ISSN 2311-8849

2017

Національний фармацевтичний університет

Кафедра соціальної фармації

III Міжнародна науково-практична інтернет-конференція

«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»

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

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

НАЦІОНАЛЬНИЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

КАФЕДРА СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ

«СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ: СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ»

МАТЕРІАЛИ

III міжнародної науково-практичної

інтернет-конференції

(Харків, 25-28 квітня 2017 року)

Харків

2017

УДК: 615.15:378.145/.147

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

Посвідчення про реєстрацію УкрІНТЕІ № 112 від 2 березня 2017 р.

Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи: матер. III міжн. наук.-практ. інтернет-конференції, 25-28 квітня 2017 р. / ред. кол.: А. А. Котвіцька та ін. – Х.: Вид-во НФаУ, 2017. – 254 с.

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. Кубарєва,
А. В. Волкова, А. В. Черкашина, 2017
© Національний фармацевтичний університет, 2017

ЗМІСТ

І. СТАТТІ КОНФЕРЕНЦІЇ

УЗАГАЛЬНЕННЯ ІСТОРИЧНОЇ СПАДЩИНИ ЯК ПІДҐРУНТЯ СУЧАСНОГО РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВОЇ ФАРМАЦІЇ
Кучмістова О. Ф., Шматенко В. В., Кучмістов В. О., Сирота П. С. 12

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
Жаксылык А. А., Махатов Ж. Б., Тойжанов Б. К., Жакипбеков К. С., Булешов М. А. 22

УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАСАД СУСПІЛЬНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЩОДО АТЕСТАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КАДРІВ
Сушарина І. В., Немченко А. С. 28

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПЕРОРАЛЬНИХ ЦУКРОЗНИЖУЮЧИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ТЕНДЕНЦІЇ ЇХ СПОЖИВАННЯ В УКРАЇНІ
Яковлєва Л. В., Цубанова Н. А., Бердник О. Г., Орленко Д. С. 37

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РЫНКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН
Дербисбекова У. Б., Датхаев У. М., Шопабаева А. Р., Журавель И. А., Слямханова С. А., Бердибеков М. А. 54

АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ПРЕПАРАТІВ АЗИТРОМІЦИНУ ДЛЯ ЕТІОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА КАШЛЮК
Федяк І. О., Білик І. П. 63

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ ПРЕПАРАТУ МАБТЕРА (РИТУКСИМАБ)
Бездетко Н. В., Яковлева Л. В. 69

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ДАНИХ ОФІЦІЙНОГО ЗВІТУ ТА РЕАЛЬНИХ ДАНИХ ПРО НАДАННЯ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ОСОБАМ В УКРАЇНІ
Федяк І. О. 79

ІІ. ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІЇ (за рубриками)

1. СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ, ЯК НАУКОВИЙ НАПРЯМОК ТА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА

ІНФОРМАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ ПРОВІЗОРА ПРИ НАДАННІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ
Гриньків Я. О., Матвійчук М. Є., Сметаніна К. І., Блавацька О. Б. 96

БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ АПІПРЕПАРАТІВ, СТВОРЕНИХ В УКРАЇНІ
Коваль В. М., Тихонов О. І., Ярних Т. Г., Шпичак О. С., Коношевич Л. В. 98

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА У КРАЇНАХ СВІТУ
Котвіцька А. А., Прокопенко О. С. 100

ВИВЧЕННЯ ДОСВІДУ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ ЯК НАУКОВОГО НАПРЯМКУ
Котвіцька А. А., Сурікова І. О. 102

АКТУАЛЬНІСТЬ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ ТА КЛАСИФІКАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ
Лебединець В. О., Казакова І. С. 105

ВІТАМІНИ ГРУПИ В ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ
Левицька О. Р. 108

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЬНИХ НАПОЇВ НА РОЗВИТОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ
Немченко А. С., Куриленко Ю. Є. 111

ПРОГНОЗУВАННЯ ПОШИРЕНОСТІ РОТАВІРУСНОГО ЕНТЕРИТУ СЕРЕД ДІТЕЙ МЕТОДОМ МАТЕМАТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ
Немченко А. С., Подгайна М. В., Балинська М. В., Сімонян Л. С., Корж Ю. В. 113

ЕВОЛЮЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ РОЛЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ
Унгурян Л. М., Бєляєва О. І., Каравелкова Ю. С. 115

2. СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ (ДЕРЖАВНА РЕЄСТРАЦІЯ, РЕІМБУРСАЦІЯ, ЦІНОУТВОРЕННЯ)

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ
Акиев М., Суриков А. А. 120

ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ
Амангелдиев М., Черкашина А. В. 122

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ЗМІН ІНДЕКСА РОЗДРІБНИХ ТА ЗАКУПІВЕЛЬНИХ ЦІН НА ПРОТИВИРАЗКОВІ ПРЕПАРАТИ В УКРАЇНІ
Богдан Н. С., Паламар А. О., Горошко О. М., Шпичак О. С. 126

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ
Козирєва О. В., Козирєва А. К. 128

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ
Костюк І. А. 132

ВИВЧЕННЯ СВІТОВИХ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ
Котвіцька А. А., Волкова А. В. 133

ПРОГНОЗУВАННЯ ОБСЯГІВ РЕІМБУРСАЦІЇ ВАРТОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ БРОНХІТ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ
Котвіцька А. А., Коробова Є. С. 135

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ ФАМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ
Котвіцька А. А., Костюк В. Г. 139

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВІЛ ТА СНІД
Матяшова Н.О., Рубашко В.М. 142

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ И ДИНАМИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПРОГРАММЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН
Панфилова Г. Л., Цурикова О. В., Сокуренко И. А., Мухтасамходжаев Т. 143

3. ОСНОВИ ПРАВА ТА ЗАКОНОДАВСТВА У ФАРМАЦІЇ. МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ДОСЛІДЖЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АСПЕКТІВ ПРОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ НА РИНКУ УКРАЇНИ
Волкова А. В., Бутенко О. В. 148

НАСУЩНА СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ФАРМАЦІЇ
Громовик Б. П. 150

ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАКОНОДАВСТВО: ПОРЯДОК ОБІГУ АРОМАТИЗАТОРІВ В УКРАЇНИ
Малініна Н. Г., Євтушенко О. М. 153

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПРОБУВАННЯ/ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЄТИЧНИХ ДОБАВОК ТА ПАРАФАРМАЦЕВТИКІВ В УКРАЇНІ
Немченко А. С., Міщенко В. І., Тімофеєв С. В., Винник О. В. 156

4. СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ. СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ

КОНЦЕПЦІЯ ТА ПРИНЦИПИ ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА
Голубцова К. К., Сагайдак-Нікітюк Р. В., Вельма В. І. 160

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОГІСТИКИ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ
Захарко Н. В., Сагайдак-Нікітюк Р. В. 162

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ БІЗНЕСУ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ ШЛЯХОМ АНАЛІЗУ МІЖНАРОДНИХ РЕЙТИНГОВИХ ПОКАЗНИКІВ
Коліщак М. М., Кубарєва І. В., Черкашина А. В. 164

ФОРМУВАННЯ КОМАНДИ РИЗИК-МЕНЕДЖЕРІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЕМСТВІ ДИСТРИБ'ЮТОРІ. КРИТЕРІЇ ВИБОРУ СПЕЦІАЛІСТІВ
Лебединець В. О., Суханова Н. В. 167

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЦЕСНОЇ МОДЕЛІ КОМЕРЦІАЛІЗАЦІЇ ОБ'ЄКТІВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ У ФАРМАЦІЇ
Літвінова О. В., Посилкіна О. В. 170

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ПІДПРИЄМСТВАМИ
Посилкіна О. В., Братішко Ю. С. 172

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ РОЗВИТОК АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ В УКРАЇНІ
Посилкіна О. В., Мала Ж. В. 175

СОЦІАЛЬНІ ІННОВАЦІЇ ЯК ОСНОВА РОЗВИТКУ ПІДПРИЄМСТВА
Рогуля О. Ю. 176

ОСОБЛИВОСТІ ФІНАНСУВАННЯ РОЗРОБОК НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК ДОВГОСТРОКОВИХ ІНВЕСТИЦІЙНИХ ПРОЕКТІВ
Слободянюк М. М., Самборський О. С. 179

5. СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ
Волкова А. В., Гундогдиев Э. 184

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ТА СТРУКТУРИ СПОЖИВАННЯ ЗАСПОКІЙЛИВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
Горошко О. М., Паламар А. О., Богдан Н. С., Горошко Н. А., Лагодин М. В. 186

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТНОЙ СТРУКТУРЫ ВАКЦИН, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НА РЫНКЕ УКРАИНЫ
Кононенко О. В., Пастухова А. А., Хаббари Маруан 188

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РЫНКА ЛЕЧЕБНОЙ КОСМЕТИКИ В УКРАИНЕ
Котлярова В. Г., Чечетка Е. В. 190

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ
Кубарєва І. В., Демянік К. О. 192

СЕГМЕНТАЦИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ГЕПАТОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ АНКЕТНОГО ОПРОСА
Малый В. В., Муса Истанис Марвек Мехдат 194

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОСУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ БРЕНДІВ В СОЦІАЛЬНІЙ МЕРЕЖІ FACEBOOK
Ольховська А. Б. 196

6. ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ Й НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОХВОРИМ ДІТЯМ В УКРАЇНІ: ЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ
Гаврилюк А. О., Жарлінська Р. Г., Верлан-Кульшенко О. О. 202

АВС-АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ В СТАЦІОНАРІ
Герасимова О. О., Овсієнко Є. В. 205

РЕЗУЛЬТАТЫ ЧАСТОТНОГО АНАЛИЗА НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ БОЛЬНЫМ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ
Кобец М. Н., Кобец Ю. Н., Филипцова О. В. 207

ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНО-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ В ЛІКАРНІ МІСТА БУРИНЬ
Ткачова О. В., Сілаєв А. О., Ільєнко Ю. О. 208

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ
Щербань К. В., Прилипко Н. А., Пєткова І. В. 210

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ
Щур О. М., Вишницька І. В., Бєляєва О. І., Базаренко І. С. 211

7. ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

ДОСЛІДЖЕННЯ НАУКОВОЇ СПАДЩИНИ ГАЛЕНА ТА ЙОГО ВНЕСОК В РОЗВИТОК МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ
Котвіцька А.А., Кубарєва І.В., Горбаньов В.В. 214

8. ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ НАДАННІ КВАЛІФІКОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ АТО
Бєлозьорова О. В. 218

ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ
Бородіна В. І., Сагайдак-Нікітюк Р. В. 221

9. СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ ОЦІНКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦЯ ФАРМАЦІЇ
Гаркуша М. І., Сагайдак-Нікітюк Р. В. 226

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВЫПУСКНИКОВ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ
Гладкова О. В. 228

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ
Карчаускас В. Ю., Прилипко Н. А., Вишницкая И. В., Петкова И. Б., Иванова А. В. 231

ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ МОТИВАЦІЇ ПЕРСОНАЛУ НА ПРИКЛАДІ АПТЕЧНОГО ЗАКЛАДУ
Пастухова О. А., Агапов В. О. 234

РЕАЛІЗАЦІЯ ТЕОРІЇ МОТИВАЦІЇ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ АПТЕЧНОГО ЗАКЛАДУ
Пастухова О. А., Крючкова М. О. 235

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРАКТИЧНИХ АСПЕКТІВ РОБОТИ МЕДИЧНИХ ПРЕДСТАВНИКІВ
Пастухова О. А., Шевченко Є. О. 237

10. ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ – СУЧАСНИЙ СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

INVESTIGATION OF THE AUTOMATION SYSTEMS IN RANGE OF PHARMACEUTICAL BUSINESS
Tereschenko L. V., Zhirova I. V. 240

ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В ТУРКМЕНИСТАНЕ
Гавриш Н.Б., Рахматуллаев О. 242

IT – ІНФРАСТРУКТУРА НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ
Лебединець В. О., Чорний Д. С. 245

ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ З РОЗРОБКИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ
Хомутецька Н. І., Голуб А. Г. 247

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК 250

СТАТТІ КОНФЕРЕНЦІЇ

УДК: 615.15:37

УЗАГАЛЬНЕННЯ ІСТОРИЧНОЇ СПАДЩИНИ ЯК ПІДҐРУНТЯ СУЧАСНОГО РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВОЇ ФАРМАЦІЇ

Кучмістова О.Ф., Шматенко В.В., Кучмістов В.О., Сирота П.С.
Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна
Helen.kuchmistoff@mail.ru

«Не знаючи минулого, не вивчаючи сучасне, не можна думати про майбутнє…». Дійсно, тільки засвоївши уроки минулого, аналізуючи сучасний стан певної сфери людських діянь, можна проводити удосконалення і рухатися шляхом прогресу. Не винятком у цьому процесі є й така життєво важлива сфера професійної діяльності людини як фармація.

Мета: провести оглядово-історичне дослідження раннього становлення військової фармації (ВФ) в умовах мирного та особливого періодів (до 1991 р.) як підґрунтя розвитку галузі в незалежній Україні.

Методики дослідження: системно-оглядовий, історико-документальний.

Основний матеріал дослідження. Як показав проведений аналіз літератури, зародження лікувальної справи та перші кроки на шляху її подальшого розвитку були безпосередньо пов’язані зі створенням армій і веденням постійних війн [2,6]. Архівні матеріали свідчать про те, що перші лікарні створювалися при храмах Древній Греції. Вважаємо, що зародження ВФ можливо умовно віднести до періоду розквіту Римської імперії. Підставою для такого ствердження є, зокрема, наступні факти. 1) Лікарні Римської імперії (валетудинарії з лат. «valetudinis» означає «здоров’я) розглядались як лікувальний заклад для хворих і поранених воїнів. Тобто у вказану історичну епоху Римська армія вже мала чітку організацію медичної служби, адже у валетудинаріях проводилась й підготовка військових медиків. 2) Саме в римській армії було запроваджено основи проведення само- та взаємодопомоги (легко поранені легіонери повинні були перев’язувати себе та надавати допомогу товаришу) із застосуванням індивідуального перев’язувального

пакету (винайденого у зазначений історичний період) [1,3]. Зазнавши багатьох модифікацій, вказаний засіб використовується для медичного оснащення військовослужбовців і в наш час.

ВФ України як самостійна галузь стала оформлюватися у XVII ст. Наголошуємо на тому, що виникнення вітчизняної системи постачання військ лікарськими засобами (ЛЗ) значно випередило зародження медикаментозного забезпечення цивільного населення. Ще Богдан Хмельницький після договору щодо адміністративно-територіального поділу країни (1649 р.) запровадив першу державну систему медичного обслуговування, яка була спрямована, насамперед, на козацьку старшину та пристосована до медичного забезпечення 16 полків. Аптекарські склади та аптеки існували тільки в значних військово-адміністративних центрах – в Батурині, Києві, Глухові та Лубнах [2].

Розвиток вітчизняної системи військово-медичного постачання нерозривно пов’язаний з розвитком медицини та аптечної справи Росії (адже Україна та Росія були у складі єдиної держави). Її зародження пов’язано з «Аптекарським приказом», організованим у 1620 р. Одне із основних завдань цієї Державної установи для завідування лікувальною та аптекарською справою – медичне та лікарське забезпечення армії. Для зберігання лікарських рослин та іншого медичного майна в Москві було створено 3 аптекарських склади, що розміщувались у кам’яних будівлях [6]. Постачання війська ЛЗ та іншим медичним майном (ММ) здійснювалось переважно з головних аптек (аптечних складів) – Петербурзької та Московської, які виконували функцію баз постачання. Під час війни вони поповнювали майно польових аптек (рухомих або нерухомих) в місцях комплектування або зосередження військових сил.

Північна війна у Росії сприяла організації військових аптек, госпіталів, госпітальних шкіл, ботанічних садів (для вирощування лікарської рослинної сировини та подальшого виготовлення ЛЗ). Зокрема, перший госпіталь було відкрито у Москві (1707 р.), сьогодні він носить ім’я видатного лікаря Бурденка М.М. При польових рухомих госпіталях відкривали польові аптеки з помічниками провізора (гезелі) та аптекарськими учнями у штаті. Завдання

польової аптеки: забезпечення ЛЗ та предметами медичного призначення військових частин, Запорізької Січі, карантинних застав і міських лікарів. Протягом усього XVIII ст. польова аптека у м. Лубни - найбільша аптечна установа, яка заготовляла значну кількість ЛЗ для аптек України, Москви та Санкт-Петербурга [2,5].

Розпочалось формування організаційної структури медичного постачання, поступово розширювалась мережа аптечних складів та аптек (у Петербурзі, Кронштадті, Ревелі, Єкатеринбурзі, Києві), розроблялись нові каталоги. Наприклад, за ініціативою київського генерал–губернатору Дмитра Голіцина - згідно з отриманим дозволом Петра I - відкриваються аптека для солдат та аптечний магазин-склад для медикаментозного забезпечення військових частин і військового госпіталю (1715 р.).

Як показав аналіз літератури, у вказаний період слід віднайти витоки військової освіти. Так, при госпіталях відкриваються госпітальні школи, на базі яких організовується медико-хірургічне училище (1786 р.), а згодом медико-хірургічна академія (м. Санкт-Петербург). При вказаній академії була створена кафедра «Materia medica», на якій вперше проводилось викладання комплексної дисципліни «Фармація» (1798 р.). Наданий вищий навчальний заклад - єдиний в державі, де проходила підготовка фармацевтичних кадрів для військового відомства. Отже була започаткована розробка теорії та практики організації забезпечення ММ і військової фармації. Сучасна назва закладу - Військово-медична академія імені С.М. Кірова [4].

Одним із організаторів фармацевтичної освіти був проф. Нелюбін О.П. (завідувач кафедрою фармації Медико-хірургічної академії упродовж 28 років, засновник самостійного напрямку у фармацевтичній науці першої половини XIX ст.). Протягом 21 року надану кафедру очолював проф. Трапп Ю.К. (магістр фармації, член багатьох вітчизняних та зарубіжних наукових товариств, уклав 7 фармакопей, у т.ч. Першу військову фармакопею). Безумовно, поява військових фармакопей - окрема сторінка в історії військової фармації [5].

Йшов час, у 1816 р. прийнято Положення про заснування постійних госпіталів і полкових лазаретів, корпусних і дивізійних госпіталів; наказано сформувати певний запас медикаментів на воєнний та мирний час. При кожному госпіталі належало мати аптеку. Медикаменти й аптечні матеріали видавалися за каталогами з казенних аптек і магазинів-складів. У зазначений період за участю провідних фахівців складаються й перші фармакопеї. Практично до середини XIX ст. історичний шлях розвитку медицини і фармації у Росії проходив сумісно. Наприклад, єдиними були керівні структури, фармацію викладали на медичних факультетах навчальних закладів тощо [4,5].

Проте з поч. XIX ст. спостерігаємо перші ознаки самостійності фармації (Таблиця 1). Бурний розвиток промисловості та мережі залізних доріг наприкінці XIX – поч. XX ст. дозволив переглянути систему медичного постачання військ.

Таблиця 1

Перші ознаки самостійного розвитку фармації (поч. XIX ст.)
▪ створення фармацевтичного відділення Петербурзької медико-хірургічної академії (1808 р.), кафедру фармації очолював проф. Смеловський Т.А. (фармацевти вважались вільними слухачами, а не студентами)
▪ зростання кількості фармацевтів спричинило появу професійних фармацевтичних об’єднань (1817 р. – Шерер А.І. відкриває Петербурзьку фармацевтичну спілку, школу для підготовки гезелей)

Жовтнева революція (1917 р.) внесла докорінні зміни в життя всього суспільства, у т.ч. й розвиток військової медицини (фармації). Після державного перевороту, в умовах Першої Світової війни (1914-1918 рр.) через блокаду та інтервенцію імпорт медикаментів практично припинився, в царській державі недостатньо уваги приділялось підготовці військових медиків. Людські втрати цього періоду сягнули понад 500 тис. загиблих [1].

Проте серед позитивних наслідків для України слід назвати:

▪ створення українських збройних формувань, набуття певного військового

досвіду;

▪ певне збільшення обсягу місцевих заготівель рослинної й тваринної сировини для виготовлення ЛЗ;

▪ зміна структури органів управління з питань забезпечення ММ (з метою вирішення проблем медичного постачання).

Зокрема, у військових округах були сформовані відділи медичного постачання, їм підпорядковувались військово-аптечні магазини та склади (місце дислокації - територія наданих округів) [6].

З'ясувалось, що у 20-х рр. XX ст. військово-медична служба вирішувала досить важливі завдання. Зокрема, створювалась нова система медичного постачання військ, здійснювалась модернізація медичного оснащення, відбувався перехід на систему функціонально-табельного комплектного оснащення та його нормування, приймалась на забезпечення авто-санітарна техніка. У 1923 р. були розроблені й затверджені описи комплектів перев'язувальних засобів, а через 3 роки - введені тимчасові каталоги предметів медичного постачання на мирний та воєнний час [3].

У 1936 р. Наказом Народного комісара оборони за №0119 введено в дію «Збірник комплектів і норм медико-санітарного майна для частин та закладів Робітничо-Селянської Червоної Армії на воєнний час».

Протягом 30-40 рр. XX ст**.** Санітарне управління Червоної армії багато й плідно працювало над удосконаленням комплектно-табельного оснащення. Особовим складом органів медичного постачання в стислі терміни була проведена значна робота з перегляду оснащення ММ та санітарною технікою частин і установ Червоної армії. З появою нової бойової техніки почали створювати аптечки, прийняті на постачання сумки санітара (санітарного інструктора), сумка лікарська [7].

Згідно з даними літератури, Другу Світову війну (1939-1945 рр.) медична служба Червоної армії зустріла вже досить оснащеною ММ, яке відповідало тогочасному рівню досягнень науки і практики. Однак через допущені помилки на початку війни, серйозні недоліки в ешелонуванні запасів була втрачена

досить значна частина ММ [8,9].

Нажаль, з перших днів війни виявилися повністю втраченими основні запаси для розгортання медичних установ в Київському особливому військовому окрузі, запаси окружного складу у Львові та норма майна для Головного санітарного складу в Кременчуці. Ті склади, яким пощастило уціліти, негайно евакуювали в тил, внаслідок чого їх діяльність скоротилася до мінімуму. Вказані обставини спричинили серйозні труднощі в розгортанні баз медичного постачання діючої армії. Була визначена номенклатура основного ММ, що включала 104 найменувань. Повністю переглядались описи комплектів (переважно в бік скорочення) [9].

Війна вимагала внесення серйозних коректив у організаційні принципи медичного постачання, виготовлення ЛЗ у польових умовах і перевірки їх якості, залишалося гострим кадрове питання. З цією метою було встановлено новий порядок постачання, згідно з яким усе медичне майно поділялося на майно «бойового забезпечення» та майно «поточного постачання». Зокрема, майно бойового забезпечення включало стислий перелік предметів, необхідних у великій кількості на час бойових дій. Воно відпускалося позачергово, за фактичною потребою. До 1942 р. медична служба входила до складу інтендантської служби, а згодом була підпорядкована Головному військово-санітарному управлінню Червоної армії. Головна увага приділялася визначенню потреб військ у ММ бойового забезпечення, нагромадженню запасів на складах.

Досвід цієї засвідчив, що успіх медичного постачання залежить не тільки від наявності запасів майна, але й від оперативності його подачі за призначенням, правильного маневрування силами та засобами. Вклад військових медиків у справу перемоги над ворогом важко переоцінити: кількість повернутих у стрій поранених складала 72,3%, в хворих воїнів – 90,6%. До речі, у складі радянських Збройних Сил, які приймали участь у Другій Світовій війні, 6 млн. воїнів були українцями [2,10].

У післявоєнний період становлення вітчизняної системи військово-медичного постачання пов’язаний з розвитком армії та флоту, військової

медицини, науки і техніки. На цій основі розроблялися певні принципи організації медичного постачання, форми і методи забезпечення військ ЛЗ та іншим ММ [6].

Переозброєння армії і флоту, яке проходило у 60-70 рр. XX ст., внесло серйозні зміни в систему медичного постачання військ. Перш за все це торкнулося організаційно-штатної структури органів управління і закладів медичного постачання, змісту запасів майна на всіх етапах медичної евакуації, форм і методів доставки медикаментів та іншого ММ військовим частинам і лікувальним закладам в ході операції. Основними критеріями для організації медичного постачання на той період було визначено: 1) зростання темпів наступу військ; 2) високу маневреність; 3) масовість санітарних втрат. Обов'язковою умовою стала наявність мобільних запасів ЛЗ, перев'язувальних матеріалів, без яких не можливо надати на полі бою належної медичної допомоги [2,8]. В якості основного змісту роботи закладів медичного постачання визначено приймання ММ, зберігання і відпуск його частинам і закладам армії та флоту.

Засади, відповідно до яких проводилась організація забезпечення Радянської Армії ЛЗ та іншим ММ, представлені у Таблиці 2.

Таблиця 2

Засади організації забезпечення Радянської армії медичним майном
• повне і безперебійне постачання військових частин і лікувальних закладів у всі періоди їх діяльності (головний принцип)
• централізоване постачання ММ військ і флоту, в основу якого покладено централізоване управління запасами ММ
• планове постачання ММ
• економічність і дбайливість у використанні ММ
• висока готовність, яка полягає у швидкому розгортанні сил та засобів медичного постачання
• нормоване натуральне постачання та відпуск ММ в натуральних одиницях у межах встановлених норм постачання

Протягом 80-90 рр. XX ст. корінних змін у вітчизняній системі військово-медичного постачання не відбувалося. Більшу увагу приділяли науковій організації праці на медичних складах та у військових аптеках, яка передбачала: удосконалення організації та оснащеності робочих місць; раціоналізацію і механізацію операційно-виробничих процесів; удосконалення організації перевезень ММ; раціоналізацію прийомів і методів праці; покращення умов праці; нормування витрат праці на окремі виробничі операції; підвищення спеціального і культурного рівня фармацевтичних фахівців; удосконалення форм розподілу праці; уніфікацію прописів екстемпоральної рецептури; застосування математико-статистичних методів в плануванні та організації медичного постачання [1,10]. У вказаний період здійснювалося й удосконалення та поновлення керівних документів, що регламентували діяльність підрозділів і закладів військово-медичного постачання.

У квітні 1986 р. відбулася екологічна катастрофа, спричинена руйнуванням IV-го енергоблоку Чорнобильської атомної електростанції, розташованої на території України. Катастрофа стала найбільшою за всю історію ядерної енергетики, як за кількістю загиблих і потерпілих від її наслідків людей, так і за економічним збитком. За офіційною статистикою, в Україні станом на 1.01.2016 р. людей, які постраждали внаслідок аварії на Чорнобильській АЕС налічується майже 2 млн. осіб.

Для мінімалізації тяжких наслідків аварії були залучені військовослужбовці усіх родів військ, у т.ч. медичні частини Міністерства оборони СРСР. Зокрема, лише упродовж перших днів після катастрофи за рахунок 408-го окружного військового госпіталю та Чернігівського військового госпіталю були сформовані 4 бригади лікарів та надано чимало ММ (25 тис. індивідуальних аптечок, 500 палаток, 25 л донорської крові та альбуміну, санітарні машини, розгорнуто стаціонар на 20 ліжок тощо). Внесок військових медиків – лікарів, провізорів, фармацевтів, медичних сестер досить важко перебільшити. Військових поряд з лікарями, пожежниками і вченими називали

«солдатами чорнобильських полків» [10].

Висновок. На основі узагальнення даних проаналізовано ключові етапи становлення вітчизняної військової аптечної справи. Вказана галузь, починаючи з періоду зародження і упродовж майже 400 років до набуття Україною незалежності, мала потужну та ефективну структуру, діяльність якої була забезпечена сучасною організаційно-методичною та науковою базою. Розвиток військової фармації відбувався у тісному взаємозв'язку з соціально-політичним становищем суспільства.

Література.

1. Борищук В. О. Історичний генезис розвитку аптечної справи в Україні на різних етапах її суспільно-економічного та державно-політичного розвитку / В.О. Борищук, Соловйов О. С., Г. В. Загорій [та ін.]. – Фармац. журнал №5, 2014. - С. 29-35.

2. Іванов С. В. Історія становлення медичної служби Збройних Сил України / С. В. Іванов // Військова медицина України. – 2001. - №1. – С. 96-100.

3. Кучмістова О. Ф. Вступ до фаху. Історія фармації// О. Ф. Кучмістова. – Навч. посіб. – К. : КНУТД, 2004. – 131 с.

4. Мирошниченко Ю.В. На передовых рубежах российской фармации – от кафедры Materia medica до кафедры военно-медицинского снабжения и фармации/ Ю.В. Мирошниченко [и др.] // Вестник Рос. воен.-мед. академ. – 2009. - №1 (25). – С. 161-167.

5. Мирошниченко Ю. В. Роль отечественных военных фармакопей в медицинском обеспечении армии и флота (к 150-летию издания «Русской военной фармакопеи») / Ю. В. Мирошниченко, Е. И. Саканян, А. Б. Перфильев, В.Н. Кононов// Вестник Рос. военно-мед. академии, №2 (54). – СПб, 2016. – С. 260-267.

6. Семенченко В.Ф. Хроника фармации / В.Ф. Семенченко. – М.: Альфа-М, 2007. – 640 с.

7. Трохимчук В. В. Етапи історичного розвитку та стан вітчизняної системи медикаментозного забезпечення військовослужбовців напередодні

Великої Вітчизняної війни [Текст] / В. В. Трохимчук, О. П. Шматенко, С. Г. Убогов // Збірник наук. праць УВМА. – К. : Курсор, 2006. – Вип. 16. – С. 676-682.

8. Трохимчук В. В. Вітчизняна система медикаментозного забезпечення військ на шляху від Великої Вітчизняної війни до набуття Україною незалежності [Текст] / В. В. Трохимчук, О. П. Шматенко, С. Г. Убогов // Збірник наук. праць УВМА. – К. : Курсор, 2007. – Вип. 18. – С. 397 - 402.

9. Шматенко О. П. З історії організації медичного і фармацевтичного забезпечення Української повстанської армії у 1942 - 1953 рр. / О. П. Шматенко, С. Г. Убогов, Р. Л. Притула // Військова медицина України. – Т. 12. – 2002. - С. 82-87.

10. Міфи та реалії військової медицини [Електронний ресурс]. – Режим доступу: http://censor.net.ua/resonance/349347/mfi_ta_real_vyiskovo_meditsini.

УЗАГАЛЬНЕННЯ ІСТОРИЧНОЇ СПАДЩИНИ ЯК ПІДҐРУНТЯ СУЧАСНОГО РОЗВИТКУ ВІЙСЬКОВОЇ ФАРМАЦІЇ

Кучмістова О.Ф., Шматенко В.В., Кучмістов В.О., Сирота П.С.

Резюме. Авторами оглядово проаналізовано історичний шлях розвитку військової фармації. Показано, що її становлення безпосередньо пов’язано зі створенням армії, суспільно-історичними та соціально-політичними змінами у суспільстві.

ОБОБЩЕНИЕ ИСТОРИЧЕСКОГО НАСЛЕДИЯ КАК ПЛАТФОРМА СОВРЕМЕННОГО РАЗВИТИЯ ВОЕННОЙ ФАРМАЦИИ

Кучмистова Е.Ф., Шматенко В.В., Кучмистов В.А., Сирота П.С.

Резюме. Авторы обзорно проанализировали исторический путь развития военной фармации. Показано, что ее становление непосредственно связано с созданием армии, общественно-историческими и социально-политическими изменениями в обществе.

GENERALIZATION OF HISTORICAL HERITAGE AS A PLATFORM OF MILITARY PHARMACY MODERN DEVELOPMENT

Kuchmistova O., Shmatenko V., Kuchmistov V., Sirota P.

Summary. The authors of survey analysed historical ways of military pharmacy development. Direct relation to army creation and society public, historical, social and political changes was shown.

УДК 614.2

ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Жаксылык А.А.[1], Махатов Ж.Б.[2], Тойжанов Б.К.[1],
Жакипбеков К.С.[3], Булешов М.А.[1]

[1]Южно-Казахстанская государственная фармацевтическая академия, г. Шымкент, Казахстан

[2]Южно-Казахстанский государственный университет им. М. Ауезова, г. Шымкент, Казахстан

[3]Медицинский университет Астана, г. Астана, Казахстан

nur-ali@list.ru

Резюме

В данной статье рассмотрены основные тенденции развития здравоохранения Республики Казахстан и влияние на них показателей заболеваемости, внедрения обязательного медицинского страхования.

Ключевые слова: Здравоохранение, ОМС, Республика Казахстан.

Введение.

Здравоохранение – одна из самых затратных статей бюджета любого государства. По затратам на здравоохранение на душу населения в мире

лидируют Норвегия, Швейцария и, конечно, Соединенные Штаты Америки. В этих странах данный показатель составляет $ 9715 (9,6% ВВП), $ 9276 (11,5% ВВП) и $ 9146 (17,1% ВВП), соответственно. Однако мировой опыт показывает, что аналогичных или даже более высоких результатов можно добиться за гораздо меньшие деньги. К примеру, затраты на здравоохранение на душу населения в Гонконге составляют всего лишь $ 1716 (6% ВВП), в Израиле - $ 2599 (7,2% ВВП), в Сингапуре – $ 2507 (4,6% ВВП). При этом показатель продолжительности жизни населения здесь составляет 82 до 83 года, прямо как в Норвегии и Швейцарии. Для сравнения, средняя продолжительность жизни в США составляет 79 лет [1].

Согласно рейтингу, составленному Bloomberg, система здравоохранения Казахстана занимает 45 место в рейтинге стран. При составлении рейтинга учитывались продолжительность жизни населения, расходы на здравоохранение на душу населения и доля расходов на здравоохранение от ВВП. В РК при расходах на здравоохранение в $ 539 на человека и около 4,4% от ВВП продолжительность жизни составила 71,6 год [2].

Цель – изучить основные тенденции развития здравоохранения Республики Казахстан и влияние на них показателей заболеваемости, основные аспекты внедрения обязательного медицинского страхования.

Методы исследования.

При исследовании использовались статистический, сравнительный, системный и другие методы анализа. Информационными материалами, используемыми в исследовании, является данные, опубликованные в печати, а также материалы специализированных периодических изданий.

Основной материал исследования.

По данным МЗ РК, в первом полугодии прошлого года число больных с впервые в жизни установленным диагнозом составило 55,16 тыс. на 100 тыс. населения. Это на 14,5% больше, чем в аналогичном периоде прошлого года (48,17 тыс. на 100 населения) и на 5,3% больше, чем в целом по итогам 2015 года [3].

Например, показатель заболеваемости болезнями системы кровообращения за 9 месяцев 2016 года составил 2311,2 на 100 тыс. населения, против 2071,2 за аналогичный период 2015 года (плюс 11,6% за год). Высокие показатели отмечаются в Алматы (3294,3), Южно-Казахстанской (2877,9), Северо-Казахстанской (2854), Кызылординской (2823,4), Восточно-Казахстанской (2762,9) и Жамбылской (2664,2) областях.

Показатель заболеваемости злокачественными новообразованиями за 9 месяцев 2016 года составил 202,2 на 100 тыс. населения, против 199,3 за аналогичный период 2015 года (+1,5% за год). Наиболее высокие показатели наблюдаются в Северо-Казахстанской (335,2), Павлодарской (309,5), Костанайской (300,9), Восточно-Казахстанской (300,0), Карагандинской (293,6) областях. Впрочем, рост объясняется увеличением выявляемости в ходе проведения скрининговых исследований на определение онкозаболеваний на ранних стадиях.

Анализ заболеваемости населения туберкулезом за 9 месяцев 2016 года свидетельствует о снижении показателя в целом по РК на 8,2% - 54,8 на 100 тыс. населения, против 59,7 за аналогичный период 2015 года.

За 9 месяцев 2016 года в больничные организации республики поступило на лечение 2,06 млн больных против 2 млн за аналогичный период 2015 года (+3,1%).

В целом по итогам 2015 года общее число заболевших казахстанцев достигало 17,36 млн, число заболевших с впервые установленным диагнозом - 9,2 млн (на 2,2% больше, чем годом ранее).

В структуре заболеваемости для общего числа пациентов с впервые установленным диагнозом 42% занимали болезни органов дыхания. Для снижения детской смертности и заболеваемости пневмонией, и профилактики ее осложненных форм, в течении последних 5 лет в РК осуществляется вакцинация детей против пневмококковой инфекции в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи.

Кроме того, более 7% диагнозов приходилось на болезни мочеполовой

системы и органов пищеварения, еще 6% заболеваний причинили травмы и отравления.

В то же время, с ростом заболеваемости растет и обеспокоенность казахстанцев своим здоровьем. Так, поступления по страховым премиям в сегменте добровольного личного страхования на случай болезни увеличились за год на 2,9%, до 7,05 млрд тенге за январь-февраль 2017. Для сравнения, за первые два месяца прошлого года страховые компании собрали на 6,3% меньше премий, чем годом ранее.

Более 70% премий собрали три страховые компании: ДСК Народного банка Казахстана «Халык-Казахинстрах» (2,4 млрд тенге, минус 13,3% за год), «Интертич» (1,85 млрд тенге, плюс 39% за год), и «Евразия» (770,5 млн тенге, плюс 4,1% за год).

Страховые выплаты в сегменте страхования на случай болезни, напротив, снизились - минус 13,4% за год, до 2,92 млрд тенге за январь-февраль 2016.

Более 70% страховых выплат обеспечила та же тройка лидеров сектора: «Халык-Казахинстрах» – 897,1 млн тенге, минус 40,5% за год, «Интертич» – 710,8 млн тенге, плюс 21,1% за год и «Евразия» – 473,3 млн тенге, плюс 24,2% за год.

Учитывая вышесказанное, возникла необходимость внедрения обязательного социального медицинского страхования в Республике Казахстан, которое было определено Планом институциональных реформ «100 конкретных шагов дальнейшего государственного строительства» и Посланием главы государства народу Казахстана «Казахстанский путь – 2050: Единая цель, единые интересы, единое будущее». Так, Правительством Республики Казахстан был принят закон «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗРК, который регулирует общественные отношения, возникающие в системе обязательного социального медицинского страхования, в целях реализации конституционного права граждан на охрану здоровья [4].

Принятое обязательное социальное медицинское страхование

основывается на следующих принципах:

1) соблюдения и исполнения законодательства Республики Казахстан об обязательном социальном медицинском страховании;

2) обязательности уплаты отчислений и (или) взносов;

3) солидарной ответственности государства, работодателей и граждан;

4) доступности и качества оказываемой медицинской помощи;

5) использования активов фонда исключительно на оказание медицинской помощи в системе обязательного социального медицинского страхования;

6) гласности деятельности фонда [4].

Для аккумулирования обязательных ежемесячных взносов и закупа медицинских услуг на базе Комитета оплаты медицинских услуг МЗ РК был создан Фонд социального медицинского страхования в организационно-правовой форме некоммерческого акционерного общества. Учредителем и единственным акционером Фонда выступает Правительство РК.

Выводы.

Таким образом, в свете роста показателя заболеваемости, а также ежегодного увеличения затрат на здравоохранения в Республике Казахстан внедрение обязательного медицинского страхования усилит финансовую устойчивость системы здравоохранения на основе принципа солидарной ответственности государства, работодателей и граждан, расширить и повысить качество предоставляемых медицинских услуг в Казахстане.

Литература.

1. Какие страны имеют наиболее рентабельное здравоохранение? Фармацевтическое обозрение. 18 Апрель 2017. https://pharm.reviews/novosti/zarubezhnye-novosti/item/2019-kakie-strany-imeyut-naibolee-rentabelnoe-zdravookhranenie.

2. Система здравоохранения РК заняла 45 место в рейтинге Bloomberg. Фармацевтическое обозрение. 03 Октябрь 2016.

http://pharm.reviews/novosti/zarubezhnye-novosti/item/1432-sistema-zdravookhraneniya-rk-zanyala-45-mesto-v-rejtinge-bloomberg.

3. Показатели заболеваемости населения в Казахстане растут. Фармацевтическое обозрение. Вторник, 18 Апрель 2017. https://pharm.reviews/novosti/novosti-kazakhstana/item/2016-pokazateli-zabolevaemosti-naseleniya-v-kazakhstane-rastut.

4. Закон РК «Об обязательном социальном медицинском страховании» от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗРК.

MAIN TRENDS OF HEALTH CARE DEVELOPMENT OF THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN

Zhaksylyk A.A.[1], Makhatov Zh.B.[2], Toizhanov B.K.[1],
Zhakipbekov K.S.[3], Buleshov M.A.[1]

[1] South-Kazakhstan State Pharmaceutical Academy, Shymkent, Kazakhstan

[2] Auezov South-Kazakhstan State University, Shymkent, Kazakhstan

[3] Astana Medical University, Astana, Kazakhstan

Summary

In this article, the main trends in the development of health care in the Republic of Kazakhstan and the impact on them of morbidity rates, the introduction of compulsory health insurance.

Key words: Healthcare, OMS, Republic of Kazakhstan.

УДК 615.1: 061.2

УДОСКОНАЛЕННЯ ЗАСАД СУСПІЛЬНОГО РЕГУЛЮВАННЯ ЩОДО АТЕСТАЦІЇ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ КАДРІВ

Сушарина І. В.[1], Немченко А. С.

[1]Донецький національний медичний університет, м. Краматорськ, Україна

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

economica@ukr.net

Вступ. У переважній більшості країн характерним є делегування державою фармацевтичним громадським організаціям таких регуляторних функцій, як атестація кадрів, акредитація установ, закладів та підприємств галузі й ліцензування роздрібної реалізації лікарських засобів [1]

У визначенні напрямків удосконалення суспільного регулювання з атестації фармацевтичних працівників, на нашу думку, слід виходити з вищезазначених пріоритетів світової практики в цій сфері, з урахуванням національних традицій, що перевірені часом та відображені в нормативно-правових актів (НПА).

Метою дослідження стало обґрунтування основних напрямків удосконалення принципів суспільного регулювання з атестації фармацевтичних працівників (ФП).

Методи та методика дослідження. В роботі були використані методи системного аналіза. Методика дослідження передбачала проведення контент-аналіза НПА, закордонних та вітчизняних публікацій, а також розробку алгоритма удосконалення атестації ФП.

Основний матеріал дослідження. Слід зазначити, що починаючи з 2015 р. по причині постійних реорганізацій в Держлікслужбі, Центральна атестаційна комісія практично не працювала, відповідно не здійснювалось організаційно-методичне керівництво роботою атестаційних комісій територіальних органів Держлікслужби. Так наприклад, починаючи з 2015р. атестаційна комісія при Держлікслужбі у Донецькій області не працювала.

Голова Комісії та більшість її членів залишилась на окупованій території (м. Донецьк). При цьому, на неодноразові звернення Держлікслужби у Донецькій області в МОЗ України з проханням затвердити нову атестаційну комісію відповідь не була надана.

Наразі атестація провізорів та фармацевтів в Україні повинна здійснюватись у відповідності до наказу МОЗ України від 12.12.2006 р. №818 «Про вдосконалення атестації провізорів та фармацевтів». Атестація провізорів та фармацевтів проводиться з метою підвищення професійної майстерності, відповідальності за ефективність та якість роботи, а також є важливою формою морального та матеріального стимулювання, спрямованою на вдосконалення діяльності аптечних закладів усіх форм власності, що займаються фармацевтичною діяльністю. Основним завданням атестації є визначення рівня професійної підготовки провізорів, фармацевтів та підвищення їх кваліфікації [2].

Так, атестація на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційних категорій проводиться комісіями, що створюються при МОЗ України. Однак роль професійних громадських організацій (ГО) в роботі зазначених комісій нормативно не закріплена. При цьому деякі представники професійних об’єднань та асоціацій на даний час входять до складу ліцензійних чи атестаційних комісій МОЗ України та Держлікслужби, але їх роль у цих колегіальних органах носить формальний характер, а вплив на прийняття рішень мінімальний.

В Україні будь-які професійні об'єднання мають право здійснювати діяльність в рамках Закону України «Про громадські об'єднання», однак цього для створення на фармацевтичному ринку організацій, що мають делеговані державою повноваження, недостатньо [3]. Саморегульовані організації на сьогодні не можуть мати статус юридичної особи публічного права й неспроможні здійснювати регулювання у конкретній галузі народного господарства та приймати конкретні акти, які можуть бути обов'язковими для інших учасників саморегулівної організації. Згідно ст. 5 Конституції України

задекларовано, що влада в Україні здійснюється безпосередньо через органи державної влади та місцевого самоврядування.

За умов вкрай обмежених державних матеріальних та фінансових ресурсів, а також взятих на себе державою надмірних соціальних зобов'язань та намагання підвищити соціальні стандарти й гарантії, об'єктивною вимогою часу є запровадження механізмів соціального замовлення з урахуванням кращого вітчизняного і зарубіжного досвіду. Згідно такого досвіду основними формами фінансування соціального замовлення є субсидіювання та різноманітні види непрямої підтримки.

Практика свідчить, що соціальне замовлення, яке базується на поступовому делегуванні від органів державної влади повноважень та ресурсів до інститутів громадянського суспільства частини соціальних та інших функцій, якими перевантажені державні інституції, є ефективним інструментом регулювання діяльності у сфері надання соціальних послуг. Сьогодні потреба в соціальних послугах постійно збільшуються, а потенціал громадського і приватного секторів щодо їх надання використовується в Україні недостатньо та потребує стимулювання.

Ключовими проблеми, які на практиці ускладнюють застосування механізму соціального замовлення в Україні, є: недостатнє нормативно-правове забезпечення; несприйняття органами державної влади організацій «третього сектору» як рівноправного партнера для соціальної співпраці, нівелювання їх ролі в наданні соціальних послуг; відсутність відповідного досвіду зі спільного виконання завдань щодо надання соціальних послуг, низький рівень фахової підготовки багатьох недержавних організацій.

До перспективних напрямів подальших досліджень слід віднести: вивчення зарубіжного досвіду і практики застосування технологій соціального замовлення, укладання соціальних контрактів та можливостей його впровадження у сфері надання соціальних послуг в Україні [4,5,6].

Разом з цим, аналіз національних моделей соціальних послуг показав їх широке поширення в ряді країн ЄС – Німеччини, Угорщині, Болгарії, Румунії та

інших, у багатьох соціальних сферах, у т. ч. й охороні здоров'я [7]. Наприклад, у Німеччині модель соціальної охорони здоров'я передбачає соціальне замовлення пакету послуг, які фінансуються та контролюються державою, надаються громадськими організаціями, переважно некомерційними, як правило, на основі договірних відносин [7,8]. В Україні нажаль така модель відсутня.

Серед країн СНД модель державного соціального замовлення в охороні здоров'я набула поширення, починаючи з 2006 р, у Білорусі, наприклад, вона показала свою ефективність у лікуванні хворих на ВІЛ. Для регламентації державного соціального замовлення в Білорусі у 2013р. був прийнятий спеціальний закон «Про соціальне обслуговування».

Механізм надання соціальних послуг являє собою некомерційні взаємовідносини, у межах яких держава виступає в якості замовника, що обирає необхідного надавача, який буде задовольняти вимогам по відношенню до якості послуг та запропонує найвигідніші умови. Наприклад, у ряді країн надання соціальних послуг регулюється Законом «Про громадське замовлення» (Великобританія, Польща, Литва та інші країни ЄС), у якому визначені головні критерії вибору надавача послуги: наявність економічних переваг, рівень якості послуг, а також інші переваги.

Діючі в Україні регуляторні процедури відрізняються від прийнятих в ЄС. У зв'язку з євроінтеграційними процесами важливе адекватне прийняття відповідних норм з регуляторних процедур у новому проекті Закону України «Про лікарські засоби», наприклад, освітній і кваліфікаційний рівень, в першу чергу фахівців фармації, а не лікарів або біологів, як запропоновано у законопроекті. Сьогодні найдоцільнішим є збереження єдиного органу державного управління та регулювання у фармації – Держлікслужби. При цьому важливо, щоб в управлінні галуззю як «вертикаль», так й «горизонталь» очолювали висококваліфіковані спеціалісти з вищою фармацевтичною освітою.

Держлікслужба, як урядовий орган управління галуззю повинен співробітничати з проблемних питань із громадськими організаціями, яких на

сьогодні величезна кількість. Це, перш за все, Об’єднання організації роботодавців медичної та мікробіологічної промисловості України, Аптечна професійна асоціація України, в котру входить більшість представників великих дистриб'ютерів та аптечних мереж, а також не так давно створене ГО «Всеукраїнська фармацевтична палата». Саме ці професійні ГО могли б брати участь у державному соціальному замовленні МОЗ України стосовно реалізації пріоритетних завдань розвитку фармації. Наприклад, таким державним соціальним замовленням могло б стати проведення атестації фармацевтичних кадрів спільно з вищими навчальними закладами, що здійснюють їх підготовку та підвищення кваліфікації ФП.

Враховуючи вищевикладене нами був розроблений алгоритм надання ГО соціальної послуги «Проведення атестації фармацевтичних працівників (ФП)», який представлений на рис. 1. Однак для цього потрібне прийняття відповідних НПА. Одним із можливих варіантів передачі повноважень щодо атестації ФП фармацевтичним асоціаціям, на нашу думку, може стати правове оформлення соціального замовлення між Держлікслужбою та ГО на проведення атестації ФП на основі цивільно-правових договорів.

Згідно Цивільного кодексу України такі договори передбачають домовленість двох або більше сторін, що спрямована на встановлення, зміну та припинення цивільних прав та обов'язків. Договори з надання соціальних послуг відносяться до найпоширеніших серед цивільно-правових договорів.

Начасі зміна в підходах до проведення атестації ФП безпосередньо ГО, що потребує реалізації наступних етапів, відповідно до запропонованого нами алгоритму, а саме:

- прийняття нового Положення про Атестаційну комісію (на засадах соціального замовлення);
- формування нових Атестаційних комісій за співучастю державних службовців Держлікслужби та інших органів влади, а також провідних вчених ВНЗ.

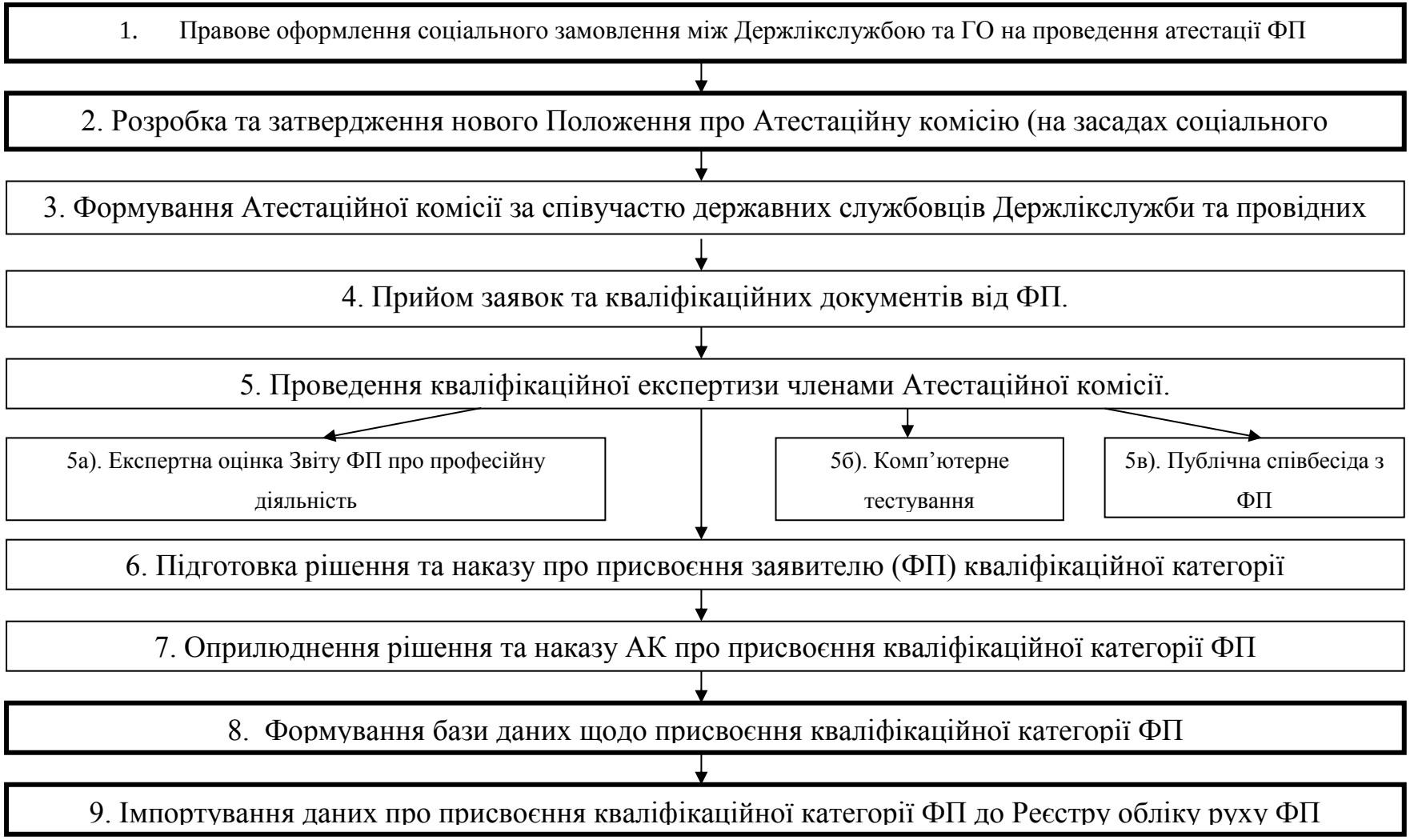


Рис. 1. Запропонований алгоритм надання ГО соціальної послуги «Проведення атестації фармацевтичних працівників (ФП)»

А також:

• проведення членами Атестаційної комісії кваліфікаційної експертизи шляхом експертної оцінки звіту ФП про професійну діяльність, комп'ютерного тестування та публічної співбесіди з ФП;

• публічне прийняття та оприлюднення рішення про присвоєння кваліфікаційної категорії ФП.

Для ефективного управління процесом атестації провізорів та фармацевтів, зокрема реалізації функцій обліку та конторолю, доцільно передбачити формування комп'ютерної бази даних щодо присвоєння кваліфікаційної категорії фахівцям з подальшим включенням цих даних до Реєстру обліку руху ФП.

Таким чином, подальша стратегія реформування кадрової політики у фармацевтичній галузі повинна бути спрямована на вирішення слідуючих основних завдань:

• введення Національного реєстру з урахуванням досвіду ДП МОЗ України «Реєстр медичних та фармацевтичних працівників системи охорони здоров'я»;

• передача повноважень щодо атестації ФП на присвоєння (підтвердження) кваліфікаційної категорії (другої, першої та вищої) фармацевтичним ГО на засадах соціального замовлення;

• визначення та аналіз потреб практичної фармації, зокрема роботодавців, щодо рівня забезпеченості кадрами, а також компетентності та кваліфікації ФП.

Реалізація зазначених завдань буде сприяти створенню в Україні системи ефективного державного та суспільної регулювання кадрової політики у фармації, а також незалежної оцінки якості професійної фармацевтичної освіти, компетентності та кваліфікації фахівців.

Висновки

Враховуючи зарубіжний досвід та існуючі недоліки у вітчизняній практиці, запропоновано передачу повноважень щодо атестації ФП

фармацевтичним асоціаціям, засновану на правовому оформленні соціального замовлення між Держлікслужбою та ГО на проведення атестації на основі цивільно-правових договорів. Розроблений нами алгоритм надання ГО соціальної послуги «Проведення атестації ФП» потребує прийняття відповідних НПА.

Перелік використаної літератури

1. Пашков В.М. Проблеми правового регулювання відносин у сфері охорони здоров'я (господарсько-правовий контекст) / В.М. Пашков. − К. : МОРІОН, 2009. − 448 с.
2. Фармацевтична енциклопедія / Голова ред. ради та автор передмови В. П. Черних. −2-ге вид., переробл. і доповн. – К. : "МОРІОН", 2010. – 1632 с.
3. Закон України «Про громадські організації» від 22.03.2012 р. №4572-VI – [Електронний ресурс] – Режим доступу: http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/4572-17.
4. Закон України «Про соціальні послуги» від 19.06.03 № 966-IV - [Електронний ресурс]. – Режим доступу :http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/966-15.
5. Дубич К.В. Соціальне замовлення – ефективний механізм надання соціальних послуг в Україні / К.В. Дубич. [Електронний ресурс]. – Режим доступу: www.academy.gov.ua/ej/ej17/PDF/14.pdf.
6. Волобуєва Г. Д. Інноваційні механізми реалізації державного соціального замовлення в Україні. – Електронне наукове фахове видання «Державне управління: удосконалення та розвиток». – №2, 2014. – [Електронний ресурс]. – Режим доступу www.dy.nayka.com.ua/?op=1&z=758.
7. European health for all database (HFA-DB) // http://data.euro.who.int/hfadb.
8. Durkheim, É. Social Order and Public Health [Internet resource] / É. Durkheim // The Palgrave Handbook of Social Theory in Health, Illness and Medicine. – 2015. –·February. – P. 75-90. – Available at : http://www.palgrave.com/us/book/9781137355614#aboutAuthors. On-screen name.

