапевтических групп, что повысит уровень обеспечения сельского населения доступной и качественной фармацевтической помощью.

Список литературы

1. Крупнова, И.В. Лекарственное обеспечение сельского населения – важная социально значимая задача / И.В. Крупнова // Вестник Росздравнадзора. – 2011. - №1.
2. Латыпова Ю.О. К вопросу о формировании рационального ассортимента лекарственных препаратов для реализации на ФАП / Ю.О. Латыпова, О.И. Кныш и др. / Всероссийский конгресс «Человек и лекарство. Урал-2014»: сб. матер. конгресса (тезисы докладов). – Тюмень: ООО «Печатник». – 2014. – С. 121.
3. Латыпова Ю.О. Объем реализации лекарственных препаратов как показатель доступности лекарственной помощи сельскому населению / Ю.О. Латыпова, О.И. Кныш и др. / Мат-лы IX Терапевт. Форума «Актуальные вопросы диагностики и лечения наиболее распространенных заболеваний внутренних органов». - Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2017. – С. 75-76.

АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ НАСЕЛЕНИЯ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ВИЧ / СПИД В УКРАИНЕ

Пазнюк А.Ю., Богдан Н.С., студентка 4 курса фармацевтического факультета, Научный руководитель: Богдан Наталья Степановна, к.фарм.н., ассистент кафедры фармации Высшего государственного медицинского университета Украины «Буковинский государственный медицинский университет», г. Черновцы, Украина, E-mail: nataliabogdan1602@gmail.com

В Украине борьба с эпидемией ВИЧ / СПИДа признана одним из главных приоритетов государственной политики, закрепленных в соответствующей Общегосударственной программе обеспечения профилактики ВИЧ-инфекции, лечения, ухода и поддержки ВИЧ-инфицированных и больных СПИДом. Обязательной составляющей комплексной медицинской и фармацевтической помощи ВИЧ-инфицированным является антиретровирусная терапия (АРТ).

Антиретровирусная терапия является неотъемлемым компонентом программы оказания комплексной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным лицам наряду с диагностикой, профилактикой и лечением оппортунистических инфекций (ОИ), ко-инфекций - туберкулеза и вирусных гепатитов, паллиативной

помощи и тому подобное. Основной целью АРТ является сохранение полноценного и качественного здоровья и продления жизни ВИЧ-инфицированного человека. [1]

В течение последних 5 лет в Украине значения показателей заболеваемости СПИДом составляло около 20 - 22 на 100 тыс. нас., смертности от СПИДа - около 7 - 8 на 100 тыс. нас. В 2016 в Украине заболеваемость СПИДом возросла (8852 случая против 8468 в 2015), показатель заболеваемости составил 20,7 на 100 тыс. нас. и был выше показателя предыдущего года (19,8 на 100 тыс. нас.) на 5%. Приоритетными шагами в борьбе с эпидемией ВИЧ-инфекции в стране остаются: обеспечение равного доступа к консультированию и тестированию, своевременная охвата ВИЧ-инфицированных услугами ухода и поддержки, антиретровирусным лечением, предупреждение новых случаев инфицирования ВИЧ.

Актуальной исходной проблемой является анализ лекарственного обеспечения больных ВИЧ / СПИД с изучением его тенденций через призму опыта развитых государств мира с учетом существующего финансирования. Кстати, в одной из важных функций Центров профилактики и борьбы со СПИДом принадлежит распределение и контроль за использованием медицинских препаратов, по специальности могут и должны осуществлять аптечные работники. Следовательно, возникает вопрос о соответствии плановых показателей финансового обеспечения фармацевтической составляющей ДЦП реальной потребности больных в доступной и качественной фармацевтической помощи, прежде всего, обусловленной показателем заболеваемости и распространенности указанных патологий в регионах Украины.

Аптеки как учреждения здравоохранения и провизоры как специалисты здравоохранения не должны стоять в стороне от проблем больных ВИЧ/СПИД. Их главная задача - обеспечение лекарственными средствами и предоставление фармацевтической опеки ВИЧ-позитивным пациентам на основе теоретических обобщений современного состояния фармакотерапии ретровирусных инфекций, фармако-экономических исследований соответствующих ЛС специфического действия, построения баз данных ЛС для профилактики, диагностики и лечения ВИЧ / СПИДа. [4]

Реалии таковы, что у нас многие обращаются за первой, а иногда и последней помощью именно в аптеки и к аптекарям. Поэтому провизоры и фармацевты служат важным источником информации по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и заболеваний, передающихся половым путем (ЗППП). Как видим, провизоры играют главную роль в предоставлении информации по предупреждению и лечению ЗППП. В свою очередь, пропаганда и реализация средств контрацепции также способствовать профилактике передачи ВИЧ-инфекции. [5] Существует 3 группы лекарственных средств, которые используются для фармакотерапии ВИЧ/СПИДа, - нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ), нунуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ) и ингибиторы протеазы (ИП). Обычно используют такие схемы фармакотерапии, включающих комбинацию двух препаратов группы НИОТ и 1-2 ИП или комбинацию двух лекарственных средств группы НИОТ с препаратом группы ННИОТ. Некоторые специалисты рекомендуют использовать комбинацию препаратов трех групп одновременно.

Нами было проанализировать обязательную составляющую комплексной медицинской и фармацевтической помощи ВИЧ-инфицированным является антиретровирусная терапия (АРТ). Использование эффективной АРТ способствует существенному снижению смертности, связанных с ВИЧ-инфекцией и улучшение качества жизни больных. Вышеупомянутое обуславливает применение новых технологий АРТ для лечения больных ВИЧ-инфекцией в условиях их фармакоэкономического обоснования. [2]

Нами проведено изучение теоретического арсенала АРТ в Украине на основе Национального перечня, Государственного формуляра (2017) и т.д., а также сравнительный анализ по Клиническому протоколом антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков (МОЗ Украины, 2008г.) И национальным формуляром лекарственных средств Великобритании другими нормативно-правовыми актами.

Маркетинговым анализом выделены основные национальные производители АРТ-препаратов Великобритании - 10 фирм-производителей. Следует отметить, что в Великобритании используется 11 оригинальных препаратов собственного производства (компания GlaxoSmithKline, GB). Зато в Украине на фармацевтическом рынке среди зарегистрированных АТР-препаратов используется только 5 препаратов фирмы GlaxoSmithKline, однако зарегистрировано 30 генериков индийского производства: LaboratoriesLtd (9, Индия) CiplaLTD (7, Индия), AurobindoPharmaLtd (6, Индия) HeterodrugsLtd (8, Индия), при отсутствии собственного производства АРТ-препаратов. [3,5]

Поэтому смотря на высокие эпидемиологические показатели в Украине и отсутствие собственного производства АРТ-препаратов, перспективным будет использование и производство отечественных ЛС для лечения ВИЧ/СПИД. А также фармацевтические работники, которые непосредственно общаются с ВИЧ-инфицированными, должны обладать достаточной информацией об особенностях организма, специфику течения в таких лиц других заболеваний, например, острых респираторных вирусных инфекций, хронических и сопутствующих недугов.

Список литературы

1. CarpenterC.C.J., CooperD.A., FischlM.A. etal. Antiretroviral therapy in adults. Updated recommendations of the international AIDS Society - USA Panel // J. Am. Med. Association. - 2000. - Vol. 283. - P. 381-390.
2. ВИЧ-инфекция в Украине № 33 (2017) // Информационный бюллетень. - М.: МЗ Украины УЦПИБ со СПИДом, 2017.

3. Янишин У.Я. Определение потребности в информации фармацевтов по профилактике и лечению ВИЧ / СПИДа / У.Я. Янишин // Фармацевтический журнал. - 2006. - № 2. - С. 22-24.
4. Клинического протокола антиретровирусной терапии ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков // 2008
5. <https://www.apteka.ua/article/13180>[Электронный ресурс]

ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕН НА КОМБИНИРОВАННЫЕ КОДЕИНОСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ В РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Подколзина М.В., доц., к. фарм.н., Лебедин А.Н., ас., к. фарм.н.

Национальный фармацевтический университет, Кафедра организации и экономики фармации
г. Харьков, Украина, alla_leb7@ukr.net

Обеспечение доступности лекарственных средств (ЛС) для населения один из насущных вопросов, который находится в фокусе внимания чиновников и специалистов фармации во всех странах мира, в том числе в Украине. Разница розничных цен в аптеках, иногда очень существенная до 40% и более на тот же лекарственный препарат. Это в свою очередь отрицательно влияет на экономическую доступность ЛС, заставляет потребителей обходить несколько аптек с целью найти необходимый препарат по наименьшей цене, теряется комплаентность пациента если не удастся быстро найти ЛС по приемлемой цене, либо за более дешевым препаратом необходимо ехать в другой район города, прием назначенного препарата пациент может отложить или вообще отказаться от поисков; заменить назначенное ЛС на аналог.

Поиск альтернативных путей обезболивания до сих пор вызывает оживленную дискуссии среди специалистов фармацевтической и медицинской отраслей, а тем более в условиях их необходимости при получении травмы и купирования болевого синдрома. Популярными обезболивающими среди аптечного ассортимента в Украине, пользующиеся большим спросом среди населения: Пенталгин, Каффетин, Солпадеин, Кодтерпин IC, глазные капли для расширения зрачка (Тропикамид), Нурофен плюс и другие. На сегодняшний день препараты данного списка используются не только в лечебных целях, но также широко известны в кругах наркопотребителей. В состав этих препаратов входит кодеин. Кодеин считается одним из самых часто используемых опиатов, он входит в Национальный перечень основных лекарственных средств (ОЛЗ). Его используют при лечении симптомов боли, кашля, диареи. При постоянном применении кодеин может вызывать сильную физическую зависимость [1, 4].

Напряженное социально-экономическое положение в условиях реформирования здравоохранения выявило серьезные проблемы в отечественной фармацевтической промышленности в области обеспечения и производства наркотических анальгетиков. Этому также способствовали установленные законодательством жесткие требования к порядку обращения данной группы лекарственных средств. В случае нарушения порядка продаж ЛС, относящихся к наркотическим средствам и психотропным веществам провизор несет уголовную ответственность. Аптечные учреждения, которые в соответствии с лицензией осуществляют реализацию наркосодержащих препаратов находятся в зоне риска [2, 3].

30 октября 2014 г. в Министерстве здравоохранения (МОЗ) Украины состоялось совещание, где было решено усилить контроль над оборотом комбинированных лекарственных средств, содержащих кодеин. На заседании было принято решение: отнести кодеиносодержащие препараты к категории рецептурных; установить их на предметно-количественный учет; ввести аптечный отпуск комбинированных лекарственных препаратов, содержащих малое количество наркотических средств разрешенных к отпуску без рецепта врача, в количестве не более двух упаковок [2].

С целью определения ценовой доступности кодеиносодержащих ЛС в различных регионах Украины был проведен анализ цен на исследуемые ЛС в областных центрах Ровенской, Одесской и Харьковской областей (табл. 1.).

В результате сравнительного анализа цен на кодеиносодержащие препараты установлено, что цены на Кодтерп табл. №10 (10x1) (Украина) в исследуемых областях практически одинаковые отклонение составило от -0,2% до 4,6% в г. Ровно и г. Одесса соответственно. Цены на Пенталгин табл. №10 (Украина), Солпадеин актив табл. раств. №12 (Великобритания) и Кодтерпин IC табл. №10 (Украина) отличаются несколько больше от -15% (Солпадеин актив табл. раств. №12, г. Одесса) до + 13,6% (Кодтерпин IC табл. №10 г. Одесса) по сравнению с ценами на указанные ЛС в г. Харьков. Цена на импортный препарат Каффетин леди табл. 200 мг №10 (Алкалоид, Македония) имеет наибольшую разницу: в г. Одесса он дороже на 20%, а в г. Ровно на 38% по сравнению с ценой на указанное ЛС в г. Харьков.

Таблица 1 - Цены на кодеинсодержащие препараты в аптеках в регионах Украины

№	Название препарата	Производитель / страна	Цена (грн.), г. Харьков	Цена (грн.), г. Ровно	Цена (грн.), г. Одесса
1	Кодетерп табл. №10 (10x1)	«Здоровье народу», Украина	33,46	33,38	35,00
2	Пенталгин табл. №10	Фарма старт, Украина	12,61	11,05	12,73
3	Каффетин леди табл. 200мг №10	Алкалоид, Македония	66,75	103,50	90,00
4	Солпадеин актив табл. розч. №12	Глаксосмиткляйн, Великобритания	51,20	48,64	43,50
5	Кодтерпин IC табл. №10	Интерхим, Украина	39,63	36,31	45,00

Среди аптечного ассортимента в Украине у населения пользуются большим спросом комбинированные кодеинсодержащие обезболивающие. С целью определения ценовой доступности кодеинсодержащих ЛС в различных регионах Украины был проведен анализ цен на ЛС данной категории. В результате сравнительного анализа цен на комбинированные кодеинсодержащие препараты установлено, что цены на Кодетерп табл. №10 (10x1) (Украина) в исследуемых областях практически одинаковые. Среди импортных препаратов пользуется большим спросом Каффетин леди табл. 200 мг №10 (Алкалоид, Македония), который имеет наибольшую разницу в цене в разных регионах Украины.

Список литературы

1. Габуда А. С. Сучасні підходи до боротьби з незаконним обігом наркотиків в ООН / А. С. Габуда, В. М. Вовк, А.П. Калініченко, А.В. Ляшук та ін. // Основні напрями та проблеми протидії наркоманії. - Нац. акад. внутр. справ, 2017. – 122 с.
2. Головня І. І. Контроль над обігом наркотиків на міжнародній арені / І. І. Головня, В.М. Вовк, А.П. Калініченко, А.В. Ляшук та ін. // Основні напрями та проблеми протидії наркоманії. - Нац. акад. внутр. справ, 2017. – 122 с.
3. Козаченко О. В. Кримінально-правові проблеми боротьби з розповсюдженням наркоманії / О. В. Козаченко, Н. А. Мирошніченко // – Одеса : Юрид. л-ра, 2005. – 156 с.
4. Наказ МОЗ України № 490 «Про затвердження Переліків отруйних та сильнодіючих лікарських засобів» від 17.08.2007 р.

АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ КОДЕИНОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ

Подколзина М.В., доц., к. фарм.н., Лебедин А.Н., ас., к. фарм.н.

Национальный фармацевтический университет, Кафедра организации и экономики фармации
г. Харьков, Украина, alla_leb7@ukr.net

Среди проблем мирового сообщества едва ли не самой острой является проблема наркозависимости. В мире около 250 млн. больных наркоманией (4% населения), ежедневно умирает 330 человек. Статистические данные за последние десятилетия указывают на то, что современная наркомания активно переходит в статус аптечной, вытеснив при этом инъекционную наркоманию. Это означает, что наркотические вещества приобретают прямо в аптечных учреждениях, как вполне легальные препараты [1].

По данным аналитической компании «SMD» (Support in Market Development) в 2015 году продажи кодеинсодержащих лекарственных средств (ЛС) в украинских аптеках превысил 14 млн. упаковок. Результаты показали, что в первом квартале 2016 года в денежном эквиваленте, кодеинсодержащие ЛС находятся на первом месте по продажам в Харьковской области и на втором в Запорожской (по информации компании «Proxima Research»). Группа препаратов данного типа постоянно растет. Большинство из них продается в аптеках без рецепта.

Кодеин считается одним из самых часто используемых опиатов, он входит в Национальный перечень основных лекарственных средств (ОЛЗ). Его используют при лечении симптомов боли, кашля, диареи. При постоянном применении кодеин может вызывать сильную физическую зависимость. Популярными обезболивающими среди аптечного ассортимента в Украине, пользующиеся большим спросом среди наркотопотребителей: Пенталгин, Каффетин, Солпадеин, Кодтерпин IC, глазные капли для расширения зрачка (Тропикамид), Нурофен плюс и другие [1,3].

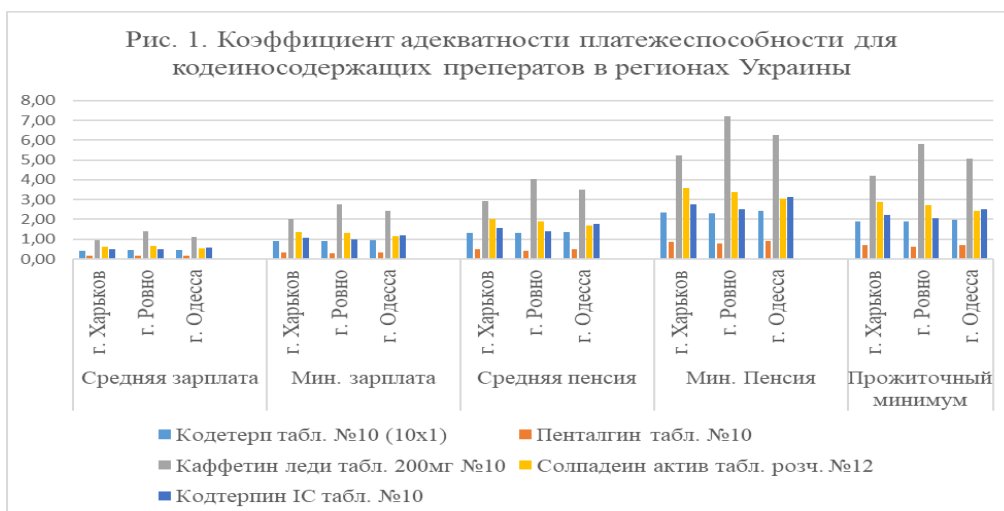
Аптечные учреждения, которые в соответствии с лицензией осуществляют реализацию наркотических препаратов находятся в зоне риска [2].

Подавляющее большинство нарушений заключается в превышении предельно допустимого количества наркотического средства и психотропного вещества в составе рецептурного комбинированного лекарственного средства на 1 рецепт. Приказом Министерства здравоохранения (МОЗ) Украины от 19.07.2005 г. №360, установлено Правила выписывания рецептов на лекарственные средства и изделия медицинского назначения [4].

В современных условиях широкие слои населения Украины получают минимальные социальные выплаты и вынуждены экономить на самом необходимом, иногда даже на лекарствах. Поэтому было целесообразно исследовать коэффициент адекватности платежеспособности (КАП) на кодеиносодержащие ЛС, который отображает платежеспособный спрос населения на лекарственные средства в разных городах Украины. Коэффициент адекватности платежеспособности был рассчитан по таким социальным показателям как: минимальная и средняя заработная плата (по областям), минимальная и средняя пенсии и прожиточный минимум в Украине (рис. 1.).

В результате исследования установлено, что наименьший показатель КАП, то есть наибольшую ценовую доступность имеет Пенталгин табл. №10 (Украина) в г. Ровно 0,15 рассчитанный по средней заработной плате, наибольшее значение КАП для этого ЛС (0,89) рассчитан по минимальной пенсии в г. Одесса. Самые высокие показатели КАП обнаружены для препарата Каффетин леди табл. 200 мг №10 (Алкалоид, Македония) по всем исследуемым социальным показателям, в том числе наибольшее значение было рассчитано по минимальной пенсии в г. Ровно и составило 7,21, а самый низкий коэффициент был определен по средней заработной плате в г. Харьков - 0,93. В целом по результатам исследования выявлено, что кодеиносодержащие лекарственные средства доступны для населения по цене: рассчитанный КАП составляет от 0,30 (Пенталгин табл. №10 (Украина) в г. Ровно минимальной заработной плате) до 3,75 (Солпадеин актив табл. разв. №12, г. Одесса по минимальной пенсии). Наиболее доступными оказались препараты украинского производства Кодетерп табл. №10 (10x1) и Пенталгин табл. №10 наибольшие значения, КАП которых определено по средней пенсии в Украине и составляет 2,44 и 0,89 соответственно в г. Одесса.

Кодеин считается одним из самых часто используемых опиатов, он входит в Национальный перечень основных лекарственных средств. С целью определения основных проблем платежеспособности населения на лекарственные средства рецептурного отпуска, был исследован коэффициент адекватности платежеспособности (КАП) на кодеиносодержащие ЛС в разных городах Украины. В результате исследования установлено, что препараты данной группы являются хорошо известными и доступными населению. Наиболее доступными являются препараты украинского производства Кодетерп табл. №10 (10x1) и Пенталгин табл. №10.



Список литературы

1. Габуда А. С. Сучасні підходи до боротьби з незаконним обігом наркотиків в ООН / А. С. Габуда, В. М. Вовк, А.П. Калініченко, А.В. Ляшук та ін. // Основні напрями та проблеми протидії наркоманії. - Нац. акад. внутр. справ, 2017. – 122 с.
2. Козаченко О. В. Кримінально-правові проблеми боротьби з розповсюдженням наркоманії / О. В. Козаченко, Н. А. Мирошніченко // – Одеса : Юрид. л-ра, 2005. – 156 с.
3. Наказ МОЗ України № 490 «Про затвердження Переліків отруйних та сильнодіючих лікарських засобів» від 17.08.2007 р.
4. Наказ МОЗ України № 360 «Про затвердження Правил виписування рецептів на лікарські засоби і виробу медичного призначення, Порядку відпуску лікарських засобів і виробів медичного призначення з аптек та їх структурних підрозділів, Інструкції про порядок зберігання, обліку та знищення рецептурних бланків» від 19.07.2005 р.

АНАЛИЗ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ И КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛОПЕЦИИ, НА ОСНОВЕ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА АМИНЕКСИЛ (МИНОКСИДИЛ)

Рыжкова С.Е. – магистрант 1 курса фармацевтического факультета Запорожского государственного медицинского университета,
г. Запорожье, Украина seta.rigkova@gmail.com

Ткаченко Н.А. – к.фарм.н., доцент кафедры управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического правоведения Запорожского государственного медицинского университета,
Украина, tkachenkonat2@gmail.com

Введение. Поредение и выпадение волос (алопеция) – одна из частых причин обращения к специалистам-трихологам, косметологам. Высокая актуальность данной патологии обусловлена широким распространением, как среди мужчин, так и среди женщин, схожестью клинических симптомов проявления и этиологических факторов [1].

В своей практике врачи-трихологи, косметологи сталкиваются с различными видами алопеций, среди которых наиболее распространенными являются: андрогенная, диффузная, очаговая, а также рубцовая. Исходя из определения вида алопеции, а также причин ее развития, трихолог формирует оптимальный протокол терапии.

Проблема выпадения волос требует особого внимания и комплексного лечения, которое включает в себя устранение основной причины, замедление выпадения волос и восстановление роста и развития волосяного фолликула [2].

Цель. Маркетинговые исследования рынка лекарственных и косметических средств, для лечения алопеции, на основе действующего вещества аминексил для оптимизации процесса обеспечения потребителей препаратами данной группы

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 обсуждения. Профессиональная терапия включает ряд инъекционных процедур (мезотерапия и ревитализация) кожи головы, плазмотерапию, и как дополнение - терапию комплекс топических и косметических средств.

Самым известным действующим веществом, составляющим основу таких препаратов, является аминексил. Аминексил – это производная мощного стимулятора роста волос Миноксидила.

Кроме того, в состав препаратов с Аминексилом часто входят витамины В-группы (витамины В3 - никотиновая кислота (витамин РР), В5 - кальция пантотенат, В6 - пиридоксин), которые являются естественными стимуляторами роста волос. Аминексил входит в состав многих лечебных шампуней, бальзамов и масок, а также выпускается в чистой форме в ампулах для местного нанесения на кожу.

На сегодня в Украине зарегистрировано 5 лекарственных препаратов (41.6%) на основе миноксидила, для лечения алопеции.

Во время внутригруппового анализа выявлено, что структура ассортимента сформирована ЛС классификационной группой D, которая содержит подгруппу D11AX- «Другие дерматологические средства». Структура сегмента «Косметические средства» сформирована средствами на основе «Аминексил» 7 препаратами (58.3% соответственно).

Вывод. Анализ современного состояния украинского рынка средств на основе действующего вещества аминексил (миноксидил) для лечения алопеции позволил сформировать информационный массив, необходимый для принятия управленческих решений по оптимизации снабжения населения данной группой препаратов.

Список литературы

Скадорва В.В. Патогенез, диагностика и лечение диффузной алопеции [Электронный ресурс] // Здоровоохранение. 2016; 7. – Режим доступа: <http://www.zdrav.by/dermatologiya/patogenez-diagnostika-i-lechenie-diffuznoy-alopecii>.

Самцов В.И., Никипин А.Ф., Алексеев М.Е. и др. Опыт применения ригейна (миноксидил) для лечения больных различными формами облысения. Вестник дерматологии и венерологии. 1991;2: 54—7.

АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ

Кубарева И.В., доц. к.фарм.н., Корж Ю.В., доц. к.фарм.н. Романько Т.А., ас., кафедра социальной фармации, Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина, e-mail: socpharm@nuph.edu.ua

Туберкулез (ТБ) является актуальной медико-социальной проблемой не только в Украине, но и во всем мире. В 1993 г. решением Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) ТБ был признан глобальной чрезвычайной проблемой общественной системы здравоохранения. В соответствии с данными ВОЗ средние статистические показатели эпидемиологической ситуации в Европейском регионе относительно ВИЧ / СПИДА и ТБ имеют угрожающий характер для всего европейского сообщества.

В 2015 г. ВОЗ одобрены новая глобальная стратегия «Положить конец туберкулезу» и Европейский план действий борьбы с ТБ на 2016-2020 гг. К основным целям европейского плана следует отнести: снижение смертности от ТБ на 35%; снижение числа новых случаев ТБ на 25%; повышение уровня успешности лечения больных мультирезистентным туберкулезом (МЛС-ТБ) до 75%.

В целом эпидемиологические показатели ТБ имеют значительную социально-экономическую нагрузку на здравоохранение которая определяется затратами на предоставление медицинской и фармацевтической помощи пациентам, а также социальным обеспечением в связи с потерей работоспособности, инвалидностью, преждевременной смертью больных. Исходя из вышесказанного, целью исследования является анализ социально-эпидемиологических показателей ТБ в Европейском регионе.

Исследование проведено на основе официально опубликованных данных информационного бюллетеня Европейского центра профилактики и контроля заболеваний, Европейского регионального бюро в 2018 г. [2]. В соответствии с докладом ЮНЕЙДС членство в Европейском регионе ВОЗ имеют 53 страны. Для анализа заболеваемости были взяты стандартизированные показатели на 100 тыс. населения, а также данные относительно эффективности результатов предоставления медицинской и фармацевтической помощи больным ТБ. При проведении исследования использовались логический, математико-статистический, системно-аналитический, ретроспективный и сравнительный методы анализа. Подготовка статистических данных к обработке и анализу осуществлялась с помощью табличного процессора Microsoft Office Excell 2010.

В процессе анализа нами было проведено ранжирование стран Европейского региона на четыре группы по среднему показателю заболеваемости ТБ за 2016 г. По формуле расчета длины шага (h)[1]:

$$h = \frac{\max - \min}{n},$$

где: max– максимальное значение показателя; min– минимальное значение показателя; n= 4 (количество групп риска).

Рассчитанный шаг интервала по показателю заболеваемости составил 28,98. Первую группу сформировали страны, для которых было характерно колебание в интервале 2,1–30,07 на 100 тыс. населения, вторую – от 31,08 до 60,04, третью – 60,05–89,02, четвертую – 89,03–118. С учетом результатов проведенного ранжирования стран Европейского региона по эпидемиологическому показателю заболеваемости ТБ были сформированы группы риска: относительно низкий, умеренный, высокий и угрожающий риск. Установлено, что в группу с относительно низким риском заболеваемости ТБ входят 38 стран (или 71,70 %) от общего количества стран. Умеренный риск заболеваемости зафиксирован всего в 7 странах (13,21 %).

К группе с высоким риском заболеваемости ТБ относятся также 7 стран, что составляет (13,21%). Угрожающий уровень имеет лишь 1 страна– Киргизия (1,89 %) с показателем - 118,0 на 100 тыс. населения. При этом, все страны Европейского союза вошли в группу с относительно низким риском заболеваемости ТБ. Необходимо отметить, что в течение 10 лет заболеваемость ТБ в Европейском регионе снижалась в среднем на 4,3% в год, быстрее, чем в других регионах ВОЗ. Анализируя результаты исследований можно утверждать, что наибольшего внимания заслуживают страны вошедшие в группы с высоким и угрожающим риском заболеваемости ТБ, к которым принадлежат преимущественно страны Восточной Европы и Центральной Азии, а именно: Украина (67,3 на 100 тыс. нас.), Российская Федерация (69,4), Таджикистан (69,5), Румыния (72,9), Казахстан (79,8), Грузия (84,9), Молдова (88,7), Киргизстан (118). Так, показатели заболеваемости ТБ на 100 тыс. нас. в выше упомянутых странах были почти в восемь раз выше, чем в других странах региона. Отмеченный факт свидетельствует о необходимости разрабатывать и принимать основательные, действенные и финансово обеспеченные государственные программы по профилактике, ранней диагностике и лечению ТБ с учетом европейского опыта, которые позволят преодолеть эпидемию ТБ.

Обобщая результаты исследования, можно утверждать, что для усовершенствования мероприятий противодействия ТБ, повышения их эффективности необходимо внедрение новых современных подходов к предоставлению медицинской и фармацевтической помощи больным ТБ путем развития системы

амбулаторной и стационарной помощи, обеспечения социального сопровождения пациентов, расширения применения инновационных методов диагностики и лечения ТБ.

Литература

1. Основи економіки фармації [Електронний ресурс]: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / А.С. Немченко, В.М. Назаркіна, Г.Л. Панфілова, І.В. Жирова, В.М. Чернуха, С.В. Хіменко та ін. / За ред. А.С. Немченко. – Х.:– 80 Min / 700 MB. – Х. : Нац. фармац. ун-т, 2011
2. План действий по борьбе с туберкулезом для Европейского региона ВОЗ на 2016-2020 гг. Копенгаген: Европейское региональное бюро ВОЗ, 2015 г. (EUR/RC65/17 Rev.1; [Електронний ресурс]: <http://www.euro.who.int/ru/about-us/governance/regional-committee-for-europe/pastsessions/65th-session/documentation/working-documents/eurrc6517-rev.1-tuberculosis-action-plan-for-the-who-european-region-20162020>, по состоянию на 14 марта 2018г.)
3. Всемирная организация здравоохранения[Електронний ресурс]: <http://www.who.int/ru>

ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КАДРОВ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАЦИИ

Турсуматова Ш.Л., магистрант 1 курса фармацевтического факультета,
e-mail: tursumatova_03@mail.ru

Научный руководитель: к.фарм.н., профессор **Шопабаева А.Р.**, e-mail: almarsh@mail.ru
АО Казахский Национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова
г. Алматы, Республика Казахстан

Одной из основных целевых задач современного кадрового менеджмента Республики Казахстан является развитие системы управления кадровым потенциалом отрасли, гарантирующей качественные медицинские и фармацевтические услуги населению. С целью повышения уровня оказываемой медицинской и фармацевтической помощи населению была внедрена специальность «клиническая фармация», которая является интегрированной наукой, объединяющей фармацевтические и клинические аспекты лекарствоведения. Приказом МЗСР РК №1036 от 5 декабря 2016 года внесены изменения и дополнения в приказ МЗ РК от 24 ноября 2009 года 774 «Об утверждении номенклатуры медицинских и фармацевтических специальностей»: главу 2 изложить в следующей редакции «Глава 2. Специальности с высшим фармацевтическим образованием Фармация клиническая фармация; управление качеством в фармации» [1,2,3].

Роль клинического фармацевта приобретает особую актуальность с внедрением новой формулярной системы в лечебно-профилактических учреждениях Казахстана в соответствии с Приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 8 декабря 2017 года № 931 «Об утверждении Казахстанского национального лекарственного формуляра». Кроме того, большое значение имеет фармаконадзор лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники, регулируемый Приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 29 мая 2015 года № 421 «Об утверждении Правил проведения фармаконадзора лекарственных средств и мониторинга побочных действий лекарственных средств, изделий медицинского назначения и медицинской техники».

Клиническая фармация получила свое развитие в США и Канаде около 30 лет назад и сегодня является необходимым и актуальным направлением фармации. В настоящее время клинических фармацевтов готовят в фармацевтических вузах стран ЕС, Японии, Украине, в ряде национальных вузов африканских и арабских стран [4,5].

