

Національний фармацевтичний університет

Кафедра соціальної фармації



Міжнародна науково-практична  
інтернет-конференція

**«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ:  
СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»**

вул. Блюхера, 4, м. Харків, 61168, тел. (0572) 67-91-81  
e-mail: socpharm@ukr.net, socpharm.nuph.edu.ua

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ



**«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ:  
СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»**

МАТЕРІАЛИ

*міжнародної науково-практичної*

*інтернет-конференції*

(Харків, 17-20 березня 2014 року)

Харків

2014

УДК: 615.15:378.145/.147

Редакційна колегія: проф. Котвіцька А. А. (голова), доц. Суріков О. О.,  
доц. Кубарева І. В., доц. Волкова А. В., доц. Пузак Н. О.,  
доц. Чмихало Н. В., ас. Черкашина А. В.

*Реєстраційне посвідчення УкрІНТЕІ № 826 від 3 грудня 2013 р.*

**Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи:** міжн. наук.-практ. інтернет-конференції, 17-20 березня 2014 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ, 2014. – 488 с.

ISSN 2311-8849

Збірник містить матеріали міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи», в яких розглянуті питання: розвитку соціальної фармації, як наукового напрямку та навчальної дисципліни; взаємозв'язку дисциплін соціальна медицина та соціальна фармація; сферам взаємодії: людина – суспільство – ліки – фармацевтична допомога; соціально-ефективних механізмів забезпечення доступності фармацевтичної допомоги населенню (державна реєстрація, реімбурсація, ціноутворення); нормативно-правового регулювання обігу лікарських засобів та фармацевтичної діяльності; морально-етичних принципів фармацевтичної діяльності; соціальних аспектів управління підприємств фармацевтичної галузі, соціальних тенденції маркетингу у фармації та ін.

Матеріали подаються мовою оригіналу.

За достовірність матеріалів відповідальність несуть автори.

УДК: 615.15:378.145/.147

© А. А. Котвіцька, О. О. Суріков, І. В. Кубарева,  
А. В. Волкова, А. В. Черкашина, 2014

ISSN 2311-8849

© Національний фармацевтичний університет, 2014

# **ЗМІСТ**

<b>ЗМІСТ</b>	<b>3</b>
<b>I СТАТТІ КОНФЕРЕНЦІЇ</b>	<b>15</b>
REVIEW OF INEQUITIES IN PROVISION OF MEDICINES AND PHARMACEUTICAL CARE IN BULGARIA Naydenov T.G.	16
PATIENT / CUSTOMER SATISFACTION WITH PHARMACEUTICAL CARE IN COMMUNITY PHARMACIES Mináriková D., Malovecká I., Foltán V.	27
LEGISLATION FRAMEWORK (PHARMACY POLICIES) FOR PROVISION OF PHARMACEUTICAL CARE SERVICE IN BULGARIA Yordanova S., Petkova V.	40
MARKET ENTRY OF INNOVATIVE MEDICINES IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA Angelovska B., Ivanovska V., Drakalska E.	43
A STUDY OF TEACHING THE USE OF POLITENESS FORMULAS IN ENGLISH TO FUTURE PHARMACISTS Dudeva B.D.	55
PHARMACOECONOMIC OF TREATMENT OF FABRY DISEASE WITH AGALSIDASE ALFA Kamusheva M.S., Petrova G.I.	64
CHILDREN WITH DIABETES. THE TREATMENT AND EFFECT OF CONTINUOUS INSULIN INFUSION Petkova E., Petkova V., Dimitrova M., Petrova G., Konstantinova M.	73
10 ЛЕТ СОЦИАЛЬНОЙ ФАРМАЦИИ В МОЛДОВЕ Брумэрел М.Д., Сафта В. Н., Адаужи С.Б., Безверхни З.А.	76
НАВЧАННЯ ТА ТРУДОВА ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТІВ: МОЖЛИВОСТІ СУМІЩЕННЯ Котвіцька А.А., Суріков О.О., Кононенко О.В.	82
СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ Котвіцька А.А., Чмихало Н.В., Волкова А.В.	88

ІСТОРИЯ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ГЕРОНТОЛОГІЇ ТА ГЕРІАТРІЇ Котвіцька А.А., Пастухова О.А.	95
ІСТОРИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОГО ЗАКОНОДАВСТВА ЩОДО ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Котвіцька А.А., Волкова А.В.	104
НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО МОДЕЛЮВАННЯ ЕПІДЕМІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ Котвіцька А.А., Суріков О.О.	110
ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ Журавель М.А., Спичак И.В.	116
ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ И ОТБОРА ПЕРСОНАЛА В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ Спичак И.В., Журавель М.А.	123
МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНО- ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ Спичак И.В., Панкратова О.Г., Дерезлазова Ю.С., Мурашко Ю.И.	128
ОБОРОТ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ ВЕЩЕСТВ И ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НИМ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ Микаэлян М.Ф., Аджиенко В.Л., Хачатрян М.М.	139
АКТУАЛЬНІСТЬ ПОБУДОВИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВАХ СИСТЕМИ ІНТЕГРОВАНОЇ ЗВІТНОСТІ Братішко Ю.С., Посилкіна О.В.	145
ПОСТРОЕНИЕ ПРОГРАММЫ АДАПТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА В АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ Сушкова М.С., Шарахова Е.Ф.	156
ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОГИСТИКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ Воронов А.В., Андреева И.Н.	165

РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМОЙ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНЫХ СРЕДСТВ Захарова И.А., Сурнин С.Н., Приставка В.А.	174
ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ Дацко А.Й., Дацко О.І.	179
СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОЇ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ СТАЦІОНАРНИХ ТА АМБУЛАТОРНИХ ПАЦІЄНТІВ Кричковська А.М., Комар В.С., Стасевич М.В., Кушнір Н.В., Парашин Ж.Д., Лобур І.П., Соловійов О.С., Новіков В.П.	197
РЕАЛІЗАЦІЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ В АПТЕЦІ Попович В.П., Негода Т.С.	202
ІСТОРІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЛІКАРНЯНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ Ігнащук О.В.	209
ДО ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОБТЯЖЕНИМ АЛЕРГОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ Городнича О.Ю., Зіменковський А.Б.	219
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТТРАВМАТИЧНИХ ВІЙСЬКОВОВСЛУЖБОВЦІВ ІЗ ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ Шматенко О.П., Соломенний А.М.	225
ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЦИНІ Алексеева Т.І., Биховець К.В., Саєнко А.О.	235
ИССЛЕДОВАНИЕ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ТЕЛЕВИДЕНИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ ( НА ПРИМЕРЕ ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ) Заричная Т.П., Якимец Ю.В., Бушуева И.В.	240
МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ МУКОЛІТИЧНОЇ ДІЇ (НА ПРИКЛАДІ ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ) Зарічна Т.П., Фабрій О.Ю., Райкова Т.С.	245

МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯННОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ Яковлева О.С.	251
<b>II ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ (ЗА РУБРИКАМИ)</b>	259
<b>1. СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ, ЯК НАУКОВИЙ НАПРЯМОК ТА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА</b>	261
ДО ПИТАННЯ РОЗУМІННЯ СУТТІ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ Громовик Б.П., Унгурян Л.М.	262
СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ ЯК НЕВІД'ЄМНИЙ КОМПОНЕНТ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ Прокіп С.Є.	264
<b>2. СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ – ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИСЦИПЛІН</b>	267
ВАКЦИНАЛЬНИЙ ІММУНІТЕТ ПРОТИВ ДИФТЕРИЇ В ДИНАМИКЕ ТЕЧЕННЯ САХАРНОГО ДІАБЕТА 1 ТИПА Аполонина А.В., Багмут І.Ю.	268
НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА Березняков А.В.	272
СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ Березняков А.В., Медяник Н.С.	274
ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ КРАСНУХЕ У НАСЕЛЕНИЯ Г.АЛЕКСАНДРИИ ЗА 1999-2009 Г. Колесник Ю.С., Багмут І.Ю.	276
ВИВЧЕННЯ СТАВЛЕННЯ БАТЬКІВ ДО ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ Котвіцька А.А., Волошина М.М., Суріков О.О.	279
АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ДЕРМАТОМІКОЗІВ Котвіцька А.А., Костюк В.Г.	280
АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЕНДОМЕТРИОЗУ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ Піняжко О.Б., Заліська О.М.	283

РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦІЯ ГЕПАТИТА А И СОХРАНЕНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ДИФТЕРИИ Подорожная А.С., Багмут И.Ю.	286
ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ ІВАНО-ФРАНКІВЩИНИ ЗА 2013 РІК Федяк І.О., Максименко О.В.	289
РЕЗУЛЬТАТИ ОПРАЦЮВАННЯ ТЕОРЕТИЧНОГО ПІДГРУНТЯ ЕЛІМІНАЦІЇ КОРУ В УКРАЇНІ Федяк І.О., Іванюлик І.І.	291
<b>3. ЛЮДИНА – СУСПІЛЬСТВО – ЛІКИ – ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА – СФЕРИ ВЗАЄМОДІЇ</b>	295
THE KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF THE LITHUANIAN COMMUNITY PHARMACISTS TOWARD PHARMACOVIGILANCE AND PHARMACEUTICAL CARE Dauksiene J., Sepeliovaite G., Valaika G.	296
STUDY OF ANTIEXUDATIVE PROPERTIES OF COMBINED OINTMENT WITH DRY LICORICE EXTRACT Bereznyakov A.V.	299
ВЛИЯНИЕ НОВОЙ ГРУППЫ ОЛИГОЭФИРОВ НА ПРОДУКЦИЮ ЛЕЙКОТРИЕНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРЫС Багмут И.Ю., Клименко Н.А., Жуков В.И., Полищук Т.В.	300
ЛІКО-ПОВ'ЯЗАНІ ПРОБЛЕМИ В ПРОЦЕСІ ЕКСПЕРТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ Борецька О.Б., Зіменковський А.Б.	302
ЯКІСНИЙ НАБІР СТУДЕНТІВ ДО НФаУ – ЗАПОРУКА УСПІШНОГО РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ Живора Н.В., Котенко О.М., Погорелов С.В., Динник К.В., Кулакова О.М., Віслоус О.А., Рядних О.К., Гладченко О.М.	304
ПЕРСОНАЛІЗАЦІЯ МЕДИЦИНИ В УКРАЇНІ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ Кобец М.Н., Филипцова О.В.	307
НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ХІМІЇ В ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ Кучеренко Л.І., Портна О.О., Моряк З.Б., Хромильова О. В.	308



ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ФАРМАЦЕВТИЧНИХ АСПЕКТІВ ПРИ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДАХ ВАГІТНИХ Максимович Н.М., Заліська О.М., Яцкова Г.Ю.	310
ВАГІТНІСТЬ ТА ЛІКИ: ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ Макух Х.І., Зіменковський А.Б.	312
МЕДИКАМЕНТОЗНИЙ (ЛІКОВИЙ) КОМПЛАЄНС ПАЦІЄНТА ЯК КРИТЕРІЙ ОЦІНКИ НАДАНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ Настюха Ю.С., Зіменковський А.Б.	315
КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ДІТЯМ НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ В ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ Ольхова І.В., Трохимчук В.В.	317
ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ- ПРОБІОТИКІВ Чухрай І.Л., Ярчук О.О.	318
<b>4. СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ (ДЕРЖАВНА РЕЄСТРАЦІЯ, РЕІМБУРСАЦІЯ, ЦІНОУТВОРЕННЯ)</b>	321
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВИГОТОВЛЕННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКІВ ДЛЯ ДІТЕЙ Качерай Ю.В., Заліська О.М.	322
ПЕРСПЕКТИВА ВИКОРИСТАННЯ ЛИСТЯ ЧОРНИЦІ ЗВИЧАЙНОЇ ДЛЯ СТВОРЕННЯ СОЦІАЛЬНО ДОСТУПНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ Количев І.О., Краснікова Т.О., Кошовий О.М.	323
СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ Прилипко Н.А.	325
ДОКАЗОВО-ОБҐРУНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ Ривак Т.Б., Зіменковський А.Б.	326

<b>5. НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</b>	<b>329</b>
ІНДИВІДУАЛІЗОВАНІ ПЛАНИ ФАРМАЦЕТИВНОЇ ОПІКИ У ФАХОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА Заяць М.М., Борецька О.Б., Зіменковський А.Б., Гусевик Р.С.	330
АНАЛІЗ ДИНАМІКИ РЕАЛІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ВКЛЮЧЕНИХ У ПІЛОТНИЙ ПРОЕКТ Корнієнко О.М., Островська Я.В.	333
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРАВОВИХ АСПЕКТІВ ПЛАНОВОЇ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ Котвіцька А.А., Кубарева І.В., Кононенко О.В.	336
НОРМАТИВНО ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ І ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ Пазюк Д.-М. В.	337
ОБҐРУНТУВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ АКТУАЛЬНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ НАЛЕЖНОЇ АПТЕЧНОЇ ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ Панфілова Г.Л.	340
ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД УТИЛІЗАЦІЇ ТА ЗНИЩЕННЯ НЕПРИДАТНИХ ДО МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Пузанова І.П.	342
ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ПРОФЕСІЙНИХ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ФАРМАЦІЇ Хоменко В.М., Сушарина І.В.	343
<b>6. СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ</b>	<b>347</b>
О НЕОБХОДИМОСТІ ОРГАНІЗАЦІЇ СИСТЕМИ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В АПТЕКАХ ТЮМЕНСКОГО РЕГІОНА Викулова К.А., Кныш О.И.	348
ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ПРИ ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Демченко В.О., Дондік Н.Я.	351

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ СНД Кайдалова А.В., Посилкіна О.В.	354
ВИВЧЕННЯ НЕВРЕГУЛЬОВАНИХ ПИТАНЬ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ Котвіцька А.А., Черкашина А.В.	357
АНАЛІЗ СУЧАСНОЇ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ЛОГІСТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ Сагайдак-Нікітюк Р.В., Вовк А.Ю.	360
НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗАХИСТУ ІНТЕГРОВАНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ЛОГІСТИЧНИХ ЛАНЦЮГІВ ВІД ПОТРАПЛЯННЯ ФАЛЬСИФІКОВАНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ Хромих А.Г., Посилкіна О.В.	363
<b>7. МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</b>	367
ІНСТРУМЕНТИ В РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОФЕСІЙНИХ ТА ЕТИЧНИХ ЗАВДАНЬ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ Ліщишина О.М., Шилкіна О.О.	368
<b>8. СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ</b>	371
РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ПРОВЕДЕННЯ МАРКЕТИНГОВОГО АУДИТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ Викулова К.А., Кныш О.И.	372
ОЦІНКА МОТИВАЦІЙНИХ ФАКТОРІВ У РОБОТІ МЕДИЧНИХ (ФАРМАЦЕВТИЧНИХ) ПРЕДСТАВНИКІВ Жадько С.В., Бабічева Г.С., Фартушна С.Г.	375
ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ У СЕГМЕНТІ ЛЗ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДЦП В УКРАЇНІ ТА РОСІЙСЬКІЙ ФЕДЕРАЦІЇ Котвіцька А.А., Кубарева І.В., Ігнатенко М.А.	378
ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ФАМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ НЕЙРОПРОТЕКТОРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ Котвіцька А.А., Лобова І.О.	380
СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ РЕКЛАМНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ Лотоцька Л.Б., Блавацька О.Б.	383

<b>9. ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ</b>	387
АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ ДІТЕЙ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ Беляєва О.І.	388
ЗАГАЛЬНА ВАРТІСТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ Вадзюк Ю.С.	389
АВС/ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ Герасимова О.О., Кузнецов І.Е., Рабоча А.А.	390
СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВИТРАТ НА ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ Заліська О.М., Штейн Т.Ю., Горбачевська Х.-О.Я.	392
СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ТА ДОКАЗОВА БАЗА ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Левицька О.Р.	394
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАТИЛЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА Литвинова Е.В., Посылкина О.В.	395
АНАЛІЗ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ФІКСОВАНИХ КОМБІНАЦІЙ Міщенко О.Я., Адонкіна В.Ю., Налевіна О.І.	398
КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ТЕНДЕРНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ АНТИРЕТРОВІРУСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ Немченко А.С., Гнатюк О.О., Корж Ю.В.	400
РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ХВОРИМ НА РАК ШЛУНКУ ТА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ В СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ Немченко А.С., Жаркова С.О.	402
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРТОСТІ СХЕМ ХІМІОТЕРАПІЇ НА РАК ЛЕГЕНІВ Немченко А.С., Фурса Л.І.	404

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРОРАЛЬНИХ ГІПОГЛІКЕМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ Тригубчак О.В.	407
ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ХОЛЕЛІТІАЗ Трохимчук В.В., Кирпач О.В.	409
АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ» АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ Яковлева Л.В., Бондаренко Д.В.	410
АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ФОРМУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ Яковлева Л.В., Думенко Т.М., Рибка А.В.	413
АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИНСУЛИНА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ Яковлева Л.В., Кириченко О.Н.	415
АВС/VEN/ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ПРОДАЖІВ ГЕПАТОТРОПНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ В АПТЕКАХ МІСТА ХАРКОВА Яковлева Л.В., Ткачова О.В., Тарасов А.С.	417
<b>10. НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНЯНИХ КАС</b>	421
РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО ДІЯЛЬНОСТІ «ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ» Грищук С.М.	422
<b>11. СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ</b>	425
СОЦІАЛЬНО-ЕКОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ВПРОВАДЖЕННЯ ІНВЕСТИЦІЙНИХ ПРОЕКТІВ В ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ Лейба К.С., Деренська Я.М.	426
СОЦІАЛЬНО-ВІДПОВІДАЛЬНІ АСПЕКТИ МАРКЕТИНГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СКЛАДІ PR-СТРАТЕГІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ Ольховська А.Б.	428
СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ЯК СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ Ткаченко Н.О.	431

ПОСИЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ В ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ Толочко В.М., Зарічкова М.В.	433
<b>12. ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ</b>	<b>437</b>
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ І ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ І ФАРМАКОЕКОНОМІКИ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ПРОВІЗОРІВ Заліська О.М., Парновський Б.Л., Слабий М.В., Яцкова Г.Ю.	438
ПРОФЕСОР НЕЛЮБІН О.П. - ЗАСНОВНИК ВІТЧИЗНЯНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ФАРМАЦІЇ Котвицька А.А., Горбаньов В.В.	440
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ФАРМАЦІЇ НА ПІВДНІ УКРАЇНИ Прилипко Н.А., Унгурян Л.М.	443
ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ АПАРАТНОЇ КОСМЕТОЛОГІЇ Ткаченко Н.О., Авакян К.А.	445
<b>13. ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ</b>	<b>447</b>
СУЧАСНІ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ РЕЗЕРВНИХ ТОВАРНИХ ЗАПАСІВ ЗА УМОВ ВИНИКНЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ Винник О.В.	448
ДО ПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ, ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН, ПРЕКУРСОРІВ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ТА ІНШИХ СУБ'ЄКТІВ СИЛ СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ ТА ОБОРОНИ ДЕРЖАВИ Шматенко О.П., Притула Р.Л., Юрчак Й.М., Белозьорова О.В.	451
<b>14. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</b>	<b>455</b>
СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ І ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ Блавацька О.Б., Лотоцька Л.Б.	456
ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ЖІНОК ДО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ Горіна Д.А., Рогуля О.Ю.	458

РОЛЬ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ В УПРАВЛІНСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕКИ Котвіцька А.А., Пузак О.А., Пузак Н.О.	461
ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЯКОСТЕЙ ХАРАКТЕРУ СУЧАСНОГО ПРОВІЗОРА Ткаченко Н.О., Червонеко Н.М.	463
<b>15. ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ – СУЧАСНИЙ СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ</b>	467
PHARMACIST COMMUNICATION DURING CONSULTATION AT LITHUANIAN COMMUNITY PHARMACIES Dauksiene J.	468
ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІЛОТНИХ ПРОЕКТІВ ІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ПРОТИДІАБЕТИЧНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ Бойко А.І., Парновський Б.Л.	470
ІНСТИТУЦІЙНИЙ РЕПОЗИТАРІЙ - НОВІ МОЖЛИВОСТІ В ІНФОРМАЦІЙНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ НАУКИ ТА ОСВІТИ Котвіцька А.А., Гавриш Н.Б.	473
ІНФОРМАТИЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ПРОБЛЕМИ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРО ЛІКУВАННЯ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНТЕРНЕТ РЕСУРСУ Рев'яцький І.Ю.	475
ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЛЕЙКОЗИ В УКРАЇНІ Цурікова О. В., Панфілова Г.Л., Зайцева Ю.Л.	477
ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ТА ІНФОРМАЦІЙНИЙ ПРОСТІР INTERNET Шумейко М.В., Шумейко О.В.	479
АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК	483

# **СТАТТИ КОНФЕРЕНЦІЇ**



# REVIEW OF INEQUITIES IN PROVISION OF MEDICINES AND PHARMACEUTICAL CARE IN BULGARIA

*Naydenov T.G.*

**Summary.** This article reviews provision of medicines and pharmaceutical care in Bulgaria. Analysis of public available data bases from the National Statistical Institute, Register of pharmacists (Bulgarian Pharmaceutical Union), Register of pharmacies (Bulgarian Drug Agency), Register of pharmacies contracted agreements with NHIF (National Health Insurance Fund) accessed 17.02.2014 has shown that pharmacists and pharmacies in Bulgaria are spread uneven and are concentrated mostly in urban territories. Fifty four point eighty percent (54,80 %) of all pharmacists work in four districts – Sofia capital (32,21%), Plovdiv (9,96%), Varna (6,58%) and Burgas (6,05%). The patients in certain areas do not have access to pharmacies, especially to those which are selling reimbursable drugs. About a half of the pharmacies in Bulgaria do not have a contract with NHIF even for main group of reimbursement products. The patients do not have access to insulin in approximately 20 % of all Bulgarian municipalities and to supporting hormone therapy in 24 % of the latter.

**Keywords:** pharmacy, pharmacist, rural area

**Introduction:** Delivery of medical, nursing, and other health-related services in remote and rural areas is challenging.

There are inequities in health system performance between rural and urban areas. Although varying greatly from country to country, rural-urban differences may be seen in areas including, but not limited to, the following:

- presence of qualified health care workers;
- distance to major hospitals;
- access to specialized services;
- access to health promotion and prevention activities;
- availability of pharmacies and essential medicines;

- financial barriers to health services, as incomes and the number of insured people can be lower in rural areas and additional costs are presented (such as travel and lodging costs associated with seeking care for oneself or a family member);
- effectiveness of emergency care services;
- quality of the infrastructure, including equipment conditions in hospitals; and
- demands on health workers.

There are an ongoing discussion on importance and problems according provision on pharmaceutical care and medicines in the rural region all over the world. In USA and Canada retail pharmacies provide essential services, optimal pharmacotherapy, manage patients with chronic conditions and improve the delivery of care rural areas.

Todd et al.(2013) note that losing the only retail pharmacy may affect access to prescription and over-the-counter drugs and, in some cases, leave the community without proximate access to any clinical provider.

Recently, however, access to pharmacy services in rural areas in USA has begun to receive more attention, as a result of increased utilization of prescription medications, the rising costs of drugs, and pharmacy closures and pharmacist shortages in some rural areas.

There is evidence from some European countries - Romania, Georgia, Armenia, Estonia, that pharmacies, essential medicines and specialized services can be more difficult to access in rural areas.

The maldistribution of health workers between urban and rural or remote areas is a concern in virtually all countries.

Moreover the low availability of pharmacists in many developing countries is exacerbated by geographical distribution disparity between the rural and urban areas.

Medicines in Bulgaria are provided to patients in four main ways: direct state provision of free drugs for defined categories of patients and diseases; supply of in-patient medicines by hospitals; reimbursement, in whole or in part, of out-patient

prescription drugs by the NHIF(National Health Insurance Fund); and private sales, whether of formally registered or grey-market pharmaceuticals.

Inequalities in obtaining medicines and pharmaceutical care in Bulgaria widely is discussed topic.

There is no commonly accepted definition of rural areas in Bulgaria. According Territorial Administration of the Republic of Bulgaria Act Territorial administration units are the regions and the municipalities. And composite territorial administration units in the municipalities are the mayoralties and quarters. Territorial units are the settlements and the settlement formations. As a settlement is a historically and functionally differentiated territory, defined by a permanently residing population, development limits or land-use area and development limits and the required social and engineering infrastructure. Settlements are specified as towns and villages.

In Bulgaria there are 264 municipalities, 28 districts and 6 statistical regions.

CEET(2008) notes that for implementation of the SAPARD programme, the National Agriculture and Rural Development Plan 2000-2006 adopted a “working definition” of rural areas which defined rural areas as “municipalities in which no settlement has a population over 30 000 people and the population density is below 150 people per km<sup>2</sup>”. And Rural Development Programme 2007-2013 modified slightly definition -“municipalities in which no settlement has a population over 30 000 people”.

According to Patarchanova et al. which evaluated the approaches, the methods and the corresponding classifications of the rural region, it is impossible to specify an universal and absolutely objective criterion for the classification of an administrative unit such as the rural area. Each method requires a choice of thresholds that is subjective to a certain degree. A good method should be flexible, so that a potential user can easily apply thresholds for the user’s specific needs. The concept of “rural area” is connected also with several socioeconomic aspects, such as structure of the employment, population age structure.

However according to OECD (2000) village-town division gives little insight into the degree of urbanization and planning development of rural areas, We use legal classification of territorial administration units for purpose of this study.

The aim of this study is to explore the trends of concentration of pharmacists and pharmacies in urban region of Bulgaria.

**Materials and Methods:** Analysis of public available data bases from the National Statistical Institute, Register of pharmacists (Bulgarian Pharmaceutical Union - BPhU), Register of pharmacies (Bulgarian Drug Agency - BDA), Register of pharmacies contracted agreements with NHIF (National Health Insurance Fund) accessed 17.02.2014.

### **Result and Discussion:**

#### **Pharmacist**

The total population in Bulgaria was last recorded at 31.12.2012 as 7 284 552. As 51,30% are female and 48,70 male.

The number of pharmacists registered by Bulgarian Pharmaceutical Union is 5563, of which 82% are female and 18% male. About a 90 % of all registered pharmacists are working in the community pharmacy sector.

About a one third of all pharmacists are practicing in Sofia. Fifty four point eighty percent (54,80%) of all pharmacists are working in four districts – Sofia (32,21%), Plovdiv (9,96%), Varna (6,58%) and Burgas (6,05%). Table 1

The census in 2011 has shown 17, 5% of the Bulgarian population was registered in Sofia, 9,3% in Plovdiv, 6,5% in Varna and 5,6% in Burgas.

Table 1 - Pharmacists in the districts of Bulgaria

District	% of registered pharmacists	District	% of registered pharmacists
Blagoevgrad	2.49%	Pleven	2.49%
Burgas	6.05%	Plovdiv	9.96%
Varna	6.58%	Razgrad	0.89%
Veliko Tarnovo	2.67%	Ruse	3.20%
Vidin	1.07%	Silistra	0.89%
Vratsa	2.31%	Sliven	1.60%
Gabrovo	1.42%	Smolyan	1.78%

Dobrich	1.78%	Sofia distr.	3.02%
Kardzhali	1.07%	Sofia cap.	32.21%
Kyustendil	1.78%	Stara Zagora	3.56%
Lovech	1.25%	Targovishte	1.07%
Montana	1.42%	Haskovo	2.49%
Pazardzhik	2.49%	Shumen	1.78%
Pernik	1.78%	Yambol	0.89%

Source: Bulgarian Pharmaceutical Union, [www.bphu.eu](http://www.bphu.eu)

Last year more than 350 new pharmacists graduated from the two Pharmaceutical Faculties located in Sofia and Plovdiv, which are both publicly funded. There is a trend of increasing of the number of pharmacist qualified in other countries. In Bulgaria, the number of newly graduated pharmacists is expected to increase in the future with the establishment of the two new Faculties of Pharmacy at the University of Sofia and in the Medical University of Varna. Therefore there is a risk of overproduction of new pharmacists.

### **Pharmacies**

Pharmaceuticals in Bulgaria are distributed to the public through hospital pharmacies, community pharmacies, drug stores and registered internet pharmacies. The e-commerce of pharmaceuticals is legal only for OTC products. Hospital pharmacies only provide pharmaceuticals for hospital use. In specific conditions doctors are also allowed to distribute pharmaceuticals.

The Bulgarian Drug Agency is responsible for issuing the certificates for registration of the pharmacies. Therefore we analyzed the BDA Register of pharmacies and found the following results.

The total number of licensed pharmacies is 4183, of which 195 are hospital pharmacies and 3988 community pharmacies. 43 pharmacies are owned by State/Publicly-owned chains.

The pharmacies are unequal spread across Bulgaria and the majority appears to be concentrated in the bigger cities of the country.

2556 community pharmacies (64.09 % of all community pharmacies) are established in cities, which are administrative center of the districts.

There are seven towns in Bulgaria, with a population above 100,000 habitants and 34 % of the country population lives there. Our study found out that in those

seven towns are established approximately 47 % of the community pharmacies in Bulgaria. As 1100 (27,58 %) community pharmacies are located in the capital city and 230 in Plovdiv, 186 in Varna, 126 in Burgas, 92 in Ruse, 81 in Stara Zagora and 64 in Pleven.

In same time only 451 or 11,31 % of all community pharmacies are established in village.

In fact according to National Statistical Institute there are 5 021 villages in Bulgaria, as in 21.4% of all settlements the population number is between 1 and 49 persons. But in villages live 27.1% of the total country population.

Moreover we found that in some villages are established two or more pharmacies. For example in Ravda there are four pharmacies. The reason for this might be found in the fact that Ravda is a village situated on the Black sea coast and is visited by thousands of tourists each year.

Such concentration of pharmacies was observed in the Sunny Beach Resort where currently are established 40 pharmacies. For comparison in the towns - administrative center of the half of the 28 Bulgarian districts are established less pharmacies.

We found out that on the site of the Bulgarian Drug Agency there are 18 registered Internet retailers (both pharmacies and drug stores).

These data demonstrate that pharmacies are concentrated mainly in commercially more attractive areas.

This structure has been formed as a result of 24 years period of transition of the Bulgarian society and economy. It is significantly influenced by the processes of de-monopolization followed by the liberalization of the criteria for establishment and ownership of the pharmacies.

Until 1990, the production and distribution of pharmaceuticals was highly centralized and under the remit of the State-owned Pharmaceutical Company, which covered all functions related to the pharmaceutical sector. The State-owned Pharmaceutical Company was also in charge of a network of pharmacies and sanitary supply shops, specialist warehouses and depots, importers and distributors of medicinal drugs and sanitary suppliers.

A decentralization policies allow private health care services; medical associations were re-established; and responsibility for many health care services was devolved to the municipalities. Far more radical reforms were initiated toward the end of the 1990s, involving the introduction of a system of social health insurance, development of primary health care based on a model of general practice, and rationalization of the health care delivery network.

According to law in a present moment a natural or legal person registered as trader under the Bulgarian legislation or under the legislation of a Member State, who has signed a labour contract or a contract for management of a pharmacy with a master of pharmacy, and in the cases provided under the law - with an assistant pharmacist, shall be entitled to retail medicinal products, whereby one person may open not more than 4 pharmacies on the territory of the Republic of Bulgaria.

This regulation replaces the requirement only master pharmacists have the right to open one pharmacy and de facto permits unlimited horizontal integration of pharmacies.

The process of liberalization with combination of an absence of establishment rules leads to more pharmacies, but the new openings take place, for the most part, in attractive places, mainly city centers.

Such situation may have negative impact both for the economic viability of the pharmacies and for the public health. With the focus on uncontrolled urban clustering, sparsely populated rural areas may be neglected.

### **Pharmacies contracted agreements with National Health Insurance Fund (NHIF)**

The National Health Insurance Fund administers the health insurance system in Bulgaria and is carried out by its territorial divisions – the 28 Regional Health Insurance Funds. NHIF-provided social insurance plays the lead role in financing of healthcare provision – including pharmaceuticals.

The availability of state provided healthcare varies in Bulgaria. Although bigger cities and towns provide access to clinics, doctors and hospitals, provision in the more rural areas is restricted.

According to OECD (2014) The National Health Insurance Fund is paying for 35-50% of the drugs (as volume of sales), making the reimbursement market significant factor for all distribution levels. However retail trade with reimbursable drugs is not very attractive for significant part of pharmacies and the patients, especially in small cities and villages and distant and mountain areas do not have direct and easy access to pharmacies, selling reimbursable drugs.

Previous study (BPHU 2012) has shown that about half of pharmacies had contractual relations with a health insurance fund. Thirty nine (39) Bulgarian municipalities did not have a pharmacy, which possesses with permission to sell drugs that are included in the compensation scheme of NHIF.

We found an increase of the number of pharmacies that were in contract agreement with the NHIF. Compared to 2012 when those pharmacies were 2076, in the middle of 2013 they were already 2153 and in February 2014 - 2180.

In the same time we observed an increase of the number of municipalities, which do not, possessed with a pharmacy contracted with NHIF. In the middle of 2013 the population of 44 Bulgarian municipalities has not access to pharmacies, selling reimbursable drugs.

Table 2 - Pharmacies with contracts with NHIF in the districts of Bulgaria

District	Number of settled with contracted pharmacies	Number of settled without contracted pharmacies	Number of municipalities with contracted pharmacies	Number of municipalities without contracted pharmacies	Number of contracted pharmacies in the administrative center	Number of contracted pharmacies in the other towns	Number of contracted pharmacies in the vilages
Blagoevgrad	25	253	13	1	22	39	15
Burgas	21	233	12	1	85	37	6
Varna	18	141	12	0	114	16	8
Veliko Tarnovo	15	321	9	1	28	27	4
Vidin	6	136	4	7	24	3	2
Vratsa	13	110	9	1	30	20	5
Gabrovo	5	351	4	0	25	16	0
Dobrich	7	208	6	2	23	8	0
Kardzhali	6	464	6	1	17	9	2
Kyustendil	6	176	6	3	17	24	0
Lovech	11	117	7	1	11	16	4
Montana	8	122	8	3	13	14	2
Pazardzhik	22	95	11	0	48	35	10
Pernik	7	164	4	2	30	5	2
Pleven	21	102	11	0	45	23	7



Plovdiv	48	167	17	1	147	60	42
Razgrad	8	95	7	0	16	9	2
Ruse	5	78	4	5	60	4	1
Silistra	6	112	5	2	14	6	1
Sliven	7	104	4	0	35	12	1
Smolyan	12	230	10	2	11	11	4
Sofia cap.	7	31	-	-	502	0	5
Sofia distr.	31	252	19	3	0	62	14
Stara Zagora	14	192	9	2	52	28	7
Targovishte	6	190	5	1	13	10	1
Haskovo	11	250	9	2	22	30	2
Shumen	8	143	8	2	29	9	2
Yambol	5	104	4	1	28	8	2

Source: National Health Insurance Fund, [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg)

Analysis of the Register of pharmacies with contracted agreements with NHIF accessed by 17.02.2014 has shown that the number of the Bulgarian municipalities without contracted pharmacies was 39.

Vidin and Ruse were the districts with the highest number of municipalities without contracted pharmacies. In Vidin district in only 4 from 11 municipalities there were pharmacies possessing a contract with NHIF.

Medicines covered by national reimbursement scheme are divided in different groups. Pharmacies contracted with NHIF assume an obligation to sale the main group of medicines.

Signing contracts with NHIF/RHIF for either dispensing of medicines, medical devices or dietary foods for special medical purposes for home treatment allows pharmacies to choose to sell a certain groups of products. A significant number of pharmacies do not provide the full range of pharmaceutical services covered by NHIF. Therefore, the number of municipalities without pharmacy which is selling specific group of medicines is higher.

The patients do not have access to insulin in approximately 20 % of all Bulgarian municipalities, in 24% to supporting hormone therapy and in 34 % to medicines for rare diseases.

One of the main reasons leading to this situation is the absence of economic stimulus for pharmacies. Generally those products are 100% reimbursable and pharmacies are paid only 2 BGR (~1 Euro) per prescription from NHIF for the sale of those drugs. Each prescription for could contain up to three different medicines.

**Conclusion:** There are inequities in provision on pharmaceutical care and medicines in the rural region all over the world.

Pharmacists and pharmacies are uneven spread in Bulgaria and are concentrated in urban territories. This concentration is clearly noticeable in capital and towns - administrative centers of districts where the pharmacy network is overdeveloped.

Patients in small cities, villages and distant and mountain areas, do not have direct and easy access to pharmacies, especially selling reimbursable drugs.

About a half of pharmacies in Bulgaria do not have a contract with NHIF even for the main group of reimbursement products.

The patients do not have access to insulin in approximately 20 % of all Bulgarian municipalities and in 24% to supporting hormone therapy. For the past 24 years, there was not a governmental policy in order to develop provision of pharmaceutical care in the rural regions of Bulgaria.

At the present moment, the government is discussing the problem with Bulgarian Pharmaceutical Union and National Association of municipalities and other stakeholders.

Key policy issues that will affect future access to pharmacy services in rural areas include pharmacy staffing and relief coverage; financial viability of the pharmacies; NHIF policy of subsidizing the activities related to the provision of pharmaceutical care, government policies relating to the regulation of the pharmacies and the pharmacists.

The government and the stakeholders should outline as soon as possible a set of measures to ensure the most effective and equal pharmaceutical care in all regions, in order to fill the public expectations.

## **LITERATURE**

1. Godden DJ., Rural health care in the U.K.: a rapidly changing scene, J Agric Saf Health. 2005 May;11(2):205-10
2. Rural poverty and health systems in the WHO European Region. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2010, ISBN 978 92 890 0219 6

3. The translator The role of pharmacists in rural practice Spring 2012, Volume 6, Issue 2
4. Todd K., Ullrich F., Mueller K., Rural Pharmacy Closures: Implications for Rural Communities, January 2013 [www.public-health.uiowa.edu/rupri](http://www.public-health.uiowa.edu/rupri)
5. Casey M., Klingner J., Moscovice I., Access to Rural Pharmacy Services
6. In Minnesota, North Dakota, and South Dakota, University of Minnesota, July 2001, Working Paper #36
7. Buchan J., Couper I., Tangcharoensathien V., Thepannya K., Jaskiewicz W., Perfilievaf G., Doleag C., Early implementation of WHO recommendations for the retention of health workers in remote and rural areas, Bull World Health Organ 2013;91:834–8
8. Global Pharmacy Workforce and Migration Report, Part 1: Workforce description 11-16, International Pharmaceutical Federation (FIP) 2006, [www.fip.org](http://www.fip.org).
9. Meagher P., Azfar O., Rutherford D., Governance in bulgaria’s pharmaceutical system, IRIS Center, University of Maryland, August 2005
10. <http://www.monitor.bg/article?id=419523>
11. <http://www.segabg.com/article.php?id=685717>
12. <http://www.bia-bg.com/news/15995>
13. Territorial Administration of the Republic of Bulgaria Act, Promulgated, SG No. 63/14.07.1995, last amended, SG 66/ 26.7.2013
14. Redman M, Mikk M, CEET (Centre for Ecological Engineering, Tartu, Estonia), Country profile on rural characteristics Bulgaria, 2008
15. Patarchanova E., Kastreva P., Kuleva G., Classifications of the Rural Areas in Bulgaria, Journal of Settlements and Spatial Planning, , Special Issue, vol. 1 (2012) 103-108
16. OECD, Review of Agricultural Policies: Bulgaria. Organisation for Economic Cooperation and Development, 2000, Paris
17. <http://www.nsi.bg/>
18. [www.bphu.eu](http://www.bphu.eu)
19. [www.bda.bg](http://www.bda.bg)
20. Georgieva L, Salchev P, Dimitrova S, Dimova A, Avdeeva O. Bulgaria: Health system review. Health Systems in Transition, 2007; 9(1): 1–156
21. Koulaksazov, S. et al. in Tragakes, E. (ed.) Health care systems in transition: Bulgaria. Copenhagen, European Observatory on Health Care Systems, 5(2) (2003)
22. Medicinal Products in Human Medicine Act, Promulgated, State Gazette No. 31/13.04.2007, effective 13.04.2007, last amended, SG No. 1/03.01.2014
23. Sabine Vogler S., Arts D., Habl C., Community pharmacy in Europe - Lessons from deregulation, Austrian Health Institute (ÖBIG)Vienna, February 2006
24. <http://www.nhs.uk/NHSEngland/Healthcareabroad/countryguide/Pages/healthcareinBulgaria.aspx>.

26. <http://www.oecd.org/competition/competition-distribution-pharmaceuticals.htm>  
27. [www.nhif.bg](http://www.nhif.bg)

**PATIENT / CUSTOMER SATISFACTION WITH PHARMACEUTICAL  
CARE IN COMMUNITY PHARMACIES**

*Mináriková D., Malovecká I., Foltán V.*

*Comenius University in Bratislava,*

*Bratislava, Slovak republic*

**Summary.** The work is a pilot study at the local level that deals with the evaluation of patient / customer satisfaction with pharmaceutical care provided in community pharmacies. Expectations and opinions of patients are also confronted with the assumptions of pharmacists. Up to 82.0% of patients confirmed their satisfaction with the care given to them by the pharmacist. A key factor of patient satisfaction has proved particularly professional and human approach of pharmacist. 73.6% of patients in the survey accepted pharmacist as an expert on medicines. Pharmacist self-evaluation was more negative. Monitoring and evaluation of patient / customer satisfactory with pharmaceutical care is not only essential for improvement the quality of the health system and the implementation of pharmaceutical care focussed on the patient, but it may influence the economic and financial position of entities providing pharmaceutical care in community pharmacies.

**Keywords:** pharmaceutical care, patient / customer satisfaction, community pharmacy, pharmacist.

## INTRODUCTION

Pharmaceutical care in Slovakia is legislative defined as one of the forms of provided health care, and is explained as a set of work activities performed by health care workers, and includes the provision of medicines, medical devices and dietary foods in order to prolong life of an individual, raise the quality of his/her life and healthy development of the future generations (1). It is provided under permission in health facilities of pharmaceutical care, such as community pharmacy, a branch of community pharmacy, a hospital pharmacy, a dispensary of medical devices (2). The content of pharmaceutical care is defined by law. It includes quality assurance, storage, preparation, control and supply of medicines, medical devices and dietary foods including internet dispensing and also involves providing professional information and supervision of medicines and medical devices. In 2006 the new concept of health care in Slovakia came in the field of community pharmacy and clinical pharmacy (3). The attention of both concepts is focused on clinical pharmacy activities in Slovakia according to European and global orientation, in the meaning of „pharmaceutical care (4-6). The pharmaceutical care slightly deviates from orientation on the traditional dispensing and sale of medicines. It begins to concentrate on the patient, although there are various barriers that hamper to implement it in Slovakia, similarly as in other countries (7-8).

Slovakia is an independent country and a member of the European Union with a total population of around 5 415 459 inhabitants and 1711 community pharmacies. The pharmacy to population ratio in Slovakia is approximately 1:2915. The entities providing pharmaceutical care in Slovakia are regulated by legal norms, allowing them to choose the legal form of business - either sole proprietorships or partnerships (9).

The success and survival of entities in the market environment depends on many factors. Entities are providing pharmaceutical care business in strict and restrictive legislative and economic environment. This creates an increasingly important space to „fight for customers." The current offer of pharmaceutical care in community pharmacies exceeds demand, the customer has a choice, and customer's

satisfaction begins to play an important role in pharmaceutical care. It should be taken into account that patient / customer satisfaction with the community pharmacy is subjective and reflects the care provided, as well as his preferences and expectations (11). Studies have shown that the patient is more satisfied if the aim of pharmaceutical care is focused on a patient. That results in improvement of patients' compliance and the quality of life is rising (12-14). We believe that patient / customer satisfaction can significantly contribute and influence the economic and financial situation of the community pharmacies.

The evaluation of care provided in community pharmacies in relation to the satisfaction of patients / customers in Slovakia are rare. The work has the character of a pilot study carried out at the local level to monitor patient / customer satisfaction in community pharmacy with the provided pharmaceutical care. The same objective was the confrontation with the views of pharmacists.

## **EXPERIMENTAL PART**

### **MATERIALS AND METHODS**

Patient / customer satisfaction was monitored by voluntary anonymous questionnaire survey in community pharmacies in Slovak town Ružomberok in the time span from November to December 2012. In this period there were 13 community pharmacies where worked 32 pharmacists. The survey was conducted in two parallel lines – patients' / customers' line and pharmacists' line. The questionnaire was designed by the authors of this publication and relies on published work (15-16). The content of the questionnaire was identical for both lines for the purpose of comparing. The results were processed by Microsoft Windows and Excel.

## **RESULTS**

The socio-demographic profile of respondents is shown in Table 1 (patients / customers) and Table 2 (pharmacists). In the community pharmacies there were 134 patients randomly surveyed. The total number of fully completed questionnaires was 129; five questionnaires were incomplete and therefore not included in the final

analysis. The respondents were from all 13 pharmacies in Ružomberok, the survey involved a total of 20 pharmacists (62.5%) and all questionnaires were further evaluated.

*Table 1: The demographic profile of respondents – patients / customers (n = 129)*

<b>Gender</b>		<b>Together (%)</b>	<b>Women</b>	<b>Men</b>
	<b>Women</b>	86 (66.6%)		
	<b>Men</b>	43 (33.4%)		
<b>Age (years)</b>	<b>≤ 35</b>	48 (37.2%)	29	19
	<b>36 – 55</b>	53 (41.1%)	40	13
	<b>&gt; 55</b>	28 (21.7%)	17	11
<b>Education</b>	<b>Basic</b>	12 (9.3%)	9	3
	<b>Secondary education</b>	71 (55.0%)	46	25
	<b>Higher education</b>	46 (35.7%)	31	15
<b>Taking medication</b>	<b>Regular, long-term</b>	49 (38.0%)	33	16
	<b>Occasionally</b>	29 (22.5%)	22	7
	<b>Rarely</b>	51 (39.5%)	31	20
<b>Number of attending pharmacies</b>	<b>1</b>	25 (19.4%)	19	6
	<b>2 – 3</b>	46 (35.7%)	33	13
	<b>&gt; 3</b>	58 (44.9%)	34	24

*Table 2: The demographic profile of respondents – pharmacists (n = 20)*

<b>Gender</b>		<b>Together (%)</b>	<b>Wome n</b>	<b>Men</b>
	<b>Women</b>	17 (85.0%)		
	<b>Men</b>	3 (15.0%)		
<b>Age (years)</b>	<b>≤ 35</b>	9 (45.0%)	9	0
	<b>36 – 55</b>	7 (35.0%)	5	2
	<b>&gt; 55</b>	4 (20.0%)	3	1
<b>Location of pharmacies</b>	<b>Near medical equipment</b>	14 (70.0%)		
	<b>Other</b>	6 (30.0%)		
<b>The average number of visitors per day in community pharmacy</b>	<b>&lt; 100</b>	3 (15.0%)		
	<b>101 – 200</b>	8 (40.0%)		
	<b>&gt;200</b>	9 (45.0%)		

To evaluate the overall patient / customer satisfaction with the visit of community pharmacies, it was used a four-speed range of responses (“*always completely satisfied*”, “*mostly satisfied*”, “*dissatisfied sometimes*” and “*often dissatisfied*”). Nearly 71.0% of patients are mostly satisfied, 11.0% always completely satisfied and only 18.0% were dissatisfied when assessing overall satisfaction with provision of pharmaceutical care in pharmacy.

Expressed satisfaction was further analyzed according to gender of respondents, their age, education and number of pharmacies visited (Table 3). Greater degree of satisfaction (answers “*always satisfied*” or “*mostly satisfied*” ) showed men (90.5% versus 77.6% for women), respondents under 35 years (83.3%) and over 55 (89.3%). The highest satisfaction showed respondents with a university degree (91.1%). Overall satisfaction insignificantly decreased with respect to the number of



pharmacies visited. It can thus be concluded that in our group of patients, gender, age, education and number of pharmacies visited had no significant effect on the expression of overall satisfaction with the visit. A higher level of satisfaction showed men, older respondents (over 55 years), respondents with higher education and visiting one pharmacy.

*Table 3: Patient/ customer satisfaction with treatment provided in a community pharmacy*

<b>Patient satisfaction with treatment provided in a community pharmacy n (%)</b>	<b>Always satisfied</b>	<b>Mostly satisfied</b>	<b>Sometimes dissatisfied</b>	<b>Often dissatisfied</b>
Men	14.3	76.2	20.0	2.4
Women	9.4	68.2	7.1	2.4
Age up to 35 years	12.5	70.8	14.6	2.1
Age 36-55 years	7.8	68.6	19.6	3.9
Age over 55 years	14.3	75.0	10.7	0.0
Primary education	25.0	58.3	16.7	0.0
Secondary education	8.7	66.7	20.3	4.3
Higher education	8.9	82.2	8.9	0.0
Regular visit of one pharmacy	16.0	75.0	8.3	4.2
Visiting 2-3 pharmacies	8.5	70.2	19.2	2.1
Visiting different pharmacies	10.9	69.6	16.1	1.8

In the next section of the questionnaire, patients had to mark a degree of their satisfaction (*"very satisfied"*, *"average satisfied"*, *"dissatisfied"*) with 12 selected characteristics of provided pharmaceutical care in community pharmacies (Table 4). The most significant satisfaction (*"very satisfied"*) expressed patients with the time given to them directly by the pharmacist (61.4%), with a professional manners of pharmacist (54.3%), with supply and availability of supplementary products in the pharmacy attended (50.4%) and space in which patient / customer communicate directly with pharmacist (49.2% ). The most obvious dissatisfaction patients expressed with the offer of generic substitution by the pharmacist (18.0%) and with the offer of discounts and loyalty schemes (23.9 %).

*Table 4: Patient satisfaction with some parameters of provided pharmaceutical care*

<b>Patient satisfaction with some parameters of pharmaceutical health care n (%)</b>	<b>Very satisfied</b>	<b>Average satisfied</b>	<b>Dissatisfied</b>
Spatial arrangement and appearance of pharmacy	44.2	55.8	0.0
Information from the pharmacist about medicines and other product range	45.3	51.6	3.1
Information from the pharmacist about your illness and its treatment	31.2	64.0	4.8
Availability of products in the pharmacy attended	38.3	56.3	5.4
Supply and availability of supplementary products in the pharmacy attended	<b>50.4</b>	46.5	3.1
The time that you have to spend waiting until you get to the pharmacist	42.6	48.8	8.5
The time that pharmacist serves and communicate only with you	<b>61.4</b>	36.2	2.4
The space in which you communicate directly with the pharmacist	<b>49.2</b>	46.0	4.8
Professional manners of pharmacist	<b>54.3</b>	42.6	3.1
Interest and empathy of pharmacist about your health needs	42.5	52.0	5.5
Offer of generic substitution by the pharmacist	29.5	52.5	<b>18.0</b>
Offer various discounts and loyalty schemes	33.7	42.4	<b>23.9</b>

There were also assessed factors that are essential and non-essential for patient / customer satisfaction with providing pharmaceutical care (respondents had to mark three proposed options). Patients' responses were compared with responses from pharmacists (Table 5 and 6). As the essential factors of patients' satisfaction patients tagged human approach (83.5%) and professional approach of the pharmacist (78.7%). For patient satisfaction was further important time (short waiting time 37.8%), pharmacists regarded this as only important for 10% of patients. Important factor identified by pharmacists was availability of medicines (75.0%), the patients didn't considered it as important (27.6%). As irrelevant factors of patient satisfaction were identified promotional materials (63.6% versus 50.0% pharmacists) and from the view of the pharmacists it was self-service area (72.2% versus 27.1% patients).

*Table 5: Significant factors affecting patient satisfaction (n=129 patients / customers, n=20 pharmacists)*

<b>Significant factors affecting patient's satisfaction n (%)</b>	<b>Pharmacists</b>	<b>Patients</b>
Professional approach	85.0	<b>78.7</b>
Human approach towards patients	85.0	<b>83.5</b>
More privacy for discussion between pharmacist and patient	10.0	7.9
Self-service space in community pharmacy	0.0	6.3
Short waiting time	10.0	<b>37.8</b>
Provision of discounts	5.0	15.0
Generic substitution	20.0	30.7
Availability of drugs	<b>75.0</b>	<b>27.6</b>
The possibility to order products	0.0	2.4
Promotion materials	0.0	0.0
Opening hours	0.0	3.1
Other services	10.0	7.9

*Table 6: Insignificant factors influencing patient satisfaction (n=129 patients / customers, n=20 pharmacists)*

<b>Insignificant factors influencing patient satisfaction n (%)</b>	<b>Pharmacist</b>	<b>Patient</b>
Professional approach	5.6	0.0
Human approach towards patients	0.0	0.0
More privacy for discussion between pharmacist and patient	5.6	22.0
Self-service space in community pharmacy	<b>72.2</b>	<b>27.1</b>
Short waiting time	0.0	3.4
Provision of discounts	16.7	8.5
Generic substitution	0.0	6.8
Availability of drugs	0.0	3.4
Possibility to order products	27.8	40.7
Promotion materials	<b>50.0</b>	<b>63.6</b>
Opening hours	16.7	11.9
Other services	11.1	11.0

The barriers that prevent pharmacists to satisfy patients (Table 7), interviewed pharmacists identified major changes in the prices of medicines (75.0%), high co-payments for drugs (70.0%), storage policy in the pharmacy (45.0%).

*Table 7: Limitations in terms of preventing pharmacist to satisfy (n=20)*

<b>Limitations in terms of preventing pharmacist to satisfy patient</b>	<b>n (%)</b>
Frequent changes in the prices of medicines	<b>75.0</b>
High co-payments of patients for drugs	<b>70.0</b>
Store policy of pharmacy	<b>45.0</b>
Administrative work in the pharmacy	15.0
Lack of professional information about the products	0.0
Lack of time, space and privacy	30.0
Lack of comprehensive information for patient	15.0
Inability to apply financial benefits to patients	15.0
Dissatisfaction with working conditions	0.0
Other	5.0

The last part of the survey investigated opinion and perception of the pharmacist by patients / customers (Table 8). Evaluation of the patients was **positive**, opposed to opinion of the pharmacists. 73.6 % of patients accept pharmacist as a professional expert on medicines, medical devices and other stock available at the pharmacy, 65.1 % as a consultant and an expert on issues of health, disease, treatment and prevention, 50.4 % accepts pharmacist together with a doctor to achieve patient's health. On the other hand, 21.7 % of patients / customers said that the pharmacists are only sellers of medicines and 10.9 % of patients / customers think that the pharmacist's main aim is to make a profit and not the good of the patient. Paradoxically, the answers of pharmacists are critical. Up to 50.0 % of pharmacists believe that patients perceive them as sellers of drugs and 30.0 % of pharmacists consider that patients think that they are focused on profit rather than on the patient health. Only 50.0 % of pharmacists believe that patients perceive them as professional experts, and 55.0 % as consultants in health matters.

*Table 8: Opinion and perception of pharmacist (n = 129 patients / customers, n = 20 pharmacists)*

<b>Opinion and perception of pharmacist - multiple choice answers n (%)</b>	<b>Pharmacist</b>	<b>Patient</b>
Professional expert on drugs	40.0	73.6
Advisor in matters of health, disease and treatment	55.0	65.1
Involved together with a physician on the patient treatment	30.0	50.4
Entrepreneur, priority of profit	30.0	10.9
Salesman than others	50.0	21.7

## DISCUSSION

Generally, patient / customer satisfaction is an important measure of how well services are provided (11). Community pharmacists have difficult choice in balancing the commercial and professional aspects of their profession. In Slovakia, like in other countries, community pharmacy runs on a profit basis and is not subsidised by the state; therefore if community pharmacy wants to survive, profit is a must. Community pharmacy has the hard dual role – commercial and professional. As the solution of this duality may be consistent patient / customer-centred orientation which should in turn provide financial stability.

Patient / customer satisfaction with the pharmaceutical care providing in community pharmacies in Slovakia has not been the subject of serious analysis. Some partial conclusions results from the nationwide survey - the project “Excellent pharmacy” (17), which documented 66.0% overall patient satisfaction with the care provided at the pharmacy. Our observed outcome (total satisfaction was 82.0 % and consisted of – 11.0 % „*always completely satisfied*” and 71.0 % “*mostly satisfied*”) is even higher, possibly resulting from incomplete anonymity of respondents, the survey site (small town) and socio-demographic status of respondents. Similarly, consumer research in the U.S. in 2001 showed high satisfaction (85.0 %) with care in public facilities at the outlay of recipe (18). Overall patient satisfaction was reflected in the assessment of 12 selected parameters with which patients were confronted in the provision of pharmaceutical care. Patients rated very positive professional approach of the pharmacist and the time devoted to them directly. Similarly Ried

identified that the greatest impact on overall patient satisfaction had personal attention dedicated by the pharmacist to the patient (19).

The main aim of the presented study was to show, if the pharmacist could fill the patient's satisfaction, they must know his expectations and perceptions. Unless patient's expectations and perceptions are not identified all the activities could be carried out in the wrong direction. Pharmacists very well know what the patient expects to be satisfied with the health care provided in pharmacy. Pharmacists together with patients identified that a crucial moment for patient satisfaction is a professional and human approach. However, the results also showed the differing views of pharmacists and patients - e.g. relation to the waiting time, availability of medicines, generic substitution, offers and discounts, self-service area, opening hours etc.

The survey also showed that pharmacists are perceived to be more critical than they are accepted by the patients. Provision of pharmaceutical care includes elements of the business (for which profit is legitimate and necessary condition), while they provide a highly specialized activity which is carried out in a strictly regulated environment of drugs from the state. Pharmacists should pay more attention to self-assessments, position in society, and while it would be appropriate they have to educate patients about the „background "work of pharmacist. Seamless availability of medicines, medical devices, dietary supplements and various supplementary products in pharmacies and other services in terms of actual pharmaceutical care and not only activities associated with ensuring the product within the legislative definition, bring ever increasing demands on the operation of pharmacies and pharmacist's work. Unfortunately, the environmental conditions are far from being in line with the further development of care provided in a pharmacy, despite the willingness of pharmacists and patients themselves.

## **CONCLUSIONS**

The primary goals of this pilot study, using a questionnaire survey, was to determine patient satisfaction with care provided in a community pharmacy, compare the opinion of the patient and pharmacist and seek common or different

approaches. In the wider context, the paper highlights the importance of patient / customer satisfaction in reconciling professional and commercial role of the community pharmacists. The survey results have brought the following findings and conclusions:

1 The evaluation of patient satisfaction with the provided care carried in community pharmacies in Slovakia is not utilized in practice; however it is proven that it contributes to improving the quality of healthcare provided as well as the financial situation of the community pharmacy.

2 Comparisons of patient expectations and assumptions of pharmacists can help meet patient / customer satisfaction and ultimately affect the functioning of community pharmacy and the health care system.

3 The pharmacist is fully accepted healthcare professional. His ideas about his profession and the public perception coincide in the basic intentions, but the commercialization of the system caused that the intentions diverge from expectations.

## LITERATURE

1. Law on pharmacy. Official Journal of MoH Slovak republic No. 576/2004 Coll. Act. (in Slovak language).
2. Law on pharmacy. Official Journal of MoH Slovak republic No. 362/2011 Coll. Act (in Slovak language).
3. The concept of health care in the field of pharmacy. The concept of health care in the field of clinical pharmacy. Official Journal of MoH SR, Special Edition. 13 October 2006; 54, 3-10.
4. Mikeal R.L., Brown T.P., Lazarus H.L., Vinson M.C. Quality of pharmaceutical care in hospitals. *Am J Hosp Pharm.* 1975; 32, 567–574.
5. Hepler C.D., Strand L.M. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 1990; 47, 533–43.
6. Good Pharmacy Practice in Developing Countries: recommendation for step-wise implementation. The Hague, The Netherlands: IPF; 1998b.
7. Foltán V. et al. Selected aspects of pharmaceutical care. 1 ed. Bratislava: Linwe / KRAFT, s.r.o., 2012; 207s.
8. Magulová L., Foltánová, T. Pharmaceutical care and its application in clinical practice. *Clinical Pharmacy and Pharmacology* 2008; 22 (4), 161-164.
9. Act no. 455/1991 Coll. Act on Small Business.

10. Malovecká I, Minariková D, Foltán V. et al. Globalization and its impact on pharmacy services in the Slovak Republic. *Čes slov Farm.* 2014; 63 (1), 40-47.
11. Kucukarslan S.N., Schommer J. C. Patients` Expectation and their Satisfaction with Pharmacy Services. *J Am Pharm Assoc.* 2002; 42 (3), 489-496.
12. Andrade T. U., Burini D. M., Mello M. O., Bersácula N. S., Saliba R. A. D., Bravim F. T., Bissoli N. S. Evaluation of the satisfaction level of patients attended by a Pharmaceutical Care Program in a Private Communitarian Pharmacy in Vitória (ES, Brazil). *Braz J Pharm Sci.* 2009; 45 (2), 349-355.
13. Silva G.M.S, Chambela M.C., Sousa A.S., Sangenis L.H.C., Xavier S.S., Costa A. R., Brasil P.E.A., Hasslocher-Moreno A.M., Saraiva R.M. Impact of pharmaceutical care on the quality of life of patients with Chagas disease and heart failure: randomized clinical trial. *Trials* 2012; 13, 244.
14. Bernsten C., Björkman I., Caramona M., Crealey G., Frøkjær B., Grundberger E., Gustafsson T., Henman M., Herborg H., Hughes C., McElnay J., Magner M., van Mil F., Schaeffer M., Silva S., Søndergaard B., Sturgess I., Tromp D., Vivero L., Winterstein A. Improving the well-being of elderly patients via community pharmacy-based provision of pharmaceutical care: a multicentre study in seven European countries. *Drugs Aging.* 2001; 18 (1), 63-77.
15. Traverso, M.L., Salamano M., Botta C., Colautti M., Palchik V., Pérez B. Questionnaire to assess patient satisfaction with pharmaceutical care in Spanish language. *Int J Quali Health Care.* 2007; 19 (4), 217-224.
16. Larson L.N., Rovers J.P., MacKeigan L.D. Patient satisfaction with pharmaceutical care: update of a validated instrument. *J Am Pharm Assoc.* 2002; 42 (1), 44-50.
17. Snopková M. Health and pharmaceutical care in Slovakia. *Pharmacy List* 2011; 11, 14-15.
18. Stergachis A., Maine L.L., Brown L. The 2001 national pharmacy consumer survey. *J Am Pharm Assoc.* 2002; 42, 568-576.
19. Ried LD., Wang F., Young H., Awiphan R. Patients` satisfaction and their perception of the pharmacist. *J Am Pharm Assoc (Wash).* 1999; 39(6), 835-842.



# LEGISLATION FRAMEWORK (PHARMACY POLICIES) FOR PROVISION OF PHARMACEUTICAL CARE SERVICE IN BULGARIA

*Yordanova S., Petkova V.*

*Medical University of Sofia,*

*Sofia, Bulgaria*

**Introduction.** The development of the pharmacy profession forced the pharmacists to participate actively with other health professionals to optimize the drug therapy for patients, including reducing and avoiding predictable drug-related problems, developing individualized treatment plan or changes to the actual medication therapy.

Pharmacists have to accept and develop the patient-oriented pharmaceutical care as primary philosophy of their practice. The change of focus from manufacture and biological systems to promote the best therapy and patient safety will increase the level of responsibility and will lead necessarily to changes in philosophy, organization and functions of the pharmacy profession.

These changes require the definition of new standards of pharmacy practice, enhancing collaboration with other health care providers and the development of marketing strategy for implementation of pharmaceutical care services.

According to the World Health Organisation public health interventions, pharmaceutical care, rational medicine use and effective medicines supply management are key components of an accessible, sustainable, affordable and equitable health care system which ensures the efficacy, safety and quality of medicines. The pharmacy has an important role to play in the health sector reform process. To do so, however, the role of pharmacists needs to be redefined and reoriented.

Pharmaceutical care is that component of pharmacy practice which entails the direct interaction of the pharmacist with the patient for the purpose of caring for that patient's drug-related needs. A practice for which the practitioner takes responsibility for a patient's drug therapy needs and is held accountable for this commitment.

According to van Mill et al. pharmaceutical care (Farmaceutische Patiëntenzorg, FPZ) is the structured intensified care of the pharmacist for an optimal pharmacotherapy in which the patient and his condition are the primary concern. The aim is to obtain an optimal Health Related Quality of Life.

Achieving therapeutic goals requires collaboration between pharmacist and patient to assess its precise drug therapy. Pharmaceutical care will become a standard of performance only when all pharmacists accept their professional role as pharmaceutical care providers regarding the safe and effective drug therapy of each patient. Pharmaceutical care aims providing drug therapy responsibly, to achieve specific results that increase the quality of life of the patient.

Adoption and application of this concept in community pharmacy will ensure professional satisfaction of pharmacists and for patients - trust in the pharmacy services and reduction and elimination of drug-related problems.

**Aims.** The aim of the study was to analyze the Bulgarian legislation framework with respect to the service Pharmaceutical care.

**Research methodology.** Materials are literature data based search on keywords in scientific databases: Scopus, Medline, Springer and others, regulatory documents on national level on the nature of the service Pharmaceutical care.

A documentary analysis of the availability in Bulgarian pharmacy policies and practice regarding the terminology “Pharmaceutical care”, “Medication management”, “Pharmaceutical Cognitive Services” and “Drug Use Review”; legally regulated Pharmaceutical care service; payment for receiving the Pharmaceutical care service and university level training in Pharmaceutical care was performed.

**Results and discussion.** The results show that in Bulgaria does not exist yet a clear legal framework for implementation and promotion of the Pharmaceutical care services in the pharmacy practice, but many of their components are included in existing regulatory documents.

According to the Bulgarian drug law, Art. 219. (1) the pharmacy is a medical facility in which to perform the following activities: storage, preparation, packaging, controlling, **consultation**, dispensing medicines with or without prescription of

authorized in Bulgaria medicines, medical devices , dietary foods for special medical purposes and foods for infants and follow-on formulas and nutritional supplements, cosmetics and sanitary equipment.

According to the Law of Professional Association of Masters of Pharmacy, 2006 the pharmacists are required to observe Good pharmacy practice (GPP), and it is written that are required to develop standards of Pharmaceutical care services.

According to the Code of Professional Ethics for masters of pharmacy: Master of Pharmacy puts patient care at the center of professional practice, whereas only their health and medical needs and those defined by health science.

These documents can serve as a good basis for development and implementation of a service or a program that corresponds to or covering the overall the Pharmaceutical care concept.

Terminology	Availability
<b>Pharmaceutical care services</b>	●
<b>Medication management</b>	-
<b>Cognitive pharmaceutical services</b>	-
<b>Drug/Medicines use review</b>	-
<b>Legally regulated pharmaceutical care services</b>	●
<b>Patient's payment for this service</b>	-
<b>Financial compensation for the pharmacist</b>	-
<b>University education</b>	●

**Table1. Availability of terminology "Pharmaceutical Care", "Medication management", "Cognitive pharmaceutical services" and "Drug/Medicines use review", available legal basis, patient's payment for this service, the availability of financial compensation for the pharmacist, and the presence of pharmaceutical care education.**

**Conclusions.** The literature review and the review of various national guidelines and regulatory documents show that the pharmaceutical care concept has no sufficient legislative support in the country. Professional regulatory documents such as the Code of Ethics and rules of the Good pharmacy practice are closely related and

reflect more international views on this issue until regulations are more conservative and do not support the view that the need to financial compensation for the pharmacist.

1. Wledenmayer K, Summers RS, Mackie CA, et al. Developing pharmacy practice: a focus on patient care. Handbook, 2006 ed. Geneva (Switzerland): World Health Organization and International Pharmaceutical Federation; 2006. Отворен сайт: [http://www.who.int/medicines/publications/WHO\\_PSM\\_PAR\\_2006.5.pdf](http://www.who.int/medicines/publications/WHO_PSM_PAR_2006.5.pdf). (26 април, 2007).
2. Strand LM, Cipolle RJ, Morley PC. Pharmaceutical Care: an introduction. Kalamzoo, MI: Upjohn Company 1992.
3. Van Mil JWF, Tromp TFJ, de Jong-van den Berg LTW. Pharmaceutical Care de zorg van de apotheker. 1993;43:1243-1247.
4. CD Hepler, LM Strand. Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. Am J Hosp Pharm. 1990 Mar;47(3):533-543.

## **MARKET ENTRY OF INNOVATIVE MEDICINES IN THE REPUBLIC OF MACEDONIA**

*Angelovska B, Ivanovska V, Drakalska E.*

*Faculty of Medical Sciences, University "Goce Delcev"-Stip*

*Republic of Macedonia*

**Summary.** To maintain and improve the quality of health care, the market entry of innovations should be stimulated. In the Republic of Macedonia, the existence of multinational innovative companies is difficult due to limited financial means and small market size. Our study aims to analyze the legislation in country and other circumstances that influence the innovative medicines' market entry. In recent years, the regulation has been modified to facilitate the market entrance for innovative medicines. However, the discontinued legal procedures in the last year and the complicated procedures delay its completion and the inclusion of innovative

medicines on the positive list. The inclusion of expensive innovative medicines should be based on scientific evidence on drug efficiency (first- and second-line therapies), pharmacotherapeutic and pharmacoeconomic indicators and health insurance fund' financial possibilities. The presence of innovative medicines on the Macedonian market and their inclusion on the positive list shall be done according to the experience in the EU and countries in the region with comparative economic systems.

**Key words:** Innovative medicines, market entry, national legislation, medicines prices, scientific evidence

### **Introduction**

The competition between the innovative and generic pharmaceutical companies has intensified in the last decades. Generic medicines have very important role in the development of a sustainable and accessible healthcare system. On the other hand, innovations should be stimulated to maintain and improve the quality of health care. Finding the balance between pharmacotherapy and pharmacoeconomy is one of the key challenges of the pharmaceutical industry and healthcare policies. The inclusion of innovative medicines on the positive lists and the influence of the legislation on medicines price control are important issues for pharmaceutical companies and patients.

The Republic of Macedonia has a limited medicines budget, and its healthcare policies aim to save on medicines supplies. Nevertheless, the country intends to allow the entry and use of innovative medicines, especially for first- and second-line therapy.

The essential part of the model created by the innovative pharmaceutical industry to enable the market exclusivity and increase medicines prices is the system of patent protection. In the Republic of Macedonia, the data, market and new indication exclusivity will be implemented starting from 2017, and the generic medicines can be registered after the patent protection expiry. During the current financial crisis, health authorities decide to promote the use of generic medicines

rather than more expensive medicines by originators, faced with increased costs of their national budgets.

The existence of multinational innovative companies is difficult in the circumstances of limited financial means, low GDP, import-oriented small market, absence of national innovative industries and fewer numbers of patients. The probable solutions might be the appropriate price policies that optimise the costs of innovative medicines and their inclusion on the positive list, and guarantee their pharmacoeconomic and therapeutic justification. The legislation and legislative acts in the Republic of Macedonia are constantly modified due to the harmonisation with the European regulation.

In the current study, we aim to describe the circumstances that lead to innovative medicines' market entry.

### **Research methodology**

We analyze the current legislation (legal acts, bylaws, price methodology) in the Republic of Macedonia and other circumstances that influence the innovative medicines' market entry.

### **Results and discussion**

The main legal acts and by-laws that support the methodology for medicines pricing (including reference pricing), the establishment of the national reimbursement list and the parallel importations have been explained in Table 1.

**Table 1: Overview of legal acts and by-laws**

<b>Legal acts and by-laws</b>	<b>Official Gazette / year.</b>	<b>Main characteristics related to medicines prices and reimbursement policies</b>
Law for supplementing and amending the Law on medicinal products and medical devices	88/2010	Instead of given methodology about the price formation, new paragraph allows by-laws to treat the matter at technical details level.

Methodology for medicines' single price structure	156/11 45/12	<p><b>Referent pricing:</b> Slovenia, Bulgaria, Netherlands, Poland, UK, France, Croatia, Serbia, Greece, Germany, Turkey and Russia</p> <p><b>Maximum wholesale medicines price:</b> average value of the two lowest comparison wholesale prices from the referent countries</p> <p><b>Fees within the wholesale medicine price:</b> wholesale fees, custom fees, other import fees</p> <p><b>Retail margin:</b> as a percentage of wholesale prices (28%, 25%, 20%, up to 1,200 MKD).</p> <p><b>Medicine pricing structure:</b> suggested retail price – the same or lower price calculated by this methodology</p> <p><b>The increase of medicines prices -</b> pharmacoeconomic study and/or calculations for justification</p> <p><b>Brand medicines or innovative medicines</b> Maximum price – average value of the two lowest wholesale prices of the brand medicine from the same manufacturer in the referent countries</p> <p><b>Pharmacoeconomics indicators</b></p>
Law for supplementing and amending the Law on medicinal products and medical devices	11/2012	Option given for parallel importation of medicines
Law for supplementing and amending the Health Insurance Law	26/2012	<p>Modification of the mode and the methodology to establish the Health Insurance Fund (HIF) medicines reimbursement list (Positive list):</p> <p>Ordinance passed by the Government of the</p>

		<p>Republic of Macedonia</p> <p>14 expert committees established by the Government of the Republic of Macedonia according to the international ATC classification, each made from 17 members (14 MDs, 1 MOH representative, 1 clinical pharmacologist or pharmacist) with one year mandate.</p> <p>The committees make the decision based on prior opinion given by an appropriate university clinic.</p>
<p>Ordinance on the mode and methodology to establish the HIF medicines reimbursement list</p>	<p>116/ 2012</p>	<p>Medicines on the list</p> <p>List A – medicines from primary health care, dispensed at the pharmacies contracted by HIF</p> <p>List B - medicines from hospital healthcare</p> <p>Medicines are grouped according to the ATC classification, INN, prescribing regime, indications, application site, dispensing of special group medicines, dispensing and use of medicines according to indications or remarks about the medicines</p> <p>Established procedure on the applications for adding or removing medicines on the list</p> <p>Harmonisation with the HIF financial possibilities.</p> <p>Incorporation of the scientific evidence on drug efficacy, pharmacotherapeutic and pharmacoeconomic indicators and established medicines price.</p> <p>Incorporation of the pharmacoeconomic and financial analysis, wholesale prices according to DDD and info on medicines inclusion on the positive lists in the EU countries or other with comparative</p>



		economic systems. List revision at least annually
Health Insurance Fund (HIF) medicines reimbursement list (Positive list)	81/2012 revised text	<p>Number of amendments and additions</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– medicines dispensed according to the INN and ATC classification</li> <li>– preferences towards generic medicines</li> <li>– small number of innovative medicines</li> <li>– Listed indications for reimbursement</li> <li>– 377 medicines by generic name on the primary positive list</li> <li>– 343 medicines by generic name on the hospital positive list</li> </ul>
Rulebook on the criteria and procedures to establish medicines reference prices	158/ 2009 138/ 2010	<p>Referent countries: Slovenia, Croatia, Bulgaria, Serbia</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Harmonisation of the reference price with the purchasing power parity coefficient</li> <li>– The price of medicine with no generic competitor cannot be higher than 10% of the average comparison price</li> <li>– The price of medicine with generic competitor cannot be higher than 79,23% of the average comparison price</li> <li>– The option to include the therapeutic equivalent for medicines with the same efficiency/safety – determination of pharmacological therapeutic groups</li> <li>– Reference prices are established on 10 January each year.</li> </ul>

The Law on medicinal products and medical devices from 2007 has been modified to include the reference pricing methodology in 2010 and the parallel importation in 2013 (Table 1). The by-laws have further explained the medicines pricing and the registration procedure (including the 5% VAT). The reference countries for establishing the unique medicines prices include not only the EU countries, but also Serbia, Turkey and the Russian Federation (Table 1). Some of them differ significantly from Macedonia in terms of the size of the country, its medicines market, or financial parameters. The reference pricing methodology sets very low unique medicines prices, and only medicines of special interest can be up to 20% higher than the average wholesale prices in the referent countries (Table 1). It lowers the companies' profit, threatens their financial viability, and decreases further the small interest of innovative companies for the Macedonian market. Some of them have been closing their representative offices in the country.

As illustrated in Table 1, the reimbursement of medicines is regulated by the Health Insurance Law and the Ordinance 116/2012, while the modified methodology for the list has been added to the law in 2012. The establishment of expert committees in charge of the positive list is underway. However, the complexity of the procedure delays and hampers the process of adding new medicines on the list.

According to the Health Insurance Law, the insured citizens are entitled to use reimbursed medicines on prescriptions, while these medicines are dispensed by pharmacies contracted by the HIF (Table 1). The list of expensive medicines are not included in pharmacies' monthly quotas, and are determined by HIF decisions.

The inclusion procedures for the reimbursement list were defined with the 2012 Ordinance. The additions and deletions on the list have to be based on evidence on medicines efficacy, pharmacotherapeutic and pharmacoeconomic indicators, and in line with the HIF financial possibilities. It also requires data on drug inclusion on the reimbursement lists in the EU or countries in the region.

The prescribing of reimbursed medicines by generic name (INN) has been implemented in 2003 as part of the HIF agreement with the MDs from primary health care. The generic prescribing has been one of the successful methodologies to reduce

the medicines costs, but has also a negative impact on the brand medicines supply and reduces prescribers and patients' choice. The HIF negotiates with the pharmaceutical companies the price alignment of brand medicines and pre-determined reference prices of generic medicines to achieve lower prices. The new methodology for unique medicines prices and the market competition have resulted in savings in the national drug budget. These savings can be used to introduce the required innovative medicines on the market.

The medicines from the hospital positive list are provided through the healthcare institutions, and their prices have no impact on the patients, but on the limited hospital budgets.

The national medicines budget has currently reached 154 million Euros, with 40% for the reimbursed medicines, and 60% for commercial ones. Around 3510 medicines are registered in the country, which includes 2623 generic (75%), 735 brand (21%) and 152 innovative medicines (4%). The small number of registered innovative and brand medicines is a result of the generic prescribing policies, the unique medicines price methodology, the reference pricing for reimbursed medicines, the delays, and the strict inclusion rules for the positive list. The reimbursement policies are in more favour of generic compared innovative medicines. The reference pricing has reduced the prices of most medicines on the reimbursement list, but only few innovative medicines can decrease their prices. The mandatory generic prescribing and the pharmacies' obligation to offer the reference priced medicine reduce the opportunity to sell the brand medicines.

The national health authorities consider the positive list to be made according to the WHO recommendations for the selection of essential medicines, meeting the population clinical needs for most common diseases in the country and according to the financial resources available. The last revision of the list has been done based on the HIF Steering Committee decision and opinions of the expert committees appointed by the Minister of Health, but whose responsibilities ceased with the amendments to the Health Insurance Law in 2012. During the active period of this committee (2007-2012) the biggest pressure for inclusion on the list has been related to the medicines listed in Table 2.

**Table 2: Requests for inclusion of innovative medicines on the reimbursement list (2007-2012)**

<b>ATC code</b>	<b>INN</b>	<b>Name of the medicine</b>	<b>Manufacturer</b>	<b>Registration date</b>
L01XA03	oxaliplatin	Eloxatin	Aventis farma Sanofi-Aventis	13.05.2010
		Oksaliplatin	Cipla Ltd.	30.06.2009
			EBEWE Pharma	29.03.2012
			PLIVA LACHEMA a.s.	30.06.2009
L01XC07	bevacizumab	Avastin	Hoffman la Roche	28.09.2010
L01XE01	imatinib	Glivec	NOVARTIS Pharma	25.03.2011
		Anzovip		25.12.2012
		Imakrebin	ZDRAVLJE A.D. - Лесковац,	24.01.2013
		Plivatinib	REMEDICA Ltd - Лимасол, Кипар PLIVA Hrvatska	29.11.2012
L01XE03	erlotinib	Tarceva	Hoffman la Roche	28.10.2010
L01XC04	alemtuzimab	Mabcampath	Boehringer ingelheim	28.10.2010
B01AX06	rivaroxaban	Xarleto	BAYER SCHERING PHARMA AG	30.12.2008

Only Imatinib was put on the positive list (Official 62/2011), including three more medicines with the same generic name later on. Other listed medicines have been rejected on the justification for limited national financial means and the existence of therapeutic alternatives. All these medicines have all been registered in the country, but their presence on the Macedonian market depends largely on their inclusion on the reimbursement list. Since 2012, the 14 expert committees have not been appointed yet, so there have been no new applications for inclusion on the list.

The innovative companies reduce the medicines prices according to the methodology for unique medicines prices and direct negotiations with the HIF. They estimate that this has led to the approximate savings of 20 million Euros, which shall be used to include new innovative medicines on the reimbursement list when they have the pharmacoeconomic justifications. Additional savings can also be generated by rationalising the positive list, drug use in the hospitals and reference prices. The more frequent revision of the positive list (i.e. quarterly) can result in the elimination of obsolete medicines and inclusion of innovative medicines.

The financial existence of the innovative companies in the Republic of Macedonia is of strategic importance for the country in terms of data provision on innovative medicines, presence on the market and post-marketing surveillance.

The parallel import from 2012 will improve the market offer, but will have a negative impact on the financial sustainability of the innovative companies' representation in Macedonia.

## **Conclusions**

National regulations were put in place to accelerate the access to innovative medicines. Simultaneous legal changes and drug pricing policies were designed to support the generic market rather than innovations, and control drug budget. This illustrates the national dilemma of how to improve access to innovative medicines beneficial for patient health with restrictive budget.

- The Republic of Macedonia has limited drug budget, so its policies are directed towards saving of the resources for drug supplies.
- The country aims to allow the market entrance of innovative medicines and their use, especially for first- and second-line treatments in line with its financial possibilities.
- In recent years, the regulation has been modified to facilitate the market entrance for innovative medicines. However, frequent modifications and adjustments according to all interested parties have delayed the process of their efficient implementation
- The generic prescribing and reference pricing have a negative impact on brand medicines and limit the choice of prescribers and patients, but save the budget resources that can be used to include innovative medicines on the market and the reimbursement list.
- The parallel importation is beneficial to the market offer, competition and medicines prices, but hampers the financial sustainability of the innovative companies' representative offices.
- The discontinued legal procedured in the last year and the complicated procedures delay its completion and the inclusion of innovative medicines on the positive list.
- The reduction of medicines prices using the methodology of unique prices and reference prices for reimbursed medicines can free some resources to be used to include new medicines in health care, but lower prices decrease the innovative companies' interest to enter the Macedonian market.
- Given the limited and insufficient drug budget, savings can be made by rationalising the positive list, use of medicines in hospital and introduction of pharmacoeconomic aspects in practice, which can be used to include new medicines for patient care.
- Still, the inclusion of expensive innovative medicines should be based on scientific evidence on drug efficiency (first- and second-line therapies),

pharmacotherapeutic and pharmacoeconomic indicators and HIF financial possibilities.

- The presence of innovative medicines on the Macedonian market and their inclusion on the positive list shall be done according to the experience in the EU and countries in the region with comparative economic systems.

### **References**

1. Law for supplementing and amending the Law on medicinal products and medical devices. Official Gazette 88/2010
2. Methodology for medicines' single price structure. Official Gazette 156/2011, 45/2012
3. Law for supplementing and amending the Law on medicinal products and medical devices. Official Gazette 11/2012
4. Law for supplementing and amending the Health Insurance Law. Official Gazette 26/2012
5. Ordinance on the mode and methodology to establish the HIF medicines reimbursement list. Official Gazette 116/2012
6. Health Insurance Fund (HIF) medicines reimbursement list (Positive list). Official Gazette 81/2012 revised text
7. Rulebook on the criteria and procedures to establish medicines reference prices. Official Gazette 158/ 2009 and 138/ 2010.

# A STUDY OF TEACHING THE USE OF POLITENESS FORMULAS IN ENGLISH TO FUTURE PHARMACISTS

*Dudeva B.D.*

*Medical University, Sofia, Bulgaria*

**Summary.** The pharmacists are involved in socially significant communication with the patients, where politeness dynamically constructs their professional identities and is intrinsically linked to their native culture. The present study aims to investigate the pharmacy students' use of politeness formulas in simulated dialogues in English between pharmacists and patients regarding the purchase and use of medications. The decrease in the number of politeness formulas used by students over time is attributed to: first, insufficient development of the students' verbal production skills; second, the cultural differences in the ways and degrees of expressing politeness between the native language and English. The conclusions for English language teaching are: first, the use of politeness formulas has to be trained much more so that students will acquire the necessary verbal production skills to use them; second, the existing cultural differences in the use of politeness formulas in the native language and in English require that students should develop the necessary sociolinguistic skills to use English for professional purposes.

**Keywords:** pharmacy, politeness, communication skills, English language teaching.

## **Introduction**

Practicing pharmacy, medicine and health care on a daily basis involves intensive communication between health professionals and patients on issues related to human health and life. Nowadays its significance increases in connection with the rising needs and requirements of people regarding their health and well-being as well as with the growing number of aging populations. The communication between the health professional and the patient is rich in information about the medical condition



of the patient, the possible medical and health care decisions and consequences. Thus, the ethical communication between the medical specialist and the patient is socially significant both on the level of the individual and on the level of society as a whole (Dudeva, Alexandrova 2013).

The verbal doctor-patient communication has important psychological aspects. Language expressions, used in communication, affect not only the concrete act of communication, but can help achieve higher effectiveness of the overall medical treatment through greater patient compliance with the doctor's recommendations. Thus, the goal of the intrinsically ethical health professional – non-specialist communication is to deliver complex scientific information in the form of understandable explanations and recommendations and to provide stimuli to follow treatment.

When the doctors and pharmacists formulate their messages about the health and treatment in a patient-tailored way, they protect the patient's dignity and achieve higher patient compliance and ultimately higher therapeutic effects and better patient outcomes. Consequently, the doctors have fulfilled their duty, if they followed important ethical principles in their communication with the patient and expressed not only the necessary information but also respect and politeness for the patient.

Politeness is often defined as actions and communication which is considered correct for the social situation the interlocutors are in, where they show consideration for other participants' needs and feelings. Brown and Levinson define politeness by differentiating between positive and negative politeness on the basis of social closeness/distance between participants and the way hearer's wants are addressed (Brown and Levinson 1987: 101–210). Watts and Serrano-Garcia brings the dynamic construction of identities into the analysis (e.g. Watts, Serrano-Garcia 2003: 143). He studies the range of dynamic identities, constructed in the discourse, and the way these identities are operationalized and determined by the communicative situations. He points that professional identities are constructed in professional situations.

Foreign language teaching views language learning not simply as the proper use of language forms, but as “the participation in discourse to accomplish the communicative functions of language” (Brown 1989:189). The ultimate goal of foreign language teaching is to help learners acquire communicative competence. The formation of the communicative language competences, i.e. the linguistic, sociolinguistic and pragmatic competences, is central to second language teaching (Trim 2005). These competences are crucial for the use of both the productive and receptive language skills.

Communicative competence (Hymes 1972) encompasses not only pragmatic competence (Bachman 1990), connected to the informative function of speech, but also sociolinguistic competence (Bachman 1990), which includes the realization of the affective (or social) function of language. The latter function involves the use of utterances such as the expressive ones, which show the speakers’ feelings as well as the phatic ones, which manifest solidarity and empathy with others. When using politeness formulas, the speaker takes into account the feelings of interlocutors, the social values, connected to the situation, and the formality of the context (Holmes 2001). Politeness is often expressed in language by the use of set phrases.

Politeness is strongly connected to the interlocutors’ culture, which determines the ways and degrees of politeness, expressed in discourse. Leininger and McFarland define culture as “the learned, shared and transmitted knowledge of values, beliefs, and lifeways of a particular group that are generally transmitted intergenerationally and influence thinking, decisions, and actions in patterned or in certain ways (Leininger, McFarland 2002:47). Purnell and Paulanka (2008) reason that it can be unconscious implicit and explicit knowledge, which can change in time. The link between culture and language exists in any discourse interaction and foreign language teaching should elaborate on it.

Culture is intrinsic to medical and pharmaceutical practice (Maier-Lorentz, 2008; Racher & Annis, 2007; Smith, 1998). Andrulis and Brach (2007) explore the connection between language, culture and medicine stating that culture

and language construct the experiential context for comprehension of health information. The culturally determined values and preferences impact the expression and understanding of healthcare messages.

For foreign language teaching it is crucial to identify and make the learner aware of the way cultural differences influence discourse context and how it determines interaction and verbal expressions of interlocutors. For instance, the language teacher should demonstrate the differences in the choice and degree of usage of politeness formulas, which are due to cultural differences such as spontaneity, directness and affection (Wierzbicka). Between English and Bulgarian there exist some differences in relation to the cultural norms and cultural assumptions, expressed in speech acts. Unlike Bulgarian, English restricts the use of the imperative and prefers the interrogative and conditional forms for expressing politeness.

The interaction between culture and language is so pervasive that there exists need for more research of the expression of culture in language and communication. Charles Ferguson emphasizes the need for better analysis of politeness formulas in discourse (Charles A. Ferguson (1976).

### **Aim of the study**

The aim of the present study is to investigate the pharmacy students' use of politeness formulas in simulated dialogues in English between pharmacists and patients regarding the purchase and use of medications.

### **Materials and methods**

The study is carried out with 48 pharmacy students, studying English to use it for professional purposes. Thirty-eight students are at higher intermediate level of English and ten students are at advanced level. Forty-four of the participants are 18 or 19 years old and only four are 20 years old.

The experiment about the use of politeness formulas in English language dialogues in a professional communication situation is based on two dialogues of native speakers of English taking place at the pharmacy and discussing the purchase and use of medications.

The experiment was performed in several stages:

1. A preliminary test was given to pharmacy students to establish, first, if they recognized politeness formulas, and second, if they had mastered the structure of most common politeness formulas, which are usually set phrases. The test included texts, representing dialogues with patients, different from those, used in the recording session later in the experiment. There was also a fill-in- the -gaps exercise in the test to establish if students had knowledge of the structure of the politeness formulas.

2. Pharmacy students watched a short film of two dialogues of English language native speakers at the pharmacy discussing the purchase and use of medications. Students were asked to identify politeness formulas and pay attention to their use.

3. The English language teacher discussed with the students the politeness formulas and their use in response to specific verbal stimuli from the interlocutor. The students were advised to use the formulas because of native speakers' expectations to be addressed in that way when communication occurs in the English language.

4. The 48 students had formed 24 pairs for making dialogues and immediately after watching the film they practiced the dialogues in pairs, using a flow chart to support the expression of meaning. However, the flow chart did not give any indication of the use, type or place of politeness formulas to be used in the dialogues. Before making the dialogues the students were reminded to use the politeness formulas.

5. During the next lesson in English after a week the students were instructed to participate in the simulation of the dialogues, using the flow chart to support meaning. The students made the dialogues and the dialogues were recorded for investigation purposes.

6. In a month the students were instructed to participate in the simulation of the dialogues using the flow chart again. The students made the dialogues and the dialogues were recorded.

7. Results regarding the frequency of the use of politeness formulas in the three simulations of the dialogues (during the same lesson, in a week and in a month) were analysed.

### **Results and discussion**

The results of the preliminary test showed that the students identified 98% of the politeness formulas in the provided texts. The results from the fill-in-the-gaps exercise showed that students successfully reconstructed politeness formulas in 93% of the cases.

The recordings of the students' simulations of English language dialogues between a pharmacist and a patient at the pharmacy revealed the following results about the use of politeness formulas:

	Number of polite formulas used by the native speakers of English	Average number (Percentage) of polite formulas per student simulation of the dialogue during the same lesson	Average number (Percentage) of polite formulas per student simulation of the dialogue in a week	Average number (Percentage) of polite formulas per student simulation of the dialogue in a month
Dialogue 1	5 (100%)	4.2 (84%)	3.5 (70%)	2.2 (44%)
Dialogue 2	4 (100%)	3.3 (82.5%)	2.8 (60%)	1.8 (45%)

Table 1. Average number (percentage) of polite formulas used per simulation of the dialogues during the same lesson, in a week and in a month

The results showed that with time the number of politeness formulas used in the dialogues decreased. In a month they decreased to around half of the original number used right after viewing the films demonstrating the dialogues between the native speakers.

The test made before listening to the dialogues showed that the students could recognize the politeness formulas and were acquainted with the structure of these phrases. Although the preliminary test showed students were confident with these phrases during reception, when it came to demonstrating their verbal production skills they did worse. One reason for the decrease in the number of politeness formulas used in the students' oral performance is the insufficient development of their verbal production skills.

Another reason for the lower number of politeness formulas used over time is the cultural differences in the ways and degrees of expressing politeness between the native language and English. The sociolinguistic characteristics of the communicative situation between a pharmacist and a patient in the native language do not require such a high degree of politeness as in English. Although with time students forget the short dialogues in the films, they can still reconstruct the information meaning of the dialogues, as they are helped by the flow charts. However, in judging the sociolinguistic characteristics of the communication situation they are more strongly influenced by the use of the native language in such situations. Thus the information meaning of the dialogue is reconstructed but that does not hold true of the appropriate social function of the use of language.

The degree of politeness expressed in the dialogues performed with a greater time lag (in a month) corresponds to that characteristic of the native language. This is indicative of the stronger connection of the expression of the social function of communication to the habitual behavior and native culture of the speakers of a foreign language.

Students practicing interaction in a foreign language can switch from native language to English. However, switching from the awareness and realization of the sociolinguistic characteristics and the degree of politeness expressed when speaking the native language to those when speaking English is much more difficult. That is due to the higher stability of habitual behavior and native culture which cannot change quickly during communication.

On the basis of these results several conclusions regarding English language teaching can be drawn. First, the use of politeness formulas has to be trained much more so that students will acquire the necessary verbal skills to use politeness formulas during verbal production in English. The language practice in this respect should be even more extensive as important cultural differences exist between the native language and English. During their course in English language communication the students should make more dialogues with a focus on expressing politeness, empathy or compassion.

Second, the existing cultural differences in the use of politeness formulas and the degree of politeness in the native language and in English require that students also acquire the necessary sociolinguistic skills for the use of English. Thus, language practice and especially production skills should be developed with a focus on sociolinguistic characteristics. This is also connected to crossing the boundaries of native culture and identifying to a greater degree both linguistically and culturally with the role of the pharmacy professional in a situation when communication occurs in English.

### **Conclusion**

The study demonstrates the need for more extensive language practice for students to acquire the skills for verbal production in English not only to impart information meaning but also to adequately use the social functions of language. They should be trained to take into account the sociolinguistic characteristics of the communicative situation as well as the degree of politeness expected when using English. This is connected to crossing the boundaries of native culture and identifying both linguistically and culturally with the role of the pharmacy professional in a situation when communication occurs in English. Thus, pharmacy students will acquire the necessary verbal skills to express medical information as well as socially relevant communication meanings (including politeness) when practicing their profession with English language patients.

### **References**

1. Andrulis, D., Brach, C. (2007). Integrating literacy, culture, and language to improve health care quality for diverse populations, *American Journal of Health Behavior*. 2007(31 supplement), p.122-133. Retrieved on January 8, 2014 from [www.cpehn.org/pdfs/Integrating%20Literace%20Paper%20-%20Andrulis.pdf](http://www.cpehn.org/pdfs/Integrating%20Literace%20Paper%20-%20Andrulis.pdf)
2. Bachman, L. (1990). *Fundamental considerations in language testing*. Oxford: Oxford university Press.
3. Brown, H.D. (1989). *Principles of language and teaching*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, Inc.

4. Brown, P., St. C. Levinson. (1987). *Politeness: some universals in language use*. Cambridge: Cambridge University Press.
5. Ferguson, Ch.A. (1976). The structure and use of politeness formulas. *Language in Society*, 5, pp 137-151.
6. Dudeva, Alexandrova (2013). Ethical dimensions of language communication in healthcare and the new field of ethico-communication. *Asklepios* (in print).
7. Holmes, J. (2001). *An introduction to sociolinguistics*. Harlow: Pearson Education Limited
8. Hymes, D. (1972). *Reinventing anthropology*. New York: Pantheon Books.
9. Leininger, M., McFarland, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research, and practice*. 3rd edition. New York: McGraw-Hill.
10. Maier-Lorentz, M.M. (2008). Transcultural nursing: Its importance in nursing practice. *Journal of Cultural Diversity*, 15(1), 37-43.
11. Purnell, L., Paulanka, B. (2008). *Transcultural health care: A culturally competent approach*. Philadelphia: F.A. Davis.
12. Racher, F.E., & Annis, R.C. (2007). Respecting Culture and Honoring Diversity in Community Practice. *Research and Theory for Nursing Practice: An International Journal*, 21(4) 255-270.
13. Smith, L.S. (1998). Concept analysis: Cultural competence. *Journal of Cultural Diversity*, 5(1), 4-10.
14. Trim, J.L.M. (2005) 'The Role of the Common European Framework of Reference for Languages in Teacher Training.' Lecture delivered in Graz, September 2005. <http://www.ecml.at/document/press/trim.pdf>.
15. Watts, R. J., Serrano-Garcia, I. (2003). The quest for a liberating community psychology: An overview. *American Journal of Community Psychology*, 31, 73-78.
16. Wierzbicka, A. (1985). Different cultures, different languages, different speech acts: Polish vs. English. *Journal of Pragmatics*, Volume 9, Issues 2–3, June 1985, 145–178.



# PHARMACOECONOMIC OF TREATMENT OF FABRY DISEASE WITH AGALSIDASE ALFA

*Kamusheva M.S., Petrova G.I.*

*Medical University, Sofia, Bulgaria*

**Summary.** Fabry disease is a rare lysosomal disorder connected with accumulation of globotriaosylceramide and other glycosphingolipids in the body. The main clinical manifestations of the disease are pain, angiokeratoma, proteinuria, cardiovascular, cochlea-vestibular and cerebrovascular disorders. Enzyme replacement therapy with agalsidase alfa or agalsidase beta is critically for slowing the progression and complications of the disease. This publication is focused on the use of agalsidase alfa in the treatment of Fabry disease in comparison with treatment with agalsidase beta which is reimbursed by National Health Insurance Fund (NHIF) in Bulgaria. The current analysis was conducted from the perspective of payer – NHIF – and it is based on clinical trials, pharmacoeconomic studies and budget impact analysis. Implementation of enzyme replacement therapy with agalsidase alfa in Positive Drug List in Bulgaria is associated with little higher costs for NHIF in comparison with the alternative drug agalsidase beta - 2 373 866.00 BGN (= 1 209 488.07 Euro) and 2 243 401.12 BGN (=1 143 016.03 Euro) respectively. The higher drug costs could be justified by significant advantages of the new drug agalsidase alfa: better immunogenic profile, reduced time for infusion– 40 minutes with agalsidase alfa and 75 minutes with agalsidase beta; adequate and unproblematic delivery of drug with INN agalsidase alfa.

**Key words:** agalsidase alfa, pharmacoeconomics, Fabry disease.

## INTRODUCTION:

Fabry disease is a rare progressive X-linked recessive disorder of lysosomal depots due to deficient activity of enzyme called  $\alpha$ -galactosidase A. This leads to accumulation of globotriaosylceramide and other glycosphingolipids in the body. As a result there are cell dysfunction, microvascular pathology, and progressive tissue

and organ damages – cardiovascular, neurological (pain), renal (proteinuria) and cerebrovascular.

The disease affects all ethnic groups and more frequently is occurred in males. It's estimated that Fabry disease affects 1 in every 40 000 to 60 000 males.

Because of the progression of Fabry disease and absorption of the complications there is a need of implementation of antihypertensive, non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs), tricyclic antidepressant and other pharmacotherapy methods to relieve the symptoms.

There are a lot of studies which show that enzyme replacement therapy could prevent or slow the progression and could increase the expected duration of life and improve quality of life of patients.

Objective of the current study is to evaluate the budget impact of the introduction of agalsidase alfa for the treatment of Fabry disease in national setting.

#### MATERIALS AND METHODS:

The current pharmacoeconomic analysis was conducted from the perspective of payer and it is based on the results of clinical trials and cost of therapy compared with an alternative drug for treatment of Fabry disease which is paid by National Health Insurance Fund.

The study was performed as three step analysis. First was analyzed systematically the available literature for the effectiveness and cost effectiveness of both alternatives by searching the PubMed and Google Scholar. Randomized clinical trials with data for products efficacy were selected and compared. Then was calculated the cost of therapy with the alternatives by multiplying the patients weight with the recommended doses. At the end was performed budget impact analysis with the assumption that every year within the 5 year period 2 new patients were treated with agalsidase alfa.

#### RESULTS AND DISCUSSION:

##### **I. Clinical trials results**

The safety and efficacy of drug with INN agalsidase alfa are defined in 4 clinical studies: *TKT003*, *TKT005*, *TKT010*, *TKT028*. There are 3 additional clinical

trials for safety and efficacy in special groups of patients: *TKT014* in female with Fabry disease and *TKT023* and *TKT029* in pediatric patients. (Table 1)

The goal of the study TKT003 was to investigate the effect of drug on the pain using Brief Pain inventory method in 6-th month and to assess the renal function and pathology. 26 men over 18 years old were randomized in two groups: 14 patients receive alfa galactosidase A and 12 – placebo. In the first group there is progressive drop of pain points – 3.8 in the beginning to 2.7 in the end of 24<sup>th</sup> week in comparison with placebo group. There is increasing of normal glomeruli in the first group – 20%.

Clinical trial TKT005 with duration of 6 months covers 15 male patients, randomized in 2 groups: patients in first group receive 0.2mg/kg aglasidase alfa i.v. for 40 minutes and the patients in the second group are placebo group. In the patients receiving drug the level of Gb3 (globotriaosylceramide ) is reduced with 45% in plasma. There is approved cardiac function – the level of Gb3 in heart is decreased with 19% as well as reduction of left ventricular mass with 6.2%.

15 female patients are included in clinical trial TKT014 and they have at least three affected by the disease organs and systems: neuropathic pain, cerebrovascular accident, and hypertrophy of left ventricle or renal dysfunction. They receive 0.2mg/kg i.v. aglasidase alfa for 55 weeks.

Clinical trial	Goal of clinical trial	Design of the study	Results	Serios adverse drug reactions
<i>TKT003</i>	<b>Phase II/III:</b> assessment of safety and clinical efficacy (pain)	Randomized double blind, placebo controlled, single centre	Decrease of pain; Reduction of number of patients taking pain killers; Reduction of number of days of taking pain killers; Increase of number of normal glomeruli; Reduction of average duration of QRS complex.	Bleeding in injection site, allergic reaction, chest pain,, hearing decreased, anaemia, fever; TKT006: ataxia, chest pain, viral hepatitis, deficiency of Vit B12, muscle weakness, cerebrovascular disorder
<i>TKT005</i>	<b>Phase II/III:</b> assessment of safety and clinical efficacy (cardiac function)	Randomized double blind, placebo controlled, single centre	Decreased level of Gb3; Reduction of left ventricular mass	Pharyngitis

<b>TKT010</b>	<b>Phase II/III</b>	Randomized double blind, placebo controlled	Statistically insignificant	
<b>TKT028</b>	<b>Phase III:</b> comparison the effects of several dosage regimens on cardiac function and structure	Prospective multicenter open label design	No results	
<b>TKT014</b>	<b>Phase II:</b> to assess safety and efficacy in female patients	Open label, placebo controlled	Decreased levels of Gb3; Reduction of left ventricular mass; Increased average assessment of quality of life of patients	Hypertension, Хипертензия, exacerbation of COPD; myocardial infarction; cerebrovascular accident; acute hearing loss
<b>TKT023</b>	<b>Phase I/II:</b> to assess the safety and efficacy in pediatric patients	Prospective multicenter open-label	Normal renal function; Normal quality of life; Normalization of sweating	

**Table 1** Clinical trials for drug with INN agalsidase alfa

The average level of Gb3 is decreased as well as left ventricular mass - with 23g/m<sup>2</sup> on 27<sup>th</sup> week from the beginning. The average points for quality of life, measured by SF-36 form, are higher than in the beginning.

The clinical efficacy is measured by the level of Gb3, renal and cardiac function, sweating and quality of life in pediatric patients with Fabry disease (clinical trial TKT023). Renal function is stable after 6 months as well as the average level of albumin excretion is decreased from 50mg/24h to 27.6mg/24h. The most of patients have normal or closely to normal level of quality of life.

## **II. Published pharmacoeconomic studies**

There are two models for agalsidase alfa which are designed in Italy and Norway.

In Italy the number of patients with Fabry disease are 220 – 32% take agalsidase alfa and 41% - agalsidase beta. The costs for clinical visits, tests, ERT, co-medication, dialysis are calculated on the basis of price in the period 2008-2009: 28 299 832 Euro for all patients. This sum represents 0.03% of Italian healthcare budget. Sensitivity analysis experiences the influence of change the therapy – from

agalsidase beta to agalsidase alfa. The results indicate that the annual costs are reduced by 1% to 28.1 million Euro. This change of pharmacotherapy release hospital resources because of shorter time of infusion of agalsidase alfa than agalsidase beta. In Norway the patients are 60 – 23% take aglasidase alfa and 30% - aglasidase beta. Total costs are 6 695 645 Euro which are 0.05% of the total healthcare budget of Norway.

Model includes 1000 hypothetical patients from Wales and their average weight is 50kg. The additional costs for ERT with agalsidase alfa is £887 858 and increasing of QALY with 3.51. This leads to ICER equal to £252 951 per QALY. ICER for agalsidase beta is £252 112 per QALY.

Average costs for untreated patients	Average costs for treated patients	Average QALY for treated patients	Average QALY for untreated patients	Incremental costs	Incremental QALY	ICER (£/QALY)
34 329	2 572 122	24.76	14.69	2 537 792	10.07	252 112

**Table 2** Cost-effectiveness of ERT in patients with Fabry disease

### III. Pharmacotherapy costs

#### 1. Pharmacotherapy costs for Agalsidase alfa

INN	Pharnaceutical form	Dosage	CIP manufacturer price
Agalsidase alfa	concentrate for solution for infusion	0,2mg/kg every other week	14 343,43BGN (for 4 fl.)

**Table 3** Dosage and and price for drug with INN agalsidase alfa

1 ml concentrate for solution for infusion contain 1 mg agalsidase alfa. Each vial of 3.5ml of concentrate contains 3.5mg aglasidase alfa. It is administered every other week by intravenous infusion, i.e. in 26 weeks in 1 year. The price of 4 vials is 14 343.43 BGN (= 7308.00 Euro) and of 1 vial is 3585.90BGN (=1827.02 Euro). (**Table 4**) There are data that the number of patients with Fabry disease who are treated with ERT in Bulgaria is 7. Their age and weight, which is consistent with the norms for the age of the patients due to lack of actual data, are presented in Table.

Total amount of pharmacotherapy with Agalsidase alfa for 7 patients for 1 year is 2 373 866.00 BGN (=1 209 488.07 Euro).