УДК 615.1: 061.2

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОСНОВ ОБЩЕСТВЕННОГО РЕГУЛИРОВАНИЯ ПО АТТЕСТАЦИИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ КАДРОВ

И.В. Сушарина, А.С. Немченко

Целью исследования стало обоснование основных направлений совершенствования принципов общественного регулирования по аттестации фармацевтических работников. В работе были использованы методы системного анализа, а так же проведение контент-анализа нормативно правовых актов, зарубежных и отечественных публикаций. Общественные организации могли бы участвовать в государственном социальном заказе МЗ Украины по поводу реализации приоритетных задач развития фармации. Нами был разработан алгоритм оказания общественными организациями социальной услуги «Проведение аттестации фармацевтических работников», что требует принятия соответствующих нормативно-правовых актов.

UDC 615.1: 061.2

PERFECTION OF THE BASES OF PUBLIC REGULATION ON THE ATTESTATION OF PHARMACEUTICAL PERSONNEL

I.V. Susharina, A.S. Nemchenko

The purpose of the study was substantiate the main directions for improving the principles of public regulation on the atistation of pharmaceutical workers. The methods of system analysis, as well as the content analysis of normative legal acts, foreign and domestic publications were used in the work. Public organizations could participate in the state social order of the Ministry of Health of Ukraine regarding the implementation of the priority tasks of pharmacy development. We have developed an algorithm for the provision of social services by social organizations "Carrying out attestation of pharmaceutical workers", which requires the adoption of appropriate regulatory and legal acts.

УДК 615.03: 616.4

АНАЛІЗ ОСНОВНИХ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПЕРОРАЛЬНИХ ЦУКРОЗНИЖУЮЧИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ТА ТЕНДЕНЦІЇ ЇХ СПОЖИВАННЯ В УКРАЇНІ

Яковлєва Л.В., Цубанова Н.А., Бердник О.Г., Орленко Д.С.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
feknfau@ukr.net

Вступ

Цукровий діабет (ЦД) – одне з найпоширеніших захворювань з неухильною тенденцією до зростання. На ЦД хворіє населення усіх країн незалежно від економічного розвитку та географічного розташування; він поширюється на осіб усіх соціальних прошарків та вікових груп; кількість хворих на ЦД у різних країнах складає 4-7 %, з яких 90 % хворіють на ЦД 2 типу. В Україні у структурі ендокринних захворювань ЦД посідає 2 місце (31,88 %). За останні 5 років у нашій державі спостерігається приріст показника поширеності ЦД на 6 %, а число хворих збільшується в основному за рахунок ЦД 2 типу. Однак реальна кількість хворих в Україні, як показують результати епідеміологічних досліджень, у 2-2,5 рази вища внаслідок недіагностованих випадків хвороби [1,2].

Відповідно до міжнародних рекомендацій і настанов щодо ведення хворих на ЦД 2 типу (Міжнародної діабетичної федерації – IDF, Американської діабетичної асоціації – ADA, Європейської асоціації вивчення діабету – EASD, Національного інституту охорони здоров’я і клінічної практики Великобританії – NICE) всім пацієнтам необхідно проводити відповідне медикаментозне лікування, метою якого є досягнення компенсації захворювання і лікування його ускладнень [3,4]. Основними завданнями фармакотерапії пацієнтів з ЦД 2 типу є максимальна компенсація обмінних процесів і забезпечення енергетичного балансу, досягнення цільових рівнів глікемії та інших показників.

Фармацевтичний ринок України сьогодні представлений достатньо широким асортиментом цукрознижуючих препаратів для лікування цукрового діабету 2-го типу. Кількість лікарських засобів (ЛЗ) вітчизняного виробництва складає 42,7 % ТН, наявних на ринку. Серед них частка комплексних пероральних цукрознижуючих лікарських засобів (ПЦЛЗ), перевагою яких є можливість зниження дози активного інгредієнту з гіпоглікемічною дією, що призводило б до зниження побічних ефектів та наявності додаткових фармакологічних ефектів, антиоксидантної, мембранопротекторної дії тощо, складає лише 4% [5, 6, 7].

При виборі лікарського засобу для фармакотерапії лікар повинен керуватись насамперед його ефективністю, але фінансовий тягар при цьому переважно лягає на пацієнтів, частково на заклади охорони здоров'я (ЗОЗ) і суспільство вцілому [8, 9].

Мета

Враховуючи вищевикладене, метою роботи було дослідження асортименту, соціально-економічної доступності та об'ємів споживання ПЦЛЗ на фармацевтичному ринку України за останні два роки (2015-2016).

Матеріали та методи дослідження

Аналіз асортименту та вартості препаратів на ринку України проводили за даними аналітичної системи «Фармстандарт» компанії «Моріон». При аналізі асортименту визначали кількість виробників, різноманітність форм випуску, середню вартість упаковки ПЦЛЗ за період дослідження.

Дані про споживання досліджуваних лікарських засобів були визначені із застосуванням рекомендованої ВООЗ ATC/DDD-методології, яка використовує широко розповсюджену класифікаційну систему ATC (Anatomic Therapeutic Chemical Classification System) і спеціально розроблену одиницю виміру DDD (Defined Daily Dose), яку використовують переважно в дослідженнях по споживанню лікарських засобів. DDD – це визначена у ВООЗ середня підтримуюча добова доза лікарського засобу, який застосовують за основним показанням у дорослих. DDD є «технічною» одиницею вимірювання, яку

розраховують на пацієнта масою тіла 70 кг, і не завжди відповідає рекомендованій добовій дозі ЛЗ, яку призначають лікарі (prescribed daily dose − PDD). ATC/DDD-методологію застосовують для моніторингу споживання певних груп ЛЗ, що представляють особливий інтерес для суспільства з точки зору медичних, соціальних та економічних наслідків їх нераціонального застосування. Методологія дає можливість здійснювати тривалі дослідження на різних рівнях споживання ЛЗ, а також порівнювати ці дані між різними лікувальними установами, регіонами, країнами. Для розрахунку споживання ПЦЛЗ був використаний показник DDDs на 1000 жителів на день (DDDs/1000/день, DID). Розрахунки проводили за даними аналітичної системи дослідження фармацевтичного ринку «Фармстандарт» компанії «Моріон» [10].

Для аналізу соціально-економічної доступності ПЦЛЗ розраховували показник адекватності платоспроможності (Ca.s.), що показує долю заробітної плати, яку необхідно витратити на придбання однієї упаковки ПЦЛЗ, і розраховується за формулою [7,13,14]: Ca.s. = P / Wa.w. x 100 %, де P – середньозважена ціна однієї упаковки ПЦЛЗ; Wa.w. – середня заробітня плата за рік. Значення величини середньої заробітньої плати в Україні знаходили на сайті: www.ukrstat.gov.ua [18]. Всі ПЦЛЗ були розділені на три категорії: високодоступні, значення показника Ca.s. яких було менше за 5 %, середньодоступні (Ca.s. більше 5 % та менше 15 %) і малодоступні (Ca.s. більше 15 %) [10]. Показник Ca.s. використовується у проектах ВООЗ, метою яких є визначення доступності ЛЗ у різних країнах світу. Україна стала 70-ю країною, в якій ВООЗ проводила подібне дослідження. Проект, здійснений у березні 2012 р. Державним експертним центром МОЗ за підтримки Бюро ВООЗ в Україні та Регіонального Бюро ВООЗ у Європі, передбачав аналіз цин на лікарські засоби, їх наявності та економічної доступності з використанням стандартної методології, розробленої Всесвітньою організацією охорони здоров’я та HAI. Дослідження встановило, що економічна доступність основних найдешевших генеричних лікарських засобів, що використовуються для лікування ЦД 2 типу є задовільною. Але малодоступним є лікування

оригінальними лікарськими засобами [19].

Основний матеріал дослідження

На фармацевтичному ринку України зареєстровано 18 МНН ПЦЛЗ. В 2015 році асортимент ПЦЛЗ був представлений 148 ЛЗ, а в 2016 році –150 ЛЗ (табл. 1). Український ринок ПЦЛЗ формується виробниками 15 країн, серед яких в найбільшій кількості представлені фірми-виробникии з України (69 ТН), Німеччини (17 ТН), Великої Британії (15 ТН), Японії (12 ТН), США (11 ТН), Ізраїлю (8 ТН), Швейцарії (7 ТН), Индії та Франції (по 6 ТН), Турції, Польщі та Данії (по 3 ТН), Фінляндії, Аргентини та Боснії і Герцеговини (відповідно по 2 ТН).

Таблиця 1

Асортимент пероральних цукрознижуючих засобів на фармацевтичному ринку України за 2015-2016 рр.

№ п/п	АТС код, МНН	Період дослідження, рік	Кількість ТН	Виробники: вітч/іноз.	Діапазон ціни за упаковку, грн. (мін–макс)
Похідні сульфонілсечовини					
1.	A10B B01, Глібенкламід	2015	7	5/2	10,27–73,76
		2016	7	5/2	9,16–82,97
2.	A10B B08, Гліквідон	2015	1	0/1	211,25–211,25
		2016	1	0/1	208,42–208,42
3.	A10B B09, Гліклазид	2015	10	8/2	32,11–151,49
		2016	10	8/2	39,21–150,63
4.	A10B B12, Глімепірид	2015	33	16/17	19,60–208,12
		2016	35	17/18	28,02–285,08
Бігуаніди					
5.	A10B A02, Метформін	2015	53	23/30	20,51–295,78
		2016	55	21/34	24,38–337,64
Інгібітори α-глюкозидази					
6.	A10B F03, Воглібоза	2015	2	2/0	55,26–64,48
		2016	2	2/0	53,17–63,11
Тіазолідиндіони					
7.	A10B G03, Піоглітазон	2015	5	3/2	102,55–221,65
		2016	5	4/1	109,97–234,21
Інгібітори дипептидилпептидази-4					
8.	A10B H01, Ситагліптин	2015	5	0/5	259,00–906,70
		2016	5	0/5	316,09–921,19

9.	A10B H03, Саксагліптин	2015	2	0/2	535,99–549,81
		2016	2	0/2	522,41–527,47
Глюкагоноподібні пептиди-1					
10	A10B J02, Ліраглутид	2015	1	0/1	4551,24
		2016	1	0/1	5071,32
Інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (SGLT2)					
11	A10B K01, Дапагліфлозин	2015	2	0/2	512,71–554,42
		2016	2	0/2	545,08–590,35
Постпрандіальні стимулятори секреції інсуліну					
12	A10B X02, Репаглинід	2015	2	0/2	209,71–232,69
		2016	2	0/2	230,23–300,46
Інгібітори альдоредуктази					
13	A10X A02, Ізодібут	2015	1	1/0	93,11
		2016	1	1/0	97,05
Комбіновані гіпоглікемізуючі препарати					
14	A10B D02, Метформін та сульфонаміди	2015	13	6/7	64,48–193,02
		2016	12	6/7	75,98–199,67
15	A10B D07, Метформін та ситагліптин	2015	5	0/5	12,91–26,76
		2016	4	0/4	715,08–1200,00
16	A10B D10, Метформін та саксагліптин	2015	3	0/3	382,63–596,77
		2016	3	0/3	391,21–637,71
17	A10B D22, Глімепірид, піоглітазон та метформін	2015	1	0/1	207,03
		2016	1	0/1	202,38
Інші гіпоглікемізуючі препарати, за виключенням інсулінів					
18	A10B X01, Гуарова камідь	2015	2	0/2	53,12–449,99
		2016	1	0/1	506,90
Всього ПЦЛЗ на фармацевтичному ринку за 2015–2016 рр.		2015	148	64/84	10,27–4551,24
		2016	150	64/86	9,16–5071,32

Усі ПЦЛЗ на ринку представлені у вигляді 2 лікарських форм: таблетки (звичайні, вкриті плівковою оболонкою, пролонгованої дії, з модифікованим вивільненням) та гранули, а також є лікарський засіб у вигляді розчину для ін’єкцій в шприц-ручці (Віктоза®, Novo Nordisk, Дания). Найбільш широко ПЦЛЗ представлені у вигляді таблеток (148 ТН). Діапазон роздрібних цін на ТН

ПЦЛЗ за одним МНН варіює від 10,27 грн. (2015) до 5071,32 грн. (2016). Найдешевшим ПЦЛЗ є Глібенкламід, виробництва ПАО Лєкхім (Україна, Київ), табл. 5 мг, №30, а найдорожчим – Віктоза®, Novo Nordisk (Данія), р-н д/ін. 6 мг/мл картридж, вклад. в шприц-ручку 3 мл, №2.

Аналіз асортименту ПЦЛЗ на фармацевтичному ринку України показав, що протягом 2015-2016 рр. спостерігалось незначне збільшення кількості ПЦЛЗ закордонного виробництва: з 84 ТН у 2015 році до 86 ТН – у 2016 р. В той же час серед ПЦЛЗ вітчизняного виробництва спостерігалась стабільність асортименту (64 ТН у 2015 та 2016 роках).

Структурний аналіз асортименту груп ПЦЛЗ показав, що групи ТН за чотирма МНН (Метформін, Гліклазид, Глімепірид та комбінація Метформіну із сульфонамідами) містять від 10 до 55 ТН. Найбільша кількість (55 ТН) характерна для підгрупи А10В А02 Метформін. Групи ТН за 9 МНН (Глібенкламід, Воглібоза, Піоглітазон, Ситагліптин, Саксагліптин, Дапагліфлозин, Репаглинід та комбінації Метформіну із ситагліптином та Метформіну із саксагліптином) містять від 2 до 7 ТН, а групи ТН за 5 МНН (Гліквідон, Ліраглутид, Ізодібут, Гуарова камідь та комбінація Глімепірид, піоглітазон та метформін) мають по 1 ТН: Глюренорм®, Boehringer Ingelheim (Німеччина), табл. 30 мг блістер, №60, Трипрайд, Micro Labs (Індія), табл. блістер, №30, Ізодибут®, Фармак ПАТ (Україна, Київ), табл. 0,5 г блистер, №30 та ін’єкційний препарат Віктоза®, Novo Nordisk (Дания), 6 мг/мл картридж, вклад. в шприц-ручку 3 мл, №2 (табл. 1). Необхідно відмітити, що доля всіх ТН вітчизняного виробництва в 2016 році склала 42,7 %.

Одним із кількісних показників, що характеризує тенденцію формування фармацевтичного ринку, є рівень об’ємів споживання ПЦЛЗ у перерахунку на DDDs/1000 жителів/день(DID). Для цього була використана ATC/DDD – методологія (табл.2).

Таблиця 2.

Об'єм споживання ПЦЛЗ за 2015-2016 роки

№ п/п	АТС код, МНН	Період дослідження, рік	
		DDDs/1000 жителів/день	
		2015	2016
Похідні сульфонілсечовини			
1.	A10B B01, Глібенкламід	2,578	2,119
2.	A10B B08, Гліквідон	0,067	0,069
3.	A10B B09, Гліклазид	2,594	3,072
4.	A10B B12, Глімепірид	1,128	2,86
Всього в групі A10B B		6,367	8,12
Бігуаніди			
5.	A10B A02, Метформін	2,195	2,94
Всього в групі A10B A		2,195	2,94
Інгібітори α-глюкозидази			
6.	A10B F03, Воглібоза	0,0007	0,0013
Всього в групі A10B F		0,0007	0,0013
Тіазолідиндіони			
7.	A10B G03, Піоглітазон	0,041	0,045
Всього в групі A10B G		0,041	0,045
Інгібітори дипептидилпептидази-4			
8.	A10B H01, Ситагліптин	0,031	0,005
9.	A10B H03, Саксагліптин	0,042	0,037
Всього в групі A10B H		0,073	0,042
Глюкагоноподібні пептиди-1			
10	A10B J02, Ліраглутид	0,0023	0,034
Всього в групі A10B J		0,0023	0,034
Інгібітори натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (SGLT2)			
11	A10B K01, Дапагліфлозин	0,072	0,201
Всього в групі A10B K		0,072	0,201
Постпрандіальні стимулятори секреції інсуліну			
12	A10B X02, Репаглинід	0,038	0,025
Всього в групі A10B X		0,038	0,025
Інгібітори альдоредуктази			
13	A10X A02, Ізодібут	0,0033	0,000064
Всього в групі A10X A		0,0033	0,000064
Комбіновані гіпоглікемізуючі препарати			
14	A10B D02, Метформін та сульфонаміди	0,037	0,016

Всього в групі A10B D02		0,037	0,016
15	A10B D07, Метформін та ситагліптин	0,036	0,039
Всього в групі A10B D07		0,036	0,039
16	A10B D10, Метформін та саксагліптин	0,00061	0,00058
Всього в групі A10B D10		0,00061	0,00058
17	A10B D22, Глімепірид, піоглітазон та метформін	0,029	0,043
Всього в групі A10B D22		0,029	0,043
Інші гіпоглікемізуючі препарати, за виключенням інсулінів			
18	A10B X01, Гуарова камідь	0,0029	0,0033
Всього в групі A10B X01		0,0029	0,0033
Всього спожито:		**8,90**	**11,51**

Порівняльний аналіз споживання ПЦЛЗ за 2015-2016 рр. хворими на ЦД 2 типу показав, що за минулі 2 роки на тлі розширення терапевтичних можливостей лікування захворювання та в зв'язку з появою нових цукрознижуючих ЛЗ, основні підходи до терапії ЦД 2 типу істотно не змінилися: найбільші об’єми споживання визначені для ПЦЛЗ − похідних сульфонілсечовини (6,367-8,12 DDDs/1000/день) і метформіну (2,195-2,94) у вигляді монотерапії або у вигляді їх спільної комбінації, що було виявлено і в попередні роки [9]. Але відбулося зменшення об’ємів споживання глібенкламіду (особливо немікронізованої форми, через яку виникає ризик гіпоглікемічних станів) та збільшення споживання менш токсичних ЛЗ, похідних сульфонілсечовини (гліклазиду (2,594-3,072) та глімепіриду (1,128-2,86)). Високий ризик розвитку гіпоглікемії та кардіотоксичність при призначенні глібенкламіду послужили причиною того, що даний препарат не рекомендований до застосування у хворих на ЦД 2 типу в спільному консенсусі ADA/EASD. Поряд з цим спостерігали збільшення об’єм споживання метформіну та його комбінацій, що вказує на більш ранню діагностику ЦД 2 типу та використання ТН даного ЛЗ, рекомендованих для лікування ЦД 2 типу та його легких форм. Ця нова тенденція для нашого ринку відповідає сучасним

вимогам міжнародних нормативних документів: призначенню метформіну широкому колу пацієнтів з ЦД 2 типу.

Щодо нового ін'єкційного ПЦЛЗ з групи аналогів глюкагоноподібного рецептора-1 (ліраглутид) та інших дороговартісних ЛЗ груп інгібіторів дипептидилпептидази-4 (ситагліптин та саксагліптин) та інгібіторів натрій-глюкозного котранспортера 2 типу (SGLT2) (дапагліфлозин), то спостерігається мізерне збільшення споживання цих ЛЗ, що в загальному заліку не вплинуло на основні тенденції споживання ПЦЛЗ хворими на ЦД 2 типу в Україні. Очевидно це пов’язано з економічним спадом в країні, викликаним економічними, політичними та соціальними факторами.

Результати динаміки споживання цукрознижуючих ЛЗ представлені на рис. 1.

Про доступність ПЦЛЗ для населення свідчать як ціни на них, так і показник Ca.s, що показує, яку частину середньої заробітної плати в % необхідно витратити на купівлю однієї упаковки ЛЗ. З метою анализу соціально-економічної доступності були розраховані показники адекватності платоспроможності всіх ПЦЛЗ протягом 2015-2016 років відповідно до МНН [17]. Отримані результати доступності препаратів у %-ому співвідношенні надано на рис. 2. Дослідження показали, що на ринку для споживачів у великій кількості представлені високодоступні ПЦЛЗ. Серед них найбільший відсоток ПЦЛЗ знаходиться в підгрупі глібенкламіду –100%, гліклазиду − 100%, воглібози − 100%, ізодібуту − 100%, метформіну − 92,73%-90,57%, глімепіриду − 90,91%-91,43% та комбінаціях – метформін із сульфонамідами (92,31%-100%) та метформін із піоглітазоном (40%-80%) протягом відповідно 2015-2016 років.

Серед середньодоступних ПЦЛЗ перше місце зайняли препарати гліквідону (100%) та репаглиніду (100%) протягом двох років. На другому місці

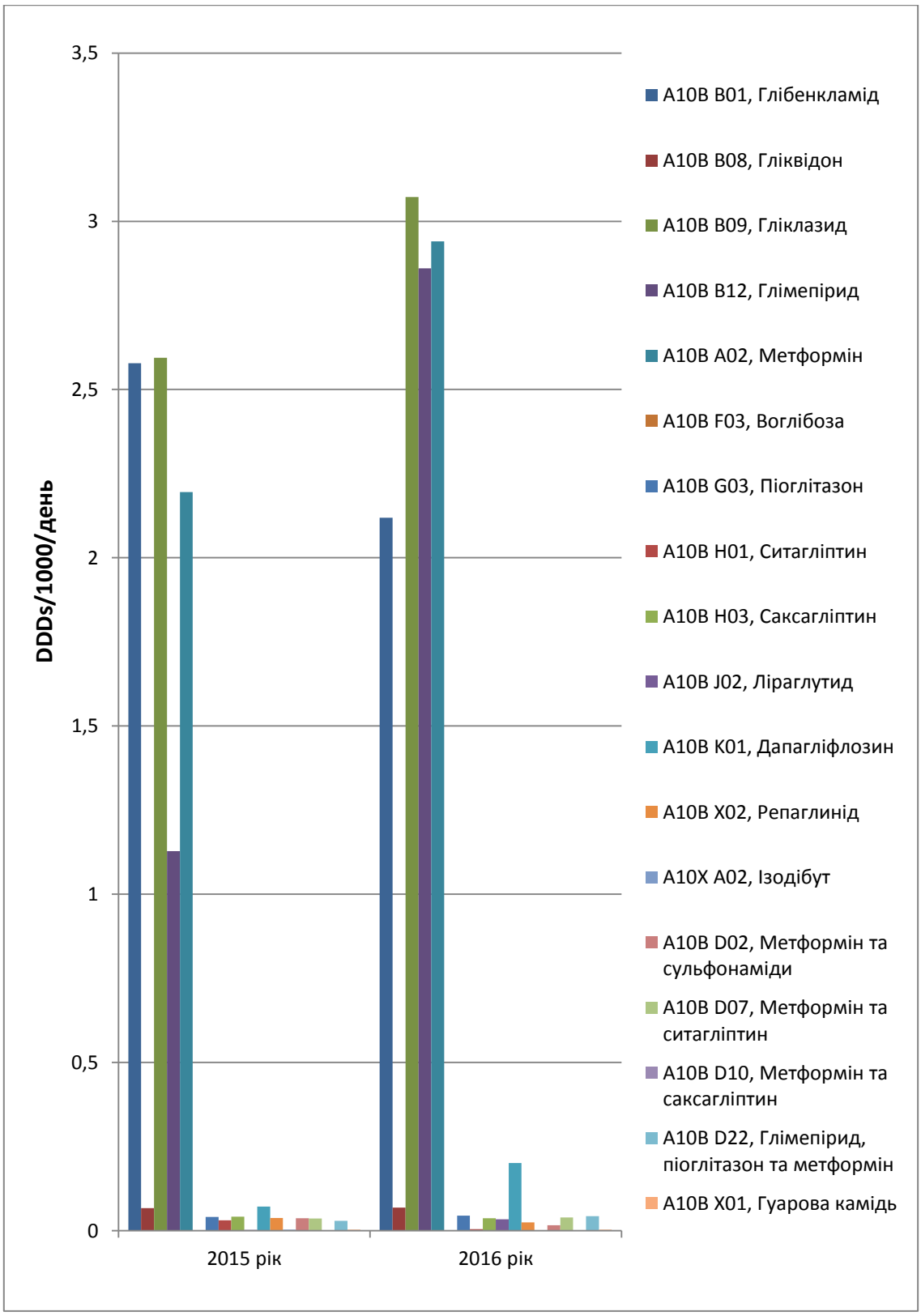


Рис. 1. Динаміка споживання ПЦЛЗ за 2015-2016 роки в Україні за результатами ATC/DDD-методології.

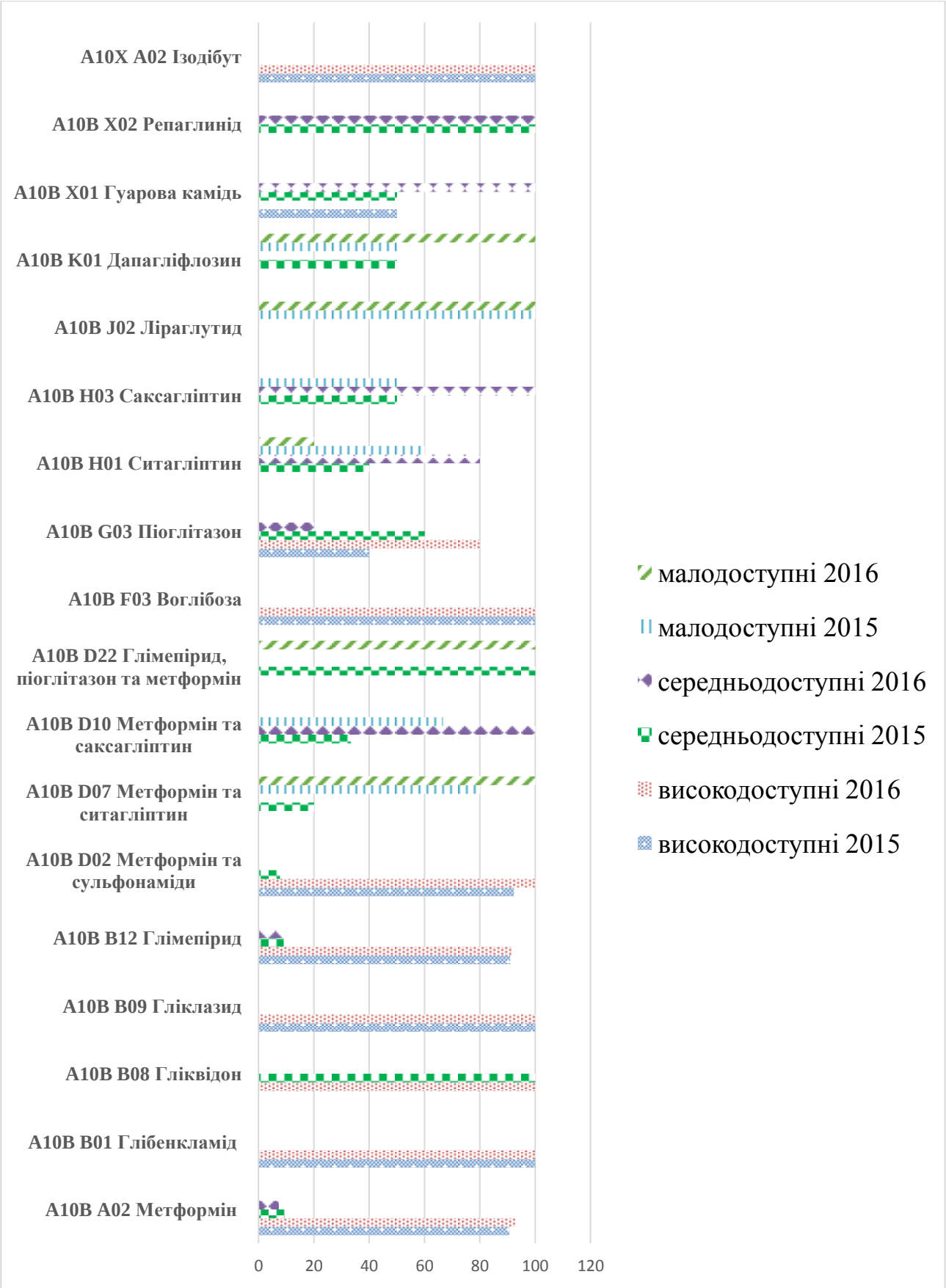


Рис. 2. Показники кількості ТН ПЦЛЗ різного ступеня доступності за показником Ca.s. в % в динаміці за 2015-2016 рр.

ПЦЛЗ саксагліптину (50%-100%) та його комбінація з метформіном (33,33%-100%), середня доступність яких збільшилась за рік майже на 60 %. В найменшій кількості до середньодоступних ПЦЛЗ були віднесені ТН метформіну (9,43%-7,27%) та глімепіриду (9,09%-8,57%) відповідно у 2015-2016 роках.

До малодоступних ПЦЛЗ на ринку України відійшли ТН ліраглутиду (100%), дапагліфлозину (50% у 2015 році, але у 2016 р. перейшли в сегмент середньодоступних ЛЗ), комбінація глімепіриду, піоглітазону та метформіну A10B D22, яка із сегменту середньодоступних ЛЗ (2015 р.) повністю перейшла у сегмент малодоступних ЛЗ (2016 р.). А в групах ситагліптину (60%-20%) та саксагліптину (50%-0%) знизився відсоток малодоступних ЛЗ у 2016 році відповідно.Серед препаратів глібенкламіду, гліклазиду, воглібози та ізодібуту взагалі не було ні середньодоступних ні малодоступних ЛЗ, усі ТН цих МНН відійшли у групу високодоступних ЛЗ. Збільшенню доступності ЛЗ сприяє наявність на фармацевтичному ринку України генеричних ЛЗ.

Таким чином, за період 2015-2016 рр. не встановлено різкого зниження доступності більшості ПЦЛЗ для українських пацієнтів. В деяких групах навіть спостерігався 100% перехід із середньодоступного сегменту до високодоступного (для препаратів гліквідону), що збільшило його споживання.

Висновки та перспективи подальших досліджень

1. За 2015-2016 роки відбулися незначні зміни в асортименті ПЦЛЗ, представлених на фармацевтичному ринку України. Збільшилась кількість вітчизняних генеричних ЛЗ та незначно зменшилась кількість імпортних, що є позитивним, оскільки вітчизняні ЛЗ більш доступні для споживачів. В залежності від виробника, ціни варіювали від низьких до високих, що давало можливість індивідуального вибору препарату з урахуванням діючих компонентів, лікарської форми та ціни.

2. Результати споживання ПЦЛЗ вказують на поширення європейської тенденції лікування хворих на ЦД 2 типу із виключенням найбільш токсичних ЛЗ та призначенням більш дієвих та безпечних ПЦЛЗ. Однак мізерне споживання іноваційних дороговартісних ЛЗ свідчить про залежність цього

сегменту ринку від економічної ситуації в країні.

3. Аналіз соціально-економічної доступності за період 2015-2016 рр. показав, що переважна кількість ПЦЛЗ мала високу доступність для жителів України. Спостерігалось деяке збільшення рівня доступності ПЦЛЗ для українських пацієнтів, що більше за все відобразилось на препаратах гліквідону, піоглітазону та в комбінації метформіну та сульфонамідів.

4. В подальшому необхідно систематично проводити дослідження асортименту ПЦЛЗ на фармацевтичному ринку України: аналізувати кількість МНН та ТН, ціни на препарати та споживання ПЦЛЗ в країні. Отримані результати публікувати у періодичних виданнях, тому що ці дані можуть бути використані організаторами охорони здоров'я для прийняття рішень.

Перелік використаних джерел інформації

1. Вибір раціональної схеми терапії хворих на цукровий діабет 2 типу на основі аналізу витрати-ефективність: інформ. лист / Т. І. Івко, Т. А. Германюк, П. Г. Прудиус, А. С. Флаксемберг, М. Я. Гірняк // – Київ: Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи, 2015. – 4 с.

2. Яковлева Л. В. Анализ ассортимента пероральных сахароснижающих препаратов на фармацевтическом рынке Украины и их наличия в нормативных документах: унифицированом клиническом протоколе и международных рекомендациях Global Guideline for Type 2 Diabetes / Л. В. Яковлева, А. Л. Билык // Материалы междунар. дистанц. научно-практ. конф. «Актуальные проблемы социально-экономической модернизации общества» посвященной 85-летию Казахского национального медицинского университета имени С. Д. Асфендиярова, г. Алматы, Республика Казахстан, 4 мая, 2016 г. – С. 203–209.

3. Яковлева Л.В. Анализ ассортимента и доступности пероральных сахароснижающих препаратов за 2012-2014 годы на украинском фармацевтическом рынке / Л. В. Яковлева, А. Л. Билык // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2016. – № 9–10. – С.44–49.

4. Германюк Т.А. Фармакоекономічна оцінка схем терапії цукрового діабету 2 типу (на базі ендокринологічного відділення Тернопільської університетської

162 лікарні) / Т. А Германюк, Т. І. Івко // Фармакоекономіка в Україні: стан та перспективи розвитку: 6 науково-практична конференція, 22 листопада 2013р., Харків : матеріали, – Х., 2013. – С. 54-64.

5. Грем О. Ю. Оптимізація фармацевтичної допомоги хворим на цукровий діабет 2 типу (модель діяльності клінічного провізора): [Електроний ресурс] : автореф. дис. на здобуття канд. фармац. наук: спец. 15.00.01 «Технологія ліків, організація фармацевтичної справи та судова фармація» О.Ю.Грем – Львів, 2007. – 25 с.

6. Довідник основних показників діяльності ендокринологічної служби України: підсумки діяльності за 2011 р. / Інститут ендокринології та обміну речовин ім. В. П. Комісаренка НАМН України (Ендокринологія). – К, 2012. – № 1. – С. 3-24.

7. Ивко Т. И. Выявление устойчивости результатов анализа затраты-эффективность по выбору фармакоекономически обоснованной схемы терапии СД 2 типа / Т. И. Ивко, Т. А. Германюк // Научные перспективы XXI века. Достижения и перспективы нового столетия, 15-16 августа 2014 г., Новосибирск: материалы, – Н., 2014. – С. 73-77.

8. Качество жизни при сахарном диабете: определение понятия, современные подходы к оценке, инструменты для исследования / Ю. А. Шишкова, Е. В. Суркова, О. Г. Мотовилин [и др.] // Сахарный диабет. – 2011. – № 3. – С. 70-75.

9. Яковлева Л. В. Оценка доступности препаратов метформина и гликлазида на фармацевтическом рынке Украины / Л. В. Яковлева, О. Н. Кириченко, П. Ю. Лукашевич // Ендокринологія. – 2016. – Т.21, №2. – С. 128–133.

10. Програмний комплекс «Аптека» компанії «Моріон» [Електронний ресурс] . – режим доступу до сайту: НТТ: // pharmbase.com.ua/poisk/

11. Суслик А. І. Особливості вмісту мікроелементів у крові хворих на цукровий діабет 2-го типу з ожирінням / А. І. Суслик // Експерементальна та клінічна фізіологія та біохімія. – 2012. – № 3.– С. 54-59.

12. Уніфікований клінічний протокол первинної та вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги [Електронний ресурс]: Наказ МОЗ України від 21.12.2012 р.

№ 1118 – Режим доступу: https://www.moz.gov.ua/docfiles/dod1118_2_2012.pdf.

13. Хуторська Л. А. Порівняльний аналіз структури смертності хворих на цукровий діабет 1-го та 2-го типів / Л. А. Хуторська // Медицина неотложных состояний. – 2012. – № 7-8 (46-47). – С. 122-126.

14. Ягудина Р.И. Фармакоэкономика сахарного диабета второго типа. Р. И. Ягудина, А. Ю. Куликов, Е. Е. Аринина // М.: ООО "Медицинское информационное агентство", 2011. – С. 4-66.

15. Camilo Molino. Prescription patterns for diabetes mellitus and therapeutic implications: a population – based analysis / Camilo Molino Guidoni, Anna Paula de Sá Borges, Osvaldo de Freitas, [et al.] // Arquivos Brasileiros de Endocrinologia & Metabologia. – 2012. – № 56/2. – P. 120-127.

16. Hex N. Estimating the current and future costs of type 1 and type 2 diabetes in the UK, including direct health costs and indirect societal and productivity costs. / Hex N., Bartlett C.,Wright D. et al // Diabetic Med. – 2012. – № 29. – P. 855-862.

17. Mpondo B. Glycaemic control and glucose-lowering therapy in diabetic patients with kidney disease / B Mpondo // African Journal of Diabetes medicine. – 2014. – № 1. – P. 12-16.

18. www.ukrstat.gov.ua

19. Фармакоекономіка в Україні: стан та перспективи розвитку / Рациональная фармакотерапия. – № 1 (30). – 2014. – С. 25–31.

20. Матияш О.Н. Ретроспективный анализ медикаментозной терапии в условиях реальной клинической практики у больных сахарным диабетом 2-го типа / О.Н. Матияш, Л.В. Яковлева, О.Н. Кириченко // Фармацевтический кластер как интеграция науки, образования и производства: материалы III Междунар. науч. конф. в рамках Науч. сессии НИУ «БелГУ», г.Белгород, 12-17 апреля 2013 г.; под.ред. проф. И.В. Спичак. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013. – С.49-51.

21. Фармакоепідеміологічна та фармакоекономічна оцінка лікування хворих на цукровий діабет / Л. В. Яковлева, О. Н. Кириченко // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. - 2011. - № 2. - С. 10-20.

УДК 615.03: 616.4

АНАЛИЗ ОСНОВНЫХ СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ХАРАКТЕРИСТИК ПЕРОРАЛЬНЫХ САХАРОСНИЖАЮЩИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ И ТЕНДЕНЦИИ ИХ ПОТРЕБЛЕНИЯ В УКРАИНЕ

Л.В. Яковлева, Н.А. Цубанова, О.Г. Бердник, Д.С. Орленко

Национальный фармацевтический університет, г. Харьков, Украина

feknfau@ukr.net

АННОТАЦИЯ

Сахарный диабет был и остается глобальной проблемой современности, которая приводит к инвалидизации, потери трудоспособности и смерти. В настоящее время количество больных диабетом в Украине составляет 2,5-3% от всего населения. В связи с распространенностью этой патологии, разнообразием осложнений, тяжестью проявлений и сложностью в подборе лечения, необходимым является тщательное и комплексное изучение вопросов терапии, особенно инсулиннезависимой формы, что в значительной мере определяет течение и прогноз заболевания. Учитывая, что подавляющее большинство больных сахарным диабетом относится к населению трудоспособного возраста, а современная диагностика и лечение уменьшают частоту возникновения осложнений, актуальным является обеспечение населения эффективными, качественными, безопасными и доступными сахароснижающими средствами для своевременной терапии больных сахарным диабетом 2 типа. С этой целью целесообразным был анализ ассортимента и доступности пероральных сахароснижающих средств для потребителей Украины в динамике.

Ключевые слова: сахарный диабет 2 типа, пероральные сахароснижающие лекарственные средства, ассортимент, доступность, фармацевтический рынок Украины.

UDK 615.03: 616.4

ANALYSIS OF MAIN SOCIO-ECONOMIC CHARACTERISTICS ORAL HYPOGLYCEMIC DRUGS AND TRENDS OF CONSUMPTION IN UKRAINE

L.V. Iakovleva, N.A. Tsubanova, O.G. Berdnik, D.S. Orlenko

The National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine

feknfau@ukr.net

Diabetes was and remains today a global problem that leads to disability, disability and death. Currently, the number of diabetic patients in Ukraine is 2.5-3% of the population. Due to the large spread of this disease, a variety of complications, severity of symptoms and difficulty in finding treatment is necessary to thorough and comprehensive study on the treatment, especially insulin-dependent form, which largely determines the course and prognosis. Given that the vast majority of patients with diabetes mellitus refers to the working-age population, and modern diagnosis and treatment reduce the incidence of complications is important to ensure effective population, high quality, safe and available hypoglycemic agents for timely treatment of patients with type 2 diabetes. To this end, the analysis was appropriate range and availability of oral drugs for consumers hypoglycohaemic Ukraine dynamics.

Key words: type 2 diabetes, oral hypoglycemic drugs, assortment, availability, pharmaceutical market of Ukraine.

УДК: 616.596.828-08:615.282:65.9(5Каз)21

МАРКЕТИНГОВЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ПРОТИВОГРИБКОВЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИБКОВЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НА РЫНКЕ РЕСПУБЛИКИ КАЗАХСТАН

Дербисбекова У.Б.[1], Датхаев У.М.[1], Шопабаева А.Р.[1],
Журавель И.А.[2], Слямханова С.А.[1], Бердибеков М.А.[3]
[1]Казахский Национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы, Казахстан
[2]Харьковская медицинская академия последипломного образования, г. Харьков, Украина
[3]Международный казахско-турецкий университет имени Ходжи Ахмеда Ясави, г. Шымкент, Казахстан
derbisbek_uldan@mail.ru

В данной работе говориться о состоянии фармацевтического рынка страны в целом, о классификации грибковых заболеваний. Представлен обзор противогрибковых препаратов импортного и отечественного производства с активными веществами для системного и наружного применения. Изучение ассортимента лекарственных средств (ЛС) для лечения данной патологии, зарегистрированных на фармацевтическом рынке РК, позволит оптимизировать ассортимент исследуемой фармакологической группы, повысить качество фармацевтической помощи больным грибКовыми инфекциями и улучшить фармацевтическое сопровождение потребителей ЛС противогрибкового действия.

Ключевые слова: маркетинговые исследования, лекарственные средства, анализ ассортимента, производители, фармацевтический рынок.

Введение. В разных странах дерматологическими заболеваниями страдает от 40 до 85% населения. Показатель распространенности болезней кожи и подкожной клетчатки среди населения Казахстана продолжает расти.

Лечение заболеваний кожи в настоящее время является важной и актуальной среди задач, решаемых современным здравоохранением. Прежде всего, мероприятия в этой области должны быть направлены на совершенствование системы учета кожных заболеваний на основе проведения корректных, сопоставимых по методологии исследований распространенности и факторов риска, проведение компаний по информированию населения о факторах риска развития тяжелых кожных заболеваний, таких как рак кожи, профессиональные дерматозы, грибковые поражения кожи; разработка территориальных программ и формулярных справочников, позволяющих совершенствовать организацию лекарственного обеспечения больных болезнями кожи и подкожной клетчатки в условиях конкретного региона [1-3].

На сегодняшний день более 30 % населения планеты страдают различными грибковыми инфекциями, что непременно подталкивает к необходимости в разработке новых лекарственных форм (ЛФ) противогрибкового действия.

Эффективное лечение грибковых инфекций (микозов) остается одной из наиболее актуальных и не до конца решенных задач нашей системы здравоохранения. По последним данным (ВОЗ) более 30 % людей на планете болеет микозами, а 90 % людей хотя бы один раз сталкивались с грибковым заболеванием. Частота возникновения данных заболеваний постоянно растёт: каждые 10 лет число страдающих микозами увеличивается в 2,5 раза.

Под их воздействием изменяются взаимоотношения организма человека и его микрофлоры, что ведет к активизации грибов, у 60% населения в сапрофитном состоянии. Активизации грибковой флоры способствуют и другие факторы, воздействующие на резистентность организма. Состояние экологии, образ жизни, качество питания влияют на увеличение числа грибковых заболеваний [4-7].

Анализ научных литературных данных показал, что остается без должного внимания проблема повышения эффективности использования лекарственных средств, применяющихся в терапии грибковых заболеваний для

наружного применения.

За последнее десятилетие произошло насыщение Казахстанского рынка лекарственными препаратами различных фармакотерапевтических групп, однако из-за дороговизны большинства зарубежных препаратов решение важнейшей социально-экономической задачи по оздоровлению населения остается проблематичным. Вследствие этого противогрибковые лекарственные средства (ПГЛС) становятся все более востребованными [6, 7].

В этой связи, вышеперечисленные факты предопределили выбор исследовании, позволили очертить круг исследуемых проблем.

Цель исследования. Создание новых эффективных противогрибковых лекарственных препаратов (ПГЛП). При планировании новых исследований по созданию современных ПГЛП одним из этапов является проведение маркетингового анализа рынка.

Материалы и методы. Нами изучен сегмент ПГЛП, представленных на современном фармацевтическом рынке Казахстана. Для исследования были выбраны ЛС из следующих групп по АТС – классификации: D01A «Противогрибковые препараты для наружного применения» и D01B «Противогрибковые препараты для системного применения» [8].

Результаты и их обсуждение. Форма лекарственного препарата сильно влияет на удобность и эффективность при использовании. Сейчас на практике есть разные лекарственные формы. На нашем фармацевтическом рынке с соответствий с реестром РК процентное соотношение лекарственных форм следующие: крема – 45%, таблетки – 14%, раствор для наружного применения – 7%, спрей – 7%, лак для ногтей – 3%, гель – 2%, и. т.д. (рис. 1) [9-10].

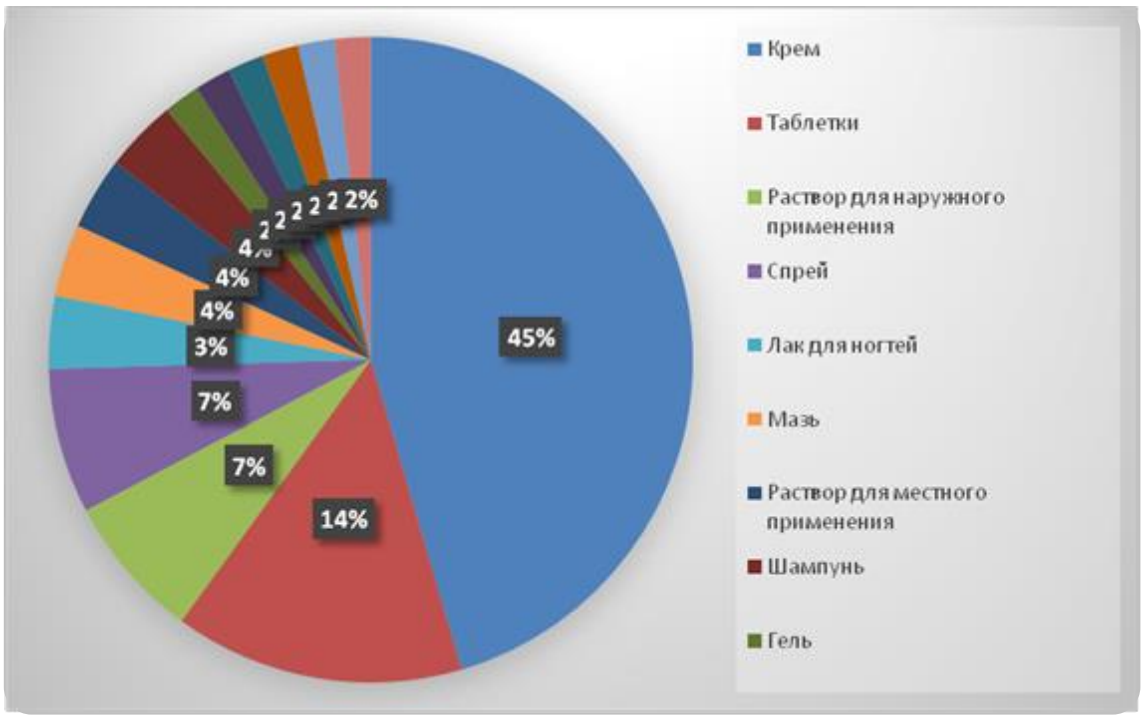


Рис. 1. Лекарственные формы противогрибковых препаратов для лечения грибковых заболеваний в долевом объеме на рынке РК

На рынке противогрибковых препаратов РК генерик составляет 89%, а оригинал 11%. Из них 22% выпускаются с рецептом врача, а остальные 78% без рецепта. Про производящим странам в этой отрасли из 21 стран на первом месте Индия, а Казахстан на восьмом. (рис. 2) [11].

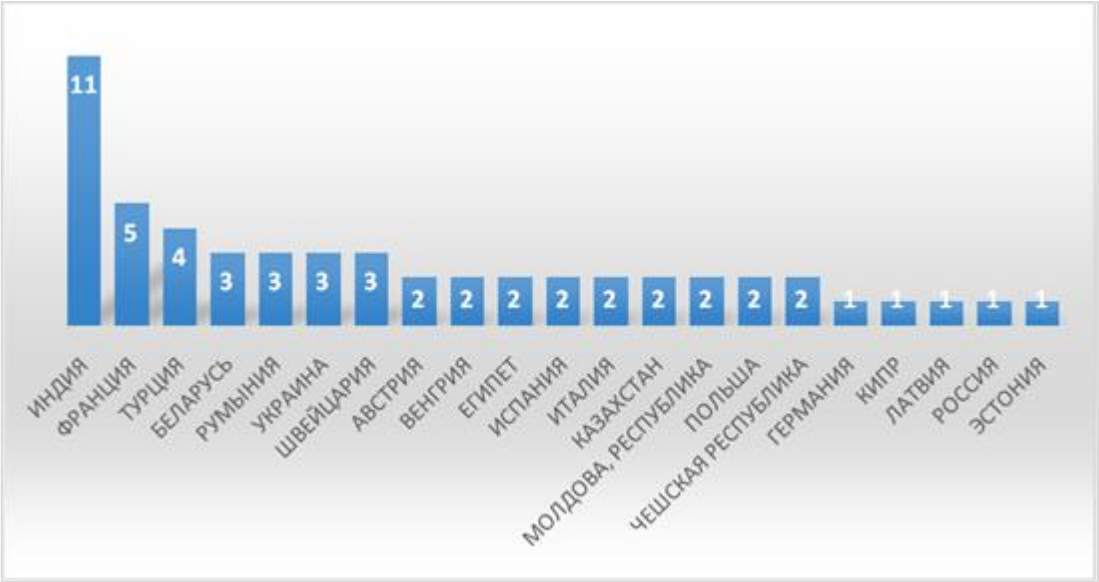


Рис. 2. Страны производителей в долевом объеме на рынке РК

Ниже представлены производители противогрибковых лекарственных средств на нашем рынке и соответственно количество производимых препаратов (Рис. 3).

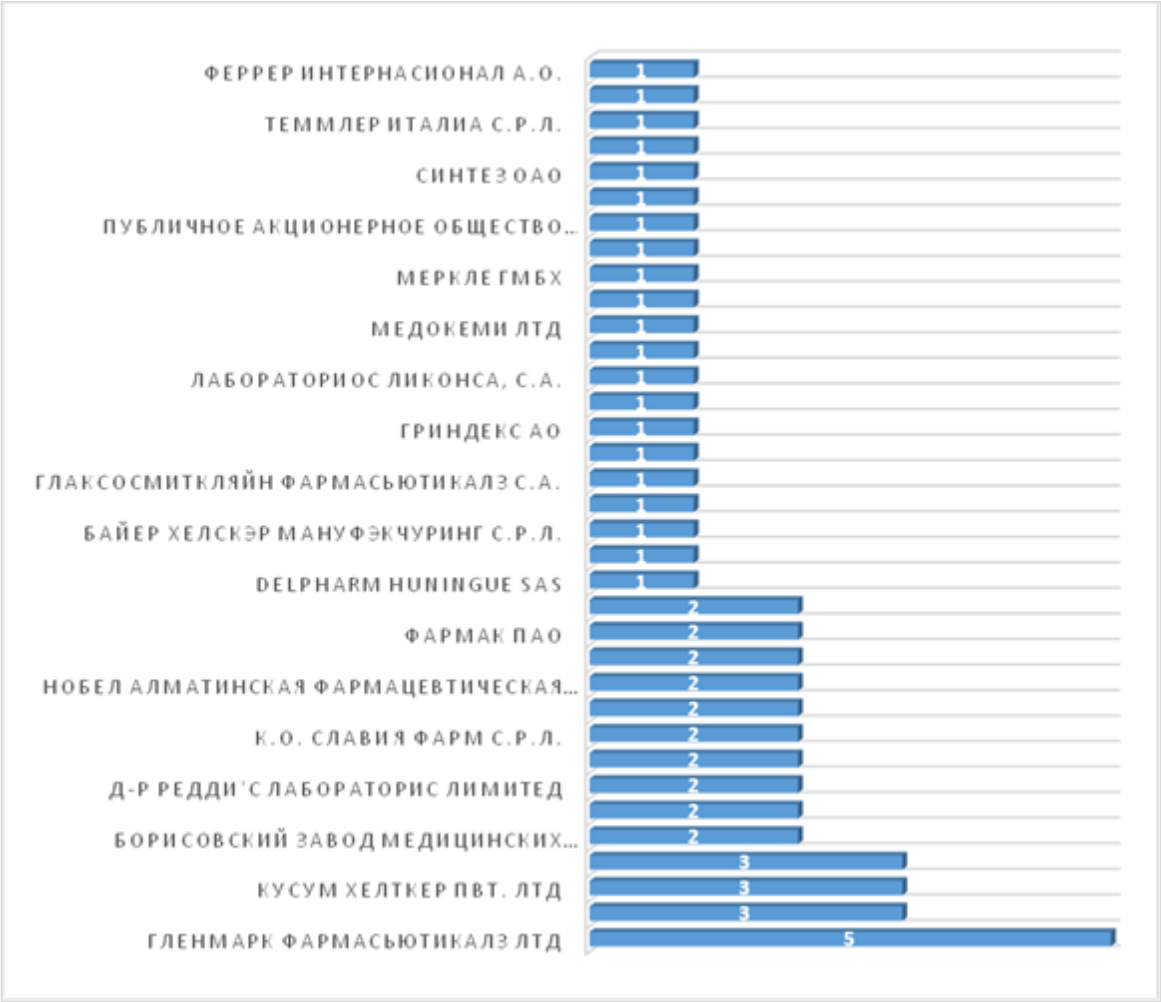


Рис. 3. Производители в долевом объеме на рынке РК

В Казахстан производится 2 формы противогрибковых препаратов под торговым названием Терфалин (табл. 1) [10, 11].

Таблица 1

Противогрибковые лекарственные препараты производимые в Казахстане

Торговое название	Производитель	Лекарственная форма
Терфалин®	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика АО	Крем
Терфалин®	Нобел Алматинская Фармацевтическая Фабрика АО	Таблетки

Заключение. Анализ ассортимента в разрезе государств - производителей показал, что на фармацевтическом рынке РК присутствуют препараты 21 стран, среди которых по количеству производств генерик ПГЛП среди иностранных поставщиков – изготовителей лидирует Индия – 11 ЛС, далее Франция – с 5 ЛС, Турция – с 4 ЛС и т.д. Помимо вышеперечисленных стран противогрибковые препараты производятся такими странами как: Белоруссия, Украина и Румыния и др.

Проведенные исследования выявили, что в структуре ассортимента противогрибковых лекарственных средств преобладают мягкие лекарственные формы, которые составляют (51%), твердые лекарственные формы (31%), жидкие лекарственные формы (18 %). Углубленный анализ ассортимента по видам лекарственной формы показал, что крема составляют 45%, таблетки содержат 14% ассортимента, растворы для наружного применения – 7 %, спреи – 7%, лаки для ногтей – 3%, мази – 4%, растворы для местного применения – 8%, шампуни – 4% и гели – 2%. Среди зарубежных производителей иностранных стран мира, лидером по количеству генерик противогрибковых препаратов на нашем рынке является ГленМарк Фармсьютикалз ЛТД, выпускающий 5 генерик ПГЛП, а также Кусум Хелткер ПВТ. ЛТД и д-р Реддис лабораторис лимитед выпускающие по 3 генерик ПГЛП.

На рынке противогрибковых препаратов РК генерик составляет 89%, а оригинал 11%. Из них 22% выпускаются с рецептом врача, а остальные 78% без рецепта. Про производящим странам в этой отрасли из 21 стран на первом месте Индия, а Казахстан на восьмом месте [10-14].

Выводы. В ассортименте наружных антимикотиков по-прежнему преобладают импортные препараты. Структурный сдвиг на рынке в пользу отечественных препаратов позволил бы надеяться, что противогрибковые средства станут более доступными. Но, следует отметить отсутствие на рынке ПГЛП научных разработок казахских ученых, поэтому основной задачей стоит разработка новых оригинальных противогрибковых препаратов отечественного производства.

Список литературы.

1. У.Б. Дербисбекова, У.М. Датхаев, И.А. Журавель, Е.В. Ткаченко Маркетинговые исследования противогрибковых препаратов республики Казахстан // Вестник КазНМУ. – 2016 - №4 - [Electronic Resource] http://kaznmu.kz/press/wp-content/uploads/

2. Уварова Ю. Рынок противогрибковых препаратов для лечения заболеваний кожи / Ю. Уварова. // Ремедиум. — 2011. — октябрь. — С. 39–41.