В Казахстане впервые обучение основам клинической фармации как направления в фармации было внедрено в Школе Фармации АО Казахского национального медицинского университета им. С.Д. Асфендиярова, затем траектории подготовки появились в медицинских вузах Астаны и Шымкента. Траектория подготовки по клинической фармации перечисленных вузов направлена на подготовку специалистов, владеющих необходимым объемом теоретических знаний и практических навыков для проведения совместной работы с врачами по обеспечению качественной и рациональной фармакотерапии в аптечных и лечебно-профилактических учреждениях.

Образовательная траектория подготовки клинических фармацевтов в Казахстане формируется в основном за счет элективных дисциплин бакалавриата по специальности 5В110300 «Фармация». Дальнейшая специализация и научно-практическая подготовка специалиста находит продолжение в магистратуре и докторантуре.

Таким образом, специальность клиническая фармация является одной из перспективных областей фармацевтической деятельности, которое предстоит развить в нашей стране, посредством подготовки высококвалифицированных кадров. Клинический фармацевт может реализовать свои знания в различных сферах практической деятельности. Получивший качественную теоретическую подготовку и хорошую практику на ведущих клинических базах, он сможет стать незаменимым звеном в медицинской команде, обеспечивающей рациональное, безопасное и эффективное лечение пациентов.

Применение знаний по клинической фармации приведет к: - своевременному обеспечению больного необходимыми лекарственными средствами; - предупреждению назначения несовместимых лекарственных препаратов; - сведению к минимуму побочных действия лекарств; - уменьшению полипрагмазии.

Список литературы

1. Шопабаета А.Р., Ержанова Р.Б., Чернявская. Клиническая фармация: международный опыт и особенности развития в здравоохранении Казахстана. Формування національної лікарської політики за умов в провадження медичного страхування: питання освіти, теорії та практики. Матеріали IV Всеукраїнської науково-освітньої *internet* конференції (Харків, 15 березня 2017 року). - С. 136-143.

2. Шопабаета А.Р., Турсуматова Ш.Л. Особенности разработки стандартных операционных процедур для клинических фармацевтов // Матеріали VI науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні проблеми розвитку калужевое економіки та логістики». Харьков, 2018. с. 149-150.

3. Черных, В.П. Клиническая фармация / И.А. Зупанец, И.Г. Крупновицкая - Харьков: НФаУ: Золотые страницы, 2015. – 1056 с.

4. Шопабаета А.Р., Чеботаренко Н.А., Умурзахова Г.Ж., Сметова Г.Г. Особенности деятельности клинического фармацевта - новой перспективной специальности в Казахстане // Материалы Международной научно-практической конференции «Клиническая фармация: международный опыт и особенности развития в здравоохранении Казахстана» в рамках Международной научно-практической конференции «85 лет КазНМУ: достижения и перспективы». - Алматы, 2015. - С. 9-18.

5. Мироефармобразование / подготовила Е. Томилова – Казахстанский фармацевтический вестник / №18(548). Сентябрь 2018г – г. Алматы.

ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Акбарова София, 3 курс, фармацевтический факультет, **Винник Е.В.**, доц., доцент кафедры организации и экономики фармации, **Карпенко Л.А.**, доц., доцент кафедры социальной фармации Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Актуальность. Фармацевтическая промышленность Узбекистана является быстро развивающейся отраслью в экономике страны. На сегодня в Узбекистане наблюдается внушительный рост доли отечественного производства в объеме продаж фармацевтического рынка. Так, за годы независимости, количество промышленных предприятий, производящих лекарственные препараты (ЛП) и изделия медицинского назначения (ИМН) возросло с трех до 138, количество наименований выпускаемых лекарств возросло более чем в десять раз. В настоящее время фармацевтический рынок в Узбекистане является одним из наиболее быстрорастущих среди стран СНГ (приблизительно 8-10% годового роста в 2012 - 2017 гг.).

Цель заключается в проведении исследования фармацевтической промышленности Республики Узбекистан.

Материалы и методы. Для проведения исследования нами были использованы данные Министерства здравоохранения Республики Узбекистан по количеству зарегистрированных ЛП. Методы исследования: системно-обзорный, аналитический.

Результаты и их обсуждение. В 2017 г. количество зарегистрированных Министерством здравоохранения лекарственных средств (ЛС) составило 8270 препаратов, из них зарубежных - 3371, стран СНГ - 1738, отечественных - 1127; лечебно-диагностических средств (*invivo*) – 27, ИМН и медицинской техники - 1947 наименований (в том числе диагностических средств *invitro*). На сегодня в Узбекистане производством ЛС и ИМН занимаются 138 предприятий, имеющих соответствующие лицензии. По объему производства за 2017 г. в первую тройку узбекских фармацевтических компаний входят «Jugabek Laboratories», «NikaPharm» и «Nobelpharmsanoat». Объем производства фармацевтических предприятий за 2017 г. составил 420,5 млрд. сум (темп роста - 120,3%). В натуральном выражении выпуск продукции составил 688 млн. единиц (темп роста - 134,7%).

Необходимо отметить, что производители ЛС Узбекистана успешно сотрудничают с ведущими фармацевтическими компаниями Германии, России, Турции, Индии, Китая, Южной Кореи, Польши, Болгарии, Чехии и других стран. Инвестиционная привлекательность фармацевтического сектора республики обеспечивается достаточным рынком сбыта, упрощенным механизмом экспорта произведенной здесь продукции, а также возможностью выхода на рынки сопредельных государств. За 2012-2017 гг. в фармацевтический сектор экономики было привлечено свыше 300 млн. долларов инвестиций, в том числе 100 млн. долларов – прямых иностранных инвестиций. Установлено, что в основном Узбекистан импортирует ЛС из Украины, России, Индии, Венгрии, Китая, Швейцарии, Франции

и Германии и т.д., всего - из 57 стран мира. География экспорта продукции узбекских фармацевтических производителей включает такие страны, как Афганистан, Азербайджан, Армения, Грузия, Казахстан, Кыргызстан, Россия, Туркменистан, Украина, Молдова, Монголия и другие страны.

Выводы. Несмотря на достигнутые высокие темпы роста производителей, представляется необходимым дальнейшее развитие национальной фармацевтической отрасли. При этом к числу приоритетных задач относится разработка ЛС на основе собственных разработок из местного сырья. Развитие и совершенствование системы оказания медицинских услуг требует более полного и качественного наполнения рынка широким спектром лекарственных средств, и в первую очередь отечественного производства.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТНОЙ, ФИРМЕННОЙ СТРУКТУРЫ СЕГМЕНТА НАЦИОНАЛЬНОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ

Бреус И.А., 5 курс, фармацевтический факультет ЗГМУ, Запорожье, Украина,
e-mail:breusinna28@gmail.com

Заричная Т.П., доцент кафедры Управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического правоведения ЗГМУ, Запорожье, Украина

Введение. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь и пептическая язва на сегодняшний день являются наиболее распространенными заболеваниями. Четкая тенденция к увеличению заболеваемости, хроническое рецидивирующее течение и существенное отрицательное влияние на качество жизни пациентов, трудности диагностики и сложность лечения ГЭРБ - все это выделяет ее среди других заболеваний органов пищеварения.

Цель. Анализ ассортиментной, фирменной структуры сегмента национального рынка лекарственных средств для лечения пептической язвы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Материалы и методы. Для проведения запланированных исследований были использованы данные «Компендиума», «Государственного реестра лекарственных средств Украины» [1], [2].

Результаты и их обсуждения. Изучение ассортиментной структуры проводили согласно с «Государственным реестром лекарственных средств Украины», в котором зарегистрировано 174 наименования лекарств указанного действия.

Установлено, что данный сегмент рынка насчитывает 70 (40,3%) оригинальных препаратов и 104 (59,7%) генериков.

Из исследуемой группы лекарственных средств монопрепараты представляют собой 90,2% (157) и 9,8% (17)- комбинированные.

В ассортименте медицинских препаратов исследуемой группы представлены разные лекарственные формы. Преимущество имеют твердые лекарственные формы – 79,8% в том числе: капсулы (18, 9% общего количества лекарственных средств), таблетки (58,6%), порошки для оральной суспензии (22,9%). Жидкие лекарственные формы представлены растворами для инъекций (20,1%) и составляют – 20,2% национального рынка препаратов для лечения пептической язвы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни.

Установлено, что только 21,2% препаратов исследуемой группы производят на территории Украины.

Среди 10 отечественных фирм – производителей лекарственных средств указанного действия лидером является ТОВ «Фармацевтическая компания «Здоровье», которая производит 21,6% отечественных лекарств для лечения изучаемой патологии.

78,4% препаратов данной группы поступают из-за границы, из 20 стран от 54 фармацевтических компаний.

Лидером среди иностранных производителей является Индия, 23 фармацевтических компаний которой поставляют 34,4% средств для лечения пептической язвы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни на рынок Украины.

Выводы. Проведен анализ ассортиментной, фирменной структуры сегмента национального рынка лекарственных средств для лечения пептической язвы и гастроэзофагеальной рефлюксной болезни. Установлено, что только 21,2% данных лекарственных средств поставляют отечественные фирмы - производители, в связи с чем актуальным является освоение их производства на территории Украины.

Литература

1. Государственный реестр лекарственных средств Украины. Поиск лекарственных средств. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.drlez.com.ua/>
2. Компендиум. Лекарственные препараты. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://compendium.com.ua/>
3. Зверева, С.И., Еремина, Е.Ю. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь/С.И.Зверева, Е.Ю. Еремина // Исток-системаГастроСкан[Электронныйресурс]-2013-Режимдоступа:<http://www.gastroscan.ru/literature/authors/6542>.

ИССЛЕДОВАНИЕ СПОСОБОВ ПРОДВИЖЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ «БИОНОРИКА СЕ» НА ЛОКАЛЬНОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ

Дорохина В. В., студентка 3 курса фармацевтического факультета, г. Воронеж, Россия, vdoroxina@bk.ru
Курулап М. С., доцент кафедры УЭФФ, к. фарм. н., г. Воронеж, Россия, e-mail kurolap@pharm.vsu.ru

На современном фармацевтическом рынке очень важную роль играет продвижение лекарственных препаратов (ЛП). В связи с тем, что рынок фитопрепаратов, как отечественного, так и зарубежного производства ежегодно растет, и их продвижение имеет свои особенности, возникает актуальность исследования способов продвижения фитопрепаратов. В качестве объекта исследования нами были выбраны фитопрепараты фармацевтической компании «Бионорика СЕ», так как данная компания занимает одну из лидирующих позиций на мировом фармацевтическом рынке фитопрепаратов [1].

Целью данной работы является исследование способов продвижения фитопрепаратов фармацевтической компании «Бионорика СЕ» на примере аптечных организаций (АО) г. Воронежа.

Для достижения цели были поставлены следующие задачи: 1) изучить ассортимент фитопрепаратов компании «Бионорика СЕ»; 2) исследовать использование элементов продвижения фитопрепаратов компании «Бионорика СЕ» в АО г. Воронежа; 3) исследовать потребительские предпочтения при выборе потребителями фитопрепаратов компании «Бионорика СЕ».

В ходе работы были использованы методы: сравнительный анализ, заочное анонимное анкетирование с использованием интернет-сайта <https://docs.google.com/forms>. Информационная база исследования: официальный интернет-сайт компании «Бионорика СЕ», данные анкетирования фармацевтических работников и потребителей.

Для решения первой задачи исследования был проанализирован ассортиментный портфель компании «Бионорика СЕ» в России на основе изучения официального интернет-сайта компании [2]. На сегодняшний день компания успешно производит лекарственные растительные препараты для лечения заболеваний: дыхательных путей (Синупрет драже, капли, Бронхипрет – таблетки, капли, сироп, Тонзипрет - таблетки, Тонзилгон-драже, капли), мочевыводящих путей (Канефрон-драже, раствор), так же препараты, применяющиеся для лечения в гинекологической практике (Мастодинон – капли, таблетки, Климадинон-капли, таблетки, Циклодинон-капли, таблетки). Все препараты являются безрецептурными, что обеспечивает широкую возможность для использования различных способов их продвижения на фармацевтическом рынке.

Для исследования элементов продвижения фитопрепаратов компании «Бионорика СЕ» в АО г. Воронежа в феврале-апреле 2018 г. было проведено заочное анонимное анкетирование 76 фармацевтических работников г. Воронежа. Портрет респондента представлен в основном женщинами (92%), в возрасте от 20 до 30 лет (72%), работающие в АО в должности провизора (52%), преимущественно с высшим образованием (56%) и стажем работы от 1 до 3-х лет (43%), все 100% респондентов проживают и работают в г. Воронеж.

Для определения частоты приобретения фитопрепаратов компании респондентам было предложено проранжировать препараты по данному показателю. Лидером продаж является «Синупрет» - средний ранг частоты потребления 1,4, на втором месте находится «Канефрон»-2,1, третью позицию занимает «Климадинон»-3,5. Примерно половина респондентов (47%) отметили, что в случае, если показания к применению у синтетических ЛП и фитопрепаратов аналогичны, то они скорее порекомендуют потребителям приобрести фитопрепарат, а не синтетический препарат. Примерно треть фармацевтических работников (29%) считает, что цена на препараты компании доступна всем потребителям. И в большинстве случаев опрошенные получают положительные отзывы о данных препаратах от потребителей.

Что касается использования элементов способов продвижения данных препаратов в АО, было выявлено, что используются только элементы мерчандайзинга (36%), например, дисплейная выкладка препаратов корпоративным блоком с подсветкой и выкладка POS-материалов в виде рекламных листовок. Но данные приёмы мерчандайзинга используются только в крупных аптечных сетях. Было также выявлено, что скидки, акции, лотереи и другие возможные способы стимулирования сбыта на данные препараты в АО г. Воронежа не применяются [3]. Среди основных источников получения информации о фитопрепаратах компании фармацевтические работники отметили работу медицинских представителей (79%), интернет-ресурсы (66%), информацию в печатных изданиях (53%).

Для выявления потребительских предпочтений при выборе фитопрепаратов было проведено заочное анонимное анкетирование 95 потребителей г. Воронежа в феврале-апреле 2018 г. В опросе участвовали, в основном, женщины (69%), в возрасте от 20 до 30 лет (86%), имеющие средний месячный доход на одного члена семьи до 20 тысяч рублей (49%). Большинство респондентов имеют неоконченное высшее образование (62%), по роду занятий в основном студенты, все 100% респондентов проживают в г. Воронеж.

Большинство респондентов знают, что такое фитопрепараты (92%) и большая половина респондентов предпочитает фитопрепараты синтетическим ЛП (59%), в случае, если показания к применению у препаратов аналогичны. Респонденты применяют фитопрепараты при необходимости (84%) и в большинстве случаев в виде таблеток (35%), капель (29%) и сиропов (27%). Следует обратить внимание на

то, что больше половины опрошенных (54%) ничего не слышала о фитопрепаратах компании «Бионорика СЕ», другая же половина знает о них. Четверть опрошенных (25%) применяла хотя бы раз препарат компании и большинство потребителей (60%), применявших препараты компании, остались удовлетворены лечением, а также большинство опрошенных (52%) отметили, что цена на данные препараты является доступной их семье. Потребители отметили, что основными источниками информации для выбора препаратов компании являются: рекомендации врачей (59%), фармацевтических работников (38%), а также интернет-ресурсы (26%).

Выявлено, что никто из опрошенных не наблюдал рекламу препаратов компании в СМИ. Это связано с тем, что у данной компании действительно отсутствуют рекламные ролики в России, хотя в зарубежных странах они есть. Это может быть одной из причин того, что половина респондентов никогда не слышала о данных препаратах, хотя они являются безрецептурными и их реклама разрешена.

Таким образом, большинство мероприятий по продвижению препаратов компании «Бионорика СЕ» нацелены на фармацевтических и медицинских работников. В связи с тем, что данные препараты являются безрецептурными, мы считаем целесообразным расширение способов их продвижения, нацеленных на конечных потребителей, например, реклама в СМИ, что может значительно повысить осведомленность потребителей о препаратах компании на локальном фармацевтическом рынке.

Список литературы

1. Широкова И. Рынок фитопрепаратов: тенденции, проблемы, прогнозы. / И. Широкова // Ремедиум. – 2013. – Апрель. – С. 26-32.
2. Официальный сайт компании «Бионорика СЕ»: [сайт]. URL: <http://www.bionorica.ru/> (дата обращения 01.02.2018)
3. Чупандина Е.Е. Маркетинговые методы продвижения лекарственных препаратов на разных стадиях жизненного цикла аптечной организации и методика их оценки и выбора: учебно-методическое пособие / Е. Е. Чупандина, С. Дагир. — Воронеж: Издательский дом ВГУ, 2017.— 56 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ

Кондакова А.Г., научный руководитель: канд. фарм. н. Подколзина М.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина, kondakova19982@gmail.com

Хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – заболевание, характеризующееся ограничением воздушного потока с развитием не полностью обратимой бронхиальной обструкции [1].

Эпидемиология. От ХОБЛ страдает от 8 до 22% взрослых в возрасте 40 лет и более. Распространенность ХОБЛ значительно выше у курящих по сравнению с некурящими; у мужчин по сравнению с женщинами. По прогнозам ВОЗ станет третьей по значимости причиной смерти во всем мире до 2020 года [2,3]. В Украине отсутствуют достоверные официальные статистические данные о распространенности ХОБЛ, только в 2017 г. было зарегистрировано 120366 31 человек.

Этиология. Внешние факторы риска: длительное курение (индекс курения - 10-20 пачко/лет); промышленные и бытовые вредные выбросы (воздушные поллютанты, газы и пары химических соединений, продукты сгорания биоорганической топлива). Клиника Хронический кашель с выделением мокроты (в небольшом количестве, слизистая, после кашля) или без него, одышка (имеет прогрессирующее течение - сначала при физической нагрузке, в дальнейшем - в покое) [1,2,3,4].

Классификация тяжести ХОБЛ опирается на интегральную оценку симптомов (по шкалам mMRC, CAT и ОФВ1), а также количество обострений за прошлый год. Согласно этим критериям каждый пациент может быть отнесен к одной из четырех групп (условно называемым А, В, С, D).

Лечение ХОБЛ. Начальное лечение при обострении ХОБЛ: увеличение частоты приема бронхолитиков и рассмотреть вопрос о применении небулайзера. • Преднизолон назначают пациенту с выраженной одышкой, а также какой госпитализирован в стационар, при отсутствии противопоказаний в дозе 30 - 40 мг в сутки в течение 5-14 дней, внутрь. • Антибиотики при гнойном характере мокроты, перорально. Антибиотики следует назначать пациентам в случае доказанного инфекционного обострения ХОБЛ, если мокрота имеет гнойный характер, при наличии трех кардинальных симптомов - увеличение одышки, объема мокроты, и гнойной мокроты или двух кардинальных симптомов, если усиление гнойной мокроты является одним из двух симптомов [2,4].

При проведении эмпирического лечения антибиотиками, необходимо учитывать перечень возможных наиболее распространенных возбудителей, количество предыдущих обострений (за год), предшествующий прием антибиотиков, показатели ФВД, сопутствующие заболевания. У пациентов с частыми обострениями необходимо провести микробиологическое исследование мокроты [5,6].

Для начального эмпирического лечения легких и среднетяжелых обострениях ХОБЛ, без факторов риска, необходимо применять: амоксициллин или амоксициллин / клавулат или макролид (азитромицин

или кларитромицин) или цефалоспорины II поколения (цефуросим) или тетрациклин в стандартных дозах. Рекомендуемая длительность антибактериальной терапии - 5 - 10 дней.

Фторхинолоны следует рассматривать как препараты резерва лечения обострений ХОБЛ. Не назначать макролиды на фоне применения теофиллина (макролиды повышают концентрацию теофиллина)[5,6].

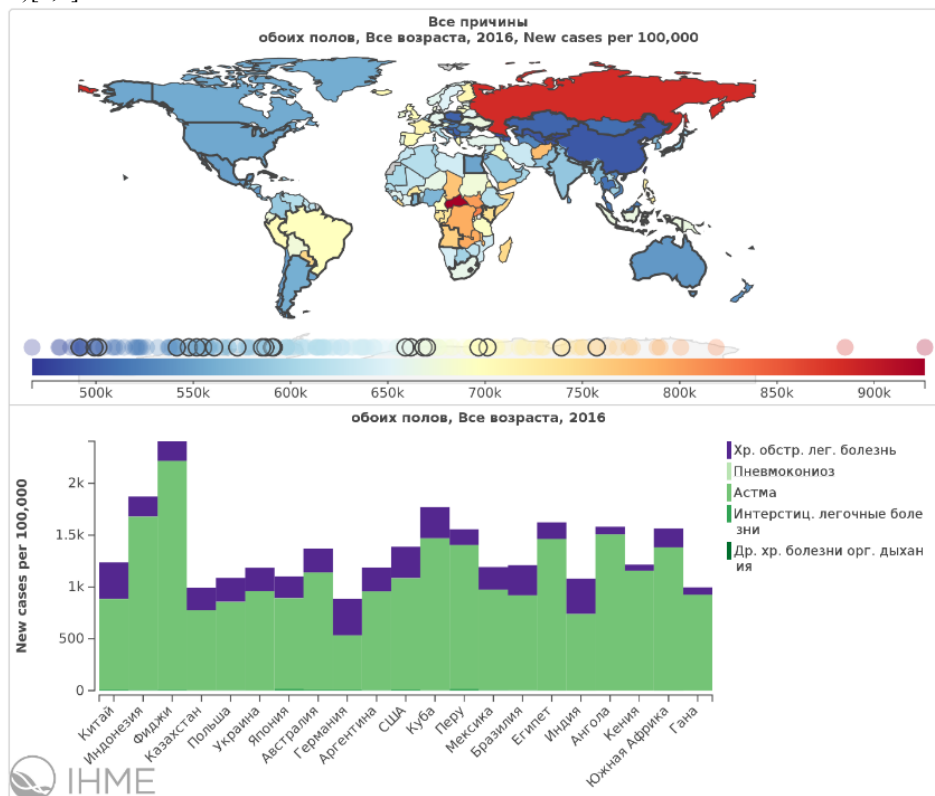


Рис. 1. Статистика по заболеванию ХОБЛ.

Список литературы

1. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease : Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of COPD (Updated 2016) / Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. – Leuven, 2016. – 111 p.
2. Respiratory tract infections—antibiotic prescribing: Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care [Electronic resource] / National Institute for Health and Care Excellence // NICE Clinical Guidelines. – 2008. – № 69. – Access mode
3. The Merck Manual / ed. by R. S. Porter. – 19th ed. – Kenilworth : Merck & Co., 2011. – 3754 p.
4. VA/DoD clinical practice guideline for the management of chronic obstructive pulmonary disease. [Electronic resource] / Agency for Healthcare Research and Quality // Guideline Summaries. – 2014. – Access mode :
5. Об утверждении клинических протоколов оказания медицинской помощи по специальности «Пульмонология» [Электронный ресурс]: Приказ МОЗ Украины от 19.03.2007 № 128.
6. Хроническое обструктивное заболевание легких. Унифицированный клинический протокол первичной, вторичной (специализированной), третичной (высокоспециализированной) медицинской помощи и медицинской реабилитации: приказ МЗ Украины от 27.07.2013 № 555 // Клиническая иммунология. Аллергология. Инфектология. - 2014. - № 3. - С. 43-52.

ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ В ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ФАРМАКОНАДЗОРА В УКРАИНЕ

Мартынцева Г.В. 3 курс, фармацевтический факультет Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина, panf-al@ukr.net, **Терещенко Л.В.**, канд. фармацевт. наук, доцент, г. Харьков, Украина

К современным направлениям решения проблемы предупреждения осложнений при применении лекарственных средств (ЛС) являются регистрация, производство и размещение на фармацевтическом рынке (ФР) новых качественных, эффективных и безопасных препаратов [1]. Однако, как показывает опыт функционирования систем фармацевтического обеспечения населения в различных странах, на этапе доклинического и клинического исследования ЛС невозможно эффективно выявить и убедительно доказать наличие всех потенциально возможных побочных реакций ЛС. Поэтому, как считают эксперты ВОЗ, необходимой является система оптимального контроля за безопасностью ЛС в пострегистрационный период, получившая название «фармакологический надзор» (фармаконадзор) [1]. Система фармаконадзора необходима, в первую очередь, не только для потребителей ЛС, но и для фармацевтических производителей, поскольку она является неотъемлемой частью системы сертификации ЛС для международной торговли, разработанной ВОЗ и другими международными организациями. Среди республик бывшего СССР Украина стала первым государством, в котором была создана современная система фармаконадзора и как отмечают специалисты, уровень ее развития существенно опережает темпы их развития в других странах СНГ [1,2]. С конца 2014 года Украина на государственном уровне четко задекларировала свои евроинтеграционные намерения в преобразовании практически всех видов общественной и экономической деятельности, в т.ч. числе и фармацевтической. Вместе с тем, на пути гармонизации с европейскими и международными нормами существуют значительные препятствия и трудности, которые, к сожалению, пока не удается устранить на уровне законодательной и исполнительной инициативы. Несколько подробнее остановимся на анализе современных подходов в организации деятельности современной системы фармаконадзора, которые существуют в зарубежной фармацевтической практике. Установлено, что основным вектором развития фармаконадзора в экономически развитых странах является переход от так называемого «реактивного» (выявление случая, реакция в ответ на соответствующее событие) к «проактивному» (планирование и эффективное предупреждение случаев) менеджменту. Так, основными документами заявителя при осуществлении фармаконадзора на современном этапе развития системы фармацевтического обеспечения населения являются:

- план управления рисками («Risk Management Plan»). Это документ, в котором содержится подробное описание системы управления рисками. При формировании данного документа делается акцент на эффективное планировании деятельности по фармаконадзору и минимизации соответствующих рисков;
- периодически обновляемый отчет по безопасности («Periodic safety update reports»). В этом документе наиболее полно освещаются процессы анализа кумулятивной и интервальной информации о безопасности применения и клинико-экономической эффективности лекарственного средства (ЛС) и оценке соотношения фармакоэкономических показателей «польза/риск» («Risk-benefit balance»);
- дополнение к обзору клинических данных («Addendum to Clinical Overview»). Представляет собой документ, в котором содержится информация критического анализа текущего соотношения фармакоэкономических показателей «Risk-benefit balance» применения ЛС, проведенного на основании данных «Periodic Safety Update Reports» (PSUR). Кроме этого, в нем содержатся данные о безопасности и эффективности применения препарата, собранных с момента первой регистрации/последней перерегистрации препарата, с обязательной ссылкой на любую обновленную информацию, которая есть в открытом доступе. Следует отметить, что оценка соотношения «Risk-benefit», согласно директивам Европейского союза DIR 2001/83/EC Art 1(28a) и DIR 2001/83/EC Art 1(28), подразумевает «сопоставление положительных терапевтических эффектов и возможных рисков, связанных с использованием ЛС», что необходимо для «подготовки научно обоснованного заключения о безопасности использования ЛС в медицинской практике» [3]. Проактивный менеджмент позволяет управлять рисками, связанными с применением ЛС, как среди населения, так и в процессе оказания провизорами и фармацевтами фармацевтической помощи, а также в работе фармацевтических компаний и соответствующих регуляторных органов в государстве.

На основании анализа и систематизации информации материалов регистрационного досье по результатам проведенной оценки соотношения «Risk-benefit» ЛС может быть рекомендовано Министерством здравоохранения (МЗ) Украины к перерегистрации на неограниченный срок. В исключительном порядке МЗ Украины может принять решение о проведении дополнительной перерегистрации через 5 лет при наличии обоснованных причин, связанных с функционированием системы фармаконадзора.

Основанием для рекомендации ЛС к проведению дополнительной государственной перерегистрации (первый критерий оценки – ограниченная экспозиция его безопасности) является: продолжительность

применения препарата, зарегистрированного в Украине как в первой стране мира. За период действия последнего регистрационного удостоверения прошло 4 года; обоснование необходимости в накоплении опыта из-за ограниченного применения по новому показанию, что было утверждено в Украине не ранее, чем за 2 года до момента перерегистрации, включая приведение показаний в соответствие с референтным наименованием ЛС, если такой референтный препарат отсутствует на рынке Украины и отсутствуют показатели, которые доказывают взаимозаменяемость этих лекарств согласно требованиям действующего законодательства; если действие регистрационного удостоверения было прекращено.

Вторым важнейшим критерием является показатели безопасности применения ЛС. По данному критерию проведение дополнительной перерегистрации ЛС проходят в таких случаях: наличие рисков, которые могут повлиять на соотношение «Risk-benefit» ЛС, по поводу которых необходимо принять меры с целью управления рисками; если ЛС подлежит дополнительному мониторингу; если на момент проведения экспертной оценки материалов досье для ЛС проводятся или планируются пострегистрационные исследования, результаты которых будут содержать новые данные о безопасности, способные повлиять на соотношение «Risk-benefit» ЛС или пересмотр вопросов о безопасности и эффективности препарата, в т.ч. в рамках проведения анализа PSUR. Как известно, PSUR является неотъемлемой составляющей системы фармаконадзора и представляет собой риск, характерный для фармакологической группы, к которой относится данное ЛС, что может повлиять на соотношение «Risk-benefit» или вызывать последствия для здоровья пациента или общественного здравоохранения [1,2]. В заключении следует отметить, что все вышеперечисленные рекомендации разработаны и внедрены в украинскую систему фармаконадзора в соответствии с современными международными требованиями по построению эффективной регуляторной системы на фармацевтическом рынке.

Список литературы

1. Левашова И.Г. Надлежащие практики в фармации: Учебник / И.Г. Левашова, А.Н. Мурашко, Ю.В. Подружников. – К.: Морион, 2006. – 256 с.
2. Марченко А. Фармаконадзор в Украине. Ключевые аспекты безопасности лекарственных средств. / А. Марченко // Ежедневник «Аптека» – №45(1116) – Режим доступа: <https://www.apteka.ua/article/434580> – (дата обращения 12.11.2018).
3. Современные методы оценки соотношения «польза-риск» фармакотерапии: существует ли универсальный способ? / Миронов А.Н., Меркулов В.А., Сакаева И.В., Бунятыян Н.Д. и др. Режим доступа: <http://www.remedium.ru/state/detail.php?ID=61383> (дата последнего обращения 15.11.2018).

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ФАРМАКОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ВЗРОСЛЫХ В КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ

Подколзина М.В.,

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина, marysea2006@ukr.net

К понятию воспалительных заболеваний женских половых органов входят различные нозологические формы, в этиологии которых ведущую роль играют возбудители ли инфекций, передающихся половым путем.

В настоящее время, в сложных экологических условиях, удельный вес воспалительных заболеваний женских половых органов во многих странах мира имеет тенденцию к росту. В структуре гинекологической заболеваемости число пациентов с инфекционно-воспалительными заболеваниями гениталий занимает первое место не только в Украине, но и во всем мире. Врачи полагают, что количество больных существенно больше, так как при стертых формах заболевания часто к врачу не обращаются или лечатся дома народными средствами. Рост числа воспалительных заболеваний половых органов (ВЗПО) во всех странах мира является следствием усиленной миграции населения, изменения полового поведения молодежи, нарушения экологии и снижение иммунитета. По данным ведущих специалистов в области гинекологии, вследствие значительной продолжительности и частоты акушерско-гинекологических осложнений, негативного влияния на репродуктивную функцию женщин, здоровье новорожденных и нации в целом, воспалительные заболевания половых органов является серьезной медицинской и социальной проблемой современного общества [1,2].

С целью определения структуры заболеваний, с которыми обращаются женщины в гинекологическое отделение клинической больницы были проанализированы карты историй болезней 62 больных воспалительными заболеваниями половых органов, которые прошли курс стационарного лечения в гинекологическом отделении. В результате проведенного исследования установлено, что в структуре заболеваемости (рис. 1.) наибольшие доли составили сальпингоофорит - 74 (52%), абсцесс бартолиниевой железы - 18 (13%), эндометрит - 15 (10%).

В дальнейшем по выявленным наиболее распространенным заболеваниям (сальпингоофорит, абсцесс бартолиниевой железы, эндометрит) был проведен анализ врачебных назначений. В целом было

выявлено 28 лекарственных средств (ЛС), среди которых 26 INN, относящихся к 13 фармакологическим группам, что соответствует протоколам лечения ВЗПО в Украине [3].

В результате исследования ассортимента лекарственных средств, которые вошли в схемы лечения ВЗПО, по странам-производителям было установлено, что препараты украинского производства составляют 39%, и 61% ЛС импортного производства, а именно: немецкого - 14%, по 11% занимают лекарственные средства индийского и российского производства, 25% - ЛС производства других стран (Словении, Польши, Венгрии и др.).