Age (years)	Weight (kg)	Single dose (mg)	Number of vials for 1 year	Cost of pharmacotherapy/year (BGN)
12	30	30*0,2 = 6	~52	52*3585,9 = 186 466,8
18	50	50*0,2 = 10	~78	78*3585,9 = 279 700,2
19	55	55*0,2 = 12	~78	78*3585,9 = 279 700,2
23	60	60*0,2 = 12	~90	90*3585,9 = 322 731
50	70	70*0,2 = 14	~104	104*3585,9 =372 933,60
55	80	80*0,2 = 16	~130	130*3585,9 =466 167,00
55	85	85*0,2 = 17	~130	130*3585,9 =466 167,00
<b>Total cost for pharmacotherapy for 7 patients/year</b>				<b>2 373 866,00</b>

**Table 4** Cost of ERT with agalsidase alfa in 7 bulgarian patients with Fabry disease

## 2. Pharmacotherapy costs for Agalsidase beta

INN	Pharmaceutical form	Dosage	CIP manufacturer price
Agalsidase beta	powder for concentrate for solution for infusion	1mg/kg every other week	6986,30 BGN for 1 vial

**Table 5** Dosage and and price for drug with INN agalsidase beta

The content of Agalsidase beta in 1 vial of 7 ml is 35mg (5mg/1ml). The infusion is realized every other week, i.e. for 26 weeks in 1 year. The price for 1 vial is 6986.30 BGN (=3559.53 Euro). (**Table 5**)

The data for treated Bulgarian patients with Fabry disease are presented in **table 6**. Total pharmacotherapy cost with agalsidase beta for 7 patients for 1 year is 2 243 401.12 BGN (=1 143 016.03 Euro).

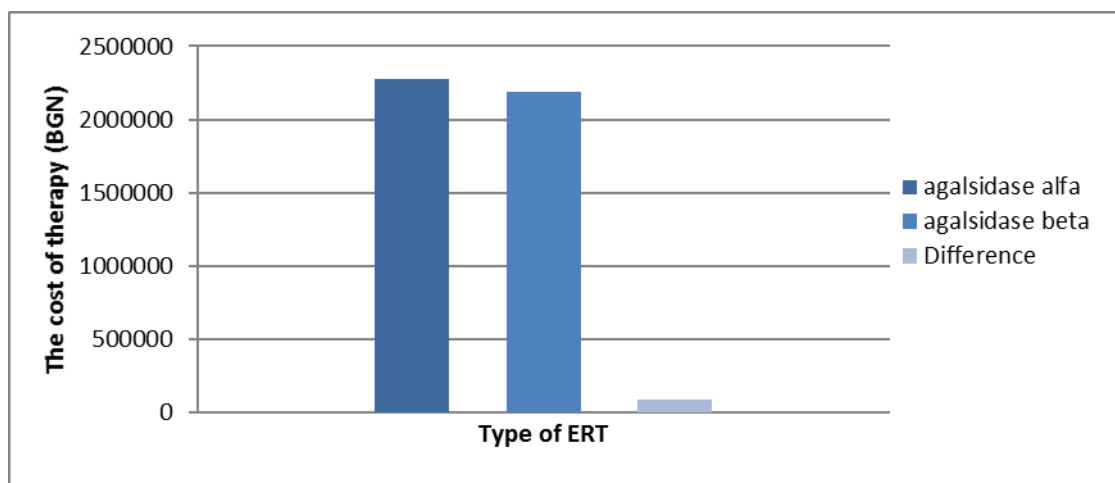
Age (years)	Weight (kg)	Single dose (mg)	Number of vials for 1 year	Cost of pharmacotherapy/year (BGN)
12	30	1*30=30	~26	22*5811,92=127 862,24
18	50	1*50=50	~52	52*5811,92=302219,84
19	55	1*55=55	~52	52*5811,92=302219,84
23	60	1*60=60	~52	52*5811,92=302219,84

50	70	1*70=70	~52	52*5811,92=302219,84
55	80	1*80=80	~78	78*5811,92=453 329,76
55	85	1*85=85	~78	78*5811,92=453 329,76
<b>Total cost for pharmacotherapy for 7 patients/year</b>				<b>2 243 401,12</b>

**Table 6** Cost of ERT with agalsidase beta in 7 bulgarian patients with Fabry disease

### 3. Comparison between pharmacotherapy cost for ERT

There are higher costs for treatment with aglasidase alfa than agalsidase beta (86 748.70 BGN (= 44 198.58 Euro) is the difference). (**Chart 1**)



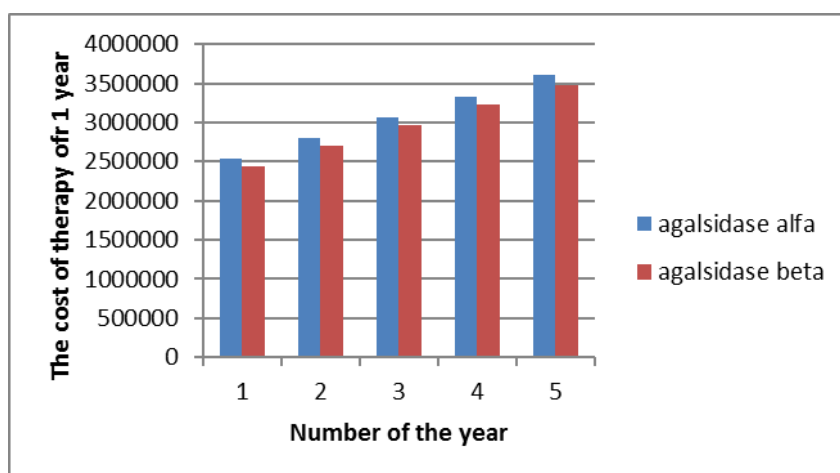
**Chart 1** Pharmacotherapy costs for 7 patients with Fabry disease in Bulgaria and the amount of cost savings for NHIF

### 4. Including new patients

The implementation of 2 new patients every year leads to increasing in pharmacotherapy costs for two group of patients. If the weight of these 2 new patients is 50kg, the annual pharmacotherapy costs for their treatment are:

- For afalsidase alfa: 74 vials/year => 265 356.60 BGN (=135 199.56 Euro)
- For aglasidase beta: 37 vials/year => 258 493.10 BGN (= 131 702.60 Euro)

On the **chart 2** is followed the increasing of pharmacotherapy costs for period of 5 years. The value for aglasidase alfa is higher than agalsidase beta.



**Chart 2** Costs for Enzyme replacement therapy (ERT) as a result of implementation of new patients for 5 year period

### CONCLUSIONS:

Implementation of enzyme replacement therapy with agalsidase alfa in Positive Drug List in Bulgaria is associated with little higher costs for NHIF in comparison with the alternative drug agalsidase beta. These higher drug costs could be justified by significant advantages of the new drug agalsidase alfa:

- Better immunogenic profile because of the use of human cell line to obtain the enzyme product. For comparison – for the alternative drug the cell line is from Chinese hamster;
- The time for infusion is reduced – 40 minutes with agalsidase alfa and 75 minutes with agalsidase beta;
- There is adequate and unproblematic delivery of drug with INN agalsidase alfa. For comparison: EMA reports for lack of delivery of drug with INN agalsidase beta because of manufacturing problem. This is associated with risks for providing of timely treatment for patients with Fabry disease.

### REFERENCES:

1. Е. Паскалев, С. Зеленски, Н. Боянова, С. Тодоров, Т. Харалампиева, Болест на Фабри, Медицински преглед, 47, 2011, (4), 15-21.
2. Schiffmann, R. et al. Infusion of alpha-galactosidase A reduces tissue globotriaosylceramide storage in patients with Fabry disease. – Proc. Natl. Acad. Sci. USA, 97, 2000, 365-370.



3. Lenoir, G. et al. La maladie de Fabry. Traitement du syndrome acrodyniforme par la carbamazepine. –Arch. Fr. Pediatr., 34, 1977, 704-716.
4. Eng, C. M. et al. A Phase 1/2 clinical trial of enzyme replacement in Fabry disease: pharmacokinetic, substrate clearance, and safety studies. – Am. J. Hum. Genet., 68, 2001, 711-722.
5. Germain, D. P. Fabry disease (alfa-galactosidase A deficiency): new therapeutic perspectives. – J. Soc. Biol., 196, 2002, 2, 183-190.
6. Schiffmann R, Kopp JB, Austin HA, Sabnis S, Moore D, et al. (2001) Enzyme Replacement Therapy in Fabry Disease: A Randomized Controlled Trial. JAMA.
7. Hughes DA, Elliott PM, Shah J, Zuckerman J, Coghlan G, et al. (2008) Effects of enzyme replacement therapy on the cardiomyopathy of Anderson-Fabry disease: a randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial of agalsidase alfa. Heart. 2008(94): 153-158.
8. Baehner F, Kampmann C, Whybra C, Miebach E, Wiethoff CM, et al. (2003) Enzyme replacement therapy in heterozygous females with Fabry disease: Results of a phase IIIB study. J Inherit Metab Dis. 26, 617-627.
9. Ries M, Clarke JT, Whybra C, Timmons M, Robinson C, et al. (2006) Enzyme-Replacement Therapy With Agalsidase Alfa in Children With Fabry Disease. Pediatrics., 924-932.
10. Solli O, Jenssen T, Kristiansen IS. (2010) Diabetes: cost of illness in Norway. BMC: Endocrine Disorders.
11. Guest J. (2010a) Modelling the Resource Implications and Budget Impact of Managing Adults with Fabry Disease in Italy.
12. CRC, Spiewanowski P, McEwan P, Wechowski J. (2007) Economic Evaluation of Replagal in the treatment of Fabry Disease.
13. The shortages catalogue, EMA, [http://www.ema.europa.eu/docs/en\\_GB/document\\_library/Other/2013/11/WC500153780.pdf](http://www.ema.europa.eu/docs/en_GB/document_library/Other/2013/11/WC500153780.pdf), Accessed 02.2014.
14. Germain, D., Fabry disease, Orphanet Journal of Rare Diseases 2010, 5:30

# CHILDREN WITH DIABETES. THE TREATMENT AND EFFECT OF CONTINUOUS INSULIN INFUSION

*Petkova E., Petkova V., Dimitrova M., Petrova G., Konstantinova M.*

*Medical University of Sofia,*

*Sofia, Bulgaria*

**TITLE:** Assessment of effect of continuous subcutaneous insulin infusion treatment for children with diabetes

## **INTRODUCTION:**

Diabetes cannot be treated but can be controlled through unmodified regular human insulin (RHI) thus achieving the glycaemic target. But patients often suffer from postprandial hyperglycaemic excursions, together with an increased risk of hypoglycaemia in the post-absorptive period.

Fortunately, the last few years have seen great progress in the study and treatment of diabetes. Recent meta-analyses in the published medical literature have found improved glycaemic control with continuous subcutaneous insulin infusion (CSII) compared with multiple daily injections (MDI) of insulin for patients with diabetes mellitus. Maintaining a good blood sugar level, a diabetic can practically lead the life of a non-diabetic. The well-developed economic countries, which provide state programs for diabetes, view diabetes as a way of life rather than as a disease. In Australia, CSII is predominantly used in type 1 diabetes mellitus patient populations.

**OBJECTIVES:** To assess the cost of using CSII of insulin to treat children with diabetes type in Sofia, Bulgaria and to compare it with the changes in BMI and HbA(1c). The study was performed from the point of view of the health insurance fund and patients.

**METHODS:** A combined retrospective and prospective analysis of children patients' records after the introduction of CSII was performed. Cost of CSII, blood

glucose monitoring system and strips was calculated. The primary outcome observed was the variation in HbA(1c) and the secondary was the BMI change.

The data was collected from the Endocrinology and Pediatric clinic, Military Medical Academy (MMA) during the period 01.01.2013 – 31.07.2013. (7 months). 34 children were observed divided into two groups – Group 1 using CSII and Group 2 – control group on analogue insulin treatment with a pen device. The data collected from the patients’ dossier include demographics about their age, sex, weight, duration of disease and HbA(1c) and type of treatment (CSII or analogue insulin treatment with a pen device).

**RESULTS:** Subcutaneous insulin infusion (CSII) systems are of a limited usage because they are not reimbursed by the health insurance fund in the country. The university pediatric clinic is introducing them on the request of the parents and only 30 children apply such. 11 children with diabetes type 1 during the period 1999 – 2011 were observed (mean age 10 years, mean duration of the disease is 7 years, average usage of CSII - 3 years). The CSII price is 3896 Euro and compared to the duration of usage it costs 1292 euro per patient per year. The blood glucose monitoring system costs 20 Euro and for the duration of the disease - 4.96 Euro per patient per year. The test stripes costs 533 Euro/ year (1100 stripes per year) and their average cost according to the duration of the disease is 3779.45 Euro since diagnosis. Thus the total yearly cost weighed with the duration of the disease is 1850 Euro (30% reimbursed). The average improvement of HbA (1c) after the CSII introduction is 1.72 and the average BMI was 37.03.

	Gender	Age (Months)	BMI 1	BMI 2	HbA (1c)1	HbA (1c) 2	Months with diabetes
Pumps	1.41± 0.507	113.82± 49.054	17± 2.739	19.65± 1.272	8.79	6.94± 0.659	66.65± 41.07
Insulin	1.47± 0.514	112.41± 42.705	18± 2.716	19.47± 2.125	9.76± 1.640	8.88± 1.364	41.71± 22.79

	Insulin cost	Pump cost	Pen cost	Consummative
pumps	37.83±12.00	7850.00	-	870.00
insulin	58.41±18.692	-	150.00	225.00

**CONCLUSIONS:** Improvements in glycemic control associated with CSII led to reduced HbA(1c) that can guarantee good diabetes management, but its control over BMI in growing children is still unclear. Diabetes in a small child places considerable stress on the family in terms of daily injections, dietary management, recognition of hypoglycaemia, and coping with frequent intercurrent illness, which is a normal feature of life in young children. Diabetes in the young child is not rare and seems to show some clinical and epidemiological differences from diabetes in older people.

**REFERENCES:**

1. Cohen N, Minshall ME, Sharon-Nash L, Zakrzewska K, Valentine WJ, Palmer AJ. Continuous subcutaneous insulin infusion versus multiple daily injections of insulin: economic comparison in adult and adolescent type 1 diabetes mellitus in Australia. *Pharmacoeconomics*. 2007;25(10):881-97
2. Diabetes Control and Complications Trial Research Group. Effect of Intensive diabetes treatment on the development and progression of diabetes mellitus. *Diabetes Control and Complications Trial*.
3. Nordfeldt S, Jonsson D., Short-term effects of severe hypoglycaemia in children and adolescents with type 1 diabetes: a cost-of- illness study. *Acta Paedi-atr*. 2001
4. Vignati L, Anderson JH, Iversen PW Efficacy of insulin lispro in combination with NPH human insulin twice per day in patients with insulin-dependent or non-insulin-dependent diabetes mellitus. Multicenter Insulin Lispro Study Group. *Clin Ther*. 1997 Nov-Dec;19(6):1408-21

## 10 ЛЕТ СОЦИАЛЬНОЙ ФАРМАЦИИ В МОЛДОВЕ

*Брумэрел М.Д.; Сафта В. Н.; Адаужи С.Б.; Безверхни З.А.*

*Государственный университет медицины и фармации*

*им. Н. Тестемицану,*

*г. Кишинев, Молдова*

**Резюме.** В данной статье проведен краткий обзор развития дисциплины социальной фармации, как в мировой практики, так и в Республике Молдова в частности.

**Ключевые слова:** социальная фармация, учебный план, фармацевт, профессия.

### **Введение**

Фармацевтическая практика существенно изменилась за последние 50 лет. Вследствие бурного развития химико-фармацевтической промышленности, а также фармакологии и других отраслей науки, сильно изменилась роль фармацевта в системе здравоохранения. До начала 60-70 гг. прошлого столетия, профессионализм фармацевтов был четко и неоспоримо определен их компетенциями в изготовлении фармацевтических форм (рис.1). Переориентация фарм-промышленности на изготовление ЛС в индивидуальных упаковках, сопровождающимися подробными и понятными инструкциями для пациентов, а также переход многих эффективных препаратов из категории рецептурных в безрецептурные (ОТС), существенно подорвало авторитет фармацевтов как единственных специалистов в области лекарственных препаратов и поставило под угрозу само существование профессии как таковой. Многочисленные дебаты в научной и практической среде разразились в период 70-80 гг. XX века касательно целесообразности существования подготовки фармацевтических кадров в будущем [1,2].

В результате развития кризиса профессии появилось новое направление – клиническая фармация, изначально в больничных учреждениях, а затем и в

амбулаторной практике. Дальнейшее развитие данного направления привело к появлению в 90 гг. концепции фармацевтической помощи (Pharmaceutical Care), которая на сегодняшний момент определяет профессиональную философию фармацевтической деятельности в большинстве развитых стран [4]. В этом контексте, фармацевт гораздо ближе взаимодействует с пациентами (населением) ввиду предоставления информации о лекарствах, а также консультирования о рациональном использовании ЛС. Главная функция фармацевта сместилась от производителя ЛС в сторону консультанта о ЛС.

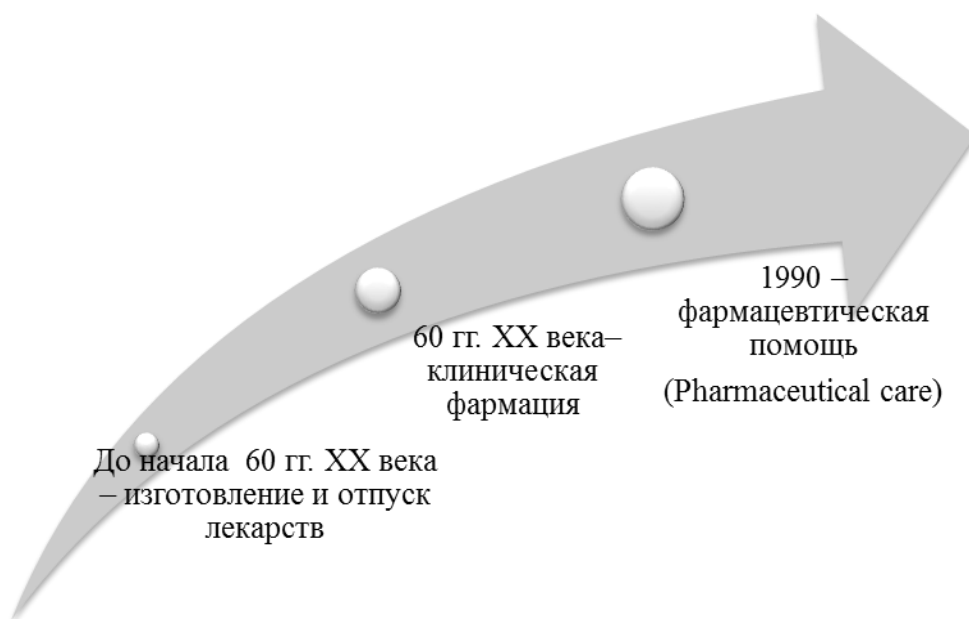


Рис. 1. Эволюция роли фармацевта в системе здравоохранения

Таким образом, современный фармацевт должен быть хорошо подготовлен для взаимодействия с пациентом, необходимы знания в области психологии и поведенческой теории потребителей ЛС. Только так возможно получить оптимальные клинические результаты лекарственной терапии пациента. Концепция поведенческих наук и психологии здравоохранения стоит в основе социальной фармации и должна преподаваться следующим поколениям фармацевтов. Об этом впервые заговорили еще в 1969 в рамках конференции организованной проф. Sonnendecker в г. Мэдисон. Первый учебником по социальной фармации был издан в 1973 авторами Wertheimer A.I и Smith M. Спустя 8 лет впервые была организована кафедра социальной и

административной фармации в Philadelphia College of Pharmacy and Science, Minnesota, USA [9].

### **Мировая практика**

Исходя из растущей потребности в качественно новых знаниях для практикующего фармацевта, многие фармацевтические учебные учреждения по всему миру внедрили в свои учебные планы такую дисциплину как Социальная фармация [6,8]. Schaefer et al. дал следующее определение социальной фармации как «*междисциплинарная наука, которая изучает вопросы, связанные с лекарственными препаратами в более широкой перспективе и включает в себя правовые, этические, экономические, политические, социальные, коммуникативные и психологические аспекты в целях содействия безопасному и рациональному использованию лекарственных средств*» [7]. Также, были определены основные подразделы социальной фармации, как гибридной дисциплины (рис.2):

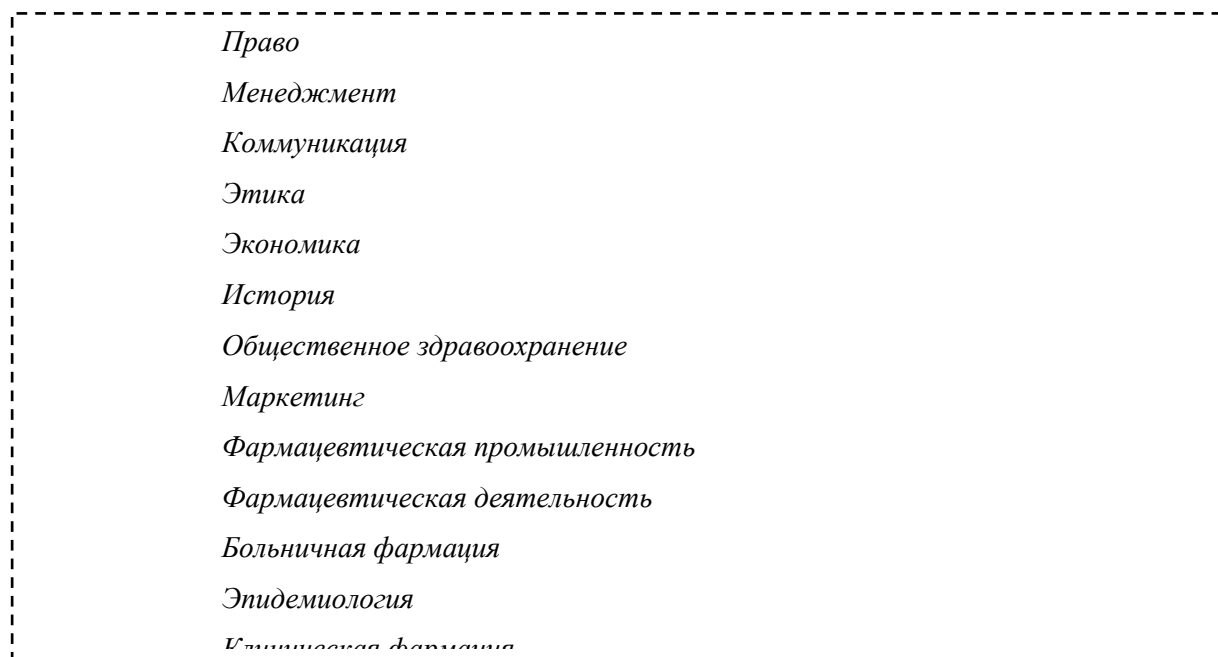


Рис.2. Разделы социальной фармации (Schaefer, et al. Journal of Social and Administrative Pharmacy, 1992, 9(4):141-14)

Согласно последнему исследованию, проведенному Kostriba J et al, в 41% из 51 фармацевтических учебных учреждений участвовавших в опросе, есть кафедры социальной фармации и отдельная дисциплина [5]. В европейских

странах кафедра социальной фармации присутствует в гораздо большей доли учебных учреждений – 52,6%. В 83% учебных учреждений Европы и развивающихся стран дисциплина социальной фармации является обязательной, а в Северной Америки – в 96%. Авторы выявили большие отличия между учебными программами и соотношением подразделов в преподавании социальной фармации в разных странах.

Например, в Великобритании учебные планы всех фармацевтических факультетов включают социальную фармацию, в среднем по 30 часов личного контакта преподавателя и студента. В 6 учебных учреждениях Великобритании социальная фармация преподается в течении 3 учебных лет, в остальных – 1 год [3].

### **Социальная фармация в Молдове**

У истоков социальной фармации в Республики Молдова стоял В.И.Прокопишин, д.ф.н., член-корреспондент АНРМ, профессор. В 1999 году кафедра Организации и экономики фармации при ГУМФ им. Н. Тестемицану была переименована в Кафедру социальной фармации, а в 2009 получила свое нынешнее название – кафедра социальной фармации им. В.И. Прокопишина.

Сам предмет социальной фармации был впервые внедрен в учебный план в 2004-2005 у.г для студентов 5 курса фармацевтического факультета. Учебная программа была разработана совместно с коллегами с кафедры социальной фармации Университета Хельсинки – проф. Marja Airaksinen, а также после участия сотрудника кафедры в международной конференции по социальной фармации, которая состоялась в 2004 на Мальте. Изначальная программа предусматривала 68 часов в 9 семестре, из которых 17 – лекции и 51 – практические занятия. Лекционный курс проводился профессором В.И. Прокопишиным и профессором - В.Н.Сафта, позже – доцентами С.Б.Адаужи и З.А.Безверхни. Курс оканчивался дифференцированным зачетом. Основными разделами учебной программы являлись: социальная значимость ЛС; методы исследования в СФ; общение с пациентов в аптеке; правила Надлежащей аптечной практики; Самолечение и фармацевтическая опека и др.



В связи с пересмотром и модернизацией учебного плана, на фармацевтическом факультете ГУМФ им. Тестемицану, была пересмотрена и учебная программа по социальной фармации. Новая программа была внедрена в нынешнем 2013-2014 учебном году. В связи с изменениями в длительности 9 семестра количество часов по социальной фармации было снижено до 56 (14 – лекции и 42 - практические занятия). Но, основной раздел фармацевтической опеки был перенесен в 10 семестр в отдельный предмет. 10 семестр был увеличен до 24 недель, в течение которых студенты проходят государственную практику в аптеках открытого типа и больничных аптеках. Параллельно, студенты посещают занятия по «Информационным системам и фармацевтической помощи». В новую учебную программу были включены новые разделы, такие как: основы фармакоэкономики; основы фармакоэпидемиологии; рациональное использование ЛС; ошибки лекарственной терапии; менеджмент фармацевтических услуг; управлением качеством фармуслуг и др. В результате изучения социальной фармации студенты осваивают методы анализа факторов, которые влияют на эффективность, безопасность и доступность фармацевтической помощи; принципы межпрофессиональных отношений и этики; навыки эффективного общения; проведения фармакоэкономического анализа; разработки стандартных операционных процедур; критического анализа рекламы ЛС и т.д. Предмет заканчивается устным экзаменом, состоящим из теоретических вопросов, а также ситуационной задачи.

Один из современных методов, используемый в преподавании социальной фармации является студенческие мини-исследования, которые проводятся на протяжении 9 семестра и результаты которых представляются на студенческой конференции, проводимой в конце семестра. Тематика этих исследований определяется в процессе занятий исходя из актуальных проблем фармацевтической практики в нашей республике.

Кроме этого, в период государственной практики согласно новой учебной программе, студенты проводят обзор лекарственной терапии пациента,

фармаконадзор, анализ консультации предоставленной фармацевтом и другие мероприятия закрепляя тем самым навыки, полученные на теоретических занятиях по социальной фармации.

В перспективах внедрение виртуальной аптеки в учебный процесс с возможностью симуляции реальных ситуаций взаимодействия фармацевта и пациента.

Помимо учебного процесса, в рамках дисциплины социальной фармации проводится и научная работа, тематика которой зависит от существующих проблем фармацевтической деятельности: лекарственное обеспечение амбулаторных и стационарных пациентов; механизмы компенсации стоимости ЛС; управление качеством фармацевтических услуг; оптимизация и развитие регуляторной практики и др. Партнерами исследований являются национальные организации, такие как Агентство по Лекарствам и Медицинской Техники, Министерство Здравоохранения, а также и международные партнеры: Всемирная Организация Здравоохранения; Европейский Директорат Качества Лекарственных средств и помощи; Лондонская Школа Экономики и др.

#### **Литература:**

1. Anderson C. Social pharmacy: the current scenario. *Indian J Pharm Pract* 2008;1:1–5
2. Harding G, Taylor K. Responding to change: the case of community pharmacy in Great Britain. *Sociol Health Illn.* 1997; 19:547–560.
3. Harding, Geoffrey; Taylor, Kevin M. G: Teaching social pharmacy: The UK experience. *Pharmacy Education*, 2006; 6(2):125–131.
4. Helper, D.D. & Strand, L.M., Opportunities and Responsibilities in Pharmaceutical Care, *Am.J. Pharm.Educ.*, 53, 7S-15S(1989).
5. Kostriba J, Alwarafi A, Vlcek J. Social Pharmacy as a field of study in undergraduate pharmacy education, *Indian Journal of Pharmaceutical Education and Research* 2014; 48-1:6-12.

6. Ryan K, Bissell P, Anderson C, Morgall Traulsen J, Sleath B. Teaching social sciences to undergraduate pharmacy students: an international survey. *Pharm Educ* 2007;7:1–9
7. Schaefer M, Leufkens HGM, Harris MF. The teaching of social pharmacy/ pharmacy administration in colleges of pharmacy with special regard to the situation in Germany. *Journal of Social and Administrative Pharmacy*. 1992;9:141–148.
8. Sorensen EW, Mount JK, Christensen ST. The concept of social pharmacy, The chronic ill 2003;7:8-11.
9. Wertheimer A. Social/behavioural pharmacy the Minnesota experience. *J Clin Pharm Ther* 1991;16:381–383

**Summary.** This article provides a brief overview of the development of the Social Pharmacy discipline, both in the world practice, and in the Republic of Moldova in particular.

**УДК 615.12:349.22:378.091**

**НАВЧАННЯ ТА ТРУДОВА ДІЯЛЬНІСТЬ СТУДЕНТІВ:  
МОЖЛИВОСТІ СУМІЩЕННЯ**

***Котвіцька А.А., Суріков О.О., Кононенко О.В.***

***Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна***

На сьогодні більшість майбутніх випускників Національного фармацевтичного університету (НФаУ) мають бажання розпочати трудову діяльність ще під час навчання. Основними мотивами до цього є набуття професійного досвіду та отримання додаткових коштів. Однак трудова діяльність студентів підлягає особливому нормативно-правовому регулюванню,

а тим більше в сфері роздрібної торгівлі лікарськими засобами (ЛЗ), до якої висувається значно більше вимог, ніж до звичайної роздрібної торгівлі продуктами харчування, непродовольчими товарами тощо.

З огляду на вищезазначене, метою нашого дослідження стало здійснення аналізу нормативно-правової бази стосовно працевлаштування студентів в аптечних закладах та суміщення навчання в університеті з трудовою діяльністю.

Відповідно до ієрархії нормативно-правових актів, найбільш значимим документом, який регулює соціально-економічні відносини, є Конституція України, частиною 1 ст. 43 якої встановлено, що кожному громадянину гарантовано право на працю, що включає можливість заробляти собі на життя працею, яку він вільно обирає або на яку вільно погоджується. Частиною 1 ст. 54 Закону України «Про вищу освіту» студентам надано право здійснювати трудову діяльність у позанавчальний час:

- у будні дні – у вільний від занять час;
- у вихідні дні;
- у період канікул.

Частина 1 статті 2 Кодексу законів про працю України встановлює право громадян України на працю, тобто на одержання роботи з оплатою праці не нижче встановленого державою мінімального розміру, включаючи право на вільний вибір професії, роду занять і роботи, що забезпечується державою. Отже, студент має право самостійно обирати підприємство (установу, організацію), на якому він працюватиме, а також сферу трудової діяльності, яка дозволить реалізувати його власний потенціал.

Щодо можливості працевлаштування студентів в аптечних закладах, слід зазначити, що вони здійснюють особливий вид господарської діяльності, яка полягає у виробництві ЛЗ, оптовій, роздрібній торгівлі ЛЗ і на відміну від звичайної роздрібної торгівлі, діяльність з обігу ЛЗ підлягає ліцензуванню відповідно до вимог Закону України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності».

Відповідно до п. 4.1 Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва ЛЗ, оптової, роздрібною торгівлі ЛЗ, особи, які безпосередньо займаються роздрібною торгівлею ЛЗ, повинні мати відповідну спеціальну освіту і відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, зокрема зазначені особи повинні мати:

- диплом державного зразка про фармацевтичну освіту;
- сертифікат про присвоєння (підтвердження) звання провізора загального або клінічного профілю.

За умов чинного законодавства, безпосередньо реалізацію ЛЗ можуть здійснювати провізори-спеціалісти та молодші спеціалісти з фармацевтичною освітою. Також обов'язковою умовою при прийомі на роботу в аптечні заклади є наявність санітарної книги з даними про медичне обстеження та подальший періодичний медичний огляд згідно із законодавством (п. 4.5 Ліцензійних умов).

Зважаючи на бажання студентів, особливо випускного курсу, розпочати свою трудову діяльність ще під час навчання, співробітниками кафедри Соціальної фармації НФаУ було проведено анкетне опитування серед студентів 5 курсу спеціальності «Фармація» стосовно їх досвіду у працевлаштуванні. Загальна кількість респондентів склала 202 студента (16 груп спеціальності «Фармація» та також 2 групи студентів, що мають середню спеціальну освіту (ССО)).

За результатами анкетування встановлено, що більшість студентів, а саме 76% респондентів, мають бажання працювати ще під час навчання в університеті. Відсутність бажання поєднувати трудову діяльність і навчання висловили 23% опитаних, 1% респондентів не зміг визначитися з відповіддю на зазначене запитання (рис. 1). Цікавим є той факт, що досвід суміщення навчання з роботою у фармацевтичній галузі має достатньо велика кількість респондентів, а саме 39%. Не працювали за час свого навчання 61% опитуваних (рис. 2).

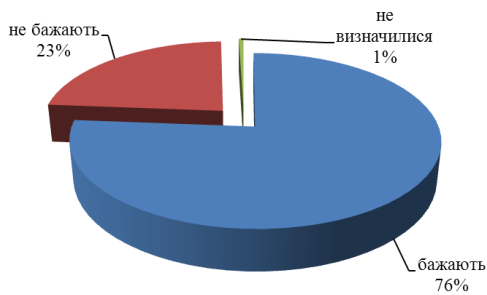


Рис.1. Розподіл студентів за бажанням працювати

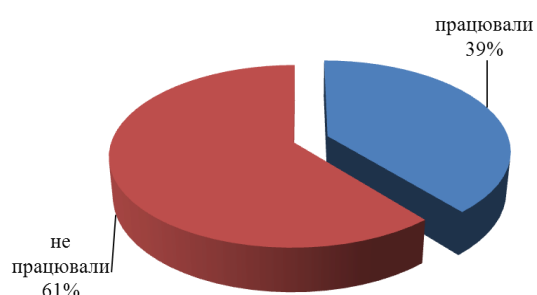


Рис. 2. Розподіл студентів за наявністю досвіду суміщення навчання з роботою

Як свідчать результати анкетування, більшість студентів розпочинає свою трудову діяльність після вивчення ними більшості необхідних профільних предметів та проходження основних видів навчально-виробничої практики на 4 та 3 курсах – 47% та 21% відповідно. На 5 курсі влаштовуються на роботу 10% опитаних. Логічним є те, що найменша кількість респондентів розпочинає свою трудову діяльність на 1 та 2 курсах – 6% та 16% відповідно (рис. 3).

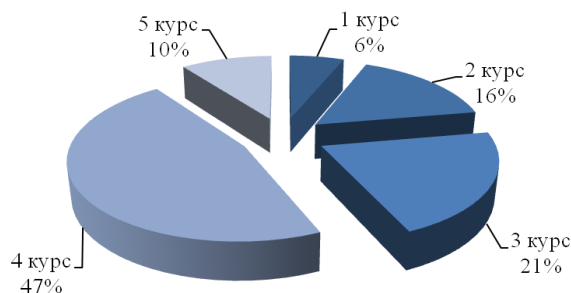


Рис.3. Розподіл студентів за початком трудової діяльності відповідно до курсу навчання

Позитивним є той факт, що в більшості випадків влаштування на роботу студентів супроводжується записом про це в трудовій книзі, що було підтверджено 42% респондентів. Однак достатньо часто зустрічаються випадки, коли роботодавець та студент обмежуються лише усною домовленістю, що засвідчили 10,4% респондентів. Про наявність чи відсутність запису у трудовій книзі не мали бажання повідомляти 47,6% опитаних студентів. Разом з тим, необхідно зазначити, що навіть у разі здійснення запису у трудовій книжці, у більшості випадків зазначається посада, яка не потребує спеціальної фармацевтичної освіти, наприклад, касир. Однак на практиці

студент виконує трудові обов'язки, які не відповідають функціональним обов'язкам касира, та потребують значно більших професійних навичок.

Таким чином, ґрутуючись на здійсненому аналізі НПА, фахівці без спеціальної освіти не мають права займатися професійною діяльністю, пов'язаною з роздрібною торгівлею ЛЗ. Однак вони можуть працювати в аптечних закладах на посадах, які пов'язані з реалізацією косметичних засобів, виробів медичного призначення та іншої продукції, що не є лікарськими засобами. Виняток серед опитаних становлять студенти, які отримали середню спеціальну освіту, зокрема студенти контингенту ССО, що можуть залучатися до роздрібної реалізації ЛЗ.

Також встановлено, що на сьогодні достатньо часто спостерігається невідповідність працевлаштування студентів у фармацевтичній галузі до вимог чинного законодавства, про що свідчать результати проведеного анкетування. У разі бажання студента працювати під час навчання, оптимальним вирішенням даної проблеми, на нашу думку, є більш відповідальне ставлення роботодавців до прийому на роботу студентів та надання їм лише тих трудових обов'язків, що можуть бути виконані відповідно до наявних у них професійних можливостей.

## Література

1. Горяча Л.О. Аналіз сучасних тенденцій підготовки фармацевтичних кадрів у країнах світу / Л.О. Горяча, Т.С. Прокопенко, А.А. Котвіцька // Український журнал клінічної та лабораторної медицини – 2011. – Том 6, № 4. – С. 10-14.

2. Закон України «Про вищу освіту» № 2984-III від 17.01.2002 р., у ред. Закону України від 05.12.2012 р. № 5460-17. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua).

3. Закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» № 1775-III від 01.06.2000 р., у ред. Закону України від 02.02.2014 р. № 732-18. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua).

4. Кодекс законів про працю України від 10.12.1971 р., у ред. від 15.10.2013 р., підстава v008p710-13, v009p710-13. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua).

5. Конституція України № 254к/96-ВР від 28.06.1996 р., у ред. від 22.02.2014 р. № 750-18. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua).

6. Котвіцька А.А. Дослідження міжнародного досвіду викладання дисциплін організаційно-економічного та соціального спрямування у вищих медичних та фармацевтичних навчальних закладах країн світу / А.А. Котвіцька, І.В. Кубарева, І.О. Лобова, О.О. Суріков // Соціальна фармація в Україні: стан, проблеми та перспективи: матер. всеукр наук.-практ. інтернет-конференції за участю міжнародних спеціалістів, 3 квітня 2013 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ, 2013. – С. 59 – 69.

7. Котвіцька А.А. Особливості викладання дисципліни «Соціальна економіка у фармації» для магістрів фармації у НФаУ / А.А. Котвіцька, О.В. Кононенко, І.В. Кубарева // Фармацевтичний часопис. – 2013. – № 2. – С. 126 – 130.

8. Наказ МОЗ України №723 від 31.10.2011 р. «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами», у ред. від 06.08.2013 р., підстава з1186-13. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [zakon.rada.gov.ua](http://zakon.rada.gov.ua).

9. Немченко А.С. Історичні аспекти розвитку організаційно-економічної освіти та науки / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька, І.В. Кубарева, А.В. Волкова // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. - № 3 (23). – С. 32-36.



**СОЦІАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ЯК ОСНОВА ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ  
ВІДПОВІДЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ**

*Котвіцька А.А., Чмихало Н.В., Волкова А.В.*

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна*

Фармацевтичний ринок - це складне поліфункціональне утворення. Його формування пояснюється медичними потребами, але розвивається він відповідно з економічними законами, а ефекти його функціонування мають безсумнівний соціальний зміст.

Соціальний ефект структурування та функціонування фармацевтичного ринку в Україні не може бути вивчений тільки за допомогою маркетингових досліджень, які мають своєю практичною задачею підвищення прибутковості фармацевтичних компаній. Адекватного уявлення про фармацевтичний ринок не надають також і фармакоепідеміологічні дослідження, оскільки вони орієнтовані на вивчення клінічних ефектів споживання лікарських засобів. Ефективною є така модель вивчення фармацевтичного ринку, в якій дані, отримані методами зазначених наук, узагальнені і інтерпретовані в категоріях соціальної фармації і соціального маркетингу.

Проблема застосування соціології у такій сфері життя і діяльності людини, як здоров'я почала розглядатися в 60-70 роки минулого сторіччя. У цей час свої роботи цій проблемі присвятили Zola IK, Zborowski M., Wright - Mills C. [12-16].

Соціологія фармації, як підгалузь соціології медицини, давно і успішно розвивається в західних країнах. Ще у квітні 2005 р. у Великобританії було опубліковано звіт Комітету з охорони здоров'я Палати громад «Вплив фармацевтичної галузі», який дозволив британським парламентаріям зробити висновок про те, що відсутність адекватних механізмів, які спрямовують діяльність галузі у відповідності з інтересами суспільства, здійснює істотний вплив на суспільне здоров'я. За кордоном вивченням проблем, пов'язаних із

соціальними аспектами просування фармацевтичними компаніями своєї продукції, займаються M. Angell, D. Blumenthal, D. Healy, J. Lexchin, B. Mintzes, R. Moynihan та інші дослідники.

В Україні численні огляди діяльності фармацевтичних компаній носять маркетинговий характер і не ставлять за мету простеження медико-соціальних наслідків їх функціонування. Такий підхід відрізняє багаточисельні публікації у фармацевтичній періодиці Д.В. Мелік-Гусейнова, О.П. Фельдмана, С.Б. Пашутіна [7,14,16], які розглядають фармацевтику переважно в контексті торговельної діяльності, тоді як її соціальне призначення розкриваються в роботах А.С. Немченко, З.М. Мнушко, А.А. Котвіцької і деяких інших [3-5, 7-11], Заліської О.М. тощо.

У цілому можна стверджувати, що до теперішнього часу існує потреба в загальносоціологічних дослідженнях, за допомогою яких можна розкрити зміст медико-соціальних наслідків розвитку фармацевтичного ринку.

Метою нашого дослідження є обґрунтування застосування принципів, засобів і методів соціального маркетингу для формування соціальної відповідальності у діяльності підприємств фармацевтичного профілю в Україні. У роботі використані як загальнонаукові принципи теоретичного пізнання - системний підхід, структурно-функціональний аналіз, так і методи дослідження, характерні для соціології споживання.

Дослідження різних теоретичних та практичних підходів до еволюції маркетингу дозволили запропонувати структурно-логічну концепцію соціально орієнтованого маркетингу підприємства, яка включає **ядро** (*корпоративне громадянство, соціальні інвестиції, соціальне партнерство*), **базис** (*теорії концепції соціально орієнтованого маркетингу, сприйняття соціально орієнтованого маркетингу українськими підприємцями, еволюція соціальної активності бізнесу*) та **платформу**, у якості якої виступають: *концепції становлення соціального маркетингу, державна політика, економічні передумови, соціальні тенденції, соціальні парадигми в когнітивному просторі ринку, управління соціальними змінами за допомогою маркетингового інструментарію.*

Нами деталізовано першу складову **платформи** соціально орієнтованого маркетингу, а саме – концепції його становлення у історичній перспективі. Історично першою визначена *структурно-логічна* схема аналізу історії становлення соціального маркетингу, основоположником якої вважається Р. Кіт («Маркетингова революція») [22].

Другий напрямок - *соціально-історичний* підхід до визначення сутності маркетингу був обґрунтований Р. Фуллертоном у роботі «Наскільки сучасним є сучасний маркетинг? Еволюція маркетингу і міф щодо ери виробництва» [23].

Структурно - логічна та соціально - історична концепції становлення соціального маркетингу стали концептуально - методологічною основою появи інтегрованого підходу до аналізу проблеми. Від структурно - логічної концепції успадковано інтерпретацію маркетингу як особливої практики індустріального суспільства та філософії бізнесу. Також значною спадщиною від соціально - історичної концепції стало дотримання методології розгляду процесу становлення теорії і практики маркетингу в тісному контексті з процесом загальносоціального розвитку суспільства.

На основі інтегрованого підходу науковцями здійснюється виділення історичних етапів становлення соціального маркетингу, що мають логічне наповнення розвитку тих його характеристик, які в кінцевому результаті призвели до трансформації маркетингу з конкретно - управлінського механізму організації продажів до глобального соціокультурного явища. Саме розширення соціальних функцій маркетингу і стало основою визначення його як системного соціального явища.

Необхідно зазначити, що на сьогодні маркетинг з одного боку трактується як спосіб мислення і певна система філософських поглядів на бізнес, а з іншого як форма практичних дій у системі ринкової орієнтації виробництва, функціональне призначення яких полягає у підвищенні ефективності підприємництва. Однак багато фахівців розглядають маркетинг як загальну філософію організації життя сучасного ринкового суспільства, яка поєднує цінності бізнесу (прибуток) з гуманітарними цінностями (задоволення

потреб людей у всьому їх спектрі). Саме розширення соціальних функцій маркетингу і стало основою визначення його як системного соціального явища.

Результатом інтеграції вищенаведених моделей є концептуальна схема Ф. Котлера, яка включає наступні концепції: *удосконалення виробництва; удосконалення товару; інтенсифікації комерційних зусиль; концепції комплексного маркетингу; соціально-відповідального маркетингу та маркетингу взаємодії* [6].

Як відомо, в сучасних умовах розвитку фармацевтичного ринку соціальна відповідальність є невід'ємною частиною корпоративної ділової практики підприємств усіх галузей народного господарства, в тому числі і підприємств фармацевтичного профілю, як з огляду соціальної значущості лікарських засобів як товару, так й з огляду соціальної спрямованості фармацевтичного забезпечення. З метою визначення думки респондентів стосовно ставлення керівників фармацевтичних організацій до існуючої практики корпоративної соціальної відповідальності бізнесу в Україні в цілому, та зокрема здійснення підприємницької діяльності організаціями фармацевтичного профілю, нами було розроблено анкету та проведено анкетне опитування. Загальна кількість респондентів склала 50 осіб, які за сферою діяльності представляли собою керівників аптечних закладів та фармацевтичних оптових фірм. Результати проведеного анкетування представлені у табл.1.

Таблиця 1

**.Позиції респондентів відносно соціальної відповідальності бізнесу**

Питання анкети	Інтерпретація отриманих відповідей респондентів
<b>1.Соціальна відповідальність бізнесу в Україні:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• має місце;</li> <li>• має місце в окремих бізнес-структурах(за галузевою належністю);</li> <li>• відсутня</li> </ul>	<p style="text-align: center;">75%</p> <p style="text-align: center;">63%</p> <p style="text-align: center;">29%</p>
<b>2.Соціальна відповідальність фармацевтичної підприємницької діяльності має місце:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• на рівні виробників;</li> <li>• на рівні оптового сектору;</li> </ul>	<p style="text-align: center;">85%</p> <p style="text-align: center;">53%</p>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• на рівні роздрібно́ї торгівлі</li> </ul>	55%
<b>3.Застосування методів та принципів соціального маркетингу при формуванні бізнес-стратегії фармацевтичного підприємства на заставі соціальної відповідальності:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• має місце;</li> <li>• частково застосовуються;</li> <li>• не застосовуються;</li> <li>• застосовуються тільки як засіб PR</li> <li>• важко відповісти</li> </ul>	49% 75% 31% 90% 56%
<b>4.Стимули щодо застосування соціального маркетингу в практичній діяльності підприємств фармацевтичного профілю:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• отримання маркетингової інформації, адаптованої до соціальної фармації;</li> <li>• покращення соціального статусу на ринку;</li> <li>• реалізації соціальних програм;</li> <li>• адаптація до вимог західних економік відносно соціального іміджу бізнесу;</li> <li>• пільгове оподаткування;</li> <li>• зниження регуляторного й адміністративного тиску з боку місцевих органів влади;</li> <li>• отримання конкурентних переваг на ринку</li> </ul>	75% 80% 55% 75% 80% 70% 85%
<b>5.Основні перешкоди впровадження соціального маркетингу при формуванні стратегії соціальної відповідальності бізнесу:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• відсутність теоретичної бази;</li> <li>• неузгодженість дій партнерів по бізнесу з власною бізнес-діяльністю;</li> <li>• недооцінка значущості соціального маркетингу в фармацевтичній діяльності;</li> <li>• відсутність вільних коштів на фінансування соціальних програм</li> </ul>	47% 68% 52% 85%

За результатами а опитування встановлено, що майже 30% респондентів вважають, що сьогодні в Україні відсутня соціальна відповідальність бізнесу, але признають її наявність та дієвість у фармацевтичній сфері.

У той же час тільки 50% респондентів визнають застосування методів та принципів соціального маркетингу при формуванні бізнес-стратегії фармацевтичного підприємства на заставі соціальної відповідальності, а 90% адаптують її спрямованість на формування зв'язків з громадськістю.

Стимули щодо застосування соціального маркетингу в практичній діяльності підприємств фармацевтичного профілю визнають більш ніж 80% анкетованих, а до основних перешкод впровадження соціального маркетингу при формуванні стратегії соціальної відповідальності бізнесу відносять неузгодженість дій партнерів по бізнесу з власною бізнес-діяльністю та

відсутність вільних коштів на фінансування соціальних програм, при цьому майже 50% вважають, що їм не вистачає елементарної теоретичної бази з питань маркетингу взагалі та соціального маркетингу тощо.

**Висновки.** Дослідження еволюції маркетингу дозволили запропонувати структурно-логічну концепцію соціально-орієнтованого маркетингу фармацевтичного підприємства, яка включає платформу, базис, ядро та конкурентні переваги.

Стратегічна орієнтація на соціальну відповідальність і успішна реалізація соціальних програм, як свідчать результати дослідження, нададуть підприємству низку конкурентних переваг, зокрема підвищення репутації у колі цільових груп, поліпшення фінансових показників, застосування ефективної моделі взаємовідносин з державою і громадянськими організаціями, задоволення духовних потреб керівництва. Встановлено, що перспективними напрямками соціальної спрямованості фармацевтичної галузі є подальші теоретико практичні розробки з аналізу, конкретизації та адаптації принципів соціального маркетингу до сучасних умов розвитку фармацевтичного ринку.

#### **Список літературних джерел:**

1. Борзенков, С. В. Перспективы развития концепций маркетинга / С. В. Борзенков // Менеджер. – 2006. – № 2(36). – С. 193-199.
2. Концепція формування в Україні системи соціальної відповідальності бізнесу : проект / С. Мельник [та ін.]. – Луганськ : ДУ НДІ соц.-труд. відносин Мінпраці України, 2008. – 21 с.
3. Котвіцька А.А. Дослідження соціальної політики у сфері фармацевтичного забезпечення за умов медичного страхування: матеріали Всеукр. конгр. «Сьогодення та майбутнє фармації» (м. Харків, 16 – 19 квіт. 2008 р.). – Х.: Вид-во НФаУ, 2008. – С. 458.
4. Котвіцька А.А. Методологія соціально – ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення автореф. дис. докт. фармацевт. наук Харків – 2008, с. 25.
5. Котвіцька А.А. Наукові підходи щодо моделювання розвитку соціальної політики у сфері лікарського забезпечення населення // Запорізький медичний журнал. – 2008. – № 2. – С. 157–161.

6. Котлер Ф., Армстронг Г., Сондерс Дж., Вонг В. Основы маркетинга. – 2-е европ. изд. – К.; М.; СПб.: «Вильямс», 1998. – 1056 с.
7. Мелик-Гусейнов, Д.В. Маркетинговые исследования на фармацевтическом рынке /Д.В. Мелик-Гусейнов // Маркетинг PRO. – 2006. - №5,– С. 62-64
8. Мнушко З.М. Система забезпечення доступності лікарських засобів / З.М.Мнушко, І.В. Тіманюк // Вісник фармації. – 2007. – 1 (47). –С.52-58.
9. Мнушко З.Н. Содержание показателя доступности лекарственных средств / З.Н. Мнушко, И.В. Тиманюк // Створення, виробництво, стандартизація та фармакоекономічні дослідження нових лікарських засобів та біологічно активних добавок: матеріали другої міжнародної конференції 2006., – Х.: Вид-во НФаУ, 2006р. – С. 217-218.
10. Немченко А.С. Концепція пріоритетного розвитку соціально – ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення та впровадження національних стандартів належних практик GDP та GPP / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька // Фармацевтичний журнал. – 2006. – № 4 – С. 3–9.
11. Немченко А. С. Кореляційно-регресійне моделювання соціально– економічних показників сімейної доступності лікарських засобів в регіонах України: метод. рек. / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька – Х., 2007. – 28 с.
12. Немченко А.С. Наукове обґрунтування принципів функціонування системи лікарського забезпечення населення та визначення її соціальної ефективності / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька // Фармаком. – 2007. – № 2. – С. 94–99.
13. Палий, Н. На пути к социально ответственной конкурентоспособности [Электронный ресурс]. – Режим доступа : <[http://compete.org.ua/index.php?option=com\\_content&task](http://compete.org.ua/index.php?option=com_content&task)>.
14. Пашутин С.Б. Рынок фармацевтики: особенности национальной конкуренции. // Маркетолог. 2002. - №6. - с. 32-36.
15. Толочко В.А. Загальні аспекти та специфіка вітчизняного фармацевтичного маркетингу [Електронний ресурс] / В.А. Толочко, Ю.П. Медведєва, Л.В. Галій // Провізор. – 2008. – №5.– Режим доступу: [http://www.provisor.com.ua/archive/2008/N05/tol\\_mark58.php](http://www.provisor.com.ua/archive/2008/N05/tol_mark58.php).
16. Фельдман О.П. Особенности российского фармацевтического рынка и их влияние на стратегии маркетинга и продаж // Фармацевтический вестник. 2003. - № 3. - С.22.
17. Wright, P. (1979) A Study of the Legitimisation of Knowledge the Success of Medicine the Failure of Astrology in Wallis R (ed.) On the Margins of Science Sociological Review Monograph 27, Keele.
18. Wright Mills, C. (1959) The Sociological Imagination New York, Oxford University Press.

- 19.Zborowski, M. (1952) Cultural components in response to pain. Journal of Social Issues 8:16-30.
- 20.Zola, I. K. (1966) Culture and Symptoms an analysis of patients presenting complaints American Sociological Review, 31: 615-630.
- 21.Zola, I.K. (1973) Pathways to the Doctor from Person to Patient, Social Science and Medicine 7: 677-689.
- 22.Keith R.J. The marketing revolution. – Journal of Marketing. – 1960. – № 24. – P. 35–38.
- 23.Fullerton R.A. How modern is modern marketing ? Marketing’s evolution and the myth of the production era. - Journal of Marketing. – 1988. – № 52. – P. 108–125.

УДК 616–053.9:613.98(091)

## ІСТОРІЯ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ

### ГЕРОНТОЛОГІЇ ТА ГЕРІАТРІЇ

*Котвіцька А.А., Пастухова О.А.*

*Національний фармацевтичний університет,*

*м. Харків, Україна*

**Резюме.** У статті висвітлено основні історичні етапи становлення та розвитку геронтології та геріатрії як окремих галузей науки. Відображена хронологічна послідовність визначних подій. Встановлені основні видатні діячі на кожному етапі розвитку.

**Ключові слова:** історія, геріатрія, геронтологія.

**Вступ.** Старість та старіння як феномени людського буття цікавили людей з незапам’ятних часів. Міфи і легенди про вічну молодість, довголіття і безсмертя супроводжували людину та передавалися з покоління в покоління протягом усієї історії людства [8, 9].

**Основна частина.** Учення про старість бере початок з моменту виникнення медицини. Слід зазначити, що уже в 460 – 377 роках до н.е. в



працях Гіппократа зустрічаються перші описи ознак старіння й хвороб у старих людей. Гіппократ учив своїх учнів тому, що лікар повинен лікувати не хворобу, а хворого, з огляду на його індивідуальні особливості й навколишнє середовище. Також Гіппократ та лікарі його школи пов'язували старіння з особливостями темпераменту, з сезонами року. Так, на його думку, флегматики старіють швидше та особливо підвладні хворобам старості. Холерики, навпаки, в старості переживають найбільш здоровий та плідний період життя. Гіппократом було зазначено, що влітку люди похилого віку відчувають себе бадьоріше, ніж взимку [3, 7, 9, 10].

До специфічних симптомів старості Гіппократ відносив сечокам'яну хворобу, катаракту, зниження слуху, хвороби суглобів (включаючи подагру), безсоння та інші. Їм вперше розроблені схема гігієнічного режиму та рекомендації для старих людей: помірність у всьому, велика кількість рухів, баня, спеціальний масаж з травами, маслами для тіла і суглобів.

Необхідно зазначити, що саме школа Гіппократа вперше надала розмежування хронологічного віку людини. Так, вік від народження до 14 років він називав *дитинством*, від 15 до 42 років – *зрілим віком*, від 43 до 63 – *старістю*, а від 63 років і більше – *довголіттям*. На сьогоднішній день науковці користуються більш розгорнутою періодизацією віку людини (табл. 1).

Таблиця 1

### Сучасна періодизація віку людини

Віковий період	Тривалість (роки)	
	хлопчики/чоловіки	дівчатка/жінки
Новонародженість	перші 10 днів	
Грудний вік	10 днів – 1 рік	
Раннє дитинство	1 – 3	
Перше дитинство	4 – 7	
Друге дитинство	8 – 12	8 – 11
Підлітковий вік	13 – 16	12 – 15
Юнацький вік	17 – 21	16 – 20
Зрілий вік, 1-й період	22 – 35	21 – 35
Зрілий вік, 2-й період	36 – 60	36 – 55
Похилий вік	61 – 74	56 – 74
Старечий вік	75 – 90	
Довгожителі	90 і більше	

Завдяки зусиллям Гіппократу була побудована лікарня, де не тільки лікували хворих, а й викладали основи лікарського мистецтва. Крім того, для лікування використовувалася фізична гімнастика, масаж, ароматерапія, фітотерапія [3, 9].

Найбільшим теоретиком античної медицини після Гіппократа, та незаперечним авторитетом у період до епохи Відродження вважався давньоримський лікар і натураліст Клавдій Гален, який вивчав старіння і старість як рівновагу між елементарними властивостями: теплом, холодом, вологістю, сухістю, та вважав, що сутністю життя є рівновага між цими якостями. Відомо, що з віком настає зміна цих якостей у людини. Втрата теплоти, вологості тканин, зростання сухості людського тіла – всі ці явища Гален назвав поняттям «діскразія». Він відводив головну роль профілактиці старості шляхом дотримування дієт, правил особистої гігієни, масажів, активного способу життя. Припинення рухливого способу життя для старих людей розцінювалась як катастрофа з важкими наслідками [3, 7, 9].

Також Гален вперше звернув увагу на самотність як на одну із основних причин старіння. Тому вважав, що стара людина повинна жити в колі своєї родини, а родичі мають приділяти турботу та увагу літньому члену сім'ї. Також, слід зазначити, що саме Гален рекомендував новий напрямок у медицині – герокомія, тобто вчення про старість [3, 5, 9, 10].

Представник арабської медицини Авіценна (Абу Алі Ібн Сіна) був найвідомішим лікарем середньовіччя. Він здійснив значний внесок у різні галузі теорії і практики медицини, в анатомію, фізіологію, хірургію, діагностику, терапію, фармакологію. Літнім людям Авіценна пропонував вживати молочно-рослинну їжу, небагато червоного вина, а також рекомендував прогулянки, масаж, верхову їзду й застосування проносних засобів [3, 7, 9].

На рубежі XIII – XIV століть – в епоху Середньовіччя – одним з прославлених лікарів Італії був Арнольд з Вілланова, який, захоплюючись алхімією, бачив у ній засіб для виготовлення цілющих ліків. Він уперше провів

експериментальні розробки засобів продовження життя і боротьби зі старістю [3]. На початку XIV ст. ним був написаний трактат «Салермські правила про здоров'я», в якому він описав правила режиму для літніх людей. На його думку, для досягнення довголіття необхідно дотримуватися режиму в активному віці – помірний спосіб життя, радісний настрій і відпочинок [9].

В XV – XVI ст. в Європі почалася епоха техніко-економічного прогресу, який супроводжувався бурхливим розвитком фізики, хімії, математики, формуванням раціонального наукового світогляду і революційними перетвореннями в галузі суспільних відносин. Значно збільшилися знання в області біології, у тому числі таких розділів, як анатомія і фізіологія, що відіграють важливе значення для розуміння феномену старіння. Саме біологічні та фізіологічні процеси стали причиною того, що в області знання про старіння відбувалася відмова від спрощених уявлень минулого і формувалося розуміння того, що для пізнання феномена старіння і вирішення проблеми продовження життя відзначалася замала кількість наукових даних, але в кінцевому рахунку прогрес природничих наук має призвести до пізнання і уповільненню процесу старіння, до значного збільшення тривалості життя. Таким чином, можна стверджувати, що з тих часів утворювався методологічний базис геронтології, відбувався перехід від напівфантастичних, релігійно-містичних уявлень до реалістичних, відбувалося накопичення спостережень і експериментальних фактів, значно збільшився обсяг кількісних даних, для обробки яких стали застосовуватися статистичні методи. І хоча в цілому рівень розвитку науки і техніки того часу не дозволяв здійснити реалізацію нових, науково обґрунтованих методів продовження життя, проте їх розробка в наступні історичні періоди багато в чому була підготовлена саме філософськими і методологічними роботами вчених того часу [1].

З іменем англійського вченого і філософа XVI ст. Ф. Бекона пов'язаний новий напрямок у розвитку геронтології як науки. Бекон здійснює спробу створення першої фундаментальної класифікації наук, розділивши їх на дві групи: науки про природу і науки про людину. Він був переконаний, що

дослідження процесів старіння допоможуть розкрити його причини та можливості збільшення тривалості життя. Бекон першим відзначив негативний вплив шкідливих звичок на здоров'я та на прискорення процесів старіння [9, 10].

У 1796 р. німецький геронтолог К. Гуфеланд публікує роботу «Мистецтво продовження людського життя, або макробіотика». З виходом цієї книги починається новий період розвитку вчення про старість. Згідно з визначенням Гуфеланда, *макробіотика* – це окрема галузь медицини, яка схожа на гігієну, але відрізняється від неї тим, що гігієна ставить перед собою мету збереження здоров'я людини, а макробіотика займається проблемами подовження тривалості життя. Водночас Гуфеланд починає здійснювати контроль над клінічним розвитком, симптоматикою і хворобами літніх людей через аутопсію померлих [3, 6, 7].

У XIX ст. в Німеччині, Англії та Франції основою досліджень в галузі науки про старіння стають клінічні спостереження. У Парижі відкриваються перші геронтологічні центри.

Значно пізніше спеціалізовані медичні установи для літніх людей з'явилися в США. Американський лікар І. Нашер вважав, що старість – це хвороба, перед якою медицина безсила. Науку про хвороби похилого і старечого віку він запропонував називати *геріатрією* за аналогією до педіатрії – наукою про хвороби дитячого віку.

Під керівництвом І. Нашера у 1912 р. в Нью-Йорку було створено перше наукове товариство геріатрів. У 1914 р. за його ініціативою був виданий перший посібник з геронтології та геріатрії для студентів-медиків і лікарів. Також Нашером обґрунтовується необхідність створення спеціалізованих медичних закладів для лікування людей похилого віку. Тому за короткий період у США виникають великі центри і клініки, в яких широко вивчаються проблеми геронтології та геріатрії, а також соціальні проблеми старості [3, 5, 7].

У XVIII ст. І. Фішер, який очолював російське міністерство охорони здоров'я, видає книгу «Про старість, її ступені та хвороби», в якій звертає увагу на важливість впливу екології та шкідливих звичок на конституціональні

особливості та психічний стан людини. Так, за думкою І. Фішера, у профілактиці хвороб слід дотримуватися дієти, режиму харчування, загартовування з використанням природних факторів [3, 2].

На початку ХІХ ст. з'являється книга Е. Енгальчева «Про продовження людського життя», у якій як найбільш суттєві передумови довголіття також вказуються профілактика хвороб, загартовування і дотримання режиму харчування [10].

У ХІХ ст. на розвиток геронтології в Росії вплинули ідеї С. П. Боткіна та І. І. Мечникова. Боткін відзначав, що ознаки старіння у різних людей розвиваються не одночасно, з різною динамікою. Він розглядає фізіологічне і патологічне старіння. У свою чергу, І.І. Мечников вважав, що «старість є хвороба, яку потрібно лікувати», а «смерть раніше 150 років – насильницька смерть». Відповідно до своєї теорії, для омолодження і збільшення тривалості життя Мечников пропонував вживати кисломолочні продукти, які пригнічують діяльність гнильних бактерій. Багато його ідей щодо профілактики старіння і боротьби за довголіття зберегли свою значущість і у наш час [2, 3, 7, 9, 10].

Засновником радянської геронтології вважають А.А. Богомольця. У 1938 р. за його ініціативи в Києві відбулася перша у світі наукова конференція, присвячена проблемам старості і профілактики передчасного старіння, де одним із важливих наукових напрямків стало обговорення гіпотези щодо максимального продовження людського життя – до 150 років і більше.

Необхідно зазначити, що важливий внесок у розвиток проблем геронтології і активного довголіття зробили З.Г. Френкель, В.І. Нікітін, І.А. Аршавський, І.В. Давидовський, А.В. Нагорний, М.С. Мільман, В.В. Алпатов тощо, які почали створювати геронтологічні школи в Ленінграді, Києві, Москві, Тбілісі та інших великих містах.

У 1958 р. в Києві був створений перший у СРСР Інститут геронтології та геріатрії Академії Медичних Наук (АМН) СРСР, де керівниками кафедри геронтології працювали видатні вітчизняні вчені В.В. Фролькіс, О.В.

Коркушко, А.В. Токар та ін. Цей інститут став провідним геронтологічним центром в СРСР, що повністю спеціалізувався на фундаментальних проблемах старіння. [3, 7, 10].

У 1963 р. в Радянському Союзі було засновано Всесоюзне науково-медичне товариство геронтологів і геріатрів, яке через три роки увійшло в Міжнародну асоціацію геронтологів [2].

Провідними напрямками в геронтології на той час виявляються експериментально-біологічний, клініко-фізіологічний, соціально-гігієнічний. Досягнення радянських геронтологів високо цінувалися в науковому середовищі і отримали заслужене визнання за кордоном.

Подальша розробка цих напрямків призвела до виникнення нової галузі науки – *соціальної геронтології*, яка вийшла за межі вузьких академічних досліджень, отримала статус самостійної навчальної дисципліни [2, 3, 7, 10].

Аналізуючи та узагальнюючи історичні аспекти розвитку геронтології, можна зробити висновок, що *геронтологія* – це наука, що вивчає біологічні, медичні і соціальні аспекти старіння живого організму, а також способи уповільнення старіння з метою збільшення тривалості життя і збереження його фізичної та соціальної активності. Сучасна геронтологія, з одного боку, включає в свій теоретичний і практичний інструментарій результати і методи інших наук, а з іншого – розділяється на окремі галузі знань.

Основними розділами сучасної геронтології є:

- *фундаментальна геронтологія* – вивчає механізми старіння, займається питанням профілактики передчасного старіння і продовження життя;
- *соціальна геронтологія* – вивчає взаємодії літніх людей і суспільства, існування їх в соціальному середовищі;
- *геріатрія* – вивчає проблеми надання медичної допомоги літнім людям.

Головним завданням сучасної геронтології та геріатрії є профілактика передчасного старіння, яка спрямована на збереження здоров'я і активного довголіття людей похилого та старечого віку, а також вивчення особливостей

старіння, пов'язаних з впливом факторів зовнішнього і внутрішнього середовища [4].

На сьогодні, підвищений інтерес до глибокого усвідомлення процесу старіння і осмислення його наслідків для політичних, економічних, соціальних, правових структур інститутів суспільства підвищив увагу до розвитку геронтології. Сучасні геронтологи, насамперед, зацікавлені у з'ясуванні впливу старшого покоління на соціальні структури, зокрема, на систему охорони здоров'я. Збільшення кількості осіб похилого та старечого віку швидкими темпами призведе до соціальних і політичних наслідків в пенсійному фонді, наданні соціальних послуг, необхідності розширення мережі різних видів будинків для людей похилого віку.

**Висновки.** За результатами проведеного аналізу літературних джерел та історичних документів встановлено, що учення про старість бере початок ще в Древній Греції та динамічно розвивається в сучасності. Враховуючи значну необхідність суспільства сучасного світу в профілактиці передчасного старіння шляхом збереження здоров'я і активного довголіття людей похилого та старечого віку основними стратегічними напрямками подальшого розвитку геронтології, на нашу думку, є:

- розробка підходів до лікування хвороб, які трапляються здебільшого в літніх людей;
- забезпечення максимально можливої тривалості життя індивіда;
- організація медичної допомоги літнім людям;
- соціальний захист літніх людей;
- проблеми пенсійного забезпечення.

### **Список використаної літератури**

1. Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения / В.Н. Анисимов. – СПб.: Наука, 2008. – Т. 1. – 481 с.
2. Владимир Андрианов: Зарождение и развитие геронтологии. Мифы, легенды и древние рецепты долголетия [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <http://viperson.ru/wind.php?ID=641510>.

3. История развития геронтологии как науки [Электронный ресурс]. – Режим доступа : [http://tvoypsiholog.ru/publ/gerontopsikhologija/istorija\\_razvitija\\_gerontologii\\_kak\\_nauki/23-1-0-373](http://tvoypsiholog.ru/publ/gerontopsikhologija/istorija_razvitija_gerontologii_kak_nauki/23-1-0-373).
4. Котвіцька А.А. Надання медичної і лікарської допомоги населенню пенсійного віку в Україні / А.А. Котвіцька, Н.В. Чмихало, І.Л. Оккерт // матеріали I Міжнародної інтернет-конференції молодих учених і студентів «Современные достижения медицинской и фармацевтической науки», г. Запоріжжя, 23-25 октября 2012 г. – З., 2012. – С. 134.
5. Кравченко А.И. Социология: Учеб. пособие для студ. высш. пед. учеб. заведений / А.И. Кравченко. – Москва, Издательский центр «Академия», 2002. – 416 с.
6. Лазебник Л.Б. Гериатрия / Л.Б. Лазебник // Клиническая геронтология. – 2010. № 1-2. – С. 3-8.
7. Малахова Ж.Д. Соціальна геронтологія. Курс лекцій / Ж.Д. Малахова. – Запоріжжя, 2010. – 179 с.
8. Сагун І.Г. Основи герагогіки / І.Г. Сагун. – Черкаси, 2011. – 111 с.
9. Холостова Е.И. Социальная геронтология. Учебное пособие / Е.И. Холостова, В.В. Егоров, А.В. Рубцов. – Москва, 2004. – 296 с.
10. Яцемирская Р.С. Социальная геронтология: Учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Р.С. Яцемирская, И.Г. Беленькая. – Москва: Гуманитарный центр ВЛАДОС, 2003. – 224 с.

**Резюме.** В статье освещены основные исторические этапы становления и развития геронтологии и гериатрии как отдельных отраслей науки. Отражена хронологическая последовательность знаменательных событий. Установлены основные выдающиеся деятели на каждом этапе развития.

**Ключевые слова:** история, гериатрия, геронтология.

**Summary.** Highlights the main historical stages of formation and development of gerontology and geriatrics as a separate branch of science in the article. Displayed a chronological sequence of significant events. Designated the basic prominent figures at every stage of development.

**Keywords:** history, geriatrics, gerontology.



**ІСТОРИЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ НАЦІОНАЛЬНОГО  
ЗАКОНОДАВСТВА ЩОДО ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЛІКАРСЬКИХ  
ЗАСОБІВ**

*Котвіцька А.А., Волкова А.В.*

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна*

**Резюме.** У статті проаналізовано основні правові засади формування системи національного законодавства щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів. Визначено історичні етапи впровадження у світовий нормативно-правовий простір положень багатосторонніх документів, що визначають принципи взаємодії країн світу в галузі протидії незаконному обігу контрольованих груп речовин.

**Ключові слова:** наркотичні засоби, контроль обігу, нормативно-правове регулювання.

Поширення наркозалежності несе загрозу для багатьох держав світу, а послаблення боротьби з незаконним обігом наркотиків в одній країні негативно вплине на інші. Сьогодні на міжнародному рівні функціонує система контролю за усіма операціями щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин та прекурсорів, зокрема здійснюється регулювання виробництва, зберігання, транспортування, використання лікарських засобів (ЛЗ), що містять в своєму складі контрольовані групи речовин. Однак налагодження ефективної співпраці між країнами світу з цих питань відбувалось десятиліттями й на сьогодні залишається багато аспектів, що потребують доопрацювання з урахуванням сучасних ринкових умов співпраці між державами.

Метою нашої роботи стало проведення ретроспективного аналізу правових засад формування національного законодавства щодо регулювання обігу наркотичних засобів. При дослідженні використані методи історичного аналізу та контент-аналізу.

Відсутність нормативно-правової бази щодо регулювання питань обігу наркотичних ЛЗ у багатьох країнах світу наприкінці ХІХ століття призвело до зловживання морфіном, героїном і кокаїном, та відповідного виготовлення їх, продажу і споживанню у необмеженій кількості [2, 8]. Стурбованість світової громадськості стосовного даного питання призвела до створення правових основ системи світового контролю над поширенням наркоманії, що знайшло відображення у проведенні Міжнародної конференції з опіуму у 1909 р. у м. Шанхай за участі представників 13 країн [2, 4, 5].

Наступним кроком міжнародної спільноти щодо створення світової системи контролю обігу наркотиків стало укладання договору про контроль над наркотичними засобами у 1912 р. в Гаазі – «Міжнародна конвенція з опіуму», яка стала першим міжнародним антинаркотичним законом і передбачала застосування з боку Сторін внутрішньодержавних заходів щодо скорочення та ліквідації виробництва й вживання курильного опію, а також заборону його експорту й імпорту. Гаазька конвенція стосовно обмеження обігу морфіну, кодеїну, героїну та кокаїну означила необхідність здійснення контролю за виробництвом, торгівлею і використанням їх в медичних та інших цілях [6, 8].

У подальшому, заходи щодо боротьби з наркотиками на міжнародному рівні набули відображення у ряді нормативних документів, зокрема впровадження положень Конвенції про боротьбу з незаконним обігом небезпечних ЛЗ (1936 р.) та Протоколу (1946 р.) про внесення змін в Угоди, Конвенції та Протоколи про наркотики, що були укладені в Гаазі 23.01.1912 р., в Женеві 11.02.1925 р., 19.02.1925 р. і 13.07.1931р., в Бангкоці 27.11.1931 р. і в Женеві 26.06.1936 р., створили підґрунтя для введення системи статистичного контролю дозволів на імпорт та експорт наркотиків, ввели обмеження світового виробництва наркотиків до обсягу медичних і наукових потреб та встановлення суворих заходів щодо покарання осіб, які задіяні в незаконному обороті наркотиків [1, 8].

Наступними кроком світової спільноти стало введення міжнародного і національного контролю за обігом не тільки наркотиків рослинного

походження, але й синтетичних препаратів, що викликають звикання, та впровадження системи обмеженого експорту, відповідно до якої право на експорт опію надавалося визначеному списку держав. Зазначені положення знайшли відображення у Протоколі 1948 р., що розширює міжнародний контроль за ЛЗ, які не підпадають під дію Конвенції від 13.07.1931 р. про обмеження виробництва і регулювання розповсюдження наркотичних засобів.

Єдина конвенція про наркотичні засоби 1961 р. вважається одним із найбільш рішучих кроків створення нормативно-правової бази багатостороннього регулювання у сфері боротьби з наркотиками на міжнародному рівні та зменшення кількості наркотичних засобів у нелегальному секторі економіки. За результатами положень даної Конвенції було впроваджено наступні заходи:

- об'єднано Центральний постійний комітет з опіуму й Контрольний орган з наркотичних засобів у Міжнародний комітет із контролю над наркотиками;
- створено Комісію з наркотичних засобів Економічної та Соціальної Ради ООН;
- поширено систему контролю не тільки на вирощування маку олійного, але й кокаїнового куща та коноплі;
- поділено і внесено наркотичні засоби до «Списку I», «Списку II», «Списку III», «Списку IV» з урахуванням їх різновиду й необхідності відповідних правових заходів контролю [3-6].

Загалом положення Єдиної конвенції про наркотичні засоби дозволили замінити дев'ять раніше укладених угод щодо питань боротьби з наркотиками.

Розвиток науки, хімічної промисловості та загальний економічний розвиток країн світу створив необхідність розширення переліку засобів, обіг яких потребує регулювання з боку державних та міжнародних органів контролю за наркотиками. Так, у 1971 р. запроваджено Конвенцію ООН про психотропні речовини, положеннями якої введено систему заходів контролю обігу монокомпонентних і комбінованих психотропних препаратів шляхом впровадження ліцензування діяльності, пов'язаної з обігом даної групи засобів,

відпуску їх за рецептами та заборони реклами ЛЗ, які містять наркотичні засоби та психотропні речовини.

Наступним етапом формування нормативно-правової бази регулювання обігу контрольованих груп речовин стало встановлення кримінальної відповідальності за незаконний обіг наркотичних засобів і психотропних речовин і визначення перелік обставин, що посилюють відповідальність за цей злочин. Дане положення знайшло відображення у Конвенції ООН про боротьбу проти незаконного обігу наркотичних засобів та психотропних речовин 1988 р. Ця Конвенція також визначила порядок міжнародної взаємодії сторін при видачі злочинців, окреслила заходи міжнародного контролю щодо обігу прекурсорів і заходи по викорінюванню незаконного культивування наркотикомістких рослин та по ліквідації незаконного попиту на наркотичні засоби і психотропні речовини [5, 7, 8].

Загалом, основними досягнення впровадження у міжнародну практику зазначених нормативних документів можна вважати наступні:

- приєднання майже всіх країн світу до трьох міжнародних конвенцій про контроль над наркотиками;
- створення міжнародної системи для контролю над хімічними речовинами-прекурсорами, що використовувалися при незаконному виготовленні наркотиків;
- майже повне припинення витоку наркотичних засобів, психотропних речовин на міжнародному рівні.

На сьогодні Україна підтримує ініціативи міжнародної спільноти в боротьбі з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, що відображено в основних нормативно-правових документах щодо регулювання обігу контрольованих груп речовин на території України. Так, ратифіковано конвенції ООН 1961 р., 1971 р. і 1988 р., впроваджено списки наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів аналогічно списками Конвенцій, прийнято Концепції реалізації державної політики у сфері протидії поширенню наркоманії, боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів,

психотропних речовин і прекурсорів на 2011-2015 рр., яка визначає пріоритетні напрямки роботи у сфері міжнародного співробітництва.

Таким чином, сьогодні в Україні можна виокремити коло пріоритетних напрямків роботи у сфері міжнародного співробітництва, що реалізуються на державному рівні, зокрема:

- приведення законодавства України у відповідність з міжнародним, адаптація національного законодавства до законодавства ЄС, що регулює відносини у даній сфері;
- інтеграція України у світовий інформаційний простір, обмін інформацією з питань боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів;
- укладення міжнародних договорів у сфері боротьби з незаконним обігом контрольованих груп ЛЗ;
- налагодження взаємодії з відповідними органами інших країн, міжнародними організаціями для проведення спільних операцій та застосування інших заходів у сфері боротьби з незаконним обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

### *Література*

1. Грушова А. ООН та система контролю над наркотиками / А. Грушова // Вісник Київського національного університету імені Тараса Шевченка: Міжнародні відносини. – 2006. – № 33-34. – С. 18-22.

2. Дрьомов С. Наркотичні засоби, психотропні речовини, їх аналоги та прекурсори як предмет злочинів, передбачених у розділі XIII Особливої частини Кримінального кодексу України / С. Дрьомов // Юридичний радник. – 2008. – №2 (22). – С. 15-20.

3. Єдина конвенція ООН від 25.03.1972 р. «Про наркотичні засоби». – Електронний ресурс. – [Режим доступу: [http://www.moz.gov.ua/ua/portal/di\\_19720325\\_0.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/di_19720325_0.html)]

4. Конвенції ООН про наркотичні засоби. – Електронний ресурс. - [Режим доступу: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/conv\\_drugs.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/conv_drugs.shtml)]

5. Котвіцька А.А. Методологія соціально-ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення: автореф. дис. д-ра фармацевт. наук: 15.00.01 / А. А. Котвіцька; Національний фармацевтичний ун-т. – Х., 2008. – 43с.

6. Немченко А. С. Визначення основних напрямків вдосконалення нормативно-правового регулювання обігу наркотичних лікарських засобів / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька: / зб. наук. стат. «Актуальні питання фармацевтичної та медичної науки та практики» Всеукр. наук.-практ. конф. «Досягнення в галузі аналітичної, судово – медичної, клінічної токсикології та наркології» (м. Запоріжжя, 21-23 листоп. 2007 р.). – З.: Вид-во ЗДМУ. – вип. XX. – 2007. – С. 141-150.

7. Немченко А. С. Оцінка соціальних аспектів організації лікарського забезпечення населення згідно з міжнародними нормами та стандартами / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька // Фармацевтичний журнал. – 2007. – № 5. – С. 11-19.

8. Сьомик Т. Проблеми незаконного обігу наркотиків і зловживання ними в Україні: формування державної політики з використанням міжнародного досвіду / Т. Сьомик // Актуальні проблеми міжнародних відносин. – 2003. - № 41. – С. 30-43.

9. Шаповалов В. Порядок формування національного переліку наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів в Україні з позиції фармацевтичного права / В. Шаповалов // Право України. – 2010. – № 2. – С. 213-222.

**Резюме.** В статті проаналізовані правові основи формування системи національного законодавства щодо оборота наркотических средств, психотропних веществ и прекурсоров. Определены исторические этапы внедрения в мировое нормативно-правовое пространство положений многосторонних документов, определяющих принципы взаимодействия стран мира в сфере противодействия незаконному обороту контролируемых групп веществ.

**Ключевые слова:** наркотические средства, контроль оборота, нормативно-правовое регулирование.

**Summary.** In article legal bases of formation system of the national legislation concerning trafficking in narcotics, psychotropic substances and precursors are analyzed. Historical stages of introduction in world standard and legal space of provisions of the multilateral documents defining the principles of interaction the countries of the world in the sphere counteraction to illicit trafficking in controlled groups of substances are defined.

**Keywords:** drugs, turn control, standard and legal regulation.

УДК 615.1:519.711.3

## НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО МОДЕЛЮВАННЯ ЕПІДЕМІЧНИХ ПРОЦЕСІВ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ

*Котвіцька А.А., Суріков О.О.*

*Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна*

**Резюме.** В статті розглянуті питання еволюції математичних методів моделювання епідемічних процесів. Наведені схеми розвитку інфекційних захворювань, які вказують на можливість практичного застосування даних методів для організації системи фармацевтичного забезпечення.

**Ключові слова:** епідеміологія, моделювання, фармацевтичне забезпечення.

Протягом існування людства пандемії час від часу проходили територіями багатьох країн світу, що призводило до масового захворювання населення, великої кількості смертей та суспільного потрясіння за дуже короткий проміжок часу. Останнім часом у суспільстві існує стурбованість, щодо виникнення та розповсюдження нових штамів вірусу грипу зі значним пандемічним потенціалом. Наслідки пандемії в Україні можуть бути дуже серйозними, оскільки більшість населення, нажаль, не усвідомлює важливість вакцинації. За розрахунками експертів під час епідемії в Україні може бути вражена четверта частина усього населення, а більш ніж 50000 осіб можуть померти [9].

Як свідчить міжнародний досвід першочерговою метою реагування на пандемію є зменшення наслідків для здоров'я, в тому числі випадків тяжких захворювань та смертей, а також мінімізація суспільних та економічних наслідків. Основними завданнями держави у такому випадку є рятування життя, зменшення наслідків пандемії для здоров'я населення й зведення до мінімуму порушень у діяльності служб охорони здоров'я та інших суспільно-важливих служб з одночасною підтримкою безперервності ділових операцій і пом'якшенням загального потрясіння, що зазнає суспільство.

З огляду на вищезазначене, метою статті є дослідження підходів до моделювання епідемічних процесів з метою організації системи фармацевтичного забезпечення населення.

Світовий досвід вказує на початок застосування математичних методів при вивченні епідемій у середині XVII століття. Так Данієлом Бернуллі уперше застосовано найпростіший математичний апарат для оцінки ефективності профілактичних щеплень проти натуральної віспи. У подальшому математичні методи застосовано англійським ученим Уільямом Фара, який вивчав і моделював статистичні показники смертності населення Англії (Уельсу) від епідемії натуральної віспи в 1837-1839 рр. [8]. Саме він вперше отримав математичні моделі показників «руху» епідемії натуральної віспи у вигляді статистичних закономірностей, що дозволило йому у результаті скласти прогностичну модель цієї епідемії.

На початку XX сторіччя статистичний підхід У. Фарра у вивченні епідемій був переосмислений і потім розвинутий в роботах Джона Браунлі, в яких він аналізував статистичні закономірності «рухи» епідеміологічних показників. Проте наступним етапом у вивченні закономірностей розвитку епідемій став аналітичний підхід, який був запропонований в кінці XIX століття спочатку в Росії, а потім в Англії [5], завдяки чого, на початку XX століття були сформульовані основи сучасної теорії математичного моделювання епідемій, розроблені перші прогностичні моделі епідемій (кір, вітрянка, малярія і ін.), вивчені їх основні властивості, отримані аналітичні формули для прогнозування епідемій.

У 20-ті роки XX століття аналітичний підхід отримав подальший розвиток серед учених Великобританії [3]. Теоретичні роботи цих учених і сьогодні широко цитуються і використовуються науковцями в аналізі та прогнозуванні епідемій соціально-значущих інфекцій, зокрема грипу та ГРВІ, гепатитів В і С-типу, ВІЛ/СНІДу, сифілісу і гонореї та ряду інших інфекцій.

Проте найбільш значний прогрес у використанні методів моделювання пов'язують з появою в середині 50-х років XX століття перших електронно-



обчислювальних машин (ЕОМ), та збільшення числа наукових робіт і публікацій по математичному і комп'ютерному моделюванню епідемій.

У роботах того часу стали з'являтися все більш складні математичні моделі, в яких істотну роль відіграють випадкові чинники епідемічного процесу. Тому більшість моделей цього періоду мали стохастичний (імовірнісний) характер, а робочим апаратом була теорія імовірності і випадкових процесів. Цей етап в розвитку ЕОМ був пов'язаний з впливом на епідеміологію класичних математиків, яким вдалося створити безліч абстрактних моделей, але з вельми обмеженим епідеміологічним змістом [3].

Наступний етап в розвитку ЕОМ, який відноситься до другої половини ХХ сторіччя, був пов'язаний з швидким прогресом в області комп'ютерних технологій, розробкою потужних комп'ютерів з новітніми інструментами програмування і моделювання.

У 60-70 роки в країнах Європи були розроблені нові типи детермінованих і стохастичних моделей епідемій, орієнтовані на вивчення закономірностей розвитку соціально-значущих вірусних і бактерійних інфекцій. Проте, незважаючи на високу складність таких моделей і точність математичного апарату, більшості моделей притаманний абстрактний характер та слабкий зв'язок з постановкою і рішенням практичних задач епідеміології.

Однією з причин такого стану стало те, що провідні наукові центри з вивчення епідемій у США і країнах Європи розташовувалися в університетах або в медичних школах при університетах, які були достатньо далекі від реальних проблем епідеміології, її реальної практики.

У свою чергу, епідеміологи сумнівно сприймали абстрактні математичні (детерміновані або стохастичні) моделі епідемій і спалахів і не могли їх поєднувати з практичними потребами.

Таким чином, у 70-ті роки ХХ сторіччя спостерігався значний розрив між «чистою» теорією математичного моделювання епідемій і реальною практикою застосування цієї теорії в епідеміології.

Перші дослідження, які були спрямовані на зближення теорії та практики були зроблені в 60-ті роки в СРСР академіком О. В. Барояном і

професором Л. А. Рвачевим [2], якими була розроблена нова методологія математичного моделювання епідемій – епіддинаміка. Дана методологія заснована на методі наукової аналогії у відображенні епідемічного процесу (процес «перенесення» збудника інфекції від хворих до здорових) з процесом «перенесення» матерії (енергії, імпульсу і ін.) у рівняннях математичної фізики [4].

Як встановлено, в ході розвитку епідемії серед населення території, ураженої інфекційним захворюванням, формується складний процес, що саморозвивається, за рахунок «перенесення» популяції збудника на співтовариство сприйнятливих людей. Епідеміологічний зміст даного процесу пов'язаний з адекватним його відображенням, як в календарному часі « $t$ », так і в внутрішньому часі « $\tau$ », який фіксує розвиток інфекційного захворювання у безлічі осіб, уражених інфекцією. Система рівнянь, яка описує розвиток епідемічного процесу, є системою нелінійних рівнянь приватних похідних з відповідними початковими і граничними умовами.

Із застосуванням цієї методології в інституті експериментальної медицини ім. М. Ф. Гамалєї АМН СРСР в 60-70-ті роки були розроблені унікальні моделі епідемій грипу для території СРСР, які складено на основі балансів «потоків» індивідуумів, що приходять основні стадії-стани інфекційного процесу типу SEIR, де: S – сприйнятливі, E – в інкубації, I – інфекційні хворі, R – що переохворіли.

Математична модель епідемії грипу «Барояна-Рвачева» є системою нелінійних інтегровано-диференціальних рівнянь в приватних похідних з відповідними граничними і початковими умовами [2]:

1. Епідемічний процес:

$$a) dX(t)/dt = - [\lambda/P(t)] \times [X(t) \times \int Y(\tau, t) d\tau];$$

$$b) \partial U(\tau, t) / \partial \tau + \partial U(\tau, t) / \partial t = - \gamma(\tau) \times U(\tau, t);$$

$$c) \partial Y(\tau, t) / \partial \tau + \partial Y(\tau, t) / \partial t = \gamma(\tau) \times U(\tau, t) - \delta(\tau) \times Y(\tau, t);$$

$$d) dZ(t)/dt = \int \delta(\tau) \times Y(\tau, t) d\tau;$$

2. Граничні умови:

$$a) U(0, t) = [\lambda/P(t)] \times [X(t) \times \int Y(\tau, t) d\tau];$$

$$b) Y(0, t) = 0;$$

### 3. Початкові умови:

$$a) X(t_0) = \alpha \times P(t_0); Z(t_0) = (1-\alpha) \times P(t_0);$$

$$b) U(\tau, 0) = U(\tau); \text{ при } 0 < \tau < \tau_u;$$

$$c) Y(\tau, 0) = Y(\tau); \text{ при } 0 < \tau < \tau_y,$$

де:  $t > 0$  – календарний час розвитку епідемії (дні);

$\tau > 0$  – «внутрішній» час розвитку інфекційного процесу;

$\lambda$  – середня частота передачі збудника від інфекційних хворих  $\lambda(t)$

до сприйнятливих  $X(t)$ ;

$\gamma(\tau)$  – функція розвитку періоду інкубації;

$\delta(\tau)$  – функція розвитку інфекційного періоду;

$P$  – населення території, ураженої грипом (тис. чол.);

$\alpha > 0$  – частка сприйнятливих серед населення.

Дана модель епідемій грипу на території СРСР мала адекватний медико-біологічний зміст, оскільки відображала особливості розвитку, як індивідуальних, так і «колективних» процесів інфекції серед сприйнятливого населення безлічі міст, уражених патогеном. Ефективність моделювання епідемій грипу була продемонстрована в 70-ті роки при прогнозуванні більше ніж 170 епідемій на території більше 100 міст СРСР.

Необхідно зазначити, що нова методологія моделювання епідемій мала істотний вплив на дослідження з математичного та комп'ютерного моделювання епідемій у СРСР та за кордоном, з її допомогою в ДУ НДІЕМ ім. М. Ф. Гамалєї РАМН була реалізована «колекція» математичних моделей для вивчення епідемій і спалахів значущих інфекцій з феноменологією типу SEnImRF, де: En – «n» стадія інкубаційного періоду; Im – «m» стадія (різних клінічних форм інфекційного захворювання); R – особи, що перехворіли захворюванням, F – загиблі від ускладнень, яка реалізована за допомогою комп'ютерного моделювання, у вигляді Windows-додатків) [4].

Таким чином можна стверджувати, що серед сучасних методів комп'ютерного моделювання слід відзначити практичне використання динамічного моделювання, змістом якого є опис поширення інфекційного процесу у популяції за допомогою математичних закономірностей.

## Література

1. Андреева Е. А. Математическая модель управления процессом эпидемии в двух социальных группах / Е. А. Андреева // Програмные продукты и системы. – 2004. – № 3. – С. 16–19.
2. Бароян О. В. Моделирование и прогнозирование эпидемий гриппа для территории СССР / О. В. Бароян, Л. А. Рвачев, Ю. Г. Иванников. – М.: ИЭМ. им. Н.Ф. Гамалеи, 1977. – С. 546.
3. Бейли Н. Математика в биологии и медицине / Н. Бейли. – М.: «МИР», 1970. – С. 326.
4. Боев. Б. В. Современные этапы математического моделирования процессов развития и распространения инфекционных заболеваний. Эпидемиологическая кибернетика: модели, информация, эксперименты / В. Б. Боев. – М. – 1991. – С. 6–13.
5. Енько П. Л. О ходе эпидемий некоторых заразных болезней / П. Л. Зенько // Врач. – 1889. – № 46–48.
6. Кузнецов Ю. А. Теоретические основы имитационного и комп'ютерного моделирования экономических систем / Ю. А. Кузнецов, О. В. Мичасова. – Нижний Новгород. – 2007. – 111 с.
7. Марценюк В. П. Інформаційно-статистичний підхід до моделювання розповсюдження інфекційного захворювання на прикладі епідемії ГРЗ в період жовтень-листопад 2009 року в Тернопільській області / В. П. Марценюк, Н. В. Цяпа, М. О. Кашуба // Інфекційні хвороби. – № 4. – 2009. – С. 50–59.
8. Плавинский С. Л. Моделирование ВИЧ-инфекции и других заразных заболеваний человека и оценка численности групп риска. Введение в математическую эпидемиологию / С. Л. Плавинский. – М.: Акварель, 2010. – 100 с.
9. Рекомендації для служби охорони здоров'я України щодо планування та організації заходів проти пандемічного грипу “Реагування служби охорони здоров'я України на пандемічний грип” / МОЗ, ІЕІНХ АМН України ім. Л. В. Громашевського та УНДПІ ім. Мечникова за технічної підтримки РАТН, CDC, ВООЗ // Київ: РАТН. – 2009р. – 136 с.
10. Stochastic Equation-Based Model of a Global Epidemic / D. Michael Goedecke, Feng Yu, Georgiy Bobashev, Joshua M. Epstein, Robert J. Morris / North Carolina. – Research Triangle Park. – 2007. – P. 63.

**Резюме.** В статье рассмотрены вопросы эволюции математических методов моделирования эпидемических процессов. Приведены схемы развития инфекционных заболеваний, которые указывают на применимость и практическую значимость данных методов для организации системы фармацевтического обеспечения.

**Ключевые слова:** эпидемиология, моделирование, фармацевтическое обеспечение.

**Summary.** The article the evolution of mathematical modeling of epidemic processes are discussed. Schemes for the development of infectious diseases indicate the applicability and practical relevance of these methods for the organization of pharmaceutical software.

**Keywords:** epidemiology, modeling, pharmaceutical care.

**УДК 615.1:159.923**

## **ИССЛЕДОВАНИЕ ПРОФЕССИОНАЛЬНЫХ ХАРАКТЕРИСТИК АПТЕЧНЫХ РАБОТНИКОВ**

***Журавель М.А., Спичак И.В.***

***Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
г. Белгород, Россия***

**Резюме.** В статье представлены результаты исследования профессиональных характеристик фармацевтических специалистов. Разработан социально-демографический портрет «первостольника»; определены его психологические черты. Выявлены необходимые компетенции и удовлетворенность работой; рассмотрены вопросы фармацевтической этики.

**Ключевые слова:** социологическое исследование фармацевтических работников, фармацевтические компетенции, фармацевтическая помощь.

В настоящее время повышение конкурентоспособности аптечной организации приобретает все большую актуальность. Ее рост обеспечивается путем применения современных маркетинговых технологий, ведения рациональной ассортиментной и ценовой политики, предоставления качественных фармацевтических услуг, в т.ч. консультационных. Основным реализатором информации является работник первого стола аптек.

Целью исследования явилось изучение профессиональных характеристик фармацевтических специалистов на примере аптечных работников первого стола аптек.

Для реализации цели проведено заочное анкетирование 50 «первостольников», работающих в аптеках или аптечных пунктах аптечных сетей (47,1%) и крупных аптеках (32,4 %).

Концепция исследования включает 6 этапов: формирование социально-демографического портрета «первостольника»; выявление психологических характеристик; определение отношения к работе и оценки необходимых знаний; выявление информационных потребностей и используемых источников информации; рассмотрение профессионального ситуационного поведения; определение особенностей соблюдения принципов фармацевтической этики специалистами.

На первом этапе исследования определен социально-демографический портрет «первостольника»: это - женщина (94,1%), в возрасте до 30 лет (41,2%) или предпенсионном возрасте (от 50 до 60 лет) (23,5%); имеющая среднеспециальное или высшее фармацевтическое образование (по 44,1%) неполное высшее (8,8%) и сертификат специалиста по направлению «Управление и экономика фармации» или «Фармацевтическая технология» (по 40%).

Внимания заслуживает факт низкой укомплектованности должностей провизорами. Также непонятен вопрос допуска к работе провизоров-аналитиков.

Второй этап исследования посвящен выявлению мнения работников первого стола о том, какими психологическими и поведенческими особенностями должны обладать фармацевты по отпуску лекарственных препаратов. Более 40% респондентов считают, что работа первостольника подходит людям с темпераментом сангвиника, 38,2% - флегматика. При этом 41,2% выделяют преимущественно экстравертов (характерны общительность, импульсивность, инициативность, малая настойчивость); 35,3% считают необходимым сочетание экстраверсии и интраверсии. Большинство опрошенных (64,7%) отмечает, что среди работников должны преобладать альтруисты со свойственными чертами: доброта, бескорыстность в отношении с людьми, миролюбие, открытость др.

Основными качествами «первостольника», по мнению респондентов, являются: компетентность (82,4%), эмоциональная устойчивость (67,6%), стрессоустойчивость и коммуникабельность (по 64,7%), внимательность (58,8%), сосредоточенность (47,1%), энергичность и быстрота реакции (44,1%). Последние в рейтинге - чувствительность, размеренность действий и креативность (по 8,8%). Таким образом, к «первостольникам» предъявляются определенные требования: профессионализм, умение владеть собой, коммуникабельность и возможность работать в стрессовых условиях. Именно эти качества способствуют более эффективному взаимодействию с посетителями аптек и решению всех возникающих проблем.

Фармацевтические работники отмечают высокую степень личной ответственности, характерную для их работы. При этом больше половины (58,8%) респондентов считают, что все происходящие события - результат их собственных действий (интернальный тип). Однако значительная часть опрошенных предполагает, что большинство событий – результат случая или поведения других людей (38,2%). Они не считают нужным прилагать дополнительные усилия к выстраиванию карьеры, профессиональному росту и нуждаются в особой мотивации.

Выявлены основные компетенции и отношение к работе фармацевтических специалистов. Установлено, что при выборе работы 56% фармацевтов руководствуются потребностью в реализации полученного образования; 47,1% специалистов работают в аптеках, чтобы помогать людям; 23,5% отмечают неплохую заработную плату; 17,6% стремятся к общению с людьми. Более 67% «первостольников» любят выбранную работу и ходят на нее с удовольствием. Лишь 6% не получают от нее удовлетворения, безынициативны.

Также определены сложности, возникающие в процессе работы фармацевтов и способствующие снижению эффективности обслуживания. Среди них на первом месте - необходимость повышения уровня знаний в области новых ЛС (41,2%); на втором - проблемы взаимодействия с пациентами (26,3%); на третьей позиции - необходимость выполнения нескольких операций одновременно или за короткий промежуток времени (23,5%); на последнем месте - непростая задача запоминания больших объемов информации (14,7%).

Для преодоления трудностей необходимо постоянное совершенствование профессиональных компетенций первостольников, среди которых на первом месте, по мнению 91,2% респондентов - знания в области фармакологии; второе место занимают навыки эффективных продаж (52,9%), на третьей позиции – умение разрешать конфликтные ситуации и навыки работы на компьютере (по 47,1%); далее следуют знания нормативной документации (41,2%); принципы мерчандайзинга и осведомленность об альтернативных методах лечения (по 35,3%); основы ценообразования (26,5%); знание химического строения и химических свойств ЛС (8,8%).

Определено, что чаще всего «первостольники» консультируют посетителей аптек по вопросам, связанным с заболеванием, лекарственными препаратами, корректировкой доз и др. (88,2%) При этом 82,4% фармацевтов поясняют способ применения ЛС и дозировки, 47,1% опрошенных отвечают на вопросы, связанные с эффективностью ЛП; 41,2% - с побочными действиями препаратов.



Изучены информационные потребности фармацевтов. Значительная доля респондентов отмечает, что в процессе работы возникают случаи, когда вопросы, задаваемые пациентами, ставят в тупик, и аптечный работник не может найти ответ. Определены основные разделы специализированной информации, необходимые при оказании фармацевтической помощи: данные о ЛС (38,2%); о последних изменениях в сфере государственного регулирования фармацевтики (32,4%); о клинических проявлениях заболеваний, подходах к фармакотерапии и фармакотерапевтических комплексах, фальсифицированных ЛС (по 23,5%), медико-экономических стандартах и формулярных списках (17,6%).

Также выявлены наиболее популярные источники информации: на первом месте - Интернет-ресурсы (85,3%), на втором – справочная литература (64,7%), на третьем – медицинские представители (50%). При этом почти половина опрошенных считает предоставляемую медпредставителями информацию полезной (47,1%); вторая половина полагает, что она не всегда достоверна, а сами медпредставители слишком навязчивы (52,9%). На четвертой позиции среди источников информации - рекламная продукция фармкомпаний и знания, полученные на конференциях (по 29,4%). Последние в рейтинге – периодическая литература (11,8%), телепрограммы (2,9%)

Почти все опрошенные специалисты отмечают потребность в оперативной информационной помощи медико-фармацевтического характера по возникающим вопросам (85,3%). Из них 69% оговаривают условия ее получения: доступность и простота.

Пятый блок исследования затрагивает аспекты профессионального ситуационного поведения. Установлено, что для консультирования посетителей около 60% респондентов затрачивают 3-4 минуты, 20,6% - 2-3 минуты, 8,8% - около 10 минут. Из-за стремления фармацевта общаться с посетителями в 29,4% случаев в аптеке возникает очередь, хотя основной причиной, по мнению 60% опрошенных, является высокая проходимость в месте ее расположения.

Кроме того выявлены особенности оказания фармацевтической помощи различным категориям населения. Более 55% фармацевтов обслуживают всех пациентов одинаково, 41% специалистов стремится уделить особое внимание пенсионерам, предложить им более приемлемые по цене ЛП. При этом аптечные работники, как правило, рекомендуют препараты, максимально отвечающие запросам потребителя (76,5%); меньше половины отдают предпочтение наиболее эффективным средствам (41,2). Однако почти в 21% случаев фармацевтические работники отпускают лекарства в зависимости от социального статуса покупателя. Отмечена небольшая доля тех, кто советует дорогие препараты и ЛС с истекающим в скором времени сроком годности (по 8,8%), а также ЛП, включенные в бонусные и акционные программы (5,9%).

Более половины респондентов обеспечивают принцип комплексности фармпомощи, рекомендуя посетителям аптек приобретать сопутствующие товары в дополнение к основному лекарственному препарату (58,8%). Запрос потребителя об отпуске конкретного препарата удовлетворяют 35% фармацевтических работников.

На шестом этапе определены особенности соблюдения принципов фармацевтической этики работниками первого стола аптек. Установлено, что, по мнению большинства опрошенных, пациенты после посещения врача все равно нуждаются в дополнительной информации фармспециалиста (82,4%). При этом в работе всех респондентов возникали ситуации, когда в рецептах, выписанных врачами, присутствовали ошибки в дозировках лекарственных препаратов. Значительная доля респондентов (55,9%) считает целесообразным в корректной форме указывать на ошибки в назначениях врача, но только при возникновении опасности для пациента.

Негативной тенденцией, отмеченной респондентами, является консультирование пациентов по приобретению лекарственных средств в аптеке без назначения врача (85,3%). В случае неуверенности в ответе на вопрос посетителя о рекомендации какого-либо препарата, специалист обращается к

справочной информации (68,4%) и просит помощи у коллег (53,3%); 56% респондентов рекомендуют ему проконсультироваться с врачом.

На уровне взаимодействия фармацевтических работников между собой более половины специалистов (57,9%) считают невозможным делать замечания своим коллегам, исправлять их ошибки и неточности или критиковать в присутствии посетителей аптеки. Однако 31,6% респондентов допускают это в редких случаях.

Таким образом, в результате исследования выявлено, что «первостольник» должен обладать определенными психологическими качествами, компетенциями и навыками. В связи с этим актуальной является разработка информационного обеспечения для обучения и повышения профессионального уровня фармацевтических работников.

**Summary.** The given article presents the research of pharmacist's professional characteristics. Socio-demographic portrait of pharmacist is developed; his psychological features are defined. Necessary competences and job satisfaction are revealed; questions of bioethics are considered.

**Key words:** sociological research of pharmacists, pharmaceutical competences, pharmaceutical care.

**ИНФОРМАЦИОННОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ОБУЧЕНИЯ И ОТБОРА  
ПЕРСОНАЛА В АПТЕЧНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

*Спичак И.В., Журавель М.А.*

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
г. Белгород, Россия*

**Резюме.** В статье представлены результаты социологического исследования информационных потребностей фармацевтических работников и посетителей аптек. Изложены этапы разработки программы для обучения, мониторинга профессиональных компетенций и отбора в аптечную организацию фармацевтических специалистов: определение целевой аудитории, формирование структуры программы, ее контента, программирование и тестирование. Разработаны информационные материалы для пользователей и оценена эффективность внедрения программы.

**Ключевые слова:** фармацевтическая информация, фармацевтическая помощь, информационные технологии в фармации.

В аптечном бизнесе кадровый потенциал приобретает все большее значение для удержания позиций организации на фармацевтическом рынке ввиду высокой конкуренции. Клиенты часто выбирают аптечную организацию из-за работающего в ней конкретного специалиста, обладающего всеми необходимыми знаниями, качествами и оказывающего помощь на высоком уровне. В связи с этим актуальной является оптимизация обучения специалистов, совершенствование отработки ими профессиональных навыков. Данный подход приводит к цепочке следствий: формирование высококомпетентного кадрового потенциала → повышение качества фармацевтической помощи → формирование лояльности посетителей и создание позитивного имиджа аптеки → рост товарооборота → увеличение прибыли.

В аптечных организациях необходимо иметь программные комплексы для предоставления работникам информации по всем аспектам оказания фармацевтической помощи, мониторинга их компетенций и оценки знаний кандидатов при приеме на работу. Однако на сегодняшний день подобные программы не представлены на фармацевтическом рынке России.

Целью исследования является разработка автоматизированного программного комплекса (АПК) для обучения, мониторинга профессиональных компетенций и отбора в аптечную организацию фармацевтических специалистов.

Для реализации цели разработана концепция, включающая 7 этапов: 1) социологическое исследование информационных потребностей фармацевтических работников и посетителей аптек; 2) определение целевой аудитории и назначения АПК; 3) разработка структуры АПК; 4) формирование контента; 5) программирование и тестирование программы; 6) разработка информационных материалов для пользователей; 7) апробация и оценка эффективности внедрения АПК.