3. Bellmann R. Clinical pharmacokinetics of systemically administered antimycotics. Curr Clin Pharmacol. 2007;2:37–58. [PubMed]

4. Файзуллина Е. В. О распространенности и факторах риска некоторых грибковых заболеваний / Е. В. Файзуллина // Здравоохранение Рос. Федерации. 2012. – № 5. – С. 16–18.

5. Andes D, Pascual A, Marchetti O. Antifungal therapeutic drug monitoring: established and emerging indications. Antimicrob Agents Chemother. 2009;53:24–34. [PMC free article] [PubMed]

6. Федоров С. М. Актуальные проблемы современной дерматопрофпатологии / С. М. Федоров // Вести, дерматологии и венерологии. 2012. — № 4. – С. 20–21.

7. Glasmacher A, Prentice A, Gorschluter M, et al. Itraconazole prevents invasive fungal infections in neutropenic patients treated for hematologic malignancies: evidence from a meta-analysis of 3,597 patients. J Clin Oncol. 2003;21:4615–26. [PubMed]

8. Odds FC, Van GF, Espinel-Ingroff A, et al. Evaluation of possible correlations between antifungal susceptibilities of filamentous fungi in vitro and antifungal treatment outcomes in animal infection models. Antimicrob Agents Chemother. 1998;42:282–8. [PMC free article] [PubMed]

9. Тихомиров, А.JL Кандидозный вульвовагинит: патогенез, клиника, диагностика, современные принципы терапии / А.Л.Тихомиров, Ч.Г.Олейник // Леч. врач. 2009. - № 12. - С 32-35.

10. Белоусова О. В., Белоусов Е. А., Петренко С. Ю. Маркетинговое

исследование ассортимента лекарственных средств, применяемых для лечения грибковых заболеваний // Молодой ученый. — 2016. — №16. — С. 424-427.

11. Белоусов Е. А., Белоусова О. В., Карасёв М. М. Фармакоэкономические подходы к формированию ассортимента препаратов для лечения никотиновой зависимости в аптечных организациях. / «Молодой ученый», ч. 3, № 24 (104), декабрь 2015, С. 255–258.

12. Зависимость клинической картины кандидозного вульвовагинита от видового состава грибов Candida и эффективность флуконазола при первичной и рецидивирующей кандидаинфекции / В.И. Кисина и др. // Гинекология. 2000. - Т. 2, № 6. - С. 193-195.

13. British Society for Antimicrobial Chemotherapy Working Party. Laboratory monitoring of antifungal chemotherapy. Lancet. 1991;337:1577–80. [PubMed]

14. Денисова, М. Классификация лекарственных средств и сегментация фармацевтического рынка / М. Денисова, Е. Вольская // Ремедиум. — 2003. — №10.-С.11-16.

MARKETING RESEARCH OF ANTIFUNGAL DRUGS FOR TREATING FUNG DISEASE IN THE RK MARKET

Derbisbekova U.B.[1]*, Datkhayev U.M.[1], Shopabayeva A.R.[1],
Zhuravel I.O.[2], Slamkhanova S.A.[1], Berdibekov M.A.[3]

[1]Asfendiyarov Kazakh National medical university, Almaty, Kazakhstan

[2]Kharkov medical academy of postgraduate education, Kharkov, Ukraine

[3]Khoja Akhmet Yassawi International Kazakh-Turkish University, Shymkent, Kazakhstan

In this paper, we talk about the state of the pharmaceutical market in the country as a whole, the classification of fungal diseases. An overview of antifungal preparations of imported and domestic production with active substances for systemic and external use is presented. The study of the assortment of drugs for the treatment of this pathology, registered in the pharmaceutical market of the Republic of

Kazakhstan, will allow to optimize the assortment of the investigated pharmacological group, to improve the quality of pharmaceutical care for patients with fungal infections and to improve the pharmaceutical support of drug users with antifungal action.

Keywords: marketing research, medicines, assortment analysis, manufacturers, pharmaceutical market

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОТИГРИБКОВІ ПРЕПАРАТИ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ГРИБКОВИХ ЗАХВОРЮВАНЬ НА РИНКУ РК

Дербисбекова У.Б.[1], Датхаєв У.М.[1], Шопабаєва А.Р.[1],
Журавель І.О.[2], Слямханова С.А.[1], Бердибеков М.А.[3]
[1]Казахський національний медичний університет ім. С. Д. Асфендіярова, м. Алмати, Казахстан
[2]Харківська медична академія післядипломної освіти, м. Харків, Україна
[3]Міжнародний казахсько-турецький університет імені Ходжі Ахмеда Ясави, м. Шимкент, Казахстан

У даній роботі говоритися про стан фармацевтичного ринку країни в цілому, про класифікацію грибкових захворювань. Представлений огляд протигрибкових препаратів імпортного та вітчизняного виробництва з активними речовинами для системного і зовнішнього застосування. Вивчення асортименту лікарських засобів (ЛЗ) для лікування даної патології, зареєстрованих на фармацевтичному ринку РК, дозволить оптимізувати асортимент досліджуваної фармакологічної групи, підвищити якість фармацевтичної допомоги хворим грибковими інфекціями і поліпшити фармацевтичне супровід споживачів ЛЗ протигрибкової дії.

Ключові слова: маркетингові дослідження, лікарські засоби, аналіз асортименту, виробники, фармацевтичний ринок.

УДК: 661-058+615.33

АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНОГО РИНКУ ПРЕПАРАТІВ АЗИТРОМІЦИНУ ДЛЯ ЕТІОТРОПНОЇ ТЕРАПІЇ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА КАШЛЮК

Федяк І. О., Білик І. П.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,

м. Івано-Франківськ, Україна

irynaf@tvnet.if.ua

Вступ. Кашлюк – гостре інфекційне захворювання з повітряно-крапельним механізмом передачі, циклічним затяжним перебігом, характерним симптомом якого є своєрідний спазматичний нападоподібний кашель. На початку XX століття дане захворювання було однією з головних причин смерті дітей перших років життя. Рутинна вакцинація, що розпочалася з 40-х рр. XX ст., відіграла вирішальну роль у зниженні смертності від даної інфекції. Незважаючи на «керованість», кашлюк залишається пріоритетною медичною, соціальною та економічною проблемою для багатьох країн світу [1, 2].

Збудником кашлюку є Bordetella pertussis – грамнегативна, нерухома паличка (кокобактерія), яка має ніжну капсулу; строгий анаероб, високочутливий до зовнішніх впливів. Передається повітряно-крапельним шляхом, паличка поширюється при кашлі, чханні на відстань 2-2,5 м. B. pertussis продукує низку біологічно активних субстанцій і чинників вірулентності, які забезпечують приєднання збудника до клітини, пошкодження тканин у місці інвазії, системні зміни, а також взаємодіють з захисними механізмами макроорганізму [3-4].

Метою дослідження став аналіз вітчизняного ринку препаратів підгрупи азитроміцину J01F A10 для фармакотерапії кашлюку у дітей станом на 01.04.2017 р.

Методики дослідження. Згідно Протоколу діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей (кашлюк) для етіотропного лікування дітей, хворих на цю дитячу бактерійну інфекційну хворобу, рекомендовано використання

антибактерійних засобів групи J01F A «Макроліди». Широкий спектр антимікробної активності, особливості фармакокінетики, високий профіль безпеки, підвищений комплаєнс терапії і ряд переваг перед іншими макролідами обумовлюють пріоритет використання азитроміцину в педіатрії [1, 5-7]. Азитроміцин входить не тільки до українського клінічного протоколу лікування дітей, хворих на кашлюк, але й до клінічних протоколів ведення таких хворих у Республіці Білорусь, Російській Федерації, Британського Керівництва з лікування кашлюку (*Guidelines for the Public Health Management of Pertussis*).

У роботі застосовано **методи** сучасного інформаційного пошуку; аналітичний; порівняльний, маркетингового аналізу.

Основний матеріал дослідження. Азитроміцин був відкритий в 1980 р. дослідниками з компанії «Pliva» (Хорватія) і запатентований в 1981 р. У 1986 р. компанії «Pliva» і «Pfizer» (США) заключили офіційне погодження про те, що компанія «Pliva» залишає за собою право займатися ринком препарату в Центральній та Східній Європі, де азитроміцин з’явився в 1988 р. під торговою маркою «Сумамед», надаючи компанії «Pfizer» ексклюзивні права на продаж азитроміцину в країнах Західної Європи і США, де препарат з’явився в 1991 р. під торговою назвою «Зитромакс» [8].

За даними ДУ «Державний експертний центр МОЗ України» станом на 01. 04. 2017 р. на території України зареєстровано (перереєстровано) 69 лікарських препаратів (ЛП), що згідно з міжнародної класифікацією АТС мають код J01F A10 – «Азитроміцин». Станом на 01.04.2017 р. на фармацевтичному ринку України присутні 53 ЛП азитроміцину за торговими назвами (ТН) з урахуванням різних лікарських форм та виробників. Частка препаратів вітчизняного виробництва становила 38 % (20 ЛП). Найбільшу кількість з них виробляють Спільне українсько-іспанське підприємство "Сперко Україна", м. Вінниця (4 ЛП, 20 %), ПАТ "Київмедпрепарат", м. Київ (4 ЛП, 20 %), ПАТ "Хімфармзавод "Червона зірка", м. Харків (3 ЛП, 15 %) та Товариство з обмеженою відповідальністю "Фармацевтична компанія

"Здоров'я", м. Харків (3 ЛП, 15 %). Домінують ЛП іноземного виробництва – 62%, серед них значно переважають виробники Ізраїлю (8 ЛП), Словенії (7 ЛП), Індії (5 ЛП) (рис. 1).

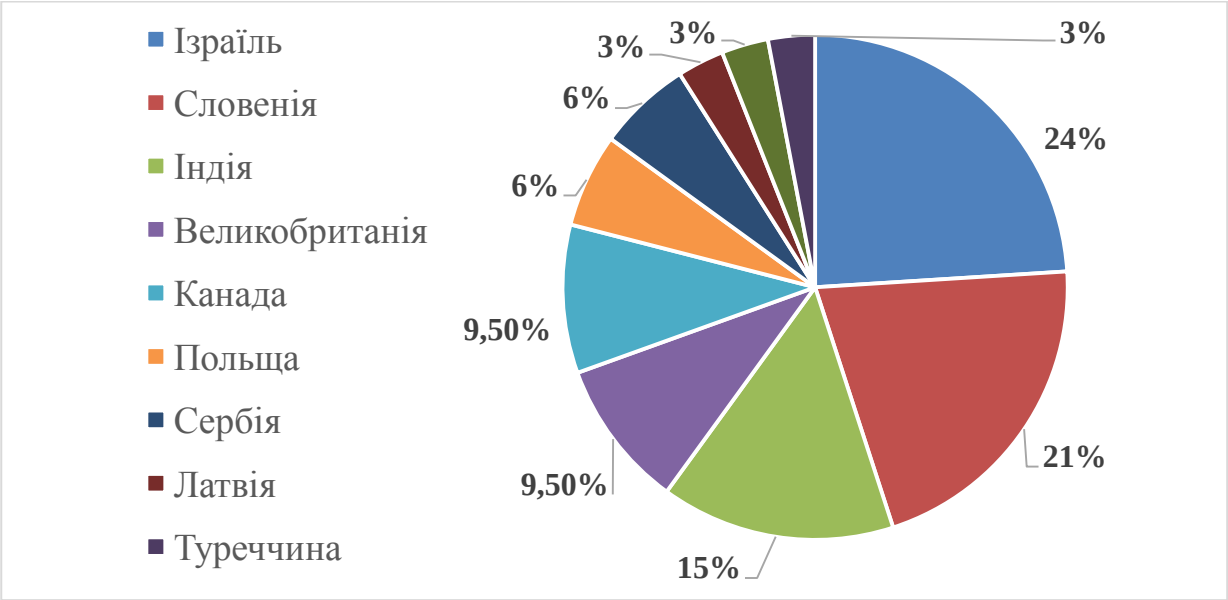


Рис. 1. Сегментація фармацевтичного ринку України за імпортними ЛП групи азитроміцину

Антибактерійні засоби даної групи мають різні форми випуску, що сприяє зручності застосування: від таблеток з різними дозуваннями до суспензій, які можуть призначатися дітям раннього віку. Найбільшого поширення в асортименті лікарських засобів групи набули таблетовані та капсульовані форми, що склали 45 % та 25 % відповідно. ЛП у формі порошку для приготування суспензій орального застосування становили 28 % і 1 препарат (2%) був у формі ліофілізату для приготування розчину для інфузій. На частку ЛП з дозуванням 500 мг припадає найбільше позицій – 38 %, 250 мг – 28 %, 125 мг – 4 %; на ЛП у формі порошку для приготування оральних суспензій з дозуванням 100 мг/5 мл – 9 %, з дозуванням 200 мг/5 мл – 19%.

При вивченні ефективності азитроміцину порівняно з еритроміцином для фармакотерапії кашлюку у 477 дітей J.M. Langley і співавтори показали перевагу 5-денного курсу азитроміцину в дозі 10 мг/кг/добу в 1-й день лікування і по 5 мг/кг/добу – в наступні 4 дні. При цьому комплайєнс складав

90 % [9]. Нами проаналізовано особливості застосування азитроміцину для терапії кашлюку у дітей в ряді країн (табл. 1).

Таблиця 1

Порівняльна оцінка рекомендацій застосування азитроміцину для лікування дітей, хворих на кашлюк, в ряді країн

Україна	Республіка Білорусь	Російська Федерація	Великобританія
Наказ МОЗ №354 від 07.09.2004: азитроміцин 5 днів	Приказ МЗ №961 от 24.08.2012: азитроміцин 10 мг/кг/добу 5 днів	*Легкий ступінь* (Приказ МЗ №797н от 09.11.2012): Середньодобова доза азитроміцину 500 мг.	*Guidelines for the Public Health Management of Pertussis (2012)* Для немовлят віком до 1 міс. препаратом вибору є азитроміцин; дітям до 6 міс. азитроміцин призначають одноразово 10 мг/кг 5 днів

У Британський національний формуляр для дітей 2012 (БНФд) включено азитроміцин у формі капсул і таблеток по 250 мг, суспензії оральній 200 мг/5 мл, генерик – зитромакс в капс. і суспензія оральна [10].

Таким чином дослідження показали, що для полегшення вибору препарату азитроміцину слід більше провести досліджень щодо економічної доступності, доказової ефективності. Широкий асортимент ЛП даної групи на вітчизняному ринку спонукає до удосконалення клінічних протоколів з чітким вказанням дозування для дітей та переліку препаратів для етіотропної терапії з ефективністю, доведеною доказовою медициною.

Висновки.

1. На підставі проведеного аналізу встановлено, що вітчизняний фармацевтичний ринок насичений препаратами групи J01F A10 (53 ТН ЛП), переважно великою часткою генеричних ЛП, що значно ускладнює оптимальний вибір ЛП для етіотропної терапії кашлюку в дітей.
2. Домінують ЛП іноземного виробництва, на їх частку припадає 62% засобів. Серед країн-виробників лідирують Ізраїль, Словенія, Індія.

3. Вибір ЛП серед генериків азитроміцину для здійснення раціональної антибіотикотерапії в клінічній практиці має базуватися на даних доказової медицини, бути економічно доступним, відповідати нормативним документам, затвердженим МОЗ України.

Перспективи подальших досліджень. Актульними є подальші дослідження вивчення ринку препаратів азитроміцину для обґрунтування загальних тенденцій їх соціально-економічної доступності для етіотропної терапії кашлюку у дітей з огляду на високу поширеність захворювання та особливості національного фармацевтичного ринку.

Перелік використаних джерел інформації.

1. Про затвердження Протоколів діагностики та лікування інфекційних хвороб у дітей : Наказ МОЗ України від 09.07.2004 № 354 [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20040709_354.html.

2. Лапій Ф. І. Кашлюк немовлят: можливі шляхи попередження [Текст] / Ф. І. Лапій // Современная педиатрия. – 2012. – № 6. – С. 35-37.

3. Дибас І. В. Особливості перебігу кашлюку у дітей раннього віку [Текст] / І. В. Дибас, О. Б. Надрага // AML XVIII. – 2012. – №2 – С. 102-109.

4. Дуда О. К. Кашлюк і паракашлюк: сучасні підходи до діагностики та лікування (клінічна лекція) [Текст] / О. К. Дуда, А. Р. Вега // Мистецтво лікування. –2016. – № 3-4. – С. 42-49.

5. Симонов С. С. Актуальные вопросы применения препарата Сумамед [Текст] / С. С. Симонов // Ліки України. – 2009. – № 8. – С. 38-40.

6. Использование азитромицина в педиатрии: практические рекомендации [Электронный ресурс] // Международный журнал педиатрии, акушерства и гинекологии. – 2014. – Т. 6, № 2. – С. 60-62. – Режим доступа: http://ijpog.org/downloads/14/60-62.pdf .

7. Юлиш Е. И. Возможности «новых» макролидов в лечении бактериальных заболеваний органов дыхания [Текст] / Е. И. Юлиш // Здоровье ребенка. – 2013. – № 7. – С. 109-114.

8. Веселов А. В. Азитромицин: современные аспекты клинического применения [Текст] / А. В. Веселов, Р. С. Козлов // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия. – 2006. – № 1. – С. 18-32.
9. Langley JM, Halperin SA, Boucher FD, Smith B. Azithromycin is as effective as and better tolerated than erythromycin estolate for the treatment of pertussis // Pediatrics. – 2004. – Vol.114 , Issue 1. – P. 96-101.
10. British National Formulary for Children. – British Medical Association, Royal Pharmaceutical Society of Great Britain, Royal College of Paediatrics and Child Health, Neonatal and Paediatric Pharmacist Group. – 2011-2012.

УДК: 661-058 + 615.33
Федяк И.О., Билык И.П.

АНАЛИЗ ОТЕЧЕСТВЕННОГО РЫНКА ПРЕПАРАТОВ АЗИТРОМИЦИНА ДЛЯ ЭТИОТРОПНОЙ ТЕРАПИИ ДЕТЕЙ, БОЛЬНЫХ КОКЛЮШЕМ

В статье проанализирована структура отечественного фармацевтического рынка препаратов азитромицина с кодом по классификации АТС J01F A10, которые рекомендованы для этиотропной терапии коклюша у детей. Доминируют препараты иностранного производства (62% ЛП). Наибольшую долю рынка составляют таблетки (45%), порошки для приготовления оральных суспензий (28%) и капсулы (25%).

UDC: 661-058 + 615.33

ANALYSIS OF RUSSIAN MARKET OF DRUGS AZITHROMYCIN FOR ETIOTROPIC THERAPY OF CHILDREN SUFFERING FROM PERTUSSIS

Fedyak I.O., Bilyk I.P.

The article analyzes the structure of the domestic pharmaceutical market of preparations of azithromycin, which according to the classification of ATS have code J01F A10 that are recommended for causal treatment of pertussis in children. Dominated by products of foreign production (62%). The largest share of the market make tablets (45%), powders for oral suspensions (28%) and capsules (25%).

УДК 616-006.441.04-08

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЗАСТОСУВАННЯ РІЗНИХ ЛІКАРСЬКИХ ФОРМ ПРЕПАРАТУ МАБТЕРА (РИТУКСИМАБ)

Бездетко Н. В., Яковлева Л.В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

ph-econom@nuph.edu.ua

Вступ. Лімфоми – одне з небагатьох онкологічних захворювань, що може бути вилікувано повністю за умови використання біотехнологічних лікарських засобів (ЛЗ) і сучасних схем терапії. До появи таргетних засобів на основі моноклональних антитіл, лише 20% хворих на лімфому мали шанс на стійку ремісію після лікування. Використання засобів спрямованої дії дозволяє досягти значно кращих результатів порівняно зі звичайною хіміотерапією – після такої терапії пацієнти живуть і працюють протягом 9-10 років. Світова статистика дає сприятливий прогноз для 80% пацієнтів, які отримують своєчасне і повноцінне лікування новітніми ЛЗ [3,6]. В останні роки захворюваність на злоякісні лімфоми в Україні зростає. Все частіше хворіють молоді люди працездатного віку. З урахуванням світового досвіду в Україні розроблені і затверджені наказом МОЗ клінічні протоколи з надання медичної допомоги хворим з лімфомами, які передбачають застосування сучасних ЛЗ цілеспрямованої дії. Одним з таких засобів є ритуксимаб – протипухлинний засіб з групи моноклональних антитіл, без якого сьогодні важко уявити сучасне лікування лімфом. Ритуксимаб являє собою синтетичне (генно-інженерне) химерне моноклональне антитіло миші/людини, що виявляє специфічність до CD20 антигену, який виявляється на поверхні малігнізованих В-лімфоцитів. Ритуксимаб входить до складу схем початкової і підтримуючої терапії, може застосовуватися у вигляді монотерапії і в комбінації з різними схемами хіміотерапії [6]. Висока ефективність ритуксимабу, проте, поєднується з певними складнощами процедури введення препарату: необхідністю доступу до периферичної вени, довготривалої протягом 3-4 годин інфузії, здійснення

процедури в умовах стаціонару в окремому приміщенні, обладнаному спеціальними кріслами або ліжками, обов'язкової присутності медичного персоналу (лікаря та медичної сестри) і моніторингу за станом хворого під час і після завершення інфузії [2, 5]. Істотно спростити процедуру введення ритуксимабу дозволяє нова лікарська форма (ЛФ) інноваційного препарату Мабтера, призначена для підшкірного (п/ш) введення. У рандомізованих клінічних дослідженнях (РКД) доведена рівна клінічна ефективність і безпечність різних (п/ш та в/в) лікарських форм Мабтери [9-12]. З огляду на той факт, що Мабтера відноситься до висококоштовних ЛЗ, поряд з клінічними особливостями використання різних ЛФ актуальним є порівняльний аналіз економічних аспектів їх застосування.

Мета дослідження: фармакоекономічний аналіз застосування в умовах українського фармацевтичного ринку різних лікарських форм засобу Мабтера (ритуксимаб) у пацієнтів з лімфомами.

Методики дослідження. Проведена фармакоекономічна оцінка поліхіміотерапії (ПХТ) з додаванням ритуксимабу (схема R-CHOP) у пацієнтів з неходжкінською лімфомою при використанні різних ЛФ Мабтери. Використовувалися методи фармакоекономічного аналізу «загальна вартість захворювання», «мінімізація витрат» і «вплив на бюджет». Метод мінімізації витрат (cost-minimization ana¬ly¬sis – CMA) використовується при доведеній рівній клінічній ефективності та безпечності альтернативних лікарських засобів; порівнює вартість їх еквівалентних доз і дозволяє вибрати найбільш дешевий ЛЗ [7, 13]. Загальна вартість захворювання (cost of illness) – метод який враховує всі витрати, пов'язані з процесом застосування певного ЛЗ для лікування певного захворювання. В даному дослідженні до розрахунків приймалися тільки прямі медичні витрати: на відповідну ЛФ Мабтери, інші ЛЗ, що входять в схему ПХТ, послуги медичного персоналу, перебування хворого в стаціонарі. Аналіз впливу на бюджет (budget impact analysis - BIA) дозволяє визначити скільки коштів державного (регіонального) бюджету може бути заощаджене (або додатково витрачено) при заміні одного ЛЗ на інший. В

даному дослідженні визначався вплив на бюджет певного ЗОЗ. При проведенні розрахунків вартість ЛФ Мабтери приймалася згідно з задекларованими цінами, інших ЛЗ – з оптовими цінами дистриб'ютора БаДМ станом на 22.03.2017 р [1].

Основний матеріал дослідження. На першому етапі аналізу була розрахована вартість еквівалентних доз Мабтери для альтернативних ЛФ. Згідно з інструкцією, дозування в/в ЛФ залежить від площі поверхні тіла (ППТ) і становить 375 мг/м^2. Середню масу тіла і зріст пацієнтів приймали відповідно до даних Держкомстату України. Мабтера для в/в введення на фармацевтичному ринку представлена в двох дозуваннях 100мг/10мл та 500мг/50мл. Відповідно, фактична одноразова доза, яка може бути введена пацієнту, становить 500-600-700 мг. З урахуванням цієї обставини, не завжди можливо ввести дозу, що не-обхідна конкретному пацієнтові відповідно до його індивідуальних антропометричних даних. В певних випадках маємо надишки висококоштовного ЛЗ, що слід утилізувати, тобто має місце нераціональна витрата певної кількості коштів (табл. 1). Мабтера для п/ш введення вводиться в фіксованій дозі – 1400 мг [2], що є однією з переваг даної ЛФ, бо не утворюються надлишки засобу. Результати розрахунків, що представлені в таблиці 1, переконливо свідчать про економічні переваги п/ш ЛФ. Ці переваги стають ще більш виразними при врахуванні витрат на медичні послуги, що пов'язані з процедурою введення ЛЗ (таблиця 2). Заміна в/в ЛФ Мабтери на п/ш дозволяє зменшити витрати при проведенні одного циклу ПХТ майже на сім тисяч грн. Залежно від клінічної ситуації кількість циклів ПХТ у пацієнтів з лімфомами може варіювати від 1 до 8 (при першому введенні використовується тільки в/в форма Мабтери), при цьому економія витрат буде зростати відповідно кількості циклів ПХТ, що отримує пацієнт (рис. 1).

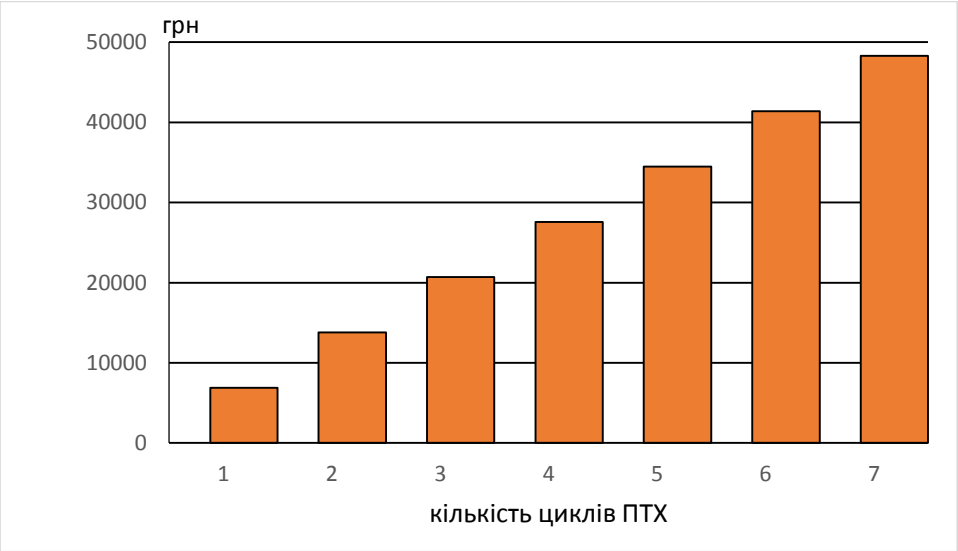


Рисунок 1. Економія витрат при переході з в/в на п/ш форму Мабтери

На заключному етапі дослідження для проведення аналізу «вплив на бюджет» були використані дані про використання ритуксимабу (препарат Мабтера) у пацієнтів з В-клітинними неходжінськими лімфомами, що пройшли курс ПХТ в Національному інституті раку, м. Київ в період 2000-2010 рр. [8]. Всього таких хворих було 110 осіб. Вони отримали від 1 до 8 курсів ПХТ з використанням ритуксимабу (медіана – 4,2 курсу). Для цієї когорти пацієнтів економія коштів при заміні в/в форми Мабтери на п/ш складає 3 186 368 грн. На підставі отриманих даних був розрахований показник втрачених можливостей, який дозволяє оцінити, на скільки більше пацієнтів можна забезпечити лікуванням при незмінному бюджеті в разі застосування менш витратної технології. Розраховується за формулою: $Q = CMR/DC_2$, де Q - показник втрачених можливостей, CMR - показник різниці витрат при застосуванні альтернативних технологій, DC_2 - витрати при застосуванні менш витратної медичної технології [7].

Показник втрачених можливостей склав 97. Це означає, що при заміні у аналізованої когорти пацієнтів в/в ЛФ Мабтерти на п/ш можливо в рамках виділених коштів провести 97 додаткових циклів ПТХ.

Таблиця 1.

Порівняння вартості еквівалентних разових доз ЛЗ Мабтера для внутрішньовенного і підшкірного введення

(з урахуванням реальної можливості дозування відповідно до лікарської форми засобу)

Лікарський засіб	Форма випуску	Ціна упаковки, грн.	Середній зріст/маса тіла пацієнта	Необхідна доза, мг	Реальна доза, мг	Вартість реальної дози, грн	Примітка
Мабтера п/ш	1400 мг/11,7 мл фл. №1	32890,2	не залежить від рості та маси тіла	1400 мг	1400 мг	32890,2	доза завжди оптимальна
Мабтера в/в	500 мг/50 мл фл. 50 мл, №1	27981,8	170/75 (ч/ж)	700 мг	700 мг	39160,5	-
			175/79 (чоловіки)	735 мг	700 мг	39160,5	доза недостатня
			164/70 (жінки)	660 мг	700 мг	39160,5	доза має надлишок
Мабтера в/в	100 мг/10 мл фл. 10 мл, №2	11223,9	170/75 (ч/ж)	700 мг	700 мг	39269,6	-
			175/79 (чоловіки)	735 мг	700 мг	39269,6	доза недостатня
			164/70 (жінки)	660 мг	700 мг	39269,6	доза має надлишок

Таблиця 2.

Вартість 1 процедури (1 циклу хіміотерапії за схемою R-CHOP) при використанні різних ЛФ Мабтери (з урахуванням вартості допоміжних матеріалів і процедури введення препарату)

ЛФ Мабтери	Витрати на ЛФ Мабтери, грн*	Витрати на допоміжні лікарські засоби (CHOP/премедикація), грн**	Вартість процедури введення (медичні послуги/перебування в спеціалізованому стаціонарі), грн***	Загальні витрати на 1 цикл ПХТ, грн	Δ витрат порівняно з п/ш ЛФ Мабтери грн/%
Мабтера п/ш 1400 мг/11,7мл	32890,2	3733,5 (3683,5/50,1)	50 (50/0)	36673,7	-
Мабтера в/в 500 мг/50 мл	39160,5	3733,5 (3683,5/50,1)	567,5 (317,5/250)	43461,5	+6787,8 (18,5%)
Мабтера в/в 100 мг/10 мл	39269,6	3733,5 (3683,5/50,1)	567,5 (317,5/250)	43570,6	+6896,9 (18,8%)

*- згідно з задекларованими цінами [1];

** – згідно з оптовими цінами дистриб'ютора БаДМ станом на 22.03.2017 р [1];

*** - згідно з прейскурантом на медичні послуги [4]

Важливо відзначити, що п/ш ЛФ Мабтери застосовується у фіксованій дозі, а при використанні Мабтери для в/в введення доза залежить від поверхні тіла хворого. У зв'язку з цим часто залишається певний об'єм ЛЗ, який не можна використовувати з огляду на порушення стерильності ЛФ або навпаки - доза, яка вводиться пацієнтові дещо менша, ніж необхідно, що може впливати на ефективність ПХТ.

При використанні Мабтери для п/ш введення помітно скорочується час, який медичний працівник повинен приділити пацієнтові, бо процедура п/ш введення по інструкції передбачає 10 хв, а в/в – розрахована на 3-4 години. Також суттєво зменшується час перебування пацієнта в ЗОЗ, що впливає на його якість життя, а також заощаджує кошти на проведення ПХТ. Результати міжнародного дослідження, яке проведене в п'яти країнах, показали, що при заміні в/в ЛФ Мабтери на п/ш ЛФ термін перебування пацієнта в ЗОЗ скорочується на 65-95%. Протягом того часу, що звільняється, можливості ліжкового фонду ЗОЗ можна використовувати для збільшення числа пролікованих пацієнтів. Час, який потрібен медперсоналу для проведення процедури введення ритуксимабу (Мабтери), зменшується на 37-65%. Цей час може бути використано для медичного догляду за іншими пацієнтами, інших видів роботи [14,15].

Фармацевтичний ринок знаходиться в постійній динаміці і ціни на препарати можуть істотно змінюватися. Для оцінки стійкості отриманих результатів про економічну доцільність підшкірної ЛФ Мабтери проведено аналіз чутливості, в якому оцінювали витрати на еквівалентні дози для в/в та п/ш ведення при різноспрямованій зміні цін на ЛЗ Мабтери (здешевлення більш дешевого та здорожчення більш дорогого). Аналіз чутливості показав, що отриманий результат фармакоекономічного аналізу є стійким до коливань вартості препаратів Мабтери (здешевлення ЛФ для в/в введення і подорожчання ЛФ для п/ш введення) в межах 3-5-8%.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, проведений фармакоекономічний аналіз різних ЛФ препарату Мабтера (ритуксимаб) у пацієнтів з лімфомами.показав наступне:

1. Ритуксимаб (препарат Мабтера) в ЛФ для п/ш введення має тотожну клінічну ефективність та безпечність з ЛФ для в/в введення.

2. Застосування ритуксимабу (препарат Мабтера) в ЛФ для п/ш введення дозволяє спростити процедуру проведення ПХТ, істотно скоротити час перебування хворого в спеціалізованому стаціонарі при проведенні хіміотерапії, заощаджує робочий час лікаря і медсестри і здешевлює процедуру.

3. Поряд з клінічними перевагами в сучасних умовах фармацевтичного ринку України застосування ритуксимабу (препарат Мабтера) в ЛФ для п/ш введення є економічно доцільним, дозволяє заощаджувати до 19% коштів на фармакотерапію під час кожного циклу ПХТ.

В подальшому доцільно провести фармакоекономічний аналіз застосування різних ЛФ ритуксимабу при інших нозологічних формах, що передбачено інструкцією по використанню препарата Мабтера.

Література

1. Еженедельник Аптека [Електронний ресурс] – режим доступу до сайту: http://www.apteka.ua/ceny-na-lekarstvennye-sredstva-i-izdeliya-mednaznacheniya

2. Інструкція для медичного застосування препарату Мабтера. Реєстраційне посвідчення №ІА/14231/01/01

3. Новак В. Лімфома: успішне лікування можливе при своєчасному виявленні //Укр. мед. часопис. – 2013, 17 вересня [Електронний ресурс] – режим доступу до сайту: http://www.umj.com.ua

4. Прейскурант на медицинские услуги. Сестринские процедуры. [Електронний ресурс] – режим доступу до сайту: http://zds.com.ua/medicine/prices

5. Тумян Г.С. Ритуксимаб (МабТера) для подкожного введения — новые возможности хорошо изученного препарата //Клиническая онкогематология. – 2014. – №1. – С.67-70.

6. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої),

третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги неходжкінські лімфоми та лімфома Ходжкіна. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 08 жовтня 2013 року № 866

7. Фармакоекономіка /Л.В.Яковлєва, Н.В.Бездітко, О.Я.Міщенко та інш. – Вінниця: Нова Книга, 2009. – 208 с.

8. Эффективность терапии пациентов с неходжкинскими лимфомами с использованием препарата ритуксимаб /И.А. Крячок, К.С. Филоненко, А.А. Губарева и др. //Клиническая онкология. – 2011. – №3. – С.81-84.

9. A Two-Stage Phase Ib Study to Investigate the Pharmacokinetics, Safety and Tolerability of Subcutaneous Rituximab In Patients with Follicular Lymphoma as Part of Maintenance Treatment /A.Salar, R.Bouabdallah, C.McIntyre et al. //Blood. – 2010. – Vol.116. – P.2858

10. Comparison of Subcutaneous Versus Intravenous Administration of Rituximab As Maintenance Treatment for Follicular Lymphoma: Results From a Two-Stage, Phase IB Study/A.Salar, R.Bouabdallah, C.McIntyre et al. //Journal of Clinical Oncology. – 2014. – Vol.32, N17 – P.1782-1791.

11. Pharmacokinetics and safety of subcutaneous Rituximab in follicular lymphoma (SABRINA): stage 1 analysis of a randomised phase 3 study. /A. Davies, F. Merli, B. Mihaljevik et al. //Lancet Oncol. – Published Online February 10, 2014. [Електронний ресурс] – режим доступу до сайту: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24521993

12. Pharmacokinetics (PK), Safety and Overall Response Rate (ORR) Achieved with Subcutaneous (SC) Administration of Rituximab in Combination with Chemotherapy Were Comparable to Those Achieved with Intravenous (IV) Administration in Patients (pts) with Follicular Lymphoma (FL) in the First-Line Setting: Stage 1 Results of the Phase III SABRINA Study (BO22334) /A.Davies, F.Merli, B.Mihaljevik et al. //Blood Nov – 2012. – Vol.120 (21). – P.1629-1638.

13. Rascati K. Essentials of Pharmacoeconomics – Lippincott Williams & Wilkins. – 2013. – 310 p.

14. Rituximab for subcutaneous delivery: Clinical management principles

from a nursing perspective. /J.Carlson, K.Bedwell, K.Cox, M.Ku //International Journal of Nursing Practice. – 2015. – Vol.21(S3). – P.1-13

15. Time Savings with Rituximab Subcutaneous Injection versus Rituximab Intravenous Infusion: A Time and Motion Study in Eight Countries. /E.De Cock, P.Kritikou, M.Sandoval et al. //PLOS ONE. – 2016. – Vol. 11(6)

Резюме

Проведен сравнительный фармакоекономический анализ использования различных лекарственных форм ритуксимаба (препарат Мабера) для внутривенного и подкожного введения у пациентов с лимфомами. Использованы методы «минимизации затрат», «общая стоимость заболевания», «влияние на бюджет» с вычислением показателя упущенных затрат. Показано, что применение ритуксимаба (Мабтера) в лекарственной форме для п/к введения позволяет упростить процедуру полихимиотерапии, сократить время пребывания больного в ЛЗЗ при проведении химиотерапии, экономит рабочее время врача и медсестры, предотвращает потери лекарственного вещества, остающегося во флаконе при использовании в/в формы, ввиду зависимости дозы от площади поверхности тела. Замена в/в формы Мабтеры на п/к позволяет экономить до 19% средств на фармакотерапию при каждом цикле ПХТ.

Summary

A comparative pharmacoeconomic analysis of the use of various medicinal forms of rituximab (Maber preparation) for intravenous and subcutaneous administration in patients with lymphomas was carried out. The methods of "minimizing costs", "total cost of the disease", "impact on the budget" and calculating the indicator of lost costs were used. It has been shown that the use of rituximab (Mabthera) in a dosage form for s/c administration makes it possible to simplify the procedure of polychemotherapy, to shorten the patient's time in hospital during chemotherapy, saves the working time of the doctor and the nurse, prevents the loss of the drug remaining in the vial, due to the dependence of the dose on the surface area of the body. The replacement of i/v forms of Mabthera by s/c allows to save up to 19% of the funds for pharmacotherapy with each cycle of polychemotherapy.

УДК: 616.98: 578.828

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ДАНИХ ОФІЦІЙНОГО ЗВІТУ ТА РЕАЛЬНИХ ДАНИХ ПРО НАДАННЯ АНТИРЕТРОВІРУСНОЇ ТЕРАПІЇ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМ ОСОБАМ В УКРАЇНІ

Федяк І.О.

ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет» (ІФНМУ),

м. Івано-Франківськ, Україна

irynaf@tvnet.if.ua

Вступ. Епідемія ВІЛ-інфекції в Україні є 2-ою за величиною серед країн Східної Європи та Центральної Азії, оскільки за даними Центру громадського здоров'я МОЗ України (ЦГЗ), за період 1987-2016 рр. у нас офіційно зареєстровано 297 424 випадки ВІЛ-інфекції, у тому числі 92 897 випадків захворювання на СНІД та 41 710 випадків смерті від захворювань, зумовлених СНІДом. Станом на 01.01.2017 р. під медичним наглядом у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) служби СНІДу перебувало 132 945 ВІЛ-інфікованих осіб [1].

Антиретровірусна терапія (АРТ) є обов'язковою складовою комплексної медичної допомоги ВІЛ-інфікованим, вона з'явилася в Україні у 2000 р. Метою АРТ є максимальне пригнічення реплікації ВІЛ, відновлення функції імунної системи, подовження і підвищення якості життя людей, які живуть з ВІЛ (ЛЖВ), попередження розвитку СНІД-асоційованих хвороб та передачі ВІЛ. З економічної точки зору, адекватний доступ до АРТ дозволяє зменшити витрати на лікування опортуністичних інфекцій, стаціонарне лікування, догляд за ЛЖВ; з епідеміологічної – ефективна АРТ зменшує ризик передачі ВІЛ [1, 2].

Тому для досягнення цілей подолання ВІЛ-інфекції у світі ВООЗ у своїх керівних принципах представила 2 основні нові рекомендації щодо перегляду принципів терапії і профілактики ВІЛ-інфекції, а саме: АРТ повинна надаватися усім ЛЖВ; щоденна пероральна до-контактна профілактика тенофовіром дізопроксил фумаратом (TDF), окремо або в поєднанні з емтрицитабіном (FTC), рекомендована як засіб профілактики для осіб, щодо яких існує високий ризик

інфікування ВІЛ. Ці рекомендації засновані на даних клінічних досліджень, які доводять, що ЛЖВ, які починають АРТ одразу після інфікування, мають більше шансів залишитися здоровими і менше ризикують передати вірус [3].

Для виконання стратегії ООН з ВІЛ / СНІДу (ЮНЕЙДС) Fast Track («Прискорення: припинення епідемії СНІДу до 2030 р.» [4]) Україна повинна надати лікування 90 % ЛЖВ, які знають свій статус, тобто збільшити охоплення АРТ приблизно з 69000 (2016) до 180000 (2020) осіб. В умовах епідеміологічної кризи і обмежених ресурсів необхідно максимально ефективно використати наявні засоби. Щодо подолання ВІЛ-інфекції в Україні це, у першу чергу, стосується оптимальної, з клінічної та економічної точок зору, схеми АРТ.

Наукові дослідження у галузі протидії ВІЛ / СНІДу в Україні з наступною публікацією їх результатів активно проводять керівництво та працівники ЦГЗ (колишня ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами МОЗ України», надалі УЦКС): Нізова Н. М., Щербінська А. М., Гетьман Л. І., Марциновська В. А., Рябінчук М. В. та інші [2, 5-6], а також вчені з регіонів: Миронюк І.С. і співав., Гойдик В.С. і співав. [7-8]. Фармакоекономічним дослідженням вирішення цієї проблеми присвячені публікації Янишин У.Я., Бойка А.І., Немченко А.С., Косяченко К.Л., Корж Ю. В. [9-11]. Однак оцінка особливостей використання схем АРТ ЛЖВ в Україні на основі великої вибірки реальних даних проводиться уперше. Для її здійснення було укладено договір між УЦКС та ІФНМУ, оскільки міжнародні рекомендації з Оцінки медичних технологій вказують на доцільність збору та аналізу реальних даних для порівняння та коригування офіційних звітів.

Тому **метою** даної статті стало висвітлення результатів порівняльної оцінки даних офіційного звіту ЦГЗ та реальних власних даних про надання АРТ ВІЛ-інфікованим особам в Україні для розробки шляхів удосконалення АРТ.

Матеріали та методи дослідження. Об’єктом аналізу була вибірка із 1200 карт диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованою особою форми № 030-5/о. Пацієнти перебували на обліку у ЗОЗ, що здійснюють медичний нагляд за ЛЖВ, 12-ти областей України: Одеської, Дніпровської, Миколаївської,

Херсонської, м. Києві, Запорізької, Вінницької, Рівненської, Харківської, Львівської, Тернопільської, Івано-Франківської за період липень–листопад 2016 року. У переліку регіонів, який поданий за спадом поширеності ВІЛ/СНІДу, є представлені області з дуже високою поширеністю ВІЛ-інфекції (http://phc.org.ua/uploads/documents/83da57/582407606b6036307d75611eb87a32e2.pdf): Одеська (830,2 осіб на 100 тис. населення станом на 01.01.2017 р.), Дніпровська (815,1), Миколаївська (728,4); високою поширеністю: м. Київ (409,5), Херсонська (399,3), Запорізька (250,7); середньою – Вінницька (166,6), Рівненська (153,1), Харківська (138,6), Львівська (129,6); відносно низькою: Тернопільська (93,0), Івано-Франківська (69,2).

У кожному центрі СНІДу зазначених областей було опрацьовано по 100 карт хворих, які отримували АРТ. Карти для ретроспективного аналізу були визначені шляхом випадкового відбору із закриттям персональних даних осіб.

Результати дослідження та обговорення. Дані аналізу пріоритетності серед схем АРТ, призначених 1200 пацієнтам, які знаходились на обліку у центрах СНІДу 12-ти регіонів у 2016 р., подані в табл. 1. Отже, за результатом власних досліджень, для терапії 1200 хворих використовували 30 схем АРТ. Найчастіше була призначена рекомендована ВООЗ схема АРТ: TDF+FTC+EFV (1л), оскільки її приймали 26,6 % дорослих ВІЛ-інфікованих (319 осіб віком від 18 р. і старше). Однак цю першість забезпечили усього 5 із 12 центрів СНІДу – Запорізької (57 %), Івано-Франківської (49 %), Рівненської (40 %), Одеської (24 %), Львівської (23 %) областей. На другому місці за призначеннями – схема 1д: AZT+3TC+LPV/r (17,5 %), вона була лідером у 4-х областях: Тернопільській (33 %), Херсонській (31 %), Миколаївській (24 %), Дніпровській (22 %). На третьому місці – схема 1а: AZT+3TC+EFV (13 %), її найчастіше призначали у Харківській (23 %) та Вінницькій (20 %) областях. У м. Києві у першому пріоритеті була схема 1п: TDF+3TC+EFV (18 %). Ще 2 схеми АРТ – 1о: TDF+FTC+LPV/r (8,92%) та 1п: ABC+3TC+LPV/r (6,5 %) – увійшли до шести схем-лідерів, які сукупно споживали 82 % пацієнтів. Водночас установлено, що 11 серед 30 призначених схем АРТ приймала усього 1 особа, 4 схеми – 2 особи.

Таблиця 1 **Результати дослідження схем АРТ для 1200 ЛЖВ у 12-ти областях України у ІІ півріччі 2016 р.**

№ з/п	Код схеми: схема АРТ		Загалом		Відсоток використання схеми в Обласних центрах профілактики та боротьби зі СНІДом, %											
			К-ть	%	Одес.	Дніп.	Мик.	Київ	Херс.	Зап.	Вінн.	Рівн.	Харк.	Льв.	Терн.	І-Фр.
1	1л:	TDF+FTC+EFV	319	26,6	24	20	17	9	18	57	16	40	21	23	25	49
2	1д:	AZT+3TC+LPV/r	210	17,50	17	22	24	13	31	2	17	8	12	19	33	12
3	1а:	AZT+3TC+EFV	156	13,00	10	19	17	12	18	3	20	12	23	10	8	4
4	1п:	TDF+3TC+EFV	118	9,84	12	10	7	18	8	11	5	7	7	9	13	11
5	1о:	TDF+FTC+LPV/r	108	9,00	10	3	14	7	7	4	15	8	14	6	10	10
6	1п:	ABC+3TC+LPV/r	78	6,50	13	8	7	10	7	6	2	8	5	11	1	-
7	1п:	ABC+3TC+EFV	69	5,75	4	5	10	16	3	4	4	10	3	7	-	3
8	2е:	TDF+3TC+LPV/r	56	4,68	4	7	1	10	4	3	5	1	6	6	3	6
9	1б:	AZT+3TC+NVP	30	2,50	3	-	-	2	2	2	2	4	6	6	2	1
10	1г:	AZT+3TC+ABC	12	1,00	-	1	-	-	-	2	2	-	1	-	5	1
11	1м:	TDF+FTC+NVP	7	0,58	-	-	1	-	1	2	3	-	-	-	-	-
12	2м:	TDF+3TC+NVP	7	0,58	-	-	1	2	1	-	2	-	-	-	-	1
13	2м:	ABC+3TC+NVP	4	0,33	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	-	1
14	2м:	TDF+AZT+3TC+LPV/r	4	0,33	-	-	-	-	-	1	1	1	-	1	-	-
15	2м:	TDF+3TC+ABC	3	0,25	-	1	-	-	-	-	2	-	-	-	-	-
16	1е:	d4T+3TC+EFV	2	0,17	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
17	2м:	AZT+3TC+TDF	2	0,17	-	-	-	-	-	-	1	-	1	-	-	-
18	2м:	TDF+FTC+ABC	2	0,17	-	2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
19	2м:	TDF+FTC+DRV/r	2	0,17	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	1
20	1в:	AZT+3TC+NFV	1	0,08	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-
21	1ж:	d4T+3TC+NVP	1	0,08	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
22	1н:	TDF+FTC+NFV	1	0,08	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
23	1п:	AZT+FTC+EFV	1	0,08	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
24	1п:	ABC+FTC+LPV/r	1	0,08	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-
25	2г:	d4T+3TC+LPV/r	1	0,08	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
26	2м:	AZT+FTC+LPV/r	1	0,08	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-
27	2м:	ABC+AZT+EFV	1	0,08	-	-	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-
28	2м:	TDF+FTC+RAL	1	0,08	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-
29	2м:	ABC+TDF+3TC+LPV/r	1	0,08	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	-
30	2м:	TDF+FTC+ABC+NFV+RAL	1	0,08	-	1	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Примітки: TDF – тенофовір; FTC – емтрицитабін, EFV – іфавіренц; AZT – зидовудин; 3CT – ламівудин; LPV/r – лопіновір / ритонавір; ABC – абакавір; NVP – невірапін; d4T – ставудин; DRV/r – дарунавір / ритонавір; NFV – нелфінавір; RAL – ралтегравір. 1 – схеми 1-о ряду у дорослих; 2 – схеми 2-о ряду у дорослих. 1 п – ін. схеми 1-о ряду у дорослих; 2 м – інші схеми 2-о ряду у дорослих.

Тому у подальшому до аналізованої вибірки карток ЛЖВ та схем АРТ був використаний принцип Парето, який відомий як правило 80→20, що стверджує, що для багатьох явищ 80 % наслідків спричинені 20 % причин (табл. 2).

Таблиця 2

Розподіл схем АРТ за принципом Парето

Група схем	Кількість осіб, які їх приймали	Частка осіб, %	Кількість схем, які забезпечили кожну групу	Частка схем, %
A	989	82,42 %	6	20 %
B	181	15,08 %	6	20 %
C	30	2,5 %	18	60 %

Отже, розподіл Парето виявив, що 6 перших схем, частка яких у сукупності схем була 20 % забезпечили 82 % призначень, вони і сформували групу А за частотою використання. Наступні 6 схем (20 %), які були призначені 15 % пацієнтів, склали групу В. Останні 18 схем були використані у 2,5 % випадків, однак серед усіх схем їх частка становила 60 %, вони увійшли до групи С за частотою споживання, їх було призначено 1–4 особам (див. табл. 1).

Тому на наступному етапі дослідження був проведений аналіз Звіту про надання АРТ ЛЖВ в Україні станом на 01.01.2017 р. (надалі Звіт).

Таблиця 3

Порівняльний аналіз даних офіційного Звіту та власних досліджень про надання АРТ ВІЛ-інфікованим особам в Україні станом на 01.01.2017 р.

№	Схеми АРТ		1 ряд	2 ряд	3 ряд	Всього ЛЖВ за Звітом (осіб)	% ЛЖВ на певній схемі за Звітом	% ЛЖВ на схемі у власних дослідженнях
1	2		3	4	5	6	7	8
A								
1	1 л	TDF/FTC/EFV	21774	300	2	22076	31,68	26,6
2	1 д	AZT+3TC+LPV/r	9842	640	1	10483	15,04	17,5
3	1 а	AZT+3TC+EFV	9827	47	-	9874	14,17	13,0
4	1 о	TDF/FTC+LPV/r	5393	773	7	6173	8,86	9,00
5	1 п	TDF+3TC+EFV	5067	43	-	5110	7,33	9,84
Усього за групою А						53716	77,08	75,86
B								
6	1 п	ABC+3TC+LPV/r	3562	740	4	4306	6,18	6,5
7	2 е	TDF+3TC+LPV/r	3241	633	4	3878	5,56	4,68
8	1 п	ABC+3TC+EFV	3288	140	-	3428	4,92	5,75
9	1 б	AZT+3TC+NVP	1751	8	-	1759	2,52	2,5
Усього за групою В						13371	19,18	19,43

Продовження табл. 3

1	2		3	4	5	6	7	8
				С				
10	2 м	TDF+3TC+NVP	564	4	-	568	0,82	0,58
11	1 м	TDF/FTC+NVP	520	17	-	537	0,77	0,58
12	1 п	ABC+3TC+NVP	376	9	-	385	0,55	0,33
13	1 г	AZT+3TC+ABC	230	19	-	249	0,36	1,0
14	1 п	AZT/3TC+TDF+LPV/r	3	188	-	191	0,27	0,33
15	1 п	AZT+3TC+TDF	115	12	-	127	0,18	0,17
16	1 п	TDF/FTC+RAL	5	10	111	126	0,18	
17	2 м	TDF+FTC+DRV/r	-	35	52	87	0,12	0,17
18	2 м	ABC+3TC+DRV+RTV	-	10	21	31	0,04	
19	1 п	RAL+LPV/r	1	1	28	30	0,04	
20	1 п	AZT/3TC+ABC+LPV/r	1	27	1	29	0,04	
21	1 п	TDF/FTC+DRV+RTV	22	-	-	22	0,03	
22	1 п	TDF+3TC+ABC	20	1	-	21	0,03	0,25
23	1 п	ABC/3TC+RAL	1	4	16	21	0,03	
24	2 м	AZT+3TC+DRV/r	-	6	14	20	0,029	
25	3 м	DRV+RTV+RAL	-	-	20	20	0,029	
26	2 м	AZT/3TC+DTG	-	14	-	14	0,02	
27	1 п	TDF/FTC+ABC	8	2	-	10	0,01	0,17
28	1 п	LPV/r	3	2	5	10	0,01	
29	2 м	ABC+TDF+FTC+LPV/r	-	10	-	10	0,01	
30	2 м	ABC+TDF+3TC+LPV/r	-	9	1	10	0,01	0,08
31	1 п	TDF/FTC+ETR	3	5	-	8	0,01	
32	2 м	TDF/FTC+DTG	-	7	-	7	0,01	
33	2 м	TDF+3TC+DRV/r	-	5	2	7	0,01	
34	1 п	EFV+LPV/r	3	1	2	6	0,009	
35	1 п	ABC+TDF+LPV/r	2	4	-	6	0,009	
36	1 п	3TC+LPV/r+RAL	1	2	2	5	0,007	
37	1 п	ABC+3TC+DRV+RTV	4	-	-	4	0,006	
38	1 п	TDF+3TC+ETR	2	2	-	4	0,006	
39	1 п	ABC/3TC+ETR	2	2	-	4	0,006	
40	2 м	AZT/3TC+RAL	-	1	3	4	0,006	
41	1 п	AZT/3TC+TDF+EFV	2	1	-	3	0,004	
42	2 м	AZT/3TC+TDF+DRV+RTV	-	1	2	3	0,004	
43	3 м	TDF/FTC+RAL+DRV+RTV	-	-	3	3	0,004	
44	1 п	AZT+3TC+DRV+RTV	2	-	-	2	0,003	
45	1 п	ABC+TDF+EFV	2	-	-	2	0,003	
46	1 п	AZT/3TC+ETR	2	-	-	2	0,003	
47	3 м	TDF/FTC+RAL+LPV/r	-	-	2	2	0,003	
48	1 п	EFV+DRV+RTV	1	-	-	1	0,001	
49	1 п	3TC+LPV/r	1	-	-	1	0,001	
50	1 п	TDF/FTC/EFV+RAL	1	-	-	1	0,001	
51	2 м	AZT+TDF+FTC+LPV/r	-	1	-	1	0,001	
52	2 м	AZT+3TC+ABC+TDF	-	1	-	1	0,001	
53	2 м	AZT/3TC+ABC+RAL	-	1	-	1	0,001	

Продовження табл. 3

1	2		3	4	5	6	7	8
54	2 м	ABC/3TC+DTG	-	1	-	1	0,001	
55	3 м	ETR+DRV+RTV	-	-	1	1	0,001	
56	3 м	DRV+RTV+3TC	-	-	1	1	0,001	
57	3 м	TDF+3TC+RAL+ABC	-	-	1	1	0,001	
58	3 м	TDF/FTC+RAL+ETR	-	-	1	1	0,001	
59	3 м	AZT/3TC+RAL+LPV/r	-	-	1	1	0,001	
Усього за групою С						2602	3,693	
Разом			65642	3739	308	69689	99,953	

Аналіз Звіту про надання АРТ ВІЛ-інфікованим особам в Україні (МОЗ, НАМН та ДПтС) станом на 01.01.2017 р., оприлюдненому на офіційному сайті УГЗ МОЗ України [1], був представлений у табл. 3 лише у розрізі пацієнтів, які спостерігалися у закладах МОЗ та Національної академії медичних наук (НАМН) та осіб, віком від 18 років і старші, оскільки вибірка власних досліджень обмежилася лише цією категорією хворих. Не бралися до уваги діти до 18 років та пацієнти закладів Державної пенітенціарної служби (ДПтС).