В результате анализа ассортимента лекарственных средств, применяемых для лечения ВЗПО по лекарственным формам и способам применения выявил, что в структуре препаратов преобладают инъекционные и твердые лекарственные формы для перорального применения, которые занимают 43% и 29% соответственно. В меньшем объеме присутствуют мягкие лекарственные формы для интравагинального, ректального применения и жидкие лекарственные формы для наружного применения - по 7%, прочие лекарственные формы составили наименьшие доли (до 3%) и вместе составляют 7% от общего ассортимента исследуемых ЛС.

В результате исследования ассортимента лекарственных средств, вошедших в схемы лечения ВЗПО, по фармакологическим группам было установлено, что антибактериальные лекарственные средства составляют 32%, антисептики и дезинфицирующие ЛС - 14%, витамины - 11%, по 7% занимают заменители плазмы и других компонентов крови и гомеопатические ЛС соответственно. Доля лекарственных средства таких групп, как антигистаминные, иммуностимуляторы, местные анестетики, ЛС нормализующие микрофлору кишечника и НПВС составляют по 4%. Прочие фармакологические группы занимают по 3% от исследуемого ассортимента ЛС.



Поскольку антибактериальные лекарственные средства являются основой терапии ВЗПО, целесообразным является проведение анализа ассортимента препаратов данной фармакологической группы, вошедшие в схемы лечения. Анализ ассортимента антибактериальных ЛС по группам выявил, что наиболее широко в его структуре представлены цефалоспорины и Нитроимидазолы, которые занимают по 25%, макролиды и фторхинолоны - по 13%, тетрациклин и антибактериальные ЛС других групп - по 12%.

В результате проведенного VEN-анализа лекарственных средств, вошедших в схемы лечения воспалительных заболеваний половых органов, установлено, что в группу V попали 17 INN (антибиотики, антисептики, заменители плазмы и витамины), в группу E - 9 INN (преимущественно иммуномодуляторы, пробиотики и НПВС) и в группу N - 2 INN (гомеопатические ЛС), что составило 61%, 32% и 7% соответственно.

Список литературы

1. Гинекология: национальное руководство // Под ред. В.И. Кулакова, Г.М. Савельевой, И.Б. Манухина. — М.: 2009. — 1088 с.
2. Іванюта С.О., Іванюта Л.І. Шляхи вдосконалення якості лікування хронічних запальних захворювань органів малого тазу у жінок репродуктивного віку. – 2012.-№1-С. 32-35.
3. Протокол «Запальні захворювання органів малого тазу». Наказ МОЗ України №582 від 15.12.2005 р.

ИССЛЕДОВАНИЯ УКРАИНСКОГО РЫНКА ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЬЗУЕМЫХ В КОСМЕТОЛОГИИ ДЛЯ БИОРЕВИТАЛИЗАЦИИ

Санина В.О. – магистрант 1 курса фармацевтического факультета Запорожского государственного медицинского университета, г.Запорожье, Украина, visa_sanina@gmail.com

Ткаченко Н.А. – к.фарм.н., доцент кафедры управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического правоведения, Запорожского государственного медицинского университета, г.Запорожье, Украина, tkachenkonat2@gmail.com

Введение. Инъекционная косметология в Украине - «молодое», но активно развивающееся направление и уже сейчас рынок препаратов для мезотерапии и биоревитализации насчитывает значительное количество средств, которые относятся к нескольким ассортиментным группам: изделия медицинского назначения, лекарственные и косметические средства. Такой широкий ассортимент препаратов, который постоянно пополняется и обновляется, требует от специалистов хорошей ориентации и знания этого рынка.

Биоревитализация – метод восстановления и оптимизации качественных характеристик кожи, в частности межклеточного матрикса, путем проведения интрадермальных инъекций препаратов гиалуроновой кислоты. Основной целью данной методики является пополнение гидратационного резерва тканей и воссоздание в коже естественных условий для функционирования клеток и, таким образом, активации механизма ауорегуляции синтеза эндогенной гиалуроновой кислоты и других компонентов внеклеточного матрикса дермы [1].

К сожалению, в условиях современного, недостаточно контролируемого рынка медицинских препаратов, врачи-косметологи часто используют нелегальные препараты, имеющие сомнительную пользу, а иногда и наносят вред пациентам. Многие препараты, которые реализуются в Украине, запрещены в развитых странах, или сняты с производства ввиду выраженного побочного действия и осложнения. Часто под видом известного производителя высокоэффективной гиалуроновой кислоты на рынке предлагают некачественный препарат, предназначенный для наружного применения, фоно- или электрофореза.

Цель: формирование информационного массива о лекарственных и косметических средствах на основе гиалуроновой кислоты, которые используются для проведения процедуры биоревитализации, а также изучение правовых аспектов регулирования данного сегмента фармацевтического рынка Украины.

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 законодательная база Украины, Государственный реестр лекарственных средств Украины, справочник «Компендиум», официальные сайты производителей лекарственных и косметических препаратов.

Результаты и обсуждение. Оценивая законодательную базу по регулированию оборота косметической продукции, следует отметить, что косметический рынок Украины имеет ряд особенностей. Речь идет о наличии их официального, законодательно закрепленного статуса: 1 - косметической продукции (в соответствии с «Украинским Классификатором нормативных документов» (ICS: 2005, MOD) ДК 004: 2008 Сфера деятельности: 71.100.70 «Косметические товары»; 71.100.70 «Предметы личной гигиены », а также в соответствии со стандартом ДСТУ 2472: 2006" Продукция парфюмерно-косметическая. Термины и определения ") и 2 - лекарственных косметических средств (правовой статус которых регламентируется ст. 2 Закона Украины" О лекарственных средствах "от 04.04.1996 №123 / 96-ВР) [2].

Спектр законодательной базы, регулирующей оборот косметической продукции в Украине представлен всеми категориями нормативно-правовых документов, но большинство из них не соответствует требованиям международных стандартов и уровню развития косметической отрасли на современном этапе. Анализ также свидетельствует об отсутствии нормативных документов, регламентирующих качество, безопасность и эффективность косметической продукции в соответствии с международными стандартами и современными тенденциями развития косметического рынка. Косметическая продукция, поступающая на европейский рынок, обязана соответствовать требованиям и нормам соответствующих стандартов: по вопросам безопасности - Регламент № 1223/2009 Европейского парламента и Совета ЕС о косметической продукции (Брюссель, 30.11.2009г.) (Регламент) в части производства - требованиям Международного стандарта ISO 22716: 2007 «Косметика. Надлежащая производственная практика (GMP) ».

Однако, Украина продолжает оценивать безопасность косметической продукции по более чем устаревшим требованиям Закона Украины «Об обеспечении санитарного и эпидемического благополучия населения» от 24.02.1994 года № 4004-ХІІ и Постановлении Главного санитарного врача Украины от 01.07.1999 № 27. Кроме того, письмом Государственной службы Украины по вопросам регуляторной политики и развития предпринимательства от 03.04.2014 года №2812 СанПиН 2.2.9.02-99 «Санитарные правила и нормы безопасности продукции парфюмерно-косметической промышленности» признаны не соответствующими требованиям актов высшей юридической силы, то есть фактически нелегитимными.

На втором этапе исследований была проанализирована ассортиментная и фирменная структура украинского фармацевтического рынка средств для биоревитализации.

Для проведения процедуры биоревитализации дерматологи и косметологи используют широкий ассортимент средств различных производителей, которые значительно отличаются по цене, качеству и степени

очистки гиалуроновой кислоты, а также отсутствии побочных эффектов и времени наступления желаемого результата.

при этом, чаще всего специалисты отдают предпочтение зарубежным препаратам таких известных марок, как: «Beautelle» (Франция), «Teosyal-Meso», «Teosyal Meso-Expert», «Teosyal Pure Sense Redensity» (Швейцария), «IAL-system», «IAL-system АСР» (Италия), «Princess Rich» (Австрия), «Meso-Wharton», «Juvederm HYDRATE» (США), « Mesoesthetic®» (Испания), «Гиалрипайер 02 биорепарант», «Hyaluform» (Россия).

Вывод. В ходе исследований установлено несоответствие нормативной базы, регулирующей оборот косметической продукции в Украине, требованиям международных стандартов и европейских директив и несовершенство нормативной базы, регламентирующей стандартизации качества и эффективности ЛКС. Учитывая системность описанной проблематики, целесообразным является создание рабочей группы из числа всех участников косметического рынка, которая бы объединила усилия профессионалов всех направлений деятельности отечественной косметической индустрии с целью обеспечения конкурентоспособности национального продукта.

Изучено ассортиментную и фирменную структуру украинского рынка средств для биоревитализации. Полученные данные указывают на необходимость расширения ассортимента путем производства новых, более эффективных и доступных для потребителя отечественных препаратов.

Список литературы

1. Di Pietro A., Di Sante G., *Il recupero dell'elasticità e del turgore cutaneo mediante iniezione intradermica di acido ialuronico (Ial-Sistem®) con tecnica cross-linked*, Est. da [G Ital Dermatol Venereol](#), 136 #3,2001, pp. 187—194.
2. Національний стандарт України ДСТУ 2472: 2006 «Продукція парфумерно-косметична. Терміни та визначення понять» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://kvs.do.am/GOST/DSTY _ ALL/DSTY1 /dsty_2472-2006.pdf](http://kvs.do.am/GOST/DSTY_ALL/DSTY1/dsty_2472-2006.pdf).

Окен М.К., преподаватель, научный руководитель: **Жакипбеков К.С.**, доцент, д.PhD, заведующий кафедрой ОУЭФМКФ НМУ, г.Алматы, Казахстан, *АО «Национальный медицинский университет» г. Алматы, Республика Казахстан, okenmadina@mail.ru*

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Актуальность. Сердечно - сосудистые заболевания является лидером среди смертности во всем мире и главной проблемой мирового здравоохранения. По прогнозу ВОЗ, к 2030 году около 25 миллионов человек могут умереть от сердечно-сосудистых заболеваний, особенно, такой заболеваемостью как болезни сердца и инсульта. Каждый год от ишемической болезни сердца и инсульта умирают около 12 млн. человек. По данным ВОЗ, Казахстан занимает 9-ое место в рейтинге смертности от ИБС в СНГ на 100 тысяч населения. Анализ смертности ИБС по РК за последние 10 лет показывает значительное ее снижение, но тем не менее рост заболеваемости все еще растет.

Целью исследования является провести сравнительный обзор лекарственных средств группы бета-адреноблокаторов и выявить долю отечественных и иностранных производителей.

Материалами и методами исследования являлись обзор отечественных и зарубежных научных периодических изданий, Государственного реестра лекарственных средств РК по данным 2018 года.

Результаты исследования. В результате проведенных нами исследований выявлено, что в Государственном реестре Республики Казахстан на 17 сентября 2018 года зарегистрировано 8093 наименований лекарственных препаратов, из них 148 (2%) наименований являются лекарственными препаратами группы бета-адреноблокаторов, выпускаемые 25 странами. При этом, доля отечественных зарегистрированных наименований бета-адреноблокаторов составляет (9%), выпускаемых 5 производителями, такими как: Химфарм 9 наименований (45%), НобелАлматинская Фармацевтическая Фабрика 5 наименований (25%), ВиваФарм 3 наименований (15%), Карагандинский фармацевтический комплекс 2 наименований (10%) и АбдиИбрахимГлобалФарм 1 наименование (5%) .

Доля зарубежных производителей составляет 134 наименований (91 %). Лидерами по производству лекарственных препараов данной группы являются: Российская Федерация 21 наименований (14%), Индия 19 наименований (13%) и Германия 18 наименований (12%). Кроме того, по проведенным нами исследованиям было установлено, что лекарственные препараты группы бета- адреноблокаторов выпускаются в разнообразных лекарственных формах. Наибольший удельный вес в общей номенклатуре лекарственных препаратов данной группы занимают твердые лекарственные препараты – таблетки (84%), далее следуют концентранты для приготовления инфузионного раствора (13%) и лиофилизаты для приготовления раствора для внутривенного введения.

Согласно проведенному анализу, было выявлено, что из 148 зарегистрированных препаратов бета-адреноблокаторов – 137 препаратов выпускаются по требованиям GMP, и только 11 из них не соответствуют требованиям GMP.

Выводы. По результатам исследования можно сделать вывод, что значительную долю препаратов группы бета-адреноблокаторов на фармацевтическом рынке РК занимают зарубежные производители, составляющие 91%, а отечественные производители всего 9%. Отсюда следует, что необходимо повышать отечественное производство, так как динамичное развитие фармацевтического рынка определяется его жизненным приоритетом. Кроме этого, фармацевтический рынок представляет собой важный сектор экономики любой страны и является критерием её экономического и социального развития, уровня благосостояния населения. Развитую фармацевтическую промышленность страны считают показателем высокой инновационности её экономики.

Литература

1. Алдер, Г. Маркетинг будущего: диалог сознаний: общение с потребителями в XXI веке: пер. с англ. Г. Алдер. М.: ФАИР-ПРЕСС, 2003. - 448 с.
2. Государственный реестр ЛС, ИМН и МТ от 20.11.2018 года

ДОСТУПНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ПРЕЭКСПОЗИЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СЕТЯХ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО СОСТОЯНИЮ НА НОЯБРЬ 2018 ГОДА

Тестов Р.М., 4 курс педиатрического факультета Южно-Уральского государственного медицинского университета, г. Челябинск, Россия, e-mail: testovroma@mail.ru
Научный руководитель – к.м.н. **Минина Елена Евгеньевна**, г. Челябинск, Россия

Предэкспозиционной или доконтактной профилактикой ВИЧ (далее PrEP) называют применение препаратов антиретровирусной терапии у людей с отрицательным ВИЧ-статусом. Цель данной терапии состоит в снижении риска инфицирования вирусом иммунодефицита человека.

История предэкспозиционной профилактики ВИЧ начинается в 2012 году, когда в США был одобрен первый в мире препарат для PrEP – Truvada (Трувада), который представлял собой комбинацию 200 мг эмтрицитабина и 300 мг тенофовира. До настоящего времени он является единственным официально разрешенным препаратом для профилактики ВИЧ, высокая эффективность которого подтверждена целым рядом клинических испытаний, таких как: HPTN 083, Partners PrEP, iPrEx IPERGAY, PROUD и другие. В России предэкспозиционная профилактика ВИЧ была официально разрешена только в третьей декаде 2018 года, когда список показаний для применения «Трувада» на территории России был дополнен указанием о возможности профилактического применения, что позволило врачам на официальном уровне назначать данный препарат в качестве доконтактной профилактики.

Целью работы является оценка доступности препаратов для доконтактной профилактики ВИЧ в Челябинской области по состоянию на ноябрь 2018 года.

Задачи: оценить информированность медработников о существовании препаратов предэкспозиционной профилактики ВИЧ; проанализировать фармацевтический рынок Челябинской области, выявить наличие в ассортименте препаратов PrEP у крупнейших фармацевтических сетей, а также возможность заказа данных препаратов; провести анкетирование фармацевтов и провизоров с целью оценки частоты обращения за препаратами PrEP.

Результаты исследования: Анализ фармацевтического рынка осуществлялся с помощью единой справочной сети: «<https://ценыаптека.рф>», позволяющей оценить наличие лекарственного препарата во всех аптеках области. В ходе исследования оценивались 13 крупнейших фармацевтических сетей с наибольшим товарооборотом и количеством аптек. В результате получено, что ни в одной аптеке области не было в наличии препаратов для PrEP. На втором этапе было проведено анкетирование среди 53 фармацевтов и провизоров в 40 аптеках города. По результатам анкетирования 19% опрошенных считают, что не существует препаратов для доконтактной профилактики ВИЧ; 79% высказывают сомнения по поводу наличия подобных препаратов на российском рынке; 2% респондентов подтвердили наличие медикаментозной профилактики, однако точно указать препараты не смогли. Кроме того, 100% респондентов подтвердили отсутствие спроса на данные препараты, также в 100% случаев заказ препарата в аптеке осуществить было невозможно, в связи с его отсутствием у поставщиков.

Выводы. На настоящий момент доступность препаратов для доконтактной профилактики ВИЧ остается на крайне низком уровне, что связано с одной стороны, с недавним появлением их на российском рынке, с другой стороны, с низкой степенью осведомленности медперсонала и пациентов о возможности медикаментозной профилактики ВИЧ. Кроме того, отсутствие спроса приводит к отказу фармацевтических

сетей закупать препараты у поставщиков, что значительно затрудняет процесс их приобретения. Таким образом, существует необходимость информирования медперсонала и населения о существовании доконтактной профилактики ВИЧ.

Список литературы

1. Государственная стратегия противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации на период до 2020 года и дальнейшую перспективу / Сборник нормативных и методических документов по ВИЧ-инфекции, под ред. В.В. Покровского, – Москва, 2016.

АНАЛИЗ РАБОТЫ ДИСТРИБЬЮТОРА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ТОВАРА С АПТЕЧНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В УКРАИНЕ

Юрченко Г.Н.

*Национальный фармацевтический университет, кафедра организации и экономики фармации
(г. Харьков, Украина), iurchenkogena@gmail.com*

В Украине функцию оптового звена при доставке лекарственных средств от производителя к потребителю выполняют аптечные склады, принадлежащие государственной системе и организациям негосударственной формы собственности. Нагрузка на аптечный склад постоянно возрастает вследствие увеличения потребления лекарственных средств. Это привело к тому, что большинство складов - с проблемой организации их хранения [1-3].

Поэтому целью наших исследований стала: провести анализ работы одного из фармацевтических предприятий по поставке товаров аптечного ассортимента для аптек в Украине.

Для осуществления поставленной цели были определены задачи: проанализировать и обобщить данные литературы по организации оптовой торговли лекарственными средствами и товарами аптечного ассортимента; провести анализ ассортимента и особенностей организации работы одного из дистрибьюторов в Украине; провести анализ работы исследуемого предприятия с аналогичными учреждениями.

Объектом исследования являются учреждения здравоохранения, которые обеспечивают аптечные учреждения фармацевтической продукцией. Предметом исследования является нормативно-правовые акты и информационные источники, регулирующие оптовую реализацию лекарственных средств и деятельность аптечного склада.

Оптовая торговля лекарственными средствами - деятельность по приобретению лекарственных средств у производителей лекарственных средств или других субъектов ведения хозяйства, хранения и продажи лекарственных средств из аптечных складов (баз) другим субъектам оптовой или розничной торговли лекарственными средствами, которые получили на это соответствующие лицензии, и непосредственно лечебно-профилактическим учреждениям и производителям лекарственных средств [1-3].

Основными задачами фармацевтического оптового учреждения являются: поиск поставщиков лекарственных средств и изделий медицинского назначения для розничных предприятий и других покупателей; закупка лекарственных средств и изделий медицинского назначения производителей и их доставка, хранение; формирование ассортимента лекарственных средств и изделий медицинского назначения в соответствии с требованиями розничных предприятий; обеспечение предприятиям-производителям сбыта их лекарственных средств и изделий медицинского назначения; маркетинговые исследования для производителей лекарственных средств и изделий медицинского назначения и розничных фармацевтических учреждений; информационное обслуживание.

Оптовая реализация лекарственных средств и изделий медицинского назначения осуществляется через организационно-функциональные структуры субъектов хозяйствования (производственных и оптовых фармацевтических фирм) - аптечные склады (базы). Они принадлежат к учреждениям здравоохранения и функционируют с разрешения и под контролем государственных органов [2, 3].

Правила торговли лекарственными средствами в аптечных учреждениях устанавливают единые для всех субъектов требования к структуре, площади, оформлению аптечного склада, санитарных правил, оформление необходимой документации и квалификационных требований к персоналу [1].

На первом этапе наших исследований нами был проведен анализ структуры прайс-листа исследуемой компании. Анализ показал, что он состоит из 6 основных разделов. В начале препараты со скидкой в 15%, это те препараты которые внесезонные, остаточный срок годности меньше 70-80%. Затем основной перечень лекарственных средств.

На следующем этапе наших исследований нами был проведен анализ по странам заводов-изготовителей, которые представлены в прайс-листе. Анализ показал, что наиболее препаратов представлено Европейского производства – 769 препарата, затем отечественного – 334.

Также нами был проведен анализ данных по заполняемости фармацевтической продукцией аптечного склада. Анализ показал, что он заполнен на 85%. А значит возможная оборачиваемость товара высокая. Поэтому следующим этапом наших исследований был проведен сравнительный анализ средних

цен на лекарственные средства представленные в прайс-листе предприятия, которое анализируется в сравнении со средней ценой аналогичных компаний в Украине.

При анализе нами были выбраны препараты, наиболее часто заказываемые аптеками. К ним относятся препараты Актовегин с разными формами выпуска, Но-шпа ампулы и таблетки, Фармацитрон пакетики №10 и Эссенциале ампулы №5 и капсулы №30 форте. Анализ цен показали, что цена ниже в анализируемой фирме чем средняя цена аналогичных фирм по Украине. Разница цен очень большая. Наибольший коэффициент роста цены определен для Актовегина гель 20% 20г он равен 1,14 и для лекарственного средства Но-шпа таблетки 40мг №100, коэффициент роста равен 1,11 раза. Наименьшая разница в цене определена для Актовегина табл. 200мг №50, разница в 7%

По итогам исследований были сделаны выводы:

1. Анализ прайс-листа анализируемого предприятия показал, что в нём представлено продукцию таких основных 7 стран заводов-изготовителей, как: Украина (334 наименований), Германия (134), Франция (102) Словения (95), Индия (92), Венгрия (86), Россия (61) и Китай (49).

2. Анализ литературных данных показал, что по итогам I кв. 2018 г. рейтинг брэндов лекарственных средств по объему розничных продаж в исследуемой фирме в денежном выражении возглавляют Актовегин, Но-шпа и Фармацитрон, также значительно улучшив свои позиции по сравнению с аналогичным периодом 2017г.

3. Проведенный нами сравнительный анализ цен на брендовые лекарственные средства в исследуемой фирме показал, что цены в других компаниях выше от 2% до 15%. Так, например, Актовегин 20% 20,0 г гель дороже на 14%, мазь 5% 20,0 г на 13%, Но-шпа табл. 40мг №100 на 11%, Эссенциале-форте Н капс. 300мг №30 на 8%.

Литература

1. Немченко А.С. Государственный контроль деятельности аптечных учреждений : монография / А.С. Немченко, В.Н. Назаркина, Н.И. Синча. – Х. : Авеста-ВЛТ, 2010. – 232 с.

2. Організація та економіка фармації. Ч. III. Основиекономікифармації : нац. підруч. для студ. вищ. навч. закл. / А. С. Немченко, Г. Л. Панфілова,

3. В. М. Назаркіна та ін.; за ред. А.С. Немченко. – Харків :НФаУ, 2017. – 272 с.

4. Організація фармацевтичного забезпечення населення: навч. посіб. для студ. вищ. навч. закл. / А.С. Немченко, В.М. Назаркіна, Г.Л. Панфілова та ін.; За ред. А.С. Немченко [електронний ресурс].

ОБЗОР ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ НА КАЗАХСТАНСКОМ РЫНКЕ

Бағдат Д., студент 4 курса ТФП, д-р фарм. наук, проф. Устенова Г.О., канд. фарм. н. Раганина К.Т.

АО «Национальный медицинский университет», г. Алматы, Республика Казахстан

Введение. На сегодняшний день производство резиновых и пластмассовых изделий в РК составляет 226 568 млн. тенге [1].

Доля изделий медицинского назначения (далее ИМН), произведенных в Казахстане и используемых в стране, минимальна, в стоимостном выражении оценивается в 10-14% [2].

Ведущими производителями по выпуску изделий медицинского назначения и медицинской техники в РК являются ТОО «Kazmedpribor Holding», ТОО «Dolce», ТОО «Brando», ТОО «Juldyz Kenan Co. Ltd», ТОО «ЭкоФарм Интернейшнл», ТОО «Асфарм», ТОО «Комбинат Фараб», ТОО «Султан» [3]. Ассортимент весьма ограниченный и включает в себя: медицинскую одежду, пробирки одноразовые стерильные, одноразовые вакуумные системы, иглы и шприцы, шпатели терапевтические, перчатки, наборы гинекологические и наборы для забора крови, бинты, наборы для инъекций и другие категории продуктов.

Объекты и методы исследования. По данным казахстанского фармацевтического вестника, в пятерку самых продаваемых изделий медицинского назначения на казахстанском рынке за 2017 год входят шприцы, медицинские перчатки, спиртовые салфетки и тампоны, медицинские маски, а также системы для инфузий (см. таблицу 1). Шприцы занимают основную долю рынка, занимая 41%, их доля за последний год выросла на 9% за счет стимулирования спроса и снижением цены на 65%.

На розничном рынке шприцов основным поставщиком является компания «Биола» (см. таблицу 2). Компания «Биола» занимает долю рынка шприцов в размере 78% с приростом в этом году на 6 процентных пункта. Главным изделием компании «Биола» среди 22 наименований стал «Шприц 5мл, BiojectBudget, инъекционный однократного применения трехкомпонентный, с иглой 22Gx1». Компания Vogt Medical наращивает свое присутствие на рынке шприцов на 5 процентных пунктов, что привело к подъёму её на 3 позиции в рейтинге. Локомотивом продаж компании Vogt Medical стал «Шприц Vogt Medical, 2мл,

инъекционный однократного применения, трехкомпонентный, с иглой 23Gx1 ¼». Из отечественных компаний, производящим шприцы является ТОО «Брандо».

Таким образом, по параметрам объем шприца 5 мл является основным объемом на рынке шприцов (около 55% продаж) [4].

№	Наименование	Доля	Рост	Спрос	Цена
1	Шприцы	41,0 %	8,7 %	16,3	-65 %
2	Медицинские перчатки	8,8 %	1,6 %	32,3	-10 %
3	Спиртовые салфетки и тампоны	7,5 %	0,9 %	3,6	-12 %
4	Медицинские перчатки	7,1 %	-2,1 %	15,3	1 %
5	Система для инфузий	6,5 %	-2,6 %	40,6	-18 %

Таблица 1. Основные ИМН на розничном рынке за 2017 г.

№	Место	Наименование	Доля	Рост
1		Biola	77,8 %	5,6 %
2	3	Vogt Medical Vertrieb GmbH	9,0 %	5,3 %
3	-1	UySheng Company of medical instrument	2,2 %	-2,6 %
4	-1	Becton Dickinson	1,7 %	-2,1 %
5	2	Shengguang Medical Instrument Co., Ltd.	1,4 %	-1,0 %
6	11	ТОО Брандо	0,6 %	0,6 %

Таблица 2. Основные поставщики шприцов на розничном рынке ИМН за 2017 г.

Результат и обсуждения. На данный момент в Казахстане 80% из продаваемых шприцев являются импортными. Спрос на шприцы будет всегда, и поэтому большой ассортимент шприцев на местном рынке окажет положительное влияние на экономику страны и развитие фармации в целом.

На сегодняшний день наиболее перспективным и безопасным способом получения качественных шприцев является технология производства, которая включает в себя следующие стадии: подготовка сырья и вспомогательных материалов; изготовления деталей шприца методом литья под давлением; сборка и маркировка шприцев; стерилизация; упаковка в транспортную тару; контроль за готовой продукцией [5].

Список литературы

- Экспресс-информация. - 20 июля 2018 г. - № 36-5/267
 Государственный реестр Республики Казахстан. – Алматы: 2018
 Комитет Фармации. – Алматы: 2018
 Батыров Д. Обзор рынка изделий медицинского назначения (ИМН) за первый квартал 2017 года // Казахстанский фармацевтический вестник. - май 2017 г. - №10 (517)
 Характеристика технологического процесса предприятия по производству шприцев однократного применения. [Электронный ресурс]. URL: <https://vunivere.ru/work93313?screenshots=1>

К ВОПРОСУ О НОРМАТИВНОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ВЕТЕРИНАРНОГО ПРИМЕНЕНИЯ В РОССИИ

Бышенко В.В., 5 курс фармацевтического факультета ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, г. Тюмень, e-mail: vikabyschenk95@gmail.com
Научный руководитель: **Кныш О.И.**, д.фарм.н., профессор, заведующая кафедрой фармацевтических дисциплин ФГБОУ ВО Тюменский государственный медицинский университет Минздрава России, Россия, г. Тюмень, e-mail: knysho@mail.ru

Актуальность. На сегодняшний день вопросы нормативного регулирования гражданского оборота и организации обеспечения населения лекарственными средствами для ветеринарного применения являются весьма актуальной проблемой, поскольку при наличии основополагающих законодательных положений обращения (в том числе о разработке, доклинических и клинических исследованиях, регистрации, контроля) и лицензировании фармацевтической деятельности в сфере оптовой и розничной реализации ветеринарных лекарственных препаратов практической применимости данных документов, а также качества и доступности таких препаратов для населения, надлежащего контроля на этапах их производства, товарного обращения, изготовления и отпуска потребителям до сих пор детально не проработаны, некоторые существуют в виде проектов законодательных и подзаконных актов, решений и инициатив.

Цель: провести контент-анализ и дать оценку применимости современных отечественных нормативно-правовых актов, касающихся организации розничного оборота ветеринарных лекарственных средств.

Согласно Федеральному закону от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств» реализация населению лекарственных препаратов для ветеринарного применения (далее – ЛПВП) осуществляется ветеринарными аптечными организациями (ВАО), которые понимаются как «организация, структурное подразделение ветеринарной организации, осуществляющие розничную торговлю лекарственными препаратами, хранение, изготовление и отпуск лекарственных препаратов для ветеринарного применения в соответствии с требованиями настоящего Федерального закона» [1]. Для осуществления фармацевтической деятельности ВАО необходима лицензия, которая, согласно Постановлению Правительства РФ от 22.12.2011 № 1081 выдается Федеральной службой по ветеринарному и фитосанитарному надзору (Россельхознадзор). Лицензирование проводится в соответствии с приказом Федеральной службы по ветеринарному и фитосанитарному надзору от 19.04.2012 № 191 «О лицензировании фармацевтической деятельности» и «Административным регламентом по предоставлению государственной услуги по лицензированию фармацевтической деятельности, осуществляемой в сфере обращения лекарственных средств для ветеринарного применения» (Приказ Минсельхоза РФ от 01.03.2016 № 80). Однако, Реестр лекарственных средств для ветеринарии в России пока не имеет официального статуса и размещен на сайте Россельхознадзора исключительно в ознакомительном виде для формирования информационного ресурса. Данные реестра по состоянию на 2018 год насчитывают 2188 ЛПВП, зарегистрированных в РФ. Следует отметить, что в ветеринарной фармации нет таких понятий, как «минимальный ассортимент лекарственных препаратов», «жизненно необходимый и важнейший лекарственный препарат», «надлежащая аптечная практика»; эти пробелы в законодательстве оборачиваются для населения низким качеством потребительских услуг, которые могут предложить ВАО, а также недостаточной доступностью фармацевтической помощи в этой сфере в целом. Основные принципы хранения ЛПВП в ВАО, ветеринарных клиниках регламентируются Приказом Министерства сельского хозяйства Российской Федерации (Минсельхоз РФ) от 15.04.2015 № 145 «Об утверждении Правил хранения лекарственных препаратов для ветеринарного применения» [2], причем данный приказ фактически дублирует положения в определенной мере устаревшего Приказа Минздрава РФ от 23.08.2010 № 706н, регламентирующего хранение лекарственных препаратов для медицинского применения; кроме того, не устанавливает правила перевозки ЛПВП. Порядок отпуска готовых ЛПВП из ВАО к настоящему времени не утвержден, существует лишь в виде опубликованного на сайте Россельхознадзора проекта приказа Минсельхоза РФ «Правила отпуска лекарственных средств для ветеринарного применения» (2010 г.). Вместе с тем, для общественного обсуждения в 2018 году размещен новый проект приказа Минсельхоза РФ «Правила изготовления и отпуска лекарственных препаратов для ветеринарного применения ветеринарными аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, а также форма требования ветеринарной организации» [3]. В данном документе уже четко указаны конкретные требования к изготовлению ЛПВП в условиях ВАО, описана необходимость ведения журналов учета экстермпоральной рецептуры, методы и формы контроля за изготовлением препаратов, нормируется маркировка и упаковка ЛПВП. Важным разделом проекта являются требования к персоналу, где указано, что реализовывать ЛПВП в ВАО могут специалисты со средним и высшим ветеринарным образованием, или со средним и высшим фармацевтическим образованием, а изготовление допускается только специалистами с фармацевтическим образованием. Нормируется форма бланка рецепта ветеринарного врача и форма требования на ЛПВП. Однако, вопросы назначения и отпуска наркотических средств и психотропных веществ не

освещены; тем более, что в РФ установлен запрет отпуска данных препаратов по рецептам ветеринарных клиник в обычных аптеках [4].