На первом этапе проведено социологическое исследование информационных потребностей фармацевтических работников и посетителей аптек. Установлено, что в 82,4% случаев после посещения врача пациенты все равно нуждаются в дополнительной информации фармацевтического специалиста. Основными информационными потребностями пациентов являются: консультации и дополнительные рекомендации по применению лекарственных средств (29%); сравнительные данные по нескольким препаратам относительно их стоимости и эффективности (21%); сведения об их побочных эффектах (19%) и информация по применению лекарств в зависимости от возраста (14%).

Далее изучены трудности, возникающие в процессе работы фармацевтов и способствующие снижению эффективности обслуживания. Среди них на первом месте - необходимость повышения уровня знаний в области новых ЛС (41,2%); на втором - сложности во взаимодействии с пациентами (26,3%); на третьем - проблема выполнения нескольких операций одновременно или за

короткий промежуток времени (23,5%), на последнем месте - непростая задача запоминания больших объемов информации (14,7%).

Основными информационными потребностями фармацевтов являются: данные о ЛС (38,2%); о последних изменениях в сфере госрегулирования фармдеятельности (32,4%); о клинических проявлениях заболеваний, подходах к фармакотерапии и фармакотерапевтических комплексах, фальсифицированных ЛС (по 23,5%), медико-экономических стандартах и формулярных списках (17,6%).

В результате исследования выявлено, что фармацевтические работники нуждаются в оперативной информационной помощи медико-фармацевтического характера по возникающим у них вопросам (85,3%). Большая часть специалистов считает целесообразным наличие на своем рабочем месте обучающей программы, содержащей всю необходимую фармацевтическую информацию при условии доступного пользовательского интерфейса (85,4%) и регулярных обновлений (12,3%).

Определены категории целевой аудитории, на которую ориентирован программный комплекс – это заведующие аптеками; «первостольники»; студенты и преподаватели учебных заведений фармацевтического направления.

Далее согласно концепции разработана структура программы. Информационная база АПК содержит обучающую систему, включающую аспекты и алгоритмы оказания фармацевтической помощи при различных заболеваниях и симптомах (модуль «Электронный учебник» и «Алгоритмы»); тестинг-систему для оценки профессиональной компетентности работников первого стола аптек и кандидатов на работу в аптеку (модуль «Тесты»); многофункциональную базу по лекарственным средствам с возможностью поиска и сравнения препаратов по 10 параметрам (модуль «Сравнение препаратов»).

На четвертом этапе исследования разработан контент программного комплекса. В модуле «Электронный учебник» представлена информация об

особенностях оказания фармацевтической помощи пациентам с 40 различными нозологиями и симптомами.

В модуле «Алгоритмы» представлены алгоритмы оказания фармацевтической помощи при 28 заболеваниях и симптомах. В них описана последовательность диалога с пациентом, обратившегося за фармацевтической помощью в аптеку, с выявлением возможных сопутствующих заболеваний и симптомов, а также обязательным указанием на необходимость обратиться к врачу. В алгоритмах изложены рекомендации по применению препаратов, отпускаемых без рецепта врача.

В разделе «Сравнение препаратов» размещена многофункциональная база данных по лекарственным средствам, основанная на официальной информации о препаратах, полученной из справочника «Видадь» и Регистра лекарственных средств. В данном разделе предусмотрена возможность сравнения препаратов-аналогов по 10 показателям, что позволяет аптечному работнику подобрать лекарственный препарат, соответствующий требованиям пациента. Среди показателей: международное непатентованное наименование, показания к применению, производитель, условия отпуска из аптек, лекарственная форма, возрастные ограничения, возможность применения при беременности, побочные эффекты, противопоказания, возможные лекарственные взаимодействия с другими препаратами.

Тестинг-система включает тестовые базы для уже работающих «первостольников» и кандидатов на эту должность. Пользователь может выбрать количество тестовых заданий, которые предстоит решить испытуемому.

На следующем этапе совместно с программистами факультета информационных технологий и прикладной математики НИУ «БелГУ» осуществлено проектирование базы данных, программирование, наполнение контентом, тестирование и ввод программы в действие.

Далее разработаны информационные материалы для пользователей автоматизированного программного комплекса. Сформирована пошаговая

инструкция по использованию программы, где изложены основные принципы доступа к информационным ресурсам, представленным в АПК. Для проверки работы АПК разработаны сценарии пользователей.

На заключительном этапе оценены предполагаемые результаты внедрения программного комплекса (рис.1).



Рис.1. Эффекты применения автоматизированного программного комплекса

Разработанный программный комплекс позволяет оптимизировать информационно-консультационную деятельность аптечных работников и улучшить качество оказываемой фармацевтической помощи населению.

*Summary.* The given article presents the sociological research of pharmacist's and customers' information needs. The stages of developing the program of training, monitoring professional competencies and selection of pharmaceutical specialists are set out: defining the target audience, forming the structure of the program, its content, programming and testing. Informational materials for users are developed and the effectiveness of program implementation is evaluated.

*Key words:* pharmaceutical information, pharmaceutical care, informational technologies in pharmacy.



**МЕТОДИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ПРОВЕДЕНИЮ  
ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ  
ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ В АМБУЛАТОРНО-  
ПОЛИКЛИНИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ**

*Спичак И.В., Панкратова О.Г., Дерезлазова Ю.С., Мурашко Ю.И.*

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
г. Белгород, Россия*

**Резюме.** В статье представлен методический подход к оптимизации лекарственной помощи населению при амбулаторно-поликлиническом лечении с учетом предпочтений пациентов. Изложены результаты апробации методики на примере совершенствования лекарственной помощи детям с ювенильным артритом.

**Ключевые слова:** лекарственная помощь, лекарственные средства, дети, артриты, ассортиментные портфели, амбулаторно-поликлинические учреждения

В случае возникновения заболевания пациент за медицинской и лекарственной помощью, как правило, обращается в амбулаторно-поликлиническое учреждение (АПУ), в условиях которого качество и рациональность назначаемой терапии напрямую оказывает влияние на процесс выздоровления.

В настоящее время существует ряд проблем в оказании медицинской и лекарственной помощи населению: разнообразие ассортимента лекарственных средств (ЛС) на фармацевтическом рынке; недостаток формулярных списков ЛС для лечения пациентов в АПУ, назначение фармакотерапии без учета предпочтений пациента в выборе препаратов и его экономических возможностей; отсутствие осознания, что заболевший при

амбулаторном лечении является основным участником процесса фармакотерапии и необходимо его вовлечение в этот процесс [1].

Для оптимизации лекарственной помощи в России используют различные методы фармакоэкономического анализа. Однако не все из них подходят для исследования в амбулаторно-поликлинических условиях, так как при назначении фармакотерапевтического комплекса врачу необходимо учитывать предпочтения и экономические возможности пациента.

Целью работы явилась разработка методического подхода к проведению фармакоэкономических исследований лекарственной помощи в амбулаторно-поликлинических условиях и апробация его на примере оптимизации лекарственной помощи детям с ювенильным артритом.

Методы исследования: контент-анализ, экономико-статистические (корреляционно-регрессионный, сравнения, группировки, ранжирования); социологические (опрос, анкетирование); фармакоэкономические (АВС-анализ, VEN– анализ); графический метод.

Объекты исследования: 86 амбулаторных карт пациентов, страдающих ювенильным артритом, находящихся на диспансерном учете в детской областной поликлинике ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», и МБУЗ «Городская детская поликлиника №4» г. Белгорода в период с 1998 по 2011 гг.; 60 анкет родителей детей с ювенильным артритом; 26 экспертных заключений врачей-специалистов детской областной поликлиники ОГБУЗ «Детская областная клиническая больница», а также поликлиник областных больниц г. Белгорода и г. Курска.

Для реализации поставленной цели разработан методический подход, основной задачей которого является анализ тенденций формирования ассортимента лекарственных средств (ЛС), назначаемых в условиях АПУ, для лечения конкретной нозологии, с последующей разработкой ассортиментных портфелей ЛС с учетом экономических и потребительских предпочтений пациентов путем последовательного выполнения 7 этапов (рис. 1):

- 1) формирование информационного массива исследования;
- 2) структурный анализ ассортимента ЛС;
- 3) анализ перечня ЛС на соответствие потребительским критериям;
- 4) маркетинговый анализ ассортимента ЛС;
- 5) сегментационный анализ ассортимента ЛС;
- 6) многоаспектный матричный анализ ассортимента ЛС;
- 7) формирование ассортиментных портфелей ЛС с учетом потребительских критериев.

Апробация методического подхода осуществлена на примере оптимизации лекарственной помощи детям с ювенильным артритом – пациентов поликлиник.

Так, на первом этапе с помощью контент-анализа собран информационный массив ЛС, назначаемых детям в АПУ с ювенильным артритом.

В результате сформированы информационные карты, отражающие все назначения ЛС детям при лечении ювенильного артрита. Информационный массив ЛС составил 9 и 8 фармакотерапевтических групп для ювенильного ревматоидного (ЮРА) и ювенильного хронического (ЮХА) артритов; по количеству торговых наименований (ТН) – 63 и 53; по количеству упаковок – 1425 и 1070 соответственно.

С помощью структурного анализа определена структура ассортимента и потребления ЛС (рис. 2). В частности, установлено, что в структуре ассортимента ЛС для лечения ЮРА и ЮХА лидирующую позицию занимают средства, влияющие на опорно-двигательный аппарат (М) – 38,1% и 52,8% соответственно; на следующей позиции находятся средства, влияющие на пищеварительную систему и метаболизм (А) – 27% и 18,8%; далее следуют средства, влияющие на сердечно - сосудистую систему (С) - 7,9% и 5,7% и т.д. Препараты групп «Прочие» составили 12,8% и 9,5% в общей структуре ассортимента.

# ОПТИМИЗАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОЙ ПОМОЩИ ДЕТЯМ В АПУ

## 1 Формирование информационного массива исследования



## 2 Структурный анализ ассортимента ЛС



## 3 Анализ ассортимента на соответствие потребительским критериям



## 4 Маркетинговый анализ ассортимента ЛС



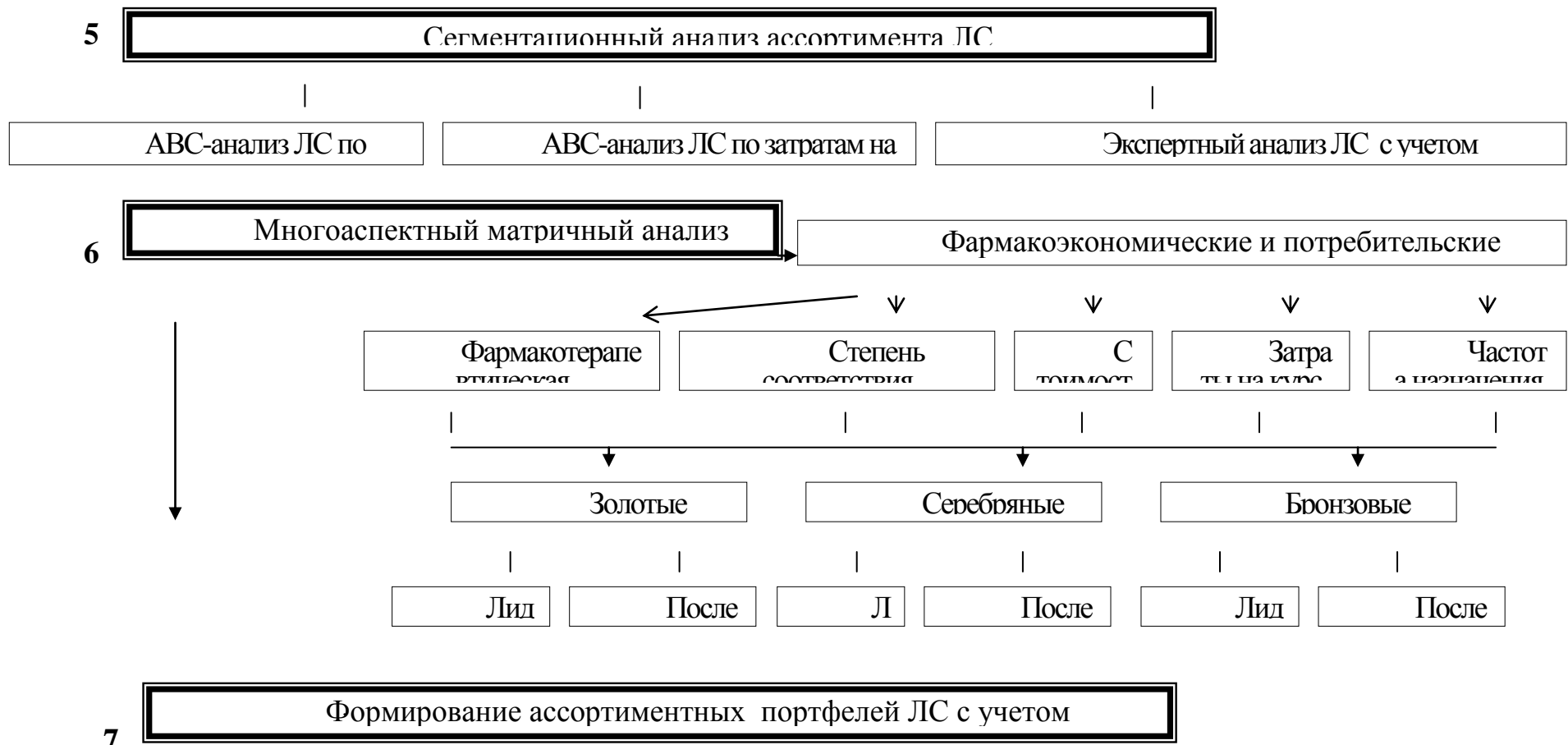


Рис. 1. Методический подход к оптимизации лекарственной помощи детям в АПУ (Спичак И.В., Панкратова О.Г., 2011 г.)

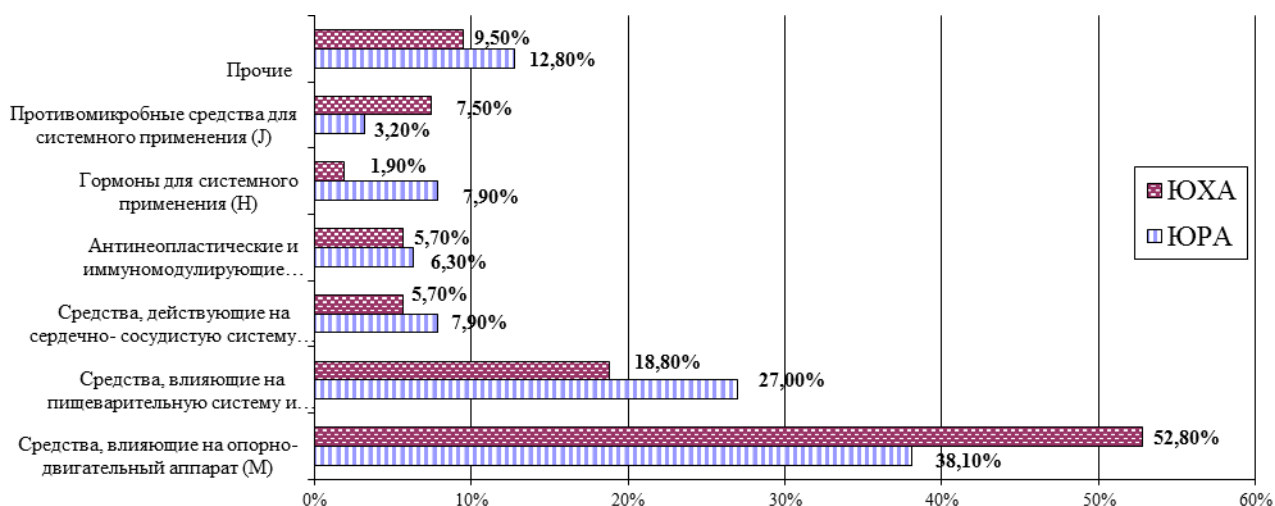


Рис. 2. Структура ассортимента ЛС для лечения детей с ЮРА и ЮХА в амбулаторно-поликлинических условиях, %.

Далее с помощью социологического исследования проведен анализ на соответствие назначаемых ЛС в АПУ потребительским критериям, а также осуществлены маркетинговые исследования ассортимента ЛС и сегментация по составу и виду ЛФ.

Анализ предпочтений родителей в проведении эффективной фармакотерапии ребёнку с заболеванием суставов показал, что основным критерием в выборе препарата является эффективность (61,2%); в качестве наиболее удобной лекарственной формы для своего ребенка родители выбирают инъекции (33,3%). Обращает на себя внимание тот факт, что 86,7% респондентов указали, что цена не имеет значения при покупке необходимого комплекса лекарственных средств.

Проводя анализ структуры ассортимента ЛС по виду ЛФ было выявлено, что врачи детям с ЮРА и ЮХА в большинстве случаев назначают твердые ЛФ – 65,1% и 62,2%. Второе место разделили мягкие ЛФ для лечения ЮРА – 17,5% и жидкие ЛФ для ЮХА – 19%. Далее назначают жидкие ЛФ для ЮРА – 15,8% и мягкие для ЮХА – 18,8%. Так же, в структура ассортимента ЛС для лечения ЮРА в незначительном количестве входят газообразные ЛФ – 1,6%

С помощью ABC – анализа осуществлено сегментирование ассортимента ЛС по группам потребления (высокого, низкого и среднего потребления). Так, в

частности, установлено, что в группу «А» высокого спроса в лечении ЮХА формируют 11 ЛС с коэффициентом назначения (Кн) от 21,96 до 1,77. Это такие препараты как - Фолиевая кислота, Кальций Д3 Никомед, Сульфасалазин, Метотрексат, Найз, Вольтарен и др.

Проведен ABC-анализ по затратам на курс лечения. Установлено, в частности, что для лечения ЮРА около 24% препаратов относится к «среднезатратным», при этом каждый восьмой препарат из всех назначаемых является дорогостоящим (табл. 1).

Таблица 1

Результаты ABC-анализа ассортимента ЛС по затратам на курс лечения

Класс ЛС	Кол-во наименований		Удельный вес по ассортименту, %		Затраты на курс лечения, руб.		Удельный вес в общих затратах на курс лечения, %	
	ЮРА	ЮХА	ЮРА	ЮХА	ЮРА	ЮХА	ЮРА	ЮХА
А (высокозатратные)	8	11	12,7	20,7	325444,9	158 226,0	79,4	83,9
В (среднезатратные)	15	10	23,8	18,9	64256,8	22446,6	15,7	11,9
С (низкозатратные)	40	32	63,5	60,4	20275,6	7944,5	4,9	4,2
Итого	63	53	100,0	100,0	409977,3	188617,1	100,0	100,0

С помощью VEN-анализа осуществлена экспертиза ЛС. Экспертами выступили 26 высококвалифицированных врачей-специалистов со средним коэффициентом компетентности 0,85.

В ходе экспертизы для каждого ЛС определены средневзвешенные оценки. Так, в группу обязательных средств («О») для лечения ЮХА со средневзвешенной оценкой от 1,57 до 2,0 вошли 18 препаратов (41,9%): Кальций Д3 Никомед, Вольтарен, Метотрексат и др.

Группу важных («I») сформировали 14 препаратов (32,6%) со средневзвешенной оценкой от 0,95 до 1,56 и частичной степенью соответствия потребительским критериям: Фастум гель, Матарен и др. Остальные отнесены к группе «S» - второстепенные средства (табл. 2).

## Результаты экспертного анализа ассортимента ЛС

Нозология	Количество ЛС			Средневзвешенные оценки		
	Обязательные ЛС (O)	Важные ЛС (I)	Второстепенные ЛС (S)	Обязательные ЛС (O)	Важные ЛС (I)	Второстепенные ЛС (S)
ЮРА	26	16	7	2,0-1,55	1,54-0,82	ниже 0,82
ЮХА	18	14	9	2- 1,57	1,56-0,95	ниже 0,95

На следующем этапе с целью получения обобщенной оценки ЛС разработана оригинальная методика многоаспектного матричного анализа ассортимента ЛС (Спичак И.В., Панкратова О.Г., 2011 г.). В основе этой методики лежит многомерная модель, формируемая 5 фармакоэкономическими показателями препарата: фармакотерапевтическая эффективность, степень соответствия потребительским критериям (сводный результат), стоимость ЛС, затраты на курс лечения ЛС, частота назначения.

Результаты исследования положены в основу формирования ассортиментных портфелей ЛС.

Так, разработано 3 ассортиментных портфеля ЛС для лечения детей от 3-х лет с юношеским поли - / олигоартикулярным артритом в амбулаторно-поликлинических условиях с высоко-/ средне-/ низкочувствительной стоимостью на курс лечения. «Высокозатратный» портфель для лечения указанной нозологии представлен 9 препаратами основной терапии (ОТ) и 5 препаратами замены (ПЗ). Препараты данного комплекса являются оригинальными, имеют высокий терапевтический эффект, высокие потребительские характеристики, но являются дорогостоящими. Это такие препараты, как Мовалис таблетки 7,5 мг, Вольтарен Эмульгель, Методжект, Кальций Д3 Никомед и т.д. Средняя стоимость на курс лечения в сумме составила до 4500 рублей (табл. 3). «Среднезатратный» ассортиментный портфель формируют 9 препаратов ОТ и 7 ПЗ. Ориентировочная стоимость на курс лечения составляет до 1700 рублей. В



«низкозатратный» ассортиментный портфель со средней ценой на курс лечения до 1000 рублей включены 9 препаратов ОТ и 10 ПЗ. Как правило, это широко распространенные отечественные препараты, успешно зарекомендовавшие себя в лечении указанной патологии.

Разработанные ассортиментные портфели ЛС для лечения ювенильного артрита в амбулаторно-поликлинических условиях внедрены в деятельность медицинских учреждений, о чем свидетельствует Акт об использовании предложения Департамента Здравоохранения и социальной защиты населения Белгородской области.

Таблица 3

**Высокозатратный комплекс для лечения ЮНОШЕСКОГО ПОЛИ-/ ОЛИГОАРТИКУЛЯРНОГО АРТРИТА у детей (с 3-х лет) Ориентировочная стоимость курса лечения на 1 мес. до 4500 руб.**

Основной препарат				Препарат замены		
№ / п	ТН, МНН	Возраст (для детей с ЮА)	Режим дозирования	ТН, МНН	Возраст (для детей с ЮА)	Режим дозирования
<b>Нестероидные противовоспалительные препараты (НПВП)</b>						
1	<b>Peros Мовалис</b> (Мелоксикам) таблетки 7.5 мг №20 <u>Рецептурный отпуск Форма рец.бл. №107/У</u>	С 2 лет	0,15-0,2 мг/кг в сут. в 1-2 приема	<b>Peros Вольтарен</b> (Диклофенак), табл.25 мг., уп № 20 <u>Рецептурный отпуск Форма рец.бл. №107/У</u>	с 6 лет	2-3 мг/кг/сут, в 2-3 приема
2	<b>Местно ВольтаренЭмульгель</b> (Диклофенак),гель 1%-20г. <u>Отпуск из аптек-без рецепта</u>	С 12 лет	2-4 грамма 3-4 р/сут. на область сустава	<b>Местно Фастумгель</b> (Кетопрофен), гель 2.5 %; туба 30 г <u>Отпуск из аптек-без рецепта</u>	С 12 лет	3-5 см. 1-2 р/сут. на область сустава

<b>Миорелаксанты</b>						
3	<b>Мидокалм</b> (Толперизон),таблетки 50 мг, №30 <u>Рецептурный отпуск Форма</u> <u>рец.бл. №107/У</u>	С 1 года	Детям от 1 до 6 лет— в сут.дозе 5 мг/кг, 7–14 лет—2–4 мг/кг			
<b>Глюкокортикоиды</b>						
4	<b>Дипроспан</b> (Бетаметазон), амп. по 1 мл; <u>Рецептурный отпуск Форма</u> <u>рец.бл. №107/У</u>	С 3-х лет	Режим дозирования индивидуально Длительность 3-5 дней.	<b>Метипред (Метилпреднизалон)</b> лиоф. 250мг Или <b>Метипред</b> табл.4 мг№30 <u>Рецептурный отпуск Форма</u> <u>рец.бл. №107/У</u>	С 3-х лет	<u>Иньекц</u> .: 5-10 мг/кг <u>Peros:</u> 0,5мг/кг/сут,
<b>Иммунодепрессанты</b>						
5	Сульфасалазин Табл.500мг № 50 <b>Нецитотоксические</b> <u>Рецептурный отпуск Форма</u> <u>рец.бл.№107/У</u>	С 5 лет	250 мг/сут. (по 125 мг.- в 2 приема).			
6	<b>и/или</b> Методжект(Метотрексат), Табл. 5мг № 50 или Иньекц.10мг/мл №1 <b>Цитотоксические</b> <u>Рецептурный отпуск Форма</u> <u>рец.бл. №107/У</u>		назначается из расчета 10мг/м <sup>2</sup> /нед.			
<b>Препараты, влияющие на систему крови и кроветворение (назначают на фоне терапии метотрексатом)</b>						
7	<b>Фолиевая кислота</b> , 1мг №50 <u>Отпуск из аптек- без рецепта</u>	С 4 лет	1-5 мг в сутки в дни без метотрексата			

<b>Препараты кальция</b>						
8	<b>Кальций Д3 Никомед,</b> таблетки №30 <u>Отпуск из аптек- без рецепта</u>	С 3 лет	дозировка в соответствии и с рекоменда- циями врача	<b>Компливит Кальций Д3,</b> табл.жеват. №30 <u>Отпуск из аптек- без рецепта</u>	С 3 лет	дозу устанав- ливают индиви- д
<b>Средства для защиты ЖКТ. Препараты для лечения заболеваний, связанных с нарушением кислотности</b>						
9	<b>Нексиум</b> (Эзомепразол), таблетки 20 мг, блистер 7 <u>Рецептурный отпуск Форма рец.бл. №107/У</u>	С 12 лет	По 1 таблетке 20 мг 1 раз в сутки	<b>Омез</b> (Омепразол), капс. 20 мг № 20 <u>Рецептурный отпуск Форма рец.бл. №107/У</u>	С 12 лет	1 капсул е в сутки до еды.

### **Литература**

1. Спичак, И.В. Оптимизация лекарственной помощи детям в амбулаторно-поликлинических учреждениях : моногр. / И.В. Спичак, О.Г. Панкратова. – Белгород : ИПК НИУ «БелГУ», 2011. – 192 с.

*Summary.* The article presents methodological approach to optimizing medication use in population assistance in outpatient treatment in relation to patients' preferences. Test results of the methods are given on the example of improving the medication assistance to children with juvenile arthritis.

*Key words:* pharmaceutical help, medications, children, arthritis, assortment bags, outpatient polyclinic institutions.

УДК 614.281 /.283 (075.9)

**ОБОРОТ НАРКОТИЧЕСКИХ СРЕДСТВ И ПСИХОТРОПНЫХ  
ВЕЩЕСТВ И ПРОБЛЕМЫ, СВЯЗАННЫЕ С НИМ В РОССИЙСКОЙ  
ФЕДЕРАЦИИ**

*Микаэлян М.Ф., Аджиев В.Л., Хачатрян М.М.*

*Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ  
ВПО Волгоградского государственного медицинского университета*

*Министерства здравоохранения РФ,*

*г. Пятигорск, Российская Федерация*

**Резюме.** Изучение законодательных и нормативных правовых актов, регламентирующих оборот наркотических средств и психотропных веществ показало, что в настоящее время существуют некоторые проблемы, связанные с данным видом деятельности медицинских и аптечных организаций.

**Ключевые слова:** наркотические средства, психотропные вещества, прекурсоры, оборот наркотических средств, лекарственные препараты, нормативно-правовая база.

В настоящее время негативные последствия наркомании являются весьма многосторонними и представляют угрозу мировому сообществу. Незаконный мировой оборот наркотиков в год составляет более 500 млрд. долларов. Основная доля выручки от продажи наркотиков направляется на дестабилизацию национальной обстановки в различных странах мира.

Число наркоманов, которые вводят себе наркотики с помощью шприца, в мире достигло 15 млн. человек и особенно серьезно стоит эта проблема в России, где из 140 млн. граждан свыше 6 млн. наркоманов (из них 13% дети), в том числе более 2,5 млн. наркозависимых, продолжительность жизни которых составляет 5-7 лет, а ежегодная смертность их достигает 30-40 тысяч человек. Это свидетельствует о том, что в России действует не достаточно эффективная законодательная база по борьбе с незаконным оборотом наркотиков и

предупреждению данного вида преступлений [1].

В соответствии с международным правом правительства разных стран обязаны в своём законодательстве иметь соответствующие положения о наказаниях за противоправные действия, связанные с оборотом наркотических средств (НС), психотропных веществ (ПВ) и их прекурсоров.

На международном уровне принят комплекс мер, направленных на противодействие злоупотреблению НС и их незаконному обороту. Правовое регулирование отражено в Единой Конвенции о наркотических средствах 1961 г., Венской Конвенции о психотропных веществах 1971 г. и Конвенции ООН о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществах 1988 г., а также в специальных политических декларациях Генеральной Ассамблеи ООН по наркотическим средствам и Международного комитета по контролю над наркотиками ООН.

В настоящее время в Российской Федерации действует ряд нормативных документов, закрепивших правовое регулирование оборота наркотических веществ: Федеральный закон «О наркотических средствах и психотропных веществах», Постановления Правительства и Пленумов Верховного суда РФ, ведомственные приказы и инструкции, в том числе Федеральной службы по контролю за оборотом наркотиков и Министерства здравоохранения России.

Реализация Федерального закона № 3-ФЗ от 08.01.98 г. «О наркотических средствах и психотропных веществах», вступившего в силу 15 апреля 1998 г., способствует ограничению притока в Россию НС и ПВ и распространению их на территории страны. Каждая статья данного закона регламентирует работу государственных органов, медицинских и фармацевтических организаций в сфере ужесточения контроля за оборотом НС, ПВ и их прекурсоров.

Главная задача данного закона – предотвращение огромной опасности наркотизации общества, защита общественного порядка, забота о здоровье российских граждан. Он ограничивает деятельность юридических лиц по вопросам производства, ввоза, вывоза, хранения, отпуска и уничтожения НС, ПВ и их прекурсоров.

Учитывая, что НС, ПВ и их прекурсоры используются в лечебных целях, одним из аспектов государственной политики является контроль за деятельностью аптечных и медицинских организаций, направленный на предупреждение, выявление и пресечение правонарушений в сфере легального оборота НС, ПВ и прекурсоров.

НС, ПВ и прекурсоры включены в Перечень средств, подлежащих контролю в РФ, который утвержден Постановлением Правительства РФ от 30.06.1998 г. №681 (с изм. и доп.). Согласно ему, и в зависимости от принимаемых государственных мер контроля существуют следующие списки:

- Список НС, ПВ и их прекурсоров, оборот которых в РФ запрещен в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ (Список I): гашиш, героин, каннабис, амфетамин, лизергиновая кислота и др.

- Список НС и ПВ, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ (Список II): бупренорфин, морфин, кодеин, тримепиридин (промедол), амобарбитал (барбамил), кетамин и др.

- Список ПВ, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых допускается исключение некоторых мер контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ (Список III): аллобарбитал, апрофен, буторфанол, оксазолам и др.

- Список прекурсоров, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются меры контроля в соответствии с законодательством РФ и международными договорами РФ (Список IV), включающий: таблицу прекурсоров, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются особые меры контроля (*Таблица 1*): ангидрид уксусной кислоты, эрготамин, эфедрин и др.; таблицу прекурсоров, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых устанавливаются общие меры контроля (*Таблица 2*): аллилбензол, бензальдегид, фенилуксусная кислота и др.; таблицу прекурсоров, оборот которых в РФ ограничен и в отношении которых допускаются исключения некоторых мер контроля (*Таблица 3*): ацетон, калия

перманганат, серная, соляная кислоты и др.

Перечень утверждается Правительством РФ по представлению федерального органа исполнительной власти и области здравоохранения и федерального органа исполнительной власти по контролю за оборотом НС, ПВ и их прекурсоров (т.е. Минздравом и ФСКН). Порядок внесения изменений дополнений в Перечень устанавливается Правительством РФ. Так, например, Постановлением Правительства РФ от 01.10.2012 г. №1003, «О внесении изменений в некоторые Постановления Правительства Российской Федерации по вопросам, связанным с оборотом наркотических средств и психотропных веществ», вступившим в силу с 01.01.2013г., из списков сильнодействующих и ядовитых веществ, утвержденных Постановлением Правительства от 29.12.2007г. № 964, исключены прекурсоры, которые имеются в Списках I и IV Перечня, утвержденного Постановлением Правительства от 30.06.1998г. № 681: N-метилэфедрин, эфедрин, псевдоэфедрин, сафрол, изосафрол, 3,4 – метилendioксифенил-2-пропанон, ангидрид уксусной кислоты и др.

Постановлением Правительства РФ от 04.02.2013 г. № 78 «О внесении изменений в некоторые акты Правительства Российской Федерации» (действует с 07.08.2013г.) из списка сильнодействующих веществ для целей статьи 234 и других статей Уголовного кодекса РФ, утвержденных Постановлением Правительства РФ от 29. 12.2007 № 964 исключены ниже следующие позиции: алпрозолам, барбитал (барбитал натрия), бромазепам, бротизолам, диазепам, золпидем, клоназепам, лоразепам, медазепам, мезокарб, мепробамат, мидазолам, нитразепам, оксазепам, темазепам, тетразепам, фенobarбитал, флунитразепам, флуразепам, хлордиазепоксид, эстазолан.

Выше перечисленные сильнодействующие вещества с 07.08.2013г. дополняют Список III Перечня НС, ПВ и их прекурсоров, подлежащих контролю в РФ. Эти лекарственные препараты должны отпускаться из аптечной организации по рецепту врача на рецептурном бланке формы №148-1/у-88. На сегодняшний день Минздравом России определен порядок отпуска не для всех комбинированных препаратов, содержащих малые количества психотропных

веществ Списка III. Кроме этого, нет правового документа, в котором были бы указаны расчетные нормативы потребности для стационарных и амбулаторных больных в лекарственных препаратах, таких как диазепам, фенobarбитал и др.

В соответствии с законодательством России, допуском к работе в сфере легального оборота НС, ПВ и прекурсоров является процедура лицензирования. Статьями 10 и 30 Федерального закона № 3-ФЗ определено, что деятельность, связанная с оборотом НС, ПВ и их прекурсоров, подлежит лицензированию и осуществляется в соответствии с международными договорами и законодательством РФ, а статья 12 Федерального закона от 04.05.2011 № 99-ФЗ «О лицензировании отдельных видов деятельности». К ним относятся лицензирование медицинской, фармацевтической, а также деятельности, связанной с оборотом НС, ПВ и их прекурсоров.

В соответствии с Федеральными законами №3-ФЗ и №99-ФЗ Правительством РФ от 22.12.2011г. было принято Постановление №1085, в котором утверждено «Положение о лицензировании деятельности по обороту НС, ПВ и их прекурсоров, культивированию наркосодержащих растений», согласно которому деятельность аптечных и медицинских организаций по обороту НС, ПВ и их прекурсоров включает следующие работы и услуги: хранение, перевозка, отпуск физическим лицам, реализация, приобретение и использование НС и ПВ, внесенных в *Список II и Список III* Перечня в медицинских целях.

В соответствии с вышеперечисленными работами и услугами в лицензии должны быть отражены конкретные для аптечной и медицинской организации виды работ и услуг, связанные с оборотом НС и ПВ, внесенных в *Список II и Список III* Перечня.

При осуществлении оборота НС, ПВ и прекурсоров деятельность аптечных и медицинских организации должна соответствовать требованиям нормативно-правовой базы (на данный момент законодательных и нормативно-правовых актов, действующих на территории РФ более 70), регламентирующим данный вид деятельности. Однако существующая нормативно-правовая база



несовершенна, так как не имеет четких требований, предъявляемых к лицензиату или соискателю лицензии. Одним из примеров являются требования, предъявляемые к помещениям и оборудованию, которые определены Федеральными законами №3-ФЗ и №99-ФЗ, а дальше Постановлениями Правительства РФ №1085; №1148, Приказами Минздравсоцразвития РФ №2549 – Пр/06; №2282-Пр/10; №706н и №397н; Приказом ФСКН РФ №9 и РД 78.36003-2002. Тем не менее, в них не указаны нормативы площадей помещений аптечных и медицинских организаций, в которых осуществляется деятельность по обороту НС, ПВ и прекурсоров. В связи с этим руководители фармацевтических и медицинских организаций самостоятельно принимают решения по ряду организационных вопросов, связанных с этой областью, а также на основе действующей нормативно-правовой базы разрабатывают и утверждают внутренние локальные акты, например, «Инструкцию по порядку обращения лекарственных препаратов в медицинской или фармацевтической организации» [2].

Основываясь на вышеизложенном можно заключить, что необходимо обеспечить единство, согласованность и преемственность ведомственных нормативно-правовых актов, регламентирующих деятельность, связанную с оборотом НС, ПВ и прекурсоров в аптечных и медицинских организациях.

### **Список литературы:**

1. Актуальные вопросы теории и практики борьбы с незаконным оборотом наркотических средств: материалы науч.-практ. конф. –18-19 июля 2010 г. – Юридический факультет Пятигорского государственного технологического университета. – Пятигорск: РИА-КМВ, 2010. – 308 с.

2. Ибрагимова, Г.Я. Порядок обращения наркотических средств, психотропных веществ и их прекурсоров в медицинских организациях / Г.Я. Ибрагимова, О.И. Уразлина, Д.Ф.Нестерова//ГлавВрач. – 2011. - №9. – С.23-36.

**Summary.** Studying legislative and the regulations regulating trafficking in narcotics and psychotropic substances showed that now there are some problems connected with this kind of activity of the medical and pharmaceutical organizations.

**АКТУАЛЬНІСТЬ ПОБУДОВИ НА ФАРМАЦЕВТИЧНИХ  
ПІДПРИЄМСТВАХ СИСТЕМИ ІНТЕГРОВАНОЇ ЗВІТНОСТІ**

*Братішко Ю.С., Посилкіна О.В.*

*Національний фармацевтичний університет,*

*м. Харків, Україна*

**Резюме.** У статті висвітлені сучасні тенденції впровадження системи соціальної відповідальності фармацевтичного бізнесу. Доведена актуальність та переваги складання фармацевтичними підприємствами нефінансової звітності. Проведена діагностика рівня прозорості діяльності фармацевтичних компаній України.

**Ключові слова:** соціальна відповідальність, нефінансовий звіт, фармацевтичне підприємство.

**Постановка проблеми.** 21 січня 2014 року на відкритті щорічного засідання Всесвітнього економічного форуму у Давосі, Швейцарія були оприлюднені результати 17-того Щорічного опитування керівників найбільших компаній світу. Згідно проведеного дослідження, у міру помітних економічних покращень у світі, змінюється і бачення керівниками майбутнього економіки та головних питань, які їх хвилюють у цьому руслі.

Серед питань, що викликають найбільшу стурбованість респондентів – недостатній розвиток соціальної відповідальності бізнесу та низька активність підприємств у сфері складання нефінансової звітності (70 %) та недостатність кваліфікованих кадрів (63 %).

**Аналіз останніх досліджень і публікацій.** Різні аспекти управління соціальним розвитком фармацевтичних підприємств (ФП) висвітлені в роботах таких вітчизняних учених як: В. П. Черних, О. М. Гудзенко, В. А. Загорій, А. А. Котвицька, М. Зарічкова, Т. М. Краснянська, З. М. Мнушко, В.М. Толочко, А.С. Немченко, О.В. Посилкіна; Т.М. Пономаренко та ін. [3-12].

Інформаційною базою проведення дослідження є праці провідних вітчизняних і зарубіжних учених з питань формування системи соціальної відповідальності соціального розвитку ФП; нормативно-правова база України; комплекс Міжнародних стандартів якості; офіційні статистичні дані Державного комітету статистики України; інформація зібрана авторами безпосередньо на ФП; періодичні наукові видання; ресурси мережі Internet.

**Виділення невирішених раніше частин загальної проблеми.**

Актуальність побудови сучасної системи корпоративної соціальної відповідальності (КСВ) на ФП обумовлена високою залежністю кінцевих результатів діяльності ФП від рівня ефективності використання їхніх конкурентних переваг, які можуть бути сформовані за рахунок підвищення соціальної відповідальності та прозорості фармацевтичного бізнесу. Особливою соціальною значущістю фармацевтичної продукції для здоров'я та життєдіяльності населення і виконання конституційних гарантій щодо доступності лікарського забезпечення в Україні, з одного боку, а з іншого, для надання більш повного уявлення про сучасний стан впровадження на вітчизняних ФП засад соціальної відповідальності бізнесу було проведено узагальнення результатів дослідження щодо досвіду складання нефінансової звітності та прозорості діяльності фармацевтичних компаній.

**Формулювання цілей статті.** Метою дослідження є діагностика проблем, особливостей та переваг складання нефінансової звітності ФП для виявлення резервів підвищення прозорості їхньої діяльності та удосконалення системи КСВ.

**Виклад основного матеріалу дослідження.** 22 березня 2012 року відбулася прес-конференція з питань КСВ у фармацевтичній галузі України.

Представники центру «Розвиток КСВ», компанії «МОРІОН» і МБФ «Здоров'я українського народу» розпочали спільну реалізацію ініціативи з покращення КСВ фармацевтичних та медичних компаній України.

Під час прес-конференції презентовані результати оцінки сайтів 20 найбільших фармацевтичних компаній світу, визначено індекс прозорості

фармвиробників, названа кампанія — лідер КСВ фармсектора за даними проведеного моніторингу.

Міжнародні фармацевтичні компанії, представництва яких працюють в Україні, є визнаними лідерами в сфері КСВ. Зокрема, швейцарська компанія «Novartis» названа найбільш відповідальною компанією 2011 р. у фармацевтичному секторі за версією видання «Fortune».

Дацька компанія «Novo Nordisk» є лідером з підготовки КСВ-звітів. «Bayer», «Sanofi» та «GlaxoSmithKline» були включені до Індексу сталого розвитку Доу Джонса за 2011 р.

Як свідчить світова практика, Важливим кроком до формування ФП системи соціальної відповідальності є здійснення заходів зі складання нефінансової (соціальної) звітності та розкриття результатів діяльності у засобах масової інформації. Цей крок досить суттєво зміцнює імідж фармацевтичних компаній, підвищує їхню інвестиційну привабливість та свідчить про наміри створити підґрунтя для прозорості діяльності ФП. Для цього фармацевтичні компанії створюють спеціальні об'єднання, форуми та інформаційні портали. Так, учасниками першого незалежного фармацевтичного бізнес-порталу [pharma.net.ua](http://pharma.net.ua) стали такі фармацевтичні компанії, як Корпорація «Артеріум», ПАТ НПС «Борщагівський ХФЗ», ФФ «Дарниця», ПАТ «Фармак», ТОВ «ФК «Здоров'я», ТОВ «Артур-К», ПрАТ «Індар», ПАТ «Київський вітамінний завод», Луганський ХФЗ.

До GMP – співтовариства ([gmp-club.com](http://gmp-club.com)) увійшли ПАТ «Фармак», ФФ «Дарниця», Корпорація «Артеріум», ТОВ «ФК «Здоров'я», ПрАТ «Індар» та ін.

Узагальнення результатів проведеного дослідження із залученням провідних експертів у галузі фармацевтичного менеджменту і КСВ дало можливість визначити наступні критерії відкритості діяльності фармацевтичних компаній (таблиця 1):

- наявність власного інтернет-сайту;
- розкриття інформації про місію підприємства;
- оприлюднення цілей діяльності компанії;
- наявність у вільному доступі фінансових звітів про діяльність підприємства;

**Рейтинг фармацевтичних компаній за критерієм відкритості корпоративної соціальної інформації про їхню діяльність (за даними проведеного експертного опитування)**

Назва фармацевтичної компанії	Критерій															Оцінка у балах від 1 до 18	Рейтинг								
	Участь у Глобальному до-говорі ООН з питань соціальної відповідальності	наявність сертифіката GxP	наявність сертифіката ISO 9000	наявність сертифіката ISO 14000	наявність сертифіката SA 8000	наявність сертифіката OHSAS 18000	наявність сертифіката IMPAC 10000	впровадження системи TQM	наявність реалізованих соціальних програм розвитку	розкриття інформації про коло бізнес-партнерів	наявність розроблених документів, які підтверджують націленість діяльності на соціальну відповідальність	складання соціальної (нефінансової) звітності	наявність інформації про корпоративну соціальну відповідальність компанії	розкриття інформації про благочинність та витрат на неї	наявність у вільному доступі фінансових звітів про діяльність підприємства			оприлюднення цілей діяльності компанії	розкриття інформації про місію підприємства	наявність власного інтернет-сайту					
ПАТ «Фармак»									0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	5	6	0	1	
Корпорація «Артеріум»																									

Продовження таблиці 1

1									0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	0	1	
ПАТ НПЦ «Борщівський ХФЗ»												1								4	
Ф Ф «Дар- ниця»												1								2	
ТО В «ФК «Здо- ров'я»												1									
ПАТ «Київський вітамінний завод»																					
ТО В «Аргур- К»																					
Лу- ганський ХФЗ																					

- розкриття інформації про благодійність ФП та витрати на неї;
- наявність інформації про корпоративну соціальну відповідальність компанії;
- складання соціальної (нефінансової) звітності;
- участь у Глобальному договорі з соціальної відповідальності;
- наявність сертифіката GxP;
- наявність сертифіката ISO 9000;
- наявність сертифіката ISO 14000;
- наявність сертифіката SA 8000;
- наявність сертифіката OHSAS 18000;
- наявність сертифіката IMPAC 10000;
- впровадження системи TQM;
- наявність реалізованих соціальних програм розвитку;
- розкриття інформації про коло бізнес-партнерів;
- наявність розроблених документів, які підтверджують націленість діяльності на соціальну відповідальність.

У таблиці 1 надані результати дослідження сайтів декількох фармацевтичних компаній та інших інформаційних джерел стосовно розкриття інформації про їхню діяльність.

Таким чином, можна зазначити, що закритість інформації про діяльність фармацевтичних компаній є однією з найважливіших перешкод до побудови сучасної системи соціальної відповідальності фармацевтичного бізнесу.

Рішенням цієї важливої проблеми може стати впровадження на ФП інтегрованої моделі звітності компаній. Основними перевагами даної моделі є створення передумов для сталого розвитку. Сталий розвиток – це та концепція, яка є зрозумілою для фармацевтичного бізнесу і набуває все більш широкого поширення. Її основою слугують принципи інтегрованості економічних, соціальних та екологічних аспектів бізнесу поряд з введенням професійного управління взаємопов'язаними ризиками і можливостями. Передумовами для введення концепції сталого розвитку в Україні є імплементація вимог

міжнародних стандартів у нормативно-правову базу; прозорість інформації про діяльність компаній; створення міжфункціональних об'єднань на рівні компанії (бухгалтерія, фінанси, аудит) та ін.

У силу цього для оцінки минулих і поточних показників діяльності компанії та її сталого розвитку необхідна більш детальна інформація, ніж та, що відображається у фінансовій та статистичній звітності компаній.

Йдеться про підготовку інтегрованої звітності, яка є основою для розробки стратегії, планів та оцінки результатів діяльності компанії. 81% компаній підтверджують, що питання сталого розвитку стали частиною їх стратегії і дій. Впровадження на ФП системи інтегрованої звітності слід розглядати як інструмент постійного вдосконалення діяльності компаній, оскільки вона допомагатиме сфокусувати діяльність ФП на підвищенні їх стійкості. За результатами дослідження Центру Хозер (Hauser Center) для некомерційних організацій при Гарвардському університеті понад 3 тис. компаній в усьому світі публікують звіти про сталий соціально-економічний розвиток, тобто намагаються надавати інформацію стосовно різних сторін діяльності компаній.

Серед відомих зарубіжних фармацевтичних компаній, які приєдналися до такої ініціативи, можна назвати такі, як Johnson & Johnson, Novartis та Novo Nordisk.

До законодавчих актів та ініціатив зі сталого розвитку в Україні відносяться: Закони України «Про захист навколишнього середовища», «Про захист атмосфери», «Про екологічну експертизу», «Про відходи», «Про екологічний аудит», Політика сталого споживання і виробництва; Концепція національної стратегії корпоративної соціальної відповідальності в Україні до 2015 року.

Згідно з аналізом, проведеним міжнародною консалтинговою компанією «Accenture», основні причини залучення компаній до діяльності зі сталого розвитку – це бренд, довіра і репутація.



Інші причини – можливість зменшення витрат і зростання прибутку (44%); особиста мотивація (42%); вимоги споживачів і клієнтів (39%); залучення співробітників та їх утримання (31%).

Основними перевагами застосування інтегрованої звітності є: високий рівень довіри у відносинах з основними зацікавленими особами (інвесторами, працівниками; зниження ризиків для репутації; більш низька вартість капіталу і легкість його залучення; отримання інформації, що характеризує зв'язки між стратегією, корпоративним управлінням, фінансовими результатами компанії і економічним середовищем; підвищення ефективності інвестиційних рішень; ефективна дивідендна політика; стимулювання інвестицій, необхідних для вирішення таких проблем, як енергетична безпека, зміна клімату; спільна розробка вимог до звітності; підвищення прозорості діяльності учасників ринку; посилення відповідальності за використання природного та соціального капіталів; доступ до більшого обсягу інформації для прийняття рішень; узгодженість інтересів груп зацікавлених осіб; розуміння впливу діяльності компанії на зацікавлених осіб; інтеграція екологічних та соціальних питань з фінансовими питаннями; внесок працівників у створення і підтримку компанією її цінностей; незалежна перевірка звітів про сталий розвиток; нові методи, стандарти і процедури перевірки звітності.

Нефінансова звітність дає фармацевтичним компаніям можливість отримувати конкретні вигоди у формі зростання продуктивності праці, скорочення обсягу споживання енергії та води, зниження відсоткових ставок за кредитами. 24% керівників компаній, досліджених The Economist Intelligence Group в 2010 р., відзначили наявність сильного зв'язку фінансових результатів з дотриманням принципів сталого економічного, соціального та екологічного розвитку.

Як показує дослідження, проведене фахівцями Глобальної ініціативи зі звітності (GRI), 82% представників американських і 66% представників європейських компаній вважають, що прозорість інформації впливає на корпоративну репутацію, а отже на відносини з партнерами, клієнтами,

суб'єктами ринкової інфраструктури, державними органами та ін., що в багатьом обумовлює прихильність з боку споживачів і в підсумку – збільшує конкурентоспроможність компаній та зміцнює ринкові позиції ФП.

### **Висновки та перспективи подальших розвідок**

1. Доведено, що в менеджменті фармацевтичної галузі існує низка проблем, які потребують негайного вирішення. Зокрема, серйозною проблемою залишається недостатня прозорість діяльності суб'єктів фармацевтичної галузі, що суперечить сучасним вимогам щодо соціальної відповідальності бізнесу.

2. Проведені дослідження показали, що на теперішній час відчувається гостра проблема щодо необхідності створення на ФП системи інтегрованої звітності, яка б відбивала не тільки техніко-економічні та фінансові результати діяльності суб'єктів господарювання, а й втілювала б важливі аспекти екологічної та соціальної діяльності.

3. Проаналізовані переваги складання нефінансової звітності у фармацевтичній галузі, які є передумовою побудови на ФП цілісної ефективної системи КСВ.

### **Список використаних джерел інформації:**

1. Проект Стратегії розвитку фармацевтичної промисловості України на 2010-2020 рр. (Бібліотека офіційних видань).
2. Проект програми «Про сучасний стан та перспективи розвитку фармацевтичної галузі України». (Бібліотека офіційних видань).
3. Загорій В. А. Науково-теоретичні обґрунтування та практичні заходи щодо підвищення ефективності використання кадрового потенціалу фармацевтичних підприємств : метод. рек. / В. А. Загорій, О. А. Носенко. – К., 2006. – 30 с.
4. Краснянська Т. М. Ретроспективний аналіз та сучасний стан кадрового забезпечення фармацевтичної галузі України / Т. М. Краснянська // Фармац. журн. – 2005. – № 4. – С. 5–9.
5. Мнушко З. М. Комплексная оценка персонала в целях эффективной работы фармацевтических организаций / З. М. Мнушко, Н. Н. Скрылева, И. Л. Оккерт // Провизор. – 2008. – №8. – С. 4 – 10.

6. Моделі і методи соціально-економічного прогнозування: підручник / В. М. Геєць, Т. С. Клебанова, О. І. Черняк та ін. – Х.: ІНЖЕК, 2005. – 396 с.
7. Належна виробнича практика лікарських засобів / під ред. Н. А. Ляпунова, В. А. Загорія, В. П. Георгіївського, Е. П. Безуглої. – К.:МОРИОН, 1999. – С. 56.
8. Носенко О. А. Аналіз чинників, що впливають на ситуацію у трудових колективах підприємств фармацевтичної галузі / О. А. Носенко // Створення, виробництво, стандартизація, фармакоекономічні дослідження лікарських засобів та біологічно активних добавок : матеріали наук.-практ. конф., 12-13 жовт. 2006. – Х.: НФаУ, 2006. – С.301.
9. Пономаренко Т. М. Формування кадрового потенціалу належного освітянського, професійного та кваліфікаційного рівня відповідно до вимог GMP. Повідомлення I / Т. М. Пономаренко // Фармац. журн. – 2004. – № 4. – С.25-29.
- 10.Посилкіна О.В., Доровський О.В., Братішко Ю.С., Сидоренко М.І. Управління трудовим потенціалом фармацевтичних підприємств в умовах менеджменту якості: Монографія / О.В.Посилкіна, О.В.Доровський, Ю.С.Братішко, М.І.Сидоренко; За ред. проф. О.В. Посилкіної. – Х.: Вид-во НФаУ, 2010. – 422 с.
- 11.Посилкіна О. В. Роль корпоративної культури в управлінні трудовим потенціалом фармацевтичних підприємств / О. В. Посилкіна, Ю. С. Братішко, О. А. Яремчук // Фармацевтичний часопис. – 2008. – №1(5). – С. 22 – 25.
- 12.Управління фармацією: підруч. для студ. вищ. навч. закл. / В. М. Толочко, І. В. Міщенко, Д. Л. Великий та ін.; за ред. В. М. Толочка. – Х.: НФаУ, 2004. – 388 с.
- 13.ISO Advisory Group on Social Responsibility. Working Report on Social Responsibility. – 2004. – April 30. – 90 p.
- 14.OHSAS 18001 (Occupational Health and Safety Management Systems) – міжнародний стандарт по разработке систем управления охраной здоровья и безопасностью персонала.
- 15.SA 8000 (Social Accountability 8000) (Социальная ответственность 8000) – стандарт для оценки социальных аспектов систем управления.
16. Керівництво по звітності у сфері сталого розвитку [версія G3.1]. - 2011
17. Офіційний сайт The Economist Intelligence Group

**Резюме.** В статье освещены современные тенденции внедрения системы социальной ответственности фармацевтического бизнеса. Доказана актуальность и преимущества сборки фармацевтическими предприятиями нефинансовой отчетности. Проведена диагностика уровня прозрачности деятельности фармацевтических компаний Украины.

**Ключевые слова:** социальная ответственность, нефинансовый отчет, фармацевтическое предприятие.

**Summary.** The article highlights the current trends of social responsibility implementation of a pharmaceutical business. The urgency and the advantages of compiling pharmaceutical enterprises of non-financial reporting are proving. An diagnosis of transparency is carry out in the pharmaceutical companies in Ukraine.

**Keywords:** social responsibility, non-financial report, pharmaceutical company.

**ПОСТРОЕНИЕ ПРОГРАММЫ АДАПТАЦИИ СПЕЦИАЛИСТА  
В АПТЕЧНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ**

*Сушкова М.С., Шарахова Е.Ф.*

*Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул, Россия*

**Резюме.** Статья иллюстрирует применение интегральной методики оценки квалификационных качеств кандидата при построении индивидуальной программы адаптации специалиста в аптечной организации.

**Ключевые слова:** адаптация, оценка кандидатов, построение программы адаптации.

Анализ состояния адаптации специалистов в аптечных организациях (АО) Алтайского, Красноярского края, Новосибирской, Кемеровской области и Республики Алтай показал, что в большинстве аптечных организаций (63%) программа адаптации представляет собой ознакомительное собеседование с руководителем аптеки. Документально закреплённая процедура адаптации персонала имеется лишь в 7% аптечных организаций. Только в 37% аптек, вновь принятый специалист в течение 2-4 недель работает в качестве дублера, и только потом приступает к самостоятельной деятельности. Дифференцированных программ адаптации для специалистов с высшим и средним фармацевтическим образованием нет ни в одной аптеке, хотя на их необходимость указали 75% респондентов, мотивируя это разным базовым уровнем знаний.

Оптимальным сроком адаптации 57,8% респондентов считают срок продолжительностью 1-3 месяца. В то же время 64,71% респондентов назвали данный временной период оптимальным и в качестве испытательного срока. Это свидетельствует о том, что понятие «адаптационный срок» подменяется

понятием «испытательный срок», несмотря на то, что адаптационный период (при нормальном течении адаптации) может достигать 1,5 лет.

Основными методами оценки степени адаптации сотрудников, являются личная беседа с сотрудником и изучение мнения коллег. Инструментальные методы оценки степени адаптации не применяются ни в одной организации, принимавшей участие в исследовании.

Основными выводами о построении программы адаптации в данных АО являются:

1. Недостаточная технологичность и отсутствие управления адаптацией сотрудников;
2. Применение малоэффективных методик оценки степени адаптированности специалиста;
3. Отсутствие взаимосвязи процесса адаптации с уже имеющимися у специалиста профессиональными и деловыми качествами (знаниями, умениями и навыками).

Адаптация сотрудника должна представлять собой логическое продолжение процесса отбора, в ходе которой, необходимо провести корректировку проблемных показателей и максимально ускорить освоение специалистом новой профессиональной и социальной роли.

Реализация комплексного подхода к адаптации сотрудника обеспечивается формированием индивидуальной программы адаптации на базе оценки профессиональных и личностно-деловых качеств специалиста, проводимой при подборе, и разработкой последовательности адаптационных процедур и оценочных мероприятий, необходимых для эффективной адаптации персонала.

Для решения практических задач в области оценки специалистов при отборе в аптечной организации нами разработан алгоритм комплексной оценки кандидатов.

В результате анализа доступных литературных источников [2,5] и собственных исследований [4] сформирован перечень квалификационных

требований должности провизор по обслуживанию населения, включающий основные качества, требующие оценки на этапе отбора кандидатов.

Таблица 1

Квалификационные критерии оценки

Профессиональные	Личностно-деловые
Знания: Ассортимента ЛС в разрезе ФТГ	Пунктуальность
Оригинальных патентованных ЛС и дженериков в разрезе ФТГ	Аккуратность
Основных механизмов действия ЛС в разрезе ФТГ	Исполнительность
Аналогов и их характеристик в разрезе ФТГ	Внимательность
Возрастных и других особенностей применения ЛС и лекарственных форм	Культурный уровень и языковая компетентность
Побочных действий ЛС основных ФТГ	Уровень аутичности
Фармакологической несовместимости и взаимодействия ЛС, в т.ч. с пищей	Конфликтность
Рациональности назначения ЛС, схем лечения	
Основных принципов хранения ЛС	
Основных симптомов недомогания и способов их устранения	
Ассортимента ЛС, отпускаемых без рецепта врача и правил выписывания рецептов	
Противопоказаний при применении ЛС, медицинские и фармацевтические предостережения	

Для комплексной оценки нами разработан интегральный показатель «Профессиональная и деловая компетентность специалиста» [3]. Интегральный показатель представляет собой средневзвешенную сумму баллов оценки по всем показателям. Весовые коэффициенты получены в результате экспертной оценки показателей по степени важности каждого из них для профессиональной деятельности специалиста.

$$I = \frac{\sum_{i=1}^n C_{Pfi:Pbi} \cdot KW_{Pfi:Pbi}}{\sum KW_{Pfi:Pbi}} \quad (1)$$

$$C_{Pfi:Pbi} = Q_{Pfi:Pbi} \cdot K_N \quad (2) \text{ где:}$$

I – интегральный показатель «Профессиональная и деловая компетентность специалиста»;

$C_{PfiPbi}$  – приведенная бальная оценка i-го критерия;

$K_{WPfiPbi}$  - весовой коэффициент i-го критерия;

$Q_{PfiPbi}$  – абсолютная бальная оценка i-го критерия;

$K_N$  – коэффициент нормализации i-го критерия;

Количество баллов оценки по каждому из качеств напрямую зависит от количества вопросов, позволяющих оценить степень выраженности того или иного качества. В связи с этим, необходимо привести абсолютные баллы оценки в соответствие с 10-бальной шкалой (нормализовать), присвоив каждому баллу оценки того или иного качества определенный вес в 10 баллах. Чем выше максимально возможное количество баллов, которое в ходе испытания может набрать претендент по каждому из качеств, тем ниже вес 1 балла абсолютной оценки в 10-бальной шкале. Для расчета коэффициента нормализации необходимо воспользоваться формулой:

$$K_N = \frac{10}{Q_{PfiPbi}}, \text{ где}$$

$K_N$  - коэффициент нормализации i-го критерия

10 - максимальное значение приведенной бальной оценки i-го критерия

(далее  $C_{PfiPbi, \max}$ )

$Q_{PfiPbi}$  - максимальное абсолютное количество баллов оценки i-го критерия

Приведение балльных оценок к единому значению позволяет избежать чрезмерного влияния какого-либо из оцениваемых показателей на общую оценку кандидата.

В качестве методов оценки профессиональных качеств кандидата на вакантную должность провизора по обслуживанию потребителей, с учетом мнения экспертов, выбраны тестирование и моделирование будущей деятельности (в виде решения ситуационных задач). Разработаны инструменты



оценки, составлен вариант тестовых заданий и ситуационных задач [метод.реком оценка при отборе].

Наиболее значимыми для практической деятельности личностными и деловыми качествами являются пунктуальность, аккуратность, исполнительность, внимательность, культурный уровень и языковая компетенция специалиста, а также обучаемость, конфликтность и уровень аутичности (табл. 1) [3,4].

В основу оригинальной методики оценки личностно-деловых качеств специалистов положена специальная анкета, форма и качество заполнения которой позволяют изучить и оценить степень выраженности личностно-деловых качеств кандидата на вакантную должность [1,3,5 метод.реком оценка при отборе].

Для оценки степени соответствия кандидата требованиям должности разработана шкала оценки интегрального показателя (табл. 2).

Таблица 2

Шкала оценки показателя «Профессиональная и деловая компетентность специалиста»

<b>Уровень показателя</b>	<b>Количество баллов</b>	<b>Оценка и основные рекомендации</b>
Высокий	От 7,0 и выше	Кандидат полностью удовлетворяет всем требованиям должности.
Достаточный	От 5,5 до 7,0	Кандидат удовлетворяет требованиям должности. Имеется несколько проблемных показателей, которые могут быть легко откорректированы в процессе адаптации.
Допустимый	От 4,0 до 5,5	Кандидат частично удовлетворяет требованиям должности. Большое количество проблемных показателей, требующих корректировки в процессе адаптации.
Недопустимый	4,0 и меньше	Кандидат не удовлетворяет минимальным требованиям должности.

Рассмотрим формирование индивидуальной программы адаптации специалиста при использовании разработанного оценочного аппарата.

Допустим, что по результатам оценки профессиональных и личностно-деловых качеств кандидат на вакантную должность провизора по обслуживанию населения получил следующие баллы:

<b>Профессиональные и личностно-деловые качества</b>	<b>Оценка в баллах</b>
Ассортимент ЛС в разрезе ФТГ	6
Оригинальные патентованные ЛС и дженерики в разрезе ФТГ	1
Основные механизмы действия ЛС в разрезе ФТГ	7
Аналоги и их характеристик в разрезе ФТГ	2
Возрастные и другие особенности применения ЛС и лекарственных форм	5
Побочные действия ЛС основных ФТГ	2
Фармакологическая несовместимости и взаимодействие ЛС, в т.ч. с пищей	4
Рациональность назначения, схем лечения ЛС	4
Основные принципы хранения ЛС	2
Основные симптомы недомогания и способы их устранения	4
Ассортимент ЛС, отпускаемых без рецепта врача и правил выписывания рецептов	3
Противопоказаний при применении ЛС, медицинские и фармацевтические предостережения	3
Правила выписывания рецептов на ЛС и отпуска их из аптек	2
Требований санитарного режима	3
Правил сертификации ЛС	3
Пунктуальность	2
Аккуратность	2
Исполнительность	8
Внимательность	5
Культурный уровень и языковая компетентность	5
Уровень аутичности	0
Конфликтность	2
Ситуационные задачи (приведен неполный вариант решения, допущено ряд мелких ошибок)	0

Поскольку уровень аутичности и конфликтность являются отрицательными качествами, при их оценке используется обратная шкала (т.е.

чем менее выражено данное отрицательное качество, тем более предпочтителен кандидат), а в расчетах будет применяться разность полученной оценки и максимально возможной.

По результатам оценки профессиональных и личностно-деловых качеств выявлено слабое знание кандидатом оригинальных патентованных ЛС и дженериков (1 балл из 3 возможных), основных симптомов недомогания и способов их устранения (4 балла из 7 возможных), а также низкий показатель аккуратности (2 балла из 4 возможных) и культуры речи (5 баллов из 8). Также кандидатом допущены ошибки при решении ситуационных задач. Оценка кандидата по формальным признакам (образование, возраст, анализ трудовой деятельности и т.д.), допустим также, что анализ рекомендаций и отзывов о данном кандидате и не выявили серьезных причин для отказа в найме.

Применяя приложение Microsoft Excel, рассчитывается интегральный показатель.

В таблицу данных необходимо занести список квалификационных требований и полученные кандидатом оценки, а также весовые коэффициенты диагностируемых качеств и коэффициенты нормализации.

После введения соответствующей формулы в результирующую ячейку, получаем значения интегрального показателя «Профессиональная и деловая компетентность» для конкретного кандидата (В нашем примере это значение составило 7,37балла).

	A	B	C	D	E	F
16	Оригинальных патентованных ЛС и дженериков в разрезе ФТГ	1	0,85	3,33	2,84	
17	Фармакологической несовместимости и взаимодействия ЛС, т.ч. с пищей	4	0,80	2,5	8	
18	Правил сертификации ЛС	3	0,79	3,33	7,86	
19	Противопоказания при применении ЛС, медицинские и фармацевтические предостережения	3	0,78	3,33	7,8	
20	Основных принципов хранения ЛС	2	0,77	3,33	5,13	
21	Основных механизмов действия ЛС в разрезе ФТГ	7	0,73	1,25	6,35	
22	Рациональность назначения схем лечения ЛС	4	0,72	1,67	4,8	
23	Требований санитарного режима	3	0,70	2,5	5,25	
24	<b>Сумма</b>		<b>19</b>		<b>140,1</b>	
25	<b>Интегральный показатель "Профессиональная и деловая компетентность" I=</b>					<b>7,37</b>

Рис 5. Окончательная формула расчета и полученное значение интегрального показателя «Профессиональная и деловая компетентность».

Согласно шкале оценки интегрального показателя (табл. 2), данный кандидат обладает высоким уровнем профессиональных и личностно-деловых качеств и полностью удовлетворяет всем требованиям должности.

Программа адаптации для данного специалиста будет составлена на основе базовых адаптационных мероприятий с учетом имеющихся проблемных показателей (слабое знание кандидатом оригинальных патентованных ЛС и дженериков, основных симптомов недомогания и способов их устранения, а также низкий показатель аккуратности и культуры речи). Корректировка проблемных профессиональных качеств будет производиться в процессе адаптации специалиста в АО при помощи обучающих семинаров, коллективных и индивидуальных тренингов, а также моделирования проблемных ситуаций.

Таким образом, разработанный подход к формированию системы адаптации специалистов в АО отвечает требованиям комплексного подхода и технологичности.

## Литература

1. Савинцева, Г.А. Системная оценка кандидатов на основе заполнения кандидатами типовых анкет работодателя [Текст] / Г.А. Савинцева // Управление персоналом. - 2008. - №5. - С.15-19.
2. Солонина, А.В. О профессиональных компетенциях специалистов фармацевтического профиля: регламентация квалификационных требований [Текст] / А.В. Солонина, И.В. Крупнова, Н.Ю. Порсева // Вестник Росздравнадзора, 2011. - № 2. - С.39-43.
3. Сушкова, М. С. Методика комплексной оценки специалистов на этапе подбора [Электронный журнал] / М.С. Сушкова, Е.Ф. Шарахова // Медицина и образование в Сибири. Тематический выпуск журнала по итогам IV Российской итоговой научно-практической конференции студентов и молодых ученых «АВИЦЕННА-2013», посвященной 140-летию со дня рождения академика АМН СССР В.М. Мыша. Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2013. Т.2. 392с.
4. Сушкова, М.С. Оценка личностно-деловых качеств фармацевтических специалистов [Текст] / М.С. Сушкова, О.С. Жирных // Материалы ежегодной конкурс - конференции студентов и молодых ученых Авиценна-2010.-Новосибирск: Сибмедиздат НГМУ, 2010.-207с.
5. Шарахова, Е.Ф. Оценка квалификационных требований к должности специалиста по обслуживанию посетителей аптеки [Текст] / Е.Ф. Шарахова // Новая аптека. – Специальный выпуск.– 2001. – С. 126 –131.

### Summary

This paper illustrates the application of integrated qualification qualities assessment technique. That individual adaptation program creation is carried out in pharmaceutical organisation.

**Key word:** adaptation, candidat's assessment, adaptation program creation.

УДК 658.7:615.1

## ХАРАКТЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ЛОГИСТИКИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

*Воронов А.В., Андреева И.Н.*

*Пятигорский медико-фармацевтический институт – филиал ГБОУ ВПО  
Волгоградского государственного медицинского университета  
Министерства здравоохранения РФ, г. Пятигорск, Российская Федерация*

**Резюме.** В работе выявлены особенности осуществления логистической деятельности по регулированию движения лекарственных препаратов от производителя до конечного потребителя на фармацевтическом рынке. Логистика является оптимальным инструментом процессов образования и движения, запасов лекарственных препаратов. Выделены логистические операторы лекарственных препаратов по размеру и территориальному охвату в зависимости от специализации, формы собственности. Внесено понятие социально-значимых логистических услуг и дана характеристика, федеральных, региональных и муниципальных уровней логистических коммуникаций.

**Ключевые слова:** логистика, фармацевтический рынок, дистрибьюторы лекарственных препаратов.

Логистика – наука о планировании, организации, управлении, контроле и регулировании движения материальных, информационных, финансовых и сервисных потоков в пространстве и во времени от их первичного источника до конечного потребителя. То есть это понятие связано с функциональным подходом к товародвижению, управлением всеми физическими операциями и активностями, которые необходимо выполнять при доставке товаров от поставщика к потребителю. Кроме того оно включает в себя более широкий подход – помимо управления операциями товародвижения оно включает анализ рынка поставщиков и потребителей, координацию спроса и предложения на рынке товаров и услуг, а так же интеграцию и гармонизацию интересов

участников процесса товародвижения. Фармацевтическая продукция имеет ряд существенных отличий. Это требует дополнительной классификации запасов необходимой для организации и управления процессом товародвижения фармпродукции. В связи с необходимостью минимизации количества запасов организации и в то же время с целью обеспечения бесперебойности поставок посредством накопления этих запасов необходим поиск инструмента для оптимизации процессов образования и движения запасов. Таким инструментом является процесс логистического управления запасами.

Целью настоящей работы является выявление особенностей логистики в фармацевтической отрасли.

Нами выделены следующие основные типы оптовых фармацевтических компаний, действующих в настоящее время на рынке РФ:

По размеру и территориальному охвату:

- Национальные дистрибьюторы;
- Межрегиональные дистрибьюторы;
- Региональные дистрибьюторы;
- Местные дистрибьюторы.

По наличию или отсутствию специализации:

- Неспециализированные дистрибьюторы;
- Специализированные дистрибьюторы можно разделить на:

1) фармацевтические компании, занимающиеся какими-либо отдельными группами лекарственных препаратов (ЛП);

2) фармацевтические компании, специализированно занимающиеся поставкой продукции одного или нескольких производителей ЛП, включая дочерние компании иностранных производителей ЛП;

3) таможенные склады;

4) фармацевтические компании, специализирующиеся на оказании логистических услуг коммерческим структурам;

5) фармацевтические компании, специализирующиеся на оказании социально-значимых логистических услуг.

– Фармацевтические компании, оказывающие специализированные логистические услуги (в т.ч. социально-значимые) и занимающиеся основной деятельностью как неспециализированные дистрибьюторы.

По форме собственности логистические компании разделяются на:

- Частные фармацевтические компании (ООО, ОАО, ЗАО и т.д.);
- Государственные фармацевтические компании (федеральные и региональные ГУПы, ГП, ГУЗы);
- Муниципальные предприятия (МУПы).

Национальные дистрибьюторы – наиболее значимые участники фармацевтического рынка, от позиции которых зависимы как большинство производителей лекарственных препаратов, так и розничные продавцы – аптеки и аптечные сети. Наиболее крупными игроками являются ЗАО «ЦВ Протек» и ЗАО «СИА Интернейшнл ЛТД» с долями рынка 16,5% и 11,6% соответственно. За ними следуют ЗАО «Катрен», ЗАО «РОСТА» и «Аптека-Холдинг» [3].

К категории межрегиональных дистрибьюторов нами отнесены компании, действующие самостоятельно, а так же через филиалы, представительства и дочерние компании, на территории нескольких субъектов РФ, но не входящие в категорию националов, например «Морон», «Биотехнотроник», «Евросервис».

Региональные дистрибьюторы – работающие на территории одного субъекта РФ, например, ГУП «Мособлфармация», ОГУП «Томский Аптечный склад».

Местные дистрибьюторы – небольшие компании, удовлетворяющие потребности в лекарственных препаратах на уровне одного или нескольких муниципалитетов, например ОАО «Новокузнецкий аптечный склад».

К неспециализированным дистрибьюторам мы относим компании, которые имеют в своем ассортименте самый широкий перечень лекарственных препаратов и парафармацевтической продукции и готовы поставлять практически любой лекарственный препарат в силу давних устойчивых связей с



компаниями-производителями. К этой категории мы относим, в первую очередь, национальных и межрегиональных дистрибьюторов.

Специализированные дистрибьюторы. Таможенные склады специализируются на работе с иностранными производителями на основании агентского договора. Их функция – ввоз в страну, растаможивание, хранение и реализация товара на основании условий, диктуемых им производителями. Благодаря таможенным складам иностранные производители, не имеющие своих дочерних оптовых компаний в РФ, получают канал сбыта продукции, независимый от прямых импортеров. Пример – ЗАО «ОРФЕ», ЗАО «Айтемс». Для небольших дистрибьюторов привлекательность работы с подобными складами в том, что они могут получить лучшие условия от иностранного производителя ЛС минуя крупных отечественных дистрибьюторов, которые крайне неохотно делятся с региональными компаниями скидками, полученными от производителей.

Дочерние компании иностранных производителей – самостоятельно ввозят, растаможивают, хранят и реализуют продукцию своих головных компаний. Могут наделяться самостоятельностью в выборе покупателей и условий поставки. Пример – ООО «Берлин-Хеми».

Отечественные компании, специализирующиеся на продукции одной компании. Как правило, получают эксклюзивные права на продажу в РФ нишевой продукции иностранного или российского фармпроизводителя.

Фармкомпании, специализирующиеся на оказании логистических услуг можно условно поделить на те, которые созданы специально для того, что бы специализированно хранить, транспортировать и т.д. лекарственные препараты и не занимаются реализацией лекарственных препаратов, а так же на те, для которых это один из видов деятельности.

Безусловно, нельзя не отметить возможность специализации оптовых фармацевтических компаний на оказании социально-значимых логистических услуг. Нами выделено 3 уровня оказания социально-значимых логистических услуг на фармацевтическом рынке в РФ:

- федеральный;
- региональный;
- муниципальный.

На федеральном уровне на сегодняшний день нет логистических операторов, оказывающих государству услуги по обеспечению регионов лекарственными препаратами надлежащего качества, сопровождаемыми соответствующими документами, в нужные сроки. Система, на наш взгляд, децентрализована и дезориентирована. Попытка организовать централизованный закуп через Федеральное агентство «Росздрав» закончилась расформированием этого ведомства летом 2008 года. Закупками занимаются несколько ведомств, выдвигающих различающиеся требования к поставщикам и получателям товара. Объединяет их то, что государственные закупки ЛП на федеральном уровне для нужд регионов всегда сопровождаются условием доставки товара выигравшим поставщиком до уполномоченного получателя в субъекте РФ.

Поскольку ниша федерального логистического оператора, оказывающего услуги по социально-ориентированной логистике лекарственных препаратов пуста, мы видим для государства значительные возможности, выражающиеся в повышении уровня экономии государственных средств, выделяемых на лекарственное обеспечение по различным программам, финансируемым из бюджета и внебюджетных фондов через создание нового или привлечения и специализации на этой функции действующего фармацевтического дистрибьютора.

Региональный уровень является наиболее сложным в процессе оказания социально-значимых логистических услуг, т.к. на этом уровне происходит пересечение и смешение потоков товара, документооборота, то есть зачастую одному получателю товара на муниципальный уровень требуется одновременно отправить лекарственные препараты по нескольким, зачастую сходным, направлениям (например, по федеральной и региональной льготам). Кроме того, на уровень руководителей региональных администраций

возложена ответственность за результаты реализации на территории субъекта РФ государственных программ по лекарственному обеспечению граждан.

Необходимо отметить, что на сегодняшний день в РФ на региональном уровне присутствуют фармацевтические логистические операторы, которых условно можно квалифицировать по 4 основным типам.

К первому типу относятся бывшие советские «Фармации» различных уровней (областные, городские, районные) и видов собственности (ГУПы, МУПы, ОАО), существующие преимущественно за счет наличия собственной аптечной сети и (или) сдачи в аренду имеющихся у них помещений, занимающиеся социально-значимой фармацевтической логистикой под давлением вышестоящих органов государственной власти. Эти предприятия не считают выполнение социально-значимых логистических функций основным для себя, как правило, не заинтересованы в совершенствовании технологий, развитии видов и улучшении качества услуг. Имеют возможность обеспечивать логистику наркотических лекарственных препаратов. Характеризуются неразвитостью информационных технологий, низкой интенсивностью труда, частыми сбоями в работе. Пользуются устаревшей материально-технической базой. Персонал, как правило, не мотивирован на качественную работу. Имидж подобного предприятия среди получателей услуг отрицательный.

Ко второму типу относятся созданные в последние годы компании или бывшие советские «Фармации», определившие для себя важность развития направления оказания логистических услуг, в т.ч. социально-ориентированных. Работают, как правило, на уровне субъекта РФ. Заинтересованы в поиске для себя новых рынков, внедрении новых видов услуг, развитии технологий, в т.ч. информационных. Имеют возможность обеспечивать логистику наркотических лекарственных препаратов. Материально-техническая база регулярно обновляется. Сотрудники проходят регулярное обучение, работает система мотивации персонала. Интенсивность труда на должном уровне. Качество услуг высокое, имидж среди получателей услуг положительный.

К третьему типу относятся филиалы национальных дистрибьюторов, которые оказывают услуги социально-ориентированной логистики по договоренности с региональными администрациями, как правило, в тех случаях, когда на региональном уровне нет компаний первого или второго типа. При работе данных логистических операторов возникают проблемы с программным обеспечением, т.к. для всей компании оно стандартизировано и доработка его под требования региона или не возможна, или искусственно затягивается. Кроме того, поскольку именно этот вид компаний наиболее тесно связан с компаниями-производителями лекарственных препаратов (в первую очередь, иностранными), через филиал национального дистрибьютора производители пытаются влиять на администрацию и политику лекарственного обеспечения в регионе. Не имеют возможность обеспечивать логистику наркотических лекарственных препаратов, т.к. не заинтересованы в получении лицензии на данный вид деятельности, не приносящий прибыли. Обладают материально-техническим обеспечением, позволяющим выполнять поставленные задачи частично. Сотрудники обучены, но мотивация персонала на оказание социально-значимых логистических услуг отсутствует в связи со спецификой мотивации филиалов национальных дистрибьюторов только на продажу лекарств. Интенсивность труда высокая. Имидж среди получателей услуг может различаться от негативного до позитивного.

Четвертый тип логистической операторской деятельности – небольшие компании, выполняющие ограниченный ряд функций (например, осуществление логистики только одного-двух направлений лекарственного обеспечения, приносящих максимальную прибыль). Как правило, подобные компании являются «придворными», обладают минимально необходимой материально-технической базой, не заинтересованы и не имеют возможностей развития. Очень редко имеют возможность обеспечивать логистику наркотических лекарственных препаратов, т.к. не заинтересованы в получении лицензии на данный вид деятельности, не приносящий прибыли. Сотрудники низкой квалификации, мотивация персонала на оказание социально-значимых

логистических услуг отсутствует. Интенсивность труда низкая. Имидж среди получателей услуг может различаться от негативного до позитивного.

Муниципальный, низший, уровень может подразделяться, в свою очередь, по 3 типам логистических операторов и 2 типам конечных звеньев логистической цепи, ответственным за передачу лекарственных препаратов гражданам. Это специализированные фармацевтические склады; медицинские организации (МО), имеющие в своем составе больничные аптеки; государственные, муниципальные или коммерческие аптеки.

При этом, функции только хранения и транзита конечным получателям (больницам или аптекам) выполняют фармацевтические склады. МО и аптеки в различных государственных программах могут выступать в качестве конечного получателя лекарственных препаратов, непосредственно передающих их гражданам, имеющим право на получение ЛП по государственным программам.

Особенностью российских дистрибьюторов, достаточно подробно освещенной в специальной литературе, является их активность в сфере вертикальной интеграции, то есть стремление проникнуть в сферу производства лекарств и в сферу розничной торговли. В то время, как большинство российских фармацевтических предприятий находились в постоянном кризисе из-за недостаточного качества управления и не имели возможности привлечения финансовых средств для производственных инвестиций и развития ассортимента, российские оптовики обладали определенными финансовыми ресурсами и смогли или выкупить уже работающие заводы.

### **Выводы:**

Таким образом, приведена типология логистических операторов, работающих в фармацевтической сфере. Специфика их работы отражается особенностью лекарственных препаратов как объекта товародвижения, особенностью структуры фармацевтического рынка и его деления на государственный и коммерческий сегменты, особенностью географии производителей ЛП, в частности иностранных фирм. Предложена

характеристика логистических операторов, работающих на национальном, региональном и муниципальном уровне и выявлены основные проблемы в их деятельности, требующие улучшения.

### Список литературы:

1. Воронов, А.В.. Маркетинг и логистика дополнительного лекарственного обеспечения / Журнал ФРКР и ЦМИМ: МАРКЕТИНГ, № 5 (102) – 2008. – С 90-102.

2. Воронов, А.В.. Основы логистической концепции лекарственного страхования населения Кемеровской области / Вестник университета № 11(21). Москва. ГУУ. –2008. – С. 65-73.

3. Воронов, А.В. Применение статистических методов для планирования снабжения сети фармацевтических препаратов / А.В.Воронов, В.И. Воронов, В.А. Лазарев // Вестник университета № 13(23). Москва. ГУУ. – 2008. – С. 55-60.

4. Воронов, А.В. Векторная логистика информационных потоков в дополнительном лекарственном обеспечении (ДЛО) в регионах РФ (на примере Кемеровской области) / Вестник университета № 15(25). Москва. ГУУ. – 2008. – С. 47-56.

5. Воронов, В.И. Методологические основы формирования и развития региональной логистики: Монография. – Владивосток: Изд-во Дальневост. Ун-та, 2003. – 316 с.

**Summary:** In the work there are identified specifics of logistics activities to regulate traffic drugs from producer to the end consumer on the pharmaceutical market. Logistics is the best instrument of processes of formation and movement, drug stocks. Allocated logistics operators drugs in size and territorial coverage, depending on the specialization, forms of property. Introduced the concept of a socially-significant logistics services and the characteristic, Federal, regional and municipal levels logistics communications.

**Keywords:** logistics, pharmaceutical market, distributors of drugs.

УДК 617.7

**РЕЗУЛЬТАТЫ КОМБИНИРОВАННОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ  
ПЕРВИЧНОЙ ГЛАУКОМой С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ  
АНТИХОЛИНЭСТЕРАЗНЫХ СРЕДСТВ**

*Захарова И.А., Сурнин С.Н., Приставка В.А.*

*Воронежская государственная медицинская академия им. Н.Н.*

*Бурденко, г. Воронеж, Россия*

*Белгородская областная клиническая больница Святителя*

*Иоасафа, г. Белгород, Россия*

**Резюме.** В статье представлены результаты клинического исследования препарата нейромидин (ипидакрин) применяемого в комплексном лечении пациентов страдающих первичной открытоугольной глаукомой. Приведена разработанная авторами оригинальная схема лечения.

**Ключевые слова:** нейромидин, способ лечения, комплексное лечение глаукомы.

Лечение больных первичной глаукомой требует строго индивидуального подхода в каждом конкретном случае. Эта задача особенно трудна при определении показания к хирургическому вмешательству, так как до настоящего времени нет единого мнения о том когда следует оперировать больного.

В последние годы достигнуты значительные успехи в лечении больных с первичной глаукомой в связи с постоянным совершенствованием хирургических методов, расширением арсенала медикаментозных средств и разработкой новых методик лазерного лечения.

Наиболее эффективным обоснованно считается хирургическое лечение, особенно в начальной стадии заболевания (Супрун А.В., Федорова С.М. 1981). Рациональным и своевременным применением оперативного

лечения при глаукоме возможно решение двух важных задач: снижение и стойкая нормализация внутриглазного давления (ВГД) и как следствие этого стабилизация и сохранение зрительных функций, но и на более поздних стадиях, операция является единственной возможностью для нормализации ВГД и стабилизации зрительных функций.

Широкое внедрение в офтальмологическую практику патогенетически ориентированных операций в значительной степени изменило ситуацию в хирургии глаукомы. Учет уровня ретенции оттоку камерной влаги, выявляемый в предоперационном периоде при гониоскопии или на операционном столе позволяют гарантировать успешный исход хирургического вмешательства.

Известно, что затруднение оттока водянистой влаги при открытоугольной глаукоме связано с поражением различных участков дренажной системы. А.П.Нестеров (1995) выделяет интрасклеральную форму ретенции, «коллапс» шлеммова канала, изменение биохимического состава влаги передней камеры, вызывающего изменение фильтрующей способности трабекулярной ткани, изменение структурных и биохимических свойств самой трабекулярной ткани. При этом о преобладании того или иного вида ретенции можно говорить только в начальной и, иногда в развитой стадии, а в далекозашедшей и терминальной стадии мы видим комбинированное поражение уже всех структур угла передней камеры. Поэтому выбор вида антиглаукомной операции в каждом конкретном случае определяется необходимостью вмешательства на уровне зоны преимущественного поражения пути оттока водянистой влаги или сочетанного вмешательства на всех структурах угла передней камеры.

Правильно выбранная и выполненная на высокотехнологическом уровне операция позволяет добиться снижения ВГД, но в большинстве случаев зрительные функции продолжают медленно и неуклонно ухудшаться. Это побуждает офтальмологов к поиску новых средств и



способов патогенетически ориентированного лечения, которое позволило бы стабилизировать процесс.

Предложен целый ряд препаратов антиоксидантного, сосудорасширяющего, антикоагулянтного, антиагрегантного, метаболического и нейропротекторного действия.

В 70-80-х годах прошлого века при лечении больных глаукомой широко использовали препараты холиномиметического и антихолинэстеразного действия, но в связи с рядом побочных эффектов, они были забыты и остался только пилокарпин. В последние годы появился препарат нейромидин (ипидакрин) регистрационный номер П№ 14238/01. Он привлек наше внимание тем, что стимулирует проведение импульса по нервным волокнам, по межнейрональным и нервно-мышечным синапсам периферической и центральной нервной системы, а так как при глаукоме страдают ганглиозные клетки и их аксоны (зрительный нерв), то этот препарат должен оказывать положительный эффект, что и послужило основанием для включения его в комплекс лечения больных глаукомой.

Лечение проведено 65 больным, которым нейромидин включали в комплекс лечения после проведенной хирургической операции, наряду с пирацетамом, эмоксипином, ретиналамином п/б, получали нейромидин в/м по 15 мг (1мл) №10, затем в качестве монотерапии до месяца назначали по 1т.(20мг) x 2 р. в день. По возрасту 88% больных были старше 55 лет.

По стадиям заболевания – из 130 глаз в 44 глазах была развитая, в 76 глазах далекозашедшая, в 10 – терминальная стадия глаукомы.

Из них 52 больным нейромидин назначался на следующий день после операции, а остальным в сроки от 1 до 6 месяцев после операции. Всем больным была сделана классическая операция фистулизирующего типа в модификации С.Н.Федорова с соав.(1982).

В работе использованы стандартные офтальмологические методы обследования: визометрия, тонометрия, биомикроскопия, прямая и обратная офтальмоскопия, динамическая и статическая периметрия,

гониоскопия, а также оценка стереометрических параметров диска на HRT (version-3) (Германия).

Исследования проводились до начала лечения, при выписке из стационара и в динамике через 1,3,6,9,12 месяцев. В данном сообщении представлены результаты оценки зрительных функций (остроты зрения и поля зрения).

Острота зрения проверялась по таблицам Головина – Сивцева. Периферическое поле зрения исследовали по M.Armaly методом кинетической периметрии на полусферическом проекционном универсальном периграфе – ППУ, а также статической периметрии на компьютерном периметре «Периком» (Россия) в режиме «глаукома» и «тотальная периметрия», а также на периметре Humphrey Field Analyser (Германия).

После операционного лечения получено снижение ВГД у всех больных. ВГД оставалось нормальным без местных гипотензивных средств до года у 56%. Влияние нейромидина на состояние зрительных функций представлены в табл. 1.

Таблица 1

Влияние нейромидина на зрительные функции больных первичной глаукомой

Сроки наблюдения	Стадии глаукомы			
	развитая		далекозашедшая	
	острота зрения	поле зрения	острота зрения	поле зрения
до лечения	0,62 ± 0,03	350 ± 16,0	0,5 ± 0,02	270 ± 9,5
через 1 мес.	0,75 ± 0,02	465 ± 15,5	0,62 ± 0,01	350 ± 10,5
через 3 мес	0,75 ± 0,02	460 ± 10,5	0,6 ± 0,01	345 ± 10,5
через 6 мес.	0,7 ± 0,01	430 ± 15,5	0,6 ± 0,01	305 ± 10,0
через 9 мес.	0,68 ± 0,01	415 ± 15,5	0,58 ± 0,01	275 ± 10,0
через 12 мес.	0,66 ± 0,02	400 ± 15,5	0,55 ± 0,02	260 ± 10,5

<b>Контрольная группа</b>				
Сроки наблюдения	Стадии глаукомы			
	развитая		далекозашедшая	
	острота зрения	поле зрения	острота зрения	поле зрения
до лечения	0,64 ± 0,02	370 ± 9,8	0,48 ± 0,01	230 ± 9,0
через 1 мес.	0,7 ± 0,03	410 ± 10,0	0,53 ± 0,02	295 ± 9,5
через 3 мес	0,68 ± 0,02	390 ± 9,5	0,50 ± 0,02	240 ± 9,0
через 6 мес.	0,69 ± 0,02	355 ± 9,5	0,44 ± 0,01	210 ± 8,5

Из таблицы видно, что после завершения курса лечения нейромидином острота зрения повышалась на 0,13 в развитой и на 0,12 в далекозашедшей стадии глаукомы.

Поле зрения в развитой стадии расширилось на 115°, а в далекозашедшей на 80°.

Более выраженный эффект нейромидина наблюдался у больных с развитой стадией глаукомы, чем в далекозашедшей. Вероятно, это связано с сохранением большего количества функционально-сохранных нервных волокон или активацией нейронов, находившихся в стадии анабиоза.

Так как глаукомой страдают лица пожилого и старческого возраста, нейро-мидин полезен им и в том плане, что он оказывает положительное влияние на когнитивные функции, улучшая память и тормозя прогрессивное течение деменции.

Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии нейромидина на зрительные функции и позволяют рекомендовать его в комплексном лечении больных глаукомой.

**Summary.** The results of the clinical investigation of the preparation ipidacrine among the patients suffering from primary open angle glaucoma are submitted in the paper.

The survey of the original plan of the complex medical treatment worked out by the authors is given.

**Key words:** ipidacrine, the method of medical treatment, the complex medical treatment of glaucoma.

УДК 615.1:378.145/147

**ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ФОРМУВАННЯ  
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ БЕЗПЕКИ УКРАЇНИ**

*Дацко А.Й., Дацко О.І.*

*Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,  
м. Львів, Україна*

**Резюме.** Окреслено дефініцію та теоретико-методологічні засади формування фармацевтичної безпеки в системі національної безпеки держави. Обґрунтовано необхідність формування системи фармацевтичної безпеки держави. Запропоновано концептуальні підходи до формування державної політики гарантування фармацевтичної безпеки України.

**Ключові слова:** фармацевтична безпека, лікарські засоби (ЛЗ), фармацевтична продукція (ФП), загрози, Концепція фармацевтичної безпеки України.

У новому тисячолітті загострення економічних криз, глобальна інтеграція, постійне зростання рівня захворюваності населення зумовлюють нові загрози та виклики для національної безпеки, що обумовило появу нового напрямку безпекознавства – фармацевтичної безпеки. Розвиток цього напрямку як важливої

компоненти системи національної безпеки сьогодні є багатовекторним, оскільки він тісно корелює з економічною, соціальною, продуктовою, військовою, екологічною безпекою. Втім комплексно проблеми фармацевтичної безпеки досі не знайшли ґрунтового відображення у наукових розробках вітчизняних вчених.

Тому **метою** дослідження є обґрунтування теоретико-методологічних засад формування системи фармацевтичної безпеки України.

*Завданнями* дослідження є: визначення фармацевтичної безпеки в системі національної безпеки держави; окреслення теоретико-методологічних засад та обґрунтування необхідності формування системи фармацевтичної безпеки держави; розробка концептуальних підходів до формування державної політики гарантування фармацевтичної безпеки України.

У ХХІ столітті склалася ситуація, коли бізнес-орієнтованість фармацевтичної галузі у глобальних масштабах сьогодні не дозволяє гарантувати належну соціальну, економічну і навіть фізичну безпеку населення. А тому можемо констатувати, що без належного втручання держави щодо збалансування бізнес та соціальних інтересів, ефективний розвиток фармацевтичної галузі з урахуванням безмовного примату безпеки людини є неможливим.

Світовий фармацевтичний ринок постійно зростає, що обумовлено як збільшення популяції Землі, так і зростанням рівня захворюваності населення. За прогнозами демографів, кількість населення постійно збільшуватиметься, що відобразиться на систематичному зростанні глобального ринку фармацевтичних продуктів, який за прогнозами на 2013-2017 рр. зростатиме щорічно на 5-7 % і досягне ємності 1,226 трлн дол. США у 2017 р. (рис.1).



Рис. 1. Обсяги і темпи проросту світового фармацевтичного ринку за 1998-2013 рр. та прогноз до 2017 р. Джерело: [1].

Попри рецесію у багатьох галузях глобальної економіки у 2008-2009 рр. (фінансовій, автомобілебудівній, хімічній) фармацевтичний ринок виявився менш чутливим до кризових проявів і демонструє стійке щорічне зростання. Якщо у 2001-2004 рр. темпи проросту цього ринку у глобальних масштабах становили 9-12%, то очікувані темпи його зростання у 2013-2017 рр. передбачаються на дещо нижчому рівні 4-5 %, що, втім, не зменшує бізнес-перспективності цього сегменту. За оцінками експертів фармацевтична галузь входить до 5 найбільш привабливих для бізнесу галузей економіки у світі [2], і найінтенсивніше розширення фармацевтичного ринку очікується у країнах з транзитивною економікою, до яких належить і Україна (приріст ринку у 2013 році склав 12,6 %, а очікуване зростання у 2014 р. становить 11,8%) [3].

Відповідно формування політики розвитку фармацевтичної галузі повинне враховувати дуалістичність інтересів суб'єктів цього ринку:

- по-перше, фармацевтичний ринок має максимально ефективно забезпечувати потреби населення у фармацевтичних продуктах, визначаючи пріоритет захисту споживача щодо асортименту, ціни і якості фармацевтичної продукції;

- по-друге, виробники та дистриб'ютори фармацевтичної продукції прагнуть максимізувати прибутки, а тому формують цінову, асортиментну політику відповідно до бізнес-привабливості ринкового сегменту, часто не забезпечуючи реалізації пріоритетів соціальної політики.

Дедалі частіше дослідники наголошують на системних загрозах

фармацевтичній безпеці, зокрема на її бізнес-орієнтації. Дж. Меркола стверджує, що, у фармацевтичній галузі сформувалися три рівні інституційної корупції [4]: 1) лобіювання інтересів представників фармацевтичної промисловості в законодавчій сфері; 2) запровадження тиску з боку фармацевтичної промисловості, зокрема через зменшення обсягів фінансування програм контролюючих органів; 3) комерціалізація ролі лікарів, які трансформують свої позиції від «незалежного, надійного радника пацієнтів» до промоутерів ЛЗ.

Результати досліджень Дж. Керре проявили у глобальних масштабах головні принципи діяльності фармацевтичного «бізнесу на хворобах», якими засвідчено, що фармацевтичній індустрії профілактика найпоширеніших захворювань не вигідна з фінансової точки зору, адже продовження і поширення хвороб - неодмінна умова зростання її фінансової потужності [5].

Фахівці Американського Центру з контролю і профілактики захворювань оприлюднили промовисту статистику: зростання смертності від передозування ЛЗ на сучасному етапі набуло небувалих масштабів. Вже зараз кількість смертей від передозування або неправильного використання медичних препаратів в кілька разів вища від летальних випадків від передозування наркотичними засобами [6].

Об'єкти, які охоплює фармацевтична безпека держави, є значно ширшими, ніж лише безпечна фармакологічна дія ЛЗ. В.Д. Кузнєцов вводить категорію «економічна безпека фармацевтичної галузі» і визначає її як стан фінансового, науково-дослідного, технологічного, виробничого і кадрового потенціалу галузі, інституційних, правових, організаційно-економічних відносин державних органів управління, розробників, виробників та інвесторів, який забезпечує її здатність функціонувати на інноваційній основі, що гарантує доступність для населення і високу медичну ефективність життєво необхідних і найважливіших ЛЗ [7].

Фармацевтична галузь є стратегічною для кожної країни, зважаючи не лише на економічний потенціал, пріоритети реалізації соціальної політики, але і з огляду на гарантування можливості забезпечення життєдіяльності країни за форс-мажорних обставин (стихійних лих, техногенних катастроф, військових дій тощо). Зважаючи на багатоаспектність проблем безпеки у фармгалузі, дослідники

аргументують доцільність формування сьогодні державної політики фармацевтичної безпеки, яка системно охоплювала окреслені питання.

Оскільки поняття «фармацевтична безпека держави» є новим, обґрунтуємо його дефініцію. У більшості випадків термін «фармацевтична безпека» вітчизняними науковцями вживається як синонім до терміну «безпека ліків». Дослідники, які обмежують тлумачення «фармацевтичної безпеки» до безпечності їх фармакологічної дії, окреслюють, що вона формується на стадії фармацевтичного розроблення, у процесі промислового виробництва, доклінічних і клінічних досліджень, на етапі реєстрації та моніторингу безпеки ЛЗ, які проводиться протягом усього їх життєвого циклу, що повинно бути забезпечено завдяки дотриманню належних стандартів фармацевтичної практики (рис.2).

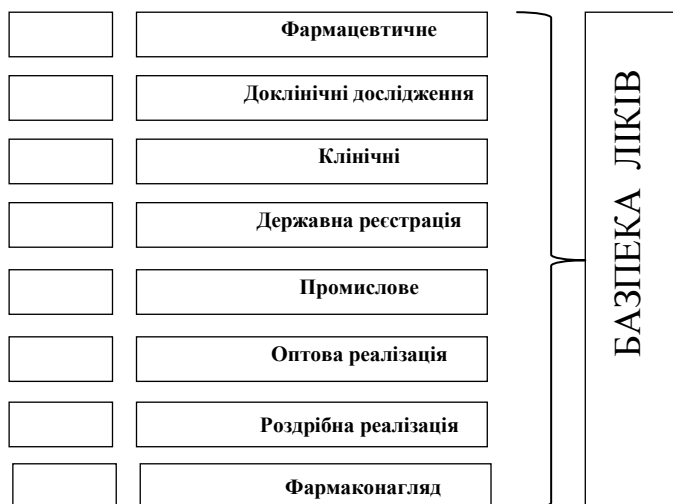


Рис. 2. Етапи формування безпеки ліків. Джерело: [8].

В.Черних, В.Шаповалов виокремлюють фармацевтичну як одну із галузей безпеки (рис. 3).

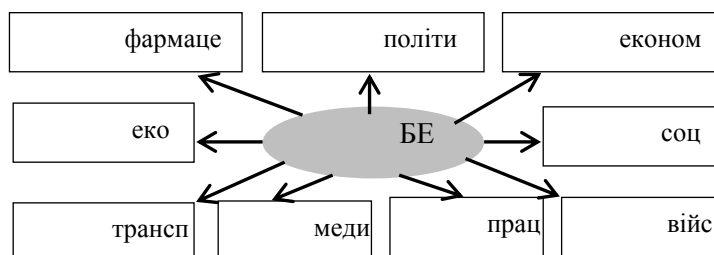


Рис. 3. Класифікація видів безпеки за суспільними сферами. Джерело: [9].



Ф. Міл наголошує, що фармацевтична безпека сьогодні повинна охоплювати не лише споживання ЛЗ, але увесь ланцюжок створення валової доданої вартості, споживання та утилізації ліків [10].

У зв'язку з об'єктивною необхідністю розширення об'єктів та суб'єктів, якими оперує фармацевтична безпека, в окремих країнах, міжнародними організаціями в галузі охорони здоров'я та фармації розроблено низку нормативних документів та запроваджено організаційно-економічні механізми її забезпечення не лише стосовно якості лікарських засобів.

ВООЗ наприкінці ХХ століття активно почала піднімати проблеми фармацевтичної безпеки у світі, запропонувавши країнам низку нормативно-рекомендаційних документів, серед яких Стратегія «Здоров'я для всіх», «Цілі розвитку тисячоліття», які визначають пріоритетні напрями діяльності у цій сфері. У 2006 р. розроблене Керівництво з розробки стратегій забезпечення якості та безпеки з позицій систем охорони здоров'я, яким визначено, що національні стратегії забезпечення якості і безпеки повинні скеровуватися на працівників санітарно-медичних служб, організації санітарно-медичної допомоги, на медичні препарати і технології, на споживачів медично-санітарної допомоги [11, с. 41].

Багато зарубіжних науковців, а також управлінців впродовж останніх років наголошують на необхідності виокремлення окремого напрямку безпекознавства – фармацевтичної безпеки, та відповідно – активізації усіх суб'єктів фармринку, найперше формування державної політики щодо її гарантування [12-14]. Розвиток окремих напрямів фармацевтичної безпеки уже забезпечується активізацією діяльності великої кількості інституцій, які спеціалізуються на її окремих аспектах.

У 2002 р. створено некомерційну організацію – Інститут фармацевтичної безпеки, засновниками якого стали найбільші світові корпорації – виробники ЛЗ. Штаб-квартира Інституту розміщена у м. Вашингтон (США), основні представництва у м. Женева (Швейцарія), м. Лондон (Великобританія). Першопочатково основним завданням Інституту фармацевтичної безпеки була боротьба з виробництвом і розповсюдженням фальсифікованих ЛЗ. Однак, за останні роки до сфери зацікавлення Інституту входять і питання економічної безпеки фармринку,

запровадження стандартів належної фармацевтичної практики тощо [15].

У США створена Рада фармацевтичної безпеки, яка сприяє управлінню безпекою і співробітництвом всіх сегментів фармацевтичної промисловості, виступаючи в якості прогресивного джерела інформації та сприяння програм з питань безпеки, охоплюючи усі етапи: від розробки, виробництва, дистрибуції до їх споживання ЛЗ (весь ланцюжок формування їх споживної вартості) [16].

Для гарантування фармацевтичної безпеки не лише пацієнта, але і операторів фармринку у 2009 р. створено Міжнародний Альянс з фармацевтичної безпеки у сфері збуту [17, с. 87]. З метою захисту інтересів дистриб'юторів та перевізників ФП також створена Фармацевтична коаліція безпеки вантажних перевезень до якої входять професіонали фармацевтичної галузі, правоохоронні органи та державні установи, страховики вантажів, перевізники і фахівці управління ризиками з різних країн, зусилля яких скеровуються на запобігання втрат фармацевтичної продукції при здійсненні логістичних операцій тощо [18].

Ще у 2006 р. в Росії у створено громадську організацію «Інститут фармацевтичної безпеки», яким активно впроваджується довгостроковий проект “falsificatu.net”, метою якого боротьба з поширення фальсифікованих ліків на російському фармринку. У 2009-2012 рр. за урядової підтримки реалізований російсько-американський проект «Фармацевтична безпека», який охопив також і питання економічної безпеки фармацевтичного ринку [19].

Науковцями, а також керівництвом країни визнано значні загрози та низький рівень фармацевтичної безпеки Білорусі з огляду на охоплення значної його частки імпортерами, адже частка вітчизняних фармпрепаратів на внутрішньому ринку країни сьогодні у 2012 р. склала лише 19%. Тому керівництвом країни розробляється програма фармацевтичної безпеки Білорусі, якою передбачатиметься, що підприємства концерну «Белфарма» забезпечуватимуть не менше 50% потреб фармринку республіки, емність якого складає близько 400 млн. дол. США [20].

Вітчизняні дослідники (О.Вікторов, Л.Ковтун, К.Косяченко, О.Лебеда, В.Мальцев, О.Стефанов та ін.), звертаючись до питань фармацевтичної безпеки, здебільшого зосереджують свою увагу на питаннях якості, достатнього асортименту

та цінової політики на ЛЗ [21-23], але системних комплексних досліджень, які охоплювали б питання розробки механізмів протидії загрозам, пов'язаним з неналежним та неефективним функціонуванням фармацевтичної галузі (з урахуванням зовнішньоекономічної безпеки, безпеки внутрішнього фармринку, фармацевтичних підприємств, посередників, споживачів, екологічні та військові аспекти) у вітчизняній фармацевтичній та економічній науці досі немає, несформованим є інституціональне забезпечення фармацевтичної безпеки України.

Хоча у багатьох програмних документах розвитку України завдання щодо нівелювання ризиків, пов'язаних із загрозами фармацевтичній безпеці, визнано одними із пріоритетних, констатовано, що небезпеки, пов'язані з неналежним регулюванням та розвитку фармринку істотно загострюються. Так, Рішенням Ради національної безпеки і оборони України від 25 травня 2012 р. «Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами» зазначено, що «стан організації внутрішнього фармацевтичного ринку, державної реєстрації ЛЗ, систем ціноутворення на такі засоби, контролю за їх якістю та реалізацією не відповідає інтересам національної безпеки України» [24]. Глобальна залежність вітчизняного ринку від імпорتنих виробників гостро ставить питання безпеки фармацевтичного ринку України на державному рівні [25].