Отже, за даними Звіту у закладах МОЗ та НАМН України станом на 01.01.2017 р. АРТ приймали 69 689 ЛЖВ, при чому 65 642 особи, що становили 94,19 % усіх ЛЖВ, споживали схеми АРТ 1-го ряду; 3 739 осіб (5,37 %) – 2-го ряду; 308 (0,44 %) – 3-го ряду. Загалом вони приймали 59 схем АРТ (табл. 3). При накладанні принципу Парето на розподіл схем АРТ серед пацієнтів (див. табл. 3), виявлено, що 9 схем АРТ охопили у сукупності 96,26 % ЛЖВ. Розподіл за рядами АРТ цих схем, які сформували групи А і В за частотою використання, становив: для пацієнтів на АРТ 1-го ряду – 97,11%; 2-го ряду – 88,90 % і 3-го – 5,84 %. За даними аналізу табл. 3 розходження у відсотках ЛЖВ, які приймають 9 основних схем на національному рівні та рівні вибірки із 1200 осіб, становить 1%. Оскільки за власними дослідженнями поширеність 9 пріоритетних схем була розрахована на рівні 95,29 %, на національному рівні за даними Звіту - 96,26 %.

Водночас були наявними і незначні розходження в табл. 2 та 3. Так, схема TDF+3TC+EFV в аналізованій вибірці диспансерних карт поступилася 4-м місцем схемі TDF/FTC+LPV/r, яка, відповідно, опинилася на 5-му; схема

ABC+3TC+LPV/r за власними даними була віднесена до найуживанішої групи А, у той час, у Звіті її доцільно розмістити у групу В; групи А і В у аналізі Звіту сформовані 9-ма схемами, а в табл. 2 – 12-ма. Однак розбіжності незначні, якщо прийняти до уваги, що вибірка реальних даних становила 1,7 % усіх ЛЖВ в Україні на АРТ у системі МОЗ і НАМН. Водночас насторожує нижчий рівень рекомендованої ВООЗ схеми 1 л (TDF/FTC/EFV) в аналізованій вибірці (26,6%) порівняно із даними Звіту (31,68 %). Також при порівнянні даних 4 колонки табл. 1 та 8 – табл. 3 встановлено, що 11 схем АРТ, які були по одній присутні серед досліджуваних диспансерних карт ЛЖВ, не відображені у Звіті. Це такі схеми – 1е:d4T+3TC+EFV (приймали 2 особи) та по 1 особі – 1в:AZT+3TC+NFV, 1ж:d4T+3TC+NVP, 1н:TDF+FTC+NFV, 1п:AZT+FTC+EFV, 1п:ABC+FTC+LPV/r, 2г:d4T+3TC+LPV/r, 2м:AZT+FTC+LPV/r, 2м:ABC+AZT +EFV, 2м:TDF+FTC+RAL, 2м:TDF+FTC+ABC+NFV+RAL. Той факт, що даних схем немає в офіційному Звіті, як видається, може мати 2 причини. По-перше, Звіт містить інформацію станом на 01.01.2017 р., а збір даних проводився у період липня – листопада 2016 р., тому, можливо, дані схеми вже замінили на більш раціональні. Особливо хочеться вірити, що це стосується ставудину (d4T), оскільки ВООЗ у своїх керівництвах з терапії ВІЛ/СНІДу ще з 2006 р. наполегливо рекомендує лікарям відмовитися від нього через значні побічні дії [3]. По-друге, виникає питання про достовірність поданих даних, адже аж 11 схем не увійшли до Звіту. Тому реальні дані цінні тим, що відображають не лише загальні відсотки, а й відмінні тенденції у розрізі регіонів, присутність лікарського суб’єктивізму, що вказує на відсутність відповідальної практики формулярного підходу на рівні системи ОЗ в Україні, яка спостерігається навіть у такій злагодженій в останні роки та достатньо фінансованій (порівняно із іншими проблемами ОЗ) сфері, як регіональні служби протидії ВІЛ/СНІДу.

Різноманітність схем у Звіті (59) не є позитивним показником, особливо для пацієнтів 1 ряду, для яких ВООЗ рекомендує одну пріоритетну схему 1 л (TDF/FTC/EFV), називаючи її бажаною. Тому консультанти ВООЗ в Україні [12] разом з вітчизняними науковцями та практиками обговорюють питання, чи

безпечно з медичної точки зору змінювати склад схеми АРТ для решти 68 % пацієнтів, щоб більше число їх отримувало бажану схему. Був досягнутий консенсус про те, що така можливість є реальною для багатьох хворих (ймовірно 60–90 %). Це призведе і до суттєвої економії коштів: за приблизними підрахунками вартість 1-го року терапії для 1-го пацієнта поки оцінюється в 360 дол. США, а цю суму реально знизити до 120-140 дол. США [12].

Виходячи із результатів проведеного дослідження, доцільно рекомендувати почати оптимізацію фармакотерапії пацієнтів із ВІЛ-інфекцією в Україні із переводу на бажану схему АРТ (або одну із найбільш вживаних схем класу А), тим самим, у першу чергу, зменшивши вагу у використанні схем класу С, а опісля – класу В (див. табл. 3).

Враховуючи політичну, фінансово-економічну, військову ситуації, які на даний час переживає наша держава, надзвичайно важливою для подолання епідемії ВІЛ-інфекції / СНІДу в Україні є розробка прикладної стратегії ефективного використання наявних ресурсів. Одним із напрямків її реалізації повинно стати переведення значного відсотка пацієнтів з їх поточної схеми 1-го ряду на рекомендовану ВООЗ схему АРТ.

Висновки і перспективи подальших досліджень

1. Проведено порівняння даних Звіту про надання АРТ ВІЛ-інфікованим Центру громадського здоров’я МОЗ України станом на 01.01.2017 р. та реальних даних, отриманих при опрацюванні 1200 карт диспансерного нагляду за ВІЛ-інфікованими особами (Ф030-5/о), які знаходились на обліку у центрах СНІДу 12-ти регіонів із різною поширеністю ВІЛ-інфекції у липні–листопаді 2016 р.
2. Установлено, що як і у Звіті, так і за власними дослідженнями основними схемами АРТ для пацієнтів в Україні є наступні п’ять – 1л: TDF+FTC+EFV (31,68 % за Звітом / 26,6 % в аналізованій вибірці), 1д: AZT+3TC+ LPV/r (15,04 % / 17,5 %), 1а: AZT+3TC+ EFV (14,17% / 13 %), 1о: TDF+FTC+LPV/r (8,86 % / 9,0 %), 1п: TDF+3TC+EFV (7,33 % / 9,84 %), які за принципом Парето було віднесено до групи А за частотою призначення, оскільки їх

сумарно споживали 77,08 % / 75,86 % хворих. Ще 4 схеми АРТ сформували групу В (19,18 % / 19,43 %), а до групи С (3,69 % / 2,5 % осіб) увійшли 50 / 18 схем, що становили 84,75 % / 60 % усіх призначених схем АРТ. Водночас власними дослідженнями виявлено значну розбіжність у пріоритетності схем АРТ у розрізі регіонів, яка не залежить від поширеності та пояснюється суб'єктивними факторами.

3. Встановлено, що бажана схема ВООЗ серед схем 1 ряду вживається всього 31,68 % / 26,6 % пацієнтами в Україні, що є негативним фактором. Перехід на неї до 90 % хворих рекомендовано шляхом заміни найперше схем групи С (1 ряду), а опісля – В. А заощадженні при цьому кошти доцільно реінвестувати у забезпечення препаратів для АРТ більшого числа потребуючих. Для цього необхідно розробити науково обґрунтовані рекомендації щодо переліку пріоритетних для закупівель препаратів, враховуючи співвідношення їх клінічної ефективності та ціни, що і стане метою наших подальших досліджень.

Список використаних джерел

1. Ресурс ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України» [Електронний ресурс]. – Режим доступу : http://phc.org.ua.
2. Аналіз індикаторів раннього попередження формування резистентності ВІЛ до антиретровірусних препаратів в Україні / Н. М. Нізова, М. Г. Люльчук, Ю. В. Кобища, К. В. Воронова // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ інфекція. – 2013. – № 1 (12). – С. 14–19.
3. WHO. – Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV, 2015. [Electronic resource]. – Access mode : http://www.hivreforminaction.org/wpcontent/uploads/2015/12/Deloitte_4_UKR_final_PRINT1.pdf.
4. Fast-Track Commitments to end AIDS by 2030 (2016) [Electronic resource]. – Access mode : http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/fast-track-commitments_en.pdf.
5. Гетьман Л. І. Оцінка клінічних компетенцій медичних працівників ЗОЗ, що

надають АРТ / Л. І. Гетьман, К. В. Воронова, М. В. Рябінчук // Проф. мед.: епідем., мікроб., вірус., паразит., інфек. хв. – 2016. – №3–4 (27). – С. 42.

6. Марциновська В. А. Посилення системи епідеміологічного нагляду за ВІЛ-інфекцією/СНІД в Україні / В. А. Марциновська, І. В. Кузін, Н. М. Нізова // Проф. мед.: епідем., мікроб., вірус., паразит., інфек. хв. – 2016. – № 3–4 (27). – С. 93–94.
7. Миронюк І.С. Гендерний портрет людей, які живуть з ВІЛ, як складова гендерного портрета епідемії ВІЛ-інфекції / СНІДу в регіоні (на прикладі Закарпатської області) / І.С. Миронюк, Л.І. Андрущак, К.Д. Каланча // Туберкульоз, легеневі хвороби, ВІЛ-інфекція. – 2014. – № 2. – С. 60–68.
8. Зміни у структурі захворюваності пацієнтів з ВІЛ-інфекцією/СНІДом на тлі поширення ВААРТ / В.С. Гойдик, В.В. Шухтін, Н.С. Гойдик, А.І. Гоженко // Одеський медичний журнал. – 2013. – № 3. – С. 31–35.
9. Янишин У.Я. Фармацевтичне забезпечення лікування сифілісу, гонореї, ВІЛ / СНІДу / У.Я. Янишин // Автореф. дис. … канд. фарм. наук.: 15.00.01 / Львів. нац. мед. ун-тет ім. Д. Галицького, 2009. – 24 с.
10. Бойко А.І. Фармакоекономічний аналіз інгібіторів протеази, що застосовуються для лікування ВІЛ-інфікованих пацієнтів в Україні / А.І. Бойко // Фармацевтичний журнал. – 2010. – № 4. – С. 18–27.
11. Немченко А.С. Методика фармакоекономічної оцінки нових технологій фармакотерапії хворих на ВІЛ-інфекцію / А.С. Немченко, К.Л. Косяченко, Ю.В. Корж // Управління, економіка та забезпечення якості в фармації. – 2012. – № 1. – С. 72–77.
12. Краткая выдержка из отчета проф. Йенса Лундгрена, Колаборативный Центр ВОЗ по вопросам ВИЧ и вирусных гепатитов, г. Копенгаген, Дания Оптимизация АРТ в Украине: общие принципы с точки зрения общественного здравоохранения // Проф. мед.: епідем., мікроб., вірус., паразит., інфек. хв. – 2016. – № 3–4 (27). – С. 174–176.

UDC: 616.98: 578.828

COMPARATIVE EVALUATION OF THE DATA OF THE OFFICIAL REPORT AND THE REAL DATA OF THE PROVISION OF ANTIRETROVIRAL THERAPY FOR HIV-POSITIVE PEOPLE IN UKRAINE

Fedyak I. O.

The comparison of the data of the Report public health Center of Ministry of health of Ukraine about providing ART for HIV-positive people on 01.01.2017, and real data obtained from the treatment of 1200 cards and follow-up care for HIV-infected people who were registered at the AIDS centres in 12 regions with different HIV prevalence in July–November 2016 was conducted. It was established that both in the Report, and in our own research, the main ART regimens for patients in Ukraine are the following five 1l: TDF+FTC+EFV (31,68 % Report / 26,6 % in the analyzed sample), 1D: AZT+ZTS+ LPV/r (15,04 % / 17,5 %), 1A: AZT+ZTS+ EFV (14,17% / 13 %), 1o: TDF+FTC+LPV/r (8,86 % / 9,0 %), 1P: TDF+ZTS+EFV (7,33 % / of 9.84 %), which according to the Pareto principle was related to the group A frequency assignment, because their total consumed 77,08 % / 75,86 % of patients. 4 scheme of ART formed B group (MT 19: 18 % / of 19.43 %) and group C (3,69 % / 2.5% of people) included 50 / 18 schemes, which are 84,75 % / 60% of all designated schemes of ART. It was established that the desired scheme of Ukrainian Community of Protecting Health among the circuits 1 of the row is used only 31,68 % / 26.6% of patients in Ukraine, which is a negative factor. The switch to 90 % of patients were recommended that by replacing the primarily schemes of the group C (1 number), and B. Funds which can be saved might be used to reinvested the provision of ART drugs to a larger number of people in need.

УДК: 616.98: 578.828

СРАВНИТЕЛЬНАЯ ОЦЕНКА ДАННЫХ ОФИЦИАЛЬНОГО ОТЧЕТА И РЕАЛЬНЫХ ДАННЫХ О ПРЕДОСТАВЛЕНИИ АНТИРЕТРОВИРУСНОЙ ТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ЛИЦАМ В УКРАИНЕ

Федяк И.О.

Проведено сравнение данных Отчета о предоставлении АРТ ВИЧ-инфицированным Центра общественного здоровья МОЗ Украины по состоянию на 01.01.2017 г. и реальных данных, полученных при обработке 1200 карт диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированными лицами, которые находились на учете в центрах СПИДа 12-ти регионов с разной распространенностью ВИЧ-инфекции в июле–ноябре 2016 г. Установлено, что как и в Отчете, так и по собственным исследованиям основными схемами АРТ для пациентов в Украине есть следующие пять – 1л: TDF+FTC+EFV (31,68 % по Отчету / 26,6 % в анализируемой выборке), 1д: AZT+3TC+ LPV/r (15,04 % / 17,5 %), 1а: AZT+3TC+ EFV (14,17% / 13 %), 1о: TDF+FTC+LPV/r (8,86 % / 9,0 %), 1п: TDF+3TC+EFV (7,33 % / 9,84 %), которые по принципу Парето было отнесено к группе А по частоте назначения, поскольку их суммарно потребляли 77,08 % / 75,86 % больных. Еще 4 схемы АРТ сформировали группу В (19,18 % / 19,43 %), а к группе С (3,69 % / 2,5 % человек) вошли 50 / 18 схем, что составляет 84,75 % / 60 % всех назначенных схем АРТ. Установлено, что желаемая схема ВОЗ среди схем 1 ряда употребляется всего 31,68 % / 26,6 % пациентами в Украине, что является негативным фактором. Переход на нее до 90 % больных рекомендуется путем замены прежде всего схем группы С (1 ряда), а после – В. А сэкономленные при этом средства целесообразно реинвестировать в обеспечение препаратов для АРТ большего числа нуждающихся.

ТЕЗИ КОНФЕРЕНЦІІ

СОЦІАЛЬНА ФАРМАЦІЯ, ЯК НАУКОВИЙ НАПРЯМОК ТА НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА

ІНФОРМАЦІЙНА ДІЯЛЬНІСТЬ ПРОВІЗОРА ПРИ НАДАННІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПРИ НЕВРОЛОГІЧНИХ ЗАХВОРЮВАННЯХ

Гриньків Я. О., Матвійчук М. Є., Сметаніна К. І., Блавацька О. Б.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
Smetanina_k@ukr.net

Вступ. Фармацевтична допомога є одним з базових понять в теорії організації та економіки фармації, а також у практиці лікарського забезпечення хворих. Система дій з фармацевтичної допомоги охоплює поняття фармацевтична опіка, профілактика, діагностика тощо. Тому від рівня надання фармацевтичної допомоги залежить якість життя пацієнта, який звертається по допомогу в аптеку. Останнє вимагає підвищення фахового рівня спеціаліста фармації з питань інформаційної діяльності.

Метою даних тез є підвищення рівня інформаційної освіченості провізорів з питань фармацевтичної допомоги при неврологічних захворюваннях, особливо в групі ризику – особам похилого та літнього віку.

За основу були обрані дані доказової медицини, опрацювання методичних матеріалів з вказаної проблематики, пошук наукової інформації та тісна співпраця з спеціалістами з лікувальної справи, що становили методики дослідження.

Відомо, що частка людей похилого віку в структурі планети населення висока і продовжує зростати. Похилий вік, старість є другим піком для захворювання епілепсією. На сьогоднішній день в Україні, за офіційними даними, зареєстровано 14 протиепілептичних препаратів (ПЕП), що належать до 1-ї та 2-ї лінії лікування. Ми проаналізували інформацію про ПЕП щодо можливого їх використання у пацієнтів похилого віку, які страждають на епілепсію. З огляду на отримані дані, можна зробити висновок, що найбезпечнішим засобом для лікування епілепсії у літніх людей є ламотриджин

і вальпроєва кислота при забезпеченні належних початкових доз, а також топірамат, окскарбазепін, топірамат, леветирацетам, прегабалін, лакосамід якщо немає супутньої патології нирок у хворих.

Ті ж самі особи похилого віку складають групу ризику в плані захворюваності на депресивні розлади. Офіційно встановлено, що з 10 осіб похилого віку 6 страждають на психічні розлади (стареча деменція, інволюційна меланхолія, пресенильний параноїдальний синдром, тощо), які супроводжуються депресивними атаками. В силу того, що літні люди – пацієнти, в яких наявними є хронічні патологічні стани з ускладненим анамнезом, вибір тактики лікування таких пацієнтів, особливо в умовах стаціонару, вимагають ґрунтовного аналізу при виборі тої чи ін. лікарської форми препаратів. На сьогоднішній день в Україні, за офіційними даними, зареєстровано близько 16 лікарських засобів, з яких в практиці літніх людей характеризуються популярністю селегілін, амітриптилін, тіанептин та ін., прийом яких проводиться під постійним наглядом лікаря.

Висновки. З метою підвищення рівня інформаційної освіченості з питань фармацевтичної опіки та допомоги на рівні післядипломної освіти нами безпосередньо опубліковано ряд навчально-методичних матеріалів, зокрема навчальний посібник «Фармацевтична допомога геріатричним хворим» (Львів, 2011) та методичні рекомендації «Інформаційна діяльність провізора і фармацевтична допомога при відпуску лікарських засобів для лікування неврологічних захворювань» (Львів, 2017), які значно допомагають в оволодінні новими знаннями та удосконаленні практичних навичок провізорів при відпуску ліків при депресії, стресі, мігрені, епілепсії та ін. неврологічних патологіях, особливо в осіб похилого віку.

БІОЛОГІЧНІ ВЛАСТИВОСТІ АПІПРЕПАРАТІВ, СТВОРЕНИХ В УКРАЇНІ

*Коваль В. М., Тихонов О. І., Ярних Т. Г., Шпичак О. С., Коношевич Л. В.
*Вінницький Національний медичний університет ім. М. І. Пирогова, м. Вінниця, Україна
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
propolis38@rambler.ru, shpichak_oleg@ukr.net

На сьогоднішній день розробка та впровадження нових високоефективних лікарських препаратів потребує сучасних підходів та принципів до їх фармацевтичної розробки у зв'язку з появою інноваційних тенденцій до переходу фармацевтичних підприємств на більш високий і досконалий рівень виробництва. Особливої уваги у цьому відношенні заслуговують сполуки природного походження, зокрема продукти бджільництва (мед, прополіс, обніжжя бджолине, перга, маточне молочко, отрута бджолина та ін.) та їх стандартизовані субстанції (мед порошкоподібний – ТУ У 10.8-39834691-001:2015; фенольний гідрофобний препарат прополісу – РП № UA/4505/01/01, Наказ МОЗ України № 337 від 07.06.2011 р.; фенольний гідрофільний препарат прополісу – Патент № 856075 від 01.07.1991 р.; водна витяжка прополісу – Специфікація СПЦ-СР-95, Версія: 01; ліпофільний екстракт обніжжя бджолиного – дозвіл ДФЦ МОЗ України на проведення ІІ фази клінічних випробувань (наказ МОЗ України № 8 від 27.09.01 р.; ферментна субстанція «Поленаза» – Дозвіл до медичного застосування, Реєстраційний номер Д/98/21/13; Ліофілізована субстанція отрути бджолиної – Патент № 97105 України від 25.02.2015 р.; Біомаса великої бджолиної вогнівки (БВБВ) – ТУ У 01.2-00729557.002-2002 тощо), які отримали широке теоретичне обґрунтування та практичне значення у виробництві на провідних фармацевтичних підприємствах України.

Так, за результатами довготривалих експериментальних досліджень було розроблено низку лікарських апіпрепаратів, зареєстрованих в Державному реєстрі

лікарських засобів України: капсули «Апіпрост», (РП № UA/8194/01/01, наказ МОЗ України № 34 від 18.01.2013 р.), таблетки «Проалор» (РП № UA/7974/01/01, наказ МОЗ України № 462 від 24.07.2015 р.), (Виробник: ТОВ «Фармацевтична компанія «Здоров'я, м. Харків»), супозиторії «Прополіс» (РП № UA/13748/01/01, наказ МОЗ України № 513 від 21.07.2014 р.) (Виробник: ЗАТ «Лекхім-Харків», м. Харків, настойка прополісу (РП № UA/0627/01/01, наказ МОЗ України № 528 від 29.07.2014 р.) (Виробник: ТОВ «Тернофарм», м. Тернопіль), а також лікарські апіпрепарати, які пройшли доклінічні та клінічні випробування і знаходяться на різних стадіях впровадження у промислове виробництво – капсули «Апісед», аерозоль «Кріобіозоль», гель «Артпромент», мазь «Протабент», таблетки «Апітар», капсули «Апі-Імуно-Віт», гранули «Проплантмед», мазь «Пролідоксид», очні краплі з прополісом, гель косметичний «Прополіс» (РЦ № 2489400727-01-2016), крем для лікування ксерозу шкіри «Акрея-НЕО», лікувально-профілактичні засоби «Прополіс-Дерма» у флаконах-маркерах «Прополіс – ПСХ» (РЦ № 3320715444-02:2016), «Прополіс – ПХД» (РЦ № 3320715444-01:2016), «Прополіс – ПНГ» (РЦ № 3320715444-03:2016) та ін.

Дані розробки дозволяють значно розширити арсенал високоефективних лікарських апіпрепаратів для їх застосування в різних напрямках медицини: гастроентерології, пульмонології, імунології, офтальмології, неврології, гінекології, дерматології, педіатрії, спортивній медицині та ін. завдяки їх протизапальним, антимікробним, капілярозміцнювальним, знеболюючим, радіопротекторним, противиразковим, простатопротекторним, репаративним, адаптогенним, імуностимулюючим та іншим властивостям.

Таким чином, сучасні наукові дослідження з розробки, створення і впровадження лікарських апіпрепаратів, які проводяться в Національному фармацевтичному університеті протягом 40 років, активно сприяють поліпшенню якості і забезпеченню населення високоефективними лікарськими препаратами, а також в цілому допомагають вирішувати глобальні проблеми галузі охорони здоров'я України, пов'язані з імпортозаміщенням лікарських засобів вітчизняними препаратами, отриманими із природної сировини.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ ЗАХВОРЮВАНОСТІ НА ХВОРОБУ ПАРКІНСОНА У КРАЇНАХ СВІТУ

Котвіцька А. А., Прокопенко О. С.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

За останні роки у зв'язку з «старінням» населення все актуальнішими визначаються захворювання людей похилого віку. Одним з таких захворювань є хвороба Паркінсона, яка за свою 200-річну історію досі знаходиться в групі невиліковних захворювань.

Хвороба Паркінсона – повільно прогресуюче хронічне неврологічне захворювання, притаманне особам літнього віку. Оскільки цей недуг є хронічним та досі невиліковним показник захворюваності даного захворювання є достатньо вагомим фактором.

Саме тому *метою* даного дослідження є порівняння показників захворюваності хвороби Паркінсона в Україні відносно країн світу. Для досягнення зазначеної мети нами проаналізовано дані онлайн ресурсів та наукових статей за даною тематикою.

На сьогоднішній день зареєстровано близько 10 мільйонів хворих на хворобу Паркінсона у світі та близько 27 тис. хворих на території України (63 особи на 100 тис. населення).

Серед країн Європи у дослідженні представлені Німеччина, Великобританія, Чехія та Фінляндія. У ***Німеччині*** показник захворюваності на цей недуг складає 183 особи на 100 тис. населення; у ***Великобританії*** кількість хворих складає 130 осіб на 100 тис. населення. Показник захворюваності на хворобу Паркінсона у ***Чехії*** та ***Фінляндії*** складає 191 та 145 осіб на 100 тис. населення.

Серед представників Азіатсько-Тихоокеанського регіону у дослідженні розглядалися: Австралія, США, Канада, Китай, Японія. Кількість хворих у ***США*** складає 218 осіб на 100 тис. населення, у ***Канаді*** 185 осіб на 100 тис.

населення. Показник захворюваності в ***Австралії*** складає 125 осіб на 100 тис. населення. Варто відмітити, що показники захворюваності у ***Китаї*** варіюються від 16 до 797 осіб на 100 тис. населення, а у ***Японії*** від 76 до 192 осіб на 100 тис. населення. Також, варто відмітити, що найбільший показник захворюваності на хворобу Паркінсона серед країн зафіксовано у Албанії – він складає 800 осіб на 100 тис. населення, а найменший показник захворюваності зафіксовано у Ефіопії – 7 осіб на 100 тис. населення.

Таким чином, можна стверджувати, що показники захворюваності на хворобу Паркінсона серед країн світу є достатньо різноманітними та несистематичними. Стосовно України, то показники захворюваності визначаються як незначні у порівнянні з країнами світу, та в порівнянні з країнами Європи. Разом з тим необхідно зазначити, що саме незначний рівень захворюваності на нашу думку обумовлений відсутністю статистичних даних щодо хвороби Паркінсона в Україні.

ВИВЧЕННЯ ДОСВІДУ ФОРМУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЇ ФАРМАЦІЇ ЯК НАУКОВОГО НАПРЯМКУ

Котвіцька А. А., Сурікова І. О.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Всеохоплюючі процеси реформування охорони здоров'я (ОЗ) відбуваються шляхом концептуальних змін та впровадженням нових форм медичного та фармацевтичного забезпечення. Це обумовило появу нової для України наукової та практично-орієнтованої концепції – соціальної фармації, що потребує постійного розвитку, підтримки та стимулювання.

У багатьох країнах світу соціальна фармація, як науковий напрямок досліджень, є достатньо розвинутою, про що свідчать видання підручників та публікації в спеціалізованих періодичних та наукових журналах тощо. Тому, на нашу думку, важливим є вивчення міжнародного досвіду формування соціальної фармації як напрямку наукових досліджень.

Мета дослідження. У зв'язку з вищезазначеним метою нашого дослідження став аналіз науково-практичних напрямків сфери соціальної фармації.

Матеріали та методи дослідження. Найбільш авторитетним науковим виданням, що охоплює усі аспекти соціальної фармації, є науковий журнал «Research in Social & Administrative Pharmacy» (RSAP). Тому у ході дослідження за допомогою статистичних методів аналізу та контент-аналізу нами було проаналізовано наукові публікації представлені у вищезгаданому журналі за період 2012 – 2016 рр.

Результати дослідження. У ході дослідження встановлено, що в цілому усі матеріали представлені в RSAP розподілені за категоріями: оригінальні дослідження (Original Research) – 68,53%, короткі описи дослідження (Research Brief) – 13,07%,оглядові статті (Review Articles) – 5,6%, апробація нової моделі

дослідження (Proposed Model) – 2,67% та коментарі (Commentaries) – статті редакційної колегії з філософських аспектів, питань використання ЛЗ, методологічних аргументів чи інших відповідних суб'єктів – 10,13%. Загалом в період з 2012 по 2016 рр. в RSAP було опубліковано 375 оригінальних наукових статей. Також звертає увагу наявність в деяких номерах журналу окремих online-статей, що, частіше за все, представляють матеріали міжнародних науково-практичних конференцій з соціальної фармації й не відносяться до жодної з вказаних категорій.

За результатами вивчення, нами встановлено, що дослідження в сфері соціальної фармації проводяться в переважній більшості країн світу: Північної та Південної Америки (США, Канада, Мексика, Бразилія), європейських країнах (Бельгія, Португалія, Данія, Фінляндія, Швеція, Велика Британія, Іспанія та ін.), деяких африканських країнах (Зімбабве, Єгипет), країнах Близького та Далекого Сходу (Йорданія, Саудівська Аравія, Непал, Ірак, Японія, Південна Корея, Малайзія), Австралії та Нової Зеландії.

У ході вивчення змісту опублікованих в RSAP статей нами визначено, що найчастіше наукові дослідження присвячені таким фармацевтичним категоріям як аптека (Community pharmacy), фармацевтичний працівник (Pharmacist), дотримання (прихильність) призначених ЛЗ (Medication adherence), грамотність в питаннях охорони здоров'я (Health literacy), комунікації (Communication), аптечні послуги (Pharmacy service), ліко-пов'язані помилки (Medication error), управління фармакотерапією (Medication therapy management), лікарські засоби (Medication), фармацевтична допомога (Pharmaceutical care), роль фармацевтичного працівника (Pharmacist roles), фармацевтична практика (Pharmacy practice), пацієнт (Patients), громадське здоров'я (Public health), настанови (Attitudes), співпраця з суб'єктами фармацевтичної діяльності (Collaboration), безпека пацієнта (Patient safety), електронне виписування рецептів (Electronic prescribing), електронний рецепт (E-Prescribing), первинна медична допомога (Primary care), самолікування (Self-medication) тощо.

Найбільш розповсюдженими та соціально-значимими нозологіями, на

думку дослідників в сфері соціальної фармації, є гіпертонічна хвороба, астма, нейродегенеративні захворювання, депресія, діабет, серцево-судинні захворювання, головний біль, хвороба Паркінсона та ін. Також, необхідно відмітити, спрямованість наукових досліджень на усі категорії населення, а саме: діти, дорослі, населення похилого віку, вагітні жінки тощо.

У цілому можна стверджувати, що пріоритетні напрямки досліджень в сфері соціальної фармації фокусуються на соціальних, організаційних, економічних, правових, психологічних, комунікаційних аспектах, що впливають на ефективність фармацевтичного забезпечення й допомоги та показниках якості життя пацієнта. Необхідно зазначити, що велика кількість наукових досліджень, присвячена питанням політики та регулювання сфери охорони здоров'я й фармацевтичного сектору, схильності пацієнта до фармакотерапії, комунікаціям в системі «фармацевтичний працівник – пацієнт – лікар» та ролі фармацевта в наданні фармацевтичної допомоги в цілому, безпеці пацієнта в контексті якості наданої фармацевтичної допомоги та помилок фармацевтичного забезпечення, управління фармакотерапією, якості фармацевтичної інформації та впровадженню електронного виписування рецептів та ін.

Висновки. Таким чином, за результатами проведеного дослідження публікацій в науковому журналі «Research in Social & Administrative Pharmacy» за період 2012 – 2016 рр., встановлено, що, здебільшого науковцями різних країн публікуються результати оригінальних наукових досліджень (68,5 % від усіх публікацій). Найбільш розповсюдженими категоріями в сфері соціальної фармації є аптека та фармацевтичний працівник. Опубліковані матеріали охоплюють дослідження найбільш соціально-значущих захворювань та усіх категорії населення по всьому світу. В цілому дослідження в сфері соціальної фармації спрямовані на вивчення усіх факторів, що впливають на застосування пацієнтами ЛЗ в контексті якісного фармацевтичного забезпечення та допомоги.

АКТУАЛЬНІСТЬ СТАНДАРТИЗАЦІЇ ТЕРМІНОЛОГІЇ ТА КЛАСИФІКАЦІЇ ЛІКАРСЬКИХ КОСМЕТИЧНИХ ЗАСОБІВ

Лебединець В. О., Казакова І. С.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
quality@nuph.edu.ua

Проведене нами дослідження щодо визначення статистичних показників функціонування сучасного світового косметичного ринку показало, що актуальними тенденціями його розвитку є поширення застосування косметичних засобів, які поєднують у собі не тільки косметичні властивості, але також здатні активно впливати на фізіологічні процеси організму, зокрема в шкірних покровах, надаючи препарату лікувально-профілактичні властивості. Враховуючи цю тенденцію, а також певну розбіжність у визначенні основних понять, якими оперують фахівці в галузі практичної косметології в Україні та багатьох інших країнах, актуальним є питання уніфікації термінології та класифікації сучасних видів косметичної продукції з фармакологічними ефектами.

Метою поточного етапу нашого дослідження є розробка науково обґрунтованих пропозицій щодо стандартизації термінології та класифікації лікарських косметичних засобів (ЛКЗ) відповідно до сучасних тенденцій розвитку косметології, фармації й медицини та згідно із вимогами чинних міжнародних стандартів і відповідних європейських директив.

Для реалізації поставленої мети нами було проведено аналіз вітчизняної та європейської законодавчої й нормативної бази в сфері обігу косметичної продукції, зокрема: закон України «Про лікарські засоби» (від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР), ДСТУ 2472:2006 «Продукція парфумерно-косметична. Терміни та визначення понять», національні українські стандарти на окремі види косметичної продукції, Регламент №1223 / 2009 Європейського Парламенту та Ради ЄС на косметичну продукцію (затверджений 30.11.2009 р.) тощо.

Аналіз досліджених джерел інформації засвідчив наявність певних

розбіжностей у визначенні основних понять та невідповідність основних засад класифікації косметичних засобів сучасним тенденціям розвитку косметичного ринку. З метою усунення зазначених невідповідностей, для косметичної продукції в Україні нами пропонується використовувати термін "косметичний препарат (засіб)" з наданням йому наступного визначення: *"комплекс біологічно активних та допоміжних речовин, дозволених у встановленому порядку до використання, у вигляді косметичної форми з установленим косметичним ефектом у відповідній споживчій тарі"*.

У свою чергу, косметичний ефект необхідно визначити як *"позитивну реакцію шкіри та її похідних у відповідь на застосування косметичних препаратів і косметичних процедур, що виражається в нормалізації й активізації фізіологічних властивостей шкірних покривів і/або корекції їх зовнішнього вигляду"*.

Необхідно окремо підкреслити, що активність косметичних засобів, яка є в основі класифікації за видом їх дії, обумовлена рівнем проникнення засобу в шкірні покриви. Морфологічні й фізіологічні особливості шкіри як об'єкта впливу косметичних засобів обумовлюють такий принцип їх класифікації, як *рівень впливу* на шкіру. Зокрема, розрізняють епідермальний та трансепідермальний рівні впливу косметичних препаратів на шкіру.

Епідермальний рівень проникнення косметичного засобу обмежений областю епідермісу, а трансепідермальний рівень проникнення характеризується можливістю присутності активного косметичного засобу в структурі дерми.

Ступінь впливу засобу на шкіру та її похідні залежить від багатьох факторів: проникності відповідних м'яких тканин, концентрації активних компонентів, полярності та молекулярних розмірів сполук, що входять до складу засобу, методу застосування косметичного засобу та інших факторів. Однак, основним з таких факторів є здатність компонентів засобу проникати в ту чи іншу область шкірних покровів. Для косметичних засобів декоративної й захисної дії загалом є характерним епідермальний рівень впливу, зумовлений

спрямованістю косметичного ефекту безпосередньо на епідерміс. Косметичні препарати лікувально-профілактичної дії характеризуються трансепідермальним рівнем впливу засобу за рахунок залучення до обмінних процесів у глибоких шарах м'яких тканин і організму в цілому.

Варто відмітити, що очищення шкірних покривів також сприяє стимулюванню процесу відлущування корнеоцитів рогового шару, нормалізує дихальну та екскреторну функції шкіри. У свою чергу, нормалізація фізіологічного й функціонального стану шкірних покривів стимулює активізацію процесів життєдіяльності м'яких тканин. Останній факт дозволяє розглядати такі косметичні засоби як засоби активного впливу на шкіру, що не тільки нормалізують та активізують анатомо-фізіологічні властивості шкіри, але й сприяють запобіганню виникнення її патологічних станів. Описана категорія косметичної продукції є одним із сегментів косметичного ринку, що зростає найшвидше. Але при цьому на сьогодні в нашій країні вона не має нормативно-правового обґрунтування і законодавчого визначення.

Часто для цієї категорії засобів використовують термін *космецевтика*, *парафармацевтичні засоби*, *дерматологічна косметика* тощо, які не мають трактування у нормативних документах та не визначають сутність цієї косметичної продукції. При цьому, беручи до уваги високу проникність шкіри (особливо на певних ділянках), безконтрольний контакт з нею косметичних засобів, наявність в їх складі небезпечних для організму речовин і відсутність науково обґрунтованих методик раціонального застосування таких засобів, необхідно розглядати такі препарати як засоби активного впливу не тільки на шкірні покриви, але й на організм людини в цілому.

Таким чином, за результатами проведеної роботи можна констатувати, що сучасна косметична галузь в Україні й світі активно розвивається, використовує інноваційні досягнення медицини, хімії, фармації, що, в свою чергу, вимагає систематичного перегляду й коригування основних термінів і визначень, регулювання підходів та напрямів розвитку системи термінології й класифікації засобів і методів косметичного догляду.

ВІТАМІНИ ГРУПИ В
ПРИ ГОСТРИХ ПОРУШЕННЯХ МОЗКОВОГО КРОВООБІГУ

Левицька О. Р.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького,
м. Львів, Україна
levytska.oksana@gmail.com

Вступ. Вітаміни групи В, як відомо, знижують рівень гомоцистеїну, який є фактором ризику серцево-судинних захворювань. При цьому у більшості своїй мова йде про три види вітамінів цієї групи – B_6 (піридоксин), B_9 (фолієва кислота) і B_{12} (ціанкобаламін), які слід призначати одночасно. Питання щодо використання чи невикористання цих лікарських засобів (ЛЗ) при гострих порушеннях мозкового кровообігу (ГПМК), зокрема, інсультах, є відкритим і дискусійним, оскільки результати низки досліджень не дають чіткої відповіді стосовно користі, шкоди чи даремності їх у лікуванні ГПМК [1-3]. Разом з тим, в адаптованій клінічній настанові, заснованій на доказах "Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою" вказується, що вітаміни, які знижують рівень гомоцистеїну (кислота фолієва, піридоксину гідрохлорид та ціанокобаламін (B_{12}), не знижують частоту повторного інсульту і можуть збільшити частоту судинних подій, хоча на сьогодні тривають подальші дослідження [4]. Тому цікавим, на нашу думку, є дослідження особливостей призначень та споживання вітамінів групи В при ГПМК.

Мета дослідження. Ретроспективний аналіз реальної практики призначень та споживання вітамінів групи В при ГПМК.

Методи дослідження. Об'єкти дослідження: листки лікарських призначень стаціонарних хворих із ГПМК або віддаленими наслідками ураження судин головного мозку неврологічного відділення одного із закладів охорони здоров'я стаціонарного типу м. Львова у 2007 (n=236) та 2015 (n=300) роках. Методи: контент–, частотного, ATC/DDD аналізів та узагальнення.

Результати. Контент-аналіз дозволив установити, що в 2007 р. хворим з ГПМК та їх наслідками призначали три (тіаміну хлорид, піридоксину гідрохлорид і ціанокобаламін), а в 2015 р. – два монопрепарати (тіаміну хлорид і піридоксину гідрохлорид) вітамінів групи В і комплексний ЛЗ, який містив вітамін B_1 у поєднанні з вітамінами B_6 та/або B_{12} під різними торговими назвами. У 2007 р. це були нервіплекс, нейрорубін та мільгама, а в 2015 р. – вітаксон, нейрорубін, мільгама та нейромакс. Нервіплекс, який у 2007 р. призначався четвертій частині хворих (25,8%), у 2015 р. не призначався зовсім. Разом з тим, у 2015 р. майже 14 % пацієнтів призначався вітаксон. Таким чином, у 2015 р. пріоритети лікарів змінилися у бік інших торгових назв цього комплексного ЛЗ. Частка призначень нейрорубіну у 2007 р. становила 4,7% а в 2015 р. – 7,7%, тобто збільшилась в 1,6 рази. Мільгама у 2007 р. призначалася 5,5% хворих, а в 2015 р. – 4,3 % (призначення дещо зменшилось). У 2015 р. пацієнтам з ГПМК та їх наслідками призначався також нейромакс (4,3% хворих). Ціанокобаламін у 2007 р. призначався 3,4% хворих, а в 2015 р. – зовсім не призначався. Фолієва кислота не призначалася в обох періодах. Частка призначень монопрепаратів та сумарна частка призначень аналізованих ЛЗ наведена в табл.1.

Таблиця 1

Результати аналізу призначень та споживання вітамінів групи В у динаміці (2007/2015 рр.)

Назва ЛЗ	Частка хворих, яким призначалися ЛЗ, %	Загальна кількість DDDs*	DDDs/100 ліжко-днів
Вітамін B_1 у поєднанні з вітамінами B_6 та/або B_{12}	36,0/30,0	1216/1408	27,1/35,7
Тіаміну хлорид (B_1)	6,8/5,7	200/121	4,5/3,1
Піридоксину гідрохлорид (B_6)	7,6/2,3	72,2/13,1	1,6/0,3
Ціанокобаламін (B_{12})	3,4/-	1275/-	28,5/-
Всього:	53,8/38,0	2763,2/1542,1	61,7/39,1

Якщо в 2007 р. (табл. 1) вітаміни групи В призначалися більше половини хворих (53,8%), то у 2015 р. їх призначення скоротилися і становили 38%. Загальна кількість спожитих встановлених добових доз* (DDDs) у 2015 р.

зменшилася і становила 1542,1 DDDs на противагу 2763,2 DDDs у 2007 р. Таке значне скорочення кількості спожитих DDDs відбулось унаслідок зменшення призначень та споживання монопрепаратів вітамінів групи В. У 2015 р. зменшилась також і кількість спожитих DDDs, що припадає на 100 ліжко/днів. У 2007 р. вона становила 61,7 DDDs/100 ліжко-днів, а в 2015 р. - 39,1 DDDs/100 ліжко-днів.

Висновок. Результати досліджень показали тенденцію до зменшення частоти призначень та споживання вітамінів групи В при ГПМК.

Література

1. B vitamins in patients with recent transient ischaemic attack or stroke in the VITAmins TO Prevent Stroke (VITATOPS) trial: a randomised, double-blind, parallel, placebo-controlled trial / Lancet Neurol, 2010 Sep;9(9):855-65. doi: 10.1016/S1474-4422(10)70187-3. Epub 2010 Aug 3. – [Electronic resources]. – Access mode: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20688574

2. Efficacy of Homocysteine-Lowering Therapy With Folic Acid in Stroke Prevention: A Meta-Analysis / L.Meng, K.-S. Hong, Sh.-Ch. Chang, J. L. Saver // Stroke. 2010;41:1205-1212. – [Electronic resources]. – Access mode: http://stroke.ahajournals.org/content/41/6/1205.full.

3. Vitamin B supplementation, homocysteine levels, and the risk of cerebrovascular disease: A Meta-Analysis / Yan Ji, Song Tan, Yuming Xu [et al.] // Neurology. 2013, 81:15 1298-1307. – [Electronic resources]. – Access mode: http://www.neurology.org/content/81/15/1298.

4. Рекомендації щодо ведення хворих з ішемічним інсультом та транзиторною ішемічною атакою. Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах: Наказ МОЗ України № 602 від 03.08.2012 «Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при ішемічному інсульті» [Електронний ресурс]. – 2012. – Режим доступу: http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20120803_602.html.

АНАЛІЗ ВПЛИВУ ВЖИВАННЯ АЛКОГОЛЬНИХ НАПОЇВ НА РОЗВИТОК СЕРЦЕВО-СУДИННИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

Немченко А. С., Куриленко Ю. Є.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
economica@nuph.edu.ua

Вступ. Серцево-судинні захворювання (ССЗ) є однією з головних причин, що призводять до інвалідизації населення, а також до ранньої його смертності. При цьому тенденція до розповсюдження ССЗ все частіше спостерігається серед молодого населення, що є досить негативним фактором для розвитку як економіки так й демографічних чинників країни. За даними інформаційного бюлетеню ВООЗ № 317 одним з ключових факторів розвитку ССЗ та передчасної смертності є вживання алкогольних напоїв.

Смертність від алкоголізму, згідно зі статистикою, досягає в усьому світі 3,5 мільйона осіб на рік, що становить 5,9% всіх випадків смерті.

Мета. Метою дослідження є аналіз впливу вживання алкогольних напоїв на розвиток ССЗ.

Методи дослідження. При аналізі використовувався статистичний та порівняльний методи.

Основний матеріал дослідження. Ризик розвитку більшості ССЗ знаходиться в прямій залежності від рівня споживання алкоголю. Під час сп’яніння відбувається почастішання серцебиття – тахікардія, підвищення кров'яного тиску – гіпертонія, порушення оптимального процесу кровообігу – найчастіше прояви у вигляді ішемії, емболії, гіперемії, тромбозу або звичайної кровотечі, все це є причиною руйнування кровоносних судин. Також слід зазначити, що при вживанні алкогольних напоїв у крові підвищується вміст адреналіну та норадреналіну, які збільшують споживання поживних речовин серцевого м'яза, виникає дефіцит вітамінів та білків, порушення вуглеводного та мінерального обміну.

В Україні близько 15% населення помирає від ССЗ, які спровоковані

алкогольними напоями. Крім того фіксується 25% дитячої патології причиною якої є вживання алкоголю батьками та 30% патології у дорослих працездатного віку.

За даними Глобальної доповіді ВООЗ про стан справ у сфері вживання алкоголю та здоров’я населення, Україна знаходиться на 6 місці серед 191 країни по кількості споживання алкоголю в літрах чистого етанолу на душу населення у віці від 15 років та вище – 13,9 л.

Статистика споживання алкогольних напоїв у світі різноманітна, так наприклад перше місце займає Білорусь – 17,5 л., останнє – Пакистан 0,1л., (слід зазначити, що Пакистан – країна де проповідують іслам, а отже вільний продаж алкогольних напоїв заборонено), у Молдові – 16,8 л., у Литві – 15,4 л., у США – 9,2 л., у Великобританії – 11,6 л. Загальна кількість вживання алкоголю на душу населення серед чоловіків і жінок в середньому становила 23,2 л. та 10,6 л. чистого спирту відповідно.

Надмірне вживання алкоголю ще з 1952 р. затверджено ВООЗ, як хвороба яка потребує подальшого лікування. Відповідно до міжнародної класифікації хвороб (МКХ) алкогольну залежність відносять до класу F 10 – розлади психіки та поведінки, пов’язані з вживанням алкоголю.

В Україні для лікування алкогольної залежності в якості основної терапії використовують лікарські засоби (ЛЗ) з групи N07BB.

При аналізі вітчизняного фармацевтичного ринку, щодо наявності зазначених ЛЗ у групі N07BB було встановлено, що з 18 представлених ЛЗ 61,1 % вітчизняного виробництва. Лідерами є ПрАТ «ФФ "Дарниця» (33,4 %), ТДВ «ІНТЕРХІМ» (16,6 %) та ПАТ «НВЦ» «Борщагівський хіміко-фармацевтичний завод» (11,1 %).

Висновки. Для боротьби з алкогольною залежністю на надільному рівні треба проводити постійний епідеміологічний нагляд та моніторинг за статистикою, а також впроваджувати в практику рекомендації позначені в глобальній інформаційній системі ВООЗ з алкоголю та здоров'ю (GISAH), щодо пропаганди здорового способу життя населення.

ПРОГНОЗУВАННЯ ПОШИРЕНОСТІ РОТАВІРУСНОГО ЕНТЕРИТУ СЕРЕД ДІТЕЙ МЕТОДОМ МАТЕМАТИЧНОГО МОДЕЛЮВАННЯ

Немченко А. С., Подгайна М. В., Балинська М. В., Сімонян Л. С., Корж Ю. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
economica@nuph.edu.ua

Вступ. Ротавірусна інфекція (англ. Rotavirus enteritis – ротавірусний ентерит, РЕ) – інфекційна хвороба вірусного походження, яка є найбільш частою причиною тяжкої діареї та характеризується високими показниками смертності серед немовлят та дітей молодшого віку. За даними ВООЗ, майже кожна дитина у світі до досягнення п'яти років заражається ротавірусом принаймні один раз. Одночасно, з кожним зараженням імунітет зростає і наступні випадки є менш жорсткими, тому дорослі рідко страждають на РЕ. Захворювання широко поширене в багатьох країнах світу, як у розвинених, так і в країнах, що розвиваються. Наприклад, у США щорічно спостерігається понад 1 млн випадків важких ротавірусних діарей серед дітей у віці від 1 до 4 років, у 150 хворих захворювання закінчується летальним результатом. Запобігання смертності та зниження тяжкості перебігу захворювання прямо пов’язане із своєчасною регідратаційною терапією, особливістю якої є невисока вартість. Враховуючи соціальну значущість захворювання та важливість пільгового забезпечення дитячого населення в Україні, актуальним вважаються наукові дослідження у вказаному напрямку.

Метою проведеного дослідження було прогнозування показників поширеності РЕ в Україні з використанням статистичних даних за 2011-2015 рр.

Методики дослідження. Як основний, було використано метод математичного моделювання шляхом побудови ліній тренду, який полягає у побудові лінії на основі точкової діаграми за фактичними даними ряду періодів та визначенні рівняння лінії тренду для кожного випадку. Банк даних – звітно-статистична документація Державної служби статистики України, обробка якого здійснювалася з використанням статистичного пакета Statistica 7 та Excel. Варто

зазначити, що необхідність у прогнозуванні соціально-демографічних показників, спричинена відсутністю актуальної інформації щодо поширеності захворювань, характерних на населення України: залежно від періоду пошуку статистичної інформації актуалізація може запізнюватись на 1- 18 місяців, що суперечить принципам формулярної системи та медичного страхування, які є досить динамічними системами та потребують постійного, принаймі, щорічного оновлення.

Основний матеріал дослідження. У прогнозуванні показників поширеності ротовірусного ентериту за регіонами країни на 2017 рр. з метою відбору виду регресійної залежності нами була здійснена перевірка адекватності таких моделей: поліномінальна, логлінійна, напівлогарифмічна, експоненціальна. За результатами аналізу значень коефіцієнта детермінації можна стверджувати, що найточніший результат спостерігається у разі застосування поліномінальної моделі (рис. 1). Дана регресійна модель також є доцільною у застосуванні за умов ситуаційного зростання та зменшення вихідних даних.

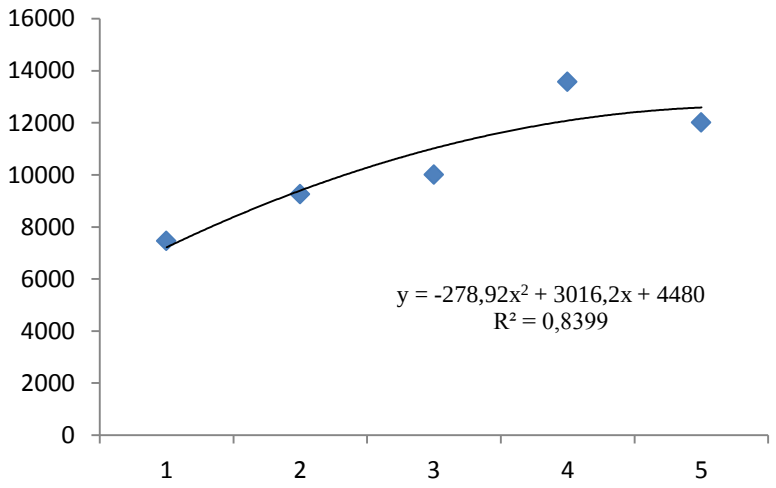


Рис.1. Лінія тренду поширеності РЕ серед дітей для України

Висновки. Результати дослідження ґрунтуються на сучасному понятійному апараті та методах організаційно-економічних досліджень, що формують сукупність соціально-економічних підходів до удосконалення фармацевтичного забезпечення населення дитячого віку на основі прогнозування річних обсягів компенсацій бюджетом (страховими фондами) відносно вартості споживання препаратів хворими на РЕ.

ЕВОЛЮЦІЯ СОЦІАЛЬНИХ РОЛЕЙ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ФАХІВЦІВ

Унгурян Л. М., Бєляєва О. І., Каравелкова Ю. С.
Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна
lianau@ukr.net

Вступ. Важливе значення для розуміння сутності соціальної фармації (СФ), на нашу думку, має конкретизація соціальної ролі фармацевтичних фахівців (ФФ), під якою розуміють відповідний прийнятим нормам спосіб поводження людей залежно від їхнього статусу чи позиції в суспільстві, у системі міжособистісних відносин. Прикладом соціальних ролей є професійні ролі, тобто ті вимоги, яким має відповідати поведінка людей, що займаються певною професійною діяльність у суспільстві.

Основний матеріал. Виходячи з функцій аптеки, можна виділити три основні групи професійних ролей ФФ – медико-соціальна, торгівельна і виробнича. Ураховуючи сучасний етап розвитку держави, необхідно констатувати, що на фоні мінімізації виробничої ролі (виготовлення лікарських засобів (ЛЗ) за індивідуальним замовленням здійснює менше 2% аптек) торгівельна роль ФФ є домінуюча порівняно з медико-соціальною роллю.

У зв'язку з аналогічнім зрушенням парадигми фармацевтичної практики (ФП) за кордоном постала необхідність переосмислити і переорієнтувати ролі ФФ.

Ще у 1988 р. на Європейській регіональній нараді «Роль фармацевта в роздрібній та лікарняній аптеці» (Мадрид, Іспанія) було визначено такі професійні ролі ФФ:

– консультант лікаря, він приймає участь у виборі ЛЗ і надає рекомендацій щодо їх раціонального застосування;

– провідна роль у наданні інформації та рекомендацій пацієнту щодо застосування ЛЗ;

– інформування пацієнтів про можливість побічних ефектів ЛЗ;

– сприяння пропаганді здорового способу життя.

Унаслідок першої (глобальної) наради «Зміст фармації і функції фармацевтів» (Нью Делі, Індія, 1988 р.), у сферу професійних ролей ФФ роздрібної та лікарняної аптеки входить участь у розробці законодавства про ЛЗ, участь спільно з іншими медичними працівниками у розвитку сфери охорони здоров'я.

На другій (глобальній) нараді «Якісні фармацевтичні служби – користь для держави і суспільства» (Токіо, Японія, 1993 р.) була сформульована концепція фармацевтичної допомоги (ФД), яка вимагала від ФФ: надання пацієнтам достовірної та об'єктивної інформації про ЛЗ; участі у розробці законопроектів і регламентуючих правил, що стосуються забезпечення населення ЛЗ; опрацювання методичних вказівок і критеріїв для складання формулярів;розробки систем розподілу ЛЗ.

У 1996 р. у керівному документі ВООЗ з НАП для комунальної і госпітальної фармації визначили чотири основні практичні складові, які формують професійні ролі ФФ щодо: зміцнення здоров’я, профілактики захворювань та досягнення здорового способу життя; відпуску і використання ЛЗ; самолікування населення; впливу на призначення і застосування ЛЗ.

Буквально через рік (1997 р.) у доповіді консультативної групи ВООЗ «Роль фармацевта в системі охорони здоров'я. Підготовка майбутніх фармацевтів: опрацювання навчальних програм» було запропоновано концепцію «фармацевт семи зірок», тобто визначено 7 основних професійних ролей ФФ: фахівець, що надає допомогу; уповноважений приймати рішення; контактна особа; управлінець та розпорядник (менеджер); довічний учень; учитель; лідер.

У 2000 р. концепція «фармацевт семи зірок» була прийнята Міжнародною фармацевтичною федерацією (МФФ) у її програмному положенні «Належна практика фармацевтичної освіти».

Радою із присвоєння кваліфікації в галузі фармації (США) в 2009 р. запропоновані 7 професійних ролей ФФ:

– розповсюдження ЛЗ – через оффлайнові й онлайнові аптеки;

– сприяння безпеці пацієнта – шляхом корекції дози ЛЗ у процесі фармакотерапії (ФТ), моніторингу взаємодії та дублювання ЛЗ, лікарської алергії, попереднього дозволу на призначення ЛЗ;

– розвиток клінічної програми, тобто опрацювання програми ведення (ФТ) хвороби конкретного пацієнта;

– участь у розробці формулярних переліків ЛЗ

– забезпечення співпраці в системі «пацієнт – лікар – ФФ»

– управління підприємництвом – переговори з виробниками щодо закупівлі ЛЗ, зокрема цінових знижок на ЛЗ;

– управління витратами – економічно ефективний вибір ЛЗ.