Инновационным подходом в этом направлении явился Проект Решения Совета Евразийской экономической комиссии «Об утверждении Правил регулирования обращения ветеринарных лекарственных средств на таможенной территории Евразийского экономического союза» (подготовлен Минсельхозом России 07.05.2018). Данный документ, в случае его принятия, будет способствовать формированию единого понимания обязательных требований законодательства в сфере обеспечения качества и безопасности ЛПВП у всех участников обращения этих препаратов на территории ЕАЭС, а также в контрольно-надзорной деятельности в данной сфере в Российской Федерации.

Таким образом, на основе проведенного анализа можно констатировать, что нормативно-правовое обеспечение фармацевтической деятельности в сфере обращения ЛПВП пока несовершенно и требует многочисленных доработок. На данный момент в РФ отсутствуют важнейшие нормативно-правовые акты, обеспечивающие осуществление надлежащего порядка отпуска ветеринарных препаратов из ВАО, содержащих требования к их безопасности и качеству в процессе реализации населению.

Список литературы

1. Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств».
2. Приказ Министерства сельского хозяйства РФ от 15.04.2015 №145 «Об утверждении Правил хранения лекарственных препаратов для ветеринарного применения».
3. Проект приказа Министерства сельского хозяйства РФ «Правила изготовления и отпуска лекарственных препаратов для ветеринарного применения ветеринарными аптечными организациями, индивидуальными предпринимателями, имеющими лицензию на фармацевтическую деятельность, а также форма требования ветеринарной организации» (по состоянию на 28.09.2018). [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://regulation.gov.ru/>
4. Бышенко В.В. Сравнительный анализ правил отпуска лекарственных препаратов для медицинского и ветеринарного применения / В кн. Материалы 52-й ежегодн. Всеросс. конф. студ. «Актуальные проблемы теоретической, экспериментальной, клинической медицины и фармации», г. Тюмень, 12 апреля 2018 г. – Тюмень: РИЦ «Айвекс», 2018. С.70.

СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ КАК ЭЛЕМЕНТ ВНЕДРЕНИЯ НАДЛЕЖАЩЕЙ АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКИ

Жалимова.З.О. - магистрант 1-го курса, фармацевтического факультета, e-mail: Zere_zhalimova@mail.ru,
Научный руководитель: к.фарм.н., профессор **Шопабаева А.Р.**
Казахский национальный медицинский университет имени С. Д. Асфендиярова, г.Алматы, Республика Казахстан

Основная цель политики государства в области лекарственного обеспечения - повышение эффективности, безопасности и доступности лекарственных средств для населения. Государственная политика в сфере обращения лекарственных средств направлена на постоянное улучшение лекарственного обеспечения, что является важнейшей составляющей права человека на охрану здоровья.

На современном этапе развития фармацевтической отрасли Казахстана характеризуется необходимостью перехода работы аптек на новые условия деятельности в соответствии со стандартом Надлежащей фармацевтической практики (GPP)[1]. Требования к GPP утверждены приказом Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан от 27 мая 2015 года № 392 «Об утверждении надлежащих фармацевтических практик». Кроме того, в государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016 - 2019 годы приняты меры по внедрению системы обеспечения качества лекарственных средств путем внедрения надлежащих фармацевтических практик [2].

В Республике Казахстан требования перехода аптечных организаций на стандарты GPP к 2018 году законодательно закреплены в Кодексе Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения» (с дополнениями и изменениями на 2018 год). В соответствии с действующим законодательством, стандарт Надлежащей аптечной практики в Казахстане стал обязательным с 1 января 2018 года.

Внедрение системы управления качеством в аптеке обеспечивает стабильное аптечное изготовление и реализацию безопасных, эффективных и качественных лекарственных средств, предотвращает брак и ошибки, гарантирует соответствие продукции предъявляемым требованиям, позволяет выявлять дефекты при постоянном контроле за качеством.

По состоянию на вторую половину 2018 года из 8597 аптечных организации 332 (4,0%) являются держателями сертификатов на соответствие стандартам надлежащей аптечной практики. На данный момент количество аптек, не практикующих международный стандарт GPP, составляет 8265(96,1%).

В настоящее время одним из основных шагов на пути к внедрению стандарта Надлежащей аптечной практики является разработка стандартных операционных процедур далее (СОП). Стандартные

операционные процедуры (СОП) в аптечных организациях представляют собой подробные письменные инструкции, предназначенные для достижения единообразия при осуществлении определенной деятельности [3, 4]. Создание системы документации, а именно составление СОП на действующие процессы, является самой трудоемкой частью работы при внедрении международного стандарта GPP.

Ответственность за реализацию и составление СОПов лежит на назначенного в этой аптечной организации фармацевта. Одной из основных задач применения СОПов является предупреждение ошибок при выполнении той или иной производственной операции. В отличие от должностной инструкции, в которой излагается, что именно должен делать работник, в СОПах должна быть указана методика выполнения операции. СОПы предназначены для качественного выполнения должностных обязанностей, вместе с тем, при этом оставляется право на самостоятельное принятие решений в рамках ответственной области.

Настоящий стандарт определяет роль фармацевта в системе здравоохранения, его место в укреплении здоровья населения и профилактике заболеваний, безопасного, эффективного и рационального лечения, выявления и решения проблем при применении лекарственных препаратов. Также GPP содействует в организации надлежащей деятельности, связанной с поставками и использованием лекарственных средств. Понятие «Надлежащая аптечная практика», наряду с другими «Надлежащими практиками» не просто красивые термины. Это способ современного мышления, образ жизни фармацевта XXI века, которые должны непрерывно совершенствоваться.

Литература

1. Good Pharmacy Practice (GPP) in Community and Hospital Pharmacy Settings. WHO. 1996. WHO/Pharm/DAP 96.1. Надлежащая аптечная практика (НАП) в общественных и больничных аптеках. - <https://extranet.who.int/iris/restricted/handle/10665/63097>.
2. Шопабаяева А. Р., Жалимова З. О. Управление медикаментозной терапии и вклад в улучшение эффективности системы здравоохранения и общественного здоровья // Инновации в медицине и фармации. Минск: Белорусский государственный медицинский университет, 2018. С. 724-726.
3. Реутская Л.А., Долголикова А.Н., Александрова Е.Л., Кугач В.В. Порядок разработки рабочих инструкций и стандартных операционных процедур // Вестник фармации. 2007. №3 (37). С. 10-15.
4. Здоровье населения Республики Казахстан и деятельность организаций здравоохранения в 2017 году. - 2018: Статистический сборник/ Кайдар Э.К., Кенесова А.А., Юрченко И.В., Сабыров [и др.]; под ред. Биртанов Е.А., Цой А.В., Есмагамбетова А.С., Абдикаримова Д.А., Каптагаева А.К., Бекшин Ж.М.- Астана: МЗ РК, 2018.-353с.

ИЗУЧЕНИЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КОМПАНИЙ, ПОСТАВЛЯЮЩИХ ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА СИСТЕМНОГО ДЕЙСТВИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК УКРАИНЫ

Кравцов Д. В., 5 курс, фармацевтический факультет ЗГМУ, Запорожье, Украина, e-mail: fenol_benzolovich@rambler.ru

Заричная Т. П., доцент кафедры Управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического правопедения ЗГМУ, Запорожье, Украина

Введение. В последние годы существенно повысилась распространённость грибковых заболеваний, что связано с широким и не всегда рациональным использованием антибиотиков, цитостатиков, глюкокортикоидов, повышением частоты внутрибольничных инфекций, а так же развитием иммунодефицитных состояний [1].

Цель. Определение конкурентоспособности фармацевтических фирм-поставщиков противогрибковых средств системного использования на фармацевтический рынок Украины.

Материалы и методы. Для проведения запланированных исследований были использованы данные «Компендиума» и «Государственного реестра лекарственных средств Украины» [2], [3].

Результаты и их обсуждение. Согласно «Государственному реестру лекарственных средств Украины» на территории страны в обороте находится 112 наименований лекарств указанного действия от 44 фармацевтических компаний из 20 различных стран, в том числе и Украины.

Для определения уровня конкуренции между производителями препаратов-аналогов был рассчитан коэффициент напряжённости K_n по формуле: где n – количество фармацевтических компаний, поставляющих препараты-аналоги на изучаемый сегмент рынка.

$$K_n = n - 1.$$

При этом все лекарственные препараты, согласно классификации АТХ, были сгруппированы по действующим веществам на 8 групп: группа флуконазола, вариконазола, итраконазола, позаконазола, амфотерицина В, каспофунгина, анидулафунгина и микафунгина. В результате расчётов было установлено, что наибольшая конкуренция наблюдается среди производителей препаратов-аналогов флуконазола ($K_{vi} = 0.98$), вариконазола ($K_{vi} = 0.93$), итраконазола ($K_{vi} = 0.88$). В тоже время отсутствует конкуренция между производителями лекарственных форм содержащих позаконазол, амфотерицин В, каспофунгин, анидулафунгин и микафунгин.

Выводы. Анализ изучаемой конкурентоспособности продемонстрировал высокий уровень конкуренции среди фирм-производителей препаратов содержащих флуконазол, вариконазол и итраконазол. Однако абсолютное отсутствие на фармацевтическом рынке Украины препаратов системного противогрибкового действия производных имидазола, таких как кетоконазол и миконазол, дают возможность осваивать этот сегмент рынка, без каких-либо препятствий и конкуренций.

Литература

Erdogan A., Rao S. «Small Intestinal Fungal Overgrowth». *Curr Gastroenterol Rep.* (April 2015) 17: 16. doi:10.1007/s11894-015-0436-2.

Государственный реестр лекарственных средств Украины. Поиск лекарственных средств. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.drlz.com.ua/>

Компендиум. Лекарственные препараты. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://compendium.com.ua/>

АПТЕКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ

Мельникова В.В., 5 курс фармацевтический факультет, ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия, e-mail: vika12341996@mail.ru

Викулова Ксения Анатольевна, доцент, кандидат фармацевтических наук, доцент кафедры фармацевтических дисциплин, ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, г. Тюмень, Россия

Актуальность. Аптека медицинской организации является особым звеном в системе здравоохранения при оказании надлежащей фармацевтической деятельности, которая имеет ряд отличий в сфере обеспечения лекарственными препаратами и медицинскими изделиями граждан [2].

Цель исследования. Изучить особенности организационной деятельности аптеки медицинской организации и перспективы её развития (на примере аптеки ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1»).

Материалы и методы: контент-анализ нормативно-правовой документации, научной и учебной литературы, метод наблюдения, статистический анализ документации аптеки ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1».

Результаты исследования. В соответствии с Федеральным законом «Об обращении лекарственных средств» аптека при ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница № 1» является структурным подразделением медицинской организации, осуществляющая работу на основании лицензии на фармацевтическую деятельность [1]. Проведенный анализ организационной деятельности аптеки медицинской организации позволил выявить следующие основные функции аптеки: осуществление расчета потребности в лекарственных средствах и медицинских изделиях с учетом заявок каждого отделения стационара, объемов отпуска предыдущих периодов по каждой позиции лекарственных препаратов, данных об остатках лекарственных препаратов, медицинских изделий и прочих товаров аптечного ассортимента в аптеке, в государственных контрактах; особенности закупочной деятельности – лоты на закупку лекарственных препаратов согласовываются на информационном портале ТФОМС, протоколы соответствия отправляются в контрактную службу больницы для оформления документации на аукционы, котировку; прием требований-накладных от отделений стационара, их таксировка (в программе «1С:Предприятие») с последующей сборкой затребованных лекарственных препаратов для отделений; изготовление экстермпоральных лекарственных форм по требованиям-накладным отделений.

Анализ данных бухгалтерской отчетности за последние три года позволил определить следующие показатели объема реализации (товарооборота) исследуемой аптеки МО (рис. 1). Как следует из графика, товароборот аптеки с каждым годом стремительно растет, следовательно, потребность в обеспечении лекарственными средствами, медицинскими изделиями и оказание услуг в сфере здравоохранения повышается.

Следует отметить, что в стране за последние пять лет резко сократилось внутриаптечное изготовление лекарственных форм, но для аптек медицинской организации изготовление, как отдельный вид фармацевтической деятельности, остается актуальным. Так многие группы лекарственных средств,

необходимые для лечения ряда категорий пациентов, не могут быть заменены готовыми лекарственными препаратами. Это стерильные растворы для внутреннего употребления у новорожденных, растворы окислителей, суспензии для наружного применения, эмульсионные мазевые основы, лекарственные формы коллоидных препаратов серебра, стерильные растворы для наружного применения. Данные лекарственные препараты особенно востребованы при оказании медицинской помощи стационарных пациентов, обеспечение которыми является одной из приоритетных задач «больничной» аптеки.

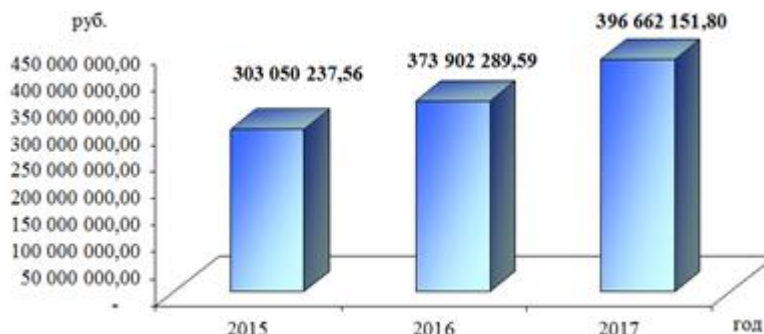


Рисунок 1 – Показатели товарооборота аптеки ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1» за период 2015-2017 гг.

Анализ экстенпоральной стационарной рецептуры лекарственных форм, изготавливаемых в исследуемой аптеке представлен на рис. 2. Удельный вес в экстенпоральной рецептуре составляют наружные лекарственные формы (93%), что связано с большим изготовлением растворов для электрофореза, востребованных отделением реабилитации Центр охраны здоровья детей.

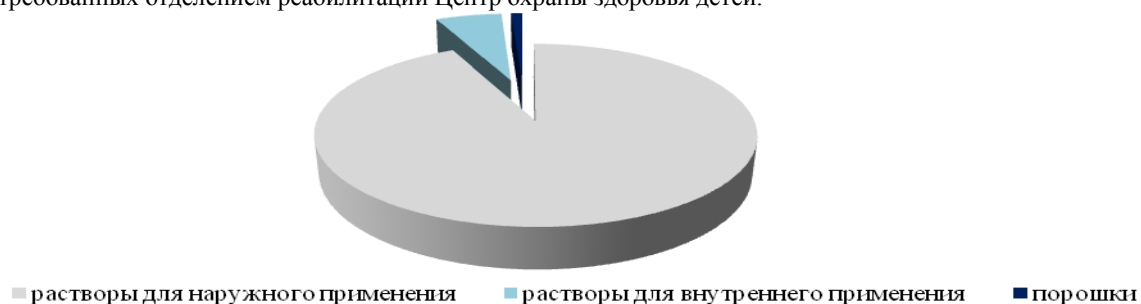


Рисунок 2 – Виды лекарственных форм, изготавливаемых аптекой ГБУЗ ТО «Областная клиническая больница №1»

Перспективы развития «больничной» аптеки охватывают все разделы ее деятельности. Первоочередной задачей является усовершенствование персонализированного учета лекарственных препаратов и медицинских изделий в отделениях стационара. В настоящее время больница работает над разработкой и внедрением электронных требований-накладных на отпуск товаров из аптеки. Внедрение электронных требований-накладных позволит оптимизировать процесс выписывания необходимых аптечных товаров для отделений стационара, сократить время их поступления из аптеки в отделения и обеспечит своевременную информацию о их наличии или отсутствии в режиме текущего времени. Для аптечной службы это даст возможность получать оперативную информацию по дефектурным (отсутствующим) позициям, принимать меры по их сокращению, рационально распределять имеющийся товарный запас по отделениям

Заключение. Аптека медицинской организации, являясь неотъемлемой частью госпитального звена, способствует организации качественного лекарственного обеспечения, безопасности лекарственной терапии и оптимизации расходования бюджетных средств. Деятельность госпитальной аптеки, в условиях непрерывного развития медицинской науки и совершенствования стандартов оказания медицинской помощи населению на всех уровнях, направлена на обеспечение надежной взаимосвязи «врач-провизор-пациент» и является залогом успеха лечения пациента.

Список литературы

Управление и экономика фармации: учебник / под ред. И. А. Наркевича. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 928 с.
 Федеральный закон от 12.04.2010 № 61-ФЗ «Об обращении лекарственных средств»

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИМЕНЯЕМЫХ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА

Подколзина М.В.,

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина, marysea2006@ukr.net

В экономически развитых, благополучных странах в последние годы отмечается значительный рост заболеваемости сахарным диабетом (СД), что становится серьезной медико-социальной проблемой для всего общества. По данным ВОЗ уровень заболеваемости диабетом в мире составляет около 9% среди взрослого населения (18 лет и старше), а к 2030 г. диабет станет седьмой по значимости причиной смерти, после сердечно-сосудистых, обструктивных заболеваний дыхательных путей, онкологических заболеваний. На долю сахарного диабета II типа приходится около 90% всех зарегистрированных случаев этого заболевания. При этом истинная распространенность сахарного диабета II типа в 2-3 раза превышает регистрируемую по обращаемости. Важно отметить хроническое течение заболевания, которое приводит к развитию тяжелых макрососудистых осложнений, а именно различных проявлений атеросклероза (ишемическая болезнь сердца, острый инфаркт миокарда, инсульт, гангрена нижних конечностей и пр.) [1,2]. Хроническая гипергликемия при сахарном диабете также связана с повреждением и дисфункцией различных органов: глаз, почек, нервной системы, печени. Развитие поздних осложнений обуславливает существенное снижение качества жизни, потерю работоспособности, уменьшение на 10-30% продолжительности жизни, повышение в 2-3 раза смертности больных и значительные расходы бюджета стран на их лечение.

В терапии сахарного диабета II типа применяется достаточно широкий ассортимент лекарственных средств - только специфических ЛС из пяти фармакотерапевтических групп. Достиженные в последние десятилетия успехи в исследовании патофизиологических механизмов возникновения и прогрессирования СД II типа, а также внедрении новых пероральных гипогликемических лекарственных препаратов и стратегий еще не повлияли на смену принципов фармакотерапии в конкретных лечебных учреждениях, поэтому целесообразно исследовать ассортимент специфических ЛС [3,4].

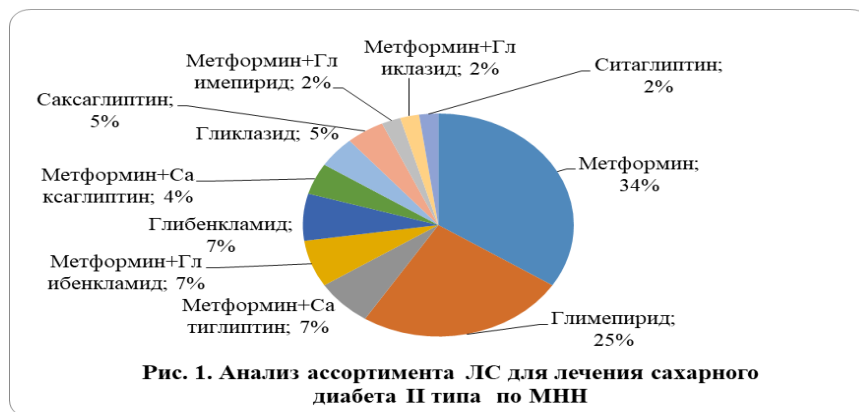
Исследование ассортимента пероральных гипогликемических лекарственных средств проводилось на базе сетевой аптеки г. Харькова ЧФ «Гамма-55». В целом ассортимент данной группы препаратов был представлен 44 наименованиями, принадлежащим к пяти фармакологическим группам (рис. 1, 2).

Был проведен анализ ассортимента пероральных гипогликемических средств по странам-производителям в результате которого выявлено, что ЛС украинского производства составляют 37%, импортного – 63%, в частности австрийского/французского – 16%, немецкого – 11%, по 9% занимают ЛС производства Польши и США, 18% – ЛС других стран (Индия, Швейцария, Италия и др.).

Результаты исследования ассортимента ЛС, используемых в терапии сахарного диабета II типа по МНН (рис. 1.) свидетельствуют, что наиболее широко в его структуре представлены метформин – 34% и глимепирид – 25%, комбинации метформина с другими препаратами занимают 22%.

Был проведен анализ ассортимента ЛС для лечения сахарного диабета II типа по фармакологическим группам (рис. 3.).

В результате исследования было установлено, что в структуре ассортимента преобладают производные сульфонилмочевины и бигуаниды, которые занимают 37% и 34% соответственно. В меньшем объеме присутствуют бигуаниды+ингибиторы ДПП-4, бигуаниды+производные сульфонилмочевины, которые занимают по 11%, доля ингибиторов ДПП-4 составляет 7%.



Выводы. Проведенный анализ ассортимента пероральных гипогликемических средств, используемых для лечения сахарного диабета II типа, показал, что в структуре ассортимента преобладают препараты импортного производства – 63%, доля ЛС украинского производства составляет 37%, при этом в Украине производят ЛС которые содержат все рекомендованные МНН [3,4] кроме ингибиторов ДПП 4. В

результате анализа ассортимента исследуемых ЛС по фармакологическим группам было установлена принадлежность к трем группам а также их комбинациям: производные сульфонилмочевины, бигуаниды, ингибиторы ДПП-4.



Литература

- O'Gorman DJ, Krook, A Exercise and the treatment of diabetes and obesity // The Medical clinics of North America. — 95 (2011 Sep) (5) С. 953–69.
- Lee I-Min, Shiroma, Eric J; Lobelo, Felipe; Puska, Pekka; Blair, Steven N; Katzmarzyk, Peter T Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy // The Lancet. — (1 July 2012).
- Зупанець І. А. Клінічна фармація : підруч. для студ. вищ. навч. закл. / І. А. Зупанець [та ін.]; за ред. В. П. Черних, І. А. Зупанця, І. Г. Купновицької; Нац. фармац. ун-т. - Х. : Золоті сторінки, 2013. – 909 с.
- Клиническая эндокринология. Руководство для врачей. 3-е изд., испр. и доп. под ред. Н. Т. Старковой. - СПб: Медицина, 2002 - 576 с.

ИССЛЕДОВАНИЕ НАЛИЧИЯ НЕИСПОЛЬЗОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ДОМАШНИХ АПТЕЧКАХ И ОБРАЩЕНИЕ С НИМИ

Проскурова Я.А., Кубарева И.В., Евсеева Л.В.
г. Харьков, Украина, ya.proskurova@gmail.com

Значительный рост потребления лекарственных средств (ЛС) населением приводит к проблеме накопления ненужных лекарств в домохозяйствах и неадекватного обращения с ними. Количество ЛС, неиспользованных населением и выброшенных в составе бытовых отходов, составляет от 5 % до 10 % от общего количества проданных лекарств [1].

Анализ наличия неиспользованных ЛС в домохозяйствах Украины ранее не изучался. Это тестовое исследование направлено на попытку определения методом опроса наличия в домашних аптечках (ДА) неиспользованных ЛС, их фармакологические группы и общие практики утилизации. Исследование проведено в октябре 2018 г. Респондентам была предложена анкета из семи вопросов, в которой содержались вопросы наличия неиспользованных ЛС в ДА, фармакологические группы таких ЛС и причины неиспользования и способы их утилизации. В исследовании приняло участие 135 домохозяйств г. Харькова (Украина), средний состав которых составил 3,4 человека.

Результаты исследования показали, что у 94 % домохозяйств имелись в наличии неиспользованные ЛС. Определено, что количество неиспользованных единиц ЛС в ДА в среднем составляет 5 единиц на домохозяйство. 25 % от общего количества неиспользуемых ЛС в ДА были с истекшим сроком годности. Основными причинами неиспользования лекарств и их накопления в ДА были: улучшение состояния здоровья, что не требовало дальнейшего приема ЛС; большие размеры упаковки; переход на другой препарат; побочные эффекты лечения. Нами было установлено, что наиболее распространенными фармакологическими группами (согласно групп АТС-классификации второго уровня [2]) среди неиспользованных ЛС в ДА были *Противовоспалительные средства* (M01), а именно группа M01A «Нестероидные противовоспалительные препараты» (30 %), J01 *Антибактериальные средства для системного применения* (15 %), N02 *Альгетики* (9 %), R06 *Антигистаминные средства для системного применения* (8 %).

Для Украины нестероидные противовоспалительные препараты – это наиболее часто приобретаемые в аптеке ЛС, они входят в ТОП 10 аптечных продаж [3]. Большинство людей хранят такие ЛС дома для повторного использования в случае заболевания.

Высокая доля неиспользованных антибиотиков в ДА ставит вопрос о ненадлежащем использовании этой группы ЛС. Нерациональное применение антибиотиков способствует распространению устойчивости к антимикробным препаратам [4].

На вопрос: «Как Вы избавляетесь от неиспользованных ЛС?» все респонденты сообщили, что выбрасывают свои ненужные ЛС в составе твердых бытовых отходов и в канализацию. Несоответствующее удаление ЛС приводит к попаданию этих соединений в окружающую среду.

В результате проведенных исследований установлено, что в Украине существует проблема наличия неиспользованных ЛС в ДА и надлежащего обращения с ними. Существует актуальная потребность в проведении исследований в Украине по разработке программы возврата ненужных для населения лекарств с целью безопасного их удаления.

Литература

Castensson S, Ekedahl A. In: Green and Sustainable pharmacy. Kümmerer K, Hempel M, editor. Berlin Heidelberg: Springer; 2010. Pharmaceutical Waste: The Patient Role; pp. 170-200.

Компендиум OnLine <https://compendium.com.ua/atc/>

Аптечный рынок Украины по итогам I полугодия 2018 г.: <https://www.apteka.ua/article/464478>

Antimicrobial resistance, WHO. <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/disease-prevention/antimicrobial-resistance/antibiotic-resistance/frequently-asked-questions>

ОБОСНОВАНИЯ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Сахновская А.В., 5 курс, 1-фармацевтический факультет ЗГМУ, Запорожье, Украина, sakhnovskayaa@mail.ru
Заричная Т.П., доцент кафедры Управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического правоведения ЗГМУ, Запорожье, Украина.

Под фармацевтической деонтологией понимают принципы поведения фармацевтических работников, направленные на обеспечение качественного лекарственного обслуживания населения.

Цель исследования: обоснование методов исследования некоторых этико-деонтологических аспектов в аптечных учреждениях.

Объекты исследования: источники вторичной информации, отраслевые журналы, а также специализированные интернет-сайты [1,2,3].

Результаты исследования. Установлено, что для определения взаимоотношений провизора (фармацевта) с посетителями аптек наиболее целесообразным является метод анкетирования, который позволяет определить: уровень этики продаж, тип посетителей аптек, удовлетворенность посетителей аптек во время конфликта.

Для установления особенностей взаимоотношений провизора и врача наиболее оптимальным является метод интервьюирования как врачей, так и провизоров в результате которого возможно определить следующее: поддерживает ли авторитет врача провизор, подменяет ли врача, допускает ли в присутствии больного замечания в адрес врача, консультирует ли врачей по вопросам выбора и назначения наиболее эффективных лекарственных средств, их свойствах, побочных действиях и т.д. ведет ли совместную работу с врачами по определению фармакологических стандартов лечения и формулярных списков, а также просветительскую работу среди населения по вопросам самопомощи и самопрофилактики, рационального применения лекарственных средств безрецептурного отпуска.

Для изучения этико-деонтологических взаимоотношений в коллективе аптечного учреждения был выбран метод эксперимента для определения психологической совместимости с использованием специального теста, который дает возможность оценить уровень сплоченности коллектива, наличие и качество разногласий между сотрудниками аптек.

Выводы. В результате анализа вторичных источников, интернет-ресурсов были определены методы исследования некоторых этико-деонтологических аспектов в аптечных учреждениях.

Данные исследования будут продолжены.

Литература

1. Аминов И. И. Психология делового общения: учебное пособие / И. И. Аминов. – М.: Омега-Л, 2007. – 304 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/1470/1/15Etika_deon_farm.pdf

2. Бороздина Г. В. Психология делового общения: учебник / Г. В. Бороздина. – 2-е изд. – М.: ИНФРА, 2008. – 295 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа:

http://dspace.zsmu.edu.ua/bitstream/123456789/1470/1/15Etika_deon_farm.pdf

3. Кишкель Е.Н. Управленческая психология. - М.: Высшая школа, 2002. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.bibliofond.ru/view.aspx?id=21876>

THE STUDY OF THE TREND IN INCIDENCE AND PREVALENCE OF CHRONIC PANCREATITIS

Korzh Iuliia V., Zhirova I.V., Olieinikova N.V.

National university of pharmacy, Kharkov, Ukraine, e-mail: socpharm@nuph.edu.ua

Chronic pancreatitis (CP) is a serious disorder which can have a severe impact on the quality of life in addition to life-threatening long-term sequelae. CP is a progressive inflammatory disease of the pancreas characterized by irreversible morphological changes typically causing pain and/or permanent loss of function. Long-term CP complications include diabetes mellitus and pancreatic cancer. It is estimated an overall incidence of 2 to 200 cases per 100,000 inhabitants per year and prevalence of 13 to 52 per 100,000 populations in the world [5]. Globally is the most frequent pancreatic pathology with a mortality of 0.09 deaths (95% CI 0.02-0.47) per 100 000 person-years for chronic pancreatitis [5].

Epidemiologic descriptions of CP have changed over time. In the first half of the 20th century, the presence of epigastric calcifications on plain radiography was the mainstay for the diagnosis of CP. The focus of reports from 1950-1990's was to describe the clinical profile and natural history in a series of patients. In the 1970s, abdominal ultrasound, endoscopic retrograde cholangiopancreatography, and computed tomography emerged as diagnostic tests for CP. In 1983, a group of experts met in Cambridge, and developed a grading system using these diagnostic modalities to define CP. CT quickly became the modality of choice for diagnosis because it was noninvasive and widely available. With continuing advances in technology over the past 30 years, high resolution CT, magnetic resonance imaging, and endoscopic ultrasound have evolved as important tools in the evaluation of CP[4]. In the past decades, studies have also focused on describing population distributions of CP, its risk based on the presence of environmental and genetic risk factors, impact of CP on quality of life, and frequency and factors that affect the evolution of acute and recurrent acute pancreatitis to CP. Thus, we connect the increasing in incidence and prevalence not only with it real increasing but with the development of the diagnostic technology also.

The number of studies examining the population distributions of CP is scarce, and it is important to note that these data are not available from large parts of the world. This is probably related to difficulties in conducting such studies due to establishing an accurate diagnosis, and the focus of earlier studies to describe the clinical profile and natural history of the disease. The results of the most representative studies on the incidence of CP are very poor and show some variability based on study design and country. The latest survey is represented in studies of the United States, Japan and Spain (among European countries). In the United States the incidence of CP has increased modestly from 3.3 during 1940-1969 to 4.3 per 100,000 in 1997-2006 [2,4]. The incidence in European countries ranges from 5 to 26 per 100,000 inhabitants. In Asia, seven separate surveys from Japan show a trend towards a much greater increase in the incidence of CP (from 2 to 14/100,000) [3]. In some regions there is a higher incidence as in India with an incidence of 114 to 200 per 100,000 inhabitants. [4]

The prevalence of CP shows high variability. In recent studies the prevalence ranges around 40-50 per 100,000 population. A Chinese study showed increasing prevalence of CP from 3.1 per 100,000 in 1996 to 13.5 per 100,000 population in 2003. The 7 nationwide epidemiological surveys conducted in Japan, have demonstrated increasing prevalence of CP from 28.5 per 100,000 in 1994 to 52.4 per 100,000 in 2011. A much higher prevalence of idiopathic CP, termed earlier as 'tropical pancreatitis' was reported from Southern India in up to 126 per 100,000 population in 1994 [4].

The mean or median age at time of study enrollment or diagnosis in most published studies show little variation over time and by geography. The mean age in European studies was 40 years in 1970-1990s and more recently between 50-55 years. In Japan, the mean age reported in 1960s was 48 years, and most recently 59 years in 2007 [3,4].