Про актуальність проблеми щодо необхідності активізації зусиль щодо гарантування фармацевтичної безпеки свідчать ініціативи Ради Європи з розробки в Україні Національного плану дій з безпеки пацієнтів до 2014 р., основними положеннями якого мають стати рекомендації для формування державної політики в охорони здоров'я, безпеки ліків та фармацевтична безпека, управління безпекою пацієнтів, запобігання медичній шкоді та помилкам. З цією метою 29 листопада 2012 р. відбувся Перший Національний Конгрес з безпеки пацієнтів: "Безпека пацієнта – Безпека лікаря – Безпека держави" [26], співорганізаторами якого стали Міністерство охорони здоров'я України, Всеукраїнська Рада Захисту прав та безпеки пацієнтів за участі Уповноваженого з прав людини Верховної ради України та експертів Ради Європи затверджено основні напрямки Національного плану дій з безпеки пацієнтів, серед яких:

фармацевтична безпека і фармакологічний нагляд, пацієнти за безпеку пацієнтів: залучення пацієнтів до забезпечення безпеки, рішення для забезпечення безпеки: проведення заходів, що запобігають повторному виникненню інцидентів, впровадження технологій для забезпечення безпеки пацієнтів, заохочення та мотивація до забезпечення безпеки пацієнтів тощо [27].

Сьогодні надзвичайно актуальною проблемою є розвиток фармринку з дотриманням критеріїв соціальної безпеки. Висока вартість послуг охорони здоров'я, а також фармацевтичних продуктів, у багатьох випадках складність прогнозування попиту на ЛЗ, а також зниження рівня їх економічної доступності для багатьох верств населення сьогодні загострює загрозу зубожіння, зумовлює необхідність формування та реалізації адекватної державної політики фінансового захисту та розподілу ризиків на фармацевтичному ринку.

Результати соціологічних обстежень засвідчили, що у 2011 р. 22,6 %, а у 2012 - 16,7% усіх домогосподарств України за результатами самооцінки доступності медичного обслуговування не змогли отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя, в основному через їх високу вартість (понад 50 % населення) [28]. У 2012 р. понад 50% опитаних констатувала погіршення медичного обслуговування і визначили цей чинник однією із 5 найбільших загроз для України сьогодні [29], виявляючи, що система охорони здоров'я України не є безкоштовною, а рівень доступності медичного обслуговування, зокрема і ФП є вкрай низьким.

Доводиться констатувати погіршення фізичної доступності ФП через диспропорції географічного розташування аптечної мережі. Рівень доступності фармацевтичного обслуговування залежить від типу населеного пункту. Хоча роздрібний сегмент українського фармацевтичного ринку займає понад 80 %, констатуємо, що за останні 3 роки кількість аптечних закладів зросла лише у великих містах, тоді як у селах і селищах міського типу, зменшилася, що пов'язано з ліквідацією аптечних кіосків. Впродовж 2010-2012 рр. в Україні закрилися 3,5 тис. аптечних кіосків. Станом на 03.01.2014 р. кількість торгових точок у селах становить 2785, в той час як на початку 2011 р. їх налічувалося

3102. У селищах міського типу спостерігається аналогічна тенденція, хоча інтенсивність скорочення аптечних закладів була дещо нижчою (рис. 4) .

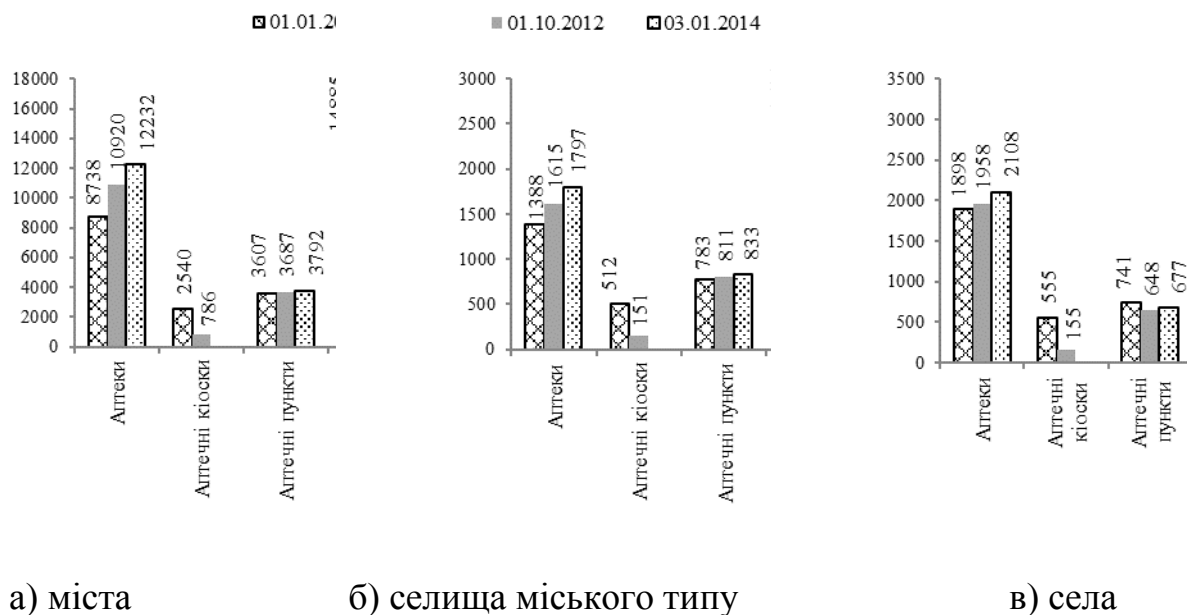


Рис. 4. Динаміка кількості аптечних закладів в розрізі типів поселень станом на 01.01.2011 р., 01.10.2012 р., 03.01.2014 р. Джерело: [30].

Засвідчимо, що сьогодні найінтенсивніше скорочується аптечна мережа у сільських поселеннях, що зумовлює зниження фізичної доступності ФП. Оскільки приватні компанії здебільшого орієнтуються на бізнес-привабливість роздрібною мережі, відкриття та збереження аптечних закладів у сільських регіонах часто є економічно збитковим. Натомість кількість державних та комунальних аптек також скорочується, що, фактично, зумовлює дискримінацію сільських жителів щодо гарантування фізичної доступності ФП. Також сьогодні існує проблема дефіциту ФП у окремих сегментах ринку.

О. Устінов вказує, що у світі щорічно близько 100 млн людей внаслідок надмірних фінансових витрат, пов'язаних з охороною здоров'я, опиняються за межею бідності. Основною проблемою усіх систем охорони здоров'я є суттєве випередження зростання витрат на охорону здоров'я порівняно з темпами зростання ВВП. При цьому ВООЗ вважає, що 20-40% фінансових ресурсів охорони здоров'я у світі витрачаються неефективно [31].

Як зазначив представник Департаменту ВООЗ із питань політики й стандартів у сфері ЛЗ Л.Раго, у глобальному вимірі сьогодні спостерігається

парадоксальне явище : чим бідніша країна, тим більше в ній використовують ліків, тим більше ускладнень від поліпрагмазії і більша потреба в ресурсах для лікування пацієнтів, які постраждали від такої терапії.

В. Чумак підтверджує, що цей парадокс характерний і для України: з одного боку – постійна недостатність коштів на лікування, з іншого – застосування зайвої кількості препаратів, що не лише призводить до нераціонального витрачання фінансових ресурсів, але й завдає шкоди здоров'ю населення. Науковець наголошує на важливій ролі лікарів, які сьогодні залишилися сам на сам з ринковими технологіями промоції ліків (від прямого підкупу (так званого мережевого маркетингу, коли лікар отримує відсоток від коштів за реалізовані препарати) до одностороннього подання інформації про застосування ліків). Можливість використання цих технологій сьогодні є, фактично, легалізованою, оскільки офіційне інформаційне забезпечення лікувального процесу фактично зруйноване, а нового не створено. Саме через це виникає ситуація з обмеженим впливом лікаря на призначення ліків, а відтак маємо нераціональне використання ЛЗ та поліпрагмазію [32].

Це підтверджується і статистичними даними. За офіційними даними МОЗ більшість населення України займається самолікуванням. З 20 млрд грн, які скеровувалися у 2012 р. на закупівлю препаратів як за рахунок населення, так і за рахунок організацій і держави, тільки 4 млрд грн витрачали на ліки для лікування тих хвороб, які формують клас основних захворювань населення України [33].

Фармацевтичний ринок не може забезпечити вирішення зазначених проблем саморегулюванням, що, відповідно, визначає необхідність державної політики гарантування фармацевтичної безпеки.

Підсумовуючи, зазначимо, що фармацевтична безпека держави комплексно ураховує потребу нівелювання загроз, пов'язаних з розробкою, виробництвом, просуванням, споживанням та утилізацією фармацевтичної продукції в контексті безпеки населення, підприємств фармгалузі держави, довкілля, а також обороноздатності та економічної незалежності країни. Тому *фармацевтичну безпеку держави* визначимо як соціально-економічний та

екологічний стан держави при якому:

- всі її громадяни стабільно та гарантовано забезпечені ЛЗ та ВМП в необхідній кількості, асортименті та відповідної якості, за доступними цінами;

- за якого сформований гарантований необхідний запас ЛЗ та ВМП на випадок надзвичайних ситуацій;

- фармацевтичний ринок має низький рівень імпортозалежності (загальна частка забезпеченості фармацевтичною продукцією вітчизняного виробництва потреб внутрішнього ринку відповідає критерію фармацевтичної безпеки, встановленому Всесвітньою організацією охорони рівню - не менше 70%);

- вітчизняні підприємства фармгалузі систематично та економічно обґрунтовано впроваджують виробництво інноваційних продуктів;

- гарантована політична, економічна та фізична безпека, а також прозора конкуренція та доступ до ринків усім операторам фармацевтичного ринку;

- розробка, виробництво, використання та утилізація фармацевтичної продукції відповідає міжнародним стандартам екологічної безпеки;

- вітчизняні фармацевтичні підприємства та посередники є конкурентоспроможними на глобальному фармацевтичному ринку, і держава посідає провідні позиції серед лідерів-експортерів фармацевтичної продукції.

Відповідно, державна політика розвитку фармацевтичної галузі, у т.ч. розроблена Концепція фармацевтичної безпеки України, Методичні рекомендації щодо розрахунку рівня економічної безпеки України повинні урахувати необхідні компоненти, які формуються на етапах життєвого циклу фармацевтичного продукту (табл. 1.2)

Таблиця 1.2

## Етапи формування фармацевтичної безпеки

Стратегічні орієнтири державної політики фармацевтичної безпеки		Життєвий цикл фармацевтичного продукту								
		розробка	випробування	держреєстрація	виробництва	просування	оптова рреалізація	роздрібна рреалізація	споживання	Утилізації
Для населення	Примат безпеки особи, програми соціального захисту населення щодо безпеки, забезпеченості та доступності ФП	Враховання вимог щодо фармакологічної безпеки, забезпечення фізичної, економічної доступності ФП	Ураховання етичних принципів випробування ФП на людях	Забезпечення розробки, модернізації державних стандартів на ФП, впровадження ДСТУ на усї ФП, Участь пацієнтів у обговоренні і затвердженні стандартів на ФП	Дотримання стандартів GMP, вітчизняних та міжнародних стандартів щодо забезпечення системи якості (серії ISO 9000) Безпека праці/Безпека праці (Серії стандартів серії ISO 18000 система менеджменту професійної безпеки )	Україні «Про рекламу» щодо обмежень рекламування ЛЗ населенню, Регулювання діяльності лікарів щодо призначень ФП, Дотримання етичних	Логістична мережа, Аптечна Мережа Асортимент ФП Дотримання етичних кодексів	мережа, належний асортимент Фізична та цінова доступність ФП, Державні програми покриття витрат на ФП, медстрахування Дотримання етичних кодексів Дотримання	Фармакологічна безпека ФП, ертноомічність споживання, комплексна інформація про ФП Обмежене впровадження концентратів відповідального самолікування	Державна стандартизація утилізації ФП, інфраструктурне забезпечення утилізації ФП
	Для вітчизняного виробника	Стимулювання інновацій, захист вітчизняного виробника, Імпортозаміщення на форм.ринку Формування фармацевтичних кластерів	Підтримка програм розробки інноваційних продуктів імпортозаміщення Науково-дослідна мережа, співробітництво з науково-дослідним сектором, дотримання GMP Формування мережі лабораторій для випробувань ФП Дотримання стандартів GLP, GCP Державний та громадський контроль за результативністю випробувань	Прозорість та простота процедури держреєстрації ФП, доступність випробувань якості ЛЗ Дотримання стандарту GRP Громадський моніторинг за результатами держреєстрації	Розширення асортименту продукції, Забезпечення рентабельності, Розвиток інновацій, Краудсорсинг, Забезпечення конкурентних переваг	Дотримання законодавства щодо просування ФП Дотримання етичних кодексів	Аптечна мережа асортимент ФП Дотримання етичних кодексів Формування галузевих кластерів Конкурентоспроможність Посилення контролю за оптовою реалізацією ФП з боку держави, професіоналів,	Формування галузевих кластерів Формування галузевих кластерів Конкурентоспроможність Посилення контролю за роздрібною реалізацією ФП з боку держави, професіоналів, громадськості	SMM фармагляд, Посилення контролю за споживанням ФП з боку держави, професіоналів, громадськості	Державні стандарти на утилізацію ФП, Інфраструктурне забезпечення утилізації ФП, Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)
Для вітчизняного експортера	Державна підтримка конкурентні переваги на глобальному ринку	Потенціал конкурентоспроможності на глобальному ринку, Розробка унікальних ФП Формування галузевих кластерів Дотримання стандартів GMP Державна підтримка ліцензування вітчизняних ФП за кордоном Формування галузевих кластерів Дотримання стандартів GLP, GCP, етичних кодексів	Державна підтримка реєстрації вітчизняних ФП за кордоном Формування галузевих кластерів Дотримання стандартів GRP	Продаж вітчизняних технологій виробництва ФП за кордон Переміщення небезпечних виробництв у інші країни, Дотримання стандартів GMP	Державна підтримка промоції вітчизняних виробників та ФП за кордоном, Активний брендинг Формування галузевих кластерів Дотримання етичних кодексів	Конкурентоспроможність на глобальному ринку, Мережеве співробітництво Логістичне забезпечення Сприяння митна політика Дотримання стандартів GDP	Конкурентоспроможність на локальних ринках Розвиток франчайзингу Дотримання стандартів GRP	Гарантування фармакологічної безпеки ФП, фармацевтичний супровід, інформаційне забезпечення	Державні міжнародних стандартів на утилізацію ФП, Інфраструктурне забезпечення утилізації ФП, Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	



Для держави у надзвичайних ситуаціях	Для довкілля	Для держави	Для операторів ринку фарм. препаратів
Формування необхідного запасу ФП та можливість їх виробництва в надзвичайних ситуаціях	Безпека виробництва та утилізації фарм. продукції/ Пріоритети сталого розвитку	Підвищення рівня здоров'я та працездатності населення Податкові надходження від галузі Розвиток фарм галузі як провідної галузі економіки Конкурентні переваги на глобальному ринку	Цінова політика, прозорість та відкритість конкуренція, Зниження рівня імпортозалежності
Протизування надзвичайних ситуацій, асортименту та обсягів необхідних ФП, формування стратегічних запасів	Пріоритети сталого розвитку (ураховання інтересів майбутніх поколінь)	Розвиток технологій, формування конкурентних переваг, Капіталізація інтелектуального потенціалу держави	Обмін досвідом між науково-дослідними інституціями, франчайзинг, купівля технологій Дотримання стандартів GMP
Розробка ФП на випадок надзвичайних ситуацій	итет сталого розвитку Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	Інфраструктурне забезпечення виробувань усіх ФП, які реалізуються на внутрішньому ринку, а також експортуються	Прозорість, доступність, оперативність виробування Дотримання стандартів GMP, GSP, етичних кодексів
Державне сприяння виробуванням ФП, які використовуються у надзвичайних випадках	итет сталого розвитку Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	Впровадження держстандартів на усі ФП Інфраструктурне забезпечення дер реєстрації ФП, які реалізуються на внутрішньому ринку, а також експортуються	Державна підтримка ФП Формування галузевих кластерів Дотримання стандартів GMP, GSP, етичних кодексів
Соціальна реклама щодо необхідності та специфіки забезпечення ФП у надзвичайних випадках	итет сталого розвитку Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	Економічна незалежність, низький рівень залежності внутрішнього фармринку від імпорту, Конкурентоспроможність вітчизняного виробника, Широкий асортимент ФП, Дотримання стандартів GMP Формування галузевих кластерів	Рентабельність модернізації виробництва, Диверсифікація виробництва Дотримання стандартів GMP Формування галузевих кластерів
Ефективність системи держзакупівель	итет сталого розвитку Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	Державне регулювання просування ФП, обмеження щодо рекламування ЛЗ Регулювання діяльності лікарів щодо призначень ФП, стандарти лікування Дотримання етичних кодексів	Дотримання законодавства щодо просування ФП Дотримання етичних кодексів
Система спец забезпечення ФП у випадку надзвичайних ситуацій	Пріоритети сталого розвитку Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	Логістична мережа, Аптечна мережа, асортимент ФП Дотримання етичних кодексів, Формування галузевих кластерів Конкурентоспроможність оптових підприємств, Дотримання стандартів GMP Посилення контролю за оптовою реалізацією ФП з боку держави, професіоналів, громадськості, Прозорість та об'єктивність системи держзакупівель	Аптечна мережа, асортимент ФП Формування галузевих кластерів Конкурентоспроможність Дотримання стандартів GMP Посилення контролю за споживанням ФП з боку держави, професіоналів, асортименту
Система покриття видатків, можливість отримання гуманітарної допомоги у випадку надзвичайних ситуацій	Пріоритети сталого розвитку Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	Розгалужена аптечна мережа, розширення асортименту Формування галузевих кластерів Конкурентоспроможність роздрібних підприємств Посилення контролю за роздрібною реалізацією ФП з боку держави, професіоналів, громадськості	Формування галузевих кластерів Формування галузевих кластерів Конкурентоспроможність Посилення контролю за споживанням ФП з боку держави, професіоналів, громадськості
Система покриття видатків, можливість отримання гуманітарної допомоги у випадку надзвичайних ситуацій	Пріоритети сталого розвитку Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	ГММ (фармаглід), Посилення контролю за споживанням ФП з боку держави, професіоналів, громадськості Система покриття видатків на купівлю ФП (медстрахування)	Інформаційне забезпечення щодо механізмів утилізації ФП
Державні стандарти на утилізацію ІІІ, Інфраструктурне забезпечення утилізації ФП, Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	итет сталого розвитку Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	Державні стандарти на утилізацію ІІІ, Інфраструктурне забезпечення утилізації ФП, Дотримання екологічних стандартів (серії ISO 14000)	Інформаційне забезпечення щодо механізмів утилізації ФП

Складено авторами

Загалом можемо підсумувати, що:

- сьогодні сформувалися соціально-економічні, політичні, екологічні передумови формування системи фармацевтичної безпеки України, інституціоналізація якої передбачає впровадження відповідної державної політики, яка визначатиме держані пріоритети у окремих сферах фармацевтичної безпеки України;

- фармацевтичну безпеку держави визначимо як соціально-економічний та екологічний стан держави при якому: всі її громадяни стабільно та гарантовано забезпечені ЛЗ та ВМП в необхідній кількості, асортименті та відповідної якості, за доступними цінами; за якого сформований гарантований необхідний їх запас на випадок надзвичайних ситуацій; фармацевтичний ринок має низький рівень імпортозалежності; вітчизняні підприємства фармгалузі систематично та економічно обґрунтовано впроваджують виробництво інноваційних продуктів; гарантована політична, економічна та фізична безпека, а також прозора конкуренція та доступ до ринків усім операторам фармацевтичного ринку; розробка, виробництво, використання та утилізація фармацевтичної продукції відповідає міжнародним стандартам екологічної безпеки; вітчизняні фармацевтичні підприємства та посередники є конкурентоспроможними на глобальному фармацевтичному ринку, і держава посідає провідні позиції серед лідерів-експортерів фармацевтичної продукції;

- науковці наголошують, що на сучасному етапі фармацевтичний ринок не може гарантувати належний рівень фармацевтичної безпеки лише шляхом механізмів саморегулювання, тому потрібним є захист стратегічних інтересів держави щодо окремих критеріїв фармацевтичної безпеки України та впровадження відповідних правових, організаційно-економічних, інформаційних механізмів її забезпечення;

- важливим кроком гарантування фармацевтичної безпеки є розробка і реалізація Концепції фармацевтичної безпеки України, яка повинна урахувати критерії та індикатори фармацевтичної безпеки держави, зокрема для населення, вітчизняних виробників, експортерів, операторів ринку фармацевтичної продукції, держави (у т.ч. у надзвичайних ситуаціях), довілля.

## Перелік використаних джерел:

1. Global pharma market outlook - with focus on emerging markets / E.Beck, President East Europe, IMS Health [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.apteka.ua/wp-content/uploads/2013/09/8-EBeck.pdf>.
2. Кондратьев В.Б. Важнейшие сектора мировой экономики в 2013 г./ Кондратьев В.Б. [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www.perspektivy.info/oikumena/ekdom/vazhnejshije\\_sektora\\_mirovoj\\_ekonomiki\\_v\\_2013\\_g\\_2013-09-24](http://www.perspektivy.info/oikumena/ekdom/vazhnejshije_sektora_mirovoj_ekonomiki_v_2013_g_2013-09-24).
3. EIU - Industries in 2014: A special report from The Economist Intelligence Unit - January 2014 [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <http://www.slideshare.net/GaldeMerkline/industries-in-2014-v02-29824492>.
4. Mercola J. Institutional Corruption of Pharmaceuticals and the Drug Safety Myth/ Joseph Mercola Mercola J. Institutional Corruption of Pharmaceuticals and the Drug Safety Myth/ Joseph Mercola <http://articles.mercola.com/sites/articles/archive/2013/11/30/pharmaceutical-industry-institutional-corruption.aspx>
5. Carre J. The Pharmaceutical "Business with Disease" Institutional Corruption of Pharmaceuticals and the Drug Safety Myth / John Le Carre The Pharmaceutical "Business with Disease" [Электронный ресурс]. – Режим доступа: [http://www4.dr-rath-foundation.org/PHARMACEUTICAL\\_BUSINESS/pharmaceutical\\_industry.htm](http://www4.dr-rath-foundation.org/PHARMACEUTICAL_BUSINESS/pharmaceutical_industry.htm).
6. Від ліків помирають частіше, ніж від наркотиків – експерти / Людмила Михайлова // Голос. UA / Здоров'я/ – 2013, 25 лютого [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://ua.golos.ua/health/13\\_02\\_25\\_ot\\_lekarstv\\_umirayut\\_chasche\\_chem\\_ot\\_narkotikov\\_\\_ekspertyi](http://ua.golos.ua/health/13_02_25_ot_lekarstv_umirayut_chasche_chem_ot_narkotikov__ekspertyi)
7. Кузнецов Д. А. Экономическая безопасность фармацевтических систем [Текст] / Д. А. Кузнецов // Вестн. новых мед. технологий : период. теор. и науч.-практ. журн. - 2010. - Том 17. – №3. – С. 179-181 .
8. Фармацевтична енциклопедія [Текст] / відповід. ред. В.П. Черних. – К. : Моріон, 2005. – 848 с.
9. Черних В.П. Роль судової фармації у концепції національної безпеки України / В.П. Черних, В.В. Шаповалов (мол.) // Український вісник психоневрології. – 2007. – Т. 15, Вип. 1 (50). – С.32-34.
10. Miehl F. Security Planning for the Pharmaceutical Industry / F.Miehl. - 2011. – August 11 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.securityinfowatch.com/article/10517916/security-planning-for-the-pharmaceutical-industry>.
11. Руководство по разработке стратегий обеспечения качества и безопасности с позиции систем здравоохранения /Дж. Овретвайт, Т.Кляцинга и др.; предисловие В.Ханер, Европейское региональное бюро ВОЗ. – Всемирная организация здравоохранения, 2008. – 86 с.
12. “Pharmaceutical security” must be pursued in Australia PharmacoEconomics & Outcomes News Weekly/ - 1998. – September. Volume 181, Issue 1. - P. 5 [Електронний

ресурс]. – Режим доступу: <http://link.springer.com/article/10.1007%2F03277770>.

13. Creating a business case for security in the pharmaceutical sector / Report prep. by: J. Glover consulting, inc. – 2006. - 27 p. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.simm.org.sg/scsp/res/CreateABizCaseForSecurityInThePharmaceuticalSector.pdf>.

14. Pharmaceutical Security, Compounding Reform Bill Could Soon Become Law / By Alexander Gaffney, RF News Editor [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.raps.org/focus-online/news/news-article-view/article/4302/pharmaceutical-security-compounding-reform-bill-could-soon-become-law.aspx>.

15. Pharmaceutical Security Institute/ Official site [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.psi-inc.org/index.cfm>

16. Pharmaceutical Security Council [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.asionline.org/councils/PHARMC.xml>.

17. Pharmaceutical Distribution Security Alliance (PDSA) / Davison M. Pharmaceutical Anti-Counterfeiting. Combating the Real Danger from Fake Drugs / Mark Davison. – Verlag: Wiley & Sons, 2011. – 288 p.

18. The Pharmaceutical Cargo Security Coalition [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.pcscpharma.com/>

19. Практика совместных российско-американских проектов «Рациональный фармацевтический менеджмент Рязанской области» и «Фармацевтическая безопасность»// Рязанский Государственный Медицинский университет имени академика И.П.Павлова [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [http://www.rzgmu.ru/faculties/faculty\\_pharm/](http://www.rzgmu.ru/faculties/faculty_pharm/)

20. Белоруссия: разрабатывается государственная программа фармацевтической безопасности [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://you-zdorovie.ru/medicina/belorussija-razrabatyvaetsja-gosudarstvennaja.html>

21. Safety of Medicinal Products in Ukraine: Assessment of the Pharmacovigilance System and its Performance / Lebega O., J. Nwokike, and H. Walkowiak.// Submitted to the U.S. Agency for International Development by the Strengthening Pharmaceutical Systems (SPS) Program. Arlington, VA: Management Sciences for Health. Kyiv, 2012. – 123 p.

22. Проблема безпеки лікарських засобів в Україні / О.В. Стефанов, чл.-кор. АМН України, О.П. Вікторов, д.м.н., В.І. Мальцев д.м.н., Л.І. Ковтун, І.О. Логвіна [http://www.medved.kiev.ua/arhiv\\_mg/st\\_2002/02\\_3\\_1.htm](http://www.medved.kiev.ua/arhiv_mg/st_2002/02_3_1.htm)

23. Косяченко К.Л. Методологія визначення соціальної безпеки фармацевтичного забезпечення населення та її оцінка по регіонах України / К.Л.Косяченко // Вісник фармації. – 2012. - 1(69). – С.14-20.

24. Про рішення Ради національної безпеки і оборони України від 25 травня 2012 року «Про забезпечення населення якісними та доступними лікарськими засобами»: Указ Президента України № 526/2012 / Офіційний веб-

сайт Президента України [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.president.gov.ua/documents/15016.html>

25. Пазізіна К.В. Імпортозаміщення в системі забезпечення економічних інтересів України / Пазізіна К.В., Пазізіна С.М. // Сталий розвиток економіки: Міжнародний науково-виробничий журнал. – 2013. - № 3. – С. 42-45.

26. Прес-конференція на тему: "Безпека пацієнта – Безпека лікаря – Безпека держави"[Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://congress.medrada.org>.

27. Охорона здоров'я-2012: підсумки року / Устінов О.В. // «Український медичний часопис». – 2012, 28 грудня.

28. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2012 році: Статистичний збірник. – Київ: Державна служба статистики України. – 2013 рік. – 149 с.

29. Петренко О. Безкоштовно-платна медицина. Якою вона є насправді? / О. Петренко / недержавна універсальна клініка “Оберіг” (Київ) [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.oberigclinic.com](http://www.oberigclinic.com).

30. Кодрубайло Ю. Аптечный рынок Украины по итогам 2013 г.: Helicopter View / Юлия Кодрубайло// Аптека. – № 926 (5). – 2014, 03 лютого.

31. Устінов О.В. Актуальні проблеми здоров'я та охорони здоров'я у III тисячолітті / О.В.Устінов // Український медичний часопис. – 2013. – № 3 (95) V/VI. – С.15-20.

32. Шкатов О. Реклама замінила українцям лікарів /О. Шкатов // Коментарі. – 2013, 04 лютого.

33. Чумак В.Т. Доступність лікарських засобів в Україні / В.Т. Чумак // Рациональная фармакотерапия. – 2008. - № 3. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://rpht.com.ua/article/114.html>.

**Резюме.** Определена дефиниция и теоретико-методологические основы формирования фармацевтической безопасности в системе национальной безопасности государства. Обоснована необходимость формирования системы фармацевтической безопасности государства. Предложены концептуальные подходы к формированию государственной политики обеспечения фармацевтической безопасности Украины.

**Ключевые слова:** фармацевтическая безопасность, лекарственные средства, фармацевтическая продукция, угрозы, Концепция фармацевтической безопасности Украины.

**Summary.** Definition and theoretical and methodological basis of pharmaceutical security formation in the state national security context are outlined. The necessity of pharmaceutical security formation is grounded. The conceptual approaches to public policy of pharmaceutical security of Ukraine are proposed.

**Keywords:** pharmaceutical security, medicines, pharmaceutical products, threats, the Concept of pharmaceutical security of Ukraine.

УДК 615.12:36.07:314.93:613.83:174

**СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ПРАВОВОЇ ТА  
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ СТАЦІОНАРНИХ ТА АМБУЛАТОРНИХ  
ПАЦІЄНТІВ**

*Кричковська А.М., Комар В.С., Стасевич М.В., Кушнір Н.В., Паращин Ж.Д.,  
Лобур І.П.,<sup>1</sup> Соловійов О.С., Новіков В.П.*

*Національний університет «Львівська політехніка»,  
м. Львів, Україна*

*<sup>1</sup>Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,  
м. Київ, Україна*

**Резюме.** Розглянуті основні соціально-психологічні проблеми, з якими стикаються стаціонарні та амбулаторні пацієнти при встановленні діагнозу та наданні фармацевтичної опіки.

**Ключові слова:** стаціонарні та амбулаторні пацієнти, фармацевтична опіка, клінічний провізор, система обов'язкового медичного страхування

**Вступ.** Проведені рядом провідних науковців дослідження та отримані результати щодо оптимізації фармацевтичної складової охорони здоров'я (ОЗ) та можливості створення системи обов'язкового медичного страхування (ОМС)

в Україні [1-8] у сучасних економічних та політично-правових реаліях сьогодення, на жаль, зведено нанівець. Однак, стан в якому зараз перебуває ОЗ України в цілому та, зокрема, фармацевтична складова цієї системи вимагають негайних кроків як від центральної влади, так і від керівників органів управління системи ОЗ.

**Основна частина.** Слід зауважити, що проблеми, які будуть окреслені авторами в даній публікації менше стосуються відомчих та спеціалізованих лікувально-поліклінічних установ, а більш притаманні районним, міським та обласним закладам охорони здоров'я України (ЗОЗ).

В першу чергу, що вимагає негайної правової оцінки та втручання – це проблема незабезпеченості конституційних гарантій [9] населення щодо безоплатного лікарського забезпечення в державних і комунальних ЗОЗ через відсутність необхідних коштів на закупівлю лікарських засобів (ЛЗ) і виробів медичного призначення (ВМП) для потреб стаціонарних хворих [10]. Особливо вражає ситуація, коли у реанімаційних відділеннях ЗОЗ чергують родичі пацієнтів, яким вручаються списки ліків, які необхідно придбати негайно у аптечних пунктах, що знаходяться на території ЗОЗ. Більша половина з придбаних ліків повертається пацієнтам при переведенні в інші відділення, де ситуація з призначенням ліків повторюється. Однак, кошти призначені на закупівлю ЛЗ та ВМП в кожному окремому ЗОЗ виділяються з бюджету та не можуть витратитись на інші цілі. Саме тому є незрозумілим, яким чином у державних та комунальних ЗОЗ пропонується пацієнтам стаціонарних відділень самостійно купувати до 100% ЛЗ та ВМП.

Друга соціально-психологічна проблема, яка вимагає вирішення, це намагання при будь-якому зверненні пацієнта до дільничного лікаря призначити якомога більше аналізів, частина яких не може бути проведена у державних ЗОЗ, а лише у приватних платних лабораторіях таких як «Інтерсоно», «Синево», «Медікор», «Біокурс» та інших. При цьому достовірність таких аналізів як у державних, так і у приватних лабораторіях не завжди відповідає реальному стану пацієнта [11]. Зазвичай такі додаткові

аналізи призводять до поліпрагмазії та виливаються у необхідність придбання амбулаторним пацієнтом великої кількості ліків, що призводить до нераціональної (надмірної) фармакотерапії.

Третя соціально-психологічна проблема, яка стосується лікарів, пацієнтів та аптечних працівників пов'язана з новим терміном «письмові лікарські призначення ліків» [12], що застосовується практично, однак не має правового підґрунтя. Дане словосполучення «письмові лікарські призначення ліків» мимохіть піднімає проблему невиконання Наказу МОЗ України за № 360 від 19.07.2005 року та, відповідно, такого тотального явища в сучасній медицині, як не виписування рецептів лікарями на офіційних бланках та уникнення таким чином відповідальності за призначення ліків. При такій ситуації, відповідно, формується негативне ставлення населення саме до провізорського фаху.

Одним з кроків для вирішення цих проблем є обов'язкове введення в штат ЗОЗ посади клінічного провізора, який би у комплексній співпраці з лікарем міг забезпечити найбільш раціональну фармакотерапію для кожного пацієнта. Належне функціонування системи ОМС можливе за умови вирішення проблеми кадрового забезпечення. Клінічний провізор несе відповідальність перед конкретним пацієнтом за рекомендації, консультації, ефективність і безпеку лікування. Водночас фармакоекономічна оцінка ЛЗ забезпечує політику економічної доступності фармакотерапії, як для хворого, так і для суспільства, на основі знання організації лікарського забезпечення, економічної діяльності аптечного закладу. Знання і навички, що необхідні майбутньому клінічному провізору, прямо пов'язані зі зміною його ролі й обов'язків у системі медичної допомоги та лікарського забезпечення населення.

За рівнем компетентності, набутих знань і навичок клінічні провізори є найпридатнішими для роботи на посадах провізора-інспектора та провізора-експерта у структурі ОМС [6]. Враховуючи зазначене, нами було опрацьовано проект класифікаційних характеристик запропонованих професій провізора-експерта та провізора-інспектора, було визначено завдання та обов'язки, а



також сформульовано кваліфікаційні вимоги до фахівців, які будуть обіймати зазначені посади в системі ОМС.

**Висновки.** Зазначені авторами соціально-психологічні аспекти неправомірної медичної практики у ЗОЗ виникають у першу чергу внаслідок недотримання протоколів лікування, затверджених МОЗ України. А також, на нашу думку, пов'язані з відсутністю внутрішнього контролю за правомірним та раціональним призначенням ліків, що покликані здійснювати клінічні провізори ЗОЗ. Однак, правові підстави для обов'язкового введення посади клінічного провізора у ЗОЗ відсутні.

### Література

1. Громовик Б.П. Концептуальні питання фармацевтичної опіки / Б.П. Громовик, В.В. Пропіснова, І.А. Зупанець // Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. - 2009. - №1-2. - С.39-42.
2. Немченко, А.С. Методологія формування формулярів і страхових переліків лікарських засобів за умов реалізації принципів національної лікарської (фармацевтичної) політики / А.С. Немченко, Г.Л. Панфілова. - Фармацевтичний журнал. - 2008. - N 3. - С.16-22.
3. Немченко, А.С. Оцінка соціальних аспектів організації лікарського забезпечення населення згідно з міжнародними нормами та стандартами / А.С. Немченко, А.А. Котвіцька. - Фармацевтичний журнал. - 2007. - N5 - С.11-19.
4. Немченко, Алла Семеновна. Основные направления совершенствования ценообразования и организационно-экономической деятельности торгово-производственных структур фармацевтического рынка [Текст] : автореферат диссертации ... д-ра фармацевт. наук: 15.00.01 / Алла Семеновна Немченко; Харьк. гос. фармацевт. ин-т. - Харьков, 1992. - 45 с.
5. Котвіцька Алла Анатоліївна. Методологія соціально-ефективної організації фармацевтичного забезпечення населення : Дис... д-ра наук: 15.00.01 - 2008.
6. Кричківська, Аеліта Миронівна. Науково-методичні підходи до формування фармацевтичної складової медичного страхування: автореф. дис ... канд. фарм. наук / А. М. Кричківська . – К. : Б.в., 2008 . – 25 с.
7. Кричківська, А.М. Економіка охорони здоров'я та фармакоеконіміка: розрахунок рівня ставки оподаткування при обов'язковому медичному

- страхуванні / А.М. Кричковська, А.І. Хоменко, В.П. Новіков. - Фармацевтичний журнал – 2008 - № 3 - С.23-29.
8. Хоменко, Віктор Миколайович. Теоретичне обґрунтування та реалізація сучасних принципів державного управління фармацією : Дис... д-ра наук: 15.00.01 - 2008.
  9. Конституція України: Закон від 28.06.1996 № 254к/96-ВР. Стаття 49 «Кожен має право на охорону здоров'я, медичну допомогу та медичне страхування»
  10. Кричковська А.М. / Аналіз проблем лікарського обслуговування стаціонарних хворих / А.М. Кричковська, Б.П. Громовик, О.М. Ушкалова, М.В. Стасевич, В.Г. Червцова, Л.Р. Журахівська, В.П. Новіков // Матеріали 4-ої науково-практичної конференції з міжнародною участю “Науково-технічний прогрес і оптимізація технологічних процесів створення лікарських препаратів”, Тернопіль, 29-30 вересня 2011 року, С. 158.
  11. Електронний ресурс. – Режим доступу: <http://lvivexpres.com/digest/2013/07/24/49394-zdorovu-divchynku-led-nenashpyguvaly-antybiotykamy-dorogomu-medcentri>
  12. Борецька, Ольга Богданівна. Організаційно-методичні засади створення та діяльності клініко-фармацевтичної служби в аптечних закладах України : автореферат дис. ... канд. фармац. наук : 15.00.01 / О. Б. Борецька ; Львів. нац. мед. ун-т ім. Данила Галицького. - Львів : [б. и.], 2013. - 24 с.

**Резюме.** Рассмотрены основные социально-психологические проблемы, с которыми сталкиваются стационарные и амбулаторные пациенты при установлении диагноза и оказании фармацевтической опеки.

**Ключевые слова:** стационарные и амбулаторные пациенты, фармацевтическая опека, клинический провизор, система обязательного медицинского страхования.

**Summary.** The basic social and psychological problems faced by stationary and ambulatory patients at diagnosis and the provision of pharmaceutical care are present.

**Key words:** stationary and ambulatory patients, pharmaceutical care, clinical pharmacist, medical insurance system.

УДК: 615.225.2:339.138

## РЕАЛІЗАЦІЯ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНИХ ПРЕПАРАТІВ В АПТЕЦІ

*Попович В.П., Негода Т.С.*

*Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,*

*м. Київ, Україна*

**Резюме.** Проведено визначення особливості споживання препаратів для лікування гіпертензії в аптеках м. Києва протягом року за результатами інтегрованого аналізу. Досліджений асортимент антигіпертензивних препаратів у 100 аптеках м. Києва у порівнянні з фармацевтичним ринком України у 2012 році; проведено визначення антигіпертензивних препаратів, які користувались високим попитом у населення в аптеках у 2012 році, доцільності їх придбання відвідувачами аптеки та місце в структурі доходів аптек за результатами ABC/VEN/частотного аналізів.

**Ключові слова:** антигіпертензивні препарати, ABC/VEN аналіз.

### **Вступ**

Антигіпертензивні препарати (АГП) належать до категорії найбільш вживаних на фармацевтичному ринку України. Це пов'язано зі значною поширеністю артеріальної гіпертензії (АГ) в багатьох країнах світу, в тому числі і в Україні. Згідно з даними офіційної статистики, в Україні зареєстровано понад 12 млн пацієнтів з підвищеним артеріальним тиском [3], у європейських країнах та США такі хворі становлять близько 36 % населення [12]. Хворі на АГ часто змушені постійно приймати АГП, тому результат лікування залежить не тільки від можливостей сучасної діагностики, професіоналізму лікарів, але й від наявності необхідного асортименту АГП, їх вартості, фінансової спроможності платників.

### **Основна частина**

Дослідження було проведено ретроспективно в 100 комерційних аптеках м. Києва (щоденна кількість відвідувачів – 400-500). Аналіз представлено в

ній асортименту АГП у 2012 році проводили за допомогою відповідної документації аптек. Для оцінки асортименту АГП на вітчизняному фармацевтичному ринку використовували дані інформаційної системи «Лікарські засоби» компанії «Моріон» (за станом на грудень 2012 рік) [6].

Згідно з рекомендаціями Української асоціації кардіологів щодо профілактики та лікування АГ [12], для зниження рівня артеріального тиску та смертності від серцево-судинних захворювань слід використовувати АГП таких груп:

1. Перша лінія терапії – діуретики,  $\beta$ -адреноблокатори, інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту (АПФ), антагоністи кальцію тривалої дії, антагоністи рецепторів ангіотензину II.

2. Друга лінія терапії –  $\alpha_1$ -адреноблокатори, алкалоїди раувольфії, центральні  $\alpha_2$ -агоністи (клонідин, гуанфацин, метилдопа), агоністи імідазолінових рецепторів (моксонідин).

У значній кількості випадків рекомендується проведення комбінованої антигіпертензивної терапії за допомогою комбінацій монопрепаратів або через призначення препаратів з фіксованою комбінацією антигіпертензивних засобів [12].

В аптеках, як і на фармацевтичному ринку України, протягом року були наявні лікарські препарати всіх вищезазначених груп, в тому числі і комбіновані АГП. Слід відзначити і наявність представника нових лікарських препаратів для лікування АГ [1] – інгібіторів реніну – аліскірену.

Антигіпертензивні препарати протягом року були представлені в аптеках в достатньо широкому асортименті, переважно препаратами іноземного виробництва – 175 ТН, 43 МНН. В цілому, в аптеках була представлена майже половина МНН – 56,58% та 1/4 частина ТН -28,78% від загальної кількості АГП на фармацевтичному ринку України. Більшість АГП в аптеках – монопрепарати першої лінії терапії АГ та комбіновані антигіпертензивні засоби, до складу яких вони входять. Це збігається з ситуацією на фармацевтичному ринку України в досліджуваний період і вказує на можливість вибору АГП відповідно до

сучасних підходів до лікування АГ [12]. Кількість препаратів другої лінії терапії достатньо обмежена як в аптеці – 7,4 %, так і в Україні в цілому - 6,9 %. Це можна пояснити тим, що останнім часом лікарі значно менше призначають їх пацієнтам через відсутність достатньої кількості доказів ефективного зниження ризику серцево-судинних захворювань у порівнянні з препаратами першої лінії терапії АГ [7, 12].

Оцінку споживання АГП в аптеках протягом року проводили ретроспективно за допомогою зіставлення результатів ABC-, VEN- та частотного аналізів (інтегрований аналіз) їх продажу у 2012 році.

Частотний аналіз використовується для ранжування лікарських препаратів за частотою продажу: від тих, що найчастіше продаються, до тих, що найменшою мірою реалізуються в аптеці. Такий підхід дає змогу визначити препарати, які мають найбільший попит у населення [8, 9].

В умовах аптек найбільш зручним є проведення формального VEN-аналізу: визначення наявності лікарського препарату в нормативних документах, що регулюють лікарське забезпечення. За такого підходу лікарські препарати розподіляють тільки на дві групи: V (за їх наявності в обраному для дослідження нормативному документі) та N (за їх відсутності в ньому). В досліджуваних аптеках було проведено формальний VEN-аналіз АГП, які були наявні в асортименті аптек у 2012 році, за допомогою Державного формуляру України (друге видання – за 2010 рік) [4, 5, 11]. За результатами проведеного частотного аналізу протягом року в аптеках високим попитом у населення користувались одні і ті ж АГП, тільки вони відрізнялись за рейтингом. На частку цих препаратів припало 21,41% від усіх проданих упаковок АГП в аптеках - 19,67%. Серед них безумовним лідером за кількістю реалізованих упаковок протягом двох років був інгібітор АПФ Еналаприл (табл. 5 мг № 20, ТОВ «Озон»), який мав одну із найнижчих цін за упаковку серед всіх АГП з аптечного асортименту – 3,56 грн.

Тільки два препарати серед препаратів-лідерів були іноземного виробництва, інші – це вітчизняні препарати. Вони мали відносно невисоку

вартість упаковки – до 10,00 грн. Отже, можна стверджувати, що ціновий фактор часто був вирішальним під час вибору АГП відвідувачами аптек.

Серед АГП, які найчастіше купували пацієнти в аптеках, є препарати першої та другої лінії терапії, а також комбінований АГП. Привертає увагу той факт, що всі препарати першої лінії терапії АГ – представники інгібіторів АПФ (3 ТН еналаприлу та 1 ТН каптоприлу). До того ж комбінований АГП Каптопрес-Д також містить інгібітор АПФ каптоприл. Препарати цієї групи добре зарекомендували себе в клінічній практиці, їх можна застосовувати на будь-якій стадії АГ, вони поліпшують якість життя хворих та прогноз захворювання [7], а комбінація «інгібітор АПФ + тiazидний діуретик» (серед препаратів-лідерів – препарат Каптопрес-Д) визнана однією з найбільш ефективних та доцільних під час призначення комбінованої антигіпертензивної терапії [2, 12]. Тому лікарі часто призначають пацієнтам з АГ препарати цієї фармакологічної групи. Проте високий попит на них серед відвідувачів аптек скоріше за все пов'язаний з їх низькою ціною.

Серед інших препаратів першої лінії терапії АГ достатньо часто реалізовувались також антагоністи кальцію тривалої дії та діуретики. Препарати  $\beta$ -адреноблокаторів та антагоністів рецепторів ангіотензину II посідали переважно середні та останні місця у частотному рейтингу. Більшість комбінованих АГП, до складу яких входять препарати першої лінії терапії АГ, користувались помірним попитом серед населення.

Високу частоту продажу зафіксовано і для препаратів другої лінії терапії, які віддавна використовуються в терапії АГ і на сьогодні не є пріоритетними в терапії захворювання. Проте велика кількість реалізованих упаковок центрального  $\alpha_2$ -агоніста Клофеліну та алкалоїда раувольфії Раунатину вказує на те, що вони залишаються популярними серед населення. Особливо привертає увагу високий попит на два ТН клонідину (Клофелін-Дарниця та Клофелін-Здоров'я) з однаковою дозою, але різною кількістю таблеток в упаковці. За досліджуваний період на їх частку припало 4,78% від всіх проданих упаковок АГП в аптеці у зазначені періоди.

Яке місце посіли розглянуті препарати-лідери за частотою реалізованих упаковок у структурі доходів аптек від продажу АГП? За результатами АВС-аналізу, у 2012 році більшість препаратів-лідерів за частотою продажу були у групі А (окрім препарату Клофелін-Здоров'я). Частота продажу препаратів-лідерів (ТОП-5), які давали найбільшу виручку аптекам (група А), знаходилась у діапазоні від 0,25 до 0,91 %. Більшість із них – одні й ті ж препарати першої лінії терапії:  $\beta$ -адреноблокатори – Таллітон (табл. 25 мг № 28) та Небілет (табл. 5 мг № 28); інгібітор АПФ Престаріум (табл. 8 мг № 30). Протягом року серед препаратів-лідерів за продажем у грошових одиницях був також новий АГП – інгібітор реніну Расілез (табл. 300 мг № 28). Всі препарати з ТОП-5 – іноземного виробництва, із середньою та високою вартістю упаковки (від 92,25 до 350,00 грн). І саме вартість упаковки забезпечила їм провідне місце в структурі доходів аптек від продажу АГП і низький попит серед населення. Слід відзначити, що серед ТОП-5 лідерами за продажем у гривнях протягом двох років були інгібітор АПФ Престаріум («Servier», табл. 8 мг № 30) та інгібітор реніну Расілез («Novartis Pharma», табл. 300 мг № 28). Перший з них має найвищу вартість упаковки серед інгібіторів АПФ, представлених в аптеках (97,70 грн); другий – препарат з найвищою вартістю упаковки серед АГП з асортименту аптеки (350,00 грн). Тому високий прибуток, який отримують аптеки від продажу цих препаратів, імовірно, пов'язаний з активною роботою медичних представників фармацевтичних фірм. До того ж інгібітор реніну Расілез належить до нових АГП, які не так давно з'явилися на українському фармацевтичному ринку. Інші АГП з високою вартістю упаковки також мали низький рівень споживання серед населення.

Придбання більшості АГП пацієнтами в аптеках було доцільним та необхідним для терапії АГ, оскільки у 2012 році 94 % ТН АГП з асортименту аптеки були наявні в Державному формулярі України (тобто мали індекс «V» за результатами VEN-аналізу). До них належать і всі препарати, які приносили аптекам найбільший прибуток, а також ті, що користувались високим попитом у населення.

## **Висновки**

Найчастіше в аптеках реалізовувались переважно вітчизняні генеричні АГП з низькою вартістю упаковки. Проте вони можуть відрізнитись від оригінальних препаратів за клінічною ефективністю, що може суттєво вплинути на результат лікування. З метою забезпечення раціональної фармакотерапії АГ і враховуючи, що в асортименті аптеки наявна тільки частина ТН АГП, представлених на фармацевтичному ринку України, доцільною є оптимізація асортименту АГП у цій аптеці на основі результатів АВС, VEN- та частотного аналізів.

## **Література:**

1. Алискирен в лечении артериальной гипертензии у пациентов с ожирением // Здоров'я України. – 2011. – № 8 (261). – С. 21.
2. Артериальная гипертензия // Врачебный меридиан (научно-популярное приложение к журналу «Лекарь»). – 2008. – № 1. – С. 1-25.
3. Артериальная гипертензия: новые подходы к лечению // Еженедельник АПТЕКА. – 2010. – № 22 (743). – С. 10.
4. Державний формуляр лікарських засобів (другий випуск, 2010 р.) [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.pharma-center.kiev.ua/view/formylar/>.
5. Державний формуляр лікарських засобів / МОЗ України, Держ. Фармакол. Центр; за ред. В.Т. Чумака. – К.: МОРІОН. – 2009. – Вип. 1. – 1160 с.
6. Довідниково-пошукова система «Лікарські засоби» компанії «Моріон» (електронна версія, вересень 2009 року та вересень 2010 року).
7. Киричек Л.Т. Новые подходы к традиционной антигипертензивной терапии // Мистецтво лікування. – 2006. – № 9 (35). – [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://m-1.com.ua/?aid=933>
8. Клинико-экономический анализ / [Воробьев П.А., Авксентьева М.В., Борисенко О.В. и др.]; под ред. П.А. Воробьева. – [3-е изд.]. – М.: Ньюдиамед, 2008. – 778 с.
9. Методика створення формулярів лікарських засобів (Наказ № 529 МОЗ України від 22.07.2009 р. [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.pharma-center.kiev.ua>.
10. Наказ МОЗ України № 1081 від 06.12.2010 р. «Про затвердження Переліку лікарських засобів, дозволених до застосування в Україні, які відпускаються без



рецептів з аптек та їх структурних підрозділів» (нормативно-правовая інформація) // Еженедельник АПТЕКА. – 2011. – № 2 (773). – С. 1-102.

11. Положення про Державний формуляр лікарських засобів [Електронний ресурс]. – Режим доступу до сайту: <http://www.pharma-center.kiev.ua>.

12. Рекомендації Української асоціації кардіологів з профілактики та лікування артеріальної гіпертензії: посібник до Національної програми профілактики і лікування артеріальної гіпертензії. – Четверте видання, виправлене і доповнене. – К., 2008. – 55 с.

**Резюме.** Проведено определение особенностей использования препаратов для лечения гипертензии в аптеках г. Киева на протяжении года за результатами интегрированного анализа. Исследованный ассортимент антигипертензивных препаратов в 100 аптеках г. Киева в сравнении с фармацевтическим рынком Украины в 2012 году; проведено определение антигипертензивных препаратов, которые имели высокий спрос у населения, рациональности их приобретения посетителями аптек и место в структуре доходов аптек за результатами ABC/VEN/частотного анализов.

**Ключевые слова:** антигипертензивные препараты, ABC/VEN анализ.

**Summary.** Conducted to determine the characteristics of using drugs to treat hypertension in pharmacies in Kiev during the year the results of the integrated analysis. Investigated range of antihypertensive drugs in 100 pharmacies in Kiev compared to the pharmaceutical market of Ukraine in 2012, held the definition of antihypertensive drugs that have a high demand among the population, the rationality of their acquisition visitors in pharmacies and drugstores income structure results from the ABC / VEN / frequency assays.

**Key words:** antihypertensions drugs, ABC / VEN analysis.

УДК: 614.1

## ІСТОРІЯ ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЛІКАРНЯНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

*Ігнашук О.В.*

*Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова,  
м. Вінниця, Україна*

**Резюме.** У статті викладені основні витоки формування організованих форм надання медичної допомоги населенню, та становлення управління в медичній галузі як науки, від прадавніх часів до сучасного етапу. Визначені основні фактори, що сприяли впровадженню основ менеджменту в систему організації охорони здоров'я в наш час та обґрунтоване значення наукового підходу не тільки до керівництва галузі на держаному рівні, а також впровадженню наукового підходу в регулюванні діяльності кожного медичного закладу.

**Ключові слова:** лікарня, менеджмент, управління, організації охорони здоров'я, історія медицини, Стародавній світ, середньовіччя, Новий час.

Вступ. Організація медичної допомоги - це складна система, яка складається не тільки з лікарів та медичних сестер, що безпосередньо працюють з пацієнтами, надаючи медичну допомогу, - це ціла низка спеціалістів та організацій, що забезпечують функціонування системи в цілому - від законодавства, до функціонування клінік та лікарень. Представники законодавчих органів, регіональних та місцевих органів управління охороною здоров'я, керівники лікарень всіх рівнів - це ті спеціалісти, які відіграють ключову роль в організації охорони здоров'я населенню. Створення оточення в якому лікарі, середній та допоміжний медичний персонал може ефективно виконувати свої обов'язки, надаючи медичну допомогу, яке потребує населення - ось основна задача керівників системи охорони здоров'я. В умовах ринкової економіки, та швидкому розвитку приватної медицини організатора медичної допомоги забезпечують фінансову сторону охорони здоров'я, та виконання глобальних цілей галузі в цілому - покращення здоров'я населення.

Становлення медицини, як науки своїми коріннями сягає ще в прадавні часи. Історія прослідковує кроки в наданні допомоги хворим від елементарних методів догляду, до створення потужних лікарняних комплексів з високотехнологічною допомогою. Однак, саме впровадження ефективних методів організації медичної допомоги та наукових підходів до управління є тим підґрунтям, що виводить поняття якості медичної допомоги на новий, більш досконалий рівень.

Метою нашого дослідження було провести літературний пошук, та прослідкувати етапи розвитку організованих форм медичної допомоги та впровадження в охорону здоров'я менеджменту, як науки.

Результати дослідження. Становлення організованих форм медичної допомоги розпочалось, ще в Стародавньому світі, з зародження перших лікарень. Тривалий час прослідковується зв'язок з релігійним поглядами та наданням медичної допомоги населенню. Побудова релігійних установ на честь богів медицини, що були представлені в пантеоні богів політеїстичних релігій рабовласницьких країн, які виконували в тому числі функцію лікування хворих, стало першим етапом у виникненні лікарень. Не дивлячись, що одними з компонентів такого релігійного напрямку у розвитку медицини були ритуали, жертвоприношення і трактування снів, стародавні лікарі вміли обробляти рани, вправляти переломи та використовували раціональні засоби в лікуванні хворих.

Історичні дані, щодо того де була заснована перша лікарня досить суперечливі. Одні дані свідчать, що це було в Месопотамії, інші дослідження стверджують, що в Індії та Шрі Ланці в буддистських монастирях. Найяскравішим прикладом організації лікувального закладу при храмі є асклепійон в Стародавній Греції, - храм збудований на честь бога медицини Асклепія, де були спеціальні приміщення, у вигляді великих кімнат, в яких пацієнти проводили ніч (наприклад, асклепійон в Афінах, 5 століття до н.е.) [11]. Проте, більшість хворих отримували медичну допомогу на дому, і світські лікарі тільки відвідували пацієнтів призначаючи лікування. Римська імперія,

успадкувавши здобутки Стародавньої Греції, забезпечила наступний етап у становленні лікарняної допомоги - з організацією перших військових шпиталів (навіть слово шпиталь, англ. hospital, має латинське походження) - валентудинаріїв [3, 11]. В структуру валентудинаріїв входили кімнати для пацієнтів, що по суті були лікарняними палатами, та виглядали як кімнати з трьома ліжками. Схожі приміщення були при установах для гладіаторів. Проте, не зважаючи на гарно продуману, на той час, структуру установи, для цивільних мешканців такий вид медичної допомоги був не досяжний і лікарі надавали свої послуги на дому, після виклику пацієнтами. В цей же час в Стародавньому Римі з'являються посади міських лікарів - архіатрів, що запрошувались на посади міською владою. Такі лікарі об'єднувались в колегії, виконання ними обов'язків строго контролювалось. Слід відмітити, що архіатри вже на той час поділялись по ієрархічній сходинці - архіатри, що служили при дворі імператора (*archiatri palatini*), в провінціях (*archiatri provinciales*) та в містах (*archiatri populares*) [11].

З зародженням Християнства починається наступний етап розвитку організованих форм медичної допомоги. На засадах милосердя та любові до ближнього засновані основні етико-моральні принципи організації у Візантійській імперії та інших країнах у Середньовіччі притулків для знедолених, хворих, калік та мандрівників. Таким чином були засновані перші лікарні. Першим Вселенським Собором було встановлено, що такі установи повинні бути присутні при кожному соборі. Медичну допомогу в таких притулках надавали монахи, служителі релігії, і вона полягала в більшості в догляді, годуванні, турботі та гостинності. Такі форми допомоги швидко розвивались, з заснуванням великої кількості монастирських орденів в християнстві. В таких установах вперше з'являються посади адміністратора лікувального закладу. Цю функцію виконували так звані "відповідальні за палати" (англ. warden), що існували при шпиталі Святої Марії в Англії в 1390 р. Серед обов'язків цих осіб було не тільки вислуховувати скарги хворих, але і сповідувати усіх перед поступленням [11, 14, 16].

Серед особливостей середньовічних лікарень-притулків на території Європи була їх спеціалізація, та сортування пацієнтів. Окремі ізольовані приміщення були для хворих на проказу, для сиріт, для осіб похилого віку, тощо [4, 6, 11]. З заснуванням великої кількості монастирських орденів притулки стали суто вузькоспеціалізовані. І тут не можна не згадати притулки для прокажених при ордені Святого Лазаря. Конструкція притулків також характеризувалась певними особливостями, так палати та ліжка розміщували таким чином, щоб пацієнти могли бачити віттар, що повинно було прискорювати їх одужання та покращувати самопочуття. Іноді такі притулки проектувались у формі хреста, в центрі яких був віттар, що в майбутньому успадковувалось при створенні проектів лікарень, де в центрі відділення знаходиться сестринський пост [4].

Серед особливого виду установ, що були покликані надавати медичну допомогу населенню в середньовіччі з'являються так звані "ксенони" - це були готелі для мандрівників, яким потрібна була медична допомога [11].

Слід зазначити, що монастирські притулки-шпиталі також активно розвивались на території нашої держави після хрещення Русі князем Володимиром. Перші такі заклади заснували в Києво-Печерському монастирі в Києві (пізніше в Лаврі), і історія зберігала імені видатних монахів цілителів, що поєднували в своїй лікувальній практиці не тільки релігійні методи, а й раціональні засоби (наприклад, Агапіт Печерський, Даміан-цілитель, Аліпій Іконописець) [3].

Не зважаючи на цілу мережу християнських притулків пересічним громадянам медичну допомогу світські лікарі продовжували надавати на дому. Наступним етапом розвитку організованої медичної допомоги стає вдосконалення лікарень, покращення медичної допомоги, що надавалась спеціалістами у лікарнях та впровадження нових підходів щодо управління лікувальними закладами.

Гарним прикладом заснування світських лікувальних закладів, що не залежали від релігійних установ були бімарістани (від "бімар" - хворий,

"стан" - місце) - Середньовічні лікарні в Арабських халіфатах. Історичні дані свідчать, що вперше така лікарня була заснована в 705-715 рр. Перша лікарня в Багдаді була заснована в 800 році, лікарем Джібраїл ібн Бахти-ши з Вірменії, який також обіймав посаду головуючого над усіма лікарями міста [3, 9]. Поява такої посади - це наступний етап у виникненні керівних посад в охороні здоров'я. Серед видів лікарень, що існували на то час на Близькому Сході були лікарні, що були засновані та фінансувались халіфами для надання медичної допомоги усьому населенню, невеличкі лікарні засновані лікарями, чи представниками релігії, та військові шпиталі, що супроводжували армії у військових походах [9].

Перші кваліфіковані лікарні у Європі з'являються в XII-XIII століттях, і серед яскравих прикладів таких установ - лицарська лікарня св. Іоанна "Ієрусалимського ордена госпітальєрів" (1099) на 2000 пацієнтів, з вузькоспеціалізованими відділеннями (наприклад, відділення для лікування очних хвороб); лікарня Святого Духа в Монпельє, Франція (1145 року); дитяча лікарня-притулок в Марселі на 600 пацієнтів (1180 року); лікарня Санта Марія Нуова, що заснована в 1288 році у Флоренції тощо [3, 5, 6, 15].

На початку XV століття в Англії вже існувало близько 200 лікарень притулків при монастирях і соціальна потреба в цих зростала. Проте з розпуском монастирів Генріхом VIII, розвиток шпитальної справи значно сповільнився [3, 6]. Висока необхідність в закладах охорони здоров'я змушують владу у XVIII столітті відкривати громадські лікарні, і першою серед них була лікарня відкрита французькими гугенотами у 1718 році. У 1719 році відкрита Вестмінстерська лікарня, у 1724 - лікарня Гая, у 1740 року - лікарня у Лондоні [5, 15].

Перший шпиталь у Північній Америці було відкрито у Мехіко в 1524 році іспанським конкістадором Енраном Кортесом, в Канаді (Квебек) у 1639 році. Першою лікарнею на території США після створення цієї держави - був шпиталь для солдат на острові Манхеттен, відкритий у 1663 році [12].

Розвиток керівних посад при лікарнях напряму пов'язані з розвитком медичної науки загалом. Протягом 18-19 століть кількість лікарень у

світі значно збільшується, проте вони залишаються закладами для бідних, безпритульних, важкохворих та вмираючих. Фінансово забезпечені люди надавали перевагу медичному догляду вдома, в колі родини, що могла ними опікуватись. В лікарнях залишався великий рівень антисанітарії. Все радикально змінюється з впровадженням в медицині антисептиків та анестезії. Зі зростанням рівня медичних знань значно зростає медичної допомоги у лікарнях. Про це свідчить також швидке збільшення їх кількості, наприклад, і США між 1875 і 1925 роками кількість лікарень збільшилась від 170 до 7000, а кількість лікарняних ліжок з 35000 до 860000 [12].

Обговорюючи покращення умов перебування в лікарнях - неможливо не згадати один з найяскравіших прикладів вдалого реформування лікарняної справи - це наукові праці та досягнення британської сестри - милосердя Флоренс Найтінгейл. Своїми рішучими діями вона перетворила робочі дома на справжні клініки, де доля нужденних була не страждати, очікуючи смерті, а отримувати медичну допомогу, справжній догляд та піклування. Зниження смертності з 42 до 2 %, введення системи освіти середнього та медичного персоналу, організація медичної допомоги пораненим на полі битви - це лише невеличкий перелік її визначних досягнень, що вчинили значний позитивний вплив на становлення ефективного адміністрування лікувальних закладів у майбутньому [11].

Перші кроки у організації керівництва медичною допомогою на державному рівні були зроблені у Московській державі. Тут був заснований спеціальний орган управління медичною справою - Аптекарський приказ (1620 року), що до середини XVII сторіччя перетворився на велику загальнодержавну установу. Функціями Аптекарського приказу було: керівництво аптеками, аптекарськими городами, організація збору лікарських рослин; створення медичної служби в армії; організація тимчасових шпиталів; запрошення на службу іноземних лікарів і спостереження за роботою лікарів, підготовка лікарів; переклад медичних книг на російську мову; оцінка стану здоров'я різних осіб, проведення заходів по боротьбі з епідеміями. Навіть у XVIII

столітті Росія залишалась єдиною державою з центральним органом керівництва медичною справою [3]. В 1721 році була створена Медична канцелярія, наступниця Аптекарського наказу, на чолі якої стояв архіатр. У 1763 році вона була переорганізована в Медичну колегію на чолі з президентом - не лікарем. В цей період в губерніях активно відкривають громадські лікарні, притулки, сиротинці, спеціалізовані медичні заклади. Це був лише початок розвитку лікарняної справи в Росії, який супроводжувався поганим матеріальним забезпеченням та оснащенням лікарень, малозабезпеченістю медичним персоналом, хоча з часом благодійні внески значно покращували становище окремих медичних закладів [3].

На початку ХІХ століття відбувається державна реформа у Росії, наслідуючи країни Західної Європи, проте вона не передбачала створення міністерств охорони здоров'я. І в цей час, Росія все ще залишається єдиною державою, де такі органи управління існують, хоча медичний департамент при цьому існував тільки в структурі Міністерства поліції [3].

Стан лікарняної справи став покращуватись тільки наприкінці ХІХ - початку ХХ століття з стрімким розвитком медицини, покращенням теоретичних знань та практичних навиків. Не дивлячись на науковий прогрес, в Росії зберігається брак лікарняної допомоги. До 1913 року в Росії існувало 208 тис. лікарняних ліжок (13 ліжок на 10000 населення), працювало 23 тис. лікарів (1,8 лікарня на 10000 мешканців) та приблизно 50 тис. середнього медичного персоналу. І основна кількість таких установ була зосереджена в містах. Для сільських жителів досяжною залишалась земська медицина, заснована ще в 60-х роках ХІХ століття. Вона пройшла 2 етапи розвитку - перший, так звана роз'їздна система, та наданням допомоги переважно фельдшерами, та другий - стаціонарна, коли лікар закріплювався в конкретному медичному закладі.

Можливість запровадження наукового підходу щодо організації роботи медичних закладів стало можливим після стрімкого розвитку менеджменту, як науки. Науковий підхід Фредерика Тейлора, адміністративна школа Анрі Фойля, зародження школи людських стосунків в працях Елтона



Мейо, та подільний розвиток наукової думки в теорії управління вивело керування організаціями на новий, якісно новий рівень [1, 2, 8]. І з початком 20 століття науковий підхід починає впроваджуватись в організацію роботи будь-якої установи, в тому числі в галузі медицини. І в цей час, центром розвитку наукових підходів управління медичними закладами переміщується на західноєвропейську країну та США [2].

В США з впровадженням адміністративних посад в лікарнях - з'являються супертенданти (виконроби), обов'язки яких в більшості приймали на себе медичні сестри, лікарі або представники духовенства. Вперше освіту адміністратора лікувального закладу можна було отримати у Мілуокі (Вісконсін), де у 1927 роки диплом отримали перші два випускники. Проте без бажаних отримати подібну освіту програма була закрита [2, 7]. У 1929 році Майкл Девіс опублікував свою працю "Керування лікарнями, кар'єра: потреба керівників для бізнесу з прибутками у мільйон доларів, як їх потрібно тренувати". В цій праці він пропонує серед предметів, що будуть вивчати майбутні адміністратори у лікарнях ввести облік, статистику, менеджмент, економіку, суспільні науки, історію лікарняної справи та медицини, з обмеженими практичними навичками. А другий рік запровадити практичні навички з курсом бізнесу, охорони здоров'я та трудових стосунків. Перша така сучасна програма управління системою охорони здоров'я була створена в 1934 році в Університеті Чикаго, тривала протягом двох років - року теоретичного навчання та року стажування. І лише 1958 році в Корнельському університеті запропонували повну дворічну систему навчання, що і на даний час є головною в отриманні професій керівника закладом охорони здоров'я в Північній Америці [8].

З широким впровадженням принципів ринкової економіки в сучасних умовах в систему навчання лікарів починають вводити новий предмет - менеджмент в системі охорони здоров'я, що покликаний збільшити інформованість майбутніх спеціалістів в цій галузі, щодо наукових підходів організації та управління медичними закладами.

Висновки: Проведене дослідження дозволило встановити, що вперше організовані форми надання медичної допомоги виникли ще в Стародавньому світі з зародженням перших лікарень. Поступове накопичення досвіду в організації лікувальних закладів відбувалось в епоху феодалізму з розвитком монастирської медицини. В Новий час починають розвиватись громадські медичні установи, розвивається їх структура та покращується якість медичної допомоги. Перші спроби управління медичною допомогою на державному рівні належать Росії. Проте науковий підхід до управління медичними установами став можливий лише на початку ХХ століття, з зародженням менеджменту, як науки.

### Література:

1. Кравченко А.И. История менеджмента : Учебное пособие для студентов вузов / А.И. Кравченко. — М.: Академический Проект, 2000. — 352 с. — (Gaudeamus)
2. Менеджмент в здравоохранении : учеб. пособие / под ред. М.М. Мухамбекова. – М. : РУДН, 2012. – 372 с.
3. Романюк В.П. История мировой и отечественной медицины: учебное пособие / В.П. Романюк, В.С. Лучкевич, И.Л. Самодова. – СПб.: СПбГМА им. И.И. Мечникова, 2010. – 160 с.
4. Роулинг М. Европа в Средние века: быт, религия, культура / Роулинг М. – М., 2005. - 273 с.
5. Cunningham A. Health care and poor relief in protestant Europe 1500-1700 / A. Cunningham, O.P. Grell. - Taylor & Francis, 2002. - 272 p.
6. Dixon C. S. Living with religious diversity in early-modern Europe / C. S. Dixon, D. Freist, M. Greengrass. - Ashgate Publishing, Ltd., 2009. - 301 p.
7. Haddock C.C. Careers in healthcare management: how to find your path and follow it / C.C. Haddock, R. A. McLean, R. C. Chapman. - Health Administration Press, 2002. - 190 p.
8. Hilsenrath P.E. Healthcare management education settings in the United States: History and perspective / P.E. Hilsenrath // Journal of Management History. - 2012. - №18 (4). - P. 386 - 401
9. Huff T.E. The rise of early modern science: Islam, China and the West / T.E. Huff. - Cambridge University Press, 2003. - 425 p.
10. Merry M.D. The past, present and future of health care quality / M.D. Merry, M.G. Crago // Physician Executive. - Sep/Oct 2001. - № 27 (5). - P. 30-35.

11. Risse G.B. Mending bodies, saving souls: a history of hospitals / G. B. Risse. - New York. : Oxford University Press, 1999. - 752p
12. Sultz H.A. Health care, USA: understanding its organization and delivery / H.A. Sultz, K. M. Young. - Jones & Bartlett Learning, 2006. - 557 p.
13. Waddington K. Medical education at St. Bartholomew's hospital, 1123-1995 / K. Waddington. - Boydell & Brewer, 2003. - 464 p.
14. Wall B.M. American catholic hospitals: a century of changing markets and missions / B.M. Wall. - Rutgers University Press, 2011. - 238 p.
15. Whitaker H. Brain, mind and medicine: essays in eighteenth-century neuroscience / H. Whitaker, C.U.M. Smith, S. Finger. - Springer, 2007. - 389 p.
16. Wolper L.F. Health care administration: managing organized delivery systems / L.F. Wolper. - Jones & Bartlett Publishers, 2010. - 794 p.

**Резюме.** В статье изложены основы формирования организованных форм оказания медицинской помощи населению, и становления управления в медицинской отрасли как науки, от древнейших времен до современного этапа. Определены основные факторы, способствовавшие внедрению основ менеджмента в систему организации здравоохранения в настоящее время и обоснованное значение научного подхода не только к руководству медициной на государственной уровне, а также внедрению научного подхода в регулировании деятельности каждого медицинского учреждения.

**Ключевые слова:** больница, менеджмент, организация здравоохранения, история медицины, управление, Древний мир, Средневековье, Новое время.

**Summary.** This article outlines the main origins of organized forms of medical care, and establishment of management in the medical field as a science, from ancient times till now days. The main factors that contributed to the introduction of the basics of management in the system of health care in our time and analyzed the importance of a scientific approach to leadership, not only on the state level but the introduction of a scientific approach to the regulation of each health care facility.

**Keywords:** hospital, management, healthcare management, public health, history of medicine, Ancient world, Middle Ages, Modern times.

**ДО ПИТАННЯ РОЗВИТКУ ДЕРМАТОЛОГІЧНИХ ПРОЯВІВ  
АЛЕРГІЧНИХ РЕАКЦІЙ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ОБТЯЖЕНИМ  
АЛЕРГОЛОГІЧНИМ АНАМНЕЗОМ**

*Городнича О.Ю., Зіменковський А.Б.*

*Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,  
м. Львів, Україна*

**Резюме.** Проведено аналіз медичних карт стаціонарних хворих (n=139), госпіталізованих в алергологічне відділення одного із закладів охорони здоров'я стаціонарного типу міста Львова з приводу виникнення дерматологічних проявів алергічних реакцій (АР) протягом 2010-2013 рр. Встановлено, що 10 (7,2%) випадків АР можна було б попередити за умови ретельного та своєчасного збору алергологічного анамнезу пацієнтів, а відтак, – попередити витрату 2454,20 грн. на їх фармакотерапію.

**Ключові слова.** Дерматологічні прояви ліко-індукованих алергічних реакцій, вартість фармакотерапії алергії.

**Вступ.** Згідно Практичних рекомендацій щодо менеджменту та попередження алергічних реакцій (АР), спричинених лікарськими засобами (ЛЗ) (*Management and prevention of drug allergic reactions, 2010*) існує низка заходів, спрямованих на мінімізацію ризику виникнення ліко-індукованих алергій [6]. Йдеться про ретельний збір алергоанамнезу пацієнтів, уникнення призначення ЛЗ, між якими можлива перехресна алергія, проведення тестів для визначення підвищеної чутливості пацієнтів до ліків, призначення ЛЗ згідно принципів належної клінічної практики, надання пріоритету призначенню пероральних лікових форм ЛЗ, а також належне документування АР [3]. Проте, як засвідчили результати аналізу карт-повідомлень про побічні реакції (ПР) ЛЗ, що надходили до ДП «Державний експертний центр МОЗ України» протягом 1996-2010 рр., у значній кількості випадків причиною виникнення ускладнень

фармакотерапії (ФТ) було не врахування даних алергоанамнезу та можливості виникнення перехресної алергії, що лише у 2010 році склали 6,5% усіх медикаментозних помилок, які призвели до виникнення небажаних наслідків ФТ [1, 2]. За результатами проспективного дослідження, проведеного у Швеції протягом 2008-2009 рр. було встановлено, що 6% усіх ліко-пов'язаних проблем, які стали причиною ПР ЛЗ, було застосування протипоказаних ЛЗ, до яких уже розвивався щонайменше 1 епізод АР в минулому [4]. У США з цієї ж причини щороку виникає 12,1% ускладнень ФТ [7].

Прикметно, що більшість клінічних проявів АР, асоційованих із застосуванням ЛЗ, – це зміни з боку шкіри, зокрема еритема, кропив'янка, набряк Квінке та свербіж, що у  $\frac{1}{3}$  випадків мають важкий перебіг та потребують госпіталізації пацієнтів [3, 5]. Усе вищезазначене визначило актуальність, мету та дизайн нашого дослідження.

**Мета дослідження** – аналіз випадків виникнення дерматопатологій алергійного генезу після приймання ЛЗ, протипоказаних до застосування через обтяжений алергологічний анамнез пацієнтів, а також проведення фармакоеконічного дослідження вартості ФТ цих АР.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження були 139 медичних карт стаціонарних хворих (МКСХ), госпіталізованих в алергологічне відділення одного із закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) м. Львова протягом 2010-2013 рр. з приводу виникнення медикаментозної алергії.

Обов'язковими умовами включення вищезазначених об'єктів дослідження до аналізованої вибірки були: (1) чітке зазначення причинного ЛЗ у кожному клінічному випадку та (2) ускладнення ФТ, що мали дерматологічний прояв, зокрема у вигляді алергічного дерматиту, гіперемії, еритеми, кропив'янки, набряку Квінке, свербіжжю та токсикодермії.

Застосовано методи: системний, бібліографічний, клініко-фармацевтичний, клініко-фармакологічний, статистичний, фармакоеконічний.

Середнє значення кількісних даних наведено у форматі  $M \pm m$ , для розрахунку якого використано програму Statistica v6.0.

Дизайн дослідження – ретроспективне.

Дослідження не виконувалось на замовлення фізичних чи юридичних осіб. Конфлікт інтересів – відсутній.

### **Результати дослідження.**

За результатами проведеного нами дослідження встановлено, що у 21-го пацієнта з 139-ти наявний обтяжений алергологічний анамнез. У більшості випадків (n=10) йшлося про підвищену чутливість пацієнтів до антибактерійних (АБ) ЛЗ. Зокрема, у 7 хворих відзначалися АР на АБ ЛЗ пеніцилінового ряду, у 1 пацієнта – на азитроміцин, що належить до макролідів. Ще у 2-х МКСХ зазначено про епізоди АР до АБ, проте не вказано їх ФТ групи чи окремих представників за торговою назвою (ТН) або міжнародною непатентованою назвою (МНН).

У решти пацієнтів виявлено підвищену чутливість до вітамінів групи В (n=2), метамізолу натрію (n=2), ацетилсаліцилової кислоти (n=1), дексаметазону (n=1), еуфіліну (n=1), йоду (n=1) та німесилу (n=1). Слід зазначити, що у 2-х пацієнтів була наявна інформація про сенсibilізацію до низки ЛЗ, зокрема ампіоксу, бі-септолу, гентаміцину та теопеку – в одного хворого, та до гепарину, лідокаїну та новокаїну – в іншого.

Згідно принципів належної клінічної практики, повторне застосування зазначених ліків пацієнтам, у яких вже виникала алергія, протипоказане. Окрім того, не слід приймати і ті ЛЗ, між якими можлива перехресна алергія [6]. Однак, подальший аналіз МКСХ у ракурсі виявлення потенційних причин виникнення дерматологічних проявів ускладнень ФТ алергійного генезу засвідчив, що 10 пацієнтів із 21, які мали обтяжений алергоанамнез, повторно застосовували ЛЗ, до яких уже сенсibilізовані (табл. 1).

**Таблиця 1. Випадки застосування протипоказаних ЛЗ через обтяжений алергоанамнез пацієнтів**

з/п	Опис ПР ЛЗ, що призвела до госпіталізації	Пацієнт (вік, роки)	ТН (МНН) ЛЗ, до якого уже виникла АР	ТН (МНН) ЛЗ, що призвів до госпіталізації	К-сть ліжко-днів, абс.	К-сть ЛЗ*, абс.	Вартість ФТ ПР ЛЗ, грн.
	висипання, свербіж	жінка (27)	АБ пеніцилінового ряду	аугментин (амоксицилін + клавуланова кислота)	13	6	194,25
	еритематозні висипання, свербіж	жінка (44)	ампіцилін	флемоксин (амоксицилін)	7	6	247,24
	кропив'янка	жінка (47)	біцилін-5 (бензатину бензилпеніцилін стерильний + бензилпеніциліну новокаїнова сіль стерильна)	аугментин (амоксицилін + клавуланова кислота)	7	4	175,57
		жінка (54)	анальгін (метамізол натрію)	спазмалгон (метамізол натрію + пітофенону гідрохлорид + фенпіверинію бромід)	8	4	93,56
		жінка (54)	нейрорубін (вітамін В <sub>1</sub> + В <sub>6</sub> +В <sub>12</sub> )	нейрорубін (вітамін В1 + В6 +В12)	10	9	588,71
		чоловік (51)	анальгін (метамізол натрію)	спазмалгон (метамізол натрію + пітофенону гідрохлорид + фенпіверинію бромід)	11	4	154,92
	кропив'янка та набряк Квінке	жінка (37)	аугментин (амоксицилін + клавуланова кислота)	амоксицилін	11	5	192,44
		жінка (43)	гепарин, лідокаїн, новокаїн	лідокаїн	9	6	207,98
		жінка (59)	німесил (німесулід)	німесил (німесулід)	11	8	448,33
0		жінка (68)	пеніцилін	аугментин (амоксицилін + клавуланова кислота)	11	4	151,20

Примітка: \*к-сть ЛЗ – кількість ЛЗ, що були призначені пацієнту в стаціонарному ЗОЗ для медикаментозної корекції АР

Для усунення чи корекції дерматологічних проявів АР після застосування протипоказаних ЛЗ пацієнти перебували у стаціонарному ЗОЗ у середньому  $9,8 \pm 2,0$  ліжко-дні та застосовували від 4-х до 9-ти ЛЗ. Результати ситуативного аналізу вартості ФТ дерматологічних проявів АР, виникнення яких можна було б попередити, проведено з урахуванням мінімальних закупівельних цін ЛЗ станом на 14.02.2014 року, наведених на офіційному інтернет-ресурсі *pharmbase.com.ua*.

Таким чином, витрати на лікування 10-ти випадків АР внаслідок застосування протипоказаних ЛЗ склали 2454,20 грн., у середньому по  $245,42 \pm 153,06$  грн. на одного пацієнта.

**Висновки.** За результатами проведеного дослідження встановлено, що 10 (7,2%) випадків виникнення дерматологічних проявів АР пов'язані із застосуванням протипоказаних ЛЗ через обтяжений алергологічний анамнез пацієнтів. Виникнення цих ліко-індукованих АР можна було б попередити за умови ретельного і своєчасного збору алергологічного анамнезу хворих та обов'язкового його врахування при призначенні ЛЗ, а відтак, – уникнути витрат бюджетних коштів, коштів страхової компанії чи безпосередньо пацієнта на медикаментозну корекцію ПР ЛЗ, що склала 2454,20 грн.

### Література:

1. Аналіз безпеки медичного застосування лікарських засобів в Україні: за результатами здійснення фармаконагляду 2010 року / Матвеева О.В., Вікторов О.П., Бліхар В.Є. [та ін.] // Рациональна фармакотерапія. – 2011. – № 3. – С. 72-83.
2. Аналіз спонтанних повідомлень про побічні реакції лікарських засобів / Матвеева О.В., Вікторов О.П., Бліхар В.Є. [та ін.] // Український медичний часопис. – 2011. – № 3 (83). – С. 22-24.
3. Allergic reactions to oral drugs: a case/non-case study from an Italian spontaneous reporting database (GIF) / Salvoa F., Polimenia G., Cutroneoa P.M. [et al.] // Pharmacological Research. – 2008. – № 58. – P. 202-207.
4. A prospective analysis of the preventability of adverse drug reactions reported in Sweden / Lövborg H., Eriksson L.R., Jönsson A.K. [et al.] // Eur J Clin Pharmacol. – 2012. – № 68 (8). – P. 1183-1189.



5. Ardern-Jones M.R. Skin manifestations of drug allergy / M.R. Ardern-Jones, P.S. Friedmann // Br J Clin Pharmacol. – 2011. – V. 71, № 5. – P. 672-683.
6. Drug allergy: an updated practice parameter / Ann Allergy Asthma Immunol. – 2010. – №105 (4). – 259-273.
7. Medication errors associated with documented allergies / Pa Patient Saf Advis. – 2008. – № 5 (3). – P. 75-80.

**Резюме.** Проведен анализ историй болезни пациентов (n=139), которые были госпитализированы в аллергологическое отделение одного из учреждений здравоохранения стационарного типа г. Львова по поводу возникновения дерматологических проявлений аллергических реакций (АР) в течение 2010-2013 гг. Определено, что 10 (7,2%) случаев АР можно было бы предупредить при условии тщательного и своевременного сбора аллергологического анамнеза пациентов, а следовательно, – предупредить расход 2454,20 грн. для их фармакотерапии.

**Summary.** The analysis of patient's case histories (n=139) who were admitted to the allergy department of one hospital in Lviv on the occurrence of dermatological manifestations of allergic reactions during 2010-2014 was done. The results of our research showed that 10 (7,2%) cases of allergic reactions could be prevented, thus 2454,20 UAH for their pharmacotherapy could be saved.

**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПОСТРАЖДАЛИХ ВІЙСЬКОВОВСЛУЖБОВЦІВ ІЗ  
ТОРАКОАБДОМІНАЛЬНОЮ ТРАВМОЮ**

*Шматенко О.П., Соломенний А.М.*

*Українська військово-медична академія,*

*м. Київ, Україна*

**Резюме.** Стаття присвячена проведенню фармакоеконічного аналізу медикаментозного забезпечення (МЗ) постраждалих військовослужбовців із торакоабдомінальною травмою (ТАТ).

**Ключові слова:** торакоабдомінальна травма, медикаментозне забезпечення, фармакоеконічний аналіз.

**ВСТУП.** Безперечним твердженням є те, що сьогодні лікування будь-якої нозології є досить витратним для пересічного громадянина. Процес лікування множинних пошкоджень потребує як вагомих зусиль лікарів-спеціалістів, так і значних фінансових витрат. Організація МЗ на найбільш високовартісному його етапі – стаціонарному складається з багатьох витрат, у тому числі і специфічних, обумовлених особливостями медичної допомоги.

**МЕТА:** проведення фармакоеконічного аналізу МЗ постраждалих військовослужбовців із ТАТ.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.**

Матеріали дослідження: первинна медична документація (медичні карти стаціонарного хворого, листи лікарських призначень, супровідні листки станції швидкої медичної допомоги, листи призначень лікарями наркотичних і психотропних ЛЗ та виконання цих призначень) 137 постраждалих військовослужбовців із торакоабдомінальною травмою ТАТ, що проходили лікування в ГВМКЦ «ГВКГ», ВМКЦ ЗР та КМКЛШМД в період 2006-2012 рр.

Методи дослідження: ретроспективний документальний метод, метод «вартість захворювання», статистичний метод. Об'єкт дослідження – методичні підходи, організаційно-економічні засади процесу МЗ та первинна медична документація (медичні карти стаціонарного хворого, листи лікарських призначень, супровідні листки станції швидкої медичної допомоги, листи призначень лікарями наркотичних і психотропних ЛЗ та виконання цих призначень) постраждалих військовослужбовців із ТАТ.

**РЕЗУЛЬТАТИ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** До вибірки ввійшли постраждалі чоловічої та жіночої статі. Переважну більшість постраждалих становили чоловіки (68,62 %), жінки – 31,38 %. Віковий інтервал чоловіків складав від 16 до 56 років (середній вік –  $31 \pm 9,15$  рік), жінок – від 16 до 59 років (середній вік –  $29 \pm 8,38$  роки). Аналіз розподілу постраждалих із ТАТ залежно від статі і віку показав, що найбільша частка даного виду травми припадає у віковий діапазон 20-30 років.

Узагальнену структуру травматичних пошкоджень наведено в табл. 1, з якої видно, що у 57,66 % випадків ТАТ супроводжується поєднанням з травмами інших анатомо-функціональних областей, а у 42,34 % – без поєднання. Найчастіше відбувається поєднання ТАТ із ЧМТ (26,28 %). В сукупному вигляді у постраждалих із ТАТ спостерігається отримання ЧМТ (у 47,45 % випадків), травма тазу (ТТ) (у 13,14 %) та СТ (у 28,47%).

*Таблиця 1*

Структура травматичних пошкоджень у постраждалих із ТАТ

Можливі поєднання ТАТ					Абсолютна кількість (n=137)	Питома вага (%)
	ТГК	ТЖ			58	42,34
	ТГК	ТЖ		СТ	7	5,11
	ТГК	ТЖ	ТТ	СТ	7	5,11
ЧМТ	ТГК	ТЖ			36	26,28
ЧМТ	ТГК	ТЖ	ТТ		4	2,92
ЧМТ	ТГК	ТЖ	ТТ	СТ	7	5,11
ЧМТ	ТГК	ТЖ		СТ	18	13,14
Всього					137	100

В ході проведення дослідження визначено, що вартість МЗ постраждалих із ТАТ залежить як від вартості ЛЗ, так і від їх кількості призначень. Нами було розглянуто в загальному вигляді МЗ постраждалих із ТАТ (рис. 1).

Встановлено, що середньодобова кількість препаратів, що призначається при ТАТ на 1-2 добу (шоковий період) лікування в середньому складає 12 найменувань (хоча в окремих випадках відмічалось призначення 27 препаратів на 2 добу) з поступовим зменшенням до 2-3 препаратів з 10-ї доби. В цей період відбувається подолання кризових патологічних станів в травмованому організмі.

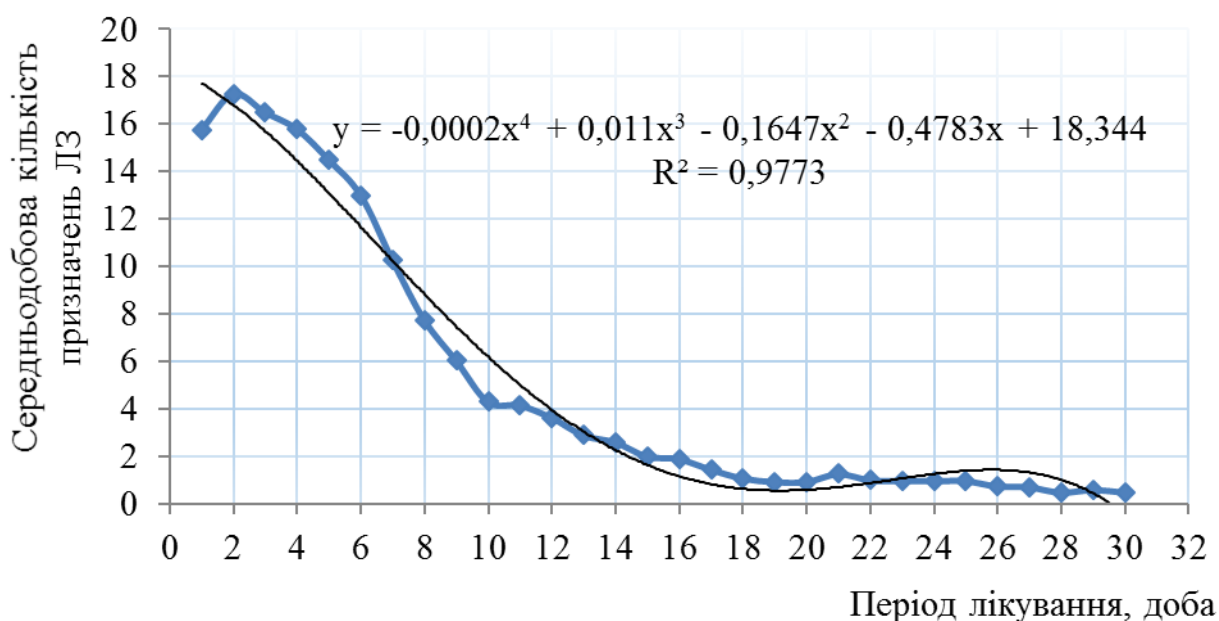


Рис. 1. Кількісна динаміка добового призначення лікарських засобів

Різноманітне сполучення ушкоджень, різний ступінь їх тяжкості, а також відсутність єдиного підходу до оцінки важкості травми значно ускладнюють проведення оцінки методів лікування, аналізу летальності, тривалості непрацездатності. При проведенні аналізу «вартість захворювання» використано методологічний підхід, що заснований на оцінці реальної клінічної практики [3, 8].

Оцінку «вартості захворювання» здійснено за формулою (1).

$$COI = DC + IC + IntC, \quad (1)$$

де  $COI$  – всі витрати витрати, пов'язані з захворюванням;

$DC$  – прямі витрати, пов'язані з захворюванням;

$IC$  – непрямі витрати, пов'язані з захворюванням;

$IntC$  – невідчутні витрати, пов'язані з захворюванням.

Розрахунок вартості МЗ за період лікування здійснено шляхом добутку середньодобової вартості МЗ (ампули/таблетки) лікування на кількість діб прийому препарату. Потреба в призначенні і тривалості даної терапії представлено в залежності від стану тяжкості постраждалого. Загальна середньодобова вартість МЗ на одного постраждалого склала  $11710,62 \pm 10004,75$  грн. (табл. 2).

Таблиця 2

Середньодобові витрати на МЗ постраждалих із ТАТ

№ з/п	Ступінь тяжкості	Середня кількість ліжко-днів	Середньодобові витрати	
			МЗ на одну добу (грн.)	курсу МЗ (грн.)
1	Нетяжкий	$11,81 \pm 2,56$	$389,22 \pm 166,58$	$4520,98 \pm 1910,88$
2	Тяжкий	$19,40 \pm 10,96$	$717,76 \pm 451,63$	$12701,56 \pm 10184,77$
3	Вкрай тяжкий	$45 \pm 5$	$958,14 \pm 526,96$	$41344,04 \pm 18059,89$
Всього		$18,55 \pm 10,4$	$622,81 \pm 367,32$	$11710,62 \pm 10004,75$

Дані наведені в табл. 3, свідчать про те, в залежності від поєднання видів травмування спостерігається подовження терміну перебування на стаціонарному лікуванні постраждалих із ТАТ та збільшення орієнтовної вартості лікування.

Таблиця 3

Показники витрат МЗ при різних поєднаннях ТАТ

Поєднання ТАТ					Термін лікування, доба	Середні витрати	
						МЗ на одну добу (грн.)	курсу МЗ (грн.)
	ТГК	ТЖ			$10,62 \pm 3,37$	$384,69 \pm 98,24$	$4373,62 \pm 1494,37$
	ТГК	ТЖ		СТ	$10,00 \pm 0,50$	$765,63 \pm 179,88$	$8129,00 \pm 2271,57$
	ТГК	ТЖ	ТТ	СТ	$21,00 \pm 3,15$	$451,13 \pm 165,25$	$9473,69 \pm 3700,56$
ЧМТ	ТГК	ТЖ			$11,60 \pm 6,88$	$1065,59 \pm 923,53$	$6631,25 \pm 3513,63$
ЧМТ	ТГК	ТЖ	ТТ		$10,00 \pm 1,49$	$1096,53 \pm 401,66$	$10965,35 \pm 4283,34$
ЧМТ	ТГК	ТЖ	ТТ	СТ	$54,00 \pm 8,09$	$431,18 \pm 157,94$	$23284,15 \pm 9095,37$
ЧМТ	ТГК	ТЖ		СТ	$33,80 \pm 18,24$	$1574,72 \pm 984,69$	$38837,27 \pm 20784,34$

Середньодобова вартість МЗ неоднорідна протягом періоду лікування. Максимум припадає на 1-3 добу (середній період перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії), і поступово знижуючись (період перебування у госпітальному відділенні) описує нисхідну експоненціальну лінію протягом всього лікування (рис. 2). В період небезпеки виникнення ранніх ускладнень відмічається призначення найбільш високовартісних ЛЗ, вартість яких сягає 2-3 тис. грн. за упаковку.

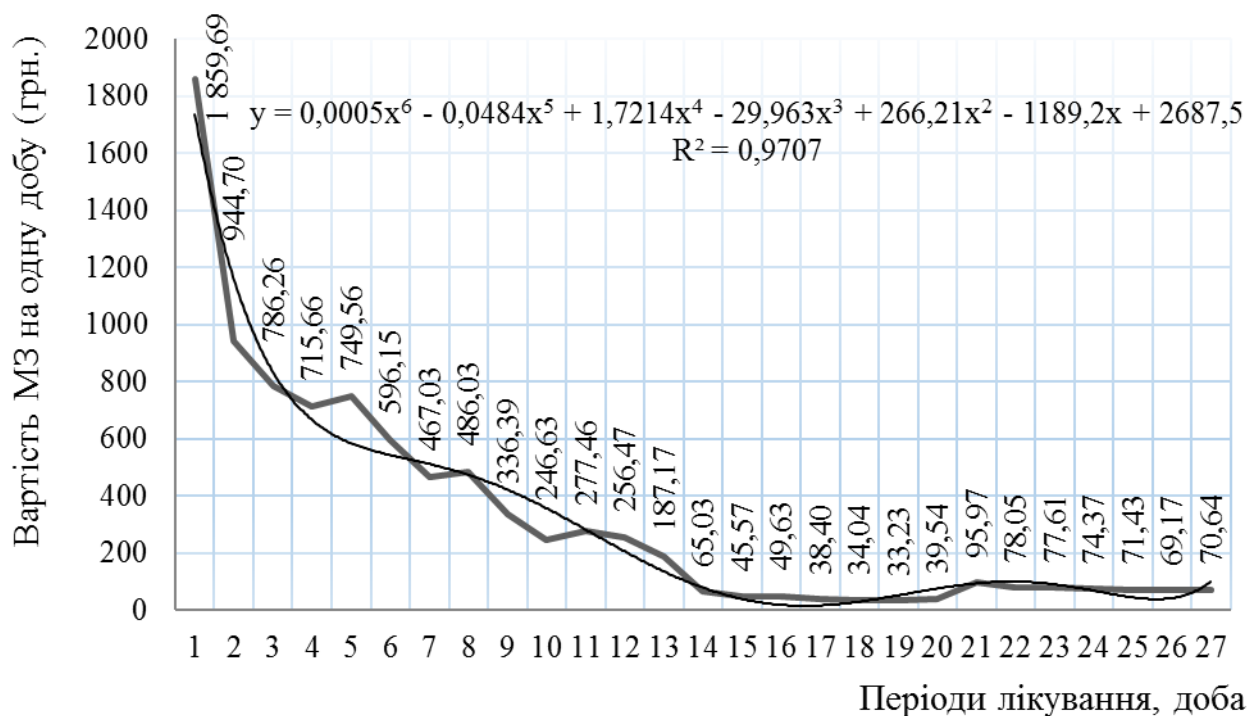


Рис. 2. Розподіл середньодобової вартості МЗ за періодами лікування

В результаті аналізу визначено фазову структуру МЗ постраждалих із ТАТ в економічному вираженні (табл. 4):

- I. 1-5 доба – фаза максимальних витрат (інтенсивна терапія), де 1-2 доба – піковий період;
- II. 6-13 доба – фаза основних витрат (стабілізаційна терапія);
- III. 14-20 доба – фаза мінімальних витрат (підтримуюча терапія);
- IV. з 21 доби – фаза реабілітаційних витрат (реабілітаційна терапія).

Таблиця 4

Вартісне вираження МЗ фазної структури ТАТ

з/п	Фази МЗ	Період лікування, доба	Середні витрати	
			МЗ фазового періоду (грн.)	на одну добу МЗ (грн.)
	Максимальних витрат, з них:	1-5	5055,87	1011,17 ± 339,41
	піковий період	1-2	2804,38	1402,19 ± 457,49
	Основних витрат	6-13	2853,60	356,70 ± 119,85
	Мінімальних витрат	14-20	305,47	43,64 ± 8,38
	Реабілітаційних витрат	з 21	537,24	76,75 ± 6,11

Вартість лікування може змінюватися в залежності від ряду обставин (супутня патологія, клінічні та післяопераційні ускладнення, або їх поєднання тощо). Такі зміни спостерігаються на 5-ту, 8-му, 11-ту та 21 добу. Як видно з

рис. 2 максимальні витрати припадають на період з 1 по 14 добу, в період з 14 по 21 добу спостерігаються мінімальні витрати на МЗ, а з 21 доби витрати збільшується в 2-3 рази від мінімуму та обумовлені станом додаткових витрат на відновлення функцій і утримується на цій позначці до періоду остаточного одужання. Отже, з даних, які зображені на графіках (рис. 1 та рис. 2) встановлено, що динаміка кількісного використання основних груп ЛЗ корелює з динамікою зміни їх вартості. В результаті розрахунку коефіцієнт лінійної кореляції дорівнює 0,8813. За оцінкою шкали Чеддока кореляція інтепретується як висока, що свідчить про пряму високу залежність кількісного показника призначень ЛЗ із вартістю добового призначення препаратів. Отже, між термінами перебування в стаціонарі та вартістю МЗ встановлено високу пряму залежність.

Наступним кроком стало здійснення розрахунків прямих та непрямих витрат. **До прямих медичних витрат (Direct Costs)** віднесені всі витрати, що пов'язані з наданням медичної допомоги постраждалим із ТАГ. До цих витрат враховано:

1. Вартість МЗ за період лікування (вартість основної схеми лікування, вартість додаткової схеми лікування (при зміні схеми), вартість лікування ускладнень, вартість лікування побічних ефектів): вартість лікування (ампули/таблетки) на 1 добу, помножена на кількість діб прийому препарату. Потреба в призначенні і тривалості даної терапії визначалася тяжкістю стану постраждалого. Загальна середня вартість МЗ склала  $11710,62 \pm 10004,75$  грн.

2. Вартість лікарських маніпуляцій (оперативне втручання): вартість оперативного лікування, помножена на кількість оперативних втручань. Середня вартість склала  $10500,00 \pm 3500,00$  грн.

3. Вартість лабораторних та діагностичних заходів: враховували вартість клінічних та біохімічних аналізів, інструментальних методів дослідження, мікробіологічних досліджень. Середня вартість склала  $4230,67 \pm 482,67$  грн.

4. Вартість лікувальних процедур: вартість введення препарату та вартість спеціальних медичних засобів (шприци, голки, системи для введення інфузійних розчинів, розчинник, гумові печатки, дезінфекційні засоби тощо) Середні витрати на лікувальні процедури склали  $850,56 \pm 467,35$  грн.

5. Витрати на надання невідкладної медичної допомоги: визначали на основі вартості одного виклику бригади швидкої медичної допомоги. Вартість одного виклику бригади швидкої медичної допомоги з січня 2013 року складає 35 грн. (включно медикаменти та витратні матеріали) [7].

6. Витрати на госпіталізацію: визначали вартість ліжко-дня перебування в профільному відділенні та вартості ліжко-дня перебування у відділенні реанімації та інтенсивної терапії на кількість ліжко-днів. Середні витрати склали  $2411,50 \pm 1352$  грн.

Отже, прямі медичні витрати на курс лікування для одного постраждалого із ТАТ складає  $29738,35 \pm 15841,77$  грн.

**До прямих немедичних витрат** віднесено власні витрати постраждалих (їхніх сімей), що пов'язані з перебуванням постраждалого у стаціонарі. Прямі немедичні витрати, пов'язані з госпіталізацією, можуть значно варіювати в залежності від ряду обставин, які з'являються під час лікування. Априорі у випадку отримання політравми військовослужбовець знаходиться на повному медичному забезпеченні, що закріплено на законодавчому рівні [6].

**До непрямих витрат** (Indirect Costs) віднесено витрати на оплату днів непрацездатності за листками непрацездатності та виробничі втрати у зв'язку з відсутністю на робочому місці (втрата ВВП).

Вартість листка непрацездатності визначено з урахуванням даних про середню заробітну плату по Україні станом на 01 жовтня 2013 року (з розрахунку за 9 місяців 2013 року). Середня заробітна плата за 1 день склала 106,65 грн. [2]. Середня тривалість перебування на листку непрацездатності склала  $18,55 \pm 10,40$  діб. Витрати на виплату листків непрацездатності склали  $1978,40 \pm 1109,18$  грн. (табл. 5).

Таблиця 5

Середні витрати на тимчасову непрацездатність постраждалих із ТАТ

з/п	Ступінь тяжкості	Середня кількість ліжко-днів	Середня заробітна плата на 1 добу (грн.)	Втрати на тимчасову непрацездатність на курс лікування (грн.)
	Нетяжкий	$11,81 \pm 2,56$	106,65	$1259,56 \pm 273,03$
	Тяжкий	$19,40 \pm 10,96$	106,65	$2069,05 \pm 1168,91$
	Вкрай тяжкий	$45,00 \pm 5,00$	106,65	$4799,34 \pm 533,26$
	Всього	$18,55 \pm 10,40$	106,65	$1978,40 \pm 1109,18$



Для оцінки втрати ВВП використано дані Міністерства фінансів України про обсяг номінального ВВП в Україні (у I півріччі 2013 р. становило 81 млрд. 758 млн. 3 тис. дол.) [1], а також дані Державної служби статистики України [2] про чисельність населення країни (у 2013 р. склала 45 млн. 455 тис. 65 осіб). На підставі цих статистичних даних розраховано величину номінального ВВП на душу населення за I півріччя 2013 року, що становить приблизно 1798,66 дол. (або 9,94 дол. на одну людину в день). Використовуючи вищенаведені дані, значення втрати ВВП розраховано за допомогою формули (3):

$$S_{ВВП} = N_{дн} \times D_{ВВП}, \quad (3)$$

де  $S_{ВВП}$  – величина непрямих витрат внаслідок втрати ВВП (дол.);

$N_{дн}$  – кількість днів втрати працездатності (ліжко-днів);

$D_{ВВП}$  – величина значення ВВП на одну особу на добу (дол.).

Отримані дані наведено в табл. 6 та 7.

Таблиця 6

Втрати номінального ВВП на тимчасову непрацездатність постраждалих із ТАТ

з/п	Ступінь тяжкості	Середня кількість ліжко-днів	Величина номінального ВВП на одну особу на добу (дол.)	Втрати номінального ВВП (дол.)
	Нетяжкий	11,81 ± 2,56	9,94	117,39 ± 25,45
	Тяжкий	19,40 ± 10,96	9,94	192,84 ± 108,94
	Вкрай тяжкий	45,00 ± 5,00	9,94	447,30 ± 49,70
	Всього	18,55 ± 10,40	9,94	184,39 ± 103,38

Таблиця 7

Непрямі витрати на курс лікування постраждалих із ТАТ

з/п	Ступінь тяжкості	Втрати на тимчасову непрацездатність на курс лікування (грн.)	Курс долара США	Втрати номінального ВВП (грн.)	Непрямі витрати на курс лікування (грн.)
	Нетяжкий	1259,56 ± 273,03	8,20	962,61 ± 208,66	2222,15 ± 481,69
	Тяжкий	2069,05 ± 1168,91	8,20	1581,26 ± 893,33	3650,27 ± 2062,21
	Вкрай тяжкий	4799,34 ± 533,26	8,20	3667,86 ± 407,54	8467,11 ± 940,79
	Всього	1978,40 ± 1109,18	8,20	1511,97 ± 847,68	3490,33 ± 1956,84

Отже, непрямі витрати на курс лікування на одну особу на добу склали 3490,33 ± 1956,84 грн.

**До невідчутних (невимірних, нематеріальних) витрат (Intangible Costs)** віднесено суб'єктивно оцінювані пацієнтом різні сторони лікування, що впливають на його самопочуття і якість життя. Враховуючи труднощі із точним кількісним виміром в грошовому вираженні такі витрати на сьогоднішній день зазвичай залишаються за рамками виконуваного аналізу. Як відзначають деякі автори, в певних випадках витрати на нематеріальні витрати у зв'язку з розвитком додаткових страждань, пов'язаних з ускладненнями лікування, можуть досягати 30 % від загальної величини витрат [4].

Проведення ФЕА за методом «вартість захворювання» показало, що загальні витрати на медичне забезпечення постраждалих із ТАТ можуть складати 33228,68 ± 17798,61 грн., з них: прямі витрати – 29738,35 ± 15841,77 грн., непрямі – 3490,33 ± 1956,84 грн.