У 2011 р. за спільними керівними рекомендаціями ВООЗ і МФФ «Належна аптечна практика: Стандарти якості аптечних послуг» уточнено чотири основні групи професійних ролей ФФ, а саме: виготовлення, отримання, зберігання, гарантування безпеки, розподіл, призначення, утилізація та знищення ЛЗ; забезпечення ефективної ФТ; підтримання і підвищення професійної діяльності; сприяння підвищенню ефективності системи охорони здоров'я та громадського здоров'я.

При цьому перша і третя професійні ролі, безпосередньо пов’язані з функціонуванням фармації, друга і четверта – не мають інституційної фармацевтичної специфіки, але притаманні ФФ вже тому, що вони включені в систему інших соціальних інститутів, охорони здоров’я насамперед.

Варто зазначити, що при реалізації професійних ролей ФФ виникають протиріччя фінансових і професійних інтересів. В силу наростаючої конкуренції на фармацевтичному ринку пріоритетними стали завдання фінансово-господарської (комерційної), а не медико-соціальної складової в діяльності аптечних закладів.

Висновки. Показана важливість для СФ досліджень з опису аптечної практики, як соціального інституту, та соціальних ролей ФФ. Виходячи з функцій аптеки та керівних рекомендацій ВООЗ і МФФ, визначено еволюцію поля соціальних (професійних) ролей ФФ.

СОЦІАЛЬНО-ЕФЕКТИВНІ МЕХАНІЗМИ ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДОСТУПНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ (ДЕРЖАВНА РЕЄСТРАЦІЯ, РЕІМБУРСАЦІЯ, ЦІНОУТВОРЕННЯ)

АНАЛИЗ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ КОНТРОЛЯ КАЧЕСТВА ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ

Акиев М., Суриков А. А.
Национальный фармацевтический университет, Украина, Харьков
socpharm@nuph.edu.ua

В условиях перехода Украины на рыночные механизмы и активного развития фармацевтического рынка проблема обеспечения качества лекарственных средств (ЛС) является актуальной. В первую очередь это обусловлено появлением на фармацевтическом рынке фальсифицированных и некачественных ЛС. Оборот указанных препаратов составляет прямую угрозу здоровью населения, а иногда и жизни людей, а также приводит к значительным экономическим потерям производителей ЛС. Таким образом, наличие на фармацевтическом рынке фальсифицированных, субстандартных, незарегистрированных ЛС является значительной социально-экономической проблемой.

Целью нашего исследования стал анализ деятельности государственной системы по контролю качества ЛС в Украине.

- Специальным уполномоченным органом по контролю качества ЛС, в соответствии с Законом Украины «О лекарственных средствах» от 04.04.1996 № 123/96-ВР, является Государственная служба Украины по лекарственным средствам и контролю за наркотиками (Гослекслужба). Основным нормативным документом регламентирующим деятельность Гослекслужбы является Постановлением Кабинета Министров Украины от 12.08.2015 № 647 «Об утверждении Положения о Государственной службе по лекарственным средствам и контролю за наркотиками» ее функции входит:
- лицензирование производства, импорта и реализации ЛС,
- аттестация лабораторий и контроль качества ЛС,
- контроль ввоза на таможенную территорию Украины ЛС,
- отбор образцов лекарственных средств для лабораторной проверки качества,

- осуществление контроля за выполнением требований законодательства по обеспечению качества и безопасности ЛС,
- предоставление обязательных для выполнения предписаний об устранении нарушений во время, производства, хранения, транспортировки и реализации ЛС,
- запрет и изъятие из оборота ЛС не отвечающих требованиям по качеству.

В соответствии с целью исследований нами был проведен анализ сообщений, предписаний и распоряжений Гослекслужбы за 2016 г. По результатам деятельности Гослекслужбы в 2016 г. было составлено 324 документа о запрете, приостановлении и возобновлении оборота ЛС. В предписаниях за указанный период ограничения коснулись 404 наименований ЛС. Из них к группе со статусом «постоянный запрет» относится 161 ЛС, к группе с «временным запретом» – 115 наименований ЛС, из них 80 наименований затем получили статус «отмены временного запрета». Относительно 42 наименований ЛС выданы «информационные письма», дополнения к ранее выданным документам были составлены для – 6 препаратов.

На основе проведенного нами анализа установлено, что среди наименований ЛС, которые получили ограничения Гослекслужбы запрет был установлен для 39% ЛС, временный запрет – 28% препаратов. Из 161 наименований ЛС на которых наложен постоянный запрет, в 23 случаях изъятию подлежали все серии ЛС, а из 115 препаратов с временным запретом, выявлено только 2 препарата в которых из оборота изъято все серии.

Таким образом, нами выделены основные функции специального уполномоченного органа по контролю качества ЛС в аспекте деятельности по обеспечению качества. Проанализированы документы, регламентирующие ограничительные мероприятия по обеспечению качества ЛС в Украине, а также количество ЛС подлежащих ограничению оборота. В целом, необходимо отметить, что деятельность по обеспечению качества ЛС, с учетом количества препаратов подлежащих ограничению оборота и запрета, является важной социально-значимой задачей государства.

ИЗУЧЕНИЕ ПРЕДЛОЖЕНИЙ ГИПОЛИПИДЕМИЧЕСКИХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОМ РЫНКЕ УКРАИНЫ

Амангелдиев М., Черкашина А. В.
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
socpharm@nuph.edu.ua

Актуальность. Известно, что сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), а главным образом – различные формы ишемической болезни (ИБС), являются важнейшей причиной смертности во всем мире.

Основной причиной ИБС является атеросклероз коронарных артерий, развитие и прогрессирование которого зависит преимущественно от уровня холестерина липопротеидов низкой плотности (ХсЛНП) сыворотки крови, что обусловило цель нашего исследования.

Цель. Изучение предложений гиполипидемических лекарственных средств на фармацевтическом рынке Украины.

Материалы и методы. При проведении исследования использовались данные информационно-поисковой системы «Государственный реестр лекарственных средств Украины» и справочника «Компендиум 2016 – лекарственные средства», применялись аналитические, статистические методы и методы маркетингового анализа.

Результаты и обсуждения. На фармацевтическом рынке Украины ассортимент гиполипидемических лекарственных препаратов (С10А) по состоянию на апрель 2017 г. представлен 82 торговыми наименованиями, с учетом лекарственных форм и без учета дозировок (табл. 1).

Таблица 1

Гиполипидемические лекарственные средства на фармацевтическом рынке Украины

№ п/п	Международное непатентованное название	Кол-во ЛП по торговым наименованиям	Страны-производители ЛП
C10A Гиполипидемические препараты, монокомпонентные			
C10AA Ингибиторы ГМГ КоА-редуктазы			
1.	C10A A02 Ловастатин	1	Украина
2.	C10AA01 Симвастатин	10	Великобритания, Иордания, Индия, Королевство Саудовской Аравии, Португалия, Республика Македония, Сербия, Словения, Украина, Чешская Республика
3.	C10A A05 Аторвастатин	27	Израиль, Индия, Канада, Мальта, Польша, Республика Македония, Словакия, Словения, США, Турция, Украина
4.	C10A A07 Розувастатин	24	Великобритания, Венгрия, Израиль, Индия, Канада, Кипр, Мальта, Польша, Словения, Украина, Чешская Республика
5.	C10A A08 Питавастатин	1	Франция
C10A B Фибраты			
6.	C10A B05 Фенофибрат	1	Ирландия
	C10A C Секвестранты желчных кислот		
7.	C10A C01 Колестирамин	1	Канада
C10A X Прочие гиполипидемические препараты			
8.	C10A X06 Омега-3-триглицериды, включая другие эфиры и кислоты	5	Венгрия, Нидерланды, Украина
9.	C10A X19** Прочие препараты	4	Венгрия, Украина
C10B Гиполипидемические средства, комбинации			
C10B A Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы в комбинации с прочими гиполипидемическими средствами			
10.	C10B A02 Симвастатин и эзетимиб	1	Сингапур
11.	C10B A05 Аторвастатин и эзетимиб	2	Индия
C10B X Ингибиторы ГМГ КоА-редуктазы, прочие комбинации			

12.	C10B X03 Аторвастатин и амлодипин	5	Венгрия, Германия, Мальта, Словения, Украина

Среди групп ЛС, обладающих гиполипидемическим действием, статины считаются наиболее эффективными препаратами, стабильно и значительно снижающими уровень ХсЛНП, улучшающими клиническое течения ИБС, уменьшающими риск развития фатальных и нефатальных инфарктов миокарда и общей смертности.

Подгруппа ингибиторов ГМГ КоА-редуктазы (C10AA) на фармацевтическом рынке Украины представлена 5 международными непатентованными лекарственными средствами, среди которых: симвастатин (C10AA01), ловастатин (C10AA02), аторвастатин (C10AA05), розувастатин (C10AA07) и питавастатин (C10AA08) (рис. 1).

Аторвастатин (без учета дозировок) представлен 27 торговыми названиями из 11 стран. Украинскими производителями производятся 4 препарата, что составляет 14,8% от общего количества, 23 других импортируются.

Розувастатин (без учета дозировок) представлен 24 торговыми названиями из 11 стран: 2 препарата отечественных (что составляет 8,3% от общего количества), 22 других импортируются.

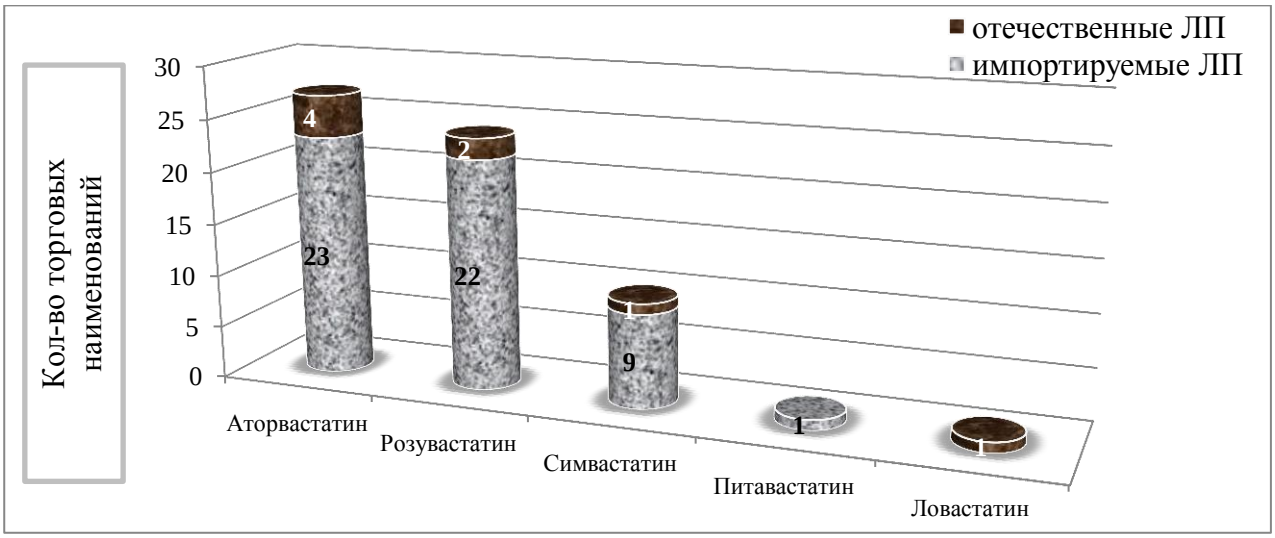


Рис. 1. Ингибиторы ГМГ КоА-редуктазы на фармацевтическом рынке Украины

Симвастатин представлен 10 торговыми названиями (с учетом лекарственных форм и без учета дозировок) из 10 стран. Всего 1 препарат «Вазостат-Здоровье» производится украинским производителем, что составляет 10% от общего количества.

Питавастатин представлен 1 импортируемым ЛП, ловастатин – 1 препаратом украинского производства.

Подгруппы фибратов (C10AB) и секвестрантов желчных кислот (C10AC) представлены только импортируемыми препаратами (по одному каждая); подгруппа прочих гиполипидемических средства (C10AX) – 2 импортируемыми и 3 отечественным; подгруппа прочих препаратов (C10AX19) – 1 импортируемым и 3 отечественными препаратами.

Ингибиторы ГМГ-КоА-редуктазы в комбинации с прочими гиполипидемическими средствами (C10BA) представлены 3 импортируемыми препаратами, а с прочими комбинациями (C10BX) – 4 импортируемыми и 1 отечественным препаратами.

Выводы. По результатам проведенного анализа установлено, что импортируемые гиполипидемические ЛП составляют 81,7% (67 торговых наименований) от общего количества ЛП данной группы на украинском рынке и представлены производителями из 20 стран мира (доля отечественных ЛП – 18,3% соответственно), что определяет низкую экономическую доступность для потребителей и свидетельствует о высокой степени импортзависимости данного сегмента фармацевтического рынка Украины.

РЕЗУЛЬТАТИ АНАЛІЗУ ЗМІН ІНДЕКСА РОЗДРІБНИХ ТА ЗАКУПІВЕЛЬНИХ ЦІН НА ПРОТИВИРАЗКОВІ ПРЕПАРАТИ В УКРАЇНІ

*Богдан Н. С., *Паламар А. О., *Горошко О. М., **Шпичак О. С.
*ВДНЗ «Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна
**Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
nataliabogdan1602@gmail.com

Організація ефективного лікування виразкової хвороби шлунку ґрунтується на використання широкого асортименту препаратів, що представлені за різними фармакотерапевтичними групами. За умов зниження реальної платоспроможності населення України та відсутності дієвих механізмів компенсації вартості споживання лікарських препаратів (ЛП) основний фінансовий тягар з організації лікувального процесу несуть безпосередньо хворі. Тому аналіз змін показників індексів роздрібних та закупівельних цін на противиразкові препарати (ПВП) має важливе соціально-економічне значення для пересічних громадян країни. Зазначене твердження й обумовило мету на основні завдання наших досліджень.

Мета дослідження полягала в аналізі динаміки змін індексу закупівельних та роздрібних цін на ПВП в Україні протягом 2013-2016 рр.. Об’єктом досліджень стали дані Державного експертного центру МОЗ України, а також інформаційно-пошукової програми «Моріон». За даними моніторингу середніх роздрібних та закупівельних цін на ПВП нами були розраховані та проаналізовані групові індекси цін на ПВП. Розраховувалися як індивідуальні, так й групові індекси цін на найменування ПВП з урахуванням всіх форм випуску, що були представлені на вітчизняному фармацевтичному ринку (ФР) упродовж періоду, який досліджувався. Для окреслення групи препаратів нами попередньо були проаналізовані дані клінічних протоколів надання медичної допомоги хворим за спеціальністю «Гастроентерологія». Так, у дослідженнях використовувалися цінові характеристики асортименту ПВП за групою А02-

Препарати для лікування кислотозалежних захворювань (A02A-Антациди, A02B-Засоби для лікування пептичної виразки та гастроезофагеальної рефлюксної хвороби, A02X-Інші засоби для лікування кислотозалежних захворювань).

За результатами проведених досліджень встановлено наступне. Середнє значення індексу (ланцюгового) закупівельних цін (I_p) упродовж 2013-2016 рр. збільшився з 1,08 до 1,20 (зростання на 11,11%), а роздрібних – з 1,09 до 1,17 (зростання 7,33%). Аналіз динаміки змін групових індексів закупівельних так й роздрібних цін на ПВП дозволяє стверджувати про значний вплив фінансової кризи 2014-2015 рр. на цінову політику на вітчизняному ФР. Зазначене є логічним, враховуючи імпортозалежність сегменту ФР, що досліджується. Упродовж 2012-2014 рр. спостерігалась планомірне збільшення як закупівельних, так й роздрібних цін, досягнувши максимальних значень у 2015 р.. Так, середнє значення I_p закупівельних цін на ПВП дорівнювало 1,67, а по роздрібним – 1,62. При цьому груповий індекс закупівельних та роздрібних цін на імпортні ЛП був на 18,8% та 11,7% вищим, ніж за вітчизняним асортиментом ПВП відповідно. Позитивно виглядає у 2016 р. зниження, у порівнянні з 2015 р. як закупівельних, так й роздрібних цін на ПВП. Так, груповий індекс закупівельних цін за іноземним асортиментом ПВП зменшився на 31,1% (до 1,24), а за вітчизняними препаратами на 23,03% (до 1,17) За роздрібними цінами аналогічні показники зниження дорівнювали 49,12% (імпортні ЛП) та 34,21% (вітчизняні ТН препаратів). Як бачимо, ціни на імпортні ПВП у 2016 р. зменшувалися швидшими темпами, ніж за вітчизняним асортиментом ЛП.

В цілому можна стверджувати, що відносна стабілізація на фінансовому ринку України, яка спостерігалась у 2016 р., вплинула на цінову політику у сфері дистрибуції та роздрібної реалізації ПВП. Не останнє місце відіграє й низька купівельна спроможність населення, що є каталізатором для розробки та впровадження більш гнучкої цінової політики операторів ринку ЛП.

МЕТОДИЧНІ АСПЕКТИ ВИЗНАЧЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНО-ЕКОНОМІЧНОГО РОЗВИТКУ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ

[1]Козирєва О. В., [2]Козирєва А.К.

[1]Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

[2]Київський національний університет імені Тараса Шевченка, м. Київ, Україна

kos_74@bk.ru

Вступ. Соціально-економічний розвиток України базується на докорінних позитивних змінах, які відбуваються у регіонах. Так, трансформаційні перетворення в Україні по-різному позначилися на розвитку її регіонів: деякі з них зуміли мобілізувати свій потенціал і поступово адаптуються до складних економічних умов розвитку, в той час як інші, як і раніше, перебувають у стані глибокої економічної стагнації, що призвело до зростання в останні роки регіональної нерівності.

Отже, враховуючи складність сучасних процесів соціально-економічного розвитку регіонів України, загальної оцінки потребує визначення рівнів соціально-економічного розвитку регіонів України.

Мета дослідження полягає в наведенні результатів аналізу проблеми визначення зведеної оцінки соціально-економічного розвитку регіонів України.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Проблеми просторового розвитку регіонів країни досліджували Ф. Айдало, П. Бакланов, Р. Буайє , А. Браманті, М. Гроссетті, Л. Дмитришин, П. Кругман, Г. Лаппо, П. Мінкар та О. Дем’яненко, Г. Мюрдаль, М. Фуджита та ін.

Постановка завдання. Разом з тим, обґрунтування актуального підходу до визначення рівня соціально-економічного розвитку регіонів країни потребує поглибленого розвитку, що й визначає актуальність даного дослідження.

Сучасні процеси соціально-економічного розвитку регіонів України є складними та слабко визначеними і потребують детального аналізу з метою визначення чинників їх нерівномірності.

У науковій економічній літературі пропонуються три основні підходи до

дослідження соціально-економічних процесів, які ґрунтуються на: моделюванні, аналітичних схемах або комбінації обох напрямків разом [1-3]. Кожний з наведених вище підходів має певні недоліки та переваги, які добре проаналізовані у роботі [4]. Ґрунтуючись на ній визначимо, що в процесі даного дослідження буде використовуватися підхід аналітичних схем.

Аналіз цілого ряду робіт [5 –8], в яких досліджувалися процеси соціально-економічного розвитку регіонів, дозволяє запропонувати певну послідовність ідентифікації стадії проблемності соціально-економічного розвитку регіонів країни.

Аналітична схему для оцінки стадії проблемності соціально-економічного розвитку регіонів країни наведена на рис. 1.

Рис. 1. Аналітична схема ідентифікації стадії проблемності соціально-економічного розвитку регіонів країни

Згідно проведених розрахунків, ідентифікація регіонів України за стадією проблемності соціально-економічного розвитку за аналізований період наведена в табл. 1.

Як видно з табл. 1 в Україні 4 регіони (16% від загальної кількості) є безпроблемними, 2 (8%) – депресивними, 6 (24%) – слаборозвинутими, 13 (52%) – кризовими.

Таблиця 1

Ідентифікація регіонів України за стадією проблемності соціально-економічного розвитку

Регіон	Рівень проблемності в 2001 р.	Динаміка зростання в 2001 – 2013 рр.	Рівень проблемності в 2013 р.	Стадія проблемності
м. Київ	$BI_e - BI_C$	НР	$BI_e - BI_C$	Безпроблемний
Київський	$CI_e - HI_C$	ВР	$CI_e - BI_C$	Безпроблемний
Дніпропетровський	$CI_e - CI_C$	ВР	$CI_e - CI_C$	Безпроблемний
Донецький	$CI_e - BI_C$	ВС	$CI_e - CI_C$	Депресивний
Запорізький	$CI_e - CI_C$	ВС	$CI_e - CI_C$	Депресивний
Харківський	$CI_e - CI_C$	НР	$CI_e - CI_C$	Безпроблемний
Львівський	$HI_e - HI_C$	НР	$HI_e - BI_C$	Слаборозвинений
Одеський	$CI_e - CI_C$	ВС	$HI_e - BI_C$	Слаборозвинений
Івано-Франківський	$HI_e - HI_C$	НР	$HI_e - CI_C$	Слаборозвинений
Луганський	$HI_e - HI_C$	ВС	$HI_e - CI_C$	Слаборозвинений
Чернігівський	$HI_e - CI_C$	ВС	$HI_e - CI_C$	Слаборозвинений
Полтавський	$CI_e - CI_C$	ВР	$CI_e - HI_C$	Слаборозвинений
Вінницький	$HI_e - CI_C$	ВС	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Волинський	$HI_e - CI_C$	ВС	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Житомирський	$HI_e - HI_C$	НР	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Закарпатський	$HI_e - HI_C$	ВС	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Кіровоградський	$HI_e - HI_C$	НР	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Миколаївський	$CI_e - HI_C$	ВС	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Рівненський	$HI_e - HI_C$	ВС	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Сумський	$HI_e - HI_C$	ВС	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Тернопільський	$HI_e - HI_C$	ВС	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Херсонський	$HI_e - HI_C$	ВС	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Хмельницький	$HI_e - HI_C$	ВС	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Черкаський	$HI_e - CI_C$	ВР	$HI_e - HI_C$	Кризовий
Черновецький	$HI_e - HI_C$	ВС	$HI_e - HI_C$	Кризовий

Висновки. Ґрунтуючись на наведеному вище дослідженні, можна сформулювати наступні визначення понять проблемності соціально-економічного розвитку регіонів країни.

Безпроблемні регіони країни мають високий або середній рівень економічної та соціальної безпроблемності ($1[BI_e - BI_C]$ – $1[CI_e - BI_C]$ – $2[CI_e - CI_C]$) і випереджаючу або наздоганяючу динаміку зростання (2ВР2НР).

Для депресивних регіонів України характерний середній рівень економічної та соціальної проблемності $[2(CI_e - CI_C)]$ і відстаюча динаміка зростання (2ВС).

Слаборозвинені регіони країни мають середній або високий рівень економічної та низький, середній або високий рівень соціальної проблемності $[2(HI_e - BI_C]$ – $3(HI_e - CI_C)$ – $1(CI_e - HI_e)]$ і відстаючу, наздоганяючу або випереджаючу динаміку зростання (1ВР2НР3ВС).

Для кризових регіонів України характерний низький рівень економічної та соціальної проблемності $[13(HI_e - HI_C)]$ і відстаюча, наздоганяюча або випереджаюча динаміка зростання (1ВР2НР10ВС).

Список використаних джерел

1. Roberta Piermartini, Robert Teh, Demystifying Modelling Methods for Trade Policy, World Trade Organization, Geneva. – 2005. –59p.

2. Надзвичайні заходи СОТ для захисту ринків агропродовольчих товарів / Т.О. Осташко, Л.Ю. Волощенко-Холда. – К. : НАНУ, Ін-т економіки та прогнозування, 2011. – 224 с.

3. The Prospect of Deep Free Trade between the European Union and Ukraine, Centre for European Policy Studies. – Brussels. – 2006. – 238p.

4. Ринки реального сектора економіки України в інституціональному середовищі СОТ: кон'юнктура та інтеграція / за ред. В.О. Точиліна .– К. : Ін-т екон. та прогнозув. НАН України, 2012.– 552 с.

5. Омаров Ш.А. Стратегія сталого розвитку регіонів України: оцінка та прогнозування : монографія. – Х. : ВД «ІНЖЕК», 2014. – 288с.

6. Гейман О.А. Нелинейность экономики и неравномерность развития регионов: монография. – Х. ФЛП Либуркина Л.М., ИД «ИНЖЭК», 2009. – 428 с.

7. Основи сталого розвитку Харківської області до 2020 року: монографія / Добкін М.М., Чернов С.І., Кернес Г.А. та ін. – Х. : ВД «ІНЖЕК», 2010. – 512 с.

8. Гранберг А.Г. Основы региональной экономики / Гранберг А.Г. – М. : ГУ ВШЭ, 2001. – 495 с.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРОБЛЕМИ ДОСТУПНОСТІ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ В УКРАЇНІ

Костюк І.А.

Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, м. Київ, Україна

iryna.kostiuk@nmu.ua

На сьогодні в Україні спостерігається ситуація насичення фармацевтичного ринку, однак в умовах гострого дефіциту коштів проблема доступності лікарських засобів (ЛЗ) залишається незмінною. Дане питання є актуальним і підіймається на багатьох засіданнях Міністерства охорони здоров'я, оскільки безперервне забезпечення населення ЛЗ є головною метою державної політики у сфері охорони здоров’я для реалізації конституційного права громадян України на безоплатну медичну та фармацевтичну допомогу.

Всесвітня організація охорони здоров’я вивчає поняття доступності у двох аспектах: фізичному та економічному. Фізична доступність полягає в наявності в аптечних закладах якісних, ефективних і безпечних ЛЗ, а економічна – у державному фінансуванні лікуванні, а також компенсації вартості ЛЗ хворому.

Одним із першочергових завдань «Плану пріоритетних дій Уряду до 2020 року» є забезпечення фізичної й економічної доступності ЛЗ. Збільшення кількості компаній-виробників на вітчизняному фармацевтичному ринку стане

передумовою доступності якісних ЛЗ, адже здорова конкуренція посприяє оптимізації цінової політики. Звісно, держава повинна заохочувати розвиток вітчизняного виробництва ЛЗ, що в свою чергу, стане ефективним інструментом підвищення їх доступності. Такий крок є пріоритетним у рамках розробки Концепції державної програми розвитку імпортозамінних виробництв в Україні.

Отже, розглянуте питання є важливим стратегічним завданням держави для забезпечення ефективної системи соціальної безпеки населення, що, у свою чергу, і включає якісне медичне обслуговування та організацію забезпечення фізичної та економічної доступності ЛЗ.

ВИВЧЕННЯ СВІТОВИХ ПІДХОДІВ ДО НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ

Котвіцька А. А., Волкова А. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

За умов реформування системи охорони здоров'я (ОЗ) своєчасність, повноцінність, якість і доступність фармакотерапії для хворих є актуальним питанням сьогодення. Враховуючи особливості сучасного стану системи ОЗ, зокрема, обмеженість фінансування, зростання показників смертності і зниження народжуваності, збільшення кількості хворих із соціально небезпечними хворобами, зниження доступності лікарських засобів для населення, актуальним є перегляд підходів у наданні фармацевтичної допомоги (ФД) як на рівні суб’єкта господарювання, так і на державному рівні.

Метою нашого дослідження стало проведення аналізу світових підходів надання фармацевтичної допомоги населенню з використанням методів контент-аналізу і мета-аналізу.

У світовій практиці серед основних переваг використання системи управління фармакотерапією шляхом впровадження адаптованих державних програм надання медичної і фармацевтичної допомоги виокремлюють можливість відстеження якості ФД на усіх рівнях її надання, проведення бенчмаркінгу, наочність результатів лікування пацієнтів, відстеження рівня знань та умінь фармацевтів і лікарів, наявність документованих підстав для третьої сторони-платника (страхові компанії), управління підвищенням ефективності фармакотерапії, дотримання стандартів медичної практики і ФД, зниження витрат на фармакотерапію, своєчасне виявлення фальсифікованих лікарських засобів і помилок фармакотерапії, підвищення рівня професіоналізму фармацевтів.

За результатам аналізу світового досвіду функціонування систем ОЗ встановлено, що реалізація інтегрованої етапної моделі ФД є перспективним напрямком підвищення рівня фармацевтичного забезпечення за умов обмеженості ресурсів.

Як свідчить міжнародний досвід, інтегровані моделі передбачають декілька етапів реалізації. Зазвичай перший етап запровадження інтегрованої моделі обумовлює визначення цільової групи пацієнтів (усі пацієнти, які потребують інтенсивної терапії, або конкретні групи пацієнтів), на забезпечення яких зосереджуються максимальні ресурси. До першої групи належать, наприклад, діти, люди похилого віку, пацієнти з хронічними формами захворювання. До другої групи можна віднести пацієнтів, які належать до групи ризику за медичними показаннями.

Другий етап функціонування інтегрованої моделі передбачає визначення проблемних питань фармакотерапії та виокремлення пріоритетних напрямків з використання індивідуалізованого підходу до кожного пацієнту при сумісній роботі лікар – фармацевт – пацієнт.

На наступному етапі реалізації моделі формується перелік «профілактичних заходів», метою яких є визначення доцільності й ефективності терапії, безпеки використання препаратів, дотримання приписів

лікарів і продовження процесу лікування до повного одужання пацієнтів.

Необхідно відзначити, що ключовою складовою функціонування зазначеної моделі визначається встановлення показників надання ФД на державному рівні, а також формування звітів і документування процедур на основі аналізу медичної документації ведення пацієнтів, розробки індивідуальних програм «щоденні фармацевтичні послуги» й «індивідуальний план ФД пацієнта».

Таким чином, можна стверджувати, що впровадження інтегрованої етапної моделі є раціональним й адаптованим підходом до надання ФД населенню, яка відзначає соціальну пріоритетність у роботі закладів ОЗ. Впровадження зазначеного підходу або його ключових елементів у систему фармацевтичного забезпечення України, на нашу думку, дозволить змінити комерційну орієнтованість фармацевтичного сектору та підвищити рівень взаємодії між учасниками процесу ФД.

ПРОГНОЗУВАННЯ ОБСЯГІВ РЕІМБУРСАЦІЇ ВАРТОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ДІТЕЙ РАННЬОГО ВІКУ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ БРОНХІТ НА РЕГІОНАЛЬНОМУ РІВНІ

Котвіцька А. А., Коробова Є. С.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

Одним з найважливіших завдань соціальної політики нашої держави є підвищення рівня доступності та якості медичного й фармацевтичного забезпечення населення, та, насамперед, його пільгових категорій. Порівняльний аналіз організаційно-економічних аспектів, що складають основу діяльності фармацевтичного забезпечення пільгових категорій населення (ПКН), дозволив визначити низку проблемних питань, що потребують

першочергового вирішення. Серед них однією з найважливіших для оптимізації фармацевтичного забезпечення ПКН, зокрема дітей віком до 3-х років, є проблема прогнозування об'єктивної потреби в основних лікарських засобах (ЛЗ) та обсягів реімбурсації вартості таких ЛЗ.

З огляду на вищезазначене, метою нашої роботи стало розробка та опрацювання методики формування перспективної потреби в ЛЗ та обсягів компенсаційних витрат на фармацевтичне забезпечення дітей раннього віку на прикладі фармакотерапії гострого простого бронхіту (ГПБ), що є однією з найбільш розповсюджених патологій серед дітей даної вікової категорії. Відповідні розрахунки під час опрацьовування запропонованої методики проведено на прикладі Харківського регіону, який характеризується достатньо високими показниками захворюваності на бронхолегеневі нозології, зокрема й ГПБ, серед дитячого населення.

У ході дослідження нами використовувались методи математичного моделювання, а також маркетингові, клініко-економічні та системно-аналітичні методи аналізу.

У результаті систематизації комплексних маркетингових, організаційно-економічних та фармакоекономічних досліджень, а також на підставі аналізу протоколу лікування ГПБ у дітей нами розроблено рекомендований основний перелік (РОП) ЛЗ, що є основою для формування оптимальної потреби в ЛЗ та розрахунку обсягу реімбурсації вартості фармакотерапії для даної категорії хворих. До складу РОП ЛЗ увійшло 13 торгових найменувань (ТН) антибактеріальних ЛЗ, що складає 6 міжнароднонепатентованих назв (МНН), 3 ТН противірусних та імуномодулюючих ЛЗ (2 МНН), та 8 ТН муколітичних ЛЗ (3 МНН).

Необхідно відзначити, що запропонована нами методика формування об'єктивної потреби в ЛЗ та обсягів компенсацій вартості фармакотерапії ГПБ у дітей передбачає 5 взаємопов'язаних етапів. Так, перший етап полягав у прогнозуванні кількості дітей віком до 3-х років хворих на ГПБ у Харківському регіоні на 2017-18 рр. У результаті математичної обробки показників

захворюваності на ГПБ серед дітей раннього віку у Харківському регіоні за 2007-2016 рр., нами спрогнозовано кількість таких хворих на 2017 та 2018 рр., що складає відповідно 11 624 та 8 540 дітей вікової категорії 0-3 роки.

Наступним етапом даної методики передбачено проведення розрахунків середньодобових терапевтичних (PDD) та еквівалентних курсових доз (ЕКД) для кожного МНН ЛЗ, які входять до складу РОП ЛЗ для лікування даної нозології. У межах третього етапу здійснено визначення частот призначень найменувань антибактеріальних, противірусних, імуномодулюючих й муколітичних ЛЗ, що наявні у складі РОП для лікування ГПБ у дітей раннього віку. Даний показник визначено за результатами частотного аналізу лікарських призначень препаратів дітям віком до 3-х років хворих на ГПБ, що проходили лікування у дитячих амбулаторно-поліклінічних закладах охорони здоров'я м. Харкова.

Розрахунок потреби у препаратах, необхідних для лікування ГПБ за складом РОП ЛЗ, для дітей віком до 3-х років на рівні окремого регіону складає четвертий етап запропонованої методики й полягає у визначені необхідної кількості кожного ЛЗ з досліджуваного асортименту з урахуванням попередньо обчислених показників у натуральних вимірах (мг або МО).

На завершальному етапі розробленої методики передбачено прогнозування обсягів компенсації вартості спожитих ЛЗ дітьми раннього віку хворими на ГПБ на плановий період. Розрахунки обсягів компенсації вартості антибактеріальних, противірусних, імуномодулюючих й муколітичних ЛЗ на 2017 – 2018 рр. проведено з урахуванням потреби в основних ЛЗ, що відповідає прогнозованій кількості хворих, а також з урахуванням рівня інфляції та вартості одиниці діючої речовини кожного ЛЗ з досліджуваного переліку.

Результати прогнозованих показників потреби у ЛЗ з РОП для фармакотерапії дітей раннього віку з ГПБ в умовах амбулаторного лікування та обсягів реімбурсації їх вартості на 2017-18 рр. на рівні Харківського регіону представлено у таблиці 1.

Таблиця 1

Прогнозовані показники потреби та обсяги компенсації вартості ЛЗ, необхідних для фармакотерапії ГПБ у дітей раннього віку на 2017-2018 рр. у Харківському регіоні

МНН ЛЗ	Необхідна кількість ЛЗ, мг або МО		Обсяг реімбурсації вартості ЛЗ, грн	
	2017 р.	*2018 р.*	*2017 р.*	*2018 р.*
Антибактеріальні ЛЗ				
Амоксицилін	207746,97 мг	152623,20 мг	6 075,46 грн	4 869,57 грн
Амоксицилін з клавулановою кислотою	470263,55 мг	345489,87 мг	11 935,71 грн	9 566,81 грн
Азитроміцин	107719,21 мг	79146,29 мг	23 092,98 грн	18 512,03 грн
Кларитроміцин	11095,39 мг	8151,85 мг	321,77 грн	257,92 грн
Цефподоксим	191689,92 мг	140824,59 мг	47 155,72 грн	37 795,35 грн
Цефіксим	34792,93 мг	25563,37 мг	6 436,69 грн	5 159,58 грн
Противірусні та імуномодулюючі ЛЗ				
Інозин пранобекс	22164488,10 мг	16283387,86 мг	265 973,86 грн	213 182,11 грн
Інтерферон альфа-2b	25209794372,29 МО	18521831168,83 МО	1 142 578,68 грн	915 917,84 грн
Муколітичні ЛЗ				
Амброксол	997929,18 мг	733152,38 мг	185 020,66 грн	148 299,48 грн
Ацетилцистеїн	728836,79 мг	535451,55 мг	60 493,45 грн	48 486,74 грн
Карбоцистеїн	1456106,36 мг	1069681,39 мг	52 419,83 грн	42 012,81 грн
РАЗОМ			**1 801 504,81 грн**	**1 444 060,24 грн**

Так, узагальнюючи результати проведених досліджень, встановлено, що обсяг реімбурсації вартості спожитих дітьми раннього віку хворими на ГПБ препаратів у межах РОП для Харківського регіону у 2017 р. складатиме 1 801 504,81 грн., а у 2018 р. – 1 444 060,24 грн. У перерахунку на одну дитину віком до 3-х років з ГПБ обсяг компенсації у 2017 р. складатиме 154,98 грн., а у 2018 р. – 169,09 грн. Найбільшу питому вагу у прогнозованому обсязі компенсації складають препарати групи противірусних та імуномоделюючих ЛЗ, частка яких у загальній структурі і у 2017 р., і у 2018 р. становить 78,19 %. Найменша частка компенсаційних витрат припадає на антибактеріальні ЛЗ та складає 5,27 % у загальному обсязі витрат як у 2017 р., так і у 2018 р.

Таким чином, запропонована методика прогнозування перспективної потреби в ЛЗ та обсягів компенсації витрат на фармакотерапію дітей з ГПБ дозволяє проводити оцінку витрат на фармацевтичне забезпечення зазначеної категорії хворих на майбутні періоди, що сприятиме обґрунтованому розподілу бюджетних коштів за умов реімбурсації вартості ЛЗ як на регіональному, так і на загальнодержавному рівні.

ДОСЛІДЖЕННЯ ТЕНДЕНЦІЙ РОЗВИТКУ ФАМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ НЕСТЕРОЇДНИХ ПРОТИЗАПАЛЬНИХ ПРЕПАРАТІВ

Котвіцька А. А., Костюк В. Г.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

На сьогодні нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) посідають лідируючі позиції за обсягами споживання населенням. Так, в усьому світі більше 30 млн осіб змушені постійно приймати НПЗП, а 300 млн споживають їх короткими курсами. При цьому викликає занепокоєння той факт, що близько 200 млн пацієнтів мають можливість придбати препарати даної групи в аптеках без рецепта і контролю лікаря.

У країнах Європи НПЗП посідають перше місце серед лікарських засобів (ЛЗ) для зняття больового синдрому. Тенденція превалювання НПЗП серед інших анальгетиків простежується і в Україні. Препарати даної групи широко використовуються для купірування післяопераційного болю, болю в нижній частині спини, головного болю, в тому числі мігрені. Також НПЗП відносять до числа найважливіших симптоматичних ЛЗ, які застосовуються при ревматологічних захворюваннях, що визначається характерним тільки для даної групи препаратів поєднанням протизапальних, аналгетичних і жарознижуючих властивостей.

З метою визначення особливостей і тенденцій у перевагах споживачів на фармацевтичному ринку України, нами проведено аналіз показників продажів ЛЗ, зокрема НПЗП для внутрішнього застосування, за останні п’ять років у натуральних та грошових показниках. Під час проведення дослідження нами використані дані аналітичної системи дослідження фармацевтичного ринку України «Фармстандарт» компанії «Моріон».

Ринок НПЗП для внутрішнього застосування в Україні включає 25 МНН, зокрема *індометацин*, *диклофенак*, *етодолак*, *кеторолак*, *ацеклофенак*, *піроксикам*, *теноксикам*, *лорноксикам*, *мелоксикам*, *ібупрофен*, *напроксен*,

кетопрофен, *флурбіпрофен*, *дексібупрофен*, *декскетопрофен*, *мефенамову кислоту*, *целекоксиб*, *рофекоксиб*, *парекоксиб*, *еторикоксиб*, *набуметон*, *ацетилсаліцилову кислоту*, *метамізол натрію* та *парацетамол*.

Проведений аналіз споживання НПЗП у натуральних показниках свідчить про поступове зменшення обсягів продажів даного сегменту препаратів. Так, кількість проданих упаковок імпортних НПЗП значно зменшилася у 2015 р. порівняно з попередніми періодами – з 22 870 373 у 2011 р. до 14 731 564 у 2015 р. (на - 35,6%), вітчизняних – з 64 990 762 у 2011 р. до 64 384 039 у 2015 р. (на - 0,9%). Необхідно відзначити, що позитивні показники темпів приросту обсягів споживання НПЗП спостерігалися лише у 2012 р. порівняно з 2011 р. (рис. 1).

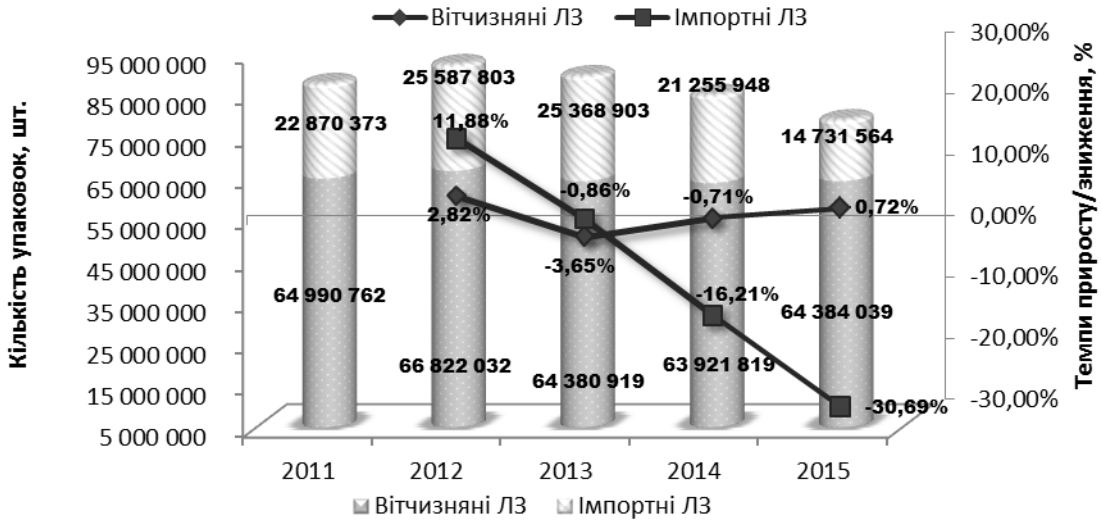


Рис. 1. Динаміка обсягів продажів НПЗП у натуральних одиницях у 2011-2015 рр. (з урахуванням темпів приросту / зниження їх реалізації)

Дещо інша тенденція відмічається в грошових показниках. Проведені дослідження показали, що за підсумками 2015 р. обсяг роздрібного ринку НПЗП у грошовому вимірі сягнув відмітки 2,2 млрд грн, збільшившись у порівнянні з 2011 р. на 121,2%. Встановлено, що в цьому сегменті більший обсяг реалізації у грошових одиницях забезпечують препарати закордонного виробництва – 61,4%. До того ж спостерігається приріст обсягу продажів імпортних препаратів у грошовому вимірі на 80,9% у 2015 р. порівняно з

2011 р. Також щорічною позитивною динамікою продажів у грошових одиницях характеризується сегмент вітчизняних препаратів, показник реалізації якого за досліджуваний період збільшився на 242,4% (рис. 2).

Необхідно зазначити, що наявна тенденція розвитку українського ринку НПЗП, на нашу думку, обумовлена сукупністю факторів. По-перше, зниження попиту серед кінцевих споживачів і відповідно зменшення обсягів продажів у натуральних показниках на 10,0% за досліджуваний період пояснюється впровадженням у клінічну практику принципів їх раціонального застосування. По-друге, збільшення ємності даного сегменту у грошовому виразі на 121,2% пояснюється загальноринковою тенденцією зростання цін на усі ЛЗ протягом 2011-2015 рр.

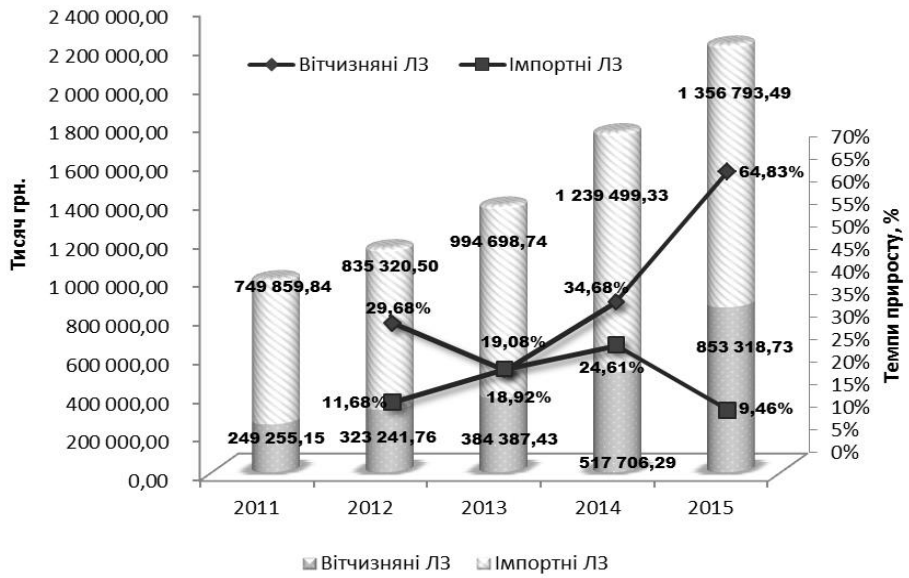


Рис. 2. Динаміка обсягів продажів НПЗП у грошових одиницях у 2011-2015 рр. (з урахуванням темпів приросту їх реалізації)

За результатами проведеного дослідження можна стверджувати, що в структурі продаж в загальному обсязі ринку НПЗП відмічається перевищення їх питомої ваги в грошовому виразі над аналогічними показниками в натуральних величинах, що свідчить про домінування в структурі продаж високовартісних препаратів.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ТА ЕКОНОМІЧНОЇ ДОСТУПНОСТІ ПРЕПАРАТІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ВІЛ ТА СНІД

Матяшова Н.О., Рубашко В.М.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
FEKnfau@ukr.net

ВІЛ-інфекція - це інфекційне захворювання вірусної етіології з тривалою безсимптомною стадією, що характеризується повільно прогресуючим дефектом імунної системи. ВІЛ залишається однією з основних проблем громадської охорони здоров'я: на сьогоднішній день він забрав більше 35 мільйонів людських життів. У 2015 році 1,1 мільйона людей в світі померли від причин, пов'язаних з ВІЛ. На жаль, загальнодержавна цільова програма протидії ВІЛ-інфекції та СНІДу на 2014-2018 роки не отримує достатньої матеріальної підтримки з боку держави. Тому метою дослідження був аналіз асортименту та цінових характеристик антиретровірусних препаратів (АРВ) на українському фармацевтичному ринку за 2013-2015 роки. При аналізі фармацевтичного ринку України за 2015 рік було встановлено, що на основі 7 МНН АРВ препаратів пропонується 7 ТН. В процесі аналізу даних в період 2013-2015 рр. кількість ТН практично не змінювалась. Аналіз показника адекватності платоспроможності показав, що у 2013 році до високодоступних ЛЗ відноситься тенофовір дизопроксилу (Тенвір), у якого Ca.s = 4.35%, решта відноситься до групи малодоступних ЛЗ. У 2014 на ринку з’являються нові ЛЗ, які відносились на той період до високодоступних: ламівудин (Ламівудин-Дарниця, Ca.s = 2,7%), невірапін (Невімун, Ca.s = 0,73%), комплексний препарат на основі емтрицітабіну, тенофовіру і ефавірензу (Атріпла, Ca.s = 1,07%). Але у 2015 році абсолютно всі ЛЗ переходять до групи малодоступних. Високо вартість терапії та недостатнє фінансування не дозволяють значно розширити доступ до АРВ терапії та охопити всіх пацієнтів лікуванням, що в свою чергу змогло б поліпшити якість і тривалість їх життя, а також наблизить Україну до того часу, який дозволить розпрощатися з ВІЛ та СНІДом назавжди.

АНАЛИЗ ОРГАНИЗАЦИОННО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ ПОДХОДОВ И ДИНАМИКИ ФИНАНСИРОВАНИЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ПРОТИВОТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ПРОГРАММЫ В РЕСПУБЛИКЕ УЗБЕКИСТАН

Панфилова Г. Л., Цурикова О. В., Сокуренко И. А., Мухтасамходжаев Т.
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
economica@ukr.net

Несмотря на значительные достижения в организации профилактики и эффективного лечения, туберкулез все еще остается одной из самых актуальных проблем национальных систем здравоохранения. По оценке ВОЗ, в 2015 г. туберкулез стал причиной 1,8 млн. летальных исходов, включая 390 тыс. случаев среди ВИЧ-позитивных лиц и почти 200 тыс. среди больных множественной лекарственной устойчивостью микобактерий к химиотерапии. Такие высокие показатели свидетельствуют о том, что туберкулез является инфекционным заболеванием, которое уносит больше всего жизней, значительно больше, чем ВИЧ-инфекция и малярия, а также является одной из десяти ведущих причин смерти в 2016 г. Особую опасность туберкулез представляет для развивающихся стран, а также бывших республик СССР. Узбекистан занимает одну из лидирующих позиций по заболеваемости и смертности населения от туберкулеза среди стран СНГ.

Целью наших исследований стал анализ организационно-экономических подходов, а также динамики показателей финансирования государственной противотуберкулезной программы в Республике Узбекистан за 2012-2016 гг. В исследовании использовались данные, представленные на официальных сайтах ВОЗ (www.who.int/countries/) и Министерства здравоохранения Республики Узбекистана.

В результате проведенных исследований нами установлено следующее. Обеспокоенность правительства Узбекистана и лично Президента страны вопросами улучшения условий жизни населения и повышения эффективности

лечения больных социально опасными инфекционными заболеваниями определяют основное направление построение социальной политики в стране на ближайшее десятилетние. К данной группе заболеваний и относится туберкулез. Как известно, туберкулез часто диагностируется у людей с ВИЧ-инфекцией, а также у больных СПИДом, которые в большинстве случаев ведут асоциальный образ жизни. Поэтому огромным достижение для национальной системы здравоохранения и фармацевтического обеспечения населения Узбекистана в 2016 г. стала разработка и принятие так называемого «Национального плана действия сообществ» по расширению доступа к континууму услуг. Целью данного проекта является расширение доступности услуг, коммуникаций, лекарств для больных СПИДом, туберкулезом и ВИЧ-инфицированных. Следует отметить, что в стране принят уже VII-й «Национальный план действий сообществ», разработанный в рамках программы «Партнёрство ради равного доступа к услугам в связи с ВИЧ-инфекцией в регионе Восточной Европе и Центральной Азии» в рамках новой модели финансирования «Глобального фонда для борьбы со СПИДом, туберкулёзом и малярией». Основным исполнителем Национального плана действий сообществ в Узбекистане является «Противораковое общество» в партнёрстве с «Ишонч ва Хает», которым в коллаборации с основными партнёрами предстоит реализовать разработанные мероприятия по трём ключевым направлениям: доступ к жизненноважным услугам в связи с широким распространение ВИЧ-инфекции и туберкулеза, при чем как полиинфекции; эффективное финансирование программ оказания медицинской и фармацевтической помощи больным; общую координацию и контроль программ.

В финансировании медицинского и фармацевтического обеспечения больных туберкулезом в Узбекистане участвуют государственный бюджет и международные фонды и организации. С 2012 по 2016 гг. объемы финансирование программ по туберкулезу в Узбекистане планомерно увеличивались и по данным ВОЗ дефицит средств отсутствовал. В 2016 г., по-

сравнению, с данными 2012 г. объемы финансирования увеличились 5,6 раз. Наибольшее увеличение наблюдалось в 2013 г., так показатель финансового обеспечения увеличился 3,9 раз. Далее темпы роста снизились, и в следующем году данный показатель прирос всего на 11 млн. долл. США (14,1%). Наименьший темп прироста был характерен для 2016 г. (11,0%). Интересным представляется анализ объемом финансирования по источникам – государственный бюджет или международные благотворительный, общественные фонды. Важнейшей характеристикой процесса финансирования программ по туберкулезу в Узбекистане является факт значительного доминирования средств государственного бюджеты в структуре средств. Исключение является только показатели 2012 г., когда средства международных фондов и организаций превышали объем государственного финансирования практически в 2 раза (13 млн. долл. США против 7 млн. долл. США, выделенных из государственного бюджета страны). Кроме этого, следует отметить что ежегодно (за исключением 2016 г.) наблюдался положительный прирост объема государственных средств. С 2012 г. бюджетные ассигнования, выделяемые на борьбу с туберкулезом, увеличились, с 7 млн. долл. США до 84 млн. долл. США, т.е. в 12 раз. Наибольший прирост бюджетного обеспечения процесса оказания медицинской и фармацевтической помощи, оказываемой больным туберкулезом, наблюдался в 2015 г. (+26,5%). Обращает на себя внимание существенного снижение объема финансирования международными и общественными фондами в 2015 г., по-сравнению, с данными предыдущего 2014 г. на 33,33%. Установлено, что удельный вес государственных средств в общем объеме финансирования колебался в диапазоне значений от 35,0% (2012 г.) до 86,0% (2015 г.).

Результаты исследований позволяют утверждать, что борьба с туберкулезом является сложным процессом, который требует не только прямого увеличения финансирования, а и привлечения нематериальных ресурсов общества, т в.ч. на реализацию специальных социальных проектов.

ОСНОВИ ПРАВА
ТА ЗАКОНОДАВСТВА У ФАРМАЦІЇ.
МОРАЛЬНО-ЕТИЧНІ ПРИНЦИПИ
ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ДОСЛІДЖЕННЯ НОРМАТИВНО-ПРАВОВИХ АСПЕКТІВ ПРОСУВАННЯ ЛІКАРСЬКИХ ПРЕПАРАТІВ НА РИНКУ УКРАЇНИ

Волкова А. В., Бутенко О. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

У сучасній економіці просування товарів на ринку відіграє досить важливу роль, що зумовлено низкою його функцій. Створення ефективної системи просування фармацевтичних товарів, і лікарських препаратів (ЛП) зокрема, сприяє формуванню конкурентного процесу та економічного обміну у межах ринкової системи, а також забезпечує соціальний процес шляхом встановлення зв'язку з громадськістю.

Метою нашої роботи стало проведення аналізу нормативно-правових аспектів просування ЛП на ринку України. Дана проблема досліджена на основі літературних джерел вітчизняних та зарубіжних авторів, нормативно-правової бази і звітів Антимонопольного комітету України із застосуванням методів контент-аналізу, логічного і системного аналізу.

Встановлено, що найбільш розповсюдженими засобами просування ЛП на фармацевтичному ринку України є реклама у засобах масової інформації, Інтернеті, непряма реклама, візити медичних представників, спонсорство, поштова розсилка.

За результатами аналізу правового поля регулювання просування товарів на фармацевтичному ринку встановлено, що основними нормативно-правовими актами, які визначають вимоги до просування ЛП є Закони України («Основи законодавства України про охорону здоров'я» від 19.11.1992 р. № 2801-XII, «Про лікарські засоби» від 04.04.1996 р. № 123/96-ВР, «Про рекламу» від 03.07.1996 р. № 270/96-ВР, «Про захист від недобросовісної конкуренції» від 07.06.1996 р. № 236/96-ВР, «Про захист економічної конкуренції» від 11.01.2001 № 2210-III), постанова Кабінету міністрів України («Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з

виробництва лікарських засобів, оптової, роздрібної торгівлі лікарськими засобами, імпорту лікарських засобів (крім активних фармацевтичних інгредієнтів)» від 30.11.2016 р. № 929) та накази Міністерства охорони здоров'я України («Про деякі питання заборони рекламування лікарських засобів» від 06.06.2012 р. № 422, «Про затвердження Переліку лікарських засобів, заборонених до рекламування, які відпускаються без рецепта» 06.11.2012 р. № 876).

Нами проведено аналіз звітів Антимонопольного комітету України за останні роки і визначено, що порушення норм законодавства найчастіше відбувається через недотримання правил добросовісної конкуренції. Так, розповсюдженою при просуванні ЛП є недобросовісна конкуренція шляхом поширення інформації, яка вводить споживачів в оману. Дане порушення було зафіксовано у створенні і розповсюдженні рекламних матеріалів такими компаніями: ПАТ «Фармак», ТОВ «Рейнбо-ЛТД», ТОВ «Сандоз Україна», ТОВ «Берінгер Інгельхайм Інтернешнл ГмбХ».