In most studies, 60-80% of CP patients are male, and population studies show higher incidence and prevalence of CP in men when compared with women. Differences in sex and age distribution is primarily related to the etiology of CP. Alcohol is the most common cause of CP in age group of 35-54 years. A greater risk of alcoholic pancreatitis in men when compared with women is believed to be primarily related to higher prevalence of heavy drinking [4]. However, results of recent studies suggest that genetic factors also play an important role in this difference. Non-alcoholic etiologies are more evenly distributed in men and women. Genetic causes are more common in patients diagnosed earlier in life (<35 years of age), whereas idiopathic CP has a bimodal age distribution [4].

In Ukraine the CP prevalence ranges around 4,6 cases per 10 000 population. A death rate in case of CP presents about 5 %, and at presence of necrotizing CP arrives at over 20 % (up to 40 %). Among the patients that survived, about 65 % remain invalids [7]. Detail analysis over the regions of Ukraine educed 5 territories with the very high indexes of prevalence of CP pathology: Kyiv, Odesa, Dnepropetrovsk, Vinnytsya and Khmelnytsk regions. It is important to underline the circumstance, that the level of prevalence in some areas and administrative territories considerably differs from indexes on Ukraine on the whole. Negative changes are most expressed in relation to CP is fixed in the adult population of the Mykolaiv and Poltava regions. The increase rate of prevalence of pathology in these areas is higher than average in a country in 2,0 and 1,8 times accordingly [6]. Another

problem that is important to realize, that objective official statistical figures in Ukraine not fully reflect the real picture. Thus, the high prevalence of CP needs closer examination of its risk factors such as the ecological, climatic and other features of regions as well as medical and social factors.

References:

1. Dominguez-Munoz JE, Lucendo A, Carballo LF, Iglesias-Garcia J and Tenias JM. A Spanish multicenter study to estimate the prevalence and incidence of chronic pancreatitis and its complications. Rev Esp Enferm Dig 106(4): 239-245, 2014.PMID: 25075654.
2. Dudekula A, Munigala S, Zureikat AH and Yadav D. Operative Trends for Pancreatic Diseases in the USA: Analysis of the Nationwide Inpatient Sample from 1998-2011. J Gastrointest Surg 20(4): 803-811, 2016.PMID: 26791389.
3. Hirota M, Shimosegawa T, Masamune A, Kikuta K, Kume K, Hamada S, et al. The seventh nationwide epidemiological survey for chronic pancreatitis in Japan: clinical significance of smoking habit in Japanese patients. Pancreatology 14(6): 490-496, 2014.PMID: 25224249.
4. Machicado, Jorge D. Rebours, Vinciane. Yadav, Dhiraj Epidemiology of Chronic Pancreatitis. //Version 1.0, July 28, 2016. - Pancreapedia: Exocrine Pancreas Knowledge Base, DOI: 10.3998/panc.2016.13
5. Morales MJ. Chronic Pancreatitis: Current Concepts. SM Pancreat Disord Ther. 2017; 1(1): 1001. https://www.researchgate.net/publication/321680229_Chronic_Pancreatitis_Current_Concepts
6. Стасенко Т. Панкреатит — компетенція експертів Український медичний часопис on-line 3 (113) – V/VI 2016 : <https://www.umj.com.ua/article/96846/pankreatit-kompetenciya-ekspertiv>
7. Сучасні принципи діагностики та лікування гострого панкреатиту/Методичний посібник: МОЗ України, КЛКМШМД, Український НПЦ ЕМД та МК.- Київ, 2006 р.- 29 с.

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ РИСК-МЕНЕДЖМЕНТА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (НА ПРИМЕРЕ ТОО «СУЛТАН»)

Альмурзаева А.А., 1 год обучения магистратуры, АО «НМУ», г. Алматы, Казахстан, almirochka96@mail.ru
Научные руководители: Жакинбеков К.С., доцент, д.PhD, заведующий кафедрой ОУЭФиКФ НМУ, г. Алматы, Казахстан, kairat_phd@mail.ru, Кейкибаев А.Н., директор ТОО «Султан», г. Алматы, Казахстан.

На сегодняшний день основными задачами Программы «Производительность 2020» Республики Казахстан являются создание новых конкурентоспособных отраслей, модернизация существующих (техническое перевооружение) существующих производств с целью повышения производительности и внедрения современных технологий управления [1]. Кроме того, роль управления имеет решающее значение для внедрения современных технологий управления. Несмотря на значительные изменения в мировой практике, система управления рисками в Казахстане все еще развивается, и до сих пор многие отечественные компании не рассматривают систему риск-менеджмента как один из основных механизмов для достижения стратегических целей.

Таким образом, формирование и развитие системы риск-менеджмента на фармацевтических предприятиях будет способствовать не только развитию отечественных предприятий, но и развитию экономики страны [2].

Для этого нами поставлена цель создание и внедрение системы риск-менеджмента на фармацевтических предприятиях Республики Казахстан (на примере ТОО «Султан»).

Для решения данной цели нами будет решаться следующие задачи: исследовать основные тенденции формирования систем риск-менеджмента на фармацевтических предприятиях; определить основные элементы системы риск-менеджмента, установить функциональную связь и механизм взаимодействия между ними на фармацевтических предприятиях; осуществить интеграцию методов оценки, анализа и управления рисками на фармацевтических предприятиях; разработать методические рекомендации по формированию системы риск-менеджмента на фармацевтических предприятиях Республики Казахстан (на примере ТОО «Султан»).

Нами в качестве объектами исследования будут являться производственно-предпринимательские структуры фармацевтической отраслевой принадлежности. А предметами исследования будут являться теоретические и практические аспекты организации системы риск-менеджмента на фармацевтических предприятиях. В качестве методов исследования будут использованы сравнительные, социологические, логические методы исследования.

Таким образом, нами было рассмотрено варианты внедрения риск-менеджмента как процесса управления рисками, и выявлены проблемы, препятствующие внедрению системы риск-менеджмента в отечественных предпринимательских структурах и пути их решения. Для решения данной проблемы нами

предложено создание соответствующей образовательной инфраструктуры. Результаты исследования могут быть использованы предпринимательскими структурами и государственными органами управления при формировании стратегии развития и обеспечения экономической устойчивости организации в условиях глобализации и усиления конкурентной борьбы.

Список литературы

1. Постановление Правительства РК от 14 марта 2011 года № 254 «Об утверждении Программы «Производительность 2020».
2. Бартон Т., Шенкир У., Уокер П. Комплексный подход к риск-менеджменту: стоит ли этим заниматься. Текст. М.: Издательский дом «Вильямс», 2003. - 208 с.

МОТИВЫ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ СТУДЕНТАМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА

Вицигловская Л.С., Зозулинец Д.Н. 5 курс фармацевтический факультет, Запорожье, Украина,
zozulinetsd@gmail.com

Научный руководитель: **Червоненко Н.М.**, к.фарм.наук, доцент, Запорожье, Украина,
prirodnaya.26@gmail.com

Актуальность. Часто молодые люди сталкиваются с затруднениями и при выборе профессии даже совершают ошибки. Среди них, можно выделить наиболее распространенные: выбор профессии под чужим влиянием, за компанию, а также возложение ответственности за выбор на ближайших взрослых — родителей, учителей; ориентация преимущественно на престижность и «доходность» профессии. От того насколько правильно выбрана профессия зависит удовлетворенность человека трудом и эффективность его деятельности [1].

Целью исследования явилось изучение мотивов выбора профессии студентами фармацевтического факультета

Материалы и методы. В процессе работы для выполнения поставленной цели использованы методы: анкетирования, сравнительный, аналитический и логический.

Результаты и их обсуждение. Опрос проводился 2017-2018 учебном году. По разработанной анкете были опрошены студенты 1 (группа А) и 5 (группа Б) курсов фармацевтического факультета Запорожского государственного медицинского университета. Возрастной диапазон студентов группы А колебался от 16 до 18 лет из 7 областей Украины. Основная категория респондентов группы Б была представлена студентами в возрасте от 21-24 лет (97,4%) из 9 областей Украины.

Сегментирование студентов по географическому критерию показало следующее.

В группе Б большинство составили студенты Южного региона (65,9%). В группу опроса А попали преимущественно жители Центральной части страны на (44,7%). Это студенты из Днепра (28,9%), Кировоградской (13,2%) и Черкасской областей (2,6%). Представители из двух остальных областей региона в группе анкетизируемых отсутствовали. Следует отметить, что в обеих группах анкетизируемых основной контингент составили студенты Запорожской и Днепропетровской областей. Так, в группе Б – это 47,4% : 26,3%, а в группе А 21,1% : 28,9%. Дальнейший анализ анкет показал, что в группу А попали только школьники, тогда как в группе Б 21% составили студенты- фармацевты.

Изучение ответов по вопросу «Являетесь ли Вы продолжателем фармацевтической династии» показал, что в группе А таких оказалось 23,7%, а в группе Б -31,6%.

Изучение основополагающих мотивов, которыми руководствовались студенты при выборе данной профессии показал, что в своих ответах респонденты указывали 1-4 причины (группа А) и до трех в группе Б.

Обе группы остановились на одном решающем для них мотиве 52,6% : 73,7%. При этом причиной поступления в вуз респондентов группы А и Б оказался собственный выбор (50:50). Далее мотивы выбора отличались. Так, если в группе Б «давлению родителей» подверглось 43% студентов, то в группе А этот показатель составил только 10%.

Отличаются существенно и следующие причины выбора профессии «провизор». Изменилась динамика влияния такого фактора выбора профессии как «комфортные условия» и заработная. Если в группе А первую отметили 15% респондентов, то в группе Б он оказался решающим только для 3,5% студентов.

Такой мотив как «заработная плата» в группе А был указан студентами в 5% случаев. В ответах представителей второй группы эта причина не являлась решающим фактором в выборе профессии.

Однако, положительным моментом является то, что для 20% студентов I курса такой мотив как «оказание помощи людям» является основным в решение выбора данной специальности. Для второй группы респондентов эта причина была указана только в 3,5% случаев.

Дальнейшие исследования продолжаются.

Список литературы

1. Сумакова М.А. Исследование удовлетворенности студентов выбранной профессией // Научное сообщество студентов: междисциплинарные исследования: сб. ст. по мат. XXIX междунар. студ. науч.-практ. конф. № 18(29) [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://sibac.info/studconf/science/xxix/83198> (дата обращения: 04.11.2018)

ОЦЕНКА УКРАИНСКОГО ОПЫТА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ В СИСТЕМЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ

Жиленко А. В., 2 курс (магистратура), фармацевтический факультет Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина, gilenko.anita@gmail.com

Панфилова А.Л. д-р. фармацевт. наук, доцент, г. Харьков, Украина

Богдан Н.С., канд. фармацевт. наук, ассистент, г. Черновцы, Украина

В Украине уже давно на высшем правительственном уровне принята стратегия гармонизации с законодательством Европейского Союза (ЕС), а Государственная служба по лекарственным средствам (ЛС) и контролю за наркотиками (Гослекслужба) с 2011 г. стала полноправным членом международной организации PIC/S [1,2,4]. Для того, чтобы Украина вошла в состав PIC/S необходимо было провести масштабную работу по всем основным направлениям в построении эффективной разрешительной системы в фармацевтическом секторе экономики. Эти мероприятия проводились Инспекторатам GMP в 2000 г. и проекта «Tacis» (2000-2002 гг.), который финансировался Еврокомиссией.

Основной задачей государственной политики в фармацевтическом секторе экономики является обеспечение населения качественными лекарственными препаратами (ЛП). В свою очередь ЛП является товаром, имеющим ряд особенностей, а именно:

- ограниченная возможность выбора для потребителя (пациента), потому что в большинстве случаев ЛС назначается врачом;
- отсутствие возможности проверить качество в момент приобретения, а также влиять на последствия использования (самочувствие больного и эффект лечения в значительной степени зависит от профессионализма врача, который назначил то или иное наименование ЛП);
- наличие неблагоприятных и опасных последствий от неверного использования или назначения ЛП распространяются не только на отдельного потребителя фармацевтической услуги, но и на целую популяцию людей.

Поэтому вопросы построения эффективной регуляторной системы в фармацевтическом секторе экономики должны рассматриваться в плоскости формирования социальной стабильности в обществе и государственной безопасности страны. ЛП должны отвечать определенным требованиям на всех уровнях их создания и продвижения на ФР. В связи с этим особое значение приобретает создание системы обеспечения качества ЛП, их эффективности и безопасности.

Формирование и развитие любой системы (регистрации, лицензирования, лабораторный контроль) формируется под влиянием комплекса факторов исторического, политического, социально-экономического, этнокультурного характера [3,4]. За основу сегодня функционирующего «Государственного фармакологического центра» (ГФЦ) Министерства здравоохранения (МЗ) Украины, занимающегося вопросами экспертизы и регистрации ЛС в Украине, была взята структура Фармакологического комитета МЗ бывшего СССР. Как отмечают специалисты и даже международные эксперты, это было важным решением, реализация которого позволила построить эффективную регуляторную систему в фармацевтическом секторе экономики Украины [4].

С момента провозглашения независимости в Украине стала строиться новая система регистрации ЛП, как основного инструмента защиты фармацевтического рынка (ФР) страны от фальсифицированных, некачественных ЛП. Данный процесс затянулся на долгие годы, и специалисты отмечают несколько этапов развития данного процесса [1,3,4]. Самый важный и достаточно тяжелый период (с 2000 г.) развития системы обеспечения качества ЛП был связан с давлением со стороны мирового сообщества и зарубежных производителей ЛП, в частности фармацевтического сектора Европейской бизнес-ассоциации (ЕБА). Так, Украине были выдвинуты три основных требования, выполнение которых определяло исход переговоров по предоставлению кредитов для дальнейшего развития страны. К последним следует отнести следующие:

- гармонизация систем стандартизации и сертификации ЛП в Украине со стандартами и директивами ЕС;
- проведение процедуры регистрации ЛП сфокусированной не на производителя, а на заявителя (владельца торговой лицензии). Например, в компанию «Pfizer» входят более десяти заводов, и ранее регистрировались ЛП каждого из заводов отдельно. На данный момент регистрация осуществляется на

владельца лицензии (фармацевтическую компанию «Pfizer», а наименование завод-производитель лишь указывается в регистрационном свидетельстве);

- введение изменений так называемого «1-го» и «2-го» типов. То есть, если раньше внесение любых изменений в регистрационном свидетельстве требовало полной перерегистрации ЛП, и следовательно, приводило к существенным дополнительным финансовым затратам, то сейчас процедура была значительно упрощена;

- внедрение национальной системы GMP, которая является частью программы обеспечения качества ЛП, а инспекция на соответствие стандартам GMP – базовым элементом системы сертификации ЛП и лицензирования фармацевтических производителей;

- в законодательных документах, регулирующих взаимоотношения между субъектами ФР Украины, должны были учтены требования директив ЕС, т.е. они уже не могли носить чисто рекомендательный характер, а должны были распространены на всех субъектов хозяйственной деятельности, потому что в обязательном порядке должны были проходить регистрацию в Министерстве юстиции Украины.

Важнейшим событием в развитии регуляторных механизмов на украинском ФР стало вступление в силу [Закона Украины от 12.08.2014 г. №1637-VII](#), которым внесены изменения в Закон № 123, согласно которым была упрощена регистрация ЛП, используемых при лечении туберкулеза, ВИЧ/СПИДа, вирусных гепатитов, онко- и так называемых «орфанных заболеваний» и зарегистрированных в странах ЕС, США, Швейцарии, Японии, Австралии, Канаде. Тем не менее, в Украине остались неурегулированными вопросы защиты интеллектуальной собственности. Как известно, во всем мире эффективная патентная защита оригинальных ЛС стимулирует проведение научных исследований и разработку новых ЛП. К сожалению, ФР Украины все еще остается импортозависимым по многим фармакотерапевтическим группам препаратов.

В заключении следует отметить, что на сегодняшний день законодательная база Украины практически полностью гармонизирована с европейскими требованиями в сфере фармацевтической деятельности. Государственный механизм регистрации ЛП с каждым годом становится все более мощным рычагом влияния на ФР, а созданная система фармаконадзора считается одной из наиболее эффективно функционирующей среди стран СНГ.

Список литературы

Галковская Г. Упрощенная регистрация лекарственных средств в мировом разрезе: принципы и область применения / Галковская Г. – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.apteka.ua/article/374022>

Костин И. Европейские нормы регистрации лекарственных средств. Два пути для Украины / И. Костин, Н. Модленко – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <https://www.legalalliance.com.ua/publikacii/evropejskie-normy-registracii-lekarstvennyh-sredstv-dva-puti-dla-ukrainy/>

Кузьмин М. Почему лекарства в ЕС дешевле, чем в Украине? / М. Кузьмин – [Электронный ресурс] – Режим доступа: <http://www.eurointegration.com.ua/rus/articles/2016/01/19/7043410/>

Левашова И. Г. Надлежащие практики в фармации: Учебник / И. Г. Левашова, А. Н. Мурашко, Ю. В. Подпружников. – К.: Морион, 2006. – 256 с.

АВИТАМИНОЗ АУРУЫ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІҢ ЖЕРГІЛІКТІ НАРЫҒЫН ЗЕРТТЕУ

Қуандық К.М., «Фармация» мамандығының 1 оқу жылының магистранты, Алматы қ., Қазақстан, Kamilla-9696@list.ru.

Ғылыми жетекші: доцент, д. PhD Жақыпбеков К.С., Алматы қ., Қазақстан, kairat_phd@mail.ru.

Авитаминоз дәрумен жетіспеушілік ауруы болып табылады. Олардың жетіспеушілігі белгілі бір бұзылулардың пайда болуына әкеліп соқтырды. Қазіргі таңда жас және жыныс ерекшеліктеріне қарамай авитаминоз ауруы кең тарауда. Дәрумен жетіспеушілігіне көптеген факторларға әсер етеді, олардың арасында Қазақстан Республикасының жекелеген аймақтарының экологиялық жағдайы маңызды рөл атқарады [1].

Авитаминозға қарсы дәрі-дәрмектердің үлкен арсеналына қарамастан, қалалық және ауылдық жерлерде халықты дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етудің әртүрлі дәрежесі, денсаулық сақтау қызметкерлерінің жаңа және жоғары тиімді авитаминозға қарсы препараттары туралы хабардарлығының жетіспеушілігінен бөлшек сауда желісінде олардың ассортименті рационалды деп санауға болмайды. Авитаминоз ауруымен ауыратын науқастарды дәрі-дәрмекпен қамтамасыз етуді жақсарту, авитаминозға қарсы препараттарды аурудың бірінші кезеңінде тұрақтандыруды рационалды қалыптастыруға мүмкіндік береді [2].

Осыған байланысты, авитаминозға қарсы препараттардың аймақтық нарығын зерттеу фармацевтикалық ғылым мен практиканың өзекті мәселесі болып табылады.

Осы мәселені шешу үшін біз Қазақстан Республикасында (ҚР) авитаминоз ауруына қарсы препараттарымен қамтамасыз етуді оңтайландыру бойынша дәлелді әдістемелік тәсілдерді әзірлеу мен дамытуды мақсат ретінде қарастырдық.

Аталған мақсатты жүзеге асыру үшін біз келесі міндеттерді алға қойдық, атап айтар болсақ: ҚР медициналық-демографиялық көрсеткіштерін талдау, авитаминоз ауруының таралуы мен аурудың динамикасын зерттеу; ҚР фармацевтикалық нарығында авитаминоз ауруына қарсы препараттарының номенклатурасын зерттеу; аймақтарда дәрумен жетіспеушілік ауруы бар науқастарға социологиялық зерттеу жүргізу; авитаминоз ауруына қарсы препараттарының оңтайлы диапазонын негіздеу үшін АВС-және VEN-анализ сараптамалық қорытындыларын негіздеу; жергілікті деңгейде авитаминоз ауруы бар науқастарға алдын-алу және фармацевтикалық медициналық көмек көрсету бойынша ғылыми негізделген ұсыныстар әзірлеу.

Зерттеу нысандары ретінде біз ҚР денсаулық сақтау министрлігінің нормативтік құқықтық актрлері және «Europharma» ЖШС мәліметтерін алатын боламыз. Ал зерттеу әдістері ретінде АВС және VEN-анализ, сауалнама, сұхбат, сараптамалық бағалау әдістерін пайдаланамыз.

Зерттеу қорытындысында біз дәрі-дәрмектер нарығында авитаминоз ауруы кезінде қолданылатын фармацевтикалық өнімдерді оңтайлы және тиімді пайдалану бойынша әдістемелік ұсынымдар дайындалады. Сонымен қатар, авитаминоз ауруы кезінде қолданылатын дәрілік заттар тізімі және ең көп қолданысқа ие дәрілік заттардың асортименті анықталады.

Диссертациялық зерттеудің нәтижелері фармацевтикалық ұйымдар жұмысында авитаминоз кезінде қолданылатын дәрілік заттардың асортиментін басқаруды оңтайландыру үшін қолданылады, және де дәріхана ұйымдарының маңызды стратегиялық асортиментін қалыптастыру кезінде қабылданатын шешімдердің экономикалық негізділік деңгейін көтереді және дәріхана ұйымының бәсекелестік артықшылықтарын арттыруға көмектеседі.

Әдебиеттер

1. Е.А. Потрохова, Н.В. Соболюк, С.В. Бочанцев, С.А. Голочалова, Е.Э. Шлыкова, Н.Г. Мажукина //Недостаточность витамина. –2014. – №2. – с. 30–33.
2. Петрова Г.Г., Кузьмина А.А., / Маркетинговый анализ конкурентоспособности витаминных препаратов в аптечной сети. –2017.– С.129–131.

СОСТОЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИАГНОЗЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНАЯ АНЕМИЯ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН)

Г. М. Нагимова – заочный аспирант 4 года обучения, ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РБ, г. Уфа, Республика Башкортостан, nagimova-guzel@mail.ru
Научный руководитель - **С. Н. Ивакина** – к. фарм. н., доц. каф. управления и экономики фармации с курсом медицинского и фармацевтического товароведения, ФГБОУ ВО Башкирский государственный медицинский университет МЗ РБ, г. Уфа, Республика Башкортостан, ivakinasn@mail.ru

Резюме

На основе данных проведенного нами социологического опроса респондентов выявлена низкая доступность лекарственной помощи при диагнозе железодефицитная анемия (ЖДА). Высокоэффективные железосодержащие лекарственные препараты (ЖЛП) являются доступными лишь для 25,6% потребителей ЖЛП в Республике Башкортостан (РБ), что свидетельствует о необходимости разработки направлений совершенствования лекарственной помощи в данной области здравоохранения.

Ключевые слова: железодефицитная анемия, железосодержащие препараты, лекарственная помощь

Введение. ЖДА — патологическое состояние, для которого характерно снижение количества эритроцитов и падение уровня гемоглобина. По данным ВОЗ, более 1,6 млрд. человек в мире страдают ЖДА. Заболеваемость ЖДА в Российской Федерации (РФ) и РБ продолжает увеличиваться, и составляет по состоянию на 2017 год 1123,6 и 2578,9 случая на 100 000 населения соответственно, что превышает данные 2015 года в 1,01 и 1,05 раза [5;6].

Основными симптомами ЖДА являются быстрая утомляемость, головные боли, одышка, сердцебиение при небольшой физической нагрузке, бледность кожных покровов, нарушение вкуса, обоняния. Нарастающие симптомы ЖДА приводят к ухудшению качества жизни, снижению трудоспособности и хронизации заболевания.

Обязательным звеном терапии ЖДА, помимо рационально подобранной диеты, богатой железом, является оказание лекарственной помощи [5].

Лекарственная помощь является необходимым атрибутом для улучшения качества жизни пациентов. Основными требованиями, предъявляемыми к оказанию лекарственной помощи, являются её доступность и качество. Источником финансирования могут служить как государственный бюджет (на федеральном, региональном, муниципальном уровнях), так и внебюджетные фонды и собственные средства потреби-телей [7].

Для лекарственной помощи при диагнозе ЖДА используются железосодержащие лекарственные препараты (ЖЛП) различные по химическому составу, странам-производителям, лекарственным формам и ценовой доступности [5].

Материалы и методы: В процессе исследования нами были использованы метод анкетирования и контент-анализа. В анкетировании приняли участие 270 человек, что отвечает требованиям репрезентативности выборки. Результаты исследования были обработаны при помощи программы Microsoft Office Excel 2007, версии 12.0.

Результаты: По результатам проведенного нами анкетирования выявлено, что 98,8% потребителей приобретают ЖЛП самостоятельно, и лишь 1,2% на льготных условиях [4].

По данным Государственного Реестра лекарственных средств (ГРЛС), по состоянию на 1 сентября 2018 года, на российском фармацевтическом рынке зарегистрировано 43 торговых наименования (ТН) и 18 международных непатентованных наименования (МНН) ЖЛП. С каждым годом количество ТН ЖЛП продолжает увеличиваться, что можно отметить по сравнению с показателями 2016 года, когда количество ТН составляло в 1,13 раза меньше. В перечень ЖНВЛП входят 39,5% ТН ЖЛП и 16,7% МНН ЖЛП. На территориальном фармацевтическом рынке представлено 19 ТН и 15 МНН ЖЛП, из которых 26,3% ТН входят в перечень ЖНВЛП [1].

Основная часть ЖЛП, представленных на фармацевтическом рынке РФ импортного производства – 96%, в то время как на территориальном фармацевтическом рынке это значение составляет 100% [2]. Основными критериями выбора ЖЛП для потребителей являются эффективность – 37% и цена – 23% [3;4].

Для оценки эффективности ЖЛП потребителям была предложена 4-х балльная шкала. Наиболее эффективными, по мнению респондентов, являются ЖЛП, содержащие трёхвалентное железо, такие как, Ферлатум (раствор для приема внутрь) - $3,39 \pm 0,17$, Мальтофер Фол (жевательные таблетки) - $3,20 \pm 0,17$, Ферлатум Фол (раствор для приема внутрь) - $3,19 \pm 0,18$, Феррум Лек (жевательные таблетки) - $3,11 \pm 0,17$. Также респондентами отмечен ЖЛП Тотема (раствор для приема внутрь) - $3,18 \pm 0,18$, который содержит в своем составе двухвалентное железо [3]. Для потребителей страна-производитель ЖЛП не имеет значения – 52%. Однако, по ценовому диапазону, большинство потребителей готовы приобрести ЖЛП стоимостью до 500 руб. (74,4%) [3;4].

Таким образом, на сегодняшний день для потребителя является доступным лишь один ЖЛП – Феррум Лек таблетки жевательные №30, стоимость которого варьирует от 323 руб. до 347 руб. [4].

Выводы. Из проведенного исследования видно, что необходимым для пациентов с диагнозом ЖДА является повышение доступности эффективных ЖЛП по следующим направлениям: разработка государственных программ, реализация стратегии импортозамещения в группе ЖЛП с целью «минимизации» стоимости конечного продукта, включение дорогостоящих ЖЛП с отмеченной высокой эффективностью в перечень ЖНВЛП, а также проведение оценки рациональности ассортимента ЖЛП в аптечных организациях с применением затратно-частотного анализа [2].

Список литературы

1. Государственный реестр лекарственных средств [Электронный ресурс]. – Режим доступа <http://www.grls.rosminzdrav.ru/> – (Дата обращения: 01.09.2018).
2. Ивакина, С. Н., Зотова Л.А. Затратно-частотный анализ ассортимента антигистаминных лекарственных препаратов в аптечных организациях / С.Н. Ивакина, Л.А. Зотова // Вопросы обеспечения качества лекарственных средств. – 2016. - № 2(12). – С.14-19
3. Ивакина, С. Н., Нагимова, Г. М., Бакиров, Б. А., Мироненкова, Ж. В. Потребительская оценка железосодержащих лекарственных препаратов в Республике Башкортостан. / С. Н. Ивакина, Г. М. Нагимова, Б. А. Бакиров, Ж. В. Мироненкова // Вопросы обеспечения качества лекарственных средств. – 2018. - № 3(21). – С.16-23
4. Нагимова, Г. М. Современный портрет потребителя железосодержащих лекарственных препаратов / Г. М. Нагимова // Вестник БГМУ. – 2017. – №2. - С. 713-718
5. Нагимова, Г. М. Эпидемиологические и фармацевтические исследования по вопросу железодефицитной анемии / Г.М. Нагимова, С.Н. Ивакина // Вестник БГМУ. – 2016. - №2. – С. 301
6. Общая заболеваемость всего населения России в 2017 году. 2018: Статистический сборник / Ред. колл.: Г. А. Александрова, А. В. Поликарпов и др. – М.: Росстат, 2018. ч. 2 – 142 с.
7. Подвязникова, М. В. Правовое регулирование бесплатной лекарственной помощи в Российской Федерации / М. В. Подвязникова // Вестник Омской юридической академии. – 2013. - №1(20). – С.44-47

ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ МОТИВАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ

Рудюк А.И., 5 курс, 1-фармацевтический факультет ЗГМУ, Запорожье, Украина,
anna.24.03.anna@gmail.com

Заричная Т.П., доцент кафедры Управления и экономики фармации, медицинского и фармацевтического правоведения ЗГМУ, Запорожье, Украина.

Мотивация тесно связана с эффективной деятельностью персонала, его умением быть настойчивым и преодолевать препятствия, работать с полной отдачей и энтузиазмом.

Цель. Обоснование методов исследования мотивации фармацевтического персонала в аптечных учреждениях.

Объекты исследования: вторичные источники информации, отраслевые журналы, информация с интернет-сайтов.[1],[2],[3],[4].

Результаты исследования. На повышение эффективности деятельности фармацевтического персонала, заинтересованности к труду сотрудников аптечных учреждений влияют ряд факторов: материальное и моральное стимулирование, система мер административного влияния, корпоративный дух в организации, желание достичь уважения в коллективе, боязнь потери работы.

Для изучения влияния данных факторов на процесс мотивации сотрудников аптечных учреждений наиболее оптимальным является метод анкетирования.

Кроме того, для более глубокого изучения мотивирующих и демотивирующих факторов был отобран метод Ф. Герцберга.

Большую роль в системе мотивации персонала играют условия повышения трудовой активности фармацевтического персонала: высокая и стабильная заработная плата, возможность карьерного роста, социальные гарантии, самореализация, возможность повышения квалификации, оптимальная система премирования, проявление самостоятельности и инициативности, творческая деятельность, бесконфликтные взаимоотношения в коллективе, возможность саморазвития и профессиональное совершенствование, удовлетворительные условия труда, разумные требования администрации.

Для оценки данных условий был отобран метод интервьюирования.

Большое влияние на удовлетворенность работника оказывает содержание выполняемой работы и его соответствующие ожидания. Для определения разрыва между ожиданиями от выполненной работы и фактическим ее исполнением был отобран метод анкетирования, согласно которого возможна оценка уровня значимых для руководителей аптек характеристик содержания работы, которые респонденты должны оценить по уровню своих ожиданий и по фактическому значению: автономность, разнообразие, значимость, обратная связь от выполненной работы, новизна, неопределенность, конфликтность, сложность, неожиданность, оптимизация процесса работы, удовлетворенность результатами работы, рациональное решение возникающих проблем, устранение препятствий.

В системе мотивации сотрудников важную роль играют взаимоотношения персонала с администрацией. Для изучения данного направления был отобран метод анкетирования, который позволит оценить основные показатели взаимоотношений: коммуникацию, честность, внимание и заботу, делегирование, последовательность.

Вывод. В результате изучения ряда источников вторичной информации были определены методы исследования мотивации фармацевтического персонала в аптечных учреждениях.

Данные исследования будут продолжены.

Литература

1. Алекперова Н.В. Лидерство в фармации. – К.: Издательский дом Дмитрия Бураго, 2015. – 240 с. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://fp.com.ua/articles/motyvatyya-provzyorov-cho-to-vlyyaet-na-effektyvnost-raboty-aptek/>
2. Веллужских Е. Мотивация и оплата труда: Инструменты, методики. Практика / Е. Веллужских. - М.: АльпинаБукс, 2012-21с.
3. Зубарев А. Г. Управление мотивацией: институциональные проблемы / А. Г. Зубарев // Вестник ВГУ. - 2011, № 1, с. 134 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: https://knowledge.allbest.ru/management/3c0a65625b2bc69a5d53b89521316c36_0.html
4. Каминская А. В. Комплексная оценка персонала аптечной организации / А. В. Каминская // Новая аптека. - 2014, № 10- 54с.

ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КЛАСТЕРА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Серикбаева Э.А., 1 год обучения PhD докторантуры, АО «НМУ», г. Алматы, Казахстан, elmira.asyl@mail.ru

Научные руководители: Умурзахова Г.Ж., д.PhD, и.о. доцента кафедры ОУФД ЮКМА, г. Шымкент, Казахстан, galiuum@mail.ru, Жакипбеков К.С., д.PhD, заведующий кафедрой ОУЭФиКФ НМУ, г. Алматы, Казахстан, kairat_phd@mail.ru, Датхаев У.М., д.фарм.н., профессоркафедры ОУЭФиКФ НМУ НМУ, г. Алматы, Казахстан, u.datxaev@mail.ru

Фармацевтический кластер - это важное стратегическое направление, которое решает сразу несколько социально-значимых проблем отрасли: это вопрос создания новых рабочих мест, повышение научного потенциала страны, гарантированный переход на стандарты GMP, создание инновационных препаратов, популяризация отечественной фармацевтической отрасли и экономическое развитие самого региона, в котором создается кластер.

Таким образом, создание фармацевтического кластера будет способствовать не только развитию региональной фармацевтической промышленности, но и развитию экономики региона в целом.

Для этого нами поставлена цель - формирование и развитие фармацевтического кластера на региональном уровне в Республике Казахстан (на примере г. Алматы и Алматинской области).

Для решения данной цели будут решаться следующие задачи: определить и охарактеризовать понятия кластера и кластерной политики, рассмотрев их с позиции опыта стран дальнего и ближнего зарубежья на основе литературного обзора; разработать методики оценки возможности формирования фармацевтического кластера в регионе; разработать концептуальную модель функционирования фармацевтического кластера на региональном уровне; разработать методические рекомендации по реализации фармацевтической кластерной политики в г. Алматы и Алматинской области.

Объектами нашего исследования будут являться фармацевтические кластерные объединения стран дальнего и ближнего зарубежья и Республики Казахстан, а также фармацевтические работники сферы обращения лекарственных средств РК. Предметами исследования являются закономерности и тенденции развития отечественных и зарубежных кластерных процессов в фармацевтической отрасли. В качестве методов исследования будут использованы статистические, сравнительные, социологические, логические, маркетинговые методы исследования и контент-анализ.

В заключении исследования нами будут предложены: метод оценки возможности формирования регионального фармацевтического кластера; инструментарий фармацевтической кластерной политики, реализуемый на региональном уровне; будут обоснованы и предложены принципы создания и функционирования фармацевтических кластеров на региональном уровне; будет разработана концептуальная модель и дана принципиальная структура построения концептуальной модели функционирования фармацевтического кластера на региональном уровне; механизмы формирования фармацевтической кластерной политики на региональном уровне.

Результаты исследования будут внедрены в практическую деятельность ведущих предприятий фармацевтического сектора Казахстана и в учебный процесс медицинских ВУЗов РК в целях совершенствования организационных подходов при создании фармацевтических кластеров.

Таким образом, результаты проведенного исследования будут использованы для развития фармацевтической отрасли, разработки государственных и региональных программ поддержки малого бизнеса и разработки кластерной политики в части развития фармацевтической промышленности РК.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В ПРОВЕДЕНИИ РЕГИСТРАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА, СРЕДНЕЙ АЗИИ И В УКРАИНЕ

Ткачук С.В., 2 курс (магистратура), фармацевтический факультет Национального фармацевтического университета, г. Харьков, Украина, tkachuk.svitlana@gmail.com

Nestor Becker, 2 курс (магистратура) по программе Master Healthcare Policy Innovation and Management, Maastricht University, Netherlands nestorbecker@hotmail.de

Панфилова А.Л. д-р. фармацевт. наук, доцент, г. Харьков, Украина

Сокурченко И. А., канд. фармацевт. наук, ассистент, г. Харьков, Украина

Проблема повышения уровня физической и социально-экономической доступности лекарственных средств (ЛС) рассматривается в странах СНГ, а также в Украине как приоритетная задача развития государства[1]. Как известно, в странах Европейского союза (ЕС) данные задачи эффективно решаются с

помощью применения различных методов прямого и непрямого государственного влияния на различные аспекты деятельности в системе фармацевтического обеспечения населения. При этом, особое место в регулировании доступности ЛС все большее значение отводится механизмам регистрации препаратов. В странах ЕС основными документами в сфере регистрации лекарственных препаратов (ЛП) являются «Директива 2001/83/ЕС», а также «Регламент 726/2004» Европейского парламента и Совета ЕС [3-4]. Данные документы кроме регулирования процедуры регистрации препаратов представляют также информацию о получении лицензии при осуществлении импорта ЛП в страну; получении лицензии на производство и импорт, оптовую и розничную торговлю лекарствами на национальных и европейском фармацевтическом рынке (ФР); контроле в процессе оборота ЛП, в том числе организации деятельности системы фармаконадзора и т.д. [2,4]. Известно, что в странах ЕС существуют такие процедуры регистрации ЛП: централизованная (стандартная) процедура (Centralised procedure); взаимное признание (Mutual recognition procedure); децентрализованная процедура (Decentralised procedure) [3-4]. Все указанные процедуры функционируют в европейском фармацевтическом пространстве как слаженный механизм, обеспечивающий максимальный доступ населения и отдельных групп больных к эффективным и доступным, с социальнo-экономической точки зрения препаратам.

В результате исследований нами установлено, что в Таджикистане, Туркменистане и Узбекистане можно выделить много схожих организационно-экономических подходов в проведении процедуры регистрации препаратов, которые позиционируются на национальных ФР. Однако, в указанных странах стоимость рассмотрения компетентными органами данных регистрационного досье на препараты значительно отличается. В Таджикистане и Узбекистане стоимость регистрации зависит от происхождения препарата (ЛС отечественного или импортного производства). Так, стоимость регистрации в Таджикистане импортного препарата составляет 1000 долларов США, а отечественного препарата в 6,7 раз меньше, т.е. 150 долларов США. Считаем, что введение дифференцированного подхода при регистрации импортных и отечественных ЛП, который существуют в Узбекистане имел определенное влияние на динамику количества зарегистрированных препаратов в стране. Так, с 1996 года (55 наименований препаратов) по 2017 год (1496 наименований ЛП) количество препаратов узбекского производства, которые были зарегистрированы в стране увеличилось в 27,2 раза. Это беспрецедентный случай увеличения числа зарегистрированных препаратов отечественного производства для национальных систем здравоохранения в республиках бывшего СССР. В Туркменистане стоимость регистрации препаратов не зависит от каких то либо факторов, например регистрируется ЛП импортного или отечественного производства, генерический это или оригинальный препарат и т.д.. Установлено, что одна из самых низких по стоимости процедур регистрации характерна для Таджикистана. Так, для регистрации препарата отечественного производства заявителю необходимо заплатить в государственный бюджет страны всего 150 долларов США. В Украине данный показатель зависит от типа проведения процедуры регистрации и вида препарата (оригинальный или генерический препарат). Так, например, зарегистрировать оригинальный препарат (4500 долларов США) по централизованной (стандартной) процедуре в Украине стоит в 1,7 раз дороже, чем генерический препарат (2700 долларов США) [5]. В странах Средней Азии, которые нами анализировались функционирует единый государственный орган, который выдает разрешение на реализацию препарата в стране. В Украине таким органом является Министерство здравоохранения (МЗ), в Таджикистане – это Служба государственного надзора за фармацевтической деятельностью, в Туркменистане – это МЗ и медицинской промышленности, в Узбекистане – это Главное управление по контролю качества ЛС и медицинской техники МЗ. Во всех референтных странах, кроме Украины, регистрация ЛП осуществляет исключительно по централизованной процедуре регистрации, длительность которой составляет, в среднем, 180 дней [5]. В отличие от указанных стран, в Украине с 2014 года постепенно вводятся европейские законодательные нормы при регистрации ЛП. Так, в Украине осуществляется регистрация ЛС по централизованной (стандартной) и децентрализованной процедуре, а также по механизму взаимного признания. В странах Средней Азии при регистрации препаратов не требуется предоставлять документы, которые подтверждают тот факт, что препарат был изготовлен в соответствии с требованиями GMP. Общим для Таджикистана, Туркменистана и Узбекистана является срок регистрации препарата (5 лет). В этих странах отсутствует законодательная норма о бессрочной регистрации препаратов. При этом следует отметить, что среди трех вышеуказанных стран существенный прогресс в направлении внедрения европейских норм и требований при регистрации препаратов демонстрирует Узбекистан. Так, в Узбекистане открыт свободный доступ потребителей к данным Государственного реестра ЛС, которые зарегистрированы в стране. В таких странах, как Туркменистан и Таджикистан такая возможность отсутствует. Отдельного рассмотрения требует также анализ государственной политики поддержки отечественного производителя лекарств в Узбекистане. Одним из аспектов этой политики является поддержка отечественного производства ЛП при относительно низкой стоимости их регистрации, по сравнению с импортными препаратами.

В заключении следует отметить, что результаты проведенного исследования нормативно-правовой базы, регулирующих организацию регистрации ЛП на национальных ФР стран ЕС, Средней Азии и Украины могут быть использованы при разработке межгосударственной программы по внешнеэкономическому сотрудничеству между странами СНГ в области фармацевтического обеспечения населения. Как мы считаем, в перспективе,

реализация данной программы поможет национальным ФР указанных стран эффективно интегрироваться в мировой и европейский ФР.

Список литературы

1. Rechel B, McKee M. Health reform in central and eastern Europe and the former Soviet Union. Lancet, 2009, 374, pp. 1186-95.
2. Directive 2004/27/EC of the European Parliament and of the Council of 31 March 2004 amending Directive 2001/83/EC on the Community code relating to medicinal products for human use. Official Journal of the European Union 2004, L36, pp. 34-57.
3. EU community register of medicinal products – frequently asked questions; 2015, http://ec.europa.eu/health/documents/community-register/register_faq_2015.pdf
4. Medicinal products in the European Union. The legal framework for medicines for human use, 2015, [http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/554174/EPRS_IDA\(2015\)554174_EN.pdf](http://www.europarl.europa.eu/RegData/etudes/IDAN/2015/554174/EPRS_IDA(2015)554174_EN.pdf)
5. Panfilova, H. The analysis of organizational approaches in drug registration in the eu, Ukraine, Tajikistan, Turkmenistan and Uzbekistan /Panfilova, H., Nemchenko, O., Simonian, L., Tsurikova, O. // Research Journal of Pharmacy and Technology– 2018. – № 11 (5). – S. 1894-1900.

МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Ануарова А.М., 1 год обучения магистратуры, АО «НМУ», г. Алматы, Казахстан, aigerim-anuarova@mail.ru

Научный руководитель: **Жакпиев К.С.**, д. PhD, заведующий кафедрой ОУЭФКФ НМУ, г. Алматы, Казахстан, kairat_phd@mail.ru

В настоящее время во всем мире отмечается рост частоты аллергических заболеваний (АЗ), представляющих собой серьезную медицинскую и социальную проблему для современного общества. АЗ причиняют значительные страдания пациенту, негативно влияют на учебу, профессиональную деятельность, ведут к потере трудоспособности и существенному снижению качества жизни.

Современная фармакология располагает широким спектром лекарственных средств, позволяющих контролировать аллергический процесс. Их место определяется, прежде всего, тем, что гистамин представляет собою главнейший и обязательный медиатор, опосредующий все симптомы клинических проявлений аллергии, включая распространенные заболевания как аллергический ринит, конъюнктивит, бронхиальная астма, крапивница, атопический дерматит. Но несмотря на большой арсенал противоаллергических средств, лечение АЗ является важной медицинской проблемой. Это объясняется следующими причинами: некоторое отставание информированности врачей о современных противоаллергических средствах, нерациональный ассортиментный портфель и информационное сопровождение, не отвечающее современным знаниям. Решение этих вопросов требует специального исследования. Для выполнения этой задачи необходимо провести анализ ассортимента, структуры и рациональности потребления АГП, что позволит улучшить лекарственное обеспечение больных, страдающих АЗ и повысить качество их жизни.

Таким образом, целью настоящего исследования является анализ ассортимента и структуры продаж антигистаминных препаратов системного действия на примере сетевых аптек, изучение врачебных назначений больным аллергическими заболеваниями для улучшения медицинской и фармацевтической помощи.

Для решения данной цели нами будет решаться следующие задачи: провести анализ рынка антигистаминных препаратов, проанализировать факторы, влияющие на потребление АГП (информированность промежуточных и конечных потребителей о ЛС данной группы, STEP - анализ, SWOT-анализ), сформулировать пути оптимизации обеспечения населения АГП, сформировать оптимальный перечень гистаминоблокаторов для включения их в ассортиментный портфель аптечных организаций

В качестве объекта исследования будет выступать ассортимент антигистаминных препаратов для лечения аллергических заболеваний, зарегистрированных и разрешенных к применению в РК. А предметами исследования научной работы будут являться аптечные организации. В качестве методов исследования будут использованы статистические, логические методы; маркетинговые исследования и методы социологического опроса (анкетирование).

В результате проведенной работы будут подготовлены и внедрены в практическую фармацию материалы по повышению информированности фармацевтических специалистов об АГП в виде методического пособия "Противогистаминные средства. Клинико-фармацевтические аспекты их применения".

Список литературы

1. Оконенко Т.И., Костыркин М.А. маркетинговый анализ ассортимента антигистаминных лекарственных средств на примере аптеки // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 11-2. – С. 208-211;
2. Медицинские стандарты (протоколы) диагностики и лечения больных с аллергическими заболеваниями и нарушениями иммунной системы/Под ред. Р.М. Хаитова М., 2000. – 120 с. Оценка экономической целесообразности при выборе оригинальных и воспроизведенных препаратов Текст. / С. Ш. Сулейманов, Е. В. Сло-боденюк, С. В. Дьяченко, В. В. Сулима // Ремедиум Приволжье. 2005. - № 9. - С. 3-6.
3. Носуля, Е. В. Антигистаминные препараты: современные стратегии применения в повседневной клинической практике Текст. / Е. В. Носуля // Российская ринология. 2007. - № 4. - С. 4-7. Малахов, А. Б. Антигистаминные препараты и их место в терапии аллергических заболеваний Текст. / А. Б. Малахов, И. К. Волков, М. А. Малахова-Капаназде // Справочник поликлинического врача. 2007. - № 1. - С. 19-24.
4. Латышева, Е. А. Особенности терапевтических подходов при сезонных аллергических заболеваниях Текст. / Е. А. Латышева, О. М. Курбачева // Лечащий врач. 2005. - № 3. - С. 16-19.
5. Курбачева, О. М. Современная диагностика и терапия аллергического ринита: рациональность и обоснованность выбора Текст. / О. М. Курбачева, Н. И. Ильина, Л. В. Лусс // Аллергология. 2003. - № 3. - С. 51-54.
6. Коган, Е. Л. Сравнение эффективности стероидных препаратов в лечении круглогодичной формы аллергического ринита Текст. / Е. Л. Коган, Ф. А. Гурбанов, Е. Г. Завгородняя // Вестник оториноларингологии. 2006. - № 7. - С. 38-40.
7. Исследование качества жизни у больных острым и рецидивирующим риносинуситом Текст. / А. С. Лопатин, В. С. Козлов, Х. Исмаил [и др.] // Российская ринология. 2002. - № 4. - С. 6-7.
8. Ильина, Н. И. Современная фармакотерапия поллинозов: безопасность и эффективность Текст. / Н. И. Ильина, О. М. Курбачева // Consilium Medicum. 2003. - Т. 5, № 4. - С. 226-231.

О НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ДОЛЖНОСТИ HR-МЕНЕДЖЕРА В ФАРМАЦИЮ

Аблаева Д.С., магистрант 1-года обучения АО «ЮКМА». Г:Шымкент

Научный руководитель: **Шертаева К.Д.** д.фарм.н., профессор ОУФД. АО «ЮКМА». г.Шымкент

Основная цель современного менеджмента персонала подчеркнута в «концепции развития кадровых ресурсов здравоохранения РК на 2012-2020 годы», где указано, что в кадровой системе отрасли существуют недостатки, связанные с дефицитом квалифицированных кадров, с устаревшими принципами работы кадровых служб, с малоэффективной системой прогнозирования и планирования кадров [1].

Необходимо отметить, что в настоящее время во всех сферах экономики отводится особая роль hr-менеджерам компаний. Должность Hr-менеджера (Hr «human resources» в переводе с английского означает «человеческие ресурсы») относительно молодая и известна в Казахстане с начала 2000 годов. Основная задача Hr-менеджера - оптимизация планирования кадров, совершенствование нормативно-правовой базы кадровой политики и непрерывное профессиональное развитие кадров. Hr-менеджеры также должны обладать умением мотивировать и организовывать труд персонала, иметь глубокие знания в области трудового законодательства, знать способы управления людьми и социологию труда, быть эффективными психологами, обладать навыками в сфере педагогики, опытом в области организации современного делопроизводства, навыками эффективного общения с персоналом [2,3,4].

Литературный обзор работы Hr-менеджера в других сферах выявил, что они способствуют эффективному функционированию предприятий и современному обновлению системы менеджмента. Вместе с тем, обзор и анализ специальных источников выявил, что исследованиям эффективности работы менеджеров фармацевтических компаний, уделяется недостаточное внимание как в процессе планирования, так и на стадии реализации целей [5,6,7,8]. Комплексный анализ работы менеджеров фармацевтических компаний с учетом современных требований рынка труда не проводился. В результате анализа выявлено, что в отечественных фармацевтических организациях должность hr-менеджера отсутствует.

В связи с чем актуальность данной темы исследования заключается в теоретическом и методическом обосновании внедрения должности hr-менеджера в фармацевцию.

Целью настоящего исследования является обоснование внедрения должности hr-менеджера в фармацевтическую деятельность.

Для решения поставленной цели считаем необходимым решение следующих задач:

1. изучить развитие фармацевтического рынка труда на региональном уровне и выявить спрос на hr-менеджеров;
2. обосновать влияния Hr-менеджеров на эффективность работы фармацевтической организации;
3. определить компетенции и разработать функционально-должностную инструкцию hr-менеджера фармацевтической организации с учетом потребностей современного фармацевтического рынка.

Объектами исследования будут являться:

– 200 фармацевтических работников сферы обращения лс города шымкента.

В качестве методов исследования будут использованы: социологический; квалиметрический; контент-анализ; статистический; логический и маркетинговый анализы.

По результатам исследования будут разработаны и внедрены в образовательную и практическую фармацевтическую деятельность методические рекомендации по определению компетенций и функционально-должностных инструкций Нг-менеджера фармацевтической организации.

Список литературы

1. Концепция развития кадровых ресурсов здравоохранения РК на 2012-2020 годы. www.htm
2. AdizesIchak. How to Solve the Mismanagement Crisis: Diagnosis and Treatment of Management Problems. – St. Petersburg: Stockholm School of Economics in Russia, 2006. – 306р.
3. Кузубова Е.Д. Социальный менеджмент в работе фармацевтических организаций. – М.:МЦФЭР, 2003. – 240 с.
4. Гришин А.В., Малаховская М.В. Мотивационный порядок оплаты труда работников аптечных (фармацевтических предприятий) // Методическое руководство. – Томск: Сибирский мед.ун-т, 2000. – С. 24.
5. Беляцкий Н.П. Менеджмент: Деловая карьера. – Минск: Высшая школа, 2001. – 302 с.
6. Старобинский Э.Е. Как управлять персоналом : Учеб.-практ. Пособие. – 6-е изд., перераб. и доп. – М.: Бизнес-школа «Интел-Синтез», 2002. – 384 с.
7. Шарахова Е.Ф. Оценка эффективности управления персоналом аптек//Фармация 2005.– № 1.–С. 20-24.
8. Митин А.Н. Культура управления в системе взаимоотношений персонала организации: автореф. дис. на соиск. учен. степ. д-ра экон. наук: 08.00.05. – Екатеринбург: Урал.гос. экон. ун-т, 2002. – 43 с.

РАЗРАБОТКА СОВРЕМЕННОЙ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ, КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ

Жайкбаева У. Э., магистрант 1-года обучения АО «ЮКМА». Г:Шымкент

Научный руководитель: **Шертаева К.Д.** д.фарм.н., профессор ОУФД. АО «ЮКМА». г.Шымкент

В современном мире продолжают трансформация экономики в качественное новое состояние, необходимость их быстрой адаптации к сложному и постоянно изменяющемуся рынку, давление новых сложных и распределенных по различным владельцам технологий свидетельствует о необходимости ориентации деятельности предприятий на постоянное развитие и усовершенствование, что должно обеспечить, сохранить и повысить их значимость и необходимость, как на внутреннем, так и на внешнем рынках [1].

Именно поэтому наиболее актуальной задачей в сфере управления становится повышение уровня адаптивности и эффективности развития организаций, то есть их способности быстрее, экономичнее, четче и адекватнее реагировать на изменение рынка путем выпуска новой или модернизированной продукции, внедрения новых технологий производства и сбыта, реструктуризации, улучшения системы внутрифирменного управления и использования новейших маркетинговых стратегий.

Анализ специальной литературы по проблемам управления развития предприятий показал, что его необходимо формировать, упорядочивать, управлять, контролируя и измеряя результаты [2,3,4].

Все вышеуказанное и обусловило актуальность данной темы.

Цель исследования: разработка современных моделей и программ развития фармацевтических предприятий на региональном уровне.

Для решения поставленной цели нами разработаны основные задачи исследования:

- систематизировать основные методологические подходы к исследованию развития предприятий;
- определить сущность и особенности понятия «развитие» в системе существующих категорий, отражающих различные аспекты деятельности компании;
- рассмотреть систему управления «компания – развитие – программа - модуль»;
- разработать методология управления развитием компании;
- адаптировать системы управления программами для конкретных ситуаций развития компаний;
- выявить и обосновать основные подходы и методы практических внедрений решений.

Предметом исследования являются теоретические, методологические и практические вопросы, непосредственно связанные с реализацией методами программного управления в процессах развития фармацевтических компаний.

В ходе выполнения исследований будут использоваться следующие методы: маркетинговый, социологический, контент-анализ, логический, комплексный системный анализ. Объектом исследования являются фармацевтические предприятия ЮКО.

Научная новизна исследований заключается в разработке теоретических и методологических основ управления развитием, раскрытии основных тенденций и направлений развития компаний.

- Впервые на региональном уровне разработаны модели и программы развития фармацевтических предприятий.
 - Разработаны предложения по реализации сценариев развития инфраструктуры управления.
- Теоретическая значимость исследования заключается в систематизации основных методологических подходов к исследованию развития предприятий и адаптации системы управления для конкретных ситуации развития компаний.

В результате проведенных исследований будут разработаны модели и программы развития фармацевтических предприятий, и их внедрение в практическую деятельность фармацевтических предприятий.

Список литературы

Шертаева К.Д., Блинова О.В., Сапакбай М.М. Об основных направлениях совершенствования лекарственного обеспечения населения Республики Казахстан // Наука и образование Южного Казахстана – 2011 - №4 (90) – С. 107-110

Шертаева К.Д. Бейсеева Ш.Н. и др. Сравнительный анализ развития аптечных организаций в Республике Казахстан // В мат. междуна. Научно-практич. конф., посвященной 25-летию независимости Казахстана. – Шымкент – 2016. – 21-22 апреля – С. 118-120.

Азимбаев А.А. Фармацевтический рынок Республики Казахстан // Алматы -2010 – С 25-32.

Мизра Ю.А. Оценка показателей экономической эффективности аптечных предприятий // Фармация – 2008. - №6. – С. 34-37).

ДУАЛДЫҚ ҚАҒИДАТТАР НЕГІЗІНДЕ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ БЕЙІНДЕГІ МАМАНДАРДЫ ҚӘСІБИ ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ҒЫЛЫМИ-ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ

Баркизатова Г.Р - АҚ «ОҚМА» 1 жылғы магистранты.

Ғылыми жетекші: **Шертаева К.Д.**- фарм.ғ.д., профессор, ФІҰБ кафедра меңгеруші. Шымкент қ.

Зерттеудің өзектілігі: Қазіргі уақытта Қазақстанның фармацевтикалық нарығы дамудың жоғары деңгейімен сипатталады. Дәріхана ұйымы қызметінің тиімділігінің оның ішкі әлеуетінің негізін құрайтын фармацевтикалық кадрлар тәуелділігінің артуы байқалады. Фармацевтердің қалыптасу жүйесін жетілдіру бірінші сатыда – арнайы фармацевтикалық білім алу өте өзекті болып табылады. Фармацевтикалық саланың мамандары фармацевтикалық білім беруді реформалау қажеттілігі туралы пікірде бір ауызданады, өйткені фармацевтикалық ЖОО бітірушінің классикалық білім жиыны мен қазіргі заманғы фармацевтикалық нарық талаптары арасындағы алшақтық ұлғаюда. Бүгінгі күні ҚР-да фармацевтикалық кадрларды басқарудың тексерілген үлгісі жоқ. Қалыптасқан жағдайдан неғұрлым қолайлы шығу-кадрларды басқару функцияларының бірі ретінде жетекші шетелдік фирмалардың фармацевтерінің кәсіби қалыптасу тәжірибесін зерделеу және бейімдеу арқылы қолдану, бұл Қазақстанның фармацевтикалық нарығын жалпы әлемдік интеграцияға құю процесін жеделдетуге мүмкіндік береді.

Сонымен қатар, серпінді дамып келе жатқан фармацевтикалық нарық әлі де дамыған батыс елдері айналымының көрсеткіштеріне қол жеткізілген жоқ. Нарықтық қатынастарға көшу ҚР фармацевтикалық бизнесін түбегейлі өзгертті. Дәріхана өнімдерінің асортименті күрт өсті, ал дәріхана ұйымдары санының қарқынды өсуі қатаң бәсекелестік тудырды. Фармацевтикалық қызметкерлердің жүктемелері бірнеше рет өсті, бұл оларда эмоциялық күйіп кету синдромының пайда болуына және кәсіпті ауыстыру ниетінің пайда болуына әкелді.

Мұндай жағдайда фармацевтикалық сала үшін жоғары оқу орнында базалық құзыреттілікті алу бастап, практикалық тәжірибе мен шеберлікті меңгерумен аяқталатын әрбір фармацевтикалық маманның барлық қызметі кәсіби қалыптасуы аса өзекті мәселе болып табылады. Жаңа ғылыми тәсілдерді іздеу қажеттілігі және еңбек қызметі үдерісінде фармацевтикалық қызметкерлердің кәсібилігін арттыру әдістерін әзірлеу күмән тудырмайды. Заманауи тұжырымдамалар негізінде, кәсіби қалыптасудың отандық және шетелдік озық тәжірибесін пайдалана отырып, қызметкерді оның кәсіпқойлығының өсуіне қызықтырып қана қоймай, сонымен қатар кәсіби білім беру сапасын арттыру элементі ретінде фармацевт кәсіби қалыптасуының дуальді тәсілін үйлестіруді қамтамасыз ету өзекті болып табылады.

Фармацевтикалық кадрлардың кәсіби қалыптасу мәселелері О. И. Кныш, И. Г. Комиссинская, С. В. Кононова, К. Д. Шертаева, Э. Г. Морозова, Ю. С. музыкой, А. В. Солонина, И. М. Раздорская, Е. А. Федина, Е. Е. Чупандина, Е. Ф. Шарахова, Г. Ж. Умурзахова, Е. Е. Лоскутова зерттеулерінде қаралды. Жоғарыда көрсетілген авторлардың үлесін жоғары бағалай отырып, фармацевтикалық ұйымдар қызметкерлерінің кәсіби қалыптасуының тиімді жүйесіне бағытталған модельдерді тәжірибелік үлгілерді құрастыруға арналған зерттеулер жеткіліксіз екенін атап өтуге болмайды.

Жоғарыда айтылғандардың барлығы осы зерттеуді жүргізу үшін негізгі мақсат пен міндеттерді анықтауға ықпал етті.

Зерттеудің мақсаты:

Ғылыми зерттеулердің мақсаты-дуалдық қағидаттар негізінде фармацевтикалық бейіндегі мамандарды кәсіби қалыптастырудың ғылыми-әдістемелік тәсілдерін қалыптастыру болып табылады.

Қойылған мақсатқа жету үшін келесі міндеттерді шешу қажет:

1. Алыс шетел, Ресей және Қазақстан елдерінде фармацевтика саласындағы персоналды басқарудың қазіргі заманауи жүйесіне әдеби талдауын жүргізу;

2. ОҚМА-да фармацевтикалық кадрларды даярлау жүйесінде білім алушылардың кәсіби-тұлғалық қалыптасуының ерекшеліктерін талдау;

3. Фармацевт мамандарды үздіксіз, кәсіптік оқытуды ұйымдастыру жүйесінің тұжырымдамалық үлгісін құрастыру;

4. Дуалды қағидаттар негізінде кәсіби құзыреттілікті арттыруда фармацевт-мамандардың қажеттілігін зерттеу.

Зерттеу әдістері: Зерттеу әдістері ретінде: әлеуметтік; квалиметриялық; контент-талдау; статистикалық; маркетингтік талдау пайдаланылады.

Зерттеу объектілері: ОҚМА академиясы мен колледжінің 100 білім алушысы, Шымкент қаласының ДЗ айналымы саласындағы 100 фармацевтикалық қызметкерлері болып табылады.

Ғылыми жаңалығы: - фармацевтикалық білім алған сәттен бастап және одан әрі кәсіби тәжірибе алу процесінде барлық еңбек қызметі бойына оның дамуының барлық кезеңдерінде фармацевтикалық персоналдың кәсіби қалыптасуының қажеттілігі алғаш рет теориялық негізделген және эксперименталды дәлелденген;

- алғаш рет білім беру ортасына байланысты фармация саласында білім алушылардың кәсіби-тұлғалық қалыптасуының маңызды айырмашылықтары анықталды;

- алғаш рет дуалды қағидаттар негізінде фармацевт мамандарды үздіксіз, кәсіби оқытуды ұйымдастыру жүйесінің тұжырымдамалық үлгісі әзірленді;

Қорытынды: Зерттеу нәтижелері бойынша білім беру және тәжірибелік фармацевтикалық қызметке дуалдық қағидаттар негізінде фармацевтердің кәсіби қалыптасуына ғылыми-әдістемелік көзқарас бойынша әдістемелік нұсқаулықтар құрастырылады және енгізіледі. Алынған нәтижелерді ҚР БҒМ БҒСБК ұсынған журналдарда, халықаралық ғылыми-тәжірибелік конференциялар материалдарында және әдістемелік нұсқаулықта жариялауды жоспарлап отырмыз.

Әдебиеттер

Чекменова Т.И. Как сделать вашу аптеку лучшей // Новая Аптека. Директор аптеки – 2003. - № 11-12. – С. 32-33.

Мелибурда Е.Л. Психологические возможности улучшения общения // Москва. – 2005. – С. 17-19.

Умурзахова Г.Ж. Стандарты фармацевтических услуг для потребителей аптечных организаций – Журнал «Наука и новые технологии» Бишкек, Киргизия, - 2010, С.67-69.

Датхаев У.М.,Шертаева К.Д.,Умурзахова Г.Ж., Сапакбай М.М. « Развитие кадрового менеджмента в фармации» III Всероссийская конференция с международным участием «Современные проблемы химической науки и фармации» Россия, Чебоксары, Чувашский государственный университет им. И.Н.Ульянова 10 октября 2014 года-С. 49-51.

Датхаев У.М.,Шертаева К.Д.,Умурзахова Г.Ж., Утегенова Г.У.,Сапакбай М.М. «Грамотное фармацевтическое-кое консультирование-рецепт успеха аптек»\ Международная научно-практическая конференция «Фармацевтическое образование, наука и производство-ориентир на стратегию «Казахстан-2020» Казахстан, г. Шымкент, ЮКГФА 23-24 октября 2014 года-С.54-

PROSPECTIVE DEVELOPMENT OF PHARMACEUTICAL TRADE IN KAZAKHSTAN.

Rahimova A. , Student of 3 th year, Scientific adviser: **Blinova O.V.** Candidate of pharmaceutical science and association professor, **Dzharkenbekova N.K.** Candidate philological science and docent South Kazakhstan Medical academy. Shymkent city. Republik Kazakhstan.