**ВИСНОВКИ.** Опрацьовано методику оцінки витрат, які необхідні для забезпечення процесу лікування постраждалих військовослужбовців із ТАТ. В рамках цієї методики створена модель, що дозволяє проводити розрахунки прямих та непрямих витрат спричинені ТАТ та організаційно-економічної складової процесу лікування постраждалих із ТАТ.

## ЛІТЕРАТУРА

1. Валовий внутрішній продукт України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.index.minfin.com.ua/index/gd>.
2. Державна служба статистики України. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.ukrstat.gov.ua>.
3. Методологія проведення фармакоекономічних досліджень в Збройних Силах України / В. В. Трохимчук, Р. Л. Притула, І. Г. Гринчук [та ін.] // Історія та перспективи розвитку фармацевтичної науки і освіти: зб. наук. статей. – Запоріжжя: ЗДМУ, 2004. – Вип. 12, Т. 1. – С. 211-218.

4. Мясоедова Н.А., Тхостова Э.Б., Белоусов Ю.Б. Оценка качества жизни при различных сердечно-сосудистых заболеваниях// Качественная клиническая практика – 2002. – №1. – с.53-57.

5. Пат. 61897, Україна, МПК: А61В 5/00 (2011.01). Спосіб анатомо-функціональної оцінки політравм. / Заруцький Я. Л., Денисенко В. М., Жовтоножко О. І. та ін.; власник Жовтоножко О. І. – № u201107283; заявка 09.06.2011; опубл. 25.07.2011, Бюл. № 14/2011.

6. Про соціальний і правовий захист військовослужбовців та членів їх сімей. Закон України від 20 грудня 1991 року № 2011-ХІІ. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2011-12>.

7. Реформа швидкої допомоги: високі амбіції та сумні реалії. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.kiev-forum.org/reforma-shvydkoji-dopomohy-vysoki-ambitsiji-ta-sumni-realiji>.

8. Ягудина Р. И. Анализ «стоимости болезни»: виды, методология, особенности проведения в Российской Федерации / Р. И. Ягудина, И. Ю. Зинчук, М. М. Литвиненко // Фармакоэкономика. – Т 5, № 1. – 2012. – С. 4-9.

**Резюме.** Стаття посвящена проведенню фармакоекономічного аналізу медикаментозного забезпечення постраждалих військовослужбовців з торакоабдоминальною травмою.

**Ключевые слова:** торакоабдоминальная травма, медикаментозное обеспечение, фармакоэкономический анализ.

**Summary.** The article is devoted to farmakoeconomical analysis of medical supply servicemen with thoracoabdominal injuries.

thoracoabdominal injury medical supply farmakoeconomical analysis

**ОСОБЛИВОСТІ ДЕРЖАВНО-ПРИВАТНОГО ПАРТНЕРСТВА В  
УКРАЇНСЬКІЙ МЕДИЦИНІ**

*Алексєєва Т.І., Биховець К.В., Саєнко А.О.*

*Харківський торговельно-економічний інститут КНТЕУ,*

*м. Харків, Україна*

**Резюме.** У даній статті розглянуті проблеми державно-приватного партнерства в українській медицині. Показано, що розробка цієї концепції в системі охорони здоров'я України, на жаль, не є пріоритетним питанням державної політики. Система бюджетування створює високі фінансові ризики для державно-приватного партнерства.

На основі проведеного дослідження авторами пропонується запровадження інфраструктурних форм державно-приватного партнерства в діяльність закладів екстреної медичної допомоги в Україні. Це повинно привести до зміни ситуації в медичній галузі та поліпшення якості медичного обслуговування пацієнтів.

**Ключові слова:** державно-приватне партнерство, інфраструктурні проекти, охорона здоров'я, медичні послуги, державні гарантії.

**Вступ**

На сучасному етапі реформування сфери охорони здоров'я, що є невід'ємною частиною соціально-економічних перетворень в Україні, важливе значення набуває проблема державного регулювання інвестиційним забезпеченням розвитку медичної галузі. Головною метою реформи є побудова такої моделі охорони здоров'я, яка б забезпечувала рівний та справедливий доступ усіх членів суспільства до необхідних медичних послуг, їх високу якість та економічність при збереженні соціально-прийнятого обсягу державних гарантій.

У теперішній час потреба суспільства в медичних послугах сучасного рівня і високої їх якості зростає швидше, ніж можливості державного бюджету, навіть у країнах з розвинутою економікою. Щоб не потрапити у ці «ножиці», у світі знайшли вихід – державно-приватне партнерство (ДПП).

В Україні «кульгає» як державна, так і приватна медицина. Якщо оцінити роль державно-приватного партнерства в охороні здоров'я України, то можна сказати, що окрім закону «Про державно-приватне партнерство» практично ніяких кроків для його реалізації не зроблено [1]. В Україні часто трактують ДПП у сфері охорони здоров'я як пошук інвестора щодо закупівлі обладнання для лікувального закладу. Але це виступає скоріше як благодійництво ніж партнерство. Тому потрібно стимулювати бізнес-партнерство до такого акту доброї волі як надання преференції, залежно від того, скільки коштів вони вкладають у розвиток національної системи охорони здоров'я, особливо у її матеріально-технічне переоснащення.

### **Основна частина**

На сьогодні розробка концепції державно-приватного партнерства в сфері охорони здоров'я України, на жаль, не є пріоритетним питанням державної політики, а сучасна система бюджетування створює високі фінансові ризики для ДПП, пов'язані з короткими (річними) бюджетними циклами планування та їх щорічною процедурою затвердження, яка іноді надміру затягується.

За останні три роки набула чинності низка спеціальних законів, що стосуються врегулювання ДПП, було внесено відповідні зміни до загального законодавства [1]. Постановами уряду затверджено методики, положення та порядки, що регулюють окремі організаційно-економічні питання ДПП. Законодавство передбачає такі функції партнерства в проектах як фінансування, проектування, будівництво, відновлення (реконструкція, модернізація), експлуатація, обслуговування, інші функції, пов'язані з виконанням договорів, укладених у рамках проектів.

Формами здійснення проектів ДПП можуть бути спільна діяльність, розподіл продукції тощо, а джерелами їх фінансування – кошти державного та

місцевих бюджетів, фінансові ресурси приватного партнера, запозичені кошти та інші джерела, не заборонені законодавством.

При цьому законодавство передбачає надання підтримки проектам ДПП шляхом державних гарантій, фінансування за рахунок коштів державного або місцевих бюджетів та інших джерел відповідно до загальнодержавних та місцевих програм [1].

Складнощі у становленні ДПП в охороні здоров'я в Україні також пов'язані з існуючими правовідносинами у медичній галузі. Окремі правові норми не переглядалися ще з радянських часів, тож у нових політичних і соціально-економічних умовах формується правовий конфлікт, що веде до принципових суперечностей у нормативно-правових актах, ускладнюючи або взагалі унеможливаючи їх виконання.

Форми реалізації ДПП в охороні здоров'я мають свої особливості, які довели багато країн світу. Тому першим досвідом ДПП в охороні здоров'я України можуть бути нескладні інфраструктурні проекти, спрямовані на удосконалення державного партнерства в українській медицині. Загальна ж стратегія ДПП в охороні здоров'я повинна будуватися на чіткому баченні потреб суспільства у сфері здоров'я та потенційних можливостей приватного бізнесу [2].

На наш погляд, серйозні витрати, які несе держава на фінансування медицини можна було б розділити разом з приватними партнерами. Досить багато площ лікувальних установ знаходяться в центральних регіонах міст України. Частина таких площ можна було б передавати не в оренду, а надавати в якості плати державному партнеру. На отримані доходи від державно-приватного партнерства можна було б покращувати матеріальний стан об'єктів охорони здоров'я, купувати устаткування, поліпшувати медикаментозне забезпечення пацієнтів.

Також є всі передумови для організації високотехнологічних центрів з лікування різних видів захворювань, використовуючи фінансові інструменти інвесторів і кадровий потенціал державних установ охорони здоров'я.

Водночас слід відзначити, що Програма економічних реформ України на 2010-2014 роки в частині реформування медичного обслуговування населення України передбачає підвищення доступності медичних послуг, окремо вказуючи на підтримку розвитку приватного сектора медичних послуг та забезпечення доступу до державного фінансування на конкурсній основі [3].

### **Висновки**

Таким чином, державно-приватне партнерство повинне забезпечувати:

1. Залучення механізму проектного планування та фінансування проектів ДПП, бо це значною мірою сприятиме зацікавленості приватних вітчизняних та іноземних інвесторів до участі в ДПП.
2. Нормативно-правове регулювання реалізацій проектів ДПП.
3. Успішне впровадження інфраструктурних проектів державно-приватного партнерства в діяльності закладів охорони здоров'я.
4. Побудова високотехнологічних центрів з лікування різних видів захворювань.
5. Підвищення доступності медичних послуг для населення та підтримка розвитку приватного сектору.

Вивчення досвіду успішного впровадження інфраструктурних проектів державно-приватного партнерства в діяльності закладів охорони здоров'я; підтвердження актуальності розробки для практичного впровадження в діяльність закладів системи екстреної медичної допомоги України інфраструктурних проектів державно-приватного партнерства.

Запровадження зазначених інфраструктурних форм державно-приватного партнерства в діяльність закладів екстреної медичної допомоги в Україні може бути дієвим інструментом зменшення частки неринкового сектора в галузі охорони здоров'я з одночасним підвищенням ефективності державного управління.

Все це у підсумку призведе до зміни ситуації в медичній галузі та поліпшення якості медичного обслуговування пацієнтів.

## Література:

1. Закон України «Про державно-приватне партнерство» від 16.10.2012 [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://zakon4.rada.gov.ua/laws/show/2404-17>
2. Прес-служба «Українського медичного часопису» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: [www.rada.gov.ua](http://www.rada.gov.ua)
3. «Юридична Газета» [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.legalalliance.com.ua/ukr/press/2105>

**Резюме.** В данной статье рассмотрены проблемы государственно-частного партнерства в украинской медицине. Показано, что разработка этой концепции в системе здравоохранения Украины, к сожалению, не является приоритетным вопросом государственной политики. Система бюджетирования создает высокие финансовые риски для государственно-частного партнерства.

На основе проведенного исследования авторами предлагается введение инфраструктурных форм государственно-частного партнерства в деятельности учреждений экстренной медицинской помощи в Украине. Это должно привести к изменению ситуации в медицинской отрасли и улучшению качества медицинского обслуживания пациентов.

**Summary.** This article discusses the problems of public-private partnership in Ukrainian medicine. Demonstrated that the development of the this concept of in system health care Ukraine, unfortunately, is not a priority of state policy. Budgeting system creates the high financial risks for public-private partnerships.

On the basis of the study authors propose the introduction of infrastructure models of public-private partnership in the activities of emergency medical care facilities in Ukraine. This should lead to a change in the situation in the healthcare industry and improve the quality of medical care to patients.



УДК 659.148:621.397:615.2/.4]-047.37

**ИССЛЕДОВАНИЕ РЕКЛАМЫ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА  
ТЕЛЕВИДЕНИИ НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ ( НА ПРИМЕРЕ  
ЗАПОРОЖСКОЙ ОБЛАСТИ)**

*Заричная Т.П., Якимец Ю.В., Бушуева И.В.*

*Запорожский государственный медицинский университет,  
г. Запорожье, Украина*

**Резюме.** Проведено исследование рекламы лекарственных средств на телевидении на региональном уровне. Выявлены тенденции, определен рейтинг наиболее часто рекламируемых лекарственных средств на телевидении.

**Ключевые слова:** средства рекламы, реклама на телевидении, рейтинг рекламируемых лекарственных средств.

В настоящее время на рынке лекарственных средств наблюдается расширение товарного предложения за счет обновления ассортимента и повышения качества продукции отечественных и зарубежных производителей, что ведет к усилению конкуренции.

Участники рынка применяют различные методы для повышения покупательского спроса именно на свою продукцию. Одним из таких методов является реклама.

Реклама лекарственных средств - специфическая сфера деятельности, в которой тесно перекрещиваются коммерческие интересы фармацевтических компаний-производителей, дистрибьюторов лекарственных средств, информационные потребности специалистов и населения.

При этом, существует общественная озабоченность последствиями рекламной деятельности для безопасности применения фармацевтических препаратов, так как из-за недобросовестной рекламы могут пострадать не только здоровье, но и жизнь.

Наиболее распространенными средствами рекламы являются: телевидение, радио, пресса, печатная продукция (листовки, принты и т.д.), интернет, наружные бигборды, среди которых ведущее положение занимает телевидение.

Целью нашей работы явилось изучение рекламы лекарственных средств на телевидении на региональном уровне (на примере Запорожской области).

Для проведения запланированных исследований использовали информацию, полученную в результате просмотра рекламы на различные товары, в том числе на лекарственные средства на следующих каналах телевидения: общенациональных ("Студия 1+1", "Первый национальный"), коммерческих, вещающих на территории всей Украины ("ICTV", "СТБ"), коммерческих региональных ("Алекс").

Время проведения исследования было разделено на 5 временных интервалов:

- 06:00-09:00,
- 09:00-16:00,
- 16:00-19:00,
- 19:00-23:00,
- 23:00-01:00.

Анализу подвергались рекламные блоки, их длительность, количество рекламных роликов в каждом блоке, количество рекламных роликов лекарственных препаратов, фармакологические группы рекламируемых лекарственных препаратов, страны-производители рекламируемых лекарственных препаратов.

В результате исследования установлено, что реклама лекарственных средств занимает от 28.63% от общего рекламного времени каналов("Первый национальный") до 45.07% ("ICTV") (таблица 1).

В среднем по всем каналам реклама лекарственных средств занимает 37.8% от общего количества рекламного времени.

Таблица 1. Данные об эфирном времени, предоставляемом некоторыми телеканалами в Запорожской области для рекламы различных товаров, в том числе лекарственных средств

Название телеканала	Продолжительность рекламы (мин)		Удельный вес рекламы ЛС в общем рекламном времени (%)
	На все виды товаров	Из них на лекарственные средства	
Первый национальный	220	63	28,63
Студия 1+1	283	117	41,34
ICTV	335	151	45,07
СТБ	361	134	37,12
Алекс	246	90	36,58
Всего:	1445	555	

Отмечено, что практически на всех вышеназванных каналах время рекламы распределено равномерно, за исключением Prime-времени (19.00-23.00), когда все каналы выделяют больше времени на демонстрацию рекламы и, соответственно, на рекламу лекарственных средств. Также на всех каналах сведена к минимуму реклама на лекарственные средства в отрезок времени от 23:00 до 01:00.

При этом, отмечена тенденция рекламировать БАДы утром (06:00-09:00), а средства контрацепции и группу препаратов "мужское здоровье" поздно вечером (23:00-01:00).

Анализ полученной информации также показал, что в основном рекламируют импортные препараты различных фармакологических групп, преимущественно, для внутреннего применения и только после консультации с врачом. Рейтинг наиболее часто рекламируемых лекарственных препаратов представлен в таблице 2.

Таблица 2. Рейтинг лекарственных средств, рекламируемых на телевидении в Запорожской области

№ п/п	Наименование лекарственного препарата	Фармакологическая группа	Наименование производителя	Страна-производитель	Отечественный аналог
1.	Эссенциале	Гепатопротектор	Sanofi	Франция	Эссливер
2.	Экзодерил	Противогрибковое	Biochemie	Австрия	-
3.	Мезим	Ферменты	Berlin-Chemie Menarini Group	Германия	Панкреатин
4.	Солпадеин актив	НПВС	GlaxoSmith Kline	Великобритания	-
5.	Нурофен	НПВС	Reckitt Benckiser Healthcare International	Великобритания	Ибупрофен
6.	Новопассит	Седативное	Teva	Украина	-
7.	Эриус	Антигистаминное	Schering-Plough Labo	Бельгия	Эдем
8.	Но-шпа	Спазмолитик	Chinoin	Венгрия	Дротаверин
9.	Стрепсилс	Оральный антисептик	Reckitt Benckiser Healthcare International	Великобритания	Аджисепт
10.	Колдрекс	Симпатомиметик	GlaxoSmith Kline	Великобритания	Максиколд

Обращает на себя внимание тот факт, что вышеуказанные лекарственные препараты находятся длительное время на отечественном рынке лекарственных средств.

Кроме того, установлено, что среди рекламируемых лекарств значительный удельный вес приходится на лекарственные средства, которые применяются для

симптоматического лечения простудных заболеваний, следовательно, сезонность влияет на характер телевизионной рекламы лекарственных средств.

Таким образом, изучение рекламы на лекарственные средства на телевидении в Запорожской области показало, что как национальные, так и коммерческие, в том числе региональные телевизионные каналы значительную часть эфирного времени (от 28.63% до 45.07%) предоставляют для рекламы рекламных средств. При этом, рекламируют преимущественно лекарственные препараты для внутреннего применения зарубежного производства, длительное время находящиеся на территории Украины, которые можно заменить отечественными аналогами более дешевыми, не менее эффективными, нежели импортные лекарства.

### **СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Закон Украины от 04.04.1996 г. № 123/96-ВС “О лекарственных средствах” (последняя редакция).
2. Закон Украины от 03.07.1996 г. № 270/96-ВС «О рекламе».
3. Громовик Б.П. Менеджмент і маркетинг у фармації: підручник / Б.П. Громовик, Г.Д. Гасюк, О.Р. Левицька; за ред. д-ра фарм. наук, проф. Б.П. Громовика. – К.: Медицина, 2008. - С. 522-535.
4. Мнушко З.Н. Менеджмент и маркетинг в фармации. Ч. II. Маркетинг в фармации: учеб. для студ. вузов / З.Н. Мнушко, Н.М Дихтярева ; под ред. З.Н.Мнушко. – 2-е изд. – Х. : Изд-во НФаУ: Золотые страницы, 2008.- С. 345-374, 389-391.
5. Фармацевтичний маркетинг. Навчальний посібник; Збірник вправ / Громовик В.П., Гасюк Г.Д., Мороз Л.А., Чухрай Н.И. – Львів: Наутілус, 2000. - С. 173-193, 267-271, 305-308.

**Резюме.** Здійснено дослідження реклами лікарських засобів на телебаченні на регіональному рівні. Виявлені тенденції, визначен рейтинг лікарських засобів, які найчастіше рекламують на телебаченні.

**Summary.** A study of drug advertising on television at the regional level. Tendencies, defined the rating most frequently advertised drugs on television.

УДК 615.23:339.138(477.62)

**МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ РЕГІОНАЛЬНОГО РИНКУ  
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ МУКОЛІТИЧНОЇ ДІЇ (НА ПРИКЛАДІ  
ДОНЕЦЬКОЇ ОБЛАСТІ)**

*Зарічна Т.П., Фабрій О.Ю., Райкова Т.С.*

*Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна*

**Резюме.** Проведено маркетингове дослідження регіонального ринку лікарських засобів муколітичної дії. Проаналізовано конкурентоспроможність фармацевтичних фірм, що поставляють на фармацевтичний ринок Донецької області ці засоби. Методом кваліметричного аналізу визначено найбільш ефективні з них.

**Ключові слова:** лікарські засоби муколітичної дії, регіональний ринок лікарських засобів, конкурентоспроможність фармацевтичних фірм, кваліметричний аналіз.

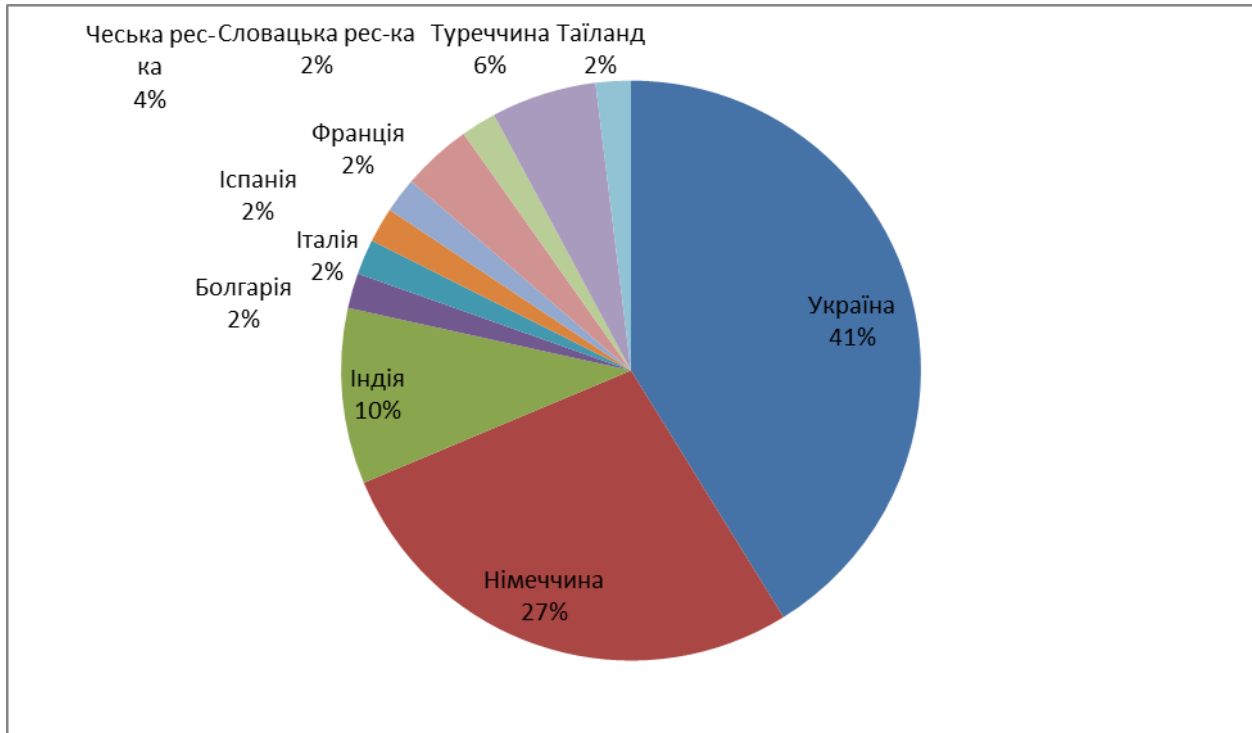
У Донецькій області, на території якої знаходиться ряд підприємств вугільної та хімічної промисловості, відзначається високий рівень захворювань органів дихання.

У зв'язку з цим, актуальним є своєчасне і оптимальне забезпечення населення даного регіону лікарськими засобами муколітичної дії.

Метою роботи стало маркетингове дослідження ринку лікарських засобів муколітичної дії Донецької області, аналіз конкурентоспроможності фірм, що поставляють лікарські засоби зазначеної дії на регіональний ринок, проведення кваліметричного аналізу лікарських препаратів, що входять до досліджуваного сегменту ринку.

Для проведення досліджень були використані дані «Компендіуму», Державного реєстру лікарських засобів України», прайс-листи, товарно-транспортні накладні, які надходять на фармацевтичні фірми і в аптечні підприємства Донецької області.

У результаті дослідження встановлено, що загальний список виробників, які поставляють на регіональний ринок 52 лікарських засоби зазначеної дії, налічує 35, серед яких 14 українських (40 %) і 21 - зарубіжних (60 %) з 10 країн світу (Німеччини, Індії, Чехії, Болгарії, Італії, Іспанії, Франції, Словацької республіки, Туреччини, Таїланду) (малюнок 1).



Мал. 1. Діаграма співвідношення країн-виробників лікарських засобів муколітичної дії

Для визначення ступеня напруженості між виробниками препаратів - аналогів розраховували коефіцієнт напруженості  $K_{vi}$  за формулою: [1]

$$K_{vi} = \frac{n-1}{n}, \quad (1)$$

де  $n$  - кількість всіх конкурентних аналогів фірм.

При цьому, досліджувані лікарські препарати були згруповані за діючими речовинами наступним чином:

- група амброксолу (22 лікарські засоби)
- група ацетилцистеїну (12 лікарських засобів)
- група бромгексину (8 лікарських засобів)
- група карбоцистеїну (5 лікарських засобів)
- група ердостеїну (1 лікарський засіб)

- комбінації (3 лікарські засоби).

Результати розрахунку наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

**Показники коефіцієнту напруженості між виробниками лікарських засобів муколітичної дії**

Назва лікарського засобу	Амброксол	Ацетилицистеїн	Бромгексин	Карбоцистеїн	Ердостеїн	Комбінації
Коефіцієнт напруженості ( $K_{vi}$ )	0,95	0,92	0,88	0,8	-	0,67

Проаналізувавши отримані дані, можна зробити висновок, що найбільша конкуренція спостерігається серед фірм, які випускають аналоги амброксолу ( $K_{vi}=0,95$ ). Також висока конкуренція між фірмами, що випускають препарати-аналоги ацетилицистеїна ( $K_{vi}=0,92$ ), бромгексину ( $K_{vi}=0,88$ ), карбоцистеїну ( $K_{vi}=0,8$ ). Серед фармацевтичних фірм-підприємств, що випускають зазначені препарати, є вітчизняні: ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», м. Харків, ПАТ «Хімфармзавод «Червона зірка», м. Харків, ТОВ «Стиролбіофарм», м. Горлівка, Донецька обл., ТОВ «КУСУМ ФАРМ», м. Суми, ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», м. Київ, ТОВ «Дослідний завод «ГНЦЛС», м. Харків, ТОВ «Фарма Старт», м. Київ, які успішно витримують високий рівень конкуренції з такими відомими фармацевтичними компаніями, як «Берлін – Хемі АГ» (Німеччина), «Меркле ГмбХ» (Німеччина), АТ «Софарма» (Болгарія) та інші.

На наступному етапі розраховали частку сегменту регіонального фармацевтичного ринку, яку займає кожна з фірм-виробників лікарських засобів муколітичної дії.

Розрахунок проводили за формулою:

$$d_{ij} = \frac{n_{ij}}{\sum n_{ij}}, \quad (2)$$

де  $n_{ij}$  – кількість препаратів  $j$ -тої фірми в  $i$ -сегменті;



$\sum n_{ij}$  – сумарна кількість препаратів і-го сегменту, зареєстрованих в Україні [1].

Дані розрахунку наведено в таблиці 2.

Таблиця 2

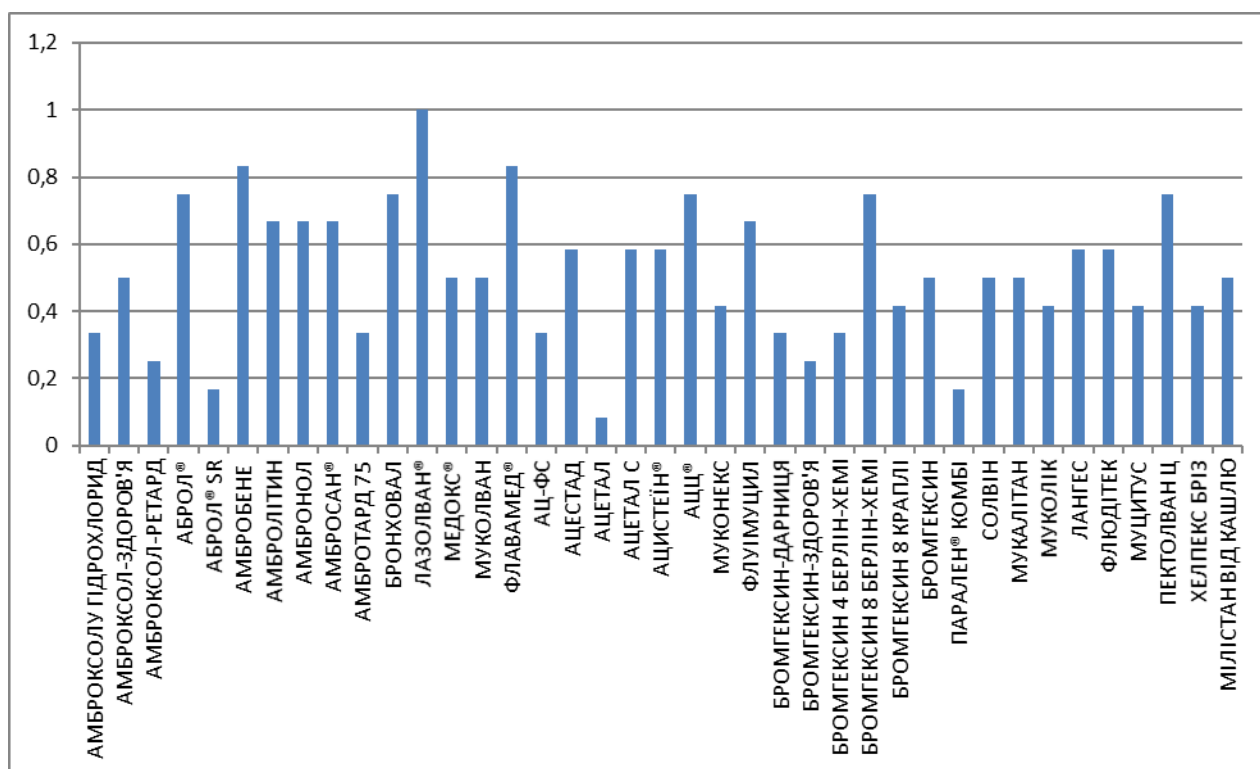
**Частка сегменту фармацевтичного ринку, яку займає кожна з фірм-виробників лікарських засобів муколітичної дії**

Країна	Фірма-виробник	Частка сегменту ринку ( $d_{ij}$ )
Україна	ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", м. Харків, Україна	0,0196
	ТОВ "Фармацевтична компанія "Здоров'я", м. Харків, Україна	0,098
	ТОВ "Стирлобіофарм", м. Горлівка, Донецька обл., Україна	0,0196
	ТОВ "КУСУМ ФАРМ", м. Суми, Україна	0,0392
	ПАТ НВЦ "Борщагівський ХФЗ", м. Київ, Україна	0,0588
	ТОВ "Дослідний завод "ГНЦЛС", м. Харків	0,0196
	ТОВ "Фарма Старт", м. Київ,	0,0196
	ПрАТ "Фармацевтична фірма "Дарниця", м. Київ, Україна	0,0196
	ПАТ "Луганський хіміко-фармацевтичний завод", м. Луганськ, Україна	0,0196
	ТОВ "Юрія-Фарм", м. Київ, Україна	0,0196
	ВАТ "Тернопільська фармацевтична фабрика", м. Тернопіль/ТОВ "Тернофарм", м. Тернопіль, Україна/Україна	0,0196
	ПрАТ "Технолог", м. Умань, Черкаська обл., Україна	0,0196
	Спільне українсько-іспанське підприємство "Сперко Україна", м. Вінниця, Україна	0,0196
	ВАТ "Фармак", м. Київ, Україна	0,0196
	Німеччина	МерклеГмбХ, Німеччина
СалютасФармаГмбХ, Німеччина		0,0784
Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ, Німеччина		0,0196
БЕРЛІН-ХЕМІ АГ (МЕНАРІНІ ГРУП), Німеччина		0,098
СТАДА Арцнайміттель АГ, Німеччина		0,0196
Кревель Мойзельбах ГмбХ, Німеччина		0,0196
Болгарія	АТ "Софарма", Болгарія	0,0196
Італія	Замбон С.П.А., Італія	0,0196
Іспанія	Берінгер Інгельхайм Еспана С.А., Іспанія	0,0196
Чеська Республіка	АТ "Зентіва", Чеська Республіка	0,0196
	ПРО. МЕД. ЦС Прага а.т., Чеська Республіка	0,0196
Словацька Республіка	АТ "Зентіва", Словацька Республіка	0,0196
Франція	Іннотера Шузі, Франція	0,0196
Туреччина	Білім Фармасьютикалз А.С., Туреччина	0,0392
	АБДІ ІБРАХІМ ІлачСанаівеТіджарет А.Ш., Туреччина	0,0196
Таїланд	М&Н Мануфактурінг Ко., Лтд, Таїланд	0,0196
Індія	Маклеодс Фармасьютикалс Лімітед, Індія	0,0196
	МаріонБіотекПвт. Лтд., Індія	0,0196
	Іпка Лабораторіз Лімітед, Індія	0,0196
	Сінмедик Лабораторіз, Індія	0,0196
	Юнімакс Лабораторіес, Індія	0,0196

Із таблиці видно, що найбільша питома вага в досліджуваному сегменті припадає на ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я», м. Харків, Україна і «Берлін – Хемі АГ», Німеччина.

Наступний крок роботи – проведення кваліметричного аналізу для оцінки основних характеристик лікарських засобів зазначеної групи. Кваліметричну характеристику здійснено на основі аналізу й узагальнення даних з клінічного застосування муколітичних препаратів. Для оцінки використовували наступні характеристики: форма випуску, шляхи введення, спектр дії, протипоказання, побічна дія, переважаючі ознаки.

Результати кваліметричної оцінки наведені на малюнку 2.



Мал. 2. Гістограма результату кваліметричного аналізу препаратів муколітичної дії

Проаналізувавши дані, наведені в таблиці, можна зробити висновок, що найбільш конкурентоздатними і раціональними лікарськими засобами муколітичної дії є лазолван, амбробене, флавамед – препарати з групи амброксола. Певною мірою їм поступаються аброл, бромгексин 8 Берлін-Хемі, пектолван Ц, АЦЦ. Препарати ацетал, аброл SR, парален комбі з точки зору кваліметричної оцінки є найменш раціональними для лікування органів дихання.

## **ВИСНОВКИ**

Проведено маркетингові дослідження ринку муколітичних лікарських засобів Донецької області. Встановлено, що вітчизняні фармацевтичні фірми постачають лише 40% лікарських препаратів для цього сегменту ринку, витримуючи, при цьому, високий рівень конкуренції з провідними зарубіжними фармацевтичними компаніями. У зв'язку з чим актуальною є розробка нових лікарських препаратів зазначеної дії та освоєння їх виробництва на території України.

Аналіз конкурентоспроможності показав, що найвища конкуренція спостерігається серед виробників препаратів-аналогів амброксолу. Високу конкурентоздатність препаратів цієї групи (лазолван, амбробене, флавамед) підтверджено результатами здійсненого кваліметричного аналізу.

Для ефективнішого насичення ринку конкурентоздатними препаратами досліджуваної групи виробникам і дистриб'юторським фірмам треба зважити на результати здійснених досліджень.

## **СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ**

1. Белошапка В.А. Стратегическое управление и маркетинг в практике фармацевтических фирм / В.А. Белошапка, Г.В. Загорий, В.А. Усенко. – К.: Триумф, 2001. – С. 251-274.
2. Бушуева И.В. Методические подходы к определению устойчивости товарной и конкурентной позиции фармацевтической фирмы в условиях рынка и ограниченной роли государства / И.В. Бушуева, О.И. Карпова, В.А. Демченко, Ю.В. Маковик // Запорожский медицинский журнал. – 2004. – Т.2, №1. – С.109-111.
3. Громовик Б.П. Характеристика основных методик визначення конкурентоспроможності лікарських засобів / Б.П. Громовик // Фармацевтичний журнал. – 2002. - №3. – С. 7-11.
4. Компендиум 2011 – лекарственные препараты / Под ред. В.Н. Коваленко, А.П. Викторова. – К.: Морион, 2011. – 2270с.
5. База даних лікарських засобів, що зареєстровані в Україні [Електронний ресурс] – Режим доступу: <http://www.mozdoc.kiev.ua>

**Резюме.** Проведено маркетингове дослідження регіонального ринку лікарських засобів муколітичного дії. Проаналізована конкурентоспособність фармацевтичних фірм, які постачають на фармацевтичний ринок Донецької області ці лікарські засоби. Методом кваліметричного аналізу встановлено найбільш ефективні з них.

**Summary.** Marketing research of the regional market medicines mucolytic action. The competitiveness of pharmaceutical companies that supply the pharmaceutical market Donetsk region these drugs. The method of qualimetric analysis defined the most effective ones among them.

УДК 615.1:339.138] : 615.032 (477)

**МАРКЕТИНГОВЕ ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ  
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ІНФУЗІЙНОЇ ТЕРАПІЇ**

**Яковлева О.С.**

*Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна*

**Резюме.** Наведено результати маркетингового аналізу вітчизняного ринку лікарських засобів для інфузійної терапії. Проведено аналіз даних реєстрації препаратів. Встановлено, що найбільш питому вагу мають інфузійні розчини, що містять електроліти та препарати гідроксиетильованного крохмалю, які виготовляються переважно вітчизняними виробниками.

**Ключові слова:** інфузійна терапія, інфузійні розчини, маркетингове дослідження, фірми-виробники.

**Вступ.** Рациональна інфузійна терапія є невід'ємною складовою лікування різноманітних категорій хворих. Вона відіграє вирішальну роль у лікуванні

хворих з різною патологією, особливо при гострих та невідкладних станах у клініках хірургічного та терапевтичного профілю.

Сучасний вітчизняний фармацевтичний ринок налічує велику кількість інфузійних розчинів (ІР), що здатні задовільнити практично будь-які потреби для лікування тієї чи іншої патології. За останні роки значно розширився асортимент ІР для корекції гемодинамічних порушень та мікроциркуляції, дезінтоксикаційної терапії та парентерального харчування. Його формування здійснюється також і за рахунок налагодження виробництва низки нових вітчизняних комплексних ІР поліфункціональної дії.

Сьогодні, у структурі лікарських призначень хворим, частка інфузійної терапії може складати 30% від загальної кількості призначень, витрати на яку становлять 42% від загальних витрат на фармацевтичне забезпечення [2]. У зв'язку з цим, в організації ефективного лікувального процесу різноманітних категорій хворих дуже важливо знати сучасний асортимент ІР.

**Основна частина.** Відповідно до АТС-класифікації ВООЗ, ІР відносяться до групи В05 «Кровозамінники та перфузійні розчини», у складі якої визначають наступні фармакотерапевтичні підгрупи:

- 1) кров і подібні препарати;
- 2) розчини для внутрішньовенного введення;
- 3) засоби для перитонеального діалізу;
- 4) додаткові розчини для внутрішньовенного введення.

До першої групи належать кровозамінники і білкові фракції плазми крові, а саме препарати альбуміну, інших білкових фракцій плазми, фторвуглецеві кровозамінники, розчини на основі декстрану, препарати желатину, препарати гідроксиетильованого крохмалю та препарати полівінілпіролідону.

В групу розчинів для внутрішньовенного введення об'єднані розчини для парентерального живлення (амінокислоти, жирові емульсії, вуглеводи, комбіновані препарати), розчини, які використовуються для корекції порушень електролітного балансу (електроліти, електроліти з вуглеводами).

До групи розчинів для перитонеального діалізу відносяться розчини, які відрізняються між собою осмотично активною речовиною (такою як глюкоза, її полімери, амінокислоти, сульфати хондроїтину та його похідні, гіалуронова кислота та продукти її деполімеризації, продукти хімічного перетворення інших глюкозаміногліканів, ацетильовані та діацетильовані аміноцукори або їх комбінації), її концентрацією, електролітним складом (наявністю або відсутністю іонів калію, високим чи низьким вмістом кальцію, магнію, вмістом хлорид-, лактат-, гідрокарбонат-іонів) та рН. Створення розчинів для перитонеального діалізу надало можливість використовувати їх, коли в умовах обмежених ресурсів, екстракорпоральні діалізні методики є недоступними [3].

Додаткові розчини для внутрішньовенного введення включають розчини електролітів (натрію гідрокарбонат, натрію хлорид, магнію сульфат, кальцію хлорид), а також електроліти в комбінації з іншими препаратами.

За даними Державного експертного центру Міністерства охорони здоров'я України станом на 01.02.2014 року, в Україні було зареєстровано 254 торгові назви ІР з урахуванням форм випуску.

Найбільшу питому вагу в структурі торгових назв лікарських засобів для інфузійної терапії мають ІР, що містять електроліти та препарати гідроксиетильованого крохмалю (табл.).

*Таблиця*

**Аналіз даних реєстрації ІР (лютий 2014 року)**

АТС-код	Фармакологічна підгрупа	Кількість зареєстрованих торгових назв	Питома вага, %
		без урахування форм випуску	
<b>В05А А Плазмозамінні та дезінтоксикаційні розчини</b>			
B05AA02	Інші білкові фракції плазми	1	1,05
B05AA05	Декстрини	4	4,21
B05AA06	Препарати желатину	1	1,05
B05AA07	Препарати гідроксиетильованого крохмалю	15	15,79
B05AA09	Препарати повідону	3	3,16

B05B A Препарати для парентерального живлення			
B05BA01	Амінокислоти	13	13,68
B05BA02	Жирові емульсії	3	3,16
B05BA10	Комбіновані препарати	3	3,16
B05B B Розчини, що застосовуються для корекції порушень електролітного балансу			
B05BB01	Електроліти	20	21,05
B05BB02	Електроліти з вуглеводами	4	4,21
B05D A Розчини для перитонеального діалізу			
B05D A	Розчини для перитонеального діалізу	8	8,42
B05D B		3	3,16
B05X A Розчини електролітів			
B05XA01	Калію хлорид	1	1,05
B05XA02	Натрію бікарбонат	3	3,16
B05XA03	Натрію хлорид	9	9,47
B05XA31	Електроліти у комбінації з іншими препаратами	4	4,21

На даний час на фармацевтичному ринку України присутні IP 19 виробників, з них вітчизняних заводів 58 %. Однак, не зважаючи на це, вітчизняні заводи виробляють менше половини від загальної кількості найменувань. Це зумовлено тим, що велика кількість вітчизняних виробників виробляє одні й ті ж найменування IP. Слід звернути увагу на те, що українські заводи виготовляють як правило прості одно- або двокомпонентні розчини. Найбільш популярними серед вітчизняних виробників є ізотонічний розчин натрію хлориду, препарат на основі декстрану реополіглокін. Крім того, на фармацевтичному ринку досить широко представлені вітчизняні препарати полівінілпіролідону, однак повністю відсутні фторвуглецеві кровозамінники, препарати желатину.

Окрему групу розчинів для внутрішньовенного введення становлять розчини для парентерального живлення. Препарати амінокислотного складу – Аміновен інфант 10%, Аміносол Нео 10%, Аміноплазмаль, Гепасоль-Нео 8%, та ліпідного – Інтраліпід 20%, Ліпофундін, комбіновані розчини для парентерального живлення: Інфезол, Олікліномель представлені на фармацевтичному ринку іноземними виробниками. Практично жоден

вітчизняний виробник не виготовляє розчинів жирових емульсій або комбінованих препаратів, що містять в своєму складі амінокислоти та вуглеводи. Лише на вітчизняному підприємстві «Юрія-Фарм» налагоджено виробництво розчину амінокислотного складу «Амінол».

Необхідно відзначити, що на світовому ринку налічується значна кількість препаратів для парентерального живлення та перитонеального діалізу, що дозволяє здійснювати індивідуальний підхід до кожного хворого. На фармацевтичному ринку України недостатньо таких препаратів, особливо вітчизняного виробництва. Отже, розробка аналогічних вітчизняних препаратів є сьогодні для фармацевтичної промисловості України особливо актуальною.

Порушення електролітного балансу спостерігаються досить часто при різноманітних захворюваннях, які потребують негайної корекції. Українськими виробниками для таких цілей випускається декілька багатокомпонентних розчинів, що містять в своєму складі суму іонів, необхідних для відновлення електролітного балансу в організмі. Провідними виробниками таких препаратів є завод «Інфузія» та «Юрія-фарм». Крім того, вітчизняними виробниками виготовляються комбінації електролітів з вуглеводами та іншими препаратами.

На вітчизняному ринку перші позиції по виробництву ІР займають підприємства ЗАТ «Інфузія» та «Юрія-Фарм». Серед іноземних виробників – Fresenius Kabi Deutschland GmbH та B. Braun Melsungen AG (рис.)



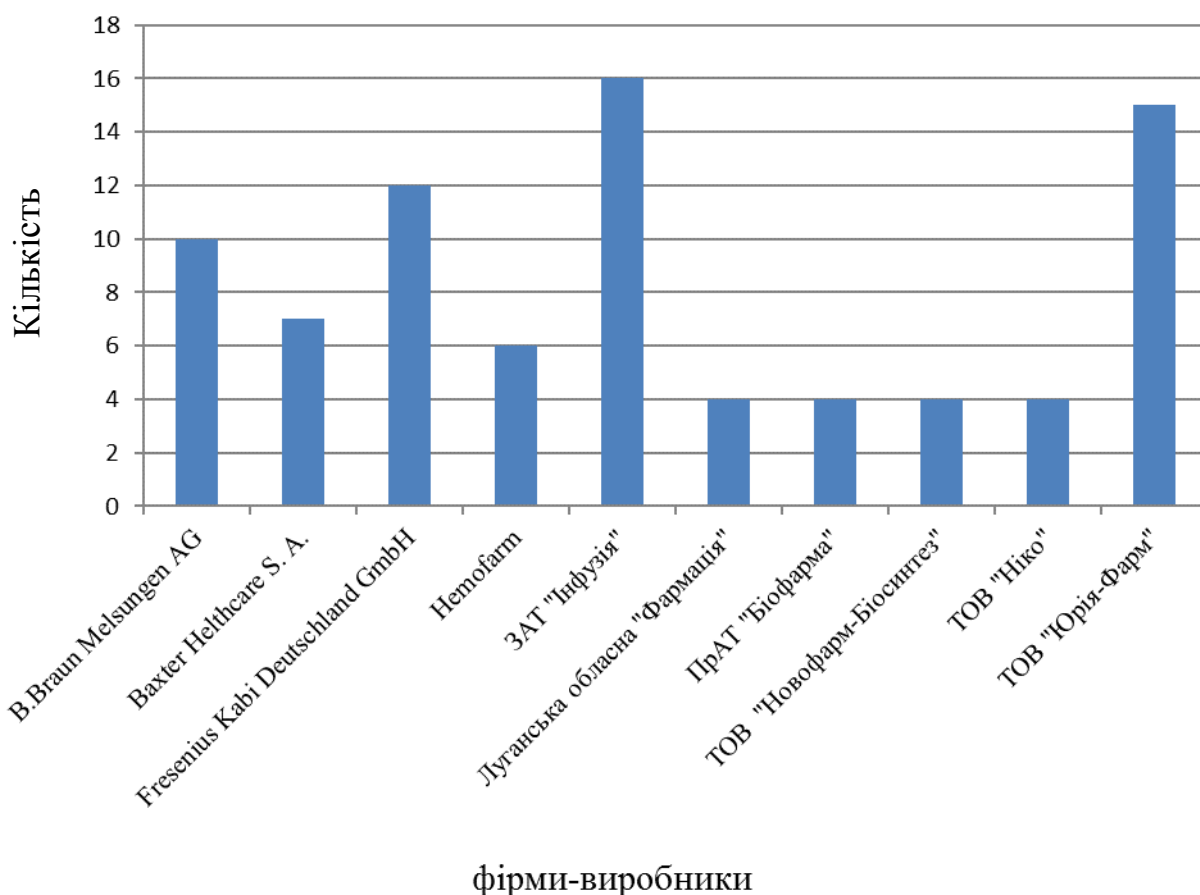


Рис. Розподіл зареєстрованих ІР (більше трьох торгових назв) за фірмами-виробниками станом на 01.02.2014 р.

В залежності від показань до призначення інфузійної терапії виробниками випускаються різні види фасовки ІР, а саме: 50, 100, 200, 400 та 500 мл. Основним видом упаковки ІР є одноразова скляна тара, яка забезпечує збереження властивостей продукції, а також запобігає потраплянню компонентів у навколишнє середовище. Поступове удосконалення технологічних процесів виготовлення ІР дозволило виробникам урізноманітнити їх упаковку, а саме випускати ІР у пакетах та пластикових пляшках.

Таким чином, ІР вирішують найширший спектр завдань: від введення лікарських засобів до підтримки життєдіяльності всього організму. Тому, враховуючи їх соціальну значимість для вітчизняного споживача, постійну

оновленість асортименту, актуальними є моніторинг вітчизняного ринку ІР та аналіз цінових характеристик, що є предметом подальших досліджень.

#### Висновки:

1. Аналіз даних Державної реєстрації лікарських засобів для інфузійної терапії за лютий 2014 р. показав, що найбільш питому вагу мають ІР, що містять електроліти та препарати гідроксиетильованного крохмалю.

2. Дослідження фармацевтичного ринку показали, що серед зареєстрованих ІР, 56,12% складають препарати вітчизняного виробництва.

3. Аналіз асортименту ІР за виробниками свідчить, що вітчизняні виробники постачають на фармацевтичний ринок України переважно препарати, які містять в своєму складі невелику кількість неорганічних іонів, або їх комбінації з вуглеводами. Забезпечення різних категорій хворих життєво важливими ІР як препарати для парентерального живлення амінокислотного та ліпідного складу, розчини для перитонеального діалізу практично залежить від іноземних виробників.

#### Література:

1. Аналіз ринку інфузійних розчинів в Україні / Р. С. Коритнюк, Н. І. Гудзь, Л. Л. Давтян, Т. А. Борисенко // Фармацевтичний журнал. – 2007. – № 6.– С. 28-31.

2. Грищук С. М. Фармакоеконімічні аспекти дотримання протоколів при лікуванні ішемічної хвороби серця у пацієнтів – членів благодійної організації «Лікарняна каса Житомирської області» / С. М. Грищук // Матеріали ІV наук.-практ. конф. «Фармакоеконіміка в Україні: стан та перспективи розвитку». – Х.: Вид-во НФаУ, 2011. – С. 129-131.

3. Гудзь Н. І. Застосування розчинів для перитонеального діалізу у медичній практиці / Н. І. Гудзь // Клінічна фармація. – 2006. – №2. – С. 19-23.

4. Інформаційно-пошукова система «Державний реєстр лікарських засобів України» / Режим доступу: <http://www.drlz.kiev.ua/>.

5. Інфузійні лікарські засоби у лікуванні політравм / Я. Л. Заруцкий, О. П. Шматенко, А. М. Соломенний та інші. // Український хіміотерапевтичний журнал. – 2012. – № 3(27). – С. 31-36.

6. Немченко А. С. Ретроспективний аналіз фармацевтичного ринку протівірусних препаратів та імуностимуляторів для лікування грипу // А. С. Немченко, Л. С. Симонян // Вісник фармації. – 2012. – № 3. – С. 20-22.

7. Delphine M. De Smedt. Economic evaluation of different treatment modalities in acute kidney injury / Delphine M. De Smedt, Monique M. Elseviers, et al. // Nephrol Dial Transplant – 2012. – V. 27. – P. 4095 – 4101.

**Summary:** It is given the results of the marketing analysis of the national pharmaceutical market for infusion therapy. The analysis of data registration agents is conducted. It is determined that the most important are medication infusion containing electrolytes and drugs of hydroxyethyl starch are produced mainly by the national producers.

**Keywords:** infusion therapy, medication infusion, market research, firms manufacturers.

# **ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІІ**



**СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ, ЯК  
НАУКОВИЙ НАПРЯМОК ТА  
НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА**

## ДО ПИТАННЯ РОЗУМІННЯ СУТТІ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ

Громовик Б.П., Унгурян Л.М.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

Одеський національний медичний університет,

м. Одеса, Україна

hromovyk@gmail.com

lianau@ukr.net

**Вступ.** В останні десятиліття здійснюється трансформація фармації зі складової соціального інституту медицини у самостійний соціальний інститут, що вимагає ґрунтовного соціологічного її аналізу, в якому власне соціологія відіграє прикладний характер.

**Мета дослідження:** визначення думки викладачів вищих навчальних закладів фармацевтичного спрямування щодо змісту соціальної фармації (СФ).

**Методика дослідження.** Застосоване анонімне анкетне опитування. В якості респондентів виступили викладачі кафедр організації та економіки фармації Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького та Одеського національного медичного університету. Всього опитано 22 особи. Конфлікту інтересів не спостерігалось. Анкета, за якою проводилося опитування, складається із 14 питань, що стосувалися засадничих питань СФ, та паспортної частини. У даних тезах описується лише декілька питань.

**Основний матеріал дослідження.** Відповідно до отриманих результатів проведеного анкетного опитування для усіх респондентів такий термін як «СФ» є відомим. Основними джерелами ознайомлення із СФ було участь в однойменній інтернет-конференції (Харків, 2013) та спілкування із колегами. Про це зазначили 31,8 та 27,3 % опитаних відповідно. Іншими джерелами такої інформації були друковані періодичні видання (18,2 %), назва однойменної кафедри (13,6 %), інтернет (9,1 %), власні дослідження та відомі наукові школи (по 4,5 %).

Щодо визначення самого терміну «СФ», то з десяти запропонованих трактувань найбільше респондентів були прихильними до трьох, а саме:

✓ соціальна фармація, термін який інтегрує всі аспекти фармацевтичної науки і практики, їхній взаємозв'язок з умовами життя і навколишнього середовища, з комплексом соціальних, психологічних, екологічних чинників, оскільки визначає науку про громадське здоров'я, його залежність від вказаних чинників і комплекс науково обґрунтованих заходів, що забезпечують мінімізацію впливу негативних, несприятливих чинників (31,8 %);

✓ соціальна фармація – наукова концепція, яка фокусується на ролі лікарських засобів на рівні особистості, групи (організації) і суспільства, та ролі фармацевтичних фахівців у галузі охорони здоров'я, а також охоплює різні напрямки – від досвіду і сприйняття лікарських засобів пацієнтом до національної і міжнародної лікарської (фармацевтичної) політики (27,3 %);

✓ соціальна фармація є теоретичною основою організації фармацевтичного забезпечення, тобто системи державних і громадських заходів правового, організаційного, соціально-економічного, наукового, культурно-освітнього, санітарно-епідеміологічного, медичного, технічного та іншого характеру, спрямованих на збереження і зміцнення здоров'я людей, запобігання і лікування хвороб, подовження тривалості життя та працездатності, забезпечення сприятливих для здоров'я умов побуту та праці, гармонійного фізичного та психічного розвитку людини (27,3 %).

Про перспективність СФ в Україні засвідчило 86,4 % респондентів.

**Висновки.** Проведення статистичного аналізу результатів анкетного опитування університетських викладачів фармацевтичних управлінсько-економічних дисциплін дозволило виявити схожості і відмінності їх обізнаності з питань СФ, а також визначити необхідність проведення подальших наукових досліджень з вивчення шляхів розвитку майбутньої моделі СФ в Україні.



# СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ ЯК НЕВІД'ЄМНИЙ КОМПОНЕНТ ПАЛІАТИВНОЇ МЕДИЦИНИ

Прокіп С.Є.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

sofiyaprokip@gmail.com

**Вступ.** Розробка стандартів якості, ефективності, безпеки, раціонального використання лікарських засобів (ЛЗ), а також розробка рекомендацій по здійсненню національної політики в сфері оптимізації забезпечення населення життєво необхідними ЛЗ є основним напрямком сучасної системи охорони здоров'я (ОЗ). Оскільки паліативна допомога (ПД) є соціально значущою галуззю ОЗ, що спрямована на забезпечення належної якості життя пацієнтів із невиліковними захворюваннями, вивчення її складових є актуальним. Тому, **метою** дослідження було здійснення аналізу компонентів ПД і соціальних моделей її надання.

**Методики дослідження.** В роботі використовувались методи пошуку, аналізу та узагальнення даних інформаційних джерел.

**Основний матеріал дослідження.** Відповідно до визначення Всесвітньої організація охорони здоров'я (2002) ПД – це комплексний підхід, мета якого забезпечити максимальну якість життя пацієнта з невиліковним (смертельним) захворюванням і членів його родини шляхом запобігання і полегшення страждань внаслідок ранньому виявленню і точному діагностуванню (оцінці) проблем, що виникають, та проведення адекватних лікувальних заходів (при больовому синдромі (БС) та інших розладах життєдіяльності), а також надання психосоціальної та моральної підтримки.

Виходячи із зазначеного у ПД нами виокремлено 5 складових: медичну, фармацевтичну, соціальну, психологічну та духовну.

*Медична* складова ПД полягає у контролі фізичного стану хворого, симптоматичному лікуванні патологічних проявів хвороби, в тому числі, БС, консультуванні та навчанні пацієнта, а також його рідних.

*Фармацевтична* складова ПД полягає у сприянні пацієнтоорієнтованості фармакотерапії шляхом раціонального та економічно доцільного призначення та відпуску відповідної лікарської форми залежно від віку, статі, нозологічної одиниці, супутніх патологій, функції органів і систем та виходячи із положень доказової медицини і фармації при повному забезпеченні лікувального процесу адекватними ЛЗ належної якості.

*Соціальний* компонент ПД має на меті підтримку найменш захищених верств суспільства, якими є невиліковно хворі, розширення можливостей пацієнта, забезпечення діяльності системи надання комплексних послуг, а також сприяння тому, щоб ця система відповідала потребам пацієнта.

*Психологічний* компонент ПД вирішує завдання полегшення психоемоційних станів, пов'язаних з невиліковним захворюванням, подолання стресу, тривожного стану, депресії хворих, їх родичів та персоналу, залученого до надання ПД, обговорення та підготовки до смерті, допомоги близьким родичам під час і після важкої втрати.

*Духовна* складова забезпечує духовну, релігійну, або конфесіональну самоідентифікацію для хворих, якщо остання розглядається хворим як проблема або потреба.

Варто зробити акцент саме на *соціальному* компоненті, який в певній мірі об'єднує поняття «соціальної медицини» та «соціальної фармації», оскільки спрямований на пацієнтів (суспільство), що виражається у формах (моделях) її надання, а також на проблеми, пов'язані з раціональним використанням ЛЗ.

ПД пацієнтам може надаватись:

- на дому (виїзними (мультидисциплінарними) бригадами спеціалістів з ПД);
- у багатопрофільних закладах ОЗ (відділення ПД у лікарнях, геріатричних пансіонатах, приватних клініках тощо);

- у спеціалізованих установах паліативної медицини (ПМ) (хоспісах);
- кабінетах протибольової терапії (у багатопрофільних стаціонарах чи установах онкологічного профілю).

Основними рівнями надання ПД є:

1) *первинна медична допомога* (МД). На даному рівні ПД надається у різних закладах ОЗ спеціалістами загального профілю, що використовують паліативний підхід під час терапії;

2) *спеціалізована МД*. Надання ПД на цьому рівні здійснюють фахівці із певним досвідом і навиками в галузі ПМ у закладах ОЗ певного профілю з використанням мультидисциплінарного підходу (до процесу терапії пацієнта можуть залучатись фахівці немедичних спеціальностей – соціальні працівники, психологи, волонтери тощо);

3) *високоспеціалізована ПД* надається кваліфікованим лікарським та медсестринським персоналом із достатнім досвідом роботи в галузі ПМ у спеціалізованих закладах (хоспісах чи відділеннях ПД). До складу мультидисциплінарної команди працівників обов'язково входять медичні фахівці (лікарі, медсестри, провізори (клінічні провізори), дієтологи, реабілітологи) та інші спеціалісти, що забезпечують надання соціальної, психологічної та духовної підтримки пацієнтів (волонтери, адміністративні працівники, духівники, психотерапевти тощо).

**Висновок.** За результатами проведеного аналізу обґрунтовано 5 складових паліативної медицини (медичну, фармацевтичну, соціальну, психологічну та духовну) та показано соціальну орієнтованість галузі. Охарактеризовано 4 моделі та 3 рівні надання ПД і зазначено на важливість використання мультипрофесійного підходу, зокрема участі в ній провізора (клінічного провізора), для забезпечення належної якості життя пацієнтів із невиліковними захворюваннями.

**СОЦІАЛЬНА МЕДИЦИНА ТА  
СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ –  
ВЗАЄМОЗВ'ЯЗОК ДИСЦИПЛІН**

# ВАКЦИНАЛЬНЫЙ ИММУНИТЕТ ПРОТИВ ДИФТЕРИИ В ДИНАМИКЕ ТЕЧЕНИЯ САХАРНОГО ДИАБЕТА 1 ТИПА

Аполонина А.В., Багмут И.Ю.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

г. Харьков, Украина

irina.bagmut@ukr.net

**Вступление.** С момента введения вакцинации, как первичной профилактики распространения инфекционных болезней, календарь прививок подвергся усовершенствованию, в результате чего сократилось количество противопоказаний по вакцинации упомянутыми препаратами. Однако ранее сахарный диабет 1 типа учитывался как противопоказание в системе здравоохранения. Актуальной является задача поиска эффективных методов иммунизации населения, предусмотренных Приказом Министерства здравоохранения Украины № 595 от 16.09.2011 года «Календарь профилактических прививок в Украине» [[www.portal.rada.gov.ua/](http://www.portal.rada.gov.ua/)].

Поскольку дифтерия продолжает регистрироваться, дополнительное изучение влияния различных факторов на иммуногенез не утратило актуальности. Среди причин, которые определяют характер иммунного ответа на вакцинацию и негативно влияют на показатели напряженности и сохранения активного искусственного иммунитета против дифтерии, являются имеющиеся болезни разного характера у лиц, которым проводится вакцинация. Наряду с инфекционными следует учитывать и неинфекционные заболевания, в частности, эндокринную патологию. Наиболее распространенная среди них - сахарный диабет. По данным ВОЗ, в 2001 году около 5% населения США и стран Европы имело диагноз или латентные формы сахарного диабета. В Украине эта болезнь составляет 8% в структуре патологии человека и имеет тенденцию к росту. В Харькове распространенность сахарного диабета I типа среди детей до 18 лет составила в 2001 году 96,1 на 100 тыс. населения, что по сравнению с общими показателями в стране имеет высшую отметку. Учитывая,

что детский контингент является основным объектом плановой иммунизации населения в Украине, считаем целесообразным изучить методы иммунопрофилактики дифтерии у детей и подростков, больных сахарным диабетом I типа. **Целью** данной работы явилось изучение показателей искусственного активного антитоксического противодифтерийного иммунитета у детей и подростков, больных сахарным диабетом I типа в зависимости от длительности течения болезни.

**Материалы и методы** Научные исследования выполнялись по научному направлению «Определение роли и значения социальных и биологических факторов в развитии эпидемического процесса при отдельных инфекционных болезнях», утвержденному Постановлением Президиума ВАК Украины от 09.01.2002р. № 18-09/1. Материалом для изучения стала кровь и сыворотки больных сахарным диабетом I типа детей от 1 до 18 лет. Объектами наблюдений было 105 человек. Исследование сывороток проводилось у 12 детей и подростков с впервые диагностированным сахарным диабетом I типа единовременно (на момент госпитализации), у 93 детей и подростков в стадии декомпенсации единовременно (на момент госпитализации). Контрольную группу составили 71 здоровых детей разного возраста. Изучались и анализировались истории болезней пациентов, справки о прививках детей, эпидемиологические карты, статистические формы: 112 / у, № 63/у. Лабораторные методы применялись для определения уровня специфических антител к дифтерии с помощью иммуноферментного анализа (ИФА). Иммунная защита у детей имела место, если показатели титров составляли от 0,1 МЕ / мл, недостаточными были титры менее 1,0 МЕ / мл - пациент подлежит повторной (усилительной) иммунизации. Статистический метод был внедрен для проверки полученных данных на соответствие закону Гаусса, использованы однофакторный дисперсионный анализ, параметрические (F-test) и непараметрические (Kruskal-Wallis-test) критерии. Статистические показатели представлены в виде средней арифметической (M) и стандартной погрешности (SE), а также медианы (Me) нижнего (LQ) и верхнего (Up.Q.) quartiles лей.

Статистический анализ данных выполнен с помощью компьютерной программы «Statgraphics Plus 3.0».

**Результаты и обсуждение.** Анализ показателей специфических антител к дифтерии показал, что у детей и подростков с впервые диагностированным сахарным диабетом I типа (I группа) количество серонегативных составило 2 ребенка ( $16,67 \pm 10,76\%$ ), с низким защитным уровнем противодифтерийных антител - 4 ребенка ( $33,33 \pm 13,67\%$ ). Как средний, так и высокий защитный уровень антител к дифтерии было обнаружено у 3 детей ( $25,0 \pm 12,5\%$ ). Среди детей и подростков, больных сахарным диабетом I типа 1 - 5 лет (II группа) количество серонегативных детей и подростков составило 1 ребенок ( $1,79 \pm 1,77\%$ ). Низкий защитный уровень противодифтерийных антител был обнаружен у 5 детей ( $8,93 \pm 3,81\%$ ). Со средним защитным уровнем антител - 22 ( $39,28 \pm 6,53\%$ ). Высокий защитный уровень антител были определены у 28 человек ( $50,00 \pm 6,68\%$ ) (рис. 1.)

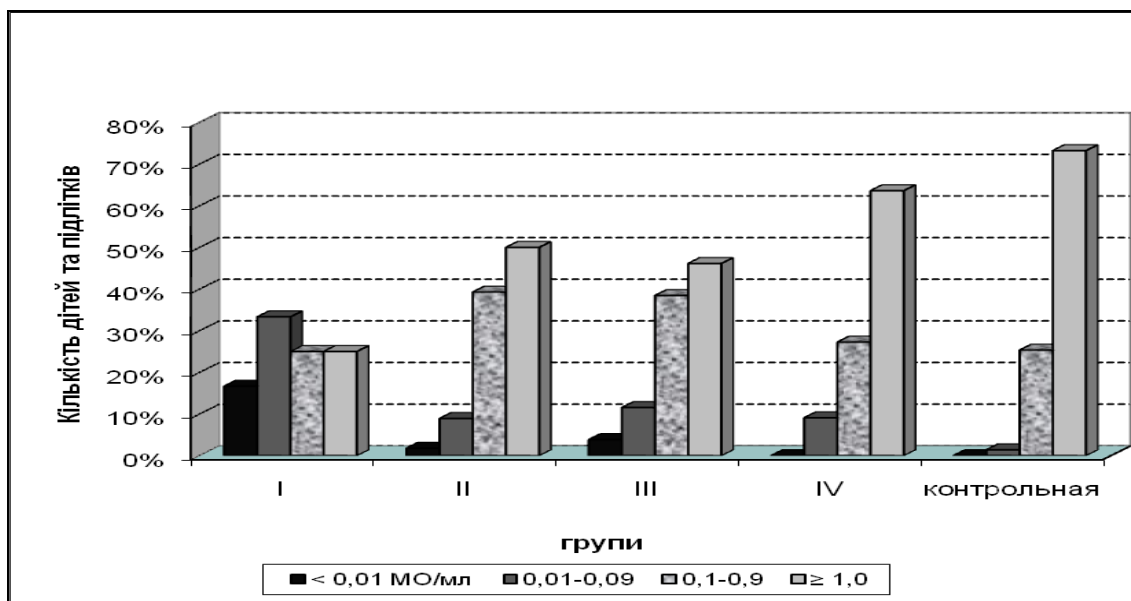


Рис. 1 Показатели уровней противодифтерийного антитоксического иммунитета у детей и подростков, больных СД I типа.

Анализ напряженности противодифтерийного иммунитета у детей и подростков III группы показал, что высокий защитный уровень антител имели 12 человек ( $46,15 \pm 9,78\%$ ), средний защитный уровень антител имели 10

человек ( $38,46 \pm 9,54\%$ ); низкий защитный уровень - 3 человека ( $11,54 \pm 6,27\%$ ), серонегативный был - 1 человек ( $3,85 \pm 3,77\%$ ).

Показатели противодифтерийного иммунитета у детей и подростков, страдающих сахарным диабетом 1 типа более 10 лет (IV группа) свидетельствуют, что серонегативных в этой группе не было выявлено, с низким защитным уровнем выявлен 1 ребенок ( $9,10 \pm 5,64\%$ ), со средним защитным уровнем было обнаружено 3 человека ( $27,27 \pm 8,73\%$ ), с высоким защитным уровнем - 7 человек ( $63,63 \pm 9,43\%$ ). Такой уровень защитных противодифтерийных антител можно объяснить плановой ревакцинацией АДС-анатоксином в 2006-2007 годах лиц этой группы.

Результаты исследования выявили определенные закономерности формирования защитного уровня противодифтерийного иммунитета в зависимости от длительности течения СД 1. Выяснилось, что дети, которые болели меньше 10 лет имели слабую способность к формированию высокого уровня защиты против дифтерии. Лица же с длительностью заболевания более 10 лет не отличались от здоровых сверстников. Особо следует отметить и группу детей с впервые диагностированным СД 1. Этот контингент больных был наиболее незащищенным против дифтерии среди всех выделенных групп.

**Выводы.** Таким образом, полученные результаты свидетельствуют, что сахарный диабет I типа негативно влияет на напряженность активного искусственного иммунитета против дифтерии в зависимости не только от продолжительности основной болезни (СД I), но и от осложнений, которые она вызывает, значит, этот вопрос требует более тщательного изучения динамики течения сахарного диабета 1 типа и разработки определенных мер по коррекции уровней показателей специфического иммунитета к дифтерии, которая продолжает регистрироваться на территории Украины.

Полученные результаты и предложения могут быть использованы в решении практических задач проведения профилактических плановых прививок, в частности, детям с медицинскими противопоказаниями в день плановых прививок.



## НОВЫЕ ПЕРСПЕКТИВЫ В ТЕРАПИИ САХАРНОГО ДИАБЕТА

Березняков А.В.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

an-ber@ukr.net

По данным Международной Федерации Диабета (IDF) во всем мире сахарным диабетом больны уже 285 миллионов человек. Это семь процентов взрослого населения в мире. Статистика свидетельствует, что в 1985 году этим заболеванием страдали 30 миллионов человек. Спустя 15 лет это число превысило 150 миллионов. Сегодня же, меньше чем за 10 лет, количество заболевших диабетом приближается к 300 миллионам, половина из которых в трудоспособном возрасте между 20 и 60 годами. Основную тяжесть эпидемии несут на себе люди в странах с низким и средним уровнем дохода. Но в ряде стран, где уровень жизни достаточно высокий, например, в США и Канаде, заболеваемость диабетом наблюдается у 10.2% взрослого населения. IDF предсказывает, что, если нынешние темпы роста продолжатся, к 2030 году общее количество больных превысит 435 миллионов. Мировая наука находится в постоянном поиске новых подходов и методов лечения этого заболевания.

С недавнего времени на мировом рынке появились инновационные разработки инсулиновых помп израильской фирмы «Geffen Medical» и компании «Cellnovo» из Уэльса для лечения больных сахарным диабетом I типа (инсулинзависимый диабет). Способ использования инсулиновых помп для людей, зависимых от инсулина, позволяет получить необходимое количество вещества. Предназначена медицинская помпа для непрерывного подкожного введения инсулина в организм на протяжении всего дня и имеет большие удобства использования по сравнению с инъекциями. Для введения инсулина в данной помпе используются две составляющие: пульт управления и Pod – модуль, внутри которого скомпонованы помпа, электроника, батарейки и небольшой резервуар, который после закачивания инсулина крепится на теле в

любом удобном месте (на животе, предплечье, бедре, ягодице) лейкопластырем. Pod водонепроницаем и меняется через каждые 3 дня. Вес модуля на теле – 34 грамма. Подача инсулина регулируется при помощи беспроводного пульта управления, который имеет встроенный глюкометр и различные программы для расчета доз инсулина. Инсулин при помощи шприца (идет в упаковке вместе с Pod – модулем) закачивается в небольшой резервуар. После этого Pod – модуль клеится на тело. После того, как активируется его работа, в тело проникает тоненькая иголочка, которая мельчайшими дозами подает инсулин в организм. Данное устройство уже можно считать модернизированным, так как первые модели помп соединялись с корпусом посредством системы трубок для поставки инсулина от насоса в организм человека. В числе главных преимуществ новых моделей следует учесть меньший вес устройства и более простое, и функциональное использование. Благодаря пульта дистанционного управления можно легко и быстро регулировать подачу инсулина. Среди основных преимуществ системы следует отметить автоматическое выявление показателей глюкозы в крови, возможность рекомендовать использование инсулина для оптимального выбора. Также можно получать другие важные параметры, включая углеводное потребление и уровень физической активности. Такие аппараты еще называются искусственной «бета-клеткой», так как они имеют систему обратной связи. Беспроводная технология компании «Cellnovo» позволяет легко передавать соответствующие данные на ПК, портативный компьютер либо планшет для более детального анализа полученных данных. Данная система была опробована в 2013 году и будет доступна уже в 2014-м году.

# СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ БОРЬБЫ С ТАБАЧНОЙ ЗАВИСИМОСТЬЮ

Березняков А.В., Медяник Н.С.

Национальный медицинский университет, г. Харьков, Украина

an-ber@ukr.net

Курение является наиболее распространенной и массовой в мировом масштабе привычкой, наносящей урон, как здоровью отдельного человека, так и обществу в целом. В курение вовлечены практически все слои населения и, что наиболее опасно, женщины и юношество. Это социальная проблема общества, как для его курящей, так и для некурящей части. Для первой – проблемой является бросить курить, для второй – избежать влияния курящего общества и не «заразиться» их привычкой, а также – сохранить своё здоровье от продуктов курения. У курильщиков повышается риск развития патологий, к которым относятся: заболевания сердечно-сосудистой и дыхательной систем, инфаркт миокарда, инсульт, хронический бронхит, эмфизема и рак легких. Воздействие никотина способствует развитию заболеваний органов пищеварения и нарушений репродуктивной функции, как у мужчин, так и у женщин.

Миллионы людей пытаются бросить вредную привычку каждый год, но многие все еще продолжают курить, и процент успешных попыток прекратить табакокурение пока что остается низким. Самостоятельно прекратить курить удается немногим. Для тех, кто не смог это сделать самостоятельно, существует целый ряд эффективных, доказавших свою результативность, методов лечения табакокурения.

**Цель работы.** Проанализировать современные методы лечения табакокурения.

Главная цель терапии – прекращение курения и борьба с последующей никотиновой абстиненцией. Существующие методы лечения можно условно разделить на лекарственные и психотерапевтические. В свою очередь, лекарственную терапию делят на 4 группы:

1. Никотинзаместительная терапия (применение средств, содержащих никотин и облегчающих преодоление никотиновой зависимости). Применяются препараты: «Цитизин», «Табекс», «Лобелин», «Лобесил», «Гамибазин», «Никоретте»: никотинсодержащая жевательная резинка, никотиновый пластырь, никотиновый спрей в состав которых входит либо никотин, либо другие алкалоиды, влияющие на Н-холинорецепторы. Механизм действия этих препаратов основан на заместительной терапии. При попадании в организм действующее вещество этих лекарств оказывает влияние, сходное с влиянием никотина.

2. Препараты без никотина и алкалоидов. К ним относятся Варениклин («Чампикс») и Бупропион («Зибан»). Они блокируют зоны удовольствия, которые активизируются при курении, делая курение безрадостным по ощущениям, а также устраняют неприятные симптомы, в том числе психические, возникающие при отказе от курения.

3. Аверсивная терапия (применение средств, вызывающих отвращение к курению). Наиболее распространенный метод – полоскание рта жидкостями, которые, взаимодействуя с табачным дымом, вызывают неприятный вкус во рту (0,25—0,5 % раствор нитрата серебра, 0,1 % раствор сернокислой меди и др.). Кроме этого применяются способы условно-рефлекторного рвотного отучения от курения с помощью апоморфина гидрохлорида.

4. Симптоматическая терапия (снотворные, успокаивающие и обезболивающие препараты). Применяется при абстинентном синдроме во время лечения у курильщиков с большим стажем, когда возникает резкое и сильное желание закурить. В это время появляется повышенная раздражительность, снижение работоспособности, внутренний дискомфорт и другие симптомы. Применяют различные седативные средства: настой и экстракт валерианы, траву пустырника, транквилизаторы (элениум, седуксен и др.), препараты с адаптогенным действием (корень женьшеня, плоды лимонника, пантокрин, настойка аралии), и витамины (А, С, Е, группы В).

К методам психотерапии в первую очередь относятся гипнотерапия и самовнушение. Гипнотерапия является одним из наиболее распространенных

методов борьбы с табакокурением. Во время гипноза курильщику проводится внушение, направленное на устранение симптомов никотиновой абстиненции и укрепление волевых качеств в борьбе с курением. Содержание гипносуггестий также направлены на выработку у курильщика отвращения к курению и формирование у него новой модели поведения. Пациентам внушается уверенность в себе, в успехе лечения. Самовнушение направлено на выработку позитивных ассоциаций, связанных с полным отказом от курения.

**Выводы.** Многочисленные методы и подходы в борьбе с курением, к сожалению, не гарантируют достижения стопроцентного результата, так как в первую очередь зависят от «внутреннего настроя» человека, который должен сам осознавать необходимость избавиться от вредной привычки. Также опыт лечения многочисленных табакозависимых пациентов показывает, что максимально эффективен комплексный и систематизированный подход в терапии курения с учетом медицинских, социальных и биологических аспектов.

## **ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ЭПИДЕМИЧЕСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ КРАСНУХЕ У НАСЕЛЕНИЯ Г.АЛЕКСАНДРИИ ЗА 1999-2009 г.**

Колесник Ю.С., Багмут И.Ю.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

г. Харьков, Украина

irina.bagmut@ukr.net

**Вступление.** На протяжении последних лет в Украине наблюдаются высокие показатели заболеваемости краснухой детского населения. Приказ Министерства здравоохранения Украины от 16.09.2011р. № 595 «Календарь профилактических прививок в Украине» предусматривает обязательные прививки детского контингента против краснухи. **Целью** исследования был анализ заболеваемости краснушной инфекцией в ретроспективной динамике в

условиях действующей вакцинопрофилактики против краснухи в городе Александрии Кировоградской области.

**Материалы и методы исследования.** Для достижения целей мы использовали эпидемиологические, статистические методы исследования. Эпидемиологические методы в работе предусматривали изучение особенностей эпидемического процесса краснухи в г. Александрии за 1999-2009гг. Для решения вопроса о значимости полученных показателей и оценки их вероятности, результаты исследования подлежали статистическому анализу по общепринятым методам определения средней ошибки процентного отношения.

**Результаты и обсуждение.** Анализ заболеваемости краснухой населения г. Александрии в период с 1999 по 2009гг. показал особенности течения эпидемического процесса за период с 2005 по 2009 год - удельный вес заболеваемости краснухой среди всех детских капельных инфекций, управляемых с помощью иммунопрофилактики, составил - 64,8% в общей структуре. Средний показатель заболеваемости краснухой в этот период составил  $75,3 \pm 8,8$  на 100 тыс. населения.

В многолетней динамике заболеваемости краснухой прослеживается умеренная тенденция к снижению уровня заболеваемости. Средний темп снижения за этот период составил - 2,04%. Для эпидемического процесса краснухи характерны выраженные подъемы заболеваемости, которые регистрируются с интервалом 3 – 4 года. Установлен сезонный период подъема заболеваемости, который наблюдается в январе-мае. На него приходится в среднем около 78,6% (коэффициент сезонности колеблется от 52,7% до 100% в разные годы) от общих показателей за год. Среднее превышение заболеваемости превышает межсезонный уровень в 2,6 раза. При оценке отдельных форм заболеваемости в годовой динамике вспышечная заболеваемость в 2004 году имела доминирующее значение и ее удельный вес составил 66,5%.

За изучаемый период с 1999 по 2009 годы наибольшей стабильностью и значимостью характеризовалась круглогодичная заболеваемость, в общей

структуре годовой динамики она составляла 35,5%. В возрастной структуре заболеваемости краснухой более 85% составляют дети. Тесное общение детей в организованных коллективах способствует распространению инфекций с капельным процессом передачи, что подтверждают результаты изучения заболеваемости среди различных контингентов в г. Александрии. Уровень заболеваемости организованных детей в 1,5 раза превышает заболеваемость неорганизованных.

Следует отметить, что в годы циклических подъемов заболеваемости в возрастной структуре наибольшую долю составляют дети 10-14 лет и взрослые от 20 лет и старше. В городе Александрии прослеживается рост заболеваемости краснухой взрослого населения. В последние годы количество заболевших краснухой взрослых составила 15% от общего количества заболевших. Иммунная прослойка у лиц старше 20 лет составляет менее 85% и, следовательно, напряженность иммунитета недостаточная, что определяет случаи заболеваемости в этом возрасте.

**Выводы.** Таким образом, ввиду высокой контагиозности краснухи, которая передается и через третье лицо, в эпидемический процесс вовлекается не только детское население, но и взрослое. Изучение распространенности этой инфекции среди взрослого населения – женщин фертильного возраста является важной составляющей эпидемиологического надзора. В Украине отсутствует надзор за уровнем заболеваемости краснухой среди отдельных возрастных групп взрослого населения, что осложняет своевременное проведение эффективных мероприятий профилактики с ставит необходимость обязательное введение в Календарь профилактических прививок вакцинации женщин старше 20 лет.

**Перспективным** в данном направлении является изучение причин снижения поствакцинального иммунитета против краснухи у населения города Александрии Кировоградской области.

# ВИВЧЕННЯ СТАВЛЕННЯ БАТЬКІВ ДО ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Котвіцька А.А., Волошина М.М., Суріков О.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

На сьогоднішній день однією з найважливіших функцій системи охорони здоров'я є забезпечення профілактики захворювань. Однією з першочергових проблем у проведенні вакцинопрофілактики в Україні визначається наявність низького рівня щеплення серед дитячого населення, що пов'язано зі збільшенням кількості медичних відводів через вроджені патології, алергійні захворювання, а також добровільну відмову батьків від щеплень. Як наслідок, протягом 2010-2012 років рівень вакцинації дітей становив 70-75%. Стосовно окремих дитячих хвороб рівень щеплення складав лише 46%.

Враховуючи вищезазначене, метою нашої роботи стало проведення анкетного опитування стосовно ставлення до вакцинопрофілактики, а також дослідження біоетичних аспектів вакцинації та її організації в системі охорони здоров'я.

Дослідження проводилося шляхом анкетування батьків дітей, які були на прийомі у лікаря-педіатра в Міській дитячій лікарні №2 м. Харкова у період з січня по лютий 2014 року, кількість анкет складала 55. До аналізу відібрано 44 анкети, які містили відповіді на усі запитання.

За результатами анкетування встановлено, що більшість батьків вважають за необхідне проводити профілактику інфекційних хвороб методом вакцинації, що зазначило 62,5% опитаних. Достатньо велика кількість батьків – 67,5%, погоджується вакцинувати свою дитину згідно Календаря профілактичних щеплень. Загальновідомим є, те що рівень вакцинації залежить від процесу організації. Як свідчать результати анкетування – 47,5% респондентів довелось чекати надходження вакцин у лікувально-профілактичний заклад, 32,5% довелось самостійно купувати вакцину, 70,1% опитаних респондентів вказали, що не отримують офіційної інформацію МОЗ про проведення вакцинації.



На питання відносно джерела інформації, рівень довіри до якої оцінювався за п'ятибальною школою респонденти користуються найчастіше інформацією МОЗ, ступінь довіри якої склав – 3,2 бали, порадами лікаря – ступінь довіри складає – 2,6 бали та Інтернет – 2,4 бали відповідно. На загальне запитання про ставлення до вакцинопрофілактики, батьки обрали відповідь: «відношусь до інформації з обережністю, але все одне вакциную дітей», що зазначено у 57,5% опитаних.

Таким чином, поліпшення ставлення до вакцинації на нашу думку передбачає, в обов'язковому порядку проведення просвітницької роботи, надання офіційної інформації уповноважених органів з метою збільшення довіри батьків до вакцинації та препаратів вакцинопрофілактики, а також формування ефективної системи забезпечення та зберігання вакцин.

## **АНАЛІЗ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ВИНИКНЕННЯ ДЕРМАТОМІКОЗІВ**

Котвіцька А.А., Костюк В.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

Останніми роками в світі спостерігається зростання кількості випадків грибкових захворювань шкіри. Сьогодні дерматомікоз є однією з актуальних проблем сучасної дерматовенерології, оскільки, зустрічаються приблизно у 20% населення світу, а серед осіб, старших за 60 років, - до 30%. Дані світової статистики ВООЗ свідчать про те що, захворюваність на грибкові захворювання шкіри зростає з віком у 2,5 рази через кожні 10 років.

Стійкий хронічний перебіг дерматомікозів, схильність до рецидивів, гнійні алергійні ускладнення, а також пов'язана з цим утрата працездатності — не тільки медична, але й соціально-економічна проблема. Патологічні зміни зовнішності чинять негативний вплив на психоемоційний стан, сприяють розвитку депресії та соціальної дезадаптації.

На сучасному рівні розвитку профілактики, діагностики та лікування дерматомікозу значна увага приділяється попередженню виникнення, розвитку та загострення захворювання. Для цього необхідно враховувати не тільки етіологічні та патогенетичні складові захворювання, а й, насамперед, фактори ризику виникнення дерматомікозу.

На підставі вищезазначеного, метою нашого дослідження стало проведення аналізу факторів, що впливають на виникнення та важкість перебігу грибкових захворювань шкіри.

Під час дослідження нами використано системний, логічний та графічний методи аналізу.

Встановлено, що стабільно високий рівень захворюваності на дерматомікоз зумовлений двома основними групами факторів: *модифікованими* та *немодифікованими*.

Необхідно зазначити, що найбільше значення для профілактики дерматомікозу має перша група факторів ризику. Разом з тим, друга група факторів може бути використана для прогнозування виникнення та прогресування захворювання.

За результатами узагальнення літературних даних встановлено, що до *модифікованих* факторів належать *соціальні, медичні та фармакологічні*. Так, серед *соціальних* чинників необхідно виділити погіршення екологічної ситуації в Україні, недостатність санітарно-просвітницької роботи серед населення, соціально-економічний статус людини, її емоційний стан (стрес та хронічне психоемоційне напруження), шкідливі звички.

До *медичних* факторів належить загальне погіршення показників імунітету населення, використання інвазивних методів діагностики, зростання кількості випадків захворювань з порушенням імунологічних реакцій, зокрема, цукровий діабет, онкологічні захворювання, ВІЛ-інфекція. Зазначені причини сприяють зростанню захворюваності на системні мікози, що через високу вартість лікування основного захворювання набувають важливого соціально-економічного значення.

Серед *фармакологічних* чинників провідне місце належить застосуванню антибіотиків широкого спектра дії, призначенню імуносупресивних, цитостатичних препаратів, гормональної терапії, безконтрольне використання населенням протигрибкових медикаментів з наступним формуванням резистентності збудників, а також введення речовин з вираженою протимікробною дією до складу косметичних та гігієнічних засобів для догляду за шкірою, що призводить до порушення її біоценозу.

До найбільш істотних немодифікованих факторів розвитку грибкових захворювань шкіри відноситься вік людини, оскільки дерматомікози вражають переважно дорослих, що пов'язано з віковими змінами рН шкіри, товщини і структури рогового шару епідермісу, ослабленням імунного захисту і резистентності шкіри.

За результатами проведеного дослідження нами визначено основні фактори, що впливають на виникнення дерматомікозу, та згруповано за двома критеріями – ступінь корекції та характер впливу.

*За ступенем корекції* фактори поділено на *модифіковані* та *немодифіковані*. *За характером впливу* визначено такі групи факторів, як *соціальні, медичні та фармакологічні*.

Класифікація факторів ризику розвитку дерматомікозу відповідно до зазначених критеріїв, представлено на рис. 1.

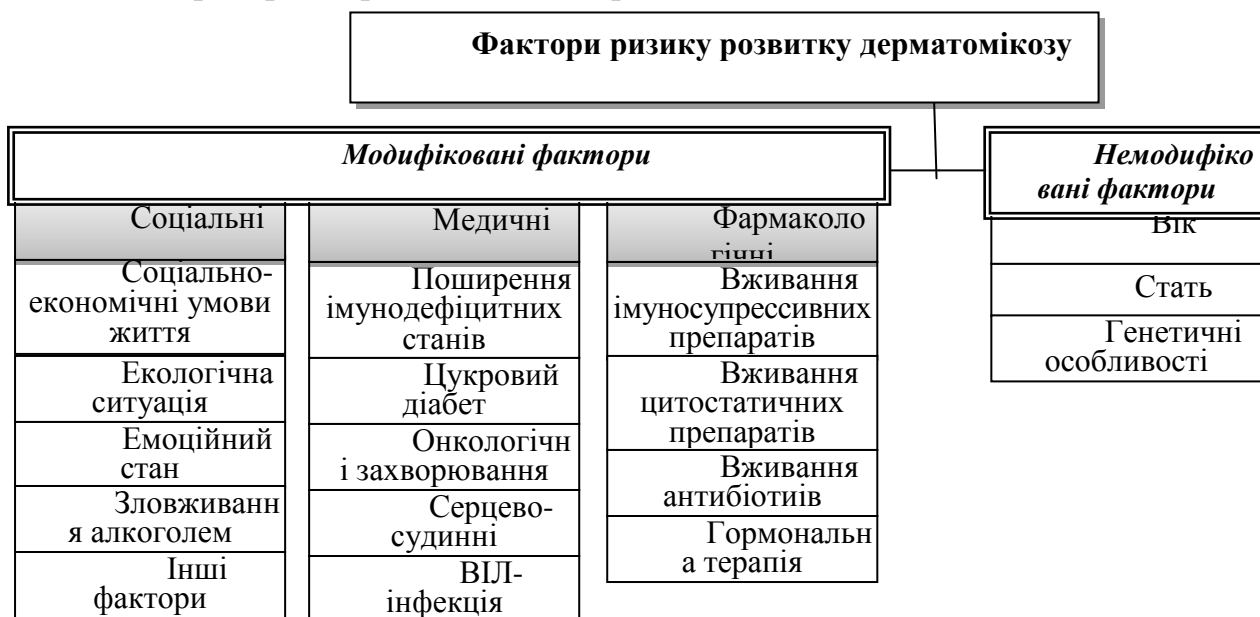


Рис. 1. Фактори ризику виникнення дерматомікозу.

Розподіл факторів ризику за визначеними критеріями, на нашу думку, дозволяє об'єктивно оцінити ступінь їх впливу на виникнення, розвиток та перебіг дерматомікозу.

Також безперечним є те, що визначення факторів ризику виникнення дерматомікозу та їх своєчасне усунення надасть можливість попередити захворювання як у окремої людини, так і на рівні сім'ї та суспільства в цілому.

## **АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНО-МЕДИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ЕНДОМЕТРІОЗУ В УКРАЇНІ ТА СВІТІ**

Піняжко О.Б., Заліська О.М.

Львівський національний медичний університет ім.. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

orestapb@gmail.com

**Вступ.** У структурі гінекологічної патології ендометріоз посідає третє місце після запальних захворювань жіночих статевих органів та фіброміоми матки. Близько 176 млн жінок у цілому світі уражено ендометріозом, а найчастіше діагностується у жінок віком від 30 до 40 років – репродуктивного та працездатного віку, що становить важливу соціальну проблему. Враховуючи значну потребу в оптимізації лікування ендометріозу у жінок, актуальним вибір доказових схем фармакотерапії пацієнок для зменшення, як персональних, так і соціальних витрат на лікування захворювання.

**Метою** нашого дослідження було провести порівняльний аналіз основних підходів до фармакотерапії ендометріозу в Україні, Росії, Польщі та Великобританії.

**Методи дослідження.** Об'єктами вивчення були такі джерела: рекомендації Світового товариства з питань ендометріозу (World Endometriosis Society – WES) «Консенсус щодо сучасного лікування ендометріозу»; клінічне керівництво Європейського товариства репродуктології та ембріології (ESHRE)

з лікування ендометріозу; рекомендації Національного інституту досконалості охорони здоров'я (NICE – *National Institute for Health and Care Excellence*); стандарти Польського гінекологічного товариства PTG.

Також ми проаналізували фармацевтичну складову наказу Міністерства охорони здоров'я України від 15.12.2003 № 582 «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», наказу Міністерства охорони здоров'я та соціального розвитку Російської Федерації від 7 квітня 2006 р. № 257 «Про затвердження стандарту медичної допомоги хворим з ендометріозом».

**Результати й обговорення.** Основними підходами до лікування ендометріозу є консервативна терапія – гормональними лікарськими засобами (ЛЗ), неспецифічна протизапальна терапія та хірургічне лікування. Фармакотерапія ендометріозу спрямована на усунення двох основних жіночих проблем таких як ендометріоз-асоційований біль (дисменорея, диспареунія, хронічний тазовий біль, біль під час овуляції, дисхезія) та безпліддя.

Відповідно до видання Світового товариства з питань ендометріозу (WES) «Консенсус щодо сучасного лікування ендометріозу», яке базується на даних доказової медицини (*Evidence-based medicine*), фармакотерапія включає такі ЛЗ 1-ї лінії – нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) та інші анальгетики (парацетамол), комбіновані оральні контрацептиви (КОКи), прогестагени (медроксипрогестерону ацетат, норетистерон, дієногест) та ЛЗ 2-ї лінії – агоністи гонадотропін-релізінг гормонів (аГнРГ) з додатковою гормонозамісною терапією, левоноргестрел-релізінг внутрішньоматкову систему, депо-прогестагени, опіоїдні анальгетики, комбіновані гормональні контрацептиви (трансдермальні пластирі та вагінальні кільця). Даназол та гестринон не слід застосовувати через високий ризик виникнення побічних реакцій за рекомендаціями WES. Інгібітори ароматази (анастрозол, фадрозол, форместан, летрозол, екземестан), селективні модулятори рецепторів прогестерону (міфепристон, уліпристал), антагоністи ГнРГ (елаголікс) є у клінічній практиці також.

Проаналізувавши отримані дані бачимо, що накази в Україні та Росії не були оновлені ще з 2003 та 2006 рр., основні групи ЛЗ є однаковими, але нема уніфікованої термінології груп гормональних препаратів. В Україні включені КОКи, серед гестагенів нема ще дієногесту, а присутні прогестерон та дидрогестерон, 5 препаратів аГнРГ. Даназол та антиестрогенні ЛЗ входять в наказ МОЗУ, але їх вже нема в рекомендаціях WES щодо терапії ендометріозу. В Росії в наказ не включені КОКи та прогестагенні препарати, які є у світовій практиці, а також відсутні андрогени та нафарелін серед аГнРГ. У наказ МОЗУ № 582 також включені розсмоктуюча терапія, імуномодулятори, антиоксиданти, вітамінні препарати, гепатопротектори. В наказ МОЗ РФ № 257 додатково для лікування ендометріозу включені анестетики та міорелаксанти, антигістамінні препарати, антибіотики, засоби, що підтримують функцію ШКТ та ті, що впливають на кров.

У Великобританії рекомендації щодо лікування відповідають сучасним світовим тенденціям, також рекомендовано препарат захисної терапії тиболон.

Розглядаючи неспецифічну протизапальну терапію, бачимо, що у всіх вказаних країнах рекомендовані НПЗЗ, найширший перелік яких є у Великобританії. Відмінним є те, що в Росії включені також опіоїдні аналгетики, транквілізатори.

У стандарти Польського гінекологічного товариства до фармакотерапії ендометріозу включені: НПЗЗ, естроген-прогестагенні та прогестагенні (дієногест, левоноргестрел, медроксипрогестерон) засоби, аГнРГ (трипторелін, нафарелін, гозерелін), даназол, що відповідає рекомендаціям WES.

**Висновки.** Результати проведеного детального порівняльного аналізу схем фармакотерапії ендометріозу в Україні, Росії, Польщі та Великобританії вказують на істотні відмінності між ЛЗ в клінічних керівництвах та протоколах лікування. Слід відзначити, що у Великобританії та Польщі спостерігається повна відповідність з рекомендаціями WES. У досліджуваних країнах основні фармакотерапевтичні групи ЛЗ для лікування ендометріозу є аналогічними. ЛЗ для гормональної терапії займають основне місце серед зареєстрованих з

показом до застосування ендометріоз. Неспецифічна протизапальна терапія є рекомендованою при ендометріозі в стандартах лікування. В усіх країнах визначено, що популярне застосування КОКів у фармакотерапії ендометріозу є «off-label». В Україні можна рекомендувати переглянути схеми лікування ендометріозу відповідно до сучасних міжнародних рекомендацій на основі даних доказової медицини, оптимізувати протоколи лікування та відповідність з Державним реєстром ЛЗ.

## **РЕКОНВАЛЕСЦЕНЦИЯ ГЕПАТИТА А И СОХРАНЕНИЕ ПОСТВАКЦИНАЛЬНОГО ИММУНИТЕТА К ДИФТЕРИИ**

Подорожная А.С., Багмут И.Ю.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

г. Харьков, Украина

irina.bagmut@ukr.net

**Вступление.** Календарь профилактических прививок, который действует как приказ Министерства здравоохранения Украины от 16.09.2011р. № 595 «Календарь профилактических прививок в Украине» предусматривает обязательные прививки детского контингента против дифтерии. **Целью** исследования было выяснение состояния активного искусственного антитоксического противодифтерийного иммунитета среди детей, переболевших ВГА на протяжении 6 месяцев реконвалесценции

**Материалы и методы** Исследования проводились среди 135 реконвалесцентов (через 6 месяцев после начала заболевания ВГА) в возрасте от 1 года до 14 лет, находившихся на лечении в Харьковской детской областной клинической инфекционной больнице № 8. Обследование детей, переболевших ВГА, проводилось при условии удовлетворительного их состояния и отсутствия каких-либо заболеваний. Контрольную группу составили 146 здоровых детей. Все дети были вакцинированы и ревакцинированы в

соответствии с календарем прививок. Дети были разделены на три возрастные группы: 1-6 лет, 7-10 лет, 11-14 лет. У обследованных детей определялся уровень титров специфических антител к дифтерии в периферической крови. Кровь из пальца брали натощак утром. В это же время осуществлялся забор крови из вены.

Исследования напряженности активного искусственного антитоксического иммунитета к дифтерии проводили с применением реакции пассивной гемагглютинации (РПГА) с эритроцитарным диагностикумом для определения уровней антитоксических антител против дифтерии производства Московского научно-исследовательского института вакцин и сывороток им. И.И. Мечникова (РФ) и Московского научно-производственного объединения «БИОМЕД» (РФ), серия 59, К 63, активность 1:3200.

**Результаты и обсуждение** Анализ титров специфических антител к дифтерии у детей в возрасте от 1 до 6 лет показал, что детей с незащитными титрами было  $17,9 \pm 7,2\%$  ( $p > 0,05$ ), среди них серонегативные -  $3,6 \pm 3,5\%$  ( $p > 0,05$ ); минимальные защитные титры 1:40 отмечены у  $50 \pm 9,5\%$  детей, в то время как среди детей контрольной группы отсутствовали ( $p \leq 0,001$ ), среднезащитные титры определялись среди  $21,4 \pm 7,8\%$  детей ( $p \leq 0,01$ ), высокозащитные титры имели  $10,7 \pm 5,9\%$  детей опытной группы и  $93,9 \pm 4,2\%$  детей контрольной группы ( $p \leq 0,001$ ). Установлено, что СГТ детей основной группы составлял  $5,7 \pm 0,3 \log_2$ , в то время как среди детей контрольной группы -  $10,7 \pm 0,3 \log_2$  ( $p \leq 0,001$ ).

Было обследовано 35 реконвалесцентов основной группы и 43 ребенка контрольной группы в возрасте от 7 до 10 лет. Установлено, что детей с незащитными титрами было  $17,1 \pm 6,4\%$  обследованных ( $p > 0,05$  при сравнении с контролем), среди них  $14,3 \pm 5,9\%$  серонегативных ( $p \leq 0,05$ ), титры 1:40 отмечены у  $8,6 \pm 4,7\%$  детей ( $p > 0,05$ ), титры от 1:80 до 1:160 - в  $28,6 \pm 7,6\%$  ( $p \leq 0,001$ ), титры от 1:320 и выше - в  $45,7 \pm 8,4\%$  ( $p \leq 0,001$ ). СГТ детей основной группы составлял  $7,6 \pm 0,3 \log_2$ , контрольной -  $10,9 \pm 0,2 \log_2$  ( $p \leq 0,001$ )



В возрасте 11-14 лет через 6 месяцев после возникновения заболевания ВГА было обследовано 72 ребенка основной группы и 70 детей контрольной группы. Состояние уровня незащитных титров антител к дифтерии в группе детей в возрасте от 11 до 14 лет в периоде реконвалесценции составляло  $34,9 \pm 7,3\%$  ( $p \leq 0,001$ ), в частности  $20,9 \pm 6,2\%$  серонегативных ( $p \leq 0,001$ ), уровень низкозащитных титров был зарегистрирован у  $16,3 \pm 5,6\%$  ( $p \leq 0,001$ ). Среднезащитные титры антител к дифтерии отмечались у  $25,6 \pm 6,7\%$  детей основной группы ( $p \leq 0,001$ ) и высокозащитные титры среди  $23,3 \pm 6,4\%$  ( $p \leq 0,001$ ). СГТ детей возрастной группы 11-14 лет составлял  $6,7 \pm 0,3 \log_2$  среди детей исследуемой группы и  $10,8 \pm 0,2 \log_2$  среди детей контрольной группы ( $p \leq 0,001$ ).

Изучение динамики изменения титров антител в течение периода реконвалесценции показало, что у больных 1-6 лет при выписке наблюдалось снижение СГТ при сравнении с уровнями на момент госпитализации ( $p \leq 0,01$ ), что указывает на прогрессивное угнетение иммунитета в течение болезни. За 6 месяцев уровень СГТ увеличился, но незначительно ( $p > 0,05$ ). Среди детей 7-10 лет можно отметить снижение уровня СГТ в течение болезни, но статистически незначимо ( $p > 0,05$ ). В то же время значительное ( $p \leq 0,01$ ) повышение уровня СГТ через 6 месяцев после выписки из стационара указывает на лучшую способность иммунной системы к восстановлению в данном возрасте. Среди детей 11-14 лет в течение болезни и после выздоровления СГТ находился практически на одном уровне, что указывает на высокую устойчивость иммунной системы в данном возрасте к иммуносупрессорному действию вируса ГА.

**Выводы:** Выявлено, что уровень активного искусственного противодифтерийного иммунитета в периоде реконвалесценции гепатита А характеризуется динамичными изменениями, которые определяются возрастом детей и первичным состоянием их иммунитета. В частности, доказано, что наличие незащитных титров антител у больных гепатитом А детей 7-14 г. наблюдались через 6 месяцев после выписки из стационара удельный вес

больных с незащитными титрами антител составил 52,0%. Восстановление уровней антител происходит только через 6 месяцев после начала заболевания, но и до этого не достигает исходного уровня.

**Перспективными** являются исследования по действию вирусного гепатита А на состояние напряжения поствакцинального иммунитета к инфекциям против которых проводится вакцинация в Украине с целью оптимизации тактики иммунопрофилактики.

## **ХАРАКТЕРИСТИКА ХВОРИХ НА ЦИРОЗ ПЕЧІНКИ**

### **ІВАНО-ФРАНКІВЩИНИ ЗА 2013 РІК**

Федяк І.О., Максименко О.В.

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

irynaf@tvnet.if.ua

**Вступ:** Хвороби печінки розглядаються ВООЗ як серйозна проблема охорони здоров'я населення, що зумовлено їхнім глобальним розповсюдженням, тривалим перебігом, несприятливими наслідками. Зазначена проблема є актуальна й для нашої держави. Однією з найпоширеніших форм хронічних захворювань печінки є цироз печінки (ЦП). Дана патологія призводить до значного зниження якості життя хворих, стійкої втрати працездатності, тому має не тільки загально медичне, а й соціальне значення. ЦП розвивається у 30-40% хворих на хронічний гепатит С чи В. Проте цей процес повільний, з поступовим початком і триває 8-15 років. Нерідко має місце прихований (латентний) перебіг ЦП, тому часто діагноз встановлюється на пізній стадії захворювання. Як свідчать дані літературних джерел на ЦП хворіють переважно особи чоловічої статі працездатного віку, у зв'язку з чим вивчення даної патології представляє як теоретичний, так і практичний інтерес.

**Мета дослідження:** Характеристика населення Івано-Франківщини, хворих на ЦП за 2013 рік.

**Методи дослідження:** Проведено ретроспективний аналіз 65 медичних карток стаціонарних хворих Обласної клінічної лікарні, які перебували на лікуванні в гастроентерологічному відділенні 2013 року.

**Результати дослідження:** Було проведено аналіз медичних карток стаціонарних хворих Обласної клінічної лікарні, які перебували на лікуванні в гастроентерологічному відділенні 2013 року, яким встановлено кількість осіб чоловічої статі - 49 (75,4 %), а жіночої – 16 (24,6 %). Зазначених пацієнтів було поділено на 6 вікових груп (табл. 1).

*Таблиця 1*

**Віковий розподіл хворих на цироз печінки**

<i>Вік, рр.</i>	<i>Відсоток, %</i>	<i>Чоловіки, %</i>	<i>Жінки, %</i>
21-30	4,6	67	33
31-40	13,9	67	33
41-50	27,7	83	17
51-60	36,9	75	25
61-70	10,8	57	43
71 і більше	6,1	100	-

Як свідчать отримані дані кількість хворих на ЦП чоловічої статі працездатного віку становить 83,7 %, а жіночої – 63,3 %.

За місцем проживання незначно переважають особи сільської місцевості (53,85 %) над міською (46,15 %).

Серед осіб, які проходили лікування були різні соціальні прошарки, а саме: службовці – 20% (чол. 60 %, жін. 40 %), робітники - 23,1 % (чол. 80 %, жін. 20 %), безробітні – 21,5 % (чол. 78,5 %, жін. 20,5 %), пенсіонери – 15,4 % (чол. 70 %, жін. 30 %), інваліди – 16,9 % (чол. 80 %, жін. 20 %) та учасники бойових дій – 3,1 % (чол. 100 %).

Аналіз етіологічних чинників ЦП дозволив встановити, що вірусним ЦП хворіли 9,2 % пацієнтів, змішаним 60 %, криптогенним 24,6 %, біліарним 4,6 % і портальним 1,6 %. При чому змішаним ЦП страждають більше чоловіки 79,5 %, ніж жінки 20,5 %, а вірусним ЦП навпаки 67 % і 33% відповідно.

**Висновок:** Отже, аналіз медичних карток стаціонарних хворих підтвердив високий рівень захворюваності на ЦП серед працездатного населення незалежно від місця проживання та роду діяльності, причому частка вірусних і змішаних ЦП дуже висока (69,2 %), що підкреслює необхідність створення державної програми діагностики та лікування вірусних ЦП та спонукає до проведення всебічного фармакоекономічного аналізу схем лікарської терапії цирозу печінки в Україні, що і стане метою наших подальших досліджень.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ОПРАЦЮВАННЯ ТЕОРЕТИЧНОГО ПІДГРУНТЯ ЕЛІМІНАЦІЇ КОРУ В УКРАЇНІ**

Федяк І.О., Іванюлик І.І.

Івано-Франківський національний медичний університет,

м. Івано-Франківськ, Україна

irynaf@tvnet.if.ua

**Вступ.** Кір одне з найпоширеніших інфекційних захворювань, збудник якого постійно циркулює в людській популяції. В умовах природного перебігу епідемічного процесу до початку масової вакцинації широке розповсюдження вірусу і його висока контагіозність обумовлювали в структурі захворюваності переважання дитячого населення. Тому кір відносився до так званих «дитячих інфекцій». Проте впровадження планової вакцинопрофілактики, яка охопила переважно дитяче населення, привело до створення серед дітей могутнього імунного прошарку. З різних причин, серед яких обговорюються обмеженість в часі поствакцинального імунітету, неадекватність імунізації (недостатній рівень охоплення щепленнями, відсутність ревакцинації), мінливість вірусу кору, відбувся зсув захворюваності в сторону дорослих осіб.

**Метою роботи** було висвітлити питання імунопрофілактики кору та показати її значення щодо контролю активності епідемічного процесу цієї інфекції, зокрема її елімінації.