Також встановлено, що фармацевтичними підприємствами здійснюються антиконкурентні узгоджені дії, за які були притягнуті до відповідальності виробники ТОВ «Алкон Фармасьютікалз ЛТД», ТОВ «Серв'є Україна», оптові підприємства ТОВ «БаДМ», ТОВ «Вента ЛТД», ТОВ СП «Оптіма-Фарм ЛТД» і ПрАТ «Альба Україна».

Таким чином, за результатами аналізу нормативно-правових актів і відомостей щодо порушення їх положень встановлено, що більш розповсюдженим серед операторів фармацевтичного ринку є недотримання вимог Законів України «Про захист від недобросовісної конкуренції» і «Про захист економічної конкуренції».

НАСУЩНА СОЦІАЛЬНА ПРОБЛЕМА ФАРМАЦІЇ

Громовик Б. П.
Львівський національний медичний університет ім. Данила Галицького, м. Львів, Україна
hromovyk@gmail.com

Вступ. Глобалізаційні процеси у сучасній світовій фармації сприяли прояву різних соціально значущих проблем, які потребують розв'язання.

Мета: експлікувати назрілу соціальну проблему фармації, яка актуалізується науковцями в останні десятиліття.

Методика дослідження. Для досягнення поставленої мети був використаний контент-аналіз [1] публікацій із соціальної фармації.

Основний матеріал дослідження. Проведений контент-аналіз дозволив виділити наболілу соціальну проблему, яка французьким науковцем-медиком Луї Броуерем визначається як фармацевтична мафія [5], британським лікарем і журналістом Беном Голдакром – як фармацевтична брехня [3], американським вченим-медиком німецького походження Маттіасом Ратом – як фармацевтичний геноцид (голокост) [6]. Її суть в тому, що будь-яке наукове відкриття або впровадження нових медичних виробів у галузі охорони здоров'я працює на систему, створену трьома учасниками (фармацевтична промисловість, алопатична медицина, держава), і приречене на невдачу, навіть якщо воно визнане найефективнішим. Заради вигоди ці спільники йдуть на приховування результатів клінічних випробувань або лікування, на постійну дезінформацію широкого кола населення, великі махінації, намагаючись таким чином уникати тиску з боку соціальних груп, упорядкованих із представників громадських організацій, засобів масової інформації, університетів та інших наукових дослідників. Тим часом страждають ті, кого все це стосується безпосередньо, - хворі зокрема і суспільство загалом.

На думку зазначених вище дослідників та їх прихильників, фармацевтична промисловість:

– взяла під повну залежність алопатичну медицину та скеровує її діяльність на навмисне породження хворих, свідомо ігноруючи профілактичну медицину;

– насаджує справжню диктатуру щодо медичного середовища і не розглядає лікаря як дипломованого практика, а лише як звичайного розповсюджувача лікарських засобів (ЛЗ);

– керуючись виключно отриманням доходу від продовження хвороб, свідомо підтримує і поширює захворювання шляхом умисного культивування нових недуг, а також розширення використання ЛЗ, зареєстрованих для лікування хвороби одної етіології, до більшої кількості захворювань. Зрозуміло, що ефективне лікування або викоренення будь-якої недуги з найбільш поширених на сьогодні хвороб призведе до краху потужного за обсягом ринку ЛЗ – за даними прогнозів [4] глобальний фармацевтичний ринок у 2022 р. досягне $ 1,12 трлн;

– фінансує більшість клінічних випробувань своїх власних ЛЗ, що погано спроектовані на безнадійно невеликій кількості нетипових пацієнтів та аналізуються з використанням методів, які недосконалі за дизайном, таким чином, що перебільшують переваги лікування. Не дивно, що ці дослідження, зазвичай, дають результати, які сприяють виробнику ЛЗ;

– витрачає на маркетинг, зокрема на переконання лікарів виписувати саме ці ЛЗ, удвічі-утричі більше, ніж на наукові дослідження;

– систематично і навмисно проникає в національні і міжнародні законодавчі, політичні та урядові органи, регіональні і міжнародні організації медичного спрямування, системи охорони здоров'я більшості країн світу, неперервну освіту лікарів та засоби масової інформації по всьому світу, щоб зробити їх фінансово залежними для безперешкодного здійснення «підприємництва на хворобах»;

– здійснює приховування й оголошення поза законом інформації про непатентовані природні методи лікування та публічну їх дискредитацію.

У той же час стан хворих неухильно погіршується внаслідок постійного прийому небезпечних для здоров'я ЛЗ, позаяк близько 85 % ЛЗ, що реалізуються

на ринку, не тільки виявляються малоефективними, але ще і завдають серйозної шкоди здоров'ю [2]. Відсутність абсолютної надійності ЛЗ і сам механізм прийняття рішення про їх реалізацію, а потім і застосування пацієнтами веде до непередбачених наслідків - ускладнення екологічної ситуації, зловживання довірою населення і шахрайства в рамках системи охорони здоров'я.

Висновки та перспективи подальших досліджень у даному напрямку. На підставі контент-аналізу публікацій із соціальної фармації за останні десятиліття експліковано наболілу соціальну проблему фармації, яка різними дослідниками визначається як фармацевтична мафія, фармацевтична брехня або фармацевтичний геноцид (голокост). Без сумніву, ця проблема потребує проведення широкого дослідження, щоб визначити її потенційні ризики для пацієнтів і суспільства.

Література

1. Вершинин Е.Г. Какие новые социальные проблемы медицины интересуют отечественных исследователей? / Е.Г. Вершинин, М.Д. Ковалёва, Е.П. Хвастунова // Международный журнал экспериментального образования. – 2015. – № 8-1. – С. 14-16.

2. Леоненко Е.А. Социальные аспекты маркетинга фармацевтического бизнеса в современном мире / Е.А. Леоненко, С.С. Чистяков // Экономика. Управление. Право. - 2016. -№ 2 (65). - С. 7-13.

3. Brouwer L. La mafia pharmaceutique & agroalimentaire / Louis de Brouwer - Publisher: Louise Courteau, 1999. - 355 p.

4. Global pharma market will reach $1.12 trillion in 2022 [E-resource]. – Access mode: http://pharmaceuticalcommerce.com/business-and-finance/global-pharma-market-will-reach-1-12-trillion-2022/.

5. Goldacre B. Bad Pharma: how drug companies mislead doctors and harm patients /Ben Goldacre. – Published by Fourth Estate, London, 2012. – 364 p.

6. Pharmaceutical Holocaust – a concentration camp for humanity [E-resource]. – Access mode: http://survincity.com/2011/01/pharmaceutical-holocaust-a-concentration-camp-for/.

ФАРМАЦЕВТИЧНЕ ЗАКОНОДАВСТВО: ПОРЯДОК ОБІГУ АРОМАТИЗАТОРІВ В УКРАЇНИ

Малініна Н.Г., Євтушенко О.М.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
malinina_nata@ukr.net

Вступ. В сучасних умовах на вітчизняному фармацевтичному ринку спостерігається активний попит з боку населення на спеціальні харчові продукти (СХП), до складу яких входять ароматизатори. Відомі міжнародні організації, а саме: Всесвітня організація охорони здоров'я; Комісія з Кодексу Аліментаріус; Міжнародне епізоотичне бюро розробляють рекомендації, інструкції, стандарти та інші нормативно-правові документи щодо захисту здоров'я та життя людей від ризиків, пов'язаних із вживанням СХП, до складу яких входять ароматизатори. Отже, вивчення порядку обігу ароматизаторів в останні роки набуває дедалі більшої актуальності, у зв'язку з їх здатністю чинити негативний вплив на організм споживачів.

Мета дослідження. Вивчення діючого фармацевтичного законодавства України щодо порядку обігу ароматизаторів.

Методики дослідження. Законодавчі, нормативно-правові та інструктивно-методичні документи щодо порядку обігу ароматизаторів із використанням нормативно-правового, документального та системного аналізу.

Основний матеріал дослідження. Сьогодні правовий порядок обігу ароматизаторів в Україні виконується згідно з Законом України «Про безпечність та якість харчових продуктів» від 23.12 1997 р. за № 771/97-ВР (далі – Закон України). Встановлено, що даний Закон України регулює відносини між органами виконавчої влади, виробниками, продавцями, постачальниками, споживачами харчових продуктів (ХП), а також визначає правовий порядок забезпечення безпечності та якості ХП, що виробляються, знаходяться в обігу, імпортуються, експортуються тощо. Так, в статі 1 «Визначення термінів» Закону України наведено визначення «ароматизатори –

продукти, за винятком тих, що мають виключно солодкий, кислий чи солоний смак, які не вживаються окремо та додаються до ХП з метою надання їм аромату, смаку, або модифікації аромату, смаку і можуть містити ХП, ароматизатори, харчові добавки».

До ароматизаторів належать такі категорії: ◆ ароматичні речовини та препарати; ◆ термічно оброблені ароматизатори; ◆ індивідуальні речовини, суміші з сухим носієм (наповнювачем) або без них; ◆ попередники аромату, а також інші ароматизатори та їх суміші, що не підпадають під зазначені категорії. Слід відмітити, що ароматизатори, які використовуються у ХП, що виробляються та знаходяться в обігу в Україні, підлягаються обов'язковій державній реєстрації.

За класифікаційною ознакою ароматизатори поділяються на 3 групи: перша група – натуральні; друга група – ідентичні натуральним; третя група – штучні. Так, натуральні ароматизатори містять тільки природні ароматичні компоненти, а саме: харчові ароматичні есенції (водно-спиртові витяжки, дистиляти з рослинної сировини) та етерні олії. Слід відмітити, що окрім першої групи в фармацевтичній практиці широко використовується друга група – це складні композиції хімічних сполук, отримані синтетично або виділені хімічним методом з натуральної сировини, наприклад: ◆ цитраль, цитронелаль із запахом цитрусових; ◆ цитронелілацетат, ліналілацетат (бергамот); ◆ ліналілформіат (коріандр); ◆ бензальдегід (мигдаль). Відносно третьої групи – хімічні сполуки, що поки не ідентифіковані за складом, які містяться у сировині рослинного або тваринного походження (етилванілін, етилмалетол, етиловий етерфеноксіоцтової кислоти). Розчинниками для ароматизаторів є спирт, олія, пропіленгліколь, вода. Вибір ароматизаторів визначається за їх фізико-хімічними властивостями, технологією виробництва та характером кінцевого продукту. Інформація щодо ароматизаторів у готовому продукті друкується на етикетці з позначками: «натуральний», «ідентичний натуральному», «штучний». Ароматизатори випускаються у вигляді рідких, сухих, пастоподібних продуктів та отримуються в результаті фізичних або

хімічних процесів.

Згідно з вимогами до використання ароматизаторів, а саме: стаття 31 Закону України «Про внесення змін до Закону України «Про якість та безпеку харчових продуктів та продовольчої сировини» від 06.09.2005 р. за № 2809-IV (далі Закон України) ароматизатори не повинні містити будь-які шкідливі фактори у кількостях, що перевищують максимальні рівні, та спричиняти присутність небажаних речовин у ХП у кількостях, що перевищують рівні, визначені обов'язковими показниками безпечності. Виробник може звернутись із запитом на реєстрацію ароматизаторів шляхом подання до центрального органу виконавчої влади у сфері охорони здоров'я заяви про реєстрацію ароматизатора. Рішення щодо реєстрації або відмови у реєстрації ароматизатора для виробництва та обігу ХП в Україні, повинне бути видане протягом 120 робочих днів, а експрес-реєстрації – 30 робочих днів після одержання повної заяви.

Вартість робіт, пов'язаних з реєстрацією ароматизаторів, встановлюється Кабінетом Міністрів України відповідно до статті 57 «Фінансування наданих послуг» Закону України.

Висновки. З позиції діючого фармацевтичного законодавства вивчено порядок обігу ароматизаторів. Опановано класифікацію, види форм, фізико-хімічні властивості та процес отримання ароматизаторів на фармацевтичному ринку України.

АНАЛІЗ НОРМАТИВНО-ПРАВОВОГО РЕГУЛЮВАННЯ КЛІНІЧНОГО ВИПРОБУВАННЯ/ДОСЛІДЖЕННЯ ДІЄТИЧНИХ ДОБАВОК ТА ПАРАФАРМАЦЕВТИКІВ В УКРАЇНІ

Немченко А. С., Міщенко В. І., Тімофеєв С. В., Винник О. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
economica@nuph.edu.ua

Вступ. На цей час законодавство України, що регулює обіг дієтичних добавок (ДД) та парафармацевтиків (ПФ), постійно змінюється. Зміни відбуваються у нормативно-правовому регулюванні обігу ДД на фармацевтичному ринку України. Модифікувань зазнав термін ДД, але поняття парафармацевтики й досі не було законодавчо переглянуто.

Мета. Метою роботи є аналіз нормативно-правового регулювання клінічного випробування/дослідження ДД та ПФ в Україні.

Методи дослідження. У дослідженні були використані методи порівняння, системно-аналітичний та контент-аналіз. Об’єктами досліджень були обрані законодавчі та нормативно-правові акти, дані спеціалізованих літературних джерел з обраної тематики.

Основний матеріал дослідження. Закон України від 22.07.2014 р. № 1602-VII «Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо харчових продуктів» («Закон України «Про основні принципи та вимоги до безпечності та якості харчових продуктів») запровадив нові терміни – ДД та харчовий продукт для спеціальних медичних цілей (ХПСМ). Тому питання стосовно проведення клінічних випробувань проаналізовано нами на прикладі ДД та ХПСМ. Згідно вищевказаному Закону, «дієтична добавка це харчовий продукт, що споживається у невеликих визначених кількостях додатково до звичайного харчового раціону, який є концентрованим джерелом поживних речовин, у тому числі білків, жирів, вуглеводів, вітамінів, мінеральних речовин (цей перелік не є виключним), і виготовлений у вигляді таблеток, капсул, драже, порошків, рідин або інших форма». Також згідно цього Закону,

«харчовий продукт для спеціальних медичних цілей – спеціально розроблений та виготовлений продукт, який споживається під наглядом лікаря. Цей продукт призначений для часткової або повної заміни звичайного раціону харчування пацієнтів з обмеженою, ослабленою або порушеною здатністю приймати, перетравлювати, засвоювати звичайні харчові продукти або певні поживні речовини, що містяться в них, або їх метаболіти. Харчові продукти для спеціальних медичних цілей також можуть призначатися для повного або часткового годування пацієнтів з іншими визначеними лікарями потребами, які неможливо задовольнити шляхом модифікації звичайного раціону харчування». Таким чином, згідно Закону вказаному вище, ДД та ХПСМ є харчовими продуктами.

При аналізі фармацевтичного законодавства України, що регулює порядок проведення клінічних випробувань/досліджень, було встановлено, що на законодавчому рівні врегульовані клінічні випробування/дослідження тільки лікарських засобів (ЛЗ), виробів медичного призначення (ВМП) та медичної техніки (МТ). Це такі нормативно-правові акти:

- Закон України ст. 8 від 04.04.1996 р. № 123 «Про лікарські засоби»;
- Наказ МОЗ України від 23.09.2009 р. № 690 «Про затвердження порядку проведення клінічних випробувань лікарських засобів та експертизи матеріалів клінічних випробувань і типового положення про комісії з питань етики»;
- Наказ МОЗ України від 19.09.2014 № 661 «Про затвердження стандарту «Настанова. Лікарські засоби. Доклінічні дослідження безпеки як підґрунтя клінічних випробувань за участю людини та реєстрації лікарських засобів»».

В Україні досить розповсюджена практика, коли нові розробки ЛЗ представляються їх авторами, як ДД, з метою спрощення процедури реєстрації та економіки коштів. Разом з цим, законодавство України не містить норм, які б регулювали проведення клінічного випробування/дослідження харчових продуктів, в тому числі ДД та ХПСМ. Обов’язку проводити будь-які клінічні

випробування/дослідження ДД та ХПСМ в законодавстві немає, тому вони допускаються на ринок України без таких досліджень. На наш погляд, бажання проводити клінічні випробування/дослідження виникає у компаній-виробників більше з маркетингової точки зору, як додатковий метод з ефективного просування товарів на ринок. Загальновідомо, що зазначення у рекламі, статтях, доповідях чи інших матеріалах, що «ДД, ХПСМ чи ПФ пройшли випробування/дослідження» дає свої позитивні результати у питаннях підвищення довіри до таких товарів у покупців.

Таким чином, оскільки прямої заборони проводити дослідження ДД чи ПФ шляхом аналізу їх впливу на людину відсутня, клінічні випробування/дослідження товарів, що аналізуються дозволені. Але у випадку зазначення у результатах такого випробування/дослідження, а саме: звітах, доповідях, статтях чи інших матеріалах, інформації про те, що проводилося саме клінічне дослідження/випробування ДД, ХПСМ чи ПФ, потенційні конкуренти можуть звернутися до антимонопольних органів з заявою про те, що компанія-виробник використовує та поширює оманливу інформацію про свій товар (згідно Закону України від 07.06.1996 № 236/96-ВР «Про захист від недобросовісної конкуренції»). Встановлено, що при просуванні свого товару компаніям-виробникам краще уникати термінів «проведено клінічне дослідження/випробування» під час спостережень та досліджень ДД, ХПСМ та ПФ. Необхідно обмежуватися вживанням таких формулювань, як «дослідження, спостереження ДД, ХПСМ та ПФ» на всіх етапах такого дослідження, а також у будь-яких звітах, статтях, доповідях чи інших матеріалах, підготовлених за результатами досліджень, які будуть використовуватися в цілях промоції товарів, що аналізуються.

Висновки. У досліджуванні було розглянуто питання щодо правового регулювання клінічного випробування/дослідження ДД та ПФ. Встановлено, що на цей час нормативно-правове регулювання проведення клінічних випробувань/досліджень в українському законодавстві цих товарів відсутнє.

СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ УПРАВЛІННЯ ПІДПРИЄМСТВ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ГАЛУЗІ. СОЦІАЛЬНА ВІДПОВІДАЛЬНІСТЬ БІЗНЕСУ В ФАРМАЦІЇ

КОНЦЕПЦІЯ ТА ПРИНЦИПИ ЕКОЛОГІЧНОГО МЕНЕДЖМЕНТУ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО ПІДПРИЄМСТВА

Голубцова К. К., Сагайдак-Нікітюк Р. В., Вельма В. І.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
sagaidak_rita@ukr.net

Екологічний стан в країні все більше впливає на людський вимір прогресу, суспільну мораль, підходи до управління, але при цьому спостерігається загострення екологічних проблем, що загрожує населенню України надзвичайними ситуаціями. Подальший розвиток економіки і промисловості ще більше сприяє посиленню цих тенденцій, для захисту навколишнього середовища від яких, крім безпосередньо технологічних та інженерних рішень, необхідна детальна розробка організаційно-економічного механізму екологічного менеджменту на підприємствах.

Мета дослідження – вивчення теоретичних засад екологічного менеджменту на фармацевтичному підприємстві (ФП), що забезпечить поліпшення екологічної ситуації на ньому та істотно вплине на навколишнє середовище регіону, в якому розташоване підприємство.

Методи дослідження: аналізу та синтезу, контент-аналізу, узагальнення результатів.

Постійне покращення екологічної ситуації повинне досягатися в усіх екологічно значущих аспектах діяльності ФП, його практично неможливо імітувати та фальсифікувати, це і створює необхідну основу для оцінки екологічної спроможності підприємства.

Ефективний екологічний менеджмент сприяє підвищенню довіри до підприємства у відносинах з усіма зацікавленими в його діяльності сторонами. У цьому і полягає перевага екологічного менеджменту порівняно з традиційним екологічним управлінням. Концепція екологічного менеджменту повинна включати:

- обґрунтування необхідності управління екологічними процесами ФП;

- визначення сфери й об'єкта управління в екологічному менеджменті;

- формулювання та реалізація мети екологічного менеджменту;

- відповідність масштабу проблеми та масштабу управління;

- функціональний зміст екологічного менеджменту;

- принципи екологічного менеджменту;

- методологія і роль науки в екологічному менеджменті;

- організація екологічного менеджменту;

- системи, механізми й технології управління в концепції екологічного менеджменту;

- стратегія й ефективність екологічного менеджменту [1].

На підставі проведених досліджень визначено, що до принципів екологічного менеджменту доцільно диференціювати за механізмом, процесом та системами управління, при цьому вони повинна містити:

1. Принцип екологічної свідомості, яка повинна формуватися та розвиватися в процесах екологічного менеджменту.

2. Принцип екологічного мотивування діяльності.

3. Принцип випередження у вирішенні проблем.

4. Принцип цілеспрямованості та стратегічності.

5. Принцип послідовності, що відображає зв'язки екологічних проблем та врахування наслідків їх вирішення.

6. Принцип своєчасності.

7. Принцип функціональної інтеграції.

8. Принцип професіоналізму, який полягає в необхідності спеціальної підготовки фахівців фармації й оперування знаннями в галузі екології.

9. Принцип відповідальності за факторами екологічної ефективності управління [2].

Слід відзначити, що всі перераховані принципи екологічного менеджменту повинні діяти тільки у взаємозв'язку, оскільки кожен з них є доповненням інших.

Література

1. Залеский, Л. Б. Экологический менеджмент : учеб. пособ. для вузов / Л. Б. Залеский. – М. : ЮНИТИ-ДАНА, 2004. – 220 с.
2. Мельник, Л. Г. Екологічна економіка : підруч. / Л. Г. Мельник. – Суми : Університетська книга, 2006. – 367 с.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ ЛОГІСТИКИ ЗОВНІШНЬОЕКОНОМІЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ ОРГАНІЗАЦІЙ

Захарко Н. В., Сагайдак-Нікітюк Р.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
sagaidak_rita@ukr.net

Управління зовнішньоекономічною діяльністю (ЗЕД) підприємства поширюється на всі сфери його діяльності, пов'язані з переміщенням ресурсів, товарів, послуг і робочої сили через національні кордони. Логістика дозволяє суттєво зменшити часовий проміжок між отриманням субстанцій, матеріалів, напівпродуктів та поставкою готових лікарських засобів (ЛЗ) споживачеві, сприяє істотному скороченню матеріальних запасів та транспортних витрат, прискорює процес отримання інформації, підвищує рівень сервісу [1].

Метою дослідження є вивчення теоретичних засад впровадження логістики ЗЕД фармацевтичних організацій (ФО).

Методи дослідження: аналізу та синтезу, контент-аналізу, узагальнення результатів.

На підставі проведених досліджень визначено, що, логістику ЗЕД ФО слід розглядати як систему, метою якої є здійснення руху матеріальних, інформаційних і фінансових потоків у задане місце, в потрібній кількості й асортименті, у максимально можливому ступені підготовленості до

виробничого або особистого споживання при заданому рівні витрат за мінімально можливий час з урахуванням вимог кожного учасника логістичного ланцюга.

Логістику ЗЕД доцільно використовувати ФО, якщо організація:

– експортує частину виготовлених ЛЗ;

– імпортує субстанцію та матеріали чи готові ЛЗ;

– здійснює виробництво inbalk.

Таким чином, логістика ЗЕД спрямована на оптимізацію товаропотоків, що виходять за межі держави, в якій функціонує ФО. Завданнями логістики ЗЕД ФО є: оптимізація руху матеріальних, фінансових та інформаційних потоків, що виходять за межі ФО та держави; підвищення якості логістичного обслуговування ФО, в тому числі й транспортно-експедиційного, складського та ін.; підвищення конкурентоспроможності ЛЗ на міжнародному ринку завдяки зниженню логістичних витрат та покращення якості як препаратів, так і логістичного обслуговування [1-2]. Основними цілями управління логістикою ЗЕД є: цінова конкурентоспроможність продукції у кожній ланці логістичної системи - придбання, розподіл, складування й транспортування; неухильне дотримання стандартів якості, в тому числі якості, гарантованої постачальниками, перевізниками та посередниками на стадії зберігання; розвиток зв'язків з клієнтами тощо. Тобто основною метою ФО, як логістичної системи, виступає ефективна координація всіх підсистем і їх компонентів на підставі мінімальних витрат і максимального задоволення вимог споживачів [2]. Але при цьому необхідно врахувати і специфічні відмінності логістики ЗЕД, які полягають в урахуванні особливостей країн-партнерів стосовно транспортної системи (транспортної політики), функціонування посередників, обчислення фрахтового та митного зборів, вимог з пакування та оформлення багажу, стандартів зберігання та т. п. Досвід світових фармацевтичних лідерів, які впровадили в свою діяльність принципи логістики ЗЕД, свідчить про зменшення до 15 % загальних витрат на виконання замовлень закордонних партнерів, на 7-10 % транспортних витрат, на 15-20 % витрат на утримання

запасів, а також підвищення рівня логістичного обслуговування клієнтів на 70 %, а в деяких випадках, і на 100 % [1].

Таким чином, логістика ЗЕД є науково-практичним напрямом, що має щільний зв'язок з діяльністю ФО в цілому, її окремих аспектів логістичної діяльності, та зовнішньоекономічною торгівлею, а також характеризується чітко вираженим територіальним аспектом.

Література

1. Кретов, И. И. Логистика во внешнеторговой деятельности : учеб.-практ. пособ. / И. И. Кретов, К. В. Садченко. – М. : Дело и Сервис, 2003. – 191 с.

2. Регулювання зовнішньоекономічної діяльності : навч. пособ. / за ред. І. І. Дахна. – К. : ЦУЛ, 2009. – 472 с.

ДОСЛІДЖЕННЯ РІВНЯ СОЦІАЛЬНОЇ ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ БІЗНЕСУ У ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ СЕКТОРІ ШЛЯХОМ АНАЛІЗУ МІЖНАРОДНИХ РЕЙТИНГОВИХ ПОКАЗНИКІВ

Коліщак М. М., Кубарєва І. В., Черкашина А. В.

Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна

socpharm@nuph.edu.ua

Актуальність. Фармацевтичний сектор охорони здоров’я є не тільки одним з найбільш значущих, оскільки розробляє і виробляє лікарські засоби (ЛЗ) для підтримки і відновлення здоров’я, а й одним з найбільш критикованих, оскільки не в змозі забезпечити доступність ЛЗ для всіх, хто їх потребує.

Одним з міжнародних показників, який відображає ступінь участі фармацевтичних компаній в роботі по збільшенню доступності ЛЗ та медичного забезпечення, є «The Access to Medicine Index». Оцінка і ранжування 20 найбільших фармацевтичних компаній проводиться кожні 2 роки, критерій рейтингу – ефективне впровадження компанією заходів з підвищення

доступності ЛЗ в 106 країнах з низьким і середнім рівнем доходу.

Міжнародний рейтинговий показник «RepTrak® 100» відображає рівень корпоративної соціальної відповідальності (КСВ) і є «золотим стандартом» для вимірювання репутації міжнародних компаній, в тому числі фармацевтичних. Оцінювання КСВ проводиться Інститутом Репутації («Reputation Institute», North America), аналізуються понад 7000 компаній з 25 галузей промисловості в 50 країнах світу.

Мета. Дослідження основних міжнародних рейтингових показників за рівнем соціальної відповідальності бізнесу та виявлення лідерів рейтингів серед фармацевтичних компаній.

Матеріали та методи. Для проведення дослідження використовувалися дані Access to Medicine Index [http://www.accesstomedicineindex.org/ranking] і Reputation Institute [https://www.reputationinstitute.com/research/Global-RepTrak-100], застосовувався контент-аналіз, аналітичні і статистичні методи.

Результати та обговорення. Лідерами рейтингового показника «The Access to Medicine Index» за результатами оцінки 2016 року стали наступні фармацевтичні компанії: «GlaxoSmithKline», «Johnson & Johnson» та «Novartis AG» (табл. 1).

Таблиця 1

Рейтинг фармацевтичних компаній відповідно до показника «Access to Medicine Index»

Компанія	Ранг 2016 р.	Ранг 2014 р.	Ранг 2012 р.	Компанія	Ранг 2016 р.	Ранг 2014 р.	Ранг 2012 р.
GlaxoSmithKline	1	1	1	Eisai Co Ltd	11	11	15
Johnson & Johnson	2	3	2	Bayer	12	10	9
Novartis	3	4	7	Bristol-Myers Squibb	13	13	12
Merck KGaA	4	6	8	Pfizer	14	16	11
Merck & Co.	5	7	4	Takeda Pharm. Comp.	15	20	18
Sanofi	6	8	3	Boehringer Ingelheim	16	14	17
AstraZeneca	7	15	16	Eli Lilly and Comp.	17	17	14
Gilead Sciences	8	5	5	Daiichi Sankyo	18	19	19
AbbVie	9	9	-	Roche Holding AG	19	12	10
Novo Nordisk	10	2	6	Astellas Pharma	20	18	20

Фармацевтичний сектор у рейтингу RepTrak® 100 у 2015 році був представлений 10 міжнародними фармацевтичними компаніями, лідерами є «Johnson & Johnson», «Eli Lily», «Abbott Laboratories», «Novo Nordisk», «Bayer», «Bristol-Myers Squibb», «Roche», «Sanofi», «Merck Sharp & Dohme» і «AstraZeneca» (табл. 2).

Необхідно відзначити, що компанії «GlaxoSmithKline» і «Pfizer» в 2015 році не увійшли до топ-100 світових лідерів з КСВ.

Таблиця 2

Рейтинг корпоративної соціальної відповідальності компаній RepTrak® 100

Компанія	Ранг 2015 р.	Ранг 2013 р.	Компанія	Ранг 2015 р.	Ранг 2013 р.
Google	1	3	Bayer	77	60
BMW	2	4	Bristol-Myers Sq.	81	70
The Walt Disney Company	3	2	Roche	92	62
Microsoft	4	1	Sanofi	93	
Daimler (Mercedes-Benz)	5	5	GlaxoSmithKline	-	85
Johnson & Johnson	12	15	Pfizer	-	94
Eli Lily	67	39	MSD (Merck Sharp & Dohme)	98	-
Abbott Laboratories	71	48			
Novo Nordisk	73	-	AstraZeneca	99	-

Висновки. За результатами аналізу основних міжнародних рейтингових показників «Access to Medicine Index» і «RepTrak® 100» виявлено лідерів серед міжнародних фармацевтичних компаній, до яких відносяться «GlaxoSmithKline», «Novo Nordisk», «Johnson & Johnson», «MSD (Merck Sharp & Dohme)», «Sanofi», «Bayer», «Roche»,«AstraZeneca», «Pfizer», «Eli Lily», які приймають найбільш активну участь в збільшенні доступності ЛЗ та медичного забезпечення для населення в усьому світі.

На жаль, вітчизняні фармацевтичні компанії на сьогодні не займають значних позицій у світі за напрямом соціальної відповідальності. Тому, вважаємо за доцільне започаткувати практичне складання вітчизняних рейтингів з цього напряму, що дозволить визначити вектор розвитку соціальної відповідальності як актуальний та у подальшому дозволить зміцнити позицію вітчизняних виробників на міжнародній арені.

ФОРМУВАННЯ КОМАНДИ РИЗИК-МЕНЕДЖЕРІВ НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЕМСТВІ ДИСТРИБ'ЮТОРІ. КРИТЕРІЇ ВИБОРУ СПЕЦІАЛІСТІВ

Лебединець В. О., Суханова Н. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
quality@nuph.edu.ua

Вступ. Управління ризиками (УР) для якості лікарських засобів (ЛЗ) є невід'ємним і дуже важливим компонентом фармацевтичної системи якості (ФСЯ) з причин того, що саме систематичне визначення, аналізування, оцінювання ризиків у межах всіх системних процесів з вжиттям відповідних запобіжних дій щодо усунення причин можливих невідповідностей чи зниження ризиків до прийнятного рівня забезпечує належне функціонування й постійне вдосконалення ФСЯ.

Для ефективного здійснення діяльності з УР критично важливою умовою є належна компетентність членів експертних груп, що власне проводять визначення й кількісне оцінювання ризиків, а також беруть участь у розробці запобіжних чи коригувальних дій.

У чинній національній Настанові СТ-Н МОЗУ 42-4.2:2011 «Лікарські засоби. Управління ризиками для якості», гармонізованій із документом ICH Q9, представлено приблизний склад команди ризик-менеджерів та їх основні функції. Однак визначення критеріїв відбору ризик-менеджерів для практичної роботи має здійснювати кожне окреме підприємство самостійно, причому на вітчизняних фармацевтичних підприємствах часто це викликає серйозні проблеми з причин недостатнього досвіду з питань управління ризиками для якості, нестачі кваліфікованого персоналу та намагання зекономити ресурси.

Мета. Виходячи з вищенаведеного, метою наших досліджень стало визначення оптимальних підходів до формування команд ризик-менеджерів та критеріїв їх вибору для подальшого залучення до діяльності з визначення й оцінки ризиків на дистриб'юторських фармацевтичних підприємствах (ДФП).

Результати дослідження. У національній Настанові СТ-Н МОЗУ 42-4.2:2011 «Лікарські засоби. Управління ризиками для якості» зазначено що діяльність з управління ризиками для якості, як правило, але не завжди, здійснюється мультидисциплінарними групами. При формуванні груп до них варто включати експертів у відповідних галузях (наприклад, з управління якістю, розробки та досліджень продукту, інжинірингу, регуляторної діяльності, технологічних операцій, продажу й маркетингу, юридичної служби, статистичного аналізу, клінічних досліджень тощо) на додаток до осіб, які обізнані щодо процесу управління ризиками для якості.

Особи, відповідальні за прийняття рішень за результатами проведеного визначення й оцінювання ризиків, повинні:

- нести відповідальність за координацію дій з управління ризиками для якості між різними функціями та відділами їх установи; а також
- гарантувати, що процес управління ризиками для якості є визначеним, приведеним у дію та контрольованим, а також, що наявні достатні для його реалізації ресурси.

При організації роботи команди ризик-менеджерів призначається один керівник команди, який відповідає за координацію робіт з визначення та оцінки ризиків. Команда має формуватися з обов’язковим урахуванням досвіду всіх її членів. Це дає можливість отримати бачення ситуації з різних точок зору експертів на проблему та розглянути різні підходи й методи вирішення проблеми, якщо така наявна.

Більшість фахівців вважає, що немає необхідності створювати постійну команду експертів з питань управління ризиками, оскільки кожного разу склад команди визначається конкретним завданням або встановленою поточною метою. Такий підхід також дає можливість забезпечувати завжди неупереджений і нетривіальний погляд на потенційні проблеми та на методи їх вирішення.

Таким чином, при виборі фахівців з визначення та оцінки ризиків необхідно керуватися конкретними завданнями, що будуть стояти перед ними.

З нашої точки зору, правила формування команди ризик-менеджерів та критерії вибору таких фахівців у компанії-дистриб'ютора ЛЗ можуть бути сформульовані наступним чином:

- для кожної окремої групи з УР повинен бути призначений керівник;
- найкращий обсяг команди – 4-6 осіб, а мінімальна кількість фахівців визначається кількістю областей, де буде проводитися оцінка ризиків;
- у кожній групі (команді) обов'язково повинен бути щонайменше один експерт з якості продукції; інші мають знатися в специфіці відповідного об'єкту оцінювання ризиків;
- доброю практикою є підхід, коли в групу також включено фахівців, що не є експертами з об'єкту оцінювання ризиків: вони часто можуть висказати неупереджені, об'єктивні, а тому дуже корисні ідеї.

Для членів команди важливою умовою є набуття знань про сам процес УР перед запуском проекту. Ефективне навчання не є необхідним, навіть якщо члени команди мають попередній досвід відповідної роботи. Звісно, керівник команди, який добре знається в питаннях УР, може направляти й коригувати діяльність команди для вирішення конкретних задач. Однак, це не означає, що відсутня необхідність профільної підготовки всіх членів команди – це потрібно для економії часу при роботі над реальним проектом, а також зменшує вірогідність допущення помилок при застосуванні тих чи інших методів визначення й оцінювання ризиків.

Окрім того, важливо щоб для команди ризик-менеджерів були чітко визначені межі, в яких вона має діяти. Це стосується як об'єкту УР, так і тих дій, що виконує команда (наприклад, визначення ризиків, їх аналіз, кількісне оцінювання або розробка рекомендацій щодо запобіжних дій тощо).

Висновки. Ключове значення для організації діяльності з УР є формування команди ризик-менеджерів. Першим етапом у цьому є визначення критеріїв вибору фахівців та умов роботи команди ризик-менеджерів. Нами запропоновані узагальнені критерії вибору таких фахівців та принципи формування команди ризик-менеджерів.

ОСОБЛИВОСТІ ВПРОВАДЖЕННЯ ПРОЦЕСНОЇ МОДЕЛІ КОМЕРЦІАЛІЗАЦІЇ ОБ'ЄКТІВ ІНТЕЛЕКТУАЛЬНОЇ ВЛАСНОСТІ У ФАРМАЦІЇ

Літвінова О. В., Посилкіна О. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
kaf.yep@nuph.edu.ua

Відомо, що сьогодні необхідним є перехід фармацевтичної галузі України до інноваційної моделі розвитку, що дозволить збільшити на фармацевтичному ринку України частку доступних за ціною вітчизняних препаратів. Це, в свою чергу, потребує комерціалізації об'єктів інтелектуальної власності (ОІВ) суб'єктів інноваційної та наукової діяльності у фармації для створення умов для їх інноваційного розвитку й успішної реалізації науково-технічного потенціалу, підвищення конкурентоспроможності продукції та ін. Аналіз і систематизація даних літератури виявили, що існує дисбаланс між обсягами створення та комерціалізації нововведень у більшості суб'єктів фармацевтичного ринку, а саме має місце низький відсоток практичного використання і ліцензування запатентованих ОІВ.

Метою роботи є аналіз й узагальнення існуючих наукових підходів і механізмів до комерціалізації інтелектуальної власності у фармації для побудови процесної моделі цієї діяльності, що спрямоване на забезпечення регламентації й стандартизації відповідних процедур і операцій згідно з вимогами настанов Лікарські засоби. Фармацевтична розробка (ICH Q8); Лікарські засоби. Управління ризиками для якості (ICH Q9); Лікарські засоби. Фармацевтична система якості (ICH Q10).

У процесі дослідження були використані загальнонаукові методи пізнання, зокрема, системний підхід з використанням методів ретроспективного та системно-логічного аналізу. Методологія функціонального моделювання і графічного описання процесів (Integration Definition for Function Modeling – IDEF0) застосована для побудови процесної моделі комерціалізації ОІВ у

фармації.

Представлено методологічні й методичні підходи щодо патентного захисту і комерціалізації ОІВ протягом життєвого циклу ЛЗ та запропоновано процесну модель комерціалізації ОІВ у фармації, основними підпроцесами якої є «Пошук ідеї нового ЛЗ», комерціалізація ОІВ на етапі «Фармацевтична розробка, доклінічні, клінічні дослідження», «Трансфер технології», «Промислове виробництво, виведення нового ЛЗ на ринок».

Ефективна реалізація процесу комерціалізації ОІВ в фармації передбачає створення офісу трансферу технологій. Офіс трансферу технологій повинен здійснювати такі роботи: правову охорону об’єктів інтелектуальної власності в Україні та закордоном; науково-методичне керівництво та науково-організаційну діяльність з проведення патентних досліджень; маркетинг ринку технологій; підготовку запитів з патентування винаходів, корисних моделей, реєстрації торгових марок; підписання ліцензійних договорів; договорів про розподіл майнових прав на службовий твір; збір, системний науковий аналіз та об’єднання патентної науково-технічної інформації, доведення її до відома спеціалістів з метою підвищення ефективності науково-дослідних та технологічних робіт.

Діяльність офісу трансферу технологій повинна бути спрямована на методичний, організаційний, правовий та інформаційний супровід фармацевтичних розробок у процесі просування технологій в інтересах організацій, які займаються науковою діяльністю.

Таким чином, регламентація процесу комерціалізації і використання різних механізмів комерціалізації ОІВ в фармації дозволяють досягти компаніям безсумнівних конкурентних переваг, забезпечують реалізацію майнових прав розробників, а також комерційні переваги для продовження інноваційної діяльності, а ВНЗ медичного та фармацевтичного профілю і науковим установам НАМН забезпечують надходження додаткових фінансових ресурсів, необхідних для подальших наукових досліджень.

АКТУАЛЬНІСТЬ ВПРОВАДЖЕННЯ СОЦІАЛЬНО-ОРІЄНТОВАНОЇ МОДЕЛІ УПРАВЛІННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИМИ ПІДПРИЄМСТВАМИ

Посилкіна О. В., Братішко Ю. С.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
kaf.yep.@nuph.edu.ua

Актуальність. Дослідження існуючих підходів до побудови моделей управління фармацевтичними підприємствами (ФП) довело їх певну недосконалість. Необхідність розробки в умовах сьогодення нової концепції управління ФП, головним чином, пов'язана з тим, що розгляд ФП лише як економічної системи, яка має за мету виробництво лікарських засобів та максимізацію прибутку, не відображає їх цілісної суті. Без уваги залишається той факт, що сучасні ФП – це ще й об'єкти процесу соціалізації, тобто така соціальна система, в межах якої відбувається реалізація певних інтересів працівників. Отже, ФП слід розглядати як систему, в якій тісно перетинаються економічні та соціальні процеси, які впливають на їх функціонування та розвиток. При цьому треба відзначити, що в управлінні ФП сьогодні значної уваги набуває саме соціальний бік економічних процесів, що, в значній мірі, обумовлене як великою соціальною значущістю продукції, яку вони виробляють, так і новою роллю трудових ресурсів, які сьогодні стають їх головним активом в умовах необхідності розвитку самоменеджменту персоналу в процесі побудови системи управління якістю, зростання творчого характеру праці, підвищення ролі корпоративної культури як джерела забезпечення надійності та прогнозованості поведінки ФП, його взаємодії з партнерами та ін. Це обумовлює актуальність обґрунтування й розробки соціально-орієнтованої моделі управління вітчизняними ФП.

Мета роботи: дослідження сутності й принципів побудови соціально-орієнтованої моделі управління ФП для активізації дії як економічних факторів виробництва, так і соціальних, таких, як: компетентність та професіоналізм персоналу, позитивний імідж підприємства; ефективна організація управління

процесами відтворення людського капіталу; розвиток цінності нової культури підприємства; сприяння кооперації інтелектуальної праці, розвиток самоменеджменту діяльності творчої людини; посилення соціальної відповідальності фармацевтичного бізнесу та створення на підприємстві клімату соціального партнерства.

Матеріали і методи. В процесі дослідження використані методи наукової індукції і дедукції, історичний і логістичний методи, контент-аналіз.

Результати та їх обговорення. Для формування соціально-орієнтованої моделі управління вітчизняними ФП, в першу чергу, повинні бути визначені принципи їх соціально відповідальної поведінки. Нами доведено, що до таких принципів, належать: забезпечення населення якісними, ефективними, безпечними та водночас доступними за ціною лікарськими засобами; забезпечення достатньої прибутковості діяльності ФП, що є необхідною умовою їхнього стійкого соціально-економічного розвитку; регулярна сплата податків; створення робочих місць для висококваліфікованих працівників і забезпечення їм відповідних умов праці; розв’язання соціальних проблем працівників підприємства і суспільства; створення можливостей для розвитку кожного працівника як творчої особистості.

Визначено, що принциповими відмінностями між соціально-орієнтованою моделлю управління ФП та іншими моделями є, по-перше, те, що змінюється змістовна концепція головних цілей діяльності: від виробництва матеріального блага (лікарського засобу як об’єкту, що несе в собі певні витрати при виробництві та певні доходи при реалізації, тобто виступає об’єктом економічної цінності) до виробництва соціального блага (лікарського засобу, що має фармакоекономічну цінність, збалансовану ціну, фармакотерапевтичну ефективність, безпечність, якість і зручність використання). По-друге, соціальна модель управління має за основні критерії ефективності не продуктивність та прибутковість виробництва, а досягнення взаємних вигід бізнес-партнерів, задоволеності інтересів персоналу при збереженні певного рівня рентабельності діяльності, ФП і задоволеності потреб

споживачів лікарських засобів.

Доведено, що у соціально-орієнтованій моделі управління ФП адміністративні та економічні важелі управління повинні активно доповнюватися інноваційними та соціально-психологічними. Менеджмент ФП повинен доповнюватися самоменеджментом кожного з його працівників, управління повинно набувати вигляду координації та мотивації до розвитку. Активним інструментом менеджменту повинна бути корпоративна культура ФП та субкультура кожного працівника. Сам підхід до управління має ставати більш індивідуалізованим, особлива увага в соціально-орієнтованій моделі управління повинна приділятися людським інтересам та узгодженню виробничих процесів з останніми. Отже, на перший план в соціально-орієнтованій моделі управління ФП виходить працівник як квінтесенція соціальності.

Висновки. Таким чином, тільки активно формуючи соціальний капітал, розвиваючи соціальну відповідальність фармацевтичного бізнесу та менеджменту, узгоджуючи власні інтереси з системою інтересів, що склалася у суспільстві, вітчизняні ФП можуть забезпечити своє ефективне і тривале існування у висококонкурентному середовищі.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПОКАЗНИКІВ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ РОЗВИТОК АПТЕЧНИХ МЕРЕЖ В УКРАЇНІ

Посилкіна О. В., Мала Ж. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
mala-zhanna@rambler.ru

Вступ. Мережевий аптечний бізнес сьогодні активно розвивається і завойовує роздрібний сектор вітчизняного фармацевтичного ринку, тому проблеми і перспективи розвитку мережевих аптечних підприємств продовжують залишатися вкрай актуальними. Успішна реалізація аптечного бізнесу залежить від багатьох складових.

Метою дослідження є аналіз показників, що характеризують розвиток аптечних мереж в Україні.

Методики дослідження. В процесі дослідження було використано метод анкетного опитування.

Основний матеріал дослідження. Для аналізу показників, що характеризують розвиток аптечних мереж, було проведено анкетне опитування 421 співробітника аптечних мереж з різних областей України. Встановлено, що показниками, що характеризують розвиток аптечних мереж є: збільшення кількості аптек в мережі (16,18% відповідей респондентів); збільшення кількості покупців (15,97% відповідей опитаних); збільшення товарообігу аптек (14,64% відповідей експертів); розширення асортименту лікарських засобів та виробів медичного призначення (14,08%); збільшення прибутку аптек (11,20%); збільшення суми середнього чеку (9,87%); збільшення заробітної плати співробітників (7,63%); збільшення кількості співробітників (6,65%); збільшення ринкової частки (3,78%).

Висновки. Таким чином, проаналізовано показники, що характеризують розвиток аптечних мереж. Визначені показники повинні обов’язково враховуватися при формуванні стратегії їх розвитку.

СОЦІАЛЬНІ ІННОВАЦІЇ ЯК ОСНОВА РОЗВИТКУ ПІДПРИЄМСТВА

Рогуля О. Ю.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
rogulyaolga@gmail.com.ua

В системі формування інноваційної діяльності управлінські дії оцінюються з позицій ринкової перспективності нововведень, які є, за визначенням Йозефа Шумпетера, «новою науково-організаційною комбінацією виробничих факторів, мотивованою підприємницьким духом» чи «зміною з метою впровадження або використання нових видів споживацьких товарів, нових виробничих та транспортних засобів, ринків та форм організації у промисловості». Таким чином, інновацію (нововведення) слід розглядати як комплексний процес створення, розповсюдження та використання нового практичного засобу (нововведення) для нової (або кращого задоволення уже відомої) суспільної потреби. За значущістю змін у характері, змісті і результатах діяльності підприємства та його окремих підрозділів виділяють технологічні, виробничі, економічні, торгові, соціальні, інновації в галузі управління. Метою даного дослідження є обґрунтування актуальності впровадження соціальних інновацій, які пов`язані з покращенням умов та характеру праці, психологічного мікроклімату та характеру взаємовідносин на підприємстві або між окремими організаційними підрозділами.

Соціальні інновації в загальному контексті розглядаються як нові концепції, стратегії та ідеї, що відповідають суспільним потребам у відповідних умовах праці, освіті, культурі, охороні здоров’я, занятості населення, пенсійному забезпеченні, спорті тощо. Результати аналізу наукової літератури свідчать, що перші вагомі напрацювання з дослідження соціальних інновацій та їх ролі у розвитку суспільства були отримані у 1960-х роках Пітером Друкером та Майклом Янгом. Наступним етапом поширення поняття «соціальні інновації» стали 1970-і роки завдяки науковим працям П. Розанваллона, Ж. Фурньє та Ж. Аталлі, а сучасне трактування поняттю надано М. Юнусем. Сучасним вагомим

досягненням у розвитку ідей соціальних інновацій є їх внесення до документів «Стратегія Європа-2020» та програми досліджень «FP7» Євросоюзу.

Як свідчать дані інтернет-джерел, на даний час пріоритетними інноваціями соціального спрямування є збільшення фінансування соціальних інновацій, актуалізація мобільних рішень на індивідуальних можливостях, визнання важливості інноваційних соціальних проектів крупними некомерційними організаціями, трансформація засобів Data intelligence в систему рішення соціальних проблем, залучення корпорацій до вирішення соціальних проблем. Слід зауважити, що широкому розповсюдженню соціальних інновацій сприяє Рада зі здійснення глобального порядку денного у сфері соціальних інновацій, діяльність якої розпочата за ініціативи Всесвітнього економічного форуму, який визначає досліджуване поняття як «застосування інноваційних практичних, стійких, ділових підходів, що призводять до позитивних соціальних та/або екологічних змін».

Під час дослідження встановлено, що метою впровадження соціальних інновацій на підприємстві є вирішення соціальних проблем, розвиток організаційної культури, покращення внутрішньофірмової системи соціальних відносин, формування відносин із зовнішніми суб’єктами стратегічної взаємодії, підвищення рівня соціальної відповідальності. Важливою для успішності соціальних інновацій є інституційна підтримка урядом країни, політичними та громадськими діячами, фондами, волонтерським рухом, партнерськими організаціями, що діють з залученням державних, приватних чи корпоративних коштів.

Зважаючи на сучасні тенденції поширення соціальних інновацій в різних галузях економіки, у тому числі й фармацевтичної, доцільно навести їх класифікацію. За даними аналізу наукової літератури визначено, що існують різні підходи до угрупування соціальних інновацій, зокрема:

- за походженням соціальні інновації можуть бути як такі, що цілеспрямовано впроваджуються у суспільстві за ініціативою держави, або такі, що виникають внаслідок соціальної самоорганізації та пов’язані із внутрішніми

спонтанними змінами;

- за масштабом використання виокремлюють соціальні інновації одиничні (для одного об’єкту) та дифузні (для декількох об’єктів);
- за характером рівня та обсягу виділяють нововведення глобальні, які спрямовані на вирішення загальнолюдських проблем, і регіональні та локальні, що можуть бути задіяні на регіональних та місцевих рівнях;
- з урахуванням закономірностей розвитку конкретного суспільства класифікують обумовлені внутрішніми (органічні та запозичені) і зовнішніми чинниками (стимулюючі та експансивні);
- за структурою соціальної сфери є педагогічні, освітні, правові, управлінські соціальні інновації;
- за періодом реалізації існують стратегічні та тактичні соціальні інновації;
- за ступенем охоплення соціальних чинників виділяють комплексні та локальні.

В цілому сучасні напрями соціальних інновацій, які набули в останні роки стійкого розвитку, передбачають нововведення у сфері державного управління на демократичних засадах, в охороні здоров’я та освіті; створення соціально-орієнтованих організацій як виду соціального підприємництва; дифузію соціальних інновацій у сфері їх створення, розширення напрямів застосування та удосконалення; формування стратегічних бізнес-одиниць, особливо у сфері надання послуг; створення комплексних адаптивних систем; використання колективного підходу у прийнятті управлінських рішень; трансфер соціальних інновацій на державному, регіональному або локальному рівнях; відкритість та доступ до джерел інтелектуальної власності соціальної вагомості тощо.

Таким чином, реалізація соціальних інновацій передбачає розв’язок загальносуспільних проблем та залучення до процесу як комерційних, так і некомерційних організацій. Незалежно від об’єкту впровадження соціальної інновації спільним завжди є їх спрямованість на досягнення взаємодії з метою отримання стійкого розвитку суспільства, що потребує взаємоузгодження з інноваційними процесами в економіці та соціальними стандартами підприємств.

ОСОБЛИВОСТІ ФІНАНСУВАННЯ РОЗРОБОК НОВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ЯК ДОВГОСТРОКОВИХ ІНВЕСТИЦІЙНИХ ПРОЕКТІВ

Слободянюк М.М., *Самборський О.С.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
*ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»,
м. Івано-Франківськ, Україна
Veritas_kh@ukr.net

Вступ. Вчені та працівники виробничих фармацевтичних фірм все активніше стверджують, що реальність винаходу та створення нового інноваційного лікарського засобу (ЛЗ), стає все більш невизначеною. У значній мірі це пов'язано із формуванням в інноваціях стратегічних планів створення оригінальних ЛЗ для лікування конкретних захворювань, серед яких генетичні, орфанні, інфекційні. Сьогодні потрібно не лише запропонувати більш високоефективний та більш безпечний ЛЗ, а, що більш суттєво, з конкретною направленою фармакологічною дією. Це потребує інших підходів, значно більших фінансових інвестицій, які піддаються великим ризикам та довготривалим термінам їх повернення. Соціальна значущість ліків, які суттєво підвищують якість життя людини, потребує відкритості затрат на R&D дослідження, постійного пошуку економії коштів при оптимізації взаємодії стейкхолдерських груп у такому інноваційному процесі.

Мета дослідження. Метою роботи стало узагальнення особливостей при фінансуванні розробок нових лікарських засобів як довгострокових інвестиційних проектів на основі оцінки окремих проектів.

Методи дослідження. Системний аналіз, логічний й порівняльний методи, методи маркетингових досліджень та економічного аналізу.

Основні результати. Проведені дослідження щодо розробок нових ЛЗ достовірно стверджують про значні ризики інвестиційно-інноваційного процесу. Ступінь та невизначеність ризиків залежить від виду й глибини інноваційного проекту та фармакотерпевтичної групи ЛЗ.

Провідні фармацевтичні корпорації серед головних складових розробки оригінальних ЛЗ від пошуку самого активного фармацевтичного інгредієнта (субстанції) до готового препарату виділяють високу вартість такого проекту (1-3 і більше млрд. дол. США), довготривалість процесу (10-12 років), не визначеність результатів отримання більш високоефективного та безпечного ЛЗ, високі вимоги державних експертиз та їх зміни, регулювання продажу та використання, цінового контролю тощо. Висока ступінь не визначеності та ризикованості для інвесторів при фінансуванні розробок такого ЛЗ при довготривалому терміні розробок веде також до знецінення вкладених інвестицій у часі та додатковій втраті норми дохідності капіталу. Тому корпорації-розробники особливу увагу приділяють першочерговим діям по активному та глибокому проникненню на товарний сегмент ринку шляхом великих або дуже великих (сотні млн. та млрд. дол. США на рік) обсягів продажу нових ЛЗ. Такі стратегії виходу на ринок забезпечують швидке та повне повернення інвестицій, а також одержання бажаних додаткових підприємницьких доходів та прибутків.

Виявлення й обґрунтування однієї із десятків тисяч молекул як перспективного активного фармацевтичного інгредієнту (АФІ) є затратною та ризикованою діяльністю для інвестування коштів. Поглиблений економічний аналіз показує, що крім прямих витрат, що пішли на дослідження одержаного нового ЛЗ, інноваційні корпорації включають також інші накладні витрати і збитки, які виникли на етапах тестування та дослідження сотень або тисяч інших сполук лідерів (lead-compounds) та кандидатів на ЛЗ (drug-candidates), які відсіювались на трудомістких етапах процесу створення нових ЛЗ, включаючи навіть I-III фази і клінічних досліджень.

До вартості розробок фірми на нові ЛЗ відносять власне витрати на розробки (включаючи і на скринінгові, доклінічні та клінічні дослідження супутніх проліків), витрати після реєстрації (дозволу) ЛЗ на організацію його виробництва, створення запасів сировини та перших серій нового ЛЗ, просування на ринок, а також втрачена вигода інвесторів за рахунок знецінення вкладених коштів у часі та бажаний прибуток інвесторів. Розрахунки іноземних авторів показують, що прямі

витрати невеликих фірм при створенні прогнозованого ЛЗ становлять від 300–400 до 800 млн. дол. При цьому ряд авторів аргументують суми витрат в межах навіть всього від 60 до 400 млн. дол. Наявні розрахунки російських авторів на основі методики FTE (fuit-time employee) обґрунтовують вартість розробки інноваційного ЛЗ в межах 10–50 до 20–200 млн. дол. США. На жаль в Україні практично відсутні доступні результати щодо економічних досліджень обсягів фінансування й результативності використання грошових коштів на розробку нових ЛЗ та ефективності таких проектів. Виявлено лише поодинокі спроби маркетингового та економічного аналізу при визначені сум необхідних інвестицій, прогнозування варіантів обсягів продажу, прибутковості, протікання фінансових потоків та визначення термінів повернення фінансових вкладень.