As some experts claim the pharmaceutical market - one from most highly profitable and fast-growing sectors economy, as on profitability pharmaceuticals on 3-4 place among all branches business. Annually increases not only number population but also scientifically-technical progress, level morbidity (74 thousand 398 cases on 100 thousand people) and, as consequence consumption of medical drugs. This confirms observed on world market stable growth volumes sales medicines, which is about 6-11% in year, but net profit reaches 18% from overall income in pharmaceutical industry this in year. However, Kazakhstan pharmaceutical market formed middle of 90-x. It is important to note that every Kazakh citizen is consumer of pharmaceutical market, and today's statistics shows about 17 million. Kazakhstan was first having the pharmacopoeia including CIS county in 2010 also was

cooperating with Great Britain's pharmacopoeia. Pharmacopoeia allows ensure with high quality of drugs are registered in our country.

However competitive fight on pharmaceutical market continues today not around prices on drugs, but also achievements scientifically-technical progress in pharmaceutical industry. In present time high pharmaceutical company developing new achievements of genetic and cellular engineering, biotechnology, this allow to company develop and produce drugs with considerably improved pharmacokinetic substance, good tolerance and high stability.

Compulsory note, what treatment medicinal means on market is carried out on three basic levels: level manufacturers medicinal means, level distributors (wholesale implementation), level pharmacies (retail sales to final consumer). On each level has these different type of competition.

Kazakhstan market presents drugs almost 300 companies-manufacturers most various c county. Medicines imports has share order 90% in value expression, 79% in original expression. Despite other countries there are five countries importer provided - Germany, Russia, France, India, Italy. On them account for 42% to all market Republic of Kazakhstan in money expending.

Created association foreign firms-manufacturers with the aim to develop common principles work, protection common interests companies-importers. There is top-10 companies-manufacturers, which has share 35% in USA (on results 2013), which are shows oligopolistic competition.

Association of distributors of pharmaceutical products to the RK market. At this level, there is also oligopolistic competition. Major companies are less than expected therefore here are the top 5 -Medservice KFK LLP, Stopharm, Emiti, Medicus Center, Amanat. Distributors very often "divide" market segments, regions and try to keep prices in the same range, without reducing or overestimating them relative to each other.

At the third level (the level of points of retail sale of drugs to the public) there is a tendency to create networks of pharmacies or "subsidiaries" of Distributors, which makes it possible to create certain values for their customers. The pharmaceutical market of Kazakhstan is one of the most developed in the countries.

The pharmaceutical market of Kazakhstan consists of two large segments - retail sales and the public procurement sector (which provides drug patients in hospitals and at the outpatient level). The retail segment amounted to more than 1.5 billion US dollars (which amounted to 63%) and more than 0.5 billion packages (which accounted for 83% of the entire market as a whole).

The main disadvantage of the Kazakhstan pharmaceutical market is its high import orientation. The existing rich potential for the development of the domestic pharmaceutical industry is weakly used. On market pharmaceutical industry in Kazakhstan work more 80 manufacturers. At this more 90% all produced in RK medicines are provided by 7 large plants. All generic drugs, the production of which is carried out according to old technologies. The old medicines are replaced by new, effective and safe products created using modern technologies and all of them are imported, but not manufactured in the RK. On recommendations world organization health , strategic safety country is provided by at 20% domestic pharmaceutical production on market. The state of Kazakhstan actively participates in the regulation of the pharmaceutical market. This process includes monitoring the process of registering, certifying and selling imported and manufactured medicines and medical products in the country, monitoring the advertising activity of pharmaceutical companies' representative offices, monitoring the procurement of medicines for public hospitals according to the forms, which are annually updated to reflect all more modern therapies and the latest drugs. Since 2009, the work of the single supplier of RK - Samruk Kazyna Pharmacy began, which has reduced the number of intermediaries, and accordingly, reduced the price of drugs for the purchase of. Besides, with 2010 year is held regulation prices state, what led to lower cost still on 30%! Is held support domestic manufacturer and in purchases is almost 70% in original expenses. We are already have the experience of merging domestic and foreign manufacturers, which is mutually beneficial for both parties. For Kazakhstan citizen , the benefit is that the list of drugs manufactured by the domestic manufacturer is expanding, which means that there will be more representation of Kazakhstan drugs in procurement. But for foreign partners - this possibility get status domestic manufacturer and obtaining all benefits, but respectively and profit. Chimpharm JSC (Shymkent), carrying out joint production with the largest pharmaceutical company Polpharma, after the implementation of international GMP standards, Polpharma will transfer the production of its drugs sold in Kazakhstan and other countries of the region to the factory in Shymkent. At the same time, the company gained access to over 300 products currently in the Polpharma group's portfolio, as well as 400 new products under development.

In general, in the pharmaceutical market of the Republic of Kazakhstan, the share of original drugs is only 9% in packages and 34% in US dollars. At the same time, there is a difference in the purchasing segment - in terms of value, the share of original drugs here is 43%, that is, the state buys the unique most expensive drugs, especially for the treatment of oncological diseases. At the same time, the share of original drugs is decreasing from year to year, which indicates that many companies are trying to withdraw profitable drugs and get their profit.

Following that competition on pharmaceutical market becomes more aggressive. Government agencies are increasing their influence on the pharmaceutical market. Thus, a single supplier system, Samruk Kazyna Pharmacy, has been introduced, domestic manufacturers are supported, drug prices are regulated, drug registration rules are tightened, and the industry is switching to standards of good practice (GXP). Entrepreneurs, in order to survive, will

be forced to reduce their costs and optimize their units. In this regard, it is possible the development will receive the most powerful and large pharmacy chains, due to the absorption of small networks and forced to close pharmacies. The priority will be the direct links of pharmacy chains with manufacturers of pharmaceutical products. Competition between market participants will increase, the number of distributors will decrease and the range of additional services in pharmacy organizations will expand. The Internet drug trade will be increasingly developed. The benchmark for the industry was the instructions of the head of state aimed at developing the domestic pharmaceutical market and analyzing the effectiveness of budget spending on drug supply and medical equipment. Changes have been made to the general procurement procedure aimed at increasing the share of products purchased directly from the manufacturer, without intermediaries.

Also introduces new rules for the formation of lists of procurement of medicines. The procedure involves a comprehensive assessment that allows you to compare different drugs and medical devices in terms of clinical and economic efficiency.

Reference pricing norms are introduced. According to the new rules, each applicant will provide data on the price of the manufacturing plant when selling to other countries. In Kazakhstan, the purchase price will be recorded not higher than the average price of reference countries.

As for the upcoming changes for the future a draft law on the regulation of prices for medicines was developed to implement the message of the head of state "The Third Modernization". Price regulation will be introduced from October 1, 2019.

To support DPM (Domestic product manufacturers) introduced the concept of contract manufacturing of medicines and medical devices. Following to a foreign company manufactures products on a contract basis at the production facilities of the domestic agent. Domestic partner ensures compliance with the requirements of good manufacturing practice (GMP).

Index (List of used literature):

1. Sustainable development strategy of the agroindustrial complex - food security / V.G. Gusakov [et al.]; by ed. V.G. Gusakova; Institute of ek-ki. - Minsk: Belarusian science, 2008. - 514 p.
2. Shertaeva KD, Erkebaeva AE, Abduvalieva M., Swot analysis of the competitive environment of the pharmaceutical market of Kazakhstan. April 2017, Shymkent, Republic of Kazakhstan. Pp.72-74
3. Lifits, I.M. Formation and evaluation of the competitiveness of goods and services / I.M. Lifits - M.: Yurayt-Izdat. 2004. - 335 p.
4. S. Myasnikovich, M.V. Innovative development - the imperative of the formation of a new economy in the Republic of Belarus / M. V. Myasnikovich // Problems of management. - 2008. - №2. - P. 4 - 11.

СЕКЦИЯ «ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА»

Safronova M.Y., Kalinin S.I.

Students, 5 course, pediatric faculty, Belarusian state medical university, Minsk, the Republic of Belarus,
maria12@tut.by

Tutor: Abedkovskaya I.Y., Belarusian state medical university, Minsk, the Republic of Belarus

THE INFLUENCE OF VARIOUS ASPECTS OF LIVING IN A BIG CITY ON HEALTH

Introduction. Living in a big city is the dream of many young people. Teens from different towns tend to move to the capital for getting higher education and exciting pastime. However, besides a great number of opportunities life in a big city provides numerous health problems. Many chronic respiratory diseases and cardiovascular diseases are caused by air pollution, which is the world's greatest environmental risk to health at present and daily stress. Considering heavy academic workload and lifestyle of the medical students, we have defined the influence of various aspects of living in a big city on their health and possible solutions of this problem.

Objective: to find out how the conditions of life in a big city affect its residents and whom to a greater extent – Minsk resident students or the students from other towns.

Tasks: 1. To study the literature on the impact of air pollution and stress on health.

2. To conduct a survey of 120 students of Belarusian State Medical University to find out how the conditions of life in a big city affect them.

3. To develop recommendations for maintaining a healthy lifestyle in a big city.

Materials and methods. To find information about the impact of air pollution on health we analyzed native and foreign medical literature, the data from the website of the World Health Organization and electronic medical journals. The survey was conducted among 120 students of Belarusian State Medical University, 54% of them being Minsk residents and 46% coming from other towns. A questionnaire consisted of 11 questions on the

topics of environmental influences on health, active lifestyle and students opinions on the major source of stress for them.

Results. Air pollution of big cities caused by exhaust fumes from industrial enterprises, road traffic, and heat power plants is the world's greatest environmental risk to health at present. Automobile exhaust fumes, a high level of background noise cause reduced hearing acuity, increased blood pressure, emotional anxiety, depression and nervous overstrain in the population living close to busy motorways [2]. Besides a dense network of motorways, there are 3952 industrial enterprises in Minsk, which pollute the atmosphere with particulate matter, carbon monoxide, ozone, nitrogen dioxide and sulfur dioxide.

Due to the fact that Minsk has considerably expanded, the enterprises which used to be removed from the city are already within its borders now and industrial plants may be located in close proximity to dwelling houses. These facts were confirmed by the findings of the survey conducted within the frames of the given research work (table №1).

Table 1. Results of the survey

<i>Question 1: How close to a highway or a motorway is the house you live in?</i>	
a) Close – less than 100 m away	61%
b) More than 100 m away	39%
<i>Question 2: Is there a large industrial enterprise in the area you live in?</i>	
1. Yes	50%
2. No	50%

Therefore, deposition of pollutants in the airways of Minsk citizens is inevitable. On inhalation, carbon monoxide forms stable complexes with hemoglobin due to its double bond, thus blocking the transfer of oxygen in blood. A prolonged exposure to sulfur dioxide leads to a loss of taste sensation, suppression of breathing, pneumonia, pulmonary edema, cardiac insufficiency, circulatory problems and respiratory arrest [3]. Polluted atmosphere is not the only factor of harmful influence on health. Every student is regularly exposed to excessive daily stress due to spending about 8 hours at the lessons and lectures and having a lot of academic material to study at home. According to the data of the World Health Organization, stress contributes to 65% of all diseases including many diseases of the nervous, cardiovascular system, digestive tract and malignant neoplasms [1].

According to the conducted survey, we observed the following difference between the answers given by Minsk resident students and the students from other towns (table №2).

Table 2. Results of the survey, the difference between the answers given by Minsk resident students and the students from other towns.

Criterion	Minsk resident students	Students from other towns
Have chronic respiratory diseases	17%	10%
Have specific symptoms due to the wastes from the industrial enterprises and road traffic	38%	55%
Don't spend enough time in the open air	79%	81%
Don't have the opportunity to rest outside the city	7%	12%
Insufficiently engaged in active kinds of outdoor sports	78%	91%
Smoke	12%	4%
Would like to live in a big city	41%	24%

Conclusions. 1. The environment of a big city influences the health of all of its residents to a certain extent causing chronic respiratory diseases, diseases of the cardiovascular system, nervous system and digestive tract.

2. For students from other towns the environment of a big city is unusual and aggressive and has a detrimental effect on their health.

3. An active lifestyle assuming taking a walk in a park, jogging, riding a bike for 30 minutes a day, daily morning exercises, taking part in active kinds of sports will help city dwellers stay healthy.

References

1. Качество атмосферного воздуха и здоровье [Электронный ресурс] / ВОЗ; Центр СМИ – Режим доступа: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs313/ru/>
2. How we can improve the impact of urban living on health and wellbeing [Electronic resource] - URL: <http://www.theguardian.com/sustainable-business/urban-living-impact-health-wellbeing>
3. The cost of air pollution [Electronic resource]-URL: <http://www.oecd.org/env/the-cost-of-air-pollution-9789264210448-en.htm>

Леонов А.В., Нестерович М.И., VI курс, лечебный факультет УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь, stalker5530X@gmail.com, Kavalign@gmail.com
Чайковская М.А., старший преподаватель кафедры общей гигиены, экологии и радиационной медицины, УО «Гомельский государственный медицинский университет», г. Гомель, Республика Беларусь,
Chaikovskaya-M@rambler.ru

ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УДОБОЧИТАЕМОСТИ ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ ПО СТЕПЕНИ ИЗМЕНЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ЧАСТОТЫ СЛИЯНИЯ МЕЛЬКАНИЙ

Введение. Компьютерные технологии сегодня прочно вошли в нашу повседневную жизнь во многих её аспектах. Обучение с использованием электронных книг становится все более распространенным явлением среди молодежи. Население страны имеет возможность использовать разнообразные электронные устройства, экраны которых основаны на технологии электронных чернил (электронные книги «e-bookreader») или жидких кристаллов (ЖК): планшеты, мониторы компьютеров и ноутбуков, смартфоны и др. [1]

Оценка различных электронных устройств позволяет выделить ряд отличительных особенностей при работе с каждым из них. Отличие монитора электронных книг от бумаги заключается только в наличии пикселей и бликах на поверхности экрана (контрастность изображения ниже, чем на бумаге и мониторе компьютера). Положительными особенностями применения электронных книг для чтения являются: работа в условиях отраженного свечения, легкий вес устройства, длительная работа устройства без подзарядки, большой объем памяти, сокращение расходов бумаги и сохранение зеленых насаждений, что экологически весьма целесообразно. В то же время электронные книги имеют ряд существенных недостатков при применении: низкие контрастность и четкость изображения, отсутствие ощущения книги, монохромный экран, необходимость обслуживания устройства (регулярная подзарядка от сети, обновление информации), высокая цена устройства, замедленное перелистывание страниц, опасность потери или поломки устройства, трудности с использованием в ночное время. Чтение с экранов, построенных на основе ЖК-матрицы, имеет ряд преимуществ (портативность, многофункциональность, удобный для пользователя форм-фактор, скорость работы) и недостатков (работа в условиях автономной подсветки, низкие контрастность и четкость изображения, отсутствие ощущения книги, необходимость обслуживания устройства (регулярная подзарядка от сети, обновление информации), высокая цена устройства, опасность потери или поломки устройства). Выбор электронного устройства для чтения становится индивидуальным решением каждого человека.

В настоящее время рост информационных технологий, разнообразие современных электронных устройств и огромный ежедневный поток информации обуславливает значительную нагрузку на зрительный анализатор молодых лиц, начиная с раннего возраста. Это обуславливает необходимость изучения функционального состояния зрительного анализатора в условиях работы с различными электронными устройствами. Учитывая, что показатель критической частоты слияния мельканий (КЧСМ) определяется центральными отделами зрительного анализатора, становится, возможно, контролировать функциональное состояние зрительного анализатора и степень его утомления по изменению данного показателя [2]. Под КЧСМ понимается та минимальная частота вспышек света в секунду, при которой прерывистый свет перестает казаться мигающим [3]. КЧСМ не зависит от остроты зрения и рефракции и характеризует функциональное состояние зрительного анализатора в целом [4].

Цель исследования: оценить показатели удобочитаемости электронных устройств по степени изменения критической частоты слияния мельканий.

Материалы и методы. Объектом исследования явились 50 студентов 1-6 курсов УО «ГоГМУ». Материалы исследования - оценка функционального состояния центрального отдела зрительного анализатора путем измерения КЧСМ. Для исследования была использована светодиодная приставка, управляемая с ПК. Прибор генерирует цветные световые импульсы с частотой в диапазоне от 25 до 50 Гц, длительность одного светового импульса не менее 5 мс. Для генерации световых стимулов используются светодиоды. Методика исследования КЧСМ заключается в следующем: испытуемый смотрит на выносной источник света, который мелькает с переменной частотой, причем увеличение или уменьшение частоты мельканий световых вспышек осуществляется при помощи клавиатуры. Исследуемый отмечает момент, при котором перестает замечать вспышки света и начинает видеть непрерывное свечение. Определение КЧСМ проводится отдельно для каждого глаза, с изменением видимой частоты мельканий от меньшей к большей или, наоборот, от большей к меньшей. Текущая частота мельканий отражается на экране монитора. Для оценки динамики КЧСМ производилась регистрация фонового уровня КЧСМ перед прочтением текстов с различных носителей и повторное исследование после прочтения. Для достоверности результатов регистрация КЧСМ при чтении с разных носителей проводилась в разные дни. Математический и статистический анализ результатов исследования проводился с применением пакета прикладных программ Microsoft Excel и STATISTICA 6.0.

Результаты исследования. Изменение КЧСМ в фоновом состоянии и после чтения с различных электронных устройств представлены в табл. 1. Средние значения КЧСМ в фоновом состоянии соответствуют нормативным, после нагрузки статистически значимо снижаются при чтении с трех предъявляемых источников, что свидетельствует о развитии утомления зрительного анализатора. Установлены достоверные различия между показателями КЧСМ при чтении с разных носителей, средние значения КЧСМ в большей степени снижаются при чтении текста с монитора компьютера.

Таблица 1 – Изменение показателей удобочитаемости по изменению КЧСМ.

Исследование		Средние значения КЧСМ, Гц	Достоверность
Начальное состояние	OS	41,84	
	OD	41,73	
Чтение бумажного источника	OS	39,74	p>0,05
	OD	39,65	p>0,05
Чтение с ридера	OS	38,98	p>0,05
	OD	38,95	p>0,05
Чтение с монитора	OS	37,79	p>0,05
	OD	37,81	p>0,05

Таким образом, сравнительная оценка динамики показателей КЧСМ может свидетельствовать о преимуществе бумажного носителя информации, как источника информации, наименее утомляющий зрительный анализатор. Чтение с экрана компьютера является более сложной задачей для зрительного анализатора. Электронные книги занимают промежуточное положение между бумажным и компьютерным носителями информации.

Список литературы

1. Манако, А. Ф., Сеница, К. М. Электронные научно-образовательные пространства и перспективы их развития в контексте поддержки массовости и непрерывности/А.Ф.Манако, К.М.Сеница//Управляющие системы и машины.–2012. – №4. – С. 83–92.
2. Колесникова, А.В. Повышенная акустическая нагрузка и ее влияние на функциональное состояние слухового анализатора молодых людей при использовании аудиоплееров/ А.В. Колесникова, Х.Т. Абдулкеримов, К.И. Карташова// Практическая медицина–2015. - №87. – С. 44-46.
3. Морозова, Л.В. Особенности чтения текста с бумажных и электронных носителей / Л.В. Морозова, Ю.В. Новикова // Arctic Environmental Research.–2013.–№1. – С. 81-88.
4. Голубцов, К.В. Мелькающий свет в диагностике и лечении патологических процессов зрительной системы человека / К.В. Голубцов, И.Г. Куман, Т.С. Хейло // Информационные процессы.–2003.–Т.3.– № 2.–С.114–122.

Абдурахманова Қ.И., Турағалиев Хасан Азаматұлы

ҚР, Маңғыстау облысы, Жаңаөзен қаласы, «Маңғыстау облыстық медициналық колледжі» ШЖҚ МКК, karlygha1974@mail.ru.

ЖАҢАӨЗЕН ҚАЛАСЫНДАҒЫ ҚАЛҚАНША БЕЗ АУРУЛАРДЫҢ НЕГІЗГІ СЕБЕПТЕРІ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ

Аннотация. Біздің Президентіміз 2018 жылғы 10 қаңтардағы «Төртінші өнеркәсіптік революция жағдайындағы дамудың жаңа мүмкіндіктері» жолдауында айтқаны: Салауатты өмір салтын насихаттай отырып, қоғамдық денсаулықты басқару ісін күшейту керек. Жастардың репродуктивті денсаулығын нығайтуға және қорғауға ерекше назар аудару керек». Егер біз денсаулықты қолдау және сақтау туралы өзіміз күтінбесек, әлемдегі ең мықты, ешбір денсаулық сақтау жүйесі жеке адамдардың әр біреуі не денсаулықты қамтамасыз ете алмайды.

Қалқанша без патологиясы Қазақстан Республикасының денсаулық сақтау саласындағы ең актуалды проблемалардың бірі болып табылады. Бүкіл әлемдік денсаулық сақтау ұйымының мәліметтері бойынша әлемде 1,5млрд адам йодтапшылық аймақтарда өмір сүреді және йодтапшылық ауруларына бейім болады. Қазіргі кезде Қазақстан йод жетіспеушіліктен болатын аурулар аймағына айналып отыр. Эндемиялық жемсау ошақтары 14 облыстың 11-інде тіркелген. Соның ішінде Маңғыстау облысы зоб (жемсау) ауру эпидемиясы кең тараған облысқа жатады, оның басты себебі тұрғындар арасында йодтапшылығы, экологиялық әсер болып отыр.

Мақсаты: Қалқанша безі ауруларының теориялық тұрғыда негіздеп, пайда болуының факторларын қарастыра отырып, Жаңаөзен қаласындағы қалқанша безі ауру түрлерін анықтау.

Зерттеу міндеттері: Жаңаөзен қаласы бойынша қалқанша безі ауруларының негізгі түрлерін анықтау, сараптама жасау, алдын алу; Маңғыстау облыстық медицина колледжіндегі студенттермен, әйелдер кеңесінде жүкті әйелдер арасында сауалнама өткізу және санитарлық – ағарту жұмыстарын жүргізу.

Зерттеу әдістері: Ғаламтордан тақырып бойынша мәліметтер жинау, тақырып бойынша теориялық талдау жасау, Жаңаөзен қаласына физико-географиялық сипаттама, статистикалық мәлімет жинау, йоджетіспеушілігі және оның салдары тақырыбында сауалнама өткізу, жүкті әйелдердің йод препаратын қабылдау және маңыздылығымен ақпараттандыру деңгейі, колледжіміздестуденттер арасында йоджетіспеушілікті анықтау, неонатальдық гипотиреозға скрининг жүргізілуін зерттеу, жергілікті мұнай-газ өнеркәсібінің қалдықтары (метилмеркаптан) ғылыми зерттеулер бойынша қалқанша безі ауруларының себепкер ретінде Жаңаөзен қаласында СЭС басқармасынан мәлімет алу және аудағы газдың мөлшерін анықтау, қаламыздағы қалқанша бездің УДЗ жүргізілуі, анықталуы, санитарлық – ағарту жұмыстары.

Жаңаөзен қаласына физико – географиялық сипаттама:

Жаңаөзен қаласы Қазақстанның оңтүстік-батысында орналасқан. Мұнай мен газ өндіретін мекемелерге АҚ «Өзенмұнайгаз» және ТОО «КазГПЗ» жатады. Метилмеркаптан өте улы газ, ол әдеби деректер және эксперимент-тік зерттеулер (Ю.Г.Ковальский 1994–1999), қалқанша безінің тиреодтық гормондардың синтезін бұзады және қалқанша безі ауруларына алып келеді.

Статистика мәліметтері: Бүкіл әлемде жалпы халық саны: 7 473690000, қалқанша без аурулары – 2,5 млрд. адам ауырады. Соның ішінде: эндемиялық жемсау 300 млн. адам ауырады, туа біткен кретинизм 44 % құрай-ды, Қазақстанда: жалпы халық саны: 17 млн адам, соның ішінде қалқанша бездерінің қабынуы ересектерде 38.9%, балаларда 53.3%. Бұл мемлекеттік маңызды мәселе болып келеді. Жаңаөзен қаласы бойынша: 141261, ересек адамдар саны: 97391, балалар саны–55982, жалпы қалқанша безі аурулары–776, ересектер арасында қалқанша безі ауру-лары 506, балалар арасында қалқанша без аурулары – 270 науқас тіркелген, Жаңаөзен қаласы бойынша эндокриндік аурулардың 10-ға жуығы кездеседі. 52 жүкті әйелден сауалнама жүргізілді, жүктілік кезіндегі йод препараттарының маңыздылығы туралы мәлімет жоқ. Колледжімізде йоджетіспеушілікті анықтау мақсатында 194 студент тексерілді. Нәтижесінде 67 студентте йоджетіспеушілік анықталды, ал 31 студентте қалқанша без аурулары анықталды.

Санитарлық-эпидемиологиялық қадағалау басқармасы: Жергілікті мұнай-газ өнеркәсібінің қалдықтары (метилмеркаптан), өте улы газ қалқанша без ауруларына алып келеді. УДЗ нәтижелері бойынша мұнай-газ саласында қызметкерлерде қалқанша без патологиясымен 949 адамда анықталған.

Қалалық перзентхана: Жаңаөзен қаласының халықаралық перзентханасында 4066 бала дүниеге келді. Солардың ішінде гипотиреозға бірде –бір балаға туа біткен гипотиреозға тексерілген жоқ. Эндокринологтың бақылауында туа біткен гипотиреозбен 2 бала есепте тұр. Олар қазір мүгедектер тобына жатады. Егер олар туылған кезінде туа біткен гипотиреозге тексеріліп, 1 айға дейін емделгенде, олар мүгедек тобына жатпас еді.

Қорытынды: Физико-географиялық сипаттама бойынша Жаңаөзен қаласы орташа дәрежелі йодтапшылық регионға жатады. Сауалнама нәтижесінде біздің колледжімізде 52 жүкті әйел бар екен. 12-32 апта аралығында осы жүкті әйелдердің ішінде 1 ғана йодамарин қабылдайды.. Нәтижесінде 67 студентте йоджетіспеушілік анықталды, ал 31 студентте қалқанша без аурулары анықталды. Метилмеркаптан - өте улы газ, ол әдеби деректер және эксперименттік зерттеулер (Ю.Г.Ковальский 1994-1999) бойынша қалқанша безі ауруларына алып келеді. Қаламызда УДЗ нәтижесі бойынша қалқанша без патологиясы 949 адамда қалқанша без патологиясы анықталды. (53% құрады). БДҰ мәлімдемесі бойынша, балалардың ақыл-ойының артта қалуы йод тапшылығынан болады. Бұл алдын алуға болатын интеллектуалды жетіспеушіліктің жалғыз түрі. Йод тапшылығын жоюға кететін шығынды есепке ала отырып, жаңа туған баланың ақыл ойының артта қалуын емдеушілікті қылмыс деп есептеуге болады. Біздің міндетіміз азда болса, жаңа экологиялық оймен, мәдениетті түрде денсаулық сақтау, халыққа оның жодарын түсіндіру. Жастардың репродуктивті денсаулығын нығайтуға және қорғауға ерекше назар аудару керек себебі олар біздің болашағымыз.

Ұсыныс: Қалқанша безі ауруларының балалар арасында зардап шекпеу үшін балабақшаларда, мектептерде антиструминизация жүргізуді ұйымдастыру. Мектептерде, колледждерде медициналық тексеруден өткізу кезінде эндокринолог маманы қатысуға міндетті 10,12,15,17 жастарда (№145 бұйрық 16 наурыз 2010 жылы скрининг жүргізу туралы). Жүкті әйелдерге йод препараттарын беруді жолға қою. (№193 бұйрық 2009 жылы) Перзентханада неонатальды кезеңде туа біткен гипотиреозды анықтау үшін **міндетті** тексеруді жүргізуді ұсынамын.

Әдебиеттер

1. Базарбекова Р.Б., Зельцер М.Е., мезинова Н.Н., Кобзарь Н.Н., Курс эндокринологии АГИУВ. Сборник материалов, 2002г. Баранов А.А., Пренатальная и постнатальная профилактика йодного дефицита у детей первого года жизни. Научный центр здоровья РАМН, М.: 2001г. Проблемы здоровья thyronet.rusmedserv.com.

Қалшабек Б.Н., М.Әуезов атындағы ОҚМУ, ЖООКББИ-нің 2 курс магистранты, Шымкент қ. E-mail: b.kalshabek@economy.gov.kz

ОРТАЛЫҚ АЗИЯ АЙМАҚТЫҚ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ЫНТЫМАҚТАСТЫҒЫ МЕН ҮКІМЕТТІК ЕМЕС ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ ҚЫЗМЕТІ

Қазіргі таңда аймақ мемлекеттері тәуелсіз, сарапталған табиғатты қорғау саясатын құрып, жүргізе алады және аймақтық, әлемдік деңгейде қоршаған ортасында ынтымақтаса алады. Экологиялық негізделген әрі тұрақты дамуға көшу Орталық Азия елдері дамуы үшін маңызды болып табылады. Аймақ мемлекеттері табиғатты қорғау қызметін нығайту үшін ұлттық әрекеттердің сәйкес дәрежеде болуын талап ететін көптеген халықаралық конвенцияларға қол қойған.

1995 жылдан бастап Өзбекстан Республикасының Үкіметі шешімімен Климат өзгеруі мәселелері және озон құртушы заттарды қолдануды тоқтату бойынша (1995), шөлденумен күрес бойынша (1996), биоалуантүрлілікті сақтау бойынша (1998) Ұлттық комиссиялар құрылды. 1997 жылы Тұрақты даму бойынша Республиканың Ұлттық Комиссиясы құрылды. Осыған ұқсас конвенциялар бойынша сектораралық комиссиялар ортақ жұмысшы органы – Тұрақты дамудың ұлттық экологиялық орталығы мен Қоршаған ортаны қорғау және табиғи ресурстар министрлігі жанындағы Климат өзгеруі бойынша орталығы Қазақстан Республикасында да құрылды.

Қазақстанда (1997), Тәжікстанда (1998) Тұрақты даму бойынша Ұлттық Кеңес пен Тұрақты даму бойынша Ұлттық Комиссия жасақталды. Түркменстанда Президент қаулысымен 1999 жылы БҰҰ қоршаған ортаны қорғау бойынша бағдарламалары мен конвенцияларынан шығатын Түркменстанның міндеттемелерін қамтамасыз ету бойынша мемлекеттік Комиссия құрылды [1].

Айтарлықтай жағымды өзгерістер аймақтық саясатта да орын алды. 1993 жылы Орталық Азия елдері көшбасшылары «Арал теңізі және Арал маңы мәселелерін шешу, экологиялық сауықтандыру мен Арал аймағы әлеуметтік-экономикалық қамтамасыз етуі бойынша бірлескен әрекеттер туралы келісімге» қол қойды. Арал теңізі бассейні дамуы бойынша Конвенциясын жасау бірінші кезекті міндет деп таныған Жақтардың Нукус (1995) декларациясы [2] және Ыстық-көл декларациясы тұрақты ОАР дамуға бағытталған бірлескен әрекеттерін ары қарай кеңейтуге негіз салды. 1997 жылы ақпанда Орталық Азия елдерінің президенттері 1998 жылды БҰҰ басшылығымен «қоршаған ортаны қорғау жылы» деп жариялаған Алматы декларациясына қол қойды. 1998 жылы наурызда аймақтың төрт үкіметі Қоршаған ортаны қорғау саласында ынтымақтастық және Табиғи ресурстарды тиімді қолдану туралы Келісім жасасты. ОАР ынтымақтасуымен, Орхус келісімі (Дания, 1998ж) [3] мақұлдауымен Орталық Азия аймақтық экологиялық орталығы құрылды.

ОАР Үкіметтері әрекеттерін бағыттауды дамыту Қазақстан, Қырғызстан, Тәжікстан мен Өзбекстан құрған «Орталық-Азиялық ынтымақтастық» одағы шеңберінде жүзеге асады. Ынтымақтастықтың бұл моделі саяси диалогты, ортақ қауіпсіздік кеңістігін құруын және аймақтың тұрақтылығы мен бейбітшілігін сақтау бойынша бірлескен әрекеттерді жасауын қамтиды [4].

2008 жылы қазанда Ресейде «Шанхай ынтымақтастық ұйымы мүше-мемлекеттерінің экологиялық қауіпсіздігі» атты конференция өтіп, Ресейдің түрлі облыстарынан, ШЫҰ мемлекеттерінен, Украина, Беларусь, Литва, Польша, Голландия, Германия, Италия елдерінен қатысушылар болды. Мүше-мемлекеттердің өндіріс қалдықтары үлкен қиыншылық тудырып отырғандықтан осы мәселе конференцияда өзектілікке ие болды [5].