**Результати дослідження.** На основі опрацювання фахових літературних джерел на сьогоднішній день у світі ліквідована тільки одна інфекція – натуральна віспа. Елімінації кору, якою передбачається рівень захворюваності 1 випадок на 1 млн. населення та менше, досягнуто лише в Західній півкулі. В інших регіонах ще занадто рано говорити про перемогу над цією хворобою. Лише належний рівень вакцинопрофілактики дозволить контролювати активність епідемічного процесу цієї інфекції. Важливим чинником, що привертає підвищену увагу різних спеціалістів охорони здоров'я до кору, є участь нашої країни в програмі Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) з елімінації кору на Європейському континенті, яка передбачає сертифікацію України до 2015 року як території, вільної від кору. Проте, мабуть, цього не відбудеться, оскільки рівень захворюваності в країні значно перевищує показник елімінації, а епідемічні спалахи 2001, 2006, 2012 років продемонстрували нестабільність епідемічної ситуації. Тому, на сьогоднішній день можна говорити тільки про ліквідацію епідемічної захворюваності. Для досягнення цієї мети важливе проведення правильної та раціональної вакцинації населення.

Згідно календаря профілактичних щеплень в Україні профілактика кору проводиться живою коровою вакциною, яка містить у своєму складі атенуйований вірус, різновид якого залежить від фірми-виробника. Вакцина може випускатися чи у вигляді моновакцини чи у вигляді комбінованої вакцини проти кору, краснухи і паротиту. В Україні вакцинація проти кору призначається у віці 12-15 місяців, ревакцинація проводиться в 6 років. Тим дітям, які не отримали ревакцинацію в 6 років, ревакцинація проти кору проводиться в 11 років. Кір на сучасному етапі залишається надзвичайно важливою проблемою для системи охорони здоров'я. Збільшення показника захворюваності на кір в Україні, як і у світі, спостерігають кожні 5–6 років. За

останніми даними Європейського регіонального бюро ВООЗ, із січня 2011 р. у 29 країнах Європейського регіону зареєстровано понад 30 тис. випадків кору серед усіх вікових груп населення – від немовлят до дорослих. За даними ретроспективного аналізу, спалахи захворюваності на кір в Україні спостерігали в 2001 р. (16 970 випадків), в 2006 р. (42 724 випадки), в 2011–2012 рр. (2392 випадки). Вакцини проти кору, що застосовуються на сучасному етапі, є високоефективними та безпечними препаратами. Вакцинація відноситься до найбільших досягнень в галузі соціального здоров'я в світі та дозволяє запобігати епідеміям, тому її роль для суспільства дуже велика. Проведення імунізації є незамінним методом профілактики інфекційних захворювань. Згідно з даними епідеміологічних досліджень, завдяки вакцинації щорічно запобігається 3 млн. смертей і 750 тисяч дітей уникають інвалідності. Щоб уникнути важких наслідків інфекційних захворювань для всього населення потрібно відновити довіру людей до вакцинації. Нині Національний календар щеплень передбачає обов'язкову вакцинацію від 10 інфекційних хвороб: дифтерії, правця, кашлюку, кору, паротиту, поліомієліту, туберкульозу, гепатиту В, краснухи та гемофільної інфекції. Найбільш дієвим заходом у боротьбі з інфекційною захворюваністю є профілактичні щеплення. Особливо це стосується керованих інфекцій. Підвищення ефективності імунопрофілактики інфекційних хвороб – одна з актуальних проблем медицини. Епідеміологічної безпеки щодо інфекцій, які контролюються засобами специфічної профілактики, можна досягнути завдяки високим показникам охоплення населення (не менше 95%) профілактичними щепленнями та наявності адекватної імунної відповіді у 90% вакцинованих. Сьогодні надзвичайно важливим є питання вакцинації осіб, які часто і тривало хворіють. Їх частка в Україні постійно зростає і натеper становить 10-12% усієї кількості населення. Існуючий рівень охоплення щепленням проти кору є недостатнім для попередження виникнення спалахів на дану інфекцію. Досягнення подальшого прогресу щодо контролю захворюваності на кір потребує повного впровадження у практику боротьби з цим інфекційним

захворюванням всіх рекомендацій ВООЗ. Елімінаційні стратегії ВООЗ рекомендують адаптуватись до фази, в якій знаходиться країна. Лише невелика кількість країн мали досконалі програми вакцинації та вже досягли рівня припинення циркуляції вірусу кору.

**Висновок.** Отже, як показав аналіз спеціальної літератури, епідеміологія захворювання на кір зазнала значних змін завдяки розробці та широкому впровадженню високоефективних вакцин проти кору, однак захворюваність на цю інфекцію і досі залишається актуальною. Питання щодо ліквідації кору потребує подальшого доопрацювання насамперед з урахуванням особливостей фінансового характеру. На сьогодні вакцинація розглядається світовою спільнотою як найбільш економічний та доступний засіб боротьби з інфекціями та засіб досягнення активного довголіття для всіх соціальних груп населення як у розвинутих країнах, так і в країнах, що розвиваються, до яких відноситься і Україна. Вивчення питань фінансування вакцинопрофілактики кору на рівні західного регіону зокрема і країни в цілому і буде нашим подальшим завданням.

**ЛЮДИНА – СУСПІЛЬСТВО – ЛІКИ –  
ФАРМАЦЕВТИЧНА ДОПОМОГА –  
СФЕРИ ВЗАЄМОДІЇ**



# THE KNOWLEDGE AND ATTITUDE OF THE LITHUANIAN COMMUNITY PHARMACISTS TOWARD PHARMACOVIGILANCE AND PHAMACEUTICAL CARE

Dauksiene J., Sepeliovaite G., Valaika G.

Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

jurgita.dauksiene@gmail.com

**Introduction.** The practice of pharmaceutical care is new, in contrast to what pharmacists have been doing for years. Pharmaceutical care is the responsible provision of drug therapy for the purpose of achieving definite outcomes that improve a patient's quality of life. The philosophy of pharmaceutical care practice defines a social need, a patient-centered approach to meeting this need, the development of a caring therapeutic relationship, and a description of the practitioner's specific responsibilities. Over the past four decades there has been a trend for pharmacy practice to move away from its original focus on medicine supply towards a more inclusive focus on patient care. An important clinical responsibility of the pharmacist is in the early detection of ADRs and other drug-related problems as well as monitoring the effectiveness of medicines. The pharmacist, as a part of the healthcare team, is a source of both information and critical evaluation of drug information. The pharmacist's expertise is vital to the application of the safety profile of a medicine to the needs of a particular patient. The beginning of 2016 is planned to be challenging for the all industry of pharmacy in Lithuania, because of new pharmaceutical care services in community pharmacies. This reform will lead to deeper knowledge, unstoppable perfection of pharmacists in their profession, better and deeper communication between pharmacists and patients. It will help to avoid an image that pharmacists are just simple sellers of medicines and ensure rational and safe usage of prescribed and non – prescribed medicines. Because pharmacists often fail to assume responsibility for this care, they may not adequately document, monitor and review the care given. The aim of this study was to determine Lithuanian community pharmacist's preparation of providing pharmaceutical care services and to

analyze pharmacists' attitudes to providing information about potential drug side effects to patients.

**Research methodology.** The data were collected by way of questionnaires. The study was made during 2013 July – 2014 January. The questionnaires were being filled in community pharmacies of Lithuania. Respondents were pharmacists, pharmacists' assistants, the heads of pharmacies and pharmacies owners. The knowledge, understanding of pharmaceutical care, its importance and benefit of implementation was observed. Also respondents rated the barriers of pharmaceutical care implementation in community pharmacies of Lithuania and expressed their views on the provision of information about adverse drug reactions (ADRs) and pharmacovigilance importance. The retrieved questionnaires were sorted and entered into version 17 of Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) for analysis. Descriptive statistics was used for counting frequencies, means, also the 5 – point likert scale section.

**Results and discussion.** The 230 from 264 questionnaires were collected. The results did show that the most of pharmacy professionals have some knowledge about pharmaceutical care services. Only 0,5 % of respondents indicated that pharmaceutical care is same as simple pharmaceutical services. 73,1% of pharmacy specialists agreed that pharmaceutical care is necessary in all community pharmacies of Lithuania. A little more than a half of respondents partly agreed that dealing with patients' pharmacotherapy problems and analyzing it, it's a duty of physicians but not pharmacists. Almost all specialists thought that pharmaceutical care requires deeper knowledge, nonstop improvement of skills. Also respondents fully agreed that those, who provide pharmaceutical care services, are worth an extra payment. Only 3% thought that pharmaceutical care services in Lithuania are not necessary at all. The main mentioned advantages of pharmaceutical care were: patients will get more information about medicines, increase in competence of pharmacists, reduce the amount of pharmacotherapy problems. Valuing the barriers of pharmaceutical care implementation the most important were the lack of databases about patients (61,5%),

poor knowledge of clinical pharmacy (57,9%), lack of spare space for confidential consultation (50,9%). The least important barrier was lack of communication skills.

97,8% of respondents said that they spoke to patients about reported adverse effects to drugs. Specialists actions when they received information that patients experienced ADRs was consulting or referring the patient to a doctor. Only 15,2 % respondents said that they report ADRs to the State Medicines Control Agency. Almost half of the respondents only partially agreed that the pharmacy specialist is the main person that can provide basic information about ADRs, but almost all agreed that the provision of such information is necessary. In pharmacists and their assistants opinion of majority to provide information about ADRs is important in all cases (68,3%). It is also important to provide information when the patient is a pregnant woman/nurse (41%), newborn/baby (40,5%) or a child (35,7%). Respondents think that there is no importance of gender when providing information about ADRs. More than two-thirds of respondents believed that all drug groups are important when providing information about ADRs. Almost all respondents told that they have problems when providing information about ADRs. 3 out of 4 specialists point out that the main problem is the lack of time. Approximately half of them think that they lack the knowledge to provide such information. Problems encountered from the patient's side is their unwillingness to listen to the information provided, timidity to ask for such information and lack of education. Only 4,0% of respondents do not face problems.

**Conclusion.** Most of the pharmacy professionals have a good understanding about pharmaceutical care services and count it as beneficial and necessary. Although there are known a number of implementations difficulties and barriers.

Almost all practitioners face problems in providing information about ADRs. They agree that such information is necessary, but only partially agree that it should be provided by pharmacists or its assistants. Lithuanians community pharmacists are not very keen of participation in pharmacovigilance system. Pharmacy attempts to address the problem to other participants of health care sector.

# STUDY OF ANTIEXUDATIVE PROPERTIES OF COMBINED OINTMENT WITH DRY LICORICE EXTRACT

Bereznyakov A.V.

National Medical University, Kharkiv, Ukraine

an-ber@ukr.net

Treatment of wounds is one of the key issues of modern medicine and pharmacology. Wound process is a complex of organism's physiological reactions that are developing in response to tissue injury, process that is aiming to the reactions recovery. Therefore, taking into account the special features of wound healing process, the treatment should be carried out with a usage of combined ointments that can affect different links of pathological process.

**Aim of the work** is to study the anti-exudative action of combined ointment, which includes dry licorice extract, benzocaine and nitazol.

**Outcome of the study.** Antiexudative activity of the ointment was studied on carrageenan-induced paw edema model in mice. In an experimental pharmacology the carrageenan edema is a classic model for study of anti-inflammatory action of the object. As a reference drug the anti-inflammatory drug emulgel "Voltaren" 1% was selected. Experiments were carried out on 30 mice of weight 18,0-20,0 g.

The experimental animals were divided into three equal groups (10 animals in each group): control group of animals with inflammatory edema without treatment, experimental group of animals, for those treatments the combined ointment was applied and the combined group with the treatment by means of emulgel "Voltaren" 1%. Both ointments was applied 60 minutes before carrageenan edema modeling. The antiexudative activity was evaluated by the reducing level in mouse paw edema compared with control group of animals.

**Conclusions:** The conducted research provided conclusion that the combined ointment with a dry licorice extract has a near-strength antiexudative activity as emulgel "Voltaren" 1% does.

# ВЛИЯНИЕ НОВОЙ ГРУППЫ ОЛИГОЭФИРОВ НА ПРОДУКЦИЮ ЛЕЙКОТРИЕНОВ В СЫВОРОТКЕ КРОВИ КРЫС

Багмут И.Ю., Клименко Н.А., Жуков В.И., Полищук Т.В.

Харьковская медицинская академия последипломного образования,

г. Харьков, Украина

Харьковский национальный медицинский университет,

г. Харьков, Украина

irina.bagmut@ukr.net

**Вступление.** На основании результатов многочисленных экспериментальных и клинических исследований установлено, что эти гистогормоны обладают значительной биологической активностью в отношении различных функциональных систем организма.

Лейкотриены, также как и простагландины, являются метаболитами арахидоновой кислоты, производными 20-тиуглеродных полиненасыщенных (эйкозановых) кислот. Они синтезируются в лейкоцитах, клетках мастоцитомы, тромбоцитах и макрофагах по липоксигеназному пути в ответ на иммунологические и не иммунологические стимулы. Лейкотриены являются медиаторами воспалительных реакций, вызывают сокращение мышечной ткани бронхов, способствуют сокращению коронарных сосудов.

Из этих данных видна исключительная роль лейкотриенов в механизмах развития многих патологических явлений. В то же время, значение лейкотриенов в механизмах действия на организм новой, не изученной ранее, группы химических веществ – олигоэфиров с регламентированными физико-химическими свойствами – не изучено.

В связи с этим, **целью** исследования явилось изучение продукции лейкотриенов в условиях длительного воздействия разных доз олигоэфиров новой группы.

**Материалы и методы исследования.** Исследования проведены на половозрелых крысах популяции Вистар, массой 180-200 г, которые на

протяжении 45 суток подвергались воздействию исследуемых ксенобиотиков в дозах 1/10, 1/100, 1/1000 ЛД<sub>50</sub>. Вещества в виде водных растворов вводили внутривентрикулярно с помощью металлического зонда, утром, до кормления животных. Контрольная группа получала соответствующий объем питьевой воды.

По окончании введения веществ определяли содержание лейкотриенов в сыворотке крови.

Всего использовано 120 крыс – по 12 животных и каждой из 10 групп (9 опытных групп и 1 контрольная), с соблюдением биоэтики и принципов «Европейской конвенции о защите позвоночных животных, которые используются для экспериментальных и других научных целей» (Страсбург, 1985), а также решений «Первого национального конгресса по биоэтике» (Киев, 2001).

Содержание лейкотриенов В<sub>4</sub> и С<sub>4</sub> осуществлялось радиоиммунологическим методом, с помощью наборов реактивов фирмы Amersham International plc (Великобритания).

Статистическая обработка полученных результатов исследования осуществлялась с использованием критерия Стьюдента-Фишера. Различия между группами считали достоверными при  $p < 0,05$ .

### Результаты исследования и их обсуждение.

Исследование содержания лейкотриенов в сыворотке крови обнаружило увеличение уровня лейкотриена В<sub>4</sub> и снижение концентрации лейкотриена С<sub>4</sub> под влиянием 1/10 и 1/100 ЛД<sub>50</sub> всех исследуемых веществ (табл.1). Содержание лейкотриена В<sub>4</sub> повышалось под воздействием 1/10 ЛД<sub>50</sub>. Уровень лейкотриена С<sub>4</sub> в сыворотке крови снижался под влиянием 1/100 ЛД<sub>50</sub>.

Таблица 1

Влияние олигоэфиров на содержание лейкотриенов в сыворотке крови крыс

Вещества	Группа животных, показатели, Доза ЛД <sub>50</sub>			
	Лейкотриен В <sub>4</sub> (пкг/мл)		Лейкотриен С <sub>4</sub> (пкг/мл)	
	1/10	1/100	1/10	1/100
Л-501-2-100	46,3±2,8*	34,7±2,5*	260,3±37,4*	415,2±25,8*
Л-1601-2-50-«Б»	47,5±3,1*	32,5±1,9*	282,6±42,5*	405,6±31,7*
Л-1601-2-50 «Р»	42,8±2,3*	30,8±1,6*	253,7±34,6*	448,3±36,5*
Контроль	21,65±1,73		58,6±25,3	

Примечание: \*- различия по сравнению с контролем достоверные,  $p < 0,05$

Анализ динамики лейкотриенов свидетельствует, что олигоэфиры способны нарушать механизмы формирования и развития реакций гиперчувствительности немедленного типа и кооперативное взаимодействие клеточного и гуморального иммунитета по сравнению с контролем.

**Выводы:** Таким образом, установленные нарушения содержания лейкотриенов свидетельствуют, что исследуемые олигоэфиры в дозах 1/10 и 1/100 ЛД<sub>50</sub> изменяют местную регуляцию обменных процессов, нарушают механизмы формирования и развития реакций гиперчувствительности немедленного типа и кооперативное взаимодействие клеточного и гуморального иммунитета. **Перспективы дальнейших исследований:** дальнейшим исследованиям подлежат химические вещества на основе окиси этилена и пропилена и их воздействие на защитные (барьерные системы организма животных).

## **ЛІКО-ПОВ'ЯЗАНІ ПРОБЛЕМИ В ПРОЦЕСІ ЕКСПЕРТНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

Борецька О.Б., Зіменковський А.Б.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

boretska-olga@mail.ru

**Вступ.** Виникнення ліко-пов'язаних проблем (drug-related problems, DRP) можливе на кожному з етапів медикаментозного процесу, зокрема на етапі призначення лікарських засобів, розподілу, відпуску, власне фармакотерапії (ФТ), моніторингу медичного застосування. Отож, DRP виникають на рівні лікаря, провізора, медсестри та пацієнта. Проте, в цьому аспекті не розглядається етап експертної діяльності. А саме, на цьому етапі формуються клініко-фармацевтичні втручання, які мають вплив на прийняття клінічного рішення, а отже і на результат лікування.

**Мета.** Встановлення та стандартизація DRP, що виникають на етапі експертної оцінки ФТ.

**Методи дослідження.** Використано методи системного аналізу, бібліографічний, стандартизації та моделювання.

**Результати дослідження та їх обговорення.** Класифікаційні системи DRP відображають різні рівні їх виникнення. Проте, на нашу думку, не враховується ще один рівень – експертної діяльності. Це DRP, які допущені експертом (клінічним провізором) у ході фахової експертизи. Причому, такі проблеми можуть бути як клінічними, так і технічними. Якщо йдеться про клінічні, то серед них можуть бути важливими такі проблеми як «неякісна фармацевтична опіка» та «некоректна DRP-інформація». Щодо технічних, то основною проблемою, на нашу думку, є «неналежним чином оформлена DRP документація».

Таким чином, виникнення DRP можливе і на рівні експерта. Тому, вважаємо за необхідне більш широке дослідження цього питання із можливістю стандартизації втручань та наслідків кожної із ідентифікованих проблем. Важливим є включення вказаних проблем до національної класифікаційної системи DRP, а в подальшому до національної бази DRP. Актуальним у даному аспекті вважаємо навчання експертів щодо використання класифікаційних систем DRP та ведення DRP документації, із пріоритетним використанням електронного формату.

**Висновки.** 1. Вважаємо, що встановлення та стандартизація причин виникнення експертних DRP дозволить розробляти спеціальні навчальні програми, тренінги, семінари та інші види навчання фахівців щодо означеної проблеми.

2. Інтеграція класифікаційної системи DRP, методології їх ідентифікації у діяльність вітчизняної системи охорони здоров'я дозволить, на нашу думку, забезпечити ефективний менеджмент DRP для попередження вказаних проблем у майбутньому.



## **ЯКІСНИЙ НАБІР СТУДЕНТІВ ДО НФаУ – ЗАПОРУКА УСПІШНОГО РОЗВИТКУ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ УКРАЇНИ**

Живора Н.В., Котенко О.М., Погорелов С.В., Динник К.В.,  
Кулакова О.М., Віслоус О.А., Рядних О.К., Гладченко О.М.  
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна  
abitur@ukrfa.kharkov.ua

Мета повідомлення – історичний огляд роботи приймальної комісії Національного фармацевтичного університету у контексті розвитку фармацевтичної освіти в Україні, як невід'ємної складової вітчизняної фармацевтичної галузі.

Історія приймальної комісії розпочинається з 1805 року, коли Харківський Імператорський університет провів перший набір студентів на відділення лікарських та медичних наук, однією з кафедр якого стала кафедра лікарського речовинослів'я (фармакології), фармації та лікарської словесності. Правила прийому дозволяли вступати на навчання тільки чоловікам – помічникам аптекаря з трирічним досвідом роботи, походженням із дворян або духівництва. Кількість перших абітурієнтів сягнула 57 осіб.

У 1845 році поновлюються вимоги до пакету документів, необхідних для вступу до університету: свідоцтво про закінчення чотирьох класів гімназії або духовного училища, довідка про роботу в аптеці не менше трьох, але й не більше п'яти років з позитивною характеристикою аптекаря. Фактично, закладаються основи ступеневої фармацевтичної освіти, – встановлено три фармацевтичних звання: аптекарський помічник (сьогодні – молодший спеціаліст, фармацевт), провізор (спеціаліст) і магістр фармації.

Рік 1921 став датою заснування Харківського фармацевтичного інституту (ХФІ), який мав тільки один факультет – фармацевтичний. Приймальна комісія ХФІ проводила набір на спеціальності: фармацевт вищої кваліфікації з аптечного профілю (термін навчання 3 роки), спеціаліст з дослідження харчових і смакових якостей речовин, предметів домашнього вжитку (термін навчання 3 роки),

спеціаліст з судово-хімічного аналізу (термін навчання 4 роки), працівник для хіміко-фармацевтичної промисловості (термін навчання 4 роки). Підготовка студентів здійснювалася тільки за спеціальністю «Фармація» денної, а, починаючи з 1928 року, і заочної форм навчання. Правила прийому дозволяли вступати на навчання особам віком від 17 до 35 років, які мали закінчену середню освіту (десятирічка, робфак, технікум). Паке́т документів до вступу складався із заяви на ім'я директора інституту, автобіографії, атестата про освіту, фотокартки, довідки про відношення до військової служби. Абітурієнти повинні були мати при собі паспорт. Вступні іспити до ХФІ були введені у 1932 році з дисциплін: математика, українська та російська мови, політграмота, фізика, хімія, іноземна мова. З роками розширюються можливості набору до ХФІ – абітурієнти вступають до військового фармацевтичного факультету (1952 р.) з підготовки військових провізорів, розпочинається набір на заочну (з 1960 р.) та вечірню (з 1981 р.) форми навчання. ХФІ запрошує на навчання іноземних студентів починаючи з 1965 року. З 70-х років фактично розпочинається профорієнтаційна (в той час шефська) робота з метою залучення випускників сільських та районних шкіл Харківської області.

З відкриттям нових спеціальностей у 1992 році фармацевтичний інститут набуває статусу академії (УкрФА) і прийом документів здійснюється вже не тільки на спеціальність «Фармація». Абітурієнти вступають на «Технологію фармацевтичних препаратів» (1992 р.), «Економіку підприємства», «Маркетинг», «Менеджмент» (1997 р.), «Технологію парфумерно-косметичних засобів» (1998 р.), «Клінічну фармацію» (1999 р.), «Біотехнологію» (2000 р.), «Лабораторну діагностику» (2001 р.), надсистемні спеціальності «Адміністративний менеджмент», «Якість, стандартизацію та сертифікацію», «Педагогіку вищої школи» (2003 р.).

Очоловували приймальну комісію ректори Валяшко М.О. (1921), Духін Л.Х. (1922-1929), Станков О.В. (1930), Пирогов М.І. (1931-1935), Станіславський Б.М. (1936-1937), Калініченко Т.Я. (1938), Алексенцева Е.І. (1939-1940), Борисюк Ю.Г. (1941, 1944-1957), Волинська М.Я. (1942-1943), Півненко Г.П. (1958-1970), Сало Д.П. (1971-1979), Черних В.П. (з 1980 по цей час). Відповідальними

секретарями призначалися провідні викладачі Лехан А.С. (1964-1971), Дудка О.П. (1973), Городецький І.П. (1974-1978), Болотов В.В. (1981, 1985-1987), Журавльов М.С. (1982-1984), Котенко О.М. (1988-1990, 1997), Дегтярьов В.І. (1991), Степаненко В.І. (1994-1996, 1998-1999), Шемчук Л.А. (2000-2001), Погорелов С.В. (2005-2012), Живора Н.В. (2002-2004, з 2013 р.).

Стрімкий розвиток фармацевтичної освіти в Україні з початку ХХІ сторіччя окреслив нові аспекти роботи приймальної комісії – забезпечення вступу молодших спеціалістів напрямів «Фармація» та «Медицина» на денну та заочну форму зі скороченими термінами навчання. Результатом роботи відповідних фахових комісій стало створення не тільки нового базового пакету вступних документів, але й підготовка програм вступних випробувань цієї категорії абітурієнтів.

Постійно зростаюча привабливість фармацевтичної галузі для фахівців з будь-якою вищою освітою, викликала необхідність у розробці умов вступу та начальних програм для отримання фармацевтичної освіти як другої вищої зі скороченими термінами навчання.

З 2008 року приймальна комісія НФаУ проводить набір випускників загальноосвітніх навчальних закладів за результатами зовнішнього незалежного оцінювання (ЗНО) – повна прозорість зарахування забезпечена впровадженням та використанням єдиної електронної системи «Вступ». З 2012 року абітурієнти НФаУ мають змогу скористатися електронною формою подачі документів одразу на декілька спеціальностей і вже потім зробити остаточний вибір.

Сьогодення приймальної комісії НФаУ – це багатовекторна, творча робота з пошуком нових сучасних форм та методів спілкування з усіма категоріями майбутніх абітурієнтів, постійним вдосконаленням профорієнтаційної роботи з метою подальшої популяризації фармацевтичної освіти в Україні.

# **ПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ МЕДИЦИНЫ В УКРАИНЕ: СОСТОЯНИЕ, ПРОБЛЕМЫ И ПЕРСПЕКТИВЫ РАЗВИТИЯ**

Кобец М.Н., Филипцова О.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

may4ok@bk.ru

В начале XXI века многие врачи возлагали большие надежды на новые группы лекарственных средств (ЛС). Несмотря на то что применение ЛС основывается на принципах доказательной медицины, по данным ВОЗ, в среднем эффективность фармакотерапии составляла 60%. Кроме того, растет частота нежелательных лекарственных реакций (НЛР) вплоть до смертельных исходов. На необходимость персонализации лечебных методов указывало много врачей, подчеркивая возможность повышения таким способом эффективности лечения и уменьшение частоты нежелательных реакций.

**Целью работы** является оценка информированности студентов фармацевтических и медицинских ВУЗов о персонализированной медицине.

**Методики исследования.** В работе использованы полевые исследования, проведено анкетирование студентов фармацевтических и медицинских ВУЗов Украины.

Методологической основой персонализированной медицины является деление пациентов на группы, различающиеся по чувствительности к определенным заболеваниям и/или определенным схемам лечения этих заболеваний. Для изучения отношения студентов фармацевтических и медицинских ВУЗов к персонализированной медицине проведено анкетирование. Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень информированности о персонализированной медицине оказался невысоким.

К сожалению, до настоящего времени даже в развитых странах мира ситуация такова, что специалисты в области здравоохранения, включая провизоров, в большинстве случаев не обладают достаточными знаниями по корректному назначению и дозированию лекарственных средств, а также неэффективно взаимодействуют с коллегами (врачи).

**НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ВИКЛАДАННЯ  
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ХІМІЇ В ЗАПОРІЗЬКОМУ ДЕРЖАВНОМУ  
МЕДИЧНОМУ УНІВЕРСИТЕТІ**

Кучеренко Л.І., Портна О.О., Моряк З.Б., Хромильова О. В.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

podium@bigmir.net

Забезпечення населення лікарськими засобами високої якості, а також підвищення вимог щодо контролю якості ліків, в аспекті наявності великої кількості фальсифікату на фармацевтичному ринку України – одні з найважливіших завдань системи охорони здоров'я. Збільшення кількості і підвищення якості ліків потребують розробки нових й удосконалення існуючих методів аналізу біологічно-активних сполук. Важливе місце в цьому напрямку відводиться викладанню фармацевтичної та косметологічної хімії в Запорізькому державному медичному університеті.

Під час вивчення даної дисципліни студенти оволодівають знаннями стосовно особливостей створення та контролю якості лікарських, парфумерно-косметичних засобів та лікарських препаратів, зв'язку між хімічною структурою лікарського засобу та його фармакологічною дією.

До теперішнього часу найбільш ефективним і традиційним способом навчання залишається поєднання лекційного матеріалу, практичних і семінарських занять. В зв'язку з вимогами щодо оптимізації навчального процесу нами розроблена єдина структура практичного заняття, яка включає контроль початкового і кінцевого рівня знань, самостійну роботу і практичну частину.

Значна кількість студентів поставила перед кафедрою задачу створення бази тестових завдань. Тестовий контроль проводиться на кожному практичному занятті, а також у кінці семестру – підсумковий контроль теоретичних знань та практичних навичок у студентів.

Ми вважаємо, що застосування тестових завдань є перспективним не тільки в навчальному процесі, але й дозволяє підготувати студентів до ліцензійного іспиту «Крок-2», для чого розроблено адаптовані тестові завдання, як в електронному варіанті, так і на паперовому носії.

Наявність тестового контролю на практичних заняттях дозволяє більш раціонально використовувати час для проведення лабораторних занять, здійснення індивідуальної роботи, пов'язаної з придбанням практичних навичок.

Під час проведення практичних занять студенти отримують для аналізу лікарські засоби, як невідомі сполуки. Досліджуючи їх фізичні, фізико-хімічні, хімічні властивості роблять висновки про ідентифікацію лікарського засобу, згідно вимог Державної фармакопеї України або іншої аналітичної нормативної документації. Тобто на кожному практичному занятті студенти проводять навчально-дослідну роботу.

Самостійна робота є успішною за умов її навчально-методичного забезпечення. Ефективність організації самостійної роботи студентів досягається на кафедрі завдяки забезпеченню всіма навчально-методичними засобами: підручниками, навчальними та методичними посібниками, конспектами лекцій, а також засобами самоконтролю (тести, контрольні завдання, ситуаційні задачі та ін.).

Також, слід зазначити, що згідно організації навчального процесу на кафедрі фармацевтичної хімії, студенти проходять виробничу практику з фармацевтичного аналізу на своїх майбутніх робочих місцях: лабораторіях Державних інспекцій з контролю якості, у відділах технічного контролю фармацевтичних підприємств, аптеках, що безумовно надасть нові можливості для творчості, набуття і закріплення професійних навичок та, в подальшому, висококваліфікаційного контролю якості лікарських препаратів на фармацевтичному ринку України.

# ДОСЛІДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ФАРМАЦЕВТИЧНИХ АСПЕКТІВ ПРИ ГІПЕРТЕНЗИВНИХ РОЗЛАДАХ ВАГІТНИХ

Максимович Н.М., Заліська О.М., Яцкова Г.Ю.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

maximovi43@ukr.net

**Вступ.** Гіпертензивні порушення при вагітності – зустрічається майже у 15% і однією з основних причин материнської, фетальної і неонатальної захворюваності і смертності. Соціальна небезпечність артеріальної гіпертензії (АГ) для вагітної жінки полягає у підвищенні ризику розвитку тяжких ускладнень, що включають відшарування плаценти, цереброваскулярні катастрофи, поліорганну недостатність і синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання. Негативний вплив АГ на плід пов'язаний із затримкою внутрішньоутробного росту, недоношеністю і ризиком перинатальної смерті.

**Методи дослідження.** Нами проведено аналіз схем лікування АГ вагітних, які регламентуються чинними протоколами лікування; здійснено АВС-аналіз асортименту лікарських засобів (ЛЗ) на основі даних медичних карток та листів призначень; узагальнено дані доказової фармації про ефективність, безпечність застосування ЛЗ у базі даних на сайті [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).

**Результати дослідження.** Загальна кількість досліджуваних пацієнток склала 112 вагітних жінок, у 43 з них (майже 40%) - діагностована прееклампсія. Встановлено, що асортимент ЛЗ, які призначались вагітним налічує 71 найменування за торговими назвами. Визначено, що групу А сформували 16 ЛЗ (22,5% призначень), на які було витрачено 80% коштів, у групу В увійшло 20 ЛЗ (28,2%) і, відповідно, витрачено 15% коштів, а до групи С належали 35ЛЗ (49,3%) – 5% коштів. Лідером за витратами є препарат магне В6 табл.(сумарна вартість у гривнях склала 5619,19), на другому місці – тіворін розчин для

перор.заст. (2572,90 грн.), на третьому – хофітол табл. (1697,76 грн.) У результаті частотного аналізу за торговими назвами з'ясовано, що основна питома вага призначень припадає на магне В6 (59,8 %), но-шпа (45,5%), йодомарин 200 ( 44,6% пацієнтів).

Узагальнено дані доказової медицини про препарати для лікування ускладнень у вагітних. Виявлено у базі Кокрана 92 систематичні огляди про результати застосування препаратів при прееклампсії. Встановлено, що препарати кальцію, ацетилсаліцилова кислота можуть знижувати ризик прееклампсії, а також запобігати передчасним пологам. Сульфат магнію, як було доведено, доцільно застосовувати для попередження або лікування судом, а також встановлено, що магnezіальна терапія допомагає зменшити пошкодження мозку недоношених дітей. Не було виявлено доведеного зниження розвитку прееклампсії, високого АТ чи передчасних пологів при застосуванні антиоксидантів (вітамінів А, Е) чи цинку. Застосування заліза або заліза і фолієвої кислоти призводить до зменшення ризику анемії, також дозволяє уникнути народження дітей з малою масою тіла (менше 2500г).

**Висновки.** Проаналізувавши схеми лікування вагітних з прееклампсією, асортимент призначуваних ЛЗ, було встановлено, що у стаціонарі номенклатура ЛЗ, які застосовують вагітні, відповідає чинним протоклам лікування. Узагальнивши дані доказової медицини виявлено, що потрібно проводити ще дослідження, які б могли дати чіткі рекомендації щодо раціонального застосування препаратів під час вагітності, особливо для попередження прееклампсії, що сприятиме народженню здорових дітей.



## **ВАГІТНІСТЬ ТА ЛІКИ: ПРИНЦИПИ РАЦІОНАЛЬНОГО ЗАСТОСУВАННЯ**

Макух Х.І., Зіменковський А.Б.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

hrystyna25@mail.ru

**Актуальність.** Збереження здоров'я матері та дитини – одне з найважливіших завдань сучасної медицини. У рамках виконання інструктивних галузевих документів «Репродуктивне здоров'я нації на період до 2015 року» в Україні особлива увага приділяється питанням надання медичної (фармацевтичної) допомоги вагітним та новонародженим, раціонального застосування лікарських засобів (ЛЗ), у тому числі в перинатології. Результати проведених міжнародних соціологічних досліджень засвідчили, що 80% жінок приймають ЛЗ під час вагітності. Нерідко призначення ЛЗ здійснюється без урахування особливостей, пов'язаних із вагітністю чи лактацією.

**Метою роботи** було клініко-фармацевтичне обґрунтування раціональної фармакотерапії (ФТ) вагітних.

**Матеріали та методи.** Об'єктами дослідження були: протоколи анкетного опитування вагітних (n=100), індивідуальні карти вагітних (ІКВ) (n=65), дані доказової медицини. Використано методи: системного аналізу, бібліографічний, аналітичний, клініко-фармакологічного аналізу, анкетного опитування.

**Результати.** На I-му етапі нашого дослідження вивчено думку пацієнток щодо раціонального застосування ЛЗ під час вагітності шляхом анкетного опитування. Дослідження проводилося за єдиним спеціально розробленим протоколом. Вік респондентів 16-40 років (середній вік – 25,5 років). Термін гестації на момент включення в дослідження становив 8-38 тижнів. На обліку в жіночій консультації перебували всі вагітні.

Результати аналізу відповідей на запитання анкет засвідчили, що 91% жінок приймали ЛЗ впродовж вагітності. Переважна більшість із них (93,4%) застосовували ЛЗ за рекомендацією лікаря, 4,4% – провізора, проте 2,2% – самостійно, керуючись інструкцією до медичного застосування ЛЗ. Найчастіше вагітні приймали полівітамінні комплекси (63,7%), фолієву кислоту (60,4%), ЛЗ йоду (44%) та ЛЗ рослинного походження (31,9%). Лише 26,4% жінок застосовували виключно вітаміни та мінерали, 17,6% вагітних приймали 5 і більше ЛЗ водночас. Результати опитування засвідчили, що у 38% вагітних були наявні супутні екстрагенітальні захворювання: анемія – 52,6%, сечовивідних шляхів – 29%, серцево-судинні – 13,2%, шлунково-кишкового тракту (ШКТ), ендокринної системи та органів дихання – по 5,3% відповідно. Лише 11% жінок при відпуску ЛЗ із аптеки отримали належну фармацевтичну опіку (ФО), 73,6% вагітним відпустили ЛЗ без жодних рекомендацій щодо їх раціонального застосування, 15,4% респондентів самі запитували про те, що їх цікавило в ракурсі застосування ліків. Лише 79,1% опитаних знають про безпеку застосовуваних ЛЗ, 20,9% – такою інформацією не володіють. При цьому, 75,8% жінок отримали від лікаря необхідну інформацію у повному обсязі, 16,5% – частково, лише відповіді на запитання, 7,7% вагітним жодна інформація не надавалась. Разом із тим, 76% жінок потребують додаткових відомостей у цьому ракурсі, зокрема, більшість вагітних (59%) потребують її від лікаря.

На II-му етапі нашого дослідження проведено ретроспективний аналіз 65-ти ІКВ. У дослідженні взяли участь вагітні жінки віком 17-42 років, середній вік – 24,5 років. Практично ½ з них (46,2%) були першовагітними. Гестаційний термін на момент включення у дослідження становив 9-38 тижнів. Соматичний анамнез у 58,5% вагітних був обтяжений екстрагенітальними захворюваннями: сечовивідних шляхів – 39,5%, серцево-судинної системи – 36,8%, ендокринної системи – 28,9%, органів зору – 23,7%, ШКТ – 2,6%. Ускладнення гестаційного періоду спостерігалось у більшості вагітних (82,5%), що пов'язано, зокрема, з

високою частотою анемії (72,3%), загрозою переривання вагітності – 16,9%, аномалією кісток тазу – 16,9%. Гестоз розвивався у 6% вагітних.

Результати аналізу ІКВ засвідчили, що ФТ призначалась усім пацієнткам. Жінки застосовували від 1 до 13 ЛЗ (при середньому показнику 4,4). При цьому, лише 23,1% вагітних використовували 1 ЛЗ, 36,9% – вживали 2-4 ЛЗ, 40% – приймали 5 та більше ЛЗ водночас. Найчастіше вагітні застосовували полівітамінні комплекси (87,7%), фолієву кислоту (50,8%) та ЛЗ заліза (33,9%). Лише ½ з них (50,8%) застосовувала виключно вітаміни, мінерали (мікроелементи) та ЛЗ заліза. Загалом, пацієнткам, які увійшли в дослідження було призначено 59 ЛЗ із 27 ФТ груп.

Результати розподілу призначених ЛЗ щодо безпеки їх застосування згідно класифікації FDA засвідчили, що лише 6,8% ЛЗ належали до категорії А (безпечні ЛЗ); 11,9% ЛЗ – до В (відносно безпечні ЛЗ, ризик для плоду не встановлений); 27,1% ЛЗ – до С (потенційно небезпечні ЛЗ, контрольовані клінічні випробування яких не проводилися); 3,4% ЛЗ – до D (небезпечні ЛЗ, тератогенний ефект цих ЛЗ на плід доведений у клінічних випробуваннях); проте, 50,8% ЛЗ – не включені у класифікацію FDA, їх ризик при вагітності невідомий.

**Висновки.** 1) Результати дослідження засвідчили, що із 59 призначених ЛЗ лише 18,6% були безпечними; 61,5% вагітним призначали у середньому 2 потенційно небезпечних ЛЗ; 18,5% вагітних застосовували у середньому 1,3 небезпечних ЛЗ, із доведеним ризиком для плоду, 40% вагітним було призначено одночасно 5 ЛЗ і більше, що свідчить про наявність проблеми нерационального застосування ЛЗ під час вагітності та потенційно зумовлює ризик для здоров'я не лише вагітної, але й плоду.

2) Вирішення проблеми, першочергово, на нашу думку, слід починати з надання лікарю сучасної, доказової, об'єктивної інформації щодо рационального застосування ЛЗ у перинатології, зокрема, у форматі ФО, оскільки 76% вагітних потребують додаткової інформації щодо безпеки застосування ЛЗ, при цьому 59% – очікують її саме від лікаря.

# МЕДИКАМЕНТОЗНИЙ (ЛІКОВИЙ) КОМПЛАЄНС ПАЦІЄНТА ЯК КРИТЕРІЙ ОЦІНКИ НАДАНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ОПІКИ

Настюха Ю.С., Зіменковський А.Б.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

nastyukha\_yuliya@mail.ru

**Вступ.** Досягнення клінічних результатів лікування безпосередньо залежить від комплаєнсу пацієнта щодо застосування призначених йому лікарських засобів (ЛЗ), зміни способу життя, дотримання дієти тощо. Таким чином, важливим завданням фахівців охорони здоров'я (ОЗ) є виявлення випадків низького комплаєнсу, визначення заходів із його підвищення та подальший моніторинг прихильності пацієнта до фармакотерапії (ФТ). Командний підхід фахівців ОЗ різних спеціальностей має більший вплив на поведінку пацієнта щодо застосування ліків порівняно із діями окремого спеціаліста, що підкреслює важливість долучення до вирішення цієї проблеми зусиль провізора та клінічного провізора.

**Мета:** визначити взаємозв'язок понять медикаментозного (лікового) комплаєнсу пацієнта та фармацевтичної опіки (ФО) у фаховій діяльності провізора та клінічного провізора.

**Методи дослідження:** системного підходу, бібліографічний, моделювання.

**Результати досліджень.** Оскільки від комплаєнсу пацієнта залежить досягнення клінічних результатів лікування, важливим є визначення його ступеню, що може здійснюватись як прямими, так і непрямими методами. Пряме (безпосереднє) вимірювання передбачає визначення рівня ЛЗ, метаболіту, маркера у біологічних рідинах, наприклад, у крові або сечі. Безпосереднє вимірювання комплаєнсу порівняно з непрямим (опосередкованим) має меншу похибку, проте отримані результати можуть ввести в оману, якщо пацієнт застосовує ліки лише перед тестуванням. Окрім

того, прямі методи досить складні та витратні у виконанні. Прикладами непрямого вимірювання комплаєнсу є оцінка терапевтичних та профілактичних результатів ФТ, прогноз лікаря щодо комплаєнтності пацієнта, інтерв'ю хворого, моніторингу дат здійснення призначень, виписування рецептів, аналіз рахунків за ліки тощо. Як і пряме вимірювання комплаєнсу, кожен із методів непрямого визначення цього показника має свої переваги та недоліки, проте більш точні результати можна отримати застосовуючи у одному випадку різні методи.

Виявлення низького ступеня комплаєнсу пацієнта вимагає від фахівця ОЗ подальших дій, скерованих на його підвищення. Проблеми, пов'язані із пам'яттю пацієнта, можна вирішувати вдаючись до нагадувань шляхом, зокрема телефонних дзвінків, надсилання E-mail, листів, повідомлень. Складання схем, графіків, використання спеціальних контейнерів для ліків (pill-box) дозволяють пацієнту моніторувати застосування ЛЗ протягом дня, тижня тощо. Інформаційно-освітні заходи здійснюються шляхом вербальної комунікації, консультування, аудіовізуальних методів навчання, надання інформації у прописаному форматі тощо. Перелічені заходи щодо підвищення медикаментозного (лікового) комплаєнсу у діяльність провізора, клінічного провізора очевидно повинні здійснюватися у співпраці з іншими членами медичної команди та пацієнтом у межах ФО, що передбачає обмін доказовою інформацією про ЛЗ. Таким чином, ФО можна розглядати як засіб досягнення комплаєнсу пацієнта, а ступінь останнього, в свою чергу, – як критерій оцінки наданої ФО.

**Висновок.** На нашу думку, підвищення медикаментозного (лікового) комплаєнсу належить до завдань ФО, що надається провізором та клінічним провізором, а відтак, – визначення його ступеню може слугувати критерієм оцінки наданої ФО.

# **КАДРОВЕ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ НАДАННЯ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ ДІТЯМ НА ГАСТРИТ І ДУОДЕНІТ В ПІВДЕННОМУ РЕГІОНІ УКРАЇНИ**

Ольхова І.В.<sup>1</sup>, Трохимчук В.В.<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

<sup>2</sup>НМАПО ім. П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

olkhova\_irina@mail.ru

Сфера охорони материнства та дитинства серед галузей охорони здоров'я (ОЗ) посідає особливе місце внаслідок її соціальної значимості для розвитку держави.

Метою нашого дослідження було проведення аналізу кадрового забезпечення надання спеціалізованої допомоги хворим дітям на гастрит і дуоденіт в південному регіоні України. В ході дослідження були використані дані медичної статистики МОЗ України щодо Миколаївської, Одеської та Херсонської областей за 2007-2012 рр. Медичну допомогу дітям в системі МОЗ України в 2007 р. надавали 12916 педіатрів, кількість яких зменшилася в 2012 р. на 8,3 %, а в трьох областях південного регіону – на 9,2% та склала у 2012 р. 1179 педіатрів. Спеціалізовану медичну допомогу дітям з гастритом і дуоденітом надають дитячі гастроентерологи, загальна кількість яких у 2012 р. склала 205 фахівців, а забезпеченість лікарями – 0,025 на 1000 дитячого населення 0-17 років включно. Забезпеченість південного регіону України дитячими гастроентерологами складає 0,02, що є недостатнім.

Сьогодні, в час скорочення спеціалізованої й розвитку загальнопедіатричної допомоги, у реалізації реабілітації досліджуваних хворих є деякі труднощі. Первинний діагноз захворювання органів травлення є дуже важливим. Як правило, він встановлюється дільничним педіатром або сімейним лікарем. Тому подальше життя хворої дитини залежить від обізнаності лікаря на цьому етапі з питань дитячої гастроентерології та дотримання ним стандартів з діагностики та лікування захворювань травної системи у дітей.

# ДОСЛІДЖЕННЯ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ-ПРОБІОТИКІВ

Чухрай І.Л., Ярчук О.О.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

iryna\_chukhray@ukr.net

**Вступ.** В останні десятиліття домінуючою тенденцією світової медицини в галузі вивчення можливостей корекції дисбіотичних порушень в кишечнику стало використання пробіотиків. Пробіотики – препарати, що сприяють досягненню оптимального балансу між представниками мікрофлори кишечника, вони містять живі клітини нормофлори кишечника або продукти мікробного походження. На сьогоднішній день вітчизняний ринок пробіотиків є досить розвинутим, тому вивчення його кон'юнктури є актуальним.

**Мета.** Проаналізувати арсенал лікарських засобів-пробіотиків та ідентифікувати лікарські засоби досліджуваної групи включені в Державний формуляр лікарських засобів (ДФ ЛЗ).

**Методика дослідження.** Об'єктами досліджень був Державний реєстр лікарських засобів (ЛЗ) та ДФ ЛЗ. Використані методи інформаційного пошуку, узагальнення та аналізу.

**Результати.** В Україні станом на 1 січня 2014 року зареєстровано 39 ЛЗ-пробіотиків.

Пробіотики за типом штамів мікроорганізмів, які вони вміщують, можна класифікуються на моно- (містять один вид мікроорганізмів певного штаму), полі- (два і більше штамів одного виду мікроорганізмів) та комбіновані (мікроорганізми різних видів і штамів). Монобіотики можуть містити в своєму складі *Lactobacillus* (*лактобактерин, лактовіт*) або *Bifidobacterium* (*біфідумбактерин*), як основні складові кишкової мікрофлори, а також *Escherichia coli* (*колібактерин, мутафлор*); *Saccharomyces boulardii* (*ентерол, міцерол, нормагут*); *Bacillus clausii* і *Bacillus subtilis* (*ентерожерміна* та

*субалін*). До полібіотиків можна віднести *лацидофіл*, який містить комбінацію штамів лактобактерій *Lactobacillus rhamnosus* і *Lactobacillus acidophilus* та *біоспорин* – містить бацили *Bacillus subtilis* та *Bacillus licheniformis*. Комбіновані пробіотики містять оптимальний склад штамів мікроорганізмів, які доповнюють один одного, забезпечують максимальну біологічну активність препарату та їх антагоністичну активність до патогенної мікрофлори (*лінекс*, *лактовіт форте* та інші).

Пробіотики включені в розділ 3.«Гастроентерологія» ДФ ЛЗ п'ятого випуску. Крім того, йогурт та йогурт Розель внесені в розділ 14.«Неонатологія». Всі зареєстровані монобіотики, що містять лакто-, біфідобактерії та сахароміцети буларді включені в ДФ ЛЗ, з 18 комбінованих пробіотиків в ДФ ЛЗ наявні лише *біфіформ*, *лінекс*, *лінекс форте*, *лактовіт форте*, *йогурт* та *йогурт Розель*. ЛЗ, що містять бацили та ешерихію колі не внесені в ДФ ЛЗ.

**Висновок.** Встановлено, що в Україні станом на 1 січня 2014 року зареєстровано 39 лікарських засобів-пробіотиків. Найбільш численною є група комбінованих пробіотиків. Більша частина зареєстрованих лікарських засобів-пробіотиків включена в ДФ ЛЗ.





**СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ  
ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ  
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ  
НАСЕЛЕННЮ  
(ДЕРЖАВНА РЕЄСТРАЦІЯ,  
РЕІМБУРСАЦІЯ, ЦІНОУТВОРЕННЯ)**

## СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВИГОТОВЛЕННЯ ЕКСТЕМПОРАЛЬНИХ ЛІКІВ ДЛЯ ДІТЕЙ

Качерай Ю.В., Заліська О.М.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,  
м. Львів, Україна  
jmajnych@ukr.net

Вступ. Ліки, виготовлені в аптеці, забезпечують індивідуальне дозування відповідно до маси тіла, що особливо важливо для дітей. В Україні існує соціально-важлива проблема зменшення аптек з екстемпоральним виготовленням, а також наявності субстанцій, що зменшує кількість виготовлених ліків за індивідуальними прописами.

Метою дослідження було провести аналіз асортименту дитячих лікарських засобів, які виготовляються в аптеках та склад їх прописів, а також проаналізувати номенклатуру та цінові параметри субстанцій на ринку України.

Методи дослідження. Нами проведено аналіз номенклатури екстемпоральної рецептури дитячих ліків у виробничих аптеках Львова та інформаційний аналіз офіційних сайтів оптових фірм, які займаються постачанням субстанцій аптек.

Основний матеріал. Аналіз показав, що загальний асортимент екстемпоральних ліків для дітей у досліджуваних аптеках становить 69 найменувань. Встановлено, що багато прописів неможливо виготовити через відсутність субстанцій. Наприклад, вискоєфективну мазь від діатезу не готують, бо немає нафталану та димедролу; заспокійливу мікстуру при епілепсії – немає цитралю та ін. Виявлено, що загалом на ринку наявні 53 субстанції. Ми ранжували субстанції залежно від ціни за кг на високо-, середньо- та низьковартісні. Встановлено, що до високовартісних належать чотири субстанції (коларгол, протаргол, дерматол, папаверин гідрохлорид); до середньовартісних - 10 субстанцій (ксероформ, кальцію гліцерофосфат, тіаміну хлорид, вісмуту нітрат основний, левоміцетин, піридоксину гідрохлорид, метилурацил та ін.) та до низьковартісних - решта 39 субстанцій.

Висновки. Проведений аналіз цінових параметрів субстанцій, з яких виготовляють ліки у аптеках. Виявлено відсутність багатьох субстанцій на ринку України, що не дозволяє забезпечити індивідуалізовану фармакотерапію дітей.

# **ПЕРСПЕКТИВА ВИКОРИСТАННЯ ЛИСТЯ ЧОРНИЦІ ЗВИЧАЙНОЇ ДЛЯ СТВОРЕННЯ СОЦІАЛЬНО ДОСТУПНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ**

Количев І.О., Краснікова Т.О., Кошовий О.М.

Національний фармацевтичний університет, м.Харків, Україна

koli4ev@mail.ru

Цукровий діабет – глобальна медико-соціальна проблема. У розвинутих країнах світу цукровим діабетом хворіє від 5 до 12% населення і за прогнозами рівень цього захворювання може збільшитися до 30-35% . Крім гострих проявів цукрового діабету - гіпоглікемія та гіперглікемія, тяжкими ускладненнями є ангіопатії, нефропатії, ретинопатії, нейропатії та синдром діабетичної стопи. Вважається, що діабет у людей старшого віку пов'язаний з пристосуванням до сучасних продуктів харчування та зниженням фізичної активності.

За протоколом лікування цукрового діабету І типу обов'язковим є застосування інсуліну. Виробництво, закупівля і розподілення препаратів інсуліну є актуальною проблемою фармацевтичної та медичної галузей. Щорічно фінансування закупівель препаратів інсуліну вирішується місцевими органами самоврядування за рахунок бюджетних коштів. До 2014 р. в Україні діяла Державна цільова програма «Цукровий діабет» на 2009–2013 роки, затверджена постановою КМУ від 19 серпня 2009 р. № 877, яка відображала обсяги щорічного фінансування закупівель препаратів інсуліну за рахунок коштів місцевих бюджетів, отриманих за цільовими видатками.

Діабет II типа – захворювання, яке з часом прогресує але раціональне та систематичне застосування цукрознижуючих синтетичних та фітопрепаратів дозволяє відстрочити використання інсуліну на срок до 10 років. Відомо, що при захворюванні цукровим діабетом значну роль відіграє дієтотерапія, а лікарські рослини займають проміжну позицію між призначеннями дієтичної терапії та лікарськими засобами.

У народній та науковій медицині в терапії цукрового діабету використовували природні джерела інуліну: бульби топінамбуру, жоржини, корені цикорію, оману, кульбаби тощо. Як цукрознижуючі засоби використовують лущиння квасолі, пагони та листя чорниці, галегу. Ці лікарські рослини зустрічаються у різних комбінаціях лікарських зборів, дієтичних та харчових добавок.

Офіційним збором для лікування та профілактики цукрового діабету є "Арфазетин". До його складу входять такі цукрознижуючі компоненти, як пагони чорниці та лущиння плодів квасолі. Види квасолі вивчались на кафедрі фармакогнозії у якості цукрознижуючого засобу проф. Ковальовим В.М. та його учнями. Чорниця звичайна має достатню сировинну базу, вона широко розповсюджена в лісових фітоценозах Карпат та територій Північної України. Продовжуючи дослідження кафедри цукрознижуючих рослин, доцільно провести дослідження хімічного складу та розробити сучасні методи стандартизації пагонів та листя чорниці звичайної для створення на їх основі нових лікарських засобів. Попередній аналіз листя чорниці звичайної, який проводився загальноприйнятими методиками (тонкошарової хроматографії, паперової хроматографії), показав наявність простих фенолів (арбутину), гідроксикоричних кислот (ферулової, кофейної, хлорогенової), флавоноїдів (кверцетину, авікулярину, гіперозиду), дубильних речовин, тритерпенових сапонінів. Кількісний вміст цих груп БАР проводили спектрофотометричним методом за відповідної довжини хвилі.

Хімічний аналіз листя чорниці звичайної показав, що сировина багата на фенольні сполуки, які за літературними даними і відповідають за цукрознижуючу активність. Тому ця сировина є перспективною для створення нових лікарських засобів для лікування та профілактиці цукрового діабету.

# СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ ПРОФІЛАКТИКИ ТУБЕРКУЛЬОЗУ

Прилипко Н.А.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

natalia.anatolivna@gmail.com

Однією з основних проблем охорони здоров'я та суспільства у більшості країн залишається туберкульоз, відомий у світі відколи існує людство. Сьогодні у світі загальна кількість хворих на туберкульоз сягає більше 60 млн., інфікованих біля третини населення нашої планети.

Соціальна профілактика включає загальнодержавні заходи, спрямовані на зміцнення здоров'я населення. В її організації беруть участь державні органи, широка мережа протитуберкульозних закладів, громадські та інші організації.

Головним завданням соціальної профілактики є підвищення матеріального добробуту населення. Важливе значення має створення задовільних умов життя та праці, боротьба з професійними шкідливими факторами. Населення необхідно забезпечити якісними продуктами та розповсюджувати знання з раціонального харчування. Неабияке значення має створення культурно-освітніх закладів для підвищення культурного рівня населення, формування високої свідомості.

Держава створює умови для ефективного та доступного для всіх громадян медичного обслуговування. Для підвищення здоров'я населення слід розвивати мережу санаторно-курортних закладів, будинків відпочинку, туристичних баз, розвивати фізичну культуру і спорт у всіх вікових групах, проводити заходи по боротьбі з алкоголізмом, наркоманією, палінням та іншими шкідливими звичками. Держава повинна піклуватися про оздоровлення довкілля: захист водоймищ та атмосфери від забруднення токсичними речовинами, озеленення населених пунктів. Охорона здоров'я забезпечується державним фінансуванням відповідних соціально-економічних, медико-санітарних та оздоровчо-профілактичних програм.

# ДОКАЗОВО-ОБҐРУНТОВАНИЙ ПІДХІД ДО ВИБОРУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ПРИ БРОНХІАЛЬНІЙ АСТМІ У ДІТЕЙ

Ривак Т.Б., Зіменковський А.Б.

Львівський національний медичний університет ім.. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

tanita05@yandex.ru

**Вступ.** Згідно даних міжнародної програми GINA (Global Initiative for Asthma, Глобальна стратегія лікування та профілактики бронхіальної астми (БА), 2011 р.) БА у дітей є серйозною проблемою. За даними ВООЗ показники захворюваності на БА коливаються у різних країнах від 1 до 18%. Рівень смертності від БА в Україні становить 0,7 на 100 тисяч населення віком 5-34 років. БА у дітей потребує ретельного контролю і особливого підходу до фармакотерапії (ФТ), заснованого на даних доказової медицини (ДМ).

**Мета.** Проаналізувати доказово-обґрунтований підхід до вибору лікарських засобів (ЛЗ) при БА у дітей та на його основі сформувані елементи доказової фармацевтичної опіки (ФО).

**Методики дослідження:** Дані ДМ (GINA, SIGN, Cochrane, Наказ МОЗ України № 868 «БА. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах») щодо клінічної ефективності ЛЗ при БА у дітей 3-х вікових категорій; шкала рівнів доказовості. Застосовано методи: бібліографічний, сучасного доказового пошуку, аналітичний, клініко-фармацевтичний.

**Основний матеріал дослідження.** Згідно даних ДМ для ФТ БА слід застосовувати «сходинковий» підхід. Сходинка 1. Помірна інтермітуюча БА. Призначають інгаляційні  $\beta_2$ -агоністи короткої дії для полегшуючої ФТ у всіх пацієнтів із БА (у дітей > 12 років – рівень А, 5-12 р. – рівень В; до 5 р. – D). Рекомендована частота їх дозування для дітей усіх вікових категорій – 4 рази на добу (рівень А). Застосовування 2-ох і >  $\beta_2$ -агоністів протягом місяця або > 10-12 доз на добу є маркером погано контрольованої, майже фатальної БА (рівень А). Сходинка 2. Регулярна превентивна (базисна, контролююча) ФТ.

Інгаляційні кортикостероїди (ІКС) є найефективнішими ЛЗ для досягнення основної мети ФТ БА (рівень А). У рекомендованих дозах, вони безпечні та ефективні у дітей до 5-ти р. (А). ІКС призначають у разі: застосування інгаляційних  $\beta_2$ -агоністів  $\geq 3$  разів на тиждень (В); напади БА тричі на тиждень і більше (В); 1 нічний напад на тиждень (рівень В у дітей  $> 12$  р.; С – у дітей 5-12 р.); загострення БА протягом останніх 2-ох років із вживанням оральних КС (В). У дітей до 5-ти р., які не можуть застосовувати ІКС, альтернативою є антагоністи лейкотрієнових рецепторів (АЛР) (рівень А). Натрію кромоглікат ефективний у дітей 5-12 р. (рівень В). Недокроміл натрію – у дітей  $> 12$  р. (А) та  $> 5$  р. (В). Немає чітких доказів переваги кромоглікату натрію у дітей до 5 р. Теофілін виявляє певну ефективність (А). Антигістамінні ЛЗ і кетотифен – неефективні (А). Сходінка 3. Початкова додаткова ФТ. ЛЗ вибору, в якості додаткового до ІКС, у дітей  $> 12$  р. (А) і дітей 5-12 р. (В) – інгаляційні  $\beta_2$ -агоністи тривалої дії, що призначаються перш, аніж доза беклометазону чи еквівалента сягне вище 400 мкг на добу. У дітей до 5-ти р. ЛЗ 1-го вибору, як додаткової ФТ до ІКС, є АЛР (В). Доказові комбінації ЛЗ (А): комбіновані інгалятори, що містять  $\beta_2$ -агоніст тривалої дії та ІКС, мають перевагу над монозасобами, оскільки підвищується комплаєнс пацієнтів до ФТ; застосування фіксованої комбінації флютиказон+сальметерол дозволяє досягнути високого рівня контролю у більшості хворих із персистуючою БА середньої важкості; фіксована комбінація будесонід+формотерол, завдяки швидкому початку дії, може застосовуватись також «за потребою», дозволяє зменшити частоту важких загострень і покращує контроль БА. Комбінація ІКС +  $\beta_2$ -агоніст тривалої дії також може застосовуватись для попередження бронхоспазму, спричиненого фізичним навантаженням, забезпечуючи триваліший захист, ніж  $\beta_2$ -агоністи короткої дії. Сходінка 4: Неналежний контроль БА помірними дозами ІКС та додаткової ФТ: додавання 4-го ЛЗ. Якщо доза 400 мкг на день ІКС +  $\beta_2$ -агоніст тривалої дії недостатня, то її збільшують до 800 мкг/добу (діти 5-12 р.); додають – АЛР, теофілін чи пероральні  $\beta_2$ -агоністи тривалої дії (рівень D у дітей 5-12 р. та  $> 12$  р.; у дітей  $< 5$  р. – не встановлено). Дітей до 5 р. при



стійкому неналежному контролю БА слід негайно скеровувати до пульмонолога. У дітей старше 12 р. розглянути можливість підвищення ІКС до 2000 мкг/день та додавання 4-го ЛЗ, наприклад, АЛР / теофіліну / таблетованого  $\beta_2$ -агоніста.

Сходінка 5: Постійне або часте застосування пероральних КС. Мета ФТ – контроль БА із використанням мінімальних доз ЛЗ. У деяких пацієнтів (діти 5-12 р. і старше) із дуже важкою БА, у яких не досягається контроль на 4 сходінці при застосуванні ІКС у високих дозах, якщо вже були спроби призначення  $\beta_2$ -агоністів тривалої дії, або якщо пацієнти на даний час отримують комбіновану ФТ (ІКС, пролонгованої дії  $\beta_2$ -агоністи, АЛР чи теофіліни), слід призначати регулярне довгострокове приймання пероральних КС.

**Висновки.** Згідно сучасних високодоказових даних (рівень А) для досягнення максимального ефекту ФТ дітей із БА, слід застосовувати «сходінковий» підхід, заохочувати пацієнтів до ретельного самоконтролю, опрацьовувати для них письмовий індивідуалізований план дій (лікувальної тактики, включно із доказовою ФО), узгоджений усіма фахівцями, залученими до медикаментозного процесу. За результатами проаналізованого доказово-обґрунтованого підходу до вибору ЛЗ при БА у дітей нами сформовано 100 елементів доказової ФО (45, скеровані на лікаря, середній медперсонал і 55 – на пацієнтів та їх родичів), як фахової комунікації клінічного провізора, заснованої на достовірній інформації про ліки щодо рекомендацій з раціонального застосування ЛЗ із доведеною клінічною ефективністю та високими рівнями доказовості, що сприятиме досягненню максимальної ефективності лікування та уникненню небажаних побічних реакцій і ускладнень ФТ.

**НОРМАТИВНО-ПРАВОВЕ  
РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ  
ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА  
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

# ІНДИВІДУАЛІЗОВАНІ ПЛАНИ ФАРМАЦЕТИВНОЇ ОПІКИ У ФАХОВІЙ ДІЯЛЬНОСТІ КЛІНІЧНОГО ПРОВІЗОРА

Заяць М.М., Борецька О.Б., Зіменковський А.Б., Гусевик Р.С.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

zayatsmarta@gmail.com

**Вступ.** Моделювання фармацевтичної опіки (ФО), зокрема розробка індивідуалізованих планів є одним із ключових завдань у фаховій діяльності клінічного провізора (КП). Для ефективного впровадження таких планів необхідно регулярно оновлювати знання фахівців через єдину інформаційну систему, прототипом якої можуть служити закордонні центри інформації про лікарські засоби (ЛЗ).

**Метою роботи** вивчення думки пацієнтів щодо покращення їх інформаційного забезпечення шляхом формування індивідуалізованих планів ФО.

**Матеріалом дослідження** були результати анкетного опитування 127 анкет відвідувачів аптек різної форми власності.

**Методи:** системного аналізу, порівняльний, структурно-логічний, клініко-фармацевтичний, клініко-фармакологічний, соціологічний (анкетно-опитувальний), статистичний (описової статистики).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Вивчення думки пацієнтів (відвідувачів) щодо індивідуалізованої ФО в аптечному закладі (АЗ) проводилося за єдиним розробленим протоколом. Використано стандартизований алгоритм анкетного опитування, що дозволило досягнути рівності умов дослідження в межах групи. Вік респондентів 19-69 років (середній вік  $36,29 \pm 11,70$  років), 69% із них жінки та 31% – чоловіки. Серед соціальних категорій опитаних відвідувачів зустрічались найчастіше: викладачі, провізори, бармени, вчителі, товаровознавці, бухгалтери та інші.

Географія: Львівська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька, Черкаська, Чернівецька області.

Нами встановлено, що переважна більшість (93%) пацієнтів (відвідувачів) АЗ вказали, що вивчають інформацію, зазначену в інструкції для медичного застосування (ІМЗ) ЛЗ перед застосуванням, 7% не вивчають.

Проте лише 34% респондентів влаштовує доступність викладу інформації в інструкції, 10% не влаштовує і 56% опитаних зазначили що не завжди задоволені ІМЗ.

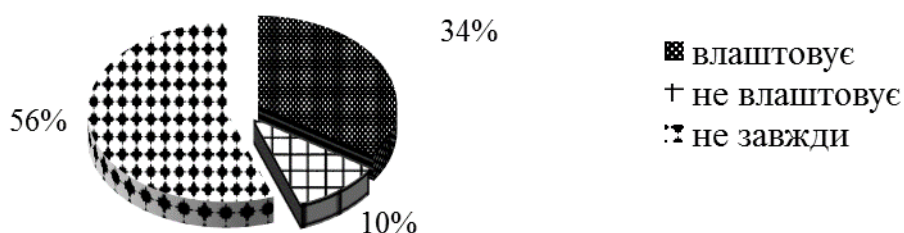


Рис.1. Ставлення респондентів до викладу інформації про ЛЗ в ІМЗ

Респонденти оцінили ІМЗ ЛЗ щодо інформації яка є найбільш важливою для них. Так, як найбільш важливою інформацією, респонденти виділили побічні реакції – 80 пунктів (пункт – це встановлена нами одиниця оцінювання, що дорівнює одній відповіді респондента). Іншою не менш важливою інформацією відвідувачі АЗ вказали: спосіб застосування (69), показання до застосування (66), протипоказання (65), дозування (54), взаємодії з іншими ЛЗ (42).

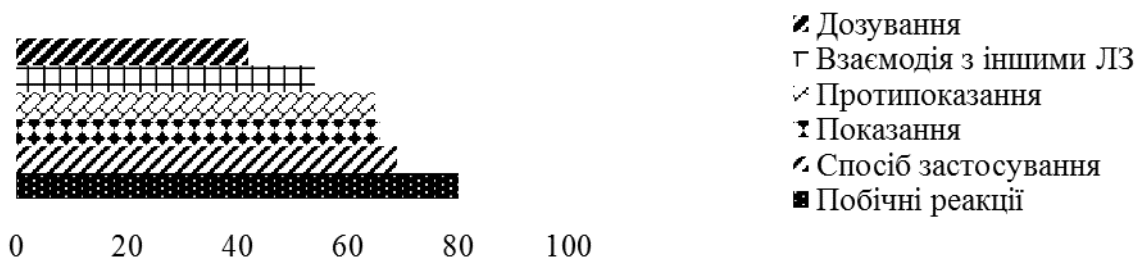


Рис. 3. Релевантність інформації про ЛЗ для респондентів

На запитання: «Чи вистачає Вам інформації, отриманої від лікаря чи провізора, про призначену вам фармакотерапію?» Лише 27% респондентів влаштовує кількість інформації, яку вони отримують від лікаря або провізора, для 18 % пацієнтів отриманої інформації недостатньо і більше половини (55%) відвідувачів АЗ вказали що у них залишаються певні запитання на які б вони хотіли мати відповідь.



Рис. 2. Задоволеність інформацією отриманою від медичних/фармацевтичних фахівців

Результати проведеного дослідження засвідчили, що 100% відвідувачів АЗ хочуть отримувати детальні рекомендації щодо правильного застосування ліків, які їм призначені, причому 56% в письмовій формі, 38% в усній, іншими варіантами пацієнти зазначили консультація з провізором, отримання інформації як в письмовій так і усній формі, а також на електронну пошту.

**Висновок.** Недостатність інформації про власний медикаментозний процес від медичних (фармацевтичних) фахівців та низька задоволеність доступністю викладу інформації в ІМЗ, а також висока (100%) затребуваність детальних рекомендацій щодо правильного застосування ліків створює передумови для розвитку індивідуалізованої ФО в АЗ скерованої на пацієнта, їх родичів чи опікунів. Вважаємо, що основні елементи індивідуалізованої ФО можливо впроваджувати шляхом розвитку діяльності центру фармацевтичної опіки, який недавно створено на базі Львівського національного медичного університету.

# АНАЛІЗ ДИНАМІКИ РЕАЛІЗАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ, ВКЛЮЧЕНИХ У ПІЛОТНИЙ ПРОЕКТ

Корнієнко О.М., Островська Я.В.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

lesyakorn@ukr.net

**Вступ.** Однією з найважливіших соціальних інновацій української медицини є пілотний проект щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою. В Україні нараховується близько 12 млн. хворих на артеріальну гіпертензію, щорічно це захворювання виявляють у 1 млн. пацієнтів. Високий артеріальний тиск значно підвищує ризик появи ішемічної хвороби серця, мозкового інсульту, а також впливає на серцеву та ниркову недостатність, призводить до ураження судин і очей. Проте систематично лікуються лише 14% осіб, близько третини періодично приймають лікарські засоби.

**Мета.** Аналіз арсеналу лікарських засобів для лікування гіпертонічної хвороби, включених у пілотний проект, механізму відшкодування їх вартості аптечним закладам, а також динаміки реалізації досліджуваних препаратів.

**Методики дослідження.** Об'єктом дослідження були нормативні документи КМУ та МОЗ України щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, а також дані Державного експертного центру та аналітичної системи дослідження ринку «Pharm Explorer»/«Фармстандарт» компанії «Proxima Research». Використовувались методи інформаційного пошуку, узагальнення та системного аналізу даних вторинної маркетингової інформації.

**Основний матеріал дослідження.** Нами виділено три етапи реалізації пілотного проекту:

1. Підготовчий (опрацювання нормативної бази). Основні положення пілотного проекту були затверджені Постановою КМУ від 25 квітня 2012 р. № 340. На виконання названої Постанови МОЗ України впродовж чотирьох

місяців видало низку наказів щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при артеріальній гіпертензії, затвердження порядку розрахунку та реєстру граничного рівня оптово-відпускних і порівняльних (референтних) цін на вищеназвані засоби, а також про проведення перевірки виписування рецептів на лікарські засоби особам з гіпертонічною хворобою.

2. Фінансове забезпечення реалізації пілотного проекту регламентували Постанови КМУ від 05.09.2012 р. № 907 і від 17.10.2012 р. № 982, які затвердили порядок часткового відшкодування аптекам вартості відпущених лікарських засобів, а також порядок та умов надання у 2013 році субвенції з державного бюджету.

3. Інтенсивна реалізація розпочалася після доповнення згідно з Постановою КМУ від 12.06.2013 р. № 554 переліку лікарських засобів, включених у пілотний проект, комбінованими препаратами, а також зміни порядку розрахунку граничного рівня оптово-відпускних цін і запровадження поділу лікарських засобів на 3 групи з різним ступенем відшкодування (Наказ МОЗ України від 15.08.2013 р.). Також у другому півріччі 2013 р. спостерігається залучення до реалізації пілотного проекту широкого кола лікарів, причому не лише кардіологів, а й сімейних лікарів. Протягом 2013 р. було виписано понад 20 млн. рецептів на часткове відшкодування вартості гіпотензивних лікарських засобів, з Державного бюджету України виділено субвенцію в розмірі 250 млн. гривень.

У другій половині грудня 2013 р. та січні 2014 р. дія пілотного проекту була призупинена, проте Постанова КМУ від 12 лютого 2014 р. № 42 продовжила термін дії пілотного проекту до кінця 2014 р. і затвердила індикатори оцінки його реалізації. Варто зауважити, що у пілотному проекті залучено понад 12 тисяч аптечних закладів, найбільше - у Дніпропетровській, Донецькій, Івано-Франківській, Вінницькій областях (1140, 689, 688, 645 відповідно) і м. Києві (606 аптек).

Станом на 1.02.2014 р. у реєстр граничного рівня оптово-відпускних і порівняльних (референтних) цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою включено 323 асортиментні позиції. У порівнянні з 2012 роком їх кількість зросла майже на третину (30,1%). У межах кожної міжнародної непатентованої назви з урахуванням дозування залежно від вартості вони поділяються на три групи: I (засоби, вартість яких підлягає 90% відшкодуванню) - 83 асортиментні позиції, II (відшкодування менше 90%) - 86 препаратів, III (вартість лікарських засобів не відшкодовується) - 154 асортиментні позиції. Дозволяється відшкодовувати вартість лікарських засобів з III групи лише після декларування зміни їх оптово-відпускної ціни нижче граничних рівнів цін для засобів I або II групи.

Варто зауважити, що питома вага продукції вітчизняних виробників вищеназваних лікарських засобів у I групі складає 66%, у другій – 35%, а у третій – лише 5%. Основними вітчизняними виробниками лікарських засобів, включених у I групу, є ТОВ «Астрафарм» і «Авант», ВАТ «Фармак» і «Київмедпрепарат», ПАТ «Київський вітамінний завод» і «Луганський хіміко-фармацевтичний завод» і низка інших. Імпортні лікарські засоби, вартість яких підлягає відшкодуванню в розмірі 90%, є продукцією Інтас Фармасьютикалс Лтд (Індія), АТ Фармацевтичний завод ТЕВА (Угорщина), Алкалоїд АД – Скоп'є (Республіка Македонія) та ін. Аналіз динаміки реалізації включених у пілотний проект лікарських засобів свідчить про різкий ріст об'ємів їх споживання з вересня 2013 р., лідерами за кількістю реалізованих упакувань є таблетки лізиноприл-Астрафарм (10 мг №20 і 20 мг №20), еналаприл-Дарниця (10 мг №20), амлодипін-Фармак (10 мг №20), бісопорол-Лугал (10 мг №30).

**Висновки.** Завдяки залученню широкого кола лікарів, пацієнтів та аптечних закладів з вересня 2013 р. спостерігається інтенсивна реалізація пілотного проекту, розрахованого на соціально незахищену частину населення. Гіпотензивні лікарські засоби, здебільшого вітчизняного виробництва, стали доступнішими для малозабезпечених громадян.



# ДОСЛІДЖЕННЯ ПРАВОВИХ АСПЕКТІВ ПЛАНОВОЇ ВАКЦИНОПРОФІЛАКТИКИ ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

Котвіцька А.А., Кубарева І.В., Кононенко О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

Ефективність активної імунізації населення доведена багаторічним досвідом у запобіганні багатьох соціально небезпечних інфекційних захворювань. З медичної точки зору вона безсумнівно залишається основною превентивною мірою в політиці охорони здоров'я (ОЗ) будь-якої держави. Однак система правового регулювання вакцинації протягом багатьох років визнається однією з основних проблем вітчизняної галузі охорони здоров'я.

З огляду на зазначене, метою нашого дослідження став аналіз законодавчої та нормативно-правової бази з питань регулювання імунопрофілактики населення в Україні.

Виходячи з результатів дослідження встановлено, що вакцинопрофілактика в Україні регламентується трьома законами, а саме: Законом України (ЗУ) «Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р., ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб» від 06.04.2000 р., ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення» від 24.02.1994 р., Наказом МОЗ України «Про порядок проведення профілактичних щеплень в Україні та контроль якості й обігу медичних імунобіологічних препаратів» від 16.09.2011 р. № 595, яким затверджується Національний календар профілактичних щеплень.

Результати змістовного аналізу зазначених НПА вказують про наявність протиріч між окремими положеннями. Зокрема згідно ст. 10 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» и ст. 5 ЗУ «Про забезпечення санітарного та епідемічного благополуччя населення», вакцинація є обов'язковою в передбачених законодавством випадках. Однак, ст. 43 ЗУ «Основи законодавства України про охорону здоров'я» зазначено, що особа має

право не погоджуватися на будь-яке медичне втручання, включаючи діагностику, лікування та профілактику, що суперечить положенням попередніх статей. Також неврегульованим залишається і перелік інфекційних захворювань, які попереджаються за допомогою обов'язкових щеплень. Згідно ст.12 ЗУ «Про захист населення від інфекційних хвороб», обов'язковими є щеплення проти дифтерії, кашлюка, кору, поліомієліту, правця та туберкульозу, що сумарно становить 6 захворювань. У той же час Календарем профілактичних щеплень до зазначених захворювань в обов'язковому порядку додаються гемофільна інфекція, краснуха, епідемічний паротит та гепатит В, що складає вже 10 інфекцій і протирічить нормам закону.

Таким чином, виходячи з проведеного аналізу НПА з питань вакцинопрофілактики в Україні, можна стверджувати, що у вітчизняній системі правового забезпечення імунізації населення існує багато суперечностей. На нашу думку, одним із шляхів вирішення даної проблеми є перегляд та урегулювання існуючих законодавчих засад щодо проведення профілактичних щеплень в Україні

## **НОРМАТИВНО ПРАВОВЕ РЕГУЛЮВАННЯ ОБІГУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ І ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ ЄВРОПЕЙСЬКОГО СОЮЗУ**

Пазюк Д.-М. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

mashadasha67@gmail.com

Фармацевтичний ринок України розвивається досить стрімко, тому в умовах нинішнього курсу на євро інтеграцію, доцільно провести порівняння нормативно правових актів, які використовуються в Україні та країнах Європи для регулювання фармацевтичної діяльності в цілому. Визначити плюси та мінуси, запозичити досвід, вдосконалити систему обігу лікарських засобів.

Здійснення контролю за обігом лікарських засобів в Україні, як важлива управлінська функція держави та її органів тісно пов'язана з іншими функціями і повинна мати чітке правове підґрунтя. Одне з перших місць посідає контроль за обігом лікарських засобів. Його розмежовують на три основних види: реєстрація, виробництво або ввезення їх, реалізація. Кожен вид регулюється законодавством, та має чітко сформовані свої цілі та завдання для попередження виникнення непередбачуваних ситуацій, та для забезпечення нормальної роботи системи в цілому.

Спеціальним органом державного контролю якості ЛЗ та фармацевтичної діяльності є Державна інспекція з контролю якості ЛЗ з безпосередньо підпорядкованими їй державними інспекціями з контролю якості ЛЗ. Керуються вони Законами України, постановами Кабінету міністрів, наказами МОЗ України, державною Фармакопеею України та аналітично-нормативною документацією.

В Україні усі лікарські засоби, окрім екстемпоральних мають пройти обов'язкову державну реєстрацію.

Регулюється також порядок ввезення лікарських засобів на територію України. Незареєстровані ЛЗ можуть ввозитися на митну територію України без права реалізації (проведення доклінічних досліджень і клінічного виробництва, реєстрації ЛЗ в Україні, експонування на виставках, ярмарках, конференціях тощо, індивідуального використання громадянами, використання у випадках стихійного лиха, катастроф, епідемічного захворювання тощо за окремим рішенням МОЗ України за наявності документів, що підтверджують реєстрацію і використання їх у країнах-імпортерах).

Регулювання фармацевтичної діяльності в країнах, що входять до ЄС, проводиться дотриманням постанов, директив та рішень. Постанови мають загальний характер і стосуються систем і структур, а не окремих фізичних і юридичних осіб.

Директиви зобов'язують кожну державу досягти поставлених у документі цілей, але залишають за урядом держав ЄС повне право вибору форми і

засобів їх досягнення. Директиви є основним механізмом створення єдиного ринку. Європейське законодавство, що регулює обіг лікарських засобів, створюється переважно за допомогою Директив Ради ЄС (Директива Ради ЄС № 65/65/ЄЕС "Про зближення законодавчих положень, правил і адміністративних заходів відносно лікарських препаратів", Директива Ради ЄС № 92/25/ЄЕС "Про правила оптової реалізації лікарських препаратів для людини", Директива Ради ЄС № 92/26/ЄЕС "Про визначення категорій лікарських препаратів для людини, та ін)

Система регулювання відносин у сфері допуску та контролю лікарських засобів більшості розвинених країн являє собою модель, що базується на чотирьох основних елементах: стандартизації в галузі контролю якості лікарських засобів (розвиток інституту Фармакопеї), системи належних практик розробки, досліджень, виробництва та продажу (GLP, GCP, GMP, GDP, GPP, GEP). Розвиток системи стандартів GXP - найважливіша світова тенденція, фармацевтичної інспекції, контролю за обігом продукції на ринку.

Отже, враховуючи досвід та структуру нормативно правових норм країн ЄС, Україні для подальшої співпраці та відкриття зони вільної торгівлі, яка буде також поширюватися і на фармацевтичний ринок, необхідно серйозно передивитися сукупність нормативно правових актів якими керуються нині, передивитися стандарти виробництва. Це допоможе досягнути того рівня якості, вимог, та допоможе розширити збут лікарських препаратів виготовлених в Україні, та поставити на належний рівень фармацевтичну діяльність нашої країни, що дозволить конкурувати з продукцією інших країн на гідному рівні.

# **ОБГРУНТУВАННЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОЇ АКТУАЛЬНОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ НАЛЕЖНОЇ АПТЕЧНОЇ ПРАКТИКИ В УКРАЇНІ**

Панфілова Г.Л.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

На початку ХХІ століття в Україні відбулись значні зміни в організації надання фармацевтичної допомоги (ФД) населенню. Це обумовлено стрімким розвитком фармацевтичного ринку, впровадженням активної маркетингової політики фірм-виробників та оптових операторів ринку ЛЗ, появою контрафактної та субстандартної продукції, а також підвищенням вимог населення до ефективності надання ФД. Протягом останніх років спостерігалась зміна стереотипів поведінки провізорів. Так, фармацевтичні працівники не стали виконавцями пасивної ролі в організації лікувально-профілактичного процесу (виготовлення ЛЗ, відпуск препаратів), а стали поступово займати більш активну позицію, сутність якої полягає у виконанні регуляторної функції у відносинах між пацієнтом та лікарем за цілим комплексом медико-фармацевтичних, організаційно-економічних та нормативно-правових питань.

Мета дослідження полягала в окресленні актуальності впровадження норм та вимог Належної аптечної практики (НАП) в Україні за умов реформування вітчизняної охорони здоров'я у напрямку впровадження соціально орієнтованих форм надання ФД населенню. Для вирішення завдань досліджень були проаналізовані міжнародні рекомендації щодо впровадження НАП в національні системи охорони здоров'я, а також вітчизняна нормативно-правова база, що регулює питання обігу ЛЗ. Аналіз спеціальної літератури дає змогу стверджувати таке. Ключова роль в осмисленні сучасної ролі та напрямків діяльності фармацевтичних працівників належить ВООЗ та Міжнародній фармацевтичній федерації (ММФ). Питання впровадження соціально орієнтованих підходів в організації фармацевтичного забезпечення населення розглядались на конференціях: «Роль фармацевтів у роздрібній та

лікарняній аптеці» (Мадрид, 1988 р.); «Зміст фармації та функції фармацевтів» (Делі, 1990 р.), «Якісні фармацевтичні служби – користь для держави і суспільства» (Токіо, 1993 р.), «Оцінка якості фармацевтичної опіки у Європі» (Страсбург, 2009 р.), а також на 62-му конгресі ММФ (Франція, 2002 р.). ММФ під егідою ВООЗ було розроблено та запропоновано декілька редакцій НАП: «НАП в суспільних та лікарняних аптеках» (1993 р.); «НАП в комунальних та лікарняних аптеках» (1996 р.); «Стандарти НАП ВООЗ/ММФ для європейських країн» (1996 р.); «Керівництво з розробки та впровадження стандартів в НАП в нових незалежних державах» (2001 р.); «НАП: стандарти якості аптечних послуг» (2011 р.). На виконання державних гарантій з організації ефективної ФД населенню, що відповідає гуманістичним принципам розвитку суспільства на початку минулого року був оприлюднений Проект наказу МОЗ «Про затвердження Настанови «Лікарські засоби. Належна аптечна практика» (Проект наказу). За змістом зазначений Проект наказу виглядав як консолідований документ, в якому було представлено національне бачення реалізації основоположної ідеології НАП ВООЗ/ММФ. У зазначеному документі було визначено, що НАП – це сукупність правил з роздрібною реалізації лікарських засобів, їх зберігання, контролю якості, виготовлення в умовах аптеки, відпуску, раціонального використання за **принципами** клінічної доцільності та економічної доступності в інтересах пацієнта, дотримання яких забезпечує якість ЛЗ на всіх етапах їх обігу, а також передбачає реалізацію відповідального самолікування. Реалізація зазначених принципів дозволить вирішити основні завдання, що передбачені Національною лікарською політикою, а саме організацію доступної, якісної та раціональної ФД населенню незалежно від соціального статусу громадян у суспільстві. На жаль, внаслідок непослідовних дій уряду Проект наказу так і не був прийнятий. Це створює вкрай несприятливі умови для реалізації соціально орієнтованих принципів організації ФД населенню, що задекларовані у чисельних вітчизняних законодавчо-нормативних та правових актах.

## **ІНОЗЕМНИЙ ДОСВІД УТИЛІЗАЦІЇ ТА ЗНИЩЕННЯ НЕПРИДАТНИХ ДО МЕДИЧНОГО ЗАСТОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Пузанова І.П.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

puzanova@e-mail.ua

Вирішення проблеми утилізації та знищення неякісних лікарських засобів (ЛЗ) стала актуальною наприкінці ХХ ст. Для цього в США Управлінням з контролю якості харчових продуктів і лікарських засобів (FDA) спільно з науковцями провідних дослідницьких університетів було розроблено та прийнято ряд нормативно – правових рішень, які мали на меті ефективно вирішення вищезазначеної проблеми.

Згідно з законодавчими актами США ЛЗ розділяються на ті, що населення може утилізувати самостійно, притримуючись при цьому певних правил, і ті, які потрібно обов'язково здати в спеціальні пункти прийому. Ці пункти діють в рамках Програми повернення ЛЗ і організовані при аптечних закладах. Місцезнаходження найближчого пункту і дату прийому ЛЗ можна взнати ввівши місто і поштовий індекс на спеціальному інтернет – ресурсі. Вищезазначена Програма підтримується глобальною рекламною кампанією, яка підвищує рівень свідомості населення щодо проникнення ЛЗ в водойми і поверхневі ґрунти, пояснює надзвичайну небезпеку шкідливого впливу на екологічну ситуацію країни. Її реалізацією займається Американська асоціація фармацевтів, Асоціація фармацевтичних досліджень і виробників США та Служба риби і дичини США.

У відповідності з Інструкцією щодо належної утилізації ЛЗ існує система «Take back» - повернення ЛЗ. В аптеках розміщуються спеціальні контейнери для збирання некондиційних ЛЗ від населення, які після збору проходять процедуру сортування та знищуються відповідно до встановлених правил.

Подібні системи утилізації та знищення непридатних до медичного застосування ЛЗ існують в Канаді та у багатьох країнах Європи, зокрема в Естонії, Польщі, Фінляндії, Франції, Чехії, Швейцарії, Швеції.

Варто зазначити також, що у 37 штатах США узаконені благодійні аптеки, функцією яких є допомога в забезпеченні потребуючих та малозабезпечених громадян. В таких аптеках приймаються ЛЗ із залишковим терміном придатності 6 місяців і непорушеною первинною упаковкою. Спеціалісти впевнені, що аналогічну практику потрібно застосовувати в країнах Європи, адже це позитивно позначається як на населенні, так і на довкіллі.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ТА ЕФЕКТИВНОСТІ ДІЯЛЬНОСТІ ПРОФЕСІЙНИХ ГРОМАДСЬКИХ ОРГАНІЗАЦІЙ У ФАРМАЦІЇ**

Хоменко В.М., Сушарина І.В.

Донецький національний медичний університет ім. М. Горького,

м. Донецьк, України

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Під час розбудови демократичної України особливої актуальності набуває дослідження процесу суспільної самоорганізації. Важливим суб'єктом цього процесу є громадські організації. На сучасному етапі суспільного розвитку створюються нові передумови для докорінної зміни місця та ролі громадських фармацевтичних організацій як суб'єктів суспільного життя. Такі організації здатні зробити вагомий внесок у стабілізацію процесів розвитку фармацевтичної галузі.

Метою нашого дослідження стало вивчення думки спеціалістів фармації та державних службовців органів управління фармацією щодо проблем державного регулювання та ролі громадських фармацевтичних організацій у цьому процесі.



Для досягнення поставленої мети було використано метод анкетного опитування, який відрізняється простотою збирання інформації та можливістю її автоматизованої обробки.

Анкетним опитуванням було охоплено дві групи респондентів: державні службовці (56) та спеціалісти фармації (621) з 21 регіону України. За сферами діяльності респонденти представили виробництво лікарських засобів та виробів медичного призначення – 3,06%; оптову й роздрібну реалізацію – 31,40% та 62,64% відповідно, а також контроль якості лікарських засобів (ЛЗ) – 2,90%.

Нами встановлено, що основною проблемою державного регулювання фармації як керівники, так і спеціалісти вважають недосконалість законодавчої та нормативно-правової бази – 82,14 та 69,73% респондентів відповідно.

Найбільш ефективними засобами державного регулювання фармації респонденти вважають економічні – 80,36% державних службовців та 73,27% спеціалістів фармації. Серед конкретних методів державного регулювання фармацевтичної діяльності найбільш ефективним респонденти назвали ліцензування оптової та роздрібної реалізації ЛЗ – 91,07% керівників та 74,72% спеціалістів. Також до найбільш ефективних методів респондентами віднесено контроль цін на ЛЗ (82,14% керівників та 71,82% спеціалістів)

Нами також проведено оцінку ефективності діяльності громадських фармацевтичних організацій як взагалі, так і конкретних фахових громадських організацій з якими співпрацюють респонденти.

Діяльність громадської організації з якою співпрацюють респонденти була оцінена як ефективна, але з окремими проблемами більшою частиною (54,91%) опитаних спеціалістів. У той же час 32,14% державних службовців оцінили роботу обласних фармацевтичних асоціацій в цілому як ефективну.

Робота громадських фармацевтичних організацій, що працюють на загальнодержавному рівні була оцінена як ефективна, але з окремими проблемами 55,36% опитаних державних службовців та 56,84% спеціалістів.

Більшість державних службовців (64,29%) та спеціалістів (49,44%) вказали, що членство в громадській фармацевтичній організації дає їм змогу приймати участь в громадському обговоренні нормативно-правових актів відносно регулювання у фармацевтичній галузі.

Нас також цікавила думка респондентів щодо необхідності залучення громадських організацій до участі у регулюванні фармацевтичної галузі. Більшість керівників (73,21%) та спеціалістів (43,48%) вказали на таку необхідність за певними напрямками.

Отже, дані нашого дослідження дозволяють стверджувати, що фахові громадські організації готові до участі у саморегулюванні фармацевтичної діяльності за такими напрямками як атестація фармацевтичних кадрів; ліцензування діяльності, пов'язаної з роздрібною реалізацією лікарських засобів та ін.



**СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ  
УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВ  
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ**

## **О НЕОБХОДИМОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ СИСТЕМЫ МЕНЕДЖМЕНТА КАЧЕСТВА В АПТЕКАХ ТЮМЕНСКОГО РЕГИОНА**

Викулова К.А., Кныш О.И.

Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень, Россия

vikulova-ka@yandex.ru

Стремительное развитие фармацевтического рынка и ужесточение конкурентной борьбы организаций привело к необходимости повышения качества управления и управляемости аптечной организацией. Для увеличения способности к конкурированию необходимо формирование системы менеджмента качества как на уровне всего государства, так и на уровне конкретной фармацевтической организации.

Под системой менеджмента качества (СМК) подразумевают совокупность организационной структуры, методик, процессов и ресурсов, необходимых для общего руководства качеством. На сегодняшний день построение СМК в определенной сфере деятельности или на конкретном предприятии опирается на международные стандарты качества ISO 9000 и требования всеобщего управления качеством (TQM), а также гармонизированные федеральные стандарты. В соответствии с требованиями отраслевого стандарта «Правила отпуска (реализации) ЛС в аптечных организациях» в аптечных организациях «должна быть сформирована система управления качеством» и назначен уполномоченный по качеству. Кроме того, для каждой конкретной фарморганизации должна быть разработана и утверждена «Политика» и «Положение о системе качества фармацевтической организации». Соблюдение всех этих аспектов в деятельности аптеки будет способствовать принятию её руководителем эффективных управленческих решений с целью повышения конкурентоспособности на фармацевтическом рынке.

С целью изучения наличия СМК, а также оценки уровня готовности аптек для её эффективного функционирования нами проведено социологическое исследование среди руководителей и специалистов аптек г. Тюмени.

При анализе вопросов анкеты, направленных на изучение СМК в аптечных организациях было выявлено, что 75% респондентов знакомы с понятием «система менеджмента качества», совсем не встречали данный термин 5%, остальные не совсем уверены в правильном понимании предложенного термина. На вопрос «Функционирует ли «система управления качеством» - 86% респондентов ответили «да», с указанием в структуре аптеки отдела управления качеством (29%), либо должности уполномоченного по качеству (71%). В реализации СМК в большинстве случаев руководители аптек совмещают свои обязанности с функциями уполномоченного по качеству (47%), отдельная должность уполномоченного по качеству введена лишь в 17% аптек, остальные не смогли дать однозначного ответа на вопрос. В данных аптеках уполномоченные по качеству выполняют свои функции в полном объеме (40%), частично (55%), либо их не выполняют (5%). Тем не менее, 61% респондентов отметили улучшение деятельности аптеки с введением СМК или должности уполномоченного по качеству. Кроме того, респонденты отметили отсутствие достаточной нормативной и методической базы (72%) по вопросам организации и эффективного функционирования СМК по отдельным видам деятельности, а также стандартов для проведения проверок качества (53%).

По мнению респондентов, аудит СМК в аптеках не проводится (84%), но его в обязательном порядке должен осуществлять уполномоченный по качеству (55%), руководитель (25%) либо независимый аудитор (20%), по следующим основным разделам: осуществление контроля за правилами хранения ЛП, реализации и отпуска ЛП, надлежащего санитарного режима и материально-технической базы, а также работы с населением.

Таким образом, проведенное социологическое исследование показало, что в большинстве аптечных организациях г. Тюмени существует действующая СМК, которая внедрена в соответствии с требованиями ОСТа и функционирует на основе внутриорганизационного документа «Политики» и «Положения в области качества». Однако, в полной мере не осуществляется оценка эффективности ее функционирования для обеспечения основных целей аптек по причине

недостаточной нормативной и методической базы. Кроме того, как показывает опыт, на современном фармрынке региона преобладающую роль имеют аптечные сети, в оргструктуре которой необходима эффективная служба СМК как основа саморазвития и успешного управления организацией.

Следовательно, с учетом требований международных и федеральных стандартов СМК нами предложена модель внедрения и функционирования службы системы менеджмента качества (рис. 1). В данной модели наряду с основными этапами внедрения СМК предусмотрено проведение внутренних аудитов СМК по определенному алгоритму.

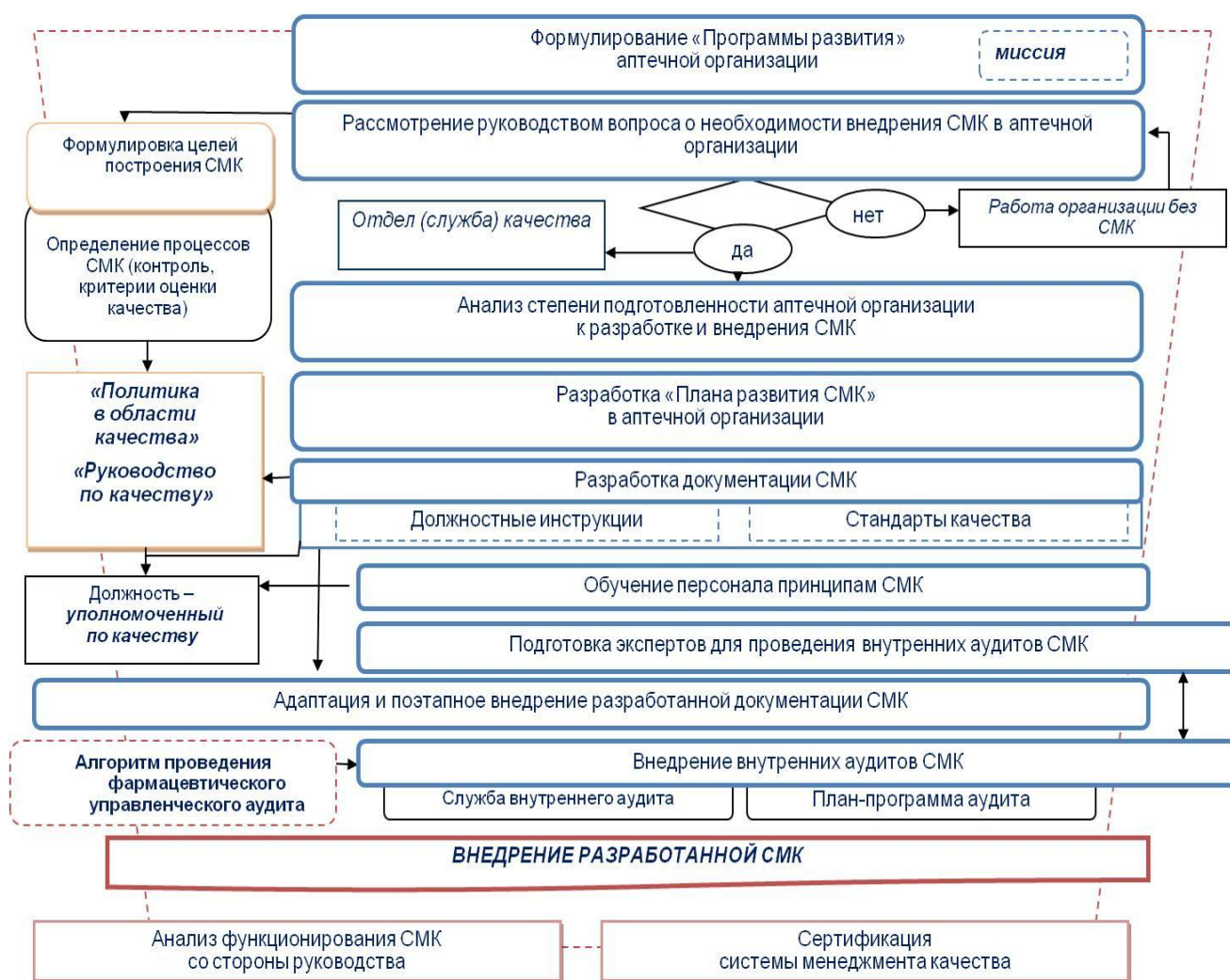


Рисунок 1 - Модель внедрения СМК в аптечные организации

Таким образом, разработанная модель позволит руководителям аптечных организаций грамотно внедрить эффективную СМК (либо скорректировать существующую СМК) для целей успешного осуществления фармацевтической деятельности на Тюменском фармацевтическом рынке.

# ОРГАНІЗАЦІЙНІ ПІДХОДИ ДО ОПТИМІЗАЦІЇ ОБСЛУГОВУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ПРИ ВІДПУСКУ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Демченко В.О., Дондік Н.Я.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

vict0riya@ukr.net

В останні роки реалії бізнесу диктують високо конкурентну політику для кожного суб'єкта фармацевтичного ринку. Аптекам доводиться докладати значних зусиль по залученню клієнтів, щоб підтримувати конкурентоспроможність і досягти максимального прибутку.

Одним з найбільш значних засобів для досягнення цих цілей є застосування аптеками елементів мерчандайзингу. Слід зазначити, що рецептурні препарати перебувають в компетенції лікаря і тому в Rx сегменті існують особливі правила. Тому, найбільш активно елементи мерчандайзингу впроваджуються в аптеці у впровадженні безрецептурного відпуску лікарських засобів (ЛЗ).

Відомо, що на поведінку потенційного клієнта можна вплинути безпосередньо на місці продажу. З метою залучення відвідувачів аптек як потенційних покупців, з'явилися нові форми фармацевтичного обслуговування населення - аптеки самообслуговування або фарммаркети, в яких ЛЗ представлені у відкритому доступі, що спонукають покупця до спонтанного їх придбання та використання.

Отже, метою роботи став аналіз організації роботи аптек з самообслуговування і виявлення переваг відкритої торгівлі лікарськими засобами безрецептурного відпуску як одного з напрямків з оптимізації лікарського забезпечення населення.

Фарммаркет являє собою зону самообслуговування, яка передбачає можливість детального вивчення асортименту (доторкнутися, подивитися), додатковий час для роздумів відвідувача («купувати, не купувати») у період екскурсії по відкритій зоні, технологію продажів «не за ліками, а за здоров'ям»,



широкий асортимент лікарських засобів, парафармацевтики, косметики, супутніх товарів і достатню торгову площу.

Відкрита форма дозволяє покупцям поринути у світ аптечних товарів, походити між полицями і взяти товар, який сподобався. Вона також дає можливість продавцю максимально використовувати імпульсні механізми впливу на покупця. При цьому покупець знаходиться в зоні впливу як прийомів мерчандайзингу, так і реклами на місцях продажу, що дає можливість істотно збільшити продаж товарів за імпульсним механізмом покупки.

У той же час життєво необхідно для більшості аптек із закритою формою торгівлі використовувати елементи відкритої викладки або хоча б створення додаткових точок продажу.

Отже, до переваг відкритої форми торгівлі можна віднести наступне: збільшення торгової площі, асортименту, товарообігу, прибутку, зручності для покупців (відвідувач самостійно знайомиться з товарами) і відвідуваності, підвищення рівня довіри, індивідуального підходу до покупця, швидкості здійснення покупки, збільшення розміру і наповнюваності чека в т.ч. за рахунок збільшення імпульсних покупок.

Поряд з перевагами є і недоліки відкритої форми торгівлі. До них відноситься: крадіжка товарів у відкритій зоні, втрата частини постійних клієнтів (когось приваблює саме «традиційність» аптеки), невдоволення відвідувачів похилого віку, можливе сприймання відвідувачами аптеки з високими цінами, підвищення коефіцієнта оборотності товарів за рахунок більшого запасу товарів у відкритій зоні, додаткові витрати на оренду (збільшується площа торгового залу), торговельне обладнання, антикрадіжну систему, на навчання персоналу і мерчандайзинг, на нове програмне забезпечення і його супровід .

Серед обставин переходу на відкриту форму торгівлі можна назвати такі: в аптеці є проблеми з продажами, постійно падає прибуток; збільшилася кількість черг біля віконця провізора; на обслуговування одного клієнта йде багато часу; змінилося оточення аптеки (з'явилися нові сучасні офісні будівлі, магазини, відкрилися мережеві аптеки, збільшився потік перехожих); хочеться мати і запропонувати

більший асортимент супутніх товарів для здоров'я; хочеться спробувати новий формат торгівлі; «так вирішив керівник» (директор, засновник, інвестор).

Проаналізувавши всі за і проти, можна представити наступний алгоритм переходу від закритої до відкритої форми торгівлі в аптеці.

1. Провести маркетингові дослідження, направлені на предмет затребуваності в районі фарммаркета; для визначення сильних і слабких сторін аптек-конкурентів, розташованих поруч; для оптимізації та розширення асортименту, включаючи супутні товари та введення нових груп товарів і для визначення цільової аудиторії аптеки (портрет покупця).

2. Розпланувати торговий простір (форму та утримання обладнання, «золотий трикутник», відсутність «мертвих зон», проходи для відвідувачів, місця для промоутерів, консультантів, POS-матеріалів, логічне угруповання товарних груп, грамотна навігація, освітлення, відеоспостереження, розміщення касових зон)

3. Визначити постачальників нових і супутніх товарів.

4. Знайти на проект людські та матеріальні ресурси.

Наступним кроком роботи буде подальше вдосконалення порядку відпуску лікарських засобів як одного з основних завдань фармацевтичного обслуговування, в рамках якого необхідно вирішити проблеми безконтрольного застосування лікарських засобів споживачами, низької комплаєнтності пацієнтів, недосконалості нормативних документів, що регламентують порядок відпуску лікарських засобів, нераціональної організації відпуску лікарських засобів і консультування покупців при його здійсненні, недосконалості інформаційного забезпечення фахівців і населення про застосування лікарських засобів, недостатнього рівня впровадження міжнародних вимог до організації аптечної практики в діяльність аптечних організацій та ін.

# **АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ СИСТЕМ МЕНЕДЖМЕНТУ ЯКОСТІ У ВИЩИХ НАВЧАЛЬНИХ ЗАКЛАДАХ МЕДИЧНОГО ТА ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПРОФІЛЮ В УКРАЇНІ ТА КРАЇНАХ СНД**

Кайдалова А.В., Посилкіна О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kajdalova@rambler.ru

У сучасних умовах розвитку і реформування системи вітчизняної освіти однією з першочергових завдань є інтеграція вітчизняної, в тому числі медичної і фармацевтичної, вищої школи в міжнародний освітній простір.

Глобалізація в галузі освіти передбачає інтеграцію та координацію національних освітніх систем. Тому особливої важливості набуває проблема вибору стратегії інтеграції.

Сьогодні на освітньому ринку конкурують не тільки освітні програми, а й системи менеджменту якості. Як свідчить кращий зарубіжний та вітчизняний досвід вітчизняним навчальним закладам необхідно орієнтуватися на створення системи менеджменту якості освіти, яка відповідає вимогам міжнародних стандартів ISO серії 9000.

Система якості, яка ефективно функціонує, дозволяє гарантувати потенційним споживачам, що вищий навчальний заклад здатний надавати освітні послуги на належному рівні. Забезпечення стабільного випуску компетентних фахівців, поліпшення структури управління, підвищення продуктивності й ефективності праці, оптимізація витрат, зміцнення іміджу – всі ці фактори зміцнюють позиції вищого навчального закладу на ринку освітніх послуг. До того ж, як свідчить практика, створення ефективно діючої системи управління вищим навчальним закладом на основі системи менеджменту якості дозволяє істотно підвищувати рівень підготовки випускників та їх конкурентоспроможність на ринку праці.

У сучасному світі близько 5000 вищих навчальних закладів мають сертифіковану систему якості, понад 1000 з них – сертифіковані за системою

ISO серії 9000. Сферами сертифікації у ВНЗ є навчальний, виховний і науковий процеси.

Метою наших досліджень став аналіз сучасного стану впровадження систем менеджменту якості у пострадянському освітньому просторі.

Як показав проведений аналіз, в Росії на сьогодні налічується близько 3000 вищих навчальних закладів та їх філій, серед них 50 вищих навчальних закладів медичного та 35 фармацевтичного профілю. Станом на кінець 2013 року в Росії вже сертифіковано 30 навчальних закладів, серед яких 12 медичного та фармацевтичного профілю: Воронежський державний університет, Далекосхідний державний медичний університет, Казанський державний медичний університет, Краснодарський муніципальний медичний інститут вищої сестринської освіти, Красноярський державний медичний університет ім. проф. В.Ф. Войно-Ясенецького, Курський державний медичний університет, Медичний інститут Пензенського державного університету, Пермська державна фармацевтична академія, Перший Московський державний медичний університет імені І.М. Сеченова, П'ятигорська державна фармацевтична академія, Санкт-Петербурзька фармацевтична академія та Сибірський державний медичний університет.

В Казахстані функціонує 146 ВНЗ, серед яких 66 приватних. Систему менеджменту якості вже запровадили 42 ВНЗ, медичного та фармацевтичного профілю: Державний медичний університет ім. Семей, Західно-казахстанська державна медична академія ім. М. Оспанова, Казахстанський медичний інститут, Казахська державна медична академія, Казахський національний медичний університет ім. С. Асфендіярова, Карагандинський медичний університет, Медичний університет, Південно-казахстанська державна медична академія, Південно-казахстанська державна фармацевтична академія та Семипалатинська державна медична академія.

У Республіці Білорусь функціонують 45 державних і 10 приватних закладів вищої освіти, серед них 6 – медичного та фармацевтичного профілю. Станом на кінець 2013 року в країні вже сертифіковано системи якості у

**Вітебському державному університеті імені П. М. Машерова, Гродненському державному медичному університеті, Білоруському державному медичному університеті.**

В Україні нині нараховується 334 вищих навчальних заклади. Станом на 2014 рік впровадили та сертифікували систему менеджменту якості такі заклади, як: Донецький державний інститут кольорових металів, Донецький національний медичний університет ім. М.Горького, Європейський університет, Інститут інвестиційного менеджменту, Інститут післядипломної освіти керівних працівників водного транспорту, Львівський державний університет ім. І. Франка, Національний авіаційний університет, Університет економіки та права «Крок», Центр підготовки та атестації плавскладу Севастопольського національного технічного університету.

Аналізуючи стан впровадження систем менеджменту якості у вищих навчальних закладах країн СНД, можна дійти висновку, що у закладах поширюється тенденція глобалізації та переходу до інноваційної моделі освіти, посилюється увага до підвищення конкурентоздатності та відповідності надання освітніх послуг світовим вимогам. Як свідчить накопичений досвід, розробка і впровадження системи менеджменту якості у ВНЗ дозволяють більш гнучко формувати стратегічні цілі та завдання, удосконалювати систему документації та оцінки результативності і ефективності діяльності навчального закладу та ін.

Необхідність впровадження системи менеджменту якості у фармацевтичну освіту обумовлена не лише необхідністю підвищення рівня конкурентоздатності навчального закладу, а й продиктована сучасними вимогами до рівня компетентності фахівців.

Отже, враховуючи світові тенденції до сертифікації діяльності освітніх послуг, а також всеосяжність проблеми якості для фармацевтичної галузі України, слід активізувати роботу щодо впровадження систем менеджменту якості у вищих навчальних закладах, які здійснюють підготовку фармацевтичних кадрів.

## **ВИВЧЕННЯ НЕВРЕГУЛЬОВАНИХ ПИТАНЬ ПРОВАДЖЕННЯ ГОСПОДАРСЬКОЇ ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ**

Котвіцька А.А., Черкашина А.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

Фармацевтична діяльність безпосередньо пов'язана з основною цінністю держави – здоров'ям людини і тому вимагає спеціальних знань та кваліфікації персоналу, відповідної матеріально-технічної бази, а також умов контролю якості лікарських засобів (ЛЗ).

Одним з фундаментальних засобів державного регулювання господарської діяльності, яка потребує не лише чіткої правової регламентації та регулювання, а й захисту для забезпечення сприятливих умов її здійснення та розвитку, є *ліцензування*, основна функція якого полягає в узгодженні інтересів, як суб'єктів господарювання, так і суспільства в цілому.

Метою нашого дослідження стало визначення та аналіз кола проблемних питань щодо провадження господарської діяльності у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я, які не врегульовані ані діючим законодавством в цілому, ані ліцензійними умовами зокрема.

Базовим документом та правовою основою ліцензування є закон України «Про ліцензування певних видів господарської діяльності» № 1775-III від 01.06.2000 р. У фармацевтичній галузі ліцензуванню підлягає господарська діяльність з виробництва, імпорту, оптової та роздрібною реалізації ЛЗ, а також господарська діяльність з обігу наркотичних, психотропних речовин і прекурсорів.

Ліцензійні умови стосовно фармацевтичної діяльності встановлюють кваліфікаційні, організаційні, технологічні та інші вимоги для провадження певного виду господарської діяльності (*Наказ МОЗ «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібною торгівлі лікарськими засобами» № 723*

від 31.10.2011 р. (Наказ)), тобто містять, як загально організаційні, так і спеціальні вимоги до кожного зазначеного виду фармацевтичної діяльності, а також вимоги до персоналу.

Незважаючи на те, що нова редакція Наказу датована 2011 роком, а зміни та доповнення вносяться кілька разів на рік, наприклад, у 2012 році – 5 (Накази №134 від 28.02.2012 р., №515 від 11.07.2012 р., №707 від 07.09.2012 р., №617 від 03.08.2012 р., №930 від 20.11.2012 р.), а у 2013 році – 2 (Накази №427 від 24.05.2013 р., №572 від 03.07.2013 р.), залишається низка питань, які є неврегульованими, їх можна поділити на 3 групи:

*I гр. – спрямовані на підвищення фізичної доступності ліків для населення (у тому числі для осіб з обмеженими можливостями та для сільського населення):*

– дистанційна реалізація ЛЗ та товарів аптечного асортименту за допомогою інтернет-ресурсу;

– належні умови для вільного доступу осіб з обмеженими фізичними можливостями до аптек (не лише наявність пандуса або підйомника, а й правильність їх облаштування (відповідний кут нахилу, наявність поручнів) та дієвість);

– зобов'язання суб'єкта господарювання, який проваджує діяльність з роздрібною реалізацією ЛЗ, на кожні десять аптек мати принаймні одну, яка знаходиться у сільській місцевості;

– можливість надання послуги «ліки на замовлення» в сільських відділеннях поштового зв'язку;

*II гр. – спрямовані на наближення норм українського законодавства до міжнародних:*

– встановлення обмежувальних норм пішохідної доступності для новостворених аптек (загальносвітова практика – 200-400 м.);

– регулювання загальної чисельності аптек й раціональності їх розміщення;

– визначення нормативу кількості жителів, що обслуговує одна аптека;

– відродження екстемпоральної рецептури (зобов'язання суб'єкта господарювання, який проваджує діяльність з роздрібною реалізації ЛЗ, на кожні десять аптек мати принаймні одну, яка проводитиме виробництво (виготовлення) ЛЗ в умовах аптеки);

*III гр. – спрямовані на врегулювання ситуації з неконтрольованим зловживанням лікарськими засобами, зокрема малолітніми особами:*

– заборона реалізації ЛЗ особам до 14-16 років;

– належний контроль відпуску рецептурних ЛЗ з аптечних закладів.

Значна кількість питань, які формують визначені 3 групи, виносились на громадські обговорення, але їх прийняття фармацевтичною спільнотою не відбулося оскільки, на наш погляд, були недостатньо обґрунтованими, та не було запропоновано механізму щодо їх реалізації.

Таким чином, нами було визначено та проаналізовано, шляхом поділення на групи, коло проблемних питань щодо провадження господарської діяльності у фармацевтичному секторі, які залишаються неврегульованими діючими ліцензійними умовами. Вважаємо, що врегулювання зазначених питань є актуальним та необхідним для виконання гарантій держави щодо забезпечення доступності лікарських засобів та створення сприятливих умов для розвитку фармацевтичного сектору в цілому, а при внесенні пропозиції щодо змін та впровадження нових положень до ліцензійних умов, необхідно більш ґрунтовно пояснювати важливість нових норм і пропонувати дієві механізми щодо їх реалізації.



# АНАЛІЗ СУЧАСНОЇ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОЇ БАЗИ ЛОГІСТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ

Сагайдак-Нікітюк Р.В., Вовк А.Ю.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kafer.nfay.rambler.ru

**Вступ.** Особливе місце фармацевтичної галузі в забезпеченні здоров'я і життєдіяльності населення і виконання державою своїх найважливіших соціальних функцій обумовлюють необхідність використання сучасних концепцій, методів та інструментів управління у всіх ланках галузі для забезпечення її стійкого розвитку. Однією з найбільш сучасних концепцій менеджменту є логістика.

Логістичним процесам будь-якого рівня притаманна багатоваріантність рішень, тому для їх оптимального виконання необхідно приймати обґрунтовані організаційно-управлінські рішення, які повинні базуватися на певній нормативно-правовій базі, що враховує і специфіку фармації, і специфіку логістичного підходу до управління, й екологічні аспекти функціонування суб'єктів фармацевтичного ринку, та специфіку управління трудовими ресурсами фармацевтичної галузі.

**Метою** є аналіз сучасної нормативно-правової бази управління потоковими процесами фармацевтичної бази України.

**Методами дослідження** є контент-аналіз, прийоми схождення від загального до локального.

**Основний матеріал дослідження.** Сьогодні в Україні практично відсутнє законодавство в сфері логістики: існує всього одна постанова Кабінету Міністрів України (Наказ Міністерства транспорту та зв'язку № 1023 від 13.08.2008 р. «Щодо перспектив розвитку транспортної інфраструктури та логістики»), але немає жодного закону чи нормативного документу, в яких застосовується термін логістика. Воно стосується процесу перевезення вантажів морським і залізничним транспортом, необхідності розробки концепцій і програм реформування й

розвитку транспортної інфраструктури й ринку транспортно-логістичних послуг, удосконалення координації діяльності та взаємодії залізниць і морських портів. У рішенні розглядаються вузькі місця транспортної інфраструктури України:

- недостатня потужність транспортної інфраструктури як у портах, так і на залізницях;

- вичерпаність резервів пропускної спроможності інфраструктури певних залізничних напрямків до портів Одеського й Миколаївського регіону, Криму та державного кордону (коефіцієнт використання пропускної спроможності на окремих ділянках складає 99 %, а в літні місяці, понад 100 %);

- невідповідність існуючих пропускних спроможностей автодоріг на підходах до морських портів і прикордонних пунктах пропуску висунутим вимогам;

- вичерпаність резервів пропускної спроможності контейнерних терміналів в Одеському та Маріупольському морських торговельних портах;

- недосконалість технології проходження процедури контролю в пунктах митного пропуску;

- недосконалість інформаційного забезпечення процесу транспортування вантажів територією України;

- відсутність дієвої програми формування національного транспортно-логістичного ринку.

Вирішення цих проблем міститься у законодавчому визначенні стратегічних напрямків розвитку та реформування транспортної галузі на середньо- й довгострокову перспективу; створенні науково-дослідних інститутів комплексних транспортних проблем; проведенні галузевих науково-дослідних і дослідно-конструкторських робіт з питань прогнозування перевезень, комплексних проблем транспортної логістики, розвитку транспортної інфраструктури, координації взаємодії всіх видів транспорту, розробки та корегування стратегій і програм розвитку авіаційного, автомобільного, залізничного, морського та річкового транспорту й дорожнього господарства; підвищенні рівня підготовки необхідної кількості фахівців у сфері транспортного менеджменту й логістики та робітничих

професій; здійсненні спільно з Міністерством освіти та науки, молоді та спорту України заходів з покращення якості освіти, зокрема у сфері логістики; підвищенні рівня інформаційного забезпечення учасників перевізного процесу; створенні логістичних складських комплексів різних форм власності тощо.

Важливим недоліком вітчизняного законодавства є недостатня кореспондованість з міжнародним законодавством відносно питань управління потоковими процесами (міжнародної торгівлі, руху ресурсів, зберігання й транспортування продукції тощо). Узгодженість як вітчизняних, так і міжнародних інтересів у сфері управління потоковими процесами у фармацевтичній галузі потребує вдосконалення чинного законодавства України в напрямку визначення правових режимів процесу транспортування й зберігання товарів, поширення використання вимог міжнародних правил Incoterms та ін. Але для фармацевтичної галузі важливим є удосконалення системи сертифікації виробництва й обігу лікарських засобів та системи стандартизації фармацевтичної продукції, що зумовлене соціальною її спрямованістю. Для реалізації цього завдання доцільне взаємопов'язування управління потоковими процесами у фармацевтичній галузі з вимогами належних фармацевтичних практик, які висувуються на всіх етапах життєвого циклу лікарських засобів, та інших практик, які описують вимоги до виробництва, гігієни, аудиту, інформації, сервісу тощо.

#### **Висновки та перспективи подальших досліджень в цьому напрямку.**

Проаналізована сучасна нормативно-правова база стосовно управління потоковими процесами свідчить про необхідність удосконалення існуючого законодавства України в напрямку визначення правових режимів процесу транспортування товарів; правових режимів зовнішньоекономічної діяльності вітчизняних підприємств, в тому числі підприємств фармацевтичної галузі; поширення використання вимог міжнародних правил Incoterms 2000 та ін.

# НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ ПІДХОДИ ДО ЗАХИСТУ ІНТЕГРОВАНИХ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ЛОГІСТИЧНИХ ЛАНЦЮГІВ ВІД ПОТРАПЛЯННЯ ФАЛЬСИФІКОВАНОЇ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОДУКЦІЇ

Хромих А.Г., Посилкіна О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

kaf.ep.nfay@rambler.ru

**Вступ.** Важливою складовою управління всіма елементами інтегрованого фармацевтичного логістичного ланцюга (ІФЛЛ) є визначення впливу якості й результативності їх діяльності на здоров'я населення та стан навколишнього середовища й аналіз наслідків цього впливу. Це в значній мірі пов'язано із загрозою появи у потокових процесах ІФЛЛ фальсифікованих лікарських засобів (ЛЗ). Поява на ринку та неправильне поводження з подібними ЛЗ можуть призвести до погіршення здоров'я населення й умов його життя, екологічного стану й епідеміологічної ситуації в регіонах і країні, а також умов функціонування кожного суб'єкта фармацевтичного ринку окремо й фармацевтичної галузі в цілому. Тому виникає потреба в розробці науково-практичних засад побудови ефективної системи захисту ІФЛЛ від потрапляння фальсифікованих ЛЗ, що дозволить поліпшити стан лікарського забезпечення населення в Україні. Реалізація цієї мети може бути досягнута завдяки підвищенню прозорості функціонування ІФЛЛ та створення умов для забезпечення впевненості всіх учасників цих ланцюгів у тому, що кінцевий споживач своєчасно і в необхідному обсязі отримає безпечні та якісні ЛЗ.

**Метою** даного дослідження є дослідження й розробка рекомендацій щодо доцільності впровадження сучасних технологій захисту ІФЛЛ від потрапляння фальсифікованих ЛЗ задля підвищення ефективності лікарського забезпечення населення України.

**Методики дослідження.** У процесі дослідження використовувалися методи: абстрактно-логічний; монографічний і системного аналізу.

**Основний матеріал дослідження.** ІФЛЛ - це складна, відповідно структурована ЛС з високим рівнем відповідальності кожного учасника, цільовою

функцією якої є своєчасне забезпечення конкретного споживача необхідною і якісною фармацевтичною продукцією в належному місці із забезпеченням потрібного рівня сервісу із мінімальними витратами. Через велику кількість обмежень ІФЛЛ вразливий до впливу багатьох факторів, являє собою сукупність процесів, де рівень наданого логістичного сервісу нижче 100 % неприпустимий, оскільки будь-яке інше значення цього параметра може вплинути на безпеку фармацевтичної продукції та здоров'я людини.

На підставі аналізу вітчизняної практики у сфері підтвердження відповідності фармацевтичної продукції вимогам стандартів якості, нами був розроблений алгоритм проведення ідентифікаційної експертизи ЛЗ учасниками ІФЛЛ, який спрямований на своєчасне виявлення фальсифікованої фармацевтичної продукції і належне поводження з нею (рис. 1). Згідно з запропонованим алгоритмом, усі учасники ІФЛЛ зобов'язані на належному рівні організувати роботу щодо своєчасного отримання, зберігання та подальшого використання отриманої інформації від територіальних органів Держлікслужби України про фальсифіковані ЛЗ, з метою своєчасного виявлення та вилучення з обігу такої продукції. Кожний учасник ІФЛЛ, повинен порівняти ЛЗ та його упаковку з вказаними в листі відмітними ознаками та виявивши їх наявність, зобов'язаний призупинити подальший обіг ідентифікованого фальсифікованого ЛЗ, вилучивши його з обігу. Факт вилучення з обігу повинен обов'язково оформлюватися складанням актом про виявлення фальсифікованого ЛЗ. Після чого, фальсифікований ЛЗ з копією акту повинен бути поміщений у зону карантину, тобто, зберігатися відокремлено від усієї іншої фармацевтичної продукції.

**Висновки.** Отже, підсумовуючи все вищезазначене, можна визначити, що розробка і впровадження в діяльність учасників ІФЛЛ ефективних методів протидії обігу фальсифікованих ЛЗ є найважливішим завданням, яке спрямоване на забезпечення економічної та лікарської безпеки держави. Комплексний характер застосування сучасних технологій захисту в поєднанні з правовими та організаційними заходами дозволить надійно захистити потокові процеси в межах ІФЛЛ від потрапляння фальсифікованих ЛЗ та гарантувати кінцевому споживачу належну якість ЛЗ.

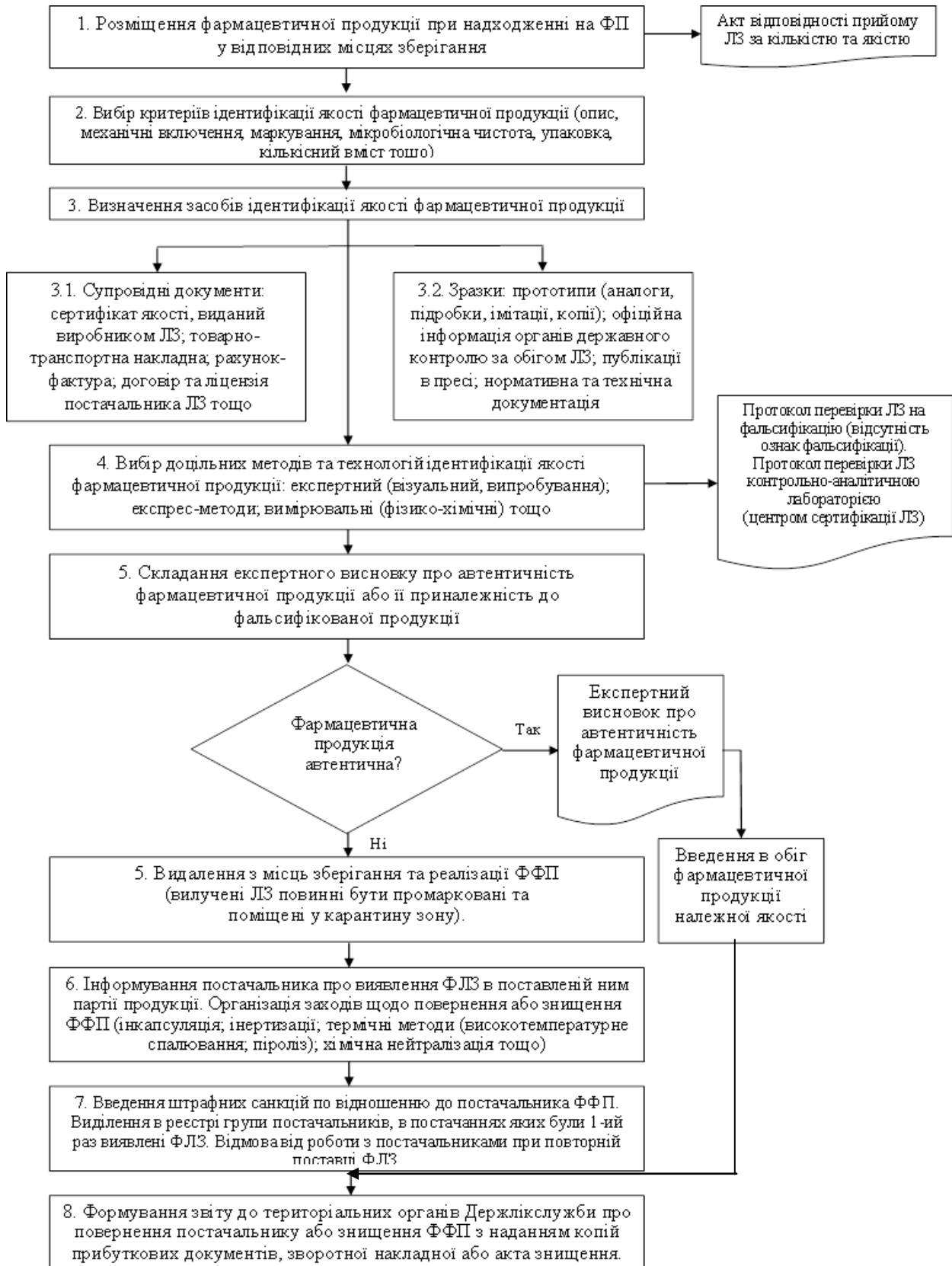


Рис. 1. Алгоритм проведення ідентифікаційної експертизи якості фармацевтичної продукції учасниками ІФЛЛ.



# **МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**



# ІНСТРУМЕНТИ В РЕАЛІЗАЦІЇ ПРОФЕСІЙНИХ ТА ЕТИЧНИХ ЗАВДАНЬ СПЕЦІАЛІСТІВ ФАРМАЦІЇ

Ліщишина О.М., Шилкіна О.О.

ДП «Державний експертний центр МОЗ України», м. Київ, Україна

medstandards@dec.gov.ua

Фармацевт і провізор – це «рубіж» між пацієнтом і ліками, від їх професіоналізму та компетентності у наданні фармацевтичної допомоги можуть залежати як результат лікування, призначеного лікарем, так і самостійного застосування пацієнтом безрецептурних препаратів. Реалізації цього завдання сприяють розробка і впровадження в Україні міжнародних стандартів аптечної діяльності – належної аптечної практики (GPP). За визначенням ВООЗ і МФФ, це практика, що відповідає потребам людей, які користуються послугами фармацевтів, з метою забезпечення оптимальної медичної допомоги на засадах доказової медицини. Для її підтримки необхідна розробка відповідних національних стандартів. Основні вимоги і принципи GPP були опубліковані ВООЗ і МФФ в 1997 році. В 2011 році спільна настанова МФФ/ВООЗ «Належна аптечна практика: стандарти якості аптечних послуг» була оновлена з урахуванням змін, що відбуваються у фармацевтичній практиці, та визначенням нових функцій і ролей, які покладаються на професіоналів фармації в новому тисячолітті. В цьому документі зазначено, що першим завданням фармацевта в будь-якому закладі є благополуччя пацієнтів, і на це має бути спрямована вся діяльність аптечних закладів. Фармацевт має сприяти раціональному та економічному призначенню, а також відпуску лікарських засобів, співпрацювати в мультидисциплінарній медичній команді з метою поліпшення безпеки пацієнтів.

В теперішній час в Україні створені об'єктивні умови впровадження вимог належної аптечної практики та удосконалення якості надання фармацевтичної допомоги. Для впровадження в роботу аптечних закладів стандартів GPP має бути проведена оцінка чинних нормативних документів

МОЗ України щодо їх відповідності сучасним вимогам GPP, оновлення або скасування тих документів, положення яких застаріли та не відповідають сучасним підходам, розроблено настанови з питань GPP, які не регламентовані нормативними документами МОЗ України. Слід зазначити, що елементи належної аптечної практики в різній мірі наявні в деяких чинних нормативних документах МОЗ України.

Так, з 2010 року розпочато створення системи управління застосуванням безрецептурних лікарських засобів шляхом затвердження та періодичного оновлення протоколів провізора (фармацевта). МОЗ України наказом від 11.10.2013р. № 875 затверджені 34 протоколи провізора (фармацевта) для синдромів і симптомів, з якими частіше за все звертаються в аптеку при самолікуванні, а також для профілактики деяких захворювань. Крім того, в цю оновлену редакцію включені протоколи провізора (фармацевта) при отриманні інформації про випадки побічних реакцій та/або відсутності ефективності лікарських засобів і при відпуску за рецептом лікарських засобів для лікування осіб з гіпертонічною хворобою, вартість яких підлягає частковому відшкодуванню.

Розробка протоколів провізора (фармацевта) здійснювалась відповідно до вимог Уніфікованої методики з розробки медико-технологічних документів на принципах доказової медицини, затвердженої наказами МОЗ України та НАМН України від 19.02.2009р. №102/18 і від 03.11.2009р. №798/75 та Методики розробки та впровадження медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини, затвердженої наказом МОЗ України від 28.09.2012 р. № 751, зареєстрованої в Міністерстві юстиції України 29.11.2012 р. за № 2001/22313, і повністю відповідає концепції ВООЗ та МФФ щодо належної аптечної практики, зокрема, забезпечення оптимальної медичної допомоги на засадах доказової медицини. Було проведено пошук інформаційних джерел в сучасних базах доказової інформації, в т.ч. у G-I-N, а також серед вітчизняних медико-технологічних документів, розроблених на засадах доказової медицини, для виявлення клінічних настанов,

які можливо застосувати для розробки протоколів провізора (фармацевта) при відповідальному самолікуванні. Такі джерела були виявлені і використані при розробці протоколів за темами «Диспепсія», «Профілактика остеопорозу і остеоартрозу», «Відмова від вживання тютюну», «Симптоматичне лікування болю». З метою удосконалення реалізації Пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб з гіпертонічною хворобою та інформаційної підтримки спеціалістів при наданні консультацій відвідувачам аптек при відпуску антигіпертензивних лікарських засобів розроблений відповідний протокол. Його розробка здійснювалась на основі положень адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах, та уніфікованого клінічного протоколу медичної допомоги «Артеріальна гіпертензія», затвердженого наказом МОЗ України від 24.05.2012р. № 384. Для тем, за якими не знайдено відповідних джерел, протоколи провізора (фармацевта) були розроблені шляхом консенсусу.

Структура документів дозволяє спеціалісту належним чином оцінити конкретну проблему із здоров'ям у пацієнта, виявити загрозові симптоми, які свідчать про серйозні розлади здоров'я та своєчасно направити його до лікаря, а також передбачає при відпуску лікарського засобу надання пацієнту повної інформації щодо рекомендованих препаратів, при необхідності надавати рекомендації загального характеру щодо ведення здорового способу життя, раціонального харчування, профілактики захворювань тощо.

Таким чином, протоколи провізора (фармацевта) – дієвий інструмент інформаційної підтримки спеціалістів фармації в реалізації їх професійних завдань в частині забезпечення належного застосування лікарських засобів в інтересах пацієнта, є невід'ємною складовою і повністю відповідає концепції ВООЗ та МФФ щодо належної аптечної практики (GPP).

# **СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ**

# РАЗРАБОТКА АЛГОРИТМА ПРОВЕДЕНИЯ МАРКЕТИНГОВОГО АУДИТА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

Викулова К.А., Кныш О.И.

Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень, Россия

vikulova-ka@yandex.ru

Последние несколько лет российский фармацевтический рынок стремительно развивается: растет число фармацевтических организаций, ужесточается конкурентная борьба, наблюдается рост цен на лекарственные препараты и прочие фармацевтические товары. В связи с возросшей потребностью в усовершенствовании общей стратегии маркетинга отдельной фарморганизации, оценке сильных и слабых сторон ее деятельности, выявления возможностей и угроз для организации, актуальным является разработка методического подхода к проведению аудита маркетинга фарморганизации. Анализ литературных источников, характеризующих основные направления и организацию аудиторской деятельности и маркетингового аудита в целом, показал, что современное состояние маркетингового аудита в фармации в настоящий момент находится на этапе развития и нуждается в адекватном методическом регулировании его основных положений.

Для решения поставленной задачи нами изучены и теоретически обоснованы основные принципы и направления фармацевтического маркетингового аудита как метода контроля за маркетинговой деятельностью фармацевтической организации. В нашем понимании фармацевтический маркетинговый аудит (ФМА) – это независимое, всестороннее и регулярное исследование маркетинговой среды, целей, стратегий и деятельности фармацевтической организации по выявлению проблем и открывающихся возможностей для формулирования рекомендаций по совершенствованию маркетинговой деятельности организации. По мнению российских ученых ФМА направлен на оценку следующих аспектов маркетинговой деятельности организации: макро- и микросреда маркетинга, стратегии маркетинговой

деятельности, организация маркетинговой деятельности, системы маркетинга (информационная, планирования, разработки новых продуктов, контроля), эффективность маркетинговой деятельности в целом и по отдельным элементам комплекса маркетинга.

С целью повышения эффективности управления маркетинговой деятельности на уровне фармацевтической организации нами разработан алгоритм проведения фармацевтического маркетингового аудита, который предусматривает проведение четырех последовательных этапов: подготовка к проверке, осуществление фармацевтической маркетинговой аудиторской проверки, формирование маркетинговой информационной системы, выработка маркетинговых решений и рекомендаций.

Согласно разработанному алгоритму, на первом этапе, во время подготовки к проверке, необходимо произвести формирование аудиторской группы (службы), которая будет осуществлять проведение ФМА. Аудиторской группе предстоит сформулировать цели, задачи, определить формат вопросов для проведения исследования, определить виды и источники маркетинговой информации, дать предварительный аналитический обзор проверяемого объекта, произвести сбор необходимой информации, определить вид отчетности. Наиболее существенной стадией начального этапа является составление общего плана-программы маркетингового аудита, определение бюджета маркетинг-аудита.

На втором этапе происходит осуществление непосредственной фармацевтической маркетинговой аудиторской проверки первичных источников маркетинговой информации (протоколов, рейтинг-листов, опросных листов), основных составляющих маркетинговой деятельности, оценку внутренней и внешней среды маркетинга организации. По окончании «полевых» исследований производится сбор и оценка результатов проверки формирования аудиторского заключения (резюме).

На третьем этапе в результате обобщения и аналитической оценки по данным аудиторских заключений по каждому составляющему элементу

маркетинговой деятельности фарморганизации составляется «Акт проверки фармацевтического маркетингового аудита». Во время ознакомления руководителя фарморганизации с «Актом...» может возникнуть необходимость внесения доработок и изменений в план-программу аудита маркетинга, следовательно, аудитор возвращается к этапу корректировки плана: формулируются задания для отдельных подразделений, выбираются методы проведения исследования, запрашиваются необходимые данные в ранее установленном формате. Если аудиторская проверка проведена комплексно и результаты одобрены руководителем организации, проверяющий может приступить к заключительному этапу аудита маркетинговой деятельности, который включает предварительное согласование возможностей фарморганизации с ситуацией на рынке, выработку маркетинговых решений и рекомендаций по устранению недостатков, коррекцию маркетинговой стратегии фарморганизации и контроль над исполнением выработанных рекомендаций.

Заключительным этапом проверки является оформление «Итогового заключения по результатам проверки фармацевтического маркетингового аудита».

С учетом сформулированных направлений ФМА и на основе предложенного алгоритма разработан перечень оценочных критериев для проведения аудита фармацевтической маркетинговой деятельности, систематизированных в виде унифицированных форм: «Акта проверки фармацевтического маркетингового аудита» и «Итогового заключения по результатам проведения фармацевтического маркетингового аудита».

Таким образом, разработанный алгоритм проведения фармацевтического маркетингового аудита позволяет руководителям фарморганизаций самостоятельно осуществлять аудит маркетинговой деятельности с целью повышения качества маркетинговой политики организации и в случае необходимости своевременно вносить корректировки в маркетинговую стратегию с учетом меняющихся условий рынка.

## **ОЦІНКА МОТИВАЦІЙНИХ ФАКТОРІВ У РОБОТІ МЕДИЧНИХ (ФАРМАЦЕВТИЧНИХ) ПРЕДСТАВНИКІВ**

Жадько С.В., Бабічева Г.С., Фартушна С.Г.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

svzhadko@mail.ru

На сьогодні фармацевтичні компанії у всьому світі активно використовують працю медичних (фармацевтичних) представників. На фармацевтичному ринку України загальна кількість медичних представників, що постійно працюють у штаті фармацевтичних компаній або надаються в оренду аутсорсинговими компаніями, становить близько 10 тис. осіб. Серед медичних представників досить високим є показник плинності кадрів (24,7%), що обумовлює актуальність використання компаніями-роботодавцями мотивації щодо їх діяльності. Мотиваційну складову у роботі медичних представників формують заробітна плата, бонуси за виконання плану продажів, надання службового транспорту, мобільного телефону, персонального комп'ютера, оплата послуг зв'язку, Інтернету та витрат на відрядження, наявність соціального пакету, можливість кар'єрного росту та навчання тощо.

Мета дослідження – аналіз важливості мотиваційних факторів в діяльності медичних представників. Анкетне опитування медичних представників було проведене у м. Харків з у жовтні-листопаді 2014 р. В опитуванні прийняли участь 50 осіб. Серед респондентів було 70% жінок і 30% чоловіків. Медичні представники віком 21–25 років становили 17%, 25–30 років – 37%, 30–40 років – 30%, 40–50 років – 16% від загальної кількості опитаних. 60% респондентів мали вищу фармацевтичну, 40% – вищу медичну освіту.

У процесі анкетування визначено середній рівень заробітної плати респондентів. Найбільша частка опитаних (37%) має заробітну плату у розмірі 5-6 тис. грн., що корелює з показниками середньої заробітної плати медичних представників в Україні. 16% опитаних мають заробітну плату 6-8 тис. грн., 10% – більше 8 тис. грн. Результати обробки анкет свідчать про те, що



заробітна плата більшості медичних представників повністю чи частково залежить від плану виконання продажів. Так, заробітна плата 67% опитаних частково залежить від плану продажів (ставка та додаткові бонуси); заробітна плата 22% респондентів повністю залежить від виконання плану продажів. Лише 11% медичних представників відмітили, що виконання чи невиконання плану продажів не впливає на їх заробітну плату. До того ж, 70% медичні представники працюють на умовах повної зайнятості, а 30% - часткової (неповний робочий день – 4 години на день).

78% опитаних медичних представників за рахунок компаній-роботодавців забезпечені мобільним зв'язком; 73% – службовими автомобілями; 60% – мобільними телефонами; 55% – персональними комп'ютерами або ноутбуками; 55% послугами Інтернет. 17% опитаних не забезпечені технічними засобами з боку компаній-роботодавців.

Більшість опитаних медичних представників у минулому були практикуючими лікарями або працівниками аптек. У зв'язку з цим нами досліджено причини, через які вони змінили попереднє місце роботи. Найбільш вагомими причинами стали порівняно вища заробітна плата та неможливість повністю реалізувати себе на попередньому місці роботи (87% та 73% респондентів відповідно). Слід зазначити, що 60% респондентів завжди мріяли обіймати посаду медичного представника. Абсолютна більшість респондентів не виявили бажання повернутись на попереднє місце роботи.

Головними факторами мотивації в роботі всі респонденти вважають заробітну плату та можливість самостійно планувати свій робочий день. Одним із вагомих факторів мотивації в діяльності медичних представників виступає можливість кар'єрного росту. Так, 78% опитаних планують надалі просуватися по кар'єрній драбині у фармацевтичному бізнесі. 18% бажають продовжувати свою роботу саме на посаді медичного представника.

Як фактори демотивації можна розглядати труднощі, з якими стискаються медичні представники у професійній діяльності. Серед найбільших труднощів у роботі, які перешкоджають виконанню професійних обов'язків,

66% респондентів назвали великі черги до лікарів, 62% – реакцію ігнорування з боку лікарів та працівників аптек; 56% – негативну реакцію контактної аудиторії; 50% - нечесність лікарів (провізорів аптек); 40% - перевтому.

Перевагами у своїй роботі медичні представники вважають можливість спілкування з лікарями і провізорами; завжди бути в центрі фармацевтичних новин; нові корисні знайомства; можливість самостійно планувати свій робочий день; постійне підвищення кваліфікації; участь у тренінгах, поїздках, конкурсах за рахунок компанії; набуття досвіду роботи; можливість розкриття творчих здібностей; можливість кар'єрного росту; організація компаніями-роботодавцями тренінгів з психології, які дозволяють більш ефективно використовувати час, швидше налагоджувати контакти та ін.

Серед недоліків у роботі медичні представники зазначають ненормований робочий день, необхідність 100% віддачі на роботі; необхідність долати не завжди доброзичливе ставлення контактної аудиторії; залежність від часто змінних планів лікарів і провідних фахівців; конфлікти щодо оплати поставок, які заважають роботі з торговельними організаціями. Частина респондентів має відчуття, що вони «на щабель нижче лікаря», змушені постійно знаходити індивідуальний підхід до лікаря. Частина респондентів відчувають себе найнижчою ланкою в ієрархії просування по службі, вважають недоліком роботу медичних представників «не в колективі». Велика кількість медичних представників вважають недоліком неадекватну оцінку з боку керівництва затрачених зусиль та проведеної роботи.

Таким чином, у ході досліджень були проаналізовані мотиваційні фактори в діяльності медичних представників. Результати опитування підкреслили важливість заробітної плати як одного з провідних стимулів роботи в процесі виконання функціональних обов'язків. Вагомими факторами мотивації в діяльності медичних представників є можливість самостійно планувати свій робочий день та наявність перспектив кар'єрного росту. Фармацевтичним компаніям необхідно приділяти значну увагу мотиваційним факторам при роботі зі штатом медичних представників.

# **ПОРІВНЯЛЬНИЙ АНАЛІЗ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ У СЕГМЕНТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДИТЯЧОГО ЦЕРЕБРАЛЬНОГО ПАРАЛІЧУ В УКРАЇНІ ТА РОСІЙСЬКІЙ ФЕДЕРАЦІЇ**

Котвіцька А.А., Кубарева І.В., Ігнатенко М.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

Дитячий церебральний параліч (ДЦП) є однією з найгостріших медико – соціальних проблем світового суспільства, яка завдає значних економічних збитків у зв'язку з високим рівнем смертності, значною інвалідизацією та соціальною дезадаптацією хворих. Згідно даних галузевої статистики МОЗ України в країні зареєстровано близько 14 тис. дітей, інвалідність яких пов'язана з патологією нервової системи. ДЦП на сьогодні є однією з найбільш розповсюджених причин дитячої інвалідності.

У зв'язку з вищезазначеним метою нашої роботи стало проведення порівняльного аналізу асортименту лікарських засобів (ЛЗ) для лікування ДЦП, представлених на ринках України та Росії.

У роботі використано маркетингові та статистичні методи дослідження, метод наукового аналізу, зокрема, його прийоми порівняння, групування, узагальнення даних.

За результатами дослідження нами визначено, що станом на кінець 2013 р. на українському фармацевтичному ринку було зареєстровано 32 торгові назви ЛЗ для лікування ДЦП. У той же час в Росії, згідно Державного реєстру ЛЗ, зареєстровано 48 препаратів, що на 50% більше, ніж в Україні. Найбільш чисельною групою зазначених препаратів в обох країнах визначено групу ноотропних ЛЗ, їх частка складає 31% в Україні та 27% в Російській Федерації (РФ) від загальної кількості зареєстрованих ЛЗ для лікування ДЦП.

З огляду на вказане наступним етапом нашого дослідження стало проведення порівняльного аналізу асортименту саме ноотропних ЛЗ на українському та російському фармацевтичному ринках. Вітчизняний

фармацевтичний ринок ноотропів представлений 10 ЛЗ, з яких 7 ЛП - вітчизняного виробництва від 3 фірм-виробників та 3 препарати іноземного виробництва від 3 виробників.

Сегмент ринку ноотропних ЛЗ у Росії представлений 18 ЛЗ, з яких 6 препаратів виробляються 4 російськими фармацевтичними компаніями та 12 імпортується від 10 фірм-виробників. Лідерами серед країн – імпортерів ноотропних ЛЗ до РФ є Індія та Австрія, що поставляють відповідно 33,3% і 66,6% ЛЗ від загальної номенклатури, що імпортується. Таким чином, співвідношення вітчизняних та імпортованих ЛЗ ноотропної дії в Україні та РФ складає 70 : 30 % та 33 : 66 % відповідно, що вказує на позитивні тенденції на вітчизняному фармацевтичному ринку. У подальшому нами проаналізовано ринок ноотропних ЛЗ для лікування ДЦП по формах випуску в обох країнах.

За результатами аналізу встановлено, що ринок ноотропних ЛЗ за формами достатньо широко представлений в обох країнах. В Україні найвищі показники у лікарській формі (ЛФ) таблетки (39 %), а найнижчі у ЛФ флакони (10 %). На ринку РФ ситуація відмінна, найбільш широко представлені ампули (33 %), найменш – флакони (9 %).

З огляду на той факт, що пацієнтам з порушенням функцій нервової системи не завжди зручно приймати ліки перорально, розширення асортименту ЛП в ампулах на вітчизняному ринку, на нашу думку, є доцільним.

Узагальнюючи результати дослідження нами встановлено:

- наявність більш широкого асортименту ЛЗ ноотропної дії для лікування ДЦП у РФ порівняно з Україною;
- позитивну тенденцію в аспекті імпорту залежності для ЛП досліджуваної групи на вітчизняному ринку;
- превалювання пероральних ЛФ ноотропних ЛЗ на українському фармацевтичному ринку порівняно з ринком РФ, що потребує уваги фахівців та державних регуляторних органів влади у фармацевтичному секторі галузі охорони здоров'я.

# ТЕНДЕНЦІЇ РОЗВИТКУ ФАМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ НЕЙРОПРОТЕКТОРНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Котвіцька А.А., Лобова І.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

Стрімкий розвиток ринку фармацевтичних препаратів і поява нових способів і схем фармакотерапії з одного боку, зростання поширеності хворих на цереброваскулярну патологію з іншого, визначає необхідність раціонального вибору лікарських засобів (ЛЗ). Визначення лідерів продажів ЛЗ у кожному із сегментів фармацевтичного ринку, зіставлення зі структурою поширеності захворювань в Україні, стандартами лікування і даними щодо доведеної ефективності, забезпечують можливість оцінки раціональності призначення того чи іншого ЛЗ при певній нозології.

Важлива роль у лікуванні ішемічних мозкових інсультів (ІМІ) належить нейропротекторним лікарським засобам (НЛЗ), що зменшують пошкодження мозку, а також запобігають загибелі клітин мозку після гострої ішемії.

З метою визначення особливостей і тенденцій споживання населенням України НЛЗ, що застосовуються для лікування ІМІ, нами проведено аналіз показників продажів зазначених препаратів у натуральному і грошовому вимірі.

Об'єктом дослідження стала інформація щодо обсягів продажу НЛЗ у натуральному та грошовому виразі за 2009-2012 рр.

Під час дослідження нами використано ретроспективний, логічний, статистико-математичний і графічний методи аналізу.

Ринок НЛЗ в Україні здебільшого включає 4 фармакологічні групи: А – «Засоби, що впливають на травну систему та обмін речовин», В – «Засоби, що впливають на кровотворення та кров», С – «Засоби для лікування захворювань серцево-судинної системи», Н – «Засоби, що діють на центральну нервову систему». Проведені дослідження показали, що обсяг українського ринку НЛЗ в 2012 р. склав 29,98 млрд. грн. за 29 982 297 упаковок, збільшившись у

порівнянні з 2009 р. на 52,44% у грошовому вимірі і незначно зменшившись (на 2,74%) в натуральному.

Необхідно зазначити, що в 2012 р. частка вітчизняних препаратів в загальному обсязі продажів НЛЗ у натуральному вимірі зменшилася на 9,35% порівняно з 2009 р. Питома вага обсягу продажів імпортованих препаратів за досліджуваний період, навпаки, демонструє протилежну тенденцію. Так, відмічається збільшення зазначеного показника на 7,66%.

Дещо інша тенденція спостерігається в грошових показниках. За 2009-2012 рр. ринок НЛЗ у грошових одиницях демонстрував збільшення обсягів продажу вітчизняних препаратів на 76,15%, іноземних – на 40,29%.

Однак, незважаючи на поступове збільшення обсягів продажів вітчизняних НЛЗ, фармацевтичний ринок, на жаль, залишається імпортозалежним.

Під час аналізу фармакотерапевтичної структури споживання НЛЗ встановлено, що найбільш об'ємним кластером є «Засоби, що діють на центральну нервову систему», які в 2012 р. склали 35,43% від обсягу продажів досліджуваної групи препаратів у натуральному виразі, 32,66% - у грошовому (табл. 1).

**Динаміка продажів НЛЗ по фармакотерапевтичним групам у  
натуральних та грошових показниках у 2009-2012 рр.**

Рік	Обсяг продажів, упаковок, шт.	Частка в загальному обсязі продажів групи, %	Приріст продажів, %	Обсяг продажів, млн. грн.	Частка в загальному обсязі продажів групи, %	Приріст продажів, %
<b>А - «Засоби, що впливають на травну систему та обмін речовин»</b>						
2009	4 343 842	14,09		465,11	36,59	
2010	5 209 018	17,34	19,92	535,36	36,48	15,10
2011	5 674 385	18,59	8,93	611,60	36,16	14,24
2012	6 049 231	20,18	6,61	697,57	36,00	14,06
<b>В – «Засоби, що впливають на кровотворення та кров»</b>						
2009	3 068 344	9,95		16,46	1,30	
2010	2 662 546	8,86	-13,23	14,71	1,00	-10,64
2011	3 051 098	9,99	14,59	17,26	1,02	17,33
2012	3 735 614	12,46	22,44	22,60	1,17	30,91
<b>С – «Засоби для лікування захворювань серцево-судинної системи»</b>						
2009	11 782 974	38,22		387,33	30,47	
2010	10 942 322	36,43	-7,13	449,35	30,62	16,01
2011	10 955 971	35,89	0,12	514,10	30,39	14,41
2012	9 574 249	31,93	-12,61	584,64	30,17	13,72
<b>Н – «Засоби, що діють на центральну нервову систему»</b>						
2009	11 632 396	37,73		402,21	31,64	
2010	11 223 449	37,36	-3,52	468,10	31,90	16,38
2011	10 845 375	35,53	-3,37	548,55	32,43	17,19
2012	10 623 203	35,43	-2,05	632,88	32,66	15,37

За результатами проведеного дослідження можна стверджувати, що в структурі продаж в загальному обсязі ринку НЛЗ для препаратів всіх досліджуваних фармакотерапевтичних груп відмічається перевищення їх питомої ваги в грошовому виразі над аналогічними показниками в натуральних величинах, що свідчить про домінування в структурі продаж високовартісних препаратів.

## СОЦІАЛЬНІ НАСЛІДКИ РЕКЛАМНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

Лотоцька Л.Б., Блавацька О.Б.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,  
м. Львів, Україна

lototska@gmail.com oksablav@gmail.com

Фармацевтична реклама має пряме відношення до здоров'я суспільства і кожного його члена зокрема. У процесі розвитку сучасна фармація все більше перетворюється з галузі охорони здоров'я в самостійний соціальний інститут.

На сьогоднішній день реклама лікарських засобів (ЛЗ) стала найвпливовішим фактором їх виробництва і реалізації. Витрати на рекламу зростають стрімкими темпами і стають одним з центральних елементів стратегії фармацевтичного підприємництва. Проте часто результатом рекламної діяльності у фармації стають зміни у споживанні ЛЗ населенням, що і є медичними і соціальними наслідками рекламної діяльності.

Результат цих наслідків не завжди буває позитивним. Реклама ЛЗ знаходиться під постійним перехресним вогнем критики у багатьох країнах, оскільки служить комерційним інтересам фармацевтичних виробників, але певною мірою допомагає і споживачам ліків, інформуючи їх про нові препарати, що надходять на ринок здоров'я.

На сьогоднішній день питання використання реклами лікарських засобів регулюються Законом України «Про рекламу». Стаття 21 цього нормативного акту встановлює спеціальні вимоги до рекламування лікарських засобів, включаючи заборону на рекламу препаратів, які відпускаються за рецептом лікаря, окрім розміщеної у спеціалізованих виданнях, призначених для медичних установ та лікарів, а також яка розповсюджується на семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики.

Ще одним важливим джерелом інформації є законодавчі акти та етичні керівництва. Зарубіжні законодавчі розробки - основа фундаментальних



досліджень у сфері теорії реклами - переважно визначають термінологію і сутність основ рекламного бізнесу.

Реклама лікарських засобів, які відпускаються без рецепта, дозволена в більшості країн ЄС. З 27 країн ЄС реклама таких лікарських засобів повністю заборонена в Німеччині, Данії, Швейцарії та Бельгії. Для більш ефективного контролю окремі країни (Великобританія, Польща) пішли на створення регулюючих організацій, обов'язки яких передбачають контроль за рекламою. Створення наглядових організацій для контролю за рекламою передбачено директивою 2001/83 ВООЗ, де прописуються основні вимоги рекламної діяльності в сфері фармацевтичного ринку. Велику роль в аналізі соціального ефекту реклами грають Настанови Належних практик GxP, принципи Додаткових Протоколів Гельсінської Декларації, Конвенції з прав людини та біомедицини і біоетики.

На жаль, в даний час постійно йде порушення законодавчого регулювання реклами. Наприклад, часті посилення на натуральне походження ЛЗ і біологічно активних добавок (БАД) /тепер спеціальні харчові продукти (СХП)/ не можуть гарантувати безпеку їх застосування. Внаслідок такої реклами прийом препарату може мати на пацієнта негативний вплив чи побічні дії. У світі щорічно вмирають сотні тисяч людей в результаті ускладнень, викликаних поліпрагмазією та безконтрольним застосуванням ЛЗ і БАД. Окремою проблемою стоїть реклама БАД, які повинні застосовуватися тільки в профілактичних цілях, а не для лікування, як про це часто згадується в рекламі.

Попередні дослідження показали, що фармацевтична реклама може впливати на поведінку споживачів і, що багато лікарів мають негативні думки щодо рекламування ліків.

Більшість лікарів схильні розглядати рекламу ЛЗ як негативне явище, вказавши, що такі рекламування рідко надають достатньо інформації про вартість (98,7%), альтернативні варіанти лікування (94,9%) або несприятливі наслідки (54,8%). Більшість також вважає, що зросла кількість постраждалих від прийняття рекламованих препаратів без приписів лікаря (55,9%),

збільшилась кількість запитів пацієнтів до конкретних препаратів (80,7%), заміна призначень лікарів на рекламні препарати-аналоги (67,0%). Тільки 29,0% респондентів погодились, що реклама ЛЗ є позитивною тенденцією в охороні здоров'я та 28,6% вказали, що реклама робить їх більш інформованими про медичні проблеми; 10,5% вказали, що реклама змусила їх звернутися за медичною допомогою, що призвело до прийняття рекламованих препаратів (13,3%).

Часто відсутність вказівок на діючий компонент в рекламованому препараті завдає великої шкоди фірмам-конкурентам на фармацевтичному ринку. У більшості рекламних роликів відсутня позначка «на правах реклами». Також дуже популярна тенденція робити акцент на другорядних властивості препарату, а не на основному лікувальному ефекті.

Всупереч законодавчій базі, реклама ЛЗ підштовхує споживачів до самолікування. У даний час в країнах Західної Європи та США безрецептурні засоби за обсягом продажів складають 25-40%.

Український фармацевтичний ринок за різними експертними оцінками наближається до тих же цифр, що і закордонний. Проте, на даний час в законодавчій базі України не враховані всі моменти щодо виконання законів і покарань за їх порушення. Крім того, в законі « Про рекламу» прописаний, але на практиці не працює механізм антиреклами.

Проблемі рекламування лікувальних препаратів приділяється недостатньо уваги. Це пов'язано і з «агресивною» політикою фармацевтичних компаній, які не стимулюють критичні дослідження. Очевидно, що адекватне - об'єктивне і достовірне - дослідження проблеми фармацевтичної реклами можливе в категоріальному полі соціології медицини, але при цьому необхідно враховувати весь досвід розробки даних питань.



**ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ  
ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЗНАЧУЩИХ  
ЗАХВОРЮВАНЬ**

# **АНАЛІЗ СПОЖИВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХВОРИХ НА ПНЕВМОНІЮ ДІТЕЙ В УМОВАХ СТАЦІОНАРНОГО ЛІКУВАННЯ**

Беляєва О.І.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

boioef@ukr.net

Пневмонія у дітей є однією з найважливіших медичних і соціальних проблем як у нашій країні, так і в усьому світі в силу значної її поширеності і високому показнику летальності. Лікування пневмонії проводиться у відповідності з національним протоколом, який затверджено наказом МОЗ України від 13.01.2005 р. №18 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча пульмонологія».

Згідно протоколу для лікування пневмонії призначаються: антибіотики (у суворо ранжированній послідовності), відхаркувальні засоби, жарознижуючі засоби, в окремих випадках антигістамінні препарати. Профілактика ускладнень антибіотикотерапії обов'язково передбачає призначення вітамінів, та при тривалому застосуванні антибіотиків широкого спектру – пробіотиків (мультипробіотиків). Крім цього кожній дитині (особливо раннього віку) по закінченні гострого періоду, повинен бути призначений курс адаптогенів в комплексі з полівітамінами. Таким чином, у зв'язку зі складністю та багатокомпонентністю патогенезу пневмонії лікарями призначається велика кількість ліків різноспрямованої дії.

Метою нашої роботи стало проведення аналізу лікарських призначень хворим дітям з пневмонією для виявлення фактів поліпрагмазії.

Нами були вивчені індивідуальні карти 124 стаціонарних хворих дітей, госпіталізованих з приводу пневмонії - 68 (54,8%) хлопчиків і 56 (45,2%) дівчаток. Переважну частину хворих склали діти дошкільного періоду (3-7 років).

Аналіз фармакотерапії пневмонії у пацієнтів показав, що середня кількість призначених препаратів була 8,17 (від 4 до 16 препаратів), та середній показник вартості споживання ЛЗ на одного хворого склав близько 3370 грн.

Таким чином, наведені показники вартості споживання ЛЗ на одного хворого та виявлення фактів поліпрагмазії, які підтверджені проведеним аналізом, приводять до додаткового економічного навантаження на батьків хворої дитини, а також вимагають подальшого проведення фармакоекономічних досліджень з метою раціоналізації ресурсного забезпечення лікувального процесу пневмонії у дітей.

## **ЗАГАЛЬНА ВАРТІСТЬ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ПРИ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ НА ГІПОТИРЕОЗ**

Вадзюк Ю.С.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я.

Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна

yuliavadziuk@mail.ru

Гіпотиреоз є поширеним захворюванням, що має важливе медичне та соціальне значення. Наукові дослідження, які стосуються різних аспектів цієї патології, зокрема аналіз вартості медикаментозної терапії для її лікування на даний час в Україні відсутній.

Метою дослідження було визначити загальну вартість фармакотерапії для лікування хворих на гіпотиреоз в умовах ендокринологічного відділення комунального закладу Тернопільської обласної ради «Тернопільська університетська лікарня».

Ми провели ретроспективний аналіз медичних карт 81 хворого, що знаходились на стаціонарному лікуванні в ендокринологічному відділенні.

У результаті проведеного фармакоекономічного аналізу медикаментозної терапії хворих на гіпотиреоз на основі методу «загальна вартість

захворювання» ми встановили, що вартість медикаментозного лікування основного захворювання становить 419,23 грн., ускладнення основного захворювання – 31457,68 грн., супутніх захворювань – 11369,25 грн. Загальна вартість фармакотерапії усіх хворих склала 43246,16 грн. за курс лікування, тобто 533,91 грн. у розрахунку на одного хворого.

Таким чином, результати роботи вказують на те, що найбільше коштів було витрачено на лікування ускладнень, пов'язаних із основним захворюванням.

## **АВС/ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ МЕДИКАМЕНТОЗНОЇ ТЕРАПІЇ РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ**

Герасимова О.О., Кузнецов І.Е., Рабоча А.А.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

gerasimowa.o@yandex.ua

**Вступ.** Ревматоїдний артрит (РА) відноситься до тяжких аутоімунних захворювань, що мають вагоме медико-соціальне значення. Це обумовлено високими показниками інвалідизації та летальності даної категорії хворих, зниженням їх якості життя та значними фінансовими витратами на лікування. В даній ситуації актуальним є проведення раціональної фармакотерапії захворювання та оптимізація витрат на неї, що обумовлює необхідність проведення фармакоеконімічної оцінки фармакотерапії РА.

**Мета** даної роботи – визначити частоту призначень лікарських препаратів (ЛП) для лікування пацієнтів з РА в стаціонарних умовах та оцінити структуру витрат на них.

**Методики дослідження.** Для досягнення поставленої мети дослідження було проаналізовано 82 історії хвороби пацієнтів з РА, які проходили лікування у терапевтичному відділенні однієї з клінік м. Харкова. Аналіз лікарських призначень пацієнтам з зазначеною патологією та структури фінансових витрат

на їх фармакотерапію проводили за допомогою допоміжних фармакоекономічних методів: частотного та ABC-аналізів. Для визначення вартості на курс лікування ЛП, які призначались пацієнтам з РА, використовували середньовиважену ціну на них у досліджуваній період в аптечній мережі України.

**Основний матеріал дослідження.** За результатами аналізу історій хвороб пацієнтів з РА було визначено 37 ЛП (20 міжнародних непатентованих назв (МНН)) 14 фармакологічних груп. В історіях хвороб частини пацієнтів, окрім РА, були зазначені також наступні супутні захворювання: виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, хронічний гастродуоденіт, хронічний панкреатит, хронічний коліт, гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, залізодефіцитна анемія, хронічне обструктивне захворювання легенів.

Лідерами за частотою призначень пацієнтам були ЛП наступних фармакологічних груп: цитостатики, інгібітори протонної помпи, нестероїдні протизапальні засоби, антациди та препарати, що містять залізо. Більшість з них використовувалась для лікування супутніх захворювань, що були зареєстровані у пацієнтів з РА. Згідно з принципами ABC-аналізу досліджувані ЛП були розподілені на групи А, В та С за ступенем витратності на них. До групи А увійшли найбільш витратні препарати (79,46% коштів від загальної суми витрат на лікарські засоби) - 9 ЛП; до групи В – торгові найменування з помірною витратністю (14,98%) – 12 ЛП; до групи С – найменш витратні торгові найменування (5,56%) – 16 ЛП. Лікарські препарати, що увійшли до найбільш витратної групи А, використовувались для лікування як основного, так і супутніх захворювань. Вони були представниками наступних груп: цитостатики, інгібітори протонної помпи, нестероїдні протизапальні засоби, препарати ферментів, препарати, що містять залізо, антибактеріальні засоби, антациди. Позицію лідера як у ABC-, так і у частотному рейтингу зайняв препарат базової терапії РА - цитостатик «Метотрексат» («Ebewe Pharma», табл. 2,5 мг № 50, Австрія): 22,92 % від загальної суми витрат на всі досліджувані ЛП та 52 призначення пацієнтам. Препарат мав високу ціну



упаковки (128,36 грн.) та значну вартість курсу лікування РА у 1 хворого (128,36 грн).

**Висновки.** Отримані результати дозволили визначити ЛП, які найчастіше призначались пацієнтам з РА у даному відділенні, та з'ясувати структуру витрат на них. З метою подальшого дослідження питань щодо раціонального використання як грошових коштів на фармакотерапію пацієнтів з РА в даному відділенні, так і ЛП для її проведення необхідною є її оцінка відповідно до клінічного протоколу лікування захворювання та Державного формуляру лікарських засобів України (проведення VEN-аналізу).

## **СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ВИТРАТ НА ДОПОМІЖНІ РЕПРОДУКТИВНІ ТЕХНОЛОГІЇ**

Заліська О.М., Штейн Т.Ю., Горбачевська Х.-О.Я.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

olzaliska@ukr.net

**Актуальність.** В Україні проводиться фінансування допоміжних репродуктивних технологій (ДРТ) за бюджетні кошти з 2004 року. У більшості європейських країн витрати на ДРТ компенсуються з фондів страхування, проте діють обмеження на кількість таких циклів. Оцінка витрат на ДРТ має важливе соціальне значення, бо у приватних медичних клініках оплачується пацієнтами.

**Мета.** У зв'язку з прийняттям наказу МОЗ від 09.09.2013 № 787 “Про затвердження Порядку застосування допоміжних репродуктивних технологій в Україні”, розширенням використання ДРТ у практиці, доцільно оцінити загальні витрати диференційовано різних схем ДРТ.

**Матеріали і методи.** Об'єктом нашого вивчення були схеми ДРТ, які використовуються у спеціалізованій приватній клініці м.Львова. Для оцінки

витрат використані діючі тарифи і ціни на препарати в аптеці (станом на 01.03.2014), що функціонує у досліджуваному медичного закладу.

**Результати.** За одержаною експертною оцінкою більшість пацієнтів починає лікування з внутрішньоматкових інсемінацій (ВМІ), що спричинено соціально-психологічними причинами. Загальна вартість ВМІ з стимуляцією 4300 грн., з матеріалом донора – 7050 грн. Ефективність методу ВМІ становить не більше 9-15%, після 3-4 невдалих спроб показано екстракорпоральне запліднення (ЕКЗ). Оцінено, що витрати на медичні послуги ЕКЗ в природному циклі становлять 6750 грн., на ліки – 1050 грн., таким чином, загальна вартість 7800 грн. Отже, різниця в цінах між ВМІ та ЕКЗ в природному циклі незначна, а ефективність ЕКЗ є більш високою. Соціально орієнтованими є міні ЕКЗ – з мінімальною стимуляцією суперовуляції з отриманням 3-6 яйцеклітин, вартість програми 10900 грн, препаратів 5740 грн, тобто загальні витрати – 16640 грн. Ефективність, як при класичному ЕКЗ, в середньому 30-40%. Для стимуляції овуляції використовуються нові лікарські форми, для пацієнок з достатнім оваріальним резервом, зокрема препарат Елонва, що вводиться 1 раз на 7 днів.

**Висновки.** Проведено оцінку витрат на схеми ДРТ, які включені у діючий Наказ МОЗ України, визначено, що важливим є аналіз загальних витрат, з урахуванням вартості лікарських засобів диференційовано до схем ВМІ та ЕКЗ. Визначено, що соціальн-орієнтованих схем ДРТ є схема ВМІ, витрати на які становлять від 6000 до 7050 грн. на один цикл. Витрати на ЕКЗ в природному циклі, без стимуляції суперовуляції, складають 6750 грн., причому ефективність в середньому 20-30%, зі стимуляцією – 7800 грн і зростає ефективність. Соціально орієнтованими є схеми міні ЕКЗ, витрати на які становлять більше 16 тис. грн. Необхідні подальші фармакоекономічні дослідження схем ДРТ з урахуванням даних про ефективність ДРТ у конкретному медичному закладі.

# СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФАРМАКОТЕРАПІЇ ІШЕМІЧНОГО ІНСУЛЬТУ ТА ДОКАЗОВА БАЗА ВИКОРИСТАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Левицька О.Р.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,  
м. Львів, Україна

levytska.oksana@gmail.com

**Вступ.** Ішемічний інсульт (ІІ) – одна із найскладніших та найважчих проблем сучасного суспільства в цілому і медицини зокрема, яка потребує адекватного фармакотерапевтичного забезпечення.

**Мета:** Раціоналізація фармакотерапії (ФТ) та покращення фармацевтичної допомоги хворим з ІІ.

**Методики дослідження:** системного та контекстного аналізів.

**Основний матеріал дослідження.** В ході дослідження опрацьовано основні медико – технологічні та нормативні документи, які регламентують надання допомоги пацієнтам з ІІ в Україні.

Показано, що лікування гострого періоду ІІ включає базисну, специфічну терапії, профілактику та лікування ускладнень. Охарактеризовано основні терапевтичні стратегії базисної терапії, які передбачають корекцію порушень дихання, стабілізацію функцій серцево-судинної системи, нормалізацію водно-електролітного балансу, корекцію рівня глюкози у крові та температури тіла з позицій доказовості використання різних груп лікарських засобів (ЛЗ).

Проведено пошук інформації стосовно використання ЛЗ, призначених для специфічної (диференційованої) терапії гострого періоду ІІ та доказових даних щодо їх ефективності. Виявлено, що диференційована терапія повинна включати тромболітичну терапію за показаннями, антикоагулянтну – хворим з кардіоемболічним інсультом; антиагрегантну – пацієнтам, яким не було проведено тромболітичної терапії.

Досліджено інформаційні потоки щодо ефективності та безпеки використання тромболітиків, антикоагулянтів, антиагрегантів і нейропротекторів при диференційованій терапії гострого періоду ІІ (n = 91 джерело) та щодо використання ЛЗ, призначених для лікування і профілактики його ускладнень (n = 16 джерел), а саме, лікування і профілактики набряку мозку та нутритивної підтримки.

**Висновки.** На підставі дослідження сучасної інформації високого рівня доказовості встановлено необхідність гармонізації існуючої нормативної бази, яка визначає характер лікувальної програми при ІІ, а також раціоналізації ФТ цієї хвороби.

## **ФАРМАКОЭКОНОМИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРИМЕНЕНИЯ ПРОСТАТИЛЕНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ХРОНИЧЕСКОГО ПРОСТАТИТА**

Литвинова Е.В., Посылкина О.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

hlitvinova@mail.ru

**Постановка проблемы:** хронический простатит занимает первое место по распространённости среди воспалительных заболеваний мужской половой сферы и одно из первых мест среди мужских заболеваний в целом. В настоящее время заболеванием страдает до 35% мужчин трудоспособного возраста, у 7-36% больных он осложнен везикулитом, эпидидимитом, расстройствами мочеиспускания, репродуктивной и половой функций. Одним из средств, применяемых в терапии хронического простатита, являются препараты простатилена, представляющие комплекс биологически-активных пептидов, выделенных из предстательных желез крупного рогатого скота. В то же время, исследований, посвященных оценке фармакоэкономических аспектов применения простатилена при лечении хронического простатита, до настоящего времени проведено не было.

**Методы исследований:** с целью получения комплексной объективной фармакоэкономической оценки были проведены анализ и систематизация литературных данных о применении препаратов простатилена у пациентов с хроническим простатитом. Исследования проводились с использованием баз данных, еженедельника Аптека в сети Интернет; ретроспективность поиска составила 2004-2014 гг.

**Результаты:** в многочисленных исследованиях получены результаты о положительном влиянии простатилена на трофику предстательной железы, течение воспалительного процесса. Простатилен обладает простатопротекторным действием, уменьшает отек и лейкоцитарную инфильтрацию предстательной железы, улучшает процессы микроциркуляции и тромбоцитарно-сосудистого гемостаза, положительно влияет на функциональную активность сперматозоидов. Препарат корректирует антителопродукцию и стимулирует антимикробную активность нейтрофилов, обладает противовоспалительным действием. Простатилен влияет также на тонус мышц мочевого пузыря, включая тонус детрузора. Так, при 2-х недельном курсе лечения исчезновение или значительное уменьшение симптомов хронического простатита отмечено в 78,3% случаев в подгруппе пациентов, получавших Простатилен (суппозитории, ОАО «Нижфарм») и в 69,2% случаев в подгруппах пациентов, получавших традиционную терапию. При повторном курсе терапии всем пациентам назначали Простатилен, инъекции. Благодаря этому эффективность лечения со сроком наблюдения до 3,5 лет отмечена у 82,7% пациентов.

Имеются данные сравнительной оценки эффективности и переносимости препарата Простатилен-цинк (суппозитории, АО «Лекхим-Харьков») и препарата Простатилен (суппозитории, АО «Лекхим-Харьков») у 86 пациентов с хроническим простатитом, курс лечения составил 10 дней (ГУ «Институт Урологии АМН Украины»). Сообщается, что терапевтическая эффективность препарата Простатилен-цинк, суппозитории, в исследовании составила 88,4%, что выше, чем у референтного препарата Простатилен, суппозитории (83,7%).

Препараты хорошо переносятся и обладают минимальными побочными эффектами.

Заслуживают интерес данные изучения эффективности и безопасности применения препарата Простатилен-Биофарма (лиофилизат для приготовления раствора для в/м введения, ЧАО «Биофарма») в схемах терапии хронического калькулезного простатита в клинике ГУ «Институт урологии НАМН Украины» на 120 мужчинах. Пациентам опытной группы в схему комплексной терапии (антибактериальная, противовоспалительная, анальгетики) был включен Простатилен-Биофарма, по 20 мг в/м через день на протяжении 20 дней, всего 10 инъекций на курс. В контрольной группе пациентов лечение проводилось по стандартной методике – антибактериальная, противовоспалительная, анальгетики. За время проведения исследования у подавляющего большинства пациентов не было зарегистрировано каких-либо нежелательных явлений и аллергических реакций. Выявлено, что Простатилен-Биофарма обладает противоотечным противовоспалительным действием, улучшает микроциркуляцию в ткани предстательной железы.

Проведена сравнительная фармакоэкономическая оценка 10 дневного курса лечения препаратами простатилена производства АО «Лекхим-Харьков», ЧАО «Биофарма» с использованием базы данных еженедельника «Аптека» в сети Интернет. Затраты на курс лечения хронического простатита составили для суппозиториев Простатилен (АО «Лекхим-Харьков») – 75,35 грн., лиофилизированного раствора для инъекций Простатилен-Биофарма (ЧАО «Биофарма») – 128,54 грн., для суппозиториев Простатилен-цинк (АО «Лекхим-Харьков») – 133,20 грн. При этом ценовая доступность указанных препаратов (величина дневной заработной платы наиболее низкооплачиваемого работника бюджетной сферы для оплаты курса лечения) составляет для суппозиториев Простатилен (АО «Лекхим-Харьков») – 1,3, раствора для инъекций Простатилен-Биофарма – 2,2 (ЧАО «Биофарма»), суппозиториев Простатилен-цинк (Лекхим-Харьков) – 2,3.

Результаты проведенного анализа показали, что наиболее доступными по цене являются суппозитории Простатилен (АО «Лекхим-Харьков»), среднее значение затрат на лечение этим препаратом ниже, чем у препаратов-аналогов. Однако, при этом суппозитории Простатилен-цинк (АО «Лекхим-Харьков») продемонстрировали лучшую терапевтическую эффективность.

**Выводы:** результаты клинических исследований препаратов простатилена свидетельствуют о наличии у них простатопротекторного, противовоспалительного действия, благоприятного профиля безопасности и хорошей переносимости больными с хроническим простатитом. Их применение позволяет снизить расходы на лечение и значительно улучшить качество жизни больных. Полученные результаты позволяют считать применение препаратов простатилена доминантной альтернативой в комплексном лечении хронического простатита.

## **АНАЛІЗ ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ АНТИГІПЕРТЕНЗИВНОЇ ТЕРАПІЇ З ВИКОРИСТАННЯМ ФІКСОВАНИХ КОМБІНАЦІЙ**

Мищенко О.Я., Адонкіна В.Ю., Налевіна О.І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

**Вступ.** Артеріальна гіпертензія (АГ) становить серйозну проблему для населення різних країн і є одним з основних факторів ризику розвитку мозкового інсульту, інфаркту міокарда, серцевої і ниркової недостатності, ішемічної хвороби серця. За даними офіційної статистики МОЗ на 1.01.2011 р. в Україні зареєстровано 12 млн. хворих на АГ, що складає 32,2% дорослого населення країни. Останнім часом спостерігається стійке зростання поширеності АГ. Основною стратегією фармакотерапії АГ є досягнення цільового рівня АТ. Ситуація щодо контролю АГ в Україні складається вкрай несприятливо. Ефективність лікування становить відповідно 8,1% для

сільського та 18,7% для міського населення. Не зважаючи на значну кількість антигіпертензивних препаратів (АГП), цільовий рівень АТ досягається у незначної частки пацієнтів. Монотерапія ефективна менше, ніж у 50% пацієнтів, а понад 60% пацієнтів потребують лікування більше, ніж одним препаратом, що значно знижує їх комплаєнтність.

З огляду на це зростає роль фіксованих комбінацій (ФК) в антигіпертензивній терапії, що надає такі переваги: зниження вартості лікування; спрощення режиму лікування, що значно підвищує прихильність пацієнтів до терапії. Сучасний підхід застосування ФК – призначення низькодозових комбінацій як тактики першого вибору. В загальній структурі споживання АГП частка споживання ФК незначна. У порівнянні з Європейськими країнами в Росії та в Україні превалює споживання ФК більш ранніх генерацій, як таких, що є більш дешевими.

**Метою** даного дослідження був аналіз економічної доступності антигіпертензивної терапії з використанням ФК.

**Методики дослідження.** Для оцінки економічної доступності антигіпертензивної терапії з використанням ФК використали коефіцієнт адекватності платоспроможності (Ca.s.), що характеризує динаміку співвідношення вартості терапії та платоспроможності споживача. Показник Ca.s. – це співвідношення вартості місячного курсу антигіпертензивної терапії до середньої місячної заробітної плати в Україні:  $Ca.s. = P.c.t. / Wa.w. \times 100$ , де: Ca.s. – коефіцієнт адекватності платоспроможності; P.c.t. – вартість місячного курсу лікування; Wa.w. – середньомісячна заробітна плата протягом 2012 року. Розмір середньої заробітної плати за 2012 рік, що знаходили на сайті: [www.ukrstat.gov.ua](http://www.ukrstat.gov.ua), становив 3031 грн. Чим більше значення коефіцієнту Ca.s., тим менш доступним для споживача є курс терапії з використанням препарату.

**Основний матеріал дослідження.** Результати аналізу коефіцієнтів платоспроможності ФК АГП свідчать про те, що тільки 32% цих засобів є економічно доступними для середньостатистичного споживача. Для решти 68% ФК АГП коефіцієнт платоспроможності перевищує одиницю, тобто ці засоби



(більшість) є менш доступними. Серед усіх фармакотерапевтичних груп визначені АГП, що є економічно доступними ( $Ca.s. \leq 1$ ), 100% ФК гіпотензивних препаратів центральної дії, 100% блокаторів бета-адренорецепторів, 48,6% інгібіторів АПФ, 23,6% антагоністів рецепторів ангіотензину (АРА) II з діуретиками та 33,3% ФК діуретиків. В основному це групи препаратів, що представлені здебільшого генеричними препаратами вітчизняного виробництва.

**Висновок.** Таким чином аналіз економічної доступності ФК АГП показав, що тільки третина препаратів є доступними для середньостатистичного українського споживача. Серед усіх фармакотерапевтичних груп АГП найбільш економічно доступними є ФК гіпотензивних препаратів центральної дії, бета-адреноблокаторів, інгібіторів АПФ, АРА II з діуретиками та ФК діуретиків.

## **КЛІНІКО-ЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ТЕНДЕРНИХ ЗАКУПІВЕЛЬ АНТИРЕТРОВІРУСНИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ**

Немченко А.С., Гнатюк О.О., Корж Ю.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

За умов реформування вітчизняної системи охорони здоров'я у напрямку впровадження обов'язково медичного страхування особливої соціально-економічної актуальності набувають питання контролю за раціональним використанням ресурсів, необхідних для виконання державних гарантій з реалізації медичних заходів та фармацевтичної допомоги найбільш соціально уразливим групам населення й хворим. До останніх з повною відповідальністю можна віднести хворих на ВІЛ-інфекцію. Забезпечення зазначеної групи хворих доступною та якісною медичною й фармацевтичною допомогою потребує значних фінансових ресурсів, які повинні надаватися за рахунок центрального та місцевих бюджетів. Вищезазначене й визначило мету дослідження, що

полягала у проведенні клініко-економічного аналізу (КЕА) тендерних закупівель антиретровірусних лікарських засобів (ЛЗ), які застосовуються при лікуванні хворих на ВІЛ-інфекцію.

Для проведення КЕА нами були обрані показники закупівель антиретровірусних ЛЗ за витратами центрального бюджету України у 2012 р. Встановлено, що за кошти Державного бюджету України було придбано 23 торгівельні назви ЛЗ антиретровірусної дії на загальну суму 205 438, 9 тис. грн.

Результати проведеного аналізу змістового складу тендерних закупівель антиретровірусних ЛЗ у 2012 р дають змогу стверджувати про наступне. У структурі тендерних закупівель ЛЗ надавалася перевага основним схемам антиретровірусної терапії (АРТ) 1-го ряду, до складу яких входять ЛЗ іноземного виробництва, їх питома вага складала 86 % від загальної кількості ЛЗ, що переважно відносяться до генеричних препаратів. Це пов'язано з обмеженим бюджетним фінансуванням та недосконалістю процедури проведення тендерних закупівель. Антиретровірусні ЛЗ вітчизняного виробництва представлені тільки двома виробниками: фармацевтичною компанією ПрАТ «Дарниця» та ТОВ «Люм'єр Фарма» з питомою вагою 14 %. Необхідно відмітити, що за тендерами закуповується лише 5 ЛЗ за міжнародною непатентованою назвою та лідируючі позиції за витратами займають такі препарати, як лопінавір/ритонавір (49,99 % від загальної суми витрат на ЛЗ), ефавіренз (18,53 %), зидовудин/ламівудин (13,25%).

За результатами проведеного АВС-аналізу складу тендерних закупівель ЛЗ антиретровірусної дії встановлено, що до складу групи А увійшли 6 торгівельні назви препаратів з урахуванням форм випуску (26,09 % від загальної кількості закуплених ліків). За групою А витрати за тендерними закупівлями на вітчизняні ліки становлять 17,81 % від загальних витрат за групою. Встановлено, що за групою А лідерами за витратами були такі ЛЗ, як Алувіа «Абботт ГмбХ і Ко. КГ», Німеччина; Комбівудин ПрАТ «Дарниця», Україна; Тенвір Ем Ципла Лтд., Індія. Групу В склали 8 препаратів

(34,78 % відповідно), серед яких ЛЗ вітчизняного виробництва становлять 2,08 %. Групу С – 9 ЛЗ (39,13 %), вітчизняні ЛЗ займають 2,08 %.

При проведенні VEN-аналізу складу тендерних закупівель ЛЗ застосовувався традиційний підхід до визначення індексу того чи іншого препарату. За результатами проведеного VEN-аналізу складу тендерних закупівель ЛЗ встановлено, що 19 ЛЗ або 82,61 % від усіх закуплених препаратів належали до групи V.

Далі був проведений інтегральний ABC / VEN- аналіз тендерних закупівель ЛЗ антиретровірусної терапії. Споживання ЛЗ за групою V склало 199 530, 5 тис. грн., а за групою E – 590 8, 4 тис. грн. Встановлено, що 81,89 % від загальної суми витрачених державних коштів припадало на групу ЛЗ , що мали статус A/V. Отже, проведений КЕА тендерних закупівель антиретровірусних ЛЗ, які застосовуються у лікуванні хворих на ВІЛ-інфекцію, показав, що процес тендерних закупівель ЛЗ потребує подальшого удосконалення.

## **РЕЗУЛЬТАТИ ЧАСТОТНОГО АНАЛІЗУ ЛІКАРСЬКИХ ПРИЗНАЧЕНЬ ХВОРИМ НА РАК ШЛУНКУ ТА РАК ПРЯМОЇ КИШКИ В СТАЦІОНАРНИХ УМОВАХ**

Немченко А.С., Жаркова С.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

У лікуванні хворих на рак шлунку (РШ) та рак прямої кишки (РПК) використовуються схеми поліхіотерапії, до складу яких входять високовартісні препарати. За умов дефіциту коштів бюджетів для закладі охорони здоров'я (ЗОЗ) особливого значення набувають дослідження структури лікарських призначень з використанням сучасного інструментарію, а саме методів клініко-економічного аналізу (КЕА). Серед методів КЕА частотний аналіз належить до

тих, що використовуються найбільше у дослідженнях споживання ЛЗ хворими на різні патології.

Метою дослідження є проведення аналізу ефективності фармацевтичного забезпечення хворих на РШ та РПК, що лікувались у стаціонарних умовах з використанням методів КЕА.

Під час проведення досліджень використовувалися методи КЕА, а саме частотний аналіз лікарських призначень, логічний, математико-статистичні методи обробки інформації з використанням табличного процесору Microsoft Office Excel 2007 та стандартних методик варіаційної статистики.

Для проведення структурного аналізу лікарських призначень було відібрано 449 історій хвороб пацієнтів з діагнозом РШ (370 ІХ) та РПК (79 ІХ), які проходили курс патогенетичної терапії на базі спеціалізованих ЗОЗ Донецької, Харківської, Київської, Івано-Франківської областей та м. Київ протягом 2006-2011 рр.. У загальній сукупності хворих найбільшу питому вагу (понад 65%) мали пацієнти з  $T_3N_{0-4}M_{0-1}$  типом розвитку патологічного процесу. Хворим на РШ було здійснено 6756 лікарських призначень, що у перерахунку на одного хворого дорівнювало 18 призначень. Аналогічні показники у хворих на РПК склали 477 та 6 призначень відповідно. Як бачимо, хворим на РШ було здійснено у 3 рази більше призначень ЛЗ, ніж пацієнтам з РПК. Встановлено, що у групі хворих на РШ найбільшу частоту призначень мали препарати групи В05 - кровозамінники та перфузійні розчини (реосорбілакт: 391 призначення - 5,79% від загальної кількості призначень; розчини глюкози: 375 призначень - 5,55%; натрію хлориду: 370 призначень - 5,48%). 302 (4,47%) призначення припадало на препарати кальцію фолінату. Сукупна частка призначень патогенетичної терапії хворим на РШ склала 7,8 % (527 призначень), а частка витрат на патогенетичну терапію дорівнювала менше 20%. По групі хворих на РПК у структурі лікарських призначень першу позицію зі значним відривом займали розчини натрію хлориду (108 призначень або 22,64%). Другу позицію посіли препарати інозиту (40 призначень або 8,39%), а третю флуороурацил (37 призначень - 7,76%). Питома вага

призначень патогенетичної терапії дорівнювала 28,3%, а у структурі споживання вартість протипухлинних препаратів складала понад 66,0% від загальної суми витрачених коштів. У відповідності до лікарської форми (тверді, рідкі, м'які) в обох групах хворих від 85 до 88 % лікарських призначень припадало на препарати у вигляді розчинів або порошків для їх виготовлення, що обумовлено специфікою організації надання медичної допомоги онкологічним хворим в стаціонарних умовах.

За результатами проведених досліджень встановлено, що у лікуванні хворих на РШ у переважній більшості використовувалися препарати симптоматичного лікування з використанням широкого спектру найменувань ЛЗ. Застосовувалися ЛЗ переважно у рідких формах, що обумовлено складним розвитком патологічного процесу. Хворим на РПК, навпаки, у більшому обсязі призначалися препарати патогенетичної терапії.

Визначена особливість у структурі лікарських призначень може бути використана у формуванні раціональних моделей фармацевтичного забезпечення онкологічних хворих, яким здійснюється допомога в умовах стаціонару відповідно до нозологічних форм захворювань та за умов вкрай обмеженого характеру бюджетів ЗОЗ.

## **ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ВАРТОСТІ СХЕМ ХІМІОТЕРАПІЇ НА РАК ЛЕГЕНІВ**

Немченко А.С., Фурса Л.І.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

В Україні, як і в цілому світі, використання протипухлинних препаратів (ПП) у лікуванні онкологічних хворих потребує залучення значних фінансових ресурсів. Міжнародний досвід свідчить, що практично в жодній країні світу хворі на злоякісні новоутворення (ЗН) не в змозі самотійно компенсувати

витрати на ефективне та високовартісне лікування. В умовах обмеженості фінансування галузі охорони здоров'я в Україні є доцільним вивчення проблеми організації надання ефективної фармацевтичної допомоги хворим на рак легенів, яка здійснюється за кошти державного бюджету України, обласних й місцевих бюджетів, інших джерел. Для вирішення зазначеного кола проблем необхідно проводити ґрунтовні фармакоеконімічні дослідження схем хіміотерапії ЗН.

Мета дослідження полягає в фармакоеконімічній оцінці вартості основного переліку схем хіміотерапії дрібноклітинного раку легенів (ДКРЛ) та недрібноклітинного раку легенів (НДКРЛ), затверджених наказом МОЗ України від 17.09.2007 р. № 554 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Онкологія".

Методом дослідження вартості ПП основного переліку схем хіміотерапії на НДКРЛ та ДКРЛ був обраний метод фармакоеконімічного аналізу, а саме «вартість захворювання».

Відповідно до схем хіміотерапії на НДКРЛ та ДКРЛ при проведенні хіміотерапії застосовується комбінація ПП з вказівкою дозування за основним та додатковим переліками, що передбачає одночасне або послідовне в межах одного курсу застосування кількох ПП. Основний перелік ПП при НДКРЛ та ДКРЛ це базова хіміотерапія у якій використовуються комбінації активних по відношенню до раку легенів (РЛ) ПП за МНН. До складу якого входять: циклофосамід, іфосфамід, вінбластин, вінкрисдин, етопозид, епірубіцин, доксорубіцин, мітоміцин, цисплатин, карбоплатин, ломустин. Використання ПП додаткового переліку здійснюється за умов наявності достатнього матеріально – технічного забезпечення закладу. З огляду на сучасні напрямки реформування системи охорони здоров'я пріоритетним у виборі ПП серед аналогів для розрахунків середньої вартості схем було обрано ПП вітчизняного виробництва.

Для розрахунку вартості схем хіміотерапії були використані закупівельні ціни з урахуванням торгової (роздрібної) націнки 10% (відповідно до

Постанови КМУ від 17.10.2008р. № 955). Оцінка вартості ПП за основним переліком схем хіміотерапії визначалась із розрахунку на площу поверхні тіла, а саме було взято до уваги середньозважену площу тіла хворого ( $A=1,8\text{м}^2$ ). Розрахунок здійснювався відповідно до стадій та кількості курсів лікування (6 курсів). Встановлено, що при лікуванні хворих на НДКРЛ найменш витратним серед основних схем хіміотерапії при всіх стадіях захворювання є застосування ПП за схемою: циклофосфамід + доксорубіцин + цисплатин. Вартість 6 курсів хіміотерапії становить 3720,82 грн. – 465,51 дол. США. Найбільші витрати спостерігаються при застосуванні ПП за схемою: іфосфамід + етопозид + карбоплатин з додатковим призначенням месни. Вартість 6 курсів хіміотерапії складає 24162,34 грн. або 3022,94 дол. США. При ДКРЛ найменш витратним є застосування ПП з використанням схеми: циклофосфамід + доксорубіцин + вінкрисдин. Середнє значення витрат на 6 курсів склало 7418,27 грн. або 1012,04 дол. США. У свою чергу найбільші витрати спостерігаються при застосуванні схеми: іфосфамід + етопозид + карбоплатин з додатковим призначенням месни, середні витрати становлять 36243,51 грн. або 4944,54 дол. США.

Проведений аналіз показав, що вартість хіміотерапії НДКРЛ та ДКРЛ потребує більш детального фармакоекономічного аналізу вартості схем хіміотерапії РЛ з використанням показника ефективності, що дозволить оптимізувати витрати охорони здоров'я на забезпечення ПП хворих на ЗН.

# ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПЕРОРАЛЬНИХ ГІПОГЛІКЕМІЧНИХ ПРЕПАРАТІВ

Тригубчак О.В.

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет  
ім. І. Я. Горбачевського МОЗ України», м. Тернопіль, Україна  
trigubchak@mail.ru

**Вступ.** За визначенням ВООЗ цукровий діабет відноситься до глобальних медико-соціальних захворювань як одне з найбільш тяжких захворювань за критеріями перебігу та ускладненнями, за показниками інвалідності та смертності. У 2013 році зареєстровано 381,8 млн. людей з цукровим діабетом, 95 % з них мають цукровий діабет II типу. Для запобігання розвитку ускладнень цукрового діабету, серцево-судинної захворюваності та смертності є своєчасна та ефективна цукрознижувальна терапія.

З метою визначення оптимального варіанту терапії цукрового діабету II типу проводили порівняльний аналіз пероральних гіпоглікемічних препаратів.

**Методики дослідження.** В ході роботи використовували маркетингові, фармакоепідеміологічні та фармакоекономічні методи дослідження.

**Основний матеріал дослідження.** На даний час пероральні цукрознижувальні засоби представлені наступними групами препаратів: бігуаніди (метформін); похідні сульфосечовини; тiazолідиндіони (глітазони, активатори PPAR- $\gamma$ -рецепторів); глініди (постпрандіальні стимулятори); інгібітори всмоктування вуглеводів зі шлунково-кишкового тракту (інгібітори  $\alpha$ -глюкозидази).

На ринку України (станом на 1 січня 2014 року) зареєстровано 157 пероральних гіпоглікемічних лікарських засобів. Вони характеризуються насиченням в межах підгруп. Зокрема, бігуаніди представлено 38 лікарськими засобами на основі метформіну. Асортимент похідних сечовини найширше демонструють препаратами глімепіриду, що нараховує 50 найменувань. Досить широкий вибір лікарських засобів на основі



гліклазиду (16 позицій). Сульфонаміди представлені 5 препаратами глібенкламиду і 1 – гліквідону (Глюренорм®). Часто зустрічаються комбінації пероральних гіпоглікемічних препаратів: метформін та сульфонаміди (12 лікарських засобів), метформін з ситагліптином (Янумет™) і метформін з вільдагліптином (Гальвусмет®). Тіазолідиндіони представлено 10 препаратами на основі піоглітазону. Серед інгібіторів дипептидил пептидази-4 (dpp-4) тричі зустрічається ситагліптин (Янувія™), 1 раз вільдагліптин (Гальвус®) та двічі саксагліптин (Онгліза). До інших гіпоглікемічних препаратів відноситься лікарські засоби гуарової камеді (Гуарем), 2 репаглінід (Новонорм®) і ліраглутид (Віктоза®). Для лікування цукрового діабету також використовують препарати інгібіторів альдозоредуктази (ізодибут під торговою назвою Ізодибут®) та інші засоби, що включають 8 фітопрепаратів (на основі плодів розторопші плямистої, стулок плодів квасолі, пагонів чорниці звичайної чи суміші подрібненої лікарської рослинної сировини).

На підставі середньозважених роздрібних вартостей пероральних цукрознижувальних засобів в Україні (станом на січень 2014 року) провели порівняльний аналіз витрат на лікування препаратами на основі метформіну, глібенкламиду, гліквідону, гліклазиду, глімепіриду, піоглітазону, ситагліптину, саксагліптину, репаглініду, ліраглутиду, інших засобів та встановили, що найменш витратними є лікарські засоби на рослинній основі.

Відповідно до загальноприйнятих міжнародних клінічних рекомендацій, першим кроком медикаментозної терапії є застосування метформіну. За оцінками лікарів ендокринологів в Україні найбільш ефективним і економічно вигідним є препарат глібенкламід, а для хворих що мають ниркову недостатність глюренорм. Найбільш ефективним і економічно вигідним за оцінкою лікарів ендокринологів в Україні, які покращують якість життя і попереджають ускладнення цукрового діабету – глібенкламід, гліпізид, гліквідон, метформін.

За фармакоеконічними показниками для пероральних гіпоглікемічних препаратів ранжований ряд переваг має наступний вигляд: глібенкламід > гліпізид > хлорпропамід > гліклазид > толбутамід.

**Висновки.** Враховуючи проведені дослідження, сучасний фармацевтичний ринок України потребує розширення за рахунок нових груп лікарських засобів, раціональне використання пероральних цукрознижувальних засобів згідно вимог Міжнародної Діабетичної Федерації (IDF). Залишається актуальним питання організації надання медичної допомоги пацієнтам з цукровим діабетом в Україні, функціонування формулярної системи й відшкодування вартості лікування з точки зору пацієнта.

## **ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ХВОРИХ НА ХОЛЕЛІТІАЗ**

Трохимчук В.В., Кирпач О.В.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика,

м. Київ, Україна

tvvo@ukr.net

Холелітіаз (К.80, жовчнокам'яна хвороба) є однією із найпоширеніших хвороб жовчного міхура, жовчовивідних шляхів та за останні роки захворюваність дорослого населення на дану патологію значно збільшилася.

Метою наших досліджень стало провести аналіз показників поширеності і захворюваності населення та фармацевтичного забезпечення хворих на холелітіаз з врахуванням фармакоеконічних показників.

В процесі дослідження використані дані медичних протоколів (додаток до наказу МОЗ України від 05.05.2003 № 191, медичної статистики закладів охорони здоров'я відповідних областей, обласного центру медичної статистики, матеріали періодичних видань.

За результатами дослідження фармацевтичного забезпечення терапевтичного лікування хворих використовуються антибактеріальні, спазмолітичні засоби та прокінетики. Серед антибактеріальних засобів призначаються ципрофлоксацин (G01MA02), доксициклін (G01AA02) і цефуроксим (зіннат) (G01DA06), цефтріаксон, що представлені на фармацевтичному ринку України в 2013 році у вигляді 18, 6, 36 (7), 17 найменувань препаратів відповідно.

Далі нами з'ясовані коливання номенклатури препаратів з урахуванням середніх значень використання препаратів на курс лікування одного хворого з застосуванням коефіцієнту інтенсивності частоти призначень, що дозволить у подальшому обґрунтувати мінімальний перелік препаратів для включення в локальний формуляр.

## **АНАЛИЗ «ЗАТРАТЫ-ЭФФЕКТИВНОСТЬ» АЛЬТЕРНАТИВНЫХ СХЕМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОЙ БОЛИ В НИЖНЕЙ ЧАСТИ СПИНЫ**

Яковлева Л.В., Бондаренко Д.В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

[bonddaria@yandex.ru](mailto:bonddaria@yandex.ru)

**Введение.** Распространенность боли в нижней части спины (БНС) в мире среди взрослого населения составляет от 40% до 80%, а ежегодная заболеваемость – 5%. Боль в спине приводит к ухудшению качества жизни больных, временной или полной утрате трудоспособности. Рост числа пациентов с БНС влечет за собой увеличение расходов на лечение. В последние годы в экспериментальных и клинических условиях был замечен анальгетический эффект витаминов группы В (тиамина, пиридоксина, цианокобаламина) при совместном применении с диклофенаком.

**Цель исследования** – провести сравнительный анализ «затраты-эффективность» различных схем лечения боли в нижней части спины, включающих диклофенак и Мильгамму.

**Методы исследования.** Для анализа были взяты результаты исследования, опубликованные в статье «Витамины группы В в лечении острых болей в спине: миф или реальность?» автора А.Б. Данилова в 2007 году в четвертом номере российского журнала «Лечащий врач». Согласно данным статьи было проведено рандомизированное открытое сравнительное исследование эффективности препарата Мильгамма, диклофенака и их комбинации в лечении острых БНС, включающее 60 пациентов. Все больные были разделены на 3 группы. Первая группа (контрольная «Д», 20 пациентов) 10 дней получала в/м диклофенак в дозе 75 мг/сутки. Во второй группе (опытная «М», 20 пациентов) лечение проводили препаратом Мильгамма, который вводили в/м по 1 ампуле в сутки 10 дней. Третья группа (опытная «Д+М», 20 пациентов) одновременно получала диклофенак и Мильгамму по схемам первой и второй группы. Лечение проводили в амбулаторных условиях. Эффективность лечения оценивали на десятый день по динамике редукции болевого синдрома с помощью визуальной аналоговой шкалы (ВАШ). В первой группе (контрольная «Д») на десятый день наблюдали уменьшение боли на 83%, во второй (опытная «М») – на 81%, в третьей (контрольная «М+Д») – на 94%. Побочные реакции (тошнота, диарея) возникли у 35% пациентов принимавших диклофенак, у 25% – в группе с применением двух препаратов и у 5% больных, получавших Мильгамму (крапивница).

Для расчетов показателей эффективности затрат использовали дерево решений на основе схем применения лекарственных препаратов (ЛП) и показателей эффективности исследования. При расчете затрат на лечение пациентов с БНС была учтена стоимость ЛП и затраты на их введение. Цены на препараты были взяты из справочно-поисковой системы «Лекарственные средства» компании «Морион» состоянием на декабрь 2013 года. Так как торговое название диклофенака в исследовании не было указано, то расчеты

проводили по двум торговым наименованиям – Диклофенак-Дарница (генеричный препарат) и Вольтарен Novartis Pharma (оригинальный препарат). Для лечения побочных реакций были выбраны следующие ЛП: при диспепсических расстройствах (диареи) – Лоперамида гидрохлорид «ОЗ» и при крапивнице – Лоратадин-Дарница, затраты были рассчитаны на курс лечения.

**Результаты.** В ходе проведения фармакоэкономического анализа «затраты-эффективность» были рассчитаны медицинские затраты на курс лечения 1 пациента. В контрольной группе «Д» суммарные затраты составили 48,90 грн (Диклофенак) и 199,08 грн (Вольтарен). Затраты на курс лечения одного пациента опытной группы «М» – 157,39 грн; опытной группы «М+Д» – 196,54 грн (Диклофенак + Мильгамма) и 346,72 (Вольтарен + Мильгамма). Исходя из показателей эффективности терапии были рассчитаны коэффициенты эффективности затрат (CER) для каждой из альтернативных технологий: CER<sub>контрольная группа «Д»</sub> = 58,92 грн (Диклофенак), CER<sub>контрольная группа «Д»</sub> = 239,86 грн (Вольтарен), CER<sub>опытная группа «М»</sub> = 194,31 грн, CER<sub>опытная группа «Д+М»</sub> = 209,09 грн (Диклофенак + Мильгамма), CER<sub>опытная группа «Д+М»</sub> = 368,85 грн (Вольтарен + Мильгамма).

Сравнение показателей CER в контрольной и опытных группах показало, что ни один из рассматриваемых методов не является доминантным. При выборе ТН «Диклофенак Дарница» с экономической точки зрения преимущество имеет схема лечения контрольной группы «Д», а при использовании Вольтарена – схема опытной группы «М». Однако, схема опытной группы «М+Д», включающая диклофенак и Мильгамму, хотя и более дорогая, но более эффективная, что имеет важное медицинское и социальное значение. В связи с этим была рассчитана стоимость одной дополнительной единицы эффективности (ICER), которую можно получить, используя схему лечения опытной группы «М+Д». ICER составил 1342,18 грн (Диклофенак Дарница) и 1456,38 грн (Вольтарен), эта сумма необходима для достижения отсутствия болевого синдрома у 1 дополнительно вылеченного пациента.

**Заключение.** Результаты, полученные в ходе анализа «затраты-эффективность», оказались неустойчивыми и напрямую зависят от выбора препарата диклофенака и его стоимости. Схемы лечения больных с острой БНС выгодные с экономической точки зрения (терапия контрольной группы и опытной группы «М») имеют два недостатка: низкую эффективность и большой риск побочных реакций. Поэтому при условии, что лечебно-профилактическое учреждение имеет достаточные финансовые возможности и для купирования болевого синдрома у дополнительно вылеченного пациента может потратить 1342,18-1456,38 грн, приемлемой является комплексная схема лечения опытной группы «М+Д». К ее преимуществам относятся меньшая частота побочных реакций в сравнении с монотерапией диклофенаком и более высокая эффективность, чем у схемы лечения Мильгаммой или только диклофенаком.

## **АНАЛІЗ ВПРОВАДЖЕННЯ ФОРМУЛЯРНОЇ СИСТЕМИ ПРИ ЛІКУВАННІ ДИСЦИРКУЛЯТОРНОЇ ЕНЦЕФАЛОПАТІЇ**

Яковлева Л.В., Думенко Т.М., Рибка А.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

**Вступ.** В даній роботі використаний *формальний VEN аналіз*, який дозволяє визначити якість фармакотерапії групи хворих з конкретним захворюванням у конкретному ЗОЗ за індексом важливості лікарського препарату по критерію його наявності у нормативних документах країни, що регулюють забезпечення лікарськими препаратами (перелік життєво необхідних лікарських засобів, Державний формуляр, протоколи лікування). У цьому випадку ЛП присвоюють один з двох індексів: V – за наявності ЛП в нормативному документі; N – за відсутності ЛП в нормативному документі

**Мета.** Визначити рівень впровадження формулярної системи на державному рівні при лікуванні дисциркуляторної енцефалопатії в неврологічному відділенні міста Харкова.

**Матеріали та методи.** Об'єктом дослідження є індивідуальна медична документація (історії хвороби) пацієнтів з діагнозом ДЕ, які проходили лікування на базі науково-практичного медичного центру ХНМУ протягом травень 2012 – травень 2013 років. Проаналізовано 330 історій хвороб. Використаний формальний VEN-аналіз згідно з Державним формуляром (ДФ) 5 випуску.

**Результати.** В результаті аналізу із 330 історій хвороб виділено 150 торгових найменувань (ТН) лікарських препаратів. У фармакотерапії ДЕ часто використовуються метаболічні препарати (A16AX): актовегін (131 призначення), солкосерил (20 призначень), ноотропні та психостимулюючі засоби (N06BX): цераксон (18 призначень), вінпоцетин (36 призначень), котрексин (13 призначень). Проте ДФ лікарських засобів 5 випуску цих препаратів не вносить до переліку життєвонеобхідних. Що вказує на недоведену клінічну ефективність, і повинно обмежувати використання цих препаратів у реальній клінічній практиці. Проте, ці препарати успішно використовуються і надалі лікарями при призначенні фармакотерапії ДЕ.

Фармакотерапія ДЕ в неврологічному відділенні м. Харкова на 77,3 % відповідає ДФ 5 випуску, так як кількість препаратів, які увійшли до категорії N – 34 ЛП, дорівнює 22,6%, відповідно життєво необхідних препаратів ( категорія V) – 77,3 %.

**Висновок.** Фармакотерапія ДЕ у досліджуваному ЗОЗ здебільшого відповідає чинним нормативним документам, оскільки 77,3% призначень становлять препарати категорії V (життєвонеобхідні) згідно з ДФ 5 випуску. Це свідчить, що формулярна система впроваджується, але потрібен постійний моніторинг ступеня її впровадження, вдосконалення інформованості лікарів про необхідність використання формулярних довідників різного рівня для забезпечення якісної фармакотерапії ДЕ.

# АНАЛИЗ ПОТРЕБЛЕНИЯ ПРЕПАРАТОВ ИНСУЛИНА НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ

Яковлева Л.В., Кириченко О.Н.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

feknfau@ukr.net

**Введение:** исследование объемов потребления препаратов инсулина, как в розничном, так и в госпитальном сегменте позволяет изучить структуру потребления, оценить степень использования каждого вида инсулина и соответствие их применения современным клинически эффективным стратегиям лечения.

**Цель работы:** изучение объемов и структуры потребления препаратов группы инсулина на фармацевтическом рынке Украины по данным 2008 - 2012 г.г.

**Методы исследования:** АТС/DDD методология с расчетом показателя  $DDD_s/1000$  жителей/день.

**Основной материал исследования:** анализ потребления препаратов инсулина на фармацевтическом рынке Украины установил наличие следующих его видов: ультракороткого действия (аналоги инсулина человека); короткого действия (инсулин растворимый человеческий генно-инженерный и инсулин свиной); средней продолжительности действия и их аналогов (инсулин человеческий генно-инженерный и инсулин свиной); двухфазных инсулинов (смеси инсулинов короткого действия и НПХ-инсулинов и смеси ультракоротких аналогов инсулина и протаминированных аналогов инсулина); длительного действия (аналоги инсулина человека).

Общий объем потребления препаратов инсулина в Украине по данным 2008 г. составил  $4,86 DDD_s/1000$  жителей/день и снизился в 2012 г. до  $3,44 DDD_s/1000$  жителей/день (на 29,65%). При сопоставлении данных потребления с уровнем заболеваемости в Украине установлено, что обеспеченность инсулиновыми препаратами больных СД 1-го типа, без учета их применения у



больных СД 2-го типа, в 2012 г. составила 289,68 дня лечения в год на одного больного. В пересчете на количество зарегистрированных больных СД 1-го типа ежедневная обеспеченность 1 DDD приходится на 79,61% из них. Полученные данные свидетельствуют о несоответствии объема потребления уровню заболеваемости.

Структура потребления препаратов инсулина на фармацевтическом рынке Украины за пятилетний период практически не изменилась. Наибольший уровень потребления от общего объема (92,63% 2008 г. и 93,43% в 2012 г.) приходится на препараты инсулина человеческого – инсулины короткого действия, средней продолжительности действия и их смеси. В малом объеме (5,21% в 2008 г. и 6,11% в 2012 г.) используются препараты аналогов инсулина человека - инсулины ультракороткого действия и длительного действия. Незначительный объем потребления свиного инсулина, который отмечался на уровне 2,16% в 2008 г. снизился до 0,2% в 2012 г.

**Вывод:** Отмечено снижение уровня потребления препаратов инсулина в 2012 г. по сравнению с показателями 2008 г. По данным структурного анализа показано недостаточное применение современных высокоэффективных препаратов инсулинов ультракороткого и длительного действия, что может объясняться ограниченными возможностями государственного финансирования и сравнительно высокой утилитарной стоимостью этих препаратов в Украине по сравнению с многими странами. Осуществление заявленной МОЗ Украины программы по введению референтных цен на препараты инсулина будет способствовать росту уровня обеспеченности больных СД аналоговыми инсулинами.

## **АВС/VEN/ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ПРОДАЖІВ ГЕПАТОТРОПНИХ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ В АПТЕКАХ МІСТА ХАРКОВА**

Яковлева Л.В., Ткачова О.В., Тарасов А.С.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

feknfau@ukr.net

**Вступ.** Сучасний стиль життя людини (стреси, надмірне харчування, низька фізична активність, тютюнопаління, алкоголь), а також погіршена екологія, виступають чинниками ризику розвитку різних захворювань внутрішніх органів, та зокрема, печінки. За даними ВООЗ, число хворих з різною патологією гепатобіліарної системи перевищує 2 млрд осіб. В Україні за останні 10 років поширеність хронічних гепатитів і цирозів печінки збільшилася щонайменше у 2,5 разу. Для лікування алкогольної жирової дистрофії печінки, токсичних гепатитів та алкогольного цирозу печінки базисна терапія включає гепатотропні та ліпотропні препарати, препарати жовчних кислот, зокрема, урсодезоксихолевої кислоти (УДХК), а також препарати з амінокислотою адеметіонін. Вищеперелічені групи препаратів сприяють відновленню структури та функції гепатоцитів і справляють вибіркочу захисну дію на печінку. Тому виникає інтерес розглянути дані групи з точки зору співставлення лідерів продажів препаратів та доказової бази їх клінічної ефективності.

**Мета.** Дослідження особливостей споживання гепатотропних лікарських препаратів (ГЛП) у трьох аптечних закладах, розташованих у різних спальних районах м. Харкова. Для досягнення поставленої мети був використаний комплексний АВС/VEN/частотний аналіз.

**Методики дослідження.** Дослідження проведено за даними продажів ГЛП, що були в асортименті трьох аптек протягом 12 місяців 2013 року. За даними частотного аналізу були виділені «лідери продажу», що користуються високим попитом у населення (ТОП-10). За даними АВС-аналізу були виділені ГЛП, що приносять найбільший дохід аптеці та за даними формального VEN-

аналізу проведена оцінка наявності у препаратів, що увійшли до групи А, доказової бази з позиції включення або відсутності у Державному формулярі України 5-го видання 2013 року.

**Основний матеріал дослідження.** За даними Державного реєстру лікарських засобів і виробів медичного призначення (станом на 14.02.14 р.) асортимент ГЛЗ, що використовуються в комплексній терапії токсичного ураження печінки, на фармацевтичному ринку України представлений 46 торговими найменуваннями. Доля вітчизняних препаратів складає 39%, закордонних – 61%.

За даними частотного аналізу в аптеці №1, яка в середньому налічує 10000 найменувань препаратів, лідерами продажу серед 44 ГЛП були: Глутаргін (171 упаковка), Гепабене (390 упаковок), Гептрал, порошок для ін'єкцій (291 упаковка), Гептрал, таблетки (189 упаковок), Антраль (144 упаковки), Ессенціале® форте Н, капсули (168 упаковок), Ессенціале® Н, ампули для ін'єкцій (150 упаковок), Енерлів® (105 упаковок), Карсил (114 упаковок), Тіотриазолін, ампули для ін'єкцій (111 упаковок). Результати ABC-аналізу ГЛП показали, що до групи «А» увійшли 12 препаратів, дохід від яких склав 79,93% від загальної суми. Лікарські препарати, що увійшли до групи «В» (11 ГЛП) в сукупності також принесли відчутний дохід аптеці (14,46%). До групи «С» увійшло 13 препаратів, що склало 5,61% доходу.

Найбільш важливими для аптеки є ГЛП, що увійшли до групи «А». За результатами формального VEN-аналізу з групи «А» до Державного формуляру 2013 року включена більшість препаратів: УДХК (Урсохол, Урсофальк), амінокислот (Глутаргін), комбінованих препаратів (Гепабене), препарати есенціальних фосфоліпідів (Ессенціале® форте Н, Ессенціале® Н), орнітину (Гепа-мерц), силімарину (Карсил). Серед ГЛП з групи А тільки чотири (33%) є часто реалізуємими та мають доказову базу (Глутаргін, Гепабене, Ессенціале® форте Н, Ессенціале® Н), оскільки включені до Державного формуляру.

Результати ABC-аналізу в аптеці №2 (середня кількість препаратів становить 7000 найменувань) показали, що асортимент ГЛП (37 препаратів)

розподілився наступним чином: до групи «А» увійшли 11 препаратів, дохід від яких склав 77,97% від загальної суми. До групи «В» увійшли 9 препаратів, дохід від яких склав 16,17%. До групи «С» увійшло 17 препаратів, що склало 5,86% доходу від загальної суми реалізації ГЛП. Формальний VEN-аналіз показав, що з групи «А» до Державного формуляру увійшли препарати УДХК (Урсохол, Урсофальк), амінокислот (Глутаргін), комбіновані препарати (Гепабене), препарати есенціальних фосфоліпідів (Ессенціале® Форте Н, Енерлів®), силімарину (Карсил). За даними частотного аналізу в аптеці №2 лідерами продажу протягом 2013 року були ГЛП: Глутаргін (184 упаковки), Гепабене (454 упаковки), Антраль (224 і 1/3 упаковки), Ессенціале® форте Н, капсули (864 і 1/3 упаковки), Енерлів® (122 і 1/3 упаковки), Карсил (183 і 3/8 упаковки), Карсил Форте (110 упаковок), Тіотриазолін, ампули для ін'єкцій (105,6 упаковки). Отже, у групі «А» п'ять препаратів з одинадцяти (45%) ГЛП користуються високим попитом споживачів в аптеці та мають доказову базу.

В аптеці №3 (середня кількість препаратів становить 5000 найменувань), що налічувала 46 ГЛП, за результатами АВС-аналізу до групи «А» увійшли 10 препаратів, дохід від яких склав 78,56%. До групи «В» увійшли 8 ГЛП, дохід від яких склав – 15,8%. До групи «С» увійшло 28 ГЛП, що склало 5,64% доходу від загальної суми реалізації. За результатами формального VEN-аналізу до групи V увійшли ті ж самі препарати, що наведені при аналізі результатів в аптеці №2.

Результати частотного аналізу в аптеці №3 показали, що лідерами продажу були ГЛП: Глутаргін (132 упаковки), Гепабене (198,51 упаковки), Антраль (116 упаковок), Ессенціале® форте Н, капсули (301,54 упаковки), Енерлів® (91 упаковка), Карсил (444,5 упаковки), Силібор (118 упаковок), Тіотриазолін (86,4 упаковки). Отже, у групі «А» п'ять з десяти препаратів (50%) користуються високим попитом споживачів в аптеці та мають доказову базу.

**Висновки дослідження.** Отримані результати показали, що менше половини ГЛП (33-50%) серед тих, що приносять найбільший дохід аптекам м. Харкова та користуються високим попитом у населення, включені до

Державного формуляру лікарських засобів. Таким чином, значна кількість гепатотропних лікарських препаратів, що користуються попитом у споживачів не має доказової бази (клінічної ефективності), що необхідна для ефективного лікування токсичних гепатитів та цирозу печінки. Подальші дослідження будуть спрямовані на проведення інтегрованого аналізу витрат на фармакотерапію хворих на токсичні гепатити і цирози печінки в лікувально-профілактичному закладі.

# **НАУКОВО-ПРАКТИЧНІ АСПЕКТИ ДІЯЛЬНОСТІ ЛІКАРНЯНИХ КАС**

## РЕЗУЛЬТАТИ АНКЕТУВАННЯ НАСЕЛЕННЯ ЩОДО ДІЯЛЬНОСТІ «ЛІКАРНЯНОЇ КАСИ ЖИТОМИРСЬКОЇ ОБЛАСТІ»

Грищук С.М.

Всеукраїнська громадська організація  
«Асоціація працівників лікарняних кас України»  
expert@likkasa.com.ua

**Вступ.** Процеси реформування, які відбуваються в нашій державі, формують необхідність вдосконалення охорони здоров'я в напрямку створення системи, яка б відповідала сучасним світовим зразкам. Одним із напрямків реформування галузі охорони здоров'я для покращення якості і доступності медичного обслуговування стала солідарна участь населення у співоплаті витрат на медичну допомогу у формі лікарняних кас. Це громадські об'єднання населення, яке не бажає чекати дотримання від держави безплатних соціальних гарантій, і готові самостійно на засадах солідарної участі забезпечувати необхідні ресурси у вигляді лікарських засобів, виробів медичного призначення, реактивів, для доступної та якісної медичної допомоги членам організацій. За даними міністерства охорони здоров'я, в Україні нараховується 206 лікарняних кас, які об'єднують майже 800 тисяч громадян. Найпотужнішою з них є благодійна організація «Лікарняна каса Житомирської області» (ЛК). Вона функціонує з 2000 року, її членами є понад 200 тисяч жителів області (16,3% від загальної кількості населення). ЛК стала потужним джерелом позабюджетного фінансування галузі охорони здоров'я Житомирщини. У 2013 медичні установи області отримали від ЛК ліків на суму майже 35 млн. грн., що дало можливість забезпечити понад 421 тис. звернень за медичною допомогою. Незначний розмір щомісячного внеску (25 грн.) при наявності системи управління якістю медичної допомоги дозволяє забезпечити лікування без обмеження розміру витрат та кількості звернень.

**Мета дослідження.** Описати соціально-психологічний портрет члена ЛК, визначити оцінку його задоволеності рівнем медикаментозного забезпечення,

що здійснюється за рахунок організації, рівень інформованості та ступінь лояльності до діяльності ЛК.

**Матеріали та методи.** Для досягнення мети дослідження було застосовано анонімне індивідуальне разове опитування членів ЛК шляхом інтерв'ювання з випадковою вибіркою суб'єктів. У дослідженні прийняли участь 438 жителів Житомирської області - членів ЛК, які отримували медичну допомогу за рахунок організації протягом 2012-2013 років. Були використані соціологічний та статистичний методи дослідження. Анкета містила 20 питань, сформованих у блоки відповідно завдань дослідження.

**Основний матеріал дослідження.** Серед респондентів 74% жіночої статі, 26% - чоловічої. Серед них частка жителів міста становила 67%, мешканців сільської місцевості – 33%. У віковій структурі переважають особи віком понад 60 років – 32,2%, на другому місці громадяни віком 50-60 років – 31,9%, на третьому – 40-50 років – 17,2%. Вікова категорія 30- 40 років становить 11,0%, частка осіб до 30 років становила 7,7%. Серед опитаних, за результатами їх відповідей, мають низький рівень матеріального забезпечення 46,6%, середній 52,2%, високий – 1,2%.

Середня кількість звернень за медичною допомогою у заклади охорони здоров'я становила 4,6 випадків. Більшість респондентів (81,0%) мають в середньому 2,6 хронічних захворювання. Серед членів ЛК, які лікувалися в умовах цілодобового стаціонару, задоволені рівнем надання медичної допомоги 41%, незадоволені – 26%, не могли визначитися – 33% опитаних. Середня оцінка повноти забезпечення ліками за рахунок ЛК по п'ятибальній системі становила 3,47 бали, за свої кошти доводилося купувати лікарські засоби 59% опитаних. Переважно це стосувалося препаратів метаболічної дії, які відсутні в протоколах надання медичної допомоги, що затверджені МОЗ України. За висновками 93,3% респондентів, перебування в ЛК повністю або частково вирішує питання діагностики та лікування у разі захворювання. Вважають, що діяльність ЛК достатньо висвітлюється в засобах масової інформації, 39,3% опитаних, недостатньо – 60,7%.



Одним з ключових питань, яке визначає лояльність членів ЛК до діяльності організації, було визначення ймовірності по п'ятибальній шкалі щодо можливості надання рекомендацій родичам, близьким, знайомим вступити до ЛК. У результаті оцінку один та два бали надали 6,7% опитаних (це «детрактори», які негативно сприймають діяльність організації), оцінку три бали зазначили 19,3% респондентів (ми їх віднесли до категорії «невизначені», тобто з часом залежно від якості надання медичної допомоги можуть перейти в інші групи). Високу ймовірність надання рекомендацій щодо потреби вступу до ЛК (оцінку чотири та п'ять балів) вказали 74,0% опитаних.

**Висновки та перспективи подальших досліджень.** У результаті проведеного нами дослідження визначено соціально-психологічний портрет члена ЛК. Це переважно житель міста жіночої статі віком понад 45 років, одружений, без дітей віком до 18 років, з низьким та середнім рівнем доходів. Має майже три хронічні захворювання, за рік майже 5 раз звертається у медичні заклади. Малозадоволений якістю медичної допомоги в медичних закладах. Під час лікування докуповує ліки за власний рахунок (метаболічні препарати або для лікування супутньої патології), оцінює повноту забезпечення ліками на 3,5 бали. Вважає, що робота ЛК недостатньо висвітлюється в засобах масової інформації. Незважаючи на наявність певного негативу, він буде рекомендувати родичам, друзям, знайомим вступати до ЛК.

За результати дослідження слід вважати, що діяльність лікарняних кас є цивілізований шлях вирішення питання медикаментозного забезпечення за рахунок солідарної участі населення. У подальшому планується проведення анкетування лікарів щодо їх ставлення до роботи ЛК та анкетування членів ЛК, які закінчили лікування в умовах цілодобового стаціонару закладів охорони здоров'я, методом телефонного опитування.

# **СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ**

## **СОЦІАЛЬНО-ЕКОЛОГІЧНА СКЛАДОВА ВПРОВАДЖЕННЯ ІНВЕСТИЦІЙНИХ ПРОЕКТІВ В ФАРМАЦЕВТИЧНІЙ ГАЛУЗІ**

Лейба К.С., Деренська Я.М.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

ms.rompelshtilchen@mail.ru

Вступ. В усі часи здоров'я людини розглядалось як одна з найвищих цінностей, що становлять основу економічного та духовного розвитку держави. Темпи економічних, соціальних, технологічних, інформаційних і навіть кліматичних змін у всьому світі вимагають від людини швидшої адаптації до умов життя, що постійно змінюються.

В даний час фармація розвивається бурхливими темпами. З'являються все нові види лікарських засобів, здатних вирішувати найрізноманітніші завдання щодо здоров'я людини. Але виробництво лікарських засобів, як і будь-яке інше виробництво, пов'язане з низкою проблем. Взаємодія суспільства і природи все частіше призводять до погіршення екологічної ситуації. Як правило, це обумовлено тим, що представники бізнесу, націлені на отримання максимального прибутку, ігнорують екологічну ситуацію в регіоні розміщення свого виробництва. Конкуренція підприємців за оволодіння більшої частки ринку зумовлює необхідність підтримки високого рівня рентабельності виробництва, що досягається, у тому числі, і зниженням екологічних витрат.

Метою дослідження є обґрунтування основних напрямків інтегрування заходів з екологічної безпеки у загальну діяльність фармацевтичного підприємства з впровадження інвестиційних проектів. Методами дослідження є аналіз літературних джерел, синтез існуючих пропозицій щодо удосконалення екологічної безпеки фармацевтичного виробництва й елементів проектної діяльності в межах реалізації інвестиційних проектів.

Основний матеріал дослідження. Ефективна діяльність фармацевтичних підприємств в довгостроковій перспективі, забезпечення високих темпів їх розвитку і підвищення конкурентоспроможності можливі лише на базі НТП,

який на рівні підприємства реалізується у вигляді інвестиційних проектів. Згідно з міжнародною класифікацією, підприємства хіміко-фармацевтичної промисловості належать до групи екологічно небезпечних виробництв. Виробництво лікарських препаратів базується на багатостадійних процесах органічного або біологічного синтезу, пов'язаного із використанням різноманітних видів сировини, супроводжується забрудненням повітря органічними та неорганічними хімічними речовинами, шкідливими для навколишнього середовища й здоров'я людини. Інвестиційні проекти в фармацевтичній галузі насамперед пов'язані з випуском нової продукції або відомої продукції нової якості, впровадженням нового обладнання (технології) тощо. Реалізація проектів з впровадження нових видів лікарських засобів актуалізує питання поводження з фармацевтичними відходами.

Для позитивного вирішення проблеми безпечного поводження з фармацевтичними відходами вважаємо за доцільне у межах реалізації кожного інвестиційного проекту обов'язковим виконання таких заходів:

1. Доопрацювання існуючої і розробка нової нормативної документації та їх гармонізація з міжнародними вимогами; впровадження та дотримання правил належної виробничої практики (GMP).

2. Облаштування місць утворення і накопичення фармацевтичних відходів для їх подальшої утилізації.

3. Застосування найбільш екологічно безпечних та сприятливих у фінансовому відношенні методів знешкодження фармацевтичних відходів; впровадження вдосконалених технологій очистки та водопідготовки.

4. Зменшення та попередження забруднення довкілля фармпрепаратами (запобігання прямому скиду неочищених стічних вод у навколишнє середовище).

Висновки. Незважаючи на зростання витрат на реалізацію цих заходів і зниження економічної ефективності проектів, їх впровадження підвищить соціальну ефективність проектів, що в підсумку сприятиме успіху фармацевтичного підприємства з точки зору реалізації його місії.

# СОЦІАЛЬНО-ВІДПОВІДАЛЬНІ АСПЕКТИ МАРКЕТИНГОВОЇ ДІЯЛЬНОСТІ У СКЛАДІ PR-СТРАТЕГІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ

Ольховська А.Б.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

angela.olkhovskaya@mail.ru

**Вступ.** Стратегічна спрямованість України до євроінтеграції зумовлює адаптацію соціальної політики держави до стандартів ЄС, які передбачають реформування різних секторів економіки, у тому числі й системи охорони здоров'я. Це повинно сприяти поступовому досягненню загальноєвропейського рівня соціального забезпечення і захисту населення країни.

Важливу роль у даному напрямі інтеграційного процесу виконують й вітчизняні виробничі фармацевтичні підприємства, впроваджуючи концепцію соціально-відповідального маркетингу в управління своєю діяльністю, і тим самим сприяють виконанню загальнодержавних заходів щодо оздоровлення української нації.

Соціально-відповідальний маркетинг – це добровільна діяльність бізнес-структур по вирішенню соціальних проблем, надання допомоги населенню, територіям і заснована на, з одного боку, на прийнятті рішення, що виходять з загально гуманітарних цілей та цінностей суспільства, і з іншого, враховує об'єктивну необхідність бізнесу бути соціально відповідальним, в тому числі через активну реалізацію і актуалізацію (через рекламу, PR, зміцнення іміджу) своєї діяльності перед населенням, зміцнення перед ним своєї ділової і соціальної репутації.

В сучасних умовах соціально-відповідальний маркетинг є значимою складовою у формуванні ринкової PR-стратегії вітчизняними фармацевтичними підприємствами, основна мета якого задоволення потреб громадськості якісними та доступними лікарськими засобами, за умови збереження людських, матеріальних та інших ресурсів, охорони довкілля.

**Мета.** Обґрунтування теоретичних та практичних аспектів впровадження заходів соціально-відповідального маркетингу вітчизняними фармацевтичними підприємствами у контексті комплексу маркетингу з урахуванням їх стратегічної спрямованості щодо паблік рилейшнз.

**Методики дослідження.** Теоретичною та методологічною основою досліджень були наукові праці вітчизняних та зарубіжних авторів з проблем соціально-відповідального маркетингу. У процесі дослідження використано методи системного аналізу, контент-аналізу, моніторингу, логічного узагальнення та ін.

**Основний матеріал дослідження.** Концепція соціально-відповідального маркетингу торкається усіх елементів marketing-mix: product, price, place, promotion, process, physical evidence, personal, partnership. У зв'язку з цим, нами визначено основні заходи реалізації концепції соціально-відповідального маркетингу вітчизняними виробничими фармацевтичними підприємства у контексті елементів комплексу маркетингу на прикладі діяльності компаній, що увійшли до рейтингу ТОП-30 маркетуючих організацій за обсягом продажів лікарських засобів в грошовому виразі за підсумками 2013 р. на українському фармацевтичному ринку: ПАТ «Фармак», ФФ «Дарниця», Корпорація «Артеріум», ПАТ НВЦ «Борщагівський ХФЗ», ПАТ «Київський вітамінний завод», ТДВ «ІнтерХім», ТОВ «Юрія-Фарм». З цією метою на основі системного підходу проводився контент-аналіз інформаційно-аналітичних і науково-популярних друкованих та Інтернет-видань України, даних офіційних веб-сайтів вітчизняних фармацевтичних виробників, інформації незалежного фармацевтичного бізнес-порталу «[Pharma.net.ua](http://Pharma.net.ua)». На підставі отриманих результатів були порівняні та структуровані основні заходи соціально-відповідального маркетингу досліджуваними підприємствами у складі PR-стратегії відповідно до елементів комплексу маркетингу. Основними заходами реалізації концепції соціально-відповідального маркетингу в контексті елементів комплексу маркетингу є виготовлення ліків з високоякісних субстанцій провідних фірм Швейцарії, Німеччини, Великобританії, Франції

тощо; сертифікація виробництва ліків на відповідність правилам GMP, що забезпечує довіру громадськості до фармацевтичної продукції; впровадження та розвиток інноваційних технологій; сертифікація системи управління якістю на відповідність вимогам ДСТУ ISO 9001; забезпечення громадськості високоякісними та доступними лікарськими засобами з орієнтацією на міжнародні стандарти; реалізація соціальних та благодійних програм, що спрямовані на формування у громадськості здорового стилю життя, зміцнення здоров'я та профілактики хвороб; вкладення інвестиції у соціально-економічний розвиток певних регіонів України; особливу увагу приділяють питанням екологічної безпеки виробництва та охорони довкілля шляхом впровадження на підприємствах системи екологічного менеджменту на відповідність стандарту з управління навколишнім середовищем ДСТУ ISO 14001; приєднання до Декларації ООН «Go Green»; відкритість соціальних та екологічних звітів для громадськості; постійно підтримують зворотній зв'язок з громадськістю шляхом впровадження системи фармаконагляду з урахуванням європейських стандартів; надання достовірної та доступної інформації для громадськості про фармацевтичну продукцію; підтримують та розвивають високу компетенцію свого персоналу шляхом навчання в корпоративних університетах, участю у тренінгах, конференціях, семінарах, круглих столах; впровадження принципів етики ділових взаємовідносин з внутрішніми та зовнішніми групами громадськості у вигляді етичних кодексів та ін.

**Висновки.** Таким чином, впровадження концепції соціально-відповідального маркетингу у PR-діяльність виробників лікарських засобів буде сприяти підвищенню їх репутації і конкурентоспроможності не тільки на вітчизняному фармацевтичному, а й на міжнародному ринках; довіри, позитивному ставленню усіх груп громадськості та формуванню лояльності до брендів компанії; розширенню частки ринку і в кінцевому підсумку стабільному економічному стану.

## **СОЦІАЛЬНО ВІДПОВІДАЛЬНИЙ МАРКЕТИНГ ЯК СКЛАДОВА СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ПІДПРИЄМСТВ**

Ткаченко Н.О.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

tkachenkonat@bk.ru

Соціальна відповідальність (СВ) - це регулююча система суспільних відносин, історично сформований соціальний механізм, частиною якого є соціальна відповідальність бізнесу. Відповідно до цього поняття «соціальна відповідальність бізнесу» має включати в себе як відповідальність бізнесу перед суспільством, так і відповідальність суспільства, його різних соціальних груп та інститутів, перш за все, держави за створення оптимальних умов для його функціонування.

Фармація - соціально значуща галузь народного господарства, від стану якої залежить національна безпека країни, здоров'я нації. Світовим ринком фармацевтичної продукції є складна, багаторівнева, поліфункціональна система із стабільно високими темпами зростання виробництва, продажів і, відповідно, показниками рентабельності. Причини цього прості і зрозумілі: специфіка лікарських препаратів, як товарної категорії, така, що попит на них росте незалежно від економічних і політичних чинників. В цілому, можна констатувати, що після більш ніж тривалого періоду виключно високих темпів зростання фармацевтичної індустрії, в даний час підприємства стикаються із зростаючою конкуренцією на ринку. В умовах сьогодення мережа конкурентів велика та насичена, і набір комунікаційних засобів, що використовується компаніями майже аналогічний. Характер конкуренції тяжіє до використання переваг іміджу компаній, тобто тих соціопсихологічних характеристик, які формують сприятливе відношення споживачів і позитивне сприйняття компанії.

Сучасний фармацевтичний маркетинг не може бути пасивним відносно різних змін в зовнішньому середовищі. Маркетинг – соціальний процес, у рамках якого, окремі члени суспільства і групи задовольняють різні потреби та бажання за допомогою обміну товару та інших цінностей між собою. Іншими словами, маркетинг – це управлінський процес, інтегрована функція



менеджменту, яка перетворює потреби споживачів у прибуток підприємств. Сьогодні відбувається збагачення соціального змісту фармацевтичного маркетингу, адаптованість виробництва і реалізації ліків до соціальних змін, більш повного задоволення потреб і запитів споживачів. Як наслідок – зміни парадигм управління фармацевтичними організаціями. Це дозволяє розглядати соціально відповідальний маркетинг (СВМ) як частину менеджменту, що здійснюється з урахуванням соціальних змін у суспільстві.

Соціально відповідальний маркетинг є розумінням та поєднанням етичного, екологічного, правового і соціального контекстів маркетингових заходів і програм, що здійснюють фармацевтичні організації. Причини та наслідки маркетингу не обмежуються фармацевтичною фірмою і її потребами. Вони впливають і на зовнішнє середовище. Соціальна відповідальність фармацевтичних підприємств потребує від них уваги до тієї ролі, яку вони грають або могли б грати у забезпеченні благополуччя суспільства. Роль соціально відповідального маркетингу в системі менеджменту можна окреслити наступними положеннями: СВМ виступає в даний час як фундаментальна концепція управління соціальними процесами і змінами в умовах ринкового і демократичного суспільства; СВМ виступає як соціально-маркетингова і управлінська технологія, що формулює основні принципи і підходи сучасного управління; СВМ формулює цілі, технології, маркетингові механізми стосовно різних сфер суспільного життя (охорона здоров'я, наука, освіта, екологія, спорт та ін.), формуючи конкретні і реальні механізми їх функціонування, регулювання, управління ними.

Отже, соціально відповідальний маркетинг - це своєрідний синтез: і специфічна функція управління, і особливий вид діяльності різних суб'єктів управління, і своєрідний інструмент регулювання ринкової економіки, і один із інструментів соціальної політики. У фармацевтичному секторі мають прояв усі сучасні концепції менеджменту та маркетингу. Зараз, нажаль, ми не можемо говорити про соціальну відповідальність фармацевтичного бізнесу як про загальну тенденцію. Однак, сьогодні нагальні проблеми фармації надають перевагу у веденні бізнесу принципам соціально-етичного та соціально-відповідального маркетингу.

# ПОСИЛЕННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ В ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕЧНИХ ЗАКЛАДІВ УКРАЇНИ

Толочко В.М., Зарічкова М.В.

Інститут підвищення кваліфікації спеціалістів фармації Національного  
фармацевтичного університету, м.Харків, Україна  
uef-ipksf@mail.ru

Сучасні розвинуті країни, незалежно від рівня їх соціально-економічного розвитку, вважають головним показником успішності їх існування соціальну стабільність суспільства. Соціальну стабільність забезпечують три сектора економіки: державний, приватний та громадський.

Коли виникають критичні ситуації, які пов'язані з впливом різних факторів на економічний розвиток країни, підвищений соціально-економічний тиск відчувають не тільки незахищені верстви населення, а й малий та середній бізнес та його працівники. Одним з механізмів зняття соціально-економічної напруги є локальне надання соціальних послуг на робочих місцях, їх збереження і розвиток самозайнятості. Особливо це стосується фармацевтичної галузі, яка виконує соціально-етичні функції і відповідає за здоров'я нації.

Аналізуючи зарубіжний досвід з цього питання, можна зробити висновок, що додержання принципів соціально-етичних підходів до суспільства в цілому й до своїх співробітників, зокрема, є ознакою високого рівня управління, а компанії, в яких приділяється гідна увага персоналу, створенню необхідних і комфортних умов для роботи, є успішними і стабільними.

Проблема соціальної відповідальності та етики бізнесу в останнє десятиліття набуває все більшої актуальності в Україні, що обумовлено процесами глобалізації і інтеграції. Тому сьогодні стає популярним термін «соціальна відповідальність», однак впровадження відповідних міжнародних стандартів має формальний характер.

Запровадження економічних механізмів соціальної відповідальності в фармацевтичній галузі слугуватиме ще одним фактором мотивації до більшої

відповідальності за своїх працівників і створення умов для тривало стабільної праці. Для аптечних закладів необхідно розробити підходи до оцінки ефективності реалізації принципів їх соціальної відповідальності по відношенню до спеціалістів фармації (СФ).

Основою для впровадження принципів соціальної відповідальності у вітчизняній фармацевтичній галузі можуть слугувати: «концепція соціальної відповідальності бізнесу» (the Socially-Responsible Business concept); стандарти OHSAS 18001:1999 «Система оцінювання професійної безпеки та здоров'я», OHSAS 18002:2000 «Системи менеджменту щодо охорони праці й попередження професійних захворювань», предметом соціальної відповідальності, в яких визначені професійні ризики в сфері безпеки та здоров'я; міжнародні стандарти SA 8000 «Соціальна відповідальність», ISO 26000 «Системи управління соціальною відповідальністю. Вимоги».

Сьогодні в Україні фармацевтична галузь не має визначеної стратегії соціальної відповідальності бізнесу (СВБ). На нашу думку введення в фармацевтичну галузь компонентів СВБ на рівні аптечних закладів призведе до таких позитивних наслідків, як:

- зростання позитивної репутації аптечних закладів і галузі в цілому;
- стабільність в роботі СФ;
- впровадження дієвої системи соціального захисту СФ.

Проаналізувавши можливості введення компонентів СВБ у діяльність аптечних закладів, нами встановлені причини, які заважають цьому:

- 1) відсутність національного законодавства щодо організації, регулювання та контролю СВБ;
- 2) відсутність урядових і неурядових організацій, що підтримують СВБ;
- 3) нестабільність політичної та економічної ситуації в країні й відсутність фінансових ресурсів;
- 4) відсутність розуміння сутності СВБ, пасивність щодо участі у формуванні позитивного соціального іміджу фармацевтичної галузі;
- 5) відсутність системи морального та матеріального заохочення соціальної

відповідальності роботодавців, відповідальності перед СФ.

На сучасному етапі для становлення СВБ у фармацевтичній галузі України насамперед є необхідним ряд дій на рівні держави: змінення суспільної свідомості щодо значимості СВБ для розвитку соціально орієнтованої держави; формування законодавчої бази, яка забезпечить зацікавленість бізнесу у впровадженні соціальних програм, а також нормативно-правових актів, які стимулюють розвиток СВБ; впровадження методологічних основ реалізації систем соціальної відповідальності аптечних закладів.

На рівні аптечних закладів це: впровадження політики відповідального ставлення до СФ для зміцнення конкурентоспроможності та довгострокового сталого розвитку; навчання СФ соціальній відповідальності; створення спеціалізованих підрозділів (для великих підприємств), до компетенції яких було б віднесена діяльність з управління соціальною відповідальністю тощо.

Впровадження СВБ в фармацевтичній галузі може допомогти вирішити соціальні та екологічні проблеми та забезпечити розвиток країни у цілому.

Висновок:

СВБ забезпечить створення та збереження сприятливого робочого клімату в аптечних закладах усіх форм власності через гарантію стабільності зайнятості СФ. Створення економічних механізмів ведення СВБ забезпечить конкурентну перевагу фармацевтичної галузі через підвищення мотивації СФ та відповідатиме одному з найголовніших завдань сучасної економічної науки – посилення соціального фактору в управлінні економікою.



# **ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ**

# ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ І ДОСВІД ВИКЛАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ І ФАРМАКОЕКОНОМІКИ У СИСТЕМІ ПІСЛЯДИПЛОМНОЇ ОСВІТИ ПРОВІЗОРІВ

Заліська О.М., Парновський Б.Л., Слабий М.В., Яцкова Г.Ю.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

olzaliska@ukr.net

**Вступ.** У зв'язку з впровадженням вимог Належної аптечної практики (GPP), реімбурсації витрат на ліки в Україні, набуття провізорами знань і вмінь з фармакоєкономіки, фармацевтичної профілактики є професійною потребою.

**Матеріали та методи.** З 1999 року на кафедрі організації і економіки фармації та технології ліків факультету післядипломної освіти вперше в Україні впроваджене викладання дисципліни “Фармакоєкономіка” для провізорів-інтернів та слухачів курсів. Були підготовлені типові навчальні програми (2001, 2007), уніфіковані плани передатестаційних циклів провізорів зі спеціальності «Організація і управління фармацією», «Загальна фармація» у співпраці з ІПКСФ НФаУ (2003, 2005, 2009), видані навчальні посібники, підручник „Фармакоєкономіка” (2000, 2002, 2007, 2014), затверджені МОЗ України. Створена програма неперервної освіти з фармакоєкономіки для провізорів (2009). На кафедрі діє Український відділ USPOR, який має інтернет-сторінку ([www.ispor.org/local\\_chapter/Ukraine](http://www.ispor.org/local_chapter/Ukraine)). У співпраці з Міжнародним товариством фармакоєкономічних досліджень (ISPOR) викладачами кафедри підготовлені адаптовані навчальні модулі з фармакоєкономіки, які доступні на сайті ISPOR ([www.ispor.org](http://www.ispor.org)).

Визначення терміну «Фармацевтична профілактика» вперше запропоновано Г.Ю.Яцковою, Б.Л.Парновським (2006) і включене до Фармацевтичної енциклопедії України. При вивченні тем з фармацевтичної опіки та профілактики на семінарських заняттях провізори отримують знання з немедикаментозної, первинної, вторинної, третинної фармацевтичної

профілактики, а також попередження ускладнень фармакотерапії, яка пов'язана з можливими проявами побічних ефектів, нераціональних взаємодій препаратів, що приймаються одночасно.

Для навчально-методичного забезпечення видана монографія «Фармацевтична профілактика та її кадрове забезпечення» (2008). У ній представлені терміни, класифікація і види фармацевтичної профілактики, що ілюстровано численними прикладами застосування лікарських засобів у конкретних ситуаціях. Для забезпечення неперервної освіти провізорів, можливості самостійного опрацювання елементів фармацевтичної профілактики спеціально опубліковані фрагменти монографії у журналі «Фармацевт- Практик» у 2006-2009 роках.

**Результати.** При вивченні тематики з фармакоєкономіки провізори ознайомлюються з системою оцінки медичних технологій, коли інтегруються дані фармакоєкономічного аналізу, етичних, соціальних аспектів медичних технологій. Для поглиблення знань провізорів-інтернів, слухачів курсів та оволодіння навичками фармакоєкономічної оцінки різних груп лікарських засобів видані методичні рекомендації «Фармакоєкономіка та оцінка медичних технологій» (Заліська О.М. і співав., 2012). Також використовуються 6 дистанційних навчальних модулів з фармакоєкономіки, які доступні на сайті <http://www.ispor.org/DLP/Index.aspx?DLPLang=Ukrainian>) українською мовою. Колектив кафедри має значний досвід навчання з питань фармакоєкономіки, належної аптечної практики за 2000-2013 роки, лекції і семінари було проведено для більш ніж 9000 слухачів циклів та провізорів-інтернів у 8 областях Західного регіону України.

**Висновки.** Для комплексного розгляду питань Належної аптечної практики доцільно викладати тематику фармацевтичної профілактики та дисципліни «Фармакоєкономіка» з використанням міжнародних інформаційно-комунаційних технологій, що є необхідним для оволодіння сучасними методами фармакоєкономічного аналізу та оцінки медичних технологій. Підготовлено навчально-методичне забезпечення з фармацевтичної



профілактики і фармакоекономіки, інтегроване з веб-ресурсами, що сприяє забезпеченню післядипломної освіти провізорів-інтернів і слухачів циклів.

## **ПРОФЕСОР НЕЛЮБІН О.П. - ЗАСНОВНИК ВІТЧИЗНЯНОЇ ФАРМАКОЛОГІЇ ТА ФАРМАЦІЇ**

Котвіцька А.А., Горбаньов В.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

**Вступ.** Розвиток сучасної фармакології та фармації неможливо уявити без внеску видатного діяча вітчизняного лікознавства та фармації професора Олександра Петровича Нелюбіна (1785 – 1858), який поєднував якості педагога, організатора вищої фармацевтичної освіти, наукового дослідника, науково-практичного діяча, першого в Росії професор фармації, який пройшов «аптечну школу». Дослідження наукової спадщини Нелюбіна О.П. є важливим з огляду на відтворення історичної достовірності та має безпосередній вплив на сучасний стан фармацевтичної галузі.

**Метою** дослідження є висвітлення наукової спадщини, аналіз поглядів та особистого внеску Олександра Петровича Нелюбіна в розвиток вітчизняної фармакології та фармації.

**Основний матеріал дослідження.** Нелюбін О.П. народився 31 серпня 1785 р. в у. Вятка в купецькій родині, отримав вищу освіту в Московському університеті та Санкт-Петербурзькій медико-хірургічній академії. У 1804 р. склав іспит на звання гезеля, а у 1806 р. при Московському університеті – на звання провізора, 1812 р. отримав звання лікаря з відзнакою та був нагороджений золотою медаллю. У 1816 – 1844 рр. Нелюбін О.П. став професором кафедри фармації фармацевтичного відділення Санкт-Петербурзької медико-хірургічної академії, а з 1821 по 1844 рр. очолював кафедру фармації й фармакології, яка була діяльним центром медичної та

фармацевтичної науки та підготувала численну групу науковців ( Горянинов П.Ф., Спаський І.Т., Нечаєв С.Я. та ін.), праці яких з фармації, фармакології, терапії, судової медицини значно вплинули на розвиток вітчизняного лікознавства. Всього науковий доробок Нелюбіна складається приблизно з 50 публікацій і декількох великих монографій. Помер Нелюбін О.П. 6 вересня 1858 р.

Значний вклад у започаткуванні реформи у викладанні фармацевтичних дисциплін, виокремлення у самостійний напрямок фармації і фармакології (1824 р.), відбулося лише за ініціативою та участю Нелюбіна О.П., який запровадив викладання в Санкт-Петербурзькій медико-хірургічній академії організації фармацевтичної справи, історію загальної і російської фармації, винайшов і вдосконалив ряд апаратів і приладів для хімічного синтезу. За думкою Нелюбіна дисципліни, які входили до складу фармації, можна розподілити на: 1) *підготовчі*: логіка, риторика, латинська мова, всесвітня історія, географія та статистика; 2) *допоміжні*: математика, фізика, мінералогія, зоологія та ботаніка; 3) *суттєві*: загальна та аналітична хімія, фармація, а також окремо вивчалися пропедевтична частина фармації та її історія, фармакогнозія, технічна або Галенова фармація, хімічна фармація, токсикологія, бухгалтерія, метрологія та фармацевтична торгівля. Взагалі наукова діяльність Нелюбіна О.П. стосувалася різноманітних питань медицини, наукової та практичної фармації, зокрема аналітичної та фармацевтичної хімії, фармакології, вітчизняної лікарської флори і засобів народної медицини.

У 1823 р. Нелюбін О.П. був відряджений для дослідження вод кавказьких мінеральних джерел та протягом 5 місяців здійснив аналіз джерел Кавказу, результатом чого стало видання у 1825 р. двотомної праці «Повний історичний, медико-топографічний, фізико-хімічний лікарський опис кавказьких мінеральних вод». Значним здобутком діяльності Нелюбіна О.П. стало видання у 1827 р. підручника «Фармакографія, або хіміко-лікарське розпорядження приготування і вживання новітніх ліків», який мав декілька перевидань, а четверте класичне видання (1840-1842 рр.) складалося з 4 томів загальним

обсягом 1790 сторінок, й тривалий час виявлялося практичним керівництвом для лікарів і фармацевтів. У «Фармакографії», як і в інших своїх працях, Нелюбін О.П. був прихильником дослідного, експериментального методу в хімії та фармації. У підручнику було детально описано фізичні й хімічні властивості лікарських речовин, способи їх приготування в лабораторіях і на підприємствах, визначалися домішки і подробиці, розкрито фармацевтичну дію, проаналізовано несумісності та протипоказання.

Стосовно організації фармацевтичної справи, Нелюбін О.П. вважав, що аптеки повинні відповідати сучасним вимогам і складатися з рецептурної зали, матеріальної кімнати, лабораторії, сушильні, підвалу, льодовика, вогнища і робочої кімнати. Також Нелюбін О.П. підкреслював значення аптеки як наукового закладу, він вважав, що у відповідності з теоретичною та практичною частинами фармації, фармацевтичні операції розподіляються на механіко-фармацевтичні та хіміко-фармацевтичні.

Погляди Нелюбіна О.П. на теорію та практику лікарських форм й галенових препаратів найбільш повно висвітлені ним в «Фармацевтичних записках» (1843). Для розповсюдження достовірних відомостей про ліки виготовлені закордоном та в Росії, велике значення мала складена Нелюбіним О.П. «Диспенсаторія таємних, специфічних, універсальних й патентованих лікарських засобів» (1831 р.).

**Висновки.** Вивчення наукової спадщини Нелюбіна О.П., його поглядів та наукових досліджень дає можливість стверджувати, що професор Нелюбін О.П. є засновником оригінального напрямку вітчизняного лікознавства та фармації, який базувався на принципі глибинного вивчення хімічного складу лікарських речовин, синтезу хімії, фармакології та фармації. Завдяки діяльності Нелюбіна О.П. відбулося поєднання наукової, педагогічної, науково-практичної та просвітницької діяльності в інтересах вітчизняної медичної та фармацевтичної науки та практики.

# ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ СТАНОВЛЕННЯ ТА РОЗВИТКУ ФАРМАЦІЇ НА ПІВДНІ УКРАЇНИ

Прилипко Н.А., Унгурян Л.М.

Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна

natalia.anatolivna@gmail.com

Фармацевтична галузь є однією з найбільш динамічно розвиваючих за складних умов сьогодення, цьому значною мірою сприяє і розвиток фармацевтичної науки та навчальних закладів, де готують фахівців саме для цієї галузі. Система підготовки фармацевтичних кадрів в поєднанні із системою їх використання повинна виконувати функції із забезпечення населення ефективними та безпечними ліками, створювати та розвивати виробництво вітчизняних лікарських засобів, контролювати їх якість, забезпечувати організаційно-методичне супроводження фармацевтичного бізнесу, розвивати сучасну систему підготовки фармацевтичних кадрів відповідно до потреб надання якісного медикаментозного забезпечення населення.

Дослідженням розвитку та становлення фармацевтичної освіти саме в Україні у XVI- XIX століттях присвячені роботи М. Бородія, П. Духіна, Б. Зіменковського, Н. Сингалевича, А. Тортигуника, І. Шапиро та інших.

Історичні витоки української фармацевтичної освіти починаються в 1805 р., коли при відділенні лікарських та медичних наук (пізніше медичного факультету) Харківського Імператорського університету була відкрита кафедра лікарського речеслів'я, фармації та лікарської словесності, де і відбувалася підготовка аптечних працівників за схемою: учень аптекаря–помічник аптекаря (гезель) – провізор–магістр фармації. Учень аптекаря міг стати кожен, хто мав освіту 4 класи гімназії. Через 3 роки паралельно з виконанням підсобних робіт учню дозволялося скласти іспит на медичному факультеті університету та отримати звання помічника аптекаря. Відпрацювавши ще 3 роки в аптеці, він мав право слухати лекції в університеті на провізорських курсах та навчатися протягом 2 років. Після цього фармацевт складав державний іспит і отримував

звання провізора. Для отримання звання магістра фармації, провізор готувався досить значний час (нерідко декілька років), складав певний іспит, після чого допускався до захисту дисертації. У кінці XVIII ст. сформувалися дисципліни, визначені як обов'язкові при отриманні фармацевтичної освіти. У 1812 р. при фармацевтичному відділенні університету була організована перша фармацевтична лабораторія, де проводилися практичні заняття з виготовлення та дослідження фармацевтичних препаратів, фармацевтичних та судово-хімічних досліджень.

Підготовка фармацевтичних кадрів на півдні України почалася лише з 1903 р., коли при медичному факультеті Імператорського Новоросійського університету було відкрите фармацевтичне відділення. Пізніше відділення переросло у вищий фармацевтичний навчальний заклад, який постійно трансформувався та удосконалював свою діяльність.

З 2001 року відбулося відновлення вищої фармацевтичної освіти на півдні України відкриттям фармацевтичного факультету в Одеському національному медичному університеті. На факультеті були створені нові кафедри: організація та економіка фармації, фармакогнозія, фармацевтична хімія, технологія лікарських засобів. Налагоджена робота Вченої ради факультету, предметно-методичної комісії з фармації.

В 2004 році в університеті ліцензовано та акредитовано спеціальності 7.110201 і 8.110201 "Фармація" за денною і заочною формами навчання для українських та іноземних громадян.

Тому, тепер молодь південного регіону нарешті отримала можливість здобувати вищу фармацевтичну освіту й опановувати одну з найпрестижніших спеціальностей на відновленому фармацевтичному факультеті в Одеському національному медичному університеті.

# ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ РОЗВИТКУ АПАРАТНОЇ КОСМЕТОЛОГІЇ

Ткаченко Н.О., Авакян К.А.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

tkachenkonat@bk.ru

Апаратна косметологія - це порівняно новий напрям в косметології, який припускає використання фізіотерапевтичної апаратури для лікувального та естетичного впливу. Головним її завданням є збереження та відновлення естетичного здоров'я людини. Це наука, де поєднуються апаратні методики, знання лікарів і препарати високих технологій.

Метою нашої роботи було вивчення історичних аспектів виникнення та становлення апаратної косметології, як окремого напрямку в естетичній медицині.

У ході роботи нами узагальнено та систематизовано архівні матеріали і наукові публікації з метою об'єктивно – достовірного відтворення історичних фактів. Для цього використано історичний, логічний порівняльний методи, метод системного аналізу та кабінетний метод маркетингових досліджень.

Вивчаючи та аналізуючи історичні дані розвитку апаратної косметології в естетичній медицині ми умовно виділили 3 етапи розвитку: **зародження** (пов'язане з науковим відкриттям дії фізичних факторів на організм людини), **розвиток** (поява наукової дисципліни - фізіотерапія), **становлення** (застосування та вдосконалення фізіотерапевтичних методів у косметології).

Перший етап можна окреслити XVII – XVIII століттям. У цей час італійськими вченими доведено, що жива тканина здатна виробляти електрику. Серія експериментів, які проведені В.В. Петровим, довели лікувальну дію гальванізації на людський організм. Вперше було використано електрофорез при лікуванні сифілісу. У середині XVIII століття у практику лікування увійшла нова методика - електростимуляція. Згодом лікувальна практика поповнюється дарсонвалізацією. Створення лампи розжарювання стало стимулом для розвитку світлотерапії.

Другий історичний етап припадає на кінець XVIII початок XIX століття. Цей період характеризується все більш активним проникненням у лікувальну практику преформованих фізичних факторів (різні види енергій, які отримано за допомогою механічних пристроїв і апаратів). Вже до початку XIX століття було накопичено велику кількість клініко-експериментальних даних про різних лікувальні ефекти фізичних факторів, що стало основою для об'єднання фізичних методів впливу на організм людини в єдину наукову дисципліну - фізіотерапію.

Третій етап розвитку - це початок XX століття. У фізіотерапії цього часу використовуватися штучно створені фізичні фактори. З'являються апарати, які і сьогодні є в арсеналі косметологів. Сучасна фізіотерапія володіє сотнями методів, що відрізняються по фізичній природі впливу, способом застосування і механізму дії на різні органи і системи і патологічні процеси. Фізіотерапевтичні методи, використані в апаратної косметології, розрізняють по фізичній природі, режиму і спрямованості впливу на ті чи інші структури шкіри. Крім застосування сили струму в сучасній апаратної косметології, використовується вплив лазера, ультразвукова терапія, властивості вакууму, електромагнітні випромінювання і світлові імпульси.

Таким чином проведене вивчення історичних аспектів становлення апаратної косметології показує, що її формування було розпочато у XVII столітті, а поява та подальший розвиток фізіотерапії, як окремої дисципліни, дали платформу для розвитку апаратної косметології.

**ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ  
ДОПОМОГИ В УМОВАХ  
НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**



# **СУЧАСНІ ОРГАНІЗАЦІЙНО-ЕКОНОМІЧНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ РЕЗЕРВНИХ ТОВАРНИХ ЗАПАСІВ ЗА УМОВ ВИНИКНЕННЯ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ**

Винник О.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

Метою державної політики у сфері захисту населення і територій в надзвичайних ситуаціях (НС) є забезпечення гарантованого захисту життя та здоров'я людини і оточуючого її природного середовища від усієї сукупності небезпек, що їм загрожують. Одним з основних напрямків державної політики в галузі забезпечення безпеки населення і територій в НС є створення стійкої та ефективної системи лікувально-евакуаційного забезпечення постраждалих і організація повного і своєчасного забезпечення населення лікарськими засобами (ЛЗ) та виробами медичного призначення (ВМП).

Надзвичайна ситуація – це обставина, що виникла несподівано і за якої можливості органів державного управління в зоні лиха з надання невідкладної медичної та фармацевтичної допомоги (МФД) потерпілим не відповідають вимогам, а також є недостатніми і потребують залучення додаткових ресурсів. За характером НС розподіляють на техногенні, природні, воєнні та соціально-політичні. Більшість з них характеризується масовим ураженням людей. При цьому ушкодження постраждалих мають різний характер і МФД є багатопрофільним завданням. Один з основних напрямків у вирішенні зазначеного завдання є організація ефективних механізмів накопичення, зберігання та використання ЛЗ і ВМП за умов виникнення НС. Основним джерелом запасів ЛЗ та ВМП, призначених для ліквідації наслідків НС, є матеріальний резерв, який формується органами державної влади та місцевого самоврядування. Накопичені товарні запаси, що зберігаються в закладах (установах, формуваннях), складають оперативний резерв. Оперативний резерв державного рівня - накопичується за рахунок державного бюджету медичними

зкладами для забезпечення першочергових робіт закладів державного рівня з ліквідації наслідків НС. Зазначений вид резерву створюється за рахунок матеріальних засобів державного матеріального резерву відповідно Закону України «Про державний матеріальний резерв» від 24.01.97. №51/97, а оперативний резерв територіального рівня – накопичується за рахунок місцевих бюджетів органами управління охорони здоров'я. Механізм поповнення оперативного резерву державного рівня здійснюється за рахунок матеріальних засобів відповідно до норм Закону України «Про державний матеріальний резерв». Постачання ЛЗ та ВМП для оперативного та державного резервів проводиться згідно з державним замовленням. Планування постачання медичним майном для резерву здійснюється на наступний календарний рік на підставі відомостей потреби його за нормами, фактичної наявності в резерві, потреби для оновлення та формування норм і комплектів в поточному році. За необхідності можуть розроблятися і перспективні плани з медичного постачання.

Для забезпечення збереження та ефективного використання оперативний резерв ЛЗ та ВМП розміщується на аптечних складах. Використання ЛЗ та ВМП оперативного резерву для повсякденних потреб забороняється. ЛЗ та ВМП зі складу резерву передається для укомплектування медичних формувань та закладів або передається у підпорядкування органам охорони здоров'я в осередку НС. Поповнення товарів медичного та фармацевтичного призначення повинно бути проведено протягом двох місяців. Норма оперативного резерву (запасу) – це кількість ЛЗ та ВМП, що повинна утриматися в оперативному резерві лікувального закладу, визначається з урахування кількості формувань.

Закон України «Про державний матеріальний резерв» визначає загальні принципи формування, розміщення, зберігання, використання, постійне поповнення запасів державного матеріально резерву та визначає джерела фінансування системи державного резерву, які пов'язані з процесами накопичення та утримання, що передбачаються у державному бюджеті України. Порядок відпуску ЛЗ та ВМП з державного резерву можливо

здійснювати лише за рішенням Кабінету Міністрів України. Наказ МОЗ України «Про створення резервів ЛЗ та ВМП на випадок виникнення надзвичайних ситуацій» від 03.05.2001№165, затвердив «Перелік резерву лікарських та перев'язочних засобів на випадок виникнення НС».

Аналіз досвіду реагування в НС та ліквідація їх наслідків показує, що для повного, своєчасного і безперебійного забезпечення медичних формувань необхідно не тільки утримувати запаси ЛЗ промислового виробництва, що зосереджені безпосередньо поблизу можливих місць виникнення НС, а й бути готовим виготовляти велику кількість екстемпоральних ЛЗ і значний їх асортимент в аптеках, розгорнутих у зоні ліквідації наслідків НС. Це вимагає завчасної підготовки до оперативного розгортання аптек у зоні НС та їх відповідного оснащення технологічним устаткуванням, відповідної підготовки фармацевтичного персоналу до роботи в екстремальних умовах та застосування правил воєнно-польової технології виготовлення ліків. Запаси ЛЗ та ВМП для формувань обмежені, вимагають постійного поповнення, система постачання передбачає використання, в першу чергу, ресурсів аптечних закладів, розташованих у територіальній близькості, а вже потім організації термінового підвозу з інших баз постачання. Забезпечення ЛЗ населення повинно здійснюватися через існуючу аптечну мережу. Одним з раціональних та економічно доцільних підходів до фармацевтичного забезпечення населення під час НС є оптимальне поєднання асортименту готових та екстемпоральних ЛЗ. У зв'язку з цим важливим напрямком діяльності є переоснащення аптек сучасним технологічним устаткуванням. Органи управління ліквідації наслідків НС повинні мати постійну й точну інформацію про наявність, рух, якісний стан ЛЗ і ВМП і його потребу для кожного медичного формування й аптечного закладу, які здійснюють надання МФД та лікування постраждалого населення.

Реалізація зазначених підходів за умов обсягу державного фінансування повинно здійснюватися з використанням результатів організаційно-економічних підходів, в т.ч. фармакоекономічних досліджень ефективного використання ЛЗ і ВМП за умов виникнення НС.

**ДО ПИТАННЯ УДОСКОНАЛЕННЯ ОБІГУ НАРКОТИЧНИХ ЗАСОБІВ,  
ПСИХОТРОПНИХ РЕЧОВИН, ПРЕКУРСОРІВ В УМОВАХ МЕДИЧНОЇ  
СЛУЖБИ ЗБРОЙНИХ СИЛ УКРАЇНИ ТА ІНШИХ СУБ'ЄКТІВ СИЛ  
СЕКТОРУ БЕЗПЕКИ ТА ОБОРОНИ ДЕРЖАВИ**

Шматенко О.П., Притула Р.Л., Юрчак Й.М., Белозьорова О.В.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

Ruslanvf@ukr.net

**Вступ.** Проведення адекватного знеболення при невідкладних станах та наступному лікуванні різних категорій хворих з важкими захворюваннями і травмами в умовах медичної служби Збройних Сил України (ЗСУ) та інших суб'єктів сил сектору безпеки та оборони держави в місцях дислокації підрозділів медичної служби (медична служба військової ланки) залишається достатньо складною проблемою, оскільки на даний час існують жорсткі законодавчі обмеження щодо обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів на території України.

**Мета.** Дослідити сучасний стан нормативно-правової бази щодо забезпечення наркотичними засобами, психотропними речовинами, прекурсорами при наданні невідкладної медичної допомоги військовослужбовцям в місцях дислокації військових частин та за межами медичних підрозділів, надати пропозиції для внесення змін до законодавчої бази щодо їх використання в умовах ЗСУ та інших силових міністерств і відомств.

**Методи дослідження.** Системно-оглядовий, системного підходу, аналітичний, структурно-логічний.

**Основний матеріал дослідження.** У ЗСУ, а також медичних підрозділах первинної ланки надання допомоги інших силових міністерств і відомств склалася вкрай критична ситуація з надання невідкладної медичної допомоги в місцях дислокації військових частин, зокрема, проведення своєчасного і адекватного знеболення під час транспортування хворого до медичних закладів, оскільки використання наркотичних засобів, психотропних речовин, прекурсорів

у військових частинах без ліцензії, виданої відповідно до Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», не передбачено.

Для виконання завдань щодо медичного забезпечення військовослужбовців, які виконують службові обов'язки переважно в умовах підвищених небезпек, а нерідко і в екстремальних ситуаціях, у медичних підрозділах військових частин у незначних кількостях відповідно до норм постачання, зберігалися та використовувалися за призначенням (для надання невідкладної медичної допомоги за життєвими показниками) наркотичні засоби, психотропні речовини, прекурсори таблиць II і III Переліку. Після набрання чинності Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» зазначені наркотичні засоби, психотропні речовини, прекурсори було вилучено з усіх військових частин ЗСУ у зв'язку з заборобою здійснення діяльності, пов'язаної з обігом наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів.

Враховуючи специфіку функціонування підрозділів ЗСУ та інших силових міністерств і відомств, а саме: обмежений доступ на територію військових частин, цілодобову караульну (чергову) службу, проведення польових виходів у системі навчально-бойової підготовки у віддаленості від стаціонарних військових лікувальних закладів тощо, вважаємо за необхідне поновити забезпечення медичних підрозділів військових частин наркотичними засобами, психотропними речовинами, прекурсорами відповідно до норм постачання витратним медичним майном військової ланки медичної служби ЗСУ без наявності ліцензії.

Наявність зазначених препаратів серед арсеналу лікарських засобів, що використовуються при наданні медичної допомоги військовослужбовцям частин та підрозділів ЗСУ дасть змогу:

підвищити боєготовність військових частин ЗСУ та інших силових міністерств і відомств;

забезпечити ефективну невідкладну медичну допомогу у екстрених випадках;

своєчасно і якісно провести заходи знеболювальної терапії та профілактики розвитку больового шоку безпосередньо на місці отримання травми, поранення тощо;

підвищити рівень медичного захисту військовослужбовців під час виконання ними своїх службових обов'язків.

Виходячи з вищевикладеного фахівцями Військово-медичного департаменту Міністерства оборони України сумісно з кафедрою військової фармації Української військово-медичної академії була внесена пропозиція і надано до Державної служби України з контролю за наркотиками проект зміни до Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори», які були погоджені без зауважень з усіма силовими структурами, Міністерством охорони здоров'я України, Службою безпеки України, Комітетом Верховної Ради України з питань промислової та інвестиційної політики, Міністерством юстиції України у частині, що стосується використання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів військовими частинами і підрозділами ЗСУ, доповнивши розділ 3 статтею «Використання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів військовими частинами і підрозділами Збройних Сил України» такого змісту:

«Використання наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів, включених до таблиць II і III Переліку, які зберігаються в аптечках, комплектах-укладках та шафах невідкладної медичної допомоги, необхідних для надання невідкладної медичної допомоги, військовим частинами та підрозділами Центральних органів виконавчої влади здійснюється без ліцензії у порядку, встановленому відповідним Центральним органом виконавчої влади за узгодженням із Державною службою України з контролю за наркотиками».

**Висновки та перспективи.** На теперішній час даний проект зміни до Закону України «Про наркотичні засоби, психотропні речовини і прекурсори» узгоджено Державною службою України з контролю за наркотиками, Кабінетом Міністрів України та передано в профільний комітет Верховної Ради України від 28.08.2013 року за № 3129, на розгляд для прийняття рішення.



# **СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**



## СОЦІАЛЬНІ МЕРЕЖІ І ЗДОРОВ'Я МОЛОДІ

Блавацька О.Б., Лотоцька Л.Б.

Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,

м. Львів, Україна

oksablav@gmail.com

lototska@gmail.com

Засоби масової інформації, зокрема соціальні мережі, є одним з найбільш поширених видів діяльності сучасної молоді. Щоденне зловживання сучасними технологіями негативно впливає на здоров'я людей, роблячи їх більш схильними до тривоги, депресії і призводячи до інших проблем із здоров'ям. Ризик для здоров'я може бути правильно оцінити тільки в довгостроковій перспективі, особливо для молоді аудиторії Інтернету, яка стає дедалі більш залежною від глобальних мереж.

Доведено, що тривала робота за комп'ютером здійснює негативний вплив на більшість систем організму: нервову, ендокринну, імунну, а також на зоровий аналізатор і кістково-м'язовий апарат людини. Проте, якщо вади зору, слуху можуть розвинути при користуванні клавіатурою, "мишею" або монітором, то на психіку переважно впливають так звані віртуальні речі - ігри та Інтернет. Це те що "затягує", те, від чого неможливо відірватися, те, без чого багато хто більше не уявляє свого життя - це маніакальна залежність від Інтернету або від ігор. Практично кожен, хто користується Інтернетом, стикається з проблемою інформаційного перевантаження. Скарги зводяться до двох аспектів: фізіологічного і психо-соціального - безсоння і швидка втомлюваність, або брак часу, неможливість сповільнити значний потік інформації, який одночасно втомлює і є дуже необхідним.

Оскільки в психологічному плані людина такого роду трансформаціям не є достатньо підготовленою, необхідно чіткіше виявити механізми впливу засобів масової інформації і комунікації на її свідомість. Розвиток сучасних мобільних додатків та інтернет-пристроїв значно підвищує загальну доступність соціальних мереж та Інтернету загалом. Тому можливий ризик для здоров'я

може бути правильно оцінений тільки в довгостроковій перспективі, особливо для молоді аудиторії Інтернету, яка все більше стає залежною від даних послуг. У США близько 64% користувачів соцмереж заходять на дані ресурси за допомогою смартфонів, причому 2 з 5 власників смартфонів роблять це щодня. У Європі 45% користувачів працюють з соцмережами через мобільні пристрої, а кожен четвертий робить це щодня (дані 2012р.).

З часом реальний простір почне займати місце всередині кіберпростору, прагнучи помінятися з ним місцями. Тому проблема негативного впливу соціальних мереж на комунікативний потенціал людини носить глобальний характер і претендує на ретельніше вивчення її феноменології з боку психології.

За наслідками проведеного нами анкетування серед студентів молодших курсів Львівського національного медичного університету 97% респондентів користуються соціальними мережами, а саме: спілкуються від 3-5 годин в день 50% дівчат і 60% хлопців, понад 5 годин 35% дівчат і 30% хлопців. 70% дівчат і 60% хлопців проводять час в основному переглядаючи інформацію в соціальних мережах, 20% дівчат і 30% хлопців віддають перевагу чатам, 19% студентів переглядають електронну пошту.

При проведенні опитування також з'ясувалося як використовують Інтернет студенти, а саме: використання пошукових серверів для пошуку інформації - 92%, користування електронною поштою - 91%, пошук інформації за інтересами або хобі – 84%, перегляд погоди - 81%, пошук медичної інформації – 80%, перегляд новин -76%, здійснення покупок -71%, перегляду відео на сайтах YouTube або Vimeo -71%, пошук інформації про знайомих людей чи організації – 69%, пошук довідкової або допоміжної інформації – 68%, користування соціальними сайтами, такими як MySpace, Facebook або LinkedIn.com – 64%, пошуку з науковою метою -51%, пересилання фотографії на веб-вузли або он-лайн користувачів -46%, ігроманія - 36%, коментування фотографій, газетного матеріалу або блог- постів – 33%, читання журналів або блогів – 32%, завантаження відеофайлів на свій комп'ютер - 27%, перегляд

зображень, які передаються за допомогою webcam – 17%, створення або робота на веб-сторінках або блогах - 15%, завантаження файлів з BitTorrent або LimeWire – 15%, створення або робота на власній веб-сторінці– 14%, створення або робота на власному оперативному журналі або блозі – 14%.

Основними мотивами використання соціальних мереж є знайомства і спілкування з новими людьми і розваги (80%), дівчата це мотивують подоланням комунікативного дефіциту: пошуком друзів, однокурсників, однокласників і спілкування з ними (67%). Половина респондентів вказали, що використання соціальних мереж допомогло в особистому житті, в той час, як інша половина вважає, що соціальні мережі ніяк не вплинули на їх спосіб життя. Значна кількість опитаних (96%) згодна з тим, що існує тенденція до появи залежності особистості від соціальних мереж, таких як «Вконтакті».

Інформаційне середовище є чинником, який вимагає фундаментально нової адаптації людини. Специфіка сучасного інформаційного середовища веде до корекції існуючих природних і соціальних механізмів адаптації людини і вироблення нових. Інформаційні технології, ставши стрижнем сучасної цивілізації, змінюють не просто якість і зміст життя сучасної людини, вони загрожують трансформувати сам спосіб її буття у світі.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ СТАВЛЕННЯ ЖІНОК ДО ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКИ ЗАХВОРЮВАНЬ ЩИТОВИДНОЇ ЗАЛОЗИ**

Горіна Д.А, Рогуля О.Ю.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

mmf10@rambler.ru

Стан щитовидної залози визначає загальний потенціал здоров'я людини. Так, патологія щитовидної залози впливає на репродуктивну систему жінок, може вплинути на овуляцію та викликати проблеми з фертильністю, викликати передчасний клімакс, супроводжуватися депресією. Проблеми зі щитовидною

залозою у дітей можуть привести до кретинізму, у підлітковому віці — до затримки росту скелета і дозрівання центральної нервової системи. Наразі захворювання щитовидної залози є досить розповсюдженими: у структурі патології ендокринних органів хвороби залози знаходяться на другому місці після цукрового діабету.

За даними ВООЗ патологія щитовидної залози зустрічається у понад 200 млн. людей. За останні роки тиреопатії мають постійну тенденцію до зростання: в ендемічних по зубу регіонах, де проживає близько третини населення Землі, цей показник перевищує 50,0%. Розповсюдженість захворювань у чоловіків складає 1/10 захворюваності жінок. Тільки за останній час абсолютний приріст числа вперше виявлених захворювань в економічно розвинених країнах склав 51,8% серед жінок і 16,7% серед чоловіків. Мінімізувати кількість патологій дозволить інформування населення про необхідність обстеження щитовидної залози та ретельне виконання рекомендацій лікаря.

Проведений аналіз статистичної інформації показав, що в Україні зареєстровано 35 торгівельних назв препаратів для лікування та профілактики захворювань щитовидної залози, з яких 66% — імпорتنі. Встановлено, що серед зареєстрованих препаратів 48,6 % - препарати левотироксину натрію; 37,1% - препарати йоду; 11,4% - сірковмісні похідні імідазолу (тіамазол); 2,9% - сірковмісні похідні імідазолу (карбімазол). Отже, на ринку представлено асортимент, який достатньо задовольняє потреби у препаратах для лікування та профілактики захворювань щитовидної залози, застосування яких доцільне лише після обстеження та консультації лікаря.

У зв'язку з цим метою дослідження стало вивчення ставлення жінок до необхідності застосування препаратів для лікування та профілактики хвороб щитовидної залози. Висновки дослідження ґрунтуються на результатах анкетування 100 споживачів ліків даної групи. Анкетування проводилося у м. Нікополь (Дніпропетровська обл.) у січні та лютому 2014 р.

За даними анкетування встановлено, що основними покупцями препаратів для лікування та профілактики хвороб щитовидної залози є жінки.

На основі отриманих даних складений соціально-демографічний портрет споживача ліків досліджуваної групи: це жінка віком від 21-30 років, жителька міста, робочої професії з середньомісячним доходом до 2000 грн.

Визначено характеристики, які мають найбільше значення при виборі препаратів для лікування захворювань щитовидної залози. На підставі результатів анкетування встановлено, що для споживачів важливо, щоб препарат був ефективним та якісним (відмітили понад 90,0%). Також вирішальну роль має ціна (зазначили 69,0%) та відсутність побічних ефектів препарату (77,0%). І в останню чергу, судячи з думки опитуваних, цікавить дизайн упаковки (3,0%) та популярність препарату (19,0%). Серед опитаних жінок 72,0% віддали перевагу зарубіжному виробнику лікарських препаратів, 28,0 % - вітчизняному, для решти виробник не має значення. 19,0% опитаних не змогли придбати в аптеці препарати для лікування захворювань щитовидної залози, що свідчить про необхідність формування асортименту даної групи, адекватного ринковим потребам.

Основними джерелами отримання інформації про нові препарати для лікування захворювань щитовидної залози є інформація від лікаря (63,0%), інструкції до застосування лікарських препаратів (25,0%), інтернет-ресурси (7,0%), порада фармацевта (3,0%), реклама (2,0%).

Також була проаналізована частота звернень жінок до лікаря. Встановлено, що лише 8,0% перевіряються у лікаря-ендокринолога 1-2 рази на півроку, 42,0% — щороку, 33,0% — іноді відвідують лікаря та 17,0% — не були у лікаря-ендокринолога ніколи. Тобто, необхідно покращити роботу з інформування населення про доцільність обстеження ендокринних органів в цілому.

Наступним етапом було визначення дій споживачів при прояві ознак захворювання. Зокрема, 87,0% жінок звернеться до лікаря, 8,0% — скористається порадою рідних, 3,0% — шукатимуть відповіді в інтернет-мережі та 2,0% — скористаються порадою фармацевта. Жінки, які обстежуються у лікаря, відзначили, що причиною звернення найчастіше стала поява таких

симптомів, як підвищена нервозність та дратівливість (вказали 87,0%), порушення концентрації і уваги (64,0%), зміна серцебиття (57,0%). Від 30,0% до 45,0% жінок відмітили як причину звернення підвищене потовиділення, збільшення залози, утворення зоба, порушення менструального циклу, оніміння й поколювання в руках. Незначний відсоток жінок відмітив такі симптоми, як тремор, порушення роботи кишечника, різку втрату ваги, проблеми зі здатністю до зачаття, ранню сивину.

Дані дослідження свідчать про те, що жінки не ризикують приймати засоби для лікування захворювань щитовидної залози без призначення лікаря (їх частка складає 91,0%). Встановлено, що до лікаря-ендокринолога порекомендував звернутись терапевт (зазначили 70,0% опитаних), сімейний лікар (12,0%), невропатолог (10,0%), хірург (7,0%) та гінеколог (1,0%).

Зважаючи на отримані результати, зроблено висновок про доцільність посилення інформаційно-консультаційної роботи з метою інформування населення про негативні наслідки патології щитовидної залози для здоров'я людини. Доведено необхідність постійного моніторингу лікарського забезпечення препаратами для лікування та профілактики хвороб щитовидної залози.

## **РОЛЬ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ МЕТОДІВ В УПРАВЛІНСЬКІЙ ДІЯЛЬНОСТІ АПТЕКИ**

Котвіцька А.А., Пузак О.А., Пузак Н.О.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

Визнання управління як науки і самостійної галузі покладено Фредеріком Тейлором у його праці «Принципи наукового управління», що була надрукована у 1911 році. За більш ніж сторіччя управлінська теорія зазнала значного розвитку й змін, набула практичного значення.

Виконуючи функції організатора, керівник застосовує ряд методів управління з метою досягнення встановлених цілей організації. За їх допомогою він також впливає на окремих працівників і підприємство у цілому. За змістом методи управління ідентифікуються з основними функціями управління: плануванням, організацією, мотивуванням, контролюванням та регулюванням. Відповідно до цього розрізняють наступні основні групи методів управління: економічні, організаційно-розпорядчі (адміністративні), соціально-психологічні, правові, ідеологічні та технологічні. Між ними існує тісний зв'язок і взаємозумовленість. Кожен метод має елементи заохочення і покарання.

Мета нашої роботи – вивчення соціально-психологічних методів управління, що застосовуються у невеликих колективах, зокрема, в аптеках. Застосування даної групи методів управління сприяє формуванню трудових колективів з урахуванням соціально-психологічних характеристик; встановленню і розвитку соціальних норм поведінки; запровадженню системи соціального регулювання і стимулювання; задоволенню культурних і соціально-побутових потреб.

Значне місце в діяльності менеджерів належить методам переконання, тому вони є важливими для вивчення й застосування. Вміння враховувати методи переконання (психологічні фактори) й за їх допомогою цілеспрямовано впливати на працівників допомагає керівникові сформувати колектив із спільними метою й завданнями. Наукові дослідження підтверджують, що успіх діяльності керівника на 15% залежить від його фахового рівня й на 85% - від уміння працювати з людьми. Знаючи особливості поведінки, характер кожного працівника, можна прогнозувати його поведінку в необхідному для колективу напрямку. Кожній групі людей, кожному колективу притаманний певний психологічний клімат. Тому суттєвою умовою створення й розвитку трудових колективів є дотримання в них принципів психологічної сумісності. Недостатня увага до соціальних і психологічних аспектів управління є основою нездорових взаємовідносин у колективі, що може призвести до різкого зниження

продуктивності праці (за даними наукової літератури - до 15%). При формуванні ринкових відносин створення позитивного морально-психологічного клімату, виховання почуття товарищескості і взаємодопомоги відбувається більш активно. Тому менеджерам підприємств фармацевтичної галузі для найбільш результативного впливу на працівників слід не лише знати моральні й психологічні особливості окремих виконавців та соціально-психологічні характеристики окремих груп і колективів, але й здійснювати управлінський вплив за допомогою соціально-психологічних методів управління. Для цього доцільно застосовувати сукупність специфічних способів впливу на відносини й зв'язки, які виникають в трудових колективах, а також на соціальні процеси, які в них відбуваються.

Таким чином, можна стверджувати, що застосування зазначених методів сприяє формуванню в колективі позитивного соціального й психологічного клімату, завдяки чому значною мірою вирішуються виховні, організаційні й економічні завдання. Тобто, поставлені перед колективом цілі можуть бути досягнуті, перш за все, за допомогою одного з важливіших критеріїв ефективності й якості роботи – людського фактора.

## **ВИВЧЕННЯ ПСИХОЛОГІЧНИХ ЯКОСТЕЙ ХАРАКТЕРУ СУЧАСНОГО ПРОВІЗОРА**

Ткаченко Н.О., Червоненко Н.М.

Запорізький державний медичний університет, м. Запоріжжя, Україна

tkachenkonat@bk.ru

Професіоналізм – це наявність конкретних професійних навичок і якостей, що визначають і характеризують спеціаліста. Іншими словами можна зазначити, що професіоналізм – висока підготовленість до виконання завдань професійної діяльності. Професіоналізм дає можливість досягти значних якісних і кількісних результатів праці при менших затратах фізичних та



розумових зусиль на основі використання раціональних прийомів виконання робочих завдань.

На нашу думку, формування професіоналізму провізора відбувається поетапно. Професіоналізм починає формуватися з моменту вибору професії (етап формування платформи). Базисом є етап навчання в професійному закладі - отримання конкретних професійних навичок і якостей. Акмеологічними ознаками професіоналізму є самодіагностика, самокорекція, саморозвиток, самомотивація.

Метою роботи є вивчення психологічних якостей характеру сучасного провізора на базисному етапі формування спеціаліста. Для дослідження даного питання був використаний метод – анкетування студентів. Значна їх частка – 70% - навчається на контрактній основі, 30% - на бюджетній. Основну частину респондентів складають студенти віком 20-21 рік (86%), решту – віком 22-25 років (14%).

У ході анкетування використовувалися відкриті та закриті питання. Одне із закритих питань було наступне: «Які якості характеру, на вашу думку, повинен мати спеціаліст фармації?» Респондент міг вибрати один або декілька варіантів відповідей. Для аналізу відповідей обрана класифікація прояву якостей характеру Б.М.Теплова – психолога, засновника школи диференційної психології. Згідно за його класифікацією усі якості характеру поділяються на 4 групи: якості, які характеризують відношення до інших людей, до колективу, суспільства; якості, які характеризують відношення людини до самої себе; якості, які характеризують відношення людини до справи, до обраної професії; якості, які характеризують відношення людини до речей.

При порівнянні якостей, що запропоновано у анкеті, з класифікацією Теплова, було вирішено розподілити їх на дві групи: 1 - якості, які характеризують відношення людини до справи, до обраної професії: наполегливість, професіоналізм, відданість своїй професії; 2 - якості, які характеризують відношення до інших людей, до колективу, суспільства: співчуття, доброта, чуйність, чесність, терпіння, справедливість,

комунікабельність, великодушність, тактовність, однакове ставлення до всіх людей, патріотизм.

На першому етапі дослідження проведено аналіз на предмет кількості обраних якостей з першої групи.

В результаті аналізу встановлено, що більше половини студентів – 62,3% вважають невідемними всі запропоновані якості. Тільки одну якість вважають необхідною для професійної діяльності 28,6% респондентів. Дві якості відмітили 5,2% студентів. Негативним результатом анкетування стало відсутність наявності необхідного професіоналізму для своєї майбутньої роботи у 3,9% опитаних. Серед якостей, які характеризують ставлення людини до обраної професії, найбільше значення на думку студентів має професіоналізм – його обрали 97,4% опитаних. Наполегливість і відданість професії набрали значно менше голосів – 68,4% і 64,5% відповідно.

Таким чином, на думку студентів, професіоналізм є найважливішим проявом сучасного спеціаліста. Крім того, повноту поняття «спеціаліст» доповнюють такі психологічні риси як наполегливість та відданість професії.

Наступним етапом наших досліджень передбачається вивчення другої групи якостей, які характеризують відношення до інших людей, до колективу, суспільства.



**ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ –  
СУЧАСНИЙ СТАН  
ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ  
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ**

# **PATIENT – PHARMACIST COMMUNICATION DURING CONSULTATION AT LITHUANIAN COMMUNITY PHARMACIES**

Dauksiene J.

Lithuanian University of Health Sciences, Kaunas, Lithuania

jurgita.dauksiene@gmail.com

**Introduction.** Pharmacist is an adviser to the public on everyday health care and is a key figure in the supply and delivery of medicines to the consumer. Pharmacist as accessible and trusted health care professionals can help the patient to perform a proper screening for specific conditions and diseases and provide objective information about medication and preventive medicine measures. Communication between pharmacist and patient is of great importance for achieving desired patient satisfaction as well as for improving appropriate medication use and treatment outcome. Pharmacists' counseling of patients about their prescription medications has been shown to result in higher rates of patient compliance and to improve therapeutic outcomes. Efficient, motivating, and purposive communication is one of the most important tools in the patient meeting and hence in pharmaceutical counseling. The only legal place to obtain medicines (OTC and prescription ones) in Lithuania and many other countries is a pharmacy. In Lithuania, community pharmacists are obligated to give the patient personalized information, and they also must ensure that he or she knows how to use the medicines. Pharmacists have the potential to contribute to an improved use of medications. Communication is an essential tool in this process. Knowledge about the communication in community pharmacies could be valuable to develop pharmacy encounters—and consequently to improve adherence and enhance therapeutic outcomes. The aim of this study was to determine the content and time disposition of the patient– pharmacist communication during consultation at Lithuanian community pharmacies.

**Research methodology.** Non-participant observation was used as data-collecting method. The special form with proposed indicators was used by researcher who observed and registered the different aspects of patient activity at the pharmacy.

The content of the dialog was categorized into decided main categories. The consultation time, the pharmacists provided number of pharmaceutical information items, patients and purchased medicines characteristics were evaluated. Descriptive statistics on the sample characteristics and questionnaire items were computed, including percentages, means, standard deviations (SDs) and frequency distributions. Cross-tabulation methods and the Chi-square test were used to assess the dependency between different variables. P-values less than 0.05 were considered to be significant. The statistical analysis of the quantitative findings was performed using the data accumulation and analysis software package SPSS (Statistical Package for Social Science) version 17.0 for Windows.

**Results and discussion.** The 1024 encounters between pharmacists and patients in Lithuanian community pharmacies were observed. The results of participant observation of pharmacy patients' actual behavior did show that 3 out of 4 community pharmacy patients (74 %) visit pharmacy to obtain medications. Also about 9% of the patient who do not buy any medication enquire about at home kept ones or ask for consultation. Sadly not always the purchase of medication is related with pharmacist consultation. Only technical information (price, name of medication) was provided even in 24% consultation. Also pharmacists were keener to provide information only about the obtained medication than to discuss the alternatives or disease. Usually the pharmacist initiated the dialogue with the patient about patient problem and medication. Pharmacists answer all patients' questions (99%), but only 32% of patients show active interest in drug information. Pharmacists most often deliver information about the medications of their own will, but give information about diseases only when asked ( $p < 0.05$ ). Most often discussed topic was when to use medication: this topic was discussed on 74 percent of all consultations. Far less questions were asked about the storage conditions, precautions and adverse reactions (2-3%). Pharmacist provides information about more aspects when patient shows interest. More often the aspects how to use medication, what will be an effect of a drug, also questions about interactions are discussed with active patient than passive ones ( $p < 0.001$ ). Sadly very few community pharmacy patient show interest in

purchased medication and give questions to the pharmacist. Usually from one to eight aspects were discussed per one patient (mean 2.12, median 2, standard deviation (SD) = 1.93). Patients more often thank pharmacist, when the consultation is longer, with more medicine information aspects and pharmacist give questions to the patients not only the information.

**Conclusion.** Community pharmacy patient receive personalized information on different medication use, illnesses and health topics at the pharmacy. The amount of medicine information and length of the consultation depends on purchased medication type, patient sex and given questions. The gratefulness of the patients could be named as the indicator of community pharmacist consultation success.

## **ІНФОРМАТИЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ СКЛАДОВОЇ ЛІКАРСЬКОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПІЛОТНИХ ПРОЕКТІВ ІЗ ДЕРЖАВНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЦІН НА ПРОТИДІАБЕТИЧНІ ЛІКАРСЬКІ ЗАСОБИ**

Бойко А.І., Парновський Б.Л.

Львівський національний медичний університет ім. Д. Галицького,

м. Львів, Україна

abojko71@yahoo.com

**Вступ.** Одним з елементів реформування охорони здоров'я України є реалізація пілотних проектів із запровадження раціональної фармацевтичної політики. КМУ прийнято постанову “Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну”(2013) та оприлюднено для громадського обговорення проект постанови “Про реалізацію пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб хворих на діабет типу II”. Фармакотерапія цукрового діабету вимагає використання профільних цукрознижуючих лікарських засобів та препаратів інших фармакотерапевтичних груп для лікування його ускладнень і супутніх

захворювань, а тому вибір раціональної фармакотерапії та оптимізація лікарського забезпечення хворих на цукровий діабет в Україні із застосуванням сучасних інформаційних технологій є актуальними.

**Мета дослідження.** Метою нашого дослідження була інформатизація фармацевтичної складової лікарського забезпечення фармакотерапії цукрового діабету при реалізації вказаних вище проектів.

**Методики дослідження.** Програмно-цільового управління при розробці концепції, цільової програми та впровадженні регіонального проекту з інформатизації фармацевтичної складової проектів; методики фармацевтичної інформатики (ведення електронного медикаментозного паспорту; електронного рецептурного обігу тощо).

**Основний матеріал дослідження.** Пілотний проект щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну буде розповсюджуватися на усі препарати інсуліну, зареєстровані в Україні і внесені до Державного реєстру лікарських засобів. Вони виписуються особам за наявності показань на рецептурних бланках Ф-1 із зазначенням назви, дозування, форми випуску та упаковки. Передбачається, що перелік міжнародних напатентованих назв (у вигляді таблеток та капсул), на які буде поширюватися дія пілотного проекту щодо запровадження державного регулювання цін на лікарські засоби для лікування осіб хворих на діабет типу II містить: похідні сульфонілсечовини – глімепірид, гліклазид та бігуанід – метформін.

Враховуючи специфіку фармакотерапії цукрового діабету типу II вважаємо за доцільне, щоб для хворого з вперше встановленим лікар, виписуючи рецепт, крім міжнародної напатентованої назви, лікарської форми, дозування, упаковки, обов'язково вказував бажану (на його думку) торгову назву.

Принципове значення має раціональний вибір аптечних закладів, які безпосередньо будуть здійснювати пілотні проекти щодо запровадження державного регулювання цін на препарати інсуліну та лікарських засобів для лікування осіб хворих на діабет типу II з врахуванням специфіки лікарського



забезпечення даної категорії населення. Нами опрацьовано цільову програму організації спеціалізованої аптеки для хворих на цукровий діабет.

Наступним етапом цільового управління підготовки аптекних закладів до участі в пілотних проектах є спеціальна підготовка провізорів та фармацевтів. Система відповідних заходів може включати навчання на циклі тематичного удосконалення, авторську програму та навчально-методичне забезпечення якого було створено та апробовано нами у рамках виконання регіонального проекту “Інформатизація рецептурного обігу протидіабетичних лікарських засобів в Україні”.

У зв'язку із значним інформаційним масивом, розпорошеністю джерел, слабкою структуризацією інформації про взаємодію протидіабетичних лікарських засобів, актуальним є такий напрямок інформатизації спеціалізованих щодо обслуговування хворих на цукровий діабет закладів охорони здоров'я як використання комп'ютерної бази знань для лікарів різних спеціальностей та провізорів (фармацевтів), що містить інформацію про порівняльні властивості протидіабетичних ліків, механізм їх дії, результати взаємодії тощо.

**Висновки.** Розроблено концепцію, цільову програму та впроваджено регіональний проект “Інформатизація рецептурного обігу протидіабетичних лікарських засобів в Україні” що дозволяє оптимізувати із застосуванням сучасних інформаційних технологій реалізацію фармацевтичної складової пілотних проектів щодо запровадження раціональної фармацевтичної політики.

# **ІНСТИТУЦІЙНИЙ РЕПОЗИТАРІЙ - НОВІ МОЖЛИВОСТІ В ІНФОРМАЦІЙНОМУ ЗАБЕЗПЕЧЕННІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ НАУКИ ТА ОСВІТИ**

Котвіцька А.А., Гавриш Н.Б.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@ukr.net

Головними чинниками дослідження і пошуку шляхів удосконалення інформаційного супроводу фармацевтичної галузі є оперативне і вичерпне забезпечення установ галузі всіх ступенів і рівнів в будь-якій точці країни науково-освітньою галузевою інформацією.

Відомий факт, що останнім часом традиційні канали розповсюдження наукових результатів через публікацію зазнали глибоких змін, пов'язаних із переходом від парадигми традиційної публікації до створення відкритих архівів наукової продукції, що обумовлено економічними, технологічними, організаційними та соціальними причинами.

Впровадження ініціативи відкритого доступу до інформації і створення університетами інституційних репозитаріїв (електронних архівів) дозволяє вдосконалити інформаційну підтримку фундаментальних наукових досліджень і практичної діяльності в галузі на базі інформаційно-комунікаційних технологій та забезпечити легітимний доступ до інформації.

Національний фармацевтичний університет (НФаУ) став активним учасником процесів електронної комунікації, підтримавши ідеї відкритого доступу, модель якого розроблено в рамках Берлінської декларації (жовтень, 2003 р.). На Вченій Раді НФаУ (2011р.) було прийнято рішення про необхідність створення Електронного Архіву університету (Electronic Archive of National University of Pharmacy - eaNUPh) і впровадження ідей самоархівування (self-archiving) своїх публікацій співробітниками структурних підрозділів НФаУ.

Створення Електронного Архіву надає можливість формування надійної і доступної системи зберігання електронних матеріалів для довготривалого використання, забезпечення відкритого онлайн-доступу до результатів наукових робіт та досліджень НФаУ та їх вільного використання з дослідницькою, навчальною та освітньою метою, презентація та популяризація наукового доробку вчених та співробітників НФаУ, підвищення рейтингу університету; вплив на збільшення цитування наукових публікацій вчених університету і скорочення часу між розміщенням публікації і її цитуванням.

На цей час відбувається активна робота з наповнення Електронного архіву працями вчених університету, на сьогодні він вже містить 3055 електронних документів, серед яких: автореферати дисертацій та дисертації, наукові статті, навчальні матеріали, розділи монографій, матеріали конференцій та з'їздів, відео та медіа-файли, статистичні матеріали, наукові звіти та ін.

За досить короткий час Електронний Архів НФаУ став затребуваним ресурсом – щомісяця кількість переглядів електронних документів становить 10000 - 14500. У рейтингу Webometrics Ranking Web of Universities Електронний Архів НФаУ займає 25 місце серед українських і 1057 місце серед світових університетських репозитаріїв.

Під час створення та наповнення Електронного Архіву НФаУ основними стратегічними орієнтирами є :

- орієнтація на суспільство знань;
- інноваційність (співробітництво авторів і споживачів інтелектуальних продуктів, взаємне збагачення,);
- технологічність (використання сучасних ІКТ);
- ефективність (вільна участь необмеженої кількості учасників);
- соціальна значущість (вільне партнерство в інтелектуальному середовищі).

Таким чином можна стверджувати що подальший розвиток і вдосконалення університетського архіву є перспективним напрямком роботи,

оскільки надає можливість створити нове ефективне електронне середовище для науково-дослідницької діяльності та суттєво підвищити якість наукової комунікації фармацевтичної галузі.

## **ПРОБЛЕМИ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРО ЛІКУВАННЯ ЮВЕНІЛЬНОГО РЕВМАТОЇДНОГО АРТРИТУ ЗА ДОПОМОГОЮ ІНТЕРНЕТ РЕСУРСУ**

Рев'яцький І.Ю.

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького,

м. Львів, Україна

[iwan.revyatskyu@i.ua](mailto:iwan.revyatskyu@i.ua)

Серед ревматичних захворювань дитячого віку ювенільний ревматоїдний артрит (ЮРА) займає за поширеністю перше місце. Захворювання спостерігають у різних регіонах земної кулі з частотою від 0,05 до 1 %. Первинна захворюваність також коливається в значних межах, становлячи від 6 до 19 випадків на 100 000 дитячого населення. Найчастіше ЮРА виникає у дітей до 7-ми років. Приблизно у 50% дітей хвороба починається у віці до 5-ти років. Захворювання має важливе соціальне значення через часту втрату працездатності в ранньому віці, адже приблизно 50 % хворих втрачають її після трьох років хвороби. Фармацевтична складова допомоги при ЮРА у світі полягає у провадженні в медичну практику новітніх біологічних препаратів, що сприяє суттєвому поліпшенню функцій суглобів і зменшенню смертності.

Ми розглядали питання інформатизації фармацевтичної допомоги. Метою роботи було проаналізувати форми подачі, структури та типу інформації у Інтернет просторі на сайтах: призначених для працівників охорони здоров'я; інформатизації загальних мас населення; "форумних" web-порталах, де пересічні громадяни та працівники медичної сфери мають можливість обговорювати вказану проблематику.

Пошук та одержання з інтернету інформації про ЮРА та лікарські засоби, що застосовують для лікування даного захворювання, здійснювалися за допомогою пошукової системи "Google".

Web-форум – інтернет-ресурс, популярний вид спілкування в інтернеті. На форумі створюються теми для спілкування, що робить його кращим за чат. Всі, кого цікавить певна інформація, можуть зручно й швидко переглянути її на форумі. На web-форумах зберігається анонімність користувача (пацієнта чи його рідних) тому на них зазначають вік хворого і описують наявні симптоми хвороби та її ускладнення; установу, де лікується пацієнт, та прізвище лікуючого лікаря. Теж розглядаються і порівнюються методи та курси медикаментозної терапії, хоч вона призначається у відповідності до одержаних даних аналізів індивідуально для кожного хворого. Також на web-форумах часто обговорюється у якій медичній установі краще проходити лікування та до якого лікаря цієї установі вартує звертатися.

Коли пацієнти (чи їх батьки) вперше зустрічаються із хворобою, вони відкривають медичні довідники (як у друкованому так і в електронному форматі), у яких дається визначення даного захворювання, описується його симптоматика та лікування. Недоліком довідників, виданих у поліграфії, є можлива наявність інформації про застарілі методи лікування захворювання та відсутність інформації про наявність сучасних ЛЗ. В електронних форматах медичних web-довідників інформація замінюється по мірі її надходження і зразу стає доступною усім користувачам.

У довідниках можливе зазначення кількох схем чи методів лікування, що в першу чергу залежить від можливих наявних ускладнень та прогресування захворювання, а назви ЛЗ подаються за міжнародною або загальноприйнятою класифікацією. Тому процес лікування, а також ефективність та доцільність застосування ЛЗ за їх торговими (брендовими) назвами, активно обговорюються користувачами форумів. Питання доцільності прийому препаратів пов'язані із проблемою поліпрагмазії та показником "вартість – ефективність" ЛЗ.

За результатами проведеного аналізу встановлено основні питання, що цікавлять користувачів web-форумів: "Які можливі подальші ускладнення хвороби?"; "Чи можливе немедикаментозне лікування?"; "Яким лікарським препаратом краще лікувати захворювання?"; "Чи хтось лікувався певним ЛЗ? Чи це йому допомогло? Чи проявилися побічні дії цього препарату?"; "У яких клініках краще проходити обстеження?"; "До кого зі спеціалістів медичної сфери краще звернутися?".

Також, на наш погляд для окремих захворювань доцільним є організація офіційного web-форума довідкового характеру на науковій основі для широкого контингенту населення.

## **ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРОЦЕСУ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ХВОРИМ НА ЛЕЙКОЗИ В УКРАЇНІ**

Цурікова О. В., Панфілова Г.Л., Зайцева Ю.Л.

Національний фармацевтичний університет, м Харків, Україна

[economica@ukr.net](mailto:economica@ukr.net)

Сучасна онкогематологія належить до галузей медицини, що активно розвивається та є об'єктом значних інвестицій з боку провідних фармацевтичних компаній. У схемах хіміотерапії хворих на лейкози використовується широкий спектр найменування протипухлинних препаратів за INN. За умов активного розвитку фармацевтичного ринку та підвищення вимог до ефективності надання фармацевтичної допомоги хворим на лейкози важливого значення набувають питання інформаційного забезпечення лікувально-профілактичного процесу.

Мета дослідження полягала у вивченні проблем інформаційного забезпечення процесу надання фармацевтичної допомоги хворим на лейкози в Україні.

Для вирішення завдань досліджень було проведено анкетування та використанні математико-статистичні методи обробки інформації з застосуванням табличного процесору Microsoft Office Excel 2007 та стандартних методик варіаційної статистики. За допомогою стандартних програм прикладного статистичного аналізу Statistica 6.0 (ліцензія програмного продукту V.7. English – V.6 Russia K 892818) на попередньому етапі досліджень була здійснена оцінка однорідності сукупності опитаних та ступінь узгодженості їх думок. У заочному анкетуванні приймали участь лікарі-онкогематологи з чотирьох областей України (Донецька, Львівська, Вінницька, Полтавська, Харківська, Київська області). Всього було розіслано 100 анкет, з яких було повернено 73 примірники, а у кінцевому порядку були використані дані 68 опитувальників. В аналізі використовувалися дані анкет експертів з високим та достатнім рівнями компетентності. Анкети містили адресну частину та перелік відкритих та закритих запитань, які висвітлюють широкий спектр проблем в організації фармацевтичного забезпечення хворих на лейкози. На запитання «Чи маєте ВИ достатньо інформації стосовно нових препаратів і методик лікування хворих на лейкози?» більше половини опитаних лікарів-хіміотерапевтів (39 експертів – 57,4%) відповіли позитивно (варіант відповіді «Так, достатньо»). Про частковий характер задоволення інформаційних потреб було зазначено у 17 анкетах (25,0% опитаних лікарів), а 12 експертів (17,0%) мали труднощі з відповіддю. Наступне питання передбачало на меті визначити оптимальні форми надання інформації про нові ЛЗ та методики лікування в онкогематології. Найбільшу кількість відповідей набрали такі форми надання інформації, як «аналітичні та стислі огляди» та «анотації на монографії, журнальні статті тощо». Зазначені варіанти відповідей відмітили три четверті експертів (51 лікар або 75,0%). Далі була представлена така форма надання інформації, як «автоматизовані інформаційно-пошукові системи» (32 експерта – 47,1%). Тематичні огляди, як форми інформаційної роботи з лікарями, вважають ефективними 22 експерти (32,4%), а «експрес-інформацію або сигнальні повідомлення» відмітило 19 лікарів, що дорівнювало 27,9 % від

загальної кількості опитаних лікарів-онкогематологів. Варіант відповіді «теле- та радіо-реклама» був відмічений всього 6 експертами (8,8%). Цей факт виглядає логічним, враховуючі особливість надання фармацевтичної та медичної допомоги хворим на лейкози. За даними клініко-економічного аналізу лікарських призначень, що проводилися нами раніше встановлено значне домінування (до 90%) рецептурних ЛЗ, реклама яких у відкритому інформаційному просторі заборонена. Тому, зрозумілим є спрямованість опитаних лікарів-онкогематологів на фахову за формою подання інформацію.

Результати проведення досліджень будуть використані у розробці та впровадженні ефективних моделей інформаційного забезпечення потреб вітчизняної онкогематологічної служби з урахування особливостей вітчизняного фармацевтичного ринку та перспектив його розвитку.

## **ФАРМАЦЕВТИЧНА ОПІКА ТА ІНФОРМАЦІЙНИЙ ПРОСТІР INTERNET**

Шумейко М.В., Шумейко О.В.

Національний медичний університет імені О.О.Богомольця, м. Київ, Україна

xl@bigmir.net

Контроль методів і форм впливу фармацевтичного інформування є сучасною невід'ємною формою фармацевтичної опіки. Всесвітня мережа Internet в сучасному суспільстві відіграє роль довідника, що надає інформацію з будь-якого питання. Але не може відповісти на питання достовірності та актуальності інформації, що наводиться. Кожен з користувачів стикався із питанням відсутності достовірних відомостей про ту чи іншу продукцію, реклама чи інформування про яку ведеться шляхом формування встановлення банерів чи посилань у соціальних мережах та на приватних сторінках.

Проблема достовірності інтернет-інформування викликає занепокоєння. Нині світовими цифровими тенетами оплетена вся земна куля, а доступ до них



мають всі верстви населення. Вікові рамки також достатньо широкі, в деяких випадках діти починають раніше використовувати «глобальну мережу» аніж вивчають абетку. Тому при використанні всесвітньої системи об'єднаних комп'ютерних мереж, на нашу думку, на значну увагу заслуговує фармацевтичне інформування.

Спектр фармацевтичних препаратів реклама яких розповсюджується мережею Internet достатньо широкий. Часто крім класичних препаратів зареєстрованих в Україні у якості лікарських засобів, біологічно-активних добавок, косметичних препаратів тощо, в мережі зустрічаються «препарати-панацеї». Реклама «панацей» достатньо агресивна і використовує безліч заохочувальних заходів.

Законодавство України лише частково регулює обіг інформації в світовій мережі, а саме у вітчизняному секторі. Однак обробка фармацевтичних даних не є першочерговою задачею, крім випадка обігу наркотичних засобів, системи по контролю за обігом даних у мережі Internet.

Вирішення питання захисту населення від недостовірної фармацевтичної інформації, на нашу думку, є прерогативою відповідальних фармацевтичних інтернет ресурсів. До таких відповідальних ресурсів належать такі, що повідомляють інформацію про наявність та вартість фармацевтичної продукції. Достатньої розповсюженості набули інтернет-аптеки, форма діяльності яких є різною.

Інтернет аптеки є одиницею роздрібного (здебільшого) фармацевтичного ринку, що частково замінили реальні аптеки, які мають територіальну прив'язаність. Такі аптеки не завжди мають реєстрацію на території України та йменують себе інакше, а відповідно є непідконтрольними вітчизняній системі охорони здоров'я. Небезпека криється не лише в недостовірній інформації, яку надають мережеві ресурси, в окремих випадках вона у неналежній якості препаратів відомих брендів. Аптека зареєстрована в мережі як звичайний інтернет магазин, як і будь-яка інша не застрахована від реалізації фармацевтичної продукції неналежної якості. Однак в стаціонарних

аптеках відповідальність сформована законодавством України в сфері обігу лікарських засобів, інтернет-аптека може уникати не лише цього аспекту, за рахунок реєстрації в іншій державі, а й відповідальності за якість реалізованого товару у наслідок відсутності єдиних всесвітніх вимог до документації, яка обов'язково має надаватися разом з фармацевтичною продукцією її споживачу при придбанні он-лайн.

Висновки про безпечність такої продукції самостійно споживач зробити не спроможний і відповідно лишатиметься у небезпеці при бездіяльності флагманських фармацевтичних ресурсів Internet простору.

Темпи інформатизації життя вимагають реальних кроків на шляху до зменшення ризику для здоров'я хворих, що користуються Internet фармасторами, а саме підвищення вимог до документації, що засвідчує якість продукції, введення обов'язкової сертифікації засобів вироблених поза меж України, контролю за методами інформаційного впливу на споживачів фармацевтичної продукції та належною фармацевтичною Internet-опікою.



## АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК:

Angelovska B.	43 ст.	Безверхни З.А.	76 ст.
Bereznyakov A.V.	299 ст.	Березняков А.В.	272, 274 ст.
Dauksiene J.	296, 468 ст.	Бєлозьорова О.В.	451 ст.
Dimitrova M.	73 ст.	Бєляєва О.І.	388 ст.
Drakalska E.	43 ст.	Биховець К.В.	235 ст.
Dudeva B.D.	55 ст.	Блавацька О. Б.	383, 456 ст.
Foltán, V.	27 ст.	Бойко А.І.	470 ст.
Ivanovska V.	43 ст.	Бондаренко Д.В.	410 ст.
Kamusheva M.S.	64 ст.	Борецька О.Б.	302, 330 ст.
Konstantinova M.	73 ст.	Братішко Ю. С.	145 ст.
Malovecká, I.	27 ст.	Брумэрел М.Д.	76 ст.
Mináriková, D.	27 ст.	Бушуєва И.В.	240 ст.
Naydenov T.G.	16 ст.	Вадзюк Ю.С.	389 ст.
Petkova E.	73 ст.	Викулова К.А.	348, 372 ст.
Petkova V.	40, 73 ст.	Винник О.В.	448 ст.
Petrova G.I.	64, 73 ст.	Віслоус О.А.	304 ст.
Sepeliovaile G.	296 ст.	Вовк А.Ю.	360 ст.
Valaika G.	3296 ст.	Волкова А.В.	88, 104 ст.
Yordanova S.	40 ст.	Волошина М.М.	279 ст.
Авакян К.А.	445 ст.	Воронов А.В.	165 ст.
Адаужи С.Б.	76 ст.	Гавриш Н.Б.	473 ст.
Аджиєнко В.Л.	139 ст.	Герасимова О.О.	390 ст.
Адонкіна В.Ю.	398 ст.	Гладченко О.М.	304 ст.
Алексєєва Т.І.	235 ст.	Гнатюк О.О.	400 ст.
Андрєєва И.Н.	165 ст.	Горбаньов В.В.	440 ст.
Аполонина А.В.	268 ст.	Горбачєвська Х.-О.Я.	392 ст.
Бабічева Г.С.	375 ст.	Горіна Д.А.	458 ст.
Багмут И.Ю.	268, 276, 286, 300 ст.	Городнича О.Ю.	219 ст.
		Грищук С.М.	422 ст.

Громовик Б.П.	262 ст.	Кириченко О.Н.	415 ст.
Гусевик Р.С.	330 ст.	Клименко Н.А.	300 ст.
Дацко А.Й.	179 ст.	Кныш О.И.	348, 372 ст.
Дацко О.І.	179 ст.	Кобец М.Н.	307 ст.
Демченко В.О.	351 ст.	Колесник Ю.С.	276 ст.
Дереглазова Ю.С.	128 ст.	Количев І.О.	323 ст.
Деренська Я.М.	426 ст.	Комар В.С.	197 ст.
Динник К.В.	304 ст.	Кононенко О.В.	88, 336 ст.
Дондік Н.Я.	351 ст.	Корж Ю.В.	400 ст.
Думенко Т.М.	413 ст.	Корнієнко О.М.	333 ст.
Жадько С.В.	375 ст.	Костюк В.Г.	280 ст.
Жаркова С.О.	402 ст.	Котенко О.М.	304 ст.
Живора Н.В.	304 ст.	Котвіцька А.А.	82, 88, 95, 104, 110, 279, 280, 336, 357, 378, 380, 440, 461, 473 ст.
Жуков В.И.	300 ст.	Кошовий О.М.	323 ст.
Журавель М.А.	116, 123 ст.	Краснікова Т.О.	323 ст.
Зайцева Ю.Л.	477 ст.	Крипач О.В.	409 ст.
Заліська О.М.	283, 310, 322, 392, 438 ст.	Кричковська А.М.	197 ст.
Захарова И.А.	174 ст.	Кубарева І.В.	336, 378 ст.
Заяць М.М.	330 ст.	Кузнецов І.Е.	390 ст.
Заричная Т.П.	240 ст.	Кулакова О.М.	304 ст.
Зарічкова М.В.	433 ст.	Кучеренко Л.І.	308 ст.
Зарічна Т.П.	245 ст.	Кушнір Н.В.	197 ст.
Зіменковський А.Б.	219, 302, 312, 315, 326, 330 ст.	Левицька О.Р.	394 ст.
Іванюлик І.І.	291 ст.	Лейба К.С.	426 ст.
Ігнатенко М.А.	378 ст.	Литвинова Е.В.	395 ст.
Ігнащук О.В.	209 ст.	Ліщишина О.М.	368 ст.
Кайдалова А.В.	354 ст.		
Качерай Ю.В.	322 ст.		

Лобова І.О.	380 ст.	Портна О.О.	308 ст.
Лобур І.П.	197 ст.	Посилкіна О.В.	145, 354, 363, 395 ст.
Лотоцька Л.Б.	383, 456 ст.	Прилипко Н.А.	325, 443 ст.
Максименко О.В.	289 ст.	Приставка В.А.	174 ст.
Максимович Н.М.	310 ст.	Притула Р.Л.	451 ст.
Макух Х.І.	312 ст.	Прокіп С.Є.	264 ст.
Медяник Н.С.	274 ст.	Пузак Н.О.	461 ст.
Микаэлян М.Ф.	139 ст.	Пузак О.А.	461 ст.
Міщенко О.Я.	398 ст.	Пузанова І.П.	342 ст.
Моряк З.Б.	308 ст.	Рабоча А.А.	390 ст.
Мурашко Ю.И.	128 ст.	Райкова Т.С.	245 ст.
Наєвіна О.І.	398 ст.	Рев'яцький І.Ю.	475 ст.
Настюха Ю.С.	315 ст.	Рибка А.В.	413 ст.
Негода Т.С.	202 ст.	Ривак Т.Б.	326 ст.
Немченко А.С.	400, 402, 404 ст.	Рогуля О.Ю.	458 ст.
Новіков В.П.	197 ст.	Рядних О.К.	304 ст.
Ольхова І.В.	317 ст.	Сагайдак-Нікітюк Р.В.	360 ст.
Ольховська А.Б.	428 ст.	Саєнко А.О.	235 ст.
Островська Я.В.	333 ст.	Сафта В.Н.	76 ст.
Пазюк Д.-М.В.	337 ст.	Слабий М.В.	438 ст.
Панкратова О.Г.	128 ст.	Соловійов О.С.	197 ст.
Панфілова Г.Л.	340, 477 ст.	Соломенний А.М.	225 ст.
Паращин Ж.Д.	197 ст.	Спичак І.В.	116, 123, 128 ст.
Парновський Б.Л.	438, 470 ст.	Стасевич М.В.	197 ст.
Пастухова О.А.	95 ст.	Суріков О.О.	82, 110, 279 ст.
Піняжко О.Б.	283 ст.	Сурнин С.Н.	174 ст.
Погорелов С.В.	304 ст.	Сушарина І.В.	344 ст.
Подорожня А.С.	286 ст.	Сушкова М.С.	156 ст.
Полищук Т.В.	300 ст.	Тарасов А.С.	417 ст.
Попович В.П.	202 ст.		

Ткаченко Н.О.	431, 445, 463 ст.	Яковлева О.С.	251 ст.
Ткачова О.В.	417 ст.	Ярчук О.О.	318 ст.
Толочко В.М.	433 ст.	Яцкова Г.Ю.	310, 438 ст.
Тригубчак О. В.	407 ст.		
Трохимчук В.В.	409 ст.		
Унгурян Л.М.	262, 443 ст.		
Фабрій О.Ю.	245 ст.		
Фартушка С.Г.	375 ст.		
Федяк І.О.,	289, 291 ст.		
Филипцова О.В.	307 ст.		
Фурса Л.І.	404 ст.		
Хачатрян М.М.	139 ст.		
Хоменко В.М.	343 ст.		
Хромильова О.В.	308 ст.		
Хромих А.Г.	363 ст.		
Цурікова О.В.	477 ст.		
Червоненко Н.М.	463 ст.		
Черкашина А.В.	357 ст.		
Чмихало Н.В.	88 ст.		
Чухрай І.Л.	318 ст.		
Шарахова Е.Ф.	156 ст.		
Шилкіна О.О.	368 ст.		
Шматенко О.П.	225, 451 ст.		
Штейн Т.Ю.	392 ст.		
Шумейко М.В.	479 ст.		
Шумейко О.В.	479 ст.		
Юрчак Й.М.	451 ст.		
Якимец Ю.В.	240 ст.		
Яковлева Л.В.	413, 417 ст.		
Яковлева Л.В.	410, 415 ст.		

**Наукове видання**

**Серія Наука**

**Соціальна фармація:  
стан, проблеми та перспективи**

**МАТЕРІАЛИ**

*міжнародної науково-практичної інтернет-конференції*

(Харків, 17-20 березня 2014 року)

Відповідальний за випуск:  
Суріков О. О.

Видавництво Національного фармацевтичного університету  
Україна, 61002, м. Харків, вул. Пушкінська, 53  
Свідоцтво суб'єкта видавничої справи ДК №3420 від 11.03.2009 р.

---

Підписано до друку 14.03.2014. Формат 60×84/16.  
Папір офсетний. Гарнітура Times ET. Друк різнографічний.  
Наклад 150 прим. Замов. № 14032014

---

Надруковано ФОП Петров В.В.  
Адреса: м. Харків, вул. Гв Широнінців, 79 В  
тел. (057) 778 - 60 - 34