В той же час, не зважаючи на наявність і відомі характеристики уже створеної субстанції та клінічного використання її у якості ЛЗ, розробку генеричного (відтвореного) ЛЗ або біосиміляру також необхідно здійснювати як зовсім нових ліків, тому що використовуються інші наповнювачі та активна субстанція іншого виробника. Створювані такі ліки повинні мати характеристики фармацевтичної, біологічної та терапевтичної еквівалентності з першим оригінальним ЛЗ. Все це вимагає значних фінансових інвестицій і терміну часового (однак значно менших, ніж для оригінальних ЛЗ).

Дуже низькі обсяги продаж нового, навіть генеричного, модифікованого або комбінованого препарату в Україні, особливо в перші роки виведення його на ринок, виступають основою високого ступеня ризикованості інвестиційної діяльності в фармації. Наші дослідження показують не повноту попереднього аналізу проектів, консерватизм менеджменту компаній, не зовсім ефективне управління на більшості етапів пошуку, дослідження, фінансування, постановки на виробництво та виведення на ринок нових ЛЗ. Все це посилює ступінь ризиків і значно подовжує терміни повернення інвестиційних вкладень в розробку нових ліків. Загрозливою з фінансової інвестиційної точки зору ситуація стає при створенні інноваційних оригінальних ЛЗ.

Обов’язкова наявність часового лагу між моментом початку інвестування

R&D досліджень у фармації та моментом, коли проект починає приносити прибуток, виступає ключовим фактором в оцінці інвестиційного проекту розробки нового ЛЗ, що потребує максимально об'єктивного обґрунтування соціальної, медичної та комерційної доцільності і привабливості інвестиційних вкладень. Серед економічних та ринкових показників необхідно виділяти рентабельність, обсяги продажу, податкове навантаження та пільги, особливості податкового, фінансового та адміністративного контролю, відкритості інформації для інвесторів за протіканням грошових потоків в період активного включення та використання інвестицій, періоду «мертвого» часу, періоду одержання дозволу на маркетинг, виходу на ринок, обсяги перших продаж та темпів зростання продаж нового ЛЗ. Вартість коштів та їх оцінка в часі (дисконтування) виступає суттєвою складовою при залученні фінансів. Капіталізація та амортизація фінансових вкладень за довгий період вимагає детального аналізу проектів, прогнозування можливих, включаючи песимістичні, обсягів продажу та прибутковість. При визначенні вигідності фінансування проекту застосовують різні економічні методи та показники, серед яких чиста приведена вартість (NPV) та внутрішня ставка дохідності проекту (IRR) як оцінка величини грошових потоків та окупності проекту. Позитивне (більше нуля) значення NPV означає, що проект буде прибутковим, але при значенні NPV < 100 має значні ризики. Для окремих груп ЛЗ значення NPV сягає 300, 500 і навіть більше 1000, що підтверджує значну або високу прибутковість таких розробок.

Нами проводиться маркетинговий й економічний аналіз вартості розробки окремих генеричних та інноваційних ЛЗ та терміни виконання таких робіт. Аналізується вартість окремих етапів та стадій розробок з урахуванням видів фармакологічної активності, визначаються інвестиційні вкладення, фінансові потоки доходів з урахуванням реальних продаж таких препаратів.

Висновки. Підвищення ризиків, стрімке збільшення вартості та тривалості розробок нових соціально значущих ЛЗ змушує до відкритості для суспільства і стейкхолдерських груп доцільності витрат на R&D дослідження та постійного пошуку їх економії на основі наукового обґрунтування проектів.

СОЦІАЛЬНІ ТЕНДЕНЦІЇ МАРКЕТИНГУ У ФАРМАЦІЇ

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТА ЛЕКАРСТВЕННЫХ ПРЕПАРАТОВ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ КИСЛОТОЗАВИСИМЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Волкова А.В., Гундогдиев Э.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

socpharm@nuph.edu.ua

В условиях высокой конкуренции на фармацевтическом рынке, когда усилия производителей все больше направлены на создание новых конкурентных преимуществ и усиление своих рыночных позиций, актуальным является проведение систематического маркетингового анализа тенденций развития перспективных рыночных сегментов и особенностей формирования ассортимента лекарственных препаратов (ЛП) в этих сегментах.

Целью нашей работы стало проведение анализа ассортимента ЛП для лечения кислотозависимых заболеваний, которые представлены на рынке Украины. При анализе использованы методы сравнительного и маркетингового анализа, а также данные аналитических компаний и Государственного реестра лекарственных средств.

По данным мировых аналитических компаний рынок ЛП для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта сегодня относится к группе перспективных в фармацевтическом секторе, поскольку демонстрирует ежегодное увеличение своей емкости в среднем на 3 % и особенно возрастают объёмы продаж препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний, синдрома раздраженного кишечника и воспалительных заболеваний кишечника.

По результатам анализа Государственного реестра ЛП Украины установлено, что группа препаратов для лечения заболеваний желудочно-кишечного тракта представлена средствами из 10 подгрупп. Препараты для лечения кислотозависимых заболеваний наиболее многочисленные среди этих групп – 218 торговых наименований ЛП. Анализ структуры ассортимента группы А02 «Препараты для лечения кислотозависимых заболеваний»

показывает, что на рынке Украины представлены препараты из 25 стран мира: преобладают ЛП производства Индии (66 препаратов), Словении (14 препаратов), Германии (13 препаратов), Испании (11 препаратов), а препараты производства Украины составляют лишь 21,5% сегмента. Необходимо отметить, что препараты украинского производства представлены 11 ЛП из растительного лекарственного сырья, что составляет почти 5% всей группы.

По результатам анализа форм выпуска ЛП для лечения кислотазависимых заболеваний установлено, что производятся препараты в 10 лекарственных формах, распространенными среди которых являются таблетки, капсулы, пероральные суспензии, растворы для инъекций, что объясняется спецификой заболеваний, для лечения которых они применяются.

Также по результатам анализа Реестра установлено, что в 2017 г. заканчивается срок действия регистрационных свидетельств у 10 % препаратов для лечения кислотозависимых заболеваний, среди которых 10 ЛП производства индийских компаний, 5 ЛП украинского производства, по 2 ЛП производства Словении, Германии и Великобритании. По международному непатентованному названию данные препараты относятся преимущественно к группе противоязвенных средств – омепразол и его комбинации, рабепразол, пантопразол и эзоменпразол.

Таким образом, при проведении маркетингового анализа рынка ЛП для лечения кислотозависимых заболеваний установлено, что данный сегмент является перспективным для расширения ассортимента препаратов украинского производства и развития производства ЛП на основе лекарственного растительного сырья.

АНАЛІЗ АСОРТИМЕНТУ ТА СТРУКТУРИ СПОЖИВАННЯ ЗАСПОКІЙЛИВИХ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Горошко О. М., Паламар А. О., Богдан Н. С., Горошко Н. А., Лагодин М. В.
Вищий державний навчальний заклад України
«Буковинський державний медичний університет», м. Чернівці, Україна
pal.alina26@mail.ru

Провідні психологи стверджують, що дві третини населення промислово-розвинутих країн помирають від стресів. Довгі фізичні та психологічні навантаження, які перевищують норми, призводять до порушення функціонування окремих органів та до серйозних хвороб. Такі «хвороби століття» як інфаркт, гіпертонія, інсульт, виразкова хвороба та інші є кінцевим результатом після стресових порушень у нервовій діяльності. Окрім цього, стреси впливають на поведінку людини, її працездатність, здоров'я, взаємовідносини з оточуючими і у родині. Зважаючи на це постійно доводиться користуватися різними медикаментозними засобами, в тому числі і заспокійливими.

Мета роботи – здійснити огляд найбільш ефективних і доступних за вартістю заспокійливих препаратів з подібною дією, але різного складу.

Заспокійливі препарати у порівнянні з транквілізаторами, які більш часто застосовуються в психіатрії мають менш виражений ефект. Разом з тим, перевага седативних препаратів полягає в їх м'якому впливі на організм і мінімальному спектрі побічних дій, що виникають. Особливо, якщо мова йде про препарати природного походження, то побічні реакції при їх прийомі розвиваються вкрай рідко і, як правило, носять оборотний характер.

При важких формах нервових розладів застосовують засоби, що володіють більш вираженим ефектом. До таких препаратів належать солі літію, магнію, транквілізатори, нейролептики та інші препарати, які використовують для лікування психозів різної етіології, депресій, неврозів та інших форм розладів. Такі препарати призначаються тільки лікарем. Однак, більшість

людей, які стикаються з проблемою підвищеної дратівливості і нервового перезбудження, соромляться звернутися за медичною допомогою і воліють самостійно купувати заспокійливі таблетки.

Зважаючи на вищесказане було здійснено аналіз асортименту та структури споживання заспокійливих лікарських засобів представлених на вітчизняному фармацевтичному ринку. Аналізуючи стан фармринку України седативних препаратів за походженням, встановлено, що синтетичні препарати займають 22,33 % ринку, препарати рослинного походження – 77,67 %, тому для аналізу ми обрали седативні засоби рослинного походження.

Опитування проведено серед експертів-провізорів м. Чернівці (10 аптек), у результаті якого виділено препарати 3 категорій – високого, стабільного і низького попиту. До препаратів високого попиту відносяться седативні засоби: валокордин, седавіт, ново-пассит, фітосед; до стабільного попиту – корвалол, екстракт валеріани, настоянка кропиви собачої, настоянка півонії; препарати низького попиту – дорміплант, гербіон, заспокійливі краплі, збори заспокійливі.

Седативні лікарські засоби на ринку представлені у твердій лікарській формі (таблетки, капсули, гранули), рідкій (настоянка, краплі, екстракти рідкі, мікстури), а також у вигляді зборів лікарської рослинної сировини у пачці та індивідуальних фільтр-пакетах. Серед представлених лікарських форм у попиті переважають тверді форми (54 %), мікстури займають – 26 %, настойки – 18 %, низькою часткою характеризуються такі форми, як екстракт рідкий та ЛРС (2 %). Разом з тим, екстемпорально приготовлені заспокійливі лікарські засоби на рівні із готовими препаратами користуються чималим попитом, що пояснюється не тільки психологічним фактором (індивідуально приготовлені ліки), а й не менш важливою ціновою політикою.

Отже, необхідно пам’ятати, що підвищена дратівливість або нервовий зрив можуть бути симптомом серйозного психічного порушення, тяжкої хвороби внутрішніх органів або гормонального збою, діагностувати які може тільки лікар. Тому найбільш ефективним заспокійливим засобом є такий, що призначив лікар.

АНАЛИЗ АССОРТИМЕНТНОЙ СТРУКТУРЫ ВАКЦИН, ПРЕДСТАВЛЕННЫХ НА РЫНКЕ УКРАИНЫ

Кононенко О. В., Пастухова А. А., Хаббари Маруан
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
socpharm@nuph.edu.ua

На сегодняшний день вакцинопрофилактика занимает ключевое место в борьбе с инфекционными заболеваниями, о чем свидетельствует многолетний опыт ее проведения во многих странах мира. Важную роль в снижении инфекционной заболеваемости играет рационально составленная схема вакцинопрофилактики для конкретного региона и обеспеченность данного региона необходимыми лекарственными средствами.

Учитывая вышесказанное, целью нашего исследования стал анализ ассортимента рынка зарегистрированных вакцин в Украине.

Согласно АТС-классификации, вакцины относятся к группе J – противомикробные средства для системного применения, подгруппе второго уровня J07 – вакцины.

По результатам анализа Государственного реестра лекарственных средств Украины, установлено, что состоянием на 01.04.2017 г. в Украине зарегистрировано 59 торговых названий (ТН) вакцин.

Исследование отечественного рынка вакцин по странам-производителям показало, что 51 ТН данного сегмента рынка импортируется в Украину из 16 стран мира. Результаты анализа ассортиментной структуры вакцин зарубежного производства свидетельствуют о том, что лидирующее место, а именно 17 ТН (29% от общего количества вакцин), занимают вакцины бельгийского производства. Франция поставляет на фармацевтический рынок Украины 11 ТН (19% от общего количества). Индийскими предприятиями зарегистрировано 4 ТН, что составляет 7% сегмента. Швейцария и Корея поставляют в Украину по 3 ТН, Дания и США – по 2 ТН, что составляет по 5 и 3% от общего количества вакцин соответственно. Наименьшее количество

вакцин (по 1 ТН) зарегистрированы такими странами, как Нидерланды, Великобритания, Австрия, Италия, Польша, Словакия, Болгария, Китай и Канада (рис).

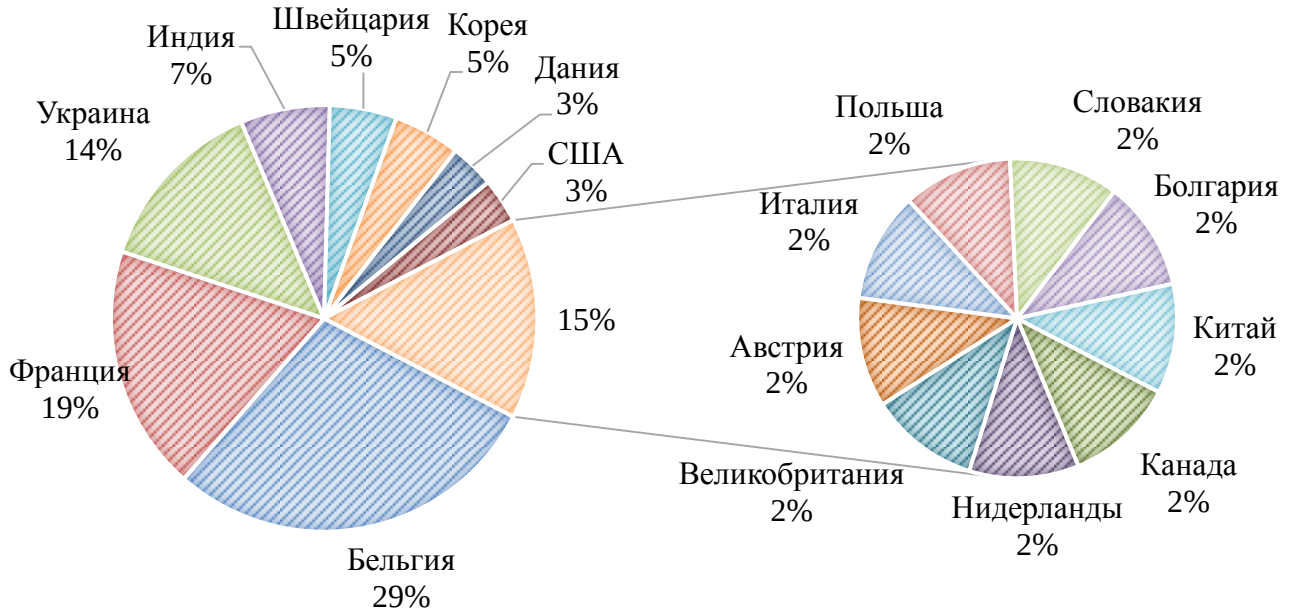


Рис. Соотношение зарегистрированных в Украине вакцин по странам-производителям.

Отечественными производителями зарегистрировано всего лишь 8 вакцин, что составляет 14% от общего количества. Первое место среди отечественных предприятий занимает ПАТ «Фармастандарт-Биолек», которое выпускает 5 вакцин, что составляет 62,5% от общего количества зарегистрированных вакцин отечественного производства.

Проведенный анализ ассортимента вакцин свидетельствует о том, что данный сегмент сформирован преимущественно вакцинами зарубежного производства. Таким образом, можно сделать вывод в необходимости расширения ассортимента вакцин украинского производства в связи с проблемой доступности данной группы лекарственных средств.

ИССЛЕДОВАНИЕ ОСОБЕННОСТЕЙ РЫНКА ЛЕЧЕБНОЙ КОСМЕТИКИ В УКРАИНЕ

Котлярова В. Г., Чечетка Е. В.
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
vgkotlarova@i.ua

Лечебная косметика находит все большее применение при решении проблем с кожей. Для удовлетворения потребностей потребителей в ней, необходимо разработать стратегию ее продвижения на рынок. Необходимым условием для ее разработки является изучение особенностей национального рынка лечебной косметики.

Целью работы является исследование особенностей рынка лечебной косметики в Украине.

В исследовании использовались методы экспертных оценок.

Проведенные исследования позволили определить главные черты, присущие рынку лечебной косметики в Украине:

- с развитием интеграционных процессов рынок лечебной косметики все сильнее чувствует влияние тенденций мирового рынка;

- в краткосрочной перспективе на состояние рынка лечебной косметики значительное влияние имеют внешние факторы: уровень доходов населения, рост цен, курсы иностранных валют, ставки по кредитам и депозитам;

- в последние пять лет рынок лечебной косметики в Украине сужается, но при этом остается очень перспективной нишей для отечественных производителей;

- рынок лечебной косметики характеризуется активным развитием инновационных процессов; ассортимент лечебной косметики, представленной на отечественном рынке, продолжает расширяться;

- отечественный рынок лечебных косметических средств в значительной степени пересекается с рынком косметических средств; сегодня в украинских аптеках продается косметика свыше 300 производителей;

- на рынке лечебной косметики в Украине доминирует в стоимостном выражении продукция зарубежных производителей (к 70% рынку); в натуральном выражении - продукция украинских производителей (к 60% рынку);

- стоимость отечественной лечебной косметики в 3,5-4 раза ниже импортной;

- максимальные объемы продаж наблюдаются за группой лечебной косметики «Средства по уходу кожей лица» и «Средства по уходу за волосами»;

- наблюдается четко выраженная тенденция относительно снижения среднего возраста потребителей лечебной косметики;

- основными потребителями лечебной косметики в Украине являются женщины, но имеет место стойкая тенденция относительно увеличения спроса на косметику для мужчин, мобильную лечебную косметику (то есть удобную для использования в командировках, путешествиях, отпусках);

- среди товарных групп, представленных в аптечных заведениях, лечебная косметика традиционно занимает 2 - 3 место по уровню доходности;

- в аптечных заведениях недостаточно используются современные технологии позиционирования лечебных косметических средств; надлежащий уровень предоставления консультационных и диагностических услуг относительно этой продукции;

- не уделяется достаточного внимания проблеме учебы и переподготовки провизоров по вопросам эффективного продвижения и реализации лечебной косметики;

- нуждается серьезного усовершенствования нормативно-правовое регулирование обращения лечебной косметики в Украине.

Таким образом, рынок лечебной косметики в Украине уже сформировался и имеет ряд особенностей, которые необходимо учитывать при разработке стратегии продвижения ее на рынок.

МАРКЕТИНГОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОГО РИНКУ У СІЛЬСЬКІЙ МІСЦЕВОСТІ

Кубарєва І. В., Демянік К. О.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

На сьогодні, ефективне функціонування системи постачання лікарських засобів (ЛЗ) та виробів медичного призначення (ВМП) сільському населенню залежить від багатьох факторів, а саме наявності вітчизняного виробництва основних груп фармацевтичних продуктів або їх імпорту, соціально-економічних факторів розвитку країни тощо. Разом з тим, за думкою фахівців, однією з найгостріших сучасних проблем в Україні є імпортозалежність вітчизняного фармацевтичного ринку.

З огляду на вищезазначене, **метою** нашого дослідження стало проведення маркетингового аналізу ринку ЛЗ з подальшим аналізом показників споживання ЛЗ населенням у сільській місцевості.

Під час дослідження нами було виконано пошук, аналіз, узагальнення та систематизація річних звітів обсягів продажу ЛЗ 12 аптечних закладів Черкаського регіону за період січень 2016 р. – люти й 2017 р., а також вивчено дані електронної бази Державного реєстру ЛЗ.

У ході маркетингових досліджень нами проаналізовано структуру асортименту ЛЗ за досліджуваний період відповідно до виробників й встановлено, що 68,74% асортименту ЛЗ, що споживаються населенням у сільській місцевості, формують імпортні ЛЗ, відповідно 31,26% складає частка вітчизняних ЛЗ. Таким чином, ознаки іпмортозалежності спостерігаються у системі фармацевтичного забезпечення у сільській місцевості відповідно до загальноукраїнських тенденцій (рис. 1.)

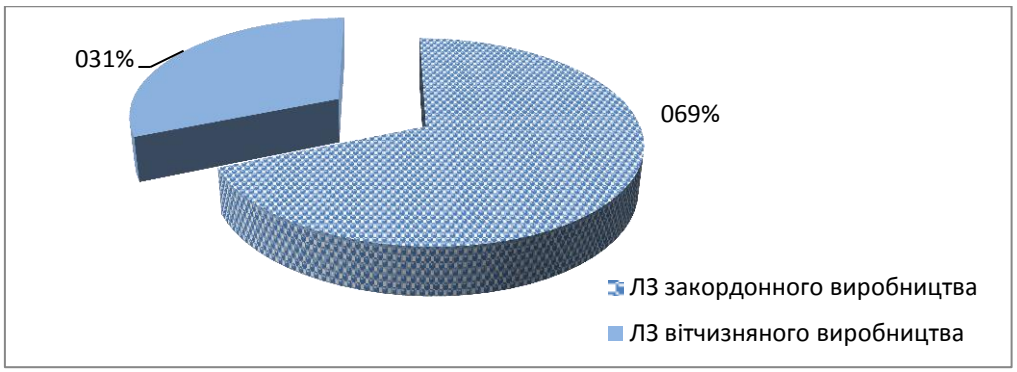


Рис.1. Розподіл вітчизняних та закордонних ЛЗ в аптечній мережі сільської місцевості за 2016-2017 рр. (%)

Серед основних країн-виробників, переважну більшість ЛЗ у сільській місцевості представлено такими країнами-виробниками, як Угорщина (27,50%), Україна (31,26%), Індія (9,10%), Німеччина (6,21%).

За результатами структурного аналізу показників споживання ЛЗ встановлено, що лідерами є препарати 10 фармакотерапевтичних груп, серед яких провідні позиції займають підгрупи N02BA01 – Ацетилсаліцилова кислота (8,35%) та A11DB – Вітамін В1 в комбінації з вітаміном В6 та/або В12 (7,52%), що складають найбільшу частку від абсолютної кількості спожитих населенням ЛЗ у сільській місцевості. Найменшу частку серед фармакотерапевтичних груп – лідерів за споживанням на фармацевтичному ринку сільської місцевості, складали ЛЗ групи N01BB02 – Лідокаїн (2,96%) та B03BA01 – Ціанокобаламін (1,94%).

Таким чином, узагальнюючи результати аналізу, перспективним напрямком подальших досліджень вважаємо систематичне здійснення моніторингу показників ринку ЛЗ, зокрема у сільській місцевості, що дозволить визначати ефективність та доступність ЛЗ вказаній категорії населення, а також вектор впливу держави у рамках реалізації соціальної політики.

СЕГМЕНТАЦИЯ ПОТРЕБИТЕЛЕЙ ГЕПАТОТРОПНЫХ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ НА ОСНОВЕ АНКЕТНОГО ОПРОСА

Малый В.В., Муса Истанис Марвек Мехдат
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
malyi.vladimir@gmail.com

Сегментация потребителей представляет собой процесс разделения потребителей на однородные группы (сегменты), в рамках которых потребители имеют схожие потребности, которые можно удовлетворить при помощи определенного комплекса маркетинга. Результаты сегментации имеют важное практическое значение с точки зрения ориентации инструментов маркетинговой деятельности на требования конкретных рыночных сегментов и активное воздействие на группы потребителей.

Целью исследования является сегментация потребителей гепатотропных лекарственных средств (ЛС) (гепатопротекторов) и изучение их предпочтений.

Нами проведен анкетный опрос посетителей аптек г. Харьков, которые приобретали гепатопротекторы или получали консультацию в аптеке о ЛС данной группы. При сегментации потребителей использованы демографические, социально-экономические и мотивационные (поведенческие) критерии.

В ходе исследования выявлено, что покупателями гепатопротекторов в аптеках практически в равной степени являются как женщины, так и мужчины. (52,5% и 47,5% респондентов соответственно). Наиболее значительными по объему являются группы потребителей в возрасте 51–60 лет (21,1%), 41–50 лет (19,2%), 31–40 лет (18,6%) и старше 60 лет (18,5%). По роду занятий значительными являются сегменты рабочих (26,9%), пенсионеров (21,9%) и служащих (21,4%). Наибольшая часть респондентов оценила свой уровень доходов, как средний (46,9%); 16,85% – считают свой уровень доходов низким, 1,26% – высоким. 45,9% респондентов не имеют определенных диагностированных заболеваний печени, принимая гепатопротекторы в качестве профилактики (в том числе для защиты печени при приеме других ЛС – 51,3%,

для защиты печени при приеме алкоголя – 23,5%, для защиты печени от вредного воздействия окружающей среды – 25,2%). 54,1% респондентов принимают гепатопротекторы с целью лечения определенного заболевания, в том числе при лекарственных поражениях печени (34,5%), токсических нелекарственных поражениях печени (29,3%), остром или хроническом вирусном гепатите (10,3%), острой или хронической печеночной недостаточности (8,6%), алкогольной болезни печени (7,8%), жировой болезни печени (5,2%), других заболеваниях (4,3%). Из числа других заболеваний и состояний респонденты указали дерматит, холецистит, паразит в печени, беременность. Анализ условий приема гепатопротекторов показал, что по назначению врача их принимают 48,4% респондентов, по рекомендации провизора – 21,7% и в порядке самолечения – 29,9%. Среди респондентов, занимающихся самолечением, преобладает прием гепатопротекторов с профилактической целью. Для самолечения респонденты чаще всего используют гепатопротекторы растительного происхождения, считая их более БЕЗОПАСТНЫМИ (28,5% респондентов). Намного реже для самолечения используют гепатопротекторы синтетического происхождения (13,9%), средства народной медицины (10,1%), гомеопатические ЛС (7,6%) и биодобавки к пище (6,3%). 6,3% опрошенных принимают гепатопротекторы постоянно или почти постоянно, 32,4% – несколько раз в год, 19,0% – несколько раз в год, 42,3% – реже 1 раза в год (некоторые – впервые). В 97,4% случаев лечение гепатопротекторами оплачивают сами потребители (или члены их семьи). В единичных случаях это лечение оплачивается из других источников: государство, страховая компания, больничная касса или компания работодатель. 96,8% респондентов не имеют возможности льготного (или бесплатного) приобретения гепатопротекторов.

Таким образом, выявлены однородные группы потребителей в зависимости от целей, условий и частоты приема гепатопротекторов, этиологических факторов. В дальнейшем целесообразно изучить факторы, влияющие на выбор гепатопротекторов, мотивы потребительского поведения ипредпочтения отдельных сегментов потребителей.

ОЦІНКА ЕФЕКТИВНОСТІ ПРОСУВАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНИХ БРЕНДІВ В СОЦІАЛЬНІЙ МЕРЕЖІ FACEBOOK

Ольховська А. Б.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
angelika.olkhovskaya@gmail.com

Вступ. За останні роки зросло значення соціальних медіа, зокрема соціальних мереж у просуванні брендів, у тому числі й фармацевтичних. У зв'язку з цим, суттєвої актуальності набуває питання оцінки доцільності та ефективності застосування даного інструменту маркетингових комунікацій у комерційних цілях суб'єктів фармацевтичного ринку. Важливого значення набуває питання оцінки ефективності просування фармацевтичних брендів та лікарських засобів через Social Media канали.

Метою роботи є структурування ключових показників ефективності (KPI) та маркетингова оцінка ефективності просування фармацевтичних брендів суб'єктами фармацевтичного ринку в соціальних мережах.

Методи дослідження. Теоретичним підґрунтям дослідження були джерела наукової літератури зарубіжних та вітчизняних авторів, Інтернет-ресурси офіційних дослідницьких компаній щодо питання маркетингової оцінки ефективності просування брендів в соціальних медіа. У процесі дослідження використано методи системного аналізу, контент-аналізу, кореляційного аналізу, групування, логічного узагальнення та ін.

Основний матеріал дослідження. У сучасних реаліях стрімкого розвитку digital-технологій суб'єкти фармацевтичного ринку мають можливість застосовувати у своїй практичній діяльності інноваційні інструменти маркетингових комунікацій з метою просування лікарських засобів та своїх брендів на ринку. Одним із затребуваних інструментів просування в digital-середовищі є Social Media Marketing. Основними інструментами просування в Social Media є соціальні мережі, тематичні блоги та форуми, Інтернет-співтовариства, фото- та відеохостинги. Нами були опрацьовані зарубіжні та

вітчизняні джерела наукової літератури і виявлено проблему, яка полягає у відсутності єдиного методичного підходу до оцінки економічної та маркетингової ефективності застосування соціальних медіа. На підставі проведеного аналізу нами запропоновано структурувати ключові показники ефективності (KPI) просування фармацевтичних брендів в соціальних медіа на чотири групи: показники залучення Інтернет-аудиторії, кількісні, поведінкові та іміджеві показники. Ефективність просування фармацевтичних брендів в соціальних медіа важливо визначати для вибору конкретних інструментів маркетингових комунікацій, які доцільно використовувати; корегування рекламної та PR-кампаній; оцінки повернення вкладених коштів в інноваційні інструменти маркетингових комунікацій у порівнянні з традиційними маркетинговими інструментами. Джерелом інформації можуть бути дані моніторингу, статистика Інтернет-спільноти і блогів, дані веб-аналітики і т.п. Кількість якісних та кількісних показників для оцінки ефективності просування брендів в соціальних медіа кожен суб'єкт фармацевтичного ринку зможе обирати самостійно з урахуванням поставлених цілей та завдань.

На наступному етапі нами проведено маркетингову оцінку ефективності просування фармацевтичних брендів суб'єктами ринку в соціальних медіа на прикладі досліджуваної аптечної мережі України.

З метою формування стратегії розширення бренда аптечної мережі та зміцнення позицій на ринку, залучення клієнтів, стимулювання продажів окремих товарів на власній сторінці в соціальній мережі Facebook було розміщено інформацію про акційну пропозицію фармацевтичної продукції. Нами запропоновано в якості критерію оцінки маркетингової комунікативної діяльності досліджуваної аптечної мережі в соціальній мережі Facebook використовувати метод кореляційного аналізу, який дозволяє визначити ступінь тісноти статистичного зв'язку між двома метричними змінними. З цією метою було обрано коефіцієнт парної кореляції Пірсона, для розрахунку якого використано показники кількості Інтернет-користувачів, які перейшли на сайт аптечної мережі із соціальної мережі та зробили Інтернет-замовлення акційного

товару і обсяги реалізації акційного товару, придбаного Інтернет-користувачами. Отриманий результат коефіцієнта кореляції Пірсона становить *r* =1. Це свідчить, що обсяги реалізації товару залежать від кількості Інтернет-користувачів, які перейшли на сайт аптечної мережі із соціальних медіа та зробили Інтернет-замовлення акційного товару. Крім того, позитивний знак *r* вказує на прямий (прямопропорційний) зв'язок між ознаками, тобто чим вища активність Інтернет-користувачів в соціальній мережі, тим більше обсяги реалізації товару, і навпаки. Отже, можна зробити припущення, що розміщення інформації про маркетингову акцію в соціальній мережі Facebook виявилося доцільним та прибутковим для досліджуваної аптечної мережі.

Висновки. Суб'єктам фармацевтичного ринку можна порекомендувати не нехтувати даним інноваційним інструментом маркетингових комунікацій у просуванні товару та своїх брендів. Обґрунтований вибір Social Media каналів дозволить фармацевтичним брендам підвищити лояльність клієнтів, встановити ефективний зворотній зв'язок з Інтернет-користувачами та покращити свою сервісну політику, виділитися серед конкурентів, аналізувати популярність тих чи інших постів та враховувати дану інформацію у подальшій роботі, збільшити обсяги продажів. Окрім того Social Media Marketing допомагає підвищити ефективність просування товару та суттєво знизити вартість контакту.

Література

1. Грищенко О. Ф. Соціальний медіа маркетинг як інструмент просування продукту підприємства / О. Ф. Грищенко, А.Д. Нєшева // Маркетинг і менеджмент інновацій. – 2013. – №4. – С. 86 – 98. – [електронний ресурс]. Режим доступу: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Mimi_2013_4_10.

2. Душкина М.Р. PR и продвижение в маркетинге: коммуникации и воздействие, технологии и психология: учебн. пособ. – СПб : Питер, 2010. – 560 с.

3. Малий В.В. Маркетинговий аналіз активності стейкхолдерів фармацевтичного ринку в соціальних мережах / В.В. Малий, А.Б. Ольховська //

Матеріали наукового симпозіуму у рамках VIII Нац. з'їзду фармацевтів України «Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи» (м. Харків, 15-16 вересня 2016 р.). – Х. : НФаУ, 2016. – С. 167 – 168.

4. Маркетинг в социальных медиа. Интернет-маркетинговые коммуникации : учебн. пособ.; под ред. Л. А. Данченок. – СПб. : Питер, 2013. – 288 с.

5. Ольховська А. Б. Методики маркетингової оцінки ефективності та активності стейкхолдерів фармацевтичного ринку в соціальних медіа: наук.-метод. рек. / А. Б. Ольховська, В. В. Малий. – Х. : НФаУ, 2016. – 24 с.

6. Olkhovska A.B. Marketing communication and digital technology innovative instruments in promoting pharmaceutical brands in Ukraine and their efficiency estimation / A.B. Olkhovska // The Pharma Innovation Journal. – 2016. – №. 5(9). – С. 38–43.

7. Ольховська А.Б. Практичне застосування інноваційних інструментів просування фармацевтичних брендів в Україні // International Scientific-Practical Conference Economic Innovative potential of socio-economic systems: the challenges of the global world: Conference Proceedings, Part II (June 30, 2016, Lisbon). – Lisbon: Baltija Publishing, 2016. – С. 56–59.

8. Ольховська А. Б. Систематизація інноваційних інструментів маркетингових комунікацій у просуванні лікарських засобів: наук.-метод. рек. / А. Б. Ольховська, В. В. Малий. – Х. : НФаУ, 2016. – 32 с.

9. Шелепко С. Фармацевтическая отрасль в социальных сетях: быть или не быть? / С. Шелепко // Еженедельник Аптека. – 2014. – № 952 (31). – [электронный ресурс]. Режим доступа: // http://www.apteka.ua/article/302346.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНОЗНАЧУЩИХ ЗАХВОРЮВАНЬ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ Й НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ

НАДАННЯ ПАЛІАТИВНОЇ ДОПОМОГИ ОНКОХВОРИМ ДІТЯМ В УКРАЇНІ: ЕТИКО-ПРАВОВІ АСПЕКТИ

Гаврилюк А. О., Жарлінська Р. Г., Верлан-Кульшенко О. О.
Вінницький національний медичний університет імені М. І. Пирогова,
м. Вінниця, Україна
patanatomy@vnmu.edu.ua

Вступ. Щороку кількість онкологічно хворих дітей невпинно зростає. Щороку 15 – 20 дітей Вінниччини гине від даної патології. Проблема онкологічних захворювань серед дітей в Україні стоїть дуже гостро. За даними Центру медичної статистики МОЗ в Україні щороку виявляють рак у близько тисячі дітей віком до 17 років. Незважаючи на зроблені кроки на шляху до модернізації системи охорони здоров'я, паліативна допомога в Україні залишається невирішеним до кінця питанням.

Мета. Метою дослідження є розкриття змісту основних етико – правових аспектів, що стосуються системи надання паліативної допомоги онкохворим дітям в Україні, визначення проблем, з якими стикаються такі діти та їх сім'ї, та шляхів їх вирішення.

Методики дослідження. В процесі дослідження використано загальнотеоретичні методи: аналіз і синтез, абстрагування, узагальнення, аналогію, бібліографічний, порівняльно-правовий та системного підходу.

Основний матеріал дослідження. Паліативна допомога спрямована на запобігання та полегшення страждань, поліпшення якості життя для пацієнтів з невиліковними хворобами і членів їх родин. На жаль, онкологічні захворювання впливають не тільки на фізичне здоров'я дитини. Постановка даного діагнозу в першу чергу призводить до змін в емоційній сфері, поведінці, сприйняті дитиною оточуючих, що може цілком змінити особистість дитини. Більшість дітей сприймають дану патологію як вирок і не спроможні об'єктивно оцінювати не тільки свій фізичний, але й психологічний стан. Усвідомлення даного діагнозу провокує розвиток важкої депресії. Інша проблема стосується ставлення соціуму до

онкохворих. Засвоєння даною групою дітей соціального досвіду, їх включення до існуючої системи суспільних відносин вимагає від суспільства певних додаткових заходів, засобів та зусиль. Але розробка цих заходів повинна базуватися на знанні закономірностей, завдань та сутності процесу соціалізації. Наразі залишаються невирішеними саме соціальні проблеми: недостатність форм соціальної підтримки, недоступність повномірного лікування та реабілітації, освіти та культури, побутового обслуговування, відсутність належного архітектурного середовища. Не дивлячись на гостру потребу, в Україні не існує системи професійної соціально-педагогічної допомоги такій категорії дітей. Допомога надається переважно волонтерами неурядових організацій.

Здійснення паліативної допомоги дітям передбачає обов'язкове врахування фізичних проблем хворої дитини перш за все на основі дотримання принципу полегшення фізичного і психологічного страждання дитини. Інкурабельні онкохворі діти в першу чергу мають потребу в ефективному знеболенні, але, наприклад, в державному бюджеті 2016 року кошти покривали тільки 6% від необхідного. Хронічний біль у пацієнтів з раком, як правило, безперервний і, якщо це так, має підтримуватись терапевтичний рівень анальгетиків у плазмі, шляхом регулярного застосування лікарських засобів відповідно до їх фармакокінетичного та фармакодинамічного профілю. В цілому у медичній спільноті України існує інформація про використання вищезазначених принципів та методології знеболювання згідно зі схемою "сходинок ВООЗ" в паліативній онкології України. Разом з тим, достатнє та адекватне ступеню болю знеболення в клінічній практиці України в багатьох випадках не досягається у зв'язку з відсутністю необхідних лікарських засобів, особливо з класу опіоїдних анальгетиків та обмеженнями в дозуванні найбільш поширеного опіоїдного анальгетика – морфіну гідрохлориду.

Найбільш доцільним є надання відповідної допомоги в умовах хоспісу чи дитячого паліативного відділення, але наразі в Україні функціонує тільки один дитячий хоспіс. Тому надання паліативної допомоги дітям здійснюється закладами охорони здоров'я різних форм підпорядкування та власності, але законом не передбачено надання такої довготривалої допомоги в умовах стаціонару. На

сьогоднішній день відсутність законодавчого підґрунтя змушує виписувати таких пацієнтів додому, де зазвичай, відсутні умови для забезпечення життєдіяльності хворої дитини.

Надання паліативної допомоги лікарями-педіатрами, педіатрами-неонатологами, лікарями загальної практики/сімейної медицини, дитячими хірургами, анестезіологами-реаніматологами, онкологами, гематологами, неврологами, лікарями з лікувальної фізкультури, реабілітологами не завжди є виправданою в існуючих умовах. Наразі залишається відкритим питання про відсутність компетентних кадрів саме з надання паліативної допомоги.

Висновки та перспективи подальших досліджень. Таким чином, система організації паліативної допомоги в Україні потребує подальшого розвитку та вирішення нагальних проблем з приводу модернізації структури надання висококваліфікованої допомоги, створення паліативних дитячих відділень та хоспісів, що, в свою чергу, вимагає додаткового фінансування. Крім того, потребує доповнення і приведення у відповідність до вимог міжнародних стандартів вітчизняна нормативано-правова база, що врегульовує відносини в сфері паліативної допомоги. Через відсутність в Україні нормативно-правової бази стосовно забезпечення невід'ємних особистісних прав невиліковно хворих пацієнтів на отримання необхідної фармакотерапевтичної допомоги десятки тисяч дітей у термінальній стадії онкологічних захворювань помирають вдома, страждаючи від болю, за відсутності необхідного знеболення, професійного догляду, соціальної та психологічної підтримки. З метою поліпшення ситуації вважаємо необхідними подальші дослідження в даному напрямку, що сприятиме у найближчій перспективі прийняттю спеціальних законів та підзаконних нормативних актів МОЗ України, зокрема відповідних стандартів і протоколів, що мають регулювати правовідносини між пацієнтом (його близькими або юридичними представниками) і закладом охорони здоров'я та медичним персоналом і пацієнтом при наданні паліативної допомоги, а також створенню державної системи підготовки медичних і соціальних фахівців, які надають паліативну допомогу.

АВС-АНАЛІЗ ФАРМАКОТЕРАПІЇ ХРОНІЧНОГО ГАСТРОДУОДЕНІТУ В СТАЦІОНАРІ

Герасимова О. О., Овсієнко Є. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
ph-econom@nuph.edu.ua

Вступ. Хронічний гастродуоденіт (ХГД) є одним з найпоширеніших гастроентерологічних захворювань у дітей і дорослих. Захворювання характеризується схильністю до рецидивів, резистентністю до існуючих методів лікування, зниженням якості життя пацієнтів, може призводити до виникнення ускладнень (ризик кровотечі при ерозивному ушкодженні шлунка та дванадцятипалої кишки) і супроводжується значними витратами на діагностику та лікування.

Мета дослідження: проведення АВС-аналізу фармакотерапії ХГД в стаціонарних умовах.

Методики дослідження. З використанням допоміжного клініко-економічного методу – АВС-аналізу проведена оцінка структури витрат на лікарські засоби (ЛЗ), які призначались пацієнтам віком від 18 до 58 років з ХГД в гастроентерологічному відділенні одного з закладів охорони здоров'я м. Харкова. Тривалість дослідження – 2016 рік. Для визначення вартості курсу лікування призначених ЛЗ використовували середньозважену ціну їх упаковки у досліджуваний період в аптечній мережі України.

Основний матеріал дослідження. Ретроспективний аналіз 81 історії хвороби дозволив визначити 25 торгових найменувань (ТН) ЛЗ (16 міжнародних непатентованих назв (МНН)) з 12 фармакологічних груп, що призначались пацієнтам з ХГД. Окрім основного захворювання (ХГД), в історіях хвороби частини пацієнтів були зазначені наступні діагнози: хронічний холецистит, хронічний панкреатит, хронічний гастрит, виразкова хвороба дванадцятипалої кишки, синдром подразненого кишечника.

За результатами АВС-аналізу до групи А увійшли 11 ЛЗ (79,91 % грошових коштів від загальної суми витрат на ЛЗ); до групи В – 7 ЛЗ (15,45 % витрат); до групи С – 7 ЛЗ (4,64 % витрат).

Практичний інтерес викликає найбільш витратна група А. Лідерами за витратами були наступні ТН ЛЗ: блокатор H_2-гістамінових рецепторів «Квамател» («Gedeon Richter», табл. в/о 20 мг № 28), антибактеріальний засіб «Кларитроміцин-Здоров'я» (ТОВ «ФК «Здоров'я», табл. в/о 500 мг №14), розчин електролітів «Реосорбілакт» (ТОВ «Юрія-Фарм», розчин для інфузій, бут. 250 мл), антацид «Рутацид» («КРКА», табл. жув. блістер 500 мг №20), гастропротектор «Де-нол» («Astellas Pharma Europe», табл. в/о 120 мг № 560. Серед них були ЛЗ для лікування як основного (ХГД), так і супутніх захворювань. Більшість – ЛЗ іноземного виробництва. Сукупна сума витрат на лікування пацієнтів з ХГД за допомогою вищезазначених ЛЗ складає 55,54 % від загальної суми витрачених коштів, тобто половину всіх витрат. Значні витрати на їх застосування пов'язані з високою вартістю на курс лікування (від 99,40 грн. до 457,70 грн.), а для ЛЗ «Квамател» та «Де-нол» – і з високою частотою призначень (відповідно, 31 та 27 хворих). Перше місце у АВС-рейтингу займає блокатор H_2-гістамінових рецепторів «Квамател» («Gedeon Richter», табл. в/о 20 мг № 28) – 24,13 % від загальної суми витрат. Слід відмітити, що МНН даного препарату – фамотидин – був лідером за витратами (26,14 %) серед МНН досліджуваних ЛЗ. Найбільш витратні групи ЛЗ – блокатори H_2-гістамінових рецепторів (26,14 % – 2 ТН, 1 МНН), антациди (15,64 % – 4 ТН, 3 МНН), розчини електролітів (14,11 % – 2 ТН, 1 МНН), антибактеріальні засоби (11,65 % – 2 ТН, 2 МНН), інгібітори протонної помпи (8,75 % – 6 ТН, 2 МНН).

Висновок. Результати АВС-аналізу дозволили встановити структуру витрат на фармакотерапію пацієнтів з ХГД в даному закладі охорони здоров'я м. Харкова. В подальшому необхідним є проведення частотного та VEN-аналізів фармакотерапії даних пацієнтів для з'ясування питання щодо доцільності витрачання грошових коштів на призначені ЛЗ.

РЕЗУЛЬТАТЫ ЧАСТОТНОГО АНАЛИЗА НАЗНАЧЕНИЙ ЛЕКАРСТВЕННЫХ СРЕДСТВ БОЛЬНЫМ С ДЕПРЕССИВНЫМИ РАССТРОЙСТВАМИ

Кобец М.Н., Кобец Ю.Н., Филипцова О.В.
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
maya4ok777@yahoo.com

Депрессивные расстройства являются самыми распространенными из всех психических расстройств и имеют социальное значение поскольку относятся к классу болезней, приводящих к потере работоспособности и занимают первое место среди причин отсутствия на работе.

Целью работы является определение основных схем лечения больных с депрессивными расстройствами и определение препаратов-лидеров по частоте назначений для лечения больных с депрессивными расстройствами в ГУ «Институт неврологии, психиатрии и наркологии НАМН Украины» г. Харькова.

Материалы и методы. Частотный анализ назначений лекарственных средств больных с депрессивными расстройствами. Для анализа использованы медицинские карты 94 стационарных больных с данным диагнозом (фрагмент исследования).

Результаты исследования. В ходе исследований установлены препараты-лидеры по частоте назначений (ЧН): амитриптилин (69), доксепин (27), пароксин (34) – антидепрессанты; гидазепам (61) – транквилизатор; карбамазепин (52) – противосудорожное средство; пирацетам (44) – ноотропное средство; эглонил (25), сульпирид (20) – антипсихотики; рибоксин (23), тиотриазолин (17) – средства, влияющее на процессы тканевого обмена.

Выводы. В ходе анализа определены основные направления фармакотерапии больных с депрессиями, которые в целом соответствуют требованиям действующего Унифицированного клинического протокола (Приказ МЗ Украины № 1003 от 25.126.2014 г.). Почти 20% назначений относятся к главному направлению лечения – назначению антидепрессантов и антипсихотиков.

ЧАСТОТНИЙ АНАЛІЗ ПРИЗНАЧЕНЬ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ТЕРАПІЇ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНО-ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ У ДІТЕЙ В ЛІКАРНІ МІСТА БУРИНЬ

Ткачова О. В., Сілаєв А. О., Ільєнко Ю. О.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
ph-econom@nuph.edu.ua

Вступ. Гострі респіраторно-вірусні інфекції (ГРВІ) складають більше 80% всіх інфекційних захворювань у дітей. Основним шляхом передачі вірусної інфекції є повітряно-крапельний. Але, зважаючи на недостатньо розвинутий імунітет та відсутність звички до особистої гігієни, діти до 5 разів частіше хворіють на ГРВІ, ніж дорослі. Тому батькам потрібно слідкувати за дотриманням особистої гігієни дітей, підвищувати їх імунітет, при початкових стадіях захворювання на ГРВІ не займатися самолікуванням, а при перших ознаках звертатися до педіатра, чітко дотримуватися порад та рекомендацій кваліфікованого спеціаліста.

Мета даної роботи визначення частоти та необхідності призначень лікарських засобів (ЛЗ) дітям з ГРВІ, що проходили лікування в лікарні м. Буринь Сумської області протягом 2014-2015 років.

Методики дослідження. Для досягнення поставленої мети в даному дослідженні проаналізовано 120 історій хвороб дітей з основним діагнозом ГРВІ, які проходили лікування в дитячому відділенні центральної районної лікарні (ЦРЛ) м. Буринь протягом 2014-2015 років. Аналіз лікарських призначень пацієнтам із зазначеною хворобою проводили, використовуючи допоміжний метод фармакоекономічного аналізу – частотний аналіз.

Основний матеріал дослідження. Вік хворих, що проходили лікування ГРВІ, варіював від 6 місяців до 17 років. Серед хворих більшість складали хлопці – 71, решта дівчата – 49. Середня кількість ліжко-днів на 1 хворого склала 7. У більшості хворих поряд з основним діагнозом були встановлені супутні захворювання: гострий риносинусит (80 хворих), гострий середній

отит (14 хворих), гострий фарингіт (12 хворих) та інші, що поряд із симптоматичною терапією потребували застосування антибіотикотерапії. Для фармакотерапії ГРВІ у дітей використовували 79 ЛЗ з різних фармакотерапевтичних груп. До 10 топ-лідерів за призначеннями серед торгових найменувань (ТН) у 2014 р. увійшли наступні ЛЗ: Афлубін (28 призначень), Но-соль (30), Ентерожерміна (15), Назоферон (24), Септефріл (18), Нурофєн (17), Цефтриаксон 1 г. (15), Лазолван розчин д/інф. (20), Квікс (16), Амізон (14). До 10 топ-лідерів серед ТН у 2015 р. увійшли такі ЛЗ: Лінекс (26 призначень), Афлубін (44), Но-соль (35), Септефріл (21), Ентерожерміна (23), Назоферон (16), Нурофєн (16), Цефтриаксон, 1 г. (15), Цефазолін (15), Цефтриаксон, 0,5 г. (14). Серед зазначених лідерів за призначеннями протягом двох років 7 ТН ЛЗ співпали (Но-соль, Афлубін, Назоферон, Септефріл, Нуфорєн, Ентерожерміна, Цефтриаксон, 1 г.), що свідчить про практично однакові підходи до фармакотерапії ГРВІ у дітей протягом двох років. Заслуговує на увагу той факт, що тільки 40% ЛЗ, до яких віднесені НПЗЗ, муколітики та симптоматичні засоби використовувались у схемах комплексної терапії ГРВІ відповідно до вимог клінічного протоколу надання медичної допомоги (КПНМД) при грипі та гострій респіраторній інфекції (ГРІ) (Наказ МОЗУ від 16.07.2014 № 499). Встановлено, що дітям з ускладненнями з 1 дня призначали антибіотики в основному з групи цефалоспоринів, що відповідає принципам лікування ГРІ. Отже, отримані результати засвідчили, що всі діти з ГРВІ та супутніми захворюваннями в ЦРЛ м. Буринь отримували недостатньо раціональну фармакотерапію, що лише на 40% відповідала вимогам КПНМД при грипі та ГРІ.

Висновок. Проведений аналіз 10 топ лідерів ТН ЛЗ за кількістю призначень дітям, хворим на ГРВІ з супутніми захворюваннями, що проходили лікування в дитячому відділенні ЦРЛ м. Буринь протягом 2014-2015 років, свідчить про недостатньо раціональне призначення фармакотерапевтичних груп препаратів, оскільки в усіх пацієнтів призначена терапія лише на 40% узгоджувалася з клінічним протоколом надання медичної допомоги хворим при грипі та ГРІ.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНІ АСПЕКТИ ЛІКУВАННЯ ВУГРОВОЇ ХВОРОБИ

Щербань К.В., Прилипко Н.А., Пєткова І.В.
Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна
natalia.anatolivna@gmail.com

Вугрова хвороба (ВХ) є важливою проблемою сучасної молоді, що визиває емоційно-психологічний дискомфорт в соціальному середовищі та потребує вартісного лікування. Актуальним є проведення фармакоекономічного аналізу терапії ВХ з акцентуванням на найбільш поширені комбінації лікарських засобів (ЛЗ).

Метою нашої роботи було вивчення цінової кон'юнктури ЛЗ для лікування ВХ, представлених на фармацевтичному ринку України, витрат на основні схеми лікування за методом "аналіз мінімізації витрат". Аналіз проведено на основі даних інтернет-сайту http://compendium.com.ua/ за роздрібними цінами на ЛЗ в Україні станом на 01.02.2017 р.

Обчислення вартості фармакотерапії здійснювали за середніми цінами на повний курс лікування, що триває не менше 1 місяця (30 календарних днів). Монотерапія є профілактичною, використовується для пацієнтів з легкою формою ВХ. Найменш витратним курсом монотерапії є ЛЗ азелаїнової кислоти вітчизняного виробництва (Акнестоп крем 20% 30 г., ПАТ "Київмедпрепарат", Україна), та становить 178,50 грн, що в 2 рази дешевше, ніж лікування іноземним ЛЗ (Скінорен, крем 20% 30 г, Байєр Хелскер Мануфактурінг, Італія). Серед препаратів закордонного виробництва з найнижчою по вартості (105 грн.) схемою лікування представлений ЛЗ еритроміцину з цинком ацетатом (Зинерит пор. д/пр. розчину фл. 30 мл, Астеллас Фарма Юроп Б.В., Нідерланди).

Фармакоекономічний аналіз, як метод оцінки результатів лікування і витрат на неї, забезпечує оптимізацію раціонального використання коштів та високої якості надання медичної допомоги.

ФАРМАКОЕКОНОМІЧНИЙ АНАЛІЗ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ, ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ХОЛЕЦИСТИТ

Щур О. М., Вишницька І. В., Бєляєва О. І., Базаренко І. С.
Одеський національний медичний університет, м. Одеса, Україна
olkhova_irina@mail.ru

Серед хвороб травної системи в останні роки зростає поширеність хронічного холециститу у дітей, який призводить до формування холелітіазу і зростання кількості оперативних втручань. Досвідом практикуючих лікарів доведено, що патогенетична фармакотерапія сприяє більш швидкому усуненню клінічних проявів захворювання, скорочує терміни госпіталізації.

Метою роботи було проведення фармакоекономічного аналізу за методом «мінімізація вартості» для лікарських засобів (ЛЗ) спазмолітичної дії згідно з Уніфікованим клінічним протоколом медичної допомоги дітям із хронічним холециститом: дротаверин, пінаверію бромід, мебеверин, прифінію бромід.

Нами здійснено оцінку прямих витрат на лікування даними ЛЗ. Широким асортиментом представлені спазмолітичні ЛЗ дротаверину та мебеверину, тому нами проведено розрахунки для обрання найбільш оптимального ЛЗ та економії грошових ресурсів. Витрати були обчислені на курс лікування (14 днів) пацієнтів віком 12 років.

Серед аналізованих ЛЗ найнижчу вартість має Дротаверину гідрохлорид табл. 0,04 г № 20 (ПАТ «Лубнифарм», Україна) – 27,20 грн., що в 3,5 рази дешевше, ніж лікування брендовим ЛЗ Но-шпа® табл. 0,04 г № 24 (Хіноїн, Угорщина). Препаратом вибору серед ЛЗ мебеверину є Меверин® капс. 0,2 № 30 (ПАТ «Київмедпрепарат», Україна) – 112,42 грн., що потребує майже в 2 рази менше витрат в порівнянні з фармакотерапією оригінальним ЛЗ Дуспаталін® капс. 0,2 г № 30 (Абботт Хелскеа САС, Франція).

Урахування результатів фармакоекономічного аналізу служить базою для раціонального використання коштів, впровадження формулярного забезпечення хворих в Україні.

ІСТОРИЧНІ АСПЕКТИ МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

ДОСЛІДЖЕННЯ НАУКОВОЇ СПАДЩИНИ ГАЛЕНА ТА ЙОГО ВНЕСОК В РОЗВИТОК МЕДИЦИНИ ТА ФАРМАЦІЇ

Котвіцька А. А., Кубарєва І. В., Горбаньов В. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

Вступ. Розвиток сучасної медицини та фармації неможливо уявити без внеску видатного давньогрецького і давньоримського лікаря, філософа та природознавця Галена (приблизно 129 – 201 рр.), класика античного лікознавства. Дослідження наукової спадщини Галена є важливим з огляду на відтворення історичної достовірності та має безпосередній вплив на сучасний стан медичної та фармацевтичної галузі.

Метою дослідження є висвітлення наукової спадщини, аналіз поглядів та особистого внеску Галена в розвиток медицини та фармації.

Основний матеріал дослідження. Гален, грек за походженням, народився в Пергамі (Мала Азія) в родині відомого вченого Нікона (архітектор, математик, філософ). Першим учителем Галена був його батько, який хотів бачити сина філософом, але Гален з юних років захопився медициною й обрав спеціальність лікаря, добре знав праці Платона і Аристотеля, а також філософів зі школи стоїків та епікурейців. Його кумирами були Гіппократ, Платон та Аристотель. Вчителями Галена були видатні пергамські вчені: анатом Стратонік, філософ-емпірик Есхріон та багато інших. Для вдосконалення своїх фахових знань він багато подорожував, відвідав культурні та освітні центри давнього світу – Олександрію, Крит, Коринф, Кілікію, Смирну, Кіпр, на місці вивчаючи цілющі рослини, мінерали, метали, смоли, прянощі. Оволодів кількома мовами, в т.ч. перською. Повернувшись до Пергаму у 160 р., він одержав від касти жерців запрошення зайняти посаду архіатра у школі гладіаторів, яку займав впродовж чотирьох років.

Гален працював у Пергамському асклепійоні, примножуючи його славу далеко за межами Малої Азії. На його території розташовувалися храми Асклепія та Телесфора, галереї з колонами, палати для хворих, бібліотека,

фонтан мінерального джерела, лікувальні ванни, туалети, підвали та сховища для збіжжя та продуктів. Мешканців Пергаму в цьому асклепійоні лікували безкоштовно.

У 164 р. вже як відомий лікар Гален переїхав до Риму, де здобув славу видатного вченого, був прийнятий на посаду лейб-медика при дворі імператорів Марка Аврелія Антонія, Луція Вера та з 180 р. Коммода. Улюбленець римської знаті, Гален одержав від імператора Марка Аврелія Антонія у нагороду золоту медаль з написом: «Антоній, імператор римлян, Галену - імператору лікарів». У Римі Гален працював понад тридцять років, після чого з невідомих причин розпродав усе своє майно і через Сирію та Палестину повернувся у Пергам, де знову став лікарем гладіаторів.

Автор близько 430 праць з медицини, фармації, природознавства та філософії, серед яких збереглося до нашого часу біля 130. У Римі Гален написав багато праць: «Про анатомію», «Терапевтичні методи», «Про хворі частини тіла», «Про склад ліків» та свій основний анатомо-фізіологічний твір «Про призначення частин людського тіла».

Впродовж багатьох століть лікарі черпали із праць Галена знання з анатомії, фізіології, терапії, гігієни, фармакології, акушерства, патології, дієтетики, ембріології, ботаніки й інших галузей медицини та фармації, шукали у нього порад як лікувати ту або іншу хворобу. Гален вважав, що лікар повинен допомагати природі, оскільки природа сама виліковує, а для забезпечення здоров`я необхідно користуватися принципами: «подібне – подібним» і «протилежне – протилежним». На думку Галена, всі організми складаються з чотирьох першооснов – повітря, води, землі та вогню, які в різних співвідношеннях утворюють щільні та рідинні частини та органи тіла. У здоровому організмі є чотири рідини: кров, слиз, жовта жовч, чорна жовч, змішані у правильному співвідношенні. Порушення цього співвідношення викликає хворобу та порушення функцій органів, також за думкою Галена причини хвороб бувають внутрішніми та зовнішніми. Вирішальне значення мають внутрішні причини, обумовлені надлишком або псуванням рідин організму. Великого значення Гален надавав також дієтотерапії та заходам

попередження захворювань.

Стосовно лікарських засобів, необхідно зазначити, що вони також вивчалися Галеном, за дією, лікарські засоби він поділяв на три основні групи: прості – діють елементарними якостями холоду, теплоти, вологості й сухості; складні – діють залежно від різного поєднання головних і побічних властивостей (гіркі, солодкі, кислі); специфічні – діють як спорожняючи, дратівливі і таке ін.). Гален вважав, що в природі ліки існують в готовому вигляді і в оптимальних співвідношеннях, й необхідним є лише отримання із рослинних і тваринних речовин корисних складових та позбавлення від шкідливих. Саме Галеном вперше введено поняття про діючі речовини, що обумовило появу науки – фармакології.

Серед лікарських форм, які готував та застосовував Гален, відрізняли: порошки, пігулки, полюси, мазі, пластирі, гірчичники, набори, настої, відвари, розчини, мікстури, рослинні соки, рослинні масла, вина, оцети, компреси, примочки, припарки, теріаки. За рахунок сумішей і складних рецептів вченим було розширено лікувальний асортимент. У своїх наукових працях Галеном наводиться близько 450 лікарських рослин, серед яких 250 засобів тваринного та мінерального походження. Також Галеном запроваджено вагові та об`ємні відношення при виготовленні настоїв, екстрактів, відварів з рослин, й у подальшому на честь видатного вченого Парацельсом їм була дана назва галенові та новогаленові препарати.

Висновки. Вивчення спадщини Галена, його поглядів та наукових досліджень дає можливість стверджувати, що він заклав основи наукової медицини та фармації. «Гарний лікар повинен бути філософом - це твердження Галена протягом століть цитувалося та повторювалося. Філософський підхід, вміння вишукувати більш загальні причини явищ допомогли Галену вирішити складну задачу - створення наукової системи лікарського мистецтва. У своїх класичних працях Гален узагальнив, систематизував нагромаджені попередніми поколіннями вчених природничо-наукові, медичні та фармацевтичні знання. Праці Галена були предметом вивчення в провідних наукових центрах середньовіччя: Салерно, Візантії та Арабських Халіфатах.

ОРГАНІЗАЦІЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ В УМОВАХ НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЙ

ШЛЯХИ ОПТИМІЗАЦІЇ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ПРИ НАДАННІ КВАЛІФІКОВАНОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ВІЙСЬКОВОСЛУЖБОВЦЯМ В УМОВАХ АТО

Бєлозьорова О.В.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

ksyna.86@ukr.net

Удосконалення правових, соціально-економічних, організаційних механізмів здійснення медикаментозного забезпечення військовослужбовців базується на єдиних підходах лікування, прогнозування потреби лікарських засобів (ЛЗ) із використанням стандартизації медичної допомоги, формулярної системи, норм постачання і оснащеності військово-медичних підрозділів.

Науковцями доведено, що покращення організації медикаментозного забезпечення є вагомим ресурсом ефективного управління стаціонарною допомогою через високу частку фінансових витрат на медикаментозну складову у лікувально-діагностичному процесі (до 20%).

Надання кваліфікованої медичної допомоги (КМД) з елементами спеціалізованої у районі проведення антитерористичної операції (АТО) організовано в розгорнутих військових мобільних госпіталях (ВМГ), центральних районних лікарнях (ЦРЛ), підсилених мобільними лікарсько-сестринськими бригадами (МЛСБ) з числа військових медиків, які сформували так звані стабілізаційні центри.

Існує чіткий зворотньо-пропорційний зв'язок між забезпеченістю медичним майном підрозділів та ефективністю надання медичної допомоги. Низький рівень оснащеності збільшує час очікування медичної допомоги пораненим. Наближення кваліфікованої медичної допомоги до бойових підрозділів вимагатиме залучення додаткових засобів. Проблема наявної застарілої лікувально-діагностичної апаратури та обладнання у більшості госпіталів, відсутність нормованого переліку та кількісних показників медичного майна та техніки на особливий період для потреб ВМГ, які

відповідали б реаліям часу стали ключовою проблемою в забезпеченні якісного функціонування системи медичного постачання лікувальних закладів, що виконують завдання за призначенням в районі проведення антитерористичної операції.

Тому нашою метою стало вивчення та проведення порівняльного аналізу медикаментозного забезпечення військовослужбовців в умовах АТО: на етапі лікування у ВМГ та у ЦРЛ, підсиленими МЛСБ та подальше проведення процедури експертної оцінки на предмет формування переліку ЛЗ для досліджуваних об'єктів.

При обґрунтуванні шляхів оптимізації медикаментозного забезпечення при наданні кваліфікованої медичної допомоги військовослужбовцям у ВМГ під час проведення АТО нами використовувались узагальнені звітні дані показників лікувальної роботи ВМГ за 2014-2016 рр., а також переліків та обсягів потреби у медичному майні за ВМГ та МЛСБ.

Аналіз величини і структури вхідного потоку санітарних втрат ВМГ у період 2014-2016 рр. виявив значний множинний та поєднаний характер поранень. За ступенями тяжкості: легкі, середні і тяжкі становлять 48,3 %, 43,4 % і 8,3 % відповідно. Низький показник тяжких поранених зумовлений їх евакуацією до ЦРЛ з МЛСБ, основною задачею яких є стабілізація стану поранених заради рятування життя. Частка травмованих у цей період змінилась з 54,6% до 26,7%.

Аналіз звіт-заявок наявності та потреби у медичному майні за ВМГ дозволив сформувати номенклатуру з 262 ЛЗ за МНН та 408 ЛЗ за торговими найменуваннями, представлені 13 групами АТХ-класифікації, найчисленнішими виявились група А – Препарати, що впливають на травну систему та метаболізм (64 найменування) та група С - Препарати, що впливають на систему крові та гемопоез (62 найменування), на забезпечення потреб МЛСБ – 194 ЛЗ за МНН та 395 ЛЗ за торговими найменуваннями, серед лідерів споживання – група А і С з кількістю 44 та 41 найменування відповідно.

До чинників ефективного медикаментозного забезпечення

військовослужбовців можна віднести: технічні (визначення обсягу потреби у ЛЗ, здійснення процедури державних закупівель ЛЗ), технологічні (аналіз власної сировинної бази фармацевтичного виробництва), організаційно-планові (організація побудови і функціонування логістичних ланцюгів постачання), нормативно-правові (наявність напрацьованої документальної бази з питань військово-медичного постачання), регулюючі (переліки ЛЗ, норми постачання із врахуванням величини і структури санітарних втрат).

Критеріями ефективного лікування постраждалих (хворих) військовослужбовців є зниження інвалідизації, зменшення частки ускладнень, витрат, пов'язаних із їх лікуванням, збільшення частки повернених до строю, скорочення терміну перебування у лікувальній установі. Відсутність об'єктивних показників ефективності лікування поранених (хворих) військовослужбовців в зоні АТО при формуванні удосконаленого переліку лікарських засобів для надання КМД військовослужбовцям цілком логічним чином дозволяє покладатись на суб'єктивні дані військових лікарів, отримані шляхом проведення процедури їх експертного оцінювання. Фахівці оцінювали препарати з позицій ефективності, безпечності та перспективності шляхом присвоєння балів.

Як показали експертні опитування фахівців, наявне табельне оснащення забезпечує лише мінімально необхідний рівень медичної допомоги. За результатами процедури експертної оцінки фахівців узагальнений перелік ЛЗ на забезпечення потреб ВМГ склав 367 ЛЗ, МЛСБ – 275 ЛЗ.

З метою забезпечення сучасного рівня медичної допомоги необхідна розробка уніфікованого табелю до штату ВМГ.

Вважаємо за доцільне включити до переліку лікарських засобів, дозволених до застосування у медичній службі ЗС України графу «ВМГ».

У подальшому дослідженні використання сучасних економічних методів раціонального вибору лікарських засобів дозволить сформувати удосконалений перелік ЛЗ, норми постачання та сформувати комплекти медичного майна ВМГ для повноцінного функціонування закладу в автономних умовах.

ПРИНЦИПИ НАДАННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В НАДЗВИЧАЙНИХ СИТУАЦІЯХ

Бородіна В.І., Сагайдак-Нікітюк Р.В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
sagaidak_rita@ukr.net

Сьогодні гостро потає питання організації сучасної системи надання фармацевтичної допомоги населенню в умовах надзвичайних ситуацій (НС). Фармацевтична допомога надається різними установами на етапах надання медичної допомоги з використанням різних за обсягом і рівнем організації ресурсів. Для удосконалення цієї системи необхідним є дослідження принципів, на яких повинна базуватися робота відповідних установ в умовах НС.

Методи дослідження: аналізу та синтезу, контент-аналізу, узагальнення результатів.

Узагальнення літературних джерел дозволяє згрупувати принципи, на яких будується робота фахівців фармації в США в умовах НС:

1. Залежно від рівня освіти та досвіду, фахівці фармації відіграють ключову роль в забезпеченні населення лікарськими засобами (ЛЗ) та виробами медичного призначення (ВМП) в умовах НС;

2. При виникненні НС громадяни США з фармацевтичною освітою підлягають призову в осередок ураження для:

- надання допомоги в постановці діагнозу й аналізі санітарних втрат;
- відпуск ЛЗ з федерального, регіонального, територіального або місцевого резервів залежно від рівня НС;
- забезпечення якості належної упаковки, маркування, зберігання, розподілу фармацевтичних препаратів;
- забезпечення відповідного розгортання аварійних джерел живлення для зберігання термолабільних ЛЗ і препаратів крові;
- консультації лікарів і осіб, які потрапили в зону небезпеки з питань застосування та використання ЛЗ;

3. Фахівці фармації в умовах НС повинен відслідковувати несприятливі побічні реакції, токсичність, канцерогенні, мутагенні та тератогенні ефекти, протипоказання, ефективність альтернативних ЛЗ, можливість розвитку стійкості інфекційних агентів.

4. У разі НС особи з фармацевтичною освітою зобов'язані співпрацювати з медичним персоналом й іншими особами, передбаченими законодавством для забезпечення правильної та індивідуальної лікарської терапії [1-3].

Аналіз досвіду роботи вітчизнах служб з НС дозволяє виділити такі принципи фармацевтичної допомоги населенню в умовах НС. До них належать:

- принцип централізації та децентралізації управління. Організація забезпечення ліками населення в НС здійснюється за територіальним принципом з урахуванням регіональних особливостей. Централізація передбачає координацію взаємодії сил і засобів державного рівня з силами і засобами територіального рівня.

- принцип планування – створення запасів на випадок виникнення НС і підготовка фармацевтичного персоналу для надання допомоги постраждалим в умовах НС;

- принцип моральної та юридичної відповідальності фармацевтичних працівників, задіяних в наданні фармацевтичної допомоги постраждалим в НС;

- принцип само- та взаємодопомоги – навчання засобами масової інформації (друкованої та усної, створення відеофільмів) населення правилам надання першої медичної і лікарської допомоги у вигляді само- та взаємодопомоги і адекватної поведінки при різних видах катастроф.

Наведені принципи повинні реалізовуватися при організації діяльності відповідних служб і спрямовані на удосконалення системи фармацевтичної допомоги постраждалим в НС, що забезпечують ефективність, доступність і своєчасність її надання.

Література

1. American Society of Health-System Pharmacists in emergency preparedness. // Ara. J. Health-Syst Pharm. – 2003. – № 60. – С. 193-195.

2. Waugh, W. L. Emergency Management : Principles and Practice for Local Government / W. L. Waugh, K. J. Tierney. – Press, International City Management Association, Washington, D.C. – 2007. – 366 p.

3. Ибрагимова, Г. Я. К вопросу разработки принципов оказания лекарственной помощи пострадавшим в условиях чрезвычайной ситуации / Г. Я. Ибрагимова, Р. В. Насыров, К. Х. Шакуров // Проблемы прогнозирования, предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций : III Всероссийская науч.-практ. конф. – Уфа, 2002. – С. 316-318.

СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНІ АСПЕКТИ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

ЗАСТОСУВАННЯ ПСИХОДІАГНОСТИЧНОГО ІНСТРУМЕНТАРІЮ ДЛЯ ОЦІНКИ СОЦІАЛЬНО-ПСИХОЛОГІЧНИХ КОМПЕТЕНТНОСТЕЙ ФАХІВЦЯ ФАРМАЦІЇ

Гаркуша М. І., Сагайдак-Нікітюк Р. В.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
sagaidak_rita@ukr.net

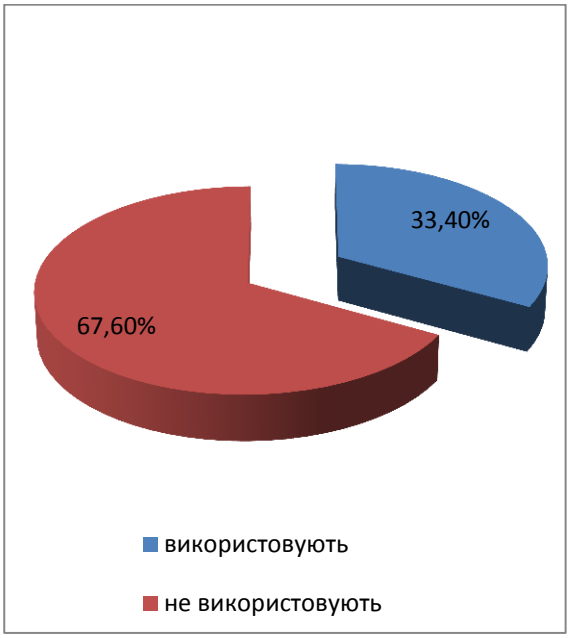
Для визначення сформованих соціально-психологічних компетентностей (СПК) фахівця фармації необхідним є розробка відповідного інструментарію для оцінки їх рівня. Одним з найрозповсюдженіших інструментів є тести, під якими розуміють стандартизоване, обмежене в часі випробування, що складається із сукупності завдань або питань, призначених для встановлення соціально-психологічних характеристик індивідуума. Вони характеризуються високим ступенем об'єктивності, надійності і валідності, крім того дозволяють виміряти властивості фахівця й особливості його інтелекту. Сьогодні часто використовують такі види тестів: тести-опитувальники, тести з використанням шкальної техніки (наприклад, дослідження самооцінки С. Я. Рубінштейна); проективні тесті, методики структуризації (тлумачення випадкових форм Г. Роршаха); методики вивчення експресії (аналіз почерку, особливостей мовної поведінки); методики вивчення продуктів творчості.

За кордоном найрозповсюдженішими є такі методи відбору фахівців фармації та визначення їх СПК:

- 2 етапи - початковий процес скринінгу з подальшим інтерв'ю (застосовується в основному в Англії);
- співбесіда з подальшим інтерв'юванням (характерна для Італії);
- кваліфікація з подальшим інтерв'юванням (використовується у Франції));
- тести і/або інтерв'ювання (Німеччина, Швейцарія);
- тест на профпридатність з практичним іспитом (місця).

Керівники вітчизняних фармацевтичних закладів (ФЗ) сьогодні практично не використовують методи відбору персоналу (67,6 %) (рис. 1.).

а) методи, які використовуються західними ФЗ



б) використання методів вітчизняними ФЗ

Рис. 1. Методи відбору фахівців фармації

Доцільність застосування тестового методу досліджено як на підставі аналізу закордонних ФЗ (Англія, Франція, Німеччина, Швеція, Італія та ін.), так і результатів експертного опитування керівників вітчизняних закладів

Узагальнюючи результат дослідження, сформовано перелік тестів до якого входять короткий орієнтовний тест Вандерліка, Опитувальник комунікативної толерантності (емпатія) В.В. Бойко, методика Н.Б. Стамбулової, самооцінка психічних станів (Г. Айзенка), психогеометричний тест (Сьюзен Дилінгер, адаптований А.А. Алєксєєвою та Л.А. Громовою), методика КОЗ-2.

Таким чином, був дібраний комплекс тестів, що всебічно характеризують СПК, якими повинен володіти фахівець фармації. Але, незважаючи на їх важливість та необхідність врахування, професійні компетентності залишається на першому місці, тобто роботодавці при прийомі на роботу не враховують психологічний стан та соціальну спрямованість фахівця. Тому виникає потреба розробки карти професійного відбору фахівців, в якій наводяться результати оцінювання професійних, фізіологічних та соціально-психологічних якостей фахівця та надається загальний висновок стосовно його придатності.

К ВОПРОСУ О СОЦИАЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ ВЫПУСКНИКОВ ДЛЯ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ОТРАСЛИ

Гладкова О. В.

Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина

Ol.gladkova@mail.ru

Введение. Каждый выпускник высшего учебного заведения мечтает после получения заветного диплома устроиться на престижную и высокооплачиваемую работу, иметь социальную защищенность со стороны работодателя. Однако лишь единицам это удается с первого-второго раза. Основная их часть сталкивается с проблемой отсутствия практического опыта. Но как же его получить, если основную часть времени студенты проводят в аудиториях или за самостоятельной подготовкой? Ведь именно так они могут получить солидную теоретическую профессиональную базу. Таким образом, получается замкнутый круг: если у тебя нет практического опыта, то тебя не берут на работу по специальности, и, следовательно, не имеют доступа к социальным льготам и гарантиям. А как же приобрести этот опыт, если ты являешься студентом высшего учебного заведения?

Целью данной работы является определение основных ориентиров социальной направленности профессиональной подготовки выпускников для фармацевтической отрасли.

Основной материал. Организация учебного процесса зарубежных высших учебных заведений показывает, что наилучшим выходом из данной ситуации является прохождение стажировок на фармацевтических предприятиях различных форм собственности. Ведь суть любой стажировки заключается в практическом совершенствовании профессиональных навыком в соответствии с получаемой в вузе специализацией. Стажировку можно проходить в течение всего года, ее период определяется самостоятельно в зависимости от собственной учебной занятости. Кроме того, программы

стажировок рассчитаны как на студентов старших учебных курсов, так и на недавних выпускников и тех, кто имеет небольшой опыт работы.

Во всем мире стажировки являются неотъемлемой часть учебного процесса в университетах, которая дает значительные преимущества при трудоустройстве.

Отметим, что стажировки можно проходить как внутри страны, так и за рубежом. Конечно же, потенциальный работодатель будет отдавать предпочтение тем кандидатам, которые прошли зарубежные стажировки, так как они будут обладать рядом преимуществ. Это и отличное владение иностранным языком, причем не только бытовым, но и профессиональным, что предполагает знание соответствующей терминологии и профессионального сленга, обладание навыками работы с зарубежными партнерами, знание эффективных технологий и бизнес-схем.

Кроме того, прохождение стажировок, особенно зарубежных, свидетельствует о том, что данный кандидат является человеком целеустремлённым и настроенным на карьерный рост. А если стажер проявит себя с лучшей стороны, раскроет свои положительные бизнес-качества, то у него появляются большие шансы остаться в компании на постоянное место работы, получив при этом достойную заработную плату и социальный пакет.

Отметим, что по статистике самыми востребованными выступают стажировки в области клинических исследований, биотехнологий, фармацевтического бизнес-менеджмента, информационных технологий. А это именно те направления, по которым готовят выпускников в НФаУ. В этой связи хотелось бы будущим выпускникам университета порекомендовать следующее. В связи с изменениями, которые сложились в социальной, политической и экономической жизни региона у них открываются широкие возможности для профессиональной деятельности. Энергия молодости в сочетании с профессиональными навыками позволят им быть востребованными на рынке труда и добиться высоких результатов и социальной защищенности за относительно короткий промежуток времени.

Однако для этого в период учебы в университете им следует обратить внимание на практическое совершенствование полученных знаний. И неоценимую помощь им в этом окажут именно стажировки. Отметим, что многие компании, особенно зарубежные расценивают практикантов как работников. Именно поэтому стажировки оплачивает работодатель, а в некоторых случаях дополнительно выплачивается средняя заработная плата и предоставляется минимальный социальный пакет.

Выводы. Таким образом, считаем, то принцип «лучшая учеба – это работа» наиболее ярко раскрывается именно в процессе приобретения практических навыков выпускниками высших учебных заведений.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Богатырева М.Р., Куранова М.И. Проблемы трудоустройства выпускников вузов [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://human.snauka.ru/2013/01/2205.
2. Заугольников С.А. Проблема трудоустройства выпускников после окончания вуза [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://science.rfei.ru/ru/2013/2/32.html.
3. Стажировки – высшее и среднее образование [Электронный ресурс]. – Режим доступа: http://infostudy.com.ua/programs/internships/.

СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКИХ СПЕЦИАЛИСТОВ

Карчаускас В. Ю., Прилипко Н. А., Вишницкая И. В.,
Петкова И. Б., Иванова А. В.
Одесский национальный медицинский университет, г. Одесса, Украина
karkass@sana.od.ua

Вступление. Принцип сохранения здоровья граждан является основополагающим в системе здравоохранения всех развитых стран, что в свою очередь является лейтмотивом стратегии Всемирной организации здравоохранения: степень успешности государственной политики страны определяется её воздействием на здоровье людей.

Учитывая социальную значимость работы аптек, постоянный контакт с населением, на передний план выдвигается роль человеческого фактора. В аптеке она имеет первостепенное значение и наряду с профессиональной подготовкой требует от специалистов знания вопросов социальной психологии. В этом аспекте большое значение приобретает процесс формирования у работника первого стола представлений о социально-психологической направленности их профессиональной деятельности, в общем, и профессиональной этике при осуществлении консультативной деятельности, в частности.

Целью работы было изучение социально-психологических аспектов профессиональной деятельности фармацевтических специалистов, а также усовершенствование алгоритма работы провизора с посетителем аптеки.

Материалы и методы. Для достижения цели был использован метод кабинетных исследований, основанный на мониторинге и анализе отечественных и зарубежных публикаций, а также данных ВОЗ. Были проведены полевые исследования, а именно: закрытое анкетирование посетителей аптеки с целью установления субъективного мнения о качестве

обслуживания и об их предпочтениях при выборе аптеки, а также был проведён опрос работников первого стола с целью выявления основных проблем при работе с клиентами.

Результаты. Сферы предложения и спроса являются главными аспектами восприятия взаимоотношений в фармацевтической деятельности. Сфера предложения изучает психологическую реакцию производителей и потребителей на товар, цену и рекламу. Сфера спроса характеризуется факторами воздействия на спрос, такими как материальное положение, тип характера индивида, уровень его образования, степень культуры, осведомленности о препаратах и виды покупок: плановые – неплановые, основанные на эмоциях или размышлении, давно запланированные или спонтанные, частые или редкие.

Развитию социально-психологического направления способствует как усиление внимания к культуре обслуживания, так и забота о благоприятном климате в коллективе.

По результатам наших полевых исследований, была выявлена частота стрессовых ситуаций в профессиональной деятельности специалистов, что является психологической нагрузкой как на провизора, так и на посетителей аптеки и может снижать качество оказания фармацевтической опеки и приводит к снижению эффективности лечения, а также напряжённость внутри коллектива. По данным анкетирования была выявлена неудовлетворённость посетителей качеством обслуживания, в особенности во время посещения аптеки большим количеством посетителей.

Для решения данной проблемы мы предлагаем ввести в план обучения студентов старших курсов фармацевтических факультетов отдельную тему или предмет для углублённого изучения социально-психологической направленности специальности. Во время обучения целесообразно изучение основ психологии аптечной торговли, а также роль фармацевтического работника должна рассматриваться, как с точки зрения бизнеса, так и с позиций нравственности реализации ЛС. Для оптимизации работы с посетителями мы

предлагаем использовать существующий алгоритм, состоящий из пяти этапов. Первый этап представляет собой приветствие и установление личного контакта с посетителем. Необходимо помнить, что чем лучше будет установлен межличностный контакт, тем качественней будет проведена фармацевтическая опека, которая обеспечит эффективность лечения для посетителя, а также прибыль для аптеки. Вежливость, открытость при общении, заинтересованность и желание помочь посетителю обеспечит его доверие к провизору. Второй этап характеризуется диагностикой потребностей клиента, которая базируется на балансе между умением задавать продуктивные вопросы и умением слушать. Третий этап характеризуется представлением выгоды покупателю с помощью консультирования и презентации товара. Должны быть чётко изложены характеристики и преимущества выбранного ЛС и выгоды для посетителя. Четвёртым этапом является работа с возражениями и продажа товара. Для нивелирования возражений, клиенту необходимо дать дополнительную информацию. Пятым этапом является завершение сделки. Перед тем как отпустить посетителя необходимо удостовериться, что он понял, как использовать купленные медикаменты, а в случае недопонимания объяснить ещё раз. И, конечно же, пожелать крепкого здоровья.

Заключение. Участие в формировании и развитии личности фармацевтического работника способствует оптимизации психологического климата на предприятиях отрасли, а также оказывает определенное воздействие на личность потребителя, что повышает качество медицинской помощи, а значит, и обеспечивает сохранность здоровья населения.

Отработка навыков удовлетворения потребностей клиента с помощью предлагаемых препаратов является важным фактором эффективности медицинской помощи, но без предоставления услуги, т.е. фармацевтической опеки и социально-психологической направленности обслуживания клиента, например, профессиональные методы и приемы работы с различными типами реакции посетителей аптеки, успешная фармацевтическая деятельность не возможна.

ДОСЛІДЖЕННЯ СУЧАСНИХ МЕТОДІВ МОТИВАЦІЇ ПЕРСОНАЛУ НА ПРИКЛАДІ АПТЕЧНОГО ЗАКЛАДУ

Пастухова О. А., Агапов В. О.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

У сучасному світі мотивація співробітників займає одне з центральних місць в управлінні персоналом, оскільки вона виступає безпосередньою причиною їхньої поведінки. Орієнтація працівників на досягнення цілей організації, по суті, є головним завданням керівництва персоналом. При ефективній організаційній структурі, сучасному устаткуванні, але без належної мотивації праці працівників неможливо досягти бажаних результатів.

Виходячи з вищезазначеного, метою нашого дослідження стало виявлення методів мотивації персоналу в фармацевтичних організаціях, на прикладі аптечної мережі «911» у м. Харкові.

Під час дослідження нами використано аналітичний, системний та порівняльний методи аналізу.

Загальновідомим є те, що мотивація персоналу — це процес використання внутрішніх та зовнішніх стимулів, за допомогою яких працівників спонукають до активної діяльності, щоб досягнути тих чи інших власних та організаційних цілей. Важливим є те, що максимального мотивуючого ефекту можна досягти лише тоді, коли є оптимальна система мотивації, що поєднує як матеріальні (премії, доплати, надбавки), так і нематеріальні (кар’єрне просування, надання додаткових вихідних, чи днів до відпустки) методи стимулювання.

За результатами дослідження нами встановлено, що серед матеріальних методів стимулювання керівництвом введені системи преміювання та винагороди за підсумками роботи. Серед інструментів нематеріального стимулювання працівників були виявленні наступні: залучення працівників до різних програм навчання і підвищення кваліфікації, постійний зворотній зв’язок

(тобто увага з боку керівництва) та кар'єрне просування. Проте, варто зазначити, що такі методи на фоні недостатнього матеріального стимулювання не забезпечують бажаного мотивуючого впливу на працівників.

Таким чином, при дослідженні основних методів мотивації працівників в аптечній мережі «911» нами встановлено, що значно переважають засоби нематеріального стимулювання. Тому, враховуючи вищезазначене, вважаємо за потрібне переглянути систему оплати праці працівникам мережі, переглянути систему штрафів, які депреміюють працівників. В якості додаткових соціально-економічних виплат і гарантій в мережі аптек «911» можуть бути оплачені святкові дні, оплачений час на обід, додаткове медичне страхування. Варто також зазначити, що окрім запропонованих нами методів мотивації працівників, необхідно враховувати потреби та інтереси працівників. Процес впровадження даної системи повинен бути спрямований на досягнення певного результату — задоволених працівників, котрі відданні своїй роботі.

РЕАЛІЗАЦІЯ ТЕОРІЇ МОТИВАЦІЇ СЕРЕД ПРАЦІВНИКІВ АПТЕЧНОГО ЗАКЛАДУ

Пастухова О. А., Крючкова М. О.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

Мотивація є однією з провідних функцій управління організації, оскільки досягнення основної мети її діяльності залежить від злагодженості роботи людей у колективі. Кожен ефективний керівник намагається переконати працівників працювати краще, створити у них внутрішні спонукання до активної трудової діяльності, підтримувати зацікавленість у праці.

З огляду на вищезазначене, метою даної роботи було дослідження реалізації теорії мотивації серед працівників аптечного закладу на прикладі аптеки-бази практики.

Серед відомих теорій мотивації нами було обрано теорію справедливості

С. Адамса, яка стверджує, що в процесі праці людина постійно порівнює те, як були оцінені її дії чи заслуги, з тим, як були оцінені дії та заслуги інших. І на підставі цього порівняння залежно від того, задоволена вона такою оцінкою чи ні, людина змінює характер своєї поведінки.

Аналіз системи винагороди оплати праці в аптеці, що досліджено, показав, що працівники отримують заробітну плату у вигляді посадового окладу за тарифною ставкою та премію.

Проаналізувавши дані про заробітну плату працівників аптеки за вересень 2016 року, встановлено, що посадові оклади відрізняються за тарифною ставкою, а саме завідуючий аптеки та замісник завідуючого аптеки мають тарифну ставку – 9,0; провізор і фармацевт мають тарифну ставку – 8,6.

Серед преміальних заохочень персоналу аптеки нами виділені наступні: щомісячні премії за результатом роботи кожного працівника індивідуально; щомісячні премії за результатом роботи колективу аптеки; щорічні премії за результатом роботи колективу аптеки; премії за виконання планів продажу окремих препаратів індивідуально; премії за виконання планів продажу окремих препаратів колективом аптеки.

Серед моральної мотивації працівників діє систематичний аналіз успішно досягнутих працівниками цілей; залучення працівників до різних програм навчання і підвищення кваліфікації; підвищення персональної відповідальності кожного працівника з наданням права вибору методів вирішення поставлених задач; публічне визнання успіхів працівників в роботі, підтвердження їх цінності для компанії; увага безпосереднього керівництва до думки працівників; залучення працівників до участі у святкових заходах компанії.

Таким чином, за результатами дослідження можна зробити висновки про те, що за теорією мотивації С. Адамса досліджена аптека використовує справедливу теорію мотивації персоналу, система оплати праці в аптеці є прозорою. Преміальна частина є індивідуальною у кожного робітника, що є справедливим методом нарахування премії. Також керівництвом використовуються моральні заохочення як спосіб додаткової мотивації персоналу.

ДОСЛІДЖЕННЯ ПРАКТИЧНИХ АСПЕКТІВ РОБОТИ МЕДИЧНИХ ПРЕДСТАВНИКІВ

Пастухова О. А., Шевченко Є. О.
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
socpharm@nuph.edu.ua

На сьогодні провідні фармацевтичні компанії ставлять перед собою завдання не тільки щодо створення та виробництва ефективних та безпечних лікарських засобів (ЛЗ), але й формуванню розгалуженої мережі по просуванню та збуту своєї продукції. Найчастіше реалізацією політики компанії щодо розподілу ЛЗ серед потенційних споживачів для збільшення об'ємів продажів займаються медичні працівники (МП).

Враховуючи актуальність персональних продажів для будь-якої фармацевтичної компанії, метою нашої роботи стало дослідження практичних аспектів діяльності МП.

За допомогою реклами й інформування працівників охорони здоров'я, МП повідомляють лікарів про нові препарати, їх механізм дії, переваги, схеми лікувань, рекомендації і відгуки авторитетних експертів. Стосовно пацієнтів, які неспроможні зорієнтуватись у виборі ЛЗ, вони найчастіше перекладають цю відповідальність на фармацевта. Останні часто плідно співпрацюють з МП, тим самим сприяючи просуванню саме тих ЛЗ, які радять МП.

В таких ситуаціях необхідна регулююча діяльність МП та цього «невидимого» зв'язку між фармацевтами та МП. Фармацевтичним компаніям слід все більше поширювати не лише знання фармакокінетики та фармакодинаміки «своїх» препаратів, а перш за все розповсюджувати наукові знання про здоровий спосіб життя, методи і способи профілактики захворювань, зосереджувати все більше увагу на підвищення медичної освіченості пацієнтів шляхом проведення освітніх програм, медичних конгресів та форумів.

ФАРМАЦЕВТИЧНА ІНФОРМАЦІЯ – СУЧАСНИЙ СТАН ІНФОРМАЦІЙНОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ФАРМАЦЕВТИЧНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

INVESTIGATION OF THE AUTOMATION SYSTEMS IN RANGE OF PHARMACEUTICAL BUSINESS

Tereschenko L. V., Zhirova I. V.
National University of Pharmacy, Kharkiv, Ukraine
economica@nuph.edu.ua

Pharmacy is not only health care provider that provides medicines, but also is a source of business with complex reporting structure, which maintains contact with many suppliers, controls various aspects such specific goods, as medicines.

Nowadays stock-out detection, choice of supplier, the formation of order receipt and product pre-sale preparation, inventory management, dispensing drugs to consumers can be performed faster and more efficiently through the usage of the computer programs. That is why **the aim of our investigation** was to analyze the automatisation system presented at Ukrainian pharmacy business market and identify their advantages.

It necessary to underline that the majority of the pharmacy task can be solve more effective with special computer programs such as determination of the need for drugs in pharmacies, through prediction of needs, building applications and informed pharmacy and provider interaction. Automation pharmacy network should include registration and record sale; work with suppliers; analysis of commodity; accounting.

Automation itself - is the use of complex tools that allow manufacturing processes without direct human intervention. The main criteria of evaluation software are price, prevalence, functional opportunities, simplicity and convenience using, accessibility technology Support (regular renewal and addition program).

According to the research of Expert Farm 2016 **top 5 software for pharmacies are:** ***"ANR-pharmacy", Farmzakaz "Pharmacy" (Morion)***, ***"Paracelsus", "Skarb"***, ***"Antaris".*** First three of them with their short characteristics are shown in the table.

Name of the system	Short characterisitcs
“ANR-pharmacy" (Association of Independent developers)	is designed for automation of turnover in retail trade as medicines in one pharmacy and online pharmacies. The program automatically tracks the balances in stock and issues recommendations when to order a product and in what quantities.
Farmzakaz “Pharmacy" (Morion)	Create and import needs from departments, work with pivot demand, output reports Formation needs (stock-out drugs, demands) of the selected proposals or general list of registered medical forms Automatic selection of suppliers on the criteria of a minimum amount or minimum price Formation, sending email and save orders to suppliers in a special register Analysis the history of the orders
The program "Paracelsus"	has more than 250 pharmacies in Ukraine, the largest pharmacy automation in Chernihiv and Kyiv regions. Keep records of operational inventory in quantity and value terms. Provide a price list catalog search by name, and receive information about its availability at any drugstore network. Conduct an exchange of documents between the company headquarters and a network of pharmacies. Automatically generate the list of goods to be ordered, based on sales information for prior periods. Generate summary, analytical reports and forecasts.

Conclusions. Automation in the pharmacy is developing in huge steps in Ukraine today. For now, there is no any big pharmacy network, that has no programs for automatization of their orders, and now we are slightly moving to an automatic

order of drugs through internet. The main advantages that have been identified: 1) automating of the processes exempts valuable employees from routine work, helps to solve the personnel problem and removes the need to increase staff; 2) almost all analysts note that pharmacy automation reduces costs and increase turnover of sales and profits of companies; 3) increase of turnover by 30-40%; 4) expanding the range of drugs.

ИСТОРИЧЕСКИЕ И СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ РАЗВИТИЯ СИСТЕМЫ ФАРМАЦЕВТИЧЕСКОЙ ИНФОРМАЦИИ В ТУРКМЕНИСТАНЕ

Гавриш Н.Б., Рахматуллаев О.
Национальный фармацевтический университет, г. Харьков, Украина
socpharm@nuph.edu.ua

Интенсивное развитие фармацевтического рынка, увеличение ассортимента лекарственных средств привело к динамичному росту количества источников медицинской и фармацевтической информации. В связи с этим одним из актуальных вопросов является создание эффективной системы фармацевтической информации Туркменистана, которая бы обеспечила специалистов фармации профессиональной, достоверной, информацией, которая является необходимой для работы аптек и фармацевтических фирм.

Целью данного исследования стало изучение основных исторических аспектов становления системы фармацевтической информации и её современного состояния в республике Туркменистан.

В результате научного обобщения данных публикаций по тематике развития фармацевтической информации, установлено, что с целью оперативного информирования врачей и аптечных работников Туркменской ССР о лекарственных средствах (ЛС) в 1968 г. при Главном аптечном

управлении МЗ ТССР был создан конъюнктурно-информационный отдел. Он поддерживал тесную связь с торговым отделом ГАПУ, областными аптечными управлениями, аптечными складами, аптеками, научными медицинскими библиотеками и другими организациями, занимающимися вопросами изучения спроса на ЛС, определением потребности в них, прогнозированием заболеваний, а также медицинской и фармацевтической информации. Конъюнктурно-информационный отдел подготавливал к изданию и выпускал информационные материалы, а также периодически получал и распространял информационные материалы о ЛС, выпускаемых Всесоюзным конъюнктурно-информационным бюро Главного аптечного управления Министерства здравоохранения СССР. Совместно с врачами отделом информации проводилась большая работа по унификации лекарственных прописей, в результате которой были изданы каталоги стандартных рецептов, которые разосланы во все аптечные управления республики для изучения и внедрения в практику врачей.

В 70-90 г. прошлого столетия прогрессивной формой информации медицинских работников о новых лекарственных препаратах стала организация кабинетов фармацевтической информации при крупных лечебно-профилактических учреждениях республики. Специально разработанное положение регламентировало работу этих кабинетов: проведение комплексного обеспечения информацией о лекарственных средствах, укрепление деловых контактов между аптеками и лечебными учреждениями, что позволяло не только шире использовать наличный ассортимент лекарственных препаратов и ускорить внедрение в медицинскую практику новых препаратов, но и давало практическим врачам возможность в любой момент получить необходимую консультацию. В 80–е г. помимо г. Ашхабад, в центральных районных больницах Геок-Тепинского, Каахкинского, Кара-Калинского и ряда других районов, Иолотани, Байрам-Али и др. городов были созданы кабинеты фармацевтической информации.

С изменением в начале 90-х годов XX ст. организационно-финансовой

модели здравоохранения Туркменистана, разрушилась система централизованного информационного обеспечения в области обращения ЛС. Информационные связи между субъектами в системе обращения ЛС были нарушены. В условиях формирования нового организационно-правового пространства независимых государств информационное обеспечение системы обращения ЛС превращается в актуальную проблему.

На современном этапе развития Туркменистана обеспечение фармацевтической информацией осуществляет Информационный центр здравоохранения (Министерства здравоохранения и медицинской промышленности Туркменистана), Центральная научная библиотека Академии наук республики и библиотеки медицинских вузов, где осуществляется подготовка фармацевтических кадров.

В результате проведенного исследования, установлено что существующая национальная система профессиональной фармацевтической информации республики требует существенного усовершенствования, что предполагает создание благоприятных условий для развития региональных центров информации о ЛС, создании единой информационно-справочной системы, а также обеспечении фармацевтических предприятий всех уровней персональной вычислительной техникой и внедрение в работу перспективных информационных технологий.

Литература:

Худайкулиев, Б.А. История развития фармацевтического дела в Туркменистане . — А .: Ылым, 1985. — 216 с.

Парновский, Б.Л. Основы фармацевтический информации . — Кишенев .: Штинца, 1986 . — 162 с.

Пиняжко, Р.М. Вопросы фармацевтической информации . — М .: Медицина, 1979 . — 152 с.

IT – ІНФРАСТРУКТУРА НА ФАРМАЦЕВТИЧНОМУ ПІДПРИЄМСТВІ

Лебединець В. О., Чорний Д. С.*
Національний фармацевтичний університет, м. Харків, Україна
*ТОВ «Бізнес Центр Фармація», м. Вишгород, Україна
quality@nuph.edu.ua

Мета. Сформулювати поняття організації інфраструктури інформаційних технологій (IT) фармацевтичного підприємства (ФП) та визначити напрямки робіт з організації валідаційної діяльності як важливої складової системи забезпечення якості лікарських засобів (ЛЗ) сучасного ФП.

Методики дослідження. Як інформаційну базу досліджень ми використовували нормативні документи, що регламентують функціонування комп'ютеризованих систем (КС) та їх валідацію (зокрема, настанови з GMP/GDP), профільні стандарти Міжнародної організації зі стандартизації (ISO), настанови ICH, а також інші джерела відкритої інформації. В ході дослідження нами використано метод порівняльного аналізу, метод структурно-логічного моделювання, експертний метод тощо.

Основний матеріал дослідження. У чинній національній настанові з GMP зазначається, що використовувані на ФП КС мають бути валідованими, а IT-інфраструктура має бути кваліфікованою. На сьогодні поширеним визначенням цього терміну є наступне: «Інфраструктура (від лат. Infra – нижче, під та structura – будівля, розміщення) – сукупність будівель, систем та служб, які є необхідними для галузей матеріального виробництва, що забезпечують умови життєдіяльності суспільства». Також відоме дещо інше визначення: «…комплекс взаємопов'язаних обслуговуючих структур чи об'єктів, складових, які забезпечують основу функціонування системи». В багатьох енциклопедичних словниках поняття «IT-інфраструктура» визначається як комплекс програмних, технічних та телекомунікаційних засобів, які забезпечують роботу з даними організації або групи організацій.

Таким чином, формулюючи поняття IT-інфраструктури на ФП, варто

мати на увазі наступні аспекти:

- апаратні, програмні, технічні та телекомунікаційні засоби, які застосовуються в процесах життєдіяльності ФП;
- можливі ризики, які можуть виникнути у процесі роботи КС;
- взаємодію персоналу різних структурних підрозділів, Уповноваженої особи та ІТ-персоналу;
- надійність постачальників обладнання та програмного забезпечення;
- перелік усіх необхідних документів для проведення адекватної й ефективної кваліфікації ІТ-інфраструктури;
- технічну можливість регулярного дублювання всіх важливих даних КС з можливістю їх відновлювання протягом встановленого терміну архівування;
- можливість контролю всіх внесених до КС змін та захисту даних;
- наявність та доступність «аудиторського сліду»;
- можливість управління змінами та конфігурацією, у тому числі конфігурацією системи;
- фізичний і/або логічний контроль для обмеження доступу до КС працівникам, а також відповідні способи попередження несанкціонованого входу до системи;
- придатність КС супроводжувати критичні процеси на безперервній основі.

Висновки. Інфраструктура ІТ ФП – це складна система апаратних, програмних, обчислювальних і телекомунікаційних засобів, а також організаційного і методичного забезпечення, що реалізує виконання певних процесів ФП. Така інфраструктура потребує ретельної організації та ефективних систематичних робіт з валідації для надання достовірних результатів, важливих для отримання гарантій забезпечення якості ЛЗ. Наші подальші дослідження зосереджені на розробці методології валідації КС.

ВПРОВАДЖЕННЯ ІНФОРМАЦІЙНИХ ТЕХНОЛОГІЙ В НАУКОВІ ДОСЛІДЖЕННЯ З РОЗРОБКИ ЛІКАРСЬКИХ ЗАСОБІВ

Хомутецька Н. І., Голуб А. Г.

Українська військово-медична академія, м. Київ, Україна

hom-rufina@yandex.ru

Вступ. Сучасний стан наукових досліджень в фармації характеризується використанням математичних методів і новітніх інформаційних технологій для автоматизації експериментів, обробки фізико-хімічних, хімічних, біологічних, фармакологічних та інших даних. І подальший інноваційний розвиток фармацевтичної науки повинний бути спрямованим в тому числі й на удосконаленні і розвитку інформаційних інтелектуальних систем. В галузі науки важливе значення має створення математичного забезпечення для моделювання, аналізу та прогнозування залежностей типу структура об'єкту – його властивості, зокрема, молекулярна структура – фізико-хімічні властивості та біологічна активність. Комп'ютерні технології та математичне моделювання дають можливість відказатись від традиційного методу пошуку хімічних речовин з заданими властивостями шляхом експериментів, які є надзвичайно складними, довготривалими і потребують вкладання значних коштів.

Метою дослідження є розглянути перспективні напрямки впровадження інформаційних технологій в наукові дослідження з розробки лікарських засобів з заданими властивостями.

Основний матеріал дослідження. Якість та ефективність наукових досліджень значною мірою залежить від рівня застосування інформаційних технологій. Так, один із найбільш важливих та ефективних методів наукового дослідження – обчислювальний експеримент дозволяє вивчати поведінку складних систем, які важко, дуже дорого або небезпечно моделювати фізично. Використання з цією метою автоматизованих систем наукових досліджень, в основі яких лежить інформаційно-математичне забезпечення, що включає інформаційно-обчислювальні системи та системи математичного моделювання

і обробки даних на основі засобів обчислювальної техніки дозволяє виявити скриті закономірності, формалізувати деякі рішення, цілеспрямовано вести пошук і синтез препаратів із заданими властивостями.

Науковцями Осіповим О.Л., Трушиною В.П. та співавторами запропонована комп'ютерна інформаційно-аналітична система, що дозволяє прогнозувати властивості хімічних сполук, перевіряти взаємозв'язок між структурою речовин та їх біологічною дією, а також аналізувати різні групи факторів при вивченні механізмів взаємодії речовин з живим організмом. Також на основі запропонованої авторами системи можливо проводити комп'ютерну діагностику токсичної, канцерогенної небезпеки і радіоактивності хімічних речовин. Проблема хімічного захисту організму від впливу іонізуючої радіації з кожним роком набуває все більшу актуальність у зв'язку з розвитком атомної енергетики, а також розширенням сфер використання джерел іонізуючих випромінювань у народному господарстві, біології, медицині. Тому, становиться важливою проблема пошуку препаратів, що мають радіозахисні властивості.

Ця інтелектуальна система складається із:

- оригінальної СУБД (системи управління базами даних), що підтримує обробку таких складно структурованих об'єктів як молекулярні хімічні графи. Маніпулювання структурними формулами молекул здійснюється графічним екранним редактором, що здійснює малювання, видалення, редагування, збір із фрагментів, створення ароматичних комплексів тощо;

- інструментальної системи для прогнозування біологічних властивостей хімічних препаратів і конструювання нових біологічно активних сполук із заданими властивостями за їх структурними формулами з урахуванням фізико-хімічних параметрів молекул;

- інструментальної системи моделювання фізико-хімічних і токсикологічних властивостей, що ґрунтується на оригінальних математичних моделях;

- інструментальної системи автоматичного породження модельних знань

та їх внесення до бази знань;

- інструментальної системи генерації не ізоморфних хімічних графів. Із множини генерованих гіпотетичних структур здійснюється відбір біологічно активних сполук, і додаються машинні рекомендації щодо їх біологічних, фізико-хімічних властивостей;

- системи інтелектуальних інтерфейсів, що дозволяє здійснювати ввід, корегування, кодування даних, а також блока аналізу та роз'яснення, що дозволяє користувачу відслідити всі ланцюги рішень, що приймаються системою;

- інструментальної системи комп'ютерної діагностики канцерогенної небезпеки та радіоактивності хімічних речовин.

Запропонована Осіповим О.Л., Трушиною В.П. комп'ютерна інформаційно-аналітична система є ефективним дієвим інструментарієм, який дає можливість у режимі діалогу вести оперативний прогноз радіопротекторних, канцерогенних та інших властивостей хімічних сполук, перевіряти на великих вибірках гіпотези про взаємозв'язок між структурою речовин та їх біологічною дією, а також аналізувати порівняльну інформативну цінність різних груп факторів при вивченні механізмів взаємодії речовин з живим організмом.

Висновки. Застосування автоматизованих систем наукових досліджень дозволить значно інтенсифікувати дослідження в цієї галузі. Ефект від створення та впровадження таких систем буде виникати за рахунок: зменшення працевтрат на пошук необхідної інформації; зменшення обсягу порожніх синтезів і біологічних випробувань на основі використання математичних методів аналізу і прогнозування біологічно активних сполук; зменшення витрат на вивчення токсикології, екотоксикології, екології; зменшення обсягу експериментальних досліджень на основі комп'ютерної оцінки фізико-хімічних характеристик сполук, що вивчаються.

АЛФАВІТНИЙ ПОКАЖЧИК

Tereschenko L. V. 240 ст.
Zhirova I. V. 240 ст.
Агапов В. О. 234 ст.
Акиев М. 120 ст.
Амангелдиев М. 122 ст.
Базаренко І. С. 211 ст.
Балинська М. В. 113 ст.
Бездетко Н. В. 69 ст.
Бердник О. Г. 37 ст.
Бердибеков М. А.54 ст.
Бєлозьорова О. В. 218 ст.
Бєляєва О. І 116, 211 ст.
Блавацька О. Б. 96 ст.
Богдан Н. С. 126, 186 ст.
Бородіна В. І. 221 ст.
Братішко Ю. С. 172 ст.
Булешов М. А. 22 ст.
Бутенко О. В. 148 ст.
Вельма В. І. 160 ст.
Верлан-Кульшенко О. О. 202 ст.
Винник О. В. 156 ст.
Вишницька І. В. 211, 231 ст.
Волкова А. В. 133, 148, 184 ст.
Гаврилюк А. О. 202 ст.
Гавриш Н.Б. 242 ст.
Гаркуша М. І. 226ст.
Герасимова О. О. 205 ст.
Гладкова О. В. 228 ст.
Голуб А. Г. 247 ст.
Голубцова К. К. 160 ст.
Горбаньов В.В. 214 ст.
Горошко Н. А. 186 ст.
Горошко О. М. 126, 186 ст.
Гриньків Я. О. 96 ст.
Громовик Б. П. 150 ст.
Гундогдиев Э. 184 ст.
Датхаев У. М. 54 ст.
Демянік К. О. 192 ст.
Дербисбекова У. Б. 54 ст.
Євтушенко О. М. 153 ст.
Жакипбеков К. С. 22 ст.
Жаксылык А. А. 22 ст.
Жарлінська Р. Г. 202 ст.
Журавель И. А 54 ст.
Захарко Н. В. 162 ст.
Иванова А. В. 231 ст.
Ільєнко Ю. О. 208 ст.
Казакова І. С. 105 ст.
Каравелкова Ю. С. 115 ст.
Карчаускас В. Ю.231 ст.

Кобец М.Н. 207 ст.
Кобец Ю.Н. 207 ст.
Коваль В. М. 98 ст.
Козирєва А. К. 128 ст.
Козирєва О. В. 128 ст.
Кононенко О. В. 188 ст.
Коношевич Л. В. 98 ст.
Корж Ю. В. 113 ст.
Коробова Є.С. 134 ст.
Костюк В. Г. 138 ст.
Костюк І.А. 132 ст.
Котвіцька А.А. 100, 102, 133, 135, 139, 214 ст.
Котлярова В. Г. 190 ст.
Крючкова М. О. 235 ст.
Кубарєва І. В. 164, 192, 214 ст.
Куриленко Ю. Є. 111 ст.
Кучмістов В. О. 12 ст.
Кучмістова О.Ф. 12 ст.
Лагодин М. В. 186 ст.
Лебединець В. О. 105, 167, 245 ст.
Левицька О. Р. 108 ст.
Літвінова О. В. 170 ст.
Мала Ж. В. 175 ст.
Малый В. В. 194 ст.
Малініна Н. Г. 153 ст.
Матвійчук М. Є. 96 ст.
Матяшова Н.О. 142 ст.
Махатов Ж. Б. 22 ст.
Міщенко В. І. 156 ст.
Муса Истанис Марвек Мехдат 194 ст.
Мухтасамходжаев Т. 143 ст.
Немченко А. С. 28, 111, 113, 156 ст.
Овсієнко Є. В. 205 ст.
Ольховська А. Б. 196 ст.
Орленко Д. С. 37 ст.
Паламар А. О. 126, 186 ст.
Панфилова Г. Л. 143 ст.
Пастухова А. А. 188, 234, 235, 237 ст.
Пєткова І.В. 210, 231 ст.
Подгайна М.В. 113 ст.
Посилкіна О. В. 170, 172, 175 ст.
Прилипко Н. А. 210, 231 ст.
Прокопенко О.С. 100 ст.
Рахматуллаев О. 242 ст.

Рогуля О. Ю. 176 ст.
Рубашко В.М. 142 ст.
Сагайдак-Нікітюк Р. В. 160, 162, 221, 226 ст,
Самборський О. С. 179 ст.
Сирота П. С. 12 ст.
Сілаєв А. О. 208 ст.
Сімонян Л. С. 113 ст.
Слободянюк М. М. 179 ст.
Сметаніна К. І. 96 ст.
Сокуренко И. А. 143 ст.
Суриков А. А. 120 ст.
Сурікова І.О.102 ст.
Суханова Н. В. 167 ст.
Сушарина І. В. 28 ст.
Тімофеєв С. В. 156 ст.
Тихонов О. І. 98 ст.
Ткачова О. В. 208 ст.
Тойжанов Б. К. 22 ст.
Унгурян Л. М. 115 ст.
Федяк І. О. 63, 79 ст.
Филипцова О. В. 207 ст.
Хаббари Маруан 188 ст.
Хомутецька Н. І. 247 ст.
Цубанова Н. А. 37 ст.
Цурикова О. В. 143 ст.
Черкашина А. В. 122, 164 ст.
Чечетка Е. В. 190 ст.
Чорний Д.С. 245 ст.

Шевченко Є. О. 237 ст.
Щербань К. В. 210 ст.
Шматенко В. В. 12 ст.
Шопабаева А. Р. 54 ст.
Шпичак О. С. 98, 126 ст.
Щур О. М. 211 ст.
Яковлєва Л. В. 37, 69 ст.
Ярних Т. Г. 98 ст.

Наукове видання

Серія Наука

Соціальна фармація: стан, проблеми та перспективи

МАТЕРІАЛИ

III міжнародної науково-практичної інтернет-конференції

(Харків, 25-28 квітня 2017 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 05.05.2015. Формат 60×84/16.
Папір офсетний. Гарнітура Times ET. Друк різографічний.
Наклад 150 прим. Замов. № 14032014

Надруковано ФОП Петров В.В.
Адреса: м. Харків, вул. Гв Широнінців, 79 В
тел. (057) 778 - 60 - 34