ТМД шеңберінде де экологиялық салада ынтымақтастық жүзеге асып келеді. Әзірбайжан, Армения, Беларусь, Қазақстан, Қырғызстан, Молдова, Ресей, Тәжікстан, Түркменстан мен Өзбекстан 1992 жылы 8 ақпанда Мәскеуде Үкіметаралық қоршаған ортаны қорғау және экология саласында өзара әрекеттесу туралы Келісімге қол қойды және сол жылы шілдеде Минскіде Халықаралық экологиялық кеңес, оның жанында келісілген мемлекетаралық экологиялық бағдарламаларды орындау үшін, бірінші кезекте, экологиялық апаттардың салдарларын жою үшін Мемлекетаралық экологиялық қор құруға келісті [6]. Бұл Кеңес қатысушы-мемлекеттердің табиғатты қорғау ведомстваларының басшыларынан тұрады. Ол ТМД елдері үкіметтеріне қоршаған ортаны қорғау және табиғатты тиімді пайдалану бойынша бақылау және қолдау көрсетуге арналған [7]. Сонымен қатар, ТМД шеңберінде табиғатты қорғау ынтымақтастығын дамытуда маңызды рөлді Парламентаралық Ассамблея атқарады. Оның құрамында Қоршаған ортаны қорғау бөлімі құрылған [8].

Аталған 1992 жылғы ТМД шеңберіндегі келісім орнына 2013 жылы 31 мамырда Минскіде Қоршаған ортаны қорғау саласында ынтымақтасу туралы Келісім жасалды. Орталық Азияның бес мемлекеті де қол қойған 12 баптан тұратын бұл Келісім табиғатты қорғауда бірлесу әрекеттесуді, тәжірибелер алмасу, кеңесіп отыруды көздейді [9]. Қазіргі таңда әлемде 500-ге жуық өз қызметіне табиғатты сақтау іс-шараларын қосқан халықаралық үкіметтік емес ұйымдар бар. Алайда, бұл ұйымдар арасында басты рөлді Табиғи ресурстар мен табиғатты қорғау халықаралық одағы, Жабайы тірі табиғатты қорғау бүкіләлемдік қоры сияқты кейбір өзінің жоғары белсенділігімен танылған одақтатқарады [10].

Қазақстанда экологиялық үкіметтік емес ұйымдар Үкіметтік емес ұйымдардың координациялық Кеңесін құрды, ресми органдармен ынтымақтастық және ақпарат алмасу туралы келісімге келді [11].

1997 жылы республикада 70-тен аса ассоциациялар, экологиялық клубтар, қауымдастықтар мен қайырымдылық қорлары пайда болды. Олардың ішінде маңыздыларына «Алмаз» Ассоциациясы, «Табиғатты сүюшілер клубы», «Атомдық соғыстың алдын алу дәрігерлері», «Майрам» қауымдастығы, «Алейне» Қырғызстанның экологиялық қозғалысы, «Табият» экологиялық қозғалысы мен «Адам және табиғат» қайырымдылық қоры жатады [12]. Түркменстанда екіірі үкіметтік емес ұйым бар: Катендік экологиялық клуб және Дашогуздық экологиялық клуб. Сонымен қатар, балаларға экологиялық білім беру мақсатында Экологиялық Қор құрылған [13]. Жалпы, Орталық Азия мемлекеттері экологиялық интеграциясы ТМД, ШЫҰ секілді аймақтық ұйымдар шеңберінде, сонымен қатар, өзара мемлекеттер арасында келісімдер жасасу мен Аймақтық орталық құрылуымен байқалады. Бес мемлекеттің өз ішінде де қоршаған ортаны қорғау мәселелеріне көзқарас та өзгеріп, талпыныстар мен әрекеттер жасалып келеді.

Әдебиеттер

1. Оценка оценок окружающей среды Европы. Центральная Азия. – Алматы: РЭЦЦА, 2011. – 104 с. – С. 10-11.
2. Арал теңізі тұрақты даму мәселелері бойынша Орталық Азия мемлекеттері мен халықаралық ұйымдардың 1995 жылғы Нукус декларациясы.
3. Ақпаратқа кіру, шешімдер қабылдау процесіне жұртшылықтың қатысуы және қоршаған ортаға қатысты мәселелер бойынша сот әділдігіне қол жеткізу туралы БҰҰ ЕЭК Конвенциясы - Орхус конвенциясы, 1998 жыл;
4. ВСУР Региональный экологический центр Центральной Азии «Центральная Азия на пути к устойчивому развитию» сборник. - Алматы, 2002. – С. 6-8.
5. Страны ШОС: Экологическая безопасность. Наука Урала, октябрь 2008г., №23-24 (980)
6. Абайдильдинов Е.М., «Вопросы обеспечения экологической безопасности в регионе Центральной Азии» Совершенствование института представительства: вопросы правотворчества и правоприменения: Материалы международной научно-практической конференции. Астана, 19 марта 2010 г. – С. 239-243. 7. Экология и безопасность жизнедеятельности : учебно-методическое пособие / Р. И. Айзман, А. Я. Тернер, М. В. Иашвили ; Новосиб. гос. пед. ун-т, Ин-т открытого дистанционного образования. - Новосибирск : НГПУ, 2009.
7. Бринчук М.М. Экологическое право (правоохраняющей среды). – М.: Юрист, 1998.
8. Соглашение о сотрудничестве в области охраны окружающей среды государств – участников Содружества Независимых Государств, 31 мая 2013 года // <http://www.e-cis.info>
9. Нецветова А.Г. Экологическое право. – Москва: МЭСИ, 2006. – 223 с. – С. 196
10. ВСУР Региональный экологический центр Центральной Азии «Центральная Азия на пути к устойчивому развитию» сборник. - Алматы, 2002. – С. 9-10.
11. ВСУР Региональный экологический центр Центральной Азии «Центральная Азия на пути к устойчивому развитию» сборник. - Алматы, 2002. – С. 47.
12. Акмурадов М., Карыева С. Глобальные экологические конвенции ООН в Туркменистане. – Ашхабад. – 2005. // <http://e-library.carec.kz>

Кругликова А.В., 3 курс, лечебный факультет, г. Гомель, Республика Беларусь, ann-krug@yandex.by
Провалинский А.В., ассистент кафедры биологии с курсом нормальной и патологической физиологии, г. Гомель, Республика Беларусь, pravilman90@gmail.com

НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МОБИЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА

Введение. С середины прошлого столетия изучались вопросы влияния электромагнитного излучения (ЭМИ) на здоровье человека, но только с точки зрения влияния на персонал вещательных и специализированных радиостанций. Были определены нормативы, определяющие безопасность работы человека вблизи источников излучений. Сегодня актуальна тема влияния на здоровье человека ЭМИ при использовании мобильных телефонов, так как человечество пользуется благами цивилизации, не задумываясь о последствиях. Мобильный телефон работает с использованием приемопередатчика радиодиапазона, что позволяет при передвижении переключаться на различные станции, поддерживая сигнал. Причем поддержание наилучшего сигнала происходит и при заблокированном экране телефона.

Цель исследования. Определить состав негативных воздействий мобильных средств коммуникации на организм человека.

Материал и методы исследования. Обзор литературных данных по исследуемой проблематике.

Результаты исследования. К источникам ЭМИ радиочастотного и микроволнового диапазонов (3 кГц-300 ГГц) относятся средства получения и передачи информации (радиостанции, радио- и телепередатчики, компьютерные мониторы, телевизоры, радио- и сотовые телефоны, радиолокационные станции и пр.), различное медицинское лечебное и диагностическое оборудование, микроволновые печи. При этом большинство из перечисленных устройств являются источниками ЭМИ сверхвысоких частот (СВЧ) (20 МГц-3 ГГц), т. е. микроволнового излучения. При рассмотрении механизмов действия высокоэнергетических электромагнитных полей (ЭМП), относящихся к микроволновому диапазону, достаточно устоявшимся является представление о влиянии ЭМП на живые организмы вследствие энергетических взаимодействий, т. е. за счет преобразования энергии ЭМП в другие формы, в частности в тепловую. При этом считается, что энергия квантов ЭМИ, начиная с микроволнового диапазона, вполне достаточна, чтобы вызывать в биологических средах колебания заряженных частиц – ионов, дипольных молекул, коллоидных мицелл, что приводит к увеличению кинетической энергии полярных молекул живых тканей с последующим нагреванием последних. Вместе с тем, учитывая то обстоятельство, что ЭМП столь высокой интенсивности встречаются лишь в очень узких областях промышленного производства и в силу очевидного негативного воздействия подлежат строгому нормированию [1].

Y. Omura и M. Losco при оценке негативных эффектов домашних электроприборов (компьютерные мониторы, телевизоры, микроволновые печи, сотовые телефоны) в условиях эксперимента показали увеличение экспрессии онкогенов, что расценивается как фактор индукции канцерогенеза. Причем, в большей степени, это относилось к микроволновым печам и сотовым телефонам [2].

Особое внимание уделяется в последнее время и оценке возможных негативных эффектов ЭМП, возникающих при работе телефонных аппаратов сотовой (мобильной) связи, в связи с отдельными сообщениями об опасности развития опухолей головного мозга у пользователей. Величины ЭМИ в случае аппаратов мобильной связи сопоставимы с теми, что возникают при работе радарных, радиолокационных станций и установок СВЧ-нагрева (в т. ч. микроволновых печей), однако, в отличие от последних, источник ЭМИ при этом находится в непосредственной близости от тканей головного мозга. Локальное же воздействие ЭМИ в интервале 10 МГц -10 ГГц ведет к интенсивному нагреванию отдельных участков головного мозга, гипоталамуса и других отделов ЦНС, что может приводить, по мнению G. Samelia, к развитию рака [3]. При этом в отличие от производственных условий, степень воздействия в последнем случае зачастую не нормирована [1].

Наиболее подвержены перегреву ткани с недостаточным кровоснабжением и, следовательно, плохой терморегуляцией, например хрусталик глаза, стекловидное тело и др. [4].

В 1975 г. А.И. Клиорин и С.В. Девяткина проводили исследования по изучению реакций детского организма на воздействие излучений СВЧ-диапазона. Обследовались две группы детей, проживающих в зоне подверженности СВЧ-излучениям. Первая группа, «основная», подвергалась воздействию СВЧ-поля с плотностью потока энергии от 25 до 500 мкВт/кв.см. Во вторую группу вошли дети, подвергшиеся воздействию СВЧ-излучения интенсивностью ниже 25 мкВт/кв.см.

В результате проведенных исследований было установлено: – частота инфекционных заболеваний у детей основной группы была существенно выше, чем у детей контрольной группы; – наблюдались отклонения в показателях веса, длины тела и окружности грудной клетки в зависимости от срока пребывания в зоне облучения; – развитие костной системы у детей, проживающих в зоне СВЧ-поля, вначале несколько задерживалось, а затем за счет ускорения процессов окостенения даже опережало соответствующие сроки костного возраста у детей контрольной группы; – у детей основной группы сроки полового созревания оказались ниже, чем в контрольной группе, также наблюдалось несколько сниженное содержание гормона роста; – выявлены тенденции к угнетению кислотообразующей функции желудка, снижению функции коры надпочечников у детей основной группы [5].

Международный проект Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) по ЭМП сделал обзор последствий воздействия статических полей высокой напряженности для здоровья и подчеркнул важность защиты здоровья детей и беременных женщин [6].

Заключение. Так как современная жизнь уже немыслима без сотовой связи, то возникает вопрос: как обезопасить себя от воздействия ЭМИ?

Каждый человек должен следовать простым правилам: на протяжении дня мобильный телефон нужно использовать только по необходимости.

Разговоры должны быть краткими. За пару часов до сна нужно полностью отключать мобильную связь, а сам аппарат желательно не оставлять в жилых помещениях. Носить мобильный телефон нужно в сумке, а не в карманах. Необходимо минимизировать его контакт с телом человека. Помнить, в любых закрытых металлических пространствах излучения телефона усиливаются.

Список литературы

1. Гичев Ю.П., Гичев Ю.Ю. Влияние электромагнитных полей на здоровье человека = Alleged health effects of electromagnetic fields: Аналит. обзор / СО РАН. ГПНТБ. – Новосибирск, 1999. – 90 с. – (Сер. Экология. Вып. 52).

2. Omura Y., Losco M. Electromagnetic fields in the home environment as potential contributing factors for the induction of oncogen C-fos Ab1, oncogen C-fos Ab2, integrin alpha 5 beta 1 and development of cancer, as well as effects of microwave on amino acid composition of food and living human brain / Acupunct. Electrother Res. – 1993. – Vol. 18, № 1. – P. 33 – 73.
3. Camelia G. The radiation risks: are real? / Radiosci. and Bull, 1994. – Vol.269. – P.70 – 72.
4. Ремизов А.Н. Медицинская и биологическая физика: Учеб. для вузов/ А.Н. Ремизов, А.Г. Максина, А.Я. Потапенко. – 4-е изд., перераб. и дополн. – М.: Дрофа, 2003. – 560с.: ил. Стр. 277, 294–295.
5. Мясникова О.С. Социально-экологические риски от электромагнитного воздействия сотовой связи на детей / Вестник саратовского государственного социально-экономического университета №3. – 2009.
6. Критерии гигиены окружающей среды. 2006 г. / Информационный бюллетень ВОЗ № 299. – 2006. Март.

Холов Х.М., старший преподаватель,
Государственный педагогический институт, город Навои, Узбекистан.

ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ АРАЛА И ПРИАРАЛЬЯ.

Анализ современного состояния и динамики развития природной среды бассейна Аральского моря указывает на дальнейшее обострение экологической ситуации.

Проблема Арала становится все более острой. Она затрагивает и обнажает все новые и новые проблемы в состоянии и развитии региона. Все они требуют скорейшего и незамедлительного решения.

Для решения основной проблемы, стоящей ребром вот уже десятки лет, было предложено множество проектов, однако ни один из них пока не претворен в жизнь. Все эти проекты можно объединить в две группы:

1. Проекты, предлагающие переброску воды из внутренних ресурсов бассейна Аральского моря интравегиональные).

2. Проекты, предлагающие переброску воды извне, т. е. за пределами бассейна (экстрарегиональные).

Проекты, предусматривающие стабилизацию уровня Аральского моря за счет местных ресурсов, предлагают направить в море:

1. Воды коллекторно-дренажных систем.

2. Воды сбросных озер - Саракамыш, Денгизкуль, Султандаг, Маханкуль, Арнасай, Айдар и Судочье.

3. Воды, которые будут сэкономлены в перспективе за счет повышения эффективности гидромелиоративных систем, улучшения технологии полива, территориального перераспределения водных ресурсов и др.

Не останавливаясь на них подробно, проанализируем некоторые, наиболее распространенные проекты.

1. Концепция по решению проблемы Арала и Приаралья с учетом социально-экономического развития Республики Узбекистан.

В данной концепции отвергаются предложения об уменьшении площадей орошаемых земель, включая сокращение посевов риса, идеи о спуске и ликвидации имеющихся водохранилищ, отказе от централизованных инвестиций в водное и сельское хозяйство, изъятия до 100 км³ подземных вод для пополнения Арала.

Дальнейшее увеличение орошаемых земель предлагается на базе передовой технологии ведения хозяйства, комплексной реконструкции.

Большое значение придается обводнению дельты, созданию регулируемых водоемов для воспроизводства рыбы, развития животноводства и ондатроводства. В промышленности делается акцент на развитие маловодных отраслей.

Предлагается формировать работы по строительству право и левобережного трактов для прекращения сброса коллекторно-дренажных вод в Амударью; проверить идею создания на бывшем дне моря орошаемых массивов.

На местные органы возлагается строительство дренажа и планировка орошаемых земель, а комплексную реконструкцию, внедрение новой технологии полива рекомендуется принять на централизованное материальное обеспечение и финансирование в рамках СНГ.

По мнению авторов, решение экологических проблем возможно только при согласованных, четко управляемых и скоординированных действиях всех пяти республик региона по водосбережению, управлению водными ресурсами.

Без привлечения водных ресурсов извне к 2000 году дефицит воды составил 6-8 км³, а к 2010 году превысил 30 км³. Наиболее экономичным вариантом считается ориентация на воды реки Иртыш.[1].

Одна страна возникшие проблемы не осилит. Их успешное решение возможно только при совместном и согласованном взаимодействии многих стран, прежде всего стран Центральной Азии. По

этому вопросу в 1993 году в городах Ташкенте и Кзыл-Орде, в 1994 году в Нукусе, в 1996 году в Ташкенте и Нукусе состоялись встречи на уровне глав государств Центральной Азии с участием представителей Российской Федерации. В 1997 году на встрече в городе Алматы глав центрально-азиатских государств с участием представителей ООН, Мирового Банка и других международных организаций принято решение о совершенствовании организационных структур по решению проблем Арала - сформирован более действенный состав Международного фонда спасения Арала и на его базе мобильный Исполнительный комитет. В том же году в столице Узбекистана проведена первая техническая встреча, организованная Международным Фондом и Всемирным Банком, где с участием стран-доноров обсуждались вопросы реализации Программы международного сотрудничества по Аральскому морю. В 2001 году по инициативе ученых Узбекистана и Украины создана общественная неправительственная организация - Международная академия биосферных наук (МАБИН), одной из задач которой является содействие решению межрегиональных экологических проблем, в том числе проблемы Арала и Приаралья. [2].

Весьма интересны в этом отношении применительно к проблемам Арала и Приаралья научные разработки Н.Р.Хамраевас соавторами (1998). Сравнивая различные мероприятия, обеспечивающие повышение гарантированных ресурсов по величине капитальных затрат на единицу получаемой воды, они пришли к выводу, что удельные показатели территориального перераспределения стока соизмеримы с показателями других способов, о чем свидетельствуют данные, приведенные в табл. 1.

Таблица 1 - Удельные показатели дополнительных источников воды (Хамраев и др., 1998)

Способ получения дополнительной воды	Капиталовложения, млн долл США на 1 км³
Регулирование речного стока водохранилищами	50-80
Очистка промышленных сточных вод	100-150
Реконструкция оросительных систем	700-900
Опреснение методом дистилляции	600-1600
Опреснение мембранным способом	100-700
Территориальное перераспределение водных ресурсов	300-1000

Основываясь на приведенных выше данных, Н.Р. Хамраев с соавторами выдвинули идею о возможности создания Единой Азиатской водохозяйственной системы (ЕАВХС), которая предусматривает соединение бассейна реки Сырдарья на севере с реками бассейна Карского моря, реки Амударья на юге с бассейнами рек Аравийского моря, а для сохранения Аральского моря - возможную переброску части вод Каспия. Авторы ЕАВХС считают, что возникла насущная необходимость в совместном исследовании данной проблемы и разработке концепции проектов по межгосударственному совместному использованию части свободного стока многоводных рек.

Список литературы

- Ю. Шадиметов. Введение в социэкологию. Ташкент. «Укитувчи» 1993.
 Г.Ю.Валуконис, Ш.О.Мурадов. Основы экологии. Том I,Ташкент. «Мехнат» 2001.

СОДЕРЖАНИЕ

СЕКЦИЯ «ИННОВАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К СОВЕРШЕНСТВОВАНИЮ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ»	
Беридзе Р.М., Конюшенко А.А., Палковский О.Л. ПРОБЛЕМЫ ЛЕКАРСТВЕННОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ С РАССЕЯННЫМ СКЛЕРОЗОМ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ	3
A.S. Sandibekova, G.O.Ustenova THE ROLE OF GMP IN KAZAKHSTAN	4
Афендикова А.В., Подколзина М.В. ИССЛЕДОВАНИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ МИОМОЙ МАТКИ	5
Борщ Т. А., Цурикова О.В. АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПРИНЦИПОВ И ПРОБЛЕМ ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ СОВРЕМЕННОЙ СИСТЕМЫ ФАРМАКОНАДЗОРА В УКРАИНЕ	6
Гаврилюк Я. Д., Гала Л. А. АНАЛИЗ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ ПО ВНЕДРЕНИЮ НАЦИОНАЛЬНЫХ РУКОВОДСТВ «НАДЛЕЖАЩЕЙ АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКЕ» В СИСТЕМУ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ РАЗЛИЧНЫХ СТРАН МИРА	8
Кириленко А.А, Лебедин А.Н. СОВРЕМЕННЫЕ ПРОБЛЕМЫ ОТПУСКА КОМБИНИРОВАННЫХ КОДЕИНОСОДЕРЖАЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В УКРАИНЕ	9
Латыпова Ю.О., Кныш О.И. К ВОПРОСУ О ДОСТУПНОСТИ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ СЕЛЬСКОМУ НАСЕЛЕНИЮ ТЮМЕНСКОЙ ОБЛАСТИ	11
Пазинюк А.Ю., Богдан Н.С. АНАЛИЗ ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМИ СРЕДСТВАМИ НАСЕЛЕНИЯ С ЗАБОЛЕВАНИЕМ ВИЧ / СПИД В УКРАИНЕ	12
Подколзина М.В., Лебедин А.Н. ИССЛЕДОВАНИЕ ЦЕН НА КОМБИНИРОВАННЫЕ КОДЕИНОСОДЕРЖАЩИЕ ПРЕПАРАТЫ В РЕГИОНАХ УКРАИНЫ	14
Подколзина М.В., Лебедин А.Н. АНАЛИЗ ЭКОНОМИЧЕСКОЙ ДОСТУПНОСТИ КОМБИНИРОВАННЫХ КОДЕИНОСОДЕРЖАЩИХ ПРЕПАРАТОВ В РАЗНЫХ РЕГИОНАХ УКРАИНЫ	15
Рыжкова С.Е., Ткаченко Н.А. АНАЛИЗ РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ И КОСМЕТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ, ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ АЛОПЕЦИИ, НА ОСНОВЕ ДЕЙСТВУЮЩЕГО ВЕЩЕСТВА АМИНЕКСИЛ (МИНОКСИДИЛ)	17
Кубарева И.В., Корж Ю.В., Романько Т.А. АНАЛИЗ СОЦИАЛЬНО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИХ ПОКАЗАТЕЛЕЙ ТУБЕРКУЛЕЗА В ЕВРОПЕЙСКОМ РЕГИОНЕ	18
Турсуматова Ш.Л., Шопабаева А.Р. ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ ОТЕЧЕСТВЕННЫХ КАДРОВ ПО КЛИНИЧЕСКОЙ ФАРМАЦИИ	19
Акбарова С. Винник Е.В., Карпенко Л.А. ИССЛЕДОВАНИЕ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН	20
Бреус И.А., Заричная Т.П. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТНОЙ, ФИРМЕННОЙ СТРУКТУРЫ СЕГМЕНТА НАЦИОНАЛЬНОГО РЫНКА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ПЕПТИЧЕСКОЙ ЯЗВЫ И ГАСТРОЭЗОФАГЕАЛЬНОЙ РЕФЛЮКСНОЙ БОЛЕЗНИ	21
Дорохина В. В., Куролап М. С. ИССЛЕДОВАНИЕ СПОСОБОВ ПРОДВИЖЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ КОМПАНИИ «БИОНОРИКА СЕ» НА ЛОКАЛЬНОМ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ	22
Кондакова А.Г., Подколзина М.В. ИССЛЕДОВАНИЕ РЕКОМЕНДОВАННОЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ТЕРАПИИ ХРОНИЧЕСКИХ ОБСТРУКТИВНЫХ БОЛЕЗНЕЙ ЛЕГКИХ	23
Мартынцова Г.В. Терещенко Л.В. ИССЛЕДОВАНИЕ СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ В ОРГАНИЗАЦИИ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ СИСТЕМЫ ФАРМАКОНАДЗОРА В УКРАИНЕ	25

Подколзина М.В. АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ, ПРИМЕНЯЕМЫХ В ФАРМАКОТЕРАПИИ НАИБОЛЕЕ РАСПРОСТРАНЕННЫХ ВЗПО В КЛИНИЧЕСКОЙ БОЛЬНИЦЕ	26
Санина В.О. Ткаченко Н.А. ИССЛЕДОВАНИЯ УКРАИНСКОГО РЫНКА ПРЕПАРАТОВ, ИСПОЛЪЗУЕМЫХ В КОСМЕТОЛОГИИ ДЛЪ БИОРЕВИТАЛИЗАЦИИ	28
Окен М.К. , Жакипбеков К.С. СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА БЕТА-АДРЕНОБЛОКАТОРОВ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	29
Тестов Р.М., Минина Е.Е. ДОСТУПНОСТЬ ПРЕПАРАТОВ ДЛЪ ПРЕДЭКСПОЗИЦИОННОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ В ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СЕТЯХ ЧЕЛЯБИНСКОЙ ОБЛАСТИ ПО СОСТОЯНИЮ НА НОЯБРЬ 2018 ГОДА	30
Юрченко Г.Н. АНАЛИЗ РАБОТЫ ДИСТРИБЬЮТОРА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ТОВАРА С АПТЕЧНЫМИ УЧРЕЖДЕНИЯМИ В УКРАИНЕ	31
Бағдат Д., Устенова Г.О., Раганина К.Т. ОБЗОР ИЗДЕЛИЙ МЕДИЦИНСКОГО НАЗНАЧЕНИЯ НА КАЗАХСТАНСКОМ РЫНКЕ	32
Бышенко В.В., Кныш О.И. К ВОПРОСУ О НОРМАТИВНОМ РЕГУЛИРОВАНИИ ОБРАЩЕНИЯ ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЪ ВЕТЕРИНАРНОГО ПРИМЕНЕНИЯ В РОССИИ	34
Жалимова.З.О., Шопабаета А.Р. СТАНДАРТНЫЕ ОПЕРАЦИОННЫЕ ПРОЦЕДУРЫ КАК ЭЛЕМЕНТ ВНЕДРЕНИЯ НАДЛЕЖАЩЕЙ АПТЕЧНОЙ ПРАКТИКИ	35
Кравцов Д. В., Заричная Т. П. ИЗУЧЕНИЕ КОНКУРЕНТОСПОСОБНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КОМПАНИЙ, ПОСТАВЛЯЮЩИХ ПРОТИВОГРИБКОВЫЕ ЛЕКАРСТВЕННЫЕ СРЕДСТВА СИСТЕМНОГО ДЕЙСТВИЯ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИЙ РЫНОК УКРАИНЫ.	36
Мельникова В.В., Викулова К.А. АПТЕКА МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ: СТРУКТУРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ	37
Подколзина М.В., АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ ПРИМЕНЯЕМЫХ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА II ТИПА	39
Проскурова Я.А., Кубарева И.В., Евсеева Л.В. ИССЛЕДОВАНИЕ НАЛИЧИЯ НЕИСПОЛЪЗОВАННЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В ДОМАШНИХ АПТЕЧКАХ И ОБРАЩЕНИЕ С НИМИ	40
Сахновская А.В, Заричная Т.П. ОБОСНОВАНИЯ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ НЕКОТОРЫХ ЭТИКО-ДЕОНТОЛОГИЧЕСКИХ АСПЕКТОВ В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	41
Korzh Iuliia V., Zhirova I.V., Olieinikova N.V. THE STUDY OF THE TREND IN INCIDENCE AND PREVALENCE OF CHRONIC PANCREATITIS.	42
Альмурзаева А.А., Жакипбеков К.С. ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ СИСТЕМЫ РИСК-МЕНЕДЖМЕНТА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ПРЕДПРИЯТИЯХ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН (НА ПРИМЕРЕ ТОО «СУЛТАН»)	43
Вицингловская Л.С., Зозулинец Д.Н., Червоненко Н.М. МОТИВЫ ВЫБОРА ПРОФЕССИИ СТУДЕНТАМИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ФАКУЛЬТЕТА	44
Жиленко А. В., Панфилова А.Л. Богдан Н.С. ОЦЕНКА УКРАИНСКОГО ОПЫТА ФУНКЦИОНИРОВАНИЯ РЕГУЛЯТОРНЫХ МЕХАНИЗМОВ В СИСТЕМЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ	45
Қуандық К.М., Жақыпбеков К.С. АВИТАМИНОЗ АУРУЫ КЕЗІНДЕ ҚОЛДАНЫЛАТЫН ДӘРІ-ДӘРМЕКТЕРДІҢ ЖЕРГІЛІКТІ НАРЫҒЫН ЗЕРТТЕУ	46
Г. М. Нагимова , С. Н. Ивакина СОСТОЯНИЕ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДИАГНОЗЕ ЖЕЛЕЗОДЕФИЦИТНОЙ АНЕМИИ (НА ПРИМЕРЕ РЕСПУБЛИКИ БАШКОРТОСТАН)	47
Рудюк А.И., Заричная Т.П. ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ МОТИВАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПЕРСОНАЛА В АПТЕЧНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ	49
Серикбаева Э.А., Умурзахова Г.Ж. ФОРМИРОВАНИЕ И РАЗВИТИЕ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО КЛАСТЕРА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН	50

Ткачук С.В., Nestor Becker, Панфилова А.Л. Сокуренок И. ИССЛЕДОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИОННЫХ ПОДХОДОВ В ПРОВЕДЕНИИ РЕГИСТРАЦИИ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ В СТРАНАХ ЕВРОПЕЙСКОГО СОЮЗА, СРЕДНЕЙ АЗИИ И В УКРАИНЕ	50
Ануарова А.М., Жакипбеков К.С. МАРКЕТИНГОВЫЙ АНАЛИЗ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО РЫНКА АНТИГИСТАМИННЫХ ПРЕПАРАТОВ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН	52
Аблаева Д.С Шертаева К.Д. НЕОБХОДИМОСТИ ВНЕДРЕНИЯ ДОЛЖНОСТИ HR-МЕНЕДЖЕРА В ФАРМАЦИЮ	53
Жайкбаева У. Э., Шертаева К.Д. РАЗРАБОТКА СОВРЕМЕННОЙ МОДЕЛИ РАЗВИТИЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОГО ПРЕДПРИЯТИЯ, КАК ОСНОВА ЭФФЕКТИВНОСТИ УПРАВЛЕНИЯ	54
Баркизатова Г.Р , Шертаева К.Д.ДУАЛДЫҚ ҚАҒИДАТТАР НЕГІЗІНДЕ ФАРМАЦЕВТИКАЛЫҚ БЕЙІНДЕГІ МАМАНДАРДЫ КӘСІБИ ҚАЛЫПТАСТЫРУДЫҢ ҒЫЛЫМИ-ӘДІСТЕМЕЛІК ТӘСІЛДЕРІ	55
Rahimova A. , Blinova O.V., Dzharkenbekova N.K. PROSPECTIVE DEVELOPMENT OF PHARMACEUTICAL TRADE IN KAZAKHSTAN.	56
Секция «ЭКОЛОГИЧЕСКИЕ ПРОБЛЕМЫ СОВРЕМЕННОГО ОБЩЕСТВА»	
Safronova M.Y., Kalinin S.I., Abedkovskaya I.Y. THE INFLUENCE OF VARIOUS ASPECTS OF LIVING IN A BIG CITY ON HEALTH	58
Леонов А.В., Нестерович М.И., Чайковская М.А. ОЦЕНКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ УДОБОЧИТАЕМОСТИ ЭЛЕКТРОННЫХ УСТРОЙСТВ ПО СТЕПЕНИ ИЗМЕНЕНИЯ КРИТИЧЕСКОЙ ЧАСТОТЫ СЛИЯНИЯ МЕЛЬКАНИЙ	60
Абдурахманова Қ.И., Турағалиев Х.А. «ЖАҢАӨЗЕН ҚАЛАСЫНДАҒЫ ҚАЛҚАНША БЕЗ АУРУЛАРДЫҢ НЕГІЗГІ СЕБЕПТЕРІ ЖӘНЕ АЛДЫН АЛУ»	61
Қалшабек Б.Н. ОРТАЛЫҚ АЗИЯ АЙМАҚТЫҚ ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ЫНТЫМАҚТАСТЫҒЫ МЕН ҮКІМЕТТІК ЕМЕС ЭКОЛОГИЯЛЫҚ ҰЙЫМДАРДЫҢ ҚЫЗМЕТІ	63
Кругликова А.В.,ПровалинскийА.В. НЕГАТИВНОЕ ВЛИЯНИЕ СРЕДСТВ МОБИЛЬНОЙ КОММУНИКАЦИИ НА ОРГАНИЗМ ЧЕЛОВЕКА	64
Холов Х.М. ПУТИ РЕШЕНИЯ ПРОБЛЕМ АРАЛА И ПРИАРАЛЬЯ.